



Spredning av innovasjon i Sykehuset Innlandet – en studie av mellomlederrollen

Masteroppgave

Henrik Holm og Torgeir Langmoen

Master i innovasjon med fordypning i organisasjon og ledelse

Handelshøgskolen Innlandet
Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap

Våren 2020

Sammendrag

Evnen til å innovere for å levere bedre og nye tjenester er særdeles viktig i den offentlige helsesektoren. Nye løsninger må genereres for å imøtekomme samfunnsmessige utfordringer, men like viktig er det at disse spres og implementeres inn i hverdagspraksisen til helseforetakene. For at innovasjon skal skape samfunnsmessig verdi er det viktig at løsningen spres til andre. Spredningsaspektet innebærer imidlertid mange utfordringer, og det er kjent fra litteraturen at innovasjoner nærmest per definisjon møter motstand og praktiske hindringer.

Ved innføring i et nytt sted vil innovasjoner konfronteres med en ny kontekst og nye mennesker. Spredningen er dermed avhengig av handlingene til disse menneskene, som påvirker prosessen og gjør den fremvoksende og usikker. Et oversettelsesperspektiv kan være nyttig i denne forbindelse, som fokuserer på hvordan spredning av innovasjon avhenger og påvirkes av mennesker. Oversettelse står blant annet sentralt i undersøkelsen av "reisen" til innovasjoner innad i en kontekst, eksempelvis en organisasjon. Blant organisatoriske aktører som kan påvirke denne reisen, og dermed utfallet av innovative tiltak, er mellomledere. Litteraturen peker på et behov for å bruke et oversettelsesperspektiv på mellomlederens aktivitet ved spredning av innovasjon i organisasjoner.

Denne masteroppgaven handler om spredning av innovasjon i Sykehuset Innlandet Lillehammer. Den benytter et oversettelsesperspektiv til å undersøke mellomledernes aktivitet ved spredningen av Kompetansebroen; en ny digital plattform for kompetanseheving og samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Problemstillingen lyder slik; *Hvilken rolle tar mellomledere i Sykehuset Innlandet Lillehammer i den interne spredningen av Kompetansebroen, og hvilke faktorer skyldes dette?*

Gjennom en empirisk, kvalitativ studie av åtte mellomledere i SI Lillehammer konkluderer oppgaven med at de fleste av disse tar en passiv rolle, og deltar lite i bruk og spredning av innovasjonen. En rekke faktorer bidrar til dette, men de mest sentrale handler om tid og prioritering i en travel arbeidshverdag, mangel på kommunikasjon omkring innovasjonen, og andre kunnskapsplattformer som er i bruk allerede. Det er imidlertid noen av mellomlederne som tar en mer aktiv rolle i spredningen, med videreformidling og initiativ til læring og bruk av innovasjonen. De mest sentrale faktorene for denne aktiviteten er god forståelse for innovasjonen, og at de anser spredning av den som sitt ansvar som mellomleder.

Nøkkelord: spredning av innovasjon; mellomledelse; oversettelse.

Forord

To år er plutselig unnagjort, og ferdigstillingen av denne masteroppgaven markerer avslutningen på masterstudiet i innovasjon ved Høgskolen i Innlandet, studiested Lillehammer. En mastergrad innebærer mye arbeid, og vi er stolte over å ha kommet hit. Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik og utfordrende prosess med mange nye innsikter og den tidvise frustrasjonen og forvirringen som hører med. Det har vært både krevende og givende å fordype oss i et selvvalgt tema.

Det er flere rundt oss som har bidratt til at vi har kommet i mål med arbeidet. Først og fremst vil vi takke respondentene som tok seg tid i en hektisk arbeidshverdag til å delta i denne studien, som skal forbli anonyme og ikke kan takkes ved navn. Tusen takk til dere! Uten dere hadde dette blitt vanskelig å gjennomføre.

Videre vil vi takke vår veileder, Marit Engen, for solid tilstedeværelse underveis. Dine konstruktive innspill, kloke betraktninger og klare tilbakemeldinger har vært viktige for oss og gjort oppgaven stadig bedre.

Takk til Sykehuset Innlandet Lillehammer ved divisjonsrådgiver Ingrid With, som har latt oss gjennomføre studien. Her har vi fått god imøtekommelse og frie tøyler til å gjøre det vi ville. Vi vil også takke divisjonsdirektør Kari-Mette Vika, som var svært positiv til denne oppgaven og ga sin fulle støtte til oss i oppstarten.

Gjennom våren 2020 har studiehverdagen vært noe spesiell, og vi har fått sett lite til medstudentene våre. Vi vil imidlertid takke dere for et godt klassemiljø og en fin studietid.

Til slutt vil vi takke Høgskolen i Innlandet/studiested Lillehammer og de mange foreleserne vi har truffet på underveis for en lærerik studietid i et faglig og sosialt givende miljø.

Lillehammer, juni 2020

Henrik Holm og Torgeir Langmoen

Innhold

1. Innledning.....	5
1.1 Bakgrunn for oppgaven	5
1.1.1 Kunnskapshull.....	6
1.1.2 Tema og formål ved oppgaven.....	7
1.2 Kompetansebroen	7
1.3 Problemstilling og bidrag.....	9
1.4 Avgrensninger og presiseringer.....	10
1.5 Struktur i oppgaven	12
2. Empirisk kontekst	13
2.1 Sykehuset Innlandet	13
2.2 Mellomledelse i Sykehuset Innlandet	14
3. Teoretisk forankring	16
3.1 Innovasjon i offentlig sektor.....	16
3.2 Mellomledelse	18
3.2.1 Mellomledelse i «Det Profesjonelle Byråkratiet»	20
3.2.2 Mellomledelsens støtte ved innføring av innovasjon	21
3.3 Mellomledelse og spredning av innovasjon	23
3.3.1 Oversettelse	23
3.3.2 Meningsdannelse og meningsgiving	26
3.4 Presiseringer.....	29
4. Metode	30
4.1 Metodologisk forankring	30
4.2 Forskningsdesign	31
4.2.1 Semistrukturerte intervjuer	31
4.2.2 Utvalg.....	33
4.2.3 Gjennomføring av intervjuene	34
4.2.4 Reliabilitet og validitet.....	36
4.3 Bearbeiding og analyse av data.....	36
4.4 Etske betraktninger	38
5. Presentasjon og diskusjon av funn	39
5.1 Samtale med divisjonsrådgiver	39
5.2 Innledende funn	40
5.3 Forståelse av Kompetansebroen.....	42
5.3.1 Nivå 3.....	42

5.3.2 Nivå 4.....	43
5.3.3 Diskusjon	43
5.4 Diskurs omkring Kompetansebroen	44
5.4.1 Nivå 3.....	44
5.4.2 Nivå 4.....	45
5.4.3 Diskusjon	46
5.5 Syn på egen rolle og bruk av Kompetansebroen.....	47
5.5.1 Nivå 3.....	48
5.5.2 Nivå 4.....	49
5.5.3 Diskusjon	50
5.6 Rom for Kompetansebroen?	52
5.6.1 Nivå 3.....	52
5.6.2 Nivå 4.....	53
5.6.3 Diskusjon	54
6. Avslutning.....	56
6.1 Konklusjon	56
6.2 Implikasjoner	58
6.3 Studiens begrensninger	60
6.4 Personlig læringsutbytte og veien videre.....	62
7. Referanser	64
8. Vedlegg.....	75
Vedlegg 1: Lederavtale	75
Vedlegg 2: Funksjonsbeskrivelse nivå 3	79
Vedlegg 3: Funksjonsbeskrivelse nivå 4	81
Vedlegg 4: Forskrift om ledelse	83
Vedlegg 5: Intervjuguide	86
Vedlegg 6: Prosjektbeskrivelse og samtykkeskjema	88
Vedlegg 7: Analysetabell	91
Vedlegg 8: Godkjenning fra personvernombudet.....	97
Vedlegg 9: Godkjenning fra NSD	100

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Innovasjon kan forbedre kvaliteten og øke effektiviteten ved offentlige tjenester, og øke evnen til problemløsning hos statlige organisasjoner som må håndtere samfunnsmessige utfordringer (Dahmanpour & Schneider, 2009; Petkovšek & Cankar, 2013). Ikke minst gjelder dette helse- og omsorgsorganisasjoner, som imidlertid kan være langsomme med å tilpasse seg og innovere i tilstrekkelig grad (Côté-Boileau et al., 2019). Dette er problematisk da behovet for omstilling, nytenkning og innovasjon i helsetjenestene er stort, særlig grunnet demografiske og økonomiske årsaker, og oppgaveforskyvning mellom spesialist- og primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017). For å imøtekomme dagens og fremtidens utfordringer på en god måte er helsesektoren avhengig av at idéer, innovative tiltak og nye løsninger genereres, men like viktig er det at disse spres og implementeres inn i hverdagspraksisen til helseforetakene. Innovasjoner kan imidlertid ha vanskelig for å oppnå utbredt spredning, selv med solide bevis om nytteverdien deres (Greenhalgh et al., 2004). Rosenthal et al. (2018) påpeker at innovasjoner altfor ofte forblir små eller ubrukt på grunn av utilstrekkelig spredning.

Spredningsaspektet ved innovasjon er svært viktig. For å skape samfunnsmessig verdi må innovasjoner spres vidt og bli tilgjengelige for mange mennesker og organisasjoner (Fagerberg, 2015). Det er først når en innovasjon spres at den når ut til sine brukere, kan nyttiggjøres, skape effekten den er ment til og gjøre forbedringer på systemnivå (Rosenthal et al., 2018). Dette fordrer gjerne at innovasjonen legger ut på en «reise», det være seg gjennom nasjonale, regionale, sektorielle, institusjonelle eller organisatoriske grenser, eller innad i en virksomhet. Dersom et tilstrekkelig antall individer tar til seg en innovasjon vil den kunne lykkes med å spre seg gjennom et gitt system (Rogers, 2010). Det kan imidlertid være vanskelig å forstå hvordan innovasjoner sirkulerer i helsesystemer (Fitzgerald & McDermott, 2017; Atun, 2012; Herzlinger, 2006; Paina, 2012).

