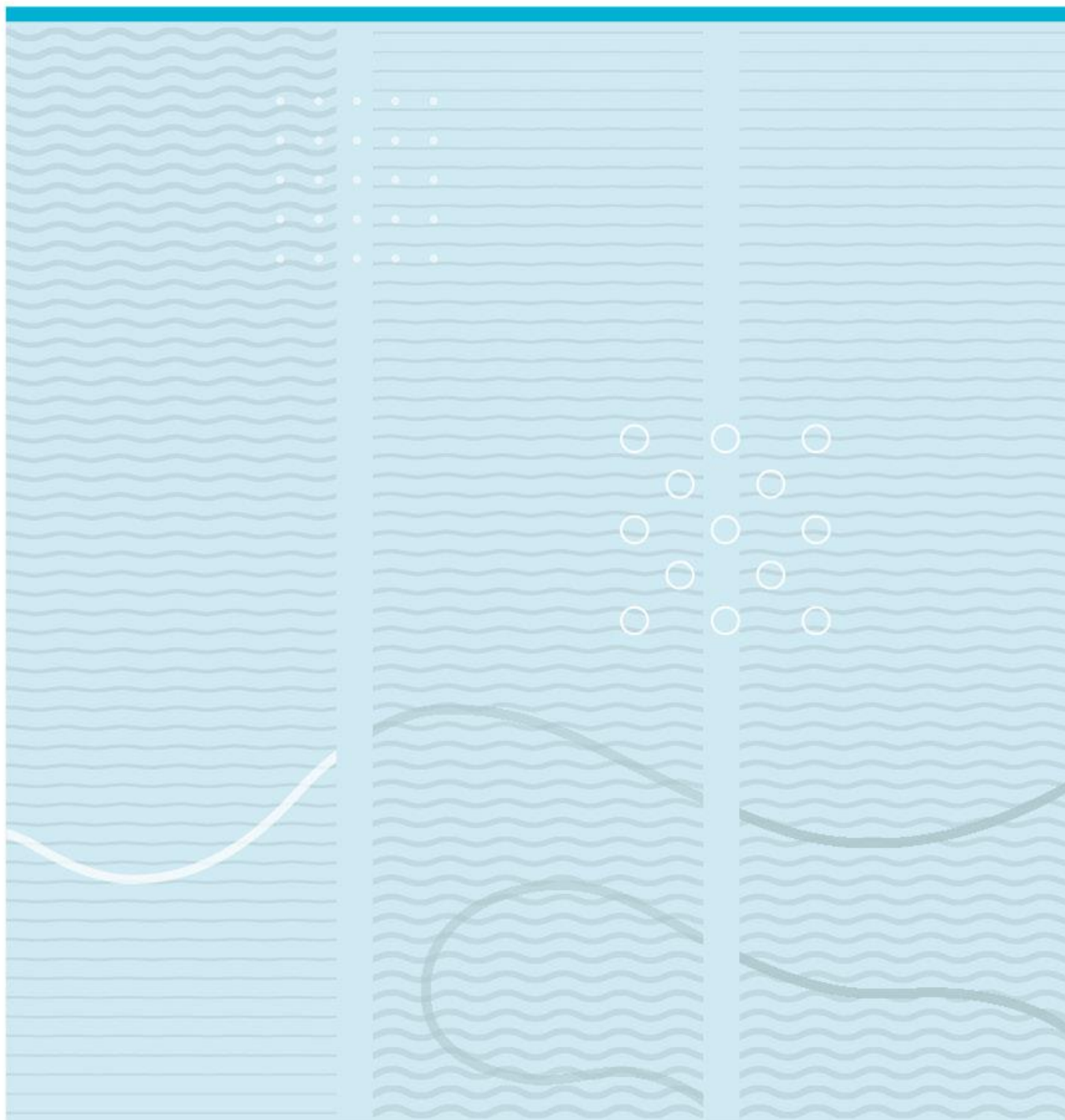


Tina Trollsås & Nina Lindbak

Organisering og forankring av implementeringsarbeid

Hvilke uforutsette utfordringer har man møtt på i arbeidet med implementering og overgang til varig bruk av Digital Hjemmeoppfølging i kommunehelsetjenesten?

Casestudie av Helsedirektoratets pilotprosjekt: Digital Hjemmeoppfølging



Universitetet i Sørøst-Norge
Handelshøyskolen
Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Tina Trollsås & Nina Lindbak

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Forord

Denne mastergradsavhandlingen er skrevet som en del av masterstudiet i Innovasjon og ledelse ved Universitetet i Sørøst-Norge, Institutt for økonomi, historie og samfunnsvitenskap.

Digitalisering av helsetjenester er av både FHI og regjeringen vektlagt som en viktig del av arbeidet mot en bærekraftig helsetjeneste, rustet for å møte fremtidens aldrende befolkning, med økt krav til tjenesten og flere sammensatte lidelser. Behovet for å finne gode måter å effektivisere deler av helsetjenesten på, uten at det går på bekostning av kvalitet, blir stadig større - og det haster med å finne gode løsninger.

Arbeidet med oppgaven har vært svært lærerikt. Vi har fått god innsikt i hvilke utfordringer som ligger foran de som skal arbeide med digitalisering av fremtidens helsetjenester, men også hvilke fordeler det gir. Vi håper at oppgaven kan være til hjelp for de som skal arbeide med implementering av lignende tjenester i fremtiden.

Vi vil rette en stor takk til inkluderte pilotkommuner og engasjerte medarbeidere for deres deltakelse og erfaringsutveksling, samt Helsedirektoratet for deres respons og kontaktformidling. Sist, men ikke minst fortjener vår kunnskapsrike og inspirerende veileder Are Branstad en stor takk, din hjelp har ledet oppgaven til det den er i dag.

Sandefjord, september 2022

Tina Trollsås

Nina Lindbak

Sammendrag

For å studere betydningen av organisering av implementeringsarbeid i kommunehelsetjenesten, og hvilke forutsetninger og utfordringer som kan påvirke prosessen, har vi studert Helsedirektoratets nasjonale utprøving av Digital Hjemmeoppfølging. Digital Hjemmeoppfølging (DHO) innebærer en dreining til at helsetjenesten ytes helt eller delvis på avstand, ved hjelp av digitale måle- og innrapporteringsapparater, til pasienter med kronisk eller langvarig sykdom. Målet med tjenesten er å fange opp tidlig tegn til forverring, bidra til økt helseinnsikt og bedre pasientens mestring av sykdomssituasjonen (Helsedirektoratet, 2021). DHO skal implementeres og bli en del av de kommunale helsetjenestene i årene framover. Dermed har implementeringen av DHO i fire kommuner med ulike organisatoriske forutsetninger gitt oss muligheten til å studere implementeringsarbeid i denne sektoren der nye praksiser ofte forsøkes innført uten å lykkes.

Hvilke forutsetninger som kan gi grobunn for varig endring, og samtidig hvilke faktorer som kan se ut til å gi *utfordringer* med vellykket implementering og forankring av e-helse initiativer, både ved organisering og ledelse, drøftes i denne oppgaven.

Oppgaven er basert på en casestudie ved 3 av de 6 norske kommunene som gjennom 2020-2021 har gjennomført et pilotprosjekt på innføring av DHO, initiert av Helsedirektoratet, samt 1 uavhengig kommune som selvstendig har forsøkt å ta tjenesten i bruk. Pilotprosjektene er gjennomført i kommuner av ulik størrelse og forutsetninger. I denne studien ønsket vi på den ene siden å utforske prosjektledernes måter å forankre DHO som praksis hos de mange ulike aktørene som inngår i tjenesten, og deres vurdering av hvilke utfordringer man kan forvente å møte ved implementering, forankring og normalisering av e-helse tiltaket. På den andre siden ønsket vi å undersøke om de ulike kommunenes forutsetninger så ut til å påvirke grunnlaget for varig endring. Data ble samlet inn ved hjelp av semistrukturerte individuelle intervjuer, samt dokument- og rapport analyser.

Teoriene i studien bygger på en logikk om at tjenester og tjenesteinnovasjoner skiller seg fra rene teknologiske- eller produktinnovasjoner, og dermed at tjenesteinnovasjonens egenskaper kan utfordre implementeringsarbeidets forutsetninger. Normalization Process Theory (NPT) bidrar til å forklare og analysere de sosiale og

organisatoriske faktorer som normalt sett må være tilstede for å lykkes med å opprettholde endringer i helsevesenet over tid. Adopsjons- og endringsledelsesteori er inkludert for å forklare og underbygge viktigheten av at endringen ledes, både før, under og *etter* at endringen er initiert, for å tilføre mening og drivkraft til de involvertes *handlinger* underveis i hele implementeringsprosessen. Både adopsjonslitteraturen og teorier om endringsledelse har bidratt til vår forståelse av implementering av innovasjoner, og ikke minst at endringer må forankres i daglige praksiser over tid, etter at innovasjonen er innført i organisasjonen.

Vi har sett at kommunene har valgt ulike implementeringsstrategier. Vår analyse viser at flere strategier peker seg ut, men at to har vært mer effektive. Den ene kaller vi systembygging, den andre er mer uformell og relasjonell. Tilhørende disse strategiene er det to forutsetninger som ser ut til å være viktige for de kommunene som har fått til et godt grunnlag for varig endring og normalisering: tverrkommunalt samarbeid og engasjerte nøkkelpersoner. Begge faktorene bygger oppunder forankringsarbeidet på hver sin måte, og gir prosjektet en ekstra drivkraft som viser seg å være viktig i overgangen fra implementering til normalisering. Undersøkelsen viser at pilotprosjektene har blitt plassert i svært ulike organisasjonsstrukturer, der noen har vært preget av utstrakt samarbeid og andre ikke. På samme måte har også prosjektledernes individuelle ulikheter preget forankringen.

Hovedfunnene i avhandlingen er at mangel på etablert styringsstruktur og samarbeidsform mellom de involverte aktørene, og problemer å få alle som de samarbeider med til å se nytteverdien og slutte seg til endringen, utfordrer forankringen av prosjektet ute i kommunene. Flere prosjektledere opplever at de står «alene» om ansvaret for fremdriften i prosjektet, og strever med å få partene i helsetjenesten til å forplikte seg. Engasjementet oppleves størst i planleggings og etableringsfasen, men kontinuiteten og arbeidet med å fremme en felles nytteverdi utfordres etter hvert som tiden går.

En mulig *forklaring* er at det er vanskelig å regne på økonomiske gevinster for de involverte partene, og at den silobaserte finansieringen av tjenestene i helsevesenet kan være til hinder for samhandling om felles pasienter. Utfordringene med forankringen forsterkes i flere tilfeller av at ulike organisasjoner og aktører, herunder blant annet

prosjektledere, oppfølgingstjeneste, fastlege, hjemmesykepleie og spesialisthelsetjeneste, må samarbeide om å skape gevinstene, mens disse ikke blir like synlige for alle. Studien anbefaler videre forskning på sammenhengen mellom kostnad og gevinst, og hvordan tjenesten kan organiseres rundt et felles mål, som oppleves bærekraftig for alle involverte aktører.

Nøkkelord: Velferdstjenester, e-helse, digitalisering, helse og omsorg, tjenesteinnovasjon, implementering, varig endring

Abstract

In order to study the importance of organizing implementation work in the municipal health service, and which prerequisites and challenges can affect the process, we have studied the Norwegian Directorate of Health's (Helsedirektoratet) national trial of Digital Hjemmeoppfølging (DHO). DHO involves a shift towards providing the health service wholly or partly remotely, using digital measuring and reporting devices, to patients with chronic or long-term illness. The aim of the service is to catch early signs of deterioration, contribute to increased health insight and improve the patient's coping with the disease situation (Helsedirektoratet, 2021). DHO is to be implemented and become part of the municipal health services in the coming years. Thus, the implementation of DHO in four municipalities with different organizational conditions has given us the opportunity to study implementation work in this sector where new practices are often tried to be introduced without success.

Which prerequisites can provide fertile ground for lasting change, and at the same time which factors can appear to cause *challenges* with the successful implementation and anchoring of e-health initiatives, both in terms of organization and management, are discussed in this thesis.

The assignment is based on the study of 3, out of 6 Norwegian municipalities which, through 2020-2021, have carried out a project on the introduction of DHO, initiated by the Directorate of Health, as well as one independent municipality which has independently tried to take the service into use. The projects have been carried out in municipalities of different sizes and conditions. In this study, on the one hand, we wanted to explore the project managers' ways of anchoring DHO as a practice among the many different people who are part of the service, and their assessment of what challenges they can expect to face when implementing, anchoring and normalizing the e-health initiative. On the other hand, we wanted to investigate whether the various municipalities' assumptions seemed to influence the basis for lasting change. Data was collected using semi-structured individual interviews, as well as document- and report analyses.

The theories in the study are based on a logic that services and service-innovations differ from pure technological or product innovations, and thus that the characteristics

of service-innovation can challenge the assumptions of the implementation work. Normalization Process Theory (NPT) helps to explain and analyze the social and organizational factors that must normally be present to succeed in maintaining changes in the healthcare system over time. Adoption and change management theory is included to explain and substantiate the importance of the change being managed, both before, during and *after* the change is initiated, in order to add meaning and drive to the *people of those involved* during the entire implementation process. Both the literature about adopting products and theories of change management have contributed to our understanding of the implementation of innovations, and that changes must be anchored in daily practices over time, after the innovation has been introduced in the organization.

We have seen that the municipalities have chosen different implementation strategies. Our analysis shows that several strategies stand out, but that two have been more effective. We call one system building, the other is more entrepreneurial and informal. Below are two prerequisites that appear to be important for those municipalities that have created a good basis for lasting change and normalization: cross-municipal cooperation and engaged key personnel. Both factors build on the anchoring work in their own way and give the project an extra force which proves to be important in the transition from implementation to normalization. The survey shows that the projects have been run in very different organizational structures, where some have been characterized by extensive collaboration and others have not. And, the project managers' individual differences have also affected the anchoring.

The biggest findings in the thesis are that the lack of an established management structure and form of cooperation between the actors involved, and problems getting everyone they work with to see the benefit and agree to the change, challenge the anchoring of the project in the municipalities. Several project managers feel that they are "alone" with the responsible for the progress of the project, and struggle to get the parties in the health service to commit. The commitment is felt to be greatest in the planning and establishment phase, but the continuity and the work to promote a shared utility is challenged as time goes on.

One possible *explanation* is that it is difficult to see the financial gains for the parties involved, and that the financing of services in the healthcare-system can be an obstacle to interaction regarding shared patients. The challenges of anchoring are reinforced in several cases by the fact that various organizations and actors, including project managers, follow-up services, GPs, home-nursing and specialist health services, must work together to create the gains, while these are not equally visible to everyone. The study recommends further research into the connection between cost and benefit, and how the service can be organized around a common goal, which is perceived as sustainable for all actors involved.

Keywords: Welfare services, e-health, digitalization, health and care, service innovation, implementation, lasting change

Begrepsavklaring

I tabellen nedenfor beskrives sentrale begreper som blir brukt i denne avhandlingen. Begrepene er hentet fra studiens inkluderte kommuners rapporter fra gjennomføringen av Digital Hjemmeoppfølging, samt Helsedirektoratets samlede sluttrapport for DHO (2021).

Digital hjemmeoppfølging (DHO) (medisinsk avstandsoppfølging)	I utprøvingen er følgende definisjon av digital hjemmeoppfølging (tidligere medisinsk avstandsoppfølging) lagt til grunn: «Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell»
Egenbehandlingsplan (EBP)	Egenbehandlingsplanen defineres som den planen som omhandler den enkelte pasients helseutfordringer- med tilhørende medisinske mål og tiltak. Formålet med egenbehandlingsplanen vil være å oppdage forverringer tidlig og redusere utvikling som kan resultere i en sykere pasient, samt at pasienten gis en større og mer aktiv rolle i egen helse.
E-helse	E-helse (også kalt e-helsehjelp) defineres som bruken av digital teknologi som kommunikasjonsplattform mellom helsepersonell og pasient, eller der digitale verktøy tas i bruk for å løse helseutfordringer.
Gevinst	Gevinst defineres her som nyttevirkninger, positive effekter eller fordeler som blir oppnådd ved prosjektet. Begrepet omhandler både finansiell og opplevd nytte (Pasient og brukeropplevelser).

Oppfølgingstjenesten	Oppfølgingstjenesten defineres som den gruppen eller enheten som mottar og følger opp målinger og innrapporterte dataene som pasienter eller brukere mottar ved DHO, herunder også telemedisinsk sentral (TMS).
Pasient/bruker	Pasienten eller brukeren kan defineres som de personene som mottar tjenesten (DHO) og/eller tilbys hjelp fra helsetjenesten.
Primærhelseteam (PHT)	Primærhelseteam er et pilotprosjekt (2018-2023) med mål om å kunne tilby bedre (og mindre ressurskrevende) fastlegetjenester til de pasientene som trenger det mest, ved å skape mer sammenhengende og koordinerte tjenester. Primærhelseteam består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Teamet ledes ofte av en fastlege.
Tjenesteforløp	Tjenesteforløp defineres som en beskrivelse av organisering og oppgaver som er knyttet opp mot helsetjenesten som planlegges for pasienten.
Helsefellesskapet	Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 er å opprette 19 helsefellesskap. Disse skal bestå av helseforetak og kommunene i opptaksområdet. Representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner, fastleger og brukere vil møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen.

Innholdsfortegnelse

Forord	3
Sammendrag	4
Abstract	7
Begrepsavklaring	10
Innholdsfortegnelse	12
1 Innledning	15
1.1 Bakgrunn og hensikt	15
1.1.1 Digitalisering av helse- og omsorgstjenester	16
1.1.2 Økt kvalitet og varig nytte	16
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål	17
1.3 Avhandlingens struktur	18
1.4 Oversikt over tabeller og figurer	18
2 Digital Hjemmeoppfølging – konseptets innhold, rammer og formål	19
3 Teori	21
3.1 Teoretisk rammeverk	21
3.2 Innovasjon	22
3.2.1 Tjenesteinnovasjonens egenskaper	23
3.3 Implementering	25
3.4 Normalization Process Theory – Hvordan lykkes med integreringsarbeid og varig endring i helsevesenet?	26
3.4.1 Interactional Workability (IW)	28
3.4.2 Skill Set Workability (SSW)	29
3.4.3 Relational Integration (RI)	30
3.4.4 Contextual Integration (CI)	31
3.5 Adopsjon og varig endring	32
3.6 Organisering og ledelse	35
3.6.1 Organisasjonsendringer	35
3.6.2 Endringsledelse	36
4 Metode	40
4.1 Valg av metode og forskningsdesign	40
4.1.1 Forskningstilnærming	41

4.1.2	Mixed method	42
4.1.3	Case-studie	43
4.2	Datainnsamling.....	44
4.2.1	Primær datakilde	44
4.2.2	Metode for innsamling av primærdata - Intervju.....	45
4.2.3	Populasjon, utvalg og begrensning.....	46
4.2.4	Intervjuguide	47
4.2.5	Koding og analyse av data	49
4.2.6	Sekundærdata	51
4.3	Validitet og Relabilitet	52
4.3.1	Intern Validitet – Troverdighet	52
4.3.2	Ekstern validitet – Overførbarhet.....	53
4.3.3	Begrepsvaliditet.....	54
4.3.4	Reliabilitet.....	54
4.4	Begrensninger	55
4.5	Etisk perspektiv.....	56
5	Resultater: Erfaringer fra implementering av Digital Hjemmeoppfølging i fire kommuner	57
5.1	Oversikt over kapittelets innhold	58
5.2	Organisering av prosjektene.....	58
5.2.1	Organisering av DHO i kommune 1	60
5.2.2	Organisering av DHO i kommune 2	64
5.2.3	Organisering av DHO i kommune 3	69
5.2.4	Organisering av DHO i kommune 4	73
5.2.5	Oppsummering: Kommunenes organisering av DHO.....	76
5.2.6	Pasientgrunnlag, rekruttering og pasientenes respons.....	77
5.2.7	Pasientgrunnlag, rekruttering og pasientens respons i kommune 1.....	77
5.2.8	Pasientgrunnlag, rekruttering og pasientens respons i kommune 2.....	79
5.2.9	Pasientgrunnlag, rekruttering og pasientens respons i kommune 3.....	82
5.2.10	Oppsummering – Rekruttering og pasientens respons	85
6	Diskusjon – utfordringer, forutsetninger og forankringsarbeid	86
6.1	Særlige utfordringer – felles erfaringer	87

6.1.1	Prosjektgruppene etterlyser en tydeligere skissert organisering	87
6.1.2	Sørg for forankring på alle nivå	89
6.1.3	Formidle nytteverdi	90
6.1.4	Behov for endringsagentene, også etter at pilotprosjektet avsluttes	94
6.2	Hvordan påvirkes implementeringsprosessen av at kommunene har ulike forutsetninger og strategier?	94
7	Konklusjon	97
8	Litteraturliste	99
9	Vedlegg 1 - Intervjuguide	104

1 Innledning

Kommuner og helseforetak står overfor utfordringer som nødvendiggjør innovasjoner som kan bidra til en mer effektiv helse- og omsorgstjeneste fremover, uten at det går på bekostning av kvalitet i tjenesten. Økt digitalisering av tjenester i helsevesenet blir sett på som et avgjørende tiltak for å kunne opprettholde en bærekraftig og kostnadseffektiv velferdsstat i årene som kommer (Hilland, Rørvik & Hansen, 2020).

Gjennom denne studien utforsker vi erfaringene til ledere og annet involvert personale som har vært ansvarlig for å implementere og drifte e-helseinitiativet «Digital Hjemmeoppfølging» (DHO) i 3 av 6 Norske pilotkommuner. Målet er kunnskap om hvilke utfordringer man kan forvente å møte ved implementering av digitale helsetjenester, og på hvilken måte organisatoriske verktøy og ledelsesformer kan bidra til å overkomme disse utfordringene – og med det være en driver for vellykket varig endring.

Studiens mål er å bidra med kunnskap som oppleves nyttig og anvendelig for øvrige kommuner i Norge, som alle i løpet av 2024 oppfordres av Helsedirektoratet til å implementere Digital Hjemmeoppfølging som en del av sin primærhelsetjeneste.

1.1 Bakgrunn og hensikt

Nær 14 prosent av alle sysselsatte i Norge jobber med helse- og omsorg (HO), men her ligger det an til en markant økning fremover. Antall eldre øker raskt, og stadig nye behandlingsmuligheter gjør det mulig å redde flere syke. SSB (2020) anslår av at om lag hver fjerde arbeidstager må jobbe innen helse og omsorg i 2060, som vil være en økning på 40 prosent. Det vil i så fall fortrenge folk fra private arbeidsplasser, og redusere skatte- og avgiftsinntektene til staten betraktelig. I rapporten estimeres det, i det statistikkbyrået kaller et nøkternt scenario (med uendret helsebehov og standard), et udekket behov på 112 milliarder kroner i 2060 (Holmøy, E, Hjemås, Sagelvmø & Strøm, 2020). Det kan føre til at en allerede stor og raskt voksende skattefinansiert HO-sektor vil bidra til å legge press på offentlige finans, noe som kan komme til å kreve en kombinasjon av kutt i offentlig velferd og skatteskjerpelser som det kan bli vanskelig å få politisk aksept for, og som kan svekke effektiviteten i norsk økonomi (SSB, Hjemås, Holmøy & Haugstveit, 2019).

1.1.1 Digitalisering av helse- og omsorgstjenester

Digitalisering av helse- og omsorgstjenestene har gjennom de seneste årene fått fokus som et viktig effektiviseringstiltak i Norsk velferdsstat, som et av bidragene til å øke produktiviteten og sikre fornuftig bruk av felles ressurser:

– «*Satsingen på digitalisering skal bygge opp under et moderne, innovativt og effektivt samfunn. Digitalisering og innovasjon er viktig for å møte stigende forventninger fra befolkningen om tjenester som er enkle å bruke, effektive og pålitelige. Vi må øke produktiviteten vår og sikre fornuftig bruk av felles ressurser*» (Kommunal- og moderniseringsminister, Monica Mæland, 2018).

Implementering av digitale løsninger i helsevesenet ansees som vellykket i tilfeller der innovasjonen adopteres av brukeren og normaliseres som en del av deres nye hverdag. Det mangler imidlertid systematisk kunnskap om *hvordan* digitale tjenester kan implementeres, ifølge Forskningsrådets rapport om Digitaliseringens Konsekvenser (2019). Generelt antas det at så mye som 70% av alle organisatoriske endringsforsøk mislykkes (Jacobsen, 2018, s. 16). Dersom vi skal kunne forvente at satsningen på de digitale løsningene skal bidra til mer effektiv bruk av ressurser, er det viktig at metoder for *vellykket* implementering fremheves, og at kommunenes ulike forutsetninger anerkjennes.

1.1.2 Økt kvalitet og varig nytte

«*For å trygge velferden må vi fortsette å modernisere og effektivisere offentlig sektor. Norge skal ha verdens beste digitale tjenester og en offentlig sektor som legger til rette for innovasjon og nyskaping*» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2018)

På tross av mange oppfordringer og gode intensjoner om digital nyskaping fra regjeringen, viser erfaringer både fra norsk og internasjonal forskning at det er meget krevende å lykkes med å oppnå varig endring i helse- og omsorgssektoren (Herzlinger, 2006; Hoholm & Mørk, 2018). Svært mange innovasjonsprosjekter ender i den såkalte

"pilotgraven", uten at det kan forklares med en klar årsak (Hilland, Rørvik & Hansen, 2020). Det er gjort relativt lite forskning i Norge på siste fase i innovasjonsprosessen – drivere og barrierer for implementering og spredning av nye løsninger i helse- og omsorgssektoren. Det trengs derfor mer innsikt og kunnskap om hva som skal til for å i større grad utløse innovasjonssatsingens verdiskapingspotensial, gjennom økt kvalitet og *varig* nytte for pasientene, samt en mer effektiv og bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Studiens hensikt er å hente frem kunnskap om hvilke utfordringer man kan forvente å møte ved implementering av Digital Hjemmeoppfølging i kommunehelsetjenesten, og på hvilken måte organisering og ulike forutsetninger kan påvirke, - og påvirkes av utfordringene de møter.

Målet med kunnskapen er å innlede til videre innsikt i hvordan kommunene kan utvikle gode verktøy for å håndtere utfordringen i arbeidet med implementering av digitale helsetjenester slik at de kan lykkes med å oppnå varig endring.

P: Hva betyr organisering av helsetjenestene for forankringsarbeidet ved implementering av Digital Hjemmeoppfølging?

Vi har valgt å inkludere tre forskningsspørsmål i vårt arbeid, ettersom vi forsøker å fange opp både hva som kan være utfordrende, og hvilke organisatoriske forskjeller og forutsetninger som kan påvirke overgangen til varig bruk av tjenesten, i vår problemstilling. Det kan være interessant å undersøke om det er noen markante forskjeller i kommunenes forutsetninger og implementeringsarbeid, som kan forklare at enkelte lykkes i større grad enn andre. I tillegg ønsket vi å se på hvilke praksiser og aktører som ser ut til å spille en særlig viktig rolle for forankring, og hvordan forankringsarbeidet kan bidra til at kommunene lykkes med å oppnå varig endring.

F1: Hvilke uforutsette utfordringer kan ledelsen forvente å møte ved implementering av Digital Hjemmeoppfølging i kommunehelsetjenesten?

F2: Hvilke ulike forutsetninger og organisasjonsformer har vært til stede i kommunenes helsetjeneste før og ved implementeringen av DHO?

F3: Hvilke praksiser og aktører har skapt forankring til bruken av Digital Hjemmeoppfølging?

1.3 Avhandlingens struktur

Denne masteroppgaven er strukturert i syv deler. Dette kapittelet introduserer temaet og bakgrunnen for studien, samt hvilke forskningsspørsmål som benyttes for å adressere formålet med studien. Kapittel 2 forklarer hva Digital Hjemmeoppfølging (DHO) er. Kapittel 3 presenterer oppgavens teoretiske rammeverk og litteratur; tjenesteinnovasjonens egenskaper, valgt implementerings- og adopsjonsrammeverk, samt endringsledelseslitteratur som alle er ment til å belyse et mulig gap i forskningen på området, samt støtte oppunder oppgavens forskningsspørsmål. Kapittel 4 redegjør for metodiske valg og fremgangsmåte, mens det i kapittel 5 presenteres resultater fra intervjuer og dokumentanalyser. Hovedfunn, implikasjoner og teori diskuteres i kapittel 6. Til slutt, i kapittel 7 oppsummeres oppgaven ved studiens overordnede konklusjon og videre anbefalinger.

1.4 Oversikt over tabeller og figurer

[Figur 1](#): Innovasjonsprosessen (Tidd og Bessant, 2013, kapittel 3.2, s. 23)

[Figur 2](#): Normalization Process Theory (May & Finch, 2009, kapittel 3.4, s. 27)

[Figur 3](#): Normalization Process Theory's fire konsepter (Murray et al. 2011, kapittel 3.4, s. 28)

[Figur 4](#): Femstegs-modell ved innovasjonsprosessen (Rogers, 2003, kapittel 3.5, s. 33)

[Figur 5](#): Standardisert algoritme for oppfølging, hentet fra sluttrapport 2021 (Kommune 3, kapittel 5.2.3, s. 72)

[Figur 6](#): Kostnadssammenligning 2020-2025 (Kommune 2, kapittel 5.2.8, s. 63)

[Figur 7](#): Brukertilfredshet, Hentet fra Sluttrapport 2021 (Kommune 3, kapittel 5.2.9, s.86)

[Tabell 1](#): Oversikt utvalgte kommuner DHO (kapittel 5.2, s. 61)

2 Digital Hjemmeoppfølging – konseptets innhold, rammer og formål

I nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 beskrives medisinsk avstandsoppfølging som et viktig virkemiddel for å lykkes med å effektivisere pasientenes helsetjeneste og utvikling mot en bærekraftig fremtid. Det skilles mellom nettbasert behandling, hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging (DHO). Pilotprosjektet DHO ble gjennomført med oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i perioden juni 2018 til juni 2021. Seks kommuner spredt over hele landet har deltatt, hvor hver enkelt kommune har hatt prosjekteierskap og prosjektledelse, med tett oppfølging og samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten.. Målsettingen ved prosjektet var å inkludere opp mot 600 pasienter samt minimum 100 fastleger. Etter endt prosjekt ser vi at 735 pasienter ble inkludert og 250 fastleger har hatt egne pasienter med i utprøvingen (Helsedirektoratet, 2020).

Ved DHO følges pasienter, som har behov for langvarig oppfølging, opp hjemme basert på en egenbehandlingsplan, som er utviklet i et samarbeid mellom lege, pasient og helsepersonell. Eksempler på diagnoser som kan egne seg for inkludering kan være KOLS, diabetes og hjerte-kar sykdom. Det har også vært inkludert pasienter med psykiske lidelser og pasienter med behov for livsstilsendring. Egenbehandlingsplanen redegjør for pasientens helsetilstand, mål (tilfredsstillende oksygen nivå i blodet, blodtrykk, opplevd sykdomsfølelse ol.) og tilhørende tiltak, samt en handlingsplan knyttet til gitte scenarier – for eksempel der dagens målinger gir resultater som er utenfor det satte måltallet.

Nye teknologiske løsninger gjør at pasienter kan følges opp på avstand samt de kan svare på enkle spørsmål og/eller utføre målinger relatert til egen helsetilstand. Pasienten skal via en app eller nettbrett gjennomføre egenrapportering av dagens helsetilstand, samt gjennomføre egne målinger, som igjen sendes digitalt til helsetjenesten. I praksis betyr dette at pasientene selv får tilgang til instrumenter i eget hjem som kan måle vitale parametere (blodtrykk, puls, oksygenmetning, blodsukker ol.). Målingene overføres til pasientens digitale enhet.

Helsepersonell som er ansvarlig for oppfølgingen får så elektronisk tilgang på dataene, og disse triageres etter en trafikklysmo­dell. På denne måten kan ressurser settes inn der det er behov for personlig oppfølging på den aktuelle dagen, mens det i motsatt fall kan spares besøk hos de pasientene som får «grønt lys» på dagens målinger og rapporter. I tillegg er målet å unngå alvorlig forverring av pasientens helsetilstand, ved at man oppdager endringer tidlig – og dermed kan iverksette direkte medikamentelle tiltak basert på pasientens egenbehandlingsplan. Målsettingen vil være økt trygghet samt sykdomsmestring og innleggelses­re­duseres (Abelsen, Godager, Harsheim, Iversen, Kristiansen, Løyland, Pedersen, Snilsberg, Sten-Gahmberg & Sæther, 2021).

Målsettingen med utprøvingen av DHO er at prosjektet skal bidra til å få frem kunnskap om hvordan digitale verktøy kan være med å bidra til god og bærekraftig oppfølging av pasienter, og hvordan man kan lykkes med å implementere og drifte tiltaket ute i tjenesten.

3 Teori

I dette kapittelet presenteres en gjennomgang av det litterære rammeverket som er relevant for oppgavens problemstilling og forskningsspørsmål.

Teoriene i studien bygger på en logikk om at tjenester og tjenesteinnovasjoner skiller seg fra rene teknologiske- eller produktinnovasjoner, og dermed at tjenesteinnovasjonens egenskaper kan utfordre implementeringsarbeidets forutsetninger. Normalization Process Theory (NPT) er valgt for å forklare hvilke sosiale og organisatoriske faktorer som normalt sett må være tilstede for å lykkes med å opprettholde endringer i helsevesenet over tid. Adopsjons- og endringsledelsesteori er inkludert for å forklare og underbygge viktigheten av at endringen ledes, både før, under og *etter* at endringen er initiert, for å tilføre mening og drivkraft til de involvertes *handlinger* underveis i hele implementeringsprosessen.

3.1 Teoretisk rammeverk

Et stadig skiftende marked gjør at virksomhetene kontinuerlig må utvikle og distribuere nye tilbud (Froehle & Roth, 2007). Digital Hjemmeoppfølging (DHO) er en innovasjon, som blant annet passer innunder beskrivelsen: «å gjøre ting annerledes» (Aasen & Amundsen, 2015). Tjenesteinnovasjon er én type innovasjon. Tjenesteinnovasjon skiller seg fra standardiserte tradisjonelle produktinnovasjoner (Hertog, Van Der Aa, De Jong, 2010) ved beskrivelsen av at de er *Immatrielle/ikke håndfaste*, *Heterogene/ulike*, *Uadskillelige* og *Uforgjengelige* (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1985). En aldrende befolkning, samt manglende helsepersonellressurser setter et press på de tilgjengelige helsetjenestene vi har i dag (Murray et al., 2011) og implementering av nye helsetjenester står derfor i fokus (Helsedirektoratet, 2022). Implementeringen tar utgangspunkt i at organisasjonen består av dynamiske prosesser, og ikke stabile strukturer, som igjen beskriver forankringsarbeid som en kontinuerlig prosess. Egenskapene til tjenesteinnovasjon kan gjøre implementeringen utfordrende (Yarborough & Smith, 2007) og motstand mot en forestående eller pågående endring kan skape problemer (Jacobsen, 2018). Prosessuelt organisasjonsperspektiv inkluderer mange aktører som vil være delaktig, og sørge for at det blir varig endring ut av en ny praksis (May & Finch, 2009), samt vil det være et dynamisk samspill mellom mennesker og

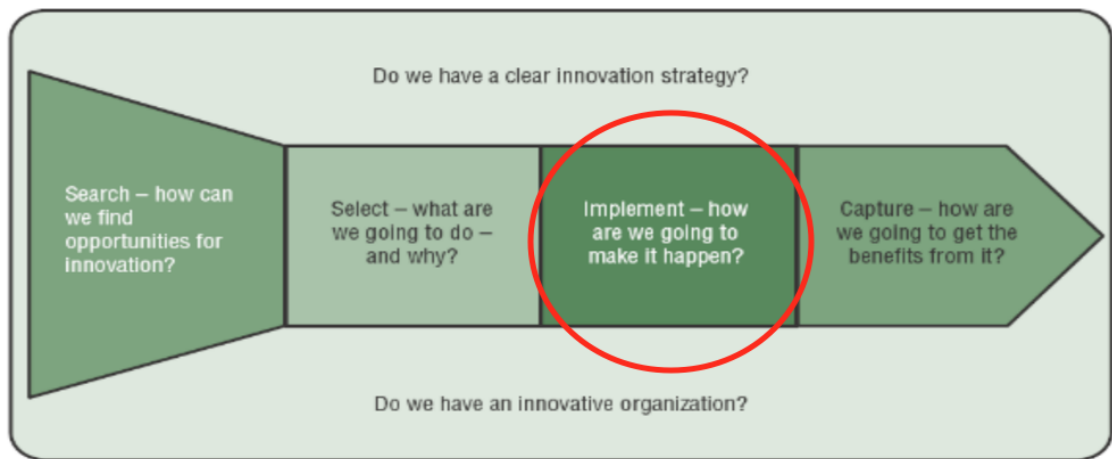
teknologi. Å engasjere seg i *det nye* (Strang & Meyer, 1993), samt gjøre endringen til en rutinemessig atferd i hverdagen er observert gjennom Normalization Process Theory (May, 2006 & May et al., 2007). Hvordan den kontinuerlige forankringen og meningsskapingen kan være et viktig bidrag (Hammer & Høpner, 2019) til å oppnå adopsjon og varig endring forklares gjennom Rogers (2003) og Doganova & Eyquem-Renault (2009).

3.2 Innovasjon

Begrepet *innovasjon* kan være vanskelig å definere da det finnes utallige forskjellige definisjoner som legger vekt på ulike aspekter ved innovasjon. Aasen & Amundsen (2015) viser til utfordringer ved å definere innovasjon som «det å gjøre ting annerledes», hvor da all endring kan kvalifiseres som en form for innovasjon. Innovasjon i offentlig sektor kan være en ny eller vesentlig endret tjeneste, produkt, prosess, organisering eller kommunikasjonsmåte. At innovasjonen er ny, betyr at den er ny for den aktuelle virksomheten, den kan likevel være kjent for og iverksatt i andre virksomheter" (Meld.St. 30, 2019-2020). Baregheh et al. (2009) har vært med å belyse utfordringene ved definisjon av innovasjon. Disse har gått gjennom over 60 ulike definisjoner og kommet frem til følgende formulering;

Innovation is the multi-stage process, whereby organizations transform ideas into new/improved products, service or processes, in order to advance, compete and differentiate themselves successfully in their marketplace (Baregheh et al., 2009)

En innovasjon starter som regel med en idé, hvor man går videre gjennom en innovasjonsprosess. Tidd & Bessant (2013) beskriver 4 trinn i en innovasjonsprosess som inneholder *søk, valg, implementering* og *fangst*. Ved disse fire fasene byr det på ulike utfordringer, og for at innovasjonen skal bli en suksess må alle fasene bli ledet på en god måte. I figur 1 ser vi innovasjonsprosessen hvor *implementering* kommer som trinn 3. Implementering er en stor del av denne oppgaven og vil bli nærmere forklart senere i dette teori-kapittelet.



Figur 1, Innovasjonsprosessen (Tidd & Bessant, 2013)

3.2.1 Tjenesteinnovasjonens egenskaper

Tjenesteinnovasjon er en type innovasjon som beskrives som nye eller vesentlige forbedrede *tjenester* som kan tas i bruk for å oppnå økt verdiskaping og samfunnsnytte. Tjenesteutvikling – som en stadig utviklende emne – viser til et kontinuerlig skiftende marked som krever at virksomhetene må utvikle og distribuere nye tilbud (Froehle & Roth, 2007). En tjeneste er en aktivitet eller en serie aktiviteter av mer eller mindre immateriell karakter som normalt, men ikke nødvendigvis, skjer i samspill mellom kunden og tjenesteansatte og/eller fysiske ressurser eller varer og/eller systemer av tjenesteleverandøren, som leveres som løsninger på kunde problemer (Grønroos, 1990). Tjenestekonseptet beskrives ved at verdien skapes i samarbeid med kunden, og innovasjonen derfor dreier seg om en ny idé om hvordan vi kan organisere eller løse et problem eller et behov hos mottakeren (Hertog et al., 2010). Kundeinteraksjonen vil derfor bli en sentral rolle ved verdiskapingen, og samhandlingen mellom kunde og leverandør vil være en viktig kilde til innovasjon.

Produkt- og tjenesteinnovasjon ser vi ofte på som forskjellige i sine egenskaper, og at det derfor også er sannsynlig at innovasjonsprosessen vil variere fra den opprinnelige. Det kreves derfor spesifikke teorier, modeller og studier innenfor tjenesteinnovasjon (Menor, Tatikonda & Sampson 2002). Det vil allikevel være relevant å nevne at temaet er omdiskutert, og at ikke all forskning viser til store forskjeller mellom produkt- og tjenesteinnovasjon. Her viser også Vargo & Lusch (2004) til at inndelingen mellom produkter og tjenester er uklar og utdatert, forklart med at forbrukeren kjøper et tilbud

(produkt) som gir tjenester som skaper verdi. Dog, innenfor helsetjenester og temaet i oppgaven, skapes det relasjon mellom helsearbeider og pasient, og tjenesteinnovasjon blir derfor stående som sentralt.

Produksjonen av tjenester er mindre standardiserte, som også gjør tjenesteinnovasjon mer utfordrende enn den standardiserte innovasjonslitteraturen (Hertog et al., 2010). Argumentene for at tjenesteinnovasjon skiller seg fra tradisjonelle innovasjonsarbeidet er noen kriterier som må oppfylles. Egenskapene som beskrives er *Immaterielle/ikke håndfaste*, *Heterogene/ulike*, *Uadskillelige* og *Uforgjengelige* (Zeithaml et al., 1985). Disse egenskapene er med på å gjøre at tjenester og tjenesteinnovasjon dreier seg fra, og kanskje også kompliseres, sammenlignet med for eksempel produktinnovasjon, og prosessen som driver den.

Immateriell viser til at det ikke er knyttet noe fysisk eller håndfast produkt til selve tjenesten. Det kan allikevel være behov for fysiske varer som støtte til utførelsen, men egenskapen poengterer at det er selve ytelsen som er tjenesten, og at den i seg selv er immateriell. *Heterogenitet* kan beskrives ved at ingen tjeneste er like, selv om de ofte er standardisert. Tjenesten vil da variere fra kunde til kunde, i motsetning til en fysisk vare som i utgangspunktet er heterogen. Tjenesten kan ikke foregå uten en eller annen form for direkte kontakt med mottakeren, eller at mottakeren selv har en aktiv rolle, som gjør den *uadskillelig*. Verdiskapingen er da avhengig av kundens medvirkning, og selv om tjenesten kan være god vil det ha lite betydning om brukerne ikke tar i bruk tjenesten. Det siste punktet til Zeithaml et al., (1985) er *uforgjengelig* som betyr at varen ikke kan lagres slik et tradisjonelt produkt kan. Om da en vare ikke blir solgt kan den lagres og verdien spares. En tjeneste må leveres umiddelbart og brukes, og kan da gå tapt om tjenesten ikke blir brukt, noe som kan gjøre det utfordrende å dimensjonere for ressurser og personell inn i tjenesten, spesielt dersom antall brukere kan variere.

I helsevesenet er det ikke ukjent at hver pasient står i sentrum for utvikling av tilpassede tjenester, preget av sine individuelle behov (Orvik, 2015). En aldrende befolkning og stadig mer kompliserte sykdomsbilder og behov, i kombinasjon med knapphet på helsepersonellressurser, setter press på de tilgjengelige helsetjenestene vi har i dag, og på måten vi er vant til å utforme disse på (Murray et al. 2011). Digital Hjemmeoppfølging vil ikke løse dette alene, men kan gi oss viktig kunnskap om

hvordan vi kan utvikle og implementere mer bærekraftige helsetjenester på en ny måte, i tillegg til det helsefaglige formålet med DHO (Helsedirektoratet, 2022) som vil sees som en tjenesteinnovasjon.

Tjenestene som tilbys ved å digitalisere deler av helsetjenestene kjennetegnes i stor grad av immateriellitet, selv om de kan også sees som å gjøre de mer håndfaste, ved at pasienten får utdelt måleutstyr og en håndfast digital enhet. Tjenesten ligger allikevel i *utførelsen* og samarbeidet mellom helsepersonell og pasient, som gjør at det immaterielle og uadskillelige kjennetegnet består (Zeithaml et al., 1985). Tjenestene er basert på deres individuelle egenbehandlingsplan, som gjør de ulike, ved at de må tilpasses den enkelte bruker. Dette er også en tjeneste som ikke kan lagres – selv om måleutstyret og iPaden i seg selv kan lagres – vil den være verdiløs som tjeneste uten brukeren. Ettersom at tjenesten i seg selv ikke kan lagres, vil den være sårbar for store svingninger i brukergruppen. Pasienter kan både falle fra og komme til tjenesten i større eller mindre bolker, og arbeidet med å ha tilgjengelige (men ikke for mye) ressurser til å dekke opp for disse endringene til enhver tid, er et kontinuerlig arbeid.

3.3 Implementering

Helsepersonell har i økende grad vært søkende mot å bruke e-helsesystemer som bruker informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å utvide tilgangen, forberede kvaliteten og øke tjenesteeffekten (Mair et al., 2012). Implementeringsforskning kan være til god hjelp i alle aspekter av implementering, implementeringsprosessene og resultatet av implementeringen (Peters, 2014). Dog vil implementering av nye systemer ofte være komplekse. Vanskelighetene med implementering og gjennomføring av digitalisering er et kjent fenomen, og det reises i tillegg spørsmål knyttet til hva vellykket implementering faktisk betyr (Murray, Burns, May, Finch, O'Donnell, Wallace, Mair, 2011).

Implementering innebærer alle aktiviteter som skjer mellom valg av idè og det tidspunktet ideen, eller innovasjonen, blir en del av organisasjonsrutinen eller «slutter å være ny» (Linton, 2002). Medarbeidere står sentralt ved implementeringen, de går ofte fra unngåelse og/eller ikke-bruk av teknologien til å bli dyktige, og resulterer i konsekvent bruk. Implementeringsprosessen står derfor sentralt i det å få til en logisk innføring av det nye. Koopman, Wakefield, Johanning, Keplinger, Kruse, Bomar, Mehr

(2014) viser også til implementering som en trinnvis prosess hvor hver av trinnene er avhengig av hverandre. Ved implementering av en innovasjon, eller endring, kan utfallet variere. Målet vil være adopsjon, likevel kan motstand og avvisning by på utfordringer (Rogers, 2003).

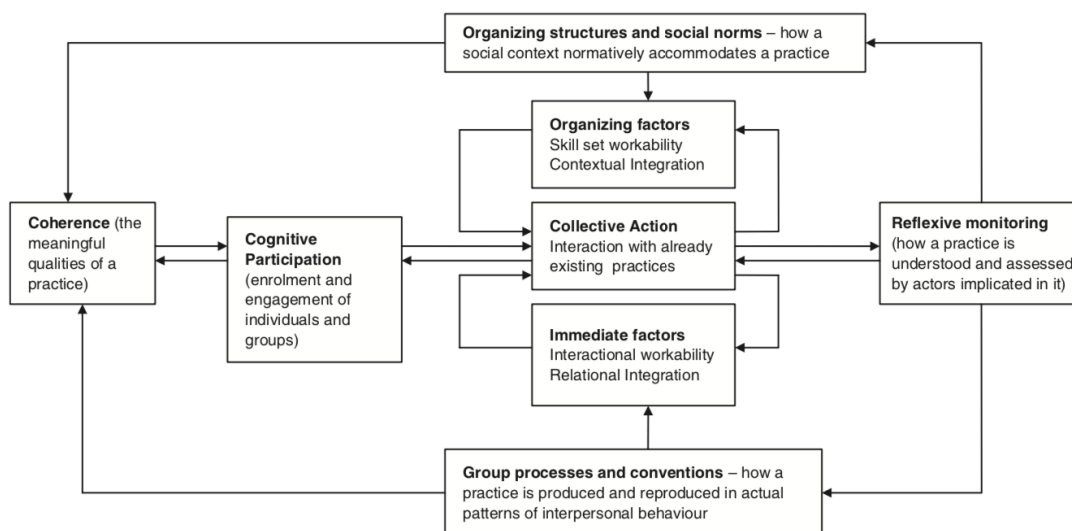
Implementeringsaktiviteter og effekter er normalt sett ikke statiske eller lineære prosesser, derfor vil det være avgjørende å kunne observere og analysere de skiftende elementene i virksomheten på flere tidspunkt, vurdere eventuelle konsekvenser og gjøre nødvendige justeringer (Taylor, Coates, Wessels, Mountain, Hawley, 2015). Å investere tid og innsats i de innledende periodene vil derfor kunne utgjøre forskjellen på suksess og fiasko. Det å utvikle seg over tid – da vi lærer av våre erfaringer – kan hjelpe til med å investere i de riktige elementene i implementeringen (Dixon-Woods, McNicol & Martin, 2015). Selv i de mest ressursbegrensede miljøene ble måling av endring, analyse av interesseområder, samt bruk av informasjon for å veilede beslutninger, - funnet å være en av de mest avgjørende faktorene for vellykket implementering (Peters et al., 2014).

3.4 Normalization Process Theory – Hvordan lykkes med integreringsarbeid og varig endring i helsevesenet?

Normalization Process Theory (NPT) ble først utviklet av May (2006) og May et al., (2007). Teorien er opptatt av organiseringen av implementering, ved å gjøre nye praksiser til en rutinemessig atferd i hverdagen, og å hvordan man kan bruke normaliseringsprosessen som et verktøy for greie å opprettholde disse praksisene over tid. Den ble utviklet nettopp for å observere utfordringer ved å implementere og integrere nye behandlingsmetoder i helsevesenet. Modellen ble senere videreutviklet av May og Finch (2009) hvor deres mål var å skissere flere dimensjoner, som gir et bedre forklaringsrammeverk med tanke på de sosiale sammenhengene. Det blir spesielt fokusert på *early adopters* og *product champions* som beskriver viktigheten av å knytte til seg noen som engasjerer seg spesielt i det nye, og dermed kan være en ekstra driver for virksomhetens endringsprosess (Strang & Meyer, 1993).

Ved oppstartsfasen var modellen begrenset i omfang, og manglet en del på forklaringen av hvordan komplekse implementeringer ble utført på måter som holdt handlingene sammen, og hvordan de ble vurdert og verdsatt av de involverte – altså hva *vellykket* implementering faktisk betyr. Målet med modellen (figur 2) til May og Finch (2009) ble

da å utfylle dette gapet, ved å fokusere mer på sammenhengen mellom stadiene, og hvordan de kan sees i en sosial kontekst som kan lede til kollektiv normalisering av en ny praksis. Selv om det er viktig å fokusere på komplekse utfordringer i helsevesenet, vil de generelle prosessene der materiell praksis bli mer forankret i de sosiale kontekstene.



Figur 2, Normalization Process Theory (May & Finch, 2009)

NPT vil i hovedsak gi ett sett med sosiale verktøy som er til for å forstå samt forklare de sosiale prosessene som rammer innføringen av materiell praksis. Videre blir det antydnet at den materielle praksisen blir integrert rutinemessig i de sosiale sammenhengene som et resultat av at folk arbeider – individuelt og i grupper – for å implementere dem. Menneskelig handling vil derfor stå sentralt ved implementeringsprosesser, og handlingen involverer mønstre av interaksjoner innenfor spesifikke områder i organisasjonen over tid.

For å da kunne forstå integrering av en praksis, vil det være vesentlig å se på hva folk faktisk gjør, og hvordan de fungerer i visse sammenhenger. Her foreslår May & Finch (2009) videre at arbeidet med implementeringen operasjonaliseres gjennom fire spesifikke mekanismer; *Coherence* (de meningsfulle sammenhengene og egenskapene til en praksis), *Cognitive Participation* (engasjement og tilslutning blant individer og grupper), *Collective Action* (kollektiv handling og hvordan den nye handling integreres i eksisterende praksis) og *Reflexive monitoring* (hvordan en praksis blir forstått og vurdert av aktører som er involvert i den). Disse påvirkes av og påvirker faktoren som

har blitt nevnt tidligere – nemlig om den nye handlingen fremmer eller hemmer ny rutinemessig atferd i organisasjonen, eller «normalisering» som ofte blir brukt i denne sammenhengen.

Murray et al. (2011) har utforsket videre fire av NPT`s konsepter (Figur 3). Disse fire komponentene er omtalt som faktorer som kan være med å fremme eller hemme vellykket normalisering, herunder implementering og integrering av ny teknologi i helsevesenet. Modellen blir brukt for å studere enkeltindivider og grupper, samt hva disse må gjøre med ny teknologi eller praksis for at den skal bli integrert samt bli en del av rutinen hos alle parter. De fire punktene som utforsket nærmere i modellen er *interactional workability*, *skill set workability*, *relational integration* og *contextual integration*. Faktorene, som også er undersøkt i en sammenheng med stor overføringsverdi til vår problemstilling, har vi valgt å forklare nærmere nedenfor.

<p>Interactional Workability (IW) IW refers to the impact that a new technology or practice has on interactions, particularly the interactions between health professionals and patients (consultations)</p>	<p>Skill set Workability (SSW) SSW refers to the fit between the new technology requires groups of professionals to work or either above or below their current skill set (for example it requires a clinician to do clerical work or requires an administrator to make clinical decisions) it is unlikely to normalize.</p>
<p>Relational Integration (RI) RI refers to the impact of the new technology or practice on relations between different groups of professionals. A positive impact on RI is more likely if the technology does not disrupt current lines of responsibility and accountability.</p>	<p>Contextual Integration (CI) CI refers to the fit between the new technology and the overall organizational context. This includes the goals of the organization, moral, leadership and resources.</p>

Figur 3: Normalization Process Theory`s fire konsepter (Murray et al., 2011)

3.4.1 Interactional Workability (IW)

Interactional Workability (IW) refererer til påvirkningen den nye teknologien eller praksisen vil ha på konsultasjoner og interaksjoner mellom helsepersonell og pasient (Murray et al., 2011). Å forstå hvordan det å endre måten kontakten utføres på kan påvirke endringens fremdrift, vil være avgjørende for å gjøre nødvendige tilpasninger.

For både helsepersonell og pasient er de menneskelige faktorene viktig, og kanskje avgjørende, for tjenesten. Det sosiale derfor vil ofte oppveie det teknologiske behovet til de involverte, og dermed bremse den naturlige utviklingen (Berg, 1999). Ved implementeringen av ny teknologi vil det også kunne være begrensninger og vanskeligheter med e-helseutstyret som kan føre til lav tilslutning og motstand hos de ansatte. Arbeidsmengden hos de ansatte vil også kunne være en barriere, som kan påvirke konsultasjonene negativt, og dermed samarbeidet mellom pasient og helsepersonell (Taylor et al., 2015). Dersom helsepersonellet er presset på tid i utgangspunktet, vil det kreve ekstra mye av dem å skulle sette av tid til å engasjere seg i det nye, uten at det går utover de oppgavene de har ansvar for til vanlig.

En ting NPT er kritisert for er manglende fokus på pasientperspektivet (May, Cummings, Girling, Bracher, Mair, May & Finch, 2018), vi har derfor valgt å inkludere dette perspektivet i våre undersøkelser. *Trygghet* vil være et nøkkelord blant brukeren/pasienten, da følelsen av å bli sett og fulgt opp på en trygg måte står sentralt (Orvik, 2015). Da pasientene er vant til at tjenesten blir gjennomført face-to-face vil det kunne utfordre aktørene på flere måter hvis / når dette endres. Verdien og tryggheten av tjenesten skapes ved at brukeren faktisk tar i bruk tjenesten, og blir da utfordret om brukeren ikke ser det som nyttig å slippe et møte med lege/helsearbeider.

3.4.2 Skill Set Workability (SSW)

Ny teknologi kan ofte by på problemer dersom han eller hun som skal bruke denne teknologien ikke har de forkunnskapene som trengs for å kunne bruke den på en god måte. *Skill Set Workability* (SSW) refererer til tilpasningen mellom den nye teknologien og brukerens eksisterende ferdighetssett (Murray, 2011). Et eksempel som Murray (2011) beskriver i forhold til utfordringer med SSW, kan være at tidligere klinikere blir satt til avansert teknologiarbeid eller omvendt, - at administrativt personale skal ta kliniske beslutninger. Det er derfor viktig å kartlegge den kunnskapen og interesseområdene som finnes blant de ansatte før man implementerer en ny og endret arbeidsmetode. På den måten vil man både kunne sørge for å utnytte den kompetansen man har i organisasjonen på best mulig måte, og for at man deler kunnskap til nye når og hvis det er nødvendig.

En entusiasme for å få tilgang til ny og bedre teknologi ligger for mange naturlig, men den kan også enkelt gjøre de tilgjengelige ressursene overveldende, spesielt om man forsøker å gape over for mye på en gang (Dixon-Woods et al. 2015). Ofte kan man se en sammenheng i at medarbeidere som ikke ser nytte i de nye systemene, er de samme som fra tidligere har hatt problemer med nye teknologi, for eksempel utfordringer med å sette seg inn i de kravene og instruksjonene som trengs for å kunne mestre utstyret (Saunders et al., 2012). Å lykkes med å engasjere medarbeidere til å overvinne opplevd mangel på ferdigheter, samt å oppnå mestring og eierskap, er en av de store utfordringene i arbeidet med å integrere ny teknologi inn i daglig drift (Dixon-Woods et al., 2015).

3.4.3 Relational Integration (RI)

Pasientforløpet, som går på tvers av profesjoner og helseforetak, krever en tydelig organisering hvor sektorgripende oppgaver løses gjennom definerte roller og ansvarsområder (Helsedirektoratet, 2022).

Relational Integration (RI) handler om til å forstå hvordan relasjonen mellom de ulike gruppene av helsepersonell og profesjoner påvirkes av den nye integrasjonen, men også blant annet roller, ansvarsfordeling og kommunikasjonslinjer (Murray et al., 2011). De mener at det vil komplisere implementeringsprosessen dersom roller og ansvarsmyndighet endres eller forstyrres i prosessen.

Da helsetjenester er immaterielle, og kan være vanskelig å verdisette, kan det by på utfordringer hos de ulike gruppene innenfor helsetjenesten, og noen aktører vil kunne se nytten mer enn andre. For eksempel, dersom den teknologiske integrasjonen ikke er godt nok forankret hele veien fra toppledelsen og ned, og enkelte parter opplever at formaning om å endre praksis kommer «nedenfra og opp», er det en av faktorene som kan skape motstand knyttet til denne – fordi det kan oppleves som at rollene endres (Murray et al., 2011).

For å lykkes med å oppnå konseptets kriterier, og unngå motstand fra enkelte, er det viktig at endringen gjøres på en måte som fremmer tillit og tydeliggjør ansvarsfordeling og roller mellom alle involverte, og at teknologien ikke forstyrrer den logikken som

styrer det daglige arbeidet (Sanders, Rogers, Bowen, Bower; Hirani, Cartwright & Newman, 2012).

3.4.4 Contextual Integration (CI)

Contextual Integartion (CI) viser til sammenhengen mellom ny teknologi og organisasjonens konsept. Det vil si tilpasningen mellom den nye teknologien og den generelle organisatoriske konteksten, herunder organisasjonsmål, moral, ledelse og fordeling av ressurser (Murray et al., 2011). Det øker sannsynligheten for å lykkes med implementeringen dersom den nye integrasjonen passer godt sammen med organisasjonens eksisterende mål.

Det er viktig at ledelsen jobber målrettet med å gjøre dette klart for de involverte partene, og i tilfeller der ny teknologi «må» føre til større eller mindre endringer, er det viktig at meningen med den nye strukturen forankres på en slik måte at alle forstår hvorfor, for eksempel ved å skissere hvilke gevinster det kan gi – eller at det er nødvendig for å møte fremtidens krav eller utfordringer. Murray et al. (2011) understreker viktigheten av å beholde ressurser til å jobbe med implementeringen, også etter det første året, for å lykkes med varig endring – noe de fant holdepunkter for hos flere av sine respondenter.

“Possibly related to this organizational change was a perceived problem with leadership, including the disbanding of the dedicated implementation group after the first year and inadequate allocation of resources for training and support, leaving nurses without the input needed to build their confidence and expertise with the system” (Murray et al., 2011, s. 8).

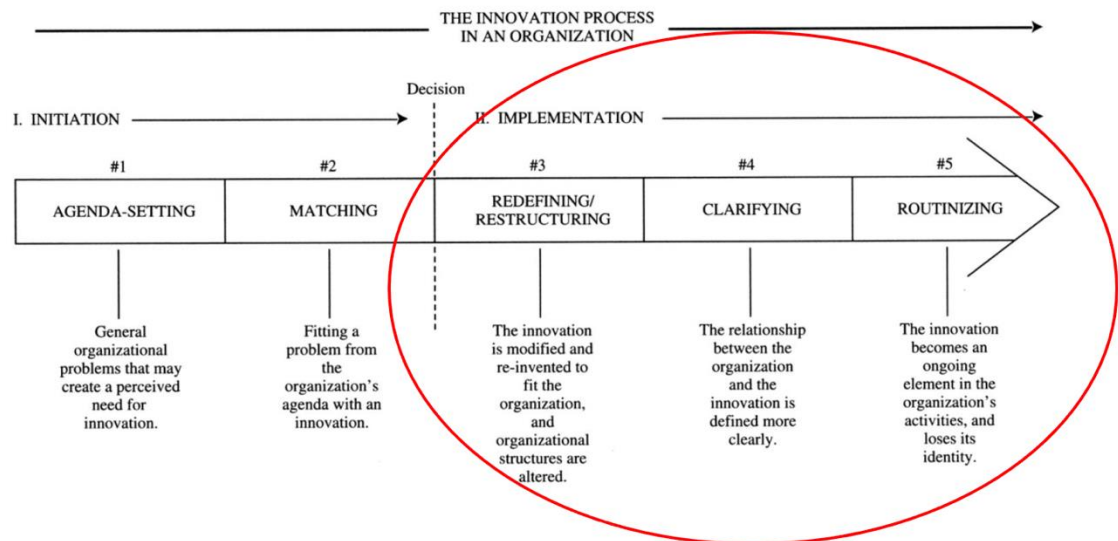
Orvik (2015) støtter et økt behov for fokus på organisasjonskompetanse, og se på helseorganisasjonen som en helhet som er avhengig av hverandre, for å lykkes med endring. For å kunne utvikle seg som helseforetak må det legges mer vekt på koordinering, ledelse, fagutvikling og formidling. Helsedirektoratet (2022) beskriver også en økt mengde pasientforløp som vil gå tvers av helseforetak og kommuner, og som vil kreve en tydeligere organisering, hvor sektorovergrepene må løses gjennom forankrede roller og ansvarsområder.

3.5 Adopsjon og varig endring

Rogers (2003) presenterer en innsikt i innovasjonsprosessen i organisasjoner hvor det vil være mulig å oppnå spredningen innenfor teknologi. Innovasjonen blir sett på som en åpenbar fordel for de involverte i organisasjonen og vil kunne spre seg relativt raskt. Dette er likevel ofte utfordrende, og ettersom disse nye teknologiske løsningene representerer en stor endring i menneskes atferd, vil det kreve tid og omfattende læring for å komme forbi.

Det fokuseres på at *hvordan* implementering og innføringen av disse nye systemene organiseres, er avgjørende. Innenfor e-helse viser forskning fra hele verden at implementeringen ofte fører med seg problemer med motstand, og antagelsen om at de ansattes holdninger til implementeringen eller endringen er negativ, er ofte hovedproblemet (Yarbrough & Smith, 2007). Læringsprosessen vil kunne kreve opp mot 25 prosent av medarbeidernes tid i den normale arbeidshverdagen, i tillegg til å måtte hjelpe andre kollegaer. Som tidligere forskning antyder vil innovasjonsprosesser som omhandler teknologi være et undervurdert verktøy, med tanke på innsats som trengs for å mestre det nye (Rogers, 2003).

Rogers (2003) viser til en femstegs-modell (Figur 4) om innovasjonsprosesser, hvor to steg i initieringsfasen, mens tre i implementeringsprosessen. Ved sistnevnte er de tre siste fasene særlig relevant for oppgavens problemstilling. I tillegg fremmes betydningen av endringsagentenes rolle, også i de seneste fasene av prosessen.



Figur 4: Femstegs-modell ved innovasjonsprosessen (Rogers, 2003)

Ved implementeringen forventes det at organisasjonen er i endring ved redefinerings- og restruktureringsfasen (Rogers, 2003). Kommer en innovasjon til dette steget vil det være avgjørende at det blir gjort tiltak slik at systemet – som for eksempel implementering av et nytt datasystem – blir videreført, slik at det ikke blir en del den gamle rutinen. Det blir ofte enn utfordring å gå fra forskning til praksis og det blir tatt lite hensyn til hva som vil skje etter ferdigstillelse (Taylor et al., 2015). Her vil endringsagenten stå sentralt for å skape oppslutning til endringen også ved implementeringen og i dens siste fase. Ved radikale innovasjoner vil det skape en høy usikkerhet, og et ubehag blant medarbeiderne kan fremme motstand mot den eventuelle teknologien. En slik endring i dette steget vil derfor representere et nytt paradigme for å utføre oppgaven (Rogers, 2003)

Ved neste steg i Rogers (2003) modell for innovasjonsprosesser kommer vi til avklaringen av selve innovasjonen. Her blir den bli mer utbredt i organisasjonen slik at – for eksempel teknologien – blir tydeligere for organisasjonens medarbeidere. Her skjer det ofte misforståelser, et eksempel kan være dårlig kommunikasjon ved gevinstene som innovasjonen medfører. En medarbeider vil da kunne se lite nytte i innovasjonen og vise motstand som kan smitte i kulturen på en arbeidsplass. Her vil korrigerende tiltak i kunne iverksettes tidlig for å unngå slike problemer. Likevel er styring av innovasjonsprosessen – spesielt ved avklaringen i dette trinnet – være vanskelig og komplisert.

Ved det avklarende stadiet i innovasjonsprosessen vil organisasjonen bestå av en sosial konstruksjon. Når en ny idé implementeres i en organisasjon vil den i oppstartsfasen ha lite betydning for organisasjonens medlemmer, samt den vil være omgitt av mye usikkerhet. Det vil komme spørsmål som;

Hvordan virker det?

Hva gjør den?

Hvem i organisasjonen vil bli berørt?

Vil den påvirke meg?

Dette vil være typiske spørsmål som enkeltpersoner søker å besvare i avklaringsstadiet. En grunnleggende utfordring i forbedringstiltak er å overbevise helsepersonell om at det er et reelt problem som må løses, som igjen kan skape usikkerhet ved innovasjonen dersom de ikke overbevises (Dixon-Woods et al., 2015). Det vil etter hvert bli snakket mer og mer om innovasjonen blant menneskene i organisasjonen og de vil gradvis få en forståelse av den, dersom meningsbærerne lykkes med overbevisningen. Det vil da bli skapt en sosial prosess gjennom menneskelig interaksjon som resulterer til en form for aksept. Her vil lederne eller endringsagenten stå sentralt for suksessraten av innovasjonen.

En endringsagent er en person – ofte ansatt i organisasjonen – som påvirker innovasjonsbeslutninger i en retning slik at innovasjonen eller endringen blir adoptert i organisasjonen (Rogers, 2003). Målet vil være å sikre adopsjon av nye ideer, derfor vil denne agenten stå i sentrum for å kunne skape adopsjon av en endring, slik som digitalisering av helsetjenester. Kommunikasjon vil være et viktig punkt for å skape tilslutning til endringen, kommunisere – som beskrevet tidligere – at endringen vil være nyttig. Forskning viser til at endringsagenten(e) vil være avgjørende for adopsjonen i organisasjonen, og i hvilken grad denne personen bruker riktig verktøy for å skape tilslutning – som vil være avhengig av type organisasjon (Rogers, 2003).

3.6 Organisering og ledelse

I et av forskningsspørsmålene vi anvender i denne oppgaven ser vi etter hvilke trekk ved organisering av implementeringsarbeidet hos de forskjellige kommunene, som kan se ut for å stimulere til,- eller være til hinder for varig endring.

For å utvide oppgavens litterære perspektiv på prosessene som skal kunne bidra til å lykkes med varig endring, presenteres her utvalgt litteratur om organisasjonsendringer og endringsledelse, samt hvilke utfordringer og muligheter disse kan gi.

3.6.1 Organisasjonsendringer

En organisasjon er et stabilt system av individer som jobber sammen for å oppnå et felles mål gjennom et hierarki av rangeringer og en arbeidsdeling (Rogers, 2003). Organisering i offentlig sektor skiller seg fra den private ved at det ofte må tas hensyn til et bredere sett av mål og verdier (Christensen, Egeberg, Lægroid, Roness & Røvik, 2015). Dette gjelder også innenfor helsevesenet i Norge. Demokratiske hensyn, rettsstatlige verdier og hensynet til fellesskapet tillegges ofte på en helt annen måte i det offentlige enn i private sektorer.

Orvik (2015) beskriver organisering av tverrfaglige team som en forutsetning for kvalitet. Ved kliniske systemer omfatter det ikke kun leger og sykepleiere, men også andre involverte som for eksempel ledere, helsefagarbeidere og assistenter. For at alle ledd skal kunne yte, vil det være viktig å kunne se nytten i sin avdeling eller rolle. Det kan ofte by på utfordringer dersom kulturen er preget av en oppfatning om at legens rolle er viktigst (Kudsk, Lund, Lindegaard & Qvist, 2010).

Innovasjonsprosesser i organisasjoner identifiseres i hovedsekvensen og rekkefølgen av beslutninger, handlinger og hendelser i denne prosessen (Rogers, 2003). De siste tiårene har antall studier på innovasjonsprosesser i organisasjoner økt, en grunn til dette er den økende kommunikasjonsteknologien som har skjedd i samfunnet. Flere av disse var mislykket, og derfor har forskningen søkt å finne styrker og svakheter med de ulike. Innovasjoner i organisasjoner blir ofte sett på som en utfordring av lederne i organisasjonen. Tidd og Bessant (2013) viser til at det ikke finnes en generell spesifikk oppskrift på den «innovative virksomheten», da det vil være store forskjeller på ulike

organisasjoner med tanke på mål, omfang og type innovasjon, men at måten prosessene ledes på både på det organisatoriske, men også på det menneskelige plan, vil ha stor betydning.

3.6.2 Endringsledelse

Innovasjonsarbeid i en organisasjon fører ofte til en endring. Jacobsen (2018) beskriver en endring i organisasjonen som en empirisk observasjon av forskjeller av form, kvalitet eller tilstand over tid. Weick og Quinn (1999) skiller på episodisk og kontinuerlig endring i organisasjoner. For å kunne måle endringen vil det være naturlig å se på organisasjonen før og etter den planlagte endringen, for så å kunne sammenligne forskjeller/likheter. Å lede en slik endring i organisasjonen på en god måte vil være utfordrende samt delikat, og vil kreve mye av lederen. Egenskaper som tilretteleggingsevner, tekniske ferdigheter og personlige egenskaper vil derfor stå sentralt (Walmsley & Miller, 2008)

Å drive frem endring uten at den formelle ledelsen er med på laget, vil høyst sannsynlig skape store problemer (Jacobsen, 2018). Mye tyder på at ledelse – her forstått som spesielle oppgaver og funksjoner knyttet til styring og organisering av menneskelige ressurser – vil være spesielt viktig nettopp i endringsprosesser. Smircich & Morgan (1982) hevdet tidlig at mennesker i organisasjoner er så avhengig av den retningen og kontrollen som ledelsen overfører, at uten ledelse vil man heller ikke ha en organisasjon. Det er nok ikke slik at kommunene rakner dersom et prosjekt ikke ledes på en tydelig måte, men prosjektet kan miste sin fremdrift og retning uten tydelig ledelse, for det ligger i menneskets natur at vi søker etter den retningen strukturen som ligger i det å bli ledet, og uten dette kan risikere at de involverte føler seg paralyisert og immobilisert.

For å få organisasjonen og/eller medarbeiderne til å kunne endre seg vil mening og nytteverdi være begreper av betydning. En grunnleggende utfordring ved forbedringstiltak i helsevesenet, er å overbevise helsepersonell om at det er et reelt problem som må løses. Å overbevise involverte om å endre noe de allerede tror de gjør, bra vil i noen situasjoner være nytteløst med mindre de ser at handlingen er virkelig nødvendig (Dixon-Woods et al., 2015).

Motstand mot endring er et kjent fenomen. Jacobsen (2018) beskriver flere årsaker til hvorfor motstand skapes i en organisasjon. Dette kan blant annet dreie seg om frykt for det ukjente, tap av identitet, ekstraarbeid og endrede maktforhold. Et eksempel kan være om det praktiseres noe på et helseforetak som faktisk fungerer og gir resultater, så vil det være vanskelig å se nytten ved en foreslått endring (Dixon-Woods et al., 2015). Likevel beskriver Jacobsen (2018) at denne motstanden ikke alltid vil være noe negativt for organisasjonen. Et økt engasjement hos medarbeiderne skaper en mer levende arbeidsplass hvor alle – ved da en vellykket endringsprosess – søker eierskap med endringen.

For å skape endringer i organisasjonen – som kan være utfordrende i seg selv – vil nøye utvalgte prosesser som bygger under nettopp endring være det aspektet som avgjør suksessen (Hernes, 2014). Å skape mening for medarbeiderne vil kunne være nøkkelen til å skape gjennomslag av den eventuelle endringen i organisasjonen. Mennesker drives ofte av kalkulative eller narrative virkemidler, beskrevet som den økonomiske gevinsten eller historiefortellingen som skaper mening for de involverte (Doganova & Eyquem-Renault, 2009). Meningsskapelse er av særlig betydning fordi begrepet utfordrer den eksisterende oppfattelsen av organisasjonen og ledelsen (Hernes, 2014). Lederen – eller endringsagenten – vil ofte stå i sentrum, derfor vil hans eller hennes første oppgave være å skape mening for seg selv. Meningsskapelse er også et av de mest sentrale begrepene til Weick, hvor han beskriver at meningsskapelse hos mennesker skjer kontinuerlig, og ubevisst. Når vi opplever noe, forsøker vi til enhver tid å skape mening (Hammer & Høpner, 2019). Deretter må denne kommuniseres – slik at medarbeiderne i organisasjonen kan starte sine personlige meningsskapningsprosesser, inspirert av en av «sine egne», som formidler sin genuine tro på prosjektet (Jacobsen, 2018).

Endringsagentens, eller prosjektlederens, rolle er ikke over idet prosjektet er igangsatt, men vil ha stor betydning gjennom hele implementeringsfasen, og over i slutfasen der målet er at endringen skal bli en del av *rutinen* i organisasjonen (Rogers, 2003).

Organisering samt forankringsarbeid er en kontinuerlig prosess, og meningsskapelse vil derfor måtte følges opp i hele prosessen (Hammer & Høpner, 2019). Organisatoriske endringer har som tidligere nevnt, sjeldent en generell oppskrift som passer til alle virksomheter. Isteden må man ta individuelle hensyn, tilpasset den konteksten man er i,

og bruke denne kunnskapen til å forme et verktøy som passer basert på den eksakte sammenhengen. Derfor presenteres i det følgende, kort noen kjennetegn og egenskaper ved helsevesenet, som utfordrer endringsarbeidet på denne arenaen.

3.6.2.1 Profesjonskunnskap og klinisk ledelse

Noe av utfordringen med å lede endringsarbeid i helsevesenet, er at man skal ha god kunnskap og innsikt i de ulike profesjonene, og hva de har med seg av fordeler og ulemper inn i endringsarbeidet, *samtidig* som at man for å lede en så kompleks og sammensatt gruppe bør kunne legge god kunnskap om endringsledelse til grunn for de valgene man tar.

Orvik (2015, s. 166) er tydelig på at man er avhengig av at de ulike profesjonene samhandler, og at helsetjenestene aldri kan bli bedre enn det svakeste leddet, som de utøvende samhandlende parter i mikrosystemet. Videre viser Orvik til Qulturum (2008) som understreker at verdifangsten er avhengig av at også den utøvende parten, eller teamet, der pasient, pårørende og helsepersonell er inkludert, *regelmessig* samhandler om å behandle en bestemt pasientgruppe. Det betyr at helsepersonell blir og er avhengig av hverandre, på tvers av faglige og organisatoriske grenser, noe som utfordrer den hverdagslige utførelsen dersom ikke samarbeidet ledes og forankres ovenfra. Helsetjenester kan derfor aldri bli bedre enn summen av slike systemer, som når de fungerer godt sammen har følgende felles kjennetegn (Qulturum, 2008):

- Tydelig formål med sin virksomhet
- Bevissthet om hvilke pasienter de er til for
- Bevissthet om behovene til disse pasientene og deres familier
- Arbeids- og behandlingsprosesser som er godt beskrevet og utviklet
- Oppfølging og handling på grunnlag av oppnådde resultater
- Teambasert arbeidsform

Dersom denne mikrosystemtenkningen fungerer godt i henhold til disse felles kjennetegnene så kan den stimulere til videreutvikling av en organisering på tvers av grenser (Orvik, 2015). I motsatt fall kan vi oppleve en mer fragmentert tjeneste. Fragmentering oppstår på grunn av oppdeling av tjenestetilbudet uten *tilsvarende*

tiltak for å skape helhet. Særlig aktuelt for vår problemstilling er utfordringer knyttet til det Ahgren (2010) beskriver som strukturell fragmentering og kulturell fragmentering. Den strukturelle fragmenteringen gjør det vanskelig å organisere arbeidet mellom ulike ledd, som følge av blant annet ulike forvaltningsnivåer og IKT systemer. Den kulturelle fragmenteringen oppstår som følge av at små og sterke subkulturer (ulike profesjoner) mangler felleskultur, kommunikasjon og verdigrunnlag som strekker seg på tvers av ulike helsepersonellgrupper og ledere.

4 Metode

I dette kapittelet redegjøres det for den metodiske tilnærmingen vi har valgt for å undersøke vår problemstilling, samt hvordan vi har arbeidet med å tolke og fremstille empirien av både primær og sekundær art. Utover dette er det redegjort for ivaretagelse av studiens gyldighet og overførbarhet, samt nødvendige etiske hensyn. Kapittelet er delt inn på følgende måte: Valg av metode og forskningsdesign, datainnsamling, validitet og reliabilitet, begrensninger og etisk perspektiv.

4.1 Valg av metode og forskningsdesign

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2017).

Ved valg av forskningstilnærming startet vi med å reflektere over hva vi faktisk vet om temaet fra tidligere. Vi hadde lite forkunnskaper om hvilke utfordringer man kan forvente å møte ved implementering av digitale tjenester i helsevesenet, så vi valgte derfor et eksplorativt design for vår oppgave, som egner seg godt for å gi økt innsikt og forståelse gjennom å utforske et fenomen med en viss åpenhet (Gripsrud et al., 2010).

Studien baserer seg på resultater fra både kvalitative og kvantitative data, gjennom casestudie av fire sammenlignbare enheter, men med ulike forutsetninger.

Myndighetene har oppfordret til implementering av den digitale helsetjenesten, men har ikke beordret den. Vi studerer dermed her forankring og implementeringsledelse i et vanskelig terreng, der betingelsene kan være avgjørende for suksess, men også for hvilke utfordringer man møter. Caseutvalget til denne studien er gjort med den hensikt å inkludere kommuner med størst mulige ulikheter i sine forutsetninger, selv om rammene i utgangspunktet er like.

Datainnsamlingen har foregått ved gjennomføring av dybdeintervjuer samt integrering av sekundærdata av kvantitativ og kvalitativ art fra dokumentanalyser, for å kunne gi en bredere og mer detaljert forståelse av fenomenet. Med tanke på den eksplorerende problemstillingen som ble utarbeidet tidlig i prosjektet ville det kreve en metode som får

fram nyanserte data, samt gir en grundig forståelse knyttet til temaet (Jacobsen, 2015). Ettersom at vi ønsket å integrere data av både kvalitativ og kvantitativ art, kan vårt valg av metode kategoriseres innenfor retningen «Mixed Method».

Allikevel, for få frem det særegne, ha nærhet til feltet og formidle forståelse har den kvalitative tilnærmingen hatt størst tyngde i vårt arbeid (Dalland, 2012). Meninger og holdninger står sentralt i vår studie og tilnærmingen ved at mennesket skaper og/eller konstruerer sin sosiale virkelighet og gir mening til sine erfaringer. Dermed ser vi at virkeligheten blir mangfoldig, og vil være avhengig av den aktøren som ser og oppfatter den (Dalen, 2011). Dette er aspekter som har vært viktige i vårt arbeid med å analysere data, særlig fra gjennomføring av egne intervjuer.

Våre metodiske valg, og vårt arbeid med datainnsamling og analyse vil redegjøres nærmere for i det følgende.

4.1.1 Forskningstilnærming

Ved valg av forskningsdesign vil det være relevant å se på problemstillingen og hvordan denne skal besvares. Valg av design avhenger derfor på en måte av problemstillingens form, selv om problemstillingen sjeldent er ferdig formulert ved prosjektets start. Videre defineres designet av formålet med studien, sammen med undersøkelser av hvor mye forskning som finnes fra tidligere om temaet, og hvilke resultater det gir (Saunders, Lewis, Thornhill, 2012). Hvis man har lite eller ingen erfaring på et område, betyr det at man primært er ute etter å forstå hva det hele dreier seg om (Gripsrud, Olsson, Silkoset, 2010). Vi startet denne studien med en del forkunnskaper samt sekundærdata som ble studert. Likevel var vi usikre på hvilken retning studien ville gå, og hvilke funn som kunne bidra til å svare på «*hvilke utfordringer ledelsen kan forvente...*» slik problemstillingen beskrives.

Hvilken forskningstilnærming vi derfor skal velge i denne studien avhenger av hvor klart vi ser teorien fra tidligere forskning (Saunders et al., 2012). Både Saunders et al. (2012) og Gripsrud et al. (2010) viser videre til valget mellom eksplorativ, deskriptiv eller kausal undersøkelse. For oss var det mest hensiktsmessig å starte med den eksplorative tilnærmingen, være søkende og prøve å finne det vi kunne på veien.

Deretter vil det kunne gi noen svar før vi går over på den deskriptive delen. Gripsrud et al. (2012) viser til at tidligere teoretiske studier på området som regel vil ha et bedre grunnlag til å identifisere relevante variabler, enn hvis dette ikke foreligger. Ved oppstarten av prosjektet hadde vi lite til ingen bakgrunnskunnskaper for å gå den «rette veien» i studien. Derfor ville et forskningsdesign som bruker flere tilnæringer være den beste i vår studie.

4.1.2 Mixed method

Ved valg av metode – som kan beskrives som redskapet vårt i møte med noe å undersøke – skilles det mellom kvalitativ og kvantitativ metode, eller en blanding av disse to, som kalles «Mixed Method» (Blandet metode) (Repstad, 2007).

Dalland (2017) beskriver kvantitativ metode som en undersøkelsesmetode der man går i bredden med mange undersøkelsesenheter, og gjerne får data som kan leses som statistikk, eller telles. I vår oppgave får vi frem til den gjennomsnittlige pasientopplevelsen tilknyttet DHO, ved å inkludere kvantitative sekundærdata fra tidligere spørreundersøkelser blant pasienter gjort i kommunene. Ved kvalitativ metode derimot, er det mer vanlig å gå i dybden, med mye opplysninger av få respondenter. Her vil vi få frem til det særegne og se spesielle fenomener. Ofte blir sistnevnte sett på som mer ustrukturert, med åpenhet for det meste. Det vil også være mulig å kombinere disse to, dette kalles som regel «Mixed method». Å kombinere ulike metoder eller datakilder gir et bredere datagrunnlag, og en sikrere basis for tolkning (Repstad, 2007). Jacobsen (2015) viser også til at kvantitative og kvalitative data kan utfylle hverandre på en god måte.

I vår casestudie har det vært god tilgang på sekundærdata via utarbeidede rapporter fra gjennomføringen av prosjektet i de inkluderte kommunene, herunder blant annet spørreundersøkelser gjort blant inkluderte pasienter, som er inkludert i vår oppgave blant annet for å få med pasientperspektivet, sammen med gode beskrivelser av hvordan implementeringsarbeidet er organisert. Likevel mener vi at det å bruke dybdeintervju vil kunne gi den dypeste forståelse av fenomenet vi ønsker å lære mer om i vår problemstilling, da det åpner opp for respondentenes mulighet til å dele subjektive tanker og opplevelser med oss, knyttet til sin erfaring (Dalen, 2011):

Hvilke utfordringer kan ledelsen forvente ved implementering av DHO i kommunal helsetjeneste?

Dette har til sammen dannet grunnlaget for vårt valg av metode, å samle og integrere både kvalitative og kvantitative data gjennom en «mixed method», da det gav oss en mer komplett forståelse av forskningstemaet, enn ved å bruke hver enkelt tilnærming alene (Saunders et al., 2012)

4.1.3 Case-studie

En case-studie er et undersøkelsesdesign som kan defineres som en inngående studie av en, eller noen få, enheter (Jacobsen, 2015). Til å studere et pilotprosjekt, og få en dypere forståelse av prosjektgjennomføringen, hos relativt få enheter (kommuner), vurdertes case-studie til å være en god tilnæringsmetode. Ved en slik studie blir det gjennomført intensive og detaljerte analyser av få enheter. Dette kan være en organisasjon, noen få deler av organisasjonen, en prosedyre, et prosjekt eller en hendelse (Bryman & Bell, 2011).

For at studien faktisk skal defineres som en case-studie må det være noe konkret, en «real-life» case (Yin, 2014). Et pilotprosjekt som DHO er avgrenset i tid og rom (Jacobsen, 2015), og vil dermed være godt egnet til å gi virkelighetsnære og detaljerte beskrivelser av prosjektet, og hvordan ulike hendelser og prosesser påvirker hverandre, og hvordan spesielle resultater «produseres».

Videre vil det være hensiktsmessig å skille mellom enkeltcase-studie, og det å sammenlikne flere caser (Yin, 2014). Det å inkludere flere caser vil kunne gi mer overbevisende resultater, som igjen gjør studien mer robust, kontra en enkelt-case studie. Ved å bruke flere caser vil det også være mulig å sammenlikne flere case (kommuner) som kan gi en bedre dybde i oppgaven samt mulighet for generalisering (Saunders et al., 2012). Problemstillingen i denne oppgaven knyttes til generalisering, ved at vi ønsker å finne ut mer om felles utfordringer, for å kunne gi noen generelle anbefalinger om implementering av DHO basert på deres erfaringer. Jacobsen (2015) viser til at bruken av flere caser vil kunne være nøkkelen for å kunne generalisere funn.

I vår studie er det valgt ut tre kommuner(case) som er med i pilotprosjektet til DHO – samt en ekstern – som vil bli studert. Casene er på flere måter ganske like da alle kommunene har forsøkt å implementere det samme prosjektet i kommunene, med den samme hensikten. Spesielt interessant er det at man har samme ide for alle, å starte opp med DHO, men så skal det prøves ut i helt ulike organisasjoner og nærmest uten føringer. Det gjør at vi har en unik mulighet til å studere forankrings-, - og implementeringsarbeid i et vanskelig terreng.

Selv om det er forskjeller på geografisk størrelse, antall rekrutterte pasienter samt organisering ved prosjektet, har vi valgt å se på de som komparative caser, som kan sammenlignes. Gjennom et slikt design vil det være mulig å se om det er noe sammenheng mellom kommunenes gjennomføring, samt styrke eller svekke antagelser om årsakssammenhenger og utfordringer hos de kommunene som har lyktes og de som ikke har det, på tross eller som følge av deres forutsetninger (Jacobsen, 2015).

Selv om vi har valgt ut flere komparative case-enheter, og med det *kan* avdekke enkelte sammenhenger mellom fenomener, vil det være vanskelig å lage casedesign som inkluderer flere årsaker eller uavhengige variabler. Dette er beskrevet som en svakhet i dette undersøkelsesdesignet, og vil ofte fordre videre undersøkelser basert på de eksplorative kvalitative resultatene som kommer frem, dersom man vil avdekke mer detaljerte sammenhenger.

4.2 Datainnsamling

4.2.1 Primær datakilde

Datakilder kan deles opp i primærdata (data vi har samlet inn selv) og sekundærdata (data samlet inn av andre). Innenfor primærdata deles det videre inn i kvalitativ og kvantitative data (Gripsrud, et al., 2010). Sekundærdata vil bli utdypet senere i oppgaven – som også tar en stor del i metoden.

Gripsrud et al., (2010) skiller på innhenting av data mellom primærdata og sekundærdata. Begge typer har sine styrker og svakheter, derfor er det viktig at vi gjør vurderinger som forskere for å sikre reliabiliteten og validiteten i vår studie. Vi har valgt

å ha hovedfokus på våre egne primærdata som vi henter inn ved hjelp av dybdeintervjuer. For å kunne støtte våre funn har vi allikevel også valgt å innhente de inkluderte kommunenes prosjektrapporter, samt Helsedirektoratets samlede underveis- og sluttrapport for prosjektet.

4.2.2 Metode for innsamling av primærdata - Intervju

Valg av metode for innsamling av data vil kunne være avgjørende for resultatet av undersøkelsen, var det viktig for oss som forskere å ta stilling til hvilken metode som vil gi best svar på det vi leter etter. Gripsrud et al. (2010) viser til problemstillingen som en avgjørende faktor ved valg av type metode i forskningen. De vanligste formene for å samle inn data innenfor kvalitativ tilnærming er det individuelle intervjuet, fokusgruppeintervju, observasjon og dokumentanalyse (Jacobsen, 2015).

Dybdeintervju kan bidra til å innhente bred og solid data om et fenomen, som er relevant for å kunne svare på vår problemstilling (Saunders et al., 2012), og ble derfor valgt som vår metode for å hente inn primærdata i denne oppgaven. Videre beskriver Jacobsen (2015) til at metoden egner seg godt for å fange opp enkeltpersoners synspunkter, holdninger og opplevelser. Det vil være fagpersoner som er intervjuobjekter i denne undersøkelsen, derfor vil det være stor interesse for hvordan det enkelte individets holdninger til, - og oppfatninger av fenomenet, kommer frem. Disse fagpersonene kan også bidra til nye perspektiver på problemstillingen og derfor valgte vi et semi-strukturert intervju, med åpenhet for innspill og erfaringer utover det som vil være mulig i et strukturert intervju (Dalland, 2017).

Jacobsen (2015) viser til at intervjuet kan utføres med flere ulike grader av åpenhet. Intervjuene ble gjennomført med en relativt lav strukturingsgrad. Dette passer godt for vårt intervju da vi er åpne for respondentens egne tankeprosesser. Selv om vi hadde en intervjuguide med en del spørsmål og temaer som vi ville sikre oss at vi kom inn på, ble dette kun brukt som et hjelpedokument på siden, og primært for å lede respondenten inn på neste tema.

For å skape trygghet og få respondenten til å åpne seg om hva han eller hun faktisk mente rundt tema var det også viktig at vi som forskere hele veien holdt øyekontakt

samt vise med et «nikk» eller smil at vi fulgte med. Da vi var to som gjennomførte intervjuet, og til tider kun en respondent, var vi også nøye på at en av oss holdt i gang diskusjonen, mens den andre supplerte med tema og spørsmål fra intervjuguiden. Det kan være en utfordring at respondenten er i mindretall, men da intervjuet kun dreide seg om faglige tilnærminger og erfaringer, og ingen personlige forhold, opplevde vi ikke at det bød på problemer (Dalland, 2017).

4.2.3 Populasjon, utvalg og begrensning

Piloten Digital Hjemmeoppfølging er prøvd ut i 6 kommuner, som er ulike i størrelse og geografisk plassering. Det ble gjort et utvalg på tre av de seks pilotkommunene, hvor 1-2 nøkkelpersoner i hver av kommunene deltok i dybdeintervjuet. Et utvalg til vår studie ble gjennomført på bakgrunn av kommunestørrelse, tilgjengelighet og geografi. En eksternt kommune – som ikke er en del av pilotprosjektet – ble også inkludert for å kunne få en forståelse hvordan en kommune utenfor pilotprosjektet har tilegnet seg kunnskaper om DHO. Her ble deres initiativ til utprøving av DHO i kommunal regi undersøkt, samt deres innstilling og forberedthet på en fremtidig varig implementering av DHO.

Vi tok kontakt med de respektive kommunene – i samarbeid med Helsedirektoratet – gjennom mail med forespørsel om deltagelse i våre studier. Kommunene ga oss positive tilbakemeldinger og ønsket å stille til intervju. Videre ble det sendt inn søknad til Norsk Senter for Forskningsdata for å godkjenne prosjektet før intervjuene ble gjennomført. Vi fikk godkjenning og saksnummer 779674. Kontakten med kommunene var gjennom mail og det ble raskt avtalt datoer samt tidspunkt for intervju.

Dybdeintervjuene som ble gjennomført hadde et tidsbruk på mellom 35 – 60 minutter. Dette ga store mengder data som skulle bearbeides, og på bakgrunn av oppgavens omfang ble det derfor valgt å begrense til maks to respondenter i hver av de tre kommunene samt en respondent i den eksterne kommunen. Det kvalitative intervjuet sikres ved å gå i dybden. Da kan ikke antallet intervjupersoner være for stort. Gode samtaler med én, to eller tre intervjupersoner kan gi mye stoff til oppgaven (Dalland, 2017). Respondentene i de respektive kommunene hadde alle en sentral rolle i sitt DHO-prosjekt, som prosjektledere, prosjekteiere, ledende sykepleiere etc. Derfor var

det stor interesse av hva den enkelte respondenten kunne meddele, og høre deres erfaringer med prosjektets gjennomføring og implementeringsarbeidet (Jacobsen, 2015).

På grunn av situasjonen med Covid-19 var det ikke et reelt valg for oss å skulle gjennomføre intervjuene ved fysisk oppmøte, noe som gav oss en begrensning i tilgang og alternative intervjuformer. Det finnes flere ulike former for intervju (Jacobsen, 2015). Ansikt-til-ansikt og telefon har fra tidligere vært de «vanligste» formene, og begge har sine styrker og svakheter. Et intervju over telefon er ofte kortere og konsist, men spørsmålene kan bli uklare for respondenten, sammenlignet med et intervju ansikt-ansikt, i tillegg til at man mister mye av den non-verbale kommunikasjonen (Saunders et al., 2012). Et intervju ansikt-til-ansikt blir også sett på som mer tillitsskapende og kan gir en bedre flyt og åpenhet i samtalen (Jacobsen, 2015).

At våre intervjuer ble gjennomført under en pandemi, resulterte til at intervju ved fysisk oppmøte ikke ville være mulig, og Microsoft Teams ble derfor brukt på samtlige intervju. Da pandemien allerede har vært en del av hverdagen til de aller fleste i nesten 2 år, opplevde vi få tekniske utfordringer ved bruk av digitalt videointervju. Denne typen intervju gav gevinster på flere områder, og vi ser de positive sidene med muligheten for ansikt-til-ansikt på video fremfor et telefonintervju, da det var mulig å inkludere kroppsspråk og non-verbal kommunikasjon i samtalen. Respondentene kunne i tillegg også oppholde seg et sted de følte seg hjemme og komfortable – de fleste var på sitt eget kontor, (Repstad, 2007). En av kommunene stilte også med en ekstra respondent som logget seg på møtet, som ellers ville vært vanskelig da de jobber på ulike lokasjoner. Til slutt kan det trekkes frem at denne intervjuformen har med seg en del av egenskapene fra ansikt-ansikt intervju, samtidig som at forskeren sparer tid og penger på å reise for å møte respondenten, noe som totalt sett gjør videointervju til en godt egnet intervjuform.

4.2.4 Intervjuguide

Store deler av spørsmålene i vår intervjuguide ([Vedlegg 1](#)) er inspirert av Normalization Process Theory og Murray et al. (2011) sin videreutvikling av fire konsepter fra denne teorien ([Figur 2, 3](#)). I tillegg til spørsmål og temaer hentet fra det teoretiske

rammeverket, er pasienten (inkluderingskriterier), og deres opplevelse og pasientens mestring og opplevelse av deltakelse lagt til som et eget tema.

For å være sikre på at intervjuguiden ble satt opp på en god og forståelig måte, ble den testet ut på tilsvarende og relevant helsepersonell i forkant. Dette resulterte i en relativt omfattende revidering, da vi oppdaget at en del spørsmål hadde elementer i seg der det var vanskelig å forstå hva det spørres etter. Dette kunne være fremmedord fra modellen eller setninger som ga lite mening. Intervjuet ble gjennomført som et semi-strukturert (Saunders et al., 2019) intervju, hvor respondenten stod åpen for å kunne styre intervjuet inn på det han eller hun mente var viktige poeng.

4.2.4.1 Utformingen av intervjuet

For at respondentene skulle få en forståelse av vårt arbeid, ble det gitt en kort introduksjon av prosjektet, rammeverk og problemstilling i forkant av intervjuet. De innledende spørsmålene dreiet seg om respondentens rolle i prosjektet, hvordan prosjektet var organisert i deres kommune – og hvor lang tid han/hun har jobbet med implementering/drift av dette.

For å kunne sikre oss at vi varsler respondenten om de nødvendige elementene – slik som anonymitet, frivillig deltagelse, tidsbruk, hva vi skal bruke forskningen til, hvem vi selv er osv., søkte vi på Google Scholar hvor vi fant en mal for intervjuguide. Vi lastet ned en mal med viktige punkter som det kan være lurt å starte/avslutte med. Her var det også lagt til «tips og triks» vi burde varsle respondenten om, eksempelvis et punkt som tidsbruk som det vil være enkelt å glemme. Vi sendte ikke ut intervjuguiden til våre respondenter på forhånd. Bakgrunnen for det var å forsikre oss om at respondenten forsto hva vi faktisk var ute etter, ved at vi kunne bidra med forklaringer hvis nødvendig, samt at vi forhindrer at respondenten kan diskutere med kollegaer og andre før vi gjennomfører selve intervjuet.

Da intervjuguiden ble satt opp ut ifra NPT og modellen til Murray et al. (2010) ble det en inndeling i fem. De fire delene i modellen er *Interactional Workability (IW)*, *Skill Set Workability (SSW)*, *Relational Integartion (RI)* og *Contextual Integration (CI)*. Inkludering av pasient, som ikke er en del av selve modellen til Murray et al. (2011), ble

også lagt til. Ved disse fem punktene ble det laget 4-5 spørsmål som omhandlet det aktuelle tema. Utenfor disse fem punktene hadde vi også lagt til spørsmål som; «*I hvor stor grad føler du at dere har lykket med prosjektet?*». Herunder menes vellykkethet som grad av implementering / normalisering, altså at prosjektet implementeres og videreføres i daglig drift. Her åpnet vi for at respondenten kan tilføye det han eller hun mener er viktig.

Da intervjuet ble gjennomført etter en åpen / semistrukturert modell – ble de «viktigste» spørsmålene uthevet for å forsøke å sikre oss at vi kunne besvare problemstillingen vår på en god måte i etterkant. Intervjuguiden er i hovedsak preget av åpne spørsmål, noe som er begrunnet med vår eksplorerende problemstilling. Vi lette ikke etter å få bekreftet eller avkreftet en bestemt hypotese, men heller ønsket å undersøke med et åpent sinn, der vi var nysgjerrige på ulike type utfordringer som preger kommunenes implementeringsarbeid (Jacobsen, 2015).

4.2.5 Koding og analyse av data

Etter seks gjennomførte intervju satt vi igjen med store mengder data som skulle analyseres og kodes. All kvalitativ metode burde – med få unntak – kodes fortløpende. Kodingen, en tematisk sortering av empirien, gjør dataen mer tilgjengelig for forskeren i det videre arbeidet, og skaper færre feil (Saunders et al., 2012). Det vil ikke alltid være enkelt å analysere data som er samlet inn, likevel vil målet være å komme frem til en overordnet forståelse av datamateriale og slik bidra til teorigenerering rundt det fenomenet som studeres (Dalen, 2011).

Ved en kvalitativ analyse er det også en forutsetning å være oppmerksom på at det vil foregå en fortolkningsprosess hos forskeren – i vårt tilfelle to forskere – som vil være med å prege det endelige resultatet. Begrepet hermeneutikk kan beskrives som læren om fortolkning av meningsfylte fenomener (Gilje & Grimen, 1995). Hermeneutikk kan også kalles fortolkningslære, er i utgangspunktet et forsøk på å reflektere over hvordan man faktisk forstår og tolker ulike tilnærminger. Som for eksempel et intervju, eller situasjon (Repstad, 2007).

For å sikre den beste analysen kan det være en fordel å starte med transkribering og koding av intervjuene fortløpende. Dette vil gi en god gjengivelse av hva informantene har uttalt (Dalen, 2011). Transkriberingen vi gjennomførte handler om å overføre det informantene sier muntlig til skriftlig form (Johannessen, Christoffersen, Tufte, 2010). Alle lydopptak er lagret digitalt, med backup, for å sikre at vi ikke mister noe data. Det vil da også være enklere å kunne gå tilbake på lydopptak for å høre helheten fra respondenten. Hvert intervju resulterte i 10-30 siders tekst. Det ble valgt at all tale skulle bli gjort over til tekst for å være sikre på at noe ikke ble utelatt i videre analyse.

I kvalitative intervjuer er vi også opptatte av hvordan respondentene sier det de sier, ikke kun ordene (Bryman og Bell, 2011). På bakgrunn av dette ble det også lagt inn ulike momenter som «latter», tonefall, om respondenten smilte osv. Etter endt transkribering ble alle intervjuer lagt inn i programmet NVivo for å enklere kunne kode og få en god oversikt. Her ble studiens problemstilling og tema brukt for å kunne skape de «riktige» kodene og lage en god oversikt vi kunne bruke i studien senere. Flere av rapportene ble også lagt inn i NVivo for å enklere kunne søke på viktige ord som for eksempel *forankring* eller *organisering*.

For å kunne forstå intervjuene og tolke de best mulig, leste vi gjennom intervjuene som en helhet før vi dannet oss en tolkning over hva som ble sagt. Repstad (2007) viser til utfordringene med å tolke intervjuene «riktig» med tanke på hva respondentene faktisk mener. Med våre egne tolkninger og forutsetninger om et tema, kan det være lett å mistolke budskapet, eller tolke det i egen favør. Ved kvalitativ forskning vil det være en forutsetning med egen fortolkningsprosess hos forskeren. Her kommer vi tilbake til begrepet hermeneutikk, som vil si læren om fortolking av meningsfylte fenomener (Gilje & Grimen, 1995). Vi fortolker en allerede fortolket verden og det vil derfor være vesentlig for oss å være bevisst på disse tingene ved tolkningen av materiale.

En mulig sikring for en mest mulig korrekt tolkning av vår data, vil kunne være å involvere flere personer til å analysere samme data (Repstad, 2007). Da vi er to studenter som jobber sammen, står vi derfor sterkere for å tolke det vi leser og hører på opptak best mulig. Vi løste det ved at begge gjorde seg kjent med både transkriberings og kodingsmateriale i forkant av den endelige analysen, og jobbet med det samme materialet i ulike prosesser frem og tilbake mellom oss (Repstad, 2007). Da en av

studentene i denne oppgaven har relevant helsefaglig bakgrunn og den andre ikke, gir det en mulighet for å kunne tolke tema på to forskjellige måter, som igjen gir en dypere forståelse tilknyttet fenomenet gjennom gode diskusjoner.

4.2.6 Sekundærdata

I mange oppgaver og forskning brukes sekundærdata for å støtte oppunder sine funn, eller utvikle retning for sine undersøkelser. Sekundærdata er kort fortalt data som er samlet inn av andre, ofte for et annet formål, og som er lagret fra tidligere (Gripsrud et al., 2010). Ved vår kvalitative oppgave, og gjennom Mixed Method, settes vi som forskere i posisjon til å benytte oss av både primær og sekundærdata, av både kvalitativ og kvantitativ art, noe som også kan styrke oppgavens grunnlag dersom det gjøres på en hensiktsmessig måte (Bowen, 2009).

Dokumenter – som for eksempel rapporter produsert av pilotprosjektkommunene etter gjennomføring av DHO – som vitner om tidligere hendelser og erfaringer, gir bakgrunnsinformasjon så vel som historisk innsikt. Slik informasjon og innsikt kan hjelpe oss som forskere å forstå de historiske røttene til spesifikke problemer, og kan indikere forhold som påvirker fenomenene som nå undersøkes (Bowen, 2009).

Statistikk fra spørreundersøkelser blant pasienter utført i kommunene er blant annet trukket inn i oppgaven som tilleggsmateriale, da vi ikke hadde mulighet til å gjennomføre undersøkelser direkte med pasientene selv. Dette gav oss verdifull tilleggsmateriale. Likevel vil det være fornuftig å se på sekundærdata med et kritisk øye. En bekymring kan for eksempel være om et forskningsspørsmål virkelig kan løses ved å bruke data som opprinnelig ble samlet inn for andre formål, eller om de som har samlet inn dataene har et partisk motiv som kan svekke dataenes gyldighet (Heaton, 2012). En annen utfordring vil være at ved gjenbruk av andre forskeres data har sekundæranalytikere problemet med å ikke ha «vært der» ved datainnsamlingen, noe som betyr at de ikke har nytte av personlig kunnskap og erfaring med å være involvert i feltarbeidet som produserte dataene (Heaton, 2012).

4.3 Validitet og Relabilitet

En viktig del av forskningsprosessen består i å kritisk vurdere kvaliteten på den forskningen man har utført. Dette er en vurdering som bør skje løpende under hele prosjektets gang, men det kan ofte være aktuelt å gjøre en systematisk vurdering av kvaliteten mot slutten av prosjektet – og for den saks skyld også mot slutten av prosjektrapporten (Repstad, 2007). Videre vil det være vesentlig å vurdere hvor «god» undersøkelsen er (Gripsrud et al., 2010) I denne forbindelse dukker spørsmålet om undersøkelsens reliabilitet og validitet opp. I en kvalitativ studie er også den interne validiteten knyttet opp mot måleapparatene våre, og om de måler det vi ønsker å måle. Jacobsen (2010) kaller dette begrepsmessig gyldighet.

Vi har valgt å skille intern og ekstern validitet i denne oppgaven. Jacobsen (2015) beskriver intern validitet med spørsmålet om vi har dekning for de slutningene vi trekker i vår studie. Ekstern validitet går mer inn på i hvor stor grad vi kan generalisere våre resultater, altså funnene kan overføres til andre sammenhenger.

4.3.1 Intern Validitet – Troverdighet

I vår casestudie vil den interne validiteten dreie seg om vi faktisk har undersøkt det som var målet med studien, og funnene gjenspeiler hvordan det ting er i virkeligheten (Johannessen et al., 2010). Det var viktig for oss å få kontakt med de «riktige» respondentene, personer som kjenner prosjektene og implementeringsarbeidet godt, slik at vi fikk informasjon som kunne antas å være korrekte.

Temaet i vår forskning, effektivisering av ressurser i helsevesenet, er innenfor et felt de aller fleste har mer eller mindre kjennskap til, og følelser tilknyttet. Det vil derfor kunne være vanskelig å distanseres på sitt eget forskningsfelt (Repstad, 2007), og derfor var det vesentlig at vi var bevisste på hvilke konklusjoner vi satte, og hvorfor. Videre beskriver Repstad (2007) styrken ved at vi er to forskere i prosjektet. En av forskerne er også mye mer kjent med miljøet, enn den andre. Dette styrker forskningen da vi har to synspunkter på ulike tema hele veien, som vekter tolkningen. I tillegg gir det gode forutsetninger for å forstå den helsefaglige terminologien.

Den som har god kjennskap til miljøet vil dog kunne ha problemer med å være kritisk, upartisk og tolke det som blir sakt ut ifra sine egne subjektive vurderinger fremfor hva respondenten faktisk mener. For å begrense disse feilkildene tolket den forskeren med minst kjennskap til miljøet dataen først, samt laget koder etter transkriberingen.

Respondentene som ble valgt ut var prosjekteiere, prosjektledere samt annen type lederstilling innenfor prosjektet i sin kommune. Disse hadde vært aktivt med i prosjektet i en god tidsperiode som gjorde at de hadde god kjennskap til det de drev med. Derfor kunne de komme med gode og troverdige diskusjoner og synspunkter for vår forskning.

For å kunne styrke den interne validiteten ytterligere startet vi intervjuene med å holde spørsmålene noenlunde åpne, for å ikke lede respondentene i retning av oppfatningen av at vi lette etter et spesielt svar. Senere ble oppfølgingsspørsmål brukt aktivt for å forsøke å sikre at respondentene kom inn på temaet / svarte på formålet med undersøkelsen. Denne innledningen ble valgt bevisst for å kunne få respondentens personlige og frie synspunkter på tema (Saunders et al., 2012).

4.3.2 Ekstern validitet – Overførbarhet

Yin (2014) beskriver ekstern validitet eller overførbarhet til at funn fra denne casestudien kan generaliseres til andre liknende situasjoner. Her vil det være vesentlig å kunne se på studier med samme omfang, størrelse, forutsetninger mm. Jacobsen (2015) stiller spørsmålet: Kan vi ut fra kvalitative tilnærminger generalisere funn fra et utvalg, til en større gruppe av enheter som vi ikke har studert?

Spørsmålet for vår del handler om hvorvidt funn fra denne studien av tre pilotprosjektkommuner kan overføres til andre kommuner i Norge som i løpet av 2024 skal i gang med oppstart og implementering av Digital Hjemmeoppfølging i sine kommuner eller regioner.

I utgangspunktet kan det være vanskelig å generalisere med sikkerhet etter en kvalitativ studie av relativt få enheter. Allikevel tyder hovedfunnene fra denne undersøkelsen på at de inkluderte kommunene på tvers, og på tross av ulik størrelse, geografiske

plassering og forutsetninger, har noen *felles* erfaringer knyttet til særlige utfordringer som kan være viktig. Når flere enheter gir de samme resultatene uavhengig av hverandre, vil dette kunne være med på å styrke studiens overførbarhet (Yin, 2014).

4.3.3 Begrepsvaliditet

Som ved de fleste studier ble det også her gjennomført en begrepsavklaring tidlig.

Kvalitative studier baserer seg på at kategorisering og presisering av sentrale begreper gjøres *før* den empiriske undersøkelsen kan gjennomføres (Jacobsen, 2015).

Begrepsvaliditet kan også defineres som i hvilken grad måleenhetene som blir brukt kan reflektere de aspektene forskeren hadde som hensikt å studere. Førsteutkastet av intervjuet ble utviklet ved hjelp av modellen Normalization Process Theory til Murray et al. (2011). Spørsmålene ble hentet fra de fire konseptene innenfor modellen, samt «pasient-perspektivet» som vi la til. Tidlig skjønnte vi at intervjuguiden ble for avansert med tanke på begreper, og at den kunne være lite forståelig for en respondent som har lite/ingen kjennskap til modellen.

Et annet viktig fenomen var begrepsavklaring innenfor helsesektoren. Det blir brukt begreper som vil være kjent for noen som jobber innenfor helse, men for en utenforstående kan det være vanskelig å forstå alle begreper. Derfor var vi bevisste på hvordan vi bygget opp selve dybdeintervjuet med tanke på hvilken respondent som var med. I vårt tilfelle var alle respondenter ansatt i helsesektoren, som også vil gjøre det enklere for oss i etterkant for å kunne måle og sammenlikne data. Det ble også lest tidligere rapporter fra den respektive kommunen før selve intervjuet slik at vi var sikre begrepsbruken som blir brukt. Ved intervjuene var vi som forskere nøye med å beskrive eventuelle begreper som kunne være vanskelig å forstå, slik at vi respondentene skulle forstå meningen (Saunders et al., 2012)

4.3.4 Reliabilitet

Reliabilitet på et overordnet nivå handler om i hvilken grad man kan stole på at resultatene er pålitelige (Gripsrud et al., 2010). Det er vanlig å stille spørsmål ved om undersøkelsen ville vist til samme resultat om den hadde blitt gjort en gang til. Videre viser Gripsrud et al. (2010) til at selv med små feil – som man må regne med – må de

være så små som mulig slik at vi kan kalle undersøkelsen reliabel. Et annet viktig punkt innenfor reliabilitet handler om forskningen er gjennomført på en troverdig måte samt vekker tillit (Jacobsen, 2015).

Ved den metoden som er valgt i denne studien med et åpent dybdeintervju vil det alltid være vanskelig å være hundre prosent sikker på at studien ville komme frem til den eksakt samme resultatet. Likevel mener vi – med støtte i sluttrapporten fra HDIR – som ble publisert etter at vi hadde gjennomført og analysert våre funn, at de funnene vi presenterer er pålitelige. Et annet viktig tema i vår studie er bruken av casestudie. I casestudier vil reliabiliteten i stor grad avhenge av datainnsamlingen under intervjuene (Yin, 2014). Saunders et al. (2012) beskriver et begrep som kalles for responskjevhet som handler om mulige utfordringer ved at respondenten ikke svarer helt ærlig og kan «pynte» på sannheten, om dette anses som etisk korrekt. Respondentene som ble brukt i studien beskrev både positive og negative med sitt eget prosjekt, de viste til lite tegn til at de skulte informasjon.

4.4 Begrensninger

Ved alle studier finnes det begrensninger en forsker må være bevist på.

Gjennomføringen av dybdeintervjuer kan by på utfordringer. Jacobsen (2015) viser til flere punkter vi som forsker må være bevisste på. Det kan være generaliseringsproblematikk og et spørsmål om respondentene være representative for andre enn seg selv i den respektive kommunen.

De seks intervjuene som ble gjennomført ble relativt lange tidsmessig, og resulterte i store datamengder. Her vil det være en fallgrube med store og komplekse intervjuer, hvor man kan gå glipp av viktige poeng.

I kvalitative intervjuer kan det være vanskelig å finne den rette balansen mellom nærhet og distanse til respondenten (Dalen, 2011). Videre ser vi Dalen (2011) beskriver utfordringene ved at en forsker studerer et tema som vi kan være berørt av, særlig i materiale som bygger på dybdeintervjuer som forutsetter nærhet til informantene og tolkningen av materiale kunne påvirkes av dette.

En av forskeren hadde hovedansvaret for dialogen i intervjuene, og da hun selv er sykepleier og jobber tett opp mot problemstillingen vil det være enkelt å tolke situasjonen med bakgrunn av sitt arbeid. Intervjuene kunne også tendere å bli en «diskusjon» mellom intervjuer og respondent. Da intervjuene hadde svært lav strukturingsgrad (Jacobsen, 2015) ville det også kunne gå langt utenfor selve intervjuguiden. Og igjen resultere i at vi ikke fikk svar på det vi lette etter.

Casestudier har klare begrensninger som vil være vesentlig å være bevisst på. En svak side er generalisering. Spesielt om det da er enkeltcase. Det er også en svakhet med tanke på å etablere kausale sammenhenger (Jacobsen, 2015). Saunders et al. (2012) beskriver også liknende tematikk. Det er et begrenset utvalg, og dermed også en fare for stigmatisering. Med seks kommuner i pilotprosjektet, og intervju av tre, kan respondenter bli kjent igjen. Derfor vil det være vesentlig å passe på hva vi gjengir med tanke på utsagn og sitater fra intervjuene (Dalen, 2011).

4.5 Etisk perspektiv

Ved all forskning er det krav til det etiske samt regler vi som forskere må følge for å opprettholde et forskningsetisk krav, dette med hensyn til menneskene og organisasjonene som er med i studien. Jacobsen (2005) beskriver tre grunnleggende krav som vi forskere må være nøye på å følge. Disse er informert samtykke, krav på privatliv og krav på å bli korrekt gjengitt. Alle hensyn er ivaretatt under studien.

Ved studiens oppstart ble det søknad til Norsk Senter for Forskningsdata for å godkjenne prosjektet før intervjuene ble gjennomført. Herunder valg av metode, intervjuguide, anonymisering av datamateriale etc. Det ble også beskrevet tydelig hvordan vi skulle opprettholde personopplysninger slik som lagring, oppbevaring og destruering.

Ved innledning av intervjuene ble det informert om anonymitet, og spørsmål om opptak på telefon, noe alle godtok. Respondentene fikk også en mulighet til å takke nei til intervjuet etter vi hadde informert om formålet med studien, samt metodevalg.

Dette for å skape tillit, en åpen dialog og en god informasjonsdeling (Saunders et al., 2012). All data ble også lagret på mobiler/PC som var passord beskyttet til enhver tid.

5 Resultater: Erfaringer fra implementering av Digital Hjemmeoppfølging i fire kommuner

Vår analyse viser at kommunene har jobbet svært forskjellig med implementerings-, - og forankringsarbeidet, på tross av ulike strukturelle betingelser, selv om prosjektet har vært sentralt initiert.

Hovedfunnene felles for alle kommunene, er at mangel på etablert styringsstruktur og samarbeidsform mellom de involverte aktørene, og problemer å få alle som de samarbeider med til å se nytteverdien og slutte seg til endringen, utfordrer forankringen av prosjektet ute i kommunene. Flere prosjektledere opplever at de står «alene» om ansvaret for fremdriften i prosjektet, og strever med å få partene i helsetjenesten til å forplikte seg. Engasjementet oppleves størst i planleggings og etableringsfasen, men kontinuiteten og arbeidet med å fremme en felles nytteverdi utfordres etter hvert som tiden går, på tross av at de inkluderte pasientene som passer godt med prosjektprofilen oppgir at tjenesten gir de økt livskvalitet og mestring.

Kommunene har valgt ulike implementeringsstrategier. Analysen viser at flere strategier peker seg ut, men at to har vært mer effektive, og ser ut til å gi en bedre grobunn for varig endring. Den ene kaller vi systembygging, den andre er mer entreprenøriell og uformell. Herunder er det to forutsetninger som ser ut til å være viktige for de kommunene som har fått til et godt grunnlag for varig endring og normalisering: tverrkommunalt samarbeid og engasjerte nøkkelpersoner. Begge faktorene bygger oppunder forankringsarbeidet på hver sin måte, og gir prosjektet en ekstra drivkraft som viser seg å være viktig i overgangen fra implementering til normalisering.

I dette kapittelet er hver av kommunene som har deltatt i dybdeintervju merket med tall 1-4, med tilhørende bokstav a / b som indikerer hvilken person fra hver kommune som eier utsagnet (For eksempel 1a). Rapportene som er inkludert er Helsedirektoratets samlerapporter fra de seks pilotkommunene, henholdsvis hovedrapport (H) og sluttrapport (S), samt de utvalgte pilotkommunenes egne rapporter (Sluttrapport Kommune 1-3) fra gjennomføringen av DHO, der blant annet bruker / pasientundersøkelsen vektlegges.

5.1 Oversikt over kapittelets innhold

I dette kapittelet presenteres empiriske funn fra forskningens intervjuer, sammen med data fra gjennomførte analyser av rapporter knyttet til prosjekteringen av DHO.

Kvalitative og kvantitative data vil være med å utfylle hverandre, og presenteres i kombinasjon i dette kapittelet.

Resultatene er presentert inndelt i to hovedkapitler. I den første delen presenteres alle erfaringer og opplevde utfordringer knyttet til hvordan prosjektene er organisert og driftet, herunder også samarbeid mellom involverte parter og valgt leverandør av teknologiløsning. I den andre delen legges mer vekt på pasienten - hvilke pasienter som egner seg for inkludering og hvor de er rekruttert fra, hvordan de ulike kommunene har opplevd tilgangen på tilstrekkelig antall pasienter og ikke minst hvordan pasientens egen opplevelse og erfaring med bruk av Digital Hjemmeoppfølging ser ut.

Oppgavens empiriske datagrunnlag vil presenteres med hovedvekt på å belyse informantenes opplevelse av utfordringer knyttet til deres implementeringsarbeid sett opp mot hvordan tjenesten er organisert og driftet i deres kommune. Videre trekkes noen viktige forskjeller på tvers av de ulike kommunene frem, sammen med deres opplevelse av hvilke trekk ved inkluderingsprosessen som kan ha betydning for å sikre endringens normalisering og varig fotfeste i virksomhetene. Hovedkapitlenes sammenstilling presenteres i kapittel 5.2.5 og 5.3.4.

5.2 Organisering av prosjektene

I dette avsnittet beskriver vi de strukturelle betingelsene og samarbeidsrelasjonene i ulike kommunene som har innført DHO. Kommunene har svært ulike forutsetninger, noe som kompliserer både implementeringsarbeidet, og undersøkelsen av det.

Kommunene og eventuelt samarbeidende helseforetak har selv vurdert hvordan de vil organisere etablering og drift av DHO og oppfølgingstjenesten. Organiseringen kan enten gjøres internt i egen kommune, eller i samarbeid med andre i tilhørende Helsefellesskap. På grunn av stor valgfrihet, samt varierende muligheter og behov innad i kommunen og Helsefellesskapene, er kommunene inkludert i vår studie organisert etter flere ulike modeller, noe som beskrives nærmere i det neste fire kapitlene. En kort

fremstilling av oppfølgingstjenestens organiseringsform, demografiske forutsetninger og antall inkluderte pasienter er presentert i tabell 1.

	Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3 *	Kommune 4 **
Antall innbyggere:	Ca. 48 000	Ca. 9500	Ca. 300 000	Ca. 41 000
Størrelse:	Ca. 530 Km2	Ca. 750 Km2	Ca. 15 000 Km2	Ca. 100 Km2
Antall pasienter inkludert	80	19	147	-
Fastleger med i prosjektet	28	5	44	-
Tilknyttet primærhelseteam	Nei	Ja	Ja	Nei
Målgruppe	Kols, hjertesykdommer, diabetes, kreft, Covid-19	Psykiske lidelser, kronisk sykdom (Covid-19)	Kols, hjertesvikt, diabetes, psykisk sykdom, multisyke, Covid-19	Diabetes, KOLS, hjertesvikt, ernæringsvikt
Oppfølgingstjeneste	Organisert via <i>egen</i> helseoppfølgingstjeneste, organisert selvstendig	Organisert via kommunens legevakt	En samlet regional telemedisinsk sentral (TMS), organisert under kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH)	Utenfor pilot, forsøkt organisert direkte via hjemmetjenesten

Tabell 1

* Samarbeid mellom flere kommuner i samme fylke

** Den 4. kommunen har forsøkt å implementere DHO i driften direkte via hjemmetjenesten i samarbeid med velferdsteknologileverandøren. Det er ikke produsert tilsvarende rapporter i denne kommunen, som hos de som har rapportert til HDir gjennom de styrte pilotprosjektene, derfor er datagrunnlaget noe smalere. Deres erfaringer av hvordan det har vært å jobbe selvstendig med implementering av velferdsteknologi er allikevel interessant, og vil bli inkludert i de sammenhenger der det er naturlig.

5.2.1 Organisering av DHO i kommune 1

Kommunen har organisert DHO rundt en egen helseoppfølgingstjeneste, bestående av ca. 5 sykepleiere og ergoterapeut. Deres mål er å tilby informasjon, råd og veiledning ved helserelevante utfordringer, samt at de har ansvar for programmering, utplassering, opplæring, drift, vedlikehold og demontering av velferdsteknologisk utstyr, herunder Digital Hjemmeoppfølging (DHO). Helseoppfølgingstjenesten mottar og behandler søknader om DHO fra kommunens tjenestekontor. Pasientene kan henvises enten direkte fra fastlege, fra HT, fra pasienten selv (eller deres pårørende) og/eller fra spesialisthelsetjenesten.

Helseoppfølgingstjenesten behandler alle søknader, og hos relevante kandidater gjennomføres det et vurderingsbesøk, og på bakgrunn av dette tas det en beslutning om eventuell inkludering. Når en pasient inkluderes – utvikles da en egenbehandlingsplan i samarbeid med fastlege og pasient. Denne fungerer som et rammeverk og en veiviser for hvilke måleverdier som er aksepterte, og hvilke som ikke er det – samt hvilke tiltak pasienten selv (og / eller sykepleier på oppfølgingstjenesten) skal foreta seg dersom målingene avviker.

Innrapporterte målinger og meldinger fra pasienter har vært fulgt opp av sykepleiere ansatt i helseoppfølgingstjenesten. Ved avvikende målinger har sykepleier tatt kontakt med brukeren, og ved gjentakende avvik har også fastlege blitt kontaktet.

Helseoppfølgingstjenesten har vært bemannet hverdager på dagtid. Avvikende målinger for enkeltbrukere som også mottar hjemmetjenester, har vært fulgt opp av Hjemmetjenesten på kveld/ helg.

Samarbeid med hjemmetjenesten trekkes frem som et forbedringspunkt til hvordan tjenesten organiseres i denne kommunen. Det er i seg selv en stor ressurs at de har et eget oppfølgingsteam, men samtidig blir det et kost-/nyttespørsmål i tilfeller der samme pasient mottar tjenester fra begge tjenesteyterne. Dette kan medføre dobbeltarbeid, og det vil gjøre det vanskelig å regne ut gevinsten i de tilfellene der DHO ikke samtidig medfører en reduksjon i eller unngåelse av arbeidstid / besøk fra HT. Utsagnet fra rådgiver i HT i kommunen skisserer utfordringen:

«..for det som skjer da er at vi i HT også kan være inne hos en pasient som har DHO og da kan man begynne å regne på gevinsten. Om det lønner seg i det store og hele.. ..Så særlig det siste året har jeg blir interessert i hvordan vi i HT kan ta i bruk DHO, å erstatte det med ordinære hjemmebesøk.» (1b).

Kommune 1 beskriver lange avstander, samt få pasienter. Derfor kan det være store besparelser at HT slipper flere hjemmebesøk hvor en pasient/bruken kan utføre flere av målingene selv. Kommunen beskriver at over 30 % av arbeidstiden går med i kun kjøring for HT. De uttrykker at det kan være mye verdifull tid å spare, hvis man klarer å organisere seg rundt DHO på tvers av enhetene, på en effektiv måte.

Videre forteller kommunen at de underveis har forsøkt å finne frem til en løsning på utfordringen, ved å teste ut en organisasjonsmodell der HT følger opp *alt* ved pasienten som får innvilget DHO, dersom den har tjenester i HT fra tidligere, og beskriver;

«Så det som funket nå var at i fjor så testet vi ut DHO i en avdeling. Hvor pasientene som har DHO der, de skal i HT. Rett og slett administrere alt. Det funka. Da gikk det opp et lys. Da tenkte vi, at nå skjønner vi. Og dette er mye mer formålstjenlig – for da slipper vi å gå etter hverandre til samme pasient» (1a).

Ved å samarbeide ser vi at kommunen får små gevinster som igjen gir mersmak for å fortsette bruken av DHO. En positivitet skapes da de beskriver at noe funket selv flere utfordringer fra tidligere i prosjektet, selv kun ved en mindre kjøretur for HT – som vil være noe håndfast for kommunen selv og andre å lære av.

Representant fra hjemmetjenesten i kommunen forteller også at deres opplevelse med pilotprosjektet stort sett har vært god, og at informanten har god tro på DHO som tjeneste videre, dersom man får til en god organisering, og et godt samarbeid – der felles mål forankres på tvers av profesjonene og sektorene:

«..alt kan fungere veldig bra, men med god forankring i organisering. For hvis man differensierer helsesektoren for mye, så snakker de jo ikke sammen. Da er det ikke de samme møteforaene, ikke sant. Og da er det lett å utvikle noe som

kanskje ikke er tjent. Man må se på hele verditjenesten og hvordan vi leverer vi helsetjenester totalt sett i kommunen nå. Hvis vi skal ha DHO; Hvordan kan det påvirke tjenesten, og hvordan skal vi hente ut gevinster. Da må man jobbe mer sammen. Det har vi sett nå» (1b).

Prosjektleder for DHO og oppfølgingstjenesten i kommunen legger til at det er avgjørende å få opp antall inkluderte pasienter raskt, samt nødvendigheten ved å samarbeide med andre nærliggende kommuner. Det er ikke bærekraftig å utvikle en oppfølgingsentral, kjøpe inn utstyr og ha helsepersonell på vakt dersom pasientmengden er for lavt dimensjonert.

«Det er så tullele. Man må huske på at Norges befolkning, 5,5 mill. Det er jo på størrelse med et middels sykehus i USA liksom. Men det er helt latterlig. Vi i Norge sitter med mange små kommuner, med la oss si 5000 innbyggere. De skal drive med en tjeneste. De får inkludert 2 pasienter. De må jo ha litt utstyr, og lære opp folk. Det går ikke. Vi må tenke mye større, så man får økt volumet. I de tilfellene må man tenke samarbeid på tvers, da vil man få gevinsten raskere» (1a).

Kommunen er ikke en av de største i prosjektet, men likevel beskriver de gevinsten ved å tenke stort, slik som flere kommuner beskriver. Sparer kommunen to til tre utkjøringer i uka vil det bli store gevinster i det lange løp.

Samarbeid

Prosjektorganiseringen har vært utført av en prosjektgruppe som har avholdt blant annet 5 workshops, der også representanter fra Spesialisthelsetjenesten og fastlegene også har deltatt og vært aktive (Kommune 1, Sluttrapport, 2021).

Videre ble det inngått en intensjonsavtale med sykehuset, signert av sykehusdirektøren, med utgangspunkt i klinisk samhandling rundt KOLS pasienter. Underveis viste det seg vanskelig – som vi ser kommunen beskriver i utsagnet under – på tross av gode intensjoner, å få til den kliniske gode samhandlingen man hadde planlagt.

«...men sykehuset de har så mye å gjøre, å mye å tenke på. Det er så mange forskjellige folk, så selv om vi er forankret i toppen... og det ligger en intensjon bak om å få delta, inkludere og være med på møter, så får vi det ikke til» (1a).

Ved oppstarten av prosjektet ble det satt av hyppige samhandlingsmøter mellom fastlegene, sykehuset og pasienten, hvor egenbehandlingsplanen var hovedtema.. Allikevel er det vanskelig å opprettholde gyldigheten og forpliktelsen til prosjektet etter hvert som tiden går, og oppgavene knyttet til DHO svinner hen og «drukner» i andre tidskrevende oppgaver. Dette er igjen et tydelig tegn på at det kontinuerlige forankringsarbeidet er avgjørende for å opprettholde deltakelse av de ulike profesjonene.

Leverandør av teknologiløsninger

Dignio har vært kommunens leverandør av den teknologiske løsningen knyttet til DHO. Med unntak av noen utfordringer knyttet til en oppdatering som krevde ny innlogging rundt hver 3. måned, er tilbakemeldingene på leverandør, teknisk løsning og brukergrensesnitt god.

«Vi er veldig fornøyde med Dignio. De har et enkelt system, enkelt å finne frem. De inkluderte pasientene forstår det godt, med unntak av innloggingen» (1a).

Dignio har vist å være en leverandør som stiller opp ved eventuelle problemer som måtte forekomme. Derfor ser vi at kommunen er stort sett fornøyde. Likevel beskriver de utfordringer fra både fastleger og sykehusene som har gitt tilbakemelding om er at det kan oppleves som tungvint i en hektisk hverdag at man må logge seg inn i et separat system for å se målingene, fremfor en løsning som kan integreres i deres eksisterende journalsystem, som går igjen ved tidligere utfordringer med samarbeid på tvers av instansene, slik som vi ser i utsagnet under.

«Også kan de logge seg på da, og se målingene til pasienten. Det er også nytt. Men de må jo logge seg inn i systemet da, det synes de er tungvint» (1a).

Ellers er tilbakemeldingen på oppfølgingen via Dignio svært god, særlig knyttet til bistand med å inkludere pasienter, samt bidrag til opplæring av personell.

5.2.2 Organisering av DHO i kommune 2

Kommunen har organisert DHO uten en egen oppfølgingstjeneste, isteden har sykepleier i primærhelseteam (PHT) hatt en sentral rolle i å kartlegge og vurdere aktuelle søkere til DHO, i samråd med fastlegen. PHT-sykepleier gir deretter opplæring, og starter DHO i en innkjøringsperiode. De utarbeider i samråd med pasient en egenbehandlingsplan hos egnede kandidater før den varige oppfølgingen ivaretas av ansatte på det lokale sykehusets interkommunale legevakt og øyeblikkelig hjelp døgnenhet (ØHD). Til å begynne med var oppfølgingstjenesten tilgjengelig 24/7, men ble etter revurdering endret til å følge opp pasienter hverdager på dagtid.

Kommunen forteller at det har vært utfordrende å finne nok ressurser og tid til å organisere seg rundt prosjektet slik de ønsker. Dette dreier seg om en mindre kommune, der det fra tidligere piloteringen ikke har vært en like stor velferdsteknologisk rigg som i andre større kommunene.

Kommunalsjefen selv har stått som prosjekteier, og knyttet til seg særlig en ansatt i PHT som har vært ansvarlig for prosjektet i en 40% stilling. Oppfølgingen av pasienter etter en utprøvsperiode via PHT ble lagt til den interkommunale legevakten for å utnytte ressensenteret som allerede finnes i kommunen. Det kommer frem at kommunen opplevde det utfordrende med den avstanden det skapte, og at de kunne ønske seg å ha noen ute i prosjektet som var mer «hands-on» også etter overføringen til oppfølgingstjenesten ved legevakt, for å trekke driften og det kontinuerlige arbeidet med forankring og samarbeid fremover.

«..i en hektisk hverdag ute hos tjenestene så må det være noen som er hands-on, man kan ikke sitte inne på et kontor å administrere og sende ut e-poster og tenke at nå skal folk aktivere seg. Man må ha folk som er på, og som kan motivere leger og andre samarbeidspartnere til å engasjere seg» (2a).

Selv kommunen er generelt positivt til DHO har de – i likhet med de andre kommunene – ulike utfordringer ved å spredning og videreføring av tjenesten. Så selv hvor positive partene er, så krever det en viss tilstedeværelse og «tett på» oppfølging over en lengre periode. Selv om man er en liten kommune med begrensede ressurser avsatt til

prosjektledelse, ser det, som forventet, ut til å være vanskelig å styre prosjektet fra en PC skjerm.

En annen utfordring denne kommunen skisserer er at det er vanskelig å se en tydelig kostnadsbesparelse / økonomisk nytteeffekt i stor skala. Selv knytter de dette blant annet til at det er få av deres pasienter som har hjemmetjenester fra tidligere, og dermed er det for mange kun en ny tjeneste og ikke samtidig en besparelse via reduksjon i eksisterende tjenester. Integrasjon med hjemmetjenesten og pasientene der, er et at fokusområdene for arbeidet fremover, som kommunen skisserer i sin sluttrapport. Samtidig vil de understreke, blant annet i forebyggende arbeid i forhold til psykisk helse, at det ikke kun er den økonomiske umiddelbare besparelsen som bør ligge til grunn for hvordan man definerer nytteverdien av tjenesten.

«De framtidige gevinstene blir kanskje overskygget av den økonomiske pukkelen, og av at de ligger så langt framme i tid at man ikke klarer å gjøre gode nok vurderinger på om tjenesten er økonomisk bærekraftig» (Kommune 2, Sluttrapport – 2021).

Hun understreker at slikt arbeid tar tid, og at man ikke kan forvente å se de store resultatene allerede etter 6 eller 12 måneder, men at man må belage seg på å være tålmodig og kontinuere både arbeid med drift og forankring over lengre tid. Dette utfordrer modellen der prosjektmidlene er begrenset til en kort periode, og fordrer en innsats mot lokale politikere for å få tilstrekkelig med midler bevilget til å kunne forlenge prosjekt- og implementeringsperioden i lang nok tid til å kunne sikre overgangen til normal drift.

«Det er ikke gjort på et år, og det er derfor vi har sagt til politikerne at vi trenger den velferdsteknologi-stillingen i 3 år. For å klare å ha fremdrift og klare å implementere, og å vise til gevinster, innsparinger se hva mulighetene er. Et år, halvannet eller to går ikke. Vi må ha tid på oss» (2a).

Det kan se ut til at flere av kommunene og de involverte partene strever med å opprette og opprettholde en felles verdi som kan være gyldige for alle parter, særlig om de skal belage seg på at denne forankringen og meningen skal komme ut av visualiseringen av

raske økonomiske gevinster. Det er få som nevner nytteverdier der pasientens erfaringer står i fokus som en gyldig felles verdi. Det kan se ut til at det er vanskelig å komme til det punktet der pasientens opplevelser og økte livskvalitet kommer til nytte i tilfeller der man opplever umiddelbare økonomiske tap, da det kan oppleves å gå på akkord med prosjektets opprinnelige mål. Prosjektets beskrives i utgangspunktet som et tiltak for ressursbesparelse og effektivisering i helsetjenester, så når disse effektene uteblir er det vanskelig å ruste de involverte partene med den tålmodigheten som trengs for å vente på de langsiktige økonomiske gevinstene.

I likhet med de andre kommunene beskrives forankring i og fra toppledelsen som et viktig utgangspunkt:

«Det med forankring er helt avgjørende. For en av de største frustrasjonene var at når man hadde en arbeidsgruppe, så meldte halvparten frafall når møte skulle gå fordi de ikke hadde tid. Så da sa jeg, at vi må ha den forankringen; man må ha forventinger til at om man sitter i en slik gruppe så møter man. Også må man må legge til rette for de som faktisk skal være med å delta. Det er liksom pri 1. ellers blir det så fragmentert» (2a).

Ofte så er det slik at man er presset på tid med hverdagslige oppgaver og gjøremål fra før. Dersom det ikke da ryddes plass i kalenderen ved at man bærer frem viktigheten av å prioritere tiden annerledes, som en forankret oppfordring og nærmest en ordre fra ledelsen og ned – vil det være vanskelig for den enkelte å stå i dilemmaet der tiden faktisk skal prioriteres. Vil du prioritere en av dine mange faste pasienter som venter på å få en time, eller vil du prioritere å delta på et oppstartsmøte til et «frivillig» prosjekt? Så lenge det ikke frigjøres og frikjøpes tid til å delta, er det utfordrende å få alle til å prioritere deltakelse med det samme engasjementet som prosjektledelsen – med mindre man er svært overbevisende i sitt forankringsarbeid.

Samarbeidet mellom kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten

Kommune 2 har forteller om systematiske møter med spesialisthelsetjenesten, både medisinsk avdeling og poliklinikken knyttet til workshops, samt utvelgelse og henvisning av pasienter. En fordel som trekkes frem her, er at små lokale forhold gjør at sykehuset kjenner kommunehelsetjenesten og DHO godt, og dermed er kanskje

terskelen lavere for å tenke DHO og ringe PHT sykepleier for drøfting, dersom de har pasienter inne som de tenker kan være aktuelle.

«Så nå kjenner de jo meg litt, og jeg kjenner dem litt. Så da er jo terskelen lavere for å tenke DHO og ringe oss å spørre om det er aktuelt. Det har nok gjort at de har henvist noen pasienter til oss, det vil jeg tro» (2b).

Det at kommunen er en av de mindre, med tanke på areal og antall pasienter ser vi som en ulempe på mange plan kontra de andre som har blitt nevnt. Likevel tolker vi her at kjennskap og trygghet – spesielt innenfor helsevesenet – som kanskje det viktigste for utvalgte pasienter.

Kommunen har hatt stort fokus på fastlegene. Kommunen har avholdt blant annet et emnekurs over to dager, der prosjektet ble introdusert og diskutert. Alle fastlegene som hadde avtale med prosjektet, deltok. Kommunen opplevde at engasjementet var stort under samlingene både fra fastlegenes og spesialisthelsetjenestens side, og de fikk gode erfaringer med å samarbeide om å lage utkast til tjenesteforløp der. De opplevde imidlertid større vanskeligheter med å få engasjert partene mellom samlingene, og fikk erfare at det er viktig å jobbe med kontinuerlig forankring og faste treffpunkter, også utenom disse møtene.

«Samarbeidet med spesialisthelsetjenestene og fastlegene er en del av nøkkelen til å kunne yte mer sømløse, sammenhengende og samordnede tjenester for innbyggerne» (Kommune 2, Sluttrapport, 2021).

«Engasjementet i Workshopene var stort og produktivt, men mellom de tre Workshopene var det ikke like lett å samle aktørene og formidle ut- og få tilbakemeldinger inn» (Kommune 2, Sluttrapport, 2021, s. 13).

Samhandling på tvers trekkes også inn som et av kommunens fokusområder i deres DHO sluttrapport som beskrevet under. Vi ser allikevel her at de har utfordringer med å mobilisere oppmøte og tilslutning i mellom de større og litt mer forpliktende samlingene, som igjen kan kobles til at flere strever med forankringsarbeidet i den grad at man lykkes med at aktørene adopterer meningen med prosjektet til det fulle.

Leverandør av teknologiløsninger

Teknologien i kommunen er levert av Dignio – slik som flere andre kommuner – og inkluderer web-applikasjon for helsepersonell samt pasientapp for hjemmemålinger og egenrapportering på ferdig-konfigurerte nettbrett. Kommunen opplever at leverandøren har gitt god opplæring i bruk, og systemets funksjonalitet. Supportsystemet systemet beskrives som effektivt, og leverandøren er veldig åpne for tilbakemeldinger, noe som oppleves positivt.

«Teknologien i dette prosjektet har fungert godt og vi har vært veldig fornøyde med leverandøren vår Dignio» (Kommune 2, Sluttrapport, 2021, s. 7).

Videre er også opplevelsen av brukervennlighet for pasientene god, og kommunen beskriver i sin sluttrapport (2021) at pasientene stort sett mestrer teknologien godt.

«Det er få pasienter som har takket nei til å delta i prosjektet på bakgrunn av teknologien. Noen har vært litt skeptiske i begynnelsen, men de aller fleste har raskt blitt fortrolige med bruk av måleutstyr og sine nettbrett» (2b).

At målgruppen, som omfatter en gruppe med høy gjennomsnittsalder, opplever bruken av teknologien som overkommelig er kanskje et av de mest overraskende funnene, sett opp mot hva vi forventet å finne i denne studien. De fleste kommunene rapporterer om pasienter som både er fornøyd med oppfølging, og med brukervennligheten på det digitale utstyret, så fremt de i utgangspunktet er egnet for en slik type program og har forutsetninger for å mestre teknologien.

Den største utfordringen knyttet til teknologi beskrives av denne kommunen som anskaffelsesprosessen, både i forhold til research, planlegging og anbudsprosessen – noe som viste seg å være svært tidkrevende å skulle utføre direkte via prosjektleder for DHO, ettersom at denne kommunen ved start ikke hadde en egen velferdsteknologisk avdeling.

«Anskaffelse av utstyr var en særs krevende prosess for prosjektet. All tilgjengelig til for prosjektleder gikk med til dette arbeidet» (Kommune 2, Sluttrapport, 2021).

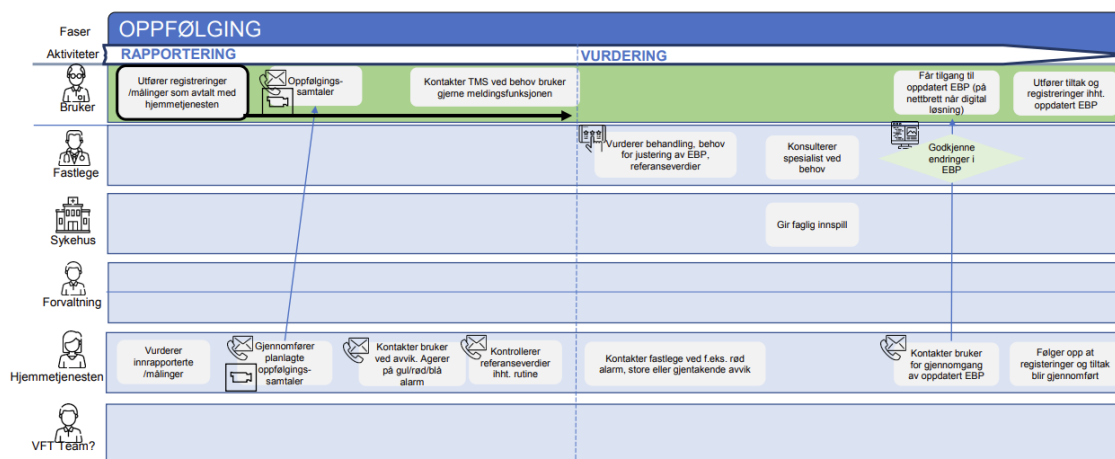
Kan det tenkes at for mye av tiden i planleggings og oppstartsfasen går med til praktiske ting, slik at man får avsatt for liten tid til å drive med endringsledelse og forankring blant de involverte?

5.2.3 Organisering av DHO i kommune 3

Prosjektet har vært organisert gjennom et interkommunalt samarbeid, som har fulgt opp brukere fra totalt 20 kommuner i fylket. Opprinnelig var tjenesten organisert med tre telemedisinske sentraler, en sentral organisert under en kommunal hjemmetjeneste enhet, de to øvrige under kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) i to av de andre kommunene.

For en mer bærekraftig tjeneste ble det i 2020 fattet vedtak om å gå over til én Regional telemedisinsk sentral (TMS), samt prøve ut DHO ute i ordinær tjeneste, hjemmetjeneste / oppfølgingstjeneste. Totalt 20 kommuner har hatt avtale om DHO i regionen. En felles telemedisinsk løsning viste seg å være revolusjonerende for kommunene. Vitale data kan kostnadseffektivt bli samlet inn og triagert, og tiltak kun igangsettes om nødvendig. På denne måten gjør kommunen det enklere og større mulighet for oppfølging av personer i hele distriktet.

Helsepersonell ved TMS følger opp innrapporterte målinger og meldinger fra brukere digitalt, hverdager mellom 08-15.00. Ved avvikende målinger blir pasientene kontaktet av sykepleiere, og tiltak iht. pasientens egenbehandlingsplan (EBP) bli iverksatt, eventuelt kontaktes hjemmetjenesten for videre oppfølging ved behov for tilsyn (3a). Tabellen under skisserer utarbeidet algoritme for oppfølging av rapportering.



Figur 5, Kommune 3, Standardisert algoritme for oppfølging, hentet fra sluttrapport 2021

Selv om pilotprosjektet DHO hadde oppstart i 2018 har kommunen vært tidlig ut med andre digitale prosjekter, helt tilbake til 2013. Dette gav kommunen et bedre utgangspunkt ved oppstart av DHO, ved at de kunne utnytte eksisterende digitale plattformer og erfaringer fra tidligere prosjekter. På den måten kunne ressursene legges inn i å videreutvikle og finjustere systemene, som gir seg til syne i blant annet gode standardiserte algoritmer og utregningsmodeller, som ser ut til å være utover normalen for de kommunene som er inkludert i studien.

Målene til prosjektledelsen var å skape lavere kostnader, men i startfasen kunne de ikke vise til å faktisk skape dette. Mange av pasientene som ble inkludert i DHO hadde ingen tilhørighet til helsehjelp fra tidligere, dette medfører at de hvor de da kan bli sett på som en økt kostnad og det vil ta lang tid før man kan se gevinst hos disse pasientene.

«...Prosjektet ga kommunene en opplevelse av økt kostnad ved denne oppfølgingen, der det ikke var mulig å erstatte en annen helsetjeneste med DHO» (S).

Flere aktører må se nytten for at det skal bli suksess. Mye av DHO vil være forebyggende arbeid, det vil si at man jobber for å minimere sjansen for at noe som ikke har skjedd enda, skal skje – for eksempel en forverring i helsetilstand, et legebesøk eller en innleggelse på sykehus. For at man skal klare å få alle parter til å forplikte seg til å bruke tid og ressurser på prosjektet, må tydelige nytteverdier som kan gjelde for alle

komme frem. Om man for eksempel ikke ser noe positive innvirkning på tidsbruk kan det skape motstand. Denne langsiktige, og relativt usikre, gevinstrealiseringen må tydeliggjøres gjennom forankringsarbeidet som gjøres av prosjektlederne. Hvis ikke er det den daglige opplevelsen av hvordan det fungerer i praksis som får slå rot, og da er det fort gjort å miste tilslutningen fra den enkelte:

«...det må oppleves som en avlastning med en gang. Fordi at fastlegene jobber i rød sone. Så for hver gang du ser at, ja du må jobbe 5 min ekstra. Så er det 5 min fra deres familietid som allerede er presset. Så man må ta noen ut av sekken deres med en gang. Også må det gi en gevinst i forhold til at det gir en bedre tjeneste» (3a).

Selv om samarbeidsprosjektet i kommune 3 virker å ha et stort teknologisk forsprang, og at forholdene ligger bedre til rette for å lykkes her enn i mindre selvstendige prosjekter i enkeltprosjekter, er det fortsatt en jobb som skal gjøres, og som krever tid og ressurser fra de involverte. Spesielt fastlegene, som er svært presset på tid i utgangspunktene, trenger å se en umiddelbar nytte eller avlastning for å opprettholde tilslutningen. Det kan være at de tror på historien i forankringsarbeidet i utgangspunktet, men dersom de ikke selv opplever en bedring i pasientens tjeneste, helse eller ressursutnyttelse etter kort tid, tyder mye på at det ikke fremstår verdt den ekstra tiden det koster.

Sluttrapporten til kommunen beskriver forankring som det første punktet i erfaringer å ta med seg videre. Dette gjelder for både toppledere og mellomledere, og som et punkt det er viktig å jobbe kontinuerlig med, ikke bare i startfasen. At denne kommunen også har det som sin fremste erfaring og anbefaling til andre kommuner som skal implementere Digital Hjemmeoppfølging, understreker at forankringsarbeid er avgjørende for suksess, uansett forutsetninger.

Samarbeidet mellom kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten

Samarbeid mellom alle aktører i kommunen har blitt formalisert i tydelige samarbeidsavtaler. Likevel ser de en utfordring når avtalene skal bli fornyet og de da strever med å få tak i de samme menneskene som har inngått forpliktelsen, og å få de underskriftene de trenger, fra riktige aktører. Dette kan kanskje tyde på at, i enkelte

instanser eller avdelinger, at prosjektet har liten «indre» drivkraft og lav oppmerksomhet etter av avtalene er inngått, og at engasjementet dabber av i tiden etter avtaleinngåelse, noe som kan true kontinuiteten i fremdriften av prosjektet på de arenaene der samarbeid er nødvendig. Likevel definerer kommunen i sin sluttrapport at det er mye fokus på et bedre samarbeidsinitiativ i årene fremover, noe som vil gjøre arbeidet enklere og mer bærekraftig.

Sykehuset og kommunen har fra tidligere lang erfaring innenfor samarbeid med digitale tjenester. Det har vært utvikling av algoritmer hvor spesialisthelsetjenesten har vært en viktig brikke. Det har også vært samarbeid mellom flere aktører ved opplæring og vedlikehold av kompetanse. Dette gav kommunen et fortrinn når Digital Hjemmeoppfølging skulle implementeres, ettersom mye av kompetansen og teknologien som krevdes allerede fantes i organisasjonen. Dette samarbeidet som startet før DHO gav resultater da covid-19 traff Norge våren 2020. De hadde tidligere hjelpemidler som kunne bli tatt i bruk og kunne derfor hjelpe pasienter hjemme i sitt eget hjem, før flere andre deler av landet, noe som understreker den gode effekten av å ha digitale plattformer og samarbeidsarenaer forankret i organisasjonen fra tidligere:

«Kommunen fikk mulighet til å ta i bruk app for oppfølging. Det gode samarbeidet og prosjektets erfaring gjorde også at sykehuset raskt fikk på plass hjemmesykehus for covid-19 pasienter i samarbeid med kommunen»

(Sluttrapport, kommune 3, s. 4).

Digital Hjemmeoppfølging for Covid-19 pasienter kom som en forlengelse av den ordinære målgruppen av digital hjemmeoppfølging. Her ble det lagt press på samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, og det var i alles felles interesse at Covid-19 pasientene kunne følges opp hjemme, slik smittefare og karantene regler fremstod. Her fikk vi se et eksempel på hvor raskt en slik digital helsetjenesteinnovasjon kan spres og normaliseres, når alle aktører har samme oppfatning og opplevelse av tjenestens verdi.

Leverandør av teknologiløsninger

Kommunen har videreført tidligere samarbeid med Siemens Healthineers AS, som er en leverandør med lang erfaring innenfor teknologiløsninger til helsesektoren.

Leverandøren startet prosjektet TELMA innenfor segmentet DHO i 2017. Pasientene som tidligere var lagt inn i programmet, kunne videreføres inn i pilotprosjektet DHO. Herunder har allerede flere pasienter og helsearbeidere erfaring med teknologien. Kommunene og sykehusene bruker samme system, som gir enklere brukervennlighet for alle, samt videreføring av målinger og meldinger fra pasienter vil være tilgjengelig for de som trenger de.

«Når tidligere prosjekt var avsluttet kunne vi videreføre pasientene inn i DHO. Selv om de ikke passet kriteriene, var det likevel greit å starte med en pasientgruppe.» (3a)

Måleutstyret til pasientene var en liten periode rammet av ustabile tilkoblinger. Nettbrettene – som bruker blåttann – kunne ha tendens til å koble seg ut, som skapte frustrasjon hos pasienter og oppfølgere. Ved overgangen til å bruke en app «Bring-your-own-device», hvor pasienten kunne integrere løsningen mot sin egne mobile enhet, avtok problemet. Oppfølging av personale med IT-kunnskaper kunne også tilbys i hovedsak hele dagen, med få unntak. Videreføringsverdien fra allerede etablerte systemer gav seg altså til syne ved både pasientoverføring, og mulighet for videreutvikling av et allerede utprøvd produkt i tjenesten.

5.2.4 Organisering av DHO i kommune 4

Kommunen er ikke en del av pilotprosjektet DHO, men har likevel prøvd ut digitale hjelpemiddel i sin drift. Beskrivelsen av kommunen blir derfor noe mangelfull i forhold til de andre, da det ikke foreligger tilsvarende rapportmateriale.

Kommunen er delt inn i 7 hjemmesykepleiesoner, fordelt geografisk. I en av de 7 sonene har Digital Hjemmeoppfølging blitt forsøkt organisert ved én AKS (akutt klinisk sykepleier), to ressurspersoner (fra Dignio), og en gruppesykepleier i tillegg til prosjektlederen. Tjenestelederen i den aktuelle sonen blir også informert om driften av prosjektet, men er ikke mer delaktig. Ledelsen i kommunen er ikke delaktig i prosjektet utover å beslutte at det skal prøves ut, noe som viser seg å skape utfordringer.

«...prosjektet er ikke forankret der oppe, det er ingen som kommer ned og ser om det går bra... det er lettere å ta avgjørelser der oppe, uten at man nødvendigvis ser hvor vanskelig det er å få i drift.» (4a)

I likhet med de andre kommunene blir forankring nevnt som en hovedutfordring. Prosjektlederen også i denne kommunen opplevde å stå alene om fremdriften, og savnet kontinuerlig støtte og oppfølging både fra Helsedirektoratet og kommuneledelsen.

Fra tidligere har ikke kommunen mye digitale hjelpemiddel og så både endring av praksis og arbeidsverktøy blir nytt for de involverte. Prosjektlederen peker på motstand blant helsepersonell som en utfordring:

«...skape mer eierskap til DHO blant ansatte. Det har vært en del motstand da de er lite mottagelig for endring» (4a).

Utsagnet tyder på at det er behov for å nedlegge betydelig innsats i forankringsarbeidet, for å få de involverte til å se verdien med endringen i denne kommunen. Forankring tar tid, både i oppstartsfasen, men også kontinuerlig og underveis i alle fasene av implementeringsarbeidet.

Det er satt av mindre ressurser til prosjektledelse og forankring i kommune 4, sammenlignet med de kommunene som er med i piloteringen initiert av HDIR. Dette påvirker naturligvis også fremdriften, og viser hvor sårbart det kan bli når en kommune skal forsøke å implementere en større digital helsetjeneste på egenhånd.

«Jeg er enig i at DHO er fremtiden, og vi må gjøre endringer, ... men det er ikke så lett å gjennomføre endringer når det kun er meg som jobber med det...» (4a)

Som en uavhengig kommune som jobber uten tilknytning til et større prosjekt vil man bli ekstremt utsatt om det skal skje uventede hendelser. Da covid-19 inntraff Norge 12. mars 2020 forteller prosjektlederen at hun ble opptatt med andre ting, og som følge av det stoppet hele prosjektet opp og ble satt på vent over en lengre periode.

Samarbeidet mellom kommunen, fastlegen og spesialisthelsetjenesten

Siden kommunen har forsøkt ut DHO som et selvstendig prosjekt, er det ikke formalisert noen forpliktelser på tvers av kommune, fastlege og spesialisthelsetjeneste som styrer de ulike instansenes innsats slik som de andre kommunene.

Prosjektleder i kommunen opplever at hennes forsøk på å nå ut til fastlegene med en uformell oppfordring, ikke skaper den forpliktelsen hun kunne ønsket seg. Hun mener at alle partene som har interesse i DHO bør ha en representant inn i prosjektgruppen, for å legge mer tyngde til forankringen ut i egen profesjon:

«Definitivt hadde det vært mye lettere hvis flere var med på det, og hadde vært flere med på laget i ledergruppa fra spesialisthelsetjenesten, fastlegen og hjemmesykepleien. Jeg har jo sendt meldinger til leger og litt av hvert om at det her er det vi driver med, men det er ikke nok» (4a).

Dette tyder på at om forankringen ikke er tilstede på administrasjonens side, vil det være utfordrende for enkeltpersoner å lykkes med å implementere en endring. Særlig utfordrende er dette i et terreng der man beveger seg utenfor sitt mandat og ikke har muligheten til å «bestemme» at en endring skal innføres.

Leverandør av teknologiløsninger

Teknologien i kommunen er levert av Dignio. Leverandøren har vært i kommunen for opplæring og møter flere ganger i oppstartsfasen, slik at pasient og helsepersonell skal kunne mestre teknologien. Kommunen har også opplevd god støtte fra leverandøren i oppstartsfasen knyttet til utvelgelsen av pasienter.

«...leverandør har vært her på de 3 første møtene og hjulpet oss med utstyret og det går veldig bra, men når ting kommer til det dagligdagse bruken faller flere pasienter fra da de kanskje ikke egner seg, lite av satt tid ol...» (4a)

Det tyder på at selv om leverandør stiller med hjelp og support i oppstartsfasen vil ikke det være nok. Om en av aktørene ikke får tilstrekkelig oppfølging og hjelp over tid, vil tjenesten stoppe opp.

Selv om kommunen – som flere av de tidligere kommunene også har pekt på – synes det er vanskelig å opprettholde moment og fremgang over tid, er de fornøyd med oppfølgingen de har fått fra leverandør i oppstartsfasen, og ser et potensiale i å kunne bruke de enda mer inn i etablerings og forankringsfasen ut mot pasientene:

«Vi har sittet sammen med leverandøren, og har ramset opp 15 forskjellige brukere.. men når de drar så sitter vi igjen med 2. Også følger vi den / de opp i en periode også dabber det av» (4a).

At leverandøren kjenner produktet og konseptet godt nok til å kunne bidra inn i rekrutteringsarbeidet er en stor fordel, og muligens en uutnyttet ressurs hos mange. Selv om kommune 4 strever med å opprettholde tilslutning over tid, så ser vi allikevel her muligheten for å nytte seg mer effektivt av leverandørens kompetanse og engasjement.

5.2.5 Oppsummering: Kommunenes organisering av DHO

Resultatene viser at DHO er organisert på ulike måter i de fire kommunene. Kommune 3 skiller seg ut med tanke på størrelse, samarbeid og tidligere erfaringer ved bruk av teknologiske løsninger, som igjen har gitt kommunen et fortrinn ovenfor de andre kommunene. Likevel ser vi at jo større kommune/region jo mindre eierskap til selve implementeringen. Sistnevnte har endret prosjektleder tre ganger etter de startet med DHO som igjen kan gi forsinkelser samt lite eierskap til selve endringen. De resterende tre kommunene er mindre totalt sett, men scorer høyere på «ildsjeler» som virkelig vil implementere DHO og kanskje strekker seg det lille ekstra.

Forankring i toppledelsen er et tema som går igjen hos alle kommunene, og alle beskriver utfordringer og muligheter i ulik grad. Igjen skiller vi ofte på forankringsledelse som kan bevege seg både internt og eksternt. Implementering skjer ofte på tvers av organisasjonsaktører og samarbeid vil være nøkkelen. Kommune 3 kan igjen vise til et samarbeid mellom flere aktører som gir de flere muligheter. Likevel ser vi også i de andre kommunene – spesielt i kommune 1 – et unikt samarbeid mellom ildsjeler som virkelig *vil* lykkes og strekker seg det lille ekstra for at DHO faktisk skal bli implementert.

Kommune 4 er kanskje den kommunen som har opplevd mest motstand med tanke på implementering av DHO, likevel ser vi en positiv erfaring med tanke på den støtten de likevel har fått fra leverandøren. Et annet viktig moment vil være den nærheten kommune 2 får med sine pasienter/brukere og fastleger. Flere pasienter vil føle motstand til det ukjente, men kommunen kan tydelig vise til pasienter som stoler på side kontaktpersoner og vil derfor yte det lille ekstra for å kunne benytte seg av DHO. I motsetning til en større kommune, som kanskje ikke ville hatt samme nærhet til sine pasienter.

5.2.6 Pasientgrunnlag, rekruttering og pasientenes respons

Per i dag vil det være vanskelig å kunne måle konkrete økonomiske gevinster med DHO. Likevel er det andre verdier som vil være målbare og ikke minst like viktige. I helsesektoren er pasienten i fokus, derfor vil pasientgrunnlaget og deres respons til DHO være viktige for videre implementeringsarbeid av prosjektet. Kommune 4 vil ikke bli diskutert i denne delen av oppgaven da vi har for lite håndfast data, i motsetning til de andre kommunene som stiller med konkrete data som omhandler pasienten.

5.2.7 Pasientgrunnlag, rekruttering og pasientens respons i kommune 1

Kommunen har 80 inkluderte pasienter, 28 fastleger som er involvert og de er ikke tilknyttet primærhelseteam. Målgruppen til kommunen er kols, hjertesykdommer, diabetes, kreft og covid-19 pasienter.

Rekruttering

Kommunen melder om utfordringer ved å komme med noen absolutte inkluderingskriterier for rekruttering. De opplever at det ofte er nødvendig å gjøre en individuell vurdering, noe de har fått god erfaring med underveis. Erfaringen gjør at de kan ta effektive og formålstjenlige avgjørelser, men totalt sett er det en ressurskrevende metode. Det har vært mulig for alle å henvise inn til DHO prosjektet. Fastlegene er de som henviste flest, med hele 51 %. Både hjemmetjenesten og gruppen «andre» (Pasienten selv, pårørende, tjenestekontoret, fysioterapeut ol.) sørget for en henvisningsandel på 23% hver, mens kun 3% ble henvist fra sykehuset.

Diagnose ligger som et hovedkriterium, men minst like viktig er pasientens motivasjon og evne til å tilegne seg den digitale kompetansen som er nødvendig. I tillegg sees det på sykdomsbyrde i forhold til hvor mye tjenester de har hos kommune, fastlege og ved akutte innleggelser fra tidligere for å regne på forventet nytte og gevinst.

«Om de har hatt mange innleggelser på sykehuset fra tidligere, da er de jo veldig aktuelle.. For vi ser at vi bremser innleggelser veldig» (1a).

Kommunen har tydelig erfart at DHO bremser sykdomsforverring som fører til innleggelser. I et nasjonalt helseperspektiv er dette et viktig poeng, som kan bidra til å spare helsepersonell ressurser. For kommunene som skal rekruttere pasienter til DHO er det allikevel viktig at man ikke låser seg til en kost – nytte tenkning, men at man også inkluderer pasienter i et forebyggende perspektiv. Særlig i små kommuner vil det være viktig å klare å tenke alternativt for inkludering, for å få opp tilstrekkelig nok pasientvolum i forhold til det tjenesten er dimensjonert for.

Pasientens respons

Selv om flere kommuner peker på utfordringer og ulike punkter til forbedring ved organiseringen av tjenesten, så preges undersøkelsene som er gjort blant de inkluderte pasientene av stor grad ved å være svært fornøyd med hvordan de opplever tjenesten.

I forbindelse med den første prosjektrapporten sendte kommunen ut en spørreundersøkelse til de inkluderte pasientene, og deres pårørende. Blant 24 svar fra den første tiltaksgruppen på 42 pasienter peker flere indikatorer i retning av at pasientene opplevde økt mestring og trygghet.

- 94 % (52 % svært fornøyd og 43 % godt fornøyd) var fornøyd i det store og hele med digital hjemmeoppfølging
- 100 % mener at digital hjemmeoppfølging har gjort de tryggere
- 92 % mente det økte deres forståelse for og/eller kunnskap om egen sykdom

Tolker vi tallene vil det være enkelt å kunne konkludere med at pasientene er fornøyd med DHO. Men likevel rapporteres det i mindre grad om opplevelsen av at DHO som har ført til færre innleggelser og / eller legebesøk. Dette kan muligens forklares med at

undersøkelsen ble gjennomført relativt kort tid etter inkludering, og at det i en oppstartsperiode kan forventes at kontakten med fastlegen / lege i spesialisthelsetjenesten er hyppigere enn normalt. Det er flere faktorer som kan spille inn, men en mulig årsak kan skyldes enten etablering av tjenesten, eller at man i denne fasen oppdager forverring i større grad, som vanligvis kanskje kunne forbigått uoppdaget og dermed uten legebesøk. Denne effekten vil man kunne forvente i noen grad vil endres med tid, ved ytterligere stabilisering av tjenesten, herunder blant annet optimalisering av egenbehandlingsplanen og at pasienten blir bedre kjent med sin egen helse og hva som kan kategoriseres som normale / aksepterte versus avvikende målinger som utløser et behov for tiltak.

58 % mener det har redusert besøk til fastlegen, 32 % mener det har redusert sykehusopphold, 59 % mener det ikke har påvirket sykehusopphold og 9 % mener det har økt sykehusinnleggelse.

Kun 3/10 mente at behovet for hjemmetjeneste ble redusert, og 1 av 10 mente til og med at DHO økte behovet for hjemmetjeneste, noe som kan henge sammen med hvordan tjenesten er organisert på tvers av enhetene.

I all hovedsak er den effekten som trekkes frem som mest signifikant rapporteringen av økt trygghet og følelsen av å mestre sin egen sykdom.

5.2.8 Pasientgrunnlag, rekruttering og pasientens respons i kommune 2

Kommunen har 19 inkluderte pasienter, 5 fastleger som er involvert og de er tilknyttet primærhelseteam. Målgruppen til kommunen er psykiske lidelser, kronisk sykdommer og covid-19 pasienter.

Rekruttering

Kommune 2 forteller om nødvendigheten til å være litt utradisjonelle i sine utvalgsriterier, for å få inkludert nok pasienter, da kommunen er liten og derfor vil være vanskelig å rekruttere nok pasienter dersom de kun skal velge ut ifra de mer tradisjonelle inkluderingskriteriene (KOLS, diabetes ol.).

«Og så, det som kanskje har vært litt utypisk her. Det er at vi har prøvd det på for eksempel pasienter som ønsker livsendring, og vi har prøvd det på pasienter med utfordringer med psykisk helse» (2b).

Kommunen viser her at de «går utenfor boksen» ved rekruttering av nye pasienter, i motsetning til de andre kommunene. Likevel kan det være suksessrikt da vi ser respondenten beskriver pasienter som *ønsker* en livsendring, hvor det vil være en egen motivasjon fra pasientens side om å ta i bruk DHO. En utfordring som trekkes frem knyttet til dette, er at det kan være vanskelig å regne på gevinst, og at det fort kan oppleves som at man «lager» et behov som ikke nødvendigvis er der.

«..vi har jo hele tiden vært redd for å bygge opp en tjeneste som det egentlig ikke er et behov for, også skaper vi et behov sant» (2a).

Underveis i prosjektet har kommunen forsøkt flere modeller for pasientinkludering, etter å ha gjort vurderinger underveis. De har prøvd ut ulike inkluderingskriterier, og det fremstår enklere å argumentere for inkludering av pasientgrupper som genererer en økonomisk besparelse, selv om også pasientens opplevde nytteverdi også legges til grunn.

«Men vi har endret det og prøvd å teste det ut på kreftpasienter. Der har vi gjort oss noen erfaringer som vi må bygge videre på. Det vil jo være ressursbesparende, om vi klarer å følge opp disse med diagnosene i hjemmet deres. Og en trygghet for pasientene» (2a).

Kommunen understreker at oppfølging av diagnoser som blant annet kreft og psykiske lidelser krever noe spesialkompetanse – slik at de anbefaler å etablere et samarbeid med kreftkoordinator / psykisk helse team i kommunen for oppfølging, dersom man ikke har denne kompetansen innad i oppfølgingstjenesten. Det pekes også på verdien av å kobles på relativt tidlig i behandlingsforløpet, for å fange gevinsten av forebyggende arbeid.

Pasientens respons

Kommunen skriver i sin sluttrapport at de ikke har nådd sitt inkluderingsmål på antall pasienter i prosjektperioden. Målet var å få inkludert 20 pasienter i kontrollgruppen, og

20 i tiltaksgruppen. For å øke rekrutteringen i omfang fra sykehus, leger og hjemmetjenesten er det allikevel viktig å vise til de gode erfaringene pasientene gir tilbakemelding om, slik at det kan inspirere til videre engasjement i arbeidet også fra samarbeidende aktører. Dette, sammen med å kunne vise til effektiv ressursutnyttelse, er en viktig inspirasjonskilde. Kommunen har derfor, i tillegg til spørreundersøkelse blant pasientene, presentert noen konkrete pasientcaser med forløp, tilbakemeldinger og forventet nytte denne sluttrapporten (2021)

«DHO er i utgangspunktet ikke bare en ren erstatning for eksisterende tjeneste, men skal være en tjeneste som underbygger pasientens mestringsevne og innsikt i egen helse. Dette må også sees på som en gevinst» (Kommune 2, Sluttrapport – 2021).

Kommunen viser her til å se andre gevinster, enn rent økonomisk, noe som fort blir vanskelig å måle. I en spørreundersøkelse utført blant de inkluderte pasientene i uke 20 etter oppstart, svarer 31,25% at DHO har økt deres kunnskap og/eller forståelse av sine helseutfordringer. En mer markant tilslutning vises på spørsmål om DHO har ført til økt trygghet, hvor 62,5% svarer bekreftende på påstanden. I tillegg svarer 56,25% at de opplever økt livsglede som følge av DHO, og 50% av de inkluderte svarer at deres fysiske helse er blitt bedre etter oppstart med DHO.

Tilbakemeldinger fra pasienter i fritekst i samme undersøkelse, på svar om hva som er det beste med DHO, kan være med å underbygge de statistiske funnene:

«Jeg føler meg tryggere totalt sett og kan slappe av når det gjelder min rekrutteringsdiagnose» (Pasient A, Kommune 2)

«Jeg får motivasjon til å utføre trening de dagene jeg har bestemt meg for det» (Pasient B, Kommune 2)

«Trygghet for meg og pårørende. Jeg føler meg friere på en måte. Jeg kan for eksempel reise på hytta alene, besøke familie» (Pasient C, Kommune 2)

Kommunen har som tidligere nevnt få rekrutterte pasienter som fra tidligere har hjemmetjenester, men de har tatt for seg en pasientcase (Pasient C) der DHO har vist seg vellykket i å kunne erstatte tidligere hjemmebesøk via hjemmetjenesten, og fremstilt en prognose for kostnadsbesparelse basert på dette.

Figur 5 viser prognose for kostnadsdifferanse, basert på pasientens opprinnelige situasjon med 14 besøk fra hjemmetjenesten/ uke a varighet 11 min/besøk i tillegg til 40 min. tur/retur kjøretid sammenlignet med situasjon etter innføring av DHO, hvor besøk fra hjemmetjenesten er avsluttet. Pasienten får nå kun 1 besøk pr. uke til praktisk bistand, og følges ellers opp via DHO. Pasienten har fremdeles trygghetsalarm. I perioden før oppstart av DHO hadde pasienten også 2 oppholdsdøgn på ØHD som er inkludert i beregningen for 2020. Vedlegg 1 viser den fulle utregningen med tilhørende pasientcase.



Figur 6: Kostnadssammenligning 2020-2025, Kommune 2

5.2.9 Pasientgrunnlag, rekruttering og pasientens respons i kommune 3

Kommunen har 147 inkluderte pasienter, 44 fastleger som er involvert og de er tilknyttet primærhelseteam. Målgruppen til kommunen er kols, hjertesykdommer, diabetes, kreft og smittede covid-19 pasienter.

Rekruttering

Kommunen har hatt særlig fokus på pasienter med kroniske sykdommer samt nedsatt funksjonsnivå. Pasienter innenfor disse gruppene blir vurdert utifra graden av risiko for forverring av sykdom, reinnleggelse til sykehus samt økt behov for helse- og

omsorgstjenester. Kommunen har gjort disse valgene med tanke på kostnader forbundet med helsetjenester samt de med mest oppfølging fra tidligere. Det ble også sett på hva DHO kunne hjelpe disse pasientene med, da med tanke på oppfølgingsbehov samt deres behov for helsetjenester.

Sluttrapporten viser til fire inkluderingskriterier de går etter ved inkludering av nye pasienter/brukere i DHO. Disse er; Pasienten kan nyttiggjøre seg denne type behandling og er motivert, mulig å observere/måle/følge opp på avstand, være i stand til å følge en plan og er samtykkekompetent. Initiativet til inklusjon kan komme fra flere, og fastlegens helhetsvurdering avgjørende for hvem som inkluderes.

Blant de 147 pasientene som kommunen har rekruttert kommer flere av disse fra tidligere digitale prosjekter.

Mye av målet vil være å spare kostnader, enten ved at man sparer innleggelser eller kan redusere på oppsatte besøk fra hjemmetjenesten. En utfordring kan være at disse pasientene, som ofte legges inn og / eller som har tjenester i hjemmet fra før, ofte *også* er gamle og meget syke, og kan streve med å sette seg inn i en slik type ny teknologi som DHO krever. Det finnes flere ulike modeller for oppfølging, avhengig av pasientens tilstand og behov, allikevel etterlyses flere og klarere retningslinjer for hvilke pasienter som etter utprøvingen viser seg å både være egnet for inkludering, og ha nytte av et slikt tiltak.

Pasientens respons

Blant de 147 pasientene som kommunen har rekruttert kommer flere av disse fra tidligere digitale prosjekter. Det har blitt gitt tilbakemeldinger fra pasientene at oppfølgingen som DHO gir har vært med å skape mestring og trygget til å håndtere hverdagen med kronisk sykdom bedre.

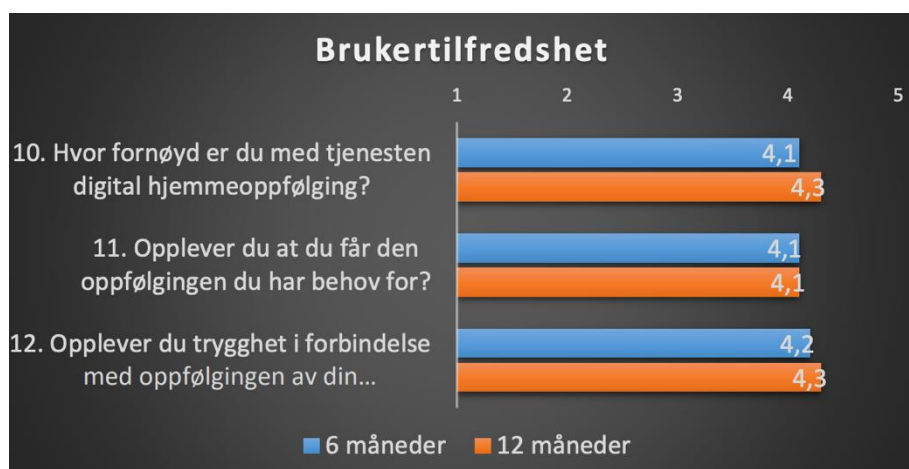
«Den tryggheten dere gir meg i hverdagen med digital hjemmeoppfølging har gitt meg en mulighet for å føle meg trygg hjemme» (Pasient A, kommune 3).

«Jeg har den tryggheten i bakhånd hele veien. Det at noen følger med på den daglige formen min og tar kontakt hvis det er noe, er gull verd» (Pasient B, kommune 3).

«Jeg er sikker på at jeg ikke hadde overlevd min siste kraftige forverring hadde jeg ikke hatt DHO» (Pasient C, kommune 3).

Det ble gjennomført evalueringssamtaler mellom oppfølger og pasient, her viser de til at de aller fleste har gitt uttrykk for at de fortsatt ønsker samt har behov for tjenesten. Målsettingen er å oppdage forverringer tidlig for å spare innleggelser på sykehus. Sluttrapporten (2021) for kommunen beskriver at hver 6. måned blir det sendt ut brukerundersøkelser med 8 spørsmål hvor brukeren skal svare på hvordan han/hun har opplevelse av egen helse. Resultatet fra denne viser til bedring på de fleste punkter knyttet til helse og psykisk helse.

Brukerne uttrykker gevinster ved at de alltid har noen å kontakte, rask respons ved avvik av målinger som blir sendt inn, samt god oppfølging. Kommunen viser til at det antageligvis ville vært flere som hadde søkt kommunal hjelp om det ikke var for DHO. Sluttrapporten til kommunen viser at ved oppstart var det 22% av pasientene som brukte kommunal hjelp, mens ved utgangen av prosjektet var denne sunket til 19%. Brukertilfredsheten til pasientene ble også målt i forhold til oppfølging. Som figuren under viser ser vi at pasientene viser til høy tilfredshet ved hvor fornøyde de er til tjenesten, oppfølgingen er god samt økt trygghet.



Figur 7, Kommune 3, Brukertilfredshet, Hentet fra Sluttrapport 2021

5.2.10 Oppsummering – Rekruttering og pasientens respons

De tre kommunene stiller med ulike forutsetninger med tanke på erfaring og pasienttilgjengelighet. Kommune 3 har inkludert ca 8 ganger så mange pasienter som kommune 2 som gir en signifikant forskjell fra utgangspunktet. Som forventet er det stor forskjell på kommune 3 i motsetning til kommune 1 og 2, da de allerede har inkluderte pasienter de kunne videreføre fra tidligere prosjekter. Kommune 1 og 2 beskriver inkludering av «feil» pasienter som ofte gir en større kostnad enn gevinst. Likevel ser vi at kommune 2 – på bakgrunn av sin mindre størrelse enn resterende – har måtte tenke nytt å inkludere pasienter som er psykisk syke eller selv ønsker det. Her skapes det kunnskaper med en helt ny pasientgruppe som de resterende kommunene ikke får. Da kommunen er liten har de også mulighet til en nærhet med pasientene, og følge opp på et annet nivå som igjen kan gi fordeler. Likevel vil kommunen være sårbar ved frafall av pasienter, da de allerede har relativt få i motsetning til kommune 3 som ikke vil merke like stor forskjell ved frafall av 1-2 pasienter.

Tilbakemeldinger fra pasienter er et punkt som er nokså lik i alle kommunene. Jevnt over beskriver de aller fleste pasienter en tryggere hverdag, større frihet samt bedre kunnskap om egen helse. Selv om de økonomiske gevinstene vil være vanskelig å måle, ser vi likevel gevinsten – som alle kommunene beskriver – høy brukertilfredshet hos pasienten. Dette kan gi forankringsarbeidet et push.

6 Diskusjon – utfordringer, forutsetninger og forankringsarbeid

I vår analyse har vi forsøkt å fange opp både hva som kan være utfordrende, og hvilke organisatoriske forskjeller og forutsetninger som kan påvirke overgangen til varig bruk av Digital Hjemmeoppfølging. I tillegg ønsket vi å se på hvilke praksiser og aktører som ser ut til å spille en særlig viktig rolle for forankring, og hvordan forankringsarbeidet kan bidra til at kommunene lykkes med å oppnå varig endring.

Det er flere utfordringer som er *felles* for alle de inkluderte kommunene, knyttet til implementeringen av DHO. Disse utfordringene har vi trukket frem og diskuterer i dette kapittelet, i lys av forutsetninger og strategier, og sett opp mot praksiser og aktører som ser ut til å spille en viktig rolle for forankringsarbeidet. Det at disse utfordringene trekkes frem og beskrives av alle kommunene, kan tyde på at det også hos fremtidige kommuner som skal implementere Digital Hjemmeoppfølging vil kunne bli krevende å jobbe med dette.

Kommunene har valgt ulike implementeringsstrategier. Analysen viser at flere strategier peker seg ut, men at *to har vært mer effektive*, og ser ut til å ha gi et fortrinn når det gjelder å legge et godt grunnlag for varig endring. Den ene strategien kan beskrives som et større strukturelt samarbeid mellom flere kommuner, der de kan dele kunnskap og kostnader. I tillegg effektiviseres driften på en helt annen måte her, enn hos de som forsøker å drive prosjektet og oppfølgingen helt alene. Den andre strategien er mer uformell og relasjonell, og dreier seg i større grad om hvordan prosjektet ledes og forankres, med stor vekt på de personlige egenskapene og engasjementet til prosjektlederen. Klarer man å knytte til seg en eller flere ildsjeler som virkelig brenner for konseptet, og har god formidlingsevne knyttet til blant annet nytteverdi, så ser det ut til å motivere og engasjere de involverte partene på en slik måte at de forplikter seg til et varig handlingsmønster som støtter endringen over tid. Disse to strategiene kompletterer hverandre, men begge strategiene legger spesielt godt til rette for hvordan man kan praktisere forankringsarbeid på en måte som skaper tilslutning og engasjement hos de involverte på hver sin måte.

6.1 Særlige utfordringer – felles erfaringer

Organisering, forankring og å formidle en felles nytteverdi, peker seg ut som utfordrende elementer hos alle kommunene. De beskrives å være til hinder for implementeringsarbeidets fremdrift og hvordan de ulike kommunene klarer å skape grunnlag for varig endring, gjennom de involvertes tilslutning til prosjektet.

Teknologien i seg selv – iPader, måleutstyr og programvare – har skapt lite utfordringer, og de inkluderte pasientene er i stor grad fornøyde, både i forhold til brukervennlighet og helsehjelpen de mottar.

Digital Hjemmeoppfølging er et felles prosjekt for flere kommuner initiert av Helsedirektoratet, og med elementer som ligner på tidligere gjennomføringer og utprøvinger i helsevesenet. Med den erfaringen og teoretiske kunnskapen innenfor endringsprosesser og implementeringsarbeid som finnes fra tidligere, skulle det være unødvendig at samtlige kommuner må bruke ressurser på å «prøve seg fram» (Rogers, 2003). Organisering i offentlig sektor skiller seg dog fra de private da de forholder seg til bredere sett av mål og verdier (Christensen et al., 2015), som kan være vanskelig å definere felles for alle involverte parter. I tillegg er kommunene svært ulikt organisert, og har ulike demografiske forutsetninger. Dette kompliserer ideen med å klare og lage en felles oppskrift som passer for alle, og vi ender opp med å studere forankringsarbeid i et svært utfordrende terreng. Kommuner og samarbeidspartnere beskriver en relativt «åpen» bestilling fra Helsedirektoratet, der de skal vurdere selv hvordan de vil jobbe med DHO innenfor sin respektive kommune. Denne ustrukturerte organisering viser seg å gjøre både prosjekteringen og selve implementeringen av DHO etter endt prosjekt utfordrende (Taylor et al., 2015).

6.1.1 Prosjektgruppene etterlyser en tydeligere skissert organisering

Henriette Langstrup (2008), som har studert et lignende prosjekt i Danmark, observerer også der at bestillingen om «implementering» ofte er politisk ladet, og brukes på en måte som antar organisasjonssettingen og dens aktører som forhåndsgitte. Dette kan gjøre oppdraget vagt og sårbart i arbeidet med å skape en god «passform» mellom ny teknologi og eksisterende organisasjon.

Det er kommunene selv som bestemmer hvordan de vil organisere drift av DHO og oppfølgingstjenesten. Organiseringen kan for eksempel gjøres internt i egen kommune, gjennom samarbeid med andre i Helsefellesskapet, eller med andre kommuner. Prosjektene i utprøvingen har gjort seg ulike erfaringer knyttet til hvordan de har valgt å organisere tjenesten, og flere har måttet gjøre justeringer underveis (S). Funn i studien viser at flere deltakere finner det utfordrende at de ikke har noen bestemte føringer fra Helsedirektoratet på *hvordan* tjenesten skal organiseres, spesielt de som har lite erfaringer med implementering av lignende velferdsteknologiske endringer fra tidligere.

Helsedirektoratet fremlegger i sin prosjektutgivelse, som gjengis i sluttrapporten at kommunene bør ta individuelle hensyn ved organisering og i planleggingsfasen, ut ifra den enkelte kommunes behov. Blant annet bes følgende momenter tas med i vurderingen: behovet for ressurser, kompetanse, utstyr, samhandling, forsvarlighet, synergieffekter og bærekraft i kommunen, regionen og helsefellesskapet (S). Mange av disse momentene kan oppleves svevende og lite håndfaste, når det kommer til de som skal sitte å være utøvende part – og planlegge en endringsprosess knyttet til ukjent både innhold, omfang og mål (Jacobsen, 2018).

Det ser ikke ut til at det tas tilstrekkelig hensyn til at implementeringen skal foregå i organisasjoner som består av organisasjonsprosesser, og ikke stabile strukturer, og dermed at forankringsarbeidet er en kontinuerlig prosess (Weick & Quinn, 1999). Kommunene beskriver at de ofte lykkes med å organisere oppstartsmøter, og at engasjementet i planleggingsfasen er stort, men at mange opplever å miste tilslutning hos de involverte partene etter hvert som tiden går. Det prosessuelle implementeringsarbeidet, der handlingen involverer mønstre av interaksjoner innenfor spesifikke områder i organisasjonen *over tid* (May & Finch, 2009), får lite oppmerksomhet i kommunene, så vidt vi kan se.

De kommunene som forteller om god fremdrift og varig tilslutning også etter en tid, kjennetegnes av gode strukturelle forutsetninger, der flere kommuner samarbeider og satsningen på digitalisering av helsetjenester i kommunen er sterkt forankret i hele regionen fra tidligere, *eller* at de har engasjerte ildsjeler i prosjektlederposisjoner, som arbeider med forankring og fremdrift utover det som kan forventes. Dette knyttes

sterkere til tilfeldige sammenhenger, enn planlagte prosessuelle strategier, så selv om disse strategiene – som vi kaller strukturelle og uformelle – ser ut til å gi et fortrinn for varig endring, så er det allikevel behov for en tydeligere skissering av hvordan implementeringsarbeidet skal organiseres, ikke bare i planleggingsfasen – men også gjennom hele prosessen for å sikre arbeidet mot varig endring (May & Finch. 2009).

6.1.2 Sørg for forankring på alle nivå

Flere opplever det vanskelig å skulle være den *ene* som skal klare å forankre DHO ut i en hel organisasjon, basert på planer som kanskje er lite konkrete og uten forpliktelser for alle de deltagende partene. Avhandlingen beskriver en type nettverksorganisasjon der ledelsen ikke kan *bestemme* gjennom internstrukturene, men må engasjere og forankre hos andre, både helsepersonell og pasienter. Forankringslederne i kommunene må bevege seg både internt og eksternt, som betyr at forankringsledelsen ofte blir uformell, uten tydelig makt og mandat. Det ser ut til at lite implementeringsteori tar for seg forankring på tvers av, - og mellom organisasjonsaktører spesielt, så dette er et område som vi mener bør få økt oppmerksomhet fremover, dersom man skal lykkes i å utvikle et verktøy som kan forebygge fragmentering, og støtte endringsarbeid i helsevesenet på en effektiv måte (Ahgren, 2010).

Smircich & Morgan (1982) hevdet tidlig at mennesker i organisasjoner er så avhengig av lederens retning og kontroll, at uten ledelse vil man heller ikke ha en organisasjon. Det er ikke slik at kommunene rakner dersom et prosjekt ikke ledes på en tydelig måte, men prosjektet kan miste sin fremdrift og retning uten tydelig ledelse. Det ligger i menneskets natur at vi søker etter den retningen strukturen som ligger i det å bli ledet, og uten dette kan risikere at de involverte føler seg paralysert og immobilisert.

Flere av kommunene uttaler at de er avhengige av ildsjeler og engasjerte enkeltindivider som trekker prosjektene fremover. Allikevel er det tydelig (og opplagt) at en eller få personer ikke vil greie å gjennomføre en slik omfattende velferdsteknologisk endring i en virksomhet alene (Walmsley & Miller, 2008). Mange parter, tilhørende i ulike profesjoner, vil bli berørt av endringen. Å sikre forankring i alle ledd, fra toppledelsen til utøvende profesjon, hos både kommuner og sykehus, på alle ledernivå og i de ulike kliniske rollene samt fastleger, er et felles råd fra alle kommunene.

Kommune 1, som har hatt fordelene av å ha gode ildsjeler i prosjektlederposisjoner, er tydelige på at hvis man skal lykkes med noe, må endringen forankres på toppledernivå – *men* det må også prosesseres ut til de ansatte, gjennom blant annet en kommunikasjonsplan, en plan for opplæring, tydeliggjøring av hva man ønsker og hva vi vil med dette, og ikke minst hva som er gevinsten. De er tydelige på at hvis man får til dette, kan implementeringen gå raskt.

Flere av kommunene beskriver manglende forankring i ledelsen, samt lite forståelse av hvordan velferdsteknologien faktisk fungerer «på gulvet». Disse utfordringene tyder på at det er behov for å organisere implementeringsarbeidet inn i en tydeligere ramme, som sikrer at alle nødvendige elementer i prosessen gjennomgås, og at man jobber mer strukturert med å gjøre endringer til en rutine (May & Finch, 2009). Det er viktig å arbeide med hvilken nytteverdi det kan ha for den enkelte involverte profesjon eller avdeling, for å skape denne drivkraften. Selv om forankringen må skje helt fra toppledelsen og ned, kan den kontinuerlige forankringen og meningsskapning gjerne drives via agenter som har funksjoner og kontakter i den utøvende delen av systemet, for å skape nærhet og eierskap til prosjektet (Rogers, 2003). For å sikre kvalitet ved en endring i helsevesenet, er man avhengig av at hele det tverrfaglige teamet er involvert fra start til slutt (Orvik, 2015).

En utfordring som møter flere av prosjektlederne i de ulike kommunene ved forankringsarbeidet er nettopp hvilket budskap de skal basere forankringen på, og hvilken nytteverdi som kan anees å være gyldig og felles for alle berørte parter.

6.1.3 Formidle nytteverdi

Teorien om meningsskapning tar utgangspunkt i at vi handler på en spesiell måte, fordi det gir mening for oss (Hernes, 2016). Implementering av Digital Hjemmeoppfølging bør forankres i en felles forståelse av hva målsetningen/gevinsten skal være, som for eksempel økt mestring og trygghet for pasientene, redusert arbeidsbelastning for det generelle helsevesenet ved at flere kan behandles hjemme eller reduserte antall innleggelses.

Tjenesteinnovasjonens egenskaper kan utfordre arbeidet med å formidle hvilken nytte som skal verdsettes. Tjenester kjennetegnes blant annet ved at de er u håndgripelige og er avhengige av den interaksjonen og handlingen som skjer mellom tjenestemottaker og tjenesteyter i øyeblikket (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1985). Det har vist seg vanskelig i kommunene å se en klar gevinst som kan være «gyldig» for alle involverte parter, ettersom den økonomiske gevinsten lar vente på seg. Tjenesteytere som er i nær kontakt med pasientene daglig kan oppleve pasientens formidlede økte trygghet og takknemlighet som en viktig gevinst, mens legene kanskje ikke opplever den samme virkningen, og vil være mer opptatt av om tjenesten fører til færre legebesøk – noe det har vist seg å være vanskelig å bekrefte at den gjør før litt senere i tjenesteforløpet.

Vi mennesker blir styr av mer enn de eksterne og normative rammeverkene, og det vil derfor være nytteløst å implementere noe som ikke oppleves som virkelig nødvendig (Dixon-Woods et al., 2015). Når May & Finch (2009) har analysert implementeringsarbeid igjennom NPT, er også de tydelige på at produksjon og kontinuerlig reproduksjon av sammenheng og felles handling i en praksis, krever at aktører i fellesskap investerer mening i den.

Begrepet «mening» slik det omtales i endringsarbeid, handler i stor grad om at man som leder av en endring eller endringsprosess må klare å formidle nytten- og meningen med den endringen som skal iverksettes, og på den måten skaper tilslutning til prosessen (Hernes, 2020). Tilslutning er ikke avhengig av enighet blant de involverte, men handler om hvordan man uavhengig av vilje utfører *handlinger* som kan knyttes til et felles mål, eller narrativ.

Det er få som nevner nytteverdier der pasientens erfaringer står i fokus som en gyldig felles verdi. Det kan se ut til at det er vanskelig å komme til det punktet der pasientens opplevelser og økte livskvalitet kommer til nytte i tilfeller der man opplever umiddelbare økonomiske tap, da det kan oppleves å gå på akkord med prosjektets opprinnelige mål. Prosjektets beskrives i utgangspunktet som et tiltak for ressursbesparelse og effektivisering i helsetjenester, så når disse effektene uteblir er det vanskelig å ruste de involverte partene med den tålmodigheten som trengs for å vente på de langsiktige økonomiske gevinstene.

Ved å formidle mening og nytteverdi på en god måte, på tvers av- og felles for alle de involverte profesjonene, bidrar man til å knytte mening til handling, og det individuelle til det kollektive (Hernes, 2020). Å formidle en felles nytteverdi og mening på tvers av alle aktører i et tverrprofesjonelt team, er ikke nødvendigvis en enkel oppgave. For helsepersonell er (eller i det minste bør være) pasientens behov den fremste prioriteten og verdien i arbeidet. Det gir mål og retning. Men som profesjonelle opptrer de også selvstendig i arbeidsprosessen; faglig innsikt forteller hva som *må* gjøres, og utover det har de noen styringsmål som for sin avdeling bestemmer prioritering av tid og ressurser (Orvik, 2015).

Ettersom helsevesenets organisering er lagt opp slik at enhetene (Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten) har hver sin styringsmodell og budsjettansvar, har det vært særlig krevende for prosjektlederne og få formidlet en felles nytteverdi på en slik måte at det gir lik mening for alle parter. Dette kan gi særlige utfordringer i det å oppfylle kravene i dimensjonen «Contextual Integration», forklart av Murray et al. (2011) som det å tilpasse teknologien til den «overordnede organisatoriske konteksten», herunder felles mål, visjon, ledelse og ressurser. Deres funn ved utprøvingen av NPT er tydelige på at initiativer som passer godt med eksisterende organisasjonsmål er har større sannsynlighet for normalisering og dermed vellykket implementering. Vi må anta at alle de involverte har pasientens beste i fokus, men ettersom at innsats og gevinst kan finne sted i to ulike enheter, beskriver flere at det har vært utfordrende å mobilisere en felles tilslutning som drives av oppriktig motivasjon hos den enkelte (May & Finch, 2009).

Funn fra studien viser at mange prosjektledere strever med å identifisere og formidle en felles nytteverdi som kan være gyldig for alle involverte parter. Flere av prosjektlederne opplever at kommuneledelsen venter på de økonomiske gevinstene av prosjektet, og at pasientens opplevelse av økt mestring og livskvalitet ikke i like stor grad anerkjennes som en viktig nytteverdi.

Mennesker drives ofte av kalkulative eller narrative virkemidler, nærmere beskrevet som den økonomiske gevinsten eller historiefortellingen som skaper mening for de involverte (Doganova & Eyquem-Renault, 2009). Disse virkemidlene kan brukes aktivt

som et bidrag inn der ledere skal forsøke å skape mening på tvers av organisasjons, - og profesjongrensener, og utover teorier som utforutsetter at ledere har makt til å *bestemme* at ting skal endres (Rogers, 2008). Den økonomiske gevinsten bør fremstilles gjennom tydelige oversikter, som viser hvor det har vært mulig å spare penger gjennom ny praksis. Dette kan gi prosjektet den gyldigheten det trenger for at de involverte overbevises om at praksisen er verdt å bruke tid på. Men i en fragmentert organisasjon, som disse helsefelleskapene der kommune og spesialisthelsetjeneste skal samarbeide, der investering og avkastning ikke tilhører samme post, er ikke dette nødvendigvis noen enkel oppgave, med mindre man klarer å *erstatte* en allerede eksisterende helsetjeneste i kommunen med DHO. Historiefortellingen derimot er ikke nødvendigvis avhengig av at tjenesten kommer inn som en erstatning for en annen, men mer at den kommer inn hos pasienten og løser en helseutfordring i seg selv på en tryggere eller mer effektiv måte enn den tidligere har vært løst. Fortellinger fra pasienter som opplever betydelig økt livskvalitet, større frihet og trygghet knyttet til sin egen helsetilstand, er lett å relatere seg til. Selv om ikke alle er enig i at pasienten får det bedre med DHO, fordi de kanskje ikke har noen *egne* erfaringer som tilsier positiv effekt enda, så kan vedkommende bruke historier fra de pasientene som har denne positive erfaringen inn i forankringsarbeidet (Doganova & Eyquem-Renault, 2009).

En ting NPT er kritisert for er manglende fokus på pasientperspektivet (May, Cummings, Girling, Bracher, Mair, May & Finch, 2018). Murray et. al. (2011) trekker i sin videreføring av NPT frem at det er større sannsynlighet for å lykkes i normaliseringsprosessen mot varig endring, dersom interaksjonen i konsultasjonen mellom helsepersonell og pasient ikke forringes. Dersom man trekker inn pasientperspektivet i analysen, og tillegger pasientens historie større vekt, kan den tenkes å bidra inn i NPT sin modell på en effektiv måte ved å skape en gyldig sammenheng og mening som kan lede til engasjement og tilslutning gjennom forankringsarbeidet (May & Finch, 2009).

6.1.4 Behov for endringsagentene, også etter at pilotprosjektet avsluttes

Å tilknytte seg den *ene*, ildsjelen (kan omtales som endringsagent) – som engasjerer seg personlig i prosjektet og som virkelig ønsker å få til denne endringen, kan ha virkelig stor betydning for implementeringen. «Early adopters» eller «product champions» som Rogers (2003) omtaler de som, beskrives som å engasjere seg særlig i det «nye», omfavne endringen som noe positivt, og være med å spre denne holdningen videre i organisasjonen. Deres tilstedeværelse vil ha stor betydning også i implementeringens slutfase (Rogers 2003), og særlig de tre kommunene som har arbeidet selvstendig med DHO omtaler dette eksplisitt som en utfordring og sårbarhet, at prosjektledere og andre som har vært engasjert siden prosjektets begynnelse, forsvinner etter sluttrapportering.

Det vil viktig i stabiliseringen og normaliseringen av et slik prosjekt, at man sørger for at man får til en kontinuitet i arbeidsgruppen, som kan motivere prosjektet fremover og tilse at verdifull kunnskap deles frem til at endringen ikke lengre er å anse som en endring, men som en del av det normale og den allmenne kunnskapen (Jacobsen, 2018). Analysen viser at dette er en viktig faktor, særlig kommer det til syne hos de kommunene som ikke har de beste forutsetningene ved større interkommunale samarbeidsplattformer og teknologiske forsprang.

Stabilitet i prosjektledergruppen vil også være avgjørende for å kunne utføre kvalitetsmessig arbeid basert på erfaringskunnskap når man skal gjøre evalueringer og tilpasninger i alle fasene frem til man oppnår stabilitet og normalisering (May & Finch, 2009). Implementeringsaktiviteter og effekter er normalt sett ikke statiske eller lineære prosesser, derfor vil det være avgjørende å kunne observere og analysere de skiftende elementene i virksomheten på flere tidspunkt, vurdere eventuelle konsekvenser og gjøre nødvendige justeringer (Taylor et al., 2015).

6.2 Hvordan påvirkes implementeringsprosessen av at kommunene har ulike forutsetninger og strategier?

Selv om prosjektets hensikt er lik for alle pilotkommunene, og kravene til omfang og rapportering er den samme, så har allikevel kommunene ulike forutsetninger for gjennomføringen, både når det kommer til demografi og måten prosjektene er organisert på.

Vi har sett at kommunene har valgt ulike implementeringsstrategier. Vår analyse viser at flere strategier peker seg ut, men at to har vært mer effektive.

Kommune 1 har hatt fordel av engasjerte ildsjeler i prosjektlederposisjonene under hele perioden, og har fått til en god strategi for det mer uformelle forankringsarbeidet i sin organisasjon. Gjennom et brennende engasjement og ved å fortelle historier de involverte kan tro på, har de bidratt til å løfte prosjektet fremover. De har sammenlignet med kommune 2 og 4 lyktes i større grad med å oppnå en praksis som svarer til elementene i Normalization Process Theory, der formidling av mening og felles nytteverdi legger grunnlag for den individuelle tilslutning (May & Finch, 2009). Vår analyse viser at de har oppnådd tilstrekkelig grad av tilslutning gjennom sitt kontinuerlige forankringsarbeid, til de involvertes handlingsmønster bidrar til at «det nye» integreres som en del av deres rutine. I tillegg har prosjektlederne (ildsjelene) vært tett på den praktiske gjennomføringen hele veien, og brukt deres erfaringer til å gjøre nødvendige evalueringer og korrigeringer av prosjektstrategien underveis.

En annen strategi som ser ut til å kunne påvirke i positiv retning er strukturelt interkommunalt samarbeid. Samarbeid i Helseforetakene eller på tvers av kommuner, har vist seg å gi muligheter til økt pasientvolum, erfaringsdeling, samplanlegging og samhandling omkring utvikling av systemer og prosedyrer og sammenslåing av oppfølgingssentraler. Alle punktene viser seg å gi ressursbesparelser i bruk av både tid, personell og økonomiske ressurser. I tillegg vil et slikt samarbeid lette forankringsarbeidet gjennom å gi prosjektet større tyngde, og man kan sammen utvikle en forståelse av retning, definere verdien av, - og målet for implementeringen – som kan bidra til økt oppnåelse av tilpasning til organisasjonens eksisterende konsept (Murray et al., 2011). Som beskrevet i [kapittel 5.2.3](#) består «Kommune 3» av et interkommunalt samarbeid med etter hvert til sammen 20 kommuner i regionen. Etter å ha prøvd ut en modell med flere telemedisinske sentraler i oppstartsfasen, ble det i 2020 fattet vedtak om å gå over til en Regional Telemedisinsk sentral, for en med bærekraftig tjeneste, noe som har gitt gode resultater.

Begge strategiene leder til at disse to kommunene lykkes med å forankre sine prosjekter tilstrekkelig til at de får opp antall inkluderte pasienter, noe som er avgjørende for å ta tjenesten i bruk på en formålstjenlig måte. Derimot, hos kommune 2 og 4, som til en viss grad dimensjonerer for en tjeneste som ikke blir brukt, og ikke kan lagres – da går verdifull investering tapt (Zeithaml et al., 1985).

Resultater fra den nasjonale utprøvingen (S) har ført til at samarbeid mellom kommuner med forankring i Helsefelleskap skal legges til grunn for søknad om tilskuddsmidler for prosjektering og implementering av Digital Hjemmeoppfølging i landets øvrige regioner og fylker gjennom HDIR.

Implementeringsaktiviteter og effekter er normalt sett ikke statiske eller lineære prosesser. Derfor vil det være avgjørende å kunne observere og analysere de skiftende elementene i virksomheten på flere tidspunkt, vurdere eventuelle konsekvenser og gjøre nødvendige justeringer (Taylor et al., 2015), noe både kommune 1 og 3 viser til at de har gjort i sine prosjekter.

Resultatene fra undersøkelsen er begrenset til denne konteksten og prosjektets avgrensninger i tid og rom, sammenlignet med rammene i mange av implementeringsverktøyene som beskrives som mer generelle. Det tyder allikevel på at teorien kan bidra med viktige bidrag til å øke sannsynligheten for å lykkes med implementering og varig endring. Studien anbefaler videre å kombinere disse to, både implementeringsteori og erfaringer ifra praksis, inn i en nøyaktig og omfattende prosjektplan som kan være med å styre prosjektet gjennom hele perioden, og ut i sluttfasen der normaliseringen skjer. Særlig bør det rettes oppmerksomhet til hvordan forankringsledelse i et terreng der man beveger seg på tvers av organisasjonsgrenser og utenfor sitt lederansvar, kan formaliseres. Planen bør revideres etter oppsatte intervaller, slik at nødvendig evaluering kan bidra til at planen oppdateres og tilpasses de kontekstuelle rammene og utfordringene som dukker opp underveis (May & Finch, 2009).

7 Konklusjon

Hovedfunnene i avhandlingen er at mangel på etablert styringsstruktur og samarbeidsform mellom helseforetakene, og mellom de involverte aktørene, utfordrer forankringen av prosjektet ute i kommunene. Flere prosjektledere opplever at de står «alene» om ansvaret for fremdriften i prosjektet, og strever med å få partene i helsetjenesten til å forplikte seg. Engasjementet oppleves størst i planleggings- og etableringsfasen, men kontinuiteten utfordres etter hvert som tiden går. En mulig forklaring er at det er vanskelig å regne på de økonomiske gevinstene for de involverte partene, og at den silobaserte finansieringen av tjenestene i helsevesenet kan være til hinder for samhandling om felles pasienter, noe som gjør forankringsarbeidet komplisert.

Konklusjonen er allikevel at to kommuner ser ut til å ha strategier og forutsetninger som gir bedre utgangspunkt for varig endring, enn de andre. Det ene prosjektet kjennetegnes av at de fra tidligere har et større interkommunalt samarbeid, med fokus på digitalisering av helsetjenester. Dette har gitt fordeler av større pasientvolum og bedre utnyttelse av kunnskap og ressurser på tvers av kommunene i regionen. Det andre prosjektet har hatt en fordel av å ha særlige engasjerte ildsjeler tilknyttet prosjektet under hele perioden, og har fått til en god strategi for det mer uformelle forankringsarbeidet i sin organisasjon – gjennom et brennende engasjement og ved å fortelle historier de involverte kan tro på.

Undersøkelser blant inkluderte pasienter viser at de opplever økt følelse av trygghet og sykdomsmestring, og antall innleggelser reduseres. Det vises flere tegn på at DHO suksessfullt kan ansees å være et positivt bidrag til en vridning mot økt digitalisering i helsevesenet, som svar på Regjeringens krav om Innovasjon og teknologi inn i pasientens helsetjeneste, i Nasjonal Helse- og Sykehusplan 2020-2023.

Vi stanger allikevel i et kost - nytte problem, som gir oss utfordringer i både oppstartsfasen og den langsiktige tilknytningen. Det indikerer et behov for videre arbeid med å utvikle en felles forståelse av hvilke verdier som skal legges til grunn for ønsket måloppnåelse, samt at det settes inn økte ressurser på det å utvikle organisatoriske

implementeringsverktøy og ledelsesformer som med fokus på forankring og varig endring, også i det offentlige helsevesenet.

8 Litteraturliste

- Abelsen, B., Godager, G., Harsheim, I.G., Iversen, T., Kristiansen, I. S., Løyland, H.I., Pedersen, K., Snilsberg, Ø., Sten-Gahmberg, S. & Sæther, E. M. (2021) *Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging: Delrapport II*. Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
- Ahgren, Bengt. (2010). Dissolving the Patient Bermuda Triangle. *International Journal Of Care Pathways*, 12 (1): 137-141
- Arnulf, J. (2020). *Hva er ledelse* (2. utgave. ed., Vol. 44.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Augland, L. N. & Kaasa, K. (2020). *Mitt liv, min helse, min plan. Digital hjemmeoppfølging i Larvik Kommune*. (Evalueringsrapport pr september 2020) Hentet fra: <https://www.larvik.kommune.no/media/6036/digital-hjemmeoppfoelging-evalueringsrapport-per-september-2020-endelig-versjon.pdf>
- Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: A sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics (Shannon, Ireland)*, 55(2), 87-101.
- Bont, A., & Bal, R. (2008). Telemedicine in interdisciplinary work practices: On an IT system that met the criteria for success set out by its sponsors, yet failed to become part of every-day clinical routines. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 8(1), 47.
- Bryman, A. & Bell, E. (2011). *Business research methods* (4th ed. utg.). Oxford: Oxford University Press
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., Roness, P., & Røvik, K. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ quality & safety*, 21(10), 876-884.
- Doganova, L., & Eyquem-Renault, M. (2009). What do business models do?: Innovation devices in technology entrepreneurship. *Research policy*, 38(10), 1559-1570.

- Froehle, C., & Roth, A. (2007). A Resource-Process Framework of New Service Development. *Production and Operations Management*, 16(2), 169-188.
- Gaikwad, R., & Warren, J. (2009). The role of home-based information and communications technology interventions in chronic disease management: A systematic literature review. *Health Informatics Journal*, 15(2), 122-146.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The milbank quarterly*, 82(4), 581-629.
- Gripsrud G., Olsson U. H. & Silkoset R. (2010) Metode og analyse: *Beslutningsstøtte for bedrifter ved bruk av JMP* (2. utg.). Høyskoleforlaget AS.
- Gronroos, C. (1990). Relationship approach to marketing in service contexts: The marketing and organizational behavior interface. *Journal of business research*, 20(1), 3-11.
- Hammer, S., & Høpner, J. (2019). *Meningsskabelse, organisering og ledelse: 2. utgave*. Samfundslitteratur.
- Heaton, J. (2004). *Reworking qualitative data*. London: SAGE
- Helsedirektoratet. (2021). *Digital hjemmeoppfølging ved covid-19. Erfaringer fra kommuner som tilbyr digital hjemmeoppfølging ved covid-19*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/search?searchquery=digital+hjemmeoppf%C3%B8lgning&type=Rapport>
- Hertog, P., Van der Aa, W., & De Jong, M. W. (2010). Capabilities for managing service innovation: towards a conceptual framework. *Journal of service Management*.
- Herzlinger, R. E. (2006). Why innovation in health care is so hard. *Harvard Business Review*, 84(5), 58.
- Hjemås, G., Holmøy, E. & Haugstveit, F. (2019). Framskrivninger av etterspørselen etter arbeidskraft i helse- og omsorg mot 2060. *Rapporter*, Rapporter, 2019.
- Hoholm, C. & Mørk, T. B. (2018). Innovasjon og samhandling i helsevesenet. *Praktisk Økonomi & Finans*, 34(1), 32-46.
- Holmøy, E., Hjemås, G., Sagelvmo, I. & Strøm, B. (2020). Skatteregningen for helse- og omsorgsutgifter mot 2060. *Rapporter*, Rapporter, 2020
- Jacobsen, D. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.) Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. Utg.). Oslo: Abstrakt.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2018, 10. oktober). Tidens største satsing på digitalisering [Pressemelding]. Hentet fra: [Tidens største satsing på digitalisering - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/digitalisering)
- Koopman, R. J., Wakefield, B. J., Johanning, J. L., Keplinger, L. E., Kruse, R. L., Bomar, M. & Mehr, D. R. (2014). Implementing home blood glucose and blood pressure telemonitoring in primary care practices for patients with diabetes: lessons learned. *Telemedicine and e-Health*, 20(3), 253-260.
- Kudsk, A., Lund, M., Lindegaard, B, & Qvist, P. (2010). *Introduksjon til kliniske mikrosystemer*. 2. utgave. København: Dansk Sundhedsinstitut, Center for kvalitet og Danske Regioner.
- Langstrup H. Making connections through online asthma monitoring. *Chronic Illn.* 2008 Jun;4(2):118-26. doi: 10.1177/1742395308092480
- Linton, J. (2002). Implementation research: State of the art and future directions. *Technovation*, 22(2), 65-79.
- Mair F, May C, Murray E, Finch T, O'Donnell C, Anderson G: Understanding the implementation and integration of e-Health Services. *Report for the NHS Service and Delivery R and D Organisation (NCCSDO)*. 2009, London: SDO
- May, C. R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F. S., May, C. M., ... & Finch, T. (2018). Using normalization process theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: a systematic review. *Implementation science*, 13(1), 1-27.
- Meld. St. 7 (2019-2020). Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/>
- Menor, L. J., Tatikonda, M. V., & Sampson, S. E. (2002). New service development: areas for exploitation and exploration. *Journal of Operations Management*, 20(2), 135-157
- Murray, E., Burns, J., May, C., Finch, T., O'Donnell, C., Wallace, P., & Mair, F. (2011). Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. *Implementation Science: IS*, 6(1), 6.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2. utg. ed.). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

- Peters, D. H. (2014). The application of systems thinking in health: why use systems thinking? *Health research policy and systems*, 12(1), 1-6.
- Qulturum (2008). Mikrosystem – Der verdien av tjenesten skapes. Hentet fra: https://plus.rjl.se/info_files/infosida32905/Mikrosystemboken_080904_for_kopiering_rb_2.pdf, Den: 04.04.22
- Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder. (2021). *Sluttrapport Digital Hjemmeoppfølging Agder*. (Sørlandet Sykehus) Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/vedlegg-og-lenker/Sluttrapport%20-%20digital%20Hjemmeoppf%C3%B8lging%20-%20Stad.pdf/_attachment/inline/2338b4cd-0620-4317-a677-bff6828cd97d:34ae4711d9e3dca3009d96d881c883a04792ac4b/Sluttrapport%20-%20digital%20Hjemmeoppf%C3%B8lging%20-%20Stad.pdf
- Repstad, P (2007). *Mellom nærhet og distanse: Kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
- Sanders, C., Rogers, A., Bowen, R., Bower, P., Hirani, S., Cartwright, M., Newman, S. (2012). Exploring barriers to participation and adoption of telehealth and telecare within the Whole System Demonstrator trial: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 220.
- Saunders, M., Lewis, P. & Thornhill, A. (2012). *Research methods for business students*. (6. Utg.). Harlow: Pearson.
- Smircich, L. & Morgan, G. (1982). Leadership: The management of meaning. *The Journal of applied behavioral science*, 18(3), 257-273.
- Stad Kommune. (2021). *Erfaringsrapport frå Stad kommune, eit prosjekt i utprøvinga av digital heimeoppfølging 2018 – 2021*. Hentet fra: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/digital-hjemmeoppfolging-sluttrapport-fra-nasjonal-utproving-2018-2021/vedlegg-og-lenker/Sluttrapport%20-%20digital%20Hjemmeoppf%C3%B8lging%20-%20Stad.pdf/_attachment/inline/2338b4cd-0620-4317-a677-bff6828cd97d:34ae4711d9e3dca3009d96d881c883a04792ac4b/Sluttrapport%20-%20digital%20Hjemmeoppf%C3%B8lging%20-%20Stad.pdf
- Strang, D., & Meyer, J. W. (1993). Institutional conditions for diffusion. *Theory and society*, 487-511.

- Taylor, J., Coates, E., Wessels, B., Mountain, G., & Hawley, M. (2015). Implementing solutions to improve and expand telehealth adoption: Participatory action research in four community healthcare settings. *BMC Health Services Research, 15*(1), 529.
- Thompson, G., Buch, R., Thompson, P. M. M., & Glasø, L. (2021). The impact of transformational leadership and interactional justice on follower performance and organizational commitment in a business context. *Journal of General Management, 46*(4), 274-283.
- Vargo, S., & Lusch, R. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing, 68*(1), 1-17.
- Walmsley, J. & Miller, K. *A Review of Health Foundation Leadership Programs 2003-07*. London: The Health Foundation, 2008
- Weick, K. E., & Quinn, R. E. (1999). Organizational change and development. *Annual review of psychology, 50*(1), 361-386.
- Yarbrough, A., & Smith, T. (2007). Technology Acceptance among Physicians. *Medical Care Research and Review, 64*(6), 650-672.
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: design and methods*. Los Angeles, Calif.: SAGE.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1985). Problems and strategies in services marketing. *Journal of marketing, 49*(2), 33-46.
- Aasen, T., & Amundsen, O. (2015). *Innovasjonsarbeid : Organisasjon, kultur og ledelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.

9 Vedlegg 1 - Intervjuguide

Intervjuguide – DHO

Velkommen til dette intervjuet vedr. deres arbeid med HDIR's pilotprosjekt DHO og vår masteroppgave: Digital Hjemmeoppfølging i primærhelsetjenesten – Hvilke utfordringer må vi forberede oss på å møte i videre implementeringsarbeid?

Målet med oppgaven er å se flere av pilotkommunene under ett, for å forsøke å gå i dybden hvor vi ser etter om det er noen særlige utfordringer eller suksessfaktorer som kan legges til grunn for anbefalte føringer for videre permanent implementeringsarbeid av tjenesten.

Dette intervjuet vil bli gjennomført som et semi-strukturert intervju. Det vil være åpenhet for at respondenten(du) kan komme med opplysninger du mener er vesentlig utenfor de stilte spørsmålene.

Vi opplyser deretter at dette vil være et anonymt intervju og at all data vil bli slettet etter endt prosjekt. Er det noen innvendinger mot at vi tar et lydopptak av selve intervjuet?

Hoveddel – Innledende spørsmål

- I hvor stor grad føler du at dere har lyktes med prosjektet?
- Hva har vært den / eller de største utfordringene knyttet til gjennomføringen tenker du?
- Er det noe du ville gjort annerledes dersom det skulle vært gjennomført på nytt?
- Hvilke trekk mener du ved implementeringsprosessen er viktig for å sikre vedvarende bruk?
- Hvordan ser dere på veien videre etter prosjektet er ferdig?
 - Hva skal til for at DHO blir varig implementert i deres kommune / område?
- Er det noe unikt ved deres gjennomføring?
- Handlingsplan for allmennlegetjenesten – Der er digitalisering / digital hjemmeoppfølging nevnt som et av tiltakene for å bedre situasjonen rundt allmennlegetjenesten. Opplever dere / inkluderte fastlegene at DHO er med på / eller kan ha potensiale for å bli en tjeneste som avlaster fastlegene?

IP: (inkludering av pasient)

- Hvilke kriterier ligger til grunn for utvelgelsen av pasienter?
 - Hvem er det som har hatt en aktiv rolle i utvelgelsen av pasienter?
 - Hvem er det som tar den endelige avgjørelsen?

- Opplever dere at *alle* pasientene som kunne hatt nytte av tjenesten har blitt inkludert, eller er noen utelatt – og i så fall hvorfor? (For eksempel personer med KOLS + Kognitiv svikt? – Kunne hatt bruk for tjenesten, men har utfordringer med å mestre apparatene selv)
- Hvordan føler du at DHO har fungert for pasientene?
- Har det pekt seg ut noen særlige utfordringer som pasientene har møtt på knyttet til gjennomføringen?
- Opplever dere at pasientene fra start er positive og enkle å overbevise, eller skeptiske og nølende? Evt hva?
- Er det andre pasientgrupper enn de som har vært inkludert, du føler kunne hatt nytte av tjenesten?

Interactional Workability: (IW refererer til innvirkningen en ny teknologi eller praksis har på samhandlingen mellom to eller flere, spesielt samspillet mellom helsefagfolk og pasienter (konsultasjoner).

- Hvordan påvirker DHO samarbeidet mellom helsepersonell og pasient?
- Har det vært noe motstand fra enten helsepersonell eller pasient?
 - Evt. andre? (for eksempel pårørende, annet helsepersonell)
- Har det ført til flere eller færre konsultasjoner?
- Hvordan oppleves kvaliteten på konsultasjonene både fra pasientens og helsepersonellens side?
- Har dere noen erfaringer fra hvordan denne *samhandlingen* omkring DHO fungerer på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste?

Skill Set Workability: (SSW refererer til tilpasningen mellom den nye teknologien og den eksisterende ferdighetssett til de ulike aktørene (leger, sykepleiere, mm.)

- Hvordan påvirker DHO kompetansebehovet i personalgruppen?
 - Oppleveres det som at alle de involverte aktørene føler seg kompetente til å mestre den nye teknologien?
- Hvordan har dere lagt opp opplæringforløpet til den nye teknologien?
- Har dere hatt noen utfordring knyttet til opplæring / innføring? (For eksempel knyttet til tidsbruk)
- Hadde innføringen av DHO noen påvirkning på fordelingen av arbeidsansvar? (Leger eller helsearbeidere må yte andre oppgaver enn de er vant til)
- Er det noen av de berørte gruppene som har hatt spesielt utfordringer med å sette seg inn i teknologien? (Pasient, sykepleier / helsepersonell, fastleger, andre?)
- Har dere opplevd at systemet har tekniske utfordringer som krever ekstern ekspertise for å løses?

- Har disse utfordringene vært en ulempe for pasientene?

Relational Integration: (RI refererer til virkningen av den nye teknologien eller praksisen har på relasjoner mellom ulike grupper av fagpersoner. Herunder i hvilken grad de fremmer tillit, og ansvarlighet i tverrfaglige relasjoner)

- Hvordan har samarbeidet vært mellom de ulike aktørene og instansene?
- Hvordan påvirker DHO relasjoner og arbeidsorganisering mellom ledelse, ulike faggrupper av helsepersonell og pasient?
- Har dere brukt noen spesielle modeller for samarbeid / organisering innad i kommunen?
 - Har dette blitt fulgt opp over tid?
 - Har dere opplevd at det er noen faggrupper som har opplevd mistillit fra andre parter?
 - Har dere opplevd at det er noen faggrupper som har opplevd at de har fått overlatt for mye ansvar til sin faggruppe (eller eventuelt for lite)?
- Mtp helsehjelpen, har dette kommet pga. DHO? Hvilke erfaringer har dere gjort dere fra denne arbeidsgruppen?

Contextual Integration: (CI, som refererer til tilpasningen mellom ny teknologi og generell organisatorisk kontekst, inkludert organisatoriske mål, ledelse og distribusjon av ressurser)

- Har helsedirektoratet satt noen føringer for organiseringen?
 - Fordeler / ulemper ved disse føringene?
- Har DHO påvirket de organisasjonelle trekkene som fantes i virksomheten fra før? (For eksempel økonomiske mål, fordeling av ressurser, moralske)
 - Får pasientene mindre fysiske besøk / tilsyn av hjemmetjenesten som følge av DHO, og oppleves dette som en fordel / ulempe?
- Ser dere noe økonomisk gevinst ved innføring av DHO?

Avslutning:

Finnes det andre nøkkelpersoner i deres kommune / distrikt du tenker sitter på relevante opplysninger knyttet til gjennomføringen av prosjektet? Eventuelt hvem? (Kan være sykepleiere, fastleger, annet helsepersonell, teknisk support ol.)

Tusen takk for at du / dere har stilt opp til dette intervjuet. Deres erfaringer er nyttige for videre arbeid med DHO.