

## «Ikke alle piloter flyr»

Implementering av telemedisin i norske kommuner

RANDI AALGAARD  
HANS KRISTIAN SKARA  
KATHRINE L. LINDSHOLM

VEILEDER

Torunn K. Vatnøy

**Universitetet i Agder, 2019**

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap

Institutt for Helse- og sykepleievitenskap



## FORORD

Denne oppgaven markerer slutten på vår mastergrad og 3 år med studier i Helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Det har vært en lærerik, men også utfordrende periode. Gjennom en felles nysgjerrighet på hva som får prosjektene til å lykkes, har vi utforsket noen piloter gjennom de tre årene. Oppgaven har gitt oss verdifull innsikt i viktige områder som pilotprosjekter, telemedisin, implementering og ikke minst interessenter.

Det har vært av uvurderlig betydning å ha en alltid positiv og imøtekommende veileder. En stor takk derfor til Torunn K. Vatnøy for konstruktive og gode tilbakemeldinger gjennom alle tre årene. Vi setter stor pris på alle diskusjonene og innspillene.

Vi vil også takke våre arbeidsgivere som har gjort det mulig å kombinere jobb og studier, samt velvillige informanter fra fem ulike kommuner og et helseforetak som stilte opp og ga oss uvurderlig innsikt.

Ikke minst en stor takk til familier og venner for tålmodigheten de har vist oss i studieperioden. Uten hjelp, barnepass og støtte hadde vi ikke kommet i mål.

Sist, men ikke minst takk for samarbeidet og vennskapet som har blitt til gjennom arbeidsprosessen og skype samtalen.

Kristiansand/Nesodden, 08. mai 2019

Kathrine Louise Lindsholm

Randi Aalgaard

Hans Kristian Skara

## SAMMENDRAG

Pilotprosjekter er en utbredt måte å drive innovasjonsarbeid på innenfor norsk helsevesen, mange av disse pilotprosjektene blir ikke implementert i varig drift eller fører til varige endringer i tjenester. Telemedisinske løsninger testes ut, men utbredelsen av disse står ikke i stil med ambisjonene på området.

Målet med denne studien er å få økt kunnskap om noen av de faktorene som skal til for at telemedisinske pilotprosjekter går fra pilot og over i varig drift, med et særlig fokus på interessenter og deres rolle. Problemstillingen som er undersøkt er «Hvilken betydning har ulike interessenter i kommunen for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling?»

Med utgangspunkt i interessentteori og en referansemodell har det blitt gjennomført en kvalitativ, sammenlignende studie av pilotprosjekter i fem norske kommuner. Data er samlet inn gjennom semi-strukturerte fokusgruppeintervju av sentrale deltakere i prosjektene. Alle intervjuene har blitt gjennomført ved bruk av videokonferanse.

Tre pilotprosjekt ble implementert og hadde involvert flere grupper av interessenter. Særlig viktig for implementering er forankring i toppledelsen, spart reisetid og ildsjeler til å styre prosjektene. Vi har et aktørbasert perspektiv på interessentene i pilotprosjektene og tilskriver noe av variasjonen i prosjektene til kunnskap og erfaring av personene som er involvert, samtidig som individuelle gevinster ser ut for å være avgjørende for suksess. Dette viser at interessentperspektivet i forskningen rundt pilotering og innovasjon innen telemedisin er relevant og kan med fordel brukes til å forstå mer om hva som gjør at enkelte pilotprosjekter lykkes.

**Nøkkelord:** Implementering, pilotprosjekt, telemedisin, innovasjon, samhandling, kommune, interessenter

## **ABSTRACT**

Running pilots is a widespread way of conducting innovations in the Norwegian health service, many of these projects are not implemented permanently or lead to lasting changes in services. Solutions based on Telemedicine are being tested, but the implementation rate does not match the existing ambitions.

The aim of this study is to gain increased knowledge of some of the factors that are required for pilot projects in Telemedicine to go from pilots to permanent solutions, especially focused on stakeholders and their role. The thesis question is «What is the significance of different stakeholders in the municipality for piloting and implementing a telemedicine solution for interaction? »

With reference to stakeholder theory and a reference model, the study was conducted through a qualitative, comparative study of pilot projects within five Norwegian municipalities. Data is collected through semi-structured focus group interviews with important participants in the projects. All interviews are conducted using video conferencing.

Three of the pilots was implemented and several stakeholders were involved. Especially important for implementation was securing the commitment of the top leaders, time saved in travel and project champions to run the projects. With an actor-based view on the stakeholders, some of the variations are explained due to the knowledge and experience of the individuals involved. At the same time, personal gains seem crucial for success. The findings indicate that the important aspects of this study are to be aware of “What’s in it for me?” This shows that the stakeholder perspective in research about piloting and innovation within telemedicine is highly relevant and may be used to increase our knowledge about what makes certain pilot projects succeed.

**Keywords:** Implementation, pilots, telemedicine, innovation, interaction, municipality, stakeholders

«Man må skape opplevelsen for den enkelte, what's in it for me? Sånn er vi jo, er dette noe nyttig eller er det bare en gimmick?» (*Kommune 1, informant 1*)

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING OG OPPBYGNING</b>	<b>8</b>
1.1	<i>Oppgavens oppbygning</i>	8
<b>2.0</b>	<b>PROBLEMANALYSE</b>	<b>10</b>
2.1	<i>Utfordringer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten</i>	10
2.2	<i>Samhandlingsreformen og bruk av teknologi</i>	11
2.3	<i>Behov for samhandling innen psykiske helsetjenester</i>	12
2.4	<i>Innovasjon</i>	13
2.5	<i>Telemedisin</i>	14
2.6	<i>Pilotprosjekter</i>	16
2.7	<i>Presentasjon av problemstilling</i>	17
<b>3.0</b>	<b>CASEBESKRIVELSE – SAMHANDLINGSPROSJEKTET</b>	<b>19</b>
<b>4.0</b>	<b>TEORETISK BAKGRUNN</b>	<b>21</b>
4.1	<i>Implementering</i>	21
4.2	<i>Interessenter og interessenteori</i>	22
4.3	<i>Referansemodell</i>	24
<b>5.0</b>	<b>METODE, DESIGN, DATAINNSAMLING OG ANALYSE</b>	<b>29</b>
5.1	<i>Hermeneutisk, komparativt casestudie</i>	29
5.2	<i>Litteraturgjennomgang</i>	31
5.3	<i>Design av studie - Fokusgruppeintervju</i>	31
5.4	<i>Utforming av intervjuguide</i>	32
5.5	<i>Etiske overveielser</i>	32
5.6	<i>Utvalg av kommuner og informanter</i>	33
5.7	<i>Endringer av opprinnelig oppsett</i>	34
5.8	<i>Datainnsamling – intervju via videokonferanse</i>	35
5.9	<i>Kontekst for fokusgruppeintervju</i>	36
5.10	<i>Analysemetode</i>	38
5.11	<i>Refleksjoner rundt studien og metodekritikk</i>	38
<b>6.0</b>	<b>FUNN</b>	<b>43</b>
6.1	<i>Pilotprosjekter</i>	44
6.1.1	<i>Prosjektorganisering</i>	44
6.1.2	<i>Involvering av prosjektledelsen i Samhandlingsprosjektet</i>	45
6.1.3	<i>Opplæring, involvering og tiltak</i>	46
6.2	<i>Interessenter</i>	47
6.2.1	<i>Involvering av brukere</i>	49

6.2.2	Involvering av eksterne samarbeidspartnere	50
6.2.3	Involvering av IKT	51
6.2.4	Involvering av ledere på ulike nivå i kommunene	53
6.2.5	«Ildsjeler»	54
6.3	<i>Implementering og tjenesteinnovasjon</i>	55
6.3.1	Suksessfaktorer	55
6.3.2	Overganger fra pilot til drift	59
<b>7.0</b>	<b>DISKUSJON</b>	<b>61</b>
7.1	<i>Prosjekt og prosjektledelsen</i>	61
7.2	<i>Involvering av interessenter</i>	64
7.2.1	Brukere i kommunen og eksterne samarbeidspartnere	64
7.2.2	Involvering av IKT	66
7.2.3	Involvering og forankring i ledelsen	69
7.2.4	Involvering av «ildsjeler»	70
7.3	<i>Implementering og tjenesteinnovasjon</i>	72
7.3.1	Suksessfaktorer	72
7.3.2	Overgang fra pilot til drift	73
<b>8.0</b>	<b>OPPSUMMERING OG KONKLUSJON</b>	<b>74</b>
<b>9.0</b>	<b>REFERANSELISTE</b>	<b>77</b>
<b>Vedlegg 1</b>	<b>– Godkjenning av NSD</b>	<b>85</b>
<b>Vedlegg 2</b>	<b>– Godkjenning FEK (Forsknings Etisk Komite, UiA)</b>	<b>87</b>
<b>Vedlegg 3</b>	<b>– Informasjonsskriv</b>	<b>88</b>
<b>Vedlegg 4</b>	<b>– Intervjuguide</b>	<b>92</b>
<b>Vedlegg 5</b>	<b>– Tillatelse til innhenting av data</b>	<b>95</b>

## FIGURLISTE

Figur 1: Eikebrokk et al. (2016) - Modell for tentative sammenhenger for pilotprosjekter på tjenesteinnovasjon.....	24
---	----

## TABELLISTE

Tabell 1: Oversikt over kommuner og informanter (stilling og rolle i prosjektet).....	43
Tabell 2: Oversikt over pilotprosjekter og lokal prosjektorganisering.....	44
Tabell 3: Oversikt over kommunenes involverte interessenter .....	48
Tabell 4: Oversikt over kommunenes tjenesteinnovasjon i form av implementering.....	55
Tabell 5: Oversikt over hvilke suksessfaktorer kommunene selv mener har vært viktige.....	56

## 1.0 INNLEDNING OG OPPBYGNING

Helseminister Bent Høie etterlyste i Dagens Næringsliv i 2017 en raskere teknologisk endring i helsesektoren:

“Jeg begynner å bli lei av alle pilotene. Jeg sier at i helsetjenesten er det flere piloter enn i Norwegian og SAS til sammen. Utfordringen er at det er veldig få av dem som flyr, fordi en ikke klarer å omstille tjenesten til å jobbe på en ny måte” (Løvås, 2017).

Vi vet at ambisjonene innen telemedisin har vært store fra nasjonalt hold. Man ønsker å stimulere til nye arbeidsformer, men suksessen har så langt vært begrenset (Helse- og omsorgsdepartementet, 2001, s. 27). Selv de ansatte ved (det som den gang var) Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø sier i et intervju at «Det er vanskelig er å komme fra pilot til storskala-utbredelse. Det har hengt lenge over oss, og det er ikke bare i Norge. Man leter litt etter hva som er trylleordene for å komme over den kneiken.» (Schreurs, 2012). Kunnskapen om hvordan man best kan gjennomføre slike pilotprosjekt er likevel begrenset og enkelte har beskrevet dette som kommunenes «pilotsyke»: de tester stadig nye løsninger uten å anskaffe eller implementere disse i større skala (Andreassen, Kjekshus & Tjora, 2015, s. 68), men man vet at sjansene for å lykkes med et prosjekt øker dersom man involverer relevante parter i prosjektet (Skyttermoen & Vaagaasar, 2015, s. 264). I litteraturen er det identifisert et behov for ytterligere forskning på pilotprosjektets betydning for innovasjon og utvikling av tjenester i helsesektoren (Eikebrokk, Moe og Stendal, 2016, s. 2). Så med en nysgjerrighet på hva som utgjør disse trylleordene for å «komme over denne kneiken» kom dette forskningsprosjektet i gang.

### 1.1 Oppgavens oppbygning

I denne oppgaven ønsker vi å belyse de relevante partenes betydning i implementeringen av ulike telemedisinske pilotprosjekt. For å gjøre en god undersøkelse, vil vi først gjennomføre en problemanalyse som vil sette oss inn i bakgrunnen for problemet, dette kommer i kapittel 2.0. I kapittel 3.0 vil vi deretter gjennomgå konteksten for pilotprosjektene og casene spesielt før vi videre i kapittel 4.0 forklarer teoretisk bakgrunn, interessenteori og presenterer en referanseramme for analyse av problemstillingen.



I kapittel 5.0 vil vi beskrive forskningsprosessen og metoden som er benyttet i oppgaven. I korte trekk handler det om et kvalitativt design med fem fokusgruppeintervju. I kapittel 6.0 presenterer vi funn før disse diskuteres opp mot relevant litteratur i kapittel 7.0. Vi runder av med en oppsummering og konklusjon i kapittel 8.0.

## **2.0 PROBLEMANALYSE**

Kapittel 2.0 vil handle om utfordringer i helsesektoren, samhandlingsreformen som en reaksjon på disse og utfordringer i kommunene spesielt. Videre introduserer vi telemedisin og videokonferanse som en løsning på problemene og hvordan dette kan føre til innovasjon gjennom nye pilotprosjekter i kommunene. Kapitlet ender opp i en problemformulering som legger grunnlaget for studien i denne oppgaven.

### **2.1 Utfordringer mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten**

De kommende utfordringene i eldreomsorgen fører til et stadig større press på ressursene som finnes både i primærhelsetjenesten og i sykehusene. Offentlig sektor blir sett på som en viktig faktor i innsatsen for å sikre og utvikle velferden i samfunnet. Gjennom noen år har man på nasjonalt plan sett et behov for endring i helse- og omsorgstjenestene. For det første fører den demografiske utviklingen med større andel av eldre og en økende andel av kronisk syke i befolkningen til et økt press på «pengesekken» i det offentlige. Samtidig ser man også et økende behov for samordning av tjenester rundt pasientene mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, det er for lite fokus på helse og det å forebygge helseproblemer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 13-16).

For å kunne komme opp med løsninger på dette problemet ønsker både helsepersonell og politikere å skape en samhandling mellom de ulike nivåene i helsevesenet. Likevel er det veldig få konkrete forslag til hvordan en slik samhandling skal skje. Både i kommune- og spesialisthelsetjenesten er hverdagen travel og preget av ressursknapphet (Garåsen & Johnsen, 2005, s. 1198-1200). Ofte ser man at aktørene har ulike synspunkt på hva som er sentralt for pasienten; spesialisthelsetjenesten vektlegger medisinsk behandling, mens i kommunal sammenheng ser man på pasientens funksjonsnivå. På grunn av den formelle organisasjonsstrukturen opplever sykepleiere i hjemmesykepleien at de har begrenset med makt og innflytelse, og at denne er skjevfordelt til fordel for spesielt sykehuslegene. Mangel på felles, formelle arenaer er også noe som fører til redusert samarbeid mellom helseaktørene og informasjon til kommunale tjenester (Tønnessen, Kassah & Tingvoll, 2016, s. 20-21).

## 2.2 Samhandlingsreformen og bruk av teknologi

Mangelen på samarbeid og oppstykket behandling med ulikt fokus, førte til at man på nasjonalt nivå så det nødvendig å få til en reform innen helsesektoren. Samhandlingsreformen tredde i kraft i 2012 og hovedmålet var å gi rett behandling, til rett tid, på rett sted, gjennom en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste tilpasset den enkelte bruker. God pasientbehandling skal være målet og understøttes best mulig av tilgang på informasjon, god diagnostikk, teknologi og samhandlingsløsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 35-36; Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2007, s. 21). En sentral del av løsningen på disse utfordringene skal være en tettere og bedre koordinering mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samt en omfordeling av helsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 111 og 114).

Gjennom bruk av IKT skal pasienten få god og tilgjengelig informasjon og være en aktiv deltaker i egen behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 51-52). Det skal være sømløst og nært. Teknologien skal sikre effektive behandlingsopplegg og i samhandlingsreformen er det spesielt poengtert som et av målene med bruk av IKT er at «...elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009 s. 35). Dette gjelder på områder som innsyn i egen journal, telemedisin, konsultasjoner og timebestillinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 135).

Samhandlingsreformen forutsetter et sterkt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, og regjeringen har ønsket å lovfeste samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 77). Kommunen har plikt til å inngå samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten og en del av Helse- og omsorgstjenesteloven definerer at dette skal omfatte et samarbeid om IKT-løsninger lokalt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1 og §3-2). Analyser viser også at teknologi er et av de områdene hvor det er størst sannsynlighet for at det er inngått avtaler, men at det samtidig er uklart i hvor stor grad de inngåtte samarbeidsavtalene etterleves både i kommuner og helseforetak (Kirchhoff, Grimsmo & Brekk, 2015, s. 135-139). Norges forskningsråds

følgeevaluering av Samhandlingsreformen fra 2016 viser til positive effekter av IKT for å øke effektivitet og kvalitet i pasientbehandlingen (Norges forskningsråd, 2016a, s. 40). To år etter at Samhandlingsreformen ble innført er det fremdeles utfordringer i samarbeidet mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten og et betydelig uutnyttet potensial i bruk av teknologi og telemedisinske tjenester som også involverer pasienter (Tønnessen et al., 2016, s. 21; Norges forskningsråd, 2016a, s. 41).

### **2.3 Behov for samhandling innen psykiske helsetjenester**

For pasienter med sammensatte problem kan det være ekstra viktig at det eksisterer et samarbeid mellom kommuner og helseforetak. Utover det nevnte samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, er kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester fastlagt i Helse- og omsorgstjenesteloven. Her defineres det at alle personer som oppholder seg i kommunen skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester og alle pasient- og brukergrupper som omfattes av kommunens ansvar er nevnt her. I dette ligger blant annet fastlegeordningen, psykososial beredskap og oppfølging, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-1 og §3-2).

Selv om Norge scorer høyt i internasjonale undersøkelser hva angår trivsel og velferd, er psykisk helse allikevel et betydelig samfunnsproblem. Noe under 25 % av den voksne, norske befolkningen sliter i dag med en diagnostiserbar psykisk lidelse og mellom en tredjedel og halvparten av den voksne befolkningen vil en eller annen gang i løpet av livet sitt oppleve å få dette (Folkehelsemeldingen, 2015, s. 13, 18 og 23). Det er et uttalt mål fra Regjeringen at flere skal oppleve en god psykisk helse og at ulikhetene av sosial karakter skal bli mindre. Dette skal blant annet skje ved at samarbeidet mellom ulike deler av det offentlige skal forsterkes og at kommunene skal styrkes både ved kompetanseheving og bedre verktøy (Folkehelsemeldingen, 2015, s. 17). Behovet for nye og bedre løsninger innenfor helse- og omsorgstjenestens arbeid med psykisk helse er stort, hvor teknologi og spesielt telemedisin kan spille en viktig rolle i utformingen av nye tjenester (Zanaboni, Knarvik & Wootton, 2014, s. 2). Psykisk helse er et økende samfunnsproblem og løsningen for å behandle disse pasientene er ofte kompliserte og krever flere parter. Det er derfor avgjørende at man får til gode samhandlingsløsninger mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene innen psykiske helsetjenester. En av disse måtene å få dette til, kan være ved hjelp av innovasjoner i tjenestene understøttet av ny teknologi.

## 2.4 Innovasjon

Gjennom tjenesteinnovasjon kan man få positiv effekt av nye digitale løsninger og skape verdi utover de tjenestene man allerede tilbyr i kommunene. Den klassiske definisjonen av innovasjon tilskrives Joseph A. Schumpeter og innebærer å skape noe nytt i form av produkter, tjenester, produksjonsmetoder eller andre endringer i måten en bedrift skaper økonomisk verdi og gir et fortrinn i konkurransen med andre virksomheter (Elliot, 1983, s. 283-293). Siden den gang er det forsøkt å definere innovasjon på flere ulike måter i flere fagdisipliner uten at en tydelig, generisk definisjon utmerker seg og kan brukes interdisiplinært. Definisjonene i ulike studier vil være knyttet til hvilken fagdisiplin og bransje de er tilknyttet (Baregheh, Rowley & Sambrook, 2009). Fra regjeringen og det offentlige Norge er innovasjon definert som “.. å fornye eller lage noko nytt som skapar verdi for verksemd, samfunn eller innbyggjarar. Forma er eksperimenterande og løysinga er ikkje kjend på førehand” (Direktoratet for forvaltning og ikt, 2018a). Det er altså ikke nok med nye og gode ideer. Disse ideene må implementeres og tas i bruk for at de skal kunne kalles innovasjon og nye tjenester. Det er også dette helseminister Høie etterlyser etter alle pilotprosjektene.

Innovasjon og helse har ikke alltid vært en naturlig kombinasjon. Med behov for effektivisering og forbedring av tjenestene i den norske helsesektoren, må vi innovere oss frem til nye løsninger (Norges forskningsråd, 2016b; NOU 2011:11, s. 43). Det har i flere år vært en målrettet og stor satsning på innovasjon nasjonalt i offentlige sektor (NOU 2011:11, s. 13). Helsevesenet er i endring og kravene til produksjon av tjenester ved bruk av innovasjon i tjenesteutvikling blir også mer aktuelt i Norge (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016). Spesialisthelsetjenesten har særlig blitt stimulert til innovasjonssatsning gjennom betydelig oppmerksomhet og ulike økonomiske støtteordninger, blant annet gjennom midler fra ordninger som InnoMed (Helsedirektoratet, 2017). Til tross for dette, ligger nivået på teknologiske løsninger og modenheten i bruk på mange områder flere år etter sammenlignbare «bransjer» og nytteeffekten knyttet til innovasjon har vært for lav (Norges forskningsråd, 2014, s. 14). I 2012 ble også kommunene pålagt å ha et medvirkningsansvar for forskning og være med på å bidra til at implementering av ny kunnskap skal skje raskere i den kommunale helse- og omsorgssektoren. Forskning og innovasjon skal dermed føre til bedre samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012, s. 7). Løsningen er at tjenestene må bygges ut på en måte som genererer verdi utenfor de faste strukturene innenfor helsevesenet slik vi kjenner det i dag - enklere tjenester, enten ved fokus på service og tjenester, eller ved brukernettverk hvor noe av

jobben blir lagt på et lavere nivå av ekspertise og gjerne på brukergruppene og pasientene selv (Hwang & Christensen 2007; 1329-1335). For å få til innovasjon og mer effektive tjenester, skal hele offentlige sektor i dag ta i bruk teknologi for å skape gode digitale tjenester med brukeren i sentrum (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 12, 30). Vi vil videre se på en slik type teknologi, telemedisin, som kan brukes til innovasjon av nye tjenester.

## 2.5 Telemedisin

Den teknologiske utviklingen går fort og det er store endringer i måten man utvikler og ser på IKT-løsninger. Fra tunge, spesialtilpassede systemer som tar lang tid å utvikle og bygge opp, er det nå vanligere med mindre kompliserte løsninger for ulike tjenester som enklere kan tilpasses. Bygstad (2015) har delt denne utviklingen inn i to forskjellige deler nemlig “Tungvekts”-IKT som omhandler de store tradisjonelle systemene og databasene, og “lettvekts”-IKT som går på det nye paradigme av mobile apper, sensorer og andre “bruk-din-egen-enhet”-løsninger. Ikke bare er disse “lettvekts”-løsningene ofte rimeligere og basert på allerede tilgjengelig teknologi, men innføringen av disse blir ofte gjort av brukerne selv, noe som blant annet kan føre til en forbigåelse av IKT-avdelingen (Bygstad, 2015, s. 3). Telemedisinske løsninger ved bruk av videokonferanseutstyr kan være en slik “lettvekts”-løsning hvor teknologien er enkel å ta i bruk.

Begrepet telemedisin defineres gjerne slik: Telemedisin er å levere helsetjenester over avstand, hvor helsefagarbeidere bruker informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å utveksle relevant informasjon og diagnoser, behandling og forebygging av sykdommer og skade, forskning og evaluering, samt opplæring og utdanning av helsearbeidere for å fremme bedre helse for personer eller samfunn (WHO, 2010, s. 9). Dermed kan man si at telemedisin er avstandsmedisin og omfatter et vidt spekter av ulike typer tjenester (Aavitsland, 2000, s. 2245). Enkelte ganger blir begrepet brukt om tjenester som har erstattet forsendelse av informasjon gjennom post, mens andre ganger brukes det om konsultasjoner som er gjort på avstand med pasienten til stede og i en interaktiv informasjonsutveksling. Men bruken av telemedisin i seg selv er ikke en garanti for bedre, billigere eller pålitelige tjenester. Man kan se store forskjeller i disse faktorene ved bruk av ulike typer telemedisinske tjenester (Aavitsland, 2000, s. 2245).

En slik type telemedisin er bruk av videokonferanse. Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (2013) definerer dette som «toveis lyd- og bildeforbindelse»

Videokonferanse kan fint integreres i helsetjenester, Linstad og Knarvik (2004) viser mange eksempler på dette. “Det kan tenkes at det i samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten rundt en bestemt pasient kan gjennomføres kombinasjoner av videokonferanser, ordinære konsultasjoner og kommunikasjon ved hjelp av elektronisk post” (Linstad & Knarvik, 2004, s. 7). Disse eksemplene handler om samarbeid mellom sykehus og kommunale aktører før en pasient skal skrives inn eller ut av behandling, ved dagbehandling hvor det kan benyttes som en “virtuell visitt” eller for samhandling der pasient og spesialist befinner seg på ulike geografiske steder (Linstad & Knarvik, 2004, s. 8). Skal telemedisin tas i bruk som en del av behandlingen av pasienter, er det viktig med tillit til både den telemedisinske tjenesten og helsearbeiderne. Med tillit fungerer tjenesten bra, det blir kortere møter, men pasientene snakker mer sammenlignet med ordinære konsultasjoner (van Velsen, Tabak & Hermens, 2016, s. 52-56; Greenhalgh et al., 2018, s. 1). Konsultasjonene fungerer best når pasient og kliniker kjenner hverandre fra tidligere (Greenhalgh et al., 2018, s. 3). Konklusjonen fra studien er at i de tilfellene hvor klinikere mener pasientene er klare for det, ser videokonsultasjoner ut til å være trygge, effektive og mer beleilige for pasientene. Det viser seg imidlertid at man møter komplekse utfordringer i de tilfellene hvor det er organisatorisk motstand mot å inkorporere video i klinisk praksis (Greenhalgh et al., 2018, s. 16).

Videokonferanse nevnes i liten grad som alternativ til tradisjonelle konsultasjoner i nasjonale føringer, men området er i sterk vekst internasjonalt (Hauge, 2017, s. 340; Marshall, Sha & Stokes-Lampard, 2018, s. 1). Norge har vært tidlig ute med telemedisinske løsninger, men likevel er utbredelsen av teknologien lav. Under 1 % av konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten foregår via telemedisin eller videokonferanse (Zanaboni et al., 2014, s. 6). Land som Canada og enkelte stater i USA har kommet vesentlig lenger og har langt høyere volum enn Norge (Zanaboni et al., 2014, s. 8). Telemedisin og videokonferanse kan dermed være et godt alternativ for økt samhandling ved bruk av informasjonsteknologi i helsesektoren, men hvordan man skal få i gang slik samhandling og få til implementering og innovasjon i tjenesten er ikke alltid like selvsagt. På telemedisinområdet er derfor suksessraten for implementerte og

driftssatte tjenester svært lav, slik vi også ser for mye annen teknologi innen helsesektoren. Få av de prosjektene som settes i gang blir til varige tjenester i større skala (Obstfelder, Engeseth & Wynn, 2007, s. 2; van Dyk, 2014, s. 1280; Andreassen et al., 2015, s. 62; Moser & Thygesen, 2014, s. 59).

## 2.6 Pilotprosjekter

Mange teknologibaserte innovasjonsprosjekter har startet som pilotprosjekter. For å ta i bruk nye, innovative løsninger, har man ofte benyttet denne prosjektformen for å teste og utvikle tjenestene før full implementering. Over de siste 20 årene har det vært en gradvis økning i pilotprosjekter innen innovasjon, informasjons- og kommunikasjonsteknologi i helsesektoren hvorav veldig få av disse har blitt videreført og implementert inn i varig drift (Andreassen et al., 2015, s. 62; Eikebrokk et al., 2016, s. 3). Pilotprosjekter og tradisjonelle prosjekter har like mål – å komme over i ordinær drift. I tillegg er det slik at arbeidet med å få pilotene, ikke bare fram til innføringen, men også til å bli en bærekraftig tjeneste er utfordrende (Aanestad, Driveklepp, Sørli & Hertzum 2017; Martin, Weaver, Currie, Finn & McDonald, 2012). Arbeidet stopper ikke opp det går bare over i nye faser på områder som timing, mål, prosess, resultat og deltakere (Aanestad et al., 2017). Raphaël Billé (2010) skriver i sin artikkel *Action without change? On the use and usefulness of pilot experiments in environmental management* om hvordan trenden i utviklingen med pilotprosjekter bør endres drastisk for at man skal kunne få bedre utbytte av prosjektene. Med dette mener Billé (2010, s. 2-3) at prosjektene må ha bedre finansieringer for å vare over tid, de må bli mindre sensitive for små endringer lokalt og integreres i tjenestetilbudet for å oppnå varig drift. Videre er det viktig at de skal gi gevinster i form av mer effektive tjenester, mer tilgjengelig helsehjelp, finansielle innsparinger og myndiggjøring av pasientene (Andreassen et al., 2015, s. 63). Disse gevinstene er ønsket og argumentert med i oppstarten av pilotprosjekter, men når prosjektene forblir prosjekter eller stopper opp og ikke blir implementert inn i varig drift vil man heller ikke kunne hente ut de ønskede gevinstene (Andreassen et al., 2015, s. 62-63). Det er med andre ord ikke selvsagt at pilotprosjektene lykkes i implementering generelt, og dette gjelder også pilotprosjekter innen telemedisin.



Noen av årsakene til at man ikke har lykkes med så mange telemedisinske pilotprosjekter, kan være at det er mange faktorer som skal være på plass og at helhetsbildet derfor lett blir komplekst og uoversiktlig. Prosjekter som settes i gang blir ofte begrenset med fokus på teknologi, heller enn tjenesteutvikling. Omfanget er lite og det blir vanskelig å hente ut godt læringsutbytte for andre. Det ene prosjektet kommer etter det andre (Moser & Thygesen, 2014, s. 59). For at prosjektene skal bli implementert og komme inn i rutiner er det viktig at telemedisin sees på som en fordel og en verdi utover de tjenestene man allerede har. Det er også viktig med et godt samarbeid mellom prosjektledere og brukere og at man har lagt en plan for fremtidig drift av tjenesten gjennom kommunikasjon, opplæringsplaner og innrulling i IKT tjenestene (Obstfelder et al., 2007, s. 7-8). Klinikere må ha identifisert problemet som må løses og arbeide sammen med teknologer for å få den nye teknologien integrert i de allerede etablerte systemene. Den teknologiske løsningen bør ses på som kompletterende, og ikke erstattende til, normal medisinsk praksis som er ansikt til ansikt (Obstfelder et al., 2007, s. 5).

Innen telemedisin er i dag teleradiologi det eneste området hvor utbredelsen i bruk er betydelig. Zanaboni & Wootton (2012) ser i artikkelen *Adoption of telemedicine: from pilot stage to routine delivery* på hvilke faktorer som er viktige for at piloter skal gå over i rutinedrift. Utgangspunktet deres er å sammenligne telemedisin med andre teknologier og se på hva som er relevant for utbredelse av telemedisin spesielt. De finner at definerte fordeler for brukerne er viktig for å få en rask utbredelse, det er nødvendig at innovasjonen fører til kostnadseffektivitet og innsparing selv om dette i seg selv ikke er nok og at telemedisin må gi tydelige fordeler på individnivå for den enkelte kliniker til fordel for den tradisjonelle praksisen. (Zanaboni & Wootton, 2012, s. 7). Det synes også sentralt at det legges opp til både økonomiske og faglige fordeler for den enkelte kliniker (Zanaboni & Wootton, 2012, s. 6). Så hva skal til for å lykkes med pilotprosjekter innen telemedisin for å få bedre samarbeid mellom de ulike enhetene i helsesektoren?

## **2.7 Presentasjon av problemstilling**

Det er tydelig at det er behov for bedre samhandling mellom helsetjenestene i kommunen og spesialisthelsetjenesten for å ivareta en helhetlig tilnærming til pasienten. Særlig gjelder dette pasientgrupper som har sammensatte behov og som trenger ulike typer behandling for å bli

bedre, som for eksempel innen psykisk helse. Samhandlingsreformen har lagt føringene for tettere samarbeid og ny teknologi kan føre til innovasjon i disse tjenestene og legge til rette for bedre samhandling. Telemedisin er en teknologi som kan være spesielt godt egnet og pilotprosjekter er en mye brukt metode for å implementere ny teknologi og nye tjenester. Det er også utgangspunktet her.

Det mangler tilstrekkelig forskning om pilotprosjekters betydning for innovasjon og utvikling av tjenester, særlig innenfor helseteknologi (Eikebrokk et al., 2016, s. 2). Det kan derfor være interessant å se nærmere på disse pilotprosjektene. I tillegg vet vi at interessentene ikke har fått nok oppmerksomhet i forbindelse med implementering av IKT-prosjekter i helsevesenet (Moe & Akhmetova, 2014, s. 3). Derfor ønsker vi å se nærmere på de ulike interessentene og deres rolle i pilotprosjekter.

### **Problemstillingen blir dermed:**

«Hvilken betydning har ulike interessenter i kommunen for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling?»

Vi vil ta utgangspunkt i et større samhandlingsprosjekt mellom et helseforetak og flere kommuner, hvor hver kommune har i forbindelse med dette opprettet egne pilotprosjekt for å ta i bruk telemedisin i forbindelse med pasientbehandling og samarbeid. I dette samhandlingsprosjektet er det aktørene og interessentene som er involvert i de enkelte pilotprosjektene vi vil ha særlig fokus på. Hva er det disse aktørene selv mener er vesentlig for at pilotprosjektet skal «fly», eller bli implementert i drift etter at pilotperioden er ferdig?

Eikebrokk et al., (2016) har satt opp en modell med tentative sammenhenger hvor involvering av de ulike aktørene har en sentral rolle i utfallet av pilotprosjektene og tjenesteinnovasjonen. Med utgangspunkt i denne modellen som en referanse for analyse og diskusjon, har vi undersøkt fem av disse pilotprosjektene i kommunene og sett på hva som var vesentlig for å lykkes med tjenesteinnovasjon og implementering eller eventuelt hva som har forhindret dette. Formålet med studien er å få økt kunnskap om noen av de faktorene som skal til for at IKT-pilotprosjekter går fra pilot og over i varig drift.

### **3.0 CASEBESKRIVELSE – SAMHANDLINGSPROSJEKTET**

For å undersøke problemstillingen vil vi gjøre rede for teoretisk utgangspunkt og rammeverk, men før dette kan det være hensiktsmessig å gå igjennom kontekst og bakgrunn for pilotprosjektene her.

I vår studie har vi valgt å se nærmere på et innovasjonsprosjekt i regi av psykiatridivisjonen i et større helseforetak i Norge hvor det var ønsket å benytte seg av nye og mer effektive arbeidsformer basert på teknologisk samhandling rundt pasientbehandlingen. Dette prosjektet involverte samhandling med flere kommuner og av den grunn vil dette prosjektet heretter bli kalt Samhandlingsprosjektet. Målet med dette prosjektet var å redusere forflytninger av pasient for å oppfylle målene i Samhandlingsreformen ved å sikre rett behandling - på rett sted - til rett tid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 9). Samhandlingsprosjektet har engasjert flere kommuner inn i prosjektet og det er spesielt innen følgende bruksområder Samhandlingsprosjektet har jobbet; administrativ møtevirksomhet og samhandling/koordinering både med og uten pasienter til stede. Prosjektperioden har vært fra våren 2017 frem til sommeren 2018. Hver kommune har hatt sine prosjekter for implementering av teknologien internt hos seg og kan sees på som egne pilotprosjekter under Samhandlingsprosjektet. Kommunene sine prosjekter vil heretter bli omtalt som pilotprosjektene.

De involverte partene i Samhandlingsprosjektet har vært 12 enheter i helseforetaket, 16 kommuner, avdeling for teknologi og e-helse i helseforetaket samt en innleid konsulent (hovedprosjektleder). Finansieringen har i hovedsak kommet gjennom innovasjonsmidler fra det regionale helseforetaket. Flere av de involverte kommunene har anskaffet eget videokonferanseutstyr, men det har også vært lagt til rette for bruk av sikre pc-baserte løsninger. Samhandlingsprosjektet har utviklet eget kommunikasjons- og opplæringsmaterieell samt lagt til rette med ferdig utviklede prosedyrer. Juridiske sider, risiko og sikkerhet var kartlagt og i forhold til personvern og informasjonssikkerhet var det utarbeidet egne risiko- og sårbarhetsanalyser. Selv om det har vært et prosjekt med et felles mål har det formelt sett skjedd i et samarbeid mellom helseforetaket og den enkelte kommune.

Samhandlingsprosjektet er gjennomført og resultatet er at 4 kommuner har deltatt fullt i gjennomføringen, et tilsvarende antall har gjennomført deler av pilotprosjektene, mens resten enten ikke kom i gang eller avsluttet underveis i prosjektperioden. Ifølge hovedprosjektlederen har kun 25% (4 av 16) av kommunene implementert videokonferansebaserte tjenester på nye bruksområder, men definisjonen av vellykkethet i prosjektet ser ut til å være noe varierende fra kommunene og helseforetaket. Tre av kommunene som har fått implementert tjenesten i varig drift har vært med på fokusgruppeintervju i denne studien. Kommunene varierer i areal, folketall og inntekter og også organisering, ressurser og bemanning. Hvordan pilotprosjektene var organisert i de fem kommunene vil vi komme tilbake til ved presentasjon av funn. Nå skal vi se litt mer på det teoretiske utgangspunktet for studien.

## 4.0 TEORETISK BAKGRUNN

For at pilotprosjektene skal bli til innovasjon er det essensielt å få til en vellykket implementering av teknologien. Implementering og selve utviklingsprosessen av de nye løsningene blir ofte undervurdert i prosjekter og studier av utvikling av e-helseløsninger (van Limburg et al., 2011, s. 2). Her vil det teoretiske utgangspunktet bli presentert, med implementering, interessenteori og tilslutt en presentasjon av referansemodellen som er brukt i analyse og datainnsamling.

### 4.1 Implementering

Suksessfaktorer for implementering av helseinformasjonsteknologi er vanskelige å studere på grunn av at dette er komplekse organisasjoner, bare små justeringer i prosessene kan ha store utslag på resultatet av implementeringen (Nguyen, Eikebrokk, Moe, Tapanainen & Dao, 2016, s. 15). Flere prøver å få til et teoretisk rammeverk som tar inn over seg denne kompleksiteten og som vil kombinere både teknologi, mennesker og organisasjon (Greenhalgh et al., 2017; Bygstad, Nielsen & Munkvold, 2005; van Limburg et al., 2011).

Eikebrokk, Moe og Stendal (2016, s. 9) gjennomførte en studie av pilotprosjekter innen kommunal e-helse og så på hvordan disse hemmet eller fremmet tjenesteinnovasjon. Funnene deres viser at prosjektorganiseringen og konteksten påvirker både implementering, involverte aktører og grunnlaget for tjenesteinnovasjon i de ulike kommunene. Videre sier de at sentrale roller eller interessenter i prosjektene kan være med på å hemme eller fremme tjenesteinnovasjon (Eikebrokk et al. 2016, s. 9). Disse aktørene, eller interessentene, har fått liten teoretisk oppmerksomhet i forbindelse med implementeringer av teknologiske løsninger i helsevesenet (Moe & Akhmetova, 2014, s. 3). Dette til tross for at det er kritisk å forstå verdien for de ulike interessentene i implementeringen av et prosjekt for at prosjektet skal bli vellykket (van Limburg et al., 2011, s. 4). Vi ønsker i hovedsak å se på interessentene og har som utgangspunkt at også aktørene handler og påvirker utfallet. Anthony Giddens (1984) utviklet sin strukturasjonsteori hvor aktørene ikke bare handler innenfor gitte strukturer, men også påvirker strukturene de opererer innenfor og som igjen endrer disse og setter rammer for

aktørene. Aktørene har altså individuell makt til å endre utfallet av prosesser, men er likevel en del av strukturene som har blitt til gjennom gjentatte rituelle handlinger av individene. Lapointe, Mignerat og Vedel understreker også at interessentene må vies stor oppmerksomhet i prosessene og at det teoretiske perspektivet også må ta hensyn til disse, selv om dette ikke har blitt gjort innen e-helse i så stor grad som i implementeringen av teknologi innen andre felt (Lapointe et al., 2011, s. 103).

Interessentene er altså viktige, men ikke nok inkludert i tidligere studier. Eikebrokk et al (2016) har kommet frem til noen tentative sammenhenger i sine studier hvor interessentene stod i fokus og vil i denne studien også ta utgangspunkt i denne tentative modellen og se på interessentene og involvering av disse innenfor denne referanserammen. Først vil vi gå igjennom definisjoner og teori knyttet til interessenter, deretter vil vi gi en oversikt over sentrale interessenter i referansemodellen (som denne tentative modellen heretter vil bli kalt).

## **4.2 Interessenter og interessentteori**

Hovedpoenget i et prosjekt er at leveransen skal føre til verdiskapning for de som eier prosjektet. Involvering av relevante interessenter øker mulighetene for suksess (Skyttermoen & Vaagaasar 2015, s. 264). Den klassiske definisjonen av en interessent kommer fra R. E. Freeman og er beskrevet som: "...any group or individual who can affect or is affected by the achievement of the organization's objectives" (Freeman, 1984). Eller med andre ord, de som påvirker, eller blir påvirket av, en organisasjons suksess er interessenter til denne organisasjonen. Interessentteori kommer fra organisasjons- og ledelsesstudier og ble brukt til å beskrive prosesser for ledere i bedrifter. Ved å stille spørsmålet "hva er målet til organisasjonen" vil en finne de ulike, relevante interessentgruppene, både aksjeeiere, ledere, ansatte og kunder (Lapointe et al., 2011, s. 106). På samme måte kan en identifisere interessenter i ulike prosjekt ved å se på alle som vil påvirke eller bli påvirket av prosjektet (van Limburg et al., 2011, s. 4). Det er viktig å innta en holistisk holdning til hva som utgjør interessentene i forskningen på implementeringen av helseteknologi og helseinformasjonssystemer, hvor det nettopp er vanskelig å få implementert de ulike løsningene og hvor interessentene ofte har ulike og gjerne motstridende behov (Lapointe 2011, s. 106).

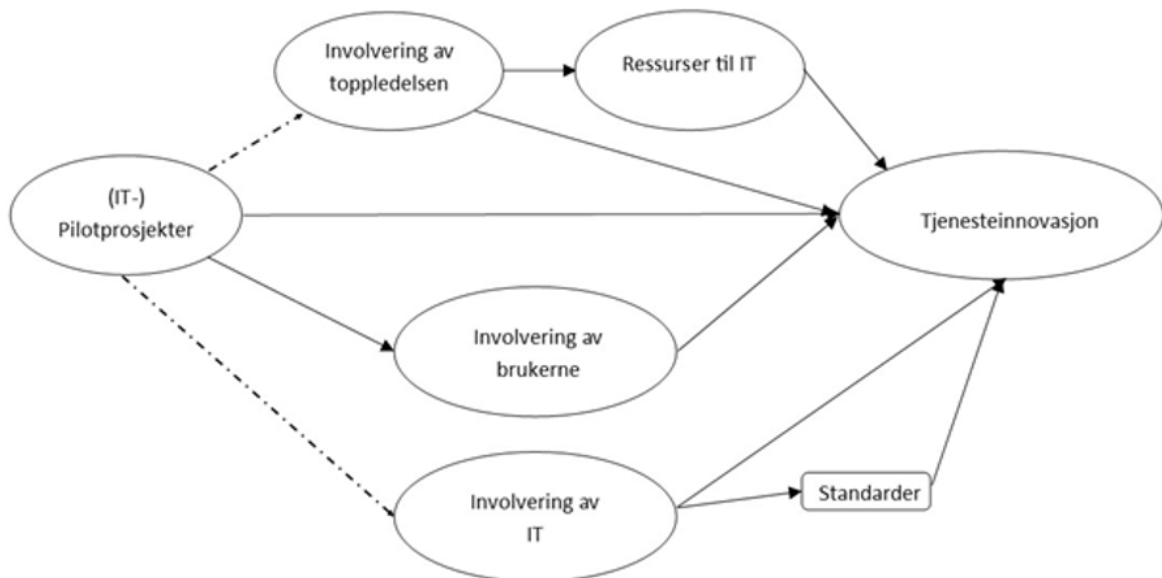
I et prosjekt innen e-helse og helseteknologi vil det kunne være mange ulike typer interessenter, både pasienter, politikere, arbeidsgivere, leger, ulike yrker innen helsesektoren, hjemmetjenesten, pårørende med mer. Hvert teknologiprojekt vil ha sine spesifikke interessenter. For å finne de viktigste interessentene må en starte med de som kan kategoriseres som de viktigste utfra tre variabler; makt, legitimitet og pågåenhet (power, legitimacy, urgency) (Mitchell, Agle & Wood, 1997, s. 854). Om en begynner med de interessentene som er mest involvert, vil en kunne utvide interessentnettverket etterhvert (van Limburg et al., 2011, s. 4). For å lykkes med utvikling og implementering av ny teknologi innen e-helse, er det derfor sentralt å få med de viktigste interessentene i utvikling og drift (van Limburg 2011, s. 5; Skyttermoen & Vaagaasar, 2015, s. 264). Direktoratet for forvaltning og ikt har laget en prosjektveiviser (2018) som beskriver interessenthåndteringen som en prosess som går gjennom hele prosjektet og som er syklisk. Hvem som til enhver tid er relevante interessenter og viktigheten av disse vil endres gjennom de ulike prosjektfasene (Direktoratet for forvaltning og ikt, 2018b)

Interessenteori setter personene i sentrum og mener at det spesielt er fire prinsipper som gjør at man kan forstå utvikling i helsesektoren bedre. For det første vil verdiskapningen ikke være et nullsumspill, men verdier skapes når interessentene kombinerer ønsker og behov. For det andre, tyder den stadige utviklingen på at menneskene har mange forskjellige egenskaper og kan handle ut fra flere forskjellige verdier og behov. Videre er organisasjoner en kilde til verdiskapning om man samarbeider med disse interessentene for innovasjon og nye løsninger. Og til sist skjer konkurranse i frie samfunn hvor interessentene har reelle valgmuligheter. Det er derfor viktig å identifisere hvordan interessentene blir påvirket av endringer innen informasjonssystemer og teknologi i helsesektoren og inkludere disse for å få til de gode, innovative løsningene som skaper verdi for individene og organisasjonene (Lapointe et al., 2011, s. 106).

### 4.3 Referansemodell

I artikkelen “Pilotprosjekter i kommunal e-helse - Fremmes eller hemmes tjenesteinnovasjon?” fra 2016 ser Eikebrokk, Moe og Stendal på pilotprosjekter og innovasjon i kommunal helsesektor. De gjennomførte intervjuer i åtte kommuner som hadde valgt pilotprosjekt som egen prosjektorganisering for innføring av velferdsteknologi. Det at prosjektene var organisert som pilotprosjekter, førte med seg visse egenskaper som en løs prosjektstruktur og ledelse, tilfeldig planlegging og ulik involvering av interessenter (Eikebrokk et al., 2016, s. 3-4).

Gjennom en kvalitativ analyse av disse kommunene finner de at manglende involvering av IKT- avdelingene og manglende forankring i ledelsen gjør det vanskelig å tilpasse til etablerte standarder for IKT og det ble også vanskelig å se helheten av løsninger totalt i kommunen (Eikebrokk et al., 2016, s. 5). De kommer frem til en modell for tentative sammenhenger hvor de argumenterer for at pilotorganisering ved innføring av velferdsteknologi kan være en rasjonell og fleksibel styringsform innenfor de uklare rammebetingelser som finnes, men for å ha bedre muligheter til å lykkes bør ledelsen ha klare begrep om hva målene med prosjektet er og avklare konteksten for prosjektet (Eikebrokk et al., 2016, s. 9).



Figur 1: Eikebrokk et al. (2016) - Modell for tentative sammenhenger for pilotprosjekter på tjenesteinnovasjon



Vi ser av referansemodellen (Eikebrokk et al., 2016) at selve organiseringen og styringen av prosjektene kan ha en direkte påvirkning på utfallet av prosjektet og tjenesteinnovasjon. **Pilotprosjekter** er enkle å sette i gang og ikke nødvendigvis så ressurskrevende å starte opp. Den fleksible prosjektformen gjør at man kan teste ut løsninger relativt enkelt, men det kan bli utfordringer underveis dersom det ikke er en plan for hva en skal oppnå og hva som skal til for å lykkes (Eikebrokk et al., 2016, s. 5). Det er viktig at selve prosjektdefinisjonen ikke blir for snever og kun handler om teknologien. Ofte mangler det en «integrasjon» med organisasjonen og kommunikasjon (læring, erfaringsutveksling og utvikling) innad i prosjektet og mellom ulike prosjekter og derfor er det viktig å ha fokus på tjenesten og ikke teknologien (Moser & Thygesen, 2014, s. 72).

Ofte vil involvering av ulike grupper påvirke prosessene og pilotprosjektene. Når og hvordan disse blir involvert vil kunne ha en påvirkning på resultatet. Disse ulike gruppene representerer ulike interesser, eller aktører i et pilotprosjekt, og vil kunne ta ulike roller og ha med seg ulike perspektiver inn i prosjektet. For Eikebrokk et al. (2016) er det to grupper som blir diskutert særskilt, det er IKT-avdelingen og toppledelsen.

**IKT-avdelingen** blir som brukergruppe ofte oversett, og det er viktig for denne interessentgruppen å være med på beslutningene, kunne si noe om ressursbruk i avdelingen og for at standarder som blir benyttet ved innføring av ny teknologi er tilpasset den teknologien som allerede er på plass i kommunen (Eikebrokk et al., 2016, s. 5-7). Derfor er det nødvendig at IKT-avdelingen er involvert tidlig i prosessen (Eikebrokk et al., 2016, s. 5-6). **Standarder** ble av Eikebrokk, Moe og Stendal fremhevet som et eget tema som deres informanter fra IKT-siden var spesielt opptatt av og som kunne bety forskjellen på om det faktisk gikk å implementere prosjektet eller ikke, samtidig som det å låse seg fast til en standard kunne hemme innovasjonen i seg selv (Eikebrokk et al., 2016, s.7).

For at prosjektene skal kunne ha tilgang til de nødvendige ressursene som kreves i implementering, er det nødvendig at toppledelsen er involvert og informert gjennom hele prosessen (Eikebrokk et al., 2016, s. 6). **Forankring i ledelsen** er derfor en viktig faktor for å

få til en vellykket implementering (Eikebrokk et al., 2016, s. 6-7). Ledelsen er også en interessent og denne forankringen er viktig for å se helheten, prioritere, ha tilgang til rette ressurser og ha rett fokus for gjennomføringen (Eikebrokk et al., 2016, s. 9). Ledelsen kan også påvirke hvorvidt det finnes nok ressurser til å følge opp og ha support på de nye løsningene, eller om det må gå “på toppen” av daglig drift. Tilstrekkelige ressurser er nødvendig for vellykket implementering og handler i videre forstand om personell, kompetanse, infrastruktur og økonomi (Moe & Akhmetova, 2014, s. 7).

**Brukerinvolvering** er et viktig prinsipp for å lage gode og effektive løsninger. Alle som er påvirket av et prosjekt blir ansett som en interessent. Å forstå verdien for de ulike interessentene i prosjektene er viktig for å finne en god løsning (van Limburg et al., 2011, s. 4) og i den skandinaviske tradisjonen for systemutvikling ligger det ofte noen grunnleggende antakelser om at det er nødvendig å ha et brukerorientert perspektiv på systemutvikling og implementasjon (Moe & Akhmetova. 2014, s. 2-3). Eikebrokk, Moe og Stendal ser også på viktigheten av å involvere brukere i hele utviklingsløpet og at det var avgjørende når og i hvilken grad disse brukerne ble involvert i oppstarten og spesifiseringen av prosjektet (Eikebrokk et al., 2016, s. 5-8). I en diskusjon om brukerinvolvering vil en kunne skille mellom fagbrukere av system og sluttbrukere i form av pasienter og tjenestemottakere. Det er selvsagt viktig å ha med pasienter og brukere av tjenestene gjennom hele prosessen ved utvikling og implementering av ny teknologi (van Limburg 2011, s. 5). I denne studien har vi valgt å fokusere på helsepersonell som brukergruppe og utelater pasientene som brukergruppe fra studien. Dette henger delvis sammen med at få av pilotprosjektene har involvert pasienter og at teknologien til nå mest har blitt brukt til samhandling mellom helsepersonell. Videre henger det også delvis sammen med personvern; en inkludering av pasienter som brukergruppe i studien ville gitt andre etiske problemstillinger i intervjuene og analysen. Brukere i denne sammenhengen refererer dermed kun til helsepersonell og profesjonelle fagbrukere ute i kommunene.

Alle studiene av vellykket **tjenesteinnovasjon og implementering** av telemedisin viser at det er viktig at teknologien er tilpasset kravene i helsetjenesten og forutsetter tett dialog mellom prosjekt og brukergrupper (Obstfelder et al., 2007, s. 5). Det er ikke selvsagt at IKT-investeringer umiddelbart blir en suksess, sjansen for å mislykkes er større enn å lykkes

(Bradley, 2016, s. 3; Flak 2012, s. 9). De ulike interessentene i implementeringen har ofte forskjellige utgangspunkt og syn på hva som er utfordringer i organisasjonen, hvordan løsningen skal fungere og om innføringen av vært en suksess eller ikke (Obstfelder et al., 2007, s. 10). Teknologien alene skaper ikke endring, den skjer i samspillet mellom teknologiske og sosiale faktorer og hvordan dette styres i implementeringsprosessen (Obstfelder et al., 2007, s. 10). Holdninger til ny teknologi kan være med på å påvirke om man tar i bruk nye løsninger, men like viktig er det at den nye tjenesten blir oppfattet som nyttig (Djamasbi, Fruhling & Loiacono, 2009, s. 3). Målet for alle prosjekter er gevinst i en eller annen form (Direktoratet for økonomistyring, 2014, s. 4) og en vellykket gevinstrealisering krever grundig arbeid med kartlegging, planlegging og oppfølging (Melting & Frantzen, 2015, s. 9-10). I ulike kommuner har man forskjellige utgangspunkt i hvordan ulike tjenester leveres og den samme teknologiske tjenesten vil kunne gi ulik gevinst i de forskjellige kommunene (Melting & Frantzen, 2015, s. 9-10). Det kan også være ulik verdi for individene og organisasjonene, men det er viktig at individene ser nytten for seg selv (Lapointe et al., 2011, s. 106). Det er viktig at prosjektet blir godt ledet, men også at det finnes møteplasser for faggrupper på tvers av organisasjonen og heving av kompetanse blant brukerne (Nilsen et al., 2017, s. 21-22). For å se på implementeringen av telemedisinske løsninger er det derfor sentralt å se helhetlig på prosjektorganisering, ledelse, involvering av interessenter og gevinstrealiseringen (van Dyk, 2014, s. 1295).

Vår analyse vil derfor benytte seg av den ovennevnte modellen som referanseramme, hvor vi vil se på både pilotprosjektene lokalt i kommunene, de ulike interessentene, deres roller og til sist implementering av den telemedisinske løsningen. Pilotprosjektet og hvordan dette er organisert vil kunne føre til forskjeller i hvilke interessenter som er involvert, eller på hvilken måte disse interessentene er involvert. Disse interessentene vil igjen kunne påvirke organiseringen og resultatet av implementeringen. Siden fokuset er på interessentene i prosjektet, vil det være deres oppfattelse av hva som er viktig for at pilotprosjektene skal lykkes og gå over i varig drift som ligger til grunn i resultatet og vår tolkning av likheter og forskjeller mellom pilotprosjektene.

Før vi besvarer problemstillingen vil vi først gå igjennom hvilken metode som er benyttet i datainnsamlingen og hvordan analysen har blitt gjennomført, og vil gjennomgå forskningsprosessen i neste kapittel.

## **5.0 METODE, DESIGN, DATAINNSAMLING OG ANALYSE**

I kapittel 5.0 skal vi gjennomgå metode og design av studien. Først starter vi med noen grunnleggende forutsetninger, så tar vi en kort gjennomgang av litteratur før vi går videre til å se på design av studien og bakgrunn for valg av fokusgruppeintervjuer. Videre tar vi opp hvordan intervjuguiden er utformet og går videre til en kort refleksjon om etiske overveielser. Deretter går vi igjennom utvalg av både kommuner og informanter, hvordan utvalget ble endret underveis og hvordan datainnsamlingen har foregått med bruk av videoutstyr. Etter dette viser vi sammensetningen av fokusgruppene og kontekst for intervjuet, før vi viser til analysemetoden som er brukt i studien. Tilslutt i kapittelet vil vi gjennomgå styrker og svakheter ved metoden som er brukt og i denne studien spesielt.

### **5.1 Hermeneutisk, komparativt casestudie**

Vi skal se på hva interessentene selv mener er viktig for implementeringen av pilotprosjektene og det vil da være naturlig å ha et utforskende utgangspunkt for å kunne gå i dybden på svarene og undersøke disse sammenhengene. Det har også vært forsket lite på interessentene ved implementering av velferdsteknologi (van Limburg et al., 2011, s. 3-4) og det kan derfor være naturlig å ha en kvalitativ tilnærming til problemstillingen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 141). Forskningsspørsmålet definerer ofte designet på studien og studier som tar sikte på å forklare hvordan og betydningen av fenomener passer bra som casestudier (Yin, 2003, s. 6-7). En casestudie er definert som en empirisk undersøkelse som undersøker et fenomen i samtiden innenfor en gitt kontekst, spesielt når rammene mellom kontekst og fenomen er uklare og dermed bør utforskes i dybden (Yin, 2003, s. 13).

I denne studien definerer vi en case som en selvstendig, empirisk enhet som er utgangspunktet for analysen (Ragin, 1992, s. 46-51) og er den analyseenheten vi er interessert i å vite noe om (Baxter & Jack, 2008, s. 545). Vi ønsker å vite mer om de ulike pilotprosjektene i kommunene og vi benytter et kvalitativt, komparativt design hvor vi sammenligner fem caser og ser på egenskaper ved disse. Hvert pilotprosjekt utgjør altså en case. I sammenlignende (komparativ) metode kan en enten holde rammebetingelsene mest mulig like, for å kunne studere ulike

egenskaper ved casene selv eller se på ulike rammebetingelser på like case for å kunne studere forskjellene i utfall innenfor ulike rammer (Smelser, 1973, s. 42-45). Siden vi her skal se på et Samhandlingsprosjekt som i utgangspunktet har samme teknologi, innhold og utgangspunkt fra det overordnede prosjektets side, er rammene for prosjektene overordnet like. Forskjellene er mest tydelig i de ulike kontekstene som de ulike kommunene befinner seg i og måten prosjektene blir lagt opp innad i kommunen. Her vil dermed ulikheter i hvordan interessentene blir involvert, være av sentral betydning. En oversikt og beskrivelse over disse casene følger i kapittel 5.9.

Eikebrokk, Moe og Stendal (2016) viser at det er behov for mer forskning på hvordan design av nye tjenester kan hemmes eller fremmes av sentrale roller hos dominerende aktører og deres rolleutøvelse. I fenomenologisk tradisjon ønsker man å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppfattes av informantene. Fenomenologien har vært avgjørende for hvordan det kvalitative forskningsintervjuet skal forstås (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 44; Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 171) og det er med et slikt åpent utgangspunkt informantene blir møtt i denne studien. Utover dette, har studien heller en hermeneutisk tilnærming hvor opplevelsene til informantene blir sett opp mot prosjektene og rammebetingelsene disse befinner seg innenfor. Fra et hermeneutisk synspunkt er det viktig å være oppmerksom på kontekst, og fortolke meningen og svarene en får ut fra hvor informantene befinner seg og rammene som påvirker (Kvale & Brinkmann, 2016, s. 73-74; Johannessen et al., 2016, s. 130-131). Vi har med oss et teoretisk rammeverk som former studien i datainnsamling og analyse, og vi har dermed også et element av deduktiv metode i den forstand at vi ser og fortolker de svarene vi får opp mot det vi vet om prosjektet og rammebetingelsene fra kommunen. Vi ønsker å si noe om pilotprosjektene og setter meningsinnholdet og funnene inn i vårt teoretiske utgangspunkt (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1281). Så fra en initial og utforskende undring, går vi altså videre til en styrt innholdsanalyse når vi ser på funnene våre.

## **5.2 Litteraturgjennomgang**

Studien startet med litteratursøk i Swemed, Oria, Embase og Google Scholar. Ulike søkeord har blant annet vært: innovasjon, interessenter, stakeholders, pilotprosjekt, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, telemedisin, implementering, drift, e-helse osv. Ordene har blitt brukt både på norsk og engelsk for å finne relevant litteratur og også kombinert i ulike søk. Litteraturen som så langt er brukt har tatt utgangspunkt i problemstillinger rundt innovasjon og hvilke barrierer som møter innovasjonsprosjekter i helsesektoren og også offentlige dokumenter som omhandler planer og innovasjon i det offentlige er gjennomgått. Spesielt har dokumenter som omhandler spesialisthelsetjenesten, telemedisinsk innovasjon eller pilotprosjekter innen e-helse vært sentrale. Litteraturen har vært med på å strukturere oppgaven rundt telemedisin og pilotprosjekter i kommunene.

## **5.3 Design av studie - Fokusgruppeintervju**

Et fokusgruppeintervju har som formål å få frem forskjellige synspunkter på saken som diskuteres og er velegnet til eksplorative undersøkelser på nytt område, siden man får en livlig samtale i en gruppe med flere spontane og emosjonelle uttrykk enn de mer kognitive, individuelle intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2016, s. 179-180). Fokusgruppene kan skape data og innsikt gjennom dynamikken i gruppen og interaksjonen mellom medlemmene i gruppen, en innsikt som er vanskeligere å oppnå uten denne friheten i samtalen mellom gruppedeltakerne. I tillegg hjelper gruppen på at deltakere ofte føler seg trygge og kan komme med synspunkter innenfor de trygge rammene av fellesskapet (Lerdal & Karlsson, 2009, s. 172). Fokusgruppeintervju kan også være en ressursbesparende metode å samle inn data fra et mindre utvalg av en populasjon (Lerdal & Karlsson, 2009, s. 173). På grunn av dette og problemstillingens natur, ble det valgt fokusgruppeintervju for å samle inn data for å belyse problemstillingen.

Intervjuet av fokusgruppen blir styrt av en moderator. Først og fremst skal man få frem flere ulike synspunkt; intervjustilen er ikke styrende, men skal tilrettelegge for diskusjonen (Kvale & Brinkmann, 2016, s. 179; Johannessen et al., 2016, s. 147). I tillegg til moderator er det ofte en assisterende moderator som kan observere gruppedynamikken, oppsummere innholdet og

hjelpe til med å holde fokus i diskusjonen (Lerdal & Karlsson, 2009, s. 173). For alle våre intervju var målet at en moderator skulle være fysisk tilstede og lede intervjuet, de andre prosjektdeltakerne skulle være assisterende moderatorer som fulgte intervjuet på video. På grunn av endring av intervjutidspunkt og mulighet for å kunne gjennomføre intervjuene, ble kun to gjennomført med moderator fysisk tilstede. Tre av intervjuene var med moderator og assisterende moderatorer på kun på videokonferanse. For et av intervjuene var også to av informantene med på telefon.

## **5.4 Utforming av intervjuguide**

Det ble brukt en semi-strukturert intervjuguide med åpne spørsmål for å med den tematiske inndelingen fra referansemodellen (Eikebrokk et. al, 2016). Denne var utvidet med åpne spørsmål som også utforsket litt mer inngående interessentene og deres rolle. Spørsmålene var korte og enkle (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 165-166) og målet var at informantene skulle fortelle mest mulig selv, noe som også er med på å få mest mulig fullstendige svar (Johannessen et al., 2016, s. 148; Kvale & Brinkmann, 2017, s. 166). Tema ble fulgt opp dersom moderator så et behov for å få mer utdypende svar.

## **5.5 Ethiske overveielser**

*“All virksomhet som får konsekvenser for andre mennesker, må bedømmes ut fra etiske standarder”* (Johannessen et al., 2016, s. 83). Det er viktig at konfidensialiteten beskyttes både med tanke på informantene og til de personene og institusjonene som nevnes under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213). Intervjuene er foretatt med de som har deltatt i pilotprosjektet i sin kommune. Alle informantene er anonymisert i fremstillingen og det har ikke blitt registrert identifiserbare opplysninger. Deltakelse var basert på frivillighet og samtykkeskjema er samlet inn fra samtlige. Tema for oppgaven er godkjent ved NSD og Fakultetets Ethiske komité ved Universitetet i Agder. Ingen personopplysninger har blitt håndtert i denne studien. Fokusgruppeintervjuene er basert på anonymitet, det skal derfor ikke være mulig å bruke svarene fra denne i dokumentasjon om enkeltansatte. Det har blitt gjort lydopptak av intervjuene hvor lydfilene og transkripsjonene er oppbevart på en trygg måte. I



transkripsjonene er personidentifiserende opplysninger anonymisert (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2015; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213).

## **5.6 Utvalg av kommuner og informanter**

Ifølge tradisjonen varer et fokusgruppeintervju mellom 1-2 timer og består av 6-12 deltakere. Antall deltakere er satt for å kunne få nok variasjon i informasjon og synspunkter fra deltakerne uten at det blir en så stor gruppe hvor deltakerne ikke lenger er komfortable med å dele erfaringer. Noen har også tatt til orde for «mini-fokusgrupper» med bare 3-4 deltakere, når deltakerne har spesialisert kunnskap eller erfaring som skal diskuteres i gruppen (Onwuegbuzie, Dickinson, Leech, Zoran, 2009, s. 3).

Hvor mange fokusgrupper eller informanter en bør inkludere i en studie vil variere alt etter hvilken forsker man spør, men gullstandarden innenfor kvalitativ forskning har vært at en skal ha med nok deltakere til en når et metningspunkt og en ikke lenger vil oppnå ny kunnskap ved å inkludere flere deltakere. Problemet med denne tilnærmingen er at man ikke i designet av studien vet hvor mange fokusgrupper en bør inkludere da dette oftest kommer frem først i analysen av dataene (Guest, Namey, McKenna, 2017, s. 5). I en analyse av 40 fokusgrupper og en oppsummering av eksisterende forskning på feltet fant Guest et. al. at 80 % av meningsinnholdet var tilstede allerede etter 2-3 fokusgrupper og at 90 % av temaene ble identifisert etter 3-6 fokusgrupper. Videre ble de viktigste hovedtemaene identifisert etter tre fokusgrupper, og den informasjonen som kom etter var etter hvert variasjoner over samme tema (Guest et. al., 2017, s. 18). De argumenterer derfor med at det ikke nødvendigvis er behov for et stort antall fokusgrupper om man har en relativ homogen gruppe og et tydelig tema for studien (Guest et. al., 2017, s. 17).

For å få tak i informanter til studien ble først hovedprosjektlederen for Samhandlingsprosjektet ved helseforetaket kontaktet og informert om hensikten med denne studien. Vi ønsket å ha med noen kommuner som hadde implementert løsningen i større eller mindre grad og noen kommuner som ikke hadde klart overgangen til implementering fra pilot i like stor grad. Fra

hovedprosjektlederen og koordinator for hovedprosjektet ble det utarbeidet en liste med aktuelle kommuner og med notater om implementering og prosjekt slik at vi kunne få med ulike erfaringer fra ulike kommuner. Alle kommunene hadde kontaktpersoner for prosjektene. Det var disse kontaktpersonene som ble kontaktet og en forespørsel til å være med i studien ble sendt ut. Totalt ble 7 kommuner kontaktet, hvorav kontaktpersonene i den ene kommunen var positive til å delta, men det ikke lyktes å sette opp et møte. En kommune ble ansett for å være litt for liten til å kunne gjennomføre fokusgruppeintervju da de ikke hadde tilstrekkelig antall informanter.

I utgangspunktet var studien planlagt med fire fokusgrupper, med 5-10 deltakere per gruppe. Fra kommunene ønsket vi at de sentrale interessentene skulle være med på intervjuene og ba kontaktperson om å velge ut informanter fra IKT, prosjektledere, ledere i kommunen, representanter for ulike brukergrupper i kommunen (f.eks. fysioterapi, psykisk helse, fastleger) og andre relevante interessenter og brukere. Vi ønsket ikke å ha med pasienter eller andre grupper som ikke hadde en profesjonell rolle som bruker i kommunen.

## **5.7 Endringer av opprinnelig oppsett**

Som Kvale og Brinkmann angir, så er forskningsprosessen ofte preget av overraskelser og designendringer og behov for å treffe beslutninger underveis i prosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 135). Da det etter fire intervjuer forelå to fokusgrupper med fem deltakere, og to fokusgrupper med 2-3 deltakere ble det besluttet å ta med en femte fokusgruppe for å få opp antallet deltakere og øke validiteten og styrken til forskningsprosjektet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Studien endte derfor opp med fem fokusgrupper, hvor en gruppe hadde fem deltakere, en hadde seks deltakere, en hadde fire deltakere, en gruppe hadde tre deltakere og den siste hadde fire. For å oppsummere blir det 20 informanter. Med henvisning til «mini-fokusgrupper» har vi valgt å inkludere alle fem gruppene i studien da de små gruppene ser ut til å komme med litt annen informasjon enn de større gruppene. Alle gruppene består av deltakere og medlemmer av det telemedisinske prosjektet og kan således ses på som «eksperter», noe som vil være med på å argumentere for at disse kan være inkludert til tross for lavt antall informanter. Ved å ha fem fokusgrupper vil vi også ha et godt grunnlag for å kunne se på pilotprosjektene og sammenligne erfaringene fra disse på tvers av gruppene.

## 5.8 Datainnsamling – intervju via videokonferanse

Intervjuer som foregår ansikt-til-ansikt innebærer å være fysisk tilstede og gir adgang til ikke-språklig informasjon som ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 178). Det er også kjent at mye av kommunikasjonen er ikke-verbal og formidles gjennom kroppsspråk og gester. Hvor det ikke er samsvar mellom stemmen og kroppsspråket har vi en tendens til å stole på kroppsspråket (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 126). I hovedsak har man i kvalitative forskningsintervjuer vært fysisk tilstede med personene som blir intervjuet. Det er imidlertid en økning i andre former for datastøttede intervjuer som bruker teknologi som telefon, datamaskin og internett. Det har blitt skrevet en del om e-postintervjuer og telefonintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 178), men i mindre grad om bruken av videokonferanseutstyr.

I telemedisin og business er intervju via video ansett som et bra alternativ eller tillegg til vanlig behandling og blir mer og mer vanlig (Sedwick & Spiers, 2009, s. 1). I litteraturen om kvalitative forskningsmetoder hvor intervjuet er i fokus, har intervjuer som foregår ansikt til ansikt vært gullstandarden (Deakin & Wakefield, 2014, s. 603; Nehls, Smith & Schneider, 2015, s. 141). Det finnes lite litteratur som tar for seg online intervjuer som foregår synkront over medier som Skype eller annet videokonferanseutstyr (Deakin & Wakefield, 2014, s. 604). Men med et samfunn som i økende grad bruker og tar i bruk teknologi er det flere metoder tilgjengelige enn noen gang tidligere og også for forskningen gjør dette at forskeren har muligheter til å samle inn data over større avstander med mer fleksibilitet (Sedgwick & Spiers, 2009), mer effektivt (Nehls et al., 2015, s 141) og gir også tilgang til andre befolkningsgrupper enn tidligere (Matthews & Cramer, 2008, s.301). Nehls, Smith & Schneider argumenterer for at online intervju kan være et vel så godt alternativ til intervjuer foretatt i samme rom og ikke bare det nest beste alternativet som telefon har tradisjonelt vært (2015, s. 141). Deaking & Wakefield har også positive erfaringer ved bruk av videokonferanse i intervjusituasjonen, men peker også på enkelte faktorer som bør være på plass.

Sedgwick og Spiers påpeker at samtalen kan være mer formell, mindre spontan og det kan være mindre naturlig flyt i samtalen (2009, s.2). Nehls, Smith og Schneider (2015) viser til at de fikk

et rikere datagrunnlag på kortere tid, fordi det var mindre småprat innimellom, men at de samtidig fikk mye ikke-verbal kunnskap om intervjuobjektene når de fikk samtale med de i sitt naturlige miljø. De fikk intervjuet personer som ellers ikke ville hatt tid eller mulighet til å delta på grunn av jobb, avstand eller andre faktorer i livet sitt (2015, ss. 152-153). Videre ser de at det utgjør en forskjell hvor vant intervjuobjektene er til teknologien og sier videre at videokonferanse ikke passer for alle typer kvalitative studier, men kan være en del av et bra studiedesign hvor forholdene ligger til rette for det (2015, s.154). Problemer kan være at en mister litt av den nærheten og ikke-verbale kommunikasjonen som man har i intervjusituasjonen når man er fysisk til stede, samtidig som noen intervjuobjekter kan synes at det er ubehagelig å bli filmet. I tilfellene hvor man ikke har møttes før, kan skjermen skape en avstand og det kan også bli problemer med utstyret. I tillegg kommer det nye problemstillinger for forskeren; det kan være enklere å avslutte et intervju ved å kun trykke på en knapp, terskelen for å avlyse intervjuet kan være lavere og det kan være mer komplisert å få til en ordentlig samtykkeerklæring (Deakin & Wakefield, 2014, s. 605).

Kvale og Brinkmann hevder at et kvalitativt intervju ikke bare handler om to eller flere personer som treffes for å prate med hverandre, men at det i møtet også er en rekke ikke-menneskelige faktorer som man kan og bør ta hensyn til dersom de kan ha analytisk betydning. Interaksjonen med miljøet kan påvirke stemningen i intervjuet, men også fysiske ting som båndopptaker vil kunne endre stemningen og fortroligheten (Kvale & Brinkmann, 2015, s.130). I denne studien vil en kunne tenke seg at både lydopptak og videoutstyr vil kunne føre til en avstand mellom moderatorene og informantene og at det vil være vanskeligere å observere kroppsspråk, ansiktsuttrykk og gester.

## **5.9 Kontekst for fokusgruppeintervju**

Kvalitativ forskning forsøker å forstå fenomener i sin sammenheng og fremstilles ofte som kontekstuell (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 114). Hvor mye og hvordan denne konteksten påvirker er det mer uenighet om, men vi velger her å ta med litt om kontekst for intervjuene i hver kommune slik at forskjellene mellom intervjuene er tydelige for leseren når resultatene blir fremstilt i senere kapittel (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 307). Alle kommunene har hatt en

prosjektperiode. Noen av kommunene har kommet inn i prosjektet senere enn andre, men har ellers hatt like forutsetninger for implementering av tjenesten.

### **Kommune 1**

Intervju med både moderator og en assisterende moderator på videokonferanse.

Selve fokusgruppen bestod av 5 informanter og kommer fra en kommune hvor tjenesten er implementert. Alle deltakerne i fokusgruppen bidro aktivt i intervjuet og det var god gruppedynamikk.

### **Kommune 2**

Intervju med moderator/ intervjuer fysisk tilstede hos informantene pluss to assisterende moderatorer via videokonferanse. Også i denne kommunen er tjenesten implementert og det deltok 6 informanter.

### **Kommune 3**

Også i dette intervjuet var moderator tilstede og en assisterende moderator fulgte opp på video. Tjenesten er ikke implementert i kommunen og ved forespørsel var det kun mulig å få med to informanter, det var rett og slett ikke flere i kommunen som hadde vært involvert i prosjektet.

### **Kommune 4**

Videokonferanse med moderator og en assisterende moderator tilstede på video. To av tre informanter deltok på telefon og hadde handsfree samtidig som de kjørte bil til et annet møte. Alle tre informantene var ledere i sin kommune og ga effektiv uttrykk, de var vant med å ta møter i bilen på veien. Kommunen har vært med fra starten av prosjektet, men mener at det ikke er implementert i egen kommune.

### **Kommune 5**

Intervjuet ble gjennomført med både moderator og en assisterende moderator via video. Utstyret er en laptop med videoutstyr og for å komme med både i lyd og bilde må deltakerne sitte litt på rad og rekke.

## 5.10 Analysemetode

Når man har en teori som utgangspunkt for studien, kan det være hensiktsmessig å bruke styrt innholdsanalyse av dataene. Formen er deduktiv i tilnærmingen og målet med innholdsanalysen er å bruke en eksisterende teori som er med på å forklare og analysere meningsinnholdet. En teori som blir brukt som rammeverk for analysen, vil kunne være med på å presisere problemformuleringen og ny forskning som bruker samme rammeverk vil kunne være med på styrke eller utvide dette teoretiske rammeverket (Hsieh & Shannon, 2005, s.1281). I denne analysen vil det være et teoretisk rammeverk som styrer analysen på et overordnet nivå og setter kategoriene. Men siden rammeverket er såpass løst i formen, vil analysen også bære preg av å være utforskende og undrende i tilnærmingen og være åpen for at det kan være andre kategorier og meningsinnhold som ikke passer inn i rammeverket eller som kan være med på å utvide dette. Dataene har blitt kodet til meningsenheter (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 230-231) og deretter plassert i de teoretiske kategoriene, hvor dette har passet inn (Hsieh & Shannon, 2005, s.1281). Koding her, viser til den prosessen hvor data har blitt kategorisert, konseptualisert og sammenlignet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 226).

## 5.11 Refleksjoner rundt studien og metodekritikk

Kvalitativ metode og intervju som forskningsdesign blir brukt når vi ønsker å forstå et fenomen og vil forsøke å svare på forskningsspørsmål av typen hvordan og på hvilken måte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 135; Yin, 2003, s. 4-10). Styrken til en kvalitativ studie med intervju som datainnsamlingsmetode er nettopp at vi kan få en god oversikt og forståelse av det fenomenet vi studerer. Men kvalitative studier er kontekstavhengig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 114) og vi kan derfor ikke bruke resultatene av studien til en statistisk generalisering for å si noe om alle pilotprosjekter innen telemedisin på generell basis (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 290). Likevel mener vi at resultatene i studien kan gi veiledning og god informasjon om hva som kan tenkes å være viktig i lignende implementeringer av telemedisinske pilotprosjekter i kommuner og være med på å forsterke rammeverket til Eikebrokk, Moe og Stendahl (2016). Hvorvidt og i hvilken grad en generalisering skal ha gyldighet utover det gjeldende case, avhenger av i hvilken grad trekkene som sammenlignes er relevante for tilsvarende case (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 290-291).

I studien er det brukt fokusgruppeintervju hvor en av fordelene er at man beholder en fleksibilitet hvor man har muligheten til å komme med oppfølgingsspørsmål for å oppklare ulike utsagn (Johannessen et al., 2016, s. 145). I tillegg kan man få med seg ulike signaler som oppstår i rommet for eksempel mellom deltakerne under intervjuet, som for eksempel gruppedynamikken (Lerdal & Karlsson, 2009, s. 172). Vi har gjennomført gruppeintervjuer på både video og telefon, og denne datainnsamlingsmetoden kan sannsynligvis ha påvirket både gruppedynamikken og opplevelsen av intervjuet hos informantene. Det kan tenkes å ha påvirket resultatet, men moderator i studien opplevde ikke nevneverdig forskjell i gruppedynamikken i de fem ulike intervjuene. Alle informantene i gruppene som ble intervjuet kjente hverandre og konfidensialiteten med forskerne gjorde at de uttrykte at de satte pris på en mulighet til å være med på å evaluere prosjektet. Det intervjuet som skilte seg ut i størst grad, var intervjuet hvor to av informantene var med på telefon. Her snakket informantene i større grad i munnen på hverandre og det kan ha sammenheng med at de ikke satt i samme rom og fikk den naturlige gruppedynamikken og mistet kroppsspråk og tegn som gjør at samtalen flyter mellom deltakerne.

Reliabilitet handler om at studiens konsistens og at forskningsresultatene oppfattes som troverdige (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Kan resultatet av studien reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere og vil intervjuobjektene endre sine svar om det er andre som stiller spørsmålene? I et gruppeintervju vil man aldri kunne styre diskusjonen og ha garanti for at de samme svarene vil komme opp skulle det gjentas. I tillegg er det umulig for andre forskere å duplisere noen andres kvalitative studier (Johannessen et al., 2016, s. 231).

Vi har brukt en semistrukturert intervjuguide med hjelpespørsmål og hovedtema for å holde fokus i samtalen, noe som også ville sikre at de vesentlige temaene blir berørt. For å øke reliabiliteten i vår studie valgte vi å ha samme moderator som leder i alle intervjuene (Bjørklund 2005, s. 46; Johannessen et al., 2016, s. 146).

Om videointervju har Sedgwick og Spiers påpekt at samtalen kan være mer formell, mindre spontan og det kan være mindre naturlig flyt i samtalen (2009, s. 2). Nehls, Smith og Schneider

(2015) peker på at de fikk et rikere datagrunnlag på kortere tid, fordi det var mindre småprat innimellom, men at de samtidig fikk mye ikke-verbal kunnskap om intervjuobjektene når de fikk samtale med de i sitt naturlige miljø. De fikk intervjuet personer som ellers ikke ville hatt tid eller mulighet til å delta på grunn av jobb, avstand og eller andre faktorer i livet sitt (2015, s. 152-1553). De ser at det utgjør en forskjell på hvor vant intervjuobjektene er til teknologien og sier videre at videokonferanse ikke passer for alle typer kvalitative studier men kan være en del av et bra studiedesign hvor forholdene ligger til rette for det (2015, s. 154). For denne studien har videokonferanse vært med på å øke datamaterialet og muligheten til å gjennomføre intervju både med flere kommuner og flere informanter innad i kommunene. Det var også tydelig at de som ble intervjuet var vant med videokonferanse og videoutstyr og at de ikke lot seg sjenere nevneverdig av at dialogen foregikk på skjerm med noen eller alle av moderatorene.

Det kan være ulikt hva som blir oppgitt av ideelt antall fokusgrupper for å få inn nok datamateriale. Guest et al., 2017, s. 17) argumenterer for at det ikke nødvendigvis er behov for et stort antall fokusgrupper om man har en relativt homogen befolkningsgruppe og et tydelig tema for studien. Vi har inkludert fem fokusgrupper og anser det som tilfredsstillende i henhold til oppgavens tidsramme og fokus. En svakhet med studien er at tre av fokusgruppene er på færre enn fem deltakere. Før intervjuene skulle gjennomføres ble det forsøkt å rekruttere opp til 8 deltakere fra hver av de fire kommunene, men frafall og mangel på nok interessenter som kunne delta i det hele tatt gjorde at det ikke var mulig å gjennomføre med alle gruppene. Med to fokusgrupper på 2 og 3 deltakere, ble det vurdert at det ville styrke studien å inkludere en femte kommune. Her skulle det også være 8 deltakere, men også her ble det frafall i siste liten gruppen bestod av fire informanter i den siste kommunen. Som tidligere nevnt, har det i litteraturen også henvist til at «mini-fokusgrupper» med bare 3-4 deltakere kan være tilstrekkelig, når deltakerne har spesialisert kunnskap eller erfaring som skal diskuteres i gruppen (Onwuegbuzie et al., 2009, s. 3). I denne studien er informantene en relativt homogen utvalgsgruppe (kommunalt ansatte med tilknytning til helse- og omsorg) og som kan ansees som eksperter innen sitt område og det vil derfor kunne veie litt opp for mangel på nok respondenter i henhold til “gullstandarden”. Risikoen er at variasjonen i erfaringer og samspillet blir mindre i de minste fokusgruppene enn det ville vært i en større gruppe samt at noe av gruppedynamikken blir borte.



For å vurdere studiens interne validitet, må man vurderer hvorvidt metoden er egnet til å undersøke det den skal undersøke og i hvilken grad våre observasjoner reflekterer det vi ønsker å vite noe om (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277; Johannesen et al., 2016, s. 232).

I denne studien vil det være om de fokusgruppeintervjuene vi har gjennomført er med på å avdekke den informasjonen vi ønsker å avdekke og om intervjuguiden vår som verktøy er med på å oppnå dette. Troverdigheten i en slik studie *”kan også styrkes ved at man tilbakefører resultatene til informantene for å få bekreftet resultatene, eller la andre kompetente personer analysere det samme datamaterialet for å se om de kommer fram til samme fortolkning av det”* (Johannesen et al., 2016, s. 232). Det er viktig med strenge ordrette transkripsjoner for å kunne utføre en god analyse av resultatet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 212). For denne studien innebærer dette å transkribere ordrett hva informantene har sagt, men oversette til bokmål for å kunne analysere, sammenligne og anonymisere svarene. Ved gjengivelse av sitat vil imidlertid usammenhengende setninger og fyllord fjernes, for å tydeliggjøre meningsinnholdet samt å unngå stigmatisering av informantene hvor muntlig språk i skriftlig form kan fremstå som mindre intelligent (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 214). I vårt tilfelle ble det poengtert i innledningen av alle intervjuene at informantene selv kunne få lese gjennom transkriberingene våre dersom de ønsket dette. Det var imidlertid ingen som uttrykte ønske om dette, derimot var alle interessert i å se sluttresultatet av studien.

Det kan også oppstå feilkilde i transkriberingen av materiale, det kan være flere som snakker i munnen på hverandre, støykilder som ødelegger opptaket, dialektuttrykk og annet (Kvale & Brinkmann, 2017, s. 211). Det er et par steder at enkelte ord har vært vanskelige å forstå i transkriberingen, men innholdet i setningen har likevel vært forståelig og ordene som har vært vanskelig å forstå har ofte vært navn på prosesser eller programmer som er ukjente for forskerne og hvor navnet likevel ikke er relevant for oppgaven. Det kan også oppstå ulikheter når den samme uttalelsen blir transkribert av to forskjellige personer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-212) og kategoriseringen av svar kan bli ulik (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). For å ivareta transkripsjonens intersubjektive reliabilitet vil alle forskerne gå igjennom transkripsjonene og kategoriseringen av alle intervjuene og avstemme kodingen og kategoriseringen. Det er ønskelig med en høy reliabilitet av intervjufunnene, for at resultatene ikke skal bli vilkårlige og subjektive (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276)

Ved å bruke styrt innholdsanalyse som analysemetode, vil teorien være med på å opplyse og løfte meningsinnholdet og hjelpe til med å strukturere datamaterialet. Men samtidig vil det alltid være en fare for at forskernes kunnskap og forforståelse vil gjøre det vanskeligere å oppdage ny mening og nytt innhold og forskeren kan raskt gå i fellen og legge vekt på de funnene som er med på å bekrefte denne forforståelsen heller enn å legge merke til de funnene som kan svekke den eksisterende teorien. Ved å legge en teoretisk forforståelse til grunn, kan forskeren også lett stille ledende spørsmål for å få bekreftet sin teori og det kan være en fare for at forskeren ikke ser like tydelige de kontekstuelle aspektene som også kan være styrende for fenomenet som blir studert (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1283). I denne studien vil det også være en fare for at teorien vil påvirke hvordan dataene som kommer inn blir tolket. Ved å være bevisst dette samt at det er tre stykker som har gjennomført studien og analysert data, har vi forsøkt å balansere dette og innta en åpen holdning til dataene. Dessuten vil i det teknologien og det overbyggende prosjektet er det samme og det som skiller casene er rammeverkene og organiseringen internt, være med på styrke ulikhetene i rammebetingelser og interesser som vi er spesielt interessert i.

I forskningen skal man forsøke å være objektiv og se fenomener ut fra seg selv og konteksten de befinner seg i, uten å være for farget av egne meninger, fordommer og forforståelse. Kvale og Brinkmann (2015, s. 273-274) snakker om refleksiv objektivitet hvor forskeren selv reflekterer over sitt bidrag til vitenskapen og sine fordommer. I tillegg er det å se på objektivitet som dialogisk intersubjektivitet og la objektet snakke og forholde seg lojal overfor meningen informantene har lagt i samtalen og intervjuet selv, sentralt i tolkningen og analysen av resultatene. Gjennom diskusjoner i forskergruppa, har vi forsøkt å balansere våre erfaringer opp mot hverandre og utnytte våre ulike erfaringer og bakgrunner til å være en styrke i fortolkning av meningsinnholdet.

## 6.0 FUNN

Etter transkribering, koding og analyse av de fem intervjuene har er de ulike kodene gruppert i tre kategorier, med underkategorier, tilsvarende referansemodellen Eikebrokk et al. (2016). Det er dermed tre hovedtema som vil bli brukt til å presentere funnene. Først vil kapittelet starte med en gjennomgang av første hovedtema, pilotprosjekter. Deretter vil vi gå videre til involvering av interessenter før vi avslutter med en gjennomgang av implementering, tjenesteinnovasjon og gevinster.

Tabell 1: Oversikt over kommuner og informanter (stilling og rolle i prosjektet)

<b>Oversikt over kommuner og informanter (stilling og rolle i prosjektet)</b>				
<b>Kommune</b>	<b>Størrelse på kommune og økonomisk handlingsrom*</b>	<b>Informant</b>	<b>Stilling i kommunen</b>	<b>Rolle i pilotprosjektet</b>
Kommune 1	7A. Mellomstor kommune med middels bundne kostnader og lave frie disponible inntekter	1	Kommuneoverlege	Prosjektledelse/ildsjel
		2	Fagansvarlig	Bruker
		3	Psykiatrisk sykepleier	Prosjektledelse/ildsjel
		4	Fagansvarlig psykisk helse	Prosjektledelse/ildsjel
		5	Fysioterapeut	Bruker
Kommune 2	7A. Mellomstor kommune med middels bundne kostnader og lave frie disponible inntekter	1	Miljøarbeider	Bruker
		2	Leder helse og omsorg	Toppleder
		3	Enhetsleder helseavd	Prosjektledelse/ildsjel
		4	Spesialsykepleier	Prosjektledelse/ildsjel
		5	Enhetsleder helseavd	Bruker
		6	Enhetsleder barnebolig	Bruker
Kommune 3	6B. Mellomstor kommune med lave bundne kostnader	1	Fagansvarlig	Prosjektledelse (tidlig fase)
		2	Innovasjonskoordinator	Prosjektledelse (fra midtveis i prosjektet)
Kommune 4	6B. Mellomstor kommune med lave bundne kostnader	1	Rådgiver helse og omsorg	Prosjektleder
		2	Leder ROP	Toppleder
		3	Ass helse og omsorgssjef	Toppleder
Kommune 5	4B. Liten kommune med middels bundne kostnader og middels frie disponible inntekter	1	Tjenesteleder	Prosjektledelse/ildsjel
		2	IKT-konsulent	Teknisk kontakt og support
		3	Fagleder psykisk helse	Prosjektledelse/ildsjel
		4	Saksbehandler tildeling/velferdsteknologi	Bruker

\*Kommuner klassifisert etter KOSTRA, StatKommuneRapportering. (Langørgen, Løkken & Aaberge, 2015)

## 6.1 Pilotprosjekter

Av de fem pilotprosjektene var det tre kommuner, Kommune 1, 2 og 5 som implementerte den telemedisinske løsningen og tok den i bruk. Kommune 3 og kommune 4 implementerte ikke løsningen i drift etter at prosjektperioden var over. De ulike pilotprosjektene i kommunene har alle hatt en knytning til Samhandlingsprosjektet og har i større eller mindre grad benyttet seg av tjenestene og støtten fra den sentrale prosjektledelsen. Hovedprosjektleder har fått pilotprosjektene i gang, holdt ukentlige møter og delt ut oppgaver til de ulike kontaktpersonene fra kommunene. De har alle håndtert opplæring og informasjon internt i kommunen på ulike måter.

Tabell 2: Oversikt over pilotprosjekter og lokal prosjektorganisering

Pilotprosjekter – lokal prosjektorganisering i kommunene, nytteverdi, opplæring og brukere						
Kommune	Prosjekt-organisering	Opplevd nytteverdi av Samhandlingsprosjektet	Opplæringsopplegg i kommunene	Nye brukergrupper som følge av pilotprosjektene	Kommune med eget digitaliseringsprosjekt	Antall aktive brukere som direkte følge av pilotprosjektene
Kommune 1	Soft	Stor.	Prosjektgruppen har avholdt felles kurs samt en til en opplæring.	Ja, innenfor helse- og omsorgsavd.	Nei	20-25
Kommune 2	Soft	Stor, men også opplevelse av mangelfull struktur.	Hovedsakelig en til en opplæring. Også forsøkt med felles kurs.	Ja, innenfor helse- og omsorgsavd.	Nei	20-30
Kommune 3	Soft	Liten. Mest til inspirasjon. Opplevelse av mangelfull struktur.	En til en opplæring i begrenset grad.	Ingen aktive kjent av prosjektledelsen. Ca 10 ansatte har lastet ned aktuell programvare.	Ja	0
Kommune 4	Hard	Liten. Demotiverende. Opplevelse av mangelfull struktur.	Ukjent omfang.	Ingen, eller få.	Ja	0
Kommune 5	Soft	Stor, men også opplevelse av mangelfull struktur.	Prosjektgruppen har avholdt kurs samt en til en opplæring. I tillegg engasjert sentral prosjektkoordinator til felleskurs.	Ja, innenfor helse- og omsorgsavd, barnevern, kommuneleger, rektorer, mv.	Nei	40

### 6.1.1 Prosjektorganisering

Av de fem kommunene hadde de fleste en ganske løs og forsiktig prosjektorganisering (“soft”), kun Kommune 4 hadde en prosjektorganisering med formell prosjektstruktur og en fast prosjektleder (“hard”). Kommune 1 hadde med tre prosjektdeltakere som styrte pilotprosjektet i fellesskap, mens Kommune 3 hadde kun med en kontaktperson. Kommune 2 hadde et par

personer som styrte pilotprosjektet internt og var tilgjengelige som superbrukere for andre som ville bruke utstyret. Kommune 5 hadde også flere prosjektdeltakere med i pilotprosjektet og hadde knyttet Samhandlingsprosjektet inn under et større digitaliseringsprosjekt i kommunen.

Også kommune 3 og 4 hadde et større kommunalt digitaliseringsprosjekt utenom pilotprosjektet, og i disse opplevdes pilotprosjektet som et ekstra prosjekt ved siden, utenom digitaliseringsprosjektene. De har enten hatt Samhandlingsprosjektet som inspirasjon til egne løsninger (Kommune 3) eller har slitt med å finne plassen til prosjektet i allerede etablerte løsninger (Kommune 4).

For noen av kommunene ble behovet for egen prosjektstyring på sett og vis erstattet av hovedprosjektleder for Samhandlingsprosjektet.

*“Vi hadde jo ikke noen tung prosjektorganisasjon lokalt, du kan godt si det sånn at hun representerte en prosjektledelse og på sett og vis erstattet behovet for vårt eget.” (Kommune 1, informant 1).*

### **6.1.2 Involvering av prosjektledelsen i Samhandlingsprosjektet**

Involveringen av hovedprosjektleder i Samhandlingsprosjektet har blitt oppfattet forskjellig i de ulike pilotprosjektene. Spesielt Kommune 1 og 5 snakket om at de var fornøyde med hjelpen de hadde fått under prosjektperioden, mens Kommune 3 syntes det ble mye mas og fant ikke helt verdien i prosjektet. Kommune 4 var med fra starten av og i oppstartsprosessen til selve Samhandlingsprosjektet. De fullførte ikke pilotprosjektet i egen kommune da de allerede hadde gjort mange av tiltakene før prosjektperioden.

*“Vi fikk jo kjempefin veiledning løpende fra hovedprosjektlederen, med bruksanvisning på hvordan rommet skulle være, lyset osv. Vi ble jo fulgt og leid av hovedprosjektlederen.” (Kommune 1, informant 1).*

Det kommer også frem at noen har opplevd de ukentlige møtene og all e-postkorrespondanse og informasjon som har blitt gitt gjennom prosjektperioden som overveldende, dette ble tatt opp av samtlige kommuner. Spesielt fra kommunene som har deltatt fra et tidlig tidspunkt opplevde mange gjentakelser underveis da stadig nye kommuner ble involvert under prosjektperioden.

*“Det var sånn vi kommuniserte også (om e-post) mellom de møtene over videokonferanse som var forholdsvis hyppig. Det kom det masse informasjon om hva vi skulle forberede oss på, eller hva det var som var tema for neste gang og det kunne være ulike temaer og gjerne erfaringer fra andre. Men etter hvert som tida gikk så kom det veldig mye informasjon mellom disse møtene og det kunne være påminnelser for ting vi skulle ha gjort.” (Kommune 2, informant 3).*

*“Hovedprosjektleder ønsket å få på fler og fler og da ble det gjentakelse.” (Kommune 3, informant 1).*

Det kom også frem underveis i intervjuene at Kommune 4 følte at de manglet et eierforhold til pilotprosjektet og at det skapte forvirring at selve kartleggingen av aktuelle kommuner fra Samhandlingsprosjektets side foregikk etter at prosjektperioden var startet.

*“Vi fikk liksom ikke tak på prosjektet hvis vi kan si det sånn. Vi fikk ikke noe eierforhold til prosjektet.” (Kommune 4, informant 1).*

### **6.1.3 Opplæring, involvering og tiltak**

Det er stor variasjon i hvordan pilotprosjektet har blitt tatt i bruk, hvordan det har blitt markedsført, kommunisert og spredd ut i kommunene med tiltak og opplæring. Kommune 1 har holdt kurs og vært tilgjengelige som ressurspersoner for alle relevante brukergrupper i kommunen.

*“I sum så tror jeg vi gikk gjennom to runder med henholdsvis tre og to kurs, der fikk til sammen tilbudt slik at det var nedlastning tilbud for 90 -100 ansatte. Ganske mange. Og kursene ble vel besøkt av et sted mellom 35-40 personer hvorav en to, tre fastleger i gjennomsnitt” (Kommune 1, informant 2)*

I Kommune 5 blir det å bruke videoutstyr presentert som en naturlig del av arbeidsoppgavene til nyansatte i kommunen og det ble avholdt kurs for ca 50 ansatte på videokonferanse med hovedprosjektleder i oppstarten av Samhandlingsprosjektet. I Kommune 3 har det vært begrenset opplæring i organisasjonen, men det har blitt utarbeidet informasjonsmateriell for bruk av videokonferanseutstyr som er utplassert på møterommene. I Kommune 4 har det ikke vært egen opplæring i sammenheng med Samhandlingsprosjektet da videokonferanse var etablert før kommunen ble med, men det har blitt oversendt noe informasjon til andre i kommunen. Også i Kommune 2 har det kun blitt sendt ut mail med informasjon og invitasjon til å bruke utstyret.

*“Hvis en tenker på involvere interessenter i kommunen på bruk av utstyret, ble det sendt ut en mail og en beskjed om at det nå gikk an å booke dette rommet i Outlook med hvor man hentet nøkkel og alle sånne praktiske ting” (Kommune 2, informant 3).*

Og med det vil vi gå videre for å se på hvordan de ulike kommunene har inkludert ulike interessenter i pilotprosjektet.

## **6.2 Interessenter**

Kommunene har hatt involvering av forskjellige typer interessenter. I utgangspunktet var det de ansatte innen psykiatri i Helse- og omsorgsavdelingene som var målgruppe, men dette har variert fra kommune til kommune og i noen tilfeller har det virket nesten litt tilfeldig hvem som har blitt prosjektdeltakere.

«Mitt inntrykk er det at pilotprosjektet sendte ut alt for mange innbydelser, og da var det litt tilfeldig hvor den innbydelsen traff. Og da den traff min enhetsleder, og bare ble videresendt til meg så har den ikke den nødvendige forankringen i organisasjonen til et sånt prosjekt.»  
(Kommune 3, informant 2).

Noen av de aktuelle interessentene har vært IKT, ledere på ulike nivåer, ulike fagmiljøer i kommunen og pasienter. Andre har vært eksterne samhandlingspartnere som helseforetak, institusjoner eller andre kommuner.

Tabell 3: Oversikt over kommunenes involverte interessenter

Oversikt over interessenter										
Kommune	Brukere		Eksterne samhandlingspartnere		IKT		Toppleidelse		Ildsjeleer	
	?	Kommentar	?	Kommentar	?	Kommentar	?	Kommentar	?	Kommentar
Kommune 1	Ja	Ulike brukere i Helse og omsorgsavd. inkl fastleger	Ja	Helseforetak, NAV og interkommunale samarbeidsmøter	Ja	Involvert i anskaffelser og teknisk tilrettelegging. Ikke support.	Ja	Administrativ og politisk ledelse.	Ja	Kommuneoverlege, psykiatrisk sykepleier, fagansvarlig psykisk helse
Kommune 2	Ja	Ulike brukere i Helse og omsorgsavd.	Ja	Helseforetak, BUP og DPS.	Ja	Involvert i anskaffelser og teknisk tilrettelegging. Ikke support.	Ja	Administrativ og politisk ledelse.	Ja	Enhetsleder helseavd, spesialsykepleier
Kommune 3	Nei	Bruker video, men ikke som følge av pilotprosjektet.	Nei	Bruker video, men ikke som følge av pilotprosjektet.	Ja	Involvert i anskaffelser og teknisk tilrettelegging. Ikke support.	Nei	Kun 1 enhetsleder involvert.	Nei	
Kommune 4	Nei	Bruker video, men ikke som følge av pilotprosjektet.	Nei	Bruker video, men ikke som følge av pilotprosjektet.	Ja	Involvert i anskaffelser og teknisk tilrettelegging. Ikke support.	Ja	Administrativ og politisk ledelse.	Nei	
Kommune 5	Ja	Ulike brukere i Helse- og omsorgsavd. inkl fastleger samt barnevern, rektorer mv.	Ja	Helseforetak, BUP og DPS samt annen ikkeklinisk bruk.	Ja	Involvert i anskaffelser og teknisk tilrettelegging samt support.	Nei	Administrativ og politisk ledelse.	Ja	Tjenesteleder, fagleder psykisk helse



### 6.2.1 Involvering av brukere

Flere av kommunene har lyktes i å få med et bredt grunnlag med mange ulike miljø involvert. Kommune 1 og 5 var de kommunene som klarte å rekruttere bredest, hvor de både via opplæring og bruk oppnådde størst variasjon i brukergruppene. Begge disse kommunene hadde fokus på ulike brukergrupper og satset på mye kommunikasjon for å få ut informasjon om tjenesten.

*“Jeg tror faktisk for å få med 15-20 -25 aktive brukere så er man nødt til å spre det til hundre. Det vil alltid være noen, Og da er det noen fugleunger som detter ut av redet og aldri lærer å fly” (Kommune 1, informant 1).*

*“Vi leide inn hun «hovedprosjektleder» da. Hun holdt et foredrag på via Cisco meetingApp. Der hadde vi 50 ansatte. Hos oss så har alle tjenesteledere, fagansvarlige, teamledere, fysio-/ergoterapeuter, leger og barnevern og rektorene på skolene har brukere. Vi er ca 40 brukere og det er jo ganske mye for vi er en ganske liten kommune” (Kommune 5, informant 1).*

Disse to kommunene lyktes også å få med fastlegene, noe som opplevdes som vanskelig i Kommune 3. Men heller ikke Kommune 1 syntes det var en enkel oppgave.

*“Jeg har også forsøkt å få med fastlegene men det er jo en vanskelig materie. Noen av de har vært på kurs.” (Kommune 1, informant 1)*

Kommune 2 har fått med noen grupper, men har ikke fått utvidet til så mange utover psykisk helses nærmeste samhandlingspartnere.

*“Ja, det er vi som sitter her. Dere er jo den største gruppa på en måte opp mot barneboligen eller så her i psykisk helse og avhengighet den avdelingen som er her så er det noen som sporadisk bruker det hvis det er samarbeidsmøter eller avklaringer. Vi har ikke mye erfaring*

*på å bruke det med pasient for det det er veldig mange av pasientene som vegrer seg for det. Så det har vi ikke noe særlig erfaring med enda, men det er ikke mange utover de som sitter her. Ergo og fysio har vært med deg og brukt det litt. Ellers så ingen fra sykehjemmet kan jeg si å ha sett her og ingen andre fra hjemmetjenesten enn deg tror jeg ettersom jeg vet om. Men du og jeg har jo hatt noen møter. Legesenteret har ikke. Det har vært leger som har vært med i møter vi har hatt, men ikke av eget initiativ “ (Kommune 2, informant 3).*

Kommune 3 hadde ikke involvert noen andre i prosjektet enn de to som fungerte som prosjektledere, med unntak av en ansatt fra lokal DPS var med på noen møter med sykehuset. Kommune 4 hadde heller ikke gjort så mye for å inkludere flere i prosjektet og holdt deltakelsen på ledernivå:

*“I og med at jeg var med, så synes ikke de at det var noe behov å delta. Jeg var jo deres leder.” (Kommune 4, informant 2).*

### **6.2.2 Involvering av eksterne samarbeidspartnere**

Samhandling med eksterne partnere var noe alle kommunene, unntatt Kommune 3, belyste som tema under intervjuene. De har alle hatt blandede erfaringer med dette. Kommune 1 sier at selv om de har vært ivrige på bruken av videokonferanse, så møter de motstand hos andre.

*“En ting er entusiasme hos egne, men så skal man ha samarbeidspartnere som også skal være med på det og se nytten av det. Ved samarbeidsmøter med sykehusene for eksempel, der er det litt motstand. Men det er noe med å forandre noe som har vært - endre en praksis. Det er ikke alltid like lett.” (Kommune 1, informant 3)*

Kommune 1 snakker også om å ha brukt tjenesten mot et mindre helseforetak samt NAV og dermed ikke kun innad i psykiatrien. Kommune 2 snakker om å ha samhandlet både med institusjoner og større helseforetak. I tillegg har de brukt tjenesten i forbindelse med

administrative møter med en annen kommune. Det kommer frem at løsningen kan være sårbar. Dersom den ene personen som kan systemet ikke er tilgjengelig, kan man ikke bruke videokonferanse. I tillegg har de møtt på situasjoner hvor de selv har hatt utstyret på plass, mens samarbeidspartneren som de har ønsket å samhandle med ikke har hatt det.

*“Og så er jo den delen med at samarbeidspartnerne våre må være på videokonferanse eller så kommer vi ingen vei.” (Kommune 2, informant 1).*

*“Det har vi faktisk opplevd at vi har hatt utstyr og ikke andre.” (Kommune 2, informant 4).*

*“Ganske mange ganger så har vi opplevd det.” (Kommune 2, informant 3).*

På spørsmål om dette er noe de selv har hatt noen måte å påvirke eller myndighet til å endre, svarer de nei. Dermed blir det ofte slik at en av partene må reise til den andre for å ha et fysisk møte. Kommune 2 konkluderer med at det i slike situasjoner er de selv som må ta fatt på reisen. Kommune 4 snakker om lignende situasjoner og forteller om en hendelse hvor de ønsket å bruke videokonferanse med en samarbeidspartner, men som endte med at det ikke gikk likevel på grunn av lang reisevei for den andre parten for å låne utstyr. Kommune 5 beskriver derimot flere positive opplevelser og et stadig økende antall samhandlingspartnere.

*“Ja, jeg opplever det. I hvert fall jeg og mine samarbeidspartnere. Jeg husker at i løpet av de mandagsmøtene med hovedprosjektlederen så hadde vi en runde på det om hvem vi kunne tenke oss å kunne bruke det her på. Det har h\*n jobbet med og det kommer flere og flere mennesker og institusjoner som ser hva vi klarer å få til på videokonferanse. Så det er jo litt artig at vi kan se å ha lykket med det.” (Kommune 5, informant 3).*

### **6.2.3 Involvering av IKT**

Alle kommunene har snakket om hvordan IKT-avdelingene har vært involvert som interessant i pilotprosjektene og dette ble også spesifikt spurt etter i intervjuene. Tre av fem kommuner har hatt en egen datakontakt som de har kunnet kontakte for assistanse. Alle disse tre kommunene koblet på IKT-avdelingene i starten, men etterhvert som prosjektperioden var kommet i gang

ble behovet for IKT-hjelp mindre. Hjelpen de fikk i starten gikk på anskaffelser og å få tjenesten opp å gå med tilganger og lignende.

*“Nei... De drev med IKT så de har lite med pasientrettede ting å gjøre egentlig. De har åpnet brannmurene så det var tilgjengelig for programvaren.” (Kommune 4, informant 1).... “ vi bruker jo alltid dem hvis det er spørsmål om noen tilganger, så sånn sett så er de jo alltid med.” (Kommune 4, informant 2).*

I Kommune 5 var IKT sett på som en viktig del av pilotprosjektet.

*“Det var i hvert fall viktig at IKT var koblet på med en gang og at dette her var, det var på en måte en samlet rådmannsgruppe som var klare på at de ønsket at dette var noe vi skulle gå for.” (Kommune 5, informant 1).*

Og i denne kommunen var også en av IKT-medarbeiderne med i fokusgruppeintervjuet. H\*n snakket om hvordan IKT kunne ha vært enda mer involvert i pilotprosjektet blant annet med å lage egne videokonferansestudio. H\*n mener at dette kunne ha vært med på at tjenesten hadde blitt tatt enda mer i bruk. Rollen IKT-avdelingen i Kommune 5 har hatt i pilotprosjektet vært teknisk tilrettelegging og support, men uten at det har vært satt av ekstra bemanning.

*“Ja, vi har lagt opp til infrastrukturen, så den er i orden. Bortsett fra det så har vi ikke vært involvert i bruken av det. Vi har blitt involvert når det har oppstått tekniske utfordringer.” (Kommune 5, informant 2).*

Kommune 2 har ikke opplevd å få den hjelpen de trenger av sin datakontakt. Blant annet har nedetid ved oppgraderinger av systemet ført til mye frustrasjon og usikkerhet. De har ønsket seg en mer sømløs tjeneste med større grad av stabilitet og forutsigbarhet.

*“Jeg har ikke fått noe særlig hjelp fra vår lokale datakontakt. Det har ikke fungert. Vi har måttet finne ut av ting selv og det er vi ikke gode på ettersom det er langt utover vårt felt både med tanke på support og terminologien generelt.” (Kommune 2, informant 1).*

#### **6.2.4 Involvering av ledere på ulike nivå i kommunene**

Det er variasjon mellom de ulike pilotprosjektene i hvor stor grad forankring er gjort i toppledelsen, og om toppledelsen eller andre ledernivå har vært involvert i selve pilotprosjektet.

For flere av kommunene var det representanter fra **mellomlederne** i prosjektet eller tett på. Kommune 4 er den kommunen som er sterkest representert med både avdelingsledere og assisterende helse- og omsorgssjef i prosjektgruppa. Også i Kommune 5 er det med ledere fra ulike nivå, men da på avdeling- og enhetsnivå. Fra Kommune 2 var det i hovedsak to prosjektmedlemmer som drev prosjektet hvorav den ene var enhetsleder. Kommune 1 har hatt med kommuneoverlegen med sin faglige autoritet, men uten personalansvar. I Kommune 3 var det kun to prosjektdeltakere som var representanter fra fagsiden i kommunen og som fikk invitasjonen til å delta i Samhandlingsprosjektet videresendt fra sin leder.

Kommune 1 hadde som plan å involvere og forankre pilotprosjektet og bruken av det i ledersjiktet i kommunen:

*“Vi hadde jo også tatt sikte på å få med oss tjenesteledere, enhetsledere, i noe varierende grad så fikk vi det med.” (Kommune 1, informant 4).*

Ledelsen i Kommune 4 var godt representert, men det var ikke nødvendigvis like godt forankret på lavere ledernivå:

*“De fikk til Meeting appen på iPaden til å kunne brukes. Men i ettertid så hadde de fått beskjed om av sin leder under meg igjen at det var for dyrt å ha den appen. Så de hadde fått beskjed om å slette den. Det har jeg sagt at det er bare tull så at de skal legge den inn igjen.” (Kommune 4, informant 2)*

Involvering av **topplederen** i de ulike kommune er også ulik. I Kommune 1 var pilotprosjektgruppen fornøyd med hederlig omtale av kommunalsjefen i kommunestyret og avtalen med Samhandlingsprosjektet ble signert av kommunalsjef. I Kommune 2 var Samhandlingsprosjektet oppe til behandling i kommunestyret i forbindelse med budsjettforhandlinger og virkningene av pilotprosjektet ble nevnt i årsrapporten. I Kommune 4 er Samhandlingsprosjektet forankret hos rådmann, kommunalsjef og assisterende kommunalsjef for helse er også en del av prosjektorganiseringen. I Kommune 5 er pilotprosjektet forankret helt til topp:

*“Det startet jo med at rådmannsledelsen og tjenestelederne innenfor helse og omsorg hadde et møte – og IKT – hadde et møte med «hovedprosjektleder» og der vi bestemte oss for å inngå et samarbeid da” (Kommune 5, informant 1).*

Alle kommunene har altså hatt en forankring opp mot toppledelsen i kommunen, med unntak av Kommune 3 hvor forankringen kun var på mellomledernivå (enhetsleder).

### **6.2.5 «Ildsjeler»**

Kommune 1, 2 og 5 har alle kommet inn på betydningen av ildsjeler i pilotprosjektene sine. I Kommune 1 og 2 har de gått så langt som å si at uten ildsjeler ville sannsynligvis ikke pilotprosjektene fungert og at de har hatt stor betydning for implementering videre. Kommune 1 snakker både om hovedprosjektlederen som en ildsjel i tillegg til at noen av informantene i fokusgruppen også har hatt en slik rolle. De mener at egne ildsjeler har bidratt til å få forankret pilotprosjektet høyere opp i kommunen og til økt interesse rundt Samhandlingsprosjektet.

“Jeg tenker at det viktigste er at det er personer i prosjektet som kan framsnakket det og som kan vise til god erfaring og fremme det som en mulighet når man sitter og snakker sammen. Holde temaet varmt.” (Kommune 1, informant 5).

### 6.3 Implementering og tjenesteinnovasjon

Av fem kommuner, var det tre som implementerte løsningen og to som ikke tok den i bruk.

Tabell 4: Oversikt over kommunenes tjenesteinnovasjon i form av implementering

Tjenesteinnovasjon i form av implementering		
Kommune	Implementert	Gevinster
Kommune 1	Ja	Gevinster ikke kvantifisert, men ser store innsparinger i redusert reisetid. En opplevelse av bedre kvalitet på møtene samt at de er mer effektive.
Kommune 2	Ja	Gevinster ikke kvantifisert, men ser store innsparinger i redusert reisetid. Flere fra kommunen enn tidligere kan delta i møter med spesialisthelsetjenesten. Også benyttet til undervisning.
Kommune 3	Nei	Ingen konkrete gevinster. Prosjektet har vært inspirasjon til eget digitaliseringsprosjekt i kommunen.
Kommune 4	Nei	Ingen kjente gevinster som følge av pilotprosjektet. Hadde allerede etablert telemedisintjeneste i kommunen.
Kommune 5	Ja	Gevinster ikke kvantifisert, men ser store innsparinger i redusert reisetid. Pasienter gir uttrykk for at de er fornøyde med tjenesten.

#### 6.3.1 Suksessfaktorer

De kommunene som har tatt løsningen i bruk er tydelige i beskrivelsen av hva som har vært viktig for å lykkes med tjenesteinnovasjonen i pilotprosjektene. Gevinster i spart tid har vært en sterk motivasjon. Prosjektene har i stor grad gått over i drift og inn i kommunens rutiner uten noen formell overgang.

Tabell 5: Oversikt over hvilke suksessfaktorer kommunene selv mener har vært viktige

Suksessfaktorer - hvilke mener kommunene selv at har vært viktige?	Kom mune 1	Kom mune 2	Kom mune 3	Kom mune 4	Kom mune 5
Samhandlingsprosjektet - hovedprosjektleders rolle (ledelse og support)	+	+/-	-	-	+
Samhandlingsprosjektet - læring og inspirasjon fra de andre aktørene	+	0	+	-	+
Samhandlingsprosjektet- tilrettelegging	+	+/-	-	-	+
Prosjektorganisering - Soft prosjektmodell	+	+	0	0	+
Utvidet scope - flere brukergrupper enn i prosjektplan	+	0	0	0	+
Involvering av ildsjeler	+	+	0	0	+
Involvering av ledelse - mellomledernivå	0	+	-	0	+
Involvering av ledelse - toppledernivå	0	+	+	0	+
Involvering av lokal IKT - support	0	-	0	0	+
Intern kommunikasjon	+	+	0	0	+
Internt opplæringsopplegg	+	+	0	0	+
Finansiering - prosjektkostnader dekket av Samhandlingsprosjektet	+	0	0	0	0
Gevinster - kvalitative - kompetanseheving til flere ansatte, økt kvalitet i tjenesten og bedre internt samarbeid	+	+	0	0	+
Gevinster - kvantitative - Spart tid	+	+	0	0	+
IMPLEMENTERT	Ja	Ja	Nei	Nei	Ja

+ = positive utsagn

0 = nøytrale, ingen utsagn

- = negative utsagn

«Det ligger jo opp i dagen, det at fire eller fem mennesker skal slippe å reise og bruke arbeidstid og i stedet samhandle med noen på andre siden gjennom videokonferanse.» (Kommune 1, informant 1).

«Og jeg kan også si at vi har jo kjørt – vi bor jo, så vi er jo oppe i «området navn» og det er jo lange, lange avstander slik at det er jo... Sånn som for min del da, så har jo jeg møter i «annen kommune» altså det er jo med litt veiarbeid og sånne ting så er det jo kanskje 2 timer hver vei.» (Kommune 5, informant 1)

«Så det er jo tidsbesparende da. Du kan få plotta inn veiledning i en time i uka så slipper du



*kjøreturen som er en time i tillegg for de som skal veiledes. Så jeg synes det når det fungerer så er det kjempenyttig» (Kommune 2, informant 6)*

Det rapporteres også om en økt kvalitet og effektivitet i måten møter gjennomføres på og det vises også til flere eksempler på økt kompetansespredning ved at flere får deltatt på møter som avholdes langt unna. Hyppigere kontakt og bedre oppfølging har også vært viktig.

*«Jeg tror det var et viktig poeng det (Kommune 1, informant 2) tar opp, at vi får kvalitativt bedre møter fordi vi samles litt i forkant av oppkoblingen og så gjør man på sett og vis en avstemming av det som skal presenteres til motparten og så har man mulighet til et sånt ettermøte umiddelbart.» (Kommune 1, informant 1).*

Videre varierer svarene på hva som har vært suksessfaktorene for de kommunene som har klart å komme i drift etter pilotprosjektet fra de som ikke har klart det. Fra «suksesskommunene» (Kommune 1, 2 og 5) pekes det på viktigheten av den sentrale hovedprosjektledelsen både som motivator, men også som supportfunksjon. Dette gjelder også etter at prosjektperioden var over. For øvrig framheves læringsprosessen og inspirasjonen fra andre kommuner som viktige bidrag fra pilotprosjektet. Lokalt har avhengigheten av en desentralisert struktur og flere ildsjeler for å kunne overkomme oppgavene vært viktig. Ildsjelene har også blitt brukt som superbrukere og motivatorer lokalt. Prosjektarbeidet har kommet i tillegg til ordinært arbeid, ingen av deltakerne har hatt frikjøpt tid eller tilsvarende.

*«Det er noe med at når man først har lykket så går det sannsynligvis helt av seg selv. Og det gjør det fordi den enkelte som bruker det faktisk ser fordelene og da er det nesten helt uslåelig altså.» (Kommune 1, informant 1).*

Kommune 1 og 5 mener også at dette med en «soft» prosjektmodell internt har vært viktig for en vellykket gjennomføring av pilotprosjektet.

*«Vi kunne sikkert vært mer strukturert i organiseringen, men samtidig er vi en liten kommune og det har kanskje fungert slik som vi har gjort det for vår del. Jeg vet ikke om vi hadde nådd fram noe ved å ha laget en mer typisk prosjektstruktur.» (Kommune 5, informant 1)*

Erfaringsoverføring og læring i det sentrale prosjektet mener også Kommune 1, 2 og 5 har vært vesentlig. I dette ligger også den positive smitteeffekten av andre kommuners suksess. Det som kan oppfattes som felles og viktig for alle kommunene har vært dette med forankring på ledernivå og den enkelte medarbeiders opplevelse av personlig nytte i arbeidet.

*«Og det er da man føler at “Yes, dette kan jeg bruke, dette er nyttig, dette er til og med gratis for kommunen.” Det er sånne opplevelser jeg tror man skal ta sikte på at det må man få til. Uten det får man ikke kommet ordentlig i drift.» (Kommune 1, informant 1).*

De kommunene som ikke har lyktes med varig implementering av tjenesten framholder at de ikke har store geografiske avstander og at det er noe av årsaken til at de ikke benytter video i større utstrekning. De har også hatt sine egne prosjekter og ikke sett nytten i de ukentlige mandagsmøtene.

*“Opplevde at det var litt rotete. Egentlig. Og så tror jeg vel kanskje at selve prosjektet plukket opp fler og fler deltagere etter hvert som gjorde at prosjektlederen mistet litt oversikt over hva h\*n drev med. Og da skled det vel litt ut i sanden for vår egen del for jeg skjønnte ikke helt hva som var det revolusjonerende med det her. Fordi det var jo bare bruk av videokonferanse.” (Kommune 3, Informant 2)*

### 6.3.2 Overganger fra pilot til drift

Alle kommunene forteller at samhandlingsprosjektet har hatt positiv innvirkning på arbeidet i egen kommune med videokonferanse, alt fra å ha tatt det i omfattende bruk til bare å ha vært en inspirasjonskilde. Det kan også se ut som at overgangen fra prosjektet til drift glidende og gått omtrent rett inn i normale rutiner. Lederforankring blir brukt som en forklaring for å ha fått dette til.

*«Den lederforankringen, tenker jeg at har vært avgjørende» (Kommune 5, informant 1).*

Dette med støtte og involvering fra toppledelsen i kommunen holdes fram som viktig for Kommune 1, 2 og 5. På spørsmål om hva Kommune 5 tenker på som en avgjørende faktor for implementering av tjenesten svarer de:

*«Altså det er jo viktig at det er vi som har et eierforhold til dette her fortsetter å jobbe med bruk av dette her eller så kan vi komme i den situasjonen at det dør ut. Nå tror jeg at det er slik i Kommune 5 at folk ser nytten av det og etterspør det, men jeg tror det er viktig at vi fortsetter og holder trykket oppe». (Kommune 5, informant 1).*

Det er også uttrykt bekymringer både fra Kommune 2 og 5 om dette med å opprettholde tjenesten og hvordan man skal møte det.

Ingen av de kommunene som har vært inkludert i utvalget har tenkt at dette skulle ende opp som en pilot, men har allerede fra introduksjonen hatt som mål å ta det over i ordinær drift. Det er imidlertid også uttrykt bekymring for om man klarer å holde det i live og at det kreves et stadig fokus for å klare det.

*«Nei, jeg tenker at vi har jo absolutt tatt det videre og vi tenkte vel litt sånn i forhold til det pilotprosjektet at når vi fikk den henvendelsen så var det rett og slett interessant for oss, ettersom vi nettopp var i oppstarten (med eget prosjekt) og tenkte sånn sett at dette vil vi ha god nytte av og vi tenkte aldri at det bare skal begrenses til den prosjektperioden.» (Kommune 2, informant 3).*

Selv om Kommune 3 ikke anser dette pilotprosjektet som vellykket så har det likevel hatt positiv effekt på annet tilsvarende arbeid i kommunen.

*«Ja, jeg tror kanskje den erfaringen og inspirasjonen til videreføring ble til et veldig vellykket prosjekt internt da..» (Kommune 3, informant 2).*

## 7.0 DISKUSJON

Som vi ser av funnene fra studien, er interessentene i de ulike kommunene ulikt engasjert og utfallet av pilotprosjektene er forskjellig. I denne studien var formålet å finne ut hvilken betydning de ulike interessentene i kommunen har for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling innen helsetjenesten. Hvordan pilotprosjektene er organisert vil kunne føre til forskjeller i hvilke interessenter som er involvert, eller på hvilken måte disse interessentene er involvert. Disse interessentene vil igjen kunne påvirke resultatet av implementeringen.

I alle fokusgruppene har det vært en gjennomgang av hva disse interessentene selv mener er en viktig suksessfaktor for at pilotprosjektene skulle blitt implementert og det er mye knyttet opp til de enkeltes kommuner egenart, men noen fellesnevnerer går likevel an å finne.

Vi vil derfor først se på selve prosjektorganiseringen før vi går videre til involvering av interessentene og til slutt hva som har vært de mest sentrale suksessfaktorene for implementering og gevinstene interessentene mener kommer ut av pilotprosjektet.

### 7.1 Prosjekt og prosjektledelsen

Problemstillingen som er utgangspunktet for denne studien stiller spørsmål ved interessentenes betydning for pilotering og implementering av den telemedisinske løsningen og som vi ser er det ulike tilnærminger i kommunene. Kommunene har ulik organisering, ulik involvering av interessenter, ulike opplevelser av gevinster og ikke minst ulike resultat. Som vist er det tre av kommunene (Kommune 1, 2 og 5) som har tatt i bruk løsningen i større eller mindre grad, og to av kommunene (Kommune 3 og 4) som ikke har gjort det. De kommunene som *ikke* har implementert løsningen bruker videokonferanse i samhandling med andre, men har valgt egne prosjekter og egen teknologi. Det er ikke utenkelig at den ulike måten kommunene har organisert prosjektene på har hatt konsekvenser for involveringer av de ulike interessentgruppene, som igjen har hatt konsekvenser for tjenesteinnovasjon og implementering, slik som også referansemodellen viser (Eikebrokk et. al, 2016).

Som vi så av funnene over så var fire av fem pilotprosjekter i kommunen ganske løst organisert og hadde en uformell prosjektorganisering. Kun Kommune 4 oppgir å ha valgt å ha en tradisjonell prosjektmodell ("hard") i sin tilnærming til Samhandlingsprosjektet. Dette går på områder som deltagelse og involvering, målstyring, planlegging og re-planlegging samt læring og evaluering (Pollack, 2007, s. 8-10). Kommune 1 og 5 er tydeligst i sine utsagn og mener at det har vært viktig med en «soft» form i sine kommuner. Prosjektene har vært enkle å administrere og det har vært enkelt å involvere flere interessenter utover prosjektledelsen. Interessentene i kommunene som har implementert mener at den løse strukturen har vært en suksessfaktor for å kunne lykkes med pilotprosjektet. Videre kan fleksibiliteten som en løs prosjektorganisering tilbyr, være rasjonelt i et miljø hvor det er flere oppgaver å løse og rammene fra stat, kommune og helseforetak kan være uavklarte eller kompliserte (Eikebrokk et al., 2016, s. 8-9). Man kan snu seg rundt og tilpasse etter skiftende rammer og forutsetninger. Som gjennomgått i problemanalysen (kapittel 2.4), er det ingen stor suksessrate for utviklingsprosjekter innen e-helse og telemedisin, og ofte ser det ut for at dess større prosjektet er dess mindre sannsynlig at det blir satt i drift. Hovedfokus har vært på det tekniske i implementeringen på bekostning av samhandling og organisering (Scholl, 2004, s. 277). Det å kunne tilpasse organiseringen av prosjektet slik at en kan prøve og feile i test og pilotering i mindre skala, kan hjelpe til med å identifisere problemer om man har en pragmatisk holdning til implementering.

Løs prosjektorganisering er imidlertid ikke det samme som at pilotprosjektene var uorganisert. Rollen som hovedprosjektleder har hatt, har langt på vei erstattet lokal prosjektleder og oppleves som så betydningsfull at behovet for tilsvarende funksjon ikke har vært tilstede i samme grad i enkelte av kommunene. I både Kommune 1, 2 og 3 var det to-tre personer som hadde hovedansvaret for prosjektet, opplæringen og kommunikasjon ut mot kommunen og inn i hovedprosjektet. I de tre kommunene som i størst grad har fått nytte av prosjektet og implementert løsningen, har rollen til de involverte også i stor grad vært å informere andre, fortelle om nye muligheter, organisere opplæring og være tilgjengelige for de som har ønsket å bruke utstyret. I de to kommunene som ikke har hatt en implementering i drift, har det vært liten grad av informasjon ut til andre og det har heller ikke vært gjennomført noen felles opplæring i utstyr. I situasjoner hvor styringsrammene er svake og kunnskapen om telemedisin liten, vil mye av prosjektledelsen nettopp handle om å gjøre prosjektet forståelig og utvikle en

kollektiv forståelse for hva det handler om gjennom uformelle kanaler (Barlow, Bayer, Curry, 2006, s. 399).

Den løse prosjektorganiseringen har også sine negative sider, ingen av kommunene synes å ha vært veldig tydelige på hva de har ønsket å oppnå og bevisste på hva som har vært pilotprosjektets mål. Det kan se ut som målet etterhvert har blitt å få spredt videokonferanse til så mange brukere som mulig uavhengig av om det har inngått i samhandlingen med helseforetaket. Samhandlingsprosjektet ser etter hvert ut til å ha definert suksess som det å ha tatt i bruk teknologi til videokonferanse, men kommunene har sett mer på det som vellykket dersom selve prosjektet har gitt verdi utover det de selv hadde i kommunen fra tidligere av (som kommune 3 og 4). Uklarheter i mål finner vi på samme måte også hos Eikebrokk et al. (2016) og beskrives som en del av kjennetegnene ved «soft» prosjektledelse (Pollack, 2007, s. 8). Denne uklarheten om hva som er målet blir ekstra tydelig når kommunene selv og hovedprosjektleder i Samhandlingsprosjektet ikke er enige i hvem av kommunene som faktisk hadde lyktes med implementeringen, kommune 4. Mangelen på lojalitet til Samhandlingsprosjektets opprinnelige mål ser også ut til å være den største årsaken til at Kommune 4 ikke opplevde at de hadde den forventede nytten av prosjektet og derfor ikke fullførte deltagelsen.

Det synes som deltakerne i pilotprosjektene ble rekruttert noe tilfeldig og det kan ha hatt påvirkning både på hvordan pilotprosjektgruppene har blitt satt sammen (få/ mange deltakere) eller hvem som faktisk satt i disse (fagpersoner/ ledere). Dette igjen vil kunne ha hatt en påvirkning på hvilke interessenter som ble involvert og hvordan prosjektet ble implementert videre ut i kommunen. Resultatet vil i stor grad avhenge av hvilke interessenter og hvordan disse blir inkludert, ulike maktkonstellasjoner i organiseringen av prosjektene kan føre til helt ulike resultat innen samme organisasjon (Ackermann & Eden, 2011). Nå vil vi se nærmere på de ulike interessentene sin betydning for pilotprosjektet og implementeringen.

## **7.2 Involvering av interessenter**

Interessenter har spesielt tre sentrale kjennetegn; makt, legitimitet og pågåenhet. Hvor mange av disse kjennetegnene den enkelte interessent innehar bestemmer graden av viktighet og prioritet (Mitchell et al., 1997, s. 854). Uten at det er uttalt at det er gjort noen strukturert interessentkartlegging i noen av kommunene ser det ut til at de kommunene som har klart å involvere flest interessenter er de som har kommet lengst i implementering og bruk. Spesielt gjelder dette involveringen av dominante interessenter (Mitchell et al., 1997, s. 876-877).

### **7.2.1 Brukere i kommunen og eksterne samarbeidspartnere**

Vi ser at de tre kommunene som har tatt i bruk løsningen er de som i størst grad har involvert flest brukere. Videre ser vi at de to kommunene som oppga liten involvering av andre interessenter, også er de kommunene som ikke har implementert prosjektet i drift. Det å involvere brukere og interessenter påvirker tilfredsheten til systemene og i hvilken grad de nye løsningene blir tatt i bruk (Demiris, 2006; Petter, DeLone & McLean, 2008). Dette var særlig tydelig i Kommune 3 hvor det hadde vært så få involverte personer at det ikke var mulig å stille med flere enn to stykker på fokusgruppeintervju. Det var rett og slett ikke flere personer som hadde hatt noe med pilotprosjektet å gjøre. Så på generell basis så ser det å inkludere brukere i pilotprosjektet og i implementeringen ut til å være essensielt for å faktisk ta i bruk løsninger - noen må være brukerne. Å forstå verdien for de ulike interessentene i prosjektene er viktig for å finne en god løsning (van Limburg et al., 2011, s. 4) og det er grunnleggende å ha et brukerorientert perspektiv på systemutvikling og implementasjon (Moe & Akhmetova, 2014, s. 2-3)

Det kan også tenkes at det ikke bare er av betydning at man får involvert et stort nok antall interessenter, det er heller ikke vilkårlig hvilke disse interessentene er (van Limburg et al., 2011, s. 4). Som beskrevet kapittel 4.2, vil man i interessentteori identifisere de viktigste interessentene utfra makt, legitimitet og pågåenhet (Mitchell et al., 1997, s. 882; van Limburg et al., 2011, s. 4). Hvilke interessenter som er de viktigste å inkludere derimot, er ikke alltid lett å definere (Ackermann, F. & Eden, C., 2011, s. 180). Samtidig som brukerinvolvering er viktig for å lage gode løsninger, så er også alle som blir påvirket av prosjektet ansett som interessenter.



Det ser ut til at mangelfull involvering av interessenter og brukere er en viktig årsak til mangelen på implementering i kommune 3 og 4. Det er grunn til å tro at det også for de fem kommunene her, vil være naturlig variasjon i hvilke interessenter som bør og må være med i implementeringsfasen. I alle kommunene var det ulike konstellasjoner av interessenter som både var involvert i prosjektet og implementeringen, og muligens var det egenskaper ved kommunene eller enkeltpersoner som gjorde at det var nettopp disse gruppene som var inkludert. Det er ikke unaturlig å tenke at det med flere brukergrupper også vil være flere brukere som kan samhandle, noe som er essensielt for at en telemedisinsk samarbeidsløsning også skal kunne brukes og ha nytteverdi. Man må ha noen å samhandle med (van Dyk, 2014, s. 1280).

I to av kommunene i studien har de lyktes å få med fastlegene, og den ene kommunen hadde til og med kommuneoverlegen med i prosjektledelsen av pilotprosjektet. Dette ble trukket fram som en suksess av de aktuelle kommunene og gjorde at tjenesten opplevdes som mer utbredt og allsidig. Kunnskapsmedarbeidere som leger kan ofte ha sin egen makt og agenda i utviklingsprosjekter og det å involvere disse tidlig kan bli avgjørende for resultatet (Moe & Akhmetova, 2016, s. 5-7). Det å få med å fastlegene i implementeringen kan dermed være en faktor som er med på å fremme eller hemme implementeringen av pilotprosjektet. I stor grad er det ledere som sitter med den formelle makten i en organisasjon, men en vet også at ulike fagmiljøer kan ha stor makt og påvirkning (Jacobsen og Thorsvik, 2016, s. 190). Gjennom flere studier har det blitt dokumentert en sammenheng mellom utvikling og implementering i innovasjonsprosjekter og det er derfor viktig å forstå rollen klinikere har i å utvikle nye løsninger (Thune, 2015, s. 10).

Videre er flere av kommunene avhengige av eksterne samhandlingspartnere for å få brukt løsningen optimalt. Kommune 2 beskriver at de møter mulige samhandlingspartnere som ikke bruker video og de derfor må samarbeide på den tradisjonelle måten. Påvirkningsmulighetene for å få flere med på videokonferanse i slike tilfeller er begrenset siden det er snakk om forskjellige organisasjoner, som egne helseforetak eller andre institusjoner (van Dyk, 2014, s. 1280). Samarbeid må være basert på frivillighet (Kirchhoff et al., 2015, s. 130), så

prosjektledelsen sentralt i Samhandlingsprosjektet la inn en del arbeid for å få med flest mulig samarbeidspartnere og kommuner.

Både Kommune 1 og 2 framhever videre at deltakelse på faglige arrangementer over video økte, de ansatte lærte mer og dette opplevdes som positivt og motiverende. I tillegg mente de at møtene kvalitativt ble bedre og gjennomføringen mer effektiv. Slik sett ivaretas viktige incitament for flere av de involverte (Zanaboni & Wootton, 2012, s. 6). Dette er nok et eksempel på at opplevelsen av nytte og det å lykkes med prosjektet vil kunne påvirkes av interessenter og samarbeidspartnere som ligger utenfor kommunen og som man har samarbeid med.

### **7.2.2 Involvering av IKT**

For at den nye løsningen skulle passe inn i eksisterende teknologier og systemer i kommunen, var det viktig at IKT-avdelingen ble involvert fra starten av. Kommune 1, 2 og 5 ser ut til å ha klart å inkorporere videokonferansekonseptet fra Samhandlingsprosjektet i eksisterende tjenester på en helt naturlig måte. Kommune 5 er tydelige på at det å ta denne teknologien i bruk og tone ned oppmerksomheten rundt dette med ny teknologi har vært viktig. I en annen pilotstudie på norske helseforetak, blir innovasjonsheter og teknologioverføringskontor oppgitt som de viktigste samarbeidspartnerne for de som jobber med innovasjon (Thune, 2015, s. 34). IKT-avdelingen sitter ofte med løsningen på om et innovativt pilotprosjekt blir en suksess eller ikke, fordi de har ansvaret for og kontroll over standarder, får ofte en rolle i utvikling og utrulling, må være support og kan bli ansvarlig for drift etter implementering (Eikebrokk et al., 2016, s. 6-7). For å ivareta en god implementering og drift må ifølge Obstfelder et al. (2007) de telemedisinske tjenester være sikret i enten eksisterende eller nye organisatoriske eller tekniske strukturer (Obstfelder et al., 2007, s. 6, 8). I referansemodellen (Eikebrokk et al 2016, s. 7-8) var et av hovedpoengene at IKT-avdelingen måtte bli mer involvert for å kunne ivareta helheten i prosjektene, sørge for at teknologiforståelsen var med fra starten av og kunne sørge for at det ikke ble noen tekniske problem knyttet til ulike plattformer eller standarder for IKT i kommunen og i prosjektene. Når og hvordan disse blir involvert vil kunne ha en påvirkning på resultatet og dess flere av disse interessentene som blir involvert, dess bedre tilpasset vil den teknologiske innovasjonen kunne bli (van Limburg et al., 2011. s. 5).

Informantene i alle kommunene mente at videokonferanse var et positivt tilskudd til vanlig praksis og et godt hjelpemiddel i tillegg til de tradisjonelle rutinene. Ingen opplevde at de vanlige arbeidsoppgavene ble truet eller endret i stor grad. En annen sentral faktor i en suksessfull implementering er at det kliniske miljøet har identifisert problemet og at den teknologien som innføres er kompletterende og ikke erstattende til dagens praksis (Obstfelder et al., 2007, s. 5). I tillegg viser Greenhalgh et al., (2018) til at så lenge de kliniske, tekniske og praktiske forholdene er lagt til rette så oppleves videokonsultasjoner som trygge, effektive og populære blant brukerne og veldig likt tradisjonelle konsultasjoner (Greenhalgh et al., 2018, s. 14).

Alle kommunene forteller at så lenge teknologien fungerer så oppleves video som et fullverdig alternativ til tradisjonelle møter. Det kan også virke som at det er en viss toleranse for at det tekniske utstyret innimellom kan feile og at det så langt ikke har vært et hinder for fortsatt bruk. Både kommune 2 og 5 har flere eksempler å vise til om teknologi som svikter, men som de likevel har fått til å løse. Selv om teknologien har fungert greit, mente informantene at IKT-avdelingene burde vært involvert mer. Til fokusgruppeintervjuene ble alle kommunene i denne studien bedt om å stille med en representant fra IKT, men det var kun to av kommunene som fikk dette til. Siden valg av system og teknologi var bestemt på forhånd av Samhandlingsprosjektet ble ikke de lokale IKT-avdelingene involvert i disse beslutningene. Support og service blir ofte trukket frem som viktige suksessfaktorer for implementering av nye informasjonssystemer og teknologi (Petter et al., 2008, s. 239-241). Kommunenes IKT-avdelinger kom først inn i forbindelse med utstyrsanskaffelser og systemoppsett (Eikebrokk et al., 2016, s. 5). Denne mangelen på involvering kan ha gitt IKT-avdelingene en redusert eierskapsfølelse og opplevelse av forpliktelse til å understøtte Samhandlingsprosjektet. Informantene i Kommune 2 var de som oppga mest problemer med å få involvert IKT, og uttrykte også størst behov for support. Problemer i kommunikasjonen mellom de lokale prosjektlederne og IKT-avdelingen beskrives spesielt tydelig hos disse hvor support åpenbart er komplisert og utfordrende i det at teknologene bruker mange tekniske termer. At det kan oppstå problemer med ulikt "språk" er kjent også fra andre studier (Nilsen et al., 2017, s. 34). Vanskeligheter, og muligens frykt i møte med teknologien ser ut til å ha vært en faktor som har påvirket særlig Kommune 2 sin videreutvikling av prosjektet. Kommune 2 beskriver at de ikke får ønsket støtte og forteller om situasjoner hvor de møter motstand. For de andre kommunene

oppleves det ikke like kritisk og det kan dermed også tenkes at IKT ikke har vært like viktig som interessant i pilotprosjektet fra starten av. Der hvor teknologien er mer umoden og har ulike standarder, vil avhengigheten av lokal IKT-support være betydelig (Eikebrokk et al., 2016, s. 8). Behovet for å involvere IKT har i noen grad har blitt kompensert av hovedprosjektleder, som i flere av kommunene blir beskrevet som en viktig faktor for suksess. Hovedprosjektleder har på flere områder erstattet supportfunksjon som normalt lokal IKT ville hatt i Kommune 1 og 2, og også delvis i Kommune 5. Dessuten har prosjektlederne fra pilotprosjektene også i flere tilfeller fungert som superbrukere for andre brukere i kommunen. Kommune 5's IKT-avdeling har vært gode på support, men på grunn av manglende finansiering til mer profesjonelt utstyr oppleves det de har fått gjennom Samhandlingsprosjektet i enkelte sammenhenger som en begrensende faktor.

Teknologien som har vært levert gjennom Samhandlingsprosjektet er "hylleware" og relativt enkel i bruk, med grundig risikovurdering og tiltak (Norsk helsenett, 2019). Løsningene gjennom Samhandlingsprosjektet skulle være såpass enkle at de passet med eksisterende standardløsninger i alle kommunene og det skulle derfor ikke være noen store tekniske barrierer for å ta løsningen i bruk. En av årsakene som nevnes for at Kommune 3 ikke implementerte løsningen fra Samhandlingsprosjektet var at de allerede var i gang med bruk av en annen teknologi som var basert på andre standarder. Terskelen var altså lav for å ta i bruk utstyret og involveringen av IKT ser ikke ut til å ha hatt en avgjørende betydning, selv om det nok kunne ha hjulpet i bruken og farten på implementeringen. Slik Samhandlingsprosjektet var lagt opp var forventningene til støtte fra de lokale IKT-avdelingene begrenset og skulle i utgangspunktet ikke føre til belastninger slik de beskrives hos Eikebrokk et al., (2016, s. 8). Det at eksterne eller lokale prosjektledere kan fylle noen av de oppgavene IKT-avdelingene normalt har hatt, gjør at det kan være hensiktsmessig å få ut større prosjekt gjennom en sentral enhet for å implementere lokale løsninger på mest mulig effektiv måte (Kommunenes Sentralforbund, 2017). Ofte i telemedisinske pilotprosjekter vil det være en viss spenning mellom eksisterende og nye systemer og det vil være avgjørende å få de til å snakke sammen (Larsen, Sørensen, Petersen, & Kjeldsen, 2016, s. 822). Manglende samsvar i standarder kan ødelegge hele implementeringen (Eikebrokk et. al, 2016). I pilotprosjektene ser det ut for at nytt utstyr passet godt inn i eksisterende løsninger, men at f.eks kommune 4 valgte å beholde sine gamle system fordi de allerede var etablert i bruk.

### 7.2.3 Involvering og forankring i ledelsen

Involveringen av forskjellige nivå av ledelsen viste seg å variere en del fra kommune til kommune. I alle kommunene som har implementert Samhandlingsprosjektet har det vært mellomledere sentralt involvert i pilotprosjektene. Disse har blant annet sørget for at egne avdelinger og team har tatt løsningen i bruk. De involverte lederne i Kommune 1, 2 og 5 har sett den umiddelbare nytteeffekten både i form av spart tid og at flere relevante ansatte har kunnet delta i møter. De har dessuten sett på hvordan løsningen kunne gå inn i den eksisterende helsetjenesten på enklest mulig måte. Men en av kommunene som ikke har implementert løsningen, har også hatt en stor andel av ledere involvert i prosjektet. Det er dermed ikke garantert suksess selv med ledere tilstede. Ledelse er viktig for implementering (Obstfelder et al., 2007, s. 7). Teknologien alene skaper ikke endring, det er i samspillet mellom teknologiske og sosiale faktorer at endring skjer og implementeringsprosessen blir styrt av samspillet mellom ledelsen og prosjektet (Obstfelder et al., 2007, s. 10).

Dersom denne forankringen i ledelsen ikke er på plass kan det bli vanskelig å gjennomføre prosjektet, helst bør denne forankringen nå helt opp i toppledelsen (Eikebrokk et al., s. 6-7). Kommune 5 understreker dette og forteller at rådmannsledelsen har vært direkte involvert og kommet med tydelige føringer og forventninger. Der ser vi også den største spredningen i antall brukere og brukergrupper. I tillegg til helse og omsorg har fastleger, rektorer og interkommunale tjenester som barnevernet kommet i gang som brukere. I Samhandlingsprosjektet hadde fire av fem kommuner en forankring opp mot toppledelsen i kommunen, med unntak av Kommune 3. Men i hvor stor grad ledelsen på toppen har engasjert seg varierer. Toppledelsen, ikke prosjektorganisasjonen, skal ha ansvaret for gevinstrealiseringen for å sikre at gevinsten blir hentet ut (Direktoratet for økonomistyring, 2014, s. 4). Imidlertid kommer det det nokså tydelig frem at toppledelsen (både administrativ og politisk) i de ulike kommunene, med unntak av kommune 5, har vært svært lite involvert i dette arbeidet. Riktignok har mellomledere i alle prosjektgruppene anerkjent denne gevinsten og brukt tiden til for eksempel økt pasientbehandling. Men denne mangelen på involvering kan være problematisk da den måten gevinstene tas ut på i dag ikke nødvendigvis understøtter kommunenes strategier og langsiktige mål for organisasjonen som helhet (Flak, 2012, s. 28-29). Muligens kunne større potensiale av gevinster blitt realisert med større topplerinvolvering.

Kommune 3 var i en særstilling hvor ingen ledere var involvert, og nesten ingen ledere i hadde kjennskap til prosjektet. Dersom lederne til de to prosjektlederne hadde vært opptatt av at det skulle bli gjennomført og satt krav om aktivitet, ville det nok i større grad fått prioritet. Lederinvolveringen og positiviteten til Samhandlingsprosjektet synes å være størst og sterkest i Kommune 1, 2 og 5 og sannsynligvis derfor også en viktig faktor for suksess. Det synes dermed at lederinvolvering har en betydning, men at det helst bør være ledere involvert gjennom hele linja, både mellomledere og opp til toppledelsen. Som det kommer frem av artikkelen til Eikebrokk et al., (2016), er lederforankring en av de helt sentrale suksessfaktorene. Dette understøttes av Nilsen et al. (2017) og van Dyk (2014) som også ser prosjektene som en del av en større helhet som må styres.

For at implementeringen av løsningen og spredningen av pilotprosjektet til enda flere brukere skulle gått enda raskere, hadde det nok hjulpet at toppledelsen og flere ledere hadde vært involvert i flere av kommunene slik som de gjorde i Kommune 5. Ledelsen bør også ha en plan for å involvere de ulike interessentene og utvikle en strategi ut fra hva de vil oppnå, og det er ledelsens jobb å identifisere og legge en strategi for involvering av interessenter som støtter opp under organisasjonens mål (Ackermann & Eden, 2011, s. 180). Og det er nettopp det å identifisere disse interessentene som har makt og pågåenhet til å endre eksisterende prosesser som er avgjørende (Ackermann & Eden, 2011, s. 180). Det leder oss videre til en annen viktig gruppe i prosjektene, nemlig ildsjelene.

#### **7.2.4 Involvering av «ildsjeler»**

Våre informanter har også vektlagt dette med personlig motivasjon og det å ha noen som driver prosjektene fremover. Det kan derfor se ut som en god ide å også ivareta aktørperspektivet i studier om pilotprosjekter eller ved innføring av innovasjonsprosjekter. Ildsjeler ser ut til å ha spilt en vesentlig rolle for implementeringen i Kommune 1, 2 og 5. Tydeligst er dette i Kommune 1 hvor kommuneoverlegen har tatt en svært sentral posisjon. Prosjektledelsen deler de fleste oppgavene mellom seg. De beskriver også at de etterhvert har utviklet et nettverk av superbrukere i øvrige deler av organisasjonen. I Kommune 2 og 5 kan man også se en lignende

struktur og involvering, men hvor ildsjel-rollen ikke er like synlig. Imidlertid sitter det i pilotprosjektene i begge disse kommunene mellomledere med klinisk bakgrunn og forankring. I de to kommunene som ikke implementerte løsningen, er det ingen som nevner noe om ildsjeler, men de involverte gir derimot uttrykk for at de ikke er så engasjerte i pilotprosjektet selv og heller ikke helt ser hensikten. Nettopp dette med personlig motivasjon er noe som er felles for alle, om det slår ut på den ene eller andre måten. Betydningen av enkeltpersoners rolle har blitt dokumentert i studier hvor "ildsjeler" har en viktig rolle for å skape innovasjon og nytenkning. Målsetninger, motiver og drivkrefter for enkeltpersoner også kan påvirke mulighetene til organisasjoner i stor grad (Thune, 2015, s. 35). Nettopp dette aktørperspektivet kan ivareta noen av de forskjellene som oppstår i ulike pilotprosjekter og som gjør at det er blandet hvor vellykkede disse oppleves (Eikebrokk et al., 2016, s. 8-9)

Gagnon, Desmartis & Labrecque (2010) beskriver i sin artikkel viktigheten av "project champions", eller ildsjeler, og hvilke egenskaper disse bør ha. Foruten klinisk bakgrunn er teknologikunnskap og lederegenskaper som også anerkjennes av kolleger helt sentralt (Gagnon et al., 2010, s. 35). Dette understøttes av Nguyen, Eikebrokk, Moe, Tapanainen and Dao (2016), s. 11 hvor blant annet dette med kliniske «champions» (ildsjeler med klinisk bakgrunn i lederposisjoner) trekkes fram som sentralt for sjansene for suksess og hastigheten i selve implementeringen. Det samme finner vi hos Postema, Peeters, Friele (2012, s. 420) som mener at ildsjeler er avgjørende for å overbevise brukere og fjerne reservasjoner. Det er nettopp dette som tas opp som et viktig poeng av informantene i Kommune 1 og som er en av grunnene til at de opplever at de hadde suksess med sitt pilotprosjekt.

Ildsjeler spiller normalt en stor rolle i utforming av brukeropplæring og tilpassede læringsopplegg. Men de trenger støtte i egen organisasjon for å kunne gjøre denne jobben på en god måte (Gagnon et al., 2010, s. 38; Grut et al., 2013, s. 37). Dess høyere i organisasjonen vedkommende er plassert, dess enklere er forankringsjobben (Grut et al, 2013, s. 37; Eikebrokk et al. 2016, s. 6). Sårbarheten knyttet til en slik rolle er stor hvis den ikke knyttes tydelig til tjenesten eller organisasjonen (Grut et al, 2013, s. 37). Vurderingene i Kommune 1 rundt dette er at utviklingen vil fortsette helt naturlig "Det er noe med at når man først lykkes så går det sannsynligvis helt av seg selv" (informant 1) og at spesiell fokus på dette derfor ikke vil være nødvendig. Det motsatte uttrykkes i Kommune 2 hvor det er bekymring knyttet til at man er

avhengig av enkeltpersoner for opprettholdelse av videre drift og utvikling. Alle de involverte ildsjelene i pilotprosjektene sitter tett på den daglige driften og er derfor også sentrale brukere selv. De ser de største gevinstene og hvor de enklest henter disse ut. I kraft av sine roller har de hatt et betydelig gjennomslag i sine organisasjoner og har derfor vært sterke bidragsytere i å drive fram pilotprosjektene til tjenester i drift.

## **7.3 Implementering og tjenesteinnovasjon**

De interessentene som har deltatt i prosjektene som har blitt implementert har alle vært veldig tydelige på at en av hovedgrunnene til suksess, er den verdien innovasjonen har for den enkelte bruker av den nye teknologien.

### **7.3.1 Suksessfaktorer**

Den mest åpenbare gevinsten i dette prosjektet er spart tid til reising. De kommunene som har hatt størst suksess med implementeringen er også de med lengst reiseavstander (Tabell 4) og nytten fra dette prosjektet har også kommet tydeligst til uttrykk hos disse. Tid spart er en viktig gevinst i mange prosjekter (Melting & Frantzen, 2015, s. 9-10). Selv om deltakerne i kommunene ikke gir uttrykk for at Samhandlingsprosjektet har representert noen stor endring i måten de arbeider på, synes det likevel åpenbart at de som har tatt tjenesten i bruk har tatt del i en ikke uvesentlig tjenesteinnovasjon. Videre har vi diskutert suksessfaktorer som egen læring, bedre møter og mer tid til pasienter. Å forstå verdien for de ulike interessentene i prosjektene er viktig for å finne en god løsning (van Limburg et al., 2011, s. 4) og det er sentralt å synliggjøre gevinstene på individnivå slik at implementering i stor skala skal ha større sjanse til å lykkes (Barlow, Bayer, Curry, 2006, s. 400). I den teoretiske gjennomgangen ble det hevdet at selve pilotprosjektet og hvordan dette var organisert, kunne føre til forskjeller i hvilke interessenter som var involvert og selve resultatet av implementeringen. Det er tydelig her at de ulike konstellasjonene i pilotprosjektene har satt sitt preg på prosjektet og dermed også videre framgang, fra kommune 5 som involverte alle i kommunen og alle nivå til kommune 3 som ikke fikk med noen andre utover de to som hadde vært med i prosjektet. I diskusjonen om de ulike interessentene ser vi at det å involvere bredt og forankre i toppen kan være viktige faktorer for å få gjennomført og sikre suksess. IKT har ikke vært avgjørende, men det kan likevel tyde



på at mer involvering av IKT hadde vært hensiktsmessig for å trygge brukerne (kommune 2) eller for å kunne implementere enda bredere og raskere (kommune 5). Det er derfor viktig å identifisere hvordan interessentene blir påvirket av endringer i telemedisinske tjenesteinnovasjoner og inkludere disse for å få til de gode løsningene som skaper verdi for individene og organisasjonene (Lapointe et al., 2011, s. 106). Dessuten, de ulike interessentene i implementeringen har ofte forskjellige utgangspunkt og syn på hva som er utfordringer i organisasjonen, hvordan løsningen skal fungere og om innføringen av vært en suksess eller ikke (Obstfelder et al., 2007, s. 10).

### **7.3.2 Overgang fra pilot til drift**

Det å utvikle nye tjenester og ta i bruk videokonferanse på nye områder trekkes blant annet fram av Kommune 3. Dette vil også være med på å øke oppmerksomheten på video i organisasjonen og å tenke bruk av videokonferanse i nye sammenhenger. Etter at teknologier har blitt adoptert for bruk, er det behov for å fortsette å designe bruken av disse teknologiene i organisasjonen (Aanestad et al., 2017, s. 57). For å lykkes med utvikling og implementering av ny teknologi innen e-helse, er det derfor sentralt å få med de viktigste interessentene i utvikling og drift. (van Limburg 2011, s. 5; Skyttermoen & Vaagaasar, 2015, s. 264). For å se på implementeringen av telemedisinske løsninger er det derfor viktig å se helhetlig på prosjektorganisering, ledelse, involvering av interessenter og gevinstrealiseringen (van Dyk, 2014, s. 1295).

## 8.0 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Av de fem kommunene som har deltatt i denne studien, så har tre lyktes med implementeringen og to har ikke implementert løsningen. Som vi startet med i diskusjonen er årsakene sammensatte, men noen fellesnevner ser det ut til å være. De kommunene som har fått til en vellykket implementering har involvert mange brukere, hatt opplæring og informasjon underveis og har tatt i bruk utstyret i møte med eksterne samarbeidspartnere. De to kommunene som anser implementeringen for mest vellykket, har også en solid lederforankring med ledere i prosjektgruppene og forankring helt opp til toppledelsen i kommunen. Det blir fremhevet som viktig, men er likevel ikke nok til at en er garantert implementering. Kommunene opplever også økt kvalitet i tjenestene og bedre samarbeid internt mellom fagmiljøer i kommunen, men den enkeltstående faktoren som ser ut til å være av størst betydning er gevinsten i form av spart reisetid. Dette ikke nødvendigvis knyttet opp mot samfunnsøkonomiske gevinster, men mer som en opplevelse av personlig gevinst for fagpersonen og for pasienter. Til syvende og sist så sitter vi altså derfor igjen med “what’s in it for me”. Dette blir også forsterket i de barrierene mot implementering som de kommunene som ikke har tatt i bruk løsningen peker på. De fikk ikke helt tak i merverdien i løsningen, de hadde kortere reiseavstander mellom de ulike fagmiljøene og brukerne og de hadde også i stor grad alternative løsninger. De var absolutt ikke fremmede for videokonferanse og telemedisin, men hadde egne løsninger og opplevde ikke at selve Samhandlingsprosjektet førte til noen store endringer. Men helt uten verdi var ikke prosjektet likevel «*Ja, jeg tror kanskje den erfaringen og inspirasjonen til videreføring ble til et veldig vellykket prosjekt internt da..*» (Kommune 3, informant 2). Videre har betydningen av enkeltpersoner i form av ildsjeler vært helt avgjørende for om pilotprosjektene har blitt gjennomført og i hvor stor grad man har klart å holde fokus. Dette kom tydelig fram både i de prosjektene som ble implementert og de som ikke gjennomførte pilotprosjektet.

Så for å svare på spørsmålet vi stilte innledningsvis «Hvilken betydning har ulike interessenter i kommunen for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling?» må vi kunne oppsummere med at individene i kommunene teller vel så mye som organiseringen og strukturen rundt.

I denne oppgaven har vi sett på ulike interessenter i fem ulike pilotprosjekt i fem norske kommuner gjennom implementeringen av et telemedisinsk pilotprosjekt. Interessentene som aktører og individer er av stor betydning for resultatet, og interessenteori kan gi en god forklaring på hvordan og hvorfor disse betyr så mye som de gjør. Det kan synes som interessenteori kan gi gode perspektiver og være fornuftig å ta i bruk ved innføring av nye løsninger innenfor telemedisin spesielt og sannsynligvis også helsesektoren generelt.

Referansemodellen passer på funnene i denne studien i det vi ser at involvering av interessenter er viktig og at toppledelsen er av særlig betydning. Her i denne studien har ikke IKT-avdelingene like stor plass, noe som nok henger sammen med at behovet har vært mindre med bedre og enklere standarder tilpasset "lettvekts-IKT" og at supportfunksjonen har blitt overtatt av hovedprosjektleder og superbrukere i pilotprosjektene. Behovene for like standarder og support er der, men rollene er tildelt noen andre. Imidlertid ser vi at betydningen av ildsjeler og fokuset på gevinster har større betydning enn det som framkommer i referansemodellen. Referansemodellen har dermed vært et godt utgangspunkt, men ikke uttømmende og med noen tilpasninger og spesifiseringer godt brukes i videre analyser for å styrke interessentperspektivet i forskningen rundt pilotering og innovasjon innen telemedisin og e-helse. Som beskrevet innledningsvis er det behov for mer forskning på implementering av innovative teknologiske pilotprosjekter i helsesektoren generelt, og innen telemedisin spesielt. Denne studien viser at interessentperspektivet får frem andre sider som ikke er like tydelige i forskningen og kan være et bidrag til å utvide modellen og se på retning for videre forskning innen temaet. Annen, videre forskning kan for eksempel være samspillet mellom interessentene i pilotprosjekter, hvordan ildsjelene får gode rammer for å drive prosjekter eller rett og slett bedre analyser og fokus på gevinster til individene.

Det er viktig å ikke overdrive troen på kulturelle og institusjonelle rammer, når vi har individene som handler innenfor disse med både kunnskap og entusiasme (Barlow, Bayer, Curry 2006; s. 405). I tråd med våre resultater ville vi rådet fremtidige prosjekter til å sørge for gode rammevilkår, fleksible prosjektorganisasjoner og tilfredsstillende støtte og support. Men først og fremst, fokus på hvilke gevinster tjenesteinnovasjonen vil løse for brukerne og en plan for å få de ansatte engasjert. Som vist til i kap 2. 4 er telemedisin et viktig område med et stort

uutnyttet potensial. Samhandlingsprosjektets målsetting har vært å øke bruken av video mellom kommune og spesialisthelsetjeneste innenfor psykisk helse i en region med store geografiske avstander. Vår gjennomgang av Samhandlingsprosjektets resultat viser noe av kompleksiteten og utfordringene og hva som må være ivaretatt for at tjenesteinnovasjon gjennom implementering skal kunne skje. I noen grad har Samhandlingsprosjektet lyktes, men fremdeles er det en lang vei å gå før man kan si at utnyttelsen av videokonferanse er optimal. Vårt råd til fremtidig implementering av pilotprosjekter innen telemedisin er å vise til egenverdien for de ulike gruppene som er involverte, “what’s in it for me”.

## REFERANSELISTE

- Aavitsland, P. (2000). Telemedisin - medisin på avstand. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2000;120: 2245. Hentet 28/10-18 fra <https://tidsskriftet.no/2000/08/redaksjonelt/telemedisin-medisin-pa-avstand>
- Ackermann, F & Eden, C (2011) Strategic Management of Stakeholders: Theory and Practice, *Long Range Planning*, Volume 44 (Issue 3) ss 179-196, <https://doi.org/10.1016/j.lrp.2010.08.001>.
- Andreassen, H.K., Kjekshus, L.E. & Tjora, A. (2015). Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care. *Social Science and Medicine*, vol 132, 62-69.
- Baregheh, A., Rowley, J. & Sambrook, S. (2009). Towards a multidisciplinary definition of innovation. *Management Decision*, Vol. 47 Issue: 8, 1323-1339. <https://doi.org/10.1108/00251740910984578>
- Barlow, J., Bayer, S., Curry, R. (2006). Implementing complex innovations in fluid multi-stakeholder environments: Experiences of 'telecare'. *Technovation* Vol. 26(3), 396-406. <https://doi.org/10.1016/j.technovation.2005.06.010>
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559. Hentet fra <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss4/2>
- Bjørklund, O. (2005). Fokusgruppe - Noen metodiske betraktninger. Hentet fra <https://www.nofima.no/filearchive/Oddrun%20Bjorklund.pdf>
- Billé, R. (2010). Action without change? On the use and usefulness of pilot experiments in environmental management. *S.A.P.I.E.N.S.* Hentet 21/9-2018 fra <http://sapiens.revues.org/index979.html>
- Bradley, G. (2016). Benefit Realisation Management: A practical guide to achieving benefits through change. New York: Routledge.
- Bygstad, B. (2015). The Coming of Lightweight IT. *ECIS 2015 Completed Research Papers. Paper 22*. ISBN 978-3-00-050284-2 [http://aisel.aisnet.org/ecis2015\\_cr/22](http://aisel.aisnet.org/ecis2015_cr/22)
- Bygstad, B., Nielsen, A. N. & Munkvold, B. E. (2005). Four Integration Patterns: IS Development as Stepwise Adaptation of Technology and Organization. *European Conference on Information Systems*. Hentet 30.01.2018 fra <http://aisel.aisnet.org/ecis2005/11/>
- Deakin, H., & Wakefield, K. (2014). Skype interviewing: reflections of two PhD researchers.

- Qualitative Research*, 14(5), 603–616. <https://doi.org/10.1177/1468794113488126>
- Demiris G. (2006). Examining health care providers' participation in telemedicine system design and implementation. *AMIA ... Annual Symposium proceedings. AMIA Symposium, 2006*, 906.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2015). *Kvalitativ metode*. Hentet 29/4-2018 fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>
- Direktoratet for forvaltning og ikt. (2018a). *Kva er innovasjon?* Hentet 01/04-2019 <https://www.difi.no/fagomrader-og-tjenester/innovasjon/hvordan-jobbe-med-innovasjon/hva-er-innovasjon>
- Direktoratet for forvaltning og ikt. (2018b). *Prosjektveiviseren - En felles prosjektmodell for offentlig sektor*, hentet 6/4-2019 fra: [www.prosjektveiviseren.no](http://www.prosjektveiviseren.no)
- Direktoratet for økonomistyring. (2014). *Gevinstrealisering – planlegging for å hente ut gevinster av offentlige prosjekter*. Hentet 2/4-2019 fra <https://dfo.no/filer/Fagområder/Gevinstrealisering/Veileder-i-gevinstrealisering.pdf>
- Djamasbi, S., Fruhling, A. & Loiacono, E.T. (2009). The Influence of Affect, Attitude and Usefulness in the Acceptance of Telemedicine Systems. *Journal of Information Technology Theory and Application (JITTA)*: Vol. 10: Iss. 1, Article 4. <http://aisel.aisnet.org/jitta/vol10/iss1/4>
- van Dyk, L. (2014). A Review of Telehealth Service Implementation Frameworks. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11, 1279-1298. doi:10.3390/ijerph110201279
- Eikebrokk, T. R, Moe, C. E. and Stendal, K. (2016, november). *PILOTPROSJEKTER I KOMMUNAL EHELSE– FREMMES ELLER HEMMES TJENESTEINNOVASJON?* Paper presented at NOKOBIT 2016, Bergen, 28-30 Nov. NOKOBIT, vol. 24, no. 1. Bibsys Open Journal Systems, ISSN 1894- 7719.
- Elliot, J. E. (1983). Schumpeter and the theory of capitalist economic development. *Journal of Economic Behavior & Organization*. Volume 4, issue 4. (December 1983), 277- 308. Hentet fra: <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-economic-behavior-and-organization/vol/4/issue/4>
- Flak, L. S. (2012). *Gevinstrealisering og offentlige IT-investeringer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Freeman, R.E (1984). *“Strategic Management: A stakeholder Approach”*. Boston, MA:

Pitman.

- Gagnon, M.-P., Desmartis, M. and Labrecque, M. (2010). Implementation of an electronic medical record in family practice: a case study. *Informatics in Primary Care*, Vol. 18, issue 1, 31-40.
- Garåsen, H. & Johnsen, R. (2005) Samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste – erfaringer fra Trondheim. *Tidsskrift for Norsk Legeforening* 2005;125: 1198-200.  
<https://tidsskriftet.no/2005/05/medisin-og-vitenskap/samarbeid-mellom-kommune-og-spesialisthelsetjeneste-erfaringer-fra>
- Giddens, A. (1986). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity.
- Greenhalgh, T, Wherton, J., Chrysanti, P., Lynch, J., Hughes, G, A’Court, C., (...) & Shaw, S. (2017). Beyond Adaption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. *Journal of Internet Research*. Vol. 19 (issue 11). Doi: <http://jmir.org/2017/11/e367>.
- Greenhalgh, T., Shaw, S., Wherton, J., Vijayaraghavan, S., Morris, J., Bhattacharya, S., (...) & Hodkinson, I. (2018). Real-World Implementation of Video Outpatient Consultations at Macro, Meso, and Micro Levels: Mixed-Method Study. *J Med Internet Res*, 20(4):e150. Hentet fra <http://www.jmir.org/2018/4/e150/>
- Grut, L., Reitan, j., Hem, K-G., Ausen D., Bøthun S., Svagård, I. (...) & Vabø, M. (2013). *Veikart for innovasjon av velferdsteknologi - Erfaringer fra seks velferdsteknologiprojekter i norske kommuner* (SINTEF rapport A24461). Hentet 7/4-2019 fra <http://hdl.handle.net/11250/2379640>
- Guest, G., Namey, E., & McKenna, K. (2017). How Many Focus Groups Are Enough? Building an Evidence Base for Nonprobability Sample Sizes. *Field Methods*, 29 (1), 3–22. <https://doi.org/10.1177/1525822X16639015>
- Hauge H.N. (2017) *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2017). *InnoMed – innovasjon i helse og omsorg*. Hentet 01/04 -2018 fra: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/innomed-innovasjon-i-helse-og-omsorg#m%C3%A5l-for-ordningen>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). «Si @!» *Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. Statlig tiltaksplan 2001-2003*. Hentet 29/9-2018 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i->

- [1018b/id87689/?q=Telemedisin&fbclid=IwAR1weUIhhBdZC8Pt65Y8W7gcjFO6tLjBJT44MPu5SWH8Hh5eVaQVHNX6kg&\\_t\\_dtq=true](https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen*. (Meld. St. 47 2008–2009). Hentet 26/10 -2018 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *Forskning og innovasjon for bedre samhandling*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/ef7ab8bd96114a67bda7d1f763bf994b/forskning\\_innovasjon\\_2012.pdf?id=2323483](https://www.regjeringen.no/contentassets/ef7ab8bd96114a67bda7d1f763bf994b/forskning_innovasjon_2012.pdf?id=2323483)
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Hsieh, H-F., & Shannon, S.E. (2005). Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Hwang, J. & Christensen, C.M. (2007) Disruptive Innovation in Health Care Delivery: A Framework For Business-Model Innovation (2007) in *Health Affairs* 27, no. 5, 1329-1335. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.5.1329>
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Kirchhoff, R., Grimsmo, A. & Brekk, Å. (2015). Kommuner og helseforetak – ble de enige om noe? *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol. 18, nr. 2, 125–141.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2007). *Eit informasjonssamfunn for alle*. (Meld. St. 17 2006-2007). Hentet 2/4-2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-17-2006-2007-/id441497/>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet. (2016). *Digital agenda for Norge. IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* (Meld. St. 27 2015-2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/>
- Kommunenes Sentralforbund. (2017). *Det trengs et løft for digitalisering i kommunesektoren*. Hentet fra: <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/styring-og-organisering/det-trengs-et-loft-for-digitalisering-i-kommunesektoren/>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative Forskningsintervju*. ( 3. Utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.



- Langørgen, A, Løkken, S. A. & Aaberge, R. (2015). *Gruppering av kommuner etter folkemengde og økonomiske rammebetingelser 2013* (SSB rapport 2015/19). Hentet fra [https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/\\_attachment/225199?ts=14ce4c230d0](https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/_attachment/225199?ts=14ce4c230d0)
- Lapointe, L., Mignerat, M. & Vedel, I. (2011). The IT productivity paradox in health: A stakeholder's perspective. *International Journal of Medical Informatics*. Volume 80 (Issue 2), 102-115. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.11.004>.
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2009). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 2008 3(3),172-175. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0036>
- van Limburg, M., van Gemert-Pijnen, J.E.W.C, Nijland, N., Ossebaard, H.C., Hendrix, R.M.G. & Seydel, E.R. (2011). Why Business Modeling is Crucial in the Development of eHealth Technologies. *Journal of Medical Internet Research*. 2011. Oct-Dec; 13(4):e124. Doi: 10.2196/jmir.1674
- Linstad, L. & Knarvik, U. (2004). Omstilling med telemedisin som virkemiddel. Prosessutvikling. Versjon 0.1. *Nasjonalt Senter for Telemedisin. Universitetssykehuset Nord-Norge*. Hentet fra: <http://docplayer.me/71493444-Omstilling-med-telemedisin-som-virkemiddel.html>
- Løvås, J. (2017, 6. juni). Helseminister Bent Høie vil ha fart på teknologiskiftet - Jeg begynner å bli lei av alle pilotene. *Dagens Næringsliv*. Hentet 30/4-2019 fra <https://www.dn.no/helse/bent-hoie/havard-bakke/stavanger/-jeg-begynner-a-bli-lei-av-alle-pilotene/2-1-97824>
- Marshall M., Sha, R. & Stokes-Lampard H. (2018). Online consulting in general practice: making the move from disruptive innovation to mainstream service. *BMJ* 2018; 360:k1195. doi: 10.1136/bmj.k1195
- Matthews, J., & Cramer, E. P. (2008). Using Technology to Enhance Qualitative Research with Hidden Populations. *The Qualitative Report*, 13(2), 301-315. Hentet fra <https://nsuworks.nova.edu/tqr/vol13/iss2/10>
- Melting, J. & Frantzen, L. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger. Nasjonalt velferdsteknologi program. Gevinstrealiseringsrapport nr.1* (IS-2416), Helsedirektoratet, Avdeling Omsorgstjeneste. Hentet fra: [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/\\_attachment/download/c879e5ef-](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gevinstrealiseringsrapporter-nasjonalt-velferdsteknologiprogram/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf/_attachment/download/c879e5ef-)

715a-4277-9e89-

e88f81e3b862:bbe6388b148899c2855be38afc2e163ce8065740/Første%20gevinstrealiseringsrapport%20-%20Nasjonalt%20velferdsteknologiprogram.pdf

- Moe, C.E. & Akhmetova, S. (2014). Implementering av informasjonssystem - og utfordringer i en organisasjon med kunnskapsarbeidere. *Norsk konferanse for organisasjoners bruk av IT*, 22(1), 2014.
- Moser, I. & Thygesen, H. (2014). The dilemma of project organization: between well-defined projects and prospects of learning in telecare and welfare innovation. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 21, 57-75.
- Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. (2013). *Videokonferanse som samhandlingsverktøy*. Faktaark oktober 2013.
- Nehls, K., Smith, B.D. & Schneider, H. A. (2015). Video-Conferencing Interviews as a Data Collection Method. I Hai-Jew, Shalin. *Enhancing Qualitative and Mixed Methods Research with Technology* (140-157). Pennsylvania; IGI-Global Publishing. DOI:10.4018/978-1-4666-6493-7.ch006
- Nguyen, H.T.T., Eikebrokk, T.R., Moe, C.E., Tapanainen, T. & Dao, T.K. (2016). Exploring health information technology implementation success factors: a comparative investigation in Nordic countries. *International Journal of Healthcare Technology and Management (IJHTM)*, Vol. 15, No. 4., 326-351.
- Nilsen, E. R., Dugstad, J., Eide, H., Eide, T., Eikebrokk, T. R., Gullslett, M. K. & Stendal, K. (2017). Digitalt tilsyn - en reise i samhandling og samskaping. (16/2017) *Skriftserien fra Høgskolen i Sørøst-Norge*. Hentet fra [https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2462955/2017\\_16\\_Nilsen\\_Digitalt.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2462955/2017_16_Nilsen_Digitalt.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Norges forskningsråd. (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg*. Hentet 01/04-2018 fra <https://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?cid=1253998314036>
- Norges forskningsråd. (2016a). *Evaluering av samhandlingsreformen. Sluttrapport fra styringsgruppen for forskningsbasert følgeevaluering av samhandlingsreformen (EVASAM)*. Hentet 2/5-2019 fra <https://www.forskningsradet.no/om-forskningsradet/publikasjoner/2016/evaluering-av-samhandlingsreformen/>
- Norges forskningsråd. (2016b). *Innovasjon i helsesektoren*. Hentet 01/04-2018 fra

[https://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Innovasjon\\_i\\_helsesektoren/12539697552](https://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Innovasjon_i_helsesektoren/12539697552)  
02

Norsk helsenett.(2019). *Video*. Hentet 20/4-2019 fra: <https://nhn.no/helsenettet/video/>

NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning. Hentet 01/04-2018 fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>

Obstfelder A., Engeseth K.H., Wynn R. (2007). Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implementation Science* 2007, 2:25. doi:10.1186/1748-5908-2-25

Onwuegbuzie, A. J., Dickinson, W. B., Leech, N. L., & Zoran, A. G. (2009). A Qualitative Framework for Collecting and Analyzing Data in Focus Group Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1–21.  
<https://doi.org/10.1177/160940690900800301>

Petter, S., DeLone, W. & McLean, E. (2008). Measuring information systems success: models, dimensions, measures, and interrelationships. *European Journal of Information systems* 17, 236-263. doi: 10.1057/ejis.2008.15

Pollack, J. (2007). The changing paradigms of project management. *International Journal of Project Management*, 25, 266-274. doi:10.1016/j.ijproman.2006.08.002

Postema, T.R.F., Peeters, J.M., Friele, R. D. (2012). Key factors influencing the implementation success of a home telecare application. *International journal of medical informatics* 81, 415–423.

Sedgwick, M., & Spiers, J. (2009). The Use of Videoconferencing as a Medium for the Qualitative Interview. *International Journal of Qualitative Methods*, 1–11.  
<https://doi.org/10.1177/160940690900800101>

Smelser, N. (1973). *The Methodology of Comparative Analysis*. Warwick, D.P & Oshershon, S. (Red.), *Comparative Research Methods* (42-86). Englewood Cliffs, N. J: Prentice-Hall.

Thune, T. (2015). *Sykehuset som innovasjonsarena*. Oslo: TIK Senter for teknologi, innovasjon og kultur, Universitetet i Oslo. Hentet 1.4.2018 fra:  
<http://www.sv.uio.no/tik/forskning/publikasjoner/tik-rapportserie/sykehus-som-innovasjonsarena.pdf>

Tønnessen, S., Kassah, B.L.L. og Tingvoll, W-A. (2016). Samhandling med

- spesialisthelsetjenesten – sett fra hjemmesykepleiens perspektiv. *Forskning nr 1*, 2016, 11, 14-23. doi: 10.4220/Sykepleienf.2016.56496
- Ragin, Charles C. (1992). Introduction: Cases of “What is the case?”, i (red) Ragin, Charles C. & Becker, Howard S. *What is the Case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge: Cambridge University Press, 1-17.
- Scholl, H. J. (2004). Involving Salient Stakeholders: Beyond the Technocratic View on Change. *Action Research*, 2(3), 277–304. <https://doi.org/10.1177/1476750304045940>
- Schreurs, Nard. (2012, 3. sept). Telemedisin - En norsk fiasko? *Computerworld*. Hentet 1/5-2019 fra <http://www.cw.no/artikkel/offentlig-sektor/telemedisin-en-norsk-fiasko>
- Skyttermoen, T. & Vaagaasar A.L. (2015). *Verdiskapende prosjektledelse* (1. utgave). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sutterfield, J. (2006). A Case Study of Project and Stakeholder Management Failures: Lessons Learned. *PROJECT MANAGEMENT JOURNAL* DECEMBER 2006 37(5), 26-35. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/875697280603700504>
- van Velsen, L., Tabak, M. & Hermens, H. (2016). Measuring patient trust in telemedicine services: Development of a survey instrument and its validation for anticoagulation web-service. *International journal of medical informatics* 97 (2017), 52-58.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Telemedicine. Opportunities and developments in the member states*. Report on the second global survey on eHealth. Global observatory for eHealth vol 2.
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Zanaboni P., Knarvik U. & Wootton R. (2014). Adoption of routine telemedicine in Norway: the current picture. *Glob Health Action*. 7 doi: 10.3402/gha.v7.22801
- Zanaboni P. & Wootton R. (2012). Adoption of telemedicine: from pilot stage to routine delivery. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2012, 12:1. Hentet fra <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/1>

# Vedlegg 1 – Godkjenning av NSD

## Ikke alle piloter flyr

**Referanse**

316123

**Status**

Vurdert

Åpne Meldeskjema

Vurdering

Skriv melding her

Send melding

N

**NSD Personvern**

29.11.2018 13:25

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 316123 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 29.11.2018. Behandlingen kan starte.

**MELD ENDRINGER**

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.07.2019.

**LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1 f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

## Vedlegg 2 – Godkjenning FEK (Forsknings Etisk Komite, UiA)

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Master - Ikke alle piloter flyer 

**Anne [redacted]**  
5 måneder siden · Additional comments

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:  
Godkjent under forutsetning av gjennomføring som beskrevet i søknaden og godkjenning av NSD. I informasjonsskrivet må det være med kontaktopplysninger: tittel, mailadr, kontortlf, logo osv.

**AVS**

**KL**  
Kathrine Louise Lindholm  
6 måneder siden  
[Vedlegg til FEK søknad.pdf](#)  
303.1 KB

**KL**  
Kathrine Louise Lindholm  
6 måneder siden  
RITM0035594 Opprettet

**Start**

## Vedlegg 3 – Informasjonsskriv

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *”Ikke alle piloter flyr”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i hvordan involveringen av interessenter påvirker pilotprosjektets utfall med tanke på implementering. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Dette er en kvalitativ studie av pilotprosjekter innen innovasjon og telemedisin mellom et helseforetak og flere kommuner. Vi ønsker innsikt i hvordan involveringen av interessenter påvirker prosjekters utfall – om de blir vellykket eller ikke, og fører til implementering i varig drift eller ikke.

Problemformuleringen vi ønsker å besvare gjennom denne studien er *«Har involveringen av interessenter i kommunene betydning for implementeringen i et telemedisinsk pilotprosjekt mellom helseforetak og kommune?»*

Dette er en masteroppgave som er en avsluttende oppgave i studieprogrammet Master i helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder, avdeling Grimstad.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Universitetet i Agder.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Du får spørsmål om å delta ettersom du har arbeidet med det aktuelle prosjektet ved en av de ulike kommunene vi har valgt ut å bruke i studien vår. Vi ønsker sentrale deltakere i prosjektet som for eksempel prosjektleder, IT-ansvarlig, faglige ansvarlige eller andre sentrale personer som har deltatt.



### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Vi ønsker å utføre gruppeintervjuer med én gruppe fra hver av de utvalgte kommunene.

Antall personer i gruppene vil variere noe, men bør minimum ha 4 deltakere.

Gruppeintervjuet vil bli tatt lydopptak av, kun til hjelp for oss for å kunne transkribere alt som blir sagt under intervjuet. Intervjuet vil vare i et tidsrom på ca 1 time.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Lydopptakene av intervjuet vil oppbevares på et sikret sted. Transkriberingene vil anonymiseres og navn vil aldri nevnes verken der eller i den ferdige og publiserte versjonen av masteroppgaven. Deltakere vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon.

Det er kun prosjektgruppen som vil ha tilgang til disse dataene.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Prosjektet skal etter planen avsluttes 13.juni 2019. Når studien er avsluttet vil lydopptakene også slettes.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og

- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Universitetet i Agder, avd. Grimstad ved Randi Aalgaard, Hans Kristian Skara & Kathrine Lindsholm. Veileder: Torunn Vatnøy.
- Personvernombud: Ina Danielsen, personvernombud Universitetet i Agder.
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Randi Aalgaard, Hans Kristian Skara & Kathrine Lindsholm

Prosjektansvarlig: Torunn Vatnøy

Veileder

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. 13.juni 2019.

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 4 – Intervjuguide

## Intervjuguide – Ikke alle piloter flyr 2018/2019

---

### Introduksjon:

Hei! Vi heter X, X og X og er studenter på Masterstudiet i Helse- og sosialinformatikk på Universitetet i Agder. Tusen takk for at dere har tatt dere tid til å snakke med oss.

Mange brukerdrevne teknologiinnovasjonsprosjekter i spesialisthelsetjenesten kommer aldri fra pilotstadiet til bruk i stor skala. Studien vår heter «**Ikke alle piloter flyr**» og vi er interesserte i å gå litt i dybden på et pilotprosjekt dere har deltatt i. Det finnes ingen rette eller gale svar, vi er interessert i hva dere tenker og hva dere oppfatter som viktig i prosjektene dere har deltatt i. Dersom dere ikke forstår spørsmålet, må dere gjerne be meg presisere hva jeg lurer på.

Dette intervjuet/fokusgruppa handler om å forsøke å få svar på hvorfor noen pilotprosjekter innenfor teknologiinnovasjon lykkes og andre ikke, hvor vårt fokus vil være på organiseringen av prosjektet, spesielt med tanke på involvering av interessenter.

Problemstillingen vi ønsker å besvare i studiet er:

*«Har involveringen av ulike interessenter betydning for implementeringen av et telemedisinsk prosjekt mellom helseforetak og kommune?»*

**Anonymitet:** Alle navn vil bli anonymisert

**Opptak:** Dette intervjuet vil bli tatt opp og transkribert. Transkripsjonen kan sendes ut til gjennomlesning om ønskelig.

**Tid:** Intervjuet vil ta ca. 1 time.

*(Hovedspørsmål/ tema: Hovedtemaene er det viktige, spørsmålene under vil bli stilt underveis som oppfølgingsspørsmål og sjekklister om de ikke blir belyst underveis i samtalen).*

### OM PROSJEKTET

- Fortell kort om prosjektet.
  - Hva gjorde dere?
  - Hva handlet det om?

- Hvem deltok i prosjektet?
- Hvordan gikk det?

## **HVORDAN VAR PROSJEKTET ORGANISERT?**

### **4. HVORDAN VAR PROSJEKTET ORGANISERT?**

- Hvordan har prosjektet vært organisert?
  - Type prosjektorganisering? Fast eller løs struktur, prosjektleder?
  - Hvilke deltakere var med, hvordan ble ulike engasjert?
  - Hvem og hvilke roller involvert når?
  - Ansvarsfordeling, oppgavefordeling og oppgaveløsning?
  - Kommunikasjon, planer, ledelsesforankring, ildsjeler.
- Hva har vært bra/ kunne vært bedre i organisering og involvering?

## **ROLLER OG INVOLVERING**

- Interessenter
  - Hvem og hvilke ble involvert?
  - Når?
- Hva har vært bra/ kunne vært bedre i organisering og involvering?

### **3. ROLLER OG INVOLVERING**

- Hvilken betydning har de ulike rollene og tidspunkt for involvering?
  - Tidspunkt?
  - IKT-avdelingen?
  - Toppledelsen?
  - Var noe av dette viktig for resultatet?

## **HVILKET RESULTAT FIKK PROSJEKTET OG HVORFOR?**

### **2. HVILKET RESULTAT FIKK PROSJEKTET OG HVORFOR?**

- Hva oppfattes som avgjørende av de ulike prosjektenes interessenter for resultatet av videreføring av prosjektene etter pilotstadiet?
  - Kjennetegn på de som går fra pilot til drift?
  - Kjennetegn på de som ikke blir videreført?

## **AVGJØRENDE FOR AT DET BLE VIDEREFØRT/IMPLEMENTERT ELLER IKKE?**

- Hva tenker du/ dere er hovedgrunnen til at resultatet ble som det ble?
- Hva var avgjørende da det skulle avgjøres om piloten ble videreført (eller ikke)?

## **AVSLUTNING**

- Er det noe dere skulle gjort annerledes i prosjektet om dere skulle gjort det pånytt?
- Har dere noen mer dere synes er viktig eller andre kommentarer som er viktig å få frem?

Da er vi ferdige. Tusen takk for hjelpen og takk for bidraget deres, vi setter stor pris på at dere tok dere tiden til å møte med oss. Er det noe dere lurer på?

# Vedlegg 5 – Tillatelse til innhenting av data

## Kommune 1

TIL: Dataansvarlig [REDACTED]

### SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student(er) om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted [REDACTED]

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven vår er:

**Tema:**

Forskning viser at til tross for en økning i pilotprosjekter i helsesektoren de siste 20 årene blir få videreført eller implementert inn i varig drift. I dette prosjektet ønsker vi å utforske piloteringen av en telemedisinsk løsning for samhandling om pasientoppfølging innen psykisk helse mellom helseforetak og kommunen. Vi vil i dette prosjektet ha fokus på hvilken betydning ulike interessenter i kommunen kan ha for piloteringen, og videre hvilken betydning det kan ha for implementering i varig drift.

**Problemformulering:**

«Hvilken betydning har ulike interessenter i kommunen for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling mellom helseforetak og kommune?»

Veileder ved universitetet:  
E-post / Telefon:

Torunn K. Vatnøy  
[torunn.vatnoy@uia.no](mailto:torunn.vatnoy@uia.no),  
481 29 644

**Hensikt med datainnsamling:** Innhenting av data i forbindelse med masteroppgave.

**Metode for datainnsamling:** Fokusgruppeintervju  
(intervju, spørreskjema, observasjon)

**Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:**

Populasjon/utvalg: Deltakere [REDACTED]

Ønsket antall respondenter: 5-8

Tidspunkt/varighet: ca 1 time

**Vedlegg:**

Kopi av intervjuguide/samtykkeerklæring/ev. informasjonsskriv med samtykkeerklæring godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med:  
(Navn, E-post, Tlf)

Hans Kristian Skara  
[hans.kristian.skara@sunnaas.no](mailto:hans.kristian.skara@sunnaas.no), tlf 900 31 398

Dato: 29. januar 2019

Med hilsen

Student(er) Randi Aalgaard, Hans Kristian Skara & Kathrine Lindholm  
E-post / Telefon: [hans.kristian.skara@sunnaas.no](mailto:hans.kristian.skara@sunnaas.no), tlf 900 31 398

Tillatelse gitt av institusjon:

Dato:

Ansvarlig:

4/2. 2019

[REDACTED]

# Kommune 2

Til: Dataansvarlig [REDACTED]

## SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student(er) om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted [REDACTED]

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven vår er:

**Tema:**

Forskning viser at til tross for en økning i pilotprosjekter i helsesektoren de siste 20 årene blir få videreført eller implementert inn i varig drift. I dette prosjektet ønsker vi å utforske piloteringen av en telemedisinsk løsning for samhandling om pasientoppfølging innen psykisk helse mellom helseforetak og kommunen. Vi vil i dette prosjektet ha fokus på hvilken betydning ulike interessenter i kommunen kan ha for piloteringen, og videre hvilken betydning det kan ha for implementering i varig drift.

**Problemformulering:**

«Hvilken betydning har ulike interessenter i kommunen for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling mellom helseforetak og kommune?»

Veileder ved universitetet:  
E-post / Telefon:

Torunn K. Vatnøy  
[torunn.vatnoy@uia.no](mailto:torunn.vatnoy@uia.no)  
481 29 644

**Hensikt med datainnsamling:** Innhenting av data i forbindelse med masteroppgave.

**Metode for datainnsamling:** Fokusgruppeintervju  
(intervju, spørreskjema, observasjon)

**Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:**

Populasjon/utvalg: Deltakere [REDACTED]

Ønsket antall respondenter: 5-8

Tidspunkt/varighet: ca 1 time

**Vedlegg:**

Kopi av intervjuguide/samtykkeerklæring/ev. informasjonsskriv med samtykkeerklæring godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med:  
(Navn, E-post, Tlf)

Hans Kristian Skara  
[hans.kristian.skara@sunnaas.no](mailto:hans.kristian.skara@sunnaas.no), tlf 900 31 398

Dato: 7. februar 2019

Med hilsen

Student(er)

E-post / Telefon:

Randi Aalgaard, Hans Kristian Skara & Kathrine Lindsholm  
[hans.kristian.skara@sunnaas.no](mailto:hans.kristian.skara@sunnaas.no), tlf 900 31 398

Tillatelse gitt av institusjon:

Dato:

1/4-19

Ansvarlig:

[REDACTED]



# Kommune 3

TIL: Dataansvarlig [REDACTED]

## SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student(er) om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted: [REDACTED]

### Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven vår er:

**Tema:**  
Forskning viser at til tross for en økning i pilotprosjekter i helsesektoren de siste 20 årene blir få videreført eller implementert inn i varig drift. I dette prosjektet ønsker vi å utforske piloteringen av en telemedisinsk løsning for samhandling om pasientoppfølging innen psykisk helse mellom helseforetak og kommunen. Vi vil i dette prosjektet ha fokus på hvilken betydning ulike interessenter i kommunen kan ha for piloteringen, og videre hvilken betydning det kan ha for implementering i varig drift.

**Problemformulering:**  
«Hvilken betydning har ulike interessenter i kommunen for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling mellom helseforetak og kommune?»

Veileder ved universitetet:  
E-post / Telefon:

Torunn K. Vatnøy  
torunn.vatnoy@uia.no,  
481 29 644

**Hensikt med datainnsamling:** Innhenting av data i forbindelse med masteroppgave.

**Metode for datainnsamling:** Fokusgruppeintervju  
(intervju, spørreskjema, observasjon)

### Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Populasjon/utvalg: Deltakere i [REDACTED]  
Ønsket antall respondenter: 5-8  
Tidspunkt/varighet: ca 1 time

### Vedlegg:

Kopi av intervjuguide/samtykkeerklæring/ev. informasjonsskriv med samtykkeerklæring godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med:  
(Navn, E-post, Tlf)

Hans Kristian Skara  
hans.kristian.skara@sunnaas.no, tlf 900 31 398

Dato: 8. februar 2019

Med hilsen

Student(er) Randi Aalgaard, Hans Kristian Skara & Kathrine Lindsholm  
E-post / Telefon: hans.kristian.skara@sunnaas.no, tlf 900 31 398

Tillatelse gitt av institusjon: [REDACTED]

Dato: 19.2.19 Ansvarlig: [REDACTED]

# Kommune 4

TIL: Dataansvarlig [REDACTED]

## SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student(er) om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted [REDACTED]

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven vår er:

**Tema:**

Forskning viser at til tross for en økning i pilotprosjekter i helsesektoren de siste 20 årene blir få videreført eller implementert inn i varig drift. I dette prosjektet ønsker vi å utforske piloteringen av en telemedisinsk løsning for samhandling om pasientoppfølging innen psykisk helse mellom helseforetak og kommunen. Vi vil i dette prosjektet ha fokus på hvilken betydning ulike interessenter i kommunen kan ha for piloteringen, og videre hvilken betydning det kan ha for implementering i varig drift.

**Problemformulering:**

«Hvilken betydning har ulike interessenter i kommunen for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling mellom helseforetak og kommune?»

Veileder ved universitetet:

E-post / Telefon:

Torunn K. Vatnøy  
torunn.vatnoy@uia.no,  
481 29 644

**Hensikt med datainnsamling:** Innhenting av data i forbindelse med masteroppgave.

**Metode for datainnsamling:** Fokusgruppeintervju  
(intervju, spørreskjema, observasjon)

**Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:**

Populasjon/utvalg: Deltakere [REDACTED]

Ønsket antall respondenter: 5-8

Tidspunkt/varighet: ca 1 time

**Vedlegg:**

Kopi av intervjuguide/samtykkeerklæring/ev. informasjonsskriv med samtykkeerklæring godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekræftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med:  
(Navn, E-post, Tlf)

Hans Kristian Skara  
hans.kristian.skara@sunnaas.no, tlf 900 31 398

Dato: 8. februar 2019

Med hilsen

Student(er)

E-post / Telefon:

Randi Aalgaard, Hans Kristian Skara & Kathrine Lindsholm  
hans.kristian.skara@sunnaas.no, tlf 900 31 398

Tillatelse gitt av institusjon:

Dato:

Ansvarlig [REDACTED]

3.4.19

GRIMSTAD: Postboks 509, 4898 Grimstad Tlf: 37233000  
KRISTIANSAND: Servicboks 422, 4604 Kristiansand Tlf: 38141000  
http://www.uia.no/no/portaler/om\_universitetet/helse-og\_idrettsvitenskap/helse-og\_sosialinformatikk

# Kommune 5

TIL: Dataansvarlig [REDACTED]

## SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student(er) om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted: [REDACTED]

**Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven vår er:**

**Tema:**

Forskning viser at til tross for en økning i pilotprosjekter i helsesektoren de siste 20 årene blir få videreført eller implementert inn i varig drift. I dette prosjektet ønsker vi å utforske piloteringen av en telemedisinsk løsning for samhandling om pasientoppfølging innen psykisk helse mellom helseforetak og kommunen. Vi vil i dette prosjektet ha fokus på hvilken betydning ulike interessenter i kommunen kan ha for piloteringen, og videre hvilken betydning det kan ha for implementering i varig drift.

**Problemformulering:**

«Hvilken betydning har ulike interessenter i kommunen for pilotering og implementering av en telemedisinsk løsning for samhandling mellom helseforetak og kommune?»

Veileder ved universitetet:  
E-post / Telefon:

Torunn K. Vatnøy  
[torunn.vatnøy@uia.no](mailto:torunn.vatnøy@uia.no),  
481 29 644

**Hensikt med datainnsamling:** Innhenting av data i forbindelse med masteroppgave.

**Metode for datainnsamling:** Fokusgruppeintervju  
(intervju, spørreskjema, observasjon)

**Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:**

Populasjon/utvalg: [REDACTED]

Ønsket antall respondenter: 5-8

Tidspunkt/varighet: ca 1 time

**Vedlegg:**

Kopi av intervjuguide/samtykkeerklæring/ev. informasjonsskriv med samtykkeerklæring godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med:  
(Navn, E-post, Tlf)

Hans Kristian Skara  
[hans.kristian.skara@sunnaas.no](mailto:hans.kristian.skara@sunnaas.no), tlf 900 31 398 eller  
Randi Aalgaard, [randiaa@gmail.com](mailto:randiaa@gmail.com), tlf 92448020

Dato: 15. februar 2019

Med hilsen

Student(er) Randi Aalgaard, Hans Kristian Skara & Kathrine Lindsholm  
E-post / Telefon: [hans.kristian.skara@sunnaas.no](mailto:hans.kristian.skara@sunnaas.no), tlf 900 31 398

Tillatelse gitt av institusjon:

Dato: 15.02.19 Ansvarlig: [REDACTED]