Et oversettelsesperspektiv kan være nyttig for å forstå spredning av innovasjon. Dette fokuserer på hvordan idéer, her synonymt med innovasjoner, påvirkes av mennesker som tolker, omgjør og tilpasser disse til sin egen kontekst, bruk og referanseramme. Når en innovasjon innføres i et nytt sted konfronteres den med en ny kontekst og nye mennesker. Spredningen er dermed avhengig av atferden til disse menneskene som skal ta til seg og bruke innovasjonen. Oversettelse blir gjerne konseptualisert som idéers reise og omgjøring fra en kontekst til en annen (Czarniawska & Joerges, 1996), men oversettelsesperspektivet står også sentralt i undersøkelsen av reisen til idéer innad i én kontekst, eksempelvis en organisasjon

(Bartel & Garud, 2009; Dobosz-Bourne & Kostera, 2007; Morris & Lancaster, 2006); idéer som gjerne kan ha oppstått utenfor organisasjonen.

1.1.1 Kunnskapshull

Et sentralt premiss blir at spredning av innovasjon er overlatt til mennesker og deres handlinger. Imidlertid har studier i liten grad fokusert på hvordan spesifikke organisatoriske aktører, eksempelvis mellomledere, tar på seg oversettelsen av nye idéer i organisasjoner (Radaelli & Sitton-Kent, 2016). Man har i liten grad undersøkt aktiviteten deres fra et oversettelsesperspektiv. Mellomlederes deltakelse er viktig ved spredning av innovasjon i organisasjoner, da dette er aktører som ofte har stor innvirkning på utfallet av innovative tiltak (Radaelli & Sitton-Kent, 2016). Likevel har studier av ledelsesstøtte hovedsakelig fokusert på toppledelse fremfor mellomledelse (Chuang et al., 2011). Det er også gjort få studier, særlig innenfor helse- og omsorgsorganisasjoner, på mellomlederes rolle i implementering av innovasjon (Chuang et al., 2011; Engle et al., 2017).

Oversettelse henger nøye sammen med meningsdannelse; rettere sagt *er* det meningsdannelse, i form av kommunikasjonsaktiviteter som omdanner en idé (Teulier & Rouleau, 2013). En rekke studier påpeker behovet for å se på mellomlederes kommunikasjon og språkbruk for bedre å forstå deres meningsdannelse (Besson & Mahieu, 2011; Nielsen, 2009; Rouleau, 2005; Rouleau & Balogun, 2011; Thomas et al., 2011; Vickers & Fox, 2010).

Fortolkende tilnærminger (Fischer & Forester, 1993; Yanow, 1996; Czarniawska & Joerges, 2004) fokuserer på oversettelse av mening ved en idé som en viktig faktor i implementeringen av den. Premisset er at meningsdannelse omkring innovasjoner gjerne kommer til uttrykk i historier, eller innovasjonsnarrativer, blant organisasjonsmedlemmer. Pedersen og Johansen (2012) forteller at det er gjort lite studier med fokus på innovasjonsnarrativer i forbindelse med meningsdannelse omkring innovasjon, med noen få unntak (Akrich et al., 2002; Boutaiba, 2004; Bartel & Garud, 2009).

For å oppsummere peker litteraturen på et behov for å benytte et oversettelsesperspektiv på mellomlederes aktivitet i spredning av innovasjon i organisasjoner, gjennom bedre forståelse av meningsdannelsen som oppstår blant dem, innovasjonsnarrativene dette skaper, samt årsakene til dette. Det er også behov for mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker mellomlederes deltakelse i implementering av innovasjon, særlig i helse- og omsorgsorganisasjoner.

1.1.2 Tema og formål ved oppgaven

Denne masteroppgaven handler om spredning av innovasjon innad i én organisatorisk kontekst, med fokus på mellomledere. Den vil forsøke å adressere kunnskapshullene nevnt ovenfor ved å bruke et oversettelsesperspektiv til å se på mellomlederens aktivitet i spredningen av en nylig introdusert digital kompetanseplattform, Kompetansebroen, innad i Sykehuset Innlandet Lillehammer. Å få innsikt fra mellomledernivået er viktig; som vi skal se av litteraturen er mellomlederens støtte og aktive deltakelse i innføringen av noe nytt avgjørende for spredningen av dette internt. Derfor er det viktig å frembringe kunnskap om rollen(e) som mellomledere i SI Lillehammer tar i denne tidlige fasen av implementerings- og spredningsprosessen til Kompetansebroen, og hvorfor de gjør som de gjør.

1.2 Kompetansebroen

Våren 2019 ga helseministeren sin tilslutning til et fremtidig målbilde for Sykehuset Innlandet (Sykehuset Innlandet HF, 2019). Det innebærer blant annet at sykehuset skal øke samhandlingen med primærhelsetjenesten i kommunene, og desentralisere kompetanse og de helsetjenestene som egner seg for det. Kunnskapsdeling mellom helseaktørene er dermed høyt prioritert; felles arenaer for kompetanseutvikling og samhandling på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten vil kunne bidra til en mer helhetlig tjeneste for pasienten. Både Helse- og omsorgsdepartementet (2015) og Helsedirektoratet (2017) fremhever behovet for økt kompetanse i primærhelsetjenesten, da kompetansekravene har endret seg etter samhandlingsreformen og oppgaveforskyvningen den innebærer. Samtidig vil det være gunstig om ansatte i sykehus får mer innsikt i breddekompetansen som finnes ute i kommunene.

I årsrapporten til Sykehuset Innlandet (heretter referert til som SI) for 2018 fremkommer det at anledningen til å gi ansatte kompetansetiltak i tråd med foretakets behov har vært begrenset grunnet økonomiske rammebetingelser (Sykehuset Innlandet HF, 2018). Kompetanse og evidensbasert praksis er kjernen ved all sykehusdrift, og innovative læringsformer i helse- og omsorgssektoren blir et viktig styringsparameter.

Kompetansebroen.no (heretter kalt KB) er en åpen digital plattform for informasjons- og kompetansedeling mellom helseforetak, kommuner og utdanningsinstitusjoner, og representerer et apparat for samarbeid som hittil har vært underutviklet. Den gir tilgang til digitale læringsressurser; e-kurs, temabaserte fagområder med videoer og artikler, arrangementskalender der man kan lage, invitere og melde seg på arrangementer og kurs,

informasjon om ulike helseaktører og -tilbud, nyheter og aktualiteter, abonnering på nyhetsbrev (også for å se nye kurs som legges ut), en egen side dedikert til samhandling, samt en podkast med ulike helsetemaer. KB er ment å bidra til mer integrerte og hensiktsmessige pasientforløp. Den er et tiltak for standardisering av opplæring og tryggere overføring av pasienter mellom sykehus og kommune. Slik kan pasientene møte kompetente og informerte medarbeidere på tvers av helsetjenestene. For utdanningsinstitusjonene er broen et bidrag til å utveksle praksisnær informasjon og styrke kjennskapet til de aktuelle utdanningstilbudene. For den enkelte medarbeider er KB et bidrag til å utvikle fag- og samhandlingskompetanse, samt øke forståelsen av rollen som helsearbeider.

KB startet som en idé fra designprosjektet «Trygg i egen kommune» i 2014, hvor man så på hvordan Ahus og kommunene kunne utvikle et helhetlig opplæringssystem og gi helsepersonell den samme kompetanseplattformen. Svaret ble en felles «kompetansesentral», og gjennom et toårig prosjekt ble KB utviklet. Den har i skrivende stund vært i drift for Oslo/Akershus i omlag tre år, og er hittil lansert for tre helseforetaksområder; Oslo/Akershus, Vestfold og Innlandet. Hver av disse har sin lokale redaksjon og prosjektleder som samarbeider med redaksjonen på Ahus. For SI Lillehammer er plattformen nokså ny, da den ble lansert i september 2019.

Som innovasjon representerer KB en ny måte for helseaktører å samhandle og drive kompetansedeling på. Utvikling av medarbeidere er en nøkkelfaktor for å øke innovasjonsevnen deres (León et al., 2012), og en systematisk tilnærming til kompetanseheving kan resultere i ansatte med høyere grad av både ferdigheter og tilfredshet (Brown et al., 2007), som videre kan forbedre kvaliteten ved helsetjenester (Sheridan et al., 1992; Weisman & Nathanson, 1985). Et tettere samarbeid mellom helseaktører og utdanningsinstitusjoner kan resultere i bedre samsvar mellom akademisk pensum og praktiske behov på arbeidsplassene (Bryans & Smith, 2000). Informasjonsteknologi gir muligheter for endring av pedagogiske aktiviteter, nye måter å presentere og interagere med kunnskap på, og nye måter for samarbeid og læring (León et al., 2012). En løsning som KB kan også bidra til å gjøre kunnskap mer eksplisitt, ved at kunnskap materialiseres i digitalt innhold og blir lett tilgjengelig.

Som vi ser er den potensielle effekten ved plattformen stor, men den vil avhenge av at plattformen når ut til brukerne, som i utgangspunktet er alt av helsepersonell, og tas i bruk. Hos SI Lillehammer befinner innovasjonen seg nå tidlig i denne prosessen, der toppledelsen sammen med prosjektleder for KB Innlandet forsøker å spre kjennskap og bruk av plattformen i organisasjonen, gjennom mellomledelsen og til de mange ansatte.

1.3 Problemstilling og bidrag

Basert på det ovennevnte formulerer vi følgende problemstilling:

Hvilken rolle tar mellomledere i Sykehuset Innlandet Lillehammer i den interne spredningen av Kompetansebroen, og hvilke faktorer skyldes dette?

Problemstillingen handler om hvordan mellomlederne deltar og engasjerer seg i den interne «reisen» til KB, og hvorfor de gjør det slik. Vi vil gjennom en kvalitativ studie belyse deres kjennskap, forståelse og bruk av plattformen, meningene de uttrykker omkring den (her innovasjonsnarrativer), i hvilken grad de driver spredning av den, og hvilke faktorer dette skyldes. Vi vil også belyse hvordan de ser på sin egen funksjon som mellomleder i denne forbindelse. Med «spredning» menes her alle aktiviteter som bidrar til kjennskap og bruk av KB blant de ansatte, primært innad i den enkelte mellomleders egen avdeling, sammen med eventuelle innovasjonsnarrativer som uttrykkes.

Denne studien gir empirisk innsikt i hvilken grad mellomledere i et sykehus driver oversettelse av innovasjon i form av en ny digital kompetanseplattform, og hva som påvirker deres aktive deltakelse i spredning av innovasjonen i en organisatorisk kontekst. En organisasjon som SI vil naturligvis være opptatt av den praktiske nytten som studien kan gi. For SI Lillehammer er oppgaven et bidrag til økt forståelse av mellomledernes nåværende perspektiv og engasjement tilknyttet KB. Særlig for toppledelsen i SI Lillehammer gir den økt innsikt i betydningen av oversettelse ved innføringen av noe nytt. Potensielt kan studien bidra til et mer nyansert bilde av konteksten som innovasjonen skal spres i, økt forståelse for mellomledernes perspektiv, økt forståelse for hva toppledelsen bør gjøre fremover, og i fremtidige lignende situasjoner. Dette kan også være til nytte for andre aktører som skal gjennom samme prosess, enten dette gjelder KB eller lignende innovasjoner.

1.4 Avgrensninger og presiseringer

Oppgaven handler om mellomlederens rolle i spredningen av en idé som ikke er deres egen i utgangspunktet. Innovasjonen kan betegnes som *utenfra-og-inn* så vel som *ovenfra-og-ned*, da den har opphav utenfor SI Lillehammer. Det er denne organisasjonen vi bruker som referansesystem. Divisjonsdirektører i sykehuset kan betraktes som mellomledere i det helhetlige systemet som sykehuset er en del av, men anses som toppledere i denne studien (se organisasjonskart i kapittel 2). Divisjonsrådgivere blir også betraktet som en del av den øverste ledelsen. Vi ser det som hensiktsmessig å avgrense SI Lillehammer til vår kontekst, for å belyse KB sin interne «reise» i denne organisasjonen – innad i én kontekst.

I tråd med samfunnsvitenskapelig tradisjon betrakter vi innovasjonsbegrepet gjennom sosiale briller. Sosialvitenskapelige tilnærminger søker å identifisere og forklare sosiale mekanismer. I organisasjonssammenheng fokuserer de på hvorfor mennesker og grupper handler på måten de gjør, de organisatoriske kreftene som former og begrenser disse handlingene, hva de tror, mener og føler, og hvordan de tolker informasjon (Greenhalgh et al., 2019). Sentralt står premisset om at medlemmer i organisasjoner implementerer endring adaptivt fremfor mekanisk; de eksperimenterer med innovasjoner, utvikler (positive eller negative) følelser for de, og forsøker å unngå eller omgjøre dem (Greenhalgh et al., 2004). Dette er i tråd med oversettelsesperspektivet, som følger en sosialvitenskapelig logikk; innovasjoner må tilføres energi og aktivt bæres frem for å oppnå spredning, og dette er resultatet av sosiale handlinger (Johnson & Hagström, 2005). Vi befinner oss i den beskrivende (deskriptive) forskningstradisjonen, som er opptatt av hva som foregår i (og mellom) organisasjoner, og studerer ulike praktiske situasjoner, prosesser eller prosjekter (Aasen & Amundsen, 2011).

Vi inkluderer ikke diffusjonsteori (Rogers, 1962; 2003) i denne oppgaven, da denne teorien hovedsakelig handler om spredning av en innovasjon basert på egenkraften og de iboende egenskapene ved den. Vårt fokus ligger på hvordan spredning er overlatt til ytre faktorer og menneskene i gitt kontekst. Der diffusjon indikerer at innovasjoner spres automatisk, friksjonsfritt og uten modifikasjon, innebærer oversettelsesteori en aktiv tilpasning der innovasjoner spres ved hjelp av aktører fremfor ved egen kraft.

I tråd med Radaelli og Sitton-Kent (2016, s. 313) benytter vi en bred definisjon på *ny idé*, som kan være «*kunnskap, praksiser, strategier, roller og teknologier som er nye i arbeidskonteksten, og som oversettes fordi de innebærer potensialet for betydelige endringer i etablerte rutiner, praksiser og produkter eller tjenester*». I tråd med dette er KB en teknologisk løsning som er ny for SI Lillehammer, og som innebærer muligheter for endring i rutiner og atferd; ny praksis omkring kompetanseheving, -deling og samhandling. Som vi har sett innebærer den også potensialet for forbedring av tjenestene. Vi betrakter «*innovasjon*» og «*ny idé*» som synonymer til hverandre. Nielsen et al. (2014) bekrefter at IT-baserte idéer også er gjenstand for endring når de beveger seg fra ett sted til et annet, og derfor må oversettes inn i den praktiske bruken i organisasjonen, der meningen ved idéer og teknologier redefineres. Sosial konstruksjon av IT-løsninger stopper ikke etter implementering, men fortsetter gjennom bruken (Leonardi & Barley, 2010).

Oppgaven fokuserer ikke på oversettelsen av selve KB som teknologisk løsning, da den i stor grad er gitt uavhengig av helseregion, men på oversettelsen av meningsinnholdet tilknyttet den, i tråd med fortolkende tilnærminger nevnt i punkt 1.1.1. Dette vil være et sosialt konstruert fenomen (Berger & Luckman, 1967; Weick, 1979). Strukturmessig, og langt på vei innholdsmessig, vil plattformen være uniform på tvers av regionene, men samtidig variere noe i innhold grunnet lokal tilpasning. Den største potensielle forskjellen ligger imidlertid hos aktørene som innovasjonen treffer på – menneskene som skal bruke den.

Vi trekker ikke et klart skille mellom begrepene «*implementering*» og «*spredning*» gjennom oppgaven, men anser disse som integrerte i hverandre. Implementering er en prosess som favner bredt; den foregår etter at beslutningen om å innføre en innovasjon er tatt, men før den har lyktes med å bli rutinisert som organisatorisk praksis (Greenhalgh et al., 2004). Den vil dermed inneholde spredningsaspektet, som er nødvendig for å få innovasjonen i bruk og til å bli rutine blant flere medlemmer i en organisasjon – det vil si implementert.

Vi jobber i tråd med det som kjennetegner et forskbart tema for studentprosjekter (Hart, 2005); det finnes primærdata (eller sekundærdata) for å belyse problemstillingen, det er mulig å få tilgang til disse, det er mulig å gjennomføre en undersøkelse for å belyse problemstillingen innenfor en begrenset tidsramme, det er tilstrekkelig med ressurser for å gjennomføre undersøkelsen, og studentene har nødvendige kunnskaper for å gjennomføre den.

1.5 Struktur i oppgaven

I neste kapittel vil vi først presentere den empiriske konteksten som studien foregår i, med en kortfattet redegjørelse av SI Lillehammer og den tilhørende mellomledelsen. I kapittel 3 går vi over til teorien; først med et overordnet perspektiv på innovasjonsbegrepet, også i konteksten av den offentlige helsesektoren. Videre gjør vi en gjennomgang av de teoretiske bidragene som vi finner mest relevante for problemstillingen og som virker styrende for retningen av studien. I kapittel 4 beskrives vår metodiske forankring og tilnærming, begrunnelse av våre metodiske valg og hvordan vi har gjennomført studien. I kapittel 5 redegjør vi for de empiriske funnene, sammen med en diskusjon av disse i lys av problemstillingen og aktuell teori. Avslutningsvis konkluderer vi i kapittel 6 med en besvarelse av problemstillingen, før vi sier noe om implikasjonene som funnene gir for SI Lillehammer og avslutter med noen refleksjoner omkring studien i sin helhet, vårt læringsutbytte og veien videre.

2. Empirisk kontekst

I dette kapitlet redegjør vi for den empiriske konteksten som studien gjøres i. Her gis det en kort introduksjon om Sykehuset Innlandet og en beskrivelse av ledelsesstrukturen.

2.1 Sykehuset Innlandet

Helse- og omsorgsdepartementet har et overordnet ansvar for alle sykehus i Norge, og staten eier de offentlige sykehusene. Departementet utarbeider årlig et oppdrag til hvert regionale helseforetak, der det beskriver kravet til innhold i spesialisthelsetjenesten gjennom mål og rammer for bruk av tildelte midler. De regionale helseforetakene eier og organiserer sine underliggende helseforetak, det vil si de enkelte sykehusene.

Sykehusene er organisert i fire regionale helseforetak. Ett av disse er Helse Sør-Øst, og SI er ett av 11 underliggende helseforetak som inngår her. SI består av seks somatiske sykehus og to psykiatriske sykehus. I tillegg finnes det desentraliserte tjenester innenfor både somatikk, psykiatri, habilitering og rehabilitering. Totalt har SI 43 enheter. Det geografiske opptaksområdet til sykehuset var i 2018 fylkene Hedmark og Oppland (nå Innlandet), med om lag 400 000 innbyggere fordelt på de 48 kommunene i opptaksområdet. Foretaket hadde i 2018 om lag 10 000 ansatte og en omsetning på 8,7 milliarder NOK. SI har ansvaret for all offentlig spesialisthelsetjeneste innenfor somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg, habilitering, rehabilitering og prehospitaltjenester i Innlandet. Foretaket har også ansvar for tildeling og ettersyn av medisinske behandlingshjelpemidler og pasientreiser i opptaksområdet.

SI er organisert med åtte divisjoner, hvor SI Lillehammer administreres under divisjonen «Gjøvik-Lillehammer», og dermed har felles ledelse med Gjøvik sykehus. Divisjonene ledes av hver sine divisjonsdirektører. Visjonen er å *«gi gode og likeverdige helsetjenester til alle som trenger det, når de trenger det, uavhengig av alder, bosted, etnisk tilhørighet, kjønn og økonomi»*. SI Lillehammer består av 34 avdelinger. All informasjon er tilgjengelig i sykehusets årsrapport (Sykehuset Innlandet HF, 2018).

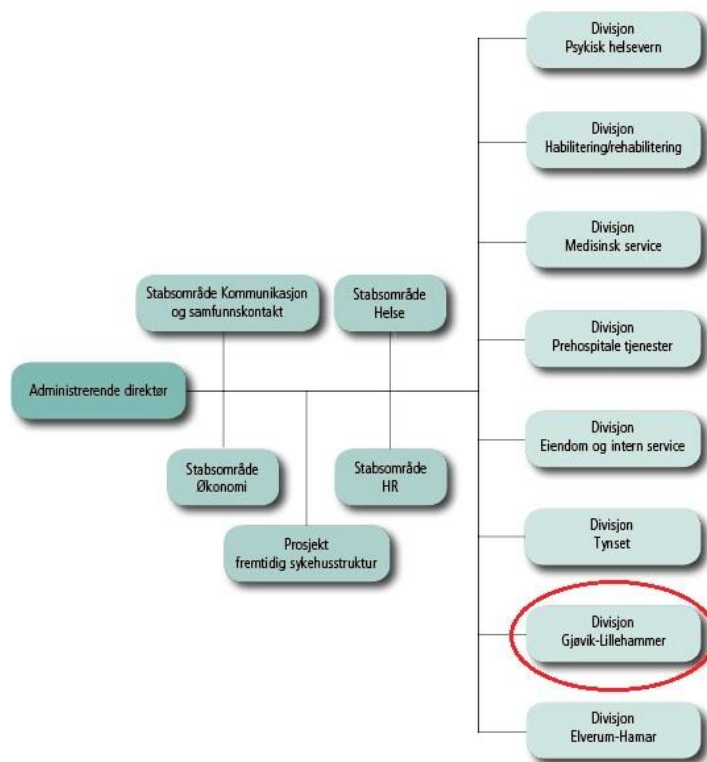
2.2 Mellomledelse i Sykehuset Innlandet

Toppledelsen blir i denne forbindelse betraktet som nivå 1 og 2 i organisasjonen. Videre har SI to nivåer med mellomledere; avdelingssjefer på nivå 3 og seksjonsledere på nivå 4. I SI Lillehammer finner vi ti avdelinger med hver sine avdelingssjefer. Under disse finner vi over 40 seksjoner med hver sine seksjonsledere. Sistnevnte har mer direkte pasientkontakt, hvilket innebærer at vi finner mellomledere blant den operative kjernen. I lederavtalen (vedlegg 1) bruker SI følgende definisjon på ledelse; *«ledelse er å skape og opprettholde retning og energi – eller mål og motivasjon – blant mennesker som er en del av en organisasjon, samt å styre den samlede ressursanvendelse slik at målene blir nådd innenfor gitte rammebetingelser»*.

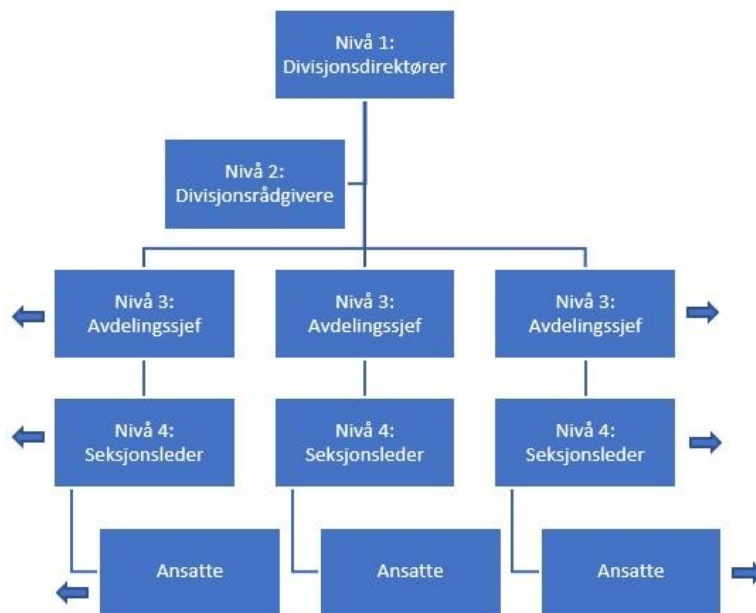
Mellomlederne på begge nivåer skal jobbe etter visse retningslinjer. Først og fremst har de lederavtalen som signeres årlig, både med generelle mål og resultatkrav, og personlige utviklingsmål. Avtalen er et sentralt verktøy som understøtter den daglige utøvelsen av lederrollen. Den beskriver også atferdskrav som ledere skal etterleve. Et av disse er å vise endringsvilje, der det heter at *«en leder må kunne møte utfordringer og utvikling gjennom kontinuerlige endringsprosesser og kompetanseheving hos medarbeiderne»*. Oppfølging og utvikling av egne medarbeidere står sentralt.

Nivåene har også tilhørende funksjonsbeskrivelser, (vedlegg 2 og 3) hvor det blant annet står at lederen skal *«analysere enhetens kompetansebehov og utforme kompetanseplaner på bakgrunn av dette»*, *«ha kontinuerlig fokus på å legge til rette for faglig utvikling i enheten»* og *«bidra til tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper internt, på tvers av avdelinger og med øvrige samarbeidspartnere»*. Vi finner dermed klare forventninger om at mellomlederne skal prioritere kompetanseheving og samhandling i arbeidshverdagen.

Lederne skal også jobbe etter «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten» (vedlegg 4), fra Helse- og omsorgsdepartementet. Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Her står det blant annet at ledelsen plikter å *«ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring»*.



Figur 1: Overordnet sykehusstruktur



Figur 2: Ledelsesstruktur i SI Lillehammer

3. Teoretisk forankring

I dette kapitlet gjennomgår vi oppgavens teoretiske forankring. Vi ser nærmere på hva som ligger i selve innovasjonsbegrepet, også i relasjon til den offentlige helsesektoren. Videre presenterer vi teoretiske bidrag som er relevante for problemstillingen og som virker styrende for retningen av studien. Disse omhandler mellomledelse (både generelt og spesifikt for sykehus), hva som innvirker på mellomledelsens støtte ved innføringen av noe nytt, og mellomledelse knyttet opp til spredning av innovasjon sett i et oversettelsesperspektiv.

3.1 Innovasjon i offentlig sektor

Koch og Hauknes (2005) påpeker at det kan være utfordrende å definere innovasjon på en generell og kontekstfri måte. De beskriver innovasjon som lokasjonsspesifikk i sosioøkonomisk tid og rom, aktivitetsspesifikk og subjektivt bestemt, formet av ressursene og persepsjonene til den/de som innoverer – hvilket betyr at den også er aktørspesifikk. Slik er innovasjon et lokalt og kontekstavhengig fenomen. For å svare på hva innovasjon er bør man starte med et fundamentalt perspektiv, der innovasjon handler om implementering av atferdsendring. Koch og Hauknes (2005, s. 9) betrakter innovativ aktivitet som «å gjøre noe annerledes og bevisst for å nå bestemte målsettinger». De fremhever nyhet og atferdsendring hos en gitt aktør (som kan være et individ, en gruppe eller en organisasjon) som kjernen i innovasjon. Innovasjon genereres dermed gjennom ny atferd hos en aktør, som ikke nødvendigvis er ny for samfunnet som helhet. Slik kan innovasjon være en eksisterende idé som tas i bruk i en ny kontekst (Hartley, 2014). Dette er eksempelvis i tråd med Rogers' (2003, s. 12) definisjon av innovasjon som «en idé, praksis eller objekt som er oppfattet som ny av et individ eller annen adopterende enhet». I sine studier av offentlig innovasjon i EU kommer Green et al. (2001, s. 9) frem til en lignende og mer utdypende betegnelse av innovasjon, som en prosess hvor organisasjoner «gjør noe nytt, eksempelvis introduserer en ny praksis eller prosess, skaper et nytt produkt (vare eller tjeneste), eller adopterer et nytt mønster av intra- og interorganisatoriske relasjoner (inkludert leveransen av varer og tjenester)».

Innovasjon er nødvendig for å utvikle og forbedre velferdstjenestene som offentlig sektor leverer. Evnen til å innovere for å levere bedre og nye tjenester er av største betydning da det handler om innbyggernes felles beste og velferdsmålene som underbygger de offentlige aktivitetene. Det finnes ikke én etablert definisjon på innovasjon i offentlig sektor; eksisterende definisjoner på innovasjon plasseres gjerne i konteksten til en offentlig organisasjon. Offentlig sektor kan defineres som «*de deler av økonomien som enten er statlig eid eller underlagt kontrakt med staten, samt de deler som er regulert eller subsidiert i den offentlige kontekst*» (Flynn, 2007, s. 2). Offentlig innovasjon betegnes som «*prosessen med å generere nye idéer og implementere de for å skape verdi for samfunnet, enten gjennom nye eller vesentlig forbedrede prosesser og tjenester*» (European Commission, 2013, s. 9), eller mer overordnet som «*å overføre en god idé til praktisk verdi for mennesker, økonomien eller samfunnet*» (Rosenthal et al., 2018, s. 7).

Innovasjon betraktes gjerne prosessuelt; reisen fra en idé oppstår til den realiseres, implementeres og spres (Cheng & Van de Ven, 1997). Gjennom denne prosessen, ikke minst ved implementerings- og spredningsaspektet, involveres ulike aktører. Disse menneskene vil påvirke prosessen med sine fortolkninger og handlinger, og være en faktor som gjør prosessen fremvoksende og usikker (Hernes & Kofoed, 2007); «*innovasjon blir sett på som noe som oppstår blant mange aktører med ulike perspektiver, idéer og kulturer som nøysomt må veves sammen for å oppnå fordelene ved innovasjonen*» (Fuglsang, 2008, s. 3). Innovasjoner i offentlige tjenester betegnes ofte som strategiske ovenfra-og-ned aktiviteter fremfor praktiske nedenfra-og-opp aktiviteter initiert av aktører på lavere organisatoriske nivåer (Windrum & Koch, 2008). I organisasjoner kan nye idéer og drivkraft ved disse ha utspring på strategisk nivå, det vil si ledelsesinitiert, eller på et mer operativt praksisbasert nivå, det vil si fra frontlinjepersonell og oppover – eksempelvis gjennom medarbeiderdrevne innovasjon (Høystrup, 2012).

Vi ser at innovasjon representerer endring, men det argumenteres for at disse begrepene ikke er synonyme til hverandre. Endring ses gjerne som en kontinuerlig egenskap ved alle organisasjoner, men dette er ikke tilfellet for innovasjon. Schumpeter (1934; 1942) betegner innovasjon som brytning av *business-as-usual*; noe disruptivt og mer enn kontinuerlig endring og tilpasning. I tråd med dette beskriver Sundbo (1997, s. 438) innovasjon som «*et hopp i evolusjonen*» til en organisasjon. Hartley (2006) argumenterer også for at små, kontinuerlige endringer ikke bør anses som innovasjon, og at innovasjonsbegrepet bør reserveres for

utviklinger som er nye for organisasjonen og tilstrekkelige for å endre arbeidsmetodene eller karakteren ved den.

Innovasjon handler altså om at noe nytt blir til, at dette blir tatt i bruk og får en konsekvens (Aasen & Amundsen, 2011). Ibruktaking står sentralt, og for at «det nye» skal bli tatt i bruk må dette spres til og mellom brukerne. Koch og Hauknes (2005) påpeker at innovasjon i det offentlige er komplekst, og at aktivitetene omkring aksept og spredning av innovasjon er tilsvarende komplekse. Ikke minst gjelder dette sykehusene, og Cunningham (2005) presenterer noen særlig relevante barrierer for spredning av innovasjon i den offentlige helsesektoren. Helsevesenet utgjør en svært kompleks og stor organisatorisk enhet, bestående av mange integrerte systemer. Dette gjelder også det enkelte foretak, eksempelvis et sykehus. Dette kan føre til manglende helhetlig overensstemmelse og kommunikasjon overfor problemer og løsninger. Mangel på dialog mellom aktører skaper problemer med å styre spredningen av ønsket praksis. Store organisasjoner har gjerne komplekse hierarkier og er ofte utsatt for subkulturer og silotenking. Dette skaper interne barrierer mot formidling og forplantning av nye idéer. Det som har fungert tidligere blir gjerne ansett som god praksis å fortsette med, og en motvilje overfor idéer som kommer utenfra oppstår lett. Den store mengden interessenter i helsesektoren gjør også at mange behov og hensyn må inkluderes, og at mange aktører er inne i bildet som potensielle påvirkningsfaktorer.

Man har også faktorer som virker fasiliterende for spredning av innovasjon (Cunningham, 2005): Helseprofesjonelle er generelt drevet av et sterkt ønske om å forbedre velferden og livskvaliteten hos pasientene, noe som kan stimulere til å søke nye løsninger, og være forkjempere for at nye idéer brer om seg. Nye teknologiske løsninger kan lett tilgjengeliggjøres på tvers av helseforetak, og åpne for nye måter å jobbe på.

3.2 Mellomledelse

Harding et al. (2014, s. 1214) definerer mellomledelse som *«en posisjon i organisatoriske hierarkier mellom den operative kjernen og toppunktet, hvis aktører er ansvarlige for en bestemt enhet på dette mellomliggende nivået av hierarkiet, som utgjør alle de under den strategiske toppledelsen og over førstelinjetilsyn»*. De forteller at det er konsensus om denne definisjonen, noe som indikerer at begrepet «mellomleder» favner bredt. Imidlertid er det mindre grad av enighet om *funksjonen* til mellomledere. Noen hevder at de primært har ansvar for kommunikasjon og utførelse av strategier (eksempelvis Glaser et al., 2015), andre at de

skal være innflytelsesrike strategier (eksempelvis Wooldridge et al., 2008). Imidlertid er det bred enighet om at organisatorisk ytelse og innovasjon avhenger av en opplyst og myndiggjort mellomledelse (Dopson & Stewart, 1990; Floyd & Wooldridge, 2000; Frohman & Johnson, 1993; Millmann & Hartwick, 1987; Nonaka et al., 1992; Smith, 1997). Mellomledere gir viktige bidrag i omgjøringen av brede strategiske intensjoner og mål til mer kortsiktig operasjonell hverdagspraksis (Hrebiniak & Joyce, 1984), eller i «meglingen» mellom toppledelsens visjon og den operative virkeligheten (Nonaka & Takeuchi, 1995).

Posisjonen gir mellomledere ansvar for å implementere toppledelsens strategier og sørge for at de ansatte utfyller sine roller. Her har de tilgang til toppledelsen kombinert med kunnskapen om det operative feltet og nærhet til praksis. Posisjonen gjør mellomledere unike i en organisasjon; de er «*kontrollører som blir kontrollert, og motstandere som blir motstått*» (Harding et al. 2014, s. 1232). Rollen beskrives gjerne som kompleks og noe selvmotsigende. Viktige ressurser for mellomledere er også deres kunnskap om det organisatoriske miljøet og de sosiale strukturene, og det argumenteres for at de gjerne benytter forankringen og relasjonene den gir til å tilpasse seg ulike situasjoner og påvirke andre (Radaelli og Sitton-Kent, 2016).

Mintzberg (1979) trekker frem «mellomlinjen» som ett av fem grunnleggende elementer som utgjør en organisasjon, hvor de andre er den operative kjerne, det strategiske toppunkt, teknostrukturen og støttestaben. I tråd med definisjonen ovenfor består mellomlinjen av «*de lederne som sitter i en direkte linje av formell autoritet mellom menneskene i det strategiske toppunktet og i den operative kjerne*» (Mintzberg, 1980, s. 323). Mintzberg (1980) påpeker at de fem elementene har en viss «dragningsseffekt» ved seg. Hos mellomlinjen handler denne om å søke autonomi ved å trekke makt ned fra det strategiske toppunktet og konsentrere denne i sine egne enheter. Videre hevder han at den operative kjerne ofte forsøker å minimere påvirkningen som mellomlederne har på deres arbeid.

Harding et al. (2014) viser til at litteraturen hovedsakelig har fokusert på hva mellomledere *burde* gjøre og hva de *faktisk* gjør. Det første handler om preskriptive bidrag rundt ferdighetene som trengs for å lykkes med å motta og iverksette strategiske planer, og hvordan de ideelt burde jobbe og opptre overfor de ansatte. Det andre viser til at mellomledere er mer enn passive ledd som ukritisk overfører instruksjoner nedover i organisasjonen; de er kritiske mennesker som bevisst kobler den operative kjernen med de øvre nivåene på en måte som former den strategiske retningen. De tolker og omgjør strategiske planer på måter som ikke er

ment fra toppledelsens side, noe som gjør at «ovenfra-og-ned-initierte endringer blir en fremvoksende og uforutsigbar prosess» (Balogun & Johnson, 2005, s. 1574). Det er ikke bare strategidokumenter som påvirker hvordan mellomledere jobber, men også den sosiale praksisen og den uformelle hverdagssamtalen der flere og motstående argumenter genereres. Dette fører til at «meningen ved ovenfra-og-ned initiativer oppstår nedenfra-og-opp» (Balogun, 2006, s. 43). I tillegg til omtolkning av strategiske planer kan mellomledere aktivt motstå både importering og implementering av innovasjoner, selv om de utad uttrykker engasjement for endring (Watson, 1994).

3.2.1 Mellomledelse i «Det Profesjonelle Byråkratiet»

Mintzberg (1979, 1980) beskriver ulike typologier av organisasjoner, og et sykehus tilhører typen *Det Profesjonelle Byråkratiet*. Denne betegnes som byråkratisk uten å være sentralisert, og strukturert for å sikre høy kvalitet på arbeidet og rask problemløsning. Ledere og ansatte har veldefinerte posisjoner og spesialiserte oppgaver, og standardisering av atferd åpner for desentralisering av myndighet. Standardisering av kompetanse forhåndsbestemmer hvordan arbeidet utføres. De mange ansatte er høyt opplærte spesialister (profesjonelle) og får betydelig autonomi i arbeidet, både overfor ledelsen og kollegaer. Dette gjør at enhetene typisk er store, og at den operative kjernen er nøkkeldelen i organisasjonen. Autoriteten i profesjonelle byråkratier handler mer om profesjonsmakt og ekspertise enn styring ovenfra-og-ned (Andreasson et al., 2018). De profesjonelle jobber gjerne nært klientene, eksempelvis pasienter. Omgivelsene til slike organisasjoner er gjerne komplekse, men stabile. Kompleksiteten stiller høye krav til kompetanse, og stabiliteten tillater kompetansen å feste seg som standardpraksis.

Å innføre nye idéer i profesjonelle byråkratier kan være vanskelig. Motstanden mot å akseptere endring blant de ansatte, inkludert mellomledere, kan være sterk (Mintzberg, 1983). Institusjonaliserte og profesjonelle verdier gjør de mer motstandsdyktige overfor endring. Ovenfra-og-ned initiativer blir utfordrende å implementere da profesjonelle byråkratier har klare nedenfra-og-opp beslutningsmekanismer, noe som gjør det vanskelig å tilføre endringer til alle, da de profesjonelle må akseptere og delta aktivt i planlagte endringer (Andreasson et al., 2015; Rowe et al., 2005). Slike organisasjoner har en rigid struktur som fungerer godt til å produsere standardiserte resultater, men er ofte langsomme med å tilpasse seg og gjøre endringer.

Mellomledelsens spillerom i profesjonelle byråkratier er gjerne begrenset. For det første skal den jobbe etter toppledelsens føringer. Videre har profesjonelle byråkratier sterke profesjonelle grupper i den operative kjerne, hvis makt og interesser gjerne er sterkt forankret. Makten har utspring i at den operative kunnskapen ligger i den operative kjernen. Uavhengigheten deres gir dem makt til å stille spørsmål ved og motstå idéer og forslag fra ledere, inkludert mellomledere (Andreasson et al., 2018). Mellomledelsens rolle i endring vil handle mer om å støtte og hjelpe enn å styre og kontrollere (Currie & Procter, 2005). For å kunne utøve innflytelse bør mellomledere selv være profesjonelt operative og inneha støtte fra de andre i den operative kjerne (Mintzberg, 1979).

3.2.2 Mellomledelsens støtte ved innføring av innovasjon

Det argumenteres for at organisatorisk ytelse er sterkt påvirket av det som foregår i midten av organisasjoner fremfor i toppen, og en solid forskningsstrøm viser hvilken viktig rolle mellomledere spiller både i formuleringen og implementeringen av strategisk endring og innovasjon (Balogun & Johnson, 2005; Currie & Procter, 2005; Dutton et al., 2001; Floyd & Woolridge, 1997; Hoon, 2007; Ling et al., 2005; Mantere, 2008; Rouleau, 2005; Westley, 1990). Å oppnå støtte fra mellomledere kan imidlertid være utfordrende for en toppledelse som vil innføre innovasjoner, og da særlig komplekse innovasjoner, definert som *«nye sett med atferd, rutiner eller andre arbeidsprosesser som krever koordinert bruk av flere organisatoriske medlemmer»* (Chuang et al., 2011, s. 370). Helse- og omsorgsorganisasjoner har i økende grad startet innføringen av slike innovasjoner, også av teknologisk art; nye teknologiske løsninger som kan resultere i betydelige forbedringer i effektiviteten og sikkerheten i helse- og omsorgstjenester (Hillestad et al., 2005).

Suksessfull implementering er avgjørende for effektiviteten og ivaretagelsen av disse innovasjonene (Weiner et al., 2009). Imidlertid opplever mange organisasjoner at implementeringen er utfordrende og tidkrevende (Helfrich et al., 2007; Shortell et al., 1998). Implementeringsprosessen foregår etter at beslutningen om å innføre en innovasjon er tatt, men før den har lyktes med å bli rutinisert som en organisatorisk praksis (Greenhalgh et al., 2004). Støtte fra ledere har vist seg å virke fremmende på denne prosessen (Caldwell et al., 2008). Derimot kan ledere som ikke støtter en innovasjon aktivt forsinke implementeringen og sabotere for nye initiativ (Guth & MacMillan, 1986). I helse- og omsorg er det ofte mellomledere, eksempelvis avdelingssykepleiere, som får oppgaven med å implementere endringer i sine avdelinger (Currie & Procter, 2005).

Chuang et al. (2011) undersøkte hvilke faktorer som påvirker mellomlederens støtte i innføringen av innovasjon i helse- og omsorgsorganisasjoner. De undersøkte 92 mellomledere fordelt på 17 organisasjoner, og fant ut at de har et smalt fokus på innovasjon; de er opptatt av resultatene i sin egen avdeling fremfor å se nytten av innovasjonen i hele organisasjonen. De mellomlederne som støttet innovasjonen fokuserte på den positive effekten den kunne ha på deres egen avdeling. De som ikke støttet den følte at den ville ha negativ innvirkning på avdelingens resultater, og ga motstand selv om de anså at den ville ha positiv virkning på organisasjonen for øvrig.

Chuang et al. (2011) konkluderer med at graden av støtte fra mellomledere primært er resultatet av hvordan de oppfatter samsvaret mellom innovasjonen og sine egne behov og prioriteringer på arbeidsplassen. Blant faktorene som påvirker dette samsvaret (og aktualiseres av våre funn) er:

Implementeringspraksis: Støtten øker når mellomledere blir informert om innovasjonen tidlig og når de inkluderes i implementeringsprosessen. Problemer oppstår dermed når initiativer kommer utenfra og plutselig. Mangel på kommunikasjon bidrar til ujevn støtte og implementering. Støtten øker når de får myndigheten og fleksibiliteten til å tilpasse implementeringen etter hva de anser som best i deres egen avdeling. Det har også vist seg ideelt at mellomledere får hjelp til å opprettholde og drive implementeringsprosessen fremover.

Ressurstilgjengelighet: Støtten øker når mellomledere har ressursene som trengs for praktisk å ta til seg innovasjonen på en måte som ikke går på bekostning av den «vanlige» praksisen i arbeidshverdagen.

Støtte fra toppledelse: Mellomlederens vilje til å engasjere seg i implementeringen avhenger av støtten som toppledelsen viser; både til de, til innovasjonen og til innovativ atferd generelt. Om toppledelsen selv ikke viser forpliktelse overfor innovasjonen, eller om relasjonen mellom mellomledelsen og toppledelsen ikke er god, vil motvilje lett oppstå.

3.3 Mellomledelse og spredning av innovasjon

3.3.1 Oversettelse

Oversettelsesperspektivet er mye brukt i organisasjons- og ledelsesstudier ved forklaring av endring (Boxenbaum, 2006; Lamertz & Heugens, 2009; Pipan & Czarniawska, 2010; Zilber, 2006). Det benyttes for å utforske hvordan idéer spres og tilpasses i og mellom kontekster, og hvordan idéer påvirkes av mennesker som tolker og omgjør disse til eget bruk. Oversettelse har et språklig metaforisk grunnlag; en direkte oversettelse som er identisk med det opprinnelige utsagnet fungerer ofte dårlig i en ny kontekst. For at den skal gi mening er det gjerne nødvendig med omskrivninger, sammen med innsikt i den nye konteksten. Oversettelse blir konseptualisert som idéers reise fra en kontekst til en annen (Czarniawska & Joerges, 1996), eller innad i én kontekst. I tråd med dette definerer Radaelli og Sitton-Kent (2016, s. 312) oversettelse som «*innsatsen ved å innføre en idé som har oppstått et annet sted i en gitt arbeidskontekst (organisasjon, team eller enhet)*».

Oversettelsesteori bygger på forskningsstrømmer innen aktør-nettverksteori (ANT) og skandinavisk nyinstitusjonalisme. ANT betegner oversettelse som preget av overtalelse, overbevisning, mobilisering og maktspill. Her handler oversettelse om evnen til å formidle samme budskap på flere måter til ulike aktører, og overbevise de om å adoptere en bestemt mening (Bergström & Diedrich, 2011; Bruce & Nyland, 2011; Chua, 1995; Greener, 2006; Kelemen, 2000; Robson, 1991). En innovasjon oversettes når den formidles på ulike måter, og i ulike former verbalt og materielt. Enhetene som oversettes er dermed interesser, påstander, overbevisninger og meninger (Wæraas & Nielsen, 2016). Hensikten med oversettelse blir å mobilisere ulike aktører til å koble seg sammen i nettverk med makt som støtter innføringen av noe nytt. Perspektivet retter oppmerksomhet mot aktørers handlinger som avgjørende for hvordan innovasjoner drives frem og spres (Røhnebæk & Lauritzen, 2019). Innovasjoner spres ikke fordi de er gode i seg selv, men fordi visse aktører gjennom språkbruk overbeviser og får med seg andre. ANT har et politisk tema der «*kunsten å interessere*» (Akrich et al., 2002a, s. 205) står sentralt. Talspersoner spiller dermed en viktig rolle; personer med narrative evner som bygger og formidler historier som engasjerer, overbeviser og legitimerer ved innføring av noe nytt.

Skandinavisk nyinstitusjonalisme er inspirert av ANT, men har et mer sosialkonstruktivistisk tema. Her vektlegges i mindre grad overtalelse og dannelsen av nettverk i én kontekst, og i større grad overføring mellom kontekster og tanken om at oversettelse handler om reisen og omgjøring av mening fra en kontekst til en annen, og fra ett språk til et annet (Czarniawska &

Sevón, 1996; Sahlin-Andersson, 1996; Lamb et al., 2012). Sirkulasjonen av idéer og ny praksis er høyst interaksjonsbasert, følger ulike ruter og muliggjøres av ulike idébærere, og omdannes kontinuerlig når de oversettes til lokale versjoner (Djelic & Sahlin-Andersson, 2006).

Oversettelsesperspektivet har blant annet vært sentralt i undersøkelsen av reisen til idéer gjennom interne organisatoriske grenser (Bartel & Garud, 2009; Dobosz-Bourne & Kostera, 2007; Morris & Lancaster, 2006). Dersom idéen materialiseres inn i organisasjonens praksis og gjentas, kan den betegnes som institusjonalisert (Waldorff, 2013a). Menneskene i organisasjonen er en avgjørende faktor da spredningen av nye idéer er «overlatt til mennesker» (Johnson & Hagström, 2005, s. 371), ved at idéene påvirkes av aktører og deres interaksjon på flere organisatoriske nivåer. Alle som «gjør noe» med idéen er oversettere. Det de «gjør» kan være strategiske manøvre for å styrke posisjonen til idéen, handlinger som bidrar til å flytte idéen fra en kontekst til en annen, tilpasninger og endringer av meningsinnholdet i den, eller i omgjøringen av idéen til ny praksis. Oversettelse vil dermed være en kontinuerlig aktivitet fremfor å foregå kun ved ett tilfelle.

Blant aktørene som kan påvirke utfallet av en idé er mellomledere. Studier utført av Radaelli og Sitton-Kent (2016) viser at mellomledere innvirker på alle trinn i oversettelsesprosessen, og påvirker ansatte, andre mellomledere og toppledere underveis. Oversettelse for mellomledere tar en rekke former; å hente idéer fra utsiden og inn (eks. skaffe ny teknologi), fra toppledelse til frontlinjeansatte (eks. implementere en ny strategi) eller andre mellomledere (eks. tilpasning til restrukturering), fra frontlinje til toppledelse (formidle initiativ nedenfra-og-opp) og fra mellomledere oppover, lateralt eller nedover (eks. løfte frem alternativer). Slik kan spredning handle om en idé som mellomlederen har selv, eller en idé som har opphav et annet sted internt eller eksternt. Radaelli og Sitton-Kent (2016) presenterer i denne forbindelse et oversettelsesbasert teoretisk rammeverk bestående av syv dimensjoner. Vi vil trekke frem de to første her, da det er de som aktualiseres av funnene våre. De er avgjørende for om mellomledere mottar en idé, aksepterer den, inntar en oversetterrolle og engasjerer seg aktivt i innovasjonen. Disse dimensjonene kalles *Idéervervelse* og *Tilegnelse av oversetterrolle*.

Idéervervelse:

Mellomledere er i en posisjon som gir tilgang til et bredt spekter av kunnskap, informasjon og idéer. De differensierer og integrerer ulike typer kunnskap internt og eksternt, og ulike kilder til ny informasjon; vertikale koblinger til toppledelsen og den operative kjerne, og horisontale koblinger med andre mellomledere, samt til eksterne aktører. Her eksponeres de for «det nye».

Tilegnelse av oversetterrolle:

Mellomledere gjør seg opp en mening om idéen og hvordan den vil påvirke dem og organisasjonen; de vurderer dens resultater, konsekvenser og kontrollerbarhet. De gjør seg også opp en mening om konteksten; de fanger opp signaler fra toppledelsen, utforsker hvordan idéen vil imøtekommes av involverte, og tolker utsagn fra de man snakker med. Her vurderer de også idéen opp mot personlige interesser og verdier. Her avgjør mellomledere om de støtter eller motstår ideen, hvor mye innsats de vil legge inn, og hvor synlig de vil gjøre involveringen sin – i det hele tatt om de inntar en oversetterrolle.

Individuell preferanse rundt idéen er en viktig faktor i den tidlige fasen av oversettelse (Teulier & Rouleau, 2013). Harding et al. (2014) observerer at mellomledere skaper diskurser som befester deres identitet som enten konformist (som etterlever instruksjoner), kritiker (som er enig med strategien, men uenig med dens implementering) eller motstander (som aktivt opponerer). Identiteten kan være i kontinuerlig utvikling (Allard-Poesi, 2015).

Radaelli og Sitton-Kent (2016) trekker frem en rekke faktorer som påvirker tilegnelsen, som i stor grad samsvarer med funnene til Chuang et al. (2011) nevnt ovenfor: graden av overensstemmelse mellom den nye idéen og mellomlederens identitet og interesser, hvordan de oppfatter sjansen for suksess, risikoen for tap av image, frykt for sanksjoner og tap av ferdigheter. Mellomledere med større organisatorisk tilhørighet har gjerne større vilje til å forme rollen sin basert på interessene til andre i organisasjonen. Personlighetstrekk påvirker hvordan et individ stiller seg positiv eller negativ til endring. En stor arbeidsmengde gir mindre rom for innovasjon og utforskning, og endring ses som en byrde. Påvirkning fra toppledelsen er den aller viktigste faktoren; mellomledere har større sannsynlighet for å engasjere seg i oversettelse når toppledere gir de en slik rolle, spesielt sammen med involvering i strategisk beslutningstaking, og dersom toppledelsen gir ressursene som trengs for utforskning. Kvaliteten på relasjonen mellom toppledelsen og mellomlederne er svært

viktig; mellomledere er mer tilbøyelige for å engasjere seg når de oppfatter nærhet, tillit, respekt og støtte. Nærhet til toppledelsen gjør mellomledere mer selvsikre og ressurssterke.

3.3.2 Meningsdannelse og meningsgiving

En innovasjon vil ikke ha den samme meningen og verdien for alle i en gitt kontekst, og kommunikasjonen mellom individer og grupper her påvirker aksepten og formidlingen av innovasjonen (Côté-Boileau et al., 2019). Oversettelse handler om meningsdannelse og meningsgiving (Weick, 1995). Begrepene henger nøye sammen; «*meningsdannelse og meningsgiving er oversettelse som resulterer fra kommunikasjonsaktiviteter utført på ulike nivåer og i flere retninger*» (Teulier & Rouleau, 2013, s. 310). Sagt på en annen måte handler oversettelse «*i utgangspunktet om meningsdannelse og involverer sendere og mottakere, eller redaktører og publikum, og omdannelsen av en idé*» (Teulier & Rouleau, 2013, s. 333). Gioia og Thomas (1996) betrakter meningsdannelse og meningsgiving som to komplementære og gjensidige prosesser; meningsdannelse handler om hvordan aktører forstår og skaper mening for seg selv basert på informasjonen de mottar omkring idéen. Meningsgiving handler om deres forsøk på å påvirke resultatet, aktivt kommunisere deres tanker om idéen til andre og oppnå deres støtte. Meningsgiving handler dermed om å påvirke meningsdannelsen til andre.

En rekke studier har undersøkt mellomlederens meningsutvikling og bidrag til dette i en organisasjon. Disse studiene beskriver hvordan mellomledere skaper (Balogun & Johnson, 2004; Huy, 2002), forhandler (Hoon, 2007; Thomas et al., 2011) og sprer (Huy, 2011; Ling et al., 2005; Rouleau, 2005; Smith et al., 2010) mening ved endring i en organisasjon, også blant hverandre (Laine & Vaara, 2007; Westley, 1990). Beck og Plowman (2009) argumenterer for at mellomledere er de mest effektive i å konsolidere nye meninger i organisasjoner, da deres mellomliggende posisjon åpner for kobling av informasjon fra ulike organisatoriske kilder, slik at viktige læringsutbytter fra flere nivåer kan innhentes. Det innebærer også at eventuell meningsgiving må gjøres med forskjellige interne aktører; mellomledere bør ha innflytelse oppover, lateralt og nedover.

Studier av både toppledelse og mellomledelse viser at disse må ha politiske evner til å kunne påvirke andre dersom de vil innvirke på hvordan innføringen av noe nytt utfolder seg (Balogun et al., 2008; Buchanan, 2008; Fairhurst, 2007; Mangham & Pye, 1991; Pye and Pettigrew, 2005). En rekke studier peker på at diskursive evner og kunnskap om den organisatoriske konteksten er kjernen ved måten ledere påvirker andre til å adoptere sin mening og legitimere endring (Maitlis, 2005; Maitlis & Lawrence, 2007; Maitlis &

Sonenshein, 2010; Sonenshein, 2006; Wooldridge et al., 2008). Mellomlederens evne til meningsdannelse og meningsgiving er dermed viktig for rollen de utøver (Rouleau & Balogun, 2011). Rouleau og Balogun (2011, s. 954) definerer i denne forbindelse diskursiv kompetanse som «*mellomlederens evne til bevisst å utforme og dele en beskjed som er meningsfull, engasjerende og overbevisende innenfor sin kontekst*». Her finner vi de ulike interaksjonene som mellomledere inngår i på formelle og uformelle arenaer for å tiltrekke andre inn i deres agenda. Det er i de daglige samtalene at forståelser og meninger om en idé utvikles (Rouleau & Balogun, 2011).

Fortolkende tilnærminger (Fischer & Forester, 1993; Yanow, 1996; Czarniawska & Joerges, 2004) fokuserer på oversettelse av mening ved en idé som en viktig faktor i implementeringen av den. En måte å skape mening på er gjennom historier, eller narrativer, da dette gjør at medlemmene kan fortelle historier om idéen og forstå den (Pedersen & Johansen, 2012). Narrativer kan fungere som viktige bindeledd mellom aktører i innovasjonsprosesser, da de tilbyr en gitt struktur av mening fremfor tilfeldige fortolkninger (Bartel & Garud, 2009; Pedersen & Johansen, 2012). Siden slutten av 90-tallet har studier av meningsdannelse tatt en narrativ retning, og fokusert på hvordan toppledere konstruerer og sprer historier omkring endring for å legitimere, bevege og engasjere (Berry, 2001; Shaw et al., 1998; Taylor, 1999). Narrativ teori ser på hvordan mening er strukturert gjennom historiefortelling, og hvordan historiene innvirker på oversettelsen av idéer inn i lokale kontekster. Det vil si hvordan narrativer spiller en rolle for ansatte i deres meningsdannelse og meningsgiving. Innovasjonsnarrativer påvirker oversettelsen av idéer til hverdagspraksis fordi en avgjørende faktor for endring av praksis er medlemmenes evne til å finne mening ved det nye, og hvilken mening de finner (Pedersen & Johansen, 2012).

Gabriel (2004, s. 22) definerer organisatoriske historier som «*enheter for meningsskapning som fokuserer på historiefortelling med et enkelt, men tydelig plot og karakterer, som involverer narrative ferdigheter, poetiske troper og risikotaking, som i kombinasjon er designet for å underholde og overbevise*». Gode talspersoner er sentralt for innovasjonsprosesser (Akrich et al., 2002b). Dette bekrefter at historiebygging og spredning av historier som legitimerer, beveger og engasjerer ved innføringen av noe nytt er viktig (Bartel & Garud, 2009; Pedersen & Johansen, 2012).

Boje (2008) påpeker at historier i organisasjoner ikke er et isolert fenomen, men gjerne integreres i hverandre gjennom interaksjon og mingling blant de involverte.

Innovasjonsnarrativer eksisterer på alle nivåer i organisasjonen, men ikke nødvendigvis på en ordnet og koordinert måte. Mange ulike narrativer kan oppstå om samme innovasjon, men Pedersen og Johansen (2012) påpeker at ikke alle er like viktige. De viser til to typer innovasjonsnarrativer som spiller en spesifikk rolle i å skape felles meninger. Begge typer gjør det mulig for de involverte å fortolke en innovasjon og interagere med endringer i hverdagen:

Strategiske narrativer:

En aktør i den lokale konteksten må spille en aktiv rolle i oversettelsesprosessen som lokal talsperson og historieforteller, som kan utøve og åpent støtte idéen, da dette er nødvendig for å mobilisere krefter rundt innovasjonen (Akrich et al., 2002a). Strategiske narrativer kommer fra en talsperson som et strukturert, større og solidt narrativ, som tar strategisk form. Dette er viktig for å spre de gode intensjonene ved noe nytt. Talspersonen formulerer strategier designet for å overbevise andre om å se de gode intensjonene. Strategiske narrativer er dermed viktig for å skape koherens, og dette handler om meningsgiving slik det er beskrevet ovenfor. Akrich et al. (2002b) beskriver hvordan tillit definerer relasjoner og fører til legitimering av talspersonen som tilknyttes innovasjonen.

Motnarrativer i hverdagen:

Representerer ustrukturerte narrativer som inkluderer de mange ulike stemmene som innovasjonen møter på, med mulig fokus på både positive og negative sider (Hazen, 1993; Kornberger et al., 2006; Boje, 2008). Motnarrativer betegner oversettelsesprosessen som fragmentert, situasjonsbetinget, konfliktfylt og utilsiktet. De åpner for motsigelser og kontraster, og et rom der kritiske meninger rundt idéen kan dannes; en delt forståelse av vanskeligheter. Dette er ikke utelukkende negativt. Ved å åpne for motsigelser mellom medlemmene fungerer motnarrativer som en arena for problemgenerering og -løsning. Et viktig poeng ved motnarrativer er også at de ikke krever overbevisning; de åpner automatisk for involvering av mange ulike stemmer, perspektiver og opplevelser (Pedersen & Johansen, 2012). Motnarrativer er i tråd med meningsgiving og mellomlederens sosiale praksis som kan gjøre at «*ovenfra-og-ned-initierte endringer blir en fremvoksende og uforutsigbar prosess*» (Balogun & Johnson, 2005, s. 1574), og at «*meningen ved ovenfra-og-ned initiativer oppstår nedenfra-og-opp*» (Balogun, 2006, s. 43).

Pedersen og Johansen (2012) argumenterer for at oversettelsesprosesser trenger en kombinasjon av både større strategiske narrativer som gir retning, og mer fragmenterte motnarrativer som åpner for utilsiktede og kontraherende meninger. Dette skaper en «sunn» friksjon og kan fungere som forhandlingsmekanismer mellom motstridende krefter i innovasjonsprosessen.

3.4 Presiseringer

Av ANT og skandinavisk nyinstitusjonalisme er det ANT-perspektivet som resonnerer mest med denne studien, da implementeringen/spredningen av KB i stor grad vil handle om overbevisning ovenfra-og-ned. Nå i denne tidlige fasen vil prosessen være preget av overbevisning og «kunsten å interessere», slik den er forstått i deler av ANT-litteraturen. Kunsten å overtale blir fremtredende da ibruktakingen av KB handler om å få med seg ulike aktører, her mellomledere, til aktivt å engasjere seg i plattformen. I tillegg fokuserer ANT på spredning av idéer i én kontekst, det være seg i en organisasjon, en kommune etc., mens studier innenfor nyinstitusjonalismen i større grad fokuserer på spredning mellom organisasjoner (Røhnebæk & Lauritzen, 2019; Czarniawska & Sevón, 1996).

Nyinstitusjonalismen er imidlertid noe relevant, da den handler om overføring utenfra-og-inn; KB har blitt overført til SI Lillehammer. Det skal sies at perspektivene ikke er motstridende, men heller nært beslektet og fokuserer på ulike sider ved oversettelse. Røhnebæk og Lauritzen (2019) påpeker at de kan utfylle hverandre, og at innsikter og begreper fra de to retningene med fordel kan kombineres. Å skille klart mellom dem blir ikke nødvendigvis et poeng i seg selv.

4. Metode

I dette kapitlet redegjør vi for vår metodiske forankring og tilnærming. Vi begrunner våre metodiske valg og beskriver hvordan vi har lagt opp og gjennomført studien. Videre beskriver vi hvordan vi vil oppnå troverdige resultater og hvordan vi bearbeider dataene.

4.1 Metodologisk forankring

Problemstillingen og egenskapene ved fenomenet som undersøkes i denne empiriske studien krever dybdeforståelse, og en kvalitativ tilnærming gjør det mulig å takle kompleksiteten dette innebærer. Kvalitativ forskning retter fokus mot erfaringer, opplevelser og selvoppfatninger (Befring, 2015). Vi ville innhente primærdata fra et mindre antall respondenter med et undersøkelsesopplegg som tillot oss å gå i dybden og fange opp nyanser i kvalitative egenskaper hos undersøkelsesenheter. Slik kunne vi innhente fyldige data og øke muligheten for å forstå atferd og situasjoner slik de oppfattes av de som undersøkes (Halvorsen, 2008). Gjennom mange opplysninger om relativt få undersøkelsesenheter har vi søkt fullstendighet og dybdeforståelse.

En kvalitativ studie består av verbale beskrivelser av situasjoner i virkeligheten, og kan beskrive et fenomen i sin kontekst (Silverman, 2014). Kvalitative metoder er derfor særlig egnet til innhenting av data om meninger bak atferd (Wadel, 1991). Vi skulle undersøke forståelser, meninger og erfaringer hos deltakere på mellomledernivåene i SI Lillehammer, og få innsikt i delte meninger og forståelser her. Vi har basert oss på en naturalistisk metodeholdning, da vi ønsket innsikt i respondentenes subjektive opplevelser. Naturalisme handler om å gå ut i felten på eksplorerende vis; ut i den sosiale virkeligheten og studere meninger fra innsiden (Silverman, 2014). Slik kunne vi få med oss nyansene i den sosiale virkeligheten som mellomlederne befinner seg i. Ved en naturalistisk tilnærming og kvalitativt opplegg er det vi forskerne/studentene selv som er det viktigste forskningsinstrumentet; vi må inneha relasjonelle egenskaper for å oppnå god kommunikasjon med respondentene, inneha referanser for å forstå svarene deres, og ha evnen til å sette oss inn i og forstå perspektivene deres. Derfor vil informasjonen som fremkommer i stor grad baseres på intersubjektivitet; i relasjonen mellom respondentene og oss. Vår kompetanse og egnethet er avgjørende for dataene som genereres.

Vi ønsket å tilnærme oss det empiriske feltet på en nokså åpen og utforskende måte, uten å ta utgangspunkt i noen bestemt hypotese på forhånd. Dette støtter fleksibiliteten som trengs ved analyse av kvalitative data (Halvorsen, 2008). Det vi imidlertid tok utgangspunkt i var de teoretiske perspektivene. Belysning av problemstillingen og utvikling av kunnskap har dermed foregått i møtet mellom vårt teoretiske ståsted og det empiriske datamaterialet vi samlet inn. Dette er i tråd med en abduktiv tilnærming, som knyttes til at «*forskerens teoretiske bakgrunn gir perspektiver for fortolkningen av dataenes meningsinnhold*» (Thagaard, 2013, s. 174). Vi anerkjenner også at man alltid vil ha en form for førforståelse i forskningsprosessen (Alvesson & Sköldbberg, 2009) og at prosessen er refleksiv; personlige verdier og interesser influerer på hele denne prosessen (Chambliss & Schutt, 2006). Vi har forsøkt å oppnå troverdige resultater blant annet gjennom å være bevisst på dette, og ved å være saklige og pålitelige i vår datainnsamling og -analyse.

En sentral del av metoden har vært å utvikle et godt kunnskapsgrunnlag for tematikken. Dette har handlet om å bli kjent med den innovasjonsfaglige konteksten i det offentlige helsevesenet, og den empiriske konteksten med SI Lillehammer som virksomhet og mellomledelsen her. Dette har gitt oss en forståelse for både teori- og praksisfeltet. Angående mellomledelsen fikk vi innsyn i dokumenter som lederavtaler og funksjonsbeskrivelser. Deretter har vi satt oss inn i mer tilspisset teori og faglitteratur, som kunne virke styrende på studien og belysende på problemstillingen. Et bedre kunnskapsgrunnlag tillot oss å stille bedre og mer relevante spørsmål og oppfølgingsspørsmål, ha en bedre forståelse for mellomledernes hverdag, og et bedre grunnlag for å forstå svarene deres i dybden. Mot slutten av studien hadde vi også en samtale med divisjonsrådgiver for å vite mer om hva toppledelsen har gjort for å aktivisere mellomlederne til bruk og spredning av KB, og vite mer om meningsgivingen og det strategiske innovasjonsnarrativet herfra. Dette betraktes ikke som et intervju.

4.2 Forskningsdesign

4.2.1 Semistrukturerte intervjuer

En målsetting i utformingen av forskningsdesign har vært å finne den beste fremgangsmåten for å besvare problemstillingen, gitt betingelser som tid og kapasitet. Forskningsprosessen er formet av vår metodologiske forankring; en naturalistisk metodeholdning innebærer at erfaring kan forstås gjennom empatiske intervjuer med innslag av dialog, der dypere mening kan komme til uttrykk spontant (Silverman, 2014). I et naturalistisk intervju er hensikten å generere data som gir autentisk innsikt i subjektive opplevelser fremfor objektive fakta, som innebærer et positivistisk intervju (Silverman, 2014).

Naturalisme hjelper oss dermed å se respondentene som aktive, meningsskapende subjekter. Videre var intervjuer hensiktsmessig da vi skulle undersøke forhold som ikke kunne observeres direkte, og de kunne gi oss rike data med stor relevans. Vi benyttet et semistrukturert intervjuopplegg der vi på forhånd utarbeidet en intervjuguide (se vedlegg 5) med konkrete spørsmål som ga faste rammer. Hovedsakelig styrte vi samtalen og «tvang» respondentene inn i en bestemt måte å tenke på. Samtidig vektla vi fleksibilitet for samhandling og spontan dialog med respondentene for dypere innsikt, med uformelle innslag og tilleggsspørsmål som fulgte av samtalens gang. Dette ga respondentene mulighet til å uttrykke og utdype sine meninger, snakke friere, og kunne potensielt føre til at de delte enda mer, noe som ga oss mer klarhet og informasjon underveis.

Vi vektla dermed å stille de samme spørsmålene til alle respondenter på en standardisert måte for en klar koherens på tvers av intervjuene, og sikre at vi var innom alle temaene, men samtidig være åpne for respondentenes egne spontane innspill. Vi var åpne for at innsikt fra de første intervjuene kunne føre til omformulering av spørsmålene og andre endringer i intervjuguiden (selv om dette ikke skjedde). Underveis i intervjusituasjonen kunne det også bli aktuelt å stille nye spørsmål for å kontrollere om vår tolkning var dekkende for det respondenten mente. Dette bidrar til å sikre validitet og skape intersubjektivitet (Silverman, 2014). Det var også aktuelt å hoppe over visse spørsmål, avhengig av hvordan respondenten svarte på foregående spørsmål.

Vi lagde et førsteutkast av intervjuguiden som vi leverte til veileder, som hadde gode innspill til hvordan den kunne gjøres bedre og mer egnet for å besvare problemstillingen. Vi gjorde endringer basert på disse tilbakemeldingene. Vi vektla å forberede oss godt, gjøre spørsmålene klare, entydige og spisset med tanke på å besvare problemstillingen. En målsetting var at alle respondentene forstod spørsmålene på samme måte, noe som også innebar at vi forsøkte å stille de på samme måte. Vi pretestet spørsmålene på bekjente av oss, med visshet om at disse personene ikke nødvendigvis hadde klare fellestrekk med de vi faktisk skulle intervju. Likevel kunne vi med dette si noe om klarheten i spørsmålene.

Den endelige intervjuguiden besto av 25 spørsmål, inndelt i fem kategorier; innledningsspørsmål, oppfatning/forståelse/tolkning av KB, diskurs/narrativer/mening om KB, rolle og bruk av KB, samt avslutningsspørsmål. Med kategoriene har vi forsøkt å operasjonalisere oversettelse i form av meningsdannelse og meningsgiving, mellomledernes aktivitet omkring KB, og årsaker til dette. Vi mener intervjuguiden reflekterer det vi ønsket å

undersøke på en god måte. Vi forsøkte å lage en intervjuguide som tar hensyn til de to dimensjonene i kvalitative intervjuer; den teoretiske med tanke på relevans for problemstillingen, og den dynamiske for å skape en god intervjusituasjon (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.2.2 Utvalg

Bruken av KB er mer aktuell for noen avdelinger enn andre. Tidlig i prosessen fikk vi divisjonsrådgiver i SI Lillehammer til å gi oss en pekepinn på hvilke avdelinger i sykehuset det var mest aktuelt og ønskelig å gjøre undersøkelsen i. Fem avdelinger pekte seg ut som mest relevante, noe vi tok utgangspunkt i da vi gikk i gang med rekrutteringen til studien. Undersøkelsesenheterne er mellomledere i SI Lillehammer. Som nevnt har SI to nivåer mellomledere, og vi valgte å undersøke innenfor begge (se fig. 2). Vi mente det var viktig å inkludere begge nivåer for å oppnå en bredere representasjon og et mer helhetlig bilde omkring problemstillingen, og potensielt ha muligheten til å belyse den vertikale interaksjonen mellom nivåene. I utgangspunktet ønsket vi å undersøke innenfor tre avdelinger; tre seksjonsledere på nivå 3 og to avdelingsledere på nivå 4 under hver av disse – totalt ni respondenter. Valget av mellomledere som respondenter generelt begrunnes med at disse er et formålsutvalg som kan gi relevante svar ut fra formålet med undersøkelsen (Halvorsen, 2008).

Etter en noe utfordrende rekrutteringsprosess så imidlertid utvalget noe annerledes ut. I tiden denne masteroppgaven ble skrevet var mellomlederne i SI Lillehammer inne i spesielt travle tider. Grunnet noe urolige omstendigheter innad i sykehuset, særlig i forbindelse med omorganisering for økonomiske målsettinger, var det flere av de vi spurte som la dette til grunn for at de ikke hadde anledning til å delta (tre stk.). Andre la til grunn at de ikke hadde hørt om KB i det hele tatt (to stk.), eller at de kun hadde hørt navnet og ikke hadