

MASTEROPPGAVE

Emnekode: LED5018

Navn: Christina Ulriksen Andreassen, May Anita Halseth

Forandring fryder?

En kvantitativ studie om innføring av digitale løsninger som gir en endring i profesjonsutøvelsen til utdannede i helsesektoren

Dato: 28.11.2023

Totalt antall sider: 89

Sammendrag

Økende levealder og større bevissthet i befolkningen fører til økt etterspørsel av helsetjenester i Norge. Ny teknologi og kunstig intelligens gjør det mulig å fordele arbeidsoppgaver annerledes i helsesektoren, noe vi er avhengig av for å kunne gi alle riktig helsehjelp til riktig tid i fremtiden. Dette berører sterke profesjonskulturer, og innebærer at flere profesjoner må gi fra seg sentrale arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning, og også ufaglærte. Dette skaper stort engasjement både politisk og i media.

Endringsledelse er et av de viktigste fagfeltene innen ledelse, og høyst relevant på grunn av den hurtige teknologiske utviklingen i samfunnet. Som følge av at teknologi og kunstig intelligens truer menneskelig virke på arbeidsplassen, blir medvirkningsbasert endringsledelse og relasjonelle faktorer mer og mer avgjørende for hvilke virksomheter som lykkes. For å bidra til forskning på hvordan man kan lykkes med god endringsledelse ved innføring av digitale hjelpemidler i helsesektoren, har vi valgt denne problemstillingen:

Hvilke faktorer er viktig i endringsledelse ved innføring av digitale løsninger som gir endring i profesjonsutøvelsen til utdannede i helsesektoren?

For å besvare vår problemstilling har vi valgt et kvantitativt forskningsdesign, der vi innhenter empiri via en survey-undersøkelse. Vår studie er deduktiv, og dermed basert på eksisterende teori, deriblant deler av John P. Kotters 8-steps-modell for endringsledelse.

Ved hjelp av en spørreundersøkelse innhentet vi 194 svar fra utdannede i helsesektoren. De viktigste funnene vi har gjort i denne studien er:

- Helsepersonell mener endringer i helsesektoren er nødvendige
- Pasienten er helsepersonells viktigste motivasjon for å godta endringer
- Helsepersonell mener menneskelig kontakt er viktig for pasientene
- 63 % av helsepersonell mener de har nok kunnskap til å overta arbeidsoppgaver fra profesjonen over seg
- Helsepersonell er mer skeptiske til å gi fra seg arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning, enn de er til å ta arbeidsoppgaver fra noen med høyere utdanning enn seg selv
- Involvering og kommunikasjon med de ansatte er viktig under en endringsprosess
- God opplæring er viktig uansett om man skal gi fra seg eller ta nye arbeidsoppgaver

Abstract

Increased life expectancy and greater awareness in the population leads to an increased demand for healthcare services in Norway. New technology and digital solutions makes it possible to distribute work tasks differently in healthcare, which in the future will be decisive in order to provide the right healthcare services at the right time. This affects strong professional cultures, and implies that several healthcare professions have to give some of their key tasks to someone with a lower education, and even coworkers without education. This creates large engagement both politically and in the media.

Change management is one of the most important fields within management, and highly relevant due to the rapid technological development in society. As a result of technology and artificial intelligence threatening human activity in the workplace, participative change management and relational factors are becoming more and more decisive for which businesses succeed. In order to contribute to research on how to succeed with change management when introducing digital equipment in healthcare, we have chosen this thesis:

Which factors are important in change management when introducing digital equipment that change the practice of professions in healthcare?

To solve this thesis, we have chosen a quantitative design, where we gather empirical evidence through a survey. Our study is deductive, and is based on existing theory, including parts of John P. Kotter's 8-step-process for leading change.

Our survey obtained 194 responses from healthcare professionals, and these are the most important findings we made:

- Healthcare professionals believe that changes in healthcare are necessary
- The patient is healthcare professionals biggest motivation for accepting change
- Healthcare professionals believe that human contact is important for patients
- 63% of healthcare professionals believe they have enough knowledge to take tasks from the profession above them
- Healthcare professionals are more skeptic to give tasks to someone with a lower education, than they are to take tasks from someone with a higher education
- Involvement and communication with the employees is important through change
- Training is important regardless of whether you are going to give up or take on new tasks

Førord

Når denne oppgaven er ferdigstilt, er også vårt masterstudie ved Nord universitet fullført. Vi har de siste 2,5 årene tatt en Master of Business Administration (MBA) ved avdeling Stjørdal, og ser tilbake på en spennende og travel tid ved siden av jobb og vanlig hverdagsliv. Vi har hatt mange spennende fag, og fått gleden av å bli kjent med mange ulike personligheter og yrkesgrupper. Det som fanget begges oppmerksomhet mest gjennom studiet var endringsledelse, så valget om retning for masteroppgaven ble derfor enkel. Temaet for oppgaven ble utviklet av å sette sammen våre opprinnelige utdanninger som sykepleier og optiker, og våre spesialiseringer under studiet som har vært innovasjon og relasjonsledelse. Oppgaven handler derfor om endringsledelse ved innføring av digitale løsninger i helsesektoren, og hvilke faktorer som er spesielt viktig for de ansatte i endringsprosesser som potensielt kan gi endringer i deres profesjonsutøvelse. Vi tror denne retningen innen endringsledelse både er høyst relevant i tiden samfunnet har foran seg, men også interessant og viktig fordi det skaper stort engasjement og store følelser hos de som er involvert.

Vår veileder An-Magritt Steinset Kummeneje har fulgt oss gjennom denne berg- og dalbanen det har vært å skrive denne masteren. Til tider har det vært krevende og vanskelig, men med god veiledning og støtte, har vi fått ny motivasjon og optimisme etter hver veiledningssamtale. Vi ønsker å takke An-Magritt for gode råd og samtaler, og for at du har hatt troen på at vi skulle få dette i havn til riktig tid hele veien. Vi vil også takke alle som tok seg tid til å svare på spørreundersøkelsen vår, og med dét ga oss et godt og solid grunnlag for analyse av egen data i denne studien. Det har vært en enormt lærerik prosess, hvor vi har lært oss selv og hverandre å kjenne både på et personlig og profesjonelt plan.

Vi ønsker også å rette en stor takk til våre familier og venner som har støttet oss, laget oss middag i sene kveldstimer, og som har heiet oss frem til siste slutt. Tusen takk!

Christina Ulriksen Andreassen og May Anita Halseth
28. november 2023

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	ii
Abstract	iii
Forord.....	iv
Innholdsfortegnelse.....	vi
Oversikt over figurer.....	viii
Oversikt over vedlegg.....	viii
Begrepsordliste	ix
1.0 Innledning	1
1.1 Bakgrunn, formål og problemstilling.....	1
1.2 Avgrensning.....	3
1.3 Oppgavens oppbygging	3
2.0 Teoretisk bakgrunn	4
2.1 Sosialpsykologiens og teknologiens oppstandelse.....	4
2.2 Medvirkningsbasert endringsledelse.....	7
2.3 Digitalisering i helsesektoren.....	9
2.4 Kotters 8-steps-modell.....	13
2.4.1 Steg 1: Skap en følelse av at det haster.....	14
2.4.2 Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon.....	15
2.4.3 Steg 4: Verve en frivillig hær.....	16
2.4.4 Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer	17
2.5 Oppsummering teoretisk bakgrunn.....	18
3.0 Metode	19
3.1 Valgt forskningsdesign	19
3.2 Utvalg.....	20
3.3 Litteratursøk.....	24
3.4 Datainnsamlingsteknikk.....	25
3.5 Dataanalysemetode	28
3.6 Reliabilitet, validitet og generalisering	29
3.7 Etisk refleksjon	30
4.0 Resultater og empiriske funn	32
4.1 Resultatet fra spørreundersøkelsen	33
4.2 Empiriske funn bolk 1: Tanker om slike endringer i utgangspunktet.....	35

4.3 Empiriske funn bolk 2: Hvilke faktorer avgjør om du er positiv til slike endringer i din bransje?	39
4.3.1 Steg 1: Skap en følelse av at det haster	39
4.3.2 Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon	40
4.3.3 Steg 4: Verve en frivillig hær	41
2.4.4 Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer	42
4.3 Oppsummering resultater og empiriske funn	43
5.0 Diskusjon	44
5.1 Viktigheten av medvirkningsbasert endringsledelse	44
5.2 Nødvendigheten av endring i helsesektoren	47
5.3 Kotters 8-steps-modell i helsesektoren	50
5.3.1 Steg 1: Skap en følelse av at det haster	50
5.3.2 Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon	52
5.3.3 Steg 4: Verve en frivillig hær	54
5.3.4 Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer	56
5.4 Metodediskusjon	58
5.5 Videre forskning	60
5.6 Oppsummering diskusjon	61
6.0 Konklusjon	64
Referanser	65

Oversikt over figurer

Figur 3.4.1: Fordeling av kjønn blant respondentene.....	21
Figur 3.4.2: Fordeling av alder blant respondentene.....	22
Figur 3.4.3: Fordeling av utdanningsnivå blant respondentene.....	22
Figur 4.1.1: Prosentvis resultat spørreundersøkelse.....	33
Figur 4.1.2: Sentraltendens resultat spørreundersøkelse.....	34
Figur 4.2.1: Empiriske funn spørsmål 1-3.....	35
Figur 4.2.2: Empiriske funn spørsmål 4 og 11.....	36
Figur 4.2.3: Empiriske funn spørsmål 5.....	36
Figur 4.2.4: Empiriske funn spørsmål 7-10.....	37
Figur 4.2.5: Empiriske funn spørsmål 6 og 12-13.....	38
Figur 4.2.6: Empiriske funn spørsmål 14.....	39
Figur 4.2.7: Empiriske funn spørsmål 15-19.....	40
Figur 4.2.8: Empiriske funn spørsmål 20-21 og 24.....	41
Figur 4.2.9: Empiriske funn spørsmål 22-23.....	42

Oversikt over vedlegg

Rapport spørreundersøkelse fra nettskjema.no.....	69
---	----

Begrepsordliste

- *Digitale løsninger (digitalisering)*: Oppgaver som før ble utført fysisk som nå kan utføres av maskiner (Dvergsdal, 2021). Gjør det mulig å fordele arbeidsoppgaver annerledes, da de lettere kan utføres av andre enn fagpersoner.
- *Endringsledelse*: Ledelse som har gjennomført eller er innstilt på styring og endring, samt utvikling i virksomheten (Klev & Levin, 2021).
- *Endringsprosess*: Prosessen som må gås gjennom for å endre dagens situasjon til ønsket situasjon (Klev & Levin, 2021).
- *Helsesektoren (helsetjenesten)*: Fellesbetegnelse på private og offentlige virksomheter i samfunnet som forebygger, diagnostiserer og behandler sykdom (Nylenna & Braut, 2023).
- *Kotter*: Professor John P. Kotter (f. 1947), sentral person i teori om endringsledelse, og grunnlegger av den kjente “Kotters 8-steps-modell for endringsledelse”, som vi har valgt å bruke deler av i vår studie.
- *Profesjon*: Bestemt type yrker som i kraft av sin utdanning har rettigheter til å utføre samfunnsnyttige tjenester (Smeby & Gundersen, 2021).
- *Profesjonsutøvelse*: Hvordan profesjonen utøver sin praksis.

1.0 Innledning

Innledningen vil inneholde bakgrunn og formål for valgt problemstilling, og deretter vil vi presentere selve problemstillingen og avgrensninger for den. Vi avslutter innledningen med informasjon om hvordan resten av oppgaven er bygd opp.

1.1 Bakgrunn, formål og problemstilling

Verden endres i et forrykende tempo. Mye av det som tidligere måtte gjøres for hånd blir i dag utført av maskiner som stadig blir mer intelligente. Samtidig øker levealderen, og vi står overfor en eldrebølge vi foreløpig ikke forstår omfanget av. På Statistisk sentralbyrå står det skrevet at: “Sterk økning i andelen eldre frem mot 2060 kan føre til at helse- og omsorgstjenester blir en av de største vekstnæringene i Norge” (Aursand, 2023). I tillegg til økt levealder blir etterspørselen av helsetjenester større på grunn av bedre økonomi og økt bevissthet om kvalitet og tilgjengelighet blant befolkningen.

NAVs Bedriftsundersøkelse 2023 viser at mangelen på arbeidskraft i Norge er størst innen helse- og omsorgsfag, mens Helsepersonellkommissjonen skriver i NOU 2023:4 at de anser det som lite sannsynlig at helse- og omsorgstjenester kan ta mer av den totale arbeidsstyrken i Norge enn den gjør i dag. Man blir derfor nødt til å bruke nåværende personale og deres kompetanse mer effektivt. Helsepersonellkommissjonen foreslår en omrokking av arbeidsoppgaver i helsesektoren for å kunne gi alle riktig helsehjelp til riktig tid i fremtiden. Dette innebærer, som et eksempel, at oppgaver som i dag utføres av leger og sykepleiere må delegeres til helsefagarbeidere, og også ufaglærte assistenter. Formålet er å bruke spesialistenes kapasitet og kompetanse der behovet er størst.

Ny teknologi og kunstig intelligens vil være viktige faktorer i en endret oppgavefordeling i helsesektoren. Stortingsmelding 7 (2019-2020), som omhandler Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023, bekrefter at også regjeringen mener at ny teknologi kan utnyttes til å frigjøre helsepersonellens tid. Ny teknologi kommer i flere former, og allerede i dag kan man benytte seg av ulike helsetjenester digitalt, helt uten fysisk oppmøte. Et faktaark publisert av Nasjonalt senter for e-helseforskning (2021) viser at over halvparten av pasientene mener kvaliteten på behandlingen er bedre med digital konsultasjon.

Dette temaet har fått mye oppmerksomhet i media, og en endret oppgavefordeling innad i helsesektoren skaper utvilsomt stort engasjement og en potensiell profesjonskamp i flere bransjer (Lien, 2019; Kolve, 2023). Digitalisering vil ikke bare endre arbeidshverdagen drastisk for de som blir berørt, men med stor sannsynlighet vil også profesjonsbeskrivelsen til flere yrker endre seg. Arbeidsoppgaver som tidligere krevde spesialutdannede fagpersoner vil i fremtiden potensielt kunne utføres av hvem som helst. Eksempler på slike endringer, som er brukt som utgangspunkt for vår studie, er bruk av kunstig intelligens for vurdering av røntgenbilder og netthinnebilder, og maskiner som måler brillestyrke helt uten menneskelig påvirkning (Jussupow et al., 2022; Scanzera et al., 2022). Likevel vil man ha behov for fagpersoner til å undersøke og behandle personer der den digitale intelligensen stopper. God endringsledelse blir derfor viktig for å kunne beholde og motivere de ansatte gjennom disse omfattende endringene, og studier hevder at medvirkningsbasert endringsledelse vil ha større betydning enn før for hvem som lykkes (Aarseth & Sørhaug, 2009; Burmann et al., 2023; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Frahm & Brown, 2007; Hargett et al, 2017; Hussain et al., 2018; Klev & Levin, 2021, Kotter, 2012; Khraim, 2023).

Situasjonen i helsesektoren som spås for fremtiden vil berøre virksomheten i både offentlig og privat sektor. For å overleve i markedet må virksomheter være skjerpet og følge med i utviklingen, men også være endringsdyktige. Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) beskriver viktigheten av at de ansatte må føle eierskap og tilhørighet for å oppnå mestring og en følelse av at arbeidet er meningsfylt. De mener også det er viktig med en levelig arbeidsbelastning, samt å skape trivsel, motivasjon og faglig utvikling for å beholde og rekruttere ansatte. Dette gjør studier om endringsledelse ved innføring av digitale løsninger som vil gi endringer i profesjonsutøvelsen til utdannede i helsesektoren viktig.

“Endringsledelse innebærer i videste forstand et systematisk arbeid med å utvikle og omforme ansattes arbeidssituasjon for å kunne nå ønskede strategiske mål” (Klev & Levin, 2021, s. 50). Ønskede mål vil slik vi ser det i dette tilfellet være en vellykket innføring av digitale løsninger som kan bidra til en god arbeidshverdag for ansatte i helsesektoren, men også god og tilstrekkelig helsehjelp til de som trenger det, til riktig tid. På bakgrunn av dette ønsket vi å gjennomføre en kvantitativ studie med følgende problemstilling:

Hvilke faktorer er viktig i endringsledelse ved innføring av digitale løsninger som gir endring i profesjonsutøvelsen til utdannede i helsesektoren?

1.2 Avgrensning

For å svare på vår problemstilling har vi sett på noen inkluderings- og ekskluderingsfaktorer:

1. Vår problemstilling inkluderer kun endringsprosesser som omfatter innføring av digitale løsninger som gir endring i profesjonsutøvelsen til de involverte. Vår problemstilling ekskluderer derfor mange andre typer endringer i en virksomhet.
2. Vår problemstilling inkluderer kun utdannede i helsesektoren som utvalg, da den omhandler de som potensielt, som følge av digitalisering av arbeidsoppgaver, får en endring i profesjonsutøvelsen sin. Vår problemstilling ekskluderer derfor andre sektorer enn helsesektoren, og også de som arbeider i helsesektoren uten utdanning, selv om vi vet at slike endringer også er høyst aktuelle i flere sektorer og for andre arbeidstakere.

Disse inkluderings- og ekskluderingsfaktorene er noe vi mener, og håper, har gitt en viktig vinkling på problemstillingen, som både kan være samfunnsnyttig for virksomhetene, men også for de ansatte som kan relatere seg til slike endringer på arbeidsplassen. For å referere til denne type endring som er beskrevet i vår problemstilling, har vi gjennomgående i både spørreundersøkelsen og denne oppgaven brukt terminologien *slike endringer* når vi omtaler innføring av digitale løsninger som kan gi endringer i profesjonsutøvelsen til de utdannede i helsesektoren.

1.3 Oppgavens oppbygging

Denne masteroppgaven er bygget opp ved hjelp av kapitler og delkapitler, og består av 6 hovedkapitler. I kapittel 1 presenteres bakgrunn, formål og problemstilling, samt avgrensninger vi har gjort for studien. I kapittel 2 presenteres teoretisk bakgrunn for valgt problemstilling, som også er brukt som utgangspunkt for vår spørreundersøkelse. I kapittel 3 presenteres forskningsdesign for denne studien, som beskriver hvordan vi har gått frem for å få svar på vår problemstilling. I kapittel 4 presenteres resultater og empiriske funn fra vår egen spørreundersøkelse. I kapittel 5 diskuteres våre empiriske funn opp mot litteraturen beskrevet i kapittel 2, samt en metodediskusjon og forslag til videre forskning. Masteroppgaven avsluttes med konklusjoner i kapittel 6.

2.0 Teoretisk bakgrunn

I dette kapittelet vil vi presentere teoretisk bakgrunn for valgt problemstilling. Siden vi ser på vår problemstilling som en blanding mellom innovasjon og relasjonsledelse, vil vi først fremstille noe av historikken til endringsledelse opp mot sosialpsykologiens og teknologiens oppstandelse, der vi nevner noen av de personene vi mener har vært viktige bidragsytere til denne utviklingen, og som har inspirert oss til å studere dette temaet selv.

Videre går vi mer i dybden på teorien bak vår studie, med temaer som Medvirkningsbasert endringsledelse, Digitalisering i helsesektoren og John P. Kotters 8-steps-modell for endringsledelse. All teori som blir presentert i dette kapittelet er brukt som utgangspunkt for spørsmålene i vår egen spørreundersøkelse, med ekstra stor vekt på Kotters modell.

2.1 Sosialpsykologiens og teknologiens oppstandelse

Endringsledelse er et av de mest relevante temaene innen ledelse. I et samfunn i stadig endring kommer man ikke fra konstante små og store endringer i en virksomhet, og med en kombinasjon av hurtig teknologisk utvikling og menneskers økte selvbevissthet vil endringsledelse i fremtiden ha enda større betydning for hvilke virksomheter som overlever konkurransen. Vi har sett på ulike tolkninger av hva endringsledelse er, og mener det er best forklart via Store Norske Leksikon:

Endringsledelse viser til ledelse som er orientert mot å skape oppslutning om endring og utvikling, og til det å planlegge og gjennomføre konkrete endringsprosesser i en organisasjon. [...] Videre vil endringsledelse handle om å legge til rette for utvikling, læring og gode samarbeidsprosesser i virksomheten. (Sagberg, 2021)

Ut ifra dette tolker vi det som at endringsprosesser handler like mye om personlig utvikling hos de ansatte, og om relasjoner og arbeidsmiljø, som det handler om lønnsomhet for virksomheten. Relasjoner har blitt en viktig faktor for å lykkes med god ledelse, og det finnes derfor ikke én fasit som fungerer for alle situasjoner (Aarseth & Sørhaug, 2009; Aarseth et al., 2015).

Organisasjonsteori og organisasjonsutvikling er kjente begrep som har vært beskrevet i litteraturen siden tidlig/midten av 1900-tallet. Videre frem til 1990-tallet ble flere og flere begreper innført, blant annet “management-litteratur” og senere “change management” (Klev & Levin, 2021, s. 20, 26, 38, 48). Kurt Lewin var en av de første som begrunnet sine teorier om forandringsprosesser på forskning, og har vært en sentral person innen endringsledelse siden. Han anses også som grunnleggeren av den moderne sosialpsykologien, og har utviklet teorier innen både sosiale og organisatoriske endringer (Klev & Levin, 2021, s. 33). En av Lewins mest kjente teorier er en 3-steps-modell som går ut på å «unfreeze-change-refreeze». Forklart på norsk betyr det at man først må tine opp organisasjonen så den blir fleksibel nok til å endres, gjøre de endringene man trenger for å nå ønskede mål, for så å fryse organisasjonen i den nye formen. I dag ser vi at Lewins måte å tenke endringsledelse på allerede tidlig på 1900-tallet inkluderte en relasjonell faktor for å gjøre de ansatte fleksible til endring. I en studie gjort av Hussain et al. (2018) presenterer de en kritisk gjennomgang av Lewins endringsmodell, hvor de fokuserer på hvordan lederens lederstil og ansattes involvering i endringsprosessen påvirker resultatet. Konklusjonen var at ledelsens lederstil påvirket den organisatoriske prosessen, og at det å involvere og dele kunnskap med de ansatte, hadde positiv effekt på endringsprosessen. Dette kommer vi tilbake til i neste delkapittel om Medvirkningsbasert endringsledelse.

En annen viktig bidragsyter innen endringsledelse er John P. Kotter. Han har utmerket seg spesielt fordi han har skrevet sine teorier og bøker kun ut ifra egne opplevelser og erfaringer - ingen referanser (Kotter, 2012). Kotters 8-steps-modell for endringsledelse er trolig den mest omtalte modellen innen endringsledelse den dag i dag, og gir en oppskrift på hva som er smart å gjøre i en endringsprosess fra start til slutt (Klev og Levin, 2021, s. 48-49). Selv om Kotter selv ikke begrunnet sine teorier i forskning, har andre i ettertid forsøkt å se om det er vitenskapelig bakgrunn for teoriene hans, blant annet Appelbaum et al. (2012). De konkluderte med at de ikke fant noen bevis mot virkningen av Kotters modell, selv om enkelte steg har fått motgang. På bakgrunn av at Kotters modell fortsatt er en av de mest kjente teoriene innen endringsledelse, ønsket vi å undersøke om den også var gjeldende for vår problemstilling. Vi har derfor brukt utvalgte steg fra Kotters modell som utgangspunkt for siste halvdel av vår spørreundersøkelse. Vi vil gå grundigere inn i hans modell, og spesielt de stegene vi har valgt å fokusere på, i delkapittel 2.4.

En av de viktigste årsakene til at endringsledelse stadig er et relevant tema, er hastigheten på den teknologiske utviklingen som bare øker og øker. På 1800-tallet bestod industristrukturen for det meste av produksjonsbedrifter som var håndverksbasert, men mot slutten av dette århundret førte den industrielle revolusjonen med seg større produksjonsbedrifter, som resulterte i at maskiner overtok flere av oppgavene som tidligere ble utført av mennesker. Den industrielle revolusjonen førte med seg ny teknologi og en ny industriell virkelighet, med følgelig mer fokus på forskning og vitenskap (Klev & Levin, 2021, s. 20). Frederick Taylor beskrives som symbolet på maskinmessig organisering av menneskelig virke, og så på hvordan man ved hjelp av vitenskapelige metoder kunne gjøre organisasjonen mer effektiv. Resultatet av dette var organisasjoner der mennesker ble utskiftbare brikker i et detaljert produksjonssystem (Klev & Levin, 2021, s. 20-21). Denne revolusjonen ble en del av starten på den digitaliserte verden vi ser i dag, og konsekvensen ser vi blant annet i helsesektoren, hvor digitale løsninger og kunstig intelligens er i ferd med å overta arbeidsoppgaver som tidligere var avhengig av menneskelig arbeidskraft.

Kritikken på Taylors arbeidsledelse gikk på at den var fremmedgjørende og umenneskelig, noe som førte til at effektiviteten ble lavere. Studier gjort så tidlig som 1933 av Elton Mayo (referert i Klev & Levin, 2021, s. 23) bekreftet at effektiviteten på arbeidet ble forbedret når de ansatte var fornøyde, og at det som hadde størst effekt var at de ansatte fikk være sosiale og samarbeide, både med hverandre, men også med ledelsen. Det ble også listet opp en rekke faktorer som måtte være på plass for at denne tilfredsheten skulle forbli: variasjon, læring, utvikling og trygghet. En studie som også bekreftet dette ble utført av Trist og Bamforth i 1951 (referert i Klev & Levin, 2021, s. 58-59). De undersøkte hvorfor produktiviteten gikk ned ved innføring av ny teknologi i britisk gruveindustri. Konklusjonen av denne studien var at man som et grunnleggende prinsipp måtte se på organisasjon og teknologi som to svært tette faktorer, der endring i den ene utelukkende ville gi innvirkning på den andre. Denne studien anses å være den første sosiotekniske studien.

Konsekvensen av Taylors strukturelle organisering førte til oppstandelsen av det vi i dag kjenner som HR, «Human Resources». Dette tvang seg frem ved at man måtte forstå at det å dekke ansattes menneskelige og sosiale behov ville ha betydning for virksomhetens evne til å nå ønskede mål (Klev & Levin, 2021, s. 22-23). Etterhvert som det har kommet mer erfaring om sosioteknisk teori har man fått forståelse for at en medvirkningsbasert organisasjon må utvikles gjennom medvirkningsbaserte prosesser, som vi nå skal se på i neste delkapittel.

2.2 Medvirkningsbasert endringsledelse

Historisk sett har det vært brukt ulike tilnæringsmåter for å utvikle organisasjoner. En måte er at enten ledelsen, eller en innleid ekspert med faglig kompetanse, utfører en analyse og tar beslutninger basert på dette. En annen tilnæringsmåte er medvirkningsbasert, noe Klev og Levin (2021) argumenterer godt for. De mener at man slipper en omfattende implementeringsprosess om de som skal utføre endringene også får være med å forme endringene som skal innføres. Ansattes medvirkning blir derfor et svært effektiviserende tiltak. Dette støttes i stor grad av andre studier (Aarseth & Sørhaug, 2009; Burmann et al., 2023; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Frahm & Brown, 2007; Hargett et al, 2017; Hussain et al., 2018; Kotter, 2012), og underbygger det vi ønsker å undersøke i vår studie.

En studie utført av Hargett et al. (2017), som omhandler ledernes egenskaper i helsesektoren, konkluderte med at effektiv kommunikasjon, integritet og emosjonell intelligens var de egenskapene de ansatte verdsette høyest hos sine ledere. Likedan ser vi at Frahm og Brown (2007), som utførte en studie på grunn av digitalisering i en offentlig virksomhet, konkluderte med at de ansatte som hadde god og jevnlig kommunikasjon med ledelsen hadde større forståelse for prosessen. Dette førte blant annet til at de ansatte følte seg mer hørt og forstått, og dermed ble mer positive til endringer generelt, uavhengig av om de var fornøyde med konsekvensene av endringen eller ikke. Frahm og Brown (2007) konkluderte også med at å få informasjon ansikt-til-ansikt hadde en større positiv virkning på de ansatte enn om dette uteble.

Kotter (2012) er en av de som mener motstand mot endring alltid vil være til stede i en endringsprosess, og spesielt hos mennesker som er høyt utdannede. Det er derfor viktig at man som leder er bevisst på dette, og bruker det som en fordel heller enn en ulempe. Om man er åpen for å ha toveis kommunikasjon, og ta i mot tilbakemeldinger fra de ansatte underveis i endringsprosessen, vil man kunne oppdage negative virkninger og gjøre forbedringer før endringen er implementert (Frahm & Brown, 2007; Klev & Levin, 2021; Kotter, 2012). Dette blir bekreftet i en studie av Kaihlanen et al. (2023), som undersøkte hvordan digitalisering påvirket arbeidshverdagen til fagpersoner i helse- og omsorgssektoren. De fant misfornøydhets blant de ansatte for at ledelsen ikke anerkjente de negative virkningene endringen hadde gitt. Dette gjorde de ansatte utrygge på om ledelsen ville innføre endringer som ikke samstemte med profesjonsutøvelsen deres, og ifølge Kotter (2012) er utrygghet og usikkerhet faktorer som øker motstanden.

Burmann et al. (2023) har undersøkt hvilke faktorer som påvirker menneskers aksept når det gjelder digitalisering. Respondentene i undersøkelsen var 41,1 % sykepleiere, og konkluderte med at blant annet deltakelse, tilknytning til arbeidsplassen og utdanning spilte viktige roller i respondentenes aksept til digitalisering på sykehus. “Digitalization means change, and this requires acceptance” (Burmann et al., 2023, s. 844). Likevel poengterer Burmann et al. at det ikke finnes en felles konsensus for begrepet “Aksept” i vitenskapelig litteratur, og at aksept for endring gjerne er kompleks. Dette kan vi se i sammenheng med Trist og Bamforths sosiotekniske teori (1951, referert i Klev & Levin, 2021, s. 58-59) om at organisasjon og teknologi påvirker hverandre. Andre studier har også undersøkt viktigheten av ansattes villighet til endring. Khraim (2023) gjorde en studie ved et privat sykehus i Jordan, hvor han undersøkte de ansattes villighet til endring før endringen startet. Et av funnene var at det var toppledelsens oppgave å sørge for at endringen var planlagt slik at det ikke medførte angst og press for de ansatte. Han fant også at emosjonell intelligens påvirket hvor godt den enkelte tilpasset seg endringen, og at ledelsen burde ta hensyn til den enkelte ansattes verdier, evner og livsstil i en endringsprosess. “Emosjonell intelligens er evnen til å tolke og forstå våre egne ekte følelser og derav trekke adekvate konklusjoner. Av dette følger evnen til å tolke og forstå andre menneskers følelser og trekke adekvate konklusjoner av dem” (Wennberg, 2001, s. 22). Wennberg (2001) hevder også at emosjonell intelligens skaper bedre ledere og arbeidsplasser. Vi kan på bakgrunn av dette, sammen med studiene til Hargett et al. (2017) og Khraim (2023), konkludere med at emosjonell intelligens er en viktig faktor i et leder-ansatt-forhold, som styrker troen på en positive effekten av medvirkningsbasert endringsledelse også i helsesektoren.

Frączkiewicz-Wronka (2021) skriver at innføring av digitale hjelpemidler vil være nødvendig for å opprettholde kvaliteten på helsetjenester samtidig som man holder kostnadene nede. Hun skriver også at de ansatte er virksomhetens hovedressurs når slike endringer skal innføres, da det er de som skal utvikle og bruke de digitale hjelpemidlene. Dette er også et av funnene i studien til Morland og Pettersen (2017), som påpeker at resultatet av innføring av digitale hjelpemidler vil bli påvirket av de lokale forholdene, og hvordan implementeringsprosessen foregår. Dette betyr at et digitalt hjelpemiddel ikke vil fungere likedan i alle virksomheter, noe som bekrefter den sosiotekniske teorien til Trist og Bamforth i 1951 (referert i Klev & Levin, 2021, s. 58-59), og at medvirkning av de ansatte der endringen skal implementeres er viktig. “Lærings- og utviklingsmuligheter kan planlegges, men det er de menneskene som deltar i læringsprosessene, som i samspill med omgivelsenes påvirkning avgjør resultatet”

(Klev & Levin, 2021, s. 66). Vi skal derfor nå se på digitalisering direkte knyttet opp mot helsesektoren.

2.3 Digitalisering i helsesektoren

Digitalisering har utvilsomt hatt mye å si for organisasjonsutvikling og endringsledelse frem til nå, og vil også være årsaken til at man i fremtiden blir tvunget til å forske mer på ledelse direkte knyttet til nettopp digitalisering. Begrepet digitalisering ble først introdusert på midten av 1900-tallet, og kom som følge av utviklingen av de første elektroniske datamaskinene (Dvergsdal, 2021). I denne studien bruker vi digitalisering som et begrep på innføring av digitale løsninger som gjør det mulig å fordele arbeidsoppgaver i helsesektoren annerledes enn før. Dette omfatter både kunstig intelligens og internett, som gjør det man før trodde var umulig, mulig.

I et samfunn der vi stadig blir flere og eldre, har helsesektoren og dens kommende utfordringer blitt mye omtalt (Aursand, 2023; NAV, 2023; Kommunesektorens organisasjon, 2022; NOU 2023:4, Næringslivets hovedorganisasjon, 2022; Meld. St. 7, 2019-2020).

Innovasjon i helsesektoren blir av NHO forklart slik:

SSBs prognoser viser en dobling i behovet for årsverk i helse- og omsorgssektoren mot 2060. For å møte dette enorme presset på omsorgstjenester, krever det at vi finner nye metoder som kan effektivisere og øke produktiviteten på flere omsorgstjenester.

Innovasjon, som gir mer helsehjelp til befolkningen per ansatt i helse- og omsorgssektoren, vil være helt avgjørende.

(Næringslivets hovedorganisasjon, 2022, s. 4-5)

I dagens samfunn kan vi allerede nyte godt av flere digitale helsetjenester. Man kan som eksempel ta legetimer som videokonsultasjoner, og få legemiddel-resepter bare ved å fylle ut et spørreskjema på internett. Undersøkelser viser at pasientene selv mener dette gir bedre kvalitet på behandlingen (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2021), og at kun 24 % har svart at de foretrekker tradisjonelle konsultasjoner hos lege. Flere studier foreslår at en løsning på den voksende helsekøen er å engasjere pasientene i mer av arbeidet selv, noe som kan gjøres både ved dokumentering og aktiv deltakelse ved undersøkelser utført av digitale hjelpemidler. For å gjøre dette mulig må man automatisere og digitalisere slike prosesser, og

finne løsninger som også passer barn og eldre (Binci et al., 2022; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Niemela et al., 2019; Paulauskaite-Taraseviciene et al., 2023; Petzold & Steidle, 2023). I senere tid har man også sett at mer omfattende kunstig intelligens har blitt innført for å kunne utføre jobben delvis eller helt uten menneskelig hjelp. Eksempler på dette ser vi innen radiologi og øyehelse, hvor kunstig intelligens nå kan vurdere røntgen- og netthinnebilder, og også måle brillestyrke (Jussupow et al., 2022; Scanzera et al., 2022).

Det som gjør helsesektoren interessant å forske på er at profesjonskulturen og yrkes stoltheten står sterkt. Dette har også andre studier skrevet om, blant annet Jäntti og Andersen (2019), som har innhentet sin data ved kvalitative intervju med personer som alle arbeider i ledelsen i spesialisthelsetjenesten i Norge. De konkluderer med at de øverste lederne i spesialisthelsetjenesten bevisst benytter seg av sterke meningsbærere enten som mellomledere eller som spesielt involverte i endringsprosesser for å oppnå støtte av disse, og dermed være sikret at faglig kompetente personer blir pådrivere for endringene. Dette får de medhold i av Morland og Pettersen (2017), som også hevder at endringsprosessen blir effektivisert av at fagpersoner med innflytelse påvirker de andre involverte.

Det finnes få tidligere studier om endringsledelse ved innføring av digitale hjelpemidler i helsesektoren (Binci et al., 2022; Burmann et al., 2023; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Kaihlanen et al., 2023; Morland & Pettersen, 2018; Petersson et al., 2022; Shwana & Tronstad, 2020), og vi har funnet kun én ren kvantitativ studie (Petzold & Steidle, 2023). Dette forteller oss at dette temaet foreløpig er ganske nytt innenfor forskning. Cortellazzo et al. (2019) skriver at det generelt finnes lite forskning på hvordan ledelse blir påvirket av digitalisering, og at man derfor foreløpig bruker generelle teorier om ledelse og endringsledelse som utgangspunkt i endringsprosesser. De mener at forskning rundt en såkalt "e-leder" er underveis, og dette er noe vi vil gi et bidrag til ved å teste kjente teorier innen endringsledelse opp mot en problemstilling knyttet til digitalisering.

Pasientenes holdninger til endringer i helsesektoren er også lite beskrevet i forskning. Helsepersonell holder fast på at de er redde for at digitale hjelpemidler skal erstatte den menneskelige kontakten man tidligere har hatt til pasientene sine (Scanzera et al., 2022), og at de håper en avlastning av arbeidsoppgaver vil gi de mer tid til pasientene (Petzold & Steidle, 2023). Dette er motstridende sammenlignet med funnene Nasjonalt senter for e-helseforskning (2021) har gjort i sine undersøkelser, der halvparten av pasientene synes de får bedre oppfølging og behandling når de får tilbud om digitaliserte helsetjenester. Petzold og

Steidle (2023) fant at 53 % av de digitale endringene som ble innført var på grunn av økt pasientsikkerhet, og Hargett et al. (2017) nevner i sin studie at effektiv helseledelse er vanskelig å vurdere på bakgrunn av ansvaret overfor pasientene. Dette bekrefter at ledelse i sektorer som må forholde seg til pasienter er komplekst.

“Healthcare leadership is the ability to effectively and ethically influence others for the benefit of individual patients and populations”

(Hargett et al., 2017, s. 69).

Det er velkjent innenfor forskning at ledere i helsesektoren ofte er motstandere mot implementering og innovasjon av digitale hjelpemidler (Petersson et al., 2022). For å kartlegge årsakene til dette har Petersson et al. (2022) gjort en studie på ledere i helsesektoren i Sverige, og funnet at det stort sett bunnar i 3 ting: Eksterne faktorer utenfor helsesektoren, tilgjengelige ressurser for å utføre strategisk endringsledelse internt, og transformering av helsepersonell og deres profesjonsutøvelse. Studien konkluderte med at det var behov for å lage nasjonale retningslinjer om implementering av digitale hjelpemidler i helsesektoren, og at lover og retningslinjer for profesjonene også måtte holde tritt med den digitale innovasjonen for at både ledere og helsepersonell generelt skulle være positive til slike endringer. De påpekte at når dette ikke var tilfellet, ble helsepersonell redde for om de utøvde arbeidet sitt i strid med nasjonale retningslinjer for deres profesjon, og som konsekvens av dette kunne bli meldt inn til pasientskadeerstatningen og miste autorisasjonen sin om noe gikk galt.

I Norge er vi i dag allerede godt beskyttet gjennom lover og regler sammenlignet med mange andre land. Arbeidsmiljøloven og lover om aksjeselskap gir ansatte og fagforeninger rettigheter til å delta i ulike beslutningsfora i arbeidslivet (Klev & Levin, 2021, s. 50), og man vil derfor være sikret å ikke måtte godta en del endringer som ville vært utelukkende fordelaktig for arbeidsgiver og virksomhetens lønnsomhet uten videre forhandling. Dessuten omfattes alt helsepersonell i Norge av Helsepersonelloven, og hver profesjon har også Nasjonale retningslinjer for den helsefaglige utdanningen (lovdata.no), samt etiske retningslinjer gjennom de ulike fagforbundene. Likevel vil de norske retningslinjene i fremtiden også måtte utvikles med hensyn til det økte behovet for digitalisering og endret oppgavefordeling i helsesektoren, etter anbefaling fra Petersson et al. (2022).

Petzold og Steidle (2023) har funnet at 82 % av helsepersonell mente at innføring av digitale hjelpemidler påvirket eller endret deres arbeidshverdag. Dette begrunner behovet for en endret oppgavefordeling i helsesektoren som følge av digitalisering, slik at spesialistene blir brukt der behovet er størst. Kaihlanen et al. (2023) fant at innføring av digitale hjelpemidler førte til både reduksjon i arbeidsmengde, mer effektivt arbeid, økt læringsutbytte og et større fellesskap og kommunikasjon rundt arbeidsoppgaver. Dette samsvarer med Kommunesektorens organisasjon (2022), som skriver:

En bærekraftig oppgavedeling kan innebære for eksempel at sykepleiernes tid forbeholdes oppgaver som faktisk krever sykepleierkompetanse, mens øvrige oppgaver først og fremst ivaretas av helsefagarbeidere/hjelpepleiere/andre ansattgrupper med helsefaglig kompetanse. Det reduserer presset på sykepleierressursene, sykepleierne får i større grad får praktisert faget sitt, og andre yrkesgrupper får økt ansvar og mulighet til å utvikle seg faglig. Dette kan styrke fagmiljøene, og oppleves som positivt i forhold til rekruttering og det å skape arbeidsplasser hvor medarbeiderne ønsker å bli værende. Hensiktsmessig oppgavedeling bidrar til gode opplevelser for dem som mottar tjenestene fordi rett kompetanse fins på rett sted, til rett tid.

Kommunesektorens organisasjon (2022), som alle norske fylkeskommuner og kommuner er medlem i, mener en endring i oppgavefordelingen i helsesektoren også medfører at andre yrkesgrupper får muligheten til faglig utvikling. Petzold og Steidle (2023) fant i sin studie at 82 % av respondentene mente det ville kreve økt kompetansenivå for de personlig om det ble endringer i oppgavefordelingen på deres arbeidsplass. Petzold og Steidle (2023) konkluderte derfor med at det ville være nødvendig å kartlegge kompetansen og ferdighetene til alle profesjoner i helsesektoren for å kunne implementere digitale hjelpemidler på en hensiktsmessig og bærekraftig måte, og for å kunne gi riktig opplæring og videreutdanning for de som trenger det. Petzold og Steidle (2023) ønsket i sin studie å få svar på hvordan de kunne løse konkrete arbeidsoppgaver i helsesektoren i Tyskland, og vår studie omhandler mye av de samme temaene: Oppgavefordeling i helsesektoren, menneskelig kontakt, kompetansenivå og opplæring. Vi ønsket derimot å undersøke om tidligere teorier om endringsledelse kunne brukes ved innføring av digitale løsninger i helsesektoren i Norge, og valgte derfor å legge ekstra vekt på utvalgte steg fra John P. Kotters 8-steps-modell for endringsledelse for å få svar på vår problemstilling.

2.4 Kotters 8-steps-modell

John P. Kotter er en professor ved Harvard Business School, og publiserte for første gang sin 8-steps-modell i Harvard Business Review i 1995. Den ble senere utgitt med mer utfyllende detaljer i hans egen bok *Leading change* i 1996. Hans modell har etter dette gått frem som en av nøkkel-teoriene innen endringsledelse (Appelbaum et al., 2012), og er fortsatt den dag i dag aktuell som undervisningsmateriale ved mange høyskoler og universitet.

Kotters strategi da han lagde modellen var å først beskrive hva han mente *ikke* fungerte i en endringsprosess, for deretter å snu dette om til punkter for hva som var viktig for å lykkes med en endring (Klev & Levin, 2021, s. 48). Dette resulterte i en 8-steps-modell som senere har blitt omtalt i det meste av litteratur som omhandler endringsledelse. På Kotters egen nettside er de 8 stegene beskrevet slik (Kotter, u.å.):

1. Skap en følelse av at det haster
2. Bygg en veiledende koalisjon
3. Form en strategisk visjon
4. Verve en frivillig hær
5. Aktiver handling ved å fjerne barrierer
6. Generer kortsiktige gevinster
7. Oppretthold akselerasjonen
8. Instituttskifte

Umiddelbart ser man at Kotters modell tar igjen mye av prinsippet i Lewins 3-steps-modell. Det handler i bunn og grunn om å overtale, eller helst motivere, de ansatte til å være med på en endring, få inn de endringene som trengs for å nå et gitt mål, for så å implementere de nye endringene som en standard i organisasjonen.

Carman et al. (2019) og Schmutz (2021) er tidligere studier som har undersøkt om Kotters modell fungerer i helsesektoren. Carman et al. (2019) fant at det å innføre Kotters steg 1-7 hadde positiv effekt på deres virksomhet, men at steg 8 var mer usikker, og trengte i beste fall forbedring for å fungere hos dem. De påpekte likevel at det ikke var like enkelt å bruke Kotters modell presist i en liten virksomhet sammenlignet med en større. Schmutz (2022) konkluderte også med at Kotters 8-steps-modell fungerte bra for innføring av endringer, men at det ville være behov for å vurdere hvilke av stegene som er relevante for hver

endringsprosess. Det finnes få studier som har brukt kombinasjonen kvantitativt forskningsdesign og Kotter (Abrahamsen, 2017; Holter, 2018), og vårt inntrykk fra de tidligere studiene vi finner med Kotter som utgangspunkt, uavhengig av forskningsdesign, er at studiene som har brukt alle stegene er svært omfattende, og vanskelig å hente konklusjoner ut ifra. Vi har derfor valgt å følge rådet til Abrahamsen (2017) om å kun fokusere på noen utvalgte steg, og de er:

- *Steg 1: Skap en følelse av at det haster*
- *Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon*
- *Steg 4: Verve en frivillig hær*
- *Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer*

Denne utvelgelsen utelukker ikke viktigheten av Kotters andre fire steg, da disse også spiller en sentral rolle ved endringsledelse, også i helsesektoren. Vi mener likevel at vi best kan gi svar på vår problemstilling, som er forankret i relasjons- og medvirkningsbasert ledelse, ved hjelp av de 4 stegene vi har valgt.

Vi vil nå gå dypere inn i de 4 stegene vi har valgt, og forklare hvorfor vi mener disse er de mest relevante for vår studie. Til å gjøre dette vil vi ta utgangspunkt i Kotters egen bok *Leading change*, som opprinnelig ble utgitt i 1996, men som senere ble utgitt i 2012 med nye forord. Vi trekker også inn Appelbaum et al. (2012) sin teoretiske gjennomgang av Kotters modell, samt teori presentert tidligere i dette kapitlet, for å underbygge grunnlaget for vår spørreundersøkelse og relevans til problemstillingen.

2.4.1 Steg 1: Skap en følelse av at det haster

Kotter (2012) mener at det vil være avgjørende å skape en følelse av at endringen er nødvendig i alle endringsprosesser der man er avhengig av at flere personer skal samarbeide. For å skape denne følelsen anbefaler han at ledelsen inkluderer de ansatte i hva som utgjør behovet og formålet med endringen, selv om dette kan virke risikabelt og komme litt brått på. Ifølge Appelbaum et al. (2012) viser flere studier at dette stemmer, og at tidspunkt, type informasjon og hastigheten på hendelsene kan være avgjørende for hvordan resultatet av endringsprosessen blir. En langsom innledning til endringen er ikke nødvendigvis det som gir best resultater, tvert imot kan det være positivt at de ansatte ikke rekker å gjøre seg opp så

mange tanker om endringene før de trer i kraft. “Never underestimate the magnitude of the forces that reinforce complacency and that help maintain the status quo” (Kotter, 2012, s. 44). Med det mener Kotter (2012) at man skal være forsiktig med å gi de ansatte skryt og positiv innsikt på hvordan ting blir gjort i dag, slik at de ikke oppfatter de kommende endringene som unødvendige fordi det fungerer bra slik det er i dag. I vår studie anser vi dette steget som relevant både fordi vi tror det er avgjørende for enhver endringsprosess, men også fordi det i en sektor med en blanding av helsehjelp og lønnsomhet vil være ulike faktorer som motiverer de ansatte til å være positive til endring (Burmam et al., 2023; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Khraim, 2023). Dette steget vil derfor være med å underbygge de andre spørsmålene vi har i undersøkelsen.

2.4.2 Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon

For å opprettholde motivasjonen og samarbeidsviljen til de ansatte mener Kotter (2012) at det er viktig å sette sammen en ledergruppe med de riktige egenskapene. Han mener at én person ikke kan inneha alle de nødvendige egenskapene selv, og det er derfor viktig å sette sammen en tverrfaglig gruppe for å best kunne lede endringene. Han mener bestemt at dette innebærer både å ha personer med riktig maktposisjon, faglig kompetanse, tillit fra de ansatte, evnene til å motivere de ansatte og generelt gode lederegenskaper. Man trenger både ledere som motiverer og driver endringene fremover, samtidig som man trenger gode sjefer som holder kontroll på selve prosessen. Dette steget har fått litt motgang av flere andre forskere, men om det er steget i seg selv som ikke er viktig eller om tvilen kommer av at de aktuelle endringsprosessene ikke valgte riktige personer for jobben er vanskelig å konkludere med ifølge Appelbaum et al. (2012). Likevel ser vi at Jäntti og Andersen (2019) og Morland og Pettersen (2017) bekrefter dette punktet, da de konkluderer med at en endringsprosess blir effektivisert av å ha fagpersoner med innflytelse som pådrivere for endringene. Likedan er et av funnene til Petersson et al. (2022) at transformasjon av helsepersonell er en av årsakene til at ledere i helsesektoren synes det er vanskelig med endringer, og Hargett et al. (2017) har funnet at integritet er en av de viktigste egenskapene hos ledere i helsesektoren. I vår studie som inkluderer fagpersoner og endringer i profesjonsutøvelsen til disse, anser vi derfor dette steget som meget relevant.

2.4.3 Steg 4: Verve en frivillig hær

Man kan utrette mye ved å ha de rette personene med på laget, men Kotter (2012) mener magien skjer når flertallet av de som er involvert i en endringsprosess har den samme oppfatningen av målet. Kotter mener ledere ofte kommuniserer for lite, eller for upresist med sine ansatte, og at dette hindrer fremgangen i prosessen. God kommunikasjon kan derimot bidra til å redusere usikkerhet, og påvirke responsen på endringer i form av både positive og negative tilbakemeldinger. Kotter (2012) har tydelige meninger om hva han synes er god kommunikasjon, og trekker frem toveis-kommunikasjon som særlig viktig. Han mener at det er helt naturlig at de ansatte vil ha bekymringer relatert til både arbeidshverdagen og privatlivet når de blir introdusert for endringer på arbeidsplassen, og at man vil spare seg for mye negativitet og grubling ved å være mottakelig for tilbakemeldinger og spørsmål når informasjonen blir delt. Kotter (2012) beskriver at de fleste mennesker, og spesielt høyt utdannede, naturlig vil ha motstand mot endring før de får stilt kritiske spørsmål. Dette mener han må brukes i positiv forstand, da det er flere eksempler på utfordringer i endringsprosesser som har blitt oppdaget sent i forløpet, som kunne blitt oppdaget tidligere om ledelsen hadde vært åpen for å ta imot tilbakemeldinger fra de som er direkte berørt av endringene (Frahm & Brown, 2007; Klev & Levin, 2021; Kotter, 2012). Kotter (2012) mener også at det er viktig at ledelsen går frem som et godt forbilde, og at ledelsen selv har en klar og presis måte å kommunisere på ut til de ansatte, som viser at de selv har forstått og er positive til endringen. Som nevnt tidligere viser flere studier at kommunikasjonen mellom ledelsen og de ansatte ofte blir nevnt som et kritisk punkt for vellykkede endringer, og at de ansatte som opplever kommunikasjonen som god, har en tendens til å være mer positive og ser flere personlige fordeler ved endringene (Aarseth & Sørhaug, 2009; Appelbaum et al., 2012; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Frahm & Brown, 2007; Hargett et al., 2017; Hussain et al., 2018). Vi mener derfor det er interessant også i vår problemstilling å se på om kommunikasjon, og medvirkningsbasert endringsledelse, kan være nøkkelen til å motivere personer med en sterk yrkesstolthet til å se positivt på endringer som potensielt kan ha stor innvirkning på deres arbeidshverdag.

2.4.4 Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer

Kotter (2012) mener man kan hindre motstand mot endring ved å gi de ansatte en følelse av eierskap til endringen. Dette gjøres ved å la de prøve seg på oppgaver i sammenheng med endringen, la de ta ansvar, og å gi de god opplæring. Han mener at selv om de tidligere stegene er fulgt, kan man fortsatt oppleve motstand fra de ansatte, som vil føre til at endringen stopper opp. Derfor er det viktig med struktur, kunnskap og optimalisering av det overordnede systemet i virksomheten for å motvirke dette. Kotter (2012) mener virksomhetene ofte glemmer at det kreves stor kompetanseheving å innføre omfattende endringer, og at også selv om virksomheten er klar over dette, vil det ofte koste for mye tid og penger til at det blir prioritert. Han mener at man ikke nødvendigvis trenger å sende alle ansatte på kurs og dyre videreutdanninger, men at de man gir ansvar for å tillære seg denne kunnskapen må få anerkjennelse og kompensasjon i form av høyere lønn, høyere stilling, eller lignende. Han mener det er viktig med en velfungerende HR-avdeling i virksomheten, som jobber for at de ansatte skal trives og utvikles i virksomheten, og som ikke forventer at de ansatte skal godta alle endringer uten noen form for kompensasjon. Som Klev og Levin (2021) skriver, tvang Human Resources seg frem som en nødvendig del av virksomhetene etter teknologiens oppstandelse, som en del av den sosiotechniske tankegangen. Vi ser at flere forskere bekrefter dette steget, blant annet Petzold og Steidle (2023), som fant at 82 % av deres respondenter mente de måtte øke sitt personlige kompetansenivå ved innføring av digitale hjelpemidler på deres arbeidsplass. Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) skriver spesifikt om viktigheten av at de ansatte må føle eierskap og tilhørighet for å oppnå mestring og en følelse av at arbeidet er meningsfylt, og faglig utvikling blir stort sett nevnt i alle offentlige rapporter som omtaler endret oppgavefordeling i helsesektoren (Kommunesektorens organisasjon, 2022; NAV, 2023; Næringslivets hovedorganisasjon, 2022; Meld. St. 7, 2019-2020). På grunn av dette synes vi steget er relevant for vår problemstilling, for å se om opplæring kan innvirke på hvordan utdannede i helsesektoren ser på endringer ved innføring av digitale hjelpemidler.

2.5 Oppsummering teoretisk bakgrunn

Vi har i dette kapittelet presentert teoretisk bakgrunn for valgt problemstilling, som også er teorien vi har brukt som utgangspunkt for vår spørreundersøkelse i denne studien.

Sosialpsykologiens og teknologiens oppstandelse viser et samfunn i stadig endring. Allerede på tidlig/midten av 1900-tallet kom teorier om endringsledelse som den dag i dag fortsatt står som noen av de mest kjente teoriene innen feltet. De vi har nevnt i denne oppgaven er Kurt Lewins 3-steps-modell og John P. Kotters 8-steps-modell. Den industrielle revolusjonen førte på 1800-tallet med seg en rask teknologisk utvikling, og en ny industriell virkelighet. Fredrick Taylor blir nevnt som symbolet på maskinmessig organisering av menneskelig virke, og hans arbeidsledelse får store konsekvenser, som senere leder til et behov for sosioteknisk teori, HR (Human Resources) og medvirkningsbaserte endringsprosesser.

Medvirkningsbasert endringsledelse fokuserer på de ansattes medvirkning i endringsprosesser som et effektiviserende tiltak. Motstand mot endring er tilnærmet uunngåelig i endringsprosesser som inkluderer ulike mennesker, og tidligere studier viser at god kommunikasjon og involvering av de ansatte gir større forståelse for endringer, og positive effekter på resultatet av endringsprosessen.

Digitalisering i helsesektoren er et dagsaktuelt tema, da etterspørselen av helsetjenester øker på grunn av økt levealder og økt bevissthet i befolkningen. For at alle skal få riktig helsehjelp til riktig tid i fremtiden, vil det være nødvendig å se på om innføring av digitale hjelpemidler i helsesektoren kan bidra til å redusere arbeidsbelastningen på spesialistene, slik at de kan brukes der behovet er størst. Det finnes allerede i dag eksempler på digitalisering av helsetjenester, men få studier som sier noe om hvordan endringsledelse blir påvirket av dette.

John P. Kotters 8-steps-modell for endringsledelse inneholder 8 steg for en vellykket endringsprosess. Hans teori er siden den ble utgitt i 1995 omtalt mye innen endringsledelse, og vi har derfor valgt å legge ekstra stor vekt på hans modell i vår studie. For at vår studie ikke skulle bli for omfattende, valgte vi å kun fokusere på steg 1, 2, 4 og 5 i Kotters modell. Steg 1 handler om å skape en følelse av at endringen er nødvendig, steg 2 handler om å ha en ledergruppe med de riktige egenskapene, steg 4 handler om viktigheten av god kommunikasjon med de ansatte under en endringsprosess, og steg 5 handler om å gi de ansatte eierskap til endringer via kunnskap og aktivisering.

3.0 Metode

I dette kapitlet vil vi presentere hvilken metode vi har valgt for å besvare vår problemstilling. Vi vil først presentere valgt forskningsdesign og utvalget for vår studie, og deretter vil vi beskrive hvordan vi har søkt etter relevant litteratur, innhentet egen data og analysert resultatet av dette. Vi har også sett på prosjektets validitet, reliabilitet og generalisering. Til slutt tar vi for oss etiske problemstillinger vi har møtt på, og ser på oss selv som forskere. Styrker og svakheter ved metoden vil bli beskrevet fortløpende i gjennomgangen av dette kapitlet, og videre drøfting av metoden vil være en del av diskusjonen i kapittel 5.

3.1 Valgt forskningsdesign

For å svare på vår problemstilling om hvilke faktorer som var viktige ved innføring av digitale løsninger i helsesektoren, valgte vi et kvantitativt forskningsdesign. Hovedårsaken til at vi valgte et kvantitativt design var at vi fant kun én tidligere studie om endringsledelse ved digitalisering i helsesektoren som var kvantitativ (Petzold & Steidle, 2023), og at data i tidligere studier ofte ble innhentet ved intervju av ledere (Petersson et al., 2022; Jäntti & Andersen, 2019). Vi ønsket derfor å gi et nytt bidrag til tematikken ved å se på problemstillingen fra de ansatte sin side, noe vi mente var mest hensiktsmessig å gjøre ved hjelp av tall og statistikker. I tråd med det Johannessen et al. (2020, s. 22, 56) skriver, er kvantitativ metode det man velger når man vil finne faktorer som kan telles opp, noe som ble et viktig valg for resultatet av vår studie, og avgjørende for hvilke valg vi hadde senere i prosessen.

Når vi skulle utføre en studie fra de ansatte sin side var det også viktig for oss at innhenting av data kunne gjøres anonymt, for at flest mulig skulle ønske å svare og være ærlige i undersøkelsen. Vi brukte derfor en surveyundersøkelse for å innhente egen data, som vil si at vi utarbeidet en spørreundersøkelse for å få en strukturert utspørring av respondentene. Selv om total anonymitet kan være en fordel for respondentene, kan det også være en svakhet for vår studie at vi ikke helt sikkert kan vite hvem som har svart på undersøkelsen, og heller ikke om de har oppfylt kravene vi hadde satt for vårt utvalg.

Vi valgte en deduktiv tilnærming, som vil si at vi tok utgangspunkt i allerede eksisterende teorier, og undersøkte om vår egen empiri støttet dette eller ikke (Johannessen et al., 2020, s. 30). Vi ønsket at vår forskning skulle gå i bredden for å kunne samle inn data i en gitt periode som var avgrenset, og undersøkelsen vår ble derfor en tverrsnittsundersøkelse.

"Tverrsnittsundersøkelser kan gi informasjon om hvordan fenomener varierer på det aktuelle tidspunktet [...] Erfaringene og opplevelsene vil variere med blant annet hvilken livsfase folk befinner seg i" (Johannessen et al., 2020, s. 260). Det vil si at når vi valgte å lage en undersøkelse som dette, som kun fokuserte på et gitt tidspunkt, fikk vi et øyeblikksbilde av situasjonen der og da. Resultatet vårt er derfor et resultat for det aktuelle tidspunktet svarene ble innhentet, og sier ingenting om resultatets historie.

3.2 Utvalg

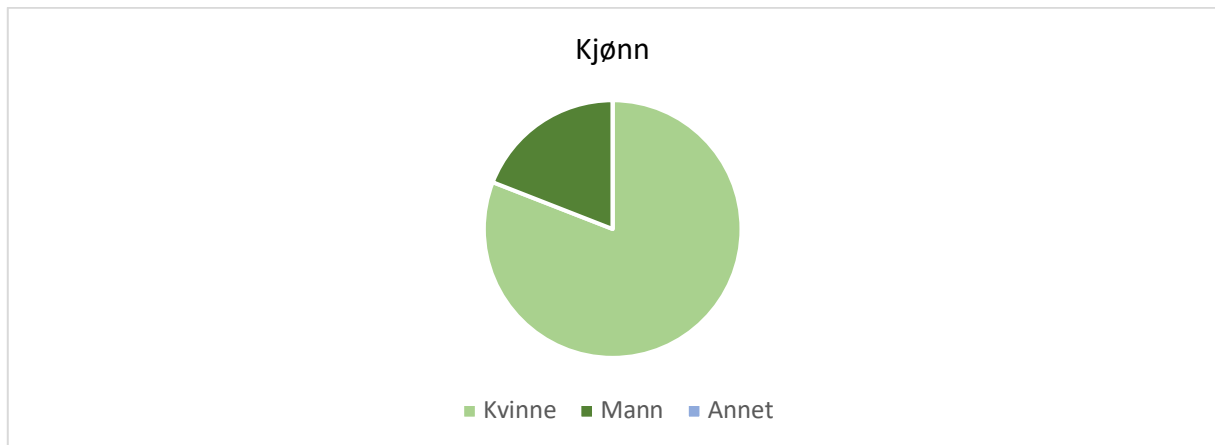
For å kunne besvare vår problemstilling ønsket vi å studere helsesektoren som populasjon, som vi selv har utdanning innenfor. "Populasjon betyr befolkning [...] Populasjon er samlingen av alle enhetene som en problemstilling gjelder for" (Johannessen et al., 2020, s. 268).

Siden formålet med vår problemstilling var å kartlegge hvilke faktorer som er viktige ved innføring av digitale hjelpemidler som kan føre til endring i profesjonsutøvelsen til utdannede i helsesektoren, ble det naturlig at vi avgrenset utvalget vårt til de med utdanning innen helse- og sosialfag. Vi valgte å inkludere alle med helse- og sosialfaglig utdanning uavhengig av nåværende yrkestittel og stilling. Det betyr at arbeidsaktive i både privat og offentlig sektor, og også arbeidsledige, hadde mulighet til å svare på vår undersøkelse. Av utdanning inkluderte dette alt fra videregående skole og fagskole, til høyskole og universitet. Alt fra helsefagarbeidere til professorer ble derfor invitert til å svare på vår undersøkelse.

Ifølge Statistisk sentralbyrå (2023) var det 594 449 personer som hadde utdanning innenfor helse- og sosialfag i Norge i 2022. 473 129 av disse var i arbeid, men bare 364 506 var i arbeid innenfor helse- og sosialtjenester. Inndelingen av kjønn ligger på omtrent det samme både for de som er utdannet og de som er i arbeid. For menn ligger denne andelen på mellom 16,3-17,5 %, mens for kvinner er vi oppe i 82,5-83,7 %. At kvinner er en vesentlig større del

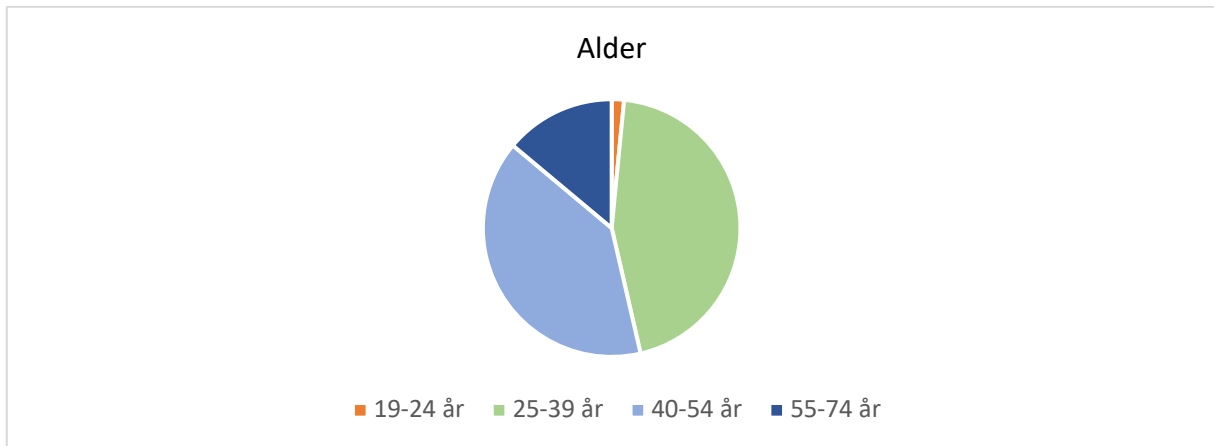
av helsesektoren blir også bekreftet av andre studier (Burmam et al., 2023). Vi forventet derfor at vi skulle få flere svar fra kvinner enn fra menn, noe som viste seg å være riktig.

Vi registrerte totalt 194 svar på vår undersøkelse, der totalt 80,9 % av respondentene var kvinner, og kun 19,1 % var menn. Se fremstilling i figur 3.4.1. Det var altså ingen av de som svarte som identifiserte seg som “Annet”, og prosentvis stemte fordelingen mellom kvinner og menn overraskende godt med statistikken fra Statistisk sentralbyrå (2023).



Figur 3.4.1: Fordeling av kjønn blant respondentene. Diagram viser prosentvis fordeling av alle svaralternativ, totalt 100%. $N = 194$.

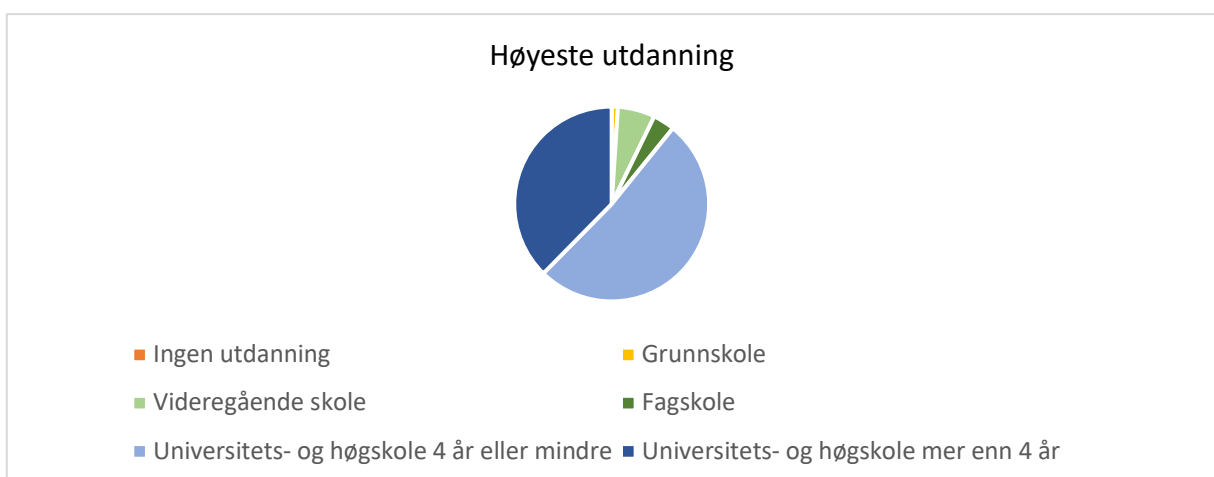
Vi valgte å distribuere undersøkelsen via sosiale medier for å nå ut til flest mulig. Ifølge Røgeberg (2018) er det de aller yngste som er mest aktive på sosiale medier, med en forholdsvis jevn kurve til og med 54 år, og en deretter merkbar nedadgående kurve fra 55 år. Siden vår målgruppe etterspurte utdannede innen helse- og sosialfag antar vi at dette er årsaken til at de under 24 år er underrepresentert i vår undersøkelse, se fremstilling i figur 3.4.2.



Figur 3.4.2: Fordeling av alder blant respondentene. Diagram viser prosentvis fordeling av alle svaralternativ, totalt 100%. N = 194.

Om vi ser bort i fra de aller yngste ser vi derimot at vårt utvalg stemmer godt med statistikken til Røgeberg (2018). Flertallet av de som svarte fordelte seg ganske likt mellom aldersgruppene 25-39 år og 40-54 år, med henholdsvis 44,8 % og 39,7 %. Kun 1,5 % av respondentene var mellom 19-24 år, og 13,9 % var mellom 55-74 år.

På utdanningsnivå ser vi at Statistisk sentralbyrås statistikk for sysselsatte i helse- og omsorgsfag for alle aldre i hele landet (2022), viser at det er en jevn fordeling av utdannede fra videregående skole og høgskole/universitet i Norge. Dette samstemmer derimot ikke så godt med vårt utvalg, se fremstilling i figur 3.4.3.



Figur 3.4.3: Fordeling av utdanningsnivå blant respondentene. Diagram viser prosentvis fordeling av alle svaralternativ, totalt 100%. N = 194.

De aller fleste, hele 89,1 % av våre respondenter, hadde utdanning fra universitet- eller høyskole, mens kun totalt 9,8 % hadde utdanning fra enten videregående skole eller fagskole. Kun 1 % av respondentene har svart at de har utdanning fra grunnskolen, som vil si at undersøkelsen ikke var tilegnet dem. Vår overvekt av respondenter med utdanning fra høyskole/universitet kommer trolig av at vi, i tillegg til å publisere undersøkelsen på våre egne Facebook-profiler, valgte å sende forespørsel om publisering i faggrupper og fagforbund for yrker med høyere utdanning. Mer utfyllende informasjon om dette finnes i delkapittel 3.4.

Det er vanskelig å gjennomføre en konkret bortfallsanalyse for vår studie, da undersøkelsen ble publisert på internett, og ikke sendt til et begrenset utvalg med et gitt antall personer. Vi vet derfor ikke hvem som har mottatt spørreundersøkelsen og ikke, men noen faktorer har likevel kunnet påvirke hvordan det faktiske utvalget for vår studie ble.

Vi valgte å distribuere spørreundersøkelsen via våre egne sosiale medier, og sendte også forespørsler om publisering til relevante faggrupper for helsepersonell. Noen av disse faggruppene valgte å publisere undersøkelsen vår, mens andre faggrupper responderte ikke på forespørselen. Dette har derfor med stor sannsynlighet hatt innvirkning på det faktiske utvalget i vår studie, og kan ha ført til at det er overvekt av enkelte yrker som har svart. Undersøkelsen ble kun forespurt delt i grupper og forbund tilknyttet personer med høyere utdanning, og det ble derfor naturlig at undersøkelsen ble besvart i størst grad av denne utdanningsgruppen, noe som blir en feilkilde for utvalget, men ikke nødvendigvis en svakhet for resultatet av studien. Samtidig ville det, som nevnt over, være stor sannsynlighet for at det var flest yngre personer som svarte på undersøkelse siden de er mest aktive på sosiale medier, og flest kvinner kontra menn siden det er en reell overvekt av kvinner som er utdannet innen helse- og sosialfag.

En annen faktor som kan innvirke på bortfallet var selve problemstillingen. Vi etterspurte spesifikt endringer i profesjonsutøvelsen ved innføring av digitale løsninger som gjorde at man måtte gi fra seg arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning, og dette kan ha ført til at noen yrkesgrupper innen helse- og sosialfag ikke syntes spørreundersøkelsen var relevant for dem. Dette fikk vi også bekreftet via tilbakemeldinger fra spesifikke profesjonsretninger.

3.3 Litteratursøk

Vi har brukt oria.no for å finne litteratur og fagfelleverderte artikler, for utenom det vi hadde tilgjengelig fra andre emner tidligere i studieforløpet ved Nord universitet.

Søkeord vi har brukt er: Endringsledelse, change management, organizational change, helsesektoren, healthcare, digitalisering, digitalisation, digitalization, profesjonskultur, health professions, quantitative, John Kotter, Kotter, og ulike kombinasjoner av disse.

Det som ga oss treff som var mest relevante for vår problemstilling var kombinasjonen “change management” “healthcare” “digitalisation”. Dette ga 14 treff, der 5 av disse handlet om nettopp endringsledelse i helsesektoren på grunn av digitalisering. Disse var: Binci et al. (2022), Burmann et al. (2023), Morland og Pettersen (2018), Petzold og Steidle (2023) og Shwana og Tronstad (2020). I tillegg fant vi 4 andre studier vi anså som svært relevante ved bruk av andre søkeord, og det var: Frączkiewicz-Wronka (2021), Hargett et al. (2017), Kaihlanen et al. (2023) og Petersson et al. (2022). Av alle disse var det kun Petzold & Steidle (2023) sin studie som var kvantitativ.

Om vi la til “Kotter” til noen av disse søkeordene endte vi opp med å finne til sammen 2 fagfelleverderte artikler som hadde helsesektoren som utvalg hvor Kotter ble brukt som utgangspunkt for innhenting av egen data. Disse var: Carman et al. (2019) og Schmutz (2021). Begge disse var case-studier. Dette sier oss at det finnes lite kvantitative studier med samme vinkling som vår problemstilling, og ut ifra det vi finner finnes det ingen tidligere studier i fagfelleverderte artikler som har hatt helsesektoren som tema, og som har brukt kvantitativ metode og Kotter som utgangspunkt. Vi ser også at alle artiklene vi fant er relativt nye, noe som kan tyde på at dette temaet foreløpig er relativt nytt innen forskning, noe som gjør vår studie samfunnsnyttig å gjennomføre.

Utenom fagfelleverderte artikler fant vi to avhandlinger som hadde kombinasjonen kvantitativ metode og Kotter. Den ene var en norsk bacheloroppgave skrevet av Abrahamsen (2017), og den andre var en doktorgradsavhandling fra Pennsylvania, USA, skrevet av Holter (2018). Ingen av disse handlet om helsesektoren, og spørsmålene hadde andre vinklinger enn vi ønsket for vår studie.

Petzold og Steidle (2023) hadde mange likhetstrekk med vår studie i tema, men heller ikke deres vinkling av spørsmål var relevant for å svare på vår problemstilling. Vi endte derfor opp med å ikke bruke spørsmål fra hverken Abrahamsen (2017), Holter (2018) eller Petzold og Steidle (2023) i vår egen spørreundersøkelse, men tok råd fra Abrahamsen (2017) om å fokusere på bare noen av stegene i Kotters modell i stedet for alle 8.

Når vi søkte etter relevant teori brukte vi noen inklusjons- og eksklusjonskriterier. Vi valgte å fokusere på studier gjort innen helsesektoren, og måtte ekskludere studier som ikke omhandlet endringsledelse. Vi ønsket i utgangspunktet også å ekskludere studier som ikke omhandlet digitalisering, men innså at studier som omhandlet ledelse i helsesektoren uavhengig av digitalisering hadde høy relevans for sammenligning i vår studie.

3.4 Datainnsamlingsteknikk

Siden vi valgte et kvantitativt forskningsdesign ble metoden for å innhente data survey-undersøkelse, noe som ble et sentralt valg for resultatet av vår studie. Ved å innhente data gjennom en spørreundersøkelse kunne undersøkelsen være anonym, noe vi håpet kunne bidra til å gi et annet perspektiv på tematikken enn det tidligere kvalitative studier har kunnet gi, da respondentene fikk mulighet til å svare uten påvirkning av virksomheten de jobber for.

Vi valgte å lage vår undersøkelse ved bruk av nettskjema.no, etter anbefaling fra vår veileder An-Magritt Steinset Kummeneje og Nord universitet. Via nettskjema.no fikk vi mulighet til å bygge opp spørreundersøkelsen selv, og følge med på svarene som kom inn. Til slutt kunne vi laste ned en ferdig rapport med statistikk på hvert enkelt spørsmål. Denne rapporten finnes som vedlegg i denne oppgaven.

Når vi skulle utarbeide spørreundersøkelsen var det flere momenter vi ønsket å ta hensyn til. For det første var det veldig viktig for oss at respondentene skulle oppfatte og forstå spørsmålene riktig, slik at de kunne gjenkjenne situasjoner fra eget arbeidsliv. Johannessen et al. (2020, s. 289) skriver at det er viktig å være oppmerksom på at spørsmålene ikke blir for generelle, slik at respondenten skjønner nøyaktig hva det blir spurt om, samtidig som man stiller kun et spørsmål i hvert utsagn slik at spørsmålet er entydig for alle som svarer.

Vi landet på at et prestrukturert spørreskjema ville være det mest brukervennlige for vår undersøkelse. Dette bekreftes av Johannessen et al. (2020, s. 286), som skriver at når respondentene kun trenger å markere sitt svar gjør det det lettere å fylle ut undersøkelsen. Alle spørsmål endte derfor opp med å ha en likert-skala fra 1-5 som svaralternativ, hvor 1 var veldig uenig, 2 uenig, 3 nøytral, 4 enig og 5 veldig enig. “Skalaer med oddetall gir muligheter for å svare på en nøytral midtkategori. En omfattende forskning viser at skalaer med oddetall, med fem eller syv trinn, gir best datakvalitet, med konsistente svar og høy reliabilitet og validitet [...]” (Johannessen et al., 2020, s. 294). Det er uansett viktig at svaralternativene er mest mulig uttømmende, slik at de som svarer har mulighet til å både være enig og uenig. Ulempen med prestrukturerte skjemaer er at man ikke fanger opp andre synspunkter enn de gitte spørsmålene og svaralternativene (Johannessen et al., 286, 291-292). Vi valgte derfor å gi respondentene muligheten for å legge igjen en frivillig kommentar etter de obligatoriske spørsmålene i undersøkelsen, for å fange opp eventuelle andre synspunkter, og for at respondentene skulle føle undersøkelsen var mest mulig uttømmende. Disse kommentarene har ikke blitt analysert som resten av spørreundersøkelsen, men noe av innholdet i de har blitt brukt til å underbygge funn og diskusjon videre i denne oppgaven.

All teori i kapittel 2 er brukt som utgangspunkt for vår spørreundersøkelse. Vi ønsket deriblant å bruke en kjent modell for å få svar på vår problemstilling, og valgte derfor å bruke Kotters 8-steps-modell som hovedteori. Vi ønsket også å kartlegge respondentenes holdninger til slike endringer i utgangspunktet, som ifølge Johannessen et al. (2020, s. 288) styrker begrepsvaliditeten. Vi valgte derfor å dele spørreundersøkelsen inn i 2 bolker, der den første omhandlet holdninger og tanker om slike endringer i utgangspunktet, og den andre bolken var knyttet direkte opp i mot Kotters 8-steps-modell. Den første bolken inneholdt 13 spørsmål, og den andre bolken inneholdt 11 spørsmål. Johannessen et al. (2020) mener det er en forutsetning at respondentene føler temaet er relevant for at respondentene skal kunne svare på slike spørsmål, og ved å kombinere holdningsspørsmål med andre spørsmål i en spørreundersøkelse vil dette gi oss bekræftelse på studiens validitet.

Ved å ta utgangspunkt i en allerede kjent modell hjalp det oss å huske hele prosessen, ikke bare selve endringen. De utvalgte stegene fra Kotters 8-steps-modell ble presentert i delkapittel 2.4, og var som følger:

- *Steg 1: Skap en følelse av at det haster*
- *Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon*
- *Steg 4: Verve en frivillig hær*
- *Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer*

Undersøkelsen avsluttet med å innhente generell informasjon om respondentene i form av alder, kjønn og høyeste utdanning. Fordelingen av utvalget er presentert i delkapittel 3.2.

Før spørreundersøkelsen ble publisert ble den revidert flere ganger. Vi testet undersøkelsen både på oss selv, veilederen vår og et lite utvalg av kollegaer som var i målgruppen for undersøkelsen, i tråd med Johannessen et al. (2020, s. 295). Tilbakemeldingene vi fikk hjalp oss å gjøre undersøkelsen mer presis og direkte, samt at det ga oss enda mer bakgrunn for å vurdere ordlyden vi hadde valgt på spørsmålene våre. Etter litt utprøving ble antatt svartid på undersøkelsen satt til 5-7 minutter, noe vi i ettertid ser stemte godt med gjennomsnittstiden de fleste brukte.

Vi valgte å distribuere undersøkelsen via sosiale medier for å nå ut til flest mulig. Statistisk sentralbyrå viste at 4 av 5 nordmenn brukte sosiale medier i 2018 (Røgeberg, 2018). Undersøkelsen ble derfor publisert på våre egne profiler på Facebook 18. september 2023, og det ble samtidig sendt forespørsler om publisering til relevante faggrupper og fagforbund for leger, sykepleiere, optikere og vernepleiere. Undersøkelsen ble publisert på nytt etter 3 dager, etter anbefaling fra Johannessen et al. (2020, s. 296) som mener man må sende en purring for de som ikke husket å svare første gang. Vi opplevde at undersøkelsen fanget stor interesse allerede fra start, og endte totalt opp med 194 svar og 28 kommentarer.

3.5 Dataanalysemetode

For å analysere dataene vi samlet inn brukte vi deskriptiv statistikk. Vi analyserte enkeltvariabler hver for seg, også kalt univariat analyse (Johannessen et al., 2020, s. 297), og valgte å gjøre dette ved hjelp av ulike type figurer. Siden vi brukte nettskjema.no for å distribuere spørreundersøkelsen vår, fikk vi en ferdig rapport med alle resultatene når spørreundersøkelsen var stengt. Denne rapporten ga oss presenter på hvor mange som hadde svart hvert svaralternativ, og også gjennomsnitt og median på hvert enkelt spørsmål. Ifølge Johannessen et al. (2020, s. 301-303) kan man benytte seg av gjennomsnitt og median for å finne hva som er den sentrale verdien, eller sentraltendensen, på spørsmålet. Gjennomsnittet kan man finne ved å summere verdien på noe, og dividere det med antall enheter. Medianen tallfester verdien på enheten i midten av en rangert fordeling, og representerer det typiske.

Vi har valgt å først presentere alle spørsmål i et samlet stolpediagram, som viser prosentvis fordeling av alle svaralternativer. Siden det var påkrevd at alle respondentene svarte på alle spørsmål i spørreundersøkelsen, vil summen av all responsen være 100% (N = 194) på alle spørsmål. Vi har også valgt å lage et stolpediagram som viser sentraltendensen til alle spørsmål, der gjennomsnittsverdi og median blir brukt som statistiske mål. Videre presenterer og kommenterer vi hvert enkelt spørsmål, enten alene eller sammen med spørsmål vi mener er relevante for hverandre. Spørsmålene vi presenterer alene vil bli presentert i et kakediagram, med prosentvis fordeling av alle svaralternativ. Spørsmålene vi presenterer sammen med andre vil bli presentert i stolpediagram, hvor stolpene viser gjennomsnittsverdi med desimal, og farge viser median. Vi har brukt Microsoft Excel for å lage egne figurer, da vi mener dette ble mer oversiktlig og estetisk penere. Vi har valgt å ikke bruke standardavvik i vår analyse, men man kan se fra figur 4.1.1 hvordan svaralternativene fordeler seg i hvert enkelt spørsmål, og også i rapporten fra nettskjema.no som ligger i vedlegg.

Til slutt i spørreundersøkelsen hadde respondentene mulighet til å legge igjen en frivillig kommentar. Kommentarene har ikke blitt analysert, men vi har valgt å bruke noe av innholdet i de til å underbygge empiriske funn fra spørreundersøkelsen som presenteres i kapittel 4, og også i diskusjonen i kapittel 5.

3.6 Reliabilitet, validitet og generalisering

Vi har allerede i gjennomgangen av metoden sett på noen faktorer som kan ha påvirket reliabiliteten, validiteten og generaliseringen i vår studie, og vi nevner de igjen her direkte knyttet opp mot disse begrepene.

Det finnes ulike måter å kontrollere reliabiliteten på. En måte er intern reliabilitet, som går ut på at for eksempel to forskere, som vi er i denne forskningsprosessen, ser på om det er samsvar mellom våre vurderinger og dataene vi innhenter. Reliabiliteten anses som noe lavere om man bruker denne metoden, men kan likevel anses som litt høyere hvis flere forskere kommer frem til de samme resultatene på funnene (Johannessen et al., 2020, s. 27-28), noe vi gjorde. Da vi startet med dette prosjektet hadde vi selvsagt egne holdninger til endringer beskrevet i problemstillingen vår, og vi mener mange av disse synspunktene har blitt bevisst gjennom resultatene i denne studien. Reliabiliteten er utenom dette vanskelig å måle da vi ikke med sikkerhet kan si hvem som er respondentene våre, men blir likevel forsterket ved at vi har fått så mange svar på undersøkelsen, noe som gjør at eventuelle feilkilder i utvalget ikke får like stor betydning i det totale resultatet. At vi valgte å ha svaralternativ med 5 trinn hvor midten var nøytral, bidrar ifølge Johannessen et al. (2020, s. 294) også til at reliabiliteten og validiteten øker. Likevel vil det at vi ikke hadde et svaralternativ med “vet ikke” være en feilkilde for resultatet, da de som eventuelt ikke kjente seg igjen i spørsmålet ikke hadde noen annen mulighet enn å svare nøytralt (Johannessen et al., 2020, s. 294-295), og dette vil kunne gi oss en feil median for svaret på det aktuelle spørsmålet. Vi fikk også en kommentar på at alle spørsmål i bolk 2 av spørreundersøkelsen startet med «Om jeg er positiv til endring..», noe som ble tolket til at man måtte være utelukkende positiv når man svarte på undersøkelsen, og som dermed gir det Johannessen et al. (2020, s. 291) betegner som et ledende spørsmål. Vi anser det derimot som at respondentene hadde mulighet til å ikke være positiv til de aktuelle påstandene ved å svare uenig eller veldig uenig.

“Validitet dreier seg om hvor troverdige eller relevante data er [...]” (Johannessen et al., 2020, s. 463). Den overordnede måten å måle validitet på er begrepsvaliditet, som forteller om det er samsvar mellom teoretiske begreper og operasjonelle definisjoner. Dette betyr at det vi etterspør i vår innhenting av data må være representativt for teorien som er presentert. Dette vil vi si er oppfylt i vår studie, der hele andre del av spørreundersøkelsen er laget ut ifra Kotters 8-steps-modell for endringsledelse, og første del også har god relevans til teorien og

tematikken. Det styrker også studiens validitet at vi kartla respondentenes holdninger om temaet via holdningsspørsmål i bolk 1 (Johannessen et al., 2020, s. 288).

Videre kan man dele validitet inn i statistisk validitet og ytre validitet, noe som er viktig for å vurdere studiens generalisering. Statistisk validitet handler om hvorvidt utvalget er representativt for populasjonen, og ytre validitet handler om at resultatet fra undersøkelsen er overførbart i tid og rom, altså om resultatet kun gjelder for akkurat vårt utvalg, eller hele populasjonen vi ønsket å studere. Via andre studier vi har funnet om samme tema (se litteratursøk i delkapittel 3.3), ser vi at relevansen mellom utfordringer i helsesektoren i Norge og i andre deler av verden er stor, noe som bekrefter at vår studie også er relevant for helsesektorer i andre land enn Norge. For å se om vårt utvalg er representativt for vår populasjon, kan vi sammenligne kjennetegn som alder, kjønn og utdanning med statistikk fra Statistisk sentralbyrå, og på den måten se at utvalget vårt er representativt når det kommer til fordeling av kjønn (Statistisk sentralbyrå, 2023). Likevel vil det at vi har valgt å studere en populasjon med stor overvekt av kvinner kunne ha innvirkning på hvilke andre sektorer vår studie er relaterbar for, da det er bevisst i tidligere studier at det er forskjell i arbeidsmiljøutfordringer og arbeidsmiljøbelastninger i kvinnedominerte sektorer sammenlignet med mannsdominerte sektorer (Burmam et al., 2023; Hagen & Jensen, 2022). En faktor som trekker validiteten for utvalget ned, er at vi i hovedsak har fått svar fra personer med høyere utdanning, mens Statistisk sentralbyrå (2022) viser at inndelingen av helsefaglig utdannede i Norge er relativt lik mellom videregående skolenivå og høgskole/universitetsnivå. Som nevnt tidligere anser vi dette som en feilkilde i vårt utvalg påvirket av våre valg i distribueringen av undersøkelsen, men ikke nødvendigvis som en svakhet for resultatene av studien i seg selv.

3.7 Etisk refleksjon

For å kunne se på vår egen rolle som forskere ble det naturlig å se tilbake til startfasen for dette forskningsprosjektet. Vi er utdannet innenfor samme sektor, men innen ulike bransjer. Det gjaldt derfor å finne et felles grunnlag som vi mente kunne være relevant for begge fagfelt, og som var et forskningsområde vi begge syntes var spennende. "Utgangspunktet for all forskning er nysgjerrighet" (Johannessen et al., 2020, s. 23). Det var også viktig at studien skulle være relevant for begge inn i videre arbeidsliv. Vi ønsket derfor å forske på et tema

som vi oppfattet som dagsaktuelt, og fant stor interesse i temaet endringsledelse og innføring av digitale hjelpemidler.

Etikk handler om forholdet mellom mennesker, og om hva vi kan gjøre og ikke. Det var viktig for oss at vi fulgte retningslinjene for forskningsetikk, og de samme etiske kravene gjelder for internettforskning som for annen forskning. Disse retningslinjene er:

1. Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi
2. Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv
3. Forskerens ansvar for å unngå skade (Johannessen et al., 2020, s. 45).

Det å hoppe ut i en rolle som forsker var for oss ukjent, men svært spennende. Det var viktig for oss å kunne utføre denne studien uten for mange subjektive meninger, men heller være bevisst på å se objektivt på de resultatene vi fikk av undersøkelsen, noe som ble lettere ved å velge kvantitativ metode sammenlignet med andre metoder. Vi hadde forståelse for at dette kunne bli vanskelig med tanke på utdanningene og erfaringene vi hadde fra før, og selvsagt siden problemstillingen også er høyst aktuell på våre nåværende arbeidsplasser. Vi har derfor vært nøye med å planlegge metodevalg og spørreundersøkelsen godt.

Ved utarbeidelse av spørreundersøkelsen så vi viktigheten av at undersøkelsen var velformulert slik at vi på den ene siden kunne få de svarene vi hadde behov for, og på den andre siden bidro med noe som kunne oppleves som samfunnsnyttig. Vi ønsket å ta hensyn til etikken i vår spørreundersøkelse ved at spørsmålene skulle være formulert slik at alle som valgte å delta på undersøkelsen deltok frivillig, og at de følte seg respektert både som privatperson og fagperson. Ved hjelp av en kvantitativ metode kunne vi forholde oss til tall, uten å vite noe om historien rundt disse tallene, og kunne heller ikke påvirke svarene til respondentene utenom hva vi valgte å skrive i introduksjonsteksten til spørreundersøkelsen. Hele spørreundersøkelsen, inkludert introduksjonsteksten, finnes som vedlegg i denne oppgaven. Kommentarene er derimot sensurert fra rapporten av hensyn til respondentene.

Siden spørreundersøkelsen var fullstendig anonym, som vil si at den ikke var sporbar tilbake til respondentene på noe vis, ble det ikke nødvendig å sende den inn til godkjenning hos Norsk senter for dataforskning (NSD). Hadde respondentene derimot lagt igjen personlig informasjon, som for eksempel arbeidsplass eller mailadresse, ville det vært nødvendig å få godkjenning fra Norsk senter for dataforskning før vi publiserte undersøkelsen.

4.0 Resultater og empiriske funn

I dette kapitlet vil vi presentere resultatet av vår spørreundersøkelse og hvilke empiriske funn dette har gitt oss. Spørreundersøkelsen hadde til sammen 24 spørsmål, som var delt inn i 2 bolker med henholdsvis 13 og 11 spørsmål hver. Den første bolken handlet om hvilke tanker respondentene hadde om slike endringer i utgangspunktet, og den andre bolken handlet om hvilke faktorer som var avgjørende for om de var positive til slike endringer i sin bransje. Spørreundersøkelsen ble laget ut fra teori beskrevet i kapittel 2, og bolk 2 av undersøkelsen er direkte knyttet opp mot de utvalgte stegene fra Kotters 8-steps-modell for endringsledelse beskrevet i delkapittel 2.4.

Resultatene fra spørreundersøkelsen vil først bli presentert i sin helhet i delkapittel 4.1 uten videre kommentar, og deretter vil vi kommentere de empiriske funnene fra hver bolke. Spørsmålene vil enten bli kommentert alene, eller sammen med andre spørsmål som har relevans for hverandre. Tabeller som blir presentert er laget av oss ved bruk av Microsoft Excel. Rapporten fra nettskjema.no som denne presentasjonen er hentet fra, med resultat av hvert enkelt spørsmål, finnes som vedlegg.

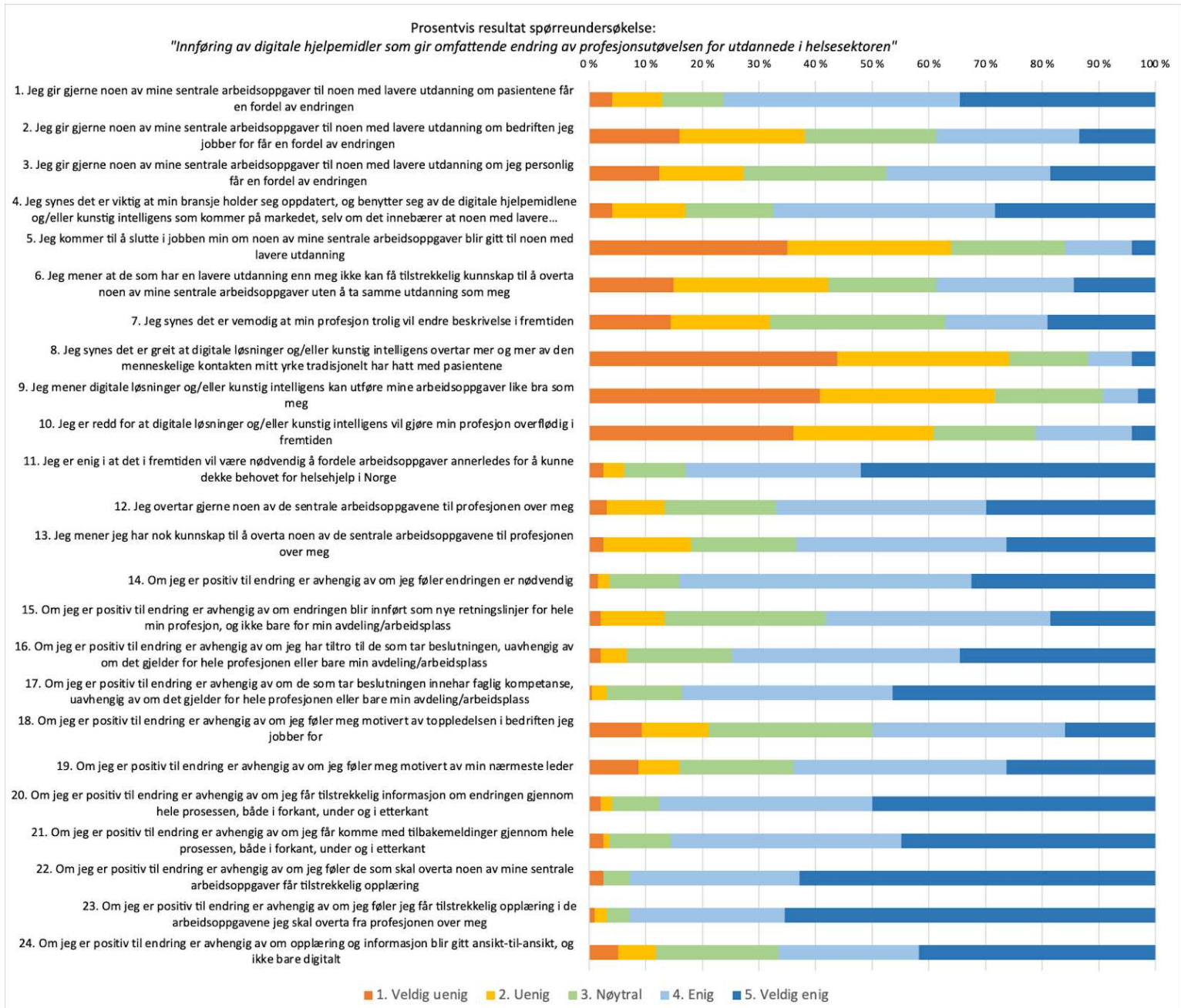
Det var påkrevd å svare på alle spørsmål, så summen av all responsen blir derfor 100 % (N = 194) på alle spørsmål. Nummereringen og fargene på svaralternativene vil bli brukt gjennom hele gjennomgangen av resultatene, og ser slik ut:

■ 1. Veldig uenig ■ 2. Uenig ■ 3. Nøytral ■ 4. Enig ■ 5. Veldig enig

Til slutt i spørreundersøkelsen var det mulighet for å legge igjen en frivillig kommentar. Vi fikk inn totalt 28 kommentarer, og innholdet i disse bekreftet at undersøkelsen skapte engasjement, og at respondentene forstod hva vi etterspurte. Vi fikk mye god innsikt gjennom disse kommentarene, og noe av innholdet i de vil bli brukt til å underbygge empiriske funn fra spørreundersøkelsen som presenteres i delkapittel 4.2 og 4.3. Kommentarene vil ikke bli gjengitt i sin helhet hverken i oppgaven eller i rapporten fra nettskjema.no

4.1 Resultatet fra spørreundersøkelsen

I Figur 4.1.1 har vi sammenfattet resultatet av alle svarene vi fikk, med prosentvis fordeling av hvert enkelt svaralternativ.



Figur 4.1.1: Prosentvis resultat spørreundersøkelse. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolper vise prosentvis fordeling av hvert svaralternativ, totalt 100%. N = 194.

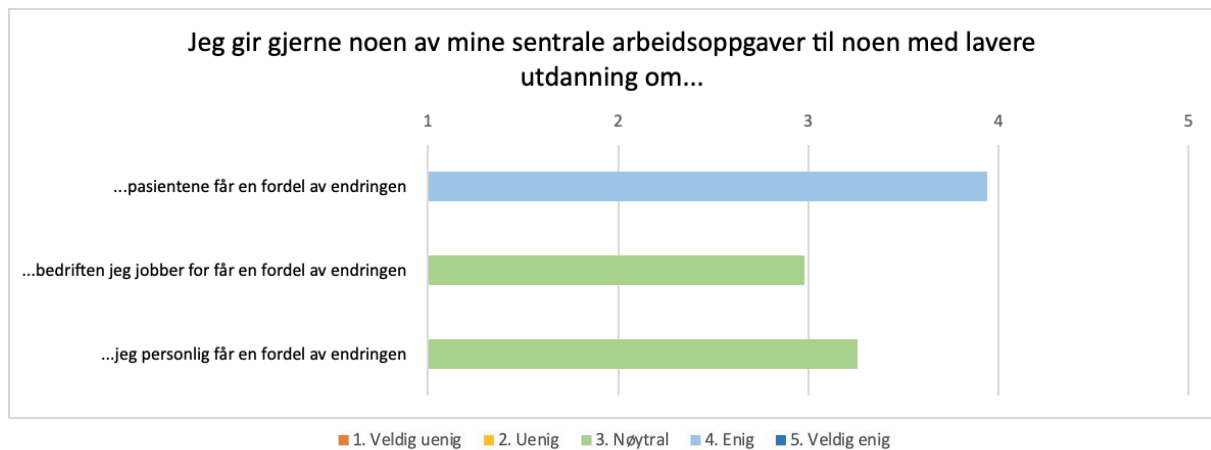
I figur 4.1.2 viser vi hva sentraltendensen av svarene ble, for å enklere forstå resultatet av hvert enkelt spørsmål.



Figur 4.1.2: Sentraltendens resultat spørreundersøkelse. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolpe viser gjennomsnittsverdi med desimal, farge viser median. N = 194.

4.2 Empiriske funn bolk 1: Tanker om slike endringer i utgangspunktet

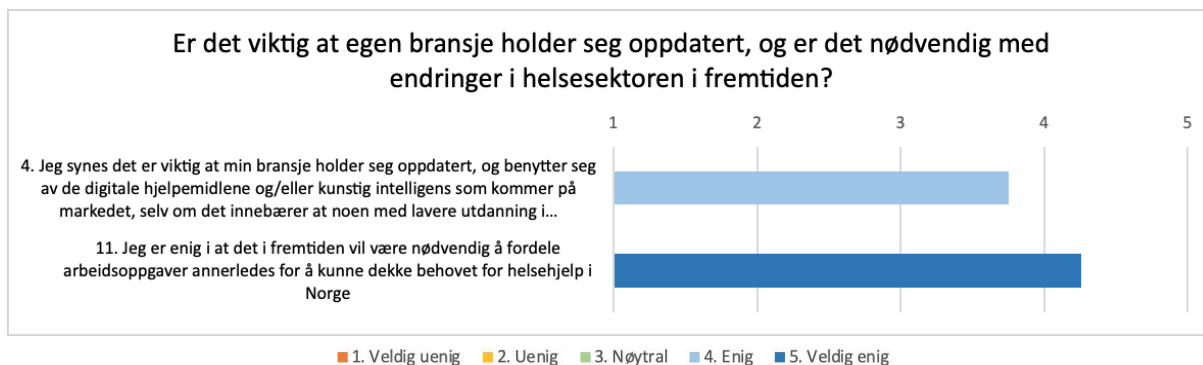
Bolk 1 inneholdt spørsmål 1-13 av vår spørreundersøkelse. De tre første spørsmålene handlet om å gi fra seg noen av sine sentrale arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning om det er til fordel for enten pasientene, virksomheten man jobber for eller seg selv. Resultatet av dette ser vi i figur 4.2.1.



Figur 4.2.1: Empiriske funn spørsmål 1-3. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolpe viser gjennomsnittsverdi med desimal, farge viser median. $N = 194$.

Her ser vi at pasientene er den største motivasjonen, med en median tett opp i mot 4 (enig). En personlig fordel av endringen er en større motivasjon enn om virksomheten får en fordel av endringen, men disse verdiene er relativt like med medianer rundt 3 (nøytral) på begge to. Også kommentarene bekrefter at det er pasienten som stort sett er i fokus.

Videre ønsket vi å få svar på om respondentene synes det er viktig at deres egen bransje holder seg oppdatert (spørsmål 4), og om de synes det i fremtiden vil være nødvendig å fordele oppgaver annerledes i helsesektoren (spørsmål 11). Resultatet ser vi i figur 4.2.2.



Figur 4.2.2: Empiriske funn spørsmål 4 og 11. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolpe viser gjennomsnittsverdi med desimal, farge viser median. $N = 194$.

Begge disse spørsmålene ender opp med et resultat rundt 4 (enig), hvor spørsmål nummer 11 er et av få spørsmål som ender opp med en median på 5 (veldig enig). Dette gir oss en klar indikasjon på at endringer både innad i bransjene og i helsesektoren generelt vil være nødvendig, og ønskelig, i fremtiden. Disse funnene får vi også bekreftet i kommentarfeltet, der flere kommenterer at slike endringer er helt nødvendige, men at det er viktig at det blir gjort med formål om å øke kvaliteten på helsetjenester, ikke bare fordi vi mangler helsepersonell eller fordi økonomene på toppen ønsker omsetningsvekst.

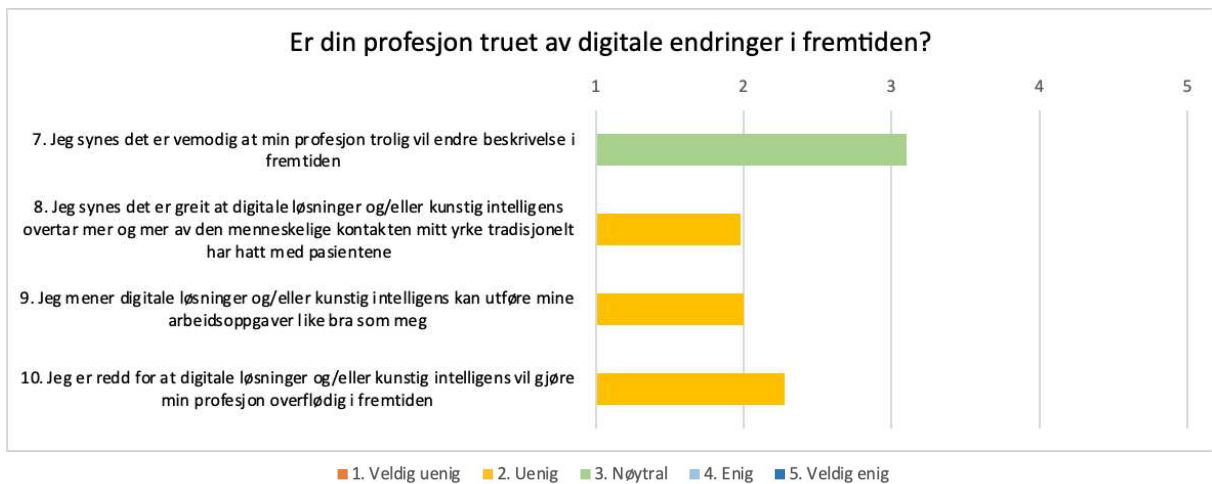
Et annet spørsmål vi valgte å ta med var om noen kom til å slutte i jobben sin om de måtte gi noen av sine sentrale arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning (spørsmål 5). Dette spørsmålet velger vi å presentere alene, da det er et viktig spørsmål som vil være avgjørende for helsesektorens fremtid. Resultatet ser vi i figur 4.2.3.



Figur 4.2.3: Empiriske funn spørsmål 5. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Diagram viser prosentvis fordeling av alle svaralternativ, totalt 100%. $N = 194$.

Figuren viser oss at 64 % av respondentene er uenig i at de kommer til å slutte i jobben sin på grunn av slike endringer. Medianen ble 2 (uenig), med en oppadgående kurve fra veldig enig til veldig uenig. Selv om flertallet er uenig i en eller annen grad, sitter vi likevel igjen med 36 % som enten er nøytrale eller enige, og konkluderer derfor med at det vil være små marginer før dette vil kunne være en oppsigelsesgrunn om prosessen med innføring av slike endringer ikke skjer på en god måte.

For å forsterke oppfatningen til respondentene når det kommer til slike endringer inkluderte vi noen spørsmål om både hvordan det føles at profesjonen trolig vil endre beskrivelse i fremtiden (spørsmål 7), og om hva de tenker om at kunstig intelligens overtar arbeidsoppgaver og også den menneskelige kontakten (spørsmål 8-10). Resultatet ser vi i figur 4.2.4.



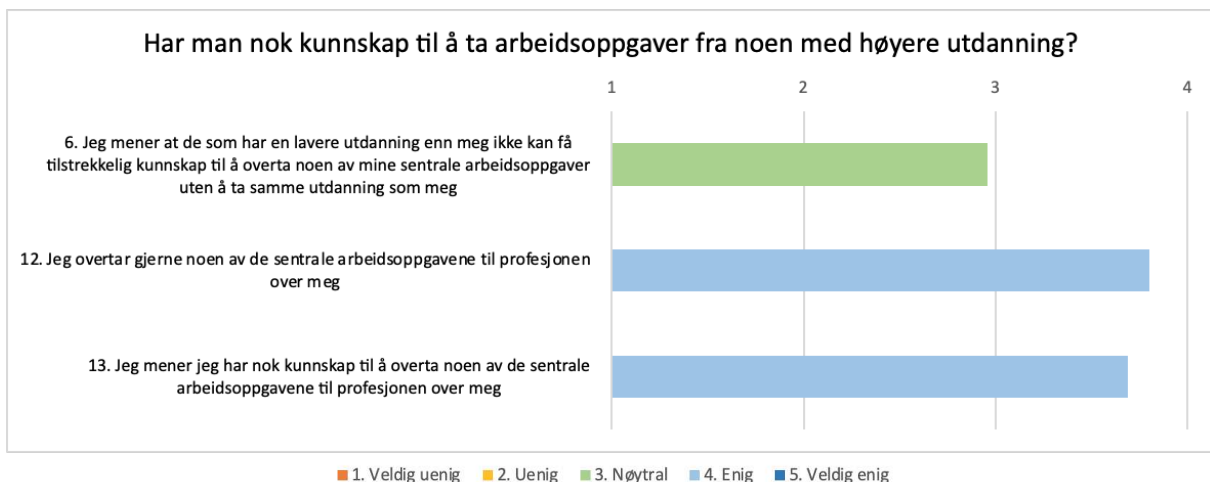
Figur 4.2.4: Empiriske funn spørsmål 7-10. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolpe viser gjennomsnittsverdi med desimal, farge viser median. N = 194.

Her ser vi at spørsmål 7 ender opp med en median på 3 (nøytral), og de resterende spørsmålene får en median på 2 (uenig). Det vi finner ut av disse spørsmålene er derfor at respondentene er nøytral i forhold til at profesjonen endrer beskrivelse i fremtiden, men uenig i at det er greit at digitale løsninger og/eller kunstig intelligens tar bort den menneskelige kontakten man har til pasientene i dag (spørsmål 8), og uenig i at slike løsninger kan gjøre jobben like bra som fagutdannede mennesker (spørsmål 9). Vi ser også at gjennomsnittet ikke er redde for at profesjonen deres vil bli overflødig i fremtiden (spørsmål 10), noe som er positivt og gir oss en pekepinn på at de fleste oppfatter situasjonen slik at det i hovedsak er

snakk om å bruke fagpersonene vi har i helsesektoren i dag på en mer hensiktsmessig måte, ikke å erstatte de.

I kommentarene er dette temaet det som engasjerer mest. Menneskelig kontakt er for mange profesjoner i helsesektoren det viktigste, og flere kommenterer at digitale løsninger og kunstig intelligens vil være et fint hjelpemiddel om de blir innført på riktig måte, men at de ikke vil kunne erstatte den menneskelige kontakten mange møter gjennom helsetjenester i dag. En kommentar skriver at det trolig ikke spiller noen rolle for pasientene hvem som utfører de ulike arbeidsoppgavene, så lenge den menneskelige kontakten er til stede, noe som gir oss en annen vinkling på temaet.

Det siste temaet vi ønsket å få svar på i bolk 1 var om respondentene mente at de med lavere utdanning kunne få nok kunnskap til å ta deres arbeidsoppgaver uten ekstra utdanning (spørsmål 6), og motsatt om de både ønsket (spørsmål 12) og hadde nok kunnskap (spørsmål 13) til å ta arbeidsoppgaver fra profesjonen over seg selv. Dette er interessant da det er to sider av samme sak, og vi ser en klar differanse mellom svarene i figur 4.2.5.



Figur 4.2.5: Empiriske funn spørsmål 6 og 12-13. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolpe viser gjennomsnittsverdi med desimal, farge viser median. N = 194.

Medianen for spørsmål 6 ligger på 3 (nøytral), mens medianen for spørsmål 12 og 13 ligger på 4 (enig). Dette sier oss derfor at vi er mer skeptiske til at de med lavere utdanning har nok kunnskap til å overta arbeidsoppgavene våre, enn vi er til at vi selv overtar arbeidsoppgaver fra noen med høyere utdanning enn oss selv. I kommentarene blir vi også gjort

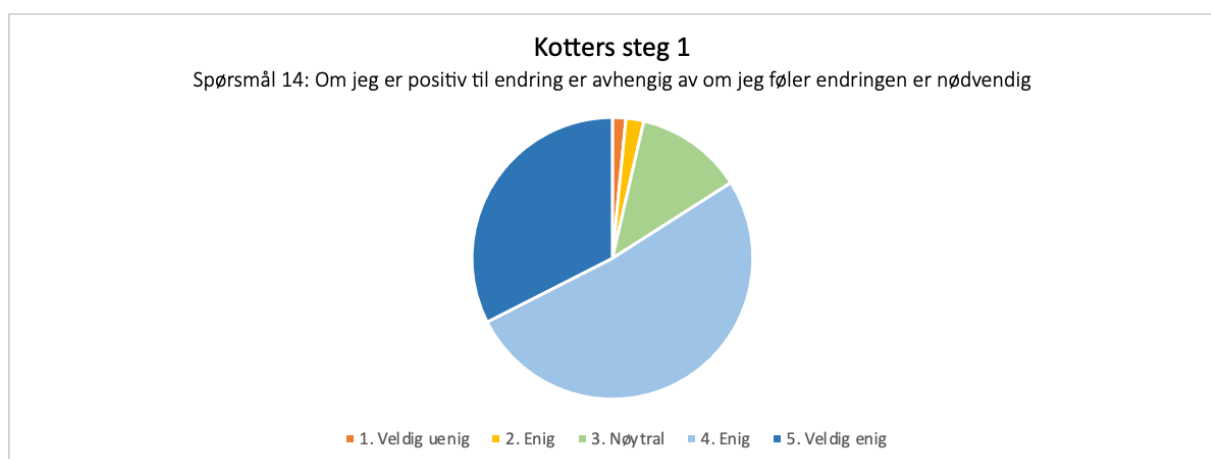
oppmerksomme på at fordeling av arbeidsoppgaver ikke bare trenger å gå fra noen med høyere utdanning til noen med lavere utdanning, men at også noen med tilsvarende høy utdanning, bare i en annen retning innenfor helse, kan inneha kompetanse til å overta arbeidsoppgaver fra en annen profesjon. Dette er interessant, og kan være et av alternativene for å løse situasjonen med manglende arbeidskraft i helsesektoren i fremtiden.

4.3 Empiriske funn bolk 2: Hvilke faktorer avgjør om du er positiv til slike endringer i din bransje?

Bolk 2 inneholdt spørsmål 14-24 av vår spørreundersøkelse, og spørsmålene i denne bolken ble laget ut fra steg 1, 2,4 og 5 i Kotters 8-steps-modell for endringsledelse. Vi deler dem derfor inn i hvert av stegene.

4.3.1 Steg 1: Skap en følelse av at det haster

Kotters 1. steg i hans 8-steps-modell for endringsledelse handler om at det er viktig å gi de ansatte følelsen av at endringen er nødvendig. Det ble derfor utformet étt konkret spørsmål om dette i vår undersøkelse (spørsmål 14), og funnet fra dette spørsmålet blir derfor presentert alene i figur 4.2.6.

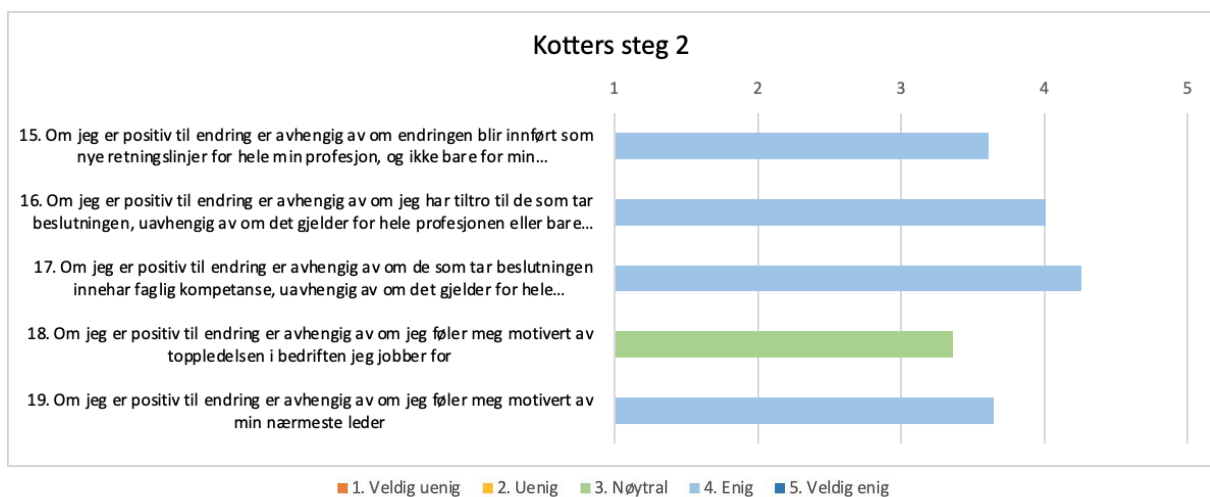


Figur 4.2.6: Empiriske funn spørsmål 14. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Diagram viser prosentvis fordeling av alle svaralternativ, totalt 100%. N = 194.

Vi ser at hele 84 % er enige i at dette er viktig. 12 % er nøytrale, mens bare totalt 4 % er uenig. Medianen for spørsmålet ble 4 (enig). I kommentarene ser vi at noen er urolig for at endringene ikke vil bli satt i gang før de er absolutt nødvendige, og at dette vil skape mye kaos på grunn av dårlig tid og organisering.

4.3.2 Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon

Kotters 2. steg handler om å ha riktig maktkoalisjon på plass under en endringsprosess, noe Kotters mener innebærer å ha personer med riktig maktposisjon, faglig kunnskap og evne til å motivere de ansatte i ledelsesgruppen. Det ble som utgangspunkt i dette utarbeidet 5 spørsmål for å bekrefte/avkrefte om dette er viktig, og funnene fra disse spørsmålene blir presentert i figur 4.2.7.



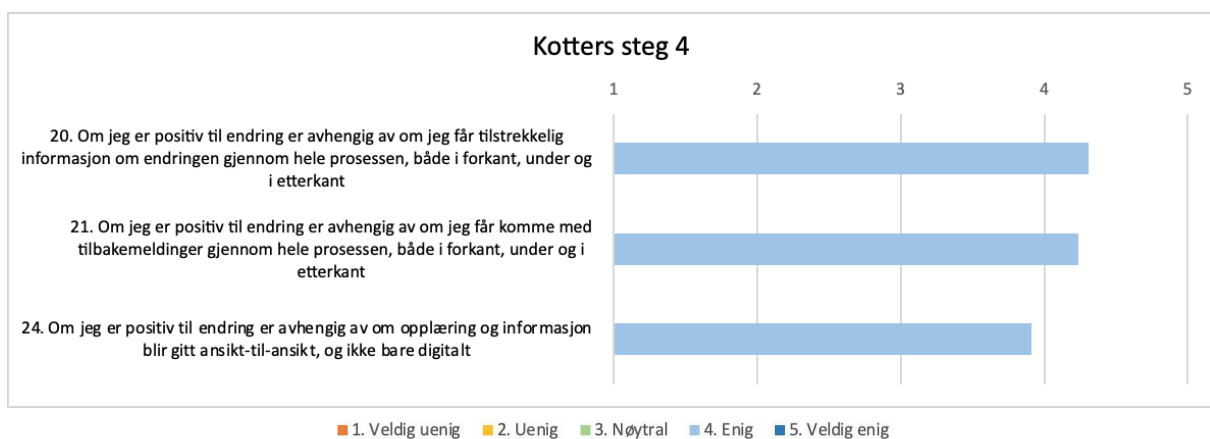
Tabell 4.2.7: Empiriske funn spørsmål 15-19. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolpe viser gjennomsnittsverdi med desimal, farge viser median. N = 194.

Vi ser ut i fra resultatene at det som betyr mest er at de som tar beslutningen innehar faglig kompetanse. Det er likevel ganske like resultater mellom 4/5 spørsmål (15, 16, 17 og 19), med en median på 4 (enig). Det siste spørsmålet (18) får en median på 3 (nøytral), og vi kan derfor konkludere med at de ansatte er mer avhengig av å føle seg motivert av sin nærmeste leder enn de i toppledelsen for å være positive til endringer.

I kommentarene får vi bekreftet at faglig kompetanse blant de som tar beslutningene er viktig, og at det vil ha større tyngde om endringer blir innført som nye retningslinjer for hele profesjonen i stedet for bare på én enkelt arbeidsplass. Det stilles også spørsmål til hvem som er ansvarlig for endringene som blir innført. Er det ledelsen som bestemmer endringen, eller er det helsepersonellet som mer eller mindre blir tvunget til å lære opp personer med lavere utdanning eller ufaglærte til å ta arbeidsoppgavene deres for å enten dekke et økonomisk behov for virksomheten eller avlaste helsekøen? Dette er et interessant spørsmål som vi i denne studien ikke har grunnlag for å svare på.

4.3.3 Steg 4: Verve en frivillig hær

Kotters 4. steg handler om at kommunikasjonen man har til, og med, de ansatte i en endringsprosess vil være avgjørende for sluttresultatet. Han mener også at 2-veis-kommunikasjon er det som gir de ansatte størst følelse av å være involvert og motivert. Det ble her utarbeidet 3 spørsmål for å bekrefte/avkrefte om dette er viktig i en endringsprosess, hvor vi også inkluderte et spørsmål laget ut fra Frahm og Browns (2007) konklusjon om at å få informasjon ansikt-til-ansikt hadde størst positiv effekt. Funnene fra disse spørsmålene blir presentert i figur 4.2.8.

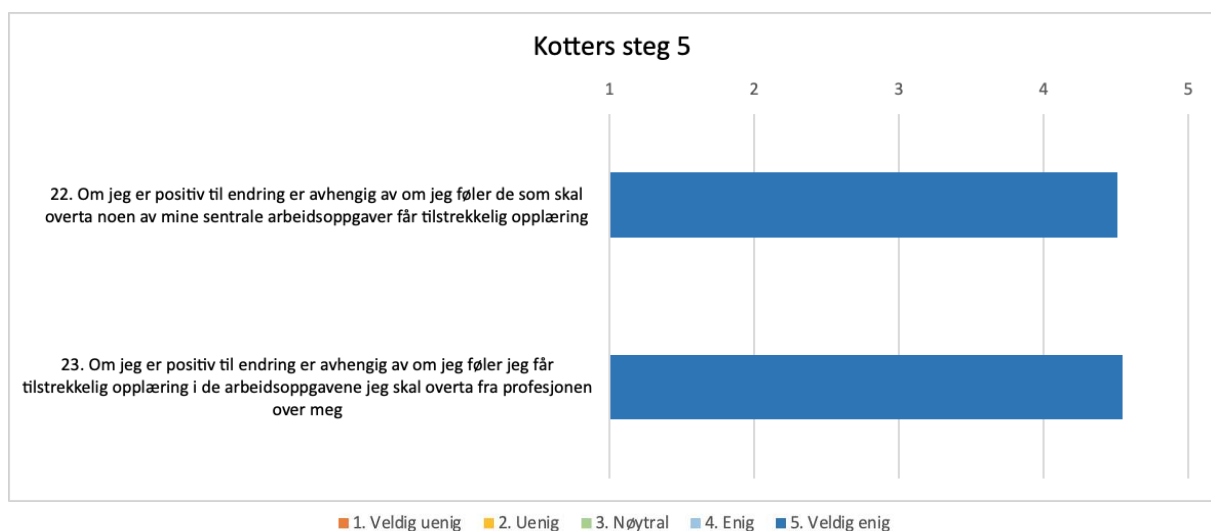


Figur 4.2.8: Empiriske funn spørsmål 20-21 og 24. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolpe viser gjennomsnittsverdi med desimal, farge viser median. N = 194.

Her ser vi at alle spørsmålene (20, 21 og 24) får en median på 4 (enig), noe som forteller oss at det å føle seg inkludert i hele prosessen er viktig for hvordan en slik endring oppfattes, og at kommunikasjon og muligheten til å få gi tilbakemelding er faktorer som kan virke positivt på dette. I kommentarfeltet blir dette poengtert, med et ønske om at det må være mulighet for å si i fra om noe ikke fungerer med endringen også etter den er innført. Vi ser også at det vil være positivt med informasjon og opplæring ansikt-til-ansikt, men at dette scorer mindre enn informasjon og muligheten til å gi tilbakemelding generelt.

2.4.4 Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer

Kotters 5. steg handler om hvordan opplæring og kunnskap kan bidra til at de ansatte føler eierskap til endringen, noe som vil skape mindre motstand. Det ble her utarbeidet 2 spørsmål for å bekrefte/avkrefte dette punktet, samt at vi inkluderte opplæring også i spørsmål 24 om viktigheten av kommunikasjon ansikt-til-ansikt (se forrige delkapittel 2.4.3).



Figur 4.2.9: Empiriske funn spørsmål 22-23. Likert-skala fra 1-5 hvor 1 er veldig uenig og 5 er veldig enig. Stolpe viser gjennomsnittsverdi med desimal, farge viser median. N = 194.

De 2 spørsmålene (22 og 23) som omhandler opplæring, er to av i alt tre spørsmål i hele denne undersøkelsen som har fått en median på 5 (veldig enig). Dette sier oss at opplæring er noe av det viktigste i en endringsprosess. Disse funnene blir også bekreftet i kommentarfeltet, der god opplæring er et av de temaene som blir nevnt mest.

Kotters 5. steg handler også om å gi de ansatte kompensasjon i form av for eksempel høyere stilling eller lønn når man tillegger noen ansvar i en endringsprosess. Et par kommentarer etterspør spørsmål om lønn, noe vi bevisst har valgt å ikke vurdere som en faktor for motivasjon for slike endringer i denne studien.

Spørsmålene under steg 4 og steg 5 var de spørsmålene i vår undersøkelse som hadde minst spredning i svarene.

4.3 Oppsummering resultater og empiriske funn

Spørreundersøkelsen i denne studien engasjerte mange, noe vi fikk bekreftet både med antall svar vi mottok, og det aktive kommentarfeltet. De viktigste funnene vi gjorde, var:

- Helsepersonell mener endringer i helsesektoren er nødvendige
- Pasienten er helsepersonells viktigste motivasjon for å godta endringer
- Helsepersonell mener menneskelig kontakt er viktig for pasientene
- 63 % av helsepersonell mener de har nok kunnskap til å overta arbeidsoppgaver fra profesjonen over seg
- Helsepersonell er mer skeptiske til å gi fra seg arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning enn de er til å ta arbeidsoppgaver fra noen med høyere utdanning enn seg selv
- Involvering og kommunikasjon med de ansatte er viktig under en endringsprosess
- God opplæring og videreutdanning er viktig uansett om man skal gi fra seg eller ta nye arbeidsoppgaver

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil vi diskutere våre empiriske funn presentert i kapittel 4 opp mot litteratur og teorier presentert i kapittel 2. Vi vil også diskutere metodevalget, og komme med forslag til videre forskning.

Vårt fokus i denne studien har vært å få svar på hvilke faktorer som er viktige ved innføring av digitale løsninger som kan gi endringer i profesjonsutøvelsen til utdannede i helsesektoren. For å gjøre dette har vi valgt å dele hoveddiskusjonen inn i 3 ulike deler:

1. Viktigheten av medvirkningsbasert endringsledelse
2. Nødvendigheten av endring i helsesektoren
3. Kotters 8-steps-modell i helsesektoren

Vi vil diskutere de funnene vi mener er relevante under hvert tema, og funnene kan derfor bli diskutert flere ganger, under flere av temaene.

5.1 Viktigheten av medvirkningsbasert endringsledelse

Medvirkningsbasert endringsledelse har vært et viktig tema i endringsledelse helt siden den industrielle revolusjon sent på 1800-tallet (Klev & Levin, 2021). Forskere har bekreftet gang på gang at ansattes medvirkning i endringsprosessen er et effektiviserende tiltak (Aarseth & Sørhaug, 2009; Burmann et al., 2023; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Frahm & Brown, 2007; Hargett et al., 2017; Hussain et al., 2018; Morland & Pettersen, 2017), og vi ser også dette gjenta seg i vår studie, der 88 % av respondentene svarer at det er viktig for de å være inkludert i endringsprosessen i form av tilstrekkelig informasjon, og 86 % svarer at det er viktig å ha muligheten til å gi tilbakemelding gjennom hele prosessen. Muligheten til å få gi tilbakemelding gjennom endringsprosessen gir virksomheten mulighet til å oppdage negative virkninger av endringene raskere (Frahm & Brown, 2007; Klev & Levin, 2021; Kotter, 2012), samt at det vil gi de ansatte, og spesielt fagpersoner, trygghet om at ledelsen ikke innfører endringer som er strid med deres profesjonsutøvelse (Kaihlanen et al., 2023; Petersson et al., 2022). Kommunikasjon er et ord som går igjen når det er snakk om medvirkningsbasert endringsledelse, blant annet hos Kotter (2012), Hargett et al. (2017) og Frahm og Brown (2007). De beskriver alle viktigheten med effektiv og god kommunikasjon, noe som

innebærer både toveiskommunikasjon og ansikt-til-ansikt. Ut fra kommentarene i vår undersøkelse ser vi at det blir påpekt at respondentene ønsker det skal være mulig å si i fra til ledelsen om noe ikke fungerer med den nye implementeringen, også etter at endringen er innført. Kaihlanen et al. (2023) fant i sin studie blant ansatte og ledere i helse- og sosialfag misnøye med akkurat dette, der de ansatte savnet at ledelsen anerkjente også de negative virkningene en endring hadde hatt, og på denne måten var mer mottakelig for tilbakemelding.

For å lykkes med endringer i en virksomhet er man avhengig av god ledelse. Flere studier har undersøkt viktigheten av lederstil, og hvilken betydning dette har for involvering av ansatte (Hargett et al., 2017; Hussain et al., 2018), og har kommet frem til at dette har betydning for resultatet av en endringsprosess. Samtidig ser vi at både Kurt Lewins 3-steps-modell og John P. Kotters 8-steps-modell baserer seg på å motivere de ansatte til å godta de endringene virksomheten ønsker å innføre, noe som innebærer å inkludere de ansatte i prosessen. I vår studie spurte vi respondentene om de var avhengig av motivasjon fra toppledelsen og/eller den nærmeste lederen for å være positive til endring. Svaret vi fikk på disse to spørsmålene var ikke overraskende at det er viktigere å føle seg motivert fra nærmeste leder, og mer nøytralt om det var viktig å føle seg motivert fra toppledelsen. Så selv om Khraim (2023) konkluderte med at det er toppledelsens ansvar å sørge for at endringene ikke skaper angst og press for de ansatte, vil det være viktig at toppledelsen inkluderer mellomledere, som kan motivere neste ledd i virksomheten. Jäntti og Andersen (2019) og Morland og Pettersen (2017) skriver begge om dette i sine studier, der de har gjort funn på at det å bruke innflytelsesrike fagpersoner som mellomledere i helsesektoren effektiviserer endringsprosessen.

Hvordan kommunikasjonen og involveringen fra ledelsen blir oppfattet av de ansatte kan settes i sammenheng med emosjonell intelligens. Tidligere studier har funnet at emosjonell intelligens er en faktor som påvirker både fornøydheten de ansatte har mot leder, men også hvilken effekt leders tilnærming har mot de ansatte (Hargett et al., 2017; Khraim, 2023). Ut ifra Wennbergs (2001) definisjon av emosjonell intelligens ser vi at det handler om å både forstå egne og andres følelser, og ut fra dette trekke riktige konklusjoner. Kotter (2012) mener motstand mot endring alltid vil være til stede, spesielt blant høyt utdannede, og dette var noe av årsaken til at vi syntes endringer i profesjonsutøvelsen i en sektor med sterke profesjonskulturer var interessant å forske på. Vi mener at svarene vi har fått i vår studie underbygger at motstand mot endring fra helsepersonell ikke kommer fra villigheten til

endring, men heller en usikkerhet på hvordan endringene påvirker pasientene og de selv som fagpersoner. Dette er noe som begrunner viktigheten av medvirkningsbasert endringsledelse i helsesektoren. Som et eksempel kan vi se av funnene i vår studie at respondentene er mer skeptiske til å gi fra seg arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning, enn de er til å ta arbeidsoppgaver fra noen med høyere utdanning enn seg selv. I spørsmålet om respondentene mente de hadde nok kunnskap til å overta noen av de sentrale arbeidsoppgavene til profesjonen over seg, svarte hele 63 % at de var enige i dette. På den andre siden ser vi at svarene er svært splittet på spørsmålet om de mente at de som hadde lavere utdanning enn seg selv kunne få tilstrekkelig kunnskap til å overta arbeidsoppgaver uten å ta utdanning. Dette bekrefter Kotters (2012) mening om at motstand mot endring ligger naturlig i mennesker, helt frem til man får stilt kritiske spørsmål, og med det får en følelse av kontroll i situasjonen. Vi ser også at respondentene var nøytrale til at det var vemodig om deres profesjon endret beskrivelse i fremtiden, mens hele 74 % syntes det ikke var greit at digitale løsninger og/eller kunstig intelligens overtok mer og mer av den menneskelige kontakten de tradisjonelt har hatt med pasientene sine, noe som samsvarer med andre studier (Scanzera et al., 2022; Petzold & Steidle, 2023). Videre ser vi samme tendens i flere spørsmål, der respondentene er uenig i at de er redde for at digitale løsninger og/ellers kunstig intelligens vil gjøre profesjonen deres overflødig i fremtiden, men de er også uenige i at digitale løsninger og/eller kunstig intelligens kan utføre arbeidsoppgavene like godt som de selv. Dette forteller oss at helsepersonell ikke er redde for endringer i profesjonsbeskrivelsen sin eller redde for å bli overflødig, men de ønsker ikke å miste den menneskelige kontakten de i dag har til pasientene sine, og er ikke trygge på at digitale hjelpemidler, med hjelp av personer med lavere utdanning enn de selv, kan utføre arbeidsoppgavene like bra. Petersson et al. (2022) har funnet at én av tre årsaker til at ledere i helsesektoren synes endring er vanskelig, er å transformere helsepersonell. Ved å involvere og være interessert i de ansattes tanker og følelser (Khraim, 2023) vil man få større forståelse for hva som er de egentlige årsakene til motstand mot endring, noe som vil gi et mye bedre grunnlag for å lede helsepersonell gjennom endringsprosesser.

5.2 Nødvendigheten av endring i helsesektoren

I samsvar med Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) mener 83 % av våre respondenter at det er nødvendig med en endring i oppgavefordelingen i helsesektoren i fremtiden. I kommentarene til vår undersøkelse viser noen uro over at endringene kommer for sent, og dermed bare blir kaos fordi de da må innføres akutt. Vi ser også at 68% av våre respondenter er enige i at deres egen bransje må holde seg oppdatert, selv om dette innebærer at man må gi noen av sine sentrale arbeidsoppgaver til personer med lavere utdanning, og 67 % er enige i at de gjerne overtar arbeidsoppgaver fra profesjonen over seg. Dette forteller oss at det er stor enighet mellom vår studie, andre forskere (Frączkiewicz-Wronka, 2021; Petzold & Steidle, 2023) og offentlige instanser (Aursand, 2023; NAV, 2023; Kommunesektorens organisasjon, 2022; NOU 2023:4, Næringslivets hovedorganisasjon, 2022; Meld. St. 7, 2019-2020) om at endringer i helsesektoren er nødvendig i fremtiden.

Et av de gledelige funnene vi merket oss i vår studie, var at pasientene var den største motivasjonen til ansatte for å godta endringer. Vi spurte spesifikt om respondentene kunne gi fra seg sentrale arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning om enten pasientene, de selv eller virksomheten fikk en fordel av det. 76 % av respondentene var enige i at de ville gjøre det om pasienten fikk en fordel, mens bare 48 % ville gjøre det for en personlig fordel, og 39 % for at virksomheten skulle få en fordel. Dette er funn vi tenker er positive for fremtiden, siden det viser at pasienten er helsepersonells viktigste motivasjon til endring, og tilrettelegging for at alle pasienter skal få riktig helsehjelp til riktig tid derfor vil være en viktig motivasjon i seg selv. Vi fant også at 64 % av respondentene var uenige i at de kom til å slutte i jobben sin hvis de måtte gi fra seg sentrale arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning, noe som viser at flertallet av helsepersonell er lojale mot profesjonen sin. Likevel ser vi at de resterende 34 % som svarer nøytral eller uenig til dette spørsmålet, utgjør hele 1/3 av alle respondentene, og det vil derfor kunne være små marginer før slike endringer vil være oppsigelsesgrunn om ikke prosessen skjer på en god måte. Dette håper vi derfor denne studien kan gi et viktig bidrag til, slik at helsepersonell føler eierskap og tilhørighet som beskrevet av Helsepersonellkommissjonen i NOU 2023:4.

At pasientene er helsepersonellens viktigste motivasjon for å godta endringer kan vi også se ut ifra andre funn i vår studie. 74 % av respondentene svarte at de var uenig i at det var greit at digitale løsninger og/eller kunstig intelligens overtok mer og mer av den menneskelige kontakten de nå har med pasientene sine. Menneskelig kontakt med pasientene var også det

temaet som ble mest nevnt i det åpne kommentarfeltet vi hadde i spørreundersøkelsen. Flere kommenterer at digitale løsninger og/eller kunstig intelligens vil være fine hjelpemiddel om det blir brukt riktig, men at de ikke vil kunne erstatte den menneskelige kontakten. Noen skriver også at det trolig ikke spiller noen rolle hvem pasientene får menneskelig kontakt med, så lenge den finnes. Vi ser også andre forskere skrive om at helsepersonell er redde for at den menneskelige kontakten forsvinner som følge av digitalisering (Scanzera et al., 2022), og at de håper frigjøring av tid på grunn av digitalisering vil gi de mer tid med pasientene (Petzold & Steidle, 2023). Dette er i strid med undersøkelsen til Nasjonalt senter for e-helseforskning (2021), som fant at pasientene syntes de fikk bedre behandling når de fikk tilbud om digitaliserte helsetjenester. Det kan derfor virke som at det er helsepersonell som frykter at denne kontakten forsvinner, og ikke pasientene. Ut ifra de digitaliserte helsetjenestene som finnes per i dag, for eksempel legetimer som videokonsultasjoner og bestilling av legemiddel-resepter over nett, ser vi at pasientene allerede har omfavnet disse endringene. I en verden med økt selvbevissthet og knapp tid gjør disse alternativene det mulig å være flere steder samtidig, og man ser en økende trend i mennesker som velger å benytte seg av digitale løsninger i stedet for å møte opp fysisk. Dette sier oss at selv om helsepersonell opplever disse endringene som nye og skumle, vil utfordringene vi møter i helsesektoren i fremtiden gjøre det nødvendig med slike endringer, og at helsepersonell ikke trenger å bekymre seg for at pasientene savner den menneskelige kontakten.

En annen viktig faktor ved endring i oppgavefordeling på grunn av digitalisering, er at mye forskning fokuserer på å finne løsninger der pasienten selv kan bidra til å redusere arbeidsbelastningen på helsepersonell (Binci et al., 2022; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Niemela et al., 2019; Paulauskaite-Taraseviciene et al., 2023; Petzold & Steidle, 2023). Dette innebærer å lage digitale løsninger som gjør det mulig for pasientene selv å kontrollere og dokumentere endringer i sykdomshistorien sin, og det vil være nødvendig å tilrettelegge dette for både eldre og barn, da dette er grupper som opptar helsesektoren i stor grad. I tillegg til omrokkering av arbeidsoppgaver mellom helsepersonell, ser vi altså at ny teknologi og kunstig intelligens vil kunne tas i bruk i vesentlig større grad enn i dag for å frigjøre tiden til spesialistene. Vi tenker derfor at det er lite sannsynlig at man ikke skal kunne finne en løsning på den voksende helsekøen når pasientene både evner og ønsker å ta i bruk digitale helsetjenester (Nasjonalt senter for e-helseforskning, 2021).

Kaihlanan et al. (2023) er en av de som har funnet at innføring av digitale løsninger i helsesektoren blant annet kan føre til en reduksjon i arbeidsmengde og gi mer effektivt arbeid. Samtidig fant de en usikkerhet blant de ansatte på grunn av at ledelsen bare snakket om de positive effektene av endringene, noe som gjorde de ansatte utrygge på om ledelsen ville innføre endringer som var i strid med profesjonsutøvelsen deres. I vår studie ser vi at 58 % av respondentene er mer positive til endring om endringen blir innført som retningslinjer for hele profesjonen, og ikke bare på den enkelte arbeidsplass. Dette anbefales også av Petersson et al. (2022), som mener det i fremtiden vil være viktig med egne retningslinjer for profesjoner knyttet direkte opp mot digitalisering og oppgavefordeling. I Norge er vi allerede godt sikret gjennom lover og regler, men vi ser likevel at det blir påpekt i en av våre kommentarer at usikkerheten rundt hvem som har ansvaret ved en ny oppgavefordeling spiller inn på om man er positiv til endring eller ikke. Dette forteller oss at egne retningslinjer knyttet opp mot digitalisering og oppgavefordeling også trengs i Norge, da vi ser både i våre kommentarer og i media at dette et sårbart tema også her (Lien, 2019; Kolve, 2023).

Vi valgte å fokusere lite på lederens personlige egenskaper i vår studie, men stilte et spørsmål om det var viktig for respondentene at den som tok beslutningen om endring hadde faglig kompetanse, uavhengig av om endringen ble innført for hele profesjonen eller bare på deres arbeidsplass. Svaret viste at hele 84 % av respondentene var enige. Likedan spurte vi om det var viktig for respondentene å ha tiltro til den som tok beslutningen, uavhengig av om endringen ble innført for hele profesjonen eller bare på deres arbeidsplass. Også her viste svaret at 75 % av respondentene var enige. Dette viser oss at det å ha riktig innflytelse på riktig sted i virksomheten er avgjørende for endringsprosessen, og bekrefter studiene til Jäntti og Andersen (2019) og Morland og Pettersen (2017). Vi vil også komme tilbake til dette når vi diskuterer Kotters steg 2 i delkapittel 5.3.2.

Historien viser at samfunnet endres hele tiden, og det gjør også menneskers behov. Virksomheter i både privat og offentlig sektor må være tilpasningsdyktige for å møte de endrede behovene til pasientene, og kjente teorier innen endringsledelse blir derfor viktigere å forske på for å se om disse kan brukes i fremtidens endringsprosesser. En måte å møte disse behovene på kan være å følge Kotters 8-steps-modell for endringsledelse, som vi nå skal diskutere opp mot resultatene fra vår spørreundersøkelse.

5.3 Kotters 8-steps-modell i helsesektoren

Bolk 2 av vår spørreundersøkelse ble laget ut fra utvalgte steg fra Kotters 8-steps-modell for endringsledelse, nærmere bestemt steg 1, 2, 4 og 5. Denne delen av diskusjonen blir derfor spesifikt knyttet opp mot Kotters modell, men annen litteratur fra kapittel 2, og funn fra bolk 1 i spørreundersøkelsen, vil også bli nevnt der det er relevant. De utvalgte stegene fra Kotters modell var som følger:

- *Steg 1: Skap en følelse av at det haster*
- *Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon*
- *Steg 4: Verve en frivillig hær*
- *Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer*

5.3.1 Steg 1: Skap en følelse av at det haster

Under steg 1 i Kotters 8-steps-modell formulerte vi bare ett spørsmål, som var “Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg føler endringen er nødvendig”. Resultatet viste at 84 % var enige i dette. Ut ifra bare dette enkle spørsmålet er det vanskelig å avgjøre når den enkelte respondent mener en endring er nødvendig eller ikke, da mennesker ofte kommer fra ulike bakgrunner og har ulik erfaring med seg i bagasjen, men likevel sier dette mye om den totale enigheten blant respondentene om aksept av endring. Burmann et al. (2023) viste i sin studie at det som spilte inn på aksept av digitalisering på arbeidsplassen var hvilken følelse de ansatte hadde av deltakelse, tilknytning til arbeidsplassen og utdanning. Dette er interessant, og viser at graden av aksept er påvirkelig, noe som kan kobles opp mot ledernes tilnærming til de ansatte, og emosjonell intelligens hos både leder og ansatt (Hargett et al., 2017; Khraim, 2023). Emosjonell intelligens spiller inn på hvordan den ansatte oppfatter det som blir formidlet, og dermed vil en begrunnelse for hvorfor endringer skal innføres oppfattes som nødvendig for en person, men ikke for en annen. Funnet i vår undersøkelse blir derfor for diffust til å konkludere med hvilken måte man kan skape følelsen av at endringer er nødvendig, men underbygget av annen forskning (Aarseth & Sørhaug, 2009; Burmann et al., 2023; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Frahm & Brown, 2007; Hargett et al., 2017; Hussain et al., 2018; Khraim, 2023; Morland & Pettersen, 2017) mener vi medvirkningsbasert ledelse og emosjonell intelligens vil være faktorer som er viktige å ta hensyn til for å oppnå dette.

Kotter (2012) mener at steg 1 kan være essensielt i om en virksomhet lykkes med endringer, og som vi ser det vil det være flere aspekter ved om en endring er nødvendig eller ikke. Selv om vi ser ut i fra de første tre spørsmålene i vår spørreundersøkelse at pasientene er helsepersonells viktigste motivasjon for endring, med 76 % enige hvis pasienten fikk en fordel, mot bare 48 % enige ved en personlig fordel og 39 % enige ved fordel for virksomheten, vet vi også at kostnader vil være en avgjørende faktor for både hva ledelsen ønsker å innføre, og hva som *må* innføres for at virksomheten skal kunne drives videre. For eksempel om endring kreves i virksomheten for at virksomheten skal kunne bestå, vil dette også påvirke de ansatte i stor grad. For selv om de ikke nødvendigvis synes endringen i seg selv er nødvendig, eller gir de selv eller pasientene en fordel, kan den være nødvendig i form av at de fortsatt har en arbeidsplass å gå til, noe som utvilsomt vil spille inn på om den enkelte synes endringer er nødvendige.

Vår studie viser at 83 % av helsepersonell mener at en endret oppgavefordeling i helsesektoren er nødvendig, og man kan derfor diskutere hvor mye det haster at helsesektoren forbereder seg til eldrebølgen, og hvor fort en eventuell endring innenfor helsesektoren bør tre i kraft. Ifølge Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) er det lite sannsynlig at helsesektoren kan ta mer av arbeidsstyrken enn den gjør i dag, og man blir derfor nødt til å både innføre avansert teknologi og omrokere arbeidsoppgaver innad i helsesektoren for å frigjøre tiden til dagens helsepersonell. Det kan da haste å komme i gang med endringer som kan hjelpe helsesektoren å gi riktig hjelp til riktig tid, og vi ser i våre kommentarer at noen uroer seg for at endringene blir innført for sent, og at dårlig tid og organisering kan skape kaos. Siden helsesektoren er av offentlig interesse vet vi at mediabildet også kan påvirke følelsen av hastegrad, og selv om Kotters steg 1 da er oppfylt, kan det være vanskelig for både virksomheten og de ansatte å skille mellom når dette er reelt. Dette gjør god kommunikasjon innad i virksomheten ekstra viktig, noe vi kommer tilbake til i delkapittel 5.3.3.

Ut ifra vårt funn om at 58 % av våre respondenter var enige i at de var positive til endring om endringen ble innført som nye retningslinjer for hele profesjonen, og ikke bare på egen arbeidsplass, kan vi tenke oss at dette er en faktor som spiller inn på om helsepersonell føler endringer er nødvendig. Om det blir avgjort å tilføre endringene i de offisielle retningslinjene for profesjonen vil dette av mange kanskje oppfattes som mer begrunnet og riktig. Vi ser derimot også at 28 % er nøytral på dette spørsmålet, som sier oss at helsesektoren er litt splittet på om dette er nødvendig for å akseptere endringer som blir innført.

Vår vurdering av Kotters steg 1 er uansett at steget i seg selv er viktig i en endringsprosess, men at det å gi noen følelsen av at noe er nødvendig er veldig komplekst, og kan ikke gjøres på én måte for alle mennesker. Vi mener derfor det er helt nødvendig å se på dette steget i opp i mot tidligere forskning som sier noe om hvilke egenskaper mennesker setter pris på ved ledere, og hvordan ledere kan tilnærme seg og skape aksept hos den enkelte medarbeider (Burmam et al., 2023; Hargett et al., 2017; Hussain et al., 2018; Khraim, 2023).

5.3.2 Steg 2: Bygg en veiledende koalisjon

Under steg 2 i Kotters 8-steps-modell for endringsledelse formulerte vi til sammen 5 spørsmål, som omhandlet hvorvidt det var avgjørende for respondentene at ledergruppen hadde den riktige sammensetningen for å være positive til endring. Hele 4/5 spørsmål under dette punktet fikk en median på 4 (enig), der spørsmålet om det var viktig at den som tar beslutningen innehar faglig kompetanse hadde høyest score på totalt 84 % enige. Dette forteller oss at en stor andel av helsepersonell ønsker veloverveide beslutninger når en beslutning om endring skal tas, og at det er svært viktig for dem at den som tar beslutningen innehar faglig kompetanse. Dette bekrefter Kotters (2012) påstand om at en optimal ledergruppe innehar faglig kompetanse, og vi antar at dette er noe som kan relateres til i flere sektorer, og ikke bare i helsesektoren som var populasjonen i vår studie. Andre studier om sterke profesjonskulturer i helsesektoren bekrefter at å involvere innflytelsesrike fagpersoner enten som mellomledere eller på annen måte i en rolle som påvirker de andre medarbeiderne vil være positivt under en endringsprosess (Jäntti og Andersen, 2019; Morland og Pettersen, 2017).

I tillegg til faglig kompetanse mener Kotter (2012) at en ledergruppe bør inneha riktig maktposisjon, tillit fra de ansatte, evnen til å motivere de ansatte og generelt gode lederegenskaper. Kotter (2012) mener også at én person ikke kan inneha alle disse egenskapene, og at det derfor er viktig å sette sammen et tverrfaglig team av ledere. For å kartlegge dette stilte vi spørsmål om det var viktig å ha tiltro til de som tok beslutningen, om det ville være avgjørende om endringene ble innført som en del av offisielle retningslinjer, og om det var viktig for respondentene å bli motivert av toppledelsen og/eller nærmeste leder. På spørsmålet om det var avgjørende å ha tiltro til den som tar beslutningen, var 75 % enige, 19 % nøytrale og 7 % uenige. Om det var avgjørende at endringene ble innført som en del av

offisielle retningslinjer var 58 % enige, 28 % nøytrale og 13 % uenige. Dette forteller oss at det har større tyngde for helsepersonell å ha tiltro til den som tar beslutningen sammenlignet med om det blir innført som en del av offisielle retningslinjer, noe som bekrefter teorien til Kotter (2012) om at tillit fra de ansatte er viktig i en ledergruppe. Likevel er over halvparten av respondentene enige i at det å innføre endringer i offisielle retningslinjer også er viktig for å være positiv til endring, og dette funnet skal derfor ikke undergraves. Vi ser at viktigheten av dette også støttes i andre studier (Petersson et al., 2022), og at det blir poengtert i kommentarene vi fikk på undersøkelsen. Dette viser at å innføre endringer i de offisielle retningslinjene kan være én måte å begrunne endringene på for de ansatte. Vi kan tenke oss at det å innføre endringer i de offisielle retningslinjene for hele profesjonen kan skape en flokkmentalitet, som gjør det enklere å godta endringene enn om de bare skal innføres på én arbeidsplass. Det vil også trolig for mange oppleves som en større faglig vurdering, som på grunn av vårt funn om at faglig kompetanse er viktig ved beslutninger om endring, vil betrygge de ansatte om at dette er greit, og ikke i strid med deres etiske profesjonsutøvelse, som Kaihlanen et al. (2023) fant bekymring om i sin studie.

På spørsmålene om respondentene er avhengig av å føle seg motivert av toppledelsen eller nærmeste leder for å være positiv til endring, ser vi at begge spørsmålene fikk en splittet fordeling av svar. Spørsmålet om nærmeste leder ga totalt 64 % enige, mens spørsmålet om toppledelsen ga totalt 50 % enige. Spørsmålet om toppledelsen var det spørsmålet under steg 2 i Kotters modell som ga lavest median på 3.5, sammenlignet med 4 for de andre. Dette forteller oss derfor at respondentene ser det som minst nødvendig å føle seg motivert av toppledelsen, sammenlignet med de andre faktorene vi har stilt spørsmål om under dette steget. Nærmeste leder kan ofte være en mellomperson mellom toppledelsen og de ansatte på gulvet, og en slik leder kan derfor være en god kilde til å motivere de ansatte til at endringen er nødvendig. En mellomleder kan se endringens konsekvenser fra både de ansattes og toppledelsens synspunkt, og dermed kommunisere dette opp og ned i systemet. Så selv om endringsprosessen er toppledelsens ansvar (Khraim, 2018), vil det være hensiktsmessig for virksomheten at de som er nærmeste leder for de ansatte har evnen til å motivere de ansatte, for eksempel ved å velge innflytelsesrike fagpersoner i disse stillingene (Jäntti og Andersen, 2019; Morland og Pettersen, 2017). Ut ifra dette får vi også inntrykk av at det Kotter (2012) mener er riktig maktposisjon kan komme i flere varianter, men at det like gjerne kan være en fagperson i mellomlederstilling som en tilfeldig økonom i toppledelsen.

Spørsmålene om motivasjon fra nærmeste leder eller toppledelsen var de eneste spørsmålene i vår spørreundersøkelse som nevnte motivasjon ordrett i spørsmålet, men vi mener denne egenskapen generelt blir underbygget av store deler av undersøkelsen. For eksempel spørsmålene om respondentene kan tenke seg å gi fra seg arbeidsoppgaver om det er til fordel for pasienten, seg selv og/eller virksomheten, som ble diskutert i 5.3.1, og respondentenes holdninger til det å gi fra seg arbeidsoppgaver og miste menneskelig kontakt. Motivasjon er, på lik linje med følelsen av at en endring er nødvendig, kompleks, og hvilke faktorer som skaper dette vil være individuelt hos den enkelte. Så ved å mene at en ledergruppe bør inneholde personer som kan motivere de ansatte, forstår vi det som at Kotter (2012) også mener at en optimal ledergruppe bør inneha relasjonell kompetanse. Både Kotter 8-steps-modell og Kurt Lewins 3-steps-modell er bygget opp av samme prinsipp om at man må finne metoder på å motivere de ansatte for å kunne forme virksomheten som ønsket, og det vil derfor være nødvendig å kartlegge hva som motiverer hver enkelt ansatt (Khraim, 2023). Andre studier bekrefter også at relasjonell kompetanse er en viktig faktor som blir mer og mer avgjørende for hvem som lykkes i konkurransen (Aarseth & Sørhaug, 2009; Aarseth et al., 2015), noe som også kan ses i sammenheng med emosjonell intelligens hos både ledere og ansatte (Hargett et al., 2017; Khraim, 2023).

Vi ser i tidligere studier at ledere i helsesektoren har blitt forsket på både når det gjelder personlige egenskaper (Hargett et al., 2017) og motstand mot implementering av innovasjon (Petersson et al., 2022). Blant deres funn ser vi at en av faktorene til at ledere i helsesektoren synes det er vanskelig med implementering av innovasjon, er transformering av helsepersonell (Petersson et al., 2022), og at integritet er en av de viktigste egenskapene en leder i helsesektoren har (Hargett et al., 2017). Sammen med våre funn, om at faglig kompetanse og tiltro til de som tar beslutningen bidrar til at helsepersonell er mer positive til endring, begrunner disse studiene viktigheten av å oppfylle Kotters steg 2 i helsesektoren.

5.3.3 Steg 4: Verve en frivillig hær

Under steg 4 i Kotters 8-steps-modell for endringsledelse formulerte vi 3 spørsmål, som omhandlet hvorvidt kommunikasjon og muligheten til å gi tilbakemelding var viktig under en endringsprosess. På spørsmålet om det var avgjørende for respondentene å få tilstrekkelig informasjon om endringen under hele endringsprosessen, svarte 88 % enig, mens på

spørsmålet om det var avgjørende å ha mulighet til å gi tilbakemelding gjennom endringsprosessen svarte 86 % enig. Dette forteller oss at kommunikasjon, både fra leder, men også mellom ansatt og leder, oppleves som utrolig viktig for våre respondenter. I samsvar med Kotter (2012) ser vi også at toveiskommunikasjon oppleves som svært viktig, på bakgrunn av at spørsmålet om tilbakemelding gir like høy score som spørsmålet om informasjon. At vår studie, sammen med flere andre studier (Aarseth & Sørhaug, 2009; Appelbaum et al., 2012; Frączkiewicz-Wronka, 2021; Frahm & Brown, 2007; Hargett et al., 2017; Hussain et al., 2018; Kaihlanen et al., 2023), bekrefter at kommunikasjon og muligheten til å gi tilbakemelding er noe av det viktigste, er i seg selv veldig interessant. For er det da så enkelt som at om ledelsen kommuniserer godt både oppover og nedover i virksomheten så vil endringsprosessen lykkes? Det enkle svaret på dette er vel nei, da hadde ikke Kotter hatt behov for hele 8 steg i sin modell for endringsledelse. Hele endringsprosessen kan sies å være mer sammensatt enn det, og krever mer enn bare kommunikasjon. Igjen kommer vi inn på temaene medvirkningsbasert ledelse og emosjonell intelligens, som poengterer at ulike mennesker trenger å ledes forskjellig. Kotter (2012) mener mange ledere kommuniserer for lite, men med bakgrunn i at alle mennesker forstår kommunikasjon ulikt, kan det ett menneske mener er nok kommunikasjon være for lite for et annet. Ut ifra vår studie blir derfor konklusjonen at det er viktig at de ansatte er, og føler seg, inkludert i hele endringsprosessen. Noe som vil være ekstra viktig i en sektor som har offentlig interesse og dermed mye mediaomtale. Ved å inkludere de ansatte i hele prosessen er det sannsynlig å tro at de føler seg som en del av endringen, og dermed som en del av “Den frivillige hær” som er Kotters mål i steg 4.

Et siste spørsmål vi hadde om kommunikasjon, gikk på om respondentene var avhengig av at opplæring og informasjon ble gitt ansikt-til-ansikt, og ikke bare digitalt. Her viste resultatet at 67 % var enige. Dette spørsmålet var begrunnet i Frahm og Brown (2007) sin studie som konkluderte med at å få informasjon ansikt-til-ansikt hadde større positiv effekt enn om dette uteble under en endringsprosess. Ut ifra vårt funn ser vi at dette også er viktig for våre respondenter. Om det er på grunn av at de mener opplæringen ikke blir god nok når den kun skjer digitalt, eller at det blir for lite eller for mye informasjon når opplæringen skjer digitalt, fremkommer ikke fra vår studie. Det kan derimot tenkes at det er viktig for det enkelte mennesket, og for følelsen av å være inkludert og respektert, at man har mulighet til å kunne kommunisere ansikt-til-ansikt underveis i en omfattende endring på arbeidsplassen.

Dette steget underbygger det vi tidligere har diskutert i 5.1 og 5.3.2, om at motstanden fagpersoner har mot endring ikke nødvendigvis kommer av selve endringen, men av usikkerhet på hvordan endringen påvirker de selv som fagpersoner og også hvordan tjenesten blir ut mot pasientene. Kotter (2012), som mener det er naturlig at de ansatte er bekymret når endringer blir innført, og spesielt de høyt utdannede, begrunner det i at en endring på arbeidsplassen både vil kunne ha mye å si for arbeidshverdagen til den ansatte, men også privatlivet. I følge Kotter (2012) vil denne motstanden avta når de ansatte får muligheten til å stille kritiske spørsmål, og med vårt funn om at tilstrekkelig informasjon og muligheten til å gi tilbakemelding er noe av det viktigste, vil motstanden trolig bli mindre om dette praktiseres i en endringsprosess. På bakgrunn av både vår studie og tidligere studier er vår vurdering at Kotters steg 4 er et svært viktig steg i endringsprosessen i helsesektoren, og trolig også i de fleste andre sektorer.

5.3.4 Steg 5: Aktiver handling ved å fjerne barrierer

Under steg 5 i Kotters 8-steps-modell for endringsledelse formulerte vi 2 spørsmål. Vi valgte å fokusere på opplæring under dette steget, og begge spørsmålene handlet derfor om dette. Ut ifra resultatet kan vi se at disse to spørsmålene er de som oppnår høyest enighet av alle spørsmål i undersøkelsen. Både på spørsmålet om det er avgjørende for respondentene at de som skal overta deres arbeidsoppgaver får tilstrekkelig opplæring, og spørsmålet om det er avgjørende at de selv får tilstrekkelig opplæring om de skal overta andres arbeidsoppgaver, er 93 % enige.

Behovet for opplæring kan komme av at fagpersoner, og spesielt helsepersonell som har pasienter som sin viktigste motivasjon, ønsker å vite at oppgavene blir gjennomført på en god og riktig måte av de som skal overta. Petzold og Steidle (2023) fant i sin studie at opplæring var et viktig punkt i en endret oppgavefordeling i helsesektoren, der 82 % av deres respondenter mente det ville kreve økt kompetansenivå for de personlig om det ble innført endringer som følge av digitalisering på deres arbeidsplass. Mange offentlige rapporter omtaler også manglende kompetanse og faglig utvikling som et argument for at en endret oppgavefordelingen i helsesektoren blir noe positivt for medarbeiderne (Kommunesektorens organisasjon, 2022; NAV, 2023; NOU 2023:4, Næringslivets hovedorganisasjon, 2022; Meld. St. 7, 2019-2020), og vi håper at dette, sammen med våre funn og tidligere forskning

(Petersson et al., 2022), viser viktigheten av å få dette inn i de offisielle retningslinjene for de profesjonene som blir berørt av dette i Norge.

Petzold og Steidle (2023) mente det ville være nødvendig å kartlegge kompetansen til alle i helsesektoren for å kunne gi riktig opplæring og videreutdanning til de som trengte det som følge av digitalisering. Dette kan være et fint sted å starte, da en av våre kommentarer gjør oss oppmerksomme på at det også kan være en løsning å fordele arbeidsoppgaver annerledes mellom profesjoner med tilsvarende høy utdanning, ikke nødvendigvis bare til de med lavere/ingen utdanning. Med Kotters (2012) påstand om at virksomheter ofte ikke forstår at kompetanseheving er nødvendig ved endringer, og at dette likevel ofte blir nedprioritert på grunn av tid og kostnad, ser vi at dette er en stor interessekonflikt mellom virksomhet og ansatt. Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) mener helsesektoren ikke kan ta en større del av arbeidsstyrken enn det den gjør i dag, og opplæring og videreutdanning til de som allerede arbeider i helsesektoren vil derfor være essensielt for at de omfattende endringene som står for tur i helsesektoren vil lykkes. Kotter (2012) mener virksomheter trenger å ha HR-avdelinger som ønsker å videreutvikle de ansatte, og ikke hindrer de i utvikling ved å få de til å godta endringer uten noen form for kompensasjon. Behovet for medvirkningsbaserte endringsprosesser var også årsaken til at HR oppsto i sin tid (Klev & Levin, 2021).

Kompensasjon til ansatte ved endringer kan ifølge Kotter (2012) være for eksempel høyere stilling eller lønn, noe vi valgte å ikke stille spørsmål om i vår studie. Et par kommentarer poengterer imidlertid at dette også er en viktig faktor for å være positiv til endring, noe vi er enige i, men som vi mener vil skape en annen type motivasjon enn det vi var ute etter i svaret på vår problemstilling. Spørsmålet om lønn vil være gjeldende for ikke bare de utdannede i helsesektoren, som var populasjonen i vår studie, men også høyst relevant for de ufaglærte som etterhvert vil bli tildelt arbeidsoppgaver som tidligere krevde spesialiserte fagpersoner. Utover dette er lønn og annen kompensasjon noe vi ikke har grunnlag for å si noe om i vår studie, men vår studie har derimot sett på viktigheten av oppdaterte retningslinjer for profesjonene knyttet opp mot digitalisering og oppgavefordeling i helsesektoren, og har i samsvar med Petersson et al. (2022) funnet at 58 % mener dette vil være en avgjørende faktor for å være positiv til endring. Grunnen til at vi setter dette i sammenheng er fordi vårt håp er at oppdaterte retningslinjer vil inneholde krav til opplæring, som i neste rekke vil gjøre det enklere å vurdere kompensasjoner i form av tittel og lønn. Mest sannsynlig vil også omrokering av arbeidsoppgaver i helsesektoren skape helt nye yrker i fremtiden.

For å underbygge steg 5 i Kotters modell, stilte vi også spørsmål om respondentenes holdninger til kompetansenivået i bolk 1 av spørreundersøkelsen. Vi spurte om respondentene mente de som hadde lavere utdanning enn de selv *ikke* kunne få nok kunnskap til å overta arbeidsoppgaver uten å ta sammen utdanning, noe 39 % var enige i, og 42 % var uenige i. Vi spurte også om de mente at de selv hadde nok kunnskap til å overta arbeidsoppgaver fra profesjonen over seg, og der svarte 63 % enig, og 18 % uenig. Siden disse spørsmålene er stilt med ulik formulering, oppsummerer vi det slik: 42 % mener de med lavere utdanning enn seg selv kan få nok kunnskap til å overta noen arbeidsoppgaver uten å ta samme utdanning, mens 63 % mener de allerede har nok kunnskap til å overta arbeidsoppgaver til profesjonen over seg. Dette sier oss at helsepersonell er mer skeptiske til å gi fra seg arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning enn seg selv, enn de er til å ta arbeidsoppgaver til noen med høyere utdanning enn seg selv. Likevel ser vi at dette ikke nødvendigvis handler om villigheten til å gi fra seg arbeidsoppgaver, da 68 % svarer enig på spørsmålet om de synes at egen bransje skal holde seg oppdatert selv om dette innebærer å gi arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning, og 67 % svarer enig på spørsmålet om de ønsker å overta arbeidsoppgaver fra profesjonen over seg. Opplæring og kompetanseheving vil derfor være en viktig faktor for at helsepersonell skal være positiv til endring.

Kotter (2012) mener dette steget er viktig for at de ansatte skal føle eierskap til endringer, og Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023:4) mener det er viktig at helsepersonell føler eierskap ved endringer i helsesektoren. Ut ifra resultatene til vår studie konkluderer vi derfor med at opplæring er noe av det viktigste for at helsepersonell skal være trygge på endringer som følge av digitalisering, og med bakgrunn i dette kan vi bekrefte at steg 5 av Kotters modell er viktig i en endringsprosess i helsesektoren.

5.4 Metodediskusjon

Som ved alle metoder og prosjekter er det også i vår forskning en del styrker og svakheter. Den mest åpenbare svakheten er at dette var vårt første forskningsprosjekt, og vi lærte derfor underveis. Fordelen med dette var at vi måtte sette oss godt inn i alle mulige metodevalg, og til slutt ta en vurdering på hva som var mest hensiktsmessig for å få svar på vår problemstilling. Det fantes som nevnt allerede en del forskning på endringsledelse innenfor helsesektoren, og det ble derfor viktig å vinkle vår problemstilling i en annen retning slik at vi

fikk noe nytt ut av dette prosjektet. Det meste av tidligere forskning viste seg også å være kvalitativ, så et sentralt valg for vår studie ble derfor at forskningen skulle være kvantitativ for å belyse temaet fra en annen side. Vi syntes også et kvantitativt forskningsdesign var mest hensiktsmessig da vi ønsket å undersøke de ansattes side av saken, og ikke lederne side som gjerne blir belyst i kvalitative studier.

At vår studie har vært kvantitativ har bragt med seg både styrker og svakheter. Fordelen med å velge en kvantitativ studie er at vi kunne innhente empiri anonymt, som vi håpet på at skulle føre til at flere svarte på undersøkelsen, og at de var ærlige i besvarelsen siden de ikke trengte å ta hensyn til nåværende eller fremtidige arbeidsgivere. På bakgrunn av at Johannessen et al. (2020) skriver at svarprosenten på slike undersøkelser har gått ned de siste årene, er vi veldig fornøyde med å ha mottatt hele 194 svar på vår undersøkelse. En kvantitativ undersøkelse gjorde det også mulig å behandle informasjon som er vanskelig å analysere kvalitativt, ved at vi fikk muligheten til å presentere resultatene i oversiktlige tabeller eller figurer.

En annen styrke ved vår undersøkelse var temaet. Ut fra kommentarene som ble lagt igjen i kommentarfeltet på spørreundersøkelsen kom det tilbakemeldinger på at vårt tema var spennende og svært samfunnsnyttig. Dette var noe som ga respondentene lyst til å svare, og som de så nytte i å svare på. Dette er en faktor vi mener bidro til at vi fikk så god respons på undersøkelsen vår, og som også har gjort dette prosjektet mer spennende å jobbe med for oss som forskere.

Den største svakheten med en kvantitativ undersøkelse ble riktignok det samme som den største fordelene. Ved at vi mistet oversikten over identiteten til de som svarte, kunne vi ikke med sikkerhet vite at de som hadde svart har utdanning innen helse- og sosialfag, og heller ikke om problemstillingen var relevant for dem. På grunn av at undersøkelsen ble publisert fritt på Facebook, samt i utvalgte faggrupper og fagforbund, hadde vi færre faktorer å sammenligne med for å kontrollere om utvalget var representativt for utdannede innen helse- og sosialfag i Norge. Det eneste vi kunne måle dette opp i mot var fordelingen mellom kjønn og grad av utdanning via statistikk fra Statistisk sentralbyrå. Fordeling av kjønn i vår undersøkelse viste seg som nevnt å gi en overraskende lik fordeling som Statistisk sentralbyrås fordeling av kjønn for utdannede i helse- og omsorgssektoren (2023), mens fordelingen mellom utdanningsnivå hadde i vår undersøkelse en større andel av høgskole- og universitetsutdannede enn Statistisk sentralbyrås statistikk for sysselsatte i helse- og omsorgsfag for alle aldre i hele landet (2022). Årsak til dette var trolig som nevnt at vi valgte å publisere

undersøkelsen vår i faggrupper tilhørende helsefaglige yrker med høyere utdanning, og for å få et renere utvalg i vår studie kunne vi derfor ha hatt bare høyskoleutdannede som populasjon i stedet for å inkludere alle utdannede innen helse- og sosialfag.

En annen svakhet med vår undersøkelse var at den ikke tok hensyn til rangering av hva som var viktigst. Vi kunne derfor ikke konkludere med hva som var viktigere enn noe annet, bare at i en ideell situasjon ville de ansatte ha satt pris på det spørsmålet omhandlet. Det finnes derimot andre studier som rangerer ledernes viktigste egenskaper i helsesektoren (Hargett et al., 2017), og som dermed kan ses i sammenheng med vår studie.

5.5 Videre forskning

Gjennom dette arbeidet og forskningen vi har gjort, dukket det opp flere faktorer vi mener kunne være interessant for videre forskning. Det mest innlysende er John P. Kotters resterende steg, de 4 vi valgte å ikke fokusere på. Hvordan stiller ansatte seg til disse stegene i en endringsprosess? Og hvilket av de 8 stegene i endringsmodellen veier egentlig tyngst i en slik prosess, og hvorfor akkurat det steget?

Videre kunne man stilt seg mer kritisk til Kotters teorier og hans modell for endringsledelse, siden han selv ikke har begrunnet dem i litteratur. Det finnes allerede noen studier som har gitt Kotters kritikk for dette, blant annet studien til Sidorko (2008). Noe av kritikken går på at Kotters selv ikke viser til noen gjennomførte evalueringer som er gjort etter at hans modell for endringsledelse er gjennomført, så en kritisk vinkling på modellen hadde vært nyttig.

En annen studie som hadde vært interessant å gjøre knyttet til vår problemstilling, var å gjennomføre spørreundersøkelsen flere ganger over en viss tid. En såkalt longitudinell undersøkelse, hvor den samme populasjonen svarer flere ganger. I tillegg kunne det vært betydningsfullt å utføre undersøkelsen i forskjellige sektorer, siden ulike yrkesgrupper kan ha ulike forutsetninger for å både relatere til, men også forstå spørsmålene i vår undersøkelse. Svarene kan derfor ha store avvikelser fra sektor til sektor, men siden digitalisering er et relevant tema for mange sektorer kunne det vært interessant å sammenligne hva for eksempel byggebransjen svarte sammenlignet med helsesektoren som var utvalget i vår studie.

En siste studie som hadde vært interessant å gjennomføre, er pasientenes oppfatning av å miste menneskelig kontakt med helsepersonell. Vi ser i både vår studie og andre tidligere studier at helsepersonell frykter for å miste menneskelig kontakt som følge av digitalisering, men ser også i undersøkelser at en stor andel av pasientene er fornøyde med digitale helsetjenester. Det kunne derfor vært interessant å gjøre en studie tilsvarende vår spørreundersøkelse vinklet mot pasientene.

5.6 Oppsummering diskusjon

Medvirkningsbasert endringsledelse blir i mange studier beskrevet som et effektiviserende tiltak i en endringsprosess. Kommunikasjon blir nevnt som en viktig faktor for god endringsledelse, og vår studie bekrefter både viktigheten av dette og muligheten til å få gi tilbakemelding gjennom endringsprosessen. Emosjonell intelligens vil påvirke hvordan endringsprosesser vil bli oppfattet av de ansatte, og motstand mot endring virker å være uunngåelig, spesielt hos høyt utdannede. Vi mener vår studie viser at denne motstanden ikke kommer fra villighet til endring, men av usikkerhet for hvordan endringer påvirker pasientene og seg selv som fagperson. Vår studie viser at de ansatte er mer avhengig av å motiveres av nærmeste leder enn toppledelsen, og for å gjøre de ansatte trygge på at de blir hørt i en endringsprosess er det viktig med medvirkningsbaserte endringsprosesser.

I samsvar med andre studier og offentlige rapporter viser også vår studie at endringer i helsesektoren er nødvendig. Pasienten er en større motivasjon for å godta endring enn om man får en personlig fordel, eller om virksomheten får en fordel av endringen. En stor andel av respondentene i vår studie er uenig i at det er greit at digitale hjelpemidler overtar den menneskelige kontakten de har med pasientene sine, mens pasientene på sin side omfavner de digitaliserte helsetjenestene som allerede finnes i dag. Det virker derfor som at det er helsepersonell som er redd for at den menneskelige kontakten forsvinner, ikke pasientene. Ny teknologi og kunstig intelligens kan derfor tas i bruk i mye større grad enn i dag for å frigjøre mer av tiden til spesialistene, og endringer som følge av digitalisering kan med fordel innføres som en del av offisielle retningslinjer også her i Norge.

Vår studie bekrefter at både steg 1, 2, 4 og 5 i Kotters 8-steps-modell for endringsledelse er viktig i endringsprosesser som angår digitalisering i helsesektoren:

Steg 1: Vår studie viser at helsepersonell er positive til endring om de har en følelse av at den er nødvendig. Hva som betegnes som nødvendig er ut fra vår og andres studier mer diffust, og vil bli påvirket av medvirkningsbasert ledelse og emosjonell intelligens. Pasientene er helsepersonells viktigste motivasjon, men likevel kan det være de ansatte ser nødvendigheten av endringer som blir innført kun for at virksomheten de arbeider for skal kunne driftes videre. Vår studie viser at endringer i helsesektoren er nødvendige, og Helsepersonellkommissjonen mener helsesektoren ikke kan ta en større del av arbeidsstyrken enn det den gjør i dag. Man kan derfor diskutere hvor mye det haster å komme i gang med disse endringene.

Steg 2: Vår studie viser at helsepersonell verdsetter faglig kompetanse høyest for de som tar beslutninger om endring. Videre er det viktig for de å ha tiltro til de som tar beslutningen, noe som trumfer at endringen blir innført for hele profesjonen eller bare på deres arbeidsplass. Tidligere studier bekrefter at tillit og det å involvere innflytelsesrike fagpersoner er positivt for prosessen, gjerne som mellomleder som kan kommunisere opp og ned i virksomheten. Ved å endre retningslinjene for hele profesjonen unngår man utrygghet i profesjonen angående etisk profesjonsutøvelse.

Steg 4: Vår studie viser at det å få tilstrekkelig informasjon og muligheten til å gi tilbakemelding gjennom endringsprosessen er noe av det viktigste for at helsepersonell skal være positive til endring. Emosjonell intelligens gjør at alle mennesker kommuniserer ulikt, men ved å inkludere de ansatte i en endringsprosess kan det føre til at de føler seg som en del av “den frivillige hær”.

Steg 5: Vår studie viser at opplæring er noe av det viktigste for helsepersonell i en endringsprosess forårsaket av digitalisering. Vi finner også at helsepersonell er mer skeptiske til å gi fra seg arbeidsoppgaver til personer med lavere utdanning enn seg selv, enn de er til å overta arbeidsoppgaver fra profesjonen over seg. Frykten for at helsetjenestene ikke vil bli utført korrekt er trolig et viktig poeng for motstand mot endring, og vil kunne motvirkes med gode medvirkningsbaserte endringsprosesser.

En kvantitativ undersøkelse har både styrker og svakheter. En av styrkene er å kunne gjennomføre en undersøkelse anonymt, og en annen styrke er at man kan presentere svarene i oversiktlige tabeller og figurer. Å gjennomføre en undersøkelse anonymt kan også være en svakhet, ved at vi ikke med sikkerhet kan identifisere respondentene som helsefagutdannede eller vite fordelingen mellom yrkene som har svart. Derimot ser vi at vår studie har overraskende like fordeling mellom kjønn som utdannede for helse- og sosialfag i Norge. Publiseringssted har også betydning for hvordan det faktiske utvalget i vår studie ble. Vår undersøkelse ga oss ikke mulighet til å rangere hvilke faktorer som er viktigere enn andre, men andre studier har tidligere blant annet rangert ledernes viktigste egenskaper i helsesektoren, noe som kan ses i sammenheng med vår studie.

Forslag til videre forskning er:

- De resterende stegene fra Kotters 8-steps-modell for endringsledelse
- Stille seg mer kritisk til Kotters 8-steps-modell for endringsledelse
- Longitudinell undersøkelse av vår studie
- Vår studie i andre sektorer
- Pasienters oppfatning av å miste menneskelig kontakt med helsepersonell

6.0 Konklusjon

Vårt formål med denne studien var å få svar på denne problemstillingen:

Hvilke faktorer er viktig i endringsledelse ved innføring av digitale løsninger som gir endring i profesjonsutøvelsen til utdannede i helsesektoren?

Vi mottok 194 svar på vår spørreundersøkelse, og fikk kommentarer som tydet på at temaet var engasjerende og aktuelt. Svarene vi mottok viste at respondentene mente en endret oppgavefordeling både i helsesektoren og i egen bransje er nødvendig i fremtiden. For å lykkes med dette fant vi at det var viktig for respondentene at de som tar beslutningen innehar faglig kompetanse og/eller at man har tiltro til den som tar beslutningen. Praktiske faktorer som spilte inn for om respondentene var positive til endring var at det ble gitt tilstrekkelig opplæring til de som skulle overta arbeidsoppgaver, og at det ble gitt tilstrekkelig informasjon og mulighet til å komme med tilbakemeldinger både før, under og etter endringsprosessen.

Via spørsmålene og kommentarfeltet i vår undersøkelse fant vi at pasientene var respondentenes viktigste motivasjon for å godta endringer, sammenlignet med om de selv eller virksomheten fikk en fordel av endringen. Vår undersøkelse fant også, i samsvar med annen forskning gjort med helsepersonell som utvalg, at våre respondenter mente den menneskelige kontakten var viktig for pasientene. Dette er derimot i strid med en undersøkelse gjort med pasienter som utvalg, der funnet er at over halvparten av pasientene synes de får bedre behandling med digitale helsetjenester.

Ut ifra vår studie konkluderer vi med at motstanden helsepersonell har mot endring trolig kommer av usikkerhet på hvordan digitale endringer kommer til å påvirke både arbeidshverdagen deres, privatlivet deres og ikke minst hvordan tjenestene blir ut mot pasientene. For å møte denne motstanden på en god måte, og lykkes med innføring av digitale løsninger i helsesektoren, er det viktig at ledelsen innehar faglig og relasjonell kompetanse, og at det blir praktisert god kommunikasjon til og med de ansatte, samt at de som skal overta arbeidsoppgaver fra en annen profesjon får god og tilstrekkelig opplæring.

Vår studie bekrefter at både steg 1, 2, 4 og 5 i Kotters 8-steps-modell er viktig i en endringsprosess på grunn av digitalisering i helsesektoren, men at de krever tilnærming tilpasset den enkelte ansatt/arbeidsplass.

Referanser

- Aarseth, W., Rolstadås, A., Klev, R. (2015). *Lederskap i prosjekter*. Fagbokforlaget.
- Aarseth, W. & Sørhaug, H. C. (2009). Improving business performance in multi-company project through cooperative power : presentation of a collaborative tool model. *International Journal of Business Performance Management*, 11(4), 364-382.
- Abrahamsen, I.M. (2017). *Har endringsledelse og endringsstrategi en påvirkning på forpliktelse til endring?* [Bacheloroppgave]. Høgskolen i Oslo og Akershus. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/1042/751%20Johnsen%20og%20Jacobsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Appelbaum, S. H., Habashy, S., Malo, J-L. & Shafiq, H. (2012). Back to the future: revisiting Kotter's 1996 change model. *Journal of Management Development*, 31(8), 764-782. <https://doi.org/10.1108/02621711211253231>
- Aursand, P. (2023, 12. januar). *Eldrebolger skaper stor usikkerhet for helsesektoren*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/eldrebolgen-skaper-stor-usikkerhet-for-helsesektoren>
- Binci, D., Palozzi, G. & Scafarto, F. (2022). Toward digital transformation in healthcare: a framework for remote monitoring adoption. *The TQM Journal*, 34(6), 1772-1799. <https://doi.org/10.1108/TQM-04-2021-0109>
- Burmann, A., Schepers, S. & Meister, S. (2023). Acceptance factors of digitalization in hospitals: a mixed-methods study. *Health and Technology*. <https://doi.org/10.1007/s12553-023-00779-7>
- Carman, A. L., Vanderpool, R. C., Stradtman, L. R. & Edmiston, E. A. (2019). A Change-Management Approach to Closing Care Gaps in a Federally Qualified Health Center: A Rural Kentucky Case Study. *Preventing chronic disease*, 16(105). <https://doi.org/10.5888/pcd16.180589>
- Cortellazzo, L., Brune, E. & Zampiere, R. (2019). The Role of Leadership in a Digitalized World: A Review. *Frontiers in Psychology*, 10(1938). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01938>
- Dvergsdal, H. (2021, 1. desember). *Digitalisering*. Store norske leksikon. <https://snl.no/digitalisering>
- Frahm, J. & Brown, K. (2007). First steps: linking change communication to change receptivity. *Journal of Organizational Change Management*, 20(3), 370-387. <https://doi.org/10.1108/09534810710740191>
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2021). Digitalization of healthcare sector as a tool for implementation of competition policy. *Economics, Entrepreneurship, Management*, 8(2), 25-34. <https://doi.org/10.23939/eem2021.02.025>
- Hagen, I. M. & Jensen, R. S. (2022). *Kjønnsperspektiv på arbeidsmiljøutfordringer og HMS-arbeid i kommunal sektor: Innspill til en debatt*. Fafo-rapport 2022:06. <https://www.fafo.no/images/pub/2022/20808.pdf>

- Hargett, C. W., Doty, J. P., Hauck, J. N., Webb, A. M. B., Cook, S. H., Tsipis, N. E., Neumann, J. A., Andolsek, K. M. & Taylor, D. C. (2017). Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach. *Journal of Healthcare Leadership*, 2017(9), 69-78. <http://dx.doi.org/10.2147/JHL.S141664>
- Holter, J. M. (2018). En kvantitativ analyse av folkevalgtes tro på avhengighet og deres selvrappporterte lederatferd [Doktorgradsavhandling]. <https://www.proquest.com/docview/2030386338>
- Hussain, S. T., Shen, L., Akram, T., Haider, M. J., Hussain, S. H. & Ali, M. (2018). Kurt Lewin's change model: A critical review of the role of leadership and employee involvement in organizational change. *Journal of Innovation And Knowledge*, 3(3), 123-127. <https://doi.org/10.1016/j.jik.2016.07.002>
- Jääntti, M. & Andersen, B.M. (2019). *Six Strategies for Strong Cultures: How upper echelon leaders enable diffusion of innovation in health care* [Masteroppgave]. Nord universitet. <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/2650576/AndersenogJantti.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tuft, P.A. (2020). *Forskningsmetode for økonomisk-administrative fag*. (4 utg.). Abstrakt forlag AS.
- Jussupow, E., Spohrer, K. & Heinzl, A. (2022). Radiologists' usage of diagnostic AI systems. *Business & Information Systems Engineering*, 64(3), 293-309. <https://doi.org/10.1007/s12599-022-00750-2>
- Kaihlanen, A. M., Laukka, E., Nadav, J., Närvänen, J., Saukkonen, P., Koivisto, J. & Heponiemi, T. (2023). The effects of digitalisation on health and social care work: a qualitative descriptive study of the perceptions of professionals and managers. *BMC Health Services Research*, 23(714). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09730-y>
- Khraim, H. (2023). The impact of organizational change on employee turnover intentions at private hospitals: The moderating role of emotional intelligence. *Problems and Perspectives in Management*, 21(4). [https://doi.org/10.21511/ppm.21\(4\).2023.05](https://doi.org/10.21511/ppm.21(4).2023.05)
- Klev, R. & Levin, M. (2021). *Forandring som praksis: Endring og utvikling som samskapt læring*. (3. Utg.). Fagbokforlaget.
- Kolve, A. R. (2023) *Ett års ventetid hos øyelegene – «ingen» vet at optikere også kan hjelpe*. NRK. <https://www.nrk.no/vestfoldogtelemark/optikerforbundet-vil-kutte-den-lange-pasientkoen-hos-oyelegene-1.16457308>
- Kommunesektorens organisasjon. (2022, 14. februar). *Bedre oppgavedeling skaper fremtidens omsorgstjenester*. <https://www.ks.no/fagomrader/arbeidsgiverpolitikk/kompetanse-og-rekruttering/torn/bedre-oppgavedeling-skaper-fremtidens-omsorgstjenester/>
- Kotter (u.å.). *The 8 steps for leading change*. <https://www.kotterinc.com/methodology/8-steps/>
- Kotter, J.P. (2012). *Leading change: With a new preface by the author*. Harvard Business Review Press. <https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.nord.no/lib/nord/reader.action?docID=5182145&ppg=1>
- Lien, B. M. (2019, 9. august) *Sykepleiere kan ikke jobbe som leger*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innsjikt/2019/08/sykepleiere-kan-ikke-jobbe-som-leger>

- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Morland, C. & Pettersen, I. J. (2018). Translating technological change – implementing technology into a hospital. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 67(6), 1000-1015. <https://doi.org/10.1108/IJPPM-08-2016-0157>
- Nasjonalt senter for e-helseforskning. (2021, 15. mars). *Pasienter opplever bedre behandling med digital legetime*. <https://ehealthresearch.no/files/documents/Faktaark/Faktaark-2021-01-Digitale-legetjenester.pdf>
- NAV. (2023). *NAVs Bedriftsundersøking 2023: Redusert mangel på arbeidskraft*. Arbeids- og velferdsdirektoratet.
- Niemela, R., Pikkarainen, M., Ervasti, M. & Reponen, J. (2019). The change of pediatric surgery practice due to the emergence of connected health technologies. *Technological Forecasting & Social Change*, 146(2019), 352-365.
<https://doi.org/10.1016/j.techfore.2019.06.001>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helsepersonellkommissjonen.
<https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf>
- Nylenna, M., Braut, G. S. (2023, 1. november). *Helsetjenesten*.
<https://sml.snl.no/helsetjenesten>
- Næringslivets hovedorganisasjon (2022). *Teknologi og innovasjon i helse- og omsorgssektoren - muligheter og barrierer: Et samarbeidsprosjekt mellom Norsk Sykepleierforbund og Næringslivets Hovedorganisasjon*.
https://www.nho.no/contentassets/6f72ebb49cbc46ddba2ce2038af36173/teknologi-og-innovasjon-i-helsesektoren-mulighetsrom-og-barrierer-notat-menon-infuture_endelig.pdf
- Paulauskaite-Taraseviciene, A., Siaulyis, J., Sutiene, K., Petravicius, T., Navickas, S., Oliandra, M., Rapalis, A. & Balciunas, J. (2023). Geriatric care management system powered by the iot and computer vision techniques. *Healthcare*, 11(1152).
<https://doi.org/10.3390/healthcare11081152>
- Petersson, L., Larsson, I., Nygren, J. M., Nilsson, P., Neher, M., Reed, J. E., Tyskbo, D. & Svedberg, P. (2022). Challenges to implementing artificial intelligence in healthcare: a qualitative interview study with healthcare leaders in Sweden. *BMC Health Services Research*, 22(850). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08215-8>
- Petzold, T. & Steidle, O. (2023). Digitale Transformation deutscher Gesundheitseinrichtungen: Aktueller Stand und bestehende Herausforderungen aus Sicht des Qualitätsmanagements. *Bundesgesundheitsbl*, 2023(66), 972-981.
<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03743-y>
- Røgeberg, O. (2018, 31. august). *Fire av fem nordmenn bruker sosiale medier*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/artikler-og-publikasjoner/fire-av-fem-nordmenn-bruker-sosiale-medier>

- Sagberg, I. (2023, 26. august). *Endringsledelse*. Store norske leksikon.
<https://snl.no/endringsledelse>
- Scanzera, A. C., Shorter, E., Kinnaird, C., Valikodath, N., Al-Khaled, T., Cole, E., Kravets, S., Hallak, J. A., McMahon, T. & Chan, R. V. P. (2022). Optometrist's perspectives of Artificial Intelligence in eye care. *Journal of Optometry*, 15(2022), 91-97.
<https://doi.org/10.1016/j.optom.2022.06.006>
- Schmutz, J. B. (2021). Institutionalizing an interprofessional simulation education program: an organizational case study using a model of strategic change. *Journal of interprofessional care*, 36(3), 402-412.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1951189>
- Sidorko, P. E. (2008). Transforming library and higher education support services: can change models help?. *Library Management*, 29(4/5), 307-318.
<https://doi.org/10.1108/01435120810869093>
- Shwana, S. & Tronstad, E. (2020). *Digitalization in healthcare A multiple case study of a change undergone in the Norwegian public health sector* [Masteroppgave]. Norwegian school of economics. <https://openaccess.nhh.no/nhh-xmlui/bitstream/handle/11250/2736515/masterthesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Smeby, J. C. & Gundersen, T. (2021, 8. november). *Profesjon*. <https://snl.no/profesjon>
- Statistisk sentralbyrå. (2023, 2. mars). *Helse- og sosialpersonell*. <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/statistikk/helse-og-sosialpersonell>
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *07940: Sysselsatte i helse- og sosialnæringer. 4. kvartal, etter region, utdanningsnivå, alder, statistikkvariabel, år og næring (SN2007)*.
<https://www.ssb.no/statbank/table/07940/tableViewLayout1/>
- Wennberg, B. (2001). *EQ: Emosjonell intelligens i livet og på jobben*. NKS Forlaget.

Innføring av digitale hjelpemidler som gir omfattende endring av profesjonsutøvelsen

Oppdatert: 27. september 2023 kl. 10:33

Spørreundersøkelse for alle med utdanning innen helse- og sosialfag

Nye undersøkelser viser at det er stor mangel på arbeidskraft i Norge, og mangelen er størst innen helse- og omsorgsfag. Dette, sammen med hurtig utvikling av digitale hjelpemidler og kunstig intelligens (AI), har gjort det nødvendig å se på om noen av arbeidsoppgavene innenfor helsesektoren må omrokkes. Helsepersonellkommisjonen har satt oppgavedeling som et sentralt punkt i sine nye rapporter, og som eksempel kan det være snakk om at leger må gi noen av sine oppgaver til sykepleiere, som videre må gi noen av sine oppgaver til helsefagarbeidere eller ufaglærte. Det samme ser man er under utprøving blant annen innen øyehelse. Vi ønsker derfor å undersøke hva som er viktig for deg den dagen endringene treffer din jobb og ditt yrke, og inviterer derfor alle **med utdanning** innen helse- og sosialfag til å svare på vår spørreundersøkelse.

Spørreundersøkelsen er delt inn i 2 bolker og tar omtrent **5-7 minutter**. Ditt svar vil være bidrag til analyse i vår avsluttende masteroppgave ved Nord universitet, og vi håper dette kan være et verktøy for arbeidsgivere ved slike endringer i fremtiden. Undersøkelsen vil være **fullstendig anonym**.






Tusen takk for ditt bidrag!

Mvh Christina Ulriksen Andreassen og May Anita Halseth

Hva tenker du om slike endringer i utgangspunktet?

**Jeg gir gjerne noen av mine sentrale arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning om pasientene får en fordel av endringen **

Antall svar: **194** Snitt: **3.94** Median: **4**






Svar	Antall	% av svar	
1	8	4.1%	 4.1%
2	17	8.8%	 8.8%
3	21	10.8%	 10.8%
4	81	41.8%	 41.8%
5	67	34.5%	 34.5%

Jeg gir gjerne noen av mine sentrale arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning om bedriften jeg jobber for får en fordel av endringen

Antall svar: **194**

Snitt: **2.98**

Median: **3**






Svar	Antall	% av svar	
1	31	16%	 16%
2	43	22.2%	 22.2%
3	45	23.2%	 23.2%
4	49	25.3%	 25.3%
5	26	13.4%	 13.4%

Jeg gir gjerne noen av mine sentrale arbeidsoppgaver til noen med lavere utdanning om jeg personlig får en fordel av endringen

Antall svar: **194**

Snitt: **3.26**

Median: **3**






Svar	Antall	% av svar	
1	24	12.4%	 12.4%
2	29	14.9%	 14.9%
3	49	25.3%	 25.3%
4	56	28.9%	 28.9%
5	36	18.6%	 18.6%

Jeg synes det er viktig at min bransje holder seg oppdatert, og benytter seg av de digitale hjelpemidlene og/eller kunstig intelligens som kommer på markedet, selv om det innebærer at noen med lavere utdanning i fremtiden kan utføre noen av mine sentrale arbeidsoppgaver

Antall svar: **194**






Snitt: **3.75**

Median: **4**

Svar	Antall	% av svar	
1	8	4.1%	 4.1%
2	25	12.9%	 12.9%
3	30	15.5%	 15.5%
4	76	39.2%	 39.2%
5	55	28.4%	 28.4%






Jeg kommer til å slutte i jobben min om noen av mine sentrale arbeidsoppgaver blir gitt til noen med lavere utdanning

Antall svar: **194** Snitt: **2.21** Median: **2**

Svar	Antall	% av svar	
1	68	35.1%	 35.1%
2	56	28.9%	 28.9%
3	39	20.1%	 20.1%
4	23	11.9%	 11.9%
5	8	4.1%	 4.1%






Jeg mener at de som har en lavere utdanning enn meg ikke kan få tilstrekkelig kunnskap til å overta noen av mine sentrale arbeidsoppgaver uten å ta samme utdanning som meg

Antall svar: **194** Snitt: **2.96** Median: **3**

Svar	Antall	% av svar	
1	29	14.9%	 14.9%
2	53	27.3%	 27.3%
3	37	19.1%	 19.1%
4	47	24.2%	 24.2%
5	28	14.4%	 14.4%






Jeg synes det er vemodig at min profesjon trolig vil endre beskrivelse i fremtiden

Antall svar: **194** Snitt: **3.10** Median: **3**

Svar	Antall	% av svar	
1	28	14.4%	 14.4%
2	34	17.5%	 17.5%
3	60	30.9%	 30.9%
4	35	18%	 18%
5	37	19.1%	 19.1%






Jeg synes det er greit at digitale løsninger og/eller kunstig intelligens overtar mer og mer av den menneskelige kontakten mitt yrke tradisjonelt har hatt med pasientene

Antall svar: **194** Snitt: **1.98** Median: **2**

Svar	Antall	% av svar	
1	85	43.8%	 43.8%
2	59	30.4%	 30.4%
3	27	13.9%	 13.9%
4	15	7.7%	 7.7%
5	8	4.1%	 4.1%






Jeg mener digitale løsninger og/eller kunstig intelligens kan utføre mine arbeidsoppgaver like bra som meg

Antall svar: **194** Snitt: **2.00** Median: **2**

Svar	Antall	% av svar	
1	79	40.7%	 40.7%
2	60	30.9%	 30.9%
3	37	19.1%	 19.1%
4	12	6.2%	 6.2%
5	6	3.1%	 3.1%

Jeg er redd for at digitale løsninger og/eller kunstig intelligens vil gjøre min profesjon overflødig i fremtiden

Antall svar: **194** Snitt: **2.28** Median: **2**

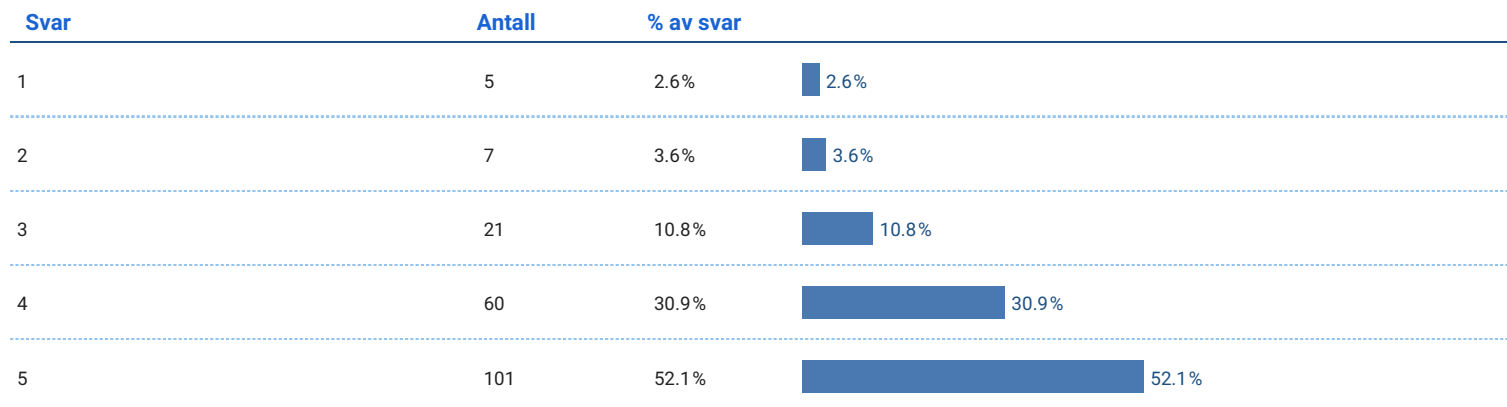
Svar	Antall	% av svar	
1	70	36.1%	 36.1%
2	48	24.7%	 24.7%
3	35	18%	 18%
4	33	17%	 17%
5	8	4.1%	 4.1%

Jeg er enig i at det i fremtiden vil være nødvendig å fordele arbeidsoppgaver annerledes for å kunne dekke behovet for helsehjelp i Norge

Antall svar: **194**

Snitt: **4.26**

Median: **5**

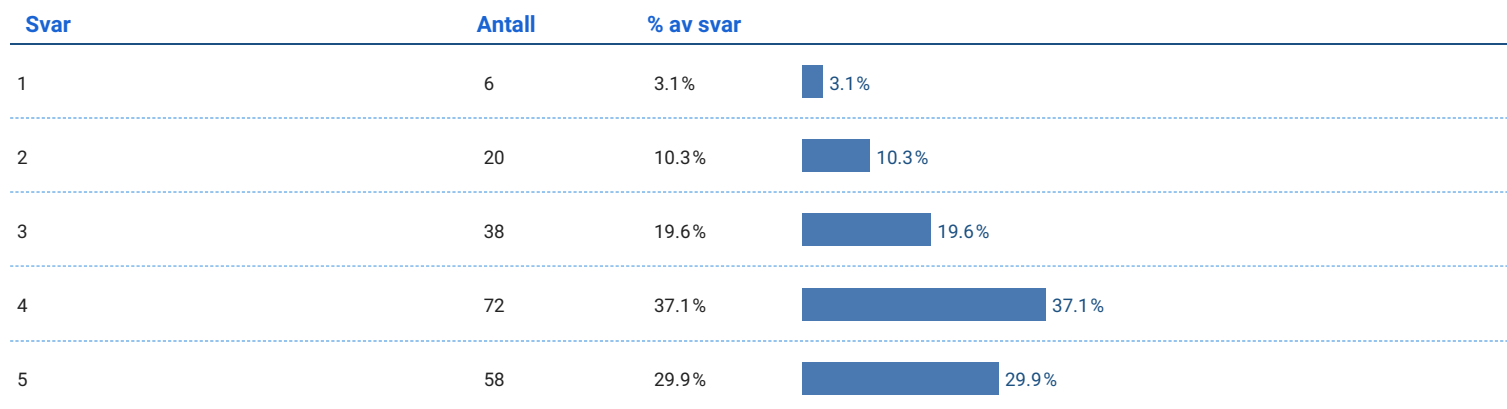


Jeg overtar gjerne noen av de sentrale arbeidsoppgavene til profesjonen over meg

Antall svar: **194**

Snitt: **3.80**

Median: **4**

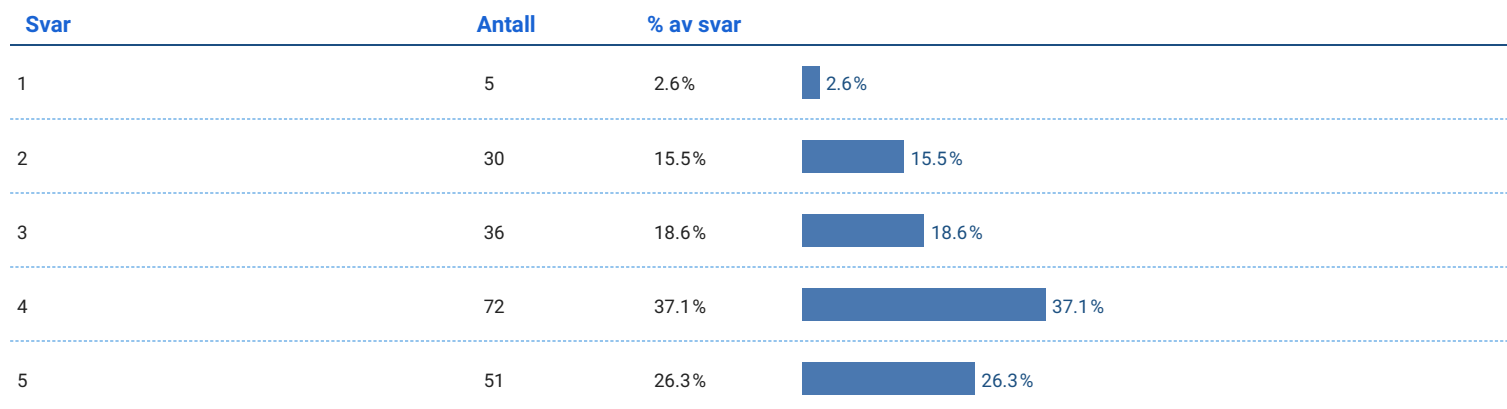


Jeg mener jeg har nok kunnskap til å overta noen av de sentrale arbeidsoppgavene til profesjonen over meg

Antall svar: **194**

Snitt: **3.69**

Median: **4**



Hvilke faktorer avgjør om du er positiv til slike endringer i din bransje?

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg føler endringen er nødvendig

Antall svar: **194**

Snitt: **4.11**

Median: **4**

Svar	Antall	% av svar	
1	3	1.5%	1.5%
2	4	2.1%	2.1%
3	24	12.4%	12.4%
4	100	51.5%	51.5%
5	63	32.5%	32.5%

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om endringen blir innført som nye retningslinjer for hele min profesjon, og ikke bare for min avdeling/arbeidsplass

Antall svar: **194**

Snitt: **3.61**

Median: **4**

Svar	Antall	% av svar	
1	4	2.1%	2.1%
2	22	11.3%	11.3%
3	55	28.4%	28.4%
4	77	39.7%	39.7%
5	36	18.6%	18.6%

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg har tiltro til de som tar beslutningen, uavhengig av om det gjelder for hele profesjonen eller bare min avdeling/arbeidsplass

Antall svar: **194**

Snitt: **4.01**

Median: **4**

Svar	Antall	% av svar	
1	4	2.1%	2.1%
2	9	4.6%	4.6%
3	36	18.6%	18.6%
4	78	40.2%	40.2%
5	67	34.5%	34.5%

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om de som tar beslutningen innehar faglig kompetanse, uavhengig av om det gjelder for hele profesjonen eller bare min avdeling/arbeidsplass

Antall svar: **194** Snitt: **4.26** Median: **4**

Svar	Antall	% av svar	
1	1	0.5%	0.5%
2	5	2.6%	2.6%
3	26	13.4%	13.4%
4	72	37.1%	37.1%
5	90	46.4%	46.4%

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg føler meg motivert av toppledelsen i bedriften jeg jobber for

Antall svar: **194** Snitt: **3.36** Median: **3.5**

Svar	Antall	% av svar	
1	18	9.3%	9.3%
2	23	11.9%	11.9%
3	56	28.9%	28.9%
4	66	34%	34%
5	31	16%	16%

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg føler meg motivert av min nærmeste leder

Antall svar: **194** Snitt: **3.65** Median: **4**

Svar	Antall	% av svar	
1	17	8.8%	8.8%
2	14	7.2%	7.2%
3	39	20.1%	20.1%
4	73	37.6%	37.6%
5	51	26.3%	26.3%

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg får tilstrekkelig informasjon om endringen gjennom hele prosessen, både i forkant, under og i etterkant

Antall svar: **194** Snitt: **4.31** Median: **4.5**

Svar	Antall	% av svar	
1	4	2.1%	2.1%
2	4	2.1%	2.1%
3	16	8.2%	8.2%
4	73	37.6%	37.6%
5	97	50%	50%

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg får komme med tilbakemeldinger gjennom hele prosessen, både i forkant, under og i etterkant

Antall svar: **194** Snitt: **4.24** Median: **4**

Svar	Antall	% av svar	
1	5	2.6%	2.6%
2	2	1%	1%
3	21	10.8%	10.8%
4	79	40.7%	40.7%
5	87	44.8%	44.8%






Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg føler de som skal overta noen av mine sentrale arbeidsoppgaver får tilstrekkelig opplæring

Antall svar: **194** Snitt: **4.51** Median: **5**

Svar	Antall	% av svar	
1	5	2.6%	2.6%
2	0	0%	0%
3	9	4.6%	4.6%
4	58	29.9%	29.9%
5	122	62.9%	62.9%






Om jeg er positiv til endring er avhengig av om jeg føler jeg får tilstrekkelig opplæring i de arbeidsoppgavene jeg skal overta fra profesjonen over meg

Antall svar: **194** Snitt: **4.54** Median: **5**

Svar	Antall	% av svar	
1	2	1%	 1%
2	4	2.1%	 2.1%
3	8	4.1%	 4.1%
4	53	27.3%	 27.3%
5	127	65.5%	 65.5%

Om jeg er positiv til endring er avhengig av om opplæring og informasjon blir gitt ansikt-til-ansikt, og ikke bare digitalt

Antall svar: **194** Snitt: **3.91** Median: **4**

Svar	Antall	% av svar	
1	10	5.2%	 5.2%
2	13	6.7%	 6.7%
3	42	21.6%	 21.6%
4	48	24.7%	 24.7%
5	81	41.8%	 41.8%

Frivillig kommentar

Til slutt: Har du noen tanker du vil dele med oss angående dette temaet?



Det vil ikke bli brukt hele sitat i analysen av undersøkelsen. Trykk videre om du ikke ønsker å legge igjen en kommentar.

Vi mottok til sammen 28 kommentarer, som er sensurert fra denne rapporten.

Om deg





Kjønn

Antall svar: **194**

Svar	Antall	% av svar	
Kvinne	157	80.9%	 80.9%
Mann	37	19.1%	 19.1%
Annet	0	0%	0%






Alder

Antall svar: **194**

Svar	Antall	% av svar	
19-24	3	1.5%	 1.5%
25-39	87	44.8%	 44.8%
40-54	77	39.7%	 39.7%
55-74	27	13.9%	 13.9%

Høyeste utdanning

Antall svar: **194**

Svar	Antall	% av svar	
Ingen utdanning	0	0%	0%
Grunnskole	2	1%	 1%
Videregående skole	12	6.2%	 6.2%
Fagskole	7	3.6%	 3.6%
Universitets - og høyskole 4 år eller mindre	100	51.5%	 51.5%
Universitets - og høyskole mer enn 4 år	73	37.6%	 37.6%