

Masteroppgave i Endringsledelse ved Universitetet i Stavanger



---

University of  
Stavanger

# Å lykkes med implementering av telemedisin

---

*Vinneroppskriftens begrep, grep og begrunnelser.*

Helge Lorentzen, våren 2013

Masteroppgaven er innlevert som en del av Masterstudiet i Endringsledelse ved Institutt for medie- kultur- og samfunnsfag ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Stavanger.

**MASTEROPPGAVE I ENDRINGSLEDELSE**

**SEMESTER:**

Vår 2013

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

Å lykkes med implementering av telemedisin

**FORFATTER:**

Helge Lorentzen

**VEILEDER:**

Kjell Arne Røvik

**EMNEORD/STIKKORD:**

Endringsledelse, telemedisin, implementering, organisasjonsperspektiv.

**SIDETALL:**

85

STAVANGER, 07 juni 2013

**DATO/ÅR**

## Sammendrag

Hva er nøklene til vellykket implementering? Denne studien tar utgangspunkt i hypotesen at det finnes nøkler til vellykket implementering som kan overføres mellom virksomheter. På grunnlag av relevant teori og gjennomgang av implementeringsprosesser i tre organisasjoner søker studien å besvare forskningsspørsmålene:

1. I hvilken grad er implementeringen av telemedisin i de valgte helsetjenestene suksessfull?
2. Hva kan vi lære av disse implementeringsprosessene i de ulike organisasjonene når det gjelder å forstå hvorfor noen prosesser lykkes og andre mislykkes?
3. Har praksis og resultater fra implementeringene i disse organisasjonene overføringsverdi til andre typer virksomheter?
4. Hvordan kan innsiktene fra forskningsspørsmålene 1, 2 og 3 anvendes i praksis, og for å besvare følgende spørsmål: Hva bør gjøres før, under og etter innføring for å bygge bro mellom intensjonene med implementeringen og reell praksis?

Det valgte teorimaterialet viste viktige prinsipper og kriterier for å lykkes med implementeringene. I tillegg viste teorien at organisasjonsperspektivet som kjennetegner ledernes ståsted kunne ha sammenheng med prinsippene og retningslinjene. Videre beskriver teorien ulike innfallsvinkler til evaluering av implementeringsprosesser og hvordan kunnskap kan overføres mellom virksomheter.

Studien gjennomførte case studier med semi-strukturerte intervju av implementeringsprosesser med systemer for telemedisin i tre virksomheter: en offentlig helsetjeneste og bedriftsinterne helsetjenester i to selskaper i petroleumsindustrien. Studien viste at implementeringsprosessene i de to oljeselskapene var vellykket i motsetning til i den offentlige helsetjenesten. De to som lyktes i sine implementeringer har handlet på samme måte som det teorien anbefaler. I tillegg viste lederne i disse virksomhetene evne til å ta ulike ståsted, tilsvarende ulike organisasjonsperspektiv i gjennom prosessen. Ledelsen i den offentlige helsetjenesten viste verdier tilsvarende et organisasjonsperspektiv som ikke var hensiktsmessig, slik at implementeringen ikke ble gjort på samme måte som teorien anbefaler.

Studien har vist at i gjennomføring av implementeringer har organisasjonsperspektiv en betydning for hvordan anbefalingene fra teorien oppfattes og følges. Studien har bekreftet Obstfelders sine kriterier for vellykket implementering av telemedisin, forutsatt at kriteriene anvendes i lys av hensiktsmessige organisasjonsperspektiv.

## Forord

Det har vært svært inspirerende å arbeide med denne masteroppgaven. Den økte personlige kunnskapen om implementeringer og telemedisin er en sak, men å lære å kjenne entusiaster som brenner for det de arbeider med er et privilegium. I skrivende stund sitter på hjemmekontoret en fredag ettermiddag mens tastaturet sukker. De fleste har tatt helg og sitter ute med en smak av sommer mens jeg fortsatt sitter og skriver. Jeg er nok også blitt en brennende entusiast.

På veien fra ide til ferdig masteroppgave har jeg mange å takke. Inspirasjon, ideer, kunnskap og ikke minst tid som jeg har møtt hos mange som strengt tatt ikke behøvde å stille opp slik de har gjort. Jeg setter umåtelig stor pris på disse bidragene!

Takk til kollegene på SAFER. Alt fra faglig sparring til tid og tålmodighet mens jeg har prioritert masteroppgaven foran andre viktige gjøremål. Senteret er en smeltedigel av kompetanse og perspektiver som gir viktig vanning og vekst av synspunkter og teorier.

Takk til dere to lederne av oljeselskapene som blant annet stilte som nøkkelinformanter. Dere har begge bidratt ut over det en skulle forvente med både tid og engasjement, men også forventning til at masteroppgaven skal gi læring.

Takk til Gunnulf som med et imponerende engasjement og en raus delingsvilje har stilt meg så mange gode og viktige spørsmål. Forventningene dine til denne masteroppgaven har inspirert!

Takk til Kjell Arne, veilederen min som med en professors fantastiske innsikt og oversikt har kommet med de herligste utfordringer gjennom sin imponerende evne til ærlige, elegante og presise formuleringer. Den smertelige overgangen fra beskrivende student til kritisk forskerspire ble en fornøylig øvelse!

Takk til deg kjære Ingvild for tålmodighet, innsats, perspektiver og innsikt. Mens jeg sitter foran tastaturet holder du hjem og familie i balanse og har enda kapasitet til å bidra med herlige faglige diskusjoner. Du har en utsøkt evne til å stille de enkle og plagsomt gode spørsmålene som gir meg kognitiv friksjon til å finne dypere innsikt.

Denne masteroppgaven markerer slutten på masterstudiet i endringsledelse ved Universitetet i Stavanger. Det er spennende å se seg tilbake til første skoledag med forventninger til hva studiet skulle gi og hvor jeg står i dag med nye perspektiver og en ferdig masteroppgave. Takk til alle bidragsytere på dette studiet!

Stavanger, Juni 2013.

Helge Lorentzen

# Innholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INNLEDNING. HVORFOR OG HVORDAN OM DENNE STUDIEN.....</b>	<b>7</b>
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....	7
1.2	PROBLEMSTILLING .....	8
1.3	FORSKNINGSSPØRSMÅL.....	9
1.3.1	<i>Grunnleggende forutsetning til første forskningsspørsmål:.....</i>	<i>9</i>
1.4	TIDLIGERE FORSKNING .....	9
1.5	BEGREPSAVKLARINGER.....	11
1.6	OM TELEMEDISIN .....	12
1.6.1	<i>Telemedisin i denne studien.....</i>	<i>12</i>
1.6.2	<i>Avstand – remoteness.....</i>	<i>13</i>
1.7	AVGRENSINGER .....	14
1.8	JEG SOM FORSKER .....	15
1.9	OPPBYGGING .....	16
1.10	VIDERE FORSKNING .....	17
<b>2</b>	<b>TEORI. OM STÅSTED, IMPLEMENTERING OG OVERSETTING.....</b>	<b>18</b>
2.1.1	<i>Perspektiver på organisasjoner og endringsprosesser .....</i>	<i>19</i>
2.2	OM TRANSLASJON – Å OVERFØRE KUNNSKAP MELLOM VIRKSOMHETER.....	26
2.3	OM IMPLEMENTERINGSPROSESSER I ORGANISASJONER .....	30
2.3.1	<i>Ulike faser i en implementeringsprosess.....</i>	<i>30</i>
2.3.2	<i>Perspektiver på organisasjon og endring i sammenheng med fasene for implementering.....</i>	<i>36</i>
2.4	OM IMPLEMENTERING AV TELEMEDISIN .....	37
2.5	OM EVALUERING AV ENDRINGSPROSESSER.....	39
2.5.1	<i>Implementeringsteori om suksess:.....</i>	<i>39</i>
2.5.2	<i>I hvilken grad lykkes implementeringer? .....</i>	<i>39</i>
2.5.3	<i>Suksesskriterier – målestaven for prosessen .....</i>	<i>42</i>
2.6	OPPSUMMERING AV TEORI .....	45
2.7	SPØRSMÅL FRA TEORIEN TIL Å BESVARE MED EMPIRIEN.....	45
<b>3</b>	<b>METODE. OM INNSAMLING AV DATA OG BEARBEIDING TIL RESULTAT....</b>	<b>47</b>
3.1	BEGRUNNELSE FOR VALG AV METODE .....	47
3.2	INDIVIDUELL BIAS OG MULIG INTERESSEKONFLIKT .....	48
3.3	GYLDIGHET OG PÅLITELIGHET FOR DENNE STUDIEN.....	48
3.4	DATA – OG UTVALG AV DATAKILDER .....	50
<b>4</b>	<b>RESULTATER. FUNNENE FRA STUDIENS TRE ORGANISASJONER.....</b>	<b>53</b>
4.1	EMPIRI OG PRESENTASJON AV FUNN .....	53

4.2	HVILKE PUNKT SKULLE EMPIRIEN UNDERSØKE? .....	53
4.2.1	<i>Norsk oljeselskap</i> .....	55
4.2.2	<i>Utenlandsk oljeselskap</i> .....	56
4.2.3	<i>Offentlig helsetjeneste</i> .....	57
4.3	PERSPEKTIVER PÅ ORGANISASJON OG ENDRING .....	59
4.3.1	<i>Norsk oljeselskap</i> .....	59
4.3.2	<i>Utenlandsk oljeselskap</i> .....	63
4.3.3	<i>Offentlig helsetjeneste</i> .....	65
4.4	OM IMPLEMENTERINGEN HOS DE TRE ORGANISASJONENE.....	67
4.4.1	<i>Strategisk fase</i> .....	67
4.4.2	<i>Gjennomføringsfase</i> .....	68
4.4.3	<i>Etterarbeidsfase</i> .....	72
4.5	EVALUERING AV IMPLEMENTERINGEN .....	74
4.6	PERSPEKTIVER PÅ ORGANISASJON OG ENDRING I SAMMENHENG MED FASENE FOR IMPLEMENTERING.....	75
<b>5</b>	<b>DRØFTING. SAMMENLIGNINGEN AV FUNN OG TEORI.....</b>	<b>78</b>
5.1	UVENTEDE FUNN .....	78
5.2	SUKSESSFULL IMPLEMENTERING – LYKTES DE EGENTLIG?.....	79
5.3	HVOR HAR DE LAGT GRUNNLAGET FOR Å LYKKES? .....	83
5.4	HVA STUDIEN FANT, FORKLARINGENE OG HVA SOM GIR KRAFT TIL FORKLARINGENE	84
5.5	HVILKEN KRAFT HAR DE TEORETISKE ORGANISASJONSPERSPEKTIVENE TIL Å FORKLARE SAMMENHENGER OG RESULTATER? .....	87
5.6	HOVEDFUNN FRA DENNE STUDIEN .....	88
5.7	HVILKEN ALLMENNGYLDIGE LÆRING KAN VI FÅ FRA DETTE? .....	89
5.8	HVILKEN KUNNSKAP ER DET Å TREKKE UT AV DE GJENNOMFØRTE IMPLEMENTERINGENE? .....	90
5.9	MULIGE FEILKILDER .....	90
5.9.1	<i>Sammenligningen av resultater og teori</i> .....	91
5.9.2	<i>Utvalget</i> .....	91
5.9.3	<i>Tolkningen</i> .....	91
5.10	VEDVARENDE UKLARHETER OG UBESVARTE SPØRSMÅL .....	91
<b>6</b>	<b>KONKLUSJON. HVA BLE SVARET PÅ FORSKNINGSSPØRSMÅLENE? .....</b>	<b>92</b>
<b>7</b>	<b>REFERANSER .....</b>	<b>93</b>
<b>8</b>	<b>VEDLEGGSOVERSIKT .....</b>	<b>95</b>

# 1 Innledning. Hvorfor og hvordan om denne studien.

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Den amerikanske baseballtreneren Yogi Berra krediteres ofte sitatet ”In theory, there is no difference between theory and practice. In practice there is...!”

Sitatet er viktig for meg når det snakkes om implementering, da intensjon (teori) og det endelige resultatet (praksis) oftest varierer. Målet mitt er å forstå mer om denne variasjonen, for å kunne påvirke den. Utgangspunktet for denne studien er ideen om at det må være mulig å oppnå så mye som mulig av de opprinnelige intensjonene, samtidig som verdien kan økes under veis ved forbedringer av prosessen. Dette må også gjelde for innføring av telemedisin.

Det er observert ulike implementeringsprosesser i det offentlige helsevesenet med ubalanse mellom intensjoner og faktisk resultat. Prosessene har fokusert på ansvars plassering og på installering av tekniske systemer, men i liten grad fokusert på brukerne av systemet. Kritikken i etterkant har vært om implementeringen har ført til helsemessige forbedringer, tatt for gitt at implementeringsprosessen var optimalt gjennomført. For eksempel åpenbart manglende oppfølging og kvalitetssikring av brukerne har ført til gap mellom forventninger, gjennomført intervensjon og faktisk atferd. Har det vært uventet motstand fra brukerne? Har det i det hele tatt vært gjennomført evalueringer? Har evalueringene fokusert på i hvilken grad systemene anvendes og anvendes hensiktsmessig? Resultatet har tidvis blitt brukte ressurser på halvferdige implementeringsprosesser med påfølgende dårlig effekt av investeringene og i tillegg en illusjon om at systemene fungerer som forventet, eller en varig negativ dom over det en har implementert.

Telemedisin er ikke noe nytt fenomen i seg selv, men det har fått økt fokus blant annet i forbindelse med samhandlingsreformen (Stortingsmelding 47, 2008-2009) og med forbedret og aktuell teknologi (NOU 2011:11, 2011). Et enkelt norsk Google-søk av ordet ”telemedisin” gir omtrent 749.000 treff. Det er bred og stadig økende enighet om at tekniske systemer og riktig bruk av telemedisin skal innføres for å forbedre helsetjenesten i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet publiserte i 2011 den offentlige utredningen ”Innovasjon i Omsorg” (K. Hagen, 2011). Utredningen forklarer endrede behov for helse- og omsorgstjenester og hvordan disse skal møtes, og kapittel 7.1.3 i utredningen er viet til Telemedisin og e-helse.

Denne utviklingen aktualiserer og setter på prøve evnen til å få forventninger og resultater til å møtes. Denne studien sikter mot avdekke noen av utfordringene, men også noen av mulighetene for å løse dette. I offshore helsetjenester innen petroleumsindustrien er telemedisin allerede innført med suksess, i følge næringen selv. Derfor ønsker studien å finne vinneroppskriften hos

disse selskapene. Neste spørsmål er hvorvidt det finnes en slik oppskrift, og hvorvidt og eventuelt hvordan en slik vinneroppskrift kan overføres til andre typer virksomheter. Til sammenligning ser studien også på en gjennomført implementering av et lignende telemedisinsk system i det offentlige helsevesenet.

Kunnskapene som kommer fram forventes å ha gyldighet til andre helsetjenester innen samme type virksomheter, selv om populasjonene er små. Studien er ikke ute etter statistisk signifikans, men grunnleggende kvalitetstrekk ved måten å gå fram på for å implementere. Disse kvalitetstrekkene forventes å være relativt allmenngyldige. Med klok bruk av translasjon bør kunnskapen derfor være anvendbar også for andre typer aktiviteter enn innføring av telemedisin i petroleumsindustriens helsetjenester og det offentlige helsevesen. Studien skal derfor finne hvilke begrep, grep og begrunnelser som gir vellykket implementering med høy grad av forventet resultat.

## **1.2 Problemstilling**

Studien sin problemstilling bygger på den grunnleggende antakelsen om at det finnes nøkler til suksess som andre kan lære av. Ved å studere de som har lykket kan det være mulig å se hvilke utfordringer som må løses og hvilke grunnleggende kjennetegn en finner i de implementeringene som har lyktes. Problemstillingen for studien er å finne de begrep, grep og begrunnelser gir vellykket implementering med høy grad av forventet resultat.

Et viktig forbehold er om implementeringen i offshore helsetjenestene faktisk er suksessfull, slik de selv hevder.

Studien skal forsøke å finne suksesskriterier for den menneskelige faktoren i en implementeringsprosess, for å bygge vellykket bro mellom intensjoner, system, utøvere og varig resultat.



### 1.3 Forsknings spørsmål

Spørsmålene studien besvarer er derfor:

5. I hvilken grad er implementeringen av telemedisin i de valgte helsetjenestene suksessfull?
6. Hva kan vi lære av disse implementeringsprosessene i de ulike organisasjonene når det gjelder å forstå hvorfor noen prosesser lykkes og andre mislykkes?
7. Har praksis og resultater fra implementeringene i disse organisasjonene overføringsverdi til andre typer virksomheter?
8. Hvordan kan innsiktene fra forskningsspørsmålene 1, 2 og 3 anvendes i praksis, og for å besvare følgende spørsmål: Hva bør gjøres før, under og etter innføring for å bygge bro mellom intensjonene med implementeringen og reell praksis?

#### 1.3.1 Grunnleggende forutsetning til første forskningsspørsmål:

I denne studien betraktes implementeringene som suksessfulle når:

a) minst ett av punktene nedenfor er innfridd og b) totalt gir gunstig resultat defineres dette som suksessfullt:

1. En oppnår forventede resultat som beskrevet i plan og mål.
2. En oppnår andre gunstige resultat enn forventet.

### 1.4 Tidligere forskning

Implementering er ikke noe nytt fenomen, og tilgjengelig forskning og litteratur er omfattende. Et enkelt søk på Google-scholar med det norske søkeordet *implementering* ga i løpet av 0,06 sekunder over 30-tusen treff (30.500 resultater). I biblioteksdatabasen Bibsys ga samme søkeordet 1057 treff. Tabellen nedenfor viser resultatene til ulike søkeord fra forskjellige databaser.

Tabell 1: Oversikt over treff i databaser for valgte søkeord og søkefraser.

Søkeord / -frase	Antall treff i Bibsys	Antall treff i Google Scholar
Implementing	2977	2.520.000
Telemedicine	226	133.000
Telemedisin	268	322
Transfer of knowledge	368	3.060.000
Overføring av kunnskap	30	14.000
Implementing telemedicine	4	27.600
Implementering av telemedisin	0	107
implementering av telemedisin i offentlig norsk helsevesen	0	65

Tilfanget av litteratur er rikholdig, til og med på norsk. Implementering og overføring av kunnskap om vinneroppskrifter har stått sterkt gjennom flere generasjoner av organisasjonsperspektiv. Dermed vil denne litteraturen være preget av de ulike idestrømmene som har påvirket samfunnet. Selv om telemedisin som fenomen har passert 25-års jubileum i Norge er hoveddelen av forskningspublikasjoner av relativt nyere dato og dermed preget av de siste tiårenes idestrømmer.

I den valgte litteraturen har Obstfelder sin gjennomgang av andre studier om vellykket implementering av telemedisin vært svært relevant (Obstfelder, Engeseth, & Wynn, 2007). Blant opprinnelig 12089 potensielle artikler sorterte de seg fram til 16 relevante publikasjoner for å se på gjennomgående trekk hos de som lykkes med innføring av telemedisin. De kom fram til seks kriterier som kjennetegner de som lykkes. Dette er kriterier som er intuitivt logiske og enkle å kjenne seg

Criteria for success
1) Local health care service delivery problem is clearly stated  An effort is made to describe the local health-related challenges that the technology is intended to solve
2) Telemedicine is recognized as a benefit  A telemedical application is seen as a potential solution to the challenge (cf. Criterion 1)
3) Telemedicine is seen as a solution to medical and/or political issues  Equal access to health care is often a major concern, justifying the implementation of telemedicine
4) There is collaboration between promoters and users  Successful implementation depends on teamwork, involving the initiators of the technology as well as the managers, clinicians, and patients
5) Issues regarding organisational and technical arrangements are addressed  Successful implementations are often characterised by a sound anchoring in established organisations and technical structures, or by the establishment of new structures
6) The future operation of the service is considered  Plans for future use and for future financing are important to success

Figur 1: Tabell hentet fra Obstfelder, Engeseth & Wynn, 2007

igjen i, men som også har solid vitenskapelig forankring. For eksempel vil brudd på første kriterie invitere til frastøting av det nye, og en kan oppnå avvisning eller fernisering. Verdien av andre og tredje kriterie er for eksempel tydeliggjort i Hagen sitt arbeid (O. Hagen, 2010). Samtidig er det klare utfordringer ved disse kriteriene. Med ulike oppfatninger eller syn på organisasjon og endring kan en hevde å innfri de seks kriteriene men likevel få dårlige implementeringsprosesser. Dette presenteres nærmere i teorikapitlet.

## 1.5 Begrepsavklaringer

Begrepene nedenfor anvendes ofte og i ulike sammenhenger. Nedenfor beskrives hvilken betydning som ligger til grunn for bruken av begrepene i denne studien:

- Implementering: En planlagt og styrt prosess med innføring av noe nytt der en søker å sikre best mulig resultat i forhold til forventninger og med relativt lang varighet. Dette kan være innføring av nye arbeidsmåter, ny kunnskap, nytt utstyr, m.m.
- Telemedisin: I denne studien omfatter telemedisin utstyr til støtte i pasientundersøkelser mellom helsepersonell, der de ulike involverte befinner seg på geografisk ulike steder. Systemene er relativt like i oppbygging og funksjon i de tre organisasjonene i denne studien og beskrives nærmere nedenfor. Hos de tre organisasjonene bygger den telemedisinske løsningen på videokonferanse med høy kvalitet og sanntids overføring av medisinsk informasjon som ultralydbilder, EKG osv.
- Offshore helsetjenester: de organiserte helsetjenestene til installasjoner i petroleumsindustrien som opererer på norsk kontinentalsokkel eller i internasjonalt farvann.
- AMK-sentral: Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral. Hvert sykehus har sin egen AMK-sentral for å koordinere intern og ekstern aktivitet. Dette omfatter for eksempel medisinsk nødtelefon ("113"), koordinering av akutte innleggelser, styring av ambulanseressurser og lignende. For offshore helsetjenestene omfatter kontakten med AMK både koordinering av konsultasjoner med spesialister men også informasjonsoverføring i forbindelse med helikoptertransport av pasienter til sykehus.
- Norsk oljeselskap: Oljeselskapet som enkelte steder i studien benevnes "det norske oljeselskapet" har ingen tilknytning til det spesifikke oljeselskapet med likelydende navn (Det Norske Oljeselskap ASA, <http://www.detnor.no/>). Navnebruken i studien gjenspeiler kun at selskapet som studien følger er et selskap som har opprinnelse og eierskap i Norge, i motsetning til det andre selskapet som omhandles i studien.

## **1.6 Om telemedisin**

Svært enkelt forklart er telemedisin systemer som gjør perifere tjenester tilgjengelig lokalt og umiddelbart. Dette gjør det mulig at for eksempel et legekantor kan undersøke en pasient på sitt kontor, samtidig som spesialist på et sykehus langt unna kan se og høre det samme. Det kan også være systemer der pasienter med kroniske lidelser som bor hjemme og kommer i kontakt med spesialist for videobasert dialog og rådgivning. Systemene omfatter oftest videokonferanse og overføring av data som EKG, ultralydbilder og andre undersøkelsesdata.

Telemedisinske løsninger er ikke nytt i Norge. I 1987 ble det etablert en avdeling ved Televerkets forskningsenhet i Tromsø som senere ble til Nasjonalt senter for telemedisin. Utviklingen av teknologi, bruksområder og utbredelse har gått framover, selv om det rettes kritikk mot relativt sett små resultater for helsetjenesten i Norge i løpet av over 25 år (Schreurs, 2012). Den siste tiden har telemedisin fått økt aktualitet med bedret teknologi og nye bruksområder. Den teknologiske forbedringen har bestått i økt båndbredde for overføring av data, bedret kvalitet på lyd og bilde og bedret brukergrensesnitt for systemene. Dette har økt anvendbarheten for systemene (Kjemphol, 2012). Med innføringen av samhandlingsreformen er det økt forventning til samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste. Telemedisinske løsninger er forventet å være et løsningsbidrag til dette, og har dermed økt anvendelsesområdene for telemedisin. I tillegg har for eksempel maritim industri som shipping og petroleumsindustri i økende grad tatt i bruk telemedisinske løsninger som støtte for sine helsetjenester.

Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) definerer telemedisin som «Undersøkelse, overvåking, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienter eller relevant informasjon er geografisk plassert.» Denne definisjonen gjøres med utgangspunkt i EU-kommisjonenes program Advanced Informatics in Medicine (Normann, 2011). Som vist over benyttes en snevrere forståelse av begrepet i denne studien, bygd på kjernen i bruksområdet til de tre organisasjonene som omfattes av studien.

### **1.6.1 Telemedisin i denne studien**

Med det mangfoldet som begrepet telemedisin representerer avgrenses begrepet i denne studien til å omhandle perifere helsetjenester som konsulterer spesialist på sykehus om undersøkelse og behandling. Pasientene har ikke akutte livstruende tilstander, men behov for helsehjelp med vurdering av spesialist. Systemene for telemedisin omfatter system for videokonferanse med høy kvalitet på lyd og bilde, og sanntids overføring av undersøkelsesdata som EKG, m.m.

## 1.6.2 Avstand – remoteness

Institute of Remote Health Care skiller mellom to grader av distanse (remoteness) (Halim, 2013). Dette gir to vesentlig ulike begrunnelser for å innføre og anvende telemedisin. Spørsmålet blir i praksis om telemedisin skal tilføre noe nytt eller supplere det eksisterende. Ved å tilføre noe nytt åpnes nye muligheter som tidligere var utilgjengelige, mens ved å supplere handler det mest om å øke kvalitet i eksisterende systemer ved å redusere sårbarhet. Dette gir svært ulike begrunnelser og verdier som utgangspunkt for hva og hvorfor en skal implementere telemedisin.

### 1.6.2.1 Remote Healthcare

”Remote Healthcare” tar utgangspunkt i relativt korte avstander til høyere behandlingsnivå. Det defineres i dag som under 4 timer fra en hendelse har oppstått til pasienten er overført til høyere nivå. For eksempel fra et legekontor i en kommune til riktig sykehus, eller fra lokalsykehus til sykehus som kan utføre mer avansert behandling. I denne studien vil dette være fra et legekontor i distrikts-Norge til nærmeste sykehus, eller fra en oljeinstallasjon i Nordsjøen til ett av universitetssykehusene våre. Det er allerede fungerende kommunikasjons- og transportsystemer for disse helsetjenestene, så telemedisin bidrar som et supplement til den eksisterende tjenesten. Muligheter for konsultasjoner og støtte til beslutninger er der allerede, men kvaliteten kan forbedres vesentlig med telemedisin. Dermed er det kvalitet og dermed robusthet i eksisterende tjeneste som øker. Vi snakker om allerede velfungerende tjenester som kan få større tåleevne for utfordringer.

Utfordringer som ofte nevnes og der telemedisin forventes å kunne bidra med løsning:

- Usikkerhet. Telemedisin kan redusere usikkerheten knyttet til undersøkelse og beslutning om riktig behandling. Telemedisin forventes å redusere faren for feil beslutninger gjennom at samme informasjon deles med alle involverte i beslutningsprosessen.
- Transportbehov. Transport av pasienter for undersøkelser og behandling forventes redusert ved forbedrede beslutninger om riktig behandling. Redusert transportbehov fører til redusert belastning og reduserte kostnader for pasienten, transportsystemet og de som mottar pasienten til undersøkelse / behandling.
- Redusert produksjonskapasitet. Petroleumsindustrien kan for eksempel unngå redusert produksjonskapasitet relatert til i landsending av personell for undersøkelse og behandling, ved å kunne håndtere dette på installasjonen og beholde personer i arbeid. Et relevant eksempel er muligheten til å kunne fastslå at smerter i bryst / mage ikke skyldes en farlig situasjon som må behandles på land men i stedet skyldes noe ufarlig som kan behandles lokalt.

### 1.6.2.2 *Extreme Remote Healthcare*

Ved transportavstander over 4 timer til høyere behandlingsnivå defineres dette som "Extreme Remote Healthcare". I praksis betyr dette at for alvorlige tilstander er det ikke transportmulighet innenfor rammene av det tilstanden krever.<sup>1</sup> Dette omfatter tjenester som geografisk er avsidesliggende, men også der infrastrukturen kan forventes å bryte sammen. For eksempel er oljeinstallasjonene i Nordsjøen ("vanligvis Remote") avhengige av helikoptertransport til sykehus på land ved akutte hendelser. Dersom vær eller andre fly-operative forhold setter begrensninger vil også disse installasjonene være "Extreme Remote" så lenge flygingene ikke kan gjennomføres. "Extreme Remote" omhandler de situasjonene der det i utgangspunktet ikke er mulig å tilby et velfungerende helsetilbud uten telemedisin. Romferder og prosjekter i ekstremt avsidesliggende omgivelser som forskning i Antarktis eller oljeboring i arktiske strøk er eksempler på dette. Telemedisin kan være en forutsetning for å gjennomføre prosjektet med en helsetjeneste ved å bidra til å redusere sårbarheten. Med redusert sårbarhet gjennom velfungerende helseberedskap kan en gjennomføre ekstreme prosjekter som ellers ikke var forsvarlige.<sup>2</sup>

## 1.7 Avgrensinger

Denne studien bygger på en hypotese om at det finnes erfaringer med vellykket implementering i organisasjoner som andre organisasjoner kan lære av. Det er mulig å forestille seg at systemer kan fungere optimalt på tross av dårlige implementeringsprosesser, dvs en slags "løvetannbarn" i implementeringsverden. Dette vil ikke omhandles her, da denne studien kun leter etter "skoleeksempel" på hvordan en kan sikre størst mulighet for suksess gjennom en vellykket implementering. Kunnskap om hvordan en oppnår en vellykket implementering er viktig for ledere på strategisk nivå. Derfor er data hentet fra dette perspektivet og funnene er søkt verifisert på brukernivå.

Denne studien er en case-studie om implementering av telemedisin i to offshore helsetjenester og en offentlig helsetjeneste. Funnene er holdt opp mot aktuell teori. Læringspotensialet gjøres tydelig gjennom analysen av funnene og deres karakteristika.

---

<sup>1</sup> For en rekke akutte tilstander er tidskravene vesentlig lavere fra symptomene oppstår til pasienten skal være på sykehus.

<sup>2</sup> Med et vulkanutbrudd på Island i mai 2010 ble store deler av lufttrafikken i Nord-Europa lammet i lengre tid på grunn av en enorm askesky. Oljeinstallasjonene i Nordsjøen ("Remote") måtte stanse aktiviteten da de ikke tilfredsstilte myndighetskrav om medisinsk evakueringsmulighet med helikopter. (De hadde blitt "Extreme Remote"). Installasjoner med velfungerende telemedisinsk system fikk dispensasjon fra Petroleumstilsynet til å opprettholde virksomheten da de hadde et forsvarlig helsetilbud på tross av manglende evakueringsmulighet.

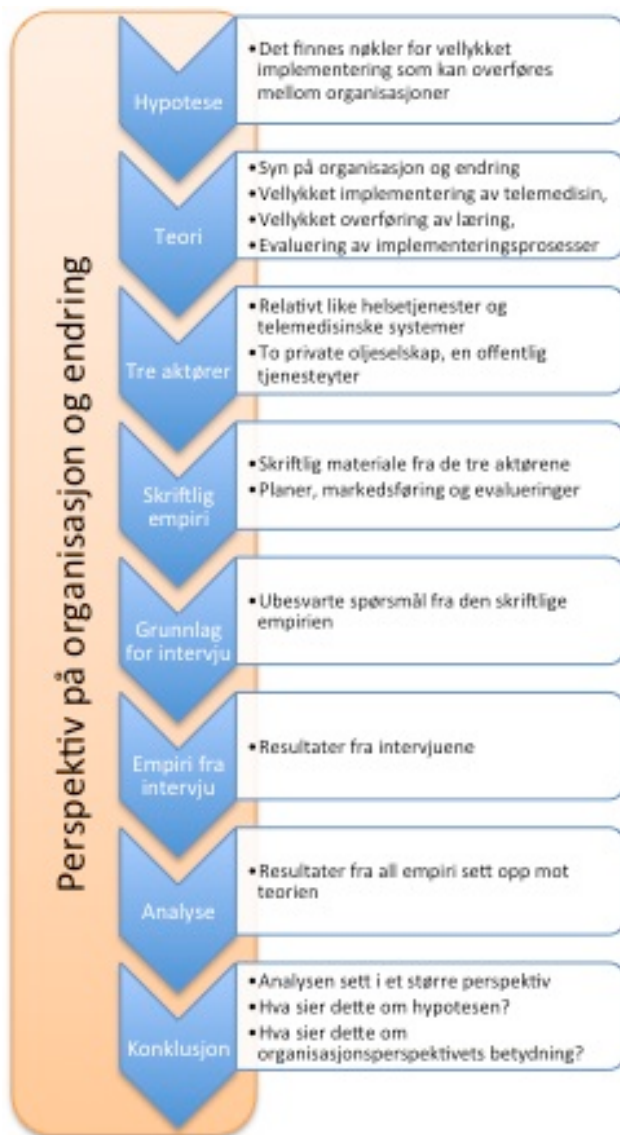
## 1.8 Jeg som forsker

Ståstedet mitt som forsker og forfatter legger sine føringer for studien. Født på 70'-tallet har jeg både livserfaring, studieerfaring og arbeidserfaring, men er også preget av tiden og samfunnet jeg har vokst opp i. Det er ikke tilfeldig at jeg studerer organisasjonsfag på Universitetets samfunnsvitenskapelige fakultet framfor å studere ledelse på bedriftsøkonomisk institutt. Samtidig har jeg en ballast med alt fra fagutdanninger, yrkeserfaringer og en personlighet som verdsetter rasjonalitet. Jeg har også en grunnleggende nysgjerrighet til nye impulser. Dette gjør at jeg i liten grad rendyrker min sti, men er relativt pluralistisk i forhold til for eksempel organisasjonsperspektiv. Jeg forsøker å kjenne de ulike perspektivene så godt at jeg kan høste fordelene og unngå ulempene hos hvert perspektiv, tilpasset situasjonen jeg står i.

Arbeidserfaringen min er i hovedsak fra offentlig tjenesteyting i skolevesen og helsevesen, der ledere og kolleger har vil ståsteder tilsvarende ulike organisasjonsperspektiv. Dette har gitt meg både ubevisste handlingsmønstre og forståelsesrammer, men også klare erfaringer og kunnskaper som jeg har et bevisst forhold til. Dermed oppfatter jeg meg selv som relativt åpen til sinns, med litt av alle perspektivene innabords men uten slagside i noen retning. Jeg har lest mye forskningslitteratur, men har lite erfaring selv som forsker. Jeg har dermed et klart bilde av hvor jeg vil, men med få publikasjoner bak meg er dette er ny rolle for meg.

Arbeidsplassen min leverer opplæringstjenester på kontrakt til den ene virksomheten jeg presenterer i studien. Denne kontrakten berører ikke verken implementering eller telemedisin i dag men har gitt meg kjennskap til nøkkelpersoner for denne studien. Arbeidsplassen min er forespurt fra denne virksomheten om å levere opplæringstjenester via telemedisin i framtiden. Jeg har ingen personlige interesser i forhold til kontrakten mellom arbeidsplassen og denne virksomheten. De to øvrige virksomhetene har jeg kjennskap til fra før, men ingen interesser til som skulle gi noen form for interessekonflikt.

## 1.9 Oppbygging



Figur 2: Denne studiens oppbygging

sammenholdes teori med funn fra innsamlet materiale for eventuelt å avdekke og beskrive nøkler til suksess og fiasko. Avslutningsvis vurderes i hvilken grad forskningsspørsmålene er besvart.

Menneskene i en organisasjon vil sette sitt preg på sin organisasjon, og det utvikler seg et "gjeldende syn" på endringsprosesser og andre organisatoriske aspekt. Dette gjeldende synet kan ha påvirkning på gjennomføringen og utfallet av en implementeringsprosess. Denne studien vil gjennom alle trinn følge tre ulike synsvinkler, og se hvordan disse eventuelt kan å ha påvirkning på implementeringsprosessen.

Innledningsvis presenteres grunnleggende aktuell teori om organisasjoner, implementering, telemedisin og overføring av kunnskap mellom organisasjoner. Så presenteres tre relativt ulike case, med fokus på hvordan aktørene trer fram. Deretter presenteres innholdsanalyser av det skriftlige materialet studien har samlet hos aktørene opp mot teorien. Ubesvarte spørsmål fra dette gir bakgrunn for kvalitative intervjuer som ble gjennomført for å få en dypere forståelse av implementeringsprosessene som ble gjennomført i de tre organisasjonene. Til sist



## 1.10 Videre forskning

For å kunne bekrefte eventuelle allmenngyldige sammenhenger fra svarene til denne studien og for å kunne forstå disse må det gjøres flere og mer omfattende arbeider som blant annet ser på flere typer virksomheter i flere ulike kontekster.

I denne studien ser det ut til at ledernes organisasjonsperspektiv bør balansere mellom et rasjonelt og et naturlig ståsted gjennom ulike faser av implementeringsprosessen. Det ønskes forskning som forklarer i hvilken grad dette er en allmenngyldig sammenheng og som viser hvordan man kan få dette til i praksis.

Et annet spørsmål er dersom organisasjonsperspektivet til lederne har så stor påvirkning som forventet, hvorfor forholder vi oss ikke til denne kunnskapen i større grad? Den valgte litteraturen omtaler dette i liten grad. Dersom dette er fundamentet for de begrep, grep og begrunnelser vi foretar oss burde vi fokusere på kunnskapen om de grunnleggende verdiene som verdiene, forståelsene og handlingene våre før vi begynner å se på artefakter som teknikk og prinsipper. Det er behov for forskning som viser den eventuelle sammenhengen mellom ledernes organisasjonsperspektiv og kvaliteten på implementeringsprosessen, og hvordan denne kunnskapen kan anvendes.

Med erkjennelsen av at de fleste ledere ikke er eksperter i evaluering av organisasjonsprosesser men også at evalueringer spiller en viktig rolle for implementeringsprosjekter ønskes det forskning på hvilken betydning ulike perspektiver på evaluering faktisk har for implementeringer. På grunnlag av dette ønskes det også utarbeide en enkel og robust metodikk for både fortløpende og periodevise evalueringer av implementeringsprosesser.

Til sist ønskes forskning som i større grad ser på hva vi egentlig evaluerer. Er det slik at vi evaluerer objektet vi implementerer framfor prosessen (Winter, 1999)? I så fall gjør vi indirekte målinger som egentlig ikke sier noe om prosessens virkning, og tillater at resultater får oppstå på tross av kvaliteten til implementeringen. Hvordan kan man finne riktig behandling for riktig lidelse når man vurderer ut fra indirekte symptomer? Det er behov for forskning som viser i hvilken grad dette er et problem, med forslag til hvordan vi kan gjennomføre gode evalueringer av selve implementeringsprosessen.

## 2 Teori. Om ståsted, implementering og oversetting

Selv om tittelen på studien peker direkte på implementering av telemedisin starter presentasjonen av teori i et mer overordnet perspektiv. Det hele handler om organisasjoner, der en ønsker å gjennomføre endringsprosesser og overføring av kunnskap. Endringen er i dette tilfellet en implementeringsprosess der det er telemedisin som skal innføres. Dermed handler ikke studien mest om telemedisin i seg selv, men hvorvidt og hvordan telemedisin (som eksempel) kan innføres på en vellykket måte i en organisasjon.

Teorikapitlet presenterer først ulike teoretiske perspektiv på organisasjoner, altså ulike generaliserte syn på organisasjon og endring som en kan finne igjen i en virksomhet. Hva kjennetegner tanker, forståelser og handlingsmønster hos menneskene i disse organisasjonene, og hvordan vil ulike faser av en implementering se ut innenfor disse ulike perspektivene. Det gjeldende perspektivet på organisasjon og endring former "brillene" eller "ontologien" som vi oppfatter og tolker verden ut fra og som derfor setter viktige føringer for hvordan utfallet blir. De påfølgende kapitlene beskrives både generelt men også sett med synsvinkelen til de ulike organisasjonsperspektivene. Videre i teorikapitlet presenteres teori om overføring av kunnskap mellom organisasjoner med hvilke utfordringer en møter og hvordan løse disse. Deretter presenteres teori om gjennomføring av selve implementeringsprosessen, både generelt og i forhold til telemedisin. Til slutt i teorikapitlet presenteres ulike perspektiver på evaluering av implementeringsprosesser.



Figur 3, oppbygging av teorikapitlet i denne studien

### **2.1.1 Perspektiver på organisasjoner og endringsprosesser**

Organisasjonsperspektiv er forskeres teoretiske kategorisering av hvordan vi kan oppfatte, forklare og forstå verdier, atferd, og holdninger hos for eksempel ledere i organisasjoner. Det er flere slike teoretiske perspektiv enn de som beskrives nedenfor, og betegnelsene som anvendes er ikke genuine. Definisjoner og skillelinjer trekkes på kryss og tvers. Studien har valgt de perspektivene og betegnelsene som er funnet mest relevante i forhold til det studien omhandler i konteksten: Masterstudiet i endringsledelse ved Universitetet i Stavanger, i Norge i 2013. Ett av de sentrale spørsmålene for de ulike perspektivene er i hvilken grad organisasjoner kan designes og styres, hvordan det eventuelt kan gjøres og eventuelt hvilke betingelser dette forutsetter. Det er sterke tradisjoner men også veletablerte myter omkring dette (Johannesen, 2011). Dermed kommer også perspektiver på ledelse og ledelsens sin rolle inn i bildet. Skal for eksempel endringer skje ”ovenfra” i organisasjonen eller ”nedenfra”? Hvilke overordnede syn gjelder, og hvordan må en regne med at det påvirker oppfatninger omkring implementering?

#### ***2.1.1.1 Rasjonelt/instrumentelt perspektiv***

I dette perspektivet oppfattes organisasjoner som noe konkret som kan formes, gjennom formell organisasjonsstruktur. Organisasjonen blir selve maskineriet for å oppnå ønskede resultater, nærmest som en selvstendig mekanisme og ikke for eksempel ”summen av alle individene som samvirker inne i organisasjonen” (Fayol, 1916; Gulick, 1937). Endring av organisasjonen skjer gjennom endringer av den formelle normative strukturen, nærmest som et byggverk eller maskineri. ”Med prosedyrer og ansvarsbeskrivelser som vil fungere i praksis akkurat slik vi har beskrevet det i planene!” (Meyer & Rowan, 1994). Virkemidlene er for eksempel endring av organisasjonsform, fysisk struktur som bygninger/maskiner og organisasjonsdemografi som planmessig endring av personellgruppen (Hatch & Cunliffe, 2006). Redskapstankegangen er gjennomgående, samtidig som fokus rettes mot ledelse og mål (Egeberg, 1989) (Jacobsen & Thorsvik, 2002). Målene nås gjennom god drift (ledelse) av maskineriet, der kyndighet og myndighet er idealene. Endringslederen er arkitekten, byggmesteren og maskinmesteren. Gode organisasjoner er resultat av god design, der de ønskede verdiene er rasjonalitet og effektivitet. Målet er å finne de universelle lovene, metodene og teknikkene som gjør oss i stand til å etablere de optimale organisasjonene. Verdiene assosieres raskt i retning av effektivitet og profitt, og lederen har en sterk posisjon (Johannesen, 2011).

Organisasjonssystemet blir i dette perspektivet toppstyrt, der personell lengre ned i ”næringskjeden” har underordnede roller, nærmest som produksjonsmidler (Meyer & Rowan, 1994). Teoriene vokste sterkt fram i USA og deler av Europa fra omkring 1920-30, og har opp gjennom tidene høstet mye kritikk, uttrykt blant annet gjennom Charlie Chaplin sin film

”Modern Times”. Likevel beholder perspektivet en sterk posisjon hos både ledere, personell, og samfunnet for øvrig. Det er lett å se spor av et slik syn i mange større organisasjoner som store bedrifter, sykehus og i offentlig forvaltning (Christensen, Lægred, Roness, & Røvik, 2009). Med fokus på konkrete resultater uttrykker aktørene i og rundt organisasjonen forventninger. I tillegg råder det en klar optimisme i forhold til påvirkningsmuligheter for å oppnå ønskede resultater (Mintzberg, 1994a). I virksomhetene og av teoretikere har det utviklet seg flere nyanser og retninger som har kommet i ulike bølger, med blant annet byråkratiteori og klassisk administrasjonslære som kjente retninger (Hatch & Cunliffe, 2006).

Med troen på konstruksjon gjennom ledelse og formelle strukturer er hierarki et av kjennetegnene ved dette perspektivet, særlig embetshierarki (Hatch & Cunliffe, 2006). Til hver rolle hører et visst sett formelle normer som sier hva og hvordan arbeidet skal utføres, men dermed uttrykkes det også indirekte hva som ikke skal gjøres. Dette er en annen kritikk av byråkratitankegangen at den reduserer personlig initiativ til å ta ansvar ut over egen rolle. I moderne varianter av perspektivet som Egeberg sin ny-rasjonalisme fokuseres det på faktisk beslutningsatferd framfor formelle strukturer, og dette oppfattes til dels som en pragmatisk videreutvikling (Egeberg, 1989).

Implementering i seg selv assosieres positivt da det representerer en mulighet for å forbedre prosesser i organisasjonen gjennom strategier (Mintzberg, 1994b). Endringsmotstand har ikke sterk grobunn sammen med dette perspektivet da endringer assosieres og nærmest defineres som noe positivt. Et implementeringsprosjekt som er preget av rasjonalisme forventes å ha sitt utspring i ledelsens ideer om behov og gjennomføring, der målet er å øke effektiviteten i organisasjonen og gi målbare forbedringer. Det skal være en solid prosjektbeskrivelse som fokuserer på hvem som gjør hva, nærmest som en kokebokoppskrift som det forventes at en skal følge. Dette vil gi god oversikt og kontroll med framdriften av prosjektet, men vil i utgangspunktet ikke imøtekomme videreutvikling av potensialer som oppstår spontant i gjennomføringen. Alt som ikke følger oppskriften assosieres som negativt. Dette vil stå i konflikt med det Horton kaller ”embracing the emergence”, som muliggjør utvikling av gevinster i gjennomføringen av prosjekter som en ikke evnet å se ved planleggingen (2012).

Aktører som er preget av et rasjonelt perspektiv har en grunnleggende oppfatning av at det finnes en stadig bedre organisasjonsform enn den eksisterende, så viljen og forventningen forbedring gjennom implementering er stor. Spørsmålet kan være i hvilken grad perspektivet legger tilstrekkelig vekt på de ulike fasene i implementeringsprosessen som beskrives nedenfor. Med sterk vekt på forberedelsesfasen og gjennomføringsfasen skal jobben være gjort, og en står i fare for å fokusere på gevinstrealisering når en egentlig skulle fokusere på etterarbeidsfasen (Røvik, 1998).

### *2.1.1.2 Naturlig perspektiv*

Det naturlige perspektivet kan lett assosieres som motreaksjonen til det rasjonelle perspektivet (Brunsson, 1982). Organisasjonen oppfattes ikke som en toppstyrt mekanisme, men som en organisme som nærmest har eget liv (Hatch & Cunliffe, 2006). Helhet er viktig, så delsystemer og avgrensinger er problematisk da det vil påvirke hele organismen (Johannesen, 2011). De formelle og de sosiale linjene går tett i hverandre og kan ikke isoleres som en gjør i det rasjonelle perspektivet (Meyer & Rowan, 1994; Selznick, 1957). Heller ikke målsettinger forventes å fungere på samme måte. Hva andre har definert skal gjøres vil i liten grad påvirke hva som egentlig skjer inne i organisasjonen. Med andre ord skilles det mellom ytre artefakter og indre egenaktivitet. Motstand mot endring blir dermed et sentralt begrep i dette perspektivet, der endring oppfattes som en trussel mot de etablerte verdiene i organisasjonen (Jacobsen, 2004). Endring kan gjerne få skje, bare den oppstår innenfra. Motivasjonen for endring trigges av trusler mot de indre verdiene i organisasjonen (Røvik, 1998). Dermed må endringsprosesser komme innenfra (indre motivasjon) dersom de skal ha kraft til å lykkes. I motsatt fall kan en oppleve frastøting der organisasjonen verner seg mot å bli endret utenfra. En må ikke forveksle dette med at inspirasjonen til endring også må komme innenfra. Inspirasjonen kan gjerne komme fra omgivelsene, men beslutningen om å gjøre, og hvordan endringen skal gjennomføres må ha eierskap i kjernen av organisasjonen.

Motivasjonen for å motstå trusler utenfra har også flere sider. Direkte trusler mot organisasjonens egen eksistens som for eksempel en konkurransesituasjon vil være en driver til for eksempel å bedre omdømmet og øke effektivitet og kompetanse for å etablere konkurransefortrinn (Ford, Ford, & D'Amelio, 2008). Dette vil allment assosieres med konstruktiv utvikling og forbedring av organisasjonen. Samtidig vil det oppfattes som positivt at organisasjonen har sett og gjort tilpassingen selv, med sterk indre motivasjon og forankring. I andre situasjoner kan den valgte endringen være delvis eller fullstendig negativ, sett utenfra. I en organisasjon med for eksempel konflikt mellom ledelse og en ansattgruppe kan samme konkurransesituasjon som i eksemplet over resultere i at ansattgruppen saboterer forbedringer av konkurransesituasjonen gjennom for eksempel gå-sakte aksjoner eller ved passivt å la være å følge opp forbedringsprosjekt. De er villige til å risikere organisasjonens konkurranseposisjon for å vise styrke og vinne kampen mot ledelsen (Jacobsen, 2004). Hvordan impulsen om endring treffer de verdiene som gjelder i organisasjonen er altså styrende for hvilken fart og retning organisasjonen (organismen) beveger seg i. Mekanismen med motstand kan også gjøre organisasjonen robust mot uønskede endringer i forhold til det som er ønsket og internalisert (Ford, et al., 2008).

Indre internaliserte verdier som ligger til grunn for tanker, reaksjonsmønstre og atferd kalles ofte kultur, og er i det naturlige perspektivet selve middelet for å påvirke atferd og resultater for

organisasjonen. Radikale planlagte endringer av organisasjoner handler i det naturlige perspektivet i stor grad om å endre kulturen gjennom å endre normene (Christensen, et al., 2009). Uønskede normer må synliggjøres og nye normer må etableres. Så må de nye ønskede normene internaliseres så de blir en del av organisasjonens grunnleggende (tause) verdier. Kulturen behøver ikke uttales i det daglige da de har blitt en naturlig del av hele organisasjonen. En organisasjon kan ha ulike kulturer i ulike deler av organisasjonen eller i ulike situasjoner. De ulike kulturene i samme organisasjon kan også stå i konflikt med hverandre og gi grunnleggende uro i organisasjonen. Kultur kan etableres både aktivt og passivt. Verdier som legger grunnlaget for en kultur kan aktivt velges og påvirkes. Samtidig vil det også foregå en stille påvirkning der andre verdier sniker seg inn nærmest ubemerket. Medlemmene i organisasjonen vil i stor grad blindes av kulturen etter hvert som den blir internalisert, eller det uttalte glir over til å bli u-uttalt (Jacobsen, 2004).

Å finne klare eksempler på rendyrkede naturlige organisasjoner i samfunnet er kanskje ikke så lett som å finne spor av mekanismene. Kanskje kan elevene i en skoleklasse eller en organisasjon som en fagforening på en arbeidsplass ha mange trekk fra det naturlige perspektivet. Samtidig vil de fleste kjenne oss igjen med for eksempel motstand mot endring som ”noen andre”, altså noen utenfor organisasjonen har definert. De fleste av oss har også kjent på hvor sterk drivkraft det er i en endringsprosess vi selv har initiert. Det rasjonelle perspektivets top-down tilnærming kommer i konflikt med dette perspektivet. Det behøver heller ikke være noe bottom-up perspektiv da hierarki fungerer annerledes i dette perspektivet. Hierarkiet kobles til sosiale roller, så den som naturlig har en koordinerende eller ledende rolle kan også ha dette for endringer som en implementeringsprosess. Dermed åpnes det for bottom-up. Samtidig kan det like godt tenkes at en får en kjerne-ut-til-periferien spredning i organisasjonen, der hele organisasjonen involveres og tar større grad av eierskap.<sup>3</sup> En implementeringsprosess vil se ulik ut i dette prosjektet avhengig av om endringen kommer innenfra eller utenfra, og om motivet for endring er noe som bevarer eller truer kultur og verdier i organisasjonen (Johannesen, 2011).

Til sammenligning mellom rasjonelle og naturlige perspektiv kan det oppleves paradoksalt at offentlige tjenesteytere som finansieres over offentlige budsjetter oppfører seg som bedrifter med for eksempel begreper som lønnsomhet og inntjening og en tidshorisont som tilsvarer en budsjettperiode. Det er lett å finne spor av det rasjonelle perspektivet i disse organisasjonene. Paradokset blir enda større da virksomheter som opererer i konkurranseutsatte næringer viser

---

<sup>3</sup> det naturlige perspektivet kan assosieres med George Orwell's ”The Animal Farm” etter at dyrene har jagd bonden av sted og nylig organisert seg, gjennom de ulike opprørene og hvordan organisasjonen motsetter seg påvirkning utenfra men også har kraft til å gjennomføre egen initierte endringer.

verdier og bruker begreper som tilhører et naturlig perspektiv og blant annet viser langsiktige tidshorisonter. Forutsatt at et slik paradoks er til stede kan dette ha sammenheng med hvor komplekse organisasjoner med tanke på både sammensetting, mål og virkemåte (Christensen, et al., 2009).

### *2.1.1.3 Myte-perspektivet*

En mote kjennetegnes ofte ved at den er en impuls som feier som en vind over landskapet og viser seg igjen ved at "alle" tar opp i seg strømmingene fra impulsen. Det enkleste er å assosiere til klesmote, der plutselig store deler av samfunnet skifter farge eller stil på garderoben selv om det kanskje strider med logikk i forhold til årstider og lignende. Moten bygger på en ide om at det finnes "noe bedre" (Røvik, 1998). Denne ideen får så stor utbredelse og så sterk forankring at det ikke lenger stilles spørsmål ved den og den har blitt etablert som en myte som lover forbedring. Denne analogien ligger til grunn for å gi navn til myteperspektivet<sup>4</sup> siden mekanismene bak dette organisasjonsperspektivet har sterke likhetstrekk.

Perspektivet legger vekt på sammenhengen mellom omgivelsene og egenorganisasjonens betydning, og hvordan dette gir grunnlag for endringer. Det oppstod og utviklet seg på '70-'80 tallet. Utgangspunktet er at organisasjoner eksisterer og utvikler seg selvstendig, og vår evne til å forstå dette danner utgangspunkt for å endre. Tidligere perspektiv fokuserte enten på tekniske faktorer eller på faktorer en så i omgivelsene, men med dette perspektivet kom også institusjonelle faktorer som tenkemåter og sosiale mekanismer i fokus. Utviklingsmessig kan det kanskje oppfattes som en balansert sammenføring av det rasjonelle og det naturlige perspektivet ved å inkludere verdier fra begge de tidligere perspektivene. Det hevdes at dette perspektivet er det mest dominerende i Skandinavia i dag (Blindheim, 2011).

I myte-perspektivet er organisasjonens legitimitet er sentral, og i de sosiale omgivelsene settes normer en må forholde seg til (Røvik, 1998). Dette har så stor kraft at det kan føre til endringer som senker effektiviteten i organisasjonen. Ytre normer setter standarder som alle forventes å justere seg under og det utvikler seg en institusjonalisering der alle forsøker å gjøre seg mest mulig like normene. Påstandene som begrunner normene blir myter som oppfattes som oppskrifter. Institusjonaliseringen kjennetegnes ved at oppskriftene følges av mange, oppskriften følges likt, uten at det stilles spørsmål, og at ideen oppfattes som varig (Blindheim, 2011). I tillegg oppfattes mytene som redskaper for rasjonell måloppnåelse som kan overføres fra en organisasjon til en annen med rasjonalitetens forventning til forbedring (Meyer & Rowan, 1994). Diffusjon av ideer brukes som begrep der ideen sprer i identiske kopier seg utover blant organisasjonene.

---

<sup>4</sup> Begrepet myte-perspektiv og mote-perspektiv brukes om hverandre og oppfattes som likestilte.

Mekanismene med å føye seg etter de ytre normene medfører ulike utfordringer. En av dem er en de-kobling, der endringene bare skjer på utsiden for å gi et pent inntrykk mens det foregår helt andre ting på innsiden. Miljøsertifiseringer og samfunnsansvar kan være eksempler på dette, der det er gunstig å "være med", mens en egentlig ikke gjennomfører de gjennomgripende endringene som for eksempel sertifisering skal representere. Impulsene for endring har bare truffet de ytre lagene av organisasjonen og har ikke sterk forankring hos verken ledelsen eller organisasjonen. De sterke driverne fra de foregående perspektivene er kanskje ikke til stede gjennom en hel endringsprosess, og endringen får kanskje ikke den kraften som skal til for å gjennomføres. Dersom dette skjer med en implementeringsprosess vil kanskje de synlige ytre faktorene som investering av utstyr skje lett, mens mindre synlige prosesser som planlegging, opplæring og oppfølging kan mangle. "Alle skal ha", men vet ikke alltid helt hvorfor. En annen problematisk side ved dette er at det ikke er et ekte problem som er driveren til å finne løsning, men en situasjon der en har "en løsning som leter etter et problem" (Røvik, 2012).

En annen utfordring i dette perspektivet er når alle blir mer og mer like. Utvikling skjer ofte når noen våger og evner å gjøre noe nytt og annerledes. Ytre normer for anerkjent atferd står i konflikt med dette og motvirker i utgangspunktet nyutvikling (DiMaggio & Powell, 1983; Meyer & Rowan, 1994). Terskelen for å gjøre noe annerledes heves og stiller krav til desto større kraft for den som faktisk skal bryte med konvensjonene. Samtidig vil "mulighetenes vindu" tilsi at gevinsten kan bli desto større for de som lykkes med noe nytt. Er gevinsten stor nok og tiden riktig kan nyvinningen bli etablert som en ny norm, der massen følger og forventer tilnærmet samme gevinst. Både på grunn av svakere forankring i organisasjonene hos kopistene enn hos utvikleren, men også på grunn av andre faser i mulighetenes vindu vil gevinstene bli lavere for de som kommer etter. Endringer i dette perspektivet handler dermed mest om endring av fernissen til organisasjonen, mens de indre strukturene styres av faktisk beslutningsatferd og foregår nærmest upåvirket av den ytre påvirkningen (Røvik, 2012).



#### ***2.1.1.4 Hvilke organisasjonsperspektiv ser en spor av hos de tre virksomhetene?***

De tre virksomhetene som studien følger har sine særtrekk, der aktørene i og rundt organisasjonene setter preg på organisasjonen ut fra sine perspektiv. Hvilke teoretiske perspektiv kan man se spor av i de tre virksomhetene? Studien sammenligner helsevesen med petroleumsindustri, privat næring versus offentlig tjenesteyting, regional virksomhet versus internasjonale konsern. Dette gir mange krysningspunkt som blir ytterligere omtalt i kapitlet som presenterer resultatene.

Offentlig helsevesen beskrives ofte som byråkratisk og sterkt preget av det rasjonelle perspektivet men også med sterke tradisjoner. Yrkesgrupper med sterk integritet i organisasjonen og samfunnet, som tradisjonelt har et rasjonelt syn på organisasjon setter også sitt preg på organisasjonene. En finner også sterke tradisjoner og oppfatninger innen for eksempel hver avdeling, spesialitet eller yrkesgruppe. Motstand og indre dynamikk er relevante faktorer som en finner igjen i det naturlige perspektivet. I tillegg opplever helsevesenet økende forventninger fra befolkningen og egne fagmiljø til forbedring og videreutvikling. Dette kan invitere til økt oppmerksomhet til omgivelsene, og dermed til myteperspektivet. Forbedringene skal komme fort på plass, uten helt å berede grunnen og gjøre de beste valgene for prosessene. Dette kan legge grunnlag for sterk påvirkning fra alle de tre teoretiske perspektivene!

Tilsvarende situasjon som i det offentlige helsevesenet kan i utgangspunktet foreligge i de private virksomhetene i petroleumsindustrien. Store tradisjonsrike selskaper fungerer nærmest som institusjoner, og må ha både omstillingsdyktighet og endringsmotstand for å finne langsiktig lønnsomme og robuste løsninger. Økonomer og ingeniører med tradisjonelt rasjonelle perspektiv har sentrale roller i organisasjonene blant personell med naturlige og kanskje mer langsiktige perspektiv. Studiens tre virksomheter er eksponert i forhold til samfunnet rundt seg, der omdømme har i alle fall langsiktig betydning for alle. Dermed er fasaden viktig og myteperspektivet har enda en inngangsport til organisasjonene.

## 2.2 Om translasjon – å overføre kunnskap mellom virksomheter

Ideen om overføring av kunnskap mellom organisasjoner er grunnleggende i seg selv, men går i ulike retninger når det kommer til hvordan ideene skal overføres (Røvik, 1998). Retningen som presenteres nedenfor har slektskap til språklig oversettelse, der budskap overføres mellom to ulike kontekster og det skjer en korrigerende for kontekstene (Jacobsen, 2004). Retningen skiller seg blant annet fra ”diffusjonsmodellen” der en tenker at samme ide brer seg i identisk form mellom organisasjonene. En ser klare paralleller mellom diffusjonsmodellen og myteperspektivet, der man ser noe man liker og lar en blåkopi bli sitt eget. Retningen som presenteres i denne studien utviklet seg fra siste halvdel av ’80-tallet og assosieres til Europa og Skandinavia (Røvik, 2007). Utviklingsoptimismen fra det rasjonelle perspektivet er til stede, men dette behøver ikke være toppstyrt eller rasjonalisert på andre måter. Det kan være initiert og koordinert fra alle nivå i organisasjonen og bærer med seg troen på forbedring gjennom endring og kraften fra eksterne impulser (ibid).

Å overføre kunnskap mellom virksomheter medfører en viss grad av tolking dersom kjernen i budskapet skal holdes intakt, siden virksomhetene aldri vil være fullstendig identiske. Resultater, erfaringer og andre typer kunnskap har oppstått i en kontekst, og kan ikke uten videre overføres til en annen kontekst. Enten blir budskapet endret i møtet med den nye konteksten eller innføringen må korrigeres for konteksten, og i teorien som presenteres her er det korrigerende for konteksten ved innføringen som skjer. Dette blir på samme måte som å overføre organisasjonsoppskrifter mellom virksomheter. En blåkopi vil oftest ikke fungere optimalt i mottakerorganisasjonen da den ikke er tilpasset ulikhetene mellom de to organisasjonene (Røvik, 2007).

Videre vil det oftest skje bevisste eller ubevisste endringer under veis i prosessen, enten som tillegg eller fratrekk (Danielsen, 2011). Derfor er det viktig å være klar over at ideers reise gjennom organisasjoner ikke er en rettlinjet vandring men en spiralbevegelse (Pettersen, 2011). Denne studien ønsker å finne vellykkede oppskrifter på implementering av telemedisin, slik at vinneroppskriften kan overføres til andre organisasjoner. Dette lar seg i følge teorien gjøre, men oppskriften må fortolkes slik at den gir riktig kunnskap til mottakerorganisasjonen. Denne prosessen omfatter to hovedfaser; en uthenting (dekontekstualisering) og en innføring (kontekstualisering). Målet med dekontekstualiseringen er å hente ut konteksttilpasset kunnskap og dekode kunnskapen slik at denne blir mest mulig generisk. Den generiske kunnskapen skal så innføres i mottakerorganisasjonen, men for å lykkes bør det gjøres kontekstavhengige tilpasninger. Sluttproduktet har da forutsetninger for å lykkes på samme måter som startoppskriften, selv om den tilsynelatende kan se annerledes ut. Tilpasningene som gjøres gir også rom for grunnleggende forbedringer, en fordel som skiller seg ut for denne måten å overføre

kunnskap på. I tillegg til å hente ut karakteristika fra den man lærer fra kan man også justere for økt klokskap i tillegg til de kontekstuelle tilpasningene (Røvik, 2007).

Resultatene fra denne studien må derfor ikke leses som kokebokoppskriften til suksess, der graden av suksess samsvarer med hvor nøyaktig en følger oppskriften. I studien dekontekstualiseres funnene fra de tre aktørene til sentrale karakteristika for å lykkes, men for å anvende disse karakteristikaene fra studien må de kontekstualiseres i forhold til mottakerorganisasjonen.

En grunnleggende erkjennelse er at organisasjoner er genuint ulike. Det må derfor foregå en omkodingsprosess mellom organisasjonen ideen skal hentes fra til organisasjonen den skal settes inn i (Røvik, 2012). Det blir nesten som brøkregning der nevneren er ulik. En ønsker å hente ut de bakenforliggende ideene og verdiene, men har kanskje bare tilgjengelig det en kan se; handlingene og artefaktene. Fra psykologien er det kjent at handlinger og atferd styres av bakenforliggende verdier og ideer (Rudolph, Simon, Dufrense, & Raemer, 2006). Noen av disse bakenfor liggende verdiene er vi bevisste og kan uttrykke samtidig som noen vil være helt eller delvis skjult. Vi snakker om taus kunnskap eller tacit knowledge (Polanyi, 1966). Uansett vil ideer, verdier og handlinger være tilpasset den organisasjonen og omgivelsene som ideene hentes fra og må gjennomgå en omkodning til en generisk form der en får fram de grunnleggende karakteristika og egenskapene ved det en skal overføre. Deretter skal dette tilpasses den organisasjonen og de omgivelsene som ideene skal inn i. Denne reisen fra konkret praksis til abstrakt uttrykk, for så å la det abstrakte uttrykket bli ny konkret praksis er krevende, og stiller blant annet sterke krav til oversettingskompetanse (Røvik, 2007). Det er mange muligheter for feil på veien. Det er vanskelig å finne gode referansepunkter for å vurdere om oversettelsen er vellykket, da tid og kontekst er i konstant endring og det er to ulike organisasjoner en skal sammenligne. Vurderingen gjøres ofte retrospektiv, men selv da er det vanskelig. Slik sett kan oversettelsesprosessen være god selv om resultatet likevel bli dårlig, for eksempel dersom timingen eller målgruppen en har henvendt seg til er feil. Utfallet ble ikke som forventet, men i hvilken grad skyldes dette en dårlig oversettelse? Samtidig kan en ha flaks, og på tross av en dårlig oversettelse være på rett sted til rett tid, oppleve suksess og blir nærmest geni-erklært for noe som egentlig ikke er spesielt genialt utført (Røvik, 2007). Det blir som å kåre den beste fiskeren. Er det den som rent tilfeldig ble funnet av en makrellstim og får flest fisk den aktuelle dagen eller den som grundig fisker med riktig teknikk og som jevnt over får mest fisk gjennom hele året men som den aktuelle dagen ikke traff samme makrellstimen? Dette er vanskelig å ta stilling til underveis i prosessen og kan best evalueres i ettertid, tatt i betraktning ulike påvirkende faktorer som tid, miljø og ulike organisasjoner. Et rendyrket rasjonelt perspektiv vil neppe harmonere med slike grader av subjektivitet og tolkning. Her må faktorer i og omkring

organisasjonen i større grad tas i betraktning, så organisasjonsperspektivene som beskriver de ulike gruppene aktører vil ha betydning for oversettingen.

Prosesen i seg selv åpner for å vinne de forventede gevinstene en har sett andre har oppnådd, men samtidig har en mulighet til å tilpasse og forbedre det en oversetter for å optimalisere ytterligere. Man kan legge til eller trekke fra som en mener passer best. Denne kunstneriske friheten åpner for muligheter ut over den klassiske følg-kokeboken-tradisjonen som lett kan følge for eksempel et rasjonelt perspektiv eller myteperspektivet. Aktører som er preget av et rasjonelt perspektiv forventes å ha større motstand mot å gjøre tilpasninger som ikke er grundig dokumentert og har en kjent/forventet effekt.

En annen side av translasjon er i hvilken retning endringene skjer. Det tradisjonelle er at en organisasjon oppfatter en ide fra en annen organisasjon og at organisasjonen endrer seg på grunnlag av ideen. På grunnlag av muligheten og villighet til å gjøre tilpasninger i oversettelsesprosessen kan også selve ideen endres. I hvor stor grad dette skjer avhenger av hvilket perspektiv man preges av. Er det et rasjonelt perspektiv med tro på nøyaktige oppskrifter eller et naturlig perspektiv der det er større rom for frie oppskrifter (Røvik, 2007).

### *2.2.1.1 Om fortolking*

Fortolking er et begrep som utfordrer oss. Vi søker rene og pålitelige svar, men må ofte forholde oss til fortolkinger som sår tvil ved muligheten til å kalle noe sant. I oversettelsesteori er ikke dette kontroversielt men essensielt for å få til en god oversettelse. Der erkjenner en åpent at det er grunnleggende ulikheter som må tas høyde for, både når en for eksempel skal hente ut oppskrifter og når de skal settes inn i en ny organisasjon (Røvik, 2007). I motsatt ende finner en kanskje et rasjonelt perspektiv som i langt mindre grad lar aktørene forholde seg til oversettelser, men oppfatter oppskrifter som noe generisk og objektivt og dermed ikke behøver å diskutere fortolking. En kan stille spørsmål ved hva som likevel skjer i praksis. Overføring av oppskrifter foregår neppe uten at oppskriften på en eller annen måte justeres for å passe til organisasjonen. Organisasjoner neppe så identiske at de kan sammenlignes fullstendig på alle punkt. Det vil derfor oftest foregå en viss grad av fortolkning av oppskriften på grunnlag av det som er forskjellig mellom organisasjonene. Forutsatt at det vil foregå en grad av fortolking er det foretrukket at dette foregår transparent (Røvik, 2012). Med paralleller til hermeneutikk i vitenskapsteorien gjøres fortolkinger så lenge de foregår åpenlyst og redegjøres for (Gilje & Grimen, 1995). Ved å tilstrebe å være transparent i forhold til tolking vil en både klarlegge hvordan en har oppfattet grunnlaget å tolke på, men også sitt eget ståsted for fortolkingen. I forhold til organisasjonsideer bør dette handle om for det første å erkjenne at vi gjør fortolkinger av hvem vi henter oppskrifter fra, hva oppskriften inneholder, hvordan den skal implementeres hos oss, hva gevinstene er og hvordan de kan realiseres osv. Dette bør en være tydelig på, men også hvilket ståsted vi selv har. Hvilke organisasjonsperspektiv er kjennetegner fortolkeren, og hvordan har dette påvirket fortolkningene?

Dette er selvfølgelig en krevende oppgave og forutsetter stor grad av selvinnsikt. Sannsynligvis er det ikke fullstendig gjennomførbart i praksis, men dersom det kan være et ideal å strekke seg etter ville det gi økt gyldighet til de forklaringene og oppskriftene vi omgir oss med. Vi kan unngå noen av ulempene og øke fordelene med fortolking (Røvik, 2012).

## **2.3 Om implementeringsprosesser i organisasjoner**

Før implementeringsprosesser i organisasjoner gjennomgås i detalj settes dette i en større sammenheng. I psykologi, filosofi og annen vitenskap pekes det på at vi gjør handlinger, tanker og utsagn på bakgrunn av de grunnleggende verdiene og oppfatningene vi har. Hva er oppfatningen vår av "verden og universet". Med paralleller til vitenskapsteoriens ontologi, epistemologi og metodologi danner dette de overgripende bildene våre som legger grunnlaget for hva vi forventer, sier, gjør, osv. For å beskrive noe eller forstå noe er det viktig å være bevisst eget og andres ståsted (Gilje & Grimen, 1995). Dette gjelder både teorien og forskningen om implementering som fenomen, men også for de som anvender implementering i praksis. For å beskrive implementering er det derfor interessant å se nærmere på hvordan ulike perspektiver (ontologiske ståsted) beskriver organisasjoner og endringsprosesser. Hvordan ser samme fenomen ut (for eksempel implementering) fra de ulike ståstedene?

Fenomenet implementering har to hovedretninger, en klassisk og en translasjonsteoretisk. Den klassiske finner en igjen innen statsvitenskap og vitenskapen omkring offentlig politikk. Den andre retningen har utspring i organisasjonsvitenskap. Materialet denne studien støtter seg til i har forankring i begge retningene. Pressmann og Wildavsky sitt arbeid fra 1973 regnes som starten på fagdisiplinen implementering, som dermed regnes som en relativt ung fagdisiplin (Winter, 1999).

Organisasjonsperspektivet som kjennetegner aktørene vil ha betydning for hvordan implementering planlegges og gjennomføres. Beskrivelsene nedenfor er "rendyrkede" eller stereotypiske beskrivelser av perspektivene. Vi må huske at de individuelle (og kollektive) ståstedene vil være en sammensatt blanding av de ulike perspektivene. Vi skal også huske at selve teorien om implementering er delt mellom en rasjonell/instrumentell retning og en mer sosial-konstruktivistisk retning, lignende et rasjonelt og et naturlig organisasjonsperspektiv. De sosial-konstruktivistiske har fått sterkt fotfeste i Skandinavia og oversettelse assosieres lett i forlengelsen av dette perspektivet, men i praksis gjennomfører vi sannsynligvis prosjektene våre med kunnskap og inspirasjon fra begge perspektivene.

### **2.3.1 Ulike faser i en implementeringsprosess**

Fixsen presenterer en seks trinns modell for implementeringer, med vekt på at implementeringen er en stegvis utviklingsprosess (2005). Denne studien velger å slå sammen noen av trinnene, tilsvarende stegene i de prosjektene som studien følger. Fokus i beskrivelsen ligger i hva slags arbeidsinnsats som kreves, ikke i finansstrøm, hvem som er ansvarlig eller lignende. Det gir tre hovedfaser i kronologisk rekkefølge.

### *2.3.1.1 Forberedelse*

Hovedmålet med denne fasen er å etablere klare mål og å definere strategier og rammer for å nå målene. Lengden og omfanget av fasen er det mange og til dels motstridende synspunkter på<sup>5</sup>. Uansett er det viktig å komme fram til gode mål som blant annet er entydig definert og målbare, som blant annet skal gi en mest mulig enhetlig forståelse av hvor en vil. Disse målene bygger på en grunnleggende antakelse om forbedring, og det legges gjerne stor vekt på å finne en god prosess for å få dette til. Det kan stilles spørsmål til i hvilken grad vi egentlig vet at det vi skal implementere faktisk er den riktige løsningen (Winter, 2003). Dersom lederen for en implementering er preget av myteperspektivet vil lederen i liten grad være opptatt av denne kritikken. Dersom lederen i motsetning hadde ståsted i det naturlige perspektivet ville dette vært viktige kilder til motstand som lederen ville være opptatt av. Hva en skal oppnå må være så klart og entydig beskrevet at det ideelt sett ikke er mulig å misforstå, uavhengig av leserens perspektiv (Jacobsen, 2004). Likevel vil utformingen av mål og vei se ulik ut på bakgrunn av perspektivet til de som beskriver dem med blant annet ulik grad av begrunnelser og prosessbeskrivelser. I tillegg må det være mulig å evaluere graden av måloppnåelse. Et klart mål kan gi en klar plan for hvordan målet skal oppnås. Det blir i alle fall en krevende oppgave å gå motsatt vei, og lage en klar plan for et uklart mål. Disse målsettingene er også interessante, både i hvordan de uttrykkes og hvordan de kobles mot evaluering av prosjektet. Dette vil indikere hvilket perspektiv som har vært gjeldende for de som har utformet planene og målene.

Planen må omfatte hva som skal gjøres, hvordan det skal gjøres og hvem som skal utføre hva. Igjen vil organisasjonsperspektivet til de som utformer planene gjøre seg tydelig og legge føringer for hvordan implementeringen vil gjennomføres. Vil et rasjonelt perspektiv skinne gjennom og legge stor vekt på ytre rammer og styring, eller vil et naturlig perspektiv vise seg ved å ta høyde for motivasjon, indre motstand og lignende, eller vil det være preget av myteperspektivet med vekt på fordelene en oppnår ved å sette i gang. Rammefaktorene tid og kostnader forventes også på plass, både for å synliggjøre hva implementeringen krever av tids- og finansielle ressurser men også siden dette tradisjonelt er ønskede markører for oppfølging av prosjekter. Hvordan implementeringsprosessen og måloppnåelsen skal evalueres er det også hensiktsmessig å skrive i planen da det gir en helhetlig rettesnor gjennom implementeringen.

Planlegging er viktig, men det forutsetter at planleggingen må være god i forhold til den totale prosessen og de overordnede målene. Et ordtak sier at "en god forberedelse er halve reisen", mens et annet sier "det enkleste er ofte det beste". Disse ordtakene bør ikke stå i konflikt men være idealer for en konstruktiv og klar start. Det er rikelig med sidespor og fallgruver allerede i

---

<sup>5</sup> Sannsynligvis reflektert gjennom hvilke organisasjonsperspektiv som er gjeldende for de som diskuterer.

denne delen av prosessen så det stilles store krav til de involverte å balansere mellom grundighet og effektivitet. Det er mange hensyn som skal balanseres og føringer fra denne fasen gir konsekvenser for senere faser. Likevel er det viktig å ha god framdrift i denne fasen for ikke å bli driftende rundt på planleggingens endeløse hav der prat aldri kommer til praksis (Pettersen, 2011).

Forberedelsesfasen bør være adskilt fra de andre fasene, og aller helst ligge i forkant av det øvrige. Dersom for eksempel investeringer eller installasjoner er gjort før denne fasen vil det legge begrensninger på rommet for å utvikle gode løsninger og planer. Arbeidsfokus er i skjæringspunktet mellom strategisk arbeid, praktisk gjennomføring, rammeplanlegging, metodikk og psykologi. Den strategiske delen handler i stor grad om å få tilslutning fra ledelse. Til sterkere tilslutning og til høyere opp i "næringskjeden", til sterkere står prosjektet i kampen om ressurser og gjennom den motgangen det vil møte. Samtidig er de ulike nåløynene en må passere i denne fasen viktige feedback-mekanismer for kvaliteten og kraften til prosjektet (Jacobsen, 2004). Fokus på praktisk gjennomføring er viktig for å gjøre prosjektet gjennomførbart, og sitatet til Yogi Berra om teori og praksis har stor betydning. En plan uten gode rammer er et sjansespill i alle retninger. En vet ikke om en har rammer nok til å gjennomføre prosjektet, men en har heller ikke kunnskap om ressursbruken før i etterkant av prosjektet. Det bør være vanskelig å få godkjenning for å gjennomføre et prosjekt som ikke har en klar beskrivelse av ressursbruken, særlig i form av tid og økonomi. På den andre siden er disse rammefaktorene ofte begrensende faktorer som påvirker gjennomføringen. Utfordringen blir å balansere disse hensynene mot hverandre og la mulighetene bestå mens en klarer å finne kloke alternativene til ulempene. Blant annet derfor kommer de metodiske og sosiale aspektene inn. Det er mennesker som skal gjennomføre prosjektet. Prosjektet skal gjennomføres i en organisasjon og i omgivelser skapt av mennesker. Alle disse komponentene påvirkes av blant annet sosiale faktorer. Sett fra et ytre ståsted kan man få andre mennesker til å gjøre de mest utrolige anstrengelser for relativt små gevinster mens andre vegrer seg for å gjøre selv små skritt for store gevinster. Mye av dette skyldes hvordan menneskene som skal utføre dette opplever gevinsten. Et prosjekt som skal implementeres involverer mange mennesker. Alt fra ledere som skal godkjenne, prosjektstaben som skal lede prosjektet, medarbeiderne som skal gjennomføre prosjektet og alle andre som blir berørt av prosjektet kan påvirke samme prosjektet til både suksess og fiasko. Både subjektivt og objektivt. Selv om prosjektet når målene sine aldri så godt vil det ikke overleve i organisasjonen dersom menneskene ikke anerkjenner det. På den andre siden har det lite å bety for de fleste om målene ikke innfris dersom menneskene elsker prosjektet. Nøkkelen er altså å ta med de sosiale aspektene i planleggingen; hvordan kan en få flest mulig til å gi mest mulig anerkjennelse til prosjektet? Dette handler mye om motstand. Det vil være viktig å kartlegge styrken og retningen på motstanden og gjøre kloke valg i forhold til dette. I hvilken grad er prosjektet en trussel og for hvem? Hva er



bakgrunnen for denne opplevelsen, og hva kan vi gjøre med opplevelsen av denne trusselen? En møter altså både rasjonelle tradisjoner med forventning om struktur mens et naturlig perspektiv vil gi større rom for spontanitet og dynamikk og vil arbeide med for eksempel motstand i organisasjonen. Utfordringen blir å finne en klok balanse der begge perspektiv blir ivaretatt på en hensiktsmessig måte (Jacobsen, 2004).

Alt dette må balanseres mot hverandre så raskt og grundig som hensiktsmessig for å komme i gang med gjennomføringsfasen. Vedtaket i ledelsen som godkjenner prosjektet er ofte den klare overgangen fra planleggingsfasen til begynnelsen på gjennomføringen. En skal merke seg at hos aktører med strengt rasjonelle perspektiver vil implementeringen oppfattes som avsluttet når godkjenningen er gjort. Det som gjenstår er nærmest å sette stikkontakten i veggen ”og så fungerer alt”. At det skulle være motstand, oppfølging og andre krevende prosesser i kjølvannet av vedtaket eksisterer ikke for disse aktørene.

### *2.3.1.2 Gjennomføring*

Denne fasen beskrives i to separate deler, da innføring av telemedisin omfatter en teknisk installasjon og en brukerimplementering som to adskilte prosesser, både kronologisk og i forhold til aktører.

Teknisk gjennomføring handler i stor grad om å utføre nøyaktig det som er beskrevet i prosjektplanen. Utstyr kjøpes eller bygges etter spesifikasjoner fra planene og gjøres klart til brukerimplementeringen. Utfordringer i denne fasen forventes å kunne løse ved å gå tilbake til planene og finne riktig løsning ut fra for eksempel målbeskrivelsen. Dermed kan en for eksempel finne tilsvarende komponent for å ferdigstille denne delen av prosjektet. Hovedutfordringen i denne prosjektfasen er om det er gjort godt nok planarbeid. Dette er første praktiske testen på kvaliteten av planarbeidet, men også avgjørende for utfallet av prosjektet. Det har lite å si hvor godt vi synes vi planla og hvor god brukerimplementering vi har dersom vi har valgt feil løsning. I planfasen er det viktig å se i langsiktige perspektiv og for eksempel ikke overvurdere begrepet brukervennlighet som løsning på alle vanskelige spørsmål.

Brukerimplementeringen vil preges av de som er involvert i prosessen, og de holdningene og forventningene disse har til organisasjon og endring. Alt fra beslutningstakere, "instruktører" og deltakere vil ha sine ståsted eller perspektiv i forhold til dette, noe som vil speiles igjen i selve implementeringsprosessen. Med en rasjonell tilnærming "elimineres" det meste av utfordringer med teknologisk brukervennlighet og i verste fall en bruksanvisning. Men med en naturlig tilnærming vil dette være en krevende fase som på mange måter vil være vippepunktet i prosjektet. Hvor godt vi får brukerne til å anvende det som skal implementeres avhenger i stor grad av denne fasen. Selv relativt svake prosjektplaner kan bli vellykkede implementeringer dersom implementeringen overfor brukerne er god, men motsatt vil selv den beste planen havarere i møtet med brukerne dersom implementeringen ikke er god nok. Motstand vil være sentralt, men også erkjennelsen av at individer vil forstå ulikt og dermed anvende det som implementeres ulikt. I hvilken grad avvikende bruk er hensiktsmessig og aksepteres, og hvordan en kan bedre samsvaret mellom forventet og reelt bruksmønster vil være sentrale fokusområder med en naturlig tilnærming (Røvik, 1998).

En annen utfordring oppstår når perspektivene på organisasjon og endring er heterogene. Dersom planer er skrevet eller implementeringen presenteres gjennom ett perspektiv mens deltakerne har et annet ståsted vil det naturligvis oppstå motsetninger som vil påvirke implementeringen. Hvem vil vel ta i bruk noe som en opplever konflikt ved? Sett fra et myteperspektiv forventes det ikke at denne fasen behøver mye fokus. Oppmerksomheten rettes mot de synlige artefaktene, for eksempel en organiseringsmodell, en sertifisering eller teknisk utstyr og ikke på usynlige faktorer

som brukerimplementering. Ledere som preges av myteperspektivet har hatt forventningene sine knyttet til det synlige, og oppfatter gjerne implementeringen er avsluttet når en er ferdig med den tekniske implementeringen og en har fått på plass det en forventet (Røvik, 1998).

### **2.3.1.3 Etterarbeid**

Etterarbeidsfasen vil også se svært ulik ut fra de ulike teoretiske perspektivene på organisasjon og endring. Som nevnt vil man med utgangspunkt i et rasjonelt- og et myteperspektiv kunne oppfatte implementeringen som avsluttet når den tekniske implementeringen er utført, mens man ut fra andre perspektiv som det naturlige kan tillegge etterarbeidsfasen mye fokus. Hverken individer eller organisasjoner er rendyrkede i det ene eller andre perspektivet, men farges av bakgrunnen vår og de ulike omgivelsene vi står i. Dermed vil de fleste ha et eller annet forhold til etterarbeidsfasen, om enn i ulik utstrekning og med ulik tilnærming og fokus.

Med utgangspunkt i et rasjonelt perspektiv handler det mye om å evaluere (gjern med kvantitative kriterier) for å dokumentere grad av suksess men også å avdekke svikt/mangler.

Eventuelle avvik korrigeres rasjonelt og ny evaluering gjennomføres eventuelt.

Med andre perspektiv vil aktørene legge vekt på for eksempel en tett oppfølging med brukerne for å oppnå bruk som i størst grad samsvarer med det planlagte. Dette handler ikke bare om teknisk bruk, men også situasjonsoppfatning, tolking og danning av beslutningsgrunnlag, beslutningstaking, osv. Dermed handler dette ofte om pedagogisk og metodisk innsats over tid for å oppnå ønsket og varig effekt. Planprosessen bør beskrive denne fasen så den ikke blir for omfattende, men også for å få aksept for ressursbruk til denne delen av implementeringen. Dette arbeidet blir forlengelsen av brukerimplementeringen, og har som hensikt både å sørge for godt samsvar mellom forventet bruk og faktisk bruk (compliance) men også for å sikre varig riktig bruk (Winter, 1999).

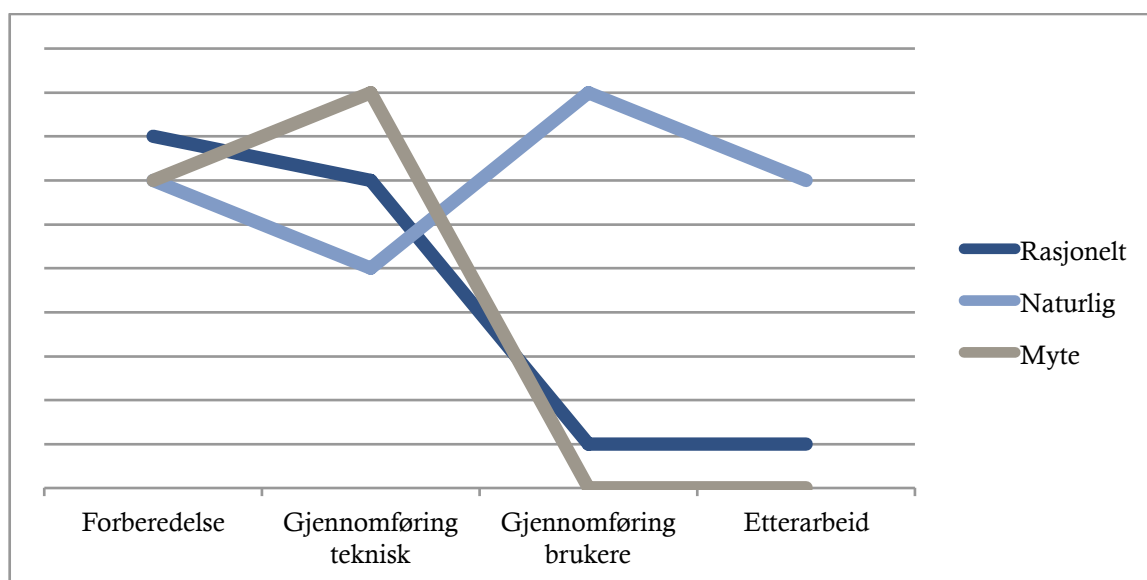
### 2.3.2 Perspektiver på organisasjon og endring i sammenheng med fasene for implementering

I matrisen nedenfor synliggjøres de presenterte perspektivene og hva en kan forvente å finne i de ulike fasene, for å synliggjøre motsetninger og andre spørsmål.

Faser Perspektiv	Forberedelse	Gjennomføring - teknisk	Gjennomføring - brukere	Etterarbeid
Rasjonelt	Høy prioritet. Hvorfor og hvordan. Toppstyrt.	Følger av forberedelse	Lite fokus, følger av forberedelse	Eliminerer seg selv
Naturlig	Engasjement fra organisasjonen. Fokus på visjon	Liten men nødvendig fase. Konsekvens og springbrett	Håndtering av motstand	Kontinuerlig evaluering og justering for å nå visjon
Myte	Sterkt engasjement. Fokus på ekstern legitimitet og synlige artefakter	Dette er målet, prosjektet er fullført	Hvorfor?	Eksisterer ikke?

Figur 4: Sammenligning av organisasjonsperspektiv gjennom ulike faser i en implementering

Ulikhetene synliggjøres ytterligere dersom en ser på fordeling av arbeidsinnsatsen i de ulike fasene:



Figur 5: Prinsipiell fordeling av arbeidsinnsats ved ulike organisasjonsperspektiv gjennom en implementering

## 2.4 Om implementering av telemedisin

Hovedlinjene fra generelle implementeringsprosesser følger også for telemedisin, men på bakgrunn av Obstfelder sin studie framheves sentrale kriterier for å lykkes. Oppsummert forventes det at vellykket implementering av telemedisin tilfredsstillende kravene: Det er et tydelig problem, telemedisin er anerkjent som en fordel, telemedisin løser medisinske eller politiske problem, det er samarbeid mellom alle involverte, problemer blir sett, tatt tak i og løst, framtidig drift er sikret (Obstfelder, et al., 2007). Kunnskapen er hentet hos organisasjoner som har lykket med implementering av telemedisin, og det er enkelt å finne teoretisk forankring for de ulike kriteriene. Utfordringen er at de ikke er spesifikke. Dette kan være kritisk i minst to retninger. For det første er det vanskelig å måle om kriteriene er innfridd eller ikke. Dermed er det kort vei til illusjonen om at et kriterium er oppfylt mens det faktisk ikke er det. Andre utfordring er at sett fra ulike organisasjonsperspektiv kan man argumentere for at kriteriene er innfridd uten at de faktisk er innfridd slik Obstfelder sin studie forventer.

Tabell 2: Prinsipp for hvordan man ut fra ulike organisasjonsperspektiv kan argumentere for å tilfredsstille kriteriene

<b>Kriterie</b>	<b>Rasjonelt perspektiv</b>	<b>Naturlig perspektiv</b>	<b>Myte perspektiv</b>
1. Problem er tydelig	Ledelsen ser et problem	Vi har et problem	Jeg har sett noe genialt som gir bedre resultater
2. Telemedisin er fordel	Ledelsen ser fordelene	Hele organisasjonen er enig	Uten tvil!
3. Telemedisin løser problem	Ledelsen ser at problemet løses	Hele organisasjonen er enig	Uten dette går vi glipp av fordelene!
4. Involverte samarbeider	Medarbeidere gjør som ledelsen bestemmer	Motstand løses	Alle vil jo oppnå fordelene!
5. Problemer tas tak i	Ledelsen løser problemer	Ellers oppstår ny motstand	Hvilke problemer?
6. Framtidig drift sikret	Finansieringsplan og vedtak er på plass	Ja, men vurderes fortløpende.	Det ordner seg, ingen ønsker tilbakegang

Obstfelder presenterer seks kriterier. Kriterier oppfattes som spesifikke og allmenngyldige uttrykk som skal oppfylles. Utfordringen er at det som kriteriene beskriver knyttes til konteksten til den enkelte organisasjonen som gjennomfører implementeringen. Siden organisasjoner oppfattes som unike blir også den enkelte konteksten unik, og dette gir grunnlag for svært ulike utfall av de samme kriteriene. Semantisk sett ville et begrep som inviterte til tolking passet bedre, som for eksempel "retningslinje".

Denne studiens kritikk til Obstfelders kriterier imøtekommes noe med utdypinger av de ulike kriteriene. Første og andre kriterium refererer til kildene som tydelig hadde beskrevet klare medisinske eller politiske problem. Med tilbakeblikk på teorikapitlet i denne studien er det å definere en klar og klok problemstilling med klare mål i seg selv en vesentlig utfordring. Sett fra ulike organisasjonsperspektiv vil det være rom for ulike oppfatninger og utfall av kriteriene, med ytterligere utfordringer til første og andre kriterium. Tredje kriterium utdypes med eksempler på hvordan telemedisin kan anvendes, men utdyper ikke problemstillingen med å få ulike aktører i ulike roller med ulike perspektiv til å etablere konsensus. Det er enkelt å finne relevante eksempler i hverdagen på hvor vanskelig dette i realiteten er. Fjerde kriterium forutsetter formell og uformell dialog mellom alle parter, men også formen og kvaliteten på dialogen forventes å bli ulik sett ut fra ulike organisasjonsperspektiv. Femte og sjette kriterium utdypes med eksempler på hvordan telemedisin har blitt sikret framtidig bruk, men sier ikke mye om hvilke retningslinjer eller hvilken kontekst som gjelder for å oppnå dette. For eksempel omtales ikke evalueringer som grunnlag for vurderingen om varig drift. Dersom en slik utdyping av kriteriene i større grad hadde uttrykt hvilken kontekst kriteriene skulle forstås i kunne dette kompensert for den relativt uspesifikke formen de har i dag.

En helt annen side av Obstfelders sine kriterier er at de påpeker viktige faktorer ut over det opplagte. Fokus rettes ikke mot tekniske eller strukturelle faktorer som budsjetter, vedtak eller videoformat men mot indre organisatoriske forhold. Forfatterne diskuterer for eksempel begrepet "sosial forhandling" og hvordan grenseflaten mellom de sosiale og de strukturelle faktorene i en organisasjon utvikler seg sammen og dermed kan imøtekomme kriteriene. Sett fra ulike organisasjonsperspektiv vil de involverte forstå og håndtere blant annet "sosial forhandling" ulikt. Dermed er kriteriene til Obstfelders viktige for å lykkes, men det gjeldende synet på organisasjon og endring innen en virksomhet har en overordnet og kanskje avgjørende rolle for utfallet av implementeringen. Dette er slik et eksempel på organisasjonsperspektivets betydning ved overføring av ideer mellom organisasjoner. Obstfelders presenterer med andre ord en oppskrift for å lykkes slik også denne studien har som mål. Dette understreker igjen viktigheten av at kunnskapene til både denne studien og Obstfelders sine kriterier må tolkes og anvendes med klokskap.

## **2.5 Om evaluering av endringsprosesser**

Evaluering er et utfordrende emne å presentere, da det er mange perspektiver som gjelder for alt fra definisjon av verdier til metodikk. Denne studien presenterer en pragmatisk tilnærming. Først presenteres ulike evalueringskriterier som kan indikere suksessfull implementering. Deretter presenteres ulike innfallsvinkler for å få relevant innsikt til å gjennomføre evalueringen. Denne studien er altså ikke ute etter den definitive målemetoden, men å finne ulike veier til klok innsikt for å bedømme en kompleks prosess.

### **2.5.1 Implementeringsteori om suksess:**

Alle endringer medfører en forventning om forbedringer, og utviklingsoptimismen som hører til mange organisasjonsperspektiv gir ofte løfter om en bedre framtid. Tanker og beskrivelser av suksess har en sentral plass i organisasjonsteori og implementeringsteori. Med utgangspunkt i de forskjellige perspektivene beskrives suksess ulikt, fra rasjonelle perspektiver kalkulerer forventet gevinst av investeringen (Return Of Investment) til andre perspektiv som fokuserer i helt andre retninger (Jacobsen, 2004). Suksessdefinisjonene som er valgt å anvende i studien gjenspeiler forventningene fra de organisasjonene implementeringene er gjennomført i, men i tillegg inkluderes andre perspektiver på evaluering for å synliggjøre ulike tradisjoner.

### **2.5.2 I hvilken grad lykkes implementeringer?**

Det er en etablert kunnskap om gapet mellom det vi vet er optimalt og det vi faktisk gjør, kalt "the knowing-doing gap" (Pfeffer & Sutton, 2000). Selv om vi har kunnskap om hva som er optimal løsning gjør vi i praksis noe annet enn det vi burde. Dette kan gjelde motivasjonen til å gjennomføre en endring, men også situasjonen etter at endringen er implementert. Noen ganger vet vi heller ikke selv at dette gapet eksisterer mens andre ganger kommer det fram i for eksempel evalueringer. Første bud er altså å etterspørre resultater og gjennomføre evalueringer for å se etter eventuelle gap. Dette vil både lede til bevisstgjøring om eget resultat, men også lede oss vekk fra å basere oss på antakelser. Pfeffer & Sutton peker på flere årsaker til at gapet oppstår, men framhever blant annet problemet med at prat erstatter handling (ibid). Vi snakker om problemet i stedet for å løse det. Dette gir flere ulike utfordringer. Ved å snakke om et problem kan vi lage en forståelse for årsaken, men samtidig få en opplevelse av at vi har løst problemet. Dette kan videreføres i møter, planer og vedtak som forsterker denne opplevelsen. Dette er høyst relevant for implementeringsprosjekt som ofte skal være løsningen på problemer. Ledere med et rasjonelt perspektiv eller et myteperspektiv kan tenke at implementeringen er diskutert, prosjektet er beskrevet og vedtatt, og dermed antatt gjennomført. For eksempel en langvarig etterarbeidsfase for å sikre varig og riktig anvendelse tas kanskje ikke høyde for.

Pfeffer & Sutton framholder 8 retningslinjer for å lykkes med implementeringer (Pfeffer & Sutton, 2000). For det første er det viktig å etablere en solid oppfatning av hvor en vil hen. Hva skal en oppnå og ikke minst hvorfor. Begrunnelsen er selve fotfestet til implementeringen og forutsetter solide argumenter.

Neste retningslinje er å etablere kunnskap om problemet og mulighetene. Dette kommer ikke av teoretiske utledninger men av å være i det aktuelle miljøet og være i direkte befatning med det en skal løse og konteksten. Denne tette interaksjonen kan man nok oppnå på forskjellige måter, men ved å ta utgangspunkt i et naturlig perspektiv kan man anta at man får dypest innsikt i hva som er det egentlige problemet, og hvilke muligheter en faktisk har.

Tredje retningslinje er å fokusere mer på konkret gjennomføring enn på elegante planer. Man bør måles på de resultatene man oppnår og ikke på hva en sier. Dette kan nok også oppnås på flere måter, men hva en ser etter og hvordan en velger å gå fram vil avspeile perspektivet til de involverte. Det behøver ikke å gjøre noen forskjell i seg selv så lenge en når målet, men kan være interessant å vite for prosessen for øvrig.

Fjerde retningslinje er å ha høyde for feil, og avklare ansvar og dekning i forhold til feil. Uten en slik avklaring kan en både få frykt for feil og ikke minst kan en bli handlingslammet dersom prosessen tar en annen vei enn forventet og det oppstår konsekvenser som noen i ettertid må ta ansvar for.

Femte retningslinje er å få vekk alt som gir frykt. Frykt gir mange mekanismer som fører til gap mellom intensjon og resultat og må for all del fjernes. Både frykten selv men også mekanismer som kan lede til frykt. Både fjerde og femte retningslinje vil se ulik ut fra ulike organisasjonsperspektiv. Hvordan en forholder seg til at feil får anledning til å oppstå, hvordan feil løses, hvordan en forholder seg til frykt er eksempler som er nært beslektet med motstand (Jacobsen, 2004). I lys av et naturlig perspektiv er det akkurat det "indre livet" i organisasjonen som er i fokus, med blant annet en interesse for motstand.

Sjette trinn omhandler å motstå falske analogier. Et eksempel kan være å misoppfatte begrepene samarbeid og konkurranse. To virksomheter som opererer i samme marked konkurrerer mot hverandre, men en falsk analogi vil være at de enkelte virksomhetene også skal konkurrere internt. Konkurranse kan være positivt i et eksternt perspektiv for å kapre markedsandeler, men for å utvikle og drive en virksomhet internt til en slik konkurranse blant annet føre til frykt. Det forventes at med ledere eller deltakere med et rasjonelt perspektiv har et fortrinn til denne retningslinjen. Man kan assosiere denne rasjonaliteten med analytiske egenskaper og evne til å se



seg selv og hva en gjør fra avstand. Dette makroperspektivet kan være vanskeligere å oppnå med utgangspunkt i andre organisasjonsperspektiv.

Syvende retningslinje er å etterspørre relevante resultat, og la dette være en motivator får å få forbedringer til faktisk å skje. Det kan forventes at det er mange men ulike tilnærminger som leder fram. Likevel er det en antakelse i denne studien at etterspørselen og resultatbeskrivelsen beskrives ulikt sett ut fra ulike organisasjonsperspektiv. Dette må tas høyde for og kan være interessant i seg selv, men vil også være interessant opp mot første retningslinje om å sette klare mål.

Åttende og siste retningslinje peker på hva lederne gjør og hvilke perspektiv på organisasjon og ledelse som markerer seg. Rasjonelle ledere med høy grad av beslutninger assosieres med større gap mellom det en ønsker (beslutter) og det som faktisk skjer enn ledelse som fokuserer mer på å etablere gode miljø og prosesser som for eksempel et naturlig perspektiv gjør (Pfeffer & Sutton, 2000). Dette åttende punktet er spennende da det ser hele prosessen fra en ny dimensjon. Ulike ståsted hos ledere og deltakere vil gi ulike utfall, og kanskje er dette et punkt vi må bite oss merke i. En side av andre retningslinje er å se etter problemer og muligheter. I utgangspunktet handler nok andre retningslinje mest om å se etter problem og mulighet i forhold til den aktuelle situasjonen i den involverte organisasjonen. Dersom problemer og muligheter utvides til å omhandle ståstedet til de involverte slik åttende retningslinje beskriver oppstår noe spennende. Hvilke problemer og muligheter medfører de ulike organisasjonsperspektivene, og hvilket perspektiv er foretrukket for implementeringer? Trekker vi dette videre kan vi også spørre om hvilke problemer og muligheter medfører aktørenes (beslutningstakere, ledere, deltakere, eksterne samarbeidspartnere,...) organisasjonsperspektiv? Løsningen kan være å inneha både selvinnsikt, innsikt om egen organisasjon og ikke minst forståelse for styrker og svakheter ved de ulike organisasjonsperspektivene slik at du kan etablere ditt eget pluralistiske perspektiv (Ottesen, 2011). På denne måten kan du med utgangspunkt i deg selv og din forståelse navigere deg fritt for å oppnå maksimalt av fordeler og være minimalt i berøring med ulempene for å nå målene.

### 2.5.3 Suksesskriterier – målestaven for prosessen

Å måle resultater i forhold til forventninger er noe av det mest grunnleggende og intuitive man kan gjøre. I mange sammenhenger i samfunnet finner en eksempler på dette, og det kan ha sin verdi. Det er relativt enkelt å etablere målsettinger, relativt lett å forstå, og relativt lett å måle. Spørsmålet er hvor pålitelige svarene er (Winter, 1999). Derfor presenteres ulike innfallsvinkler til å definere og evaluere graden av suksess.

Suksesskriteriene som beskrives i denne studien gjenspeiler målene som ble funnet i planene for implementeringsprosessene i de tre organisasjonene som studeres. En slik målevaluering forutsetter en klok planleggingsprosess, og kan i verste fall gi feilaktig dom over kloke prosjekter. Dersom målene er urealistisk høye vil et aldri så godt prosjekt evalueres som mislykket samme hvor objektivt sett gode resultater en har oppnådd. På samme måte vil urealistisk lave forventninger alltid bli innfridd og score til suksess selv om det objektivt sett ikke er særlige gode resultater. Likevel velges det å fokusere på de forventede planene siden det er de som er brukt av organisasjonene som studeres. En av årsakene til å følge tre ulike målbeskrivelser er at det er vanskelig å definere objektive, generiske, sensitive og spesifikke suksesskriterier for implementeringsprosesser. Den andre årsaken er det kan være vesentlig med en eller annen form for plan for en hver intervensjonsprosess, der målene også er gjennomarbeidet i forhold til det spesifikke prosjektet.

Resultater kan komme i to dimensjoner. En finner resultater i forhold til forventningene, men det dukker også opp andre uforutsette resultater som også har verdi og påvirkning. Dette er ofte resultater en ikke evnet å forutse i planleggingen av prosjektet, men som har oppstått i den dynamiske prosessen ved gjennomføringen av prosjektet. Disse uventede resultatene kan både ha positiv og negativ innvirkning, og bør tas med i den samlede resultatvurderingen (Jacobsen, 2005).

Tidsperspektivet for evalueringen inkluderes ikke i dette studiet, men overlater det i utgangspunktet til målsettingene i planen for implementeringsprosessen. Dette kan være en svakhet da planer ofte har et relativt kort tidsperspektiv, kortere enn den forventede varigheten av implementeringen. Samtidig vet vi at implementeringen vi har gjennomført er utsatt for positive og negative påvirkninger i ulike retninger som kan gjøre noe med resultatet over lengre sikt, etter at vi har avsluttet vår påvirkningsprosess. Derfor kommenteres tidsperspektivet nærmere i de ulike evalueringsperspektivene nedenfor. Det er viktig at tidsperspektivet inkluderes i målevalueringen i planene slik at dette fanger opp påvirkningene over tid.

Når det gjelder implementering av telemedisin spesielt handler evalueringen om to spørsmål. For det første hvordan en oppskaleres en pilot til å bli en integrert del av daglig praksis, og for det andre hvordan storskala telemedisinske system skal bygges og vedlikeholdes (O. Hagen, 2010).

### **2.5.3.1 Grad av måloppnåelse fra mål og visjoner hos de tre selskapene**

Tradisjonelt har denne evalueringsformen sterk forankring hos rasjonelt pregede organisasjoner. For ledere er det enkelt å måle og rapportere og for medarbeidere er det klare svar å forholde seg til. Den har sine klare verdier i å måle på relativt objektive parametere som oppfattes som sammenlignbare og pålitelige (Jacobsen, 2004). Det stilles likevel spørsmål ved denne evalueringen da den ikke fokuserer på prosessen og organisasjonen slik de andre innfallsvinklene gjør (Winter, 1999). For å sammenligne endepunktet med forventningene i planene har denne evalueringen sin verdi, men dette stiller store krav til hva målene faktisk uttrykker. En varig implementering står i sammenheng med en solid prosess, men det ser ut for at prosessbeskrivelser har en svar posisjon i tradisjonelle målbeskrivelser. Prosessen må altså defineres som et mål i seg selv. En annen side ved denne typen evaluering er at den forutsetter at målene er beskrevet for å kunne evalueres, og at de representerer de mest viktige punktene å evaluere. Dette er store krav å stille i forkant av en prosess. Som nevnt tidligere vil dette medføre potensiell bias i konklusjonen om implementeringen var en suksess eller ikke.

### **2.5.3.2 Systemene tatt i bruk, brukes jevnlig, på hensiktsmessig måte**

En annen sentral tilnærming er å vurdere i hvilken grad endringen faktisk er tatt i bruk, forkastet eller frikoblet fra organisasjonens øvrige virksomhet (Røvik, 2012). Dette utgangspunktet har klare koblinger til "the knowing-doing-gap" (Pfeffer & Sutton, 2000). Dersom endringen ser ut for å være tatt i bruk er neste trinn å ta stilling til hvor ofte eller i hvilke situasjoner det brukes. Om det nylig implementerte brukes en sjelden gang på anmodning indikerer naturligvis en svakere grad av implementering enn om det implementerte intuitivt brukes som førstevalg i hyppige og allsidige situasjoner. Til sist må en også vurdere om det implementerte anvendes på en god måte.<sup>6</sup> I tillegg vil denne tilnærmingen vise hvor i prosessen det eventuelt har skjedd endringer i forhold til det forventede/planene. Den tradisjonelle evalueringen i forhold til mål kritiseres da den ikke fokuserer på hvorfor det oppstår avvik mellom forventning og resultat. Denne tilnærmingen fokuserer i stedet på at det er atferdsendringen som faktisk sier noe om implementeringen er vellykket (Winter, 1999).

---

<sup>6</sup> En professor uttrykte ambivalens til hvordan hans egne modeller ble gjengitt. Ofte var det kloke eksempler som ble vist, men sjelden var modellene gjengitt slik han hadde utarbeidet og publisert de, og forventet at de skulle bli gjengitt. Han var usikker på om han skulle glad for mulig videreutvikling av modellene eller frustrert for at andre ikke forstod hans egentlige budskap?

### **2.5.3.3 Varig gevinstrealisering**

En interessant side ved varig gevinstrealisering er kraften til å motstå endringer. Tidligere er det omtalt motstand mot å ta inn nye endringer, men er endringen gjort vil kraften mot å endres i neste omgang si noe om hvor sterkt det nye er forankret. Derfor vil varighetsperspektivet være interessant. Klarer endringen å gi resultater, og vil dette bestå over tid? Når en ikke bare snakker om at implementeringen brukes, brukes regelmessig og hensiktsmessig men at den også gir resultater har vi lagt til et nytt ledd. I tillegg kommer tidsperspektivet som enda et ledd. Hvilket tidsperspektiv en definerer som "varig" må diskuteres nærmere, ut fra for eksempel hvor dynamisk organisasjonen er for øvrig og hvor mange impulser den utsettes for. I noen organisasjoner med høy endringstakt og mange ytre impulser vil 6 måneder oppfattes som varig mens i en annen organisasjon vil dette kanskje tilsvare 6 år (Jacobsen, 2004).

Hvilke gevinster vi snakker om er også interessant. Dette vil variere mellom ulike organisasjoner ut fra ledelsens organisasjonsperspektiv, men tar utgangspunkt i det som generelt er verdier og som beskrives i for eksempel virksomhetsplaner eller forretningsplaner. For mange organisasjoner er det finansielle verdier, men kan også være menneskelige verdier som helse, kompetanse, rekruttering osv. Kvalitet og omdømme kan også være sentrale verdier. Planene for endringsprosessen må ta høyde for hvilke gevinster som er relevante for organisasjonen og definere hva som er kriteriene for å definere gevinst. En jevn økning i inntjening på 7% gjennom de siste årene betyr ikke at den endringen vi gjorde for ett år siden er vellykket dersom inntjeningen siste periode er på 7%. Inntektsøkningen er god i seg selv, men den er ikke relativt forbedret etter endringen. Samtidig kan et omdømme som endres til å inkludere for eksempel begrepene innovativ, tilpasningsdyktig og brukerorientert beskrive en suksessfull endringsprosess dersom disse begrepene ikke var til stede før endringen og det var forventet å oppnå disse beskrivelsene.

### **2.5.3.4 Den ideelle evaluering?**

I letingen etter "evalueringens hellige gral" er det sannsynligvis en blindvei å søke etter den ultimate metoden. Sannsynligvis bør vi kombinere innfallsvinkler og metoder for å få et helhetlig og representativt bilde og samtidig klare å unngå svakhetene som følger hver enkelt innfallsvinkel. De rasjonelt pregede vurderingene av resultater opp mot mål bør kombineres med naturlig pregede evalueringer som ser mer på prosess og varighet. Kanskje er dette en innfallsvinkel til evaluering som bør være en rettesnor: "Endringen er tatt i bruk, gir resultater i forhold til målsettinger, brukes jevnlig og hensiktsmessig, også ved gjentatte vurderinger".

## **2.6 Oppsummering av teori**

På grunnlag av teorien setter organisasjonsperspektivet til alle involverte en overordnet ramme for alt fra forventninger, innfallsvinkler og framgangsmåter. Hvordan ledere definerer planer og mål og hvordan medarbeidere og andre aktører reagerer og handler tar utgangspunkt i dette. Oppskriften til vellykket implementering kan se ut til å starte med aktører som kan beskrives med et organisasjonsperspektiv som både viser egenskaper som kan knyttes til det rasjonelle perspektivet men også egenskaper for langsiktighet og forankring som en oppnår gjennom egenskaper som kan knyttes til et naturlig perspektiv. I tillegg skal en ikke glemme de positive sidene ved myteperspektivet, med blant annet kraften av sosial påvirkning og nysgjerrigheten til nye impulser. Dette blir en viktig og vanskelig balanse som fordrer kunnskap og selvinnsikt.

Et annet ledd av den teoretiske vinneroppskriften er å planlegge en implementering som fokuserer på alle fasene, men med en solid og klok planleggingsfase vil grunnlaget være lagt for lettere og mer oppfølgingspreget arbeid i de øvrige. Brukerimplementeringen og etterarbeidsfasen har en avgjørende rolle for å gjøre implementeringen bærekraftig og motstandsdyktig for uønskede endringer.

Dersom en ønsker å hente inn kunnskap fra andre lignende prosesser må dette gjøre med klokskap fra translasjonsteori, der fortolkning gjøres ved både uthenting og innsetting.

På alle nivåer av implementeringsprosessen er det kritiske faktorer, så for å få en vellykket implementering er det mange faktorer som skal på plass på riktig måte. Det er ikke noen overraskelse at vellykkede implementeringsprosesser er komplekse å gjennomføre, men vi har også eksempler på at det svært godt lar seg gjennomføre.

## **2.7 Spørsmål fra teorien til å besvare med empirien**

Av teorien avledes noen sentrale spørsmål som studien søker svar på. Litteraturen som er presentert har synliggjort sentrale punkt i en implementeringsprosess, der valgene som gjøres forventes å ha betydning for resultatet. Studien vil vise hvordan disse sårbare punktene eller veiskillene vises igjen i de tre organisasjonene. Hovedspørsmålet i det videre arbeidet er: hvilken kraft har aktørenes organisasjonsperspektiv til å forklare sammenhenger og resultater?

I teorien har det vært gjennomgående at de involverte aktørene sitt organisasjonsperspektiv kan være av stor betydning for implementeringsprosessen. Derfor vil studien også se etter hvilke perspektiv som finnes igjen hos ledere og medarbeidere i disse organisasjonene. Hvilke perspektiv er involvert og hvilke perspektiv utgjør hovedtyngden hos de enkelte organisasjonene? Gjør lederne bevisste valg forhold til organisasjonsperspektiv eller følger de tradisjon og vane på en mer ubevisst måte? Balanserer lederne mellom flere perspektiv eller har de sitt ene favoritt-

perspektiv? Dette utdypes i de følgende spørsmålene som er mer utdypende i forhold til sammenhengen mellom organisasjonsperspektiv og for eksempel implementeringsprosess.

Før disse spørsmålene kan besvares må det tas stilling til om implementeringene som er gjennomført i de tre organisasjonene faktisk er suksessfulle eller ikke. Deretter kommer spørsmålene om hvorfor, eller hvorfor ikke dette ble så vellykket som det burde? Hvilken kunnskap er det å trekke ut av de gjennomførte implementeringene? Hva var det som førte til at disse implementeringene ble vellykket eller mislykket, og hva bør andre gjøre for å lykkes med sine implementeringer? Dette danner de store overordnede rammene for hvordan studien skal oppfatte de videre funnene.

### **3 Metode. Om innsamling av data og bearbeiding til resultat.**

Det har vært en vesentlig metodisk utfordring å finne data som kunne belyse denne studiens antakelser og forskningsspørsmål. Det har vært en krevende prosess å finne representativt materiale og å gjøre kloke utvalg, særlig da det allerede forelå tilbud om data. I dette metodekapitlet presenteres de overveielser og valg som ble gjort i prosessen fra studien ble designet til den nå er ferdigstilt og presentert.

#### **3.1 Begrunnelse for valg av metode**

Valget av metode ble hovedsakelig gjort av to årsaker. Jeg hadde allerede en dialog med de to oljeselskapene om innføring av telemedisin. Dette medførte en oppfordring og et tilbud om empirisk materiale. I utgangspunktet var det planlagt å studere systemene for telemedisin i de to oljeselskapene som erklærte suksessfull implementering, men med to selskaper fra samme bransje kunne det bli vanskelig å se de store forskjellene. Derfor var det interessant å inkludere en kontrasterende organisasjon som har et annet utgangspunkt for å yte sine helsetjenester og dermed å implementere sin telemedisinske løsning. Med sammenlignbar telemedisinsk løsning og ytelse av samme type helsetjeneste men med en annerledes organisasjon var det naturlig å inkludere den offentlige helsetjenesten (Jacobsen, 2005). Med de innledende samtalen og det empiriske materialet som ble forevist ble prosjektskissen designet på grunnlag av Blaikie sin trinnvise modell (2009). Dette utviklet blant annet forskningsspørsmålene, som har vært rettesnoren gjennom arbeidet med studien.

På grunnlag av skissen og det tilgjengelige materialet ble det valgt en kvalitativ tilnærming med case studier (Yin, 2009). Datamengden er relativt liten, er ikke kvantifisert, og studien omhandler komplekse forhold. Dette taler ikke for å gjøre en kvantitativ studie. Casestudiene henter empiri fra dokumenter og semi-strukturerte intervju (Jacobsen, 2005).

Alle case og aktører i studien er anonymisert og skal ikke kunne spores tilbake til enkeltpersoner eller avdelinger. Dette har to årsaker: For det første ønsker studien å finne generelle nøkler til suksess. Derfor forsøkes det å presentere de-kontekstualiserte funn. For det andre velges dette for å samsvare kravene til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) om bruk og oppbevaring av informasjon. Med utgangspunkt i et hermeneutisk perspektiv kan en diskutere gyldigheten av første begrunnelse (Gadamer, 2010). På samme måte er det også i translasjonsteori viktig å ta hensyn til konteksten det hentes fra for å kunne hente ut kunnskap på riktig måte. Muligheten til å etterprøve funnene skygges legges når anonymisering velges. Likevel er dette valgt, og den kontekstuelle utfordringen forsøkes synliggjort og diskutert når funnene beskrives.

### **3.2 Individuell bias og mulig interessekonflikt**

Bakgrunnen min er i hovedsak som medarbeider og leder i ulike organisasjoner innen offentlig tjenesteyting, stiftelser og frivillige organisasjoner. Privat næringsliv er en relativt ukjent arena for meg. Dermed må det forventes at det har vært tilgjengelig informasjon som jeg enten ikke har tolket riktig eller som jeg ikke har fått med seg.

Det har vært vanskelig for meg å definere eget faglige ståsted. Med utgangspunkt i organisasjonsperspektivene vil jeg neppe passe direkte inn i noen av kategoriene, men demonstrerer ulike sider som assosieres med flere forskjellige perspektiv. Blaikie sin "constructionism" er kanskje en dekkende beskrivelse på mitt "pluralistiske" ståsted (2009).

I forhold til påvirkelighet og habilitet har jeg beskrevet hvordan det ene oljeselskapet kjøper tjenester av arbeidsgiveren min. Jeg er ansatt i fast stilling med regulert lønn som ikke påvirkes av eksterne kontrakter. Arbeidsgiver er registrert som en stiftelse. Dette masterstudiet er gjennomført med støtte fra arbeidsgiver, men det har ikke vært noen føringer eller forventninger fra arbeidsgiver om valg av tema, problemstilling, eller datainnsamling. Arbeidsgiver sin uttrykte interesse for å støtte gjennomføringen min av studiet er både for å støtte min personlige kompetanseøkning, og for at jeg bringer kunnskap tilbake til egen arbeidsplass.

### **3.3 Gyldighet og pålitelighet for denne studien**

Studien omhandler tre ulike organisasjoner, to innen privat næringsliv og en innen offentlig tjenesteyting. Systemene med telemedisin har store organisatoriske og medisin-tekniske likhetstrekk hos alle de tre helsetjenestene som omfattes av studien. Grunnprinsippene bak organisering av helsetjenestene i de to oljeselskapene har også mange likhetstrekk.

Spørsmålet om validitet handler om studien faktisk undersøker det som det eksplisitt legges opp til å undersøke (Jacobsen, 2005). Konstruksjonsvaliditet omfatter i hvilken grad designet av studien påvirker eller bidrar til gyldighet i forhold til hva studien skal undersøke, gjennom å definere konkrete målepunkt. Både konstruksjonsvaliditeten og begrepsvaliditeten er forsøkt ivarettatt ved at designet har vært diskutert med lederne for oljeselskapene som domeneeksperter på sitt fagfelt (Yin, 2009). Validering omhandler også å kontrollere for mangler eller feil. Jeg forsøker å redegjøre for de svakhetene som følger av designet eller gjennomføringen gjennom hele studien (Jacobsen, 2005). For eksempel at det manglet nøkkelinformant ved ett av intervjuene er en klar mangel, på samme måte som at uttalelsene til de to øvrige nøkkelinformantene ikke ble verifisert av sekundær-informanter. Det vil også være aktuelt å spørre seg om de tre casene faktisk



er sammenlignbare. Det er ikke definert noen inklusjons- eller eksklusjonskriterier for organisasjonene som ble sammenlignet ut over en skjønnsmessig vurdering. Selv om slike kriterier ble satt for informantene som skulle intervjues var dette innenfor de skjønnsmessig selekterte organisasjonene.

I gjennomføringen av studien er reliabiliteten forsøkt ivaretatt i de ulike trinnene. Et samlet skriftlig materiale ble gjort tilgjengelig for studien fra hver av de tre casene. Fra dette materialet ble det valgt det som ble oppfattet som empirisk interessant i forhold til forskningsspørsmålene og teorikapitlet til denne studien, uten at det var satt spesifikke inklusjonskriterier. Innsamlingen av det skriftlige materialet kan ha en potensiell mangel da studien ikke har hatt tilgang til for eksempel dokumentarkiver for å kontrollere om det framlagte materialet var det totale materialet for hvert case eller om det var foretatt et utvalg (Jacobsen, 2005). Bearbeidingen av det skriftlige materialet ble gjort ved å gå gjennom det samlede materialet flere ganger og lete etter relevant informasjon på bakgrunn av teorikapitlet til denne studien. Det ble lagt vekt på informasjon i forhold til forskningsspørsmålene, organisasjonsperspektiv, Obstfelder sine kriterier og Pfeffer & Sutton sine retningslinjer (Obstfelder, et al., 2007; Pfeffer & Sutton, 2000). Det ble undersøkt for både positive, negative og uventede svar. All informasjon som ble valgt ble systematisert etter tema og case, som forberedelse til intervjuene.

Det er vanskelig å fastslå i hvilken grad studien har selektert informasjon som støtter teorien og forbigått annen informasjon som kunne kastet viktig lys over funnene. Selv om jeg har intendert å vurdere all informasjon som relevant er det ikke kontrollert for eventuell ubevisst seleksjon eller om instrumentene i forskningen har vært tilstrekkelig sensitive og spesifikke.

I gjennomføringen av intervjuene forløp samtalen relativt fritt. Med engasjerte informanter ble intervju spørsmålene oftest bare enkeltord eller overordnede tema før informantene fortsatte. Dermed ble det lite rom for intervjueren (meg) til eventuelt å påvirke informantene. Lederne som ble intervjuet har ekspertkompetanse på sitt felt, med mindre fare for påvirkning fra intervjueren (Kvale, Brinkmann, & Anderssen, 2009). Med utgangspunkt i informantenes kompetanse, en semi-strukturert tilnærming og egen erfaring med tilsvarende kommunikasjons-situasjoner ble det valgt aktiv informantintervjuing (Andersen, 2006; Kvale, et al.).

Studien valgte en kvalitativ tilnærming med semi-strukturerte intervjuer. Selv om denne metoden passet til designet medfører det mulige feil blant annet i kommunikasjonsprosessen. Forstår informantene hva jeg spør om, og forstår jeg hva informantene egentlig forteller? Uten selv å stå i samme kontekst som informantene medfører dette at forskeren må tolke hva informasjonen egentlig uttrykker (Kvale, et al., 2009).

I transkriberingen av data ble nøkkelord og –formuleringer ekstrahert på bakgrunn av teorikapitlet og spørsmålene fra den skriftlige empirien. Dette ble systematisert på bakgrunn av oppbyggingen til teorikapitlet til denne studien og tolket opp mot teorien.

Ingen av de tre organisasjonene vil være fullstendig representative for implementering og telemedisin for sine typer virksomheter. Selv om oljeselskapene har relativt sammenlignbare systemer vil organisasjonene variere. Derfor er det vanskelig å beskrive det typiske oljeselskapet. I det offentlige helsevesenet er det også variasjoner mellom organisasjonene, men her er det også svært stor variasjon i hva en legger i begrepet telemedisin. For å gi denne studien relevans, gyldighet og pålitelighet legges prinsippene fra ”pattern matching” og ”rivaliserende forklaringer” til grunn for å finne sammenhenger gjennom å adressere rivaliserende forklaringer (Yin, 2009). Pattern matching omhandler å definere forventede kausale utfall og sammenligne disse med empiriske resultat. Slike forventninger vises for eksempel i figur 6 i denne studien. Rivaliserende forklaringer blir på mange måter motstykket til pattern matching, der rivaliserende forklaringer leter etter andre og gjerne motsatte kausale forhold enn de som ble definert i pattern matching.

Dersom de tre organisasjonene ble undersøkt igjen av andre forskere ville sannsynligvis det samme skriftlige materialet vært tilgjengelig. Bearbeidingen og tolkningen av den skriftlige empirien ville kanskje avvike. Selv om analysen av samme materiale gjennomføres på grunnlag av samme teori vil den individuelle kontekstforståelsen kunne endre de ulike forskernes tolkninger (Jacobsen, 2005). Den individuelle kontekstforståelsen vil også være en mulig utfordring ved intervjuene, både i gjennomføring, bearbeiding og tolkning.

### **3.4 Data – og utvalg av datakilder**

Med en kvalitativ tilnærming ble det gjennomført en deskriptiv casestudie med semi-strukturerte intervjuer. Mengden og typen materiale varierer i mitt tilfelle en del fra organisasjon til organisasjon. Alle viste stor vilje til å dele, og presenterte ulikt materiale. Det norske oljeselskapet tilbød flere dokumenter med større bredde enn det som til slutt ble valgt å bruke. Jeg var invitert til å etterspørre ytterligere dokumentasjon, noe det ikke ble vurdert behov for å gjøre. Studien fikk tilgang til det materialet som ble ønsket hos de tre organisasjonene. Det skriftlige materialet som ble valgt vekk var prosedyrer og arbeidsbeskrivelser for bruken av systemet som gikk ytterligere i detalj enn det som var relevant for studien, og tilstøtende dokumenter som omtalte systemet i sin kontekst men som ikke ga ny kunnskap eller nye perspektiv. Dokumentene i seg selv var relativt ulike i antall og utforming, men de ble likevel funnet representative og dekkende da de på hver sin måte ga et samlet bilde av planlegging og gjennomføring av implementeringen i hver

organisasjon. Funn fra det skriftlige materialet ga spørsmål som var viktig å få belyst i intervjuene, og dannet grunnlag for intervjuguiden (Jacobsen, 2005).

Hos det norske oljeselskapet ble 5 ulike dokumenter valgt. Disse omfattet nyhetsbrev for intern informasjon om den kommende implementeringen, risikoanalyse utført av Nasjonalt Senter for Telemedisin, prosedyrer, ansvarsbeskrivelser og en brukerundersøkelse. Ytterligere 4 dokumenter ble valgt vekk. Disse omfattet ansvarsbeskrivelser og prosedyrer som ikke ga ytterligere resultater til denne studien.

Hos det utenlandske oljeselskapet ble "business casen" fra planleggingsfasen inkludert til studien, som var det eneste tilgjengelige dokumentet for studien. Det utenlandske selskapet hevder selv at de holder en pragmatisk tilnærming til planlegging av prosjekter med minimalt med dokumentasjon.

Fra den offentlige helsetjenesten ble samtlige fire tilgjengelige dokumenter inkludert. Dette var en presentasjon av bakgrunn og løsning for en berørt "kundegruppe", beskrivelser av ansvars- og arbeidsprosedyrer og en samarbeidsavtale. All dokumentasjonen viste tydelig hva som var bakgrunnen for å ta i bruk telemedisin, hvordan systemet skulle fungere teknisk og for brukerne, og hvordan implementeringsprosessen skulle gjennomføres. Empirien til denne studien er det som Blaikie benevner primærdata, ved at det er jeg selv som står ansvarlig for innsamlingen, bearbeidingen og analysen av dataene (2009).

Hos det norske oljeselskapet ble det gjennomført to møter. Først en muntlig gjennomgang av de valgte dokumentene og de store linjene i prosessen med en av de involverte lederne. Dette bidrog til å øke både begreps- og konstruksjonsvaliditeten. Dette møtet ble gjennomført den skriftlige empirien var gjennomgått. Etter å ha analysert det skriftlige materialet ble det gjennomført et planlagt intervju med samme leder. Han har vært sentral i utviklingen og oppfølgingen av telemedisinsystemet i sin organisasjon.

Hos det utenlandske oljeselskapet ble det også gjennomført et intervju etter analysen av det skriftlige materialet og som utdypet og kastet nytt lys over dokumentet. Det ble tilbudt ytterligere intervju dersom ønskelig, men det ble ikke vurdert som nødvendig å gjennomføre ytterligere intervju.

Det var de samme lederne som bistod med innhenting av skriftlig materiale som også selv stilte til intervju som nøkkelinformanter, bortsett fra lederen i den offentlige helsetjenesten som av praktiske årsaker ikke kunne delta. På grunn av geografisk distanse ble det forsøkt å gjennomføre dette intervjuet via telemedisinløsningen som en videokonferanse. Teknisk skulle dette være en

enkel prosess. På grunn av IT-sikkerhetsmessige årsaker måtte denne konferansen settes opp fra helsetjenesten til forskeren, men de klarte ikke å gjennomføre denne oppkoblingen. Alle lederne har strategiske roller relativt høyt i egen organisasjon og stod som overordnet leder gjennom implementeringsprosessen. Det forutsettes i denne studien at disse lederne er representative for ledelsen i sine organisasjoner.

For å utdype eller verifisere funnene fra det skriftlige materialet og ledernes uttalelser var det ønskelig å intervju brukere av systemene (Jacobsen, 2005). Dette intervjuet skulle verifisere informasjonen fra det skriftlige materialet og intervjuene med nøkkelinformantene som var de to hovedkildene til studien. Brukerne som skulle intervjues skulle utpekes av lederne på grunnlag av mine ønsker. Det gikk ikke som forventet. Av ulike praktiske årsaker ble aldri disse intervjuene gjort i oljeselskapene. Hos den offentlige helsetjenesten fant jeg selv den mest relevante brukeren å intervju. Denne personen var deltaker i implementeringsprosessen og hadde i sin organisasjon størst erfaring med bruk av systemet i forbindelse med pasientkonsultasjoner.

Organisasjonsmessig var denne informantens svært perifert plassert i forhold til lederne som hadde gjennomført implementeringen.

Mangelen på intervjuobjekter har gitt meg en ufullstendig populasjon å hente data fra (Jacobsen, 2005). Det var flest spørsmål til hvordan den offentlige helsetjenesten hadde gjennomført sin implementeringsprosess, og intervjuet med den ene brukeren ga viktig innsikt. Informasjonen om den offentlige helsetjenesten bygger derfor på min tolkning av det skriftlige materialet og intervjuet med en bruker. Informasjonen fra denne lederen mangler derfor i resultatene, noe som påvirker gyldigheten av resultatene. Data fra alle tre casene ble samlet etter implementering av 2. generasjon av systemet i offshore helsetjenestene og 1. generasjon i helseforetaket.

## **4 Resultater. Funnene fra studiens tre organisasjoner.**

### **4.1 Empiri og presentasjon av funn**

Resultatene presenteres i den rekkefølgen som spørsmålene fra teorien står i, og legger fram funn fra både teori og intervjuer for hvert spørsmål. Dette skal gi oversikt og sammenheng i forhold til de overordnede spørsmålene med studien. Som nevnt er det skriftlige materialet relativt ulikt i mengde og utforming mellom de tre organisasjonene. I praksis er det kanskje ikke stor forskjell i hva studien kan trekke ut av materialet, men allerede gjennom det skriftlige materialet viser de tre organisasjonene ulikheter i hvordan de har dokumentert prosessene sine før, under og etter innføring av systemene.

### **4.2 Hvilke punkt skulle empirien undersøke?**

Innsamling, bearbeiding og analyse av data tok utgangspunkt i hvordan de ulike organisasjonsperspektivene presenterte seg i de tre casene. Videre ble det fokusert på hvordan de ulike implementeringsfasene, Obstfelder sine kriterier og Pfeffer & Sutton sine retningslinjer presenterte seg i casene i lys av organisasjonsperspektivene (2007; 2000). Dette presenteres i illustrasjonen på neste side.

## Empirisk materiale

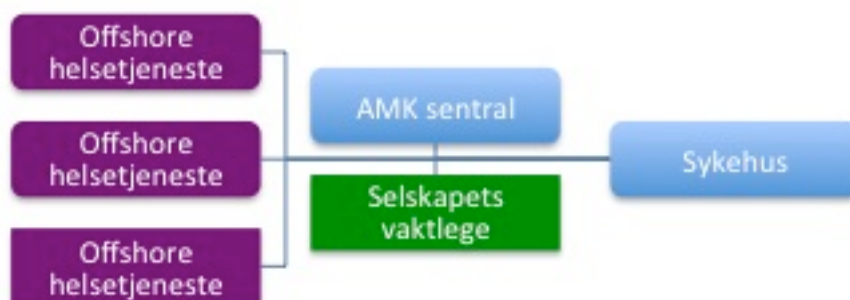
	Rasjonelt perspektiv	Naturlig perspektiv	Myte perspektiv
<b>Implementeringsfase:</b>			
Forberedelsesfase	Blir dette toppstyrt? Inviteres til motstand? Solide planer?	Hvilken plass får ideen i organisasjonen?	Hvor solid er forankringen?
Gjennomføringsfase - teknisk	Følges planer?	Følges planer?	Følges planer?
Gjennomføringsfase – brukere	Teknisk fokusert og relativt lite?	Solid med vekt på forståelse og eierskap?	Dersom noe, teknisk fokusert?
Etterarbeidsfase	Verifiseringer og evt. Justeringer?	Stor innsats og grundighet	Nærmest fraværende?
<b>Obstfelder:</b>			
1. Problem er tydelig	Rasjonelle beskrivelser fra leders ståsted?	Eierskap i organisasjonen, ikke entydig uttrykt?	Sterke argumenter for uklart problem?
2. Telemedisin en fordel	Rasjonelle argumenter fra leders ståsted?	Kollektiv enighet?	I følge resonnementet, men egentlig ikke problem?
3. Telemedisin løser problem	Kalkulerende forventning?	Bærekraftig løsningsmodell?	Løsning søker problem? "Alt blir bedre dersom"?
4. Involverte samarbeider	Utfører leders instruks?	Hele organisasjonen?	Alle har forventninger?
5. Problemer tas tak i	Rasjonelt og effektivt?	Aktiv dialog og bærekraftige løsninger?	Hvilke problemer? Om nødvendig, rasjonelt?
6. Framtidig drift sikret	Nedfelt i planer, verifisert i evalueringer?	Framtidighet gjennom eierskap og robust løsning?	Selvforklarende gjennom gode resultat?
<b>Pfeffer &amp; Sutton:</b>			
1. Klarhet i mål og hensikt	Rasjonelle beskrivelser fra leders ståsted?	Eierskap i organisasjonen, ikke entydig uttrykt?	"Alt blir bedre dersom". Fokus på anerkjennelse av ide.
2. Kunnskap om problem og muligheter	Rasjonelle beskrivelser fra leders ståsted?	Eierskap i organisasjonen, ikke entydig uttrykt?	"Alt blir bedre dersom". Løsning søker problem.
3. Fokus på gjennomføring	Solide planer, mye byråkrati?	Med vekt på brukere?	Teknisk gjennomføring?
4. Høyde for feil	Feil er negativt?	Feil er viktig å finne årsaken til og løse?	Hvilke feil? Dersom feil, negativt?
5. Fjern frykt	Hvilken frykt?	Sentralt fokus?	Hvilken frykt? Vi var jo enige..?
6. Motstå falske analogier	Kalkulerende for prosess og gevinster?	Enighet i alle ledd i alle punkt?	Resultatforventninger?
7. Forvent relevante resultat	Rasjonelle gevinster?	Lavt fokus på evaluering?	Lite fokus, selvbekreftende i sin eksistens?
8. Ledernes org.syn	Command & Control?	Økologisk syn?	Dynamisk, sosial og resultatorientert?

Figur 6: Undersøkelsespunkt for det empiriske materialet med utgangspunkt i forventninger fra teorien.

#### 4.2.1 Norsk oljeselskap

Første case er et norsk oljeselskap som ville innføre telemedisin for å øke kvaliteten på den organiserte helsetjenesten offshore, på alle installasjoner utplassert på norsk kontinentalsokkel og i det tilhørende nettverket på land. Med transporttider til sykehus som normalt ligger godt innenfor grensen på fire timer snakker vi om remote healthcare, der hovedmotivet med innføring av telemedisin var å øke robusthet. Selskapet har brukt telemedisin i flere år nå, så informasjonen er gitt med bakgrunn i relativt lang erfaring.

Med utgangspunkt i selskapets bruk av integrerte operasjoner i andre deler av virksomheten ble helsetjenestene forespurt om dette kunne være relevant. Sommeren 2007 startet de et pilotprosjekt på bruk av telemedisin og ble dermed noen av de første i Norge som tok i bruk telemedisin for offshore helsetjenester. På hver installasjon er det en organisert helsetjeneste med en spesialutdannet sykepleier og et team av trente assistenter. Disse er i utgangspunktet lekfolk med andre funksjoner på installasjonen men som med utdanning og trening inngår i den helsemessige beredskapen om bord for å støtte sykepleieren i undersøkelse og behandling av pasienter. Helsetjenesten offshore har kontakt med egen vaktlege-tjeneste på land for støtte i vurderinger og beslutninger. Helsetjenestene offshore koordineres mot sykehusene på land via sykehusenes AMK-sentraler.



Figur 7: Kommunikasjonslinjer ved telemedisin for det norske oljeselskapet

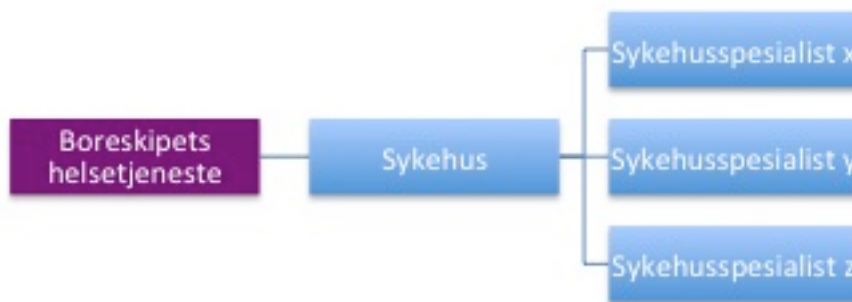
Før telemedisin ble innført foregikk kontakten mellom helsetjenesten offshore og vaktlege kun via telefon. Dette gir en delvis blindet kommunikasjon, og stiller ytterligere krav til kvaliteten på vurderinger og kommunikasjon hos begge parter. Med tekniske forstyrrelser på dårlige telefonlinjer har dette vært en åpenbar sårbarhet for helsetjenesten offshore. Med telemedisin skulle en ved hjelp av teknologi kunne ha toveis videokommunikasjon med høy kvalitet, og kunne overføre undersøkelsesdata som ultralydbilder, EKG, nærbilder av hud etc. I tillegg til

overføringen av bildene kan også undersøkelsesmetodikker ”fjernstyres” i sann tid ved hjelp av instruksjoner fra vaktlege.

Lederen for helsetjenesten i dette selskapet er nøkkelinformant for dette selskapet i denne studien. Vedkommende har bakgrunn som helsepersonell på offshore installasjoner og lang fartstid i selskapet. Med kjennskap til rollen som helsepersonell offshore gikk lederen over i landbasert arbeid med faglig ledelse av helsetjenesten i selskapet. Lederen har noe formell utdanning i personalledelse og administrasjon i tillegg til det selskapet har gitt av intern opplæring.

#### 4.2.2 Utenlandsk oljeselskap

Det utenlandske selskapet opererer over hele verden og er ansett som ett av verdens ledende oljeselskap og har en stor avdeling i Norge. I prosjektet studien fulgte innførte de telemedisin for å kunne utføre ekstremt avsideliggende prosjekter på sikker måte, med andre ord Extreme Remote Healthcare. Dette prosjektet ville ikke vært forsvarlig eller tillatt fra egne krav til sikkerhet uten blant annet den graden av sikkerhetsberedskap som telemedisin representerer. Selskapet har erfaring med andre typer telemedisin fra tidligere. Prosjektet som studien fulgte omfattet implementering på et skip som skulle utføre boringer på havbunnen i arktiske strøk. Dette omfatter kun en installasjon i motsetning til det norske oljeselskapet, der også graden av remoteness var svært ulik.



Figur 8: Kommunikasjonslinjer ved telemedisin for det utenlandske oljeselskapet

Fra områdene der skipet utfører boring er det flere dagers transport til nærmeste relevante sykehus, så dette selskapet hadde høyere grad av medisinsk kompetanse om bord enn i den organisasjonen som omtales ovenfor. Mens det på den norske kontinentalsokkelen er en spesialutdannet sykepleier som innehar øverste kompetanse på installasjonen er det hos det utenlandske oljeselskapet en erfaren lege med bred utdanning og erfaring som hadde høyeste medisinske kompetanse om bord. Dette hever terskelen for hva en mestrer å behandle lokalt i forhold til det norske oljeselskapet. Behovet for, og måten å konsultere spesialister ved hjelp av



telemedisin for støtte til konsultasjon og behandling er sammenlignbar med helsetjenestene i de øvrige organisasjonene studien omhandler. Likevel er det et par vesentlige forskjeller. Det ene er størrelsen på organisasjonene som implementeringen skal gjennomføres i. Systemet skulle innføres på ett skip, med en liten gruppe helsepersonell som om bord som stod i direkte kontakt med på forhånd definerte sykehusressurser. Den andre forskjellen er at helsetjenesten i dette selskapet tar direkte kontakt med de ønskede spesialistene og ikke går via AMK. Prosjektet med innføring av telemedisin på boreskipet startet i 2012.

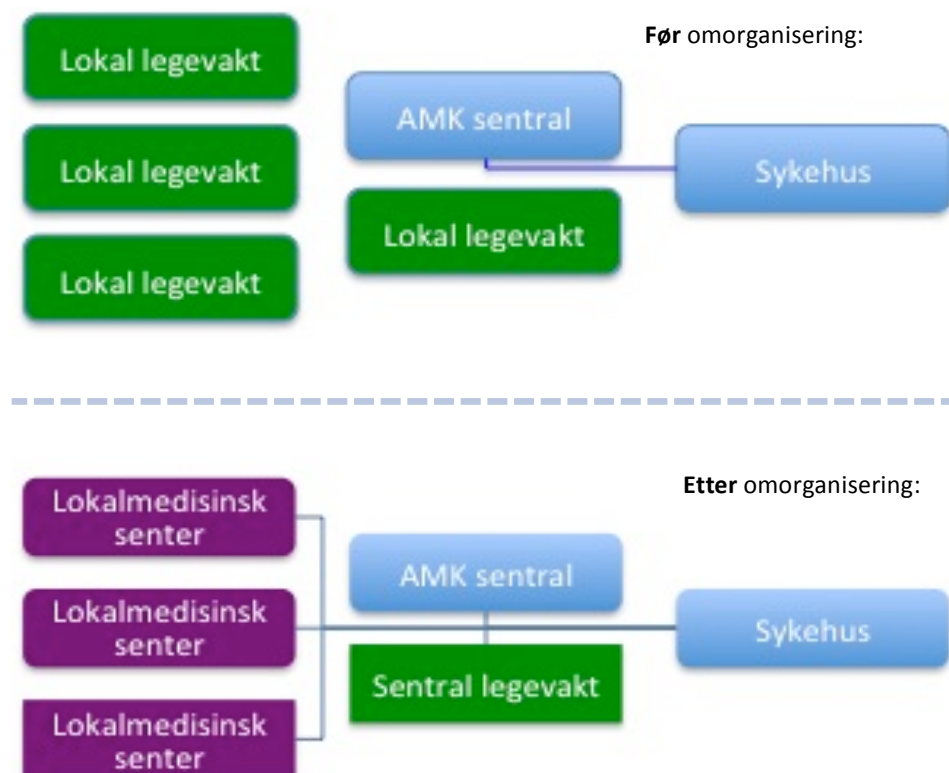
Studien bygger på materiale som er gjort tilgjengelig fra en av de øverste lederne for helsetjenestene i selskapet. Som nøkkelinformant har vedkommende framskaffet både den dokumentasjonen studien ønsket og stilt til intervju. Vedkommende har helsefaglig bakgrunn og erfaring men ikke erfaring fra offshore helsetjenester. Lederen har ingen formell lederutdanning, ut over det selskapet har gitt av intern opplæring.

#### **4.2.3 Offentlig helsetjeneste**

Tredje case er en interkommunal legevaktstjeneste, som ønsket å anvende telemedisin for å styrke kvaliteten på tjenesten sin. En omorganisering av legevaktstjenesten i flere kommuner medførte økt sårbarhet ved sammenslåing av flere lokale legevakter til en stor sentralisert legevakt, der telemedisin skulle kompensere for denne økte sårbarheten. Større geografisk avstand til lege var en av utfordringene. Den offentlige helsetjenesten omfatter 33.000 innbyggere, fra alle samfunnslag. I 2011 utførte helsetjenesten 10.844 konsultasjoner, et tall som beskrives som stabilt i forhold til øvrige år.

Ved å innføre lokale medisinske senter med telemedisinsk kontakt direkte til sentralisert legevakslege skulle dette kompensere for den økte distansen. I de fleste lokalsamfunnene ble det lokale medisinske senteret lagt til et sykehjem der det allerede var både fasiliteter og kompetanse til å gå inn i en slik løsning. Løsningen berørte primærhelsetjenesten i flere kommuner og spesialisthelsetjenesten ved særlig å involvere lokal AMK-sentral i koordineringen av henvendelsene. Telemedisinsystemet startet i 2010 som et tre års pilotprosjekt som skal slutt-evalueres om kort tid. Implementeringen omfattet i hovedsak brukere på den sentrale legevakten, sykehusets AMK-sentral og helsepersonell ved de lokale medisinske sentrene. Den involverte gruppen personell er både i antall og sammensetning tilsvarende det norske oljeselskapet, mens det utenlandske selskapet har en relativt liten gruppe personell som involveres av implementeringen.

Informanten til intervjuet er en bruker med tilknytning til ett av de lokalmedisinske sentrene. I denne helsetjenesten er både lege på sentral legevakt, lege på sykehus, personell i AMK og personell på det lokalmedisinske senteret involvert. Dette representerer ulike perspektiv, erfaringer og innfallsvinkler, men for å verifisere dokumentasjon og uttalelser fra ledelsen valgte studien en informant som befant seg organisatorisk sett lengst vekk fra ledelsen av helsetjenesten og med størst avstand til administrasjon og ledelse. Informanten har helsefaglig utdanning og arbeider daglig med pasienter. Vedkommende har ingen annen utdanning, men har arbeidet i denne stillingen i nærmere ti år. Før dette arbeidet hun i en tilsvarende stilling i flere år. Informanten har ingen utdanning eller erfaring med administrasjon eller ledelse.



Figur 9: Organisering av legevaktstjenester før og etter omorganisering

### 4.3 Perspektiver på organisasjon og endring

Ett av de overordnede spørsmålene fra teorikapitlet er hvilke organisasjonsperspektiv som presenterer seg hos de ulike aktørene i organisasjonene som gjennomfører implementeringen.

#### 4.3.1 Norsk oljeselskap

Innføringen av telemedisin i det norske oljeselskapet startet med at selskapet allerede hadde anvendt liknende teknologi for styring og støtte av andre systemer offshore, der topplederne i helsetjenesten fikk forespørsel fra konsernets toppledelse om denne teknologien kunne være aktuelt for dem også. Umiddelbart skaper dette en nysgjerrighet på om dette er et tegn på myteperspektivet med en løsning som søker problem, eller om det har foregått en grundig prosess med fastsetting av mål og utarbeidelse av planer for telemedisinsystemet. Toppledelsen for helsetjenesten i selskapet beholdt lederskapet for implementeringen av telemedisin, og har fortsatt nær kontakt med det.

Hovedmålet for denne implementeringen ble av lederne for implementeringen offisielt definert til ”å legge til rette for at mennesker i organisasjonen arbeider optimalt via kurant teknologi”.

Øvrige og mer rasjonelle målsetninger ble underordnet dette målet. Denne beskrivelsen av målene legger vekt på menneskene og arbeidet de skal utføre, der teknologien involveres i en underordnet rolle. Prosessen og utkommet ser ut til å ha en sterkere plass enn utstyret. Initiativet til å starte med telemedisin kommer fra toppledelsen i selskapet, men svært tidlig i prosessen involveres øvrige ledd i organisasjonen. Det ble tidlig klarlagt hvilke hensikter og egenskaper et slikt system skulle ivareta, og hva telemedisin skulle omfatte og bety for dette selskapet.

Telemedisin skulle føre til bedre kvalitet i det medisinske arbeidet ved å gi lege og spesialister bedre innsyn og vilkår for samvirke i undersøkelse og behandling. Som nevnt tidligere var dette en sårbarhet i helsetjenesten. I tillegg forventet en at bedre avklaring av pasienters tilstand ute på installasjonen kunne gi store innsparinger. Dersom personell kan behandles lokalt på installasjonen og ikke behøver egen evakuering til land spares selskapet for store transportutgifter. Dersom dette i tillegg er nøkkelpersonell på installasjonen kan det bety at nedstenging av funksjoner ikke er nødvendig, noe som representerer store innsparinger gjennom opprettholdt fortjeneste. Dette er forventninger som kommer fra ledelsen og representerer åpenbart rasjonelle motiver. Fra øvrige medarbeidere forteller informantene om personell på installasjonen som opplever økt trygghet etter innføringen av telemedisin, altså et bedret omdømme for selskapet.

Som andre oljeselskap ligger det forventninger til produksjon og avkastning, men samtidig viser dette selskapet å ha lange tidsperspektiv og å være opptatt av bærekraftige prinsipper.

Omdømmet til en virksomhet er sammensatt. Sannsynligvis har ”verstingene” sine lyse sider, og

”englene” sine negative sider. Mye av både godt og dårlig kan skjule seg bak en fasade, men en fullstendig kartlegging av dette for hvert av selskapene hører ikke hjemme i denne studien. Relativt tilsvarende samsvarende informasjon om selskapet er enkelt å finne i medieoppslag, samtaler med ansatte, offisielle målinger og lignende, der det observeres at selskapet vektlegger verdier som samfunnsansvar, kvalitet og kompetanse i virksomheten ut over de kravene som stilles fra myndigheter og lignende. Blant annet står helse, sikkerhet og kvalitet sterkere enn drift, så produksjonen stanses dersom verdiene over trues. Dette gir seg for eksempel utslag i en sikkerhetskultur der medarbeidere på ”gulvet” rapporterer egne feil for å bidra til forbedringer, noe som er en allment anerkjent indikator i forhold til sikkerhetskultur. Hvor dypt disse verdiene stikker i virkeligheten eller om dette er ord i festtaler kan studien ikke uttale seg om. Det er ingen grunn til å tro at alle feil og avvik blir meldt, men dokumentasjonen til selskapet tilsier at det finnes avvik som blir meldt på måten over. Dermed er det i alle fall noen på lavere nivå i organisasjonen som bærer verdiene som toppledelsen ønsker. Uansett er dette klare og tydelige verdier som er tydelig uttrykt fra ledelsen og ser ut til å være gjennomarbeidet i organisasjonen, noe som uansett er viktig for å etablere eller påvirke intern kultur i ønsket retning. Sammenlignet med for eksempel offentlig helsevesen ser man der lite av lignende uttrykk for lignende verdier og kultur, selv om virksomhetene ofte sammenlignes i forbindelse med sikkerhet og kvalitet. Dette skjer i et selskap som konkurrerer i næringslivet, med klare forventninger fra eiere og samfunnet til produksjon og lønnsomhet. Dette oppfattes som tegn som samsvarer med at det finnes i alle fall spor av naturlig organisasjonsperspektiv hos flere personer i dette selskapet. Dette ville blitt nærmere inn på dersom det hadde blitt gjennomført intervju med en representant for medarbeiderne.

Prosjektet ble vedtatt i av konsernledelsen og hadde dermed forankring og støtte i toppledergruppen. Initiativet og de initiale prosessene går altså tjenestevei gjennom organisasjonens hierarki. Selskapet er børsnotert og interessenter har klare krav til resultater. Allerede er det grunnlag for å se at dette påvirker i alle fall ledere mot rasjonelle perspektiv. Prosjektgruppen som ble etablert hadde med representanter fra andre berørte i organisasjonen som tillitsvalgte, teknisk personell og brukere. I tillegg ble alle berørte av systemet involvert. I første omgang ved å informere, og senere ved å innlemme løsningen i treninger og demonstrasjoner. På obligatoriske faglige samlinger for alt helsepersonell ble det gjennom to år demonstrert, forklart og trent på systemet. Det var lederne for helsetjenesten i selskapet som var ansvarlige for denne demonstrasjonen og opplæringen, med støtte fra utstyrsleverandøren. Organisasjonen er vant til nærmest kontinuerlige endringer av ulik størrelsesgrad, og selv om endringer generelt medfører en viss motstand handler dette mest om å forlate noe kjent kjært og overgangen til noe nytt som en ikke kjenner ennå. Endringsprosessene preges i følge ledelsen av medvirkning og relativt langsiktige perspektiver.

Målsettinger synes å bli rasjonelt definert i det skriftlige materialet, mens gjennom intervjuet fortelles det at oppnåelsen av målene fokuserer på kvalitet og prosess. Med toppledelsens innføring av et nytt system som berører brukere er spørsmålet om motstand sentralt. Dette er ikke beskrevet i noe av det skriftlige materialet og var viktig å spørre nøkkelinformanten om. I intervjuet fortelles det at motstand var et åpent tema. Allerede ved første informasjon om innføring av telemedisin var enkelte av helsepersonellet som skulle ta i bruk systemet åpent kritiske, blant annet med frykt for egen arbeidsplass og frykt for overvåking. Denne motstanden ble i følge informanten hørt og møtt, blant annet ved at de installasjonene som var mest kritiske var de som ble involvert i pilotprosjektet. Studien har ikke fått medarbeidernes beskrivelse av denne situasjonen og har kun ledelsens forklaring. Ledelsen bestemte altså at systemet først skulle prøves ut hos de som tydelig ikke ønsket det. Dette ble i følge informanten åpent kommunisert, og systemet ble akseptert utprøvd for å skaffe erfaring og for å finne muligheter for forbedring. Selv om de overordnede målsettingene for innføringen var rasjonelle, ble systemene innført uten forventning om resultat i første omgang. Systemet for telemedisin skulle i begynnelsen ikke anvendes til medisinske formål men til møter, undervisning og andre samhandlingsoppgaver inntil systemet var robust nok ved at blant annet alle brukere var familiære og positive til bruken av systemet. I følge lederen viste systemene seg å fungere godt og brukerne så potensialet som lå i systemet. I tillegg fikk de bekreftet at systemet ikke truet arbeidsplasser. Motstanden ble i følge lederen overvunnet av brukerne selv og brukerne selv å anvende systemet til medisinske formål. Studien har kun lederens forklaring å støtte meg til, bortsett fra brukerundersøkelsen som viser at brukerne i dag ikke opplever systemet som truende.

Selskapet sitt system for telemedisin er i følge lederen designet med svært høye krav til brukervennlighet. Den tekniske kompetansen som stilles til brukerne skal være svært lav, så stort sett all tid og oppmerksomhet som har vært anvendt på brukerne har omhandlet riktig og klok bruk av systemet. Med andre ord grunnlaget for å gjøre gode beslutninger om anvendelsen av systemet.

I følge teorien forholder ulike organisasjonsperspektiv seg ulikt til motstand. Lederens beskrivelse av planlegging og innføring i organisasjonen kan være objektivt korrekt og gjenspeile alle parters syn, men kan også medføre en utvalgt framstilling som ikke er representativ for alle. Uansett nevnes lederen på eget initiativ motstand som et vesentlig tema i intervjuet. Både at motstanden var der og at de møtte konkrete problemstillinger som de måtte møte. Motstand er noe som i særlig grad knyttes til et naturlig organisasjonsperspektiv. I hvilken grad et slik er til stede er vanskelig å si ut fra dette materialet, men uansett synes det å være klare spor på verdier og fokus som tilhører et naturlig perspektiv.

På bakgrunn av dette ser det ut som om ledelsen i selskapet viser atferd som tilhører et rasjonelt organisasjonsperspektiv. Samtidig ser det ut som "det indre livet" i hvordan prosessen med innføring av telemedisin er i tråd med et naturlig perspektiv. I hvilken grad det er lederne, medarbeiderne eller alle som viser slik atferd er uklart. Myteperspektivet som umiddelbart syntes å være tilstede har studien ikke funnet tegn til, tross omhyggelig leting.

Gjennomgangen av den ovenfor presenterte empirien viser verdier og handlinger som assosieres med både et rasjonelt perspektiv og et naturlig organisasjonsperspektiv. Lederne viser størst grad av rasjonalitet i arbeidet med rammer som ved fastsetting av mål og strategier, mens det naturlige blir mer synlig i utførelsen av planene.

### 4.3.2 Utenlandsk oljeselskap

Ledelsen i det utenlandske oljeselskapet tok initiativ til og begrunnet implementeringen av telemedisin for å kunne gjennomføre ellers umulige prosjekter ut fra en kost-nytte vurdering mot andre alternativer. Telemedisin var altså en rasjonell forutsetning for å kunne gå i gang med prosjektet. Dette selskapet har erfaring med telemedisinske løsninger fra før, men ikke om bord i skip i arktiske strøk. Dette prosjektet stiller spesielle krav i forhold til evakueringsmulighet fra skipet til sykehus, men også til teknologi. Satellittbasert kommunikasjon i polare områder er teknisk mer utfordrende, for eksempel på grunn av satellittenes dekningsgrad. Innføring av telemedisin på boreskipet var ikke en endring av eksisterende helsetjenester i samme grad som for de etablerte installasjonene til det norske oljeselskapet. Med utgangspunkt i etablert organisering av boreskipet ble det bygd opp en ny og justert organisering for blant annet helsetjenestene som var tilpasset det prosjektets spesielle forutsetninger. Dermed var for eksempel grunnlaget for motstand i etablert organisasjon annerledes sammenlignet med de øvrige organisasjonene studien omhandler. Planene for prosjektet beskriver hvordan lederne ønsker å endre organisering av helsetjenester og investere i utstyr. Det telemedisinske utstyret er i prinsippet tilsvarende i egenskaper og spesifikasjoner som hos det norske oljeselskapet. Hensikten er også her at profesjonelt helsepersonell om bord kan konsultere annen og høyere kompetanse i undersøkelse og behandling av pasienter ved hjelp av sanntids overføring av video og medisinske data.

Lederen sier at selskapet legger vekt på å involvere alt relevant personell tidlig i prosessen, og vektlegger de forventede fordelene for helsepersonellet. Involvering av for eksempel tillitsvalgte og verneombud er ikke beskrevet eller omtalt. Dette kan bety at disse ikke har vært involvert i prosessen eller at det er såpass selvfølgelig å involvere disse at det ikke en gang ble nevnt. Dokumentet er rasjonelt presentert og før intervjuet oppstod spørsmålet om dette var lederes tekniske beskrivelse av forventninger som kom til å se annerledes ut i praksis. Riktignok var det antydninger i dokumentet omkring implementeringsprosessen og hensikter for implementeringen ut over det rent rasjonelle. Dokumentet som var tilgjengelig for studien var den skriftlige sammenfatningen som var grunnlaget for beslutningen om å iverksette prosjektet. Med andre ord et strategisk dokument stilet til ledere høyere i organisasjonen.

I intervjuet fortalte lederen at det er gjennomgående for selskapet å involvere berørt personell tidlig. Lederne ønsker at medarbeiderne tidlig oppnår eierskap til prosjektet og til hensikten med implementeringen. Dette har dessverre ikke latt seg verifisere gjennom intervju med bruker i dette selskapet

I dokumentet beskriver lederne forventinger til at personellet skal ha teknisk kompetanse og ferdigheter. Hvordan dette blir ivaretatt i praksis er ikke beskrevet. Empirien beskriver ikke

hvilken seleksjon og trening foregår, og heller ikke hvordan ikke-tekniske komponenter som vurderinger, kommunikasjon og beslutninger utvikles og vurderes. Med utgangspunkt i de ulike organisasjonsperspektivene oppfattes dokumentet igjen som svært rasjonelt. Beskrivelser, forventninger og årsaker forankres i rasjonelle argumenter, i motsetning til det naturlig perspektivet som studien ikke finner særlig spor av. Dette skapte en nysgjerrighet før intervjuet om dette er en virksomhet som preges av rasjonalitet fra ende til annen eller om rasjonaliteten hører til i det strategiske dokumentet mens andre organisasjonsperspektiv viser seg i det daglige livet hos de ulike individene i organisasjonen?

I intervjuet fortalte lederen at det legges vekt på både teknisk kompetanse hos brukerne, men også klok bruk som bygger på gode vurderinger. Så langt uttrykker lederen handlinger og verdier som tilhører et naturlig organisasjonsperspektiv. Initiativet til endringsprosessen kom fra strategisk ledelse, nær toppledernivå. Dette nivået fortsatte implementeringen og beholdt eierskapet, men delte det i følge lederen raskt med helsepersonellet som var i direkte kontakt med telemedisinløsningen. Personellet gjennomførte opplæring og praktisk trening på utstyret, der det i følge lederen ble brukt mest tid til å utvikle eierskap til løsningen, utvikle gode kunnskaper og ferdigheter til vurderinger og beslutninger og lignende. Dette beskrives av lederen som en teknisk ramme omkring ikke-tekniske komponenter. Ut fra organisasjonsperspektivene oppfattes dette som en rasjonell ramme omkring en naturlig tilnærming til eierskap/forankring og kompetansebygging. Dersom et intervju med bruker hadde blitt gjennomført ville dette ha vært tema sammen med spørsmål om hvordan de opplevde opplæringen og om den var tilpasset praktisk bruk.

De strategiske lederne rapporterer om svært lite motstand gjennom implementeringen. De sier i intervjuet at de involverte på ulike nivå i organisasjonen så at løsningen ikke representerte noen trussel men representerte en god løsning der det var få eller ingen andre reelle alternativ. Dette kan være rimelig å akseptere ut fra deres begrunnelser og at dette i hovedsak var en implementering som gikk inn i en "ny-etablering" av hele skipet. Likevel er dette kun ledernes ord som ikke er kontrollert for hos brukere. Koblingen mellom motstand og at det sannsynligvis ikke fantes andre alternativ for å gjennomføre prosjektet uten telemedisin framstår heller ikke som en sikker kausal sammenheng. Var mangelen på motstand et tegn på brukernes resignasjon som følge av mangel på alternativer eller ville de være genuint positive til løsningen dersom det hypotetisk sett forelå andre alternative løsninger? Dette har dessverre falt utenfor studiens rammer.



### 4.3.3 Offentlig helsetjeneste

Bakgrunnen for innføring av telemedisin i den offentlige helsetjenesten er at de ansvarlige for legevaktjenestene har problemer med rekruttering til nøkkelstillinger. Denne begrunnelsen framkommer i dokumentasjonen som lederen har framskaffet. Dette er i følge samme dokumentasjon ikke nytt, men blir framhevet som en av årsakene til å gjennomføre en generell omstrukturering av legevaktene i en region, går fra en modell med flere separate legevaktjenester til en sentral legevakt. Videre inkluderer omstruktureringen implementeringen av telemedisin for å kompensere for noen av ulempene som følger omstruktureringen.

Det framsettes også i den mottatte dokumentasjonen sekundære rasjonelle gevinster med å innføre telemedisin som at eksisterende tjenester får kvalitetsforbedring, utgifter reduseres og anvendelsen av tilgjengelige ressurser blir bedre. Rekrutteringsproblemet begrunnes med høy vaktbelastning, men denne sammenhengen er ikke dokumentert eller bekreftet på annen måte enn fra lederens skriftlige materiale.

Med utgangspunkt i organisasjonsperspektivene oppfattes både forståelsen for problemet og beskrivelsen av løsningene som rasjonelt preget. Beskrivelsen i teksten assosieres med at det er "sand i maskineriet", men med ombygging og utskifting av komponenter skal det fungere bedre. Dette ville blitt undersøkt nærmere dersom intervjuet med lederen ble gjennomført. En kan stille spørsmålet om dette var rasjonelle beskrivelser til bruk på strategisk nivå mens det naturlige perspektivet kom til syne i mer detaljerte beskrivelser eller om dette var en gjennomgående rasjonell tilnærming? Eller var det innslag av myteperspektivet med påvirkning fra forlokkende beskrivelser av teknologiske muligheter og samtidens diskusjoner om sentralisering av offentlige tjenester? Studiens begrensninger tillot dessverre ikke at dette ble undersøkt nærmere, men på bakgrunn av beskrivelsen for en berørt "kundegruppe" som følger samme rasjonelle tilnærming synes det som tilnærmingen fra ledelsen har et sterkt innslag av rasjonalitet.

I intervjuet med brukeren av systemet kom det fram at opplæringen var strukturert omkring klare mål og ferdigheter, men at det var tid og rom for å utvikle eget eierskap gjennom prøving og feiling, spørsmål og diskusjon. I forhold til ulike opplæringsstrategier oppfattes dette i retning av naturlige tilnærminger men dette er likevel relativt indirekte og dermed svake indikatorer på hvordan organisasjonsperspektivet til lederne og brukerne har preget implementeringsprosessen. Fra forskerens ståsted ser det ut som det er en relativt svak logisk kobling mellom årsak og problem, samt at telemedisin skal være problemløsningen. Det nevnes for eksempel ikke noe sted at økt sårbarhet med omstruktureringen ønskes kompensert med bruk av telemedisin. Det nevnes heller ikke noe om eventuell motstand hos involvert helsepersonell med løsningen før og etter omstruktureringen, og hvordan telemedisin kan påvirke dette. Dette bryter med flere punkter i

Obstfelder sine kriterier og Pfeffer & Sutton sine retningslinjer (2007; 2000). Det kan fremstå som lederne har vært preget av et ståsted som assosieres med myteperspektivet i spørsmålet om hvorfor omorganiseringen og telemedisin er de riktige løsningene.

Innføringen av telemedisin initieres av ledelsen i den offentlige helsetjenesten, og gevinstene med telemedisin er gevinster i ledernes perspektiv. For eksempel behøver ikke økonomiske innsparinger og mer rasjonell bruk av nøkkelressurser å være en gevinst for alle impliserte parter. Et eksempel på dette er at det i uformelle samtaler med berørte brukere fortelles at leger er mindre fornøyde med bruk av telemedisin da de får dårligere økonomisk uttelling for konsultasjoner med telemedisin. Dette er ikke beskrevet i tilgjengelig materiale. I et intervju med lederen ville dette være interessant å undersøke nærmere. Videre framkommer det i intervjuet med brukeren kommer det fram at ved flere anledninger har ansvarlig lege blitt spurt om telemedisin kunne anvendes, men legen avsto forespørselen og heller ville at pasienten skulle transporteres direkte til legen. Hvilke kriterier som lå til grunn for disse beslutningene er ikke kjent, så det er ikke grunnlag for å trekke noen direkte slutninger at avslagene skyldes økonomiske motiver. Likevel var informanten fortsatt i tvil om beslutningen og kunne fra sitt ståsted ikke se klare medisinske årsaker til at telemedisin ikke ble anvendt. Dette tolkes som potensiell motstand mot å bruke telemedisin, en motstand som ikke ser ut til å være omtalt av lederne. Et intervju med lederen ville klarlagt dette. Dersom slik motstand oppleves hos brukerne men ikke vies nevneverdig oppmerksomhet av lederne er dette interessant i forhold til organisasjonsperspektiv. Det kan fremstå som lederne i hovedsak viser egenskaper som assosieres med et rasjonelt perspektiv mens brukernes egenskaper i relativt større grad assosieres med et naturlig perspektiv. Dette kan føre til at eventuell motstand ikke reduseres men i verste fall vil øke.

Det er i dokumentasjonen ikke framsatt klare gevinster for andre parter, bortsett fra muligheten til redusert vaktbelastning for involverte leger. Dette kan bety en fordel for legene, men det kan også medføre ulemper for i alle fall annet helsepersonell. Hvordan dette tilbudet til syvende og sist vil påvirke pasientene og befolkningen som tilhører legevaktjenesten omtales ikke. I tillegg til de nevnte gevinstene støtter lederne seg til overordnede strategier fra myndighetene. I tilgjengelig materiale framkommer ikke noe om brukermedvirkning eller brukerperspektiv i implementeringsprosessen, bortsett fra klarlegging av ansvar og prosedyrer for brukerne i anvendelsen av systemet. Kvalitetssikringen av tjenesten beskrives med å etablere systemer med strukturer og prosedyrer. Faktorer som brukernes beslutningskompetanse, kvalitet i samhandling og lignende er ikke nevnt i det tilgjengelige materialet. Eventuell motstand hos sluttbrukere tas hensyn til og imøtekommes, men eventuell motstand hos de som skal anvende systemet i hverdagen nevnes ikke. Eventuell motstand hos sluttbrukere (pasienter og pårørende) søkes redusert ved å vise at systemet gir trygghet. Dette formidles fra ledelsen i presentasjoner til

befolkningen med av opplevelsen av personliggjøring, kollektivitet og solidaritet. I tillegg viser ledelsen til innovasjon som sies å være trygg, robust og i prinsippet enkel.

Denne studien må ta forbehold om at et intervju med lederen kunne ha avklart spørsmål og uklarheter, som igjen kunne ført til andre tolkninger av implementeringsprosessen enn de som er beskrevet ovenfor. Men på grunnlag av tilgjengelig informasjon synes det som om ledelsen i den offentlige helsetjenesten er klart preget av verdier som knyttes til et rasjonelt organisasjonsperspektiv.

#### **4.4 Om implementeringen hos de tre organisasjonene**

##### **4.4.1 Strategisk fase**

I alle tre organisasjonene var det ledelsen for helsetjenestene som ønsket telemedisin innført som selv utførte planarbeidet. Eksterne konsulenter ble først kontaktet i forbindelse med design av utstyr og teknisk infrastruktur.

Det norske selskapet la stor vekt på forberedelsene. Denne fasen varte ca ett år. Hensikten og målene med innføring av telemedisin ble i følge informanten grundig gjennomarbeidet. Det samme med design av selve systemet og strategien med implementering for brukerne. Den strategiske fasen skulle på kort sikt skaffe vedtak om investering i toppledelsen og på lang sikt legge grunnlaget for en innføring som ga høy måloppnåing og minimalt med motstand etter innføringen. Representanter for brukerne ble i denne fasen involvert i prosjektgruppen.

Det utenlandske oljeselskapet la størst vekt på den strategiske fasen. Både dokumentasjonen og intervjuet vitner om dette, med fokus på blant annet beskrivelsen av rasjonalet bak implementeringen og å oppnå eierskap hos alle involverte. Informasjon ble gitt til helsepersonellet som kommende brukere av systemet i denne fasen.

Den offentlige helsetjenesten hadde også en klar strategisk fase der de kartla mål og ansvar. De nevnte allerede i denne fasen at prosjektet skal evalueres etter en prøveperiode. Likevel framstår noen punkter i planene som svakheter. Dette er i første rekke målene for omorganiseringen, begrunnelsen for innføring av telemedisin og mangelen på fokus på motstand.

Når en sammenligner de tre organisasjonene framstår oljeselskapene som mer gjennomarbeidet og konsistente enn planene til den offentlige helsetjenesten. Sett opp mot teorien synes begge oljeselskapene å dekke både kriteriene for innføring av telemedisin og retningslinjene til implementeringsprosesser og i langt større grad enn den offentlige helsetjenesten (Obstfelder, et

al., 2007; Pfeffer & Sutton, 2000). Faktorer og tema som framstår ulikt hos helsetjenestene er begrunnelsen og argumentasjonen som ligger til grunn for: hvor en vil og hvorfor, solid kjennskap til problem og løsninger, fokus på prosess og resultat, og at alle involverte må oppleve telemedisin som gunstig.

#### **4.4.2 Gjennomføringsfase**

Siden implementering av telemedisin omfatter både en rent teknisk og en menneskelig (ikke-teknisk) komponent blir disse omhandlet i to separate prosesser. Dokumentasjonen hos de tre organisasjonene beskriver at den tekniske komponenten ble hensatt til ulike spesialister som utførte arbeidet på grunnlag av spesifikasjoner, mens brukeropplæringen ble utført av helsetjenesten. De tekniske spesialistene var hos alle aktørene sammensatt av noe teknisk personell i egen organisasjon og noen eksterne leverandører.

##### ***4.4.2.1 Teknisk implementering***

Det norske selskapet arbeidet tett opp mot en leverandør av de tekniske tjenestene og egne IT-tjenester. Prosjektledelsen definerte klare krav til funksjon og brukervennlighet. Selve designet og installeringen av utstyrløsningen ble utført av utstyrsleverandøren, men teknisk integrert mot selskapets IT-systemer av selskapets egen IT-tjeneste. Denne leverandøren er ansett som en av de ledende innen telemedisin i Norge, og har høy kompetanse på alt fra teknologi til implementering i organisasjoner. Den tekniske implementeringen er beskrevet som viktig, men beskrivelsen av den oppfattes som en parallell prosess til den øvrige implementeringen som foregikk. Selv om denne fasen var en viktig forutsetning for å lykkes med prosjektet blir den av ledelsen beskrevet i intervjuet som sekundært i forhold til fokuset som ble gitt til brukerne av systemet. Både brukerundersøkelsen og uttalelser fra lederen tilsier at utstyret har en teknisk funksjon og brukervennlighet som samsvarer med forventningene og beskrivelsene fra planene. I følge lederen var standardisering av utstyr og bruk i tillegg til support fra sentral IT-avdeling var viktig for å sikre enhetlig kvalitet, men i følge lederen også viktig for å få ledernes fokus vekk fra teknologi.

Hos det utenlandske oljeselskapet ble den tekniske implementeringen gjennomført av en ekstern kontraktør og er lite beskrevet i dokumentasjon eller intervju. Det angis noen spesifikasjoner og beskrives noen funksjonaliteter, men denne delen av implementeringen har lite fokus. Høy grad av teknisk brukervennlighet var et viktig moment her som hos det norske oljeselskapet. Med lite beskrivelser er det vanskelig å sammenligne denne tekniske implementeringen med for eksempel det norske oljeselskapet, og hvilken innvirkning dette kunne ha på resultatene.

Den offentlige helsetjenesten fikk utført den tekniske installasjonen av teknisk avdeling i egen organisasjon. Det er ikke oppgitt hvor omfattende den tekniske installasjonen var, ut over å etablere datapunkt, strømtilkobling og fysisk montering. Beskrivelsene sier heller ikke noe om brukervennlighet og kompleksitet i systemet, men legger stor vekt på at brukerne skal ha nødvendige tekniske ferdigheter. Brukeren forteller i intervjuet at de gangene systemet har vært i bruk har det vært enkelt, funksjonelt og stabilt. Det har fungert slik som forventet ut fra beskrivelsene. Studien kan ikke ta stilling til om de ulike tekniske systemene skiller seg fra hverandre med hensyn til kvalitet og brukervennlighet, da dette ikke er inkludert i casen. Studien er avgrenset til å vurdere om systemene fungerer som forventet eller ikke på bakgrunn av planene for implementeringene.

#### ***4.4.2.2 Implementering for brukere***

I det norske selskapet var det i følge lederen tydelig motstand fra helsepersonellet på installasjonene til systemet i begynnelsen. Implementeringsfasen tok to år i dette selskapet og hadde til hensikt å motivere brukerne. De viktigste faktorene for å oppnå dette var høy grad av teknisk brukervennlighet, å se potensielle muligheter og å oppleve en forbedret hverdag. Fasen ble i følge lederen preget av jevnlig oppfølging med vekt på riktig forståelse av systemet. Dette skulle legge grunnlag for riktige beslutninger og klok bruk. I det skriftlige materialet var denne fasen knapt beskrevet og dette skapte interesse for dette temaet før intervjuet. Målsettingene var i dokumentene definert med rasjonell vinkling men prosessen for å nå målene var lite beskrevet. De nevnte påstandene om et velfungerende system etter en vellykket implementering skapte derfor en undring om den påståtte suksessen var på tross av en svak brukerimplementering, og om implementeringen egentlig var suksessfull. Intervjuet med lederen besvarte denne undringen og vedkommende redegjorde for en omhyggelig prosess for å få brukerne til å anerkjenne systemene og ta det i bruk på hensiktsmessig måte. Det ble i følge lederen stilt krav fra ledelsen til helsepersonellet om jevnlig bruk, men fortsatt til ikke-medisinske formål. Dermed ble brukerne utfordret, aktivisert og ansvarliggjort for egne synspunkter og handlinger, og de ble jevnlig eksponert for systemet og tok etter hvert eierskap. Det var brukerne selv som stod for denne treningen og utforskningen. Hensikten var i følge informanten både føre til økt eierskap gjennom egen mestring og å avdekke eventuelle svakheter i systemet. Lederen fortalte at med denne tilnærmingen ble motstanden oppløst av seg selv. Brukerundersøkelsen ser ut til å bekrefte dette da den på forskjellige måter spør etter motstand, og at det svares fra brukerne at de ikke har motstand til systemet i dag. Ut fra svarene på undersøkelsen ser det ut for at det ville oppstå en ny motstand dersom en i dag fjernet telemedisin fra helsetjenesten i dette selskapet.

Lederen i det utenlandske oljeselskapet fortalte at den opplevde motstanden var liten i hele prosessen. Det var noen kritiske spørsmål innledningsvis, men ingen grunnleggende motstand. Et intervju med brukere ville gitt interessant informasjon om dette. I dokumentasjonen er det beskrevet svært lite om implementeringen for brukerne. Dokumentet oppleves som "slik det står i planene, slik blir det i praksis", uten å ta høyde for blant annet motstand eller prosessen for å få brukerne til å anvende systemet som forventet. Med utgangspunkt i organisasjonsperspektivene som er beskrevet i teorikapitlet ser dette ut til å være sterkt preget av rasjonalitet, der organisasjonen beskrives som maskineriet som designes og justeres til optimal drift. I intervjuet fortalte lederen om en bedriftskultur som har sterke røtter i langsiktighet og involvering av alle aktuelle roller. Det beskrives videre hvordan brukerne ble møtt, presentert løsningen og hvordan for eksempel opplæringen ble gjennomført. Eksempler som blir fortalt om gjennomføringen av brukerimplementeringen samsvarer i stor grad en slik bedriftskultur. For eksempel ble brukerne tatt inn til opplæring tidlig i den generelle og omfattende klargjøringsprosessen av fartøyet som skulle utføre operasjonen. Denne opplæringen var i høy grad brukerstyrt, med vekt på praktisk bruk og relevans for å gi høy grad av mestring, trygghet og eierskap. Sett opp mot lignende treninger var det satt av mye tid, og treningen ble gjennomført med høy kvalitet. Denne treningen ble organisert og gjennomført av eksterne innleide konsulenter på bestilling fra ledelsen. For det utenlandske oljeselskapet ser det ut til at planer og rammer er forfattet ut fra et rasjonelt organisasjonsperspektiv, mens gjennomføringen har foregått med utgangspunkt i et naturlig organisasjonsperspektiv.

I beskrivelsen til den offentlige helsetjenesten er ikke motstand fra brukerne nevnt noe sted, men i intervjuet med brukeren kommer det tydelig fram at det er motstand i organisasjonen mot å anvende systemene. Dette vært et sentralt tema å følge opp dersom det hadde blitt gjennomført et intervju med lederen. Aktuelle spørsmålsstillinger kunne være: er denne motstanden kjent for lederen og i hvilken grad og på hvilken måte ble den behandlet?

Dokumentene beskriver heller ikke forventninger i forhold til samhandling, vurderinger og lignende, bortsett fra strukturelle ansvarsbeskrivelser som at medisinske vurderinger og beslutninger skal gjøres av legevaktslege. Dokumentasjonen oppfattes å være skrevet med et tydelig preget av det rasjonelle perspektivet. Opplæring til riktig teknisk bruk framheves tydelig, med referanse til arbeidsprosedyre og definisjon av ansvarsforhold. Det er i dokumentasjonen klare forventninger til at systemet skal fungere slik det beskrives i prosedyren, og at faktorer som motstand ikke er relevante. Problemene med å koble opp forskningsintervjuet med lederen via telemedisin ligger teknisk utenfor den beskrevne prosedyren, og vil derfor ikke kunne si noe om kvaliteten på den opplæringen som ble gitt. Brukeren oppgir også å være tilfreds med den opplæringen vedkommende fikk, og at systemet i dag fungerer som beskrevet og forventet de

gangene det anvendes. Dette framstår likevel som en motsetning. At systemet ser ut til å fungere når det anvendes kan være et tegn på vellykket implementering. Samtidig kan det være et tegn på svak implementering når systemet ikke brukes så ofte som det i følge brukeren burde.

Brukeren som er intervjuet ble kalt inn til to dagers opplæring. Dette var likt for alle brukere. Opplæringen var planlagt og gjennomført av egen fagstab i helsetjenesten, der ledelsen også var representert. Fagstaben omfatter helsefaglig personell med erfaring og uformell opplæring i å drive utdanning. Første dag var med fokus på hensikten med systemet og strukturelle forhold, mens andre dag fokuserte på trening og praktisk bruk av systemet. Siden legevaktslege skulle gjøre vurderinger og beslutninger var det lagt vekt på teknisk opplæring. Aktuelle dilemmaer omkring vurderinger som oppstår hos den som står nærmest pasienten var ikke vektlagt<sup>7</sup>. Dette understrekes ytterligere i desentraliserte deler av legevaktens ansvarsområde der det er lekfolk som er opplært til å bruke systemet.

I motsetning til i oljeselskapene oppleves ledelsens organisasjonsperspektiv i den offentlige helsetjenesten som rasjonelt både i forhold til planlegging og gjennomføring. Oljeselskapenes brede eller helhetlige syn på implementeringsprosessen ser ut til å mangle, og dette ser ut til å ha påvirket utfallet av implementeringen. Denne vurderingen gis med forbehold om at lederen lederen av den offentlige helsetjenesten ikke er intervjuet, og heller ikke brukere fra oljeselskapene.

---

<sup>7</sup> I andre situasjoner omkring medisinske konsultasjoner vektlegges slike dilemmaer, som å systematisere pasientinformasjon til å gi et mest mulig korrekt bilde av pasientens tilstand eller vurderingen om når det er mest hensiktsmessig å gjennomføre konsultasjonen.

### 4.4.3 Etterarbeidsfase

Lederen i det norske selskapet beskriver at de nå ikke gjør noe spesielt etterarbeid for brukerne av systemet. Det er i jevnlig bruk for både medisinske og ikke-medisinske formål og har funnet sin naturlige integrerte plass i hverdagen offshore. Ledelsen har kontinuerlig interesse av hvordan systemet brukes, men er forsiktige med å gå direkte inn i tilgjengelige logger etc. for ikke å virke overvåkende på brukerne. Det har nylig vært gjennomført en omfattende evaluering av systemet, der endringene som har blitt gjort i etterkant er av mindre og kosmetisk karakter. Samtidig er det tydelig ut fra ulike perspektiv på evaluering at systemet ser ut til å fungere svært godt, og at implementeringsprosessen har en klar sammenheng med dette. Det lederen beskriver som "ikke noe spesielt" oppfattes gjennom intervjuet mer i retning av "vi holder jevnlig og tett oppfølging, men gjør ikke noe ekstraordinært ut over dette" selv om det umiddelbart høres ut som at systemet er overlatt til seg selv og sin egen utvikling. Slik sett kan en si at det fortsatt foregår en etterarbeidsfase, der den jevnlige innsatsen gjøres av brukerne selv og de overordnede monitoreringene og justeringene eventuelt kommer fra ledelsen. Med utgangspunkt i de ulike organisasjonsperspektivene assosieres dette med det naturlige perspektivet. Når lederen sier at de ikke gjør noe spesielt samtidig som de faktisk gjør en hel del kan dette indikere at etterarbeid og et naturlig perspektiv har en så integrert plass hos ledelsen at de selv ikke legger merke til det.

I dokumentasjonen fra det utenlandske selskapet er det ikke beskrevet noen etterarbeidsfase, men i intervjuet la lederen stor vekt på at de holder jevnlig oppfølging med bruken av systemet. Dette gjør de i hovedsak med å kontakte installasjonen for videomøter. Det har nylig vært gjennomført en større evaluering av bore-prosjektet og delprosjektet med telemedisin. Resultatene og perspektivet for denne undersøkelsen er ikke tilgjengelig ennå.

Oljeselskapene sitt generelle sikkerhetsarbeid og helseforebyggende arbeid gjør at det er svært sjelden de telemedisinske løsningene benyttes til å behandle pasientene. Det norske oljeselskapet har, med mange og store installasjoner anvendt systemet ved behandling av noen pasienter. Det er ikke oppgitt nøyaktig hvor mange pasienter som har vært behandlet ved bruk av telemedisin. Antall behandlede pasienter fordelt på antall helsepersonell gir likevel ikke mye erfaring i bruk av telemedisin pr helsepersonell.

Det utenlandske oljeselskapet hadde ikke anvendt systemet på noen pasienter i løpet av bore-prosjektet. Etterarbeidsfasen omhandler derfor i liten grad behandling av pasienter, men i stor grad om å holde seg klar og oppdatert den dagen det er behov for tjenestene. Altså om beredskap framfor produksjon. Det holdes derfor jevnlig kontakt med brukerne av telemedisinløsningene med alt fra "kaffeprat" til møter og demonstrasjoner. Det har vært viktig at brukerne vurderte og besluttet selv hvordan dette skulle være for å ivareta målene. Blant annet deltar personellet



offshore ofte i teleoverførte demonstrasjoner og intervjuer ved presentasjoner ved hjelp av utstyret for telemedisin. Dette er vektlagt som en nødvendighet fra selskapet for både å ha ferdighetene på plass men også bevisstheten skjerpet i forhold til å bruke telemedisinsystemet riktig når det behøves.

Etterarbeidsfasen til den offentlige helsetjenesten omfatter i følge beskrivelsene teknisk oppfølging av utstyr og personell. Brukeren som er intervjuet har ikke blitt innkalt til noe vedlikeholdstrening eller utsjekk etter mer enn tre års drift. Brukeren savner dette, om ikke annet så for å verifisere at kompetansen er til stede. Brukeren hadde anvendt telemedisin en gang, men hadde også ved flere anledninger sett potensialet for å anvende det. På bakgrunn av lite bruk av telemedisin og brukerens uttalelse ser det ut som at de systemansvarliges kontroll med kvaliteten på systemet bygger på antakelsen om at systemet fungerer som forventet, slik det var rett etter implementering. Det nevnes flere steder i dokumentasjonen at personell skal gis nødvendig opplæring og vedlikehold av kompetanse, uten at typen kompetanse beskrives nærmere. Det forventes altså en viss monitorering av om systemet fungerer som forventet, uten at dette synes å ha blitt gjennomført. Det ser ut for at etterarbeidsfasen i den offentlige helsetjenesten har begrenset fokus, med forbehold om at lederen ikke fikk uttale seg om dette. Med bakgrunn i organisasjonsperspektivene ser det ut som at lederne i denne offentlige helsetjenesten er preget av et rasjonelt perspektiv. Kjennetegn som assosieres med myteperspektivet er også til stede hos lederne, men det mangler empiri for å kunne begrunne dette ytterligere. Det synes som om dette til en viss grad også er likt for brukeren, selv om brukeren også viser et naturlig perspektiv.

#### 4.5 Evaluering av implementeringen

Det norske selskapet har en hele tiden gjort uformelle underveis-vurderinger, men nylig ble det gjennomført en større formell evaluering som omfattet alle brukere av systemet. Da hadde systemet vært oppe å gå også til medisinske formål i et par års tid. Denne undersøkelsen ble som tidligere nevnt designet av lederne ut fra de perspektivene og med de spørsmålene de selv syntes var viktige. Selv om perspektivene som ble evaluert i svært stor grad samsvarte med Kirkpatrick sine kriterier var ikke lederne kjent med denne eller andre metodikker for evaluering av for eksempel atferdsendring (Kirkpatrick & Kirkpatrick, 2006). Sett ut fra organisasjonsperspektivene har denne evalueringen mange likhetstrekk ved det naturlige perspektivet. Hvilke svar en søker og hvordan spørsmålene formuleres retter seg blant annet mot brukernes perspektiv, eventuell motstand og graden av tilknytning. Brukerne som hadde erfaring med systemet i pasientarbeid rapporterte fra sitt perspektiv at de var unisont fornøyde med systemet. Motivasjonen hos helsepersonellet til å bruke systemet var høy og eierskapet var sterkt. Brukerundersøkelsen bekreftet inntrykket til ledelsen: At systemet som var innført ble tatt i bruk, ble brukt jevnlig og at bruken var hensiktsmessig.

Det utenlandske oljeselskapet gjennomførte en evaluering av telemedisinløsningen umiddelbart etter at ”pilot-operasjonen” var gjennomført, i tillegg til en total prosjektevaluering av hele operasjonen. Måten evalueringen ble gjennomført på er ikke kjent, heller ikke resultatene da evalueringsrapporten ikke er ferdig ennå og dermed har resultatene ikke vært tilgjengelige. Det ble sagt i intervjuet at telemedisinsystemet har teknisk funksjonalitet som forventet, og at personellet er i stand til og motivert til å bruke systemet som forventet. Dette kan indikere en mer rasjonell tilnærming men det er ikke grunnlag for å verken bekrefte eller avkrefte dette. I perspektivet ”systemet er tatt i bruk, brukes jevnlig og på hensiktsmessig måte” opplever lederne at måloppnåelsen er svært høy. Løsningen beskrives som en suksess som allerede er videreført til flere nye prosjekter. Slik formelle og uformelle evalueringer beskrives indikerer det evalueringer som fokuserer på endepunkt. På den andre siden har det ikke vært nødvendig å anvende telemedisin i pasientbehandling ennå. Rasjonalet til selskapet for å innføre telemedisin var å kunne håndtere pasienter som en ellers ikke kunne behandle på en forsvarlig måte, altså der pasientens tilstand har en grad av kritikalitet der telemedisin vil gjøre en forskjell for utfallet. Om løsningen har vært anvendt i behandling av ikke-kritiske tilfeller er ikke opplyst, men i så fall har det vært som et tillegg og ikke som en nødvendighet. Dermed blir det vanskelig å evaluere graden av suksess på grunnlag av pasienter, annet enn ”muligheten til å kunne utføre”, altså beredskapsgraden.

Etter tre års prøvedrift skal prosjektet med interkommunal legevaktsordning og telemedisin straks evalueres. Evalueringen skal i følge dokumentene gjennomføres ut fra prosjektets målsettinger,

altså ut fra tradisjonell måloppnåelse. Det er ikke beskrevet hvordan evalueringen skal gjennomføres og hvem som utarbeider denne undersøkelsen. Brukeren som ble intervjuet er positiv til systemet og innfasingen. Vedkommende ser et godt potensiale for systemet i enkelte situasjoner, men at ansvarlig lege ofte ikke vil anvende systemet og heller vi se pasienten selv. Det hevdes at dette er hovedproblemet til at systemet ikke anvendes i større grad. Det framkommer verken i intervjuet eller i det skriftlige materialet at denne problemstillingen har blitt evaluert og eventuelt behandlet for å få systemet til å fungere optimalt. Studien har heller ikke funnet holdepunkter for om dette er den sanne årsaken til at systemet anvendes i så liten grad eller om det er andre bakenforliggende årsaker. Det bør den planlagte evalueringen av systemet avdekke.

#### **4.6 Perspektiver på organisasjon og endring i sammenheng med fasene for implementering**

På tross av at det norske oljeselskapet lever i "forretningens verden" med rasjonelt pregede rammer og forventninger viser de på mange måter langsiktige og bærekraftige perspektiver. Med utgangspunkt i organisasjonsperspektivene i teorikapitlet viser lederne i gjennomføringen av implementeringen både rasjonelle og naturlige perspektiv. Dette påvirker fokus og innsats for de ulike fasene der blant annet brukerimplementering og etterarbeid har en sentral rolle. Den strategiske fasen ble gjort grundig, og det så ut til å påvirke i hvor stor grad ledelsen måtte bidra aktivt i etterarbeidsfasen med feilretting og justering. Med et godt grunnlag fra starten var etterarbeidsfasen absolutt til stede, men med deltakernes eierskap og egen innsats tok de større del i denne fasen enn en kunne forvente med for eksempel en mer rasjonell tilnærming. Det dukket heller ikke opp uventede overraskelser underveis i prosessen. Motstand og andre utfordringer ble kartlagt tidlig og håndtert fra begynnelsen av. Samtidig følges det fortsatt med på hvordan systemet fungerer og utvikler seg, blant annet for å forberede oppdateringer.

Det er flere trekk ved det utenlandske oljeselskapet som på utsiden assosieres med et rasjonelt perspektiv, men på innsiden er det blant annet ledelsen hos flere klare tegn som assosieres med det naturlige perspektivet. Balansen mellom rasjonell forretningsdrift basert på kost/nytte og fortjeneste synes å balansere med langsiktige og bærekraftige perspektiver, noe som assosieres med et naturlig organisasjonsperspektiv. Analysen har ikke avdekket noe av myteperspektivet i forbindelse med implementering av telemedisin i denne organisasjonen. De viser på samme måte som det norske oljeselskapet evne til å fange opp svake signaler og utvikle dem. Dette er med på å gjøre disse selskapene til pionerne som staker ut egne veier og ikke er blant dem som følger moten. I tillegg legger de vekt på gjennomgående og langsiktig forankring av det som implementeres i motsetning til myteperspektivet der det beskrives en løsriving mellom det som faktisk skjer i organisasjonen og den myten en "smykker seg med". Basert på gjennomgangen av

empiri synes det som ledelsen i disse to organisasjonene definerer rammer og mål rasjonelt, og følger naturlige perspektiver i selve gjennomføringen.

I motsetning til hos de to oljeselskapene ser det ut for at myteperspektivet kan være til stede hos den offentlige helsetjenesten. Det tilgjengelige materialet er for mangelfullt til å gi et fullstendig representativt bilde, men som nevnt tidligere er det logiske brister mellom blant annet beskrivelsen av problem med rekruttering av legevaktsleger, årsakene til problemet og med telemedisin som løsningsbidrag på dette problemet. Det samme gjelder de forventede gevinstene som løsningen skal gi. Den sterke forankringen og begrunnelsen for hvorfor akkurat telemedisin er løsningen på problemene mangler i beskrivelsen til denne tjenesten sammenlignet med oljeselskapene. Blant annet kan det stilles spørsmål ved hvem gevinstene gjelder for. Slik systemet er beskrevet og slik systemet fungerer i dag er det ikke lett å se at dette medfører klare gevinster for involvert helsepersonell eller pasientene. På bakgrunn av informantens beskrivelse fungerer systemet greit når det brukes, men at det tas ikke i bruk i alle tilfellene det ser ut for at burde det. Det er også flere uavhengige uformelle kilder som forteller at systemet svært sjelden er i bruk. Dette kan tyde på en løsriving, der planene sier en ting og faktisk bruk sier noe annet, noe som kobles til myteperspektivet. Det er klart rasjonelle elementer i beskrivelsen også, men til forskjell fra de to oljeselskapene synes forberedelsene vesentlig mindre gjennomarbeidet hos den offentlige helsetjenesten. En dyptgående analyse av utfordringen som også peker på bakenforliggende årsaker mangler. Det mangler for eksempel risikoanalyser eller andre konsekvensanalyser som både klargjør hvilke risiki som finnes og for hvem disse gjelder. Dette gir en svakere forankring av løsningsforslaget da en ikke vet like godt hvorfor akkurat den løsningen passer best på det aktuelle problemet. Det er også mangler knyttet til hvilke gevinster man forventer å nå for hvem.

Med utgangspunkt i teorikapitlet viser lederne egenskaper som kan knyttes til myteperspektivet også i de påfølgende fasene av implementeringen. Planleggingsfasen og den tekniske gjennomføringen ser ut til å bli viet tilsvarende oppmerksomhet hos ledelsen i de tre organisasjonene, men gjennomføringsfasen for brukerne blir svært ulik. Den offentlige helsetjenesten har gitt en teknisk og prosedyrerettet opplæring av brukere. Som tidligere nevnt er ikke for eksempel individuell forankring til implementeringen eller motstand mot endring beskrevet noe sted, noe som samsvarer med myteperspektivet. Brukeren som deltok i opplæringen satte pris på å få trene med utstyret, men sammenligner en opplæringen som ble gitt til brukerne i de tre organisasjonene er det store forskjeller. Selv om det norske oljeselskapet gjorde mest ut av det var også det utenlandske selskapet i samme klasse. Flere dager ble brukt til tilvenning, opplæring og trening, i tillegg til kontinuerlig vedlikeholdstrening. En skal også ta med at treningen i høy grad var brukerstyrt og gjennomført med mye praktisk case-basert trening. Den offentlige helsetjenesten gjennomførte to dagers opplæring, der første dag var

teoriundervisning og andre dag var demonstrasjon og praktisk trening. Siste halvdel av andre dag trente informanten på å utføre konkrete ferdigheter etter et fastsatt program. Etterarbeidsfasen skiller hos den offentlige helsetjenesten skiller seg også fra de øvrige fasene ved at den får svært lite fokus. Prosjektet skal evalueres etter forhåndsdefinerte mål og det skal i følge planene foregå vedlikeholdstrening og kvalitetssikring av teknisk bruk. I følge brukeren skjer ikke dette i praksis.

## 5 Drøfting. Sammenligningen av funn og teori.

Studien forventer å finne nøkler til vellykket implementering, kunnskap som kan overføres mellom organisasjoner. Teorikapitlet viser at mye er sagt om dette allerede, både generelt om implementering av endringer i organisasjoner men også om telemedisin spesielt. Empirien viser også interessante iakttagelser. Drøftingen skal sammenholde iakttakelsene med teorien for å se hva vinneroppskriften er for å implementere telemedisin på en vellykket måte. En viktig forutsetning er likevel å ta stilling til om organisasjonene lyktes slik de selv hevder eller ikke. En skal også huske at det dermed ikke bare selve prosessen som måles men også resultatet. Det er resultatene vi til syvende og sist er interessert i, men de blir likevel en indirekte markør for kvaliteten av selve prosessen og forutsetter at det som beskrives som den ideelle framgangsmåten faktisk er ideell. Man kan jo tenke seg at en implementering kan gi vellykkede resultat på tross av en dårlig prosess og motsatt. Dette kontrolleres for etter beste evne, gjennom kombinasjonen av å beskrive både prosess, utkomme og eventuelle sammenhenger mellom disse.

### 5.1 Uventede funn

De uventede funnene kan potensielt ha viktig innvirkning på tolkningen av andre funn og presenteres derfor først. I denne studien var det ikke funn som var radikalt annerledes enn forventet, men samtidig ble en del antakelser ikke oppfylt og kan slik være uventet. Disse funnene omtales i andre deler av drøftingen men listes opp her:

- Det norske oljeselskapet viste seg å unngå myte-preget planleggingsfase.
- Med utgangspunkt i organisasjonsperspektivene var det synlig både et naturlig og et rasjonelt perspektiv hos lederne i de to oljeselskapene
- Eierskap i organisasjonen og håndtering av motstand hadde en sentral plass hos det norske oljeselskapet.
- Etterarbeidsfasen hos den offentlige helsetjenesten var ikke synlig.

## 5.2 Suksessfull implementering – lyktes de egentlig?

Har de ulike organisasjonene faktisk lyktes? Skal vi se på de tre aktørene som suksessrike forbilder eller skrekkens eksempler? Gjennomgangen tar først utgangspunkt i evalueringsperspektivene beskrevet i teorkapitlet for å vurdere de tre aktørene.

”The knowing-doing-gap” og spørsmålet om systemene er tatt i bruk, brukes jevnlig og på en hensiktsmessig måte tar begge utgangspunkt i om systemene fungerer slik de er forventet (Pfeffer & Sutton, 2000; Røvik, 2012). Første spørsmål er om systemene over hodet er tatt i bruk, eller om implementeringsprosjektet stoppet på halvveien. Helsetjenestene i de tre organisasjonene har fått utført tekniske installasjoner, gitt brukeropplæring og satt systemene i operativ virksomhet. Om de brukes jevnlig er et spørsmål å besvare. Svaret må gis med hensyn til den spesifikke konteksten hver av de tre helsetjenestene står i. Hos oljeselskapene har de i utgangspunktet relativt få medisinske konsultasjoner, og antall pasienter som har behov for medisinsk behandling har vært svært lite. I tillegg er denne populasjonen selektert i forhold til aldersgruppe og helsetilstand. Barn og eldre som ellers i samfunnet er de største brukerne av helseressurser arbeider ikke på oljeinstallasjoner, og offshore arbeiderne må bestå helsekrav for å tillates å arbeide på installasjonene. Det norske oljeselskapet har mange og til dels store installasjoner, mens det utenlandske oljeselskapet omfatter ett skip. Den offentlige helsetjenesten omfatter en relativt stor befolkning, sammensatt av alle samfunnslag og aldersgrupper. Hos det norske oljeselskapet anvendes systemet ganske ofte, men naturlig nok mest til andre formål enn medisinske konsultasjoner. Brukerundersøkelsen forteller at de aller fleste brukerne (86%) anvender systemet ukentlig eller månedlig. Til sammenligning hadde informant fra den offentlige helsetjenesten anvendt systemet en gang i løpet av tre år. Det norske oljeselskapet har ikke tatt ut virksomhetsdata for hvor ofte systemet anvendes til medisinske konsultasjoner. Det utenlandske selskapet ser ut til å anvende systemet i samme grad som det norske selskapet, men i tiden som prosjektet varte var det ingen tilfeller av alvorlig sykdom eller skade som krevde bruk av telemedisinsystemet.

Den offentlige helsetjenesten anvender ikke systemet særlig ofte. Første året med telemedisin i den offentlige helsetjenesten ble dette brukt i 14 tilfeller blant 459 potensielle konsultasjoner (3%). Da mulig informant skulle rekrutteres fra de lokalmedisinske sentrene var det begrenset med personell som hadde brukt systemet. På bakgrunn av dette oppfatter studien at oljeselskapene bruker systemene regelmessig i motsetning til den offentlige helsetjenesten. Dette reiser spørsmålet om bruken er hensiktsmessig. Dersom den offentlige helsetjenesten har en hensiktsmessig bruk de få gangene systemet anvendes mens oljeselskapene anvender det ofte men dårlig kan den relative forskjellen jevnes ut. Ingen blir slik sett bedre av at den andre ikke lykkes, men det blir heller ikke grunnlag for å framheve noen som mer vellykket enn andre. Den

offentlige helsetjenesten beskrives å benytte systemet hensiktsmessig ved de få konsultasjonene som gjennomføres. Informanten hadde selv erfart en situasjon ble avklart via telemedisin og pasienten slapp transport til sykehus, behandling der og transport tilbake. For pasienten, den helsemessige beredskapen og samfunnsøkonomien er det lett å se fordeler med dette, og dette samsvarer også med intensjonene med systemet: befolkningen skal ha en trygghet om at de får en medisinsk undersøkelse og behandling som er hensiktsmessig og av høy kvalitet. Spørsmålet er så om oljeselskapenes bruk av systemet er hensiktsmessig eller ikke. Med utgangspunkt i mål og strategier fra planene hos de to oljeselskapene er det en klar forventning om helsemessig gevinst, men også at systemet skal anvendes til møter og undervisning. Sammenlignet med resultatene fra brukerundersøkelsen og det lederne rapporterer separat er det svært sammenfallende resultater som tilsier at bruken er svært hensiktsmessig. De sier at møter og trening blir gjennomført bedre, men det å bruke systemet medfører også en økt bevissthet og trygghet til bruken av utstyret. De melder også at det er stor sannsynlighet for å anvende systemet i forbindelse med pasientarbeid og at dette fungerer riktig godt, uten at dette er dokumentert ut over brukernes rapportering og lederne uttalelser.

Å måle helsemessige gevinster er i helsevesenet generelt svært vanskelig da det er komplekse systemer med svært mange variable faktorer. Det er derfor vanskelig å tilskrive suksessen til en faktor alene. Likevel rapporterer det ene oljeselskapet en konkret hendelse der det er åpenbart at tilgangen til telemedisin spilte en avgjørende positiv rolle for kvaliteten på behandlingen og på utfallet av hendelsen. Et tilsynelatende alvorlig tilfelle som ellers ville blitt transportert direkte til sykehus kunne avklares på installasjonen og viste seg å være mindre alvorlig enn antatt. Denne avklaringen kunne ikke gjøres av helsepersonellet på installasjonen alene uten bruk av telemedisin. Pasienten kunne bli på installasjonen og kunne etter hvert fortsette å arbeide. Det var dermed ikke behov for ekstra personell, det var ikke behov for ekstra helikoptertransport til evakuering og det ga pasienten og kollegene en økt opplevelse av trygghet på arbeidsplassen. Gevinstene er åpenbare, både sett fra et rasjonelt og et naturlig ståsted. Samlet sett framstår det som at begge oljeselskapene anvender systemet for telemedisin på en hensiktsmessig måte. Med andre ord anvender alle aktørene systemene hensiktsmessig når de er i bruk, men det er et åpent spørsmål hvorfor den offentlige helsetjenesten anvender systemet så sjelden og dermed ikke tar ut det potensialet som systemet representerer for dem.

Hos de to oljeselskapene er det å bruke telemedisin en internalisert handling som ikke lenger oppfattes som noe nytt. Hos brukerne i den offentlige helsetjenesten er dette annerledes. Der rapporteres det om flere situasjoner der pasientene og brukerne lokalt ville profitert på å bruke telemedisin, men systemet brukes likevel ikke. Informanten forteller at årsaken til at systemet ikke anvendes er at legene som er involvert faktisk ikke liker systemet da det medfører økonomisk



ulempe for dem. Hvilke andre motiver og bakenforliggende årsaker som eventuelt er til stede er ukjent men burde være interessant for lederne i den offentlige helsetjenesten å undersøke. Dette tolkes ikke til å handle om leger og modell for avlønning, men at for eksempel kravet til at alle skal oppleve telemedisin som en fordel ikke er tilfredsstillende (Obstfelder, et al., 2007).

Måloppnåelsen sett opp mot visjoner fra planene hos de tre helsetjenestene gjenspeiler at de har fått systemene til å komme opp og gå, men med ulik kvalitet i planene gjenspeiler de i ulik grad hva som faktisk skjer. Oljeselskapene har gjort en grundig planprosess og beskrevet kort og konsist hva de vil ha ut av systemet. Deretter har ledelsen arbeidet tett opp mot alle involverte for å sikre at alle har lik oppfatning av målene. Dette har gitt stort samsvar mellom visjoner fra planene og faktisk bruk. Hos den offentlige helsetjenesten kan en også hevde at det er samsvar mellom planer og faktisk bruk, men med mangelfullt uttrykte resultater i planene synliggjøres det ikke at potensialet i systemet ikke er realisert. Som diskutert tidligere er det svært utfordrende å evaluere kun etter målene i planene da det stiller svært høye krav til kvaliteten på planene (Winter, 1999). Dermed står en også i fare for ikke å få presise og viktige tilbakemeldinger dersom det oppstår avvik mellom det en skulle forvente og det som faktisk skjer.

Begge oljeselskapene er organisasjoner med generelt høy endringstakt. Det ser også ut for at implementeringen er vellykket. Dermed blir det interessant å se om det implementerte har varighet ved å ha motstandskraft mot å bli endret. Når en endringsimpuls treffer organisasjonen forventes det at en endring vil skje dersom "det nye" oppfattes som best, men om det eksisterende oppfattes som best vil dette beholdes og det nye forkastes (Røvik, 2007). I løpet av den perioden systemene har vært i drift er det ikke gjort vesentlige endringer. Forbedringer har vært gjort, men det har vært mindre justeringer av det som allerede har vært der. Systemene framstår som robuste i disse to virksomhetene, og det er grunnlag for å si at gevinstrealiseringen er varig. Gevinstene de peker på omfatter både finansielle verdier, menneskeliv og livskvalitet men også omdømme. I dag oppfatter de ansatte at arbeidsplassen deres er sikker, og at deres sikkerhet og kvalitet ivaretas og prioriteres. Dette har naturligvis store verdier for en virksomhet. I tillegg oppfatter myndighetene at selskapene opererer på en trygg måte og tillater operasjoner som ellers ikke var tilgjengelige for selskapene. Dette medfører også en finansiell gevinstrealisering. For pasientene har det mange perspektiver av verdi som er enkle å forstå logisk. De får hjelp raskt, med en kvalitet som tilsvarer det de kan forvente på land, uten å måtte vente og uten noen ulempe. Hos det ene oljeselskapet har ledelsen i samråd med pasienten publisert vitnebeskrivelser internt om hvor bra helsetjenesten fungerer på grunn av telemedisin. Dette har igjen innvirkning på omdømmet til virksomheten som vil framstå som en trygg og ansvarsfull arbeidsgiver. Lignende effekter kunne kanskje være aktuelle å se på for den offentlige helsetjenesten.

Det norske oljeselskapet har lyktes med sin implementering. Systemene er tatt i bruk, de brukes jevnlig, hensiktsmessig, og gevinstrealiseringen er varig. Det ser også ut til å være klare sammenhenger med et velfungerende system og en vellykket implementeringsprosess. Konklusjonen for denne studien er at dette selskapet har gjennomført en vellykket implementering og har fått et velfungerende system for telemedisin.

Det utenlandske selskapet har tatt sitt system i bruk, det brukes på sin måte jevnlig og hensiktsmessig, og har forutsetninger for å gi verdier i lang varighet. Konklusjonen for denne studien er at også dette selskapet har gjennomført en suksessfull implementering av telemedisin og har fått et velfungerende system for telemedisin.

Den offentlige helsetjenesten har også fått sitt system klart til bruk. Det brukes alt for sjelden i forhold til det en må forvente. Det ser ut til å fungere hensiktsmessig når det brukes, men med så sjelden bruk representerer dette en svært liten grad av verdi. Dermed blir det heller ikke verdirealisering i et varig perspektiv. Det er klare mangler i hvordan implementeringsprosessen ble gjennomført i forhold til retningslinjene for implementeringer i organisasjoner og kriteriene for vellykket implementering av telemedisin. Organisasjonsperspektivene som ledernes egenskaper assosieres med ser ut til å ha gitt negativ påvirkning på implementeringsprosessen. Ut fra målsettingene til lederne framstår ikke systemet for telemedisin i den offentlige helsetjenesten som vellykket. Det ser også ut for å være sammenheng mellom en mangelfull implementeringsprosess og hvordan systemet fungerer i dag. Basert på denne studiens funn må en konkludere med at den offentlige helsetjenesten ikke har gjennomført en vellykket implementering, og har dermed ikke fått et velfungerende system for telemedisin.

### 5.3 Hvor har de lagt grunnlaget for å lykkes?

Det gamle ordtaket om at "en god start er halve jobben" ser ut til å gjelde for det norske selskapet. De la i følge dem selv stor vekt på den strategiske fasen og hevder at det er en stor del av årsaken til at de lykkes. Det observeres også at de har hatt jevnlig innsats over lang tid for å få brukerne til å utvikle riktig bruk og skape sterk forankring hos brukerne.

Det utenlandske selskapet har klare synspunkter på hvorfor de lyktes med innføringen av telemedisin. For det første har de hatt helhetlige og langsiktige perspektiver som har inkludert alle involverte deler av organisasjonen fra begynnelsen. For eksempel har de fra starten fokusert helhetlig på både synlige og usynlige deler av implementeringen, som brukerperspektiv, telemedisin som en del av den totale helsetjenesten framfor bare "skjermer, kabler og datanettverk". I tillegg viser begge oljeselskapene en kultur for å ta ansvar og å "tenke ut av boksen". Dermed er nye løsninger og initiativ velkomne og det er ønskelig å si fra om ideer eller bekymringer. Kriteriene for implementering av telemedisin og retningslinjene for implementeringer oppfylles (Obstfelder, et al., 2007; Pfeffer & Sutton, 2000). Dette vil kanskje lederne for den offentlige helsetjenesten også kunne hevde at de har gjort. Likevel viser studien klare forskjeller i hvordan disse retningslinjene og kriteriene faktisk er oppfylt. Her ser det ut til at organisasjonsperspektivet har en betydning for hvordan lederne planlegger og gjennomfører implementeringsprosessen.

#### **5.4 Hva studien fant, forklaringene og hva som gir kraft til forklaringene**

De åtte retningslinjene for å lykkes med implementeringer i organisasjoner er et aktuelt sted å starte for å besvare spørsmålene over (Pfeffer & Sutton, 2000). Videre er de seks kriteriene for å oppnå vellykket implementering av telemedisin viktige å se nærmere på (Obstfelder, et al., 2007).

La oss starte med de første kriteriene som forventer at problemet må være tydelig uttrykt, telemedisin må være anerkjent som en løsning på problemet, og må oppfattes som en løsning av alle. De to første retningslinjene forventer at alle klart vet i hvilken retning og hvorfor en skal gjennomføre endring og tredje retningslinjen at planene er konsise og fokuserer på gjennomføring. Det norske oljeselskapet uttrykte tidlig at spørsmålet om telemedisin kom fra toppledelsen, noe som kunne ligne på en myte-basert tilnærming. Integreerte operasjoner var en vind som feide over organisasjonen og med toppledelsens hierarkiske påvirkning var det interessant å se etter spor av myteperspektivet i denne organisasjonen. Planene for implementeringen viste derimot noe annet. Hos begge oljeselskapene var det etablert en solid oppfatning av hensikt og mål. Dette forankres i et problem eller reelt behov og det er klart at telemedisin er en løsning, og en løsning som passer for dem. Den offentlige helsetjenesten har ikke samme klarhet i hensikt og mål, noe som ser ut til å ha sammenheng med en uklar oppfatning av problemet. På grunnlag av ledernes oppfatning av problemet blir telemedisin framsatt som løsningen, men dette er åpenbart ikke en løsning som alle tilslutter seg til. Allerede her skiller aktørene seg fra hverandre. Begge oljeselskapene tilfredsstiller kravene over, mens den offentlige helsetjenesten ikke klarer å imøtekomme kravene på samme måte. Den forklaringen de gir på hvor de vil og hvorfor de vil det assosieres med myteperspektivet og tilstanden der en løsning søker etter problem. Dette blir som å reise et byggverk på et vaklende fundament.

Hos oljeselskapene fokuserer de på konkret gjennomføring og har lange tidshorisonter på implementeringen, men har en kort og konsis planprosess som viser seg grundig gjennomarbeidet. Tilgjengelig materiale fra den offentlige helsetjenesten gir ikke nye grunnlag for å trekke slutninger på dette punktet, bortsett fra at planer har vært konkrete og rettet mot drift. Hovedfokus har vært rettet mot ansvarlinjer og prosedyrer og ikke hvordan en skal få for eksempel prosedyrene til å internaliseres hos brukerne.

I oljeindustrien generelt har de over lang tid arbeidet for å oppnå en kvalitetskultur som blant annet imøtekommer feil med en nysgjerrighet som muliggjør forbedring. Det er naturligvis negativt at feil skjer, men når feilene har oppstått er det positivt å løfte de opp og fram for å forbedre virksomheten (Hjort, 2007). Dermed har disse virksomhetene et fortrinn framfor den offentlige helsetjenesten som ikke har en tilsvarende kvalitetskultur. I den offentlige helsetjenesten er det en tradisjonell oppfatning av at feil er negativt og tegn på svakhet og ufullkommenhet, og

feil blir sanksjonert (Hjort, 2007). Sanksjoner medfører frykt, og det å fjerne frykt omhandles av femte retningslinje for vellykkede implementeringer. Det er mange årsaker til frykt, sammenligningen av ulike kulturer over må ikke misforstås til at det i helsevesenet er stor grad av frykt mens det ikke er frykt i oljeindustrien. Sannsynligvis er det både positive og negative eksempler i begge typene virksomhet. Hensikten med eksemplet er å vise at det i alle fall i deler av oljeindustrien har vært systematisk og langvarig fokus på mekanismer som reduserer frykt, mens det i helsevesenet er eksempler på at frykt tillates å utvikle seg. For eksempel kan legenes uttalte skepsis til systemet bunne i en slik frykt, men dette er ut fra studiens empiri ikke erkjent og gjort noe med av lederne for systemet. I det norske oljeselskapet var det en frykt for at telemedisin skulle både true arbeidsplasser og at det skulle føre til overvåking av arbeidstakerne. Dette er en av årsakene til at selskapet selv ikke henter ut tilgjengelige aktivitetsdata, da verdien ved ikke å innhente dataene overstiger verdien ved at arbeidstakerne skal unngå å oppleve å bli overvåket.

Sjette retningslinje om å motstå falske analogier er vanskeligere å finne eksempler på i de tre implementeringsprosessene, bortsett fra den offentlige helsetjenesten sin oppfatning av problemet og hva som er løsningen (Pfeffer & Sutton, 2000). Oljeselskapene kan også ha sine falske analogier uten at studien har klart å avdekke disse.

Syvende retningslinje om etterspørsel av relevante resultat er løst ulikt i de tre organisasjonene. Det norske oljeselskapet har gjennomført en spørreundersøkelse og fått resultater, mens resultatene ikke foreligger hos de to andre. Vel så viktig som selve undersøkelsen er sannsynligvis hva en ser etter og hvordan en henter informasjonen. Er det kun målsettingene det evalueres i mot vil kvaliteten på svarene samsvare med kvaliteten på målene. I tillegg er det informasjon som ikke besvares ved tradisjonell målevaluering. For å evaluere resultatet vil den pragmatiske tilnærmingen om systemene er tatt i bruk, brukes jevnlig og hensiktsmessig og gir varig gevinstrealisering gi et bredere perspektiv på det faktiske resultatet. En hensiktsmessig evaluering bør omfatte flere synsvinkler og andre deler av implementeringen enn bare resultatene. Både det å etablere kloke og klare mål og det å ønske å gjøre kontinuerlige forbedringer er viktige drivere for å etterspørre resultater. Samtidig vil resultatene utgjøre en stor verdi i seg selv for alle involverte, alt fra ledere til brukere og befolkning. Jamfør verdien til pasientens vitnebeskrivelse der han uttaler seg om hvor godt han ble ivaretatt på grunn av telemedisin. Hos begge oljeselskapene fungerer det slik, men hos den offentlige helsetjenesten er det ikke observert spor etter resultatetterspørsel. Selve prosessen for implementeringen er også viktig å evaluere, og da gjerne opp mot retningslinjene og kriteriene slik denne analysen er bygd opp. Hva har en oppfylt og hvor kan det forbedres? All evaluering bør gi viktig tilbakemelding til ledere og brukere om tilstanden til systemet, og hvor det eventuelt bør gjøres forbedringer. En viktig side ved evalueringen kommer fram i siste kriteriet med vurderingen av det implementerte sin framtid

(Obstfelder, et al., 2007). Skal for eksempel telemedisin fortsettes eller termineres? Skal det eventuelt videreutvikles eller beholdes slik det er i dag. Ut fra den positive omtalen lederen av den offentlige helsetjenesten har gitt telemedisinsystemet må en stille spørsmål om kjenner hvordan systemet med telemedisin egentlig fungerer og om de har gjort en skikkelig vurdering av framtiden til systemet sitt.

En annen side av evaluering og tilbakemeldinger på kvaliteten av systemet er hvordan resultatene tolkes. Dette vil være en av sidene ved den åttende retningslinjen om hvilket perspektiv på organisasjon og ledelse som markerer seg. Hvilke "briller" en ser verden med, eller hvilket ståsted man tolker og vurderer ut fra vil naturligvis påvirke hvilke konklusjoner en trekker. Dette vil også ha påvirkning på fjerde og femte kriterium for vellykket implementering. Det forventes samarbeid mellom ledere og brukere og at problemer etterspørres og håndteres. Perspektivet på organisasjon, endring og ledelse er kanskje det punktet der lederne i den offentlige helsetjenesten skiller seg mest fra de andre. Med fokus på strukturer og ansvars-avgrensinger, rasjonalitet og tidshorisont tilsvarende årets budsjett er det mange klare tegn til at den offentlige helsetjenesten som studien omhandler er sterkt preget av verdier som assosieres med det rasjonelle perspektivet og myteperspektivet. Det er interessant at det ikke har vært gjennomført brukerundersøkelser eller andre evalueringer for å finne avvik mellom forventet og reell drift. Med utgangspunkt i et rasjonelt perspektiv forventes det at slike resultater etterspørres, men sett fra et myteperspektiv åpnes det for analogien om at nå fungerer det slik vi har planlagt det og dermed er det ikke mye å spørre om. De to oljeselskapene skal overleve av egne inntekter i rasjonell konkurranse med andre sterke aktører i et avgrenset marked i lang tid og utfordres derfor til å ha både rasjonelle og mer langsiktige og bærekraftige perspektiver.

Basert på denne studien er det klare fellestrekk hos lederne i de to oljeselskapene ved at de begge viser verdier som hører til både et rasjonelt og et naturlig perspektiv, men at de også unngår ulempene til verdiene som kobles til myteperspektivet. Verdier som assosieres med det rasjonelle perspektivet er mest framtrødende i tidlige faser av en prosess der de ytre rammene skal defineres, og planer utarbeides og godkjennes. Det videre arbeidet med å spre visjoner og målsettinger ut i organisasjonen, og det som foregår i de øvrige fasene assosieres mer med et naturlig perspektiv. Visjonene hadde gjennom brukermedvirkning blitt internalisert hos brukerne, så deres bruk av systemet til ikke-medisinske formål uten tilstedeværelse og oppfølging fra lederne egentlig var en lang, brukerdrevet og uuttalt brukerimplementering.

Den offentlige helsetjenesten vil sannsynligvis ikke kjenne seg helt igjen i denne studiens beskrivelse deres implementeringsprosess. Sett fra deres ståsted har de innfridd de aller fleste av kriteriene og retningslinjene som er nevnt over. Forskjellen ser ut til å ligge i hvordan de oppfatter

seg selv og verden omkring. Det henvises til innledningen om vårt ontologiske ståsted. Det offentlige helsevesenet i Norge viser seg å være sterkt preget av verdier som knyttes til det rasjonelle perspektivet, på godt og vondt. Det samme gjelder myteperspektivet, både i det offentlige helsevesenet og i andre norske offentlige virksomheter. (Christensen, et al., 2009). Sett fra et rasjonelt perspektiv på organisasjon og ledelse kan det hevdes at implementeringen i hovedsak er gjort når vedtak er gjort og utstyret er montert opp. Sett fra et naturlig perspektiv vil det være på samme tidspunkt at arbeidet virkelig begynner.

### **5.5 Hvilken kraft har de teoretiske organisasjonsperspektivene til å forklare sammenhenger og resultater?**

Når en går nærmere inn på hvert av de beskrevne kriteriene for vellykket implementering av telemedisin og retningslinjene for implementeringsprosesser i organisasjoner kommer det tydelig fram at hvilket ståsted en har vil påvirke hvordan en oppfatter innholdet og hvordan kravene oppfylles. Dersom implementeringsprosessen sammenlignes med et byggverk blir organisasjonsperspektivet grunnmuren og de åtte retningslinjene og de seks kriteriene blir reisverket. Grunnmuren er underlaget som både er fundament og ytre avgrensning mens reisverket gir styrke og støtte til detaljene som følger.

Organisasjonsperspektivene vil også ha betydning for hvordan fokus og innsats følger de ulike fasene av implementeringsprosessen. Med utgangspunkt i fordelingen av arbeidsinnsatsen gjennom en implementering ser det ut for at en vellykket implementering har sammenheng med evnen til å variere ståsted gjennom de ulike fasene. I forberedelsesfasen er i så fall alle tre organisasjonsperspektivene framtrepende. Det er også i denne fasen de fleste av kriteriene og retningslinjene må oppfylles. Med utgangspunkt i myteperspektivet kan lederne oppfatte viktige impulser å strekke seg etter. Kvalitetssikringen av impulsene og vurderingen om dette er noe å satse på kan oppnås gjennom et rasjonelt perspektiv. I organisasjonen kan grunnlaget for en implementering forberedes gjennom ledernes naturlige tilnærming. I den tekniske gjennomføringsfasen vil myteperspektivet gi lederne viktig motivasjon, synlige og umiddelbare resultater oppnås og avstemmes om dette svarer til forventningene. I tillegg vil et rasjonelt perspektiv støtte lederne i systematisk arbeid videre med gjennomføringen og ikke oppfatte prosjektet som avsluttet. I vurderingen om den tekniske løsningen faktisk er så god som forventet vil en naturlig tilnærming gi et viktig utgangspunkt. Gjennomføringsfasen for brukerne vil fortsatt kreve litt av lederne med det rasjonelle perspektivet for å holde struktur på framdrift og oppfølging, men i hovedsak utfordres lederne til å ta utgangspunkt i et naturlig perspektiv. Dette vil for eksempel møte kravene om samarbeid mellom partene, finne og løse problemer og medvirke til varighet i implementeringen for brukerne. Dette betyr i så fall at optimal

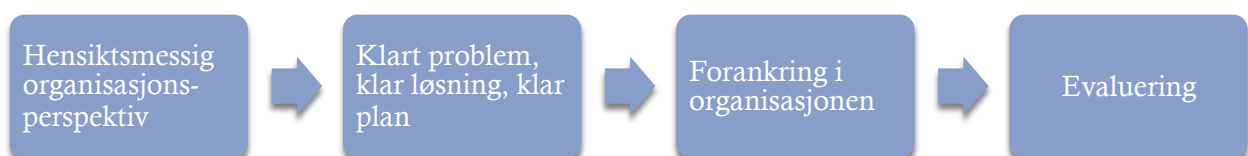
implementering av telemedisin medfører at lederne må følge de ulike perspektivene når de er på sitt mest innsatskrevende. Med utgangspunkt i empirien ser det ut for at akkurat dette har skjedd hos det norske oljeselskapet. En slik dynamisk veksling mellom ulike organisasjonsperspektiv utfordrer både evnen til å se til hvilken tid det åpner seg et "mulighetenes vindu" for de ulike perspektivene, men også evnen til å omstille seg.

Studien tillegger organisasjonsperspektivene stor kraft og avgjørende betydning til å forklare sammenhenger og resultater for implementering av telemedisin. Med riktig perspektiv, gode verktøy og gode ferdigheter er en godt rustet for å gjennomføre en implementering, men uten riktig perspektiv vil en ikke se det situasjonen utfordrer en til å se. Gode verktøy og gode ferdigheter blir plutselig til liten nytte dersom en ikke ser det en burde se.

### 5.6 Hovedfunn fra denne studien

På bakgrunn av denne analysen er det faktorer som markerer seg hos de som lykkes med implementering av telemedisin, slik figuren nedenfor viser:

1. Organisasjonsperspektivet må være hensiktsmessig i forhold til den implementeringsfasen en står over for, og den oppgaven som skal utføres. Ingen organisasjonsperspektiv viste seg som bedre enn de andre ved implementeringer, men å anvende egenskaper fra de ulike perspektivene kan gi gunstige utgangspunkt.
2. Problemet som skal løses må være det sanne problemet og ikke bare et symptom på noe annet. Løsningen må være gjennomførbar og klart planlagt.
3. Eierskap og medvirkning fra hele organisasjonen vil redusere motstand. Fokus på god implementering for brukere er en del av dette.
4. Implementeringen må evalueres jevnlig ut fra hensiktsmessige evalueringsprinsipper.



Figur 10: Viktigste kjennetegn ved de organisasjonene som lykkes

Sammenholder en disse funnene med Obstfelder sine kriterier ser en både likheter og forskjeller (Obstfelder, et al., 2007). Alle de seks kriteriene inkluderes i hovedfunnene til denne studien og bekrefter slik sett Obstfelder sin studie. Samtidig mangler Obstfelder organisasjonsperspektivet som viser seg gjennom implementeringen. Som nevnt tidligere er Obstfelder sine kriterier



kontekstavhengige da de ikke er generisk spesifikke. Gjennom organisasjonsperspektiv vil ståsted og kontekst settes og dermed gi gyldighet til Obstfelder sine kriterier.

### **5.7 Hvilken allmenngyldige læring kan vi få fra dette?**

Ut fra denne studiens teori og empiri er det mulig å forklare hvorfor noen implementeringsprosesser lykkes, og at det finnes klare nøkler til suksess. Samtidig kan ikke disse nøklene overføres uten videre. Overføring av oppskrifter handler om en uthenting av kunnskap og oversetting til en generisk form, slik det er beskrevet blant annet i denne studien. For å lykkes med innføringen av ideen til en ny organisasjon må det foregå en oversettelse til den organisasjonen som skal motta oppskriften, i forhold til den konteksten som den aktuelle organisasjonen står i.

Det ser ut for at når det gjelder implementering av telemedisin utfordrer dette lederne i forhold til organisasjonsperspektiv, i forhold til de ulike implementeringsfasene, retningslinjene og kriteriene. På grunnlag av dette kan en se for seg en revidert/kombinert modell for vellykket implementering som omfatter både organisasjonsperspektiv, Pfeffer & Sutton sine åtte retningslinjer for implementeringsprosesser i organisasjoner og Obstfelder sine seks kriterier for suksessfull implementering av telemedisin (Obstfelder, et al., 2007; 2000). Med kunnskapen fra dette satt i system, vil figur 8 illustrere nøklene for vellykket implementering, klare til å oversettes til den organisasjonen de skal settes inn i.



Figur 11: Teoretisk framgangsmåte til vellykket implementering

### 5.8 Hvilken kunnskap er det å trekke ut av de gjennomførte implementeringene?

Empirien med dokumentstudien og intervjuene i de tre organisasjonene sammenfalt med teoriens beskrivelse av hvordan en vellykket implementering gjennomføres. Avvik fra denne oppskriften forventes å påvirke resultatet. På grunnlag av alle ledernes uttrykte tilfredshet på tross av varierende fungerende systemer, framstår det som vanskelig å se kvaliteten av eget system uten å gjennomføre gode målinger. I tillegg viser de betydningen organisasjonsperspektivet i forhold til ledernes verdier i planleggingen og gjennomføringen av implementeringen.

### 5.9 Mulige feilkilder

Den perfekte studien finnes sannsynligvis ikke, og blant annet ut fra translasjonsteori er det viktig å klarlegge hvilke feil en ikke skal føre inn i oversettelsen. Det er derfor viktig å vurdere mulige feilkilder som kan ha påvirket denne studien. Metodekapitlet omtaler de mulige svakhetene fra design av studien og av innsamling, bearbeiding og presentasjon av empirien som ferdige resultater. I prosessen med å se resultatene opp mot teorien kan det innføres nye feil. Disse mulige feilkildene presenteres nedenfor.

### **5.9.1 Sammenligningen av resultater og teori**

Sammenligningen av resultater med teori tar utgangspunkt i teorien er sann, og at den er anvendt korrekt i denne studien. Studien støtter seg til anerkjente kilder. Om teorien eller anvendelsen skulle være feil vil dette føre til uriktige konklusjoner i denne studien.

### **5.9.2 Utvalget**

Studien omhandler tre organisasjoner der både organisasjonene og systemene for telemedisin ble vurdert sammenlignbare. Organisasjonene er likevel tre ulike organisasjoner med ulikheter i alt fra eierstruktur, verdiforankring, type virksomhet osv. Det samme gjelder de tre systemene for telemedisin. Slike ulikheter er det ikke kontrollert for, ut over å beskrive konteksten for de ulike organisasjonene og kan således påvirke gyldigheten av konklusjonene i denne studien.

### **5.9.3 Tolkingen**

Forskeren har sammenlignet resultatene med etablert teori ut fra eget ståsted og bakgrunn. Det tas høyde for at en forsker med annen bakgrunn kunne finne andre sammenhenger og tolkninger enn denne studien gjør. Studiens konklusjoner kan være sanne og viktig kunnskap er avdekket, men konklusjonene kan også i realiteten kun være en myte. Ny forskning som vurderer konklusjonene til denne studien kan kontrollere for dette.

## **5.10 Vedvarende uklarheter og ubesvarte spørsmål**

Det hefter fortsatt usikkerhet ved resultatene fra den offentlige helsetjenesten, siden det ikke har vært gjennomført intervju med lederen. For spørsmålet om veien til suksess vil ikke dette ha noen konsekvens, men den forventede sammenhengen mellom avvik i forhold til oppskriften og eventuelt negativt utfall er avhengig av denne usikkerheten.

Med manglende brukerdata fra det utenlandske oljeselskapet og den offentlige helsetjenesten er heller ikke resultatene fra disse organisasjonene verifisert i samme grad som for det norske oljeselskapet. Det er heller ikke undersøkt nærmere hva motstanden i den offentlige helsetjenesten egentlig omfatter.

## 6 Konklusjon. Hva ble svaret på forskningsspørsmålene?

For å knytte kunnskapene fra denne studien med forskningsspørsmålene gjentas spørsmålene som studien skulle besvare:

1. I hvilken grad er implementeringen av telemedisin i de valgte helsetjenestene suksessfull?
2. Hva kan vi lære av disse implementeringsprosessene i de ulike organisasjonene når det gjelder å forstå hvorfor noen prosesser lykkes og andre mislykkes?
3. Har praksis og resultater fra implementeringene i disse organisasjonene overføringsverdi til andre typer virksomheter?
4. Hvordan kan innsiktene fra forskningsspørsmålene 1, 2 og 3 anvendes i praksis, og for å besvare følgende spørsmål: Hva bør gjøres før, under og etter innføring for å bygge bro mellom intensjonene med implementeringen og reell praksis?

Implementeringene i to av helsetjenestene viste seg å være vellykket, men i den tredje helsetjenesten har de ikke klart å få til en vellykket implementering.

På grunnlag av funnene i denne studien ser det ut til å være sammenheng mellom en oppskrift for implementeringer og hvilket resultat en kan forvente.

Det finnes en oppskrift til vellykket implementering. Studien forventer at denne oppskriften er gyldig for andre typer virksomheter, men at de ansvarlige må fortolke oppskriften til hvilken virksomhet implementeringen skal gjennomføres i. Det behøves nye studier for å bekrefte denne forventningen. Organisasjonsperspektiv er en grunnleggende del av denne oppskriften, og har en betydning i å definere konteksten som implementeringen gjennomføres i. En gjennomarbeidet plan har betydning, med forankring i en god beskrivelse av problem, årsak og løsning. Planen og gjennomføringen av implementeringen må forankres i hele organisasjonen slik at det utvikles eierskap. Prosessen og resultater må evalueres.

Vellykket implementering kommer av grundig innsats både før, under og etter implementeringsprosessen. Selv om hovedpunktene er klare og relativt enkle, er de komplekse å utføre i praksis. Dette stiller store krav til lederne av implementeringsprosesser.

Målet er at implementeringen bygger bro mellom intensjoner og praksis. Dette lar seg gjøre men er en utfordrende prosess. Obstfelder sine kriterier for vellykket implementering av telemedisin ser ut til å ha gyldighet, forutsatt at konteksten defineres gjennom for eksempel organisasjonsperspektiv. Ledernes fleksibilitet til å ta ulike ståsted, tilsvarende ulike organisasjonsperspektiv har betydning gjennom hele prosessen.

## 7 Referanser

- Andersen, S. S. (2006). Aktiv informantintervjuing. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, Vol. 22 (278-298), 20 sider.
- Blaikie, N. (2009). *Designing social research : the logic of anticipation*. Cambridge: Polity Press.
- Blindheim, B.-T. (2011). [Undervisning i Endringsledelse 1, høstsemesteret].
- Brunsson, N. (1982). The Irrationality of Actions and Action Rationality: Decisions, Ideologies and Organizational Actions. *Journal of Management Studies*, 19(1), 29-44.
- Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P. G., & Røvik, K. A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor: instrument, kultur, myte*. Oslo: Universitetsforl.
- Danielsen, Å. (2011). *Rundt neste sving?: en organisasjonsteoretisk analyse av studiesentre som idé og praksis*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields. *American Sociological review*, 48(2), 147-160.
- Egeberg, M. (1989). Mot instrumentelle modeller i statsvitenskapen? I M. Egeberg (red.), *Institusjonspolitik og forvaltningsutvikling : bidrag til en anvendt statsvitenskap* (s. 11). [Oslo]: TANO.
- Fayol, H. (1916). General Principles of Management. I J. M. Shafritz, J. S. Ott & Y. S. Jang (red.), *Classics of Organization Theory* (vol. 2005). Bkmont, USA: Thomson, Wadsworth.
- Fixsen, D., Naoom, S., Blasé, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature* (FMHI Publication No. 231) Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network. Retrieved November 29, 2010.
- Ford, J. D., Ford, L. W., & D'Amelio, A. (2008). Resistance to Change: The Rest of the Story. *Academy of Management Review*, 33(2), 362-377.
- Gadamer, H.-G. (2010). *Sannhet og Metode: Grunn trekk i en filosofisk hermeneutikk* (L. H. Hansen, Overs.). Oslo: Bokklubben.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforl.
- Gulick, L. (1937). Notes on the Theory of Organization. I J. M. Shafritz, J. S. Ott & Y. S. Jang (red.), *Classics of Organization Theory* (vol. 2005). Bkmont, USA: Thomson, Wadsworth.
- Hagen, K. (2011). *Innovasjon i omsorg* (vol. NOU 2011:11). Oslo: Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning.
- Hagen, O. (2010). *To use, or not to use, that is the question*. Tromsø: University of Tromsø.
- Halim, M. (2013). *Remote Healthcare for Energy and associated Maritime activities*. Paper presented at the Remote Healthcare Workshop 2013, Bergen.
- Hatch, M. J., & Cunliffe, A. L. (2006). *Organization theory: modern, symbolic, and postmodern perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Hjort, P. F. (2007). *Uheldige hendelser i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Horton, A. (2012). Complexity science approaches to the application foresight. *Foresight*, 14(4), 294-303.
- Jacobsen, D. I. (2004). *Organisasjonsendringer og endringsledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? : innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2002). *Hvordan organisasjoner fungerer: innføring i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforl.
- Johannesen, S. O. (2011). *Kompleksitet og ledelse i organisasjoner. Myter og erfaringer om ledelse. Et kompleksitetsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkpatrick, D. L., & Kirkpatrick, J. D. (2006). *Evaluating training programs: the four levels*. San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Kjemphol, T. (2012). *Telemedisin, bruk av telemedisin i primærhelsetjenesten - en sammenligning mot Integreerte Operasjoner* Masteravhandling: Høgskolen i Sør-Trøndelag.

- Kvale, S., Brinkmann, S., & Anderssen, T. M. A. R. J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Meyer, J. W., & Rowan, B. (1994). Institutionalized organizations: Formal structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(2), 340-363.
- Mintzberg, H. (1994a). Rethinking strategic planning. Part I: Pitfalls and fallacies. *Long Range Planning*, 27(3), 12-21.
- Mintzberg, H. (1994b). Rethinking strategic planning. Part II: New roles for planners. *Long Range Planning*, 27(3), 22-30.
- Normann, T. (2011). *Telemedisin i rutinedrift : forutsetninger og tiltak* (vol. 02-2011). Tromsø: Senteret.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Obstfelder, A., Engeseth, K. H., & Wynn, R. (2007). Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implementation Science*, 2(1), 25. doi: 10.1186/1748-5908-2-25
- Ottesen, O. (2011). *Ledelse: å bruke teori i praksis*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Pettersen, H. M. (2011). *Utvikling og endring i et lokalsamfunn: dynamikken mellom aktører, prosjekter og master-ideer*. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Pfeffer, J., & Sutton, R. I. (2000). *The knowing-doing gap: how smart companies turn knowledge into action*. Boston, Mass.: Harvard Business School Press.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Rudolph, J. W., Simon, R., Dufrense, R. L., & Raemer, D. B. (2006). There's No Such Thing as "Nonjudgmental" Debriefing: A Theory and Method for Debriefing with Good Judgment. [Concepts and Commentary]. *Simulation in Healthcare*, 1(1), 7.
- Røvik, K. A. (1998). *Moderne organisasjoner: trender i organisasjonstenkningen ved tusenårsskiftet*. Bergen-Sandviken: Fagbokforl.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforl.
- Røvik, K. A. (2012). [Undervisning i Endringsledelse 2, vårsemesteret].
- Schreurs, N. (2012). Telemedisin - En norsk fiasko? Lastet ned 03.09, 2012, fra <http://idg.no/computerworld/helse/article252236.ece>
- Selznick, P. (1957). *Leadership in administration: a sociological interpretation*. New York: Harper & Row.
- Stortingsmelding 47. (2008-2009). *Stortingsmelding nr. 47: Samhandlingsreformen*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Winter, S. C. (1999). New directions for implementation research. *Policy Currents*, 8(4), 5.
- Winter, S. C. (2003). Implementation. I B. G. Peters & J. Pierre (red.), *Handbook of Public Administration* (s. 212-223). London: SAGE.
- Yin, R. K. (2009). *Case study research : design and methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

## **8 Vedleggsoversikt**

1. Matrise for analyse av teoretisk empiri
2. Intervjuguide

## Vedlegg 1, Matrise for evaluering av teoretisk empiri

Sjekkpunkt	Case 1, norsk oljeselskap	Case 2, internasjonalt oljeselskap	Case 3, offentlig helsetjeneste
Dokumentasjon / empiri (mengde, type, kvalitet)			
Hvorfor telemedisin? (målsetting fra planer)			
Initieres av? (hvem bringer ideen inn i organisasjonen)			
Organisasjonsperspektiv (synlig gjennom verdier)			
Planer, målsettinger - kun til endepunkt eller også til prosess? (mål vs prosess)			
Evaluering? - i det hele tatt? - hvilken fase - type evaluering			
Måloppnåelse, tradisjonell			



<b>Måloppnåelse, Kirkpatrick</b>			
<b>Måloppnåelse, tatt i bruk, jevnlig og hensiktsmessig</b>			
<b>Faser generelt (strukturert, fokus, kobling til organisasjonsperspektiv)</b>			
<b>Strategisk fase</b>			
<b>Teknisk installering</b>			
<b>Brukeropplæring</b>			
<b>Etterarbeidsfase</b>			

## Vedlegg 2, Intervjuguide

Intervjuguiden anvendes til semi-strukturerte intervjuer i forbindelse med Helge Lorentzen sin masteravhandling ved Universitetet i Stavanger, om vellykket innføring av telemedisin.

All informasjon blir anonymisert i avhandlingen, som for eksempel "leder av interkommunal legevaktsordning fortalte...". Ingen informasjon skal kunne spores tilbake til personer, institusjoner eller organisasjoner.

Intervjuet blir tatt opp elektronisk. Når avhandlingen er endelig godkjent av sensor vil opptakene bli destruert for alltid.

De fem hovedpunktene nedenfor tar for seg hovedtemaene for intervjuet. Spørsmålene som er formulert angir retningen for det intervjuet bør besvare, men sannsynligvis kommer spørsmålene fram som en del av en naturlig samtale og ikke ordrett som i teksten nedenfor.

### Tema/spørsmål:

#### 1. Om organisasjonen:

- a. Beskriv kort organisasjonen som telemedisinsystemet er implementert i.
- b. Hvor blir endringer (som innføringen av telemedisin) initiert?
- c. I hvilken grad er motstand et tema?

#### 2. Om endring:

- a. Hvor ofte gjennomføres vesentlige / merkbare endringsprosesser?
- b. Er det enkelt eller krevende å gjennomføre endringer hos dere?
- c. Hvordan blir endringene mottatt i de ulike nivåene av organisasjonen?
- d. Hvilke typer utfordringer møter en i endringsprosesser hos dere?

#### 3. Implementeringen av telemedisin

- a. Hva var målet med implementeringen?
- b. Hva var den viktigste delen / fasen av implementeringsprosessen for å få den vellykket?
- c. Hvilken motstand møtte dere i egen organisasjon og hva ble gjort for å redusere motstanden?
- d. Hva var opplæringen for ulike typer brukere, og hvordan ble opplæringen organisert?
- e. Hvilken evaluering gjøres av opplæringen?
- f. Om dere skulle gjort dette i dag, med kunnskapen dere sitter inne med fra innføringen; hvordan ville dere gjennomført innføringen da?

**4. Hvordan brukes telemedisin i dag?**

- a. For eksempel: situasjoner / frekvens / i forhold til forventning / ...
- b. Hva synes helsepersonellet som opererer systemet om telemedisin?
- c. Hva synes pasientene om telemedisin?
- d. Hva synes eiere/ledere om telemedisin?

**5. Evaluering etter innføringen av telemedisin**

- a. Har det vært gjort noen evalueringer etter at systemet er tatt i bruk?
- b. Hvordan ble evalueringen gjennomført? (tid, format, hva søkte en svar på etc)
- c. Hva sa resultatene av evalueringen?
  - i. På hvilke punkter har implementeringen vært vellykket?
  - ii. På hvilke punkter har implementeringen vært mindre vellykket?

Stavanger, 23 april 2013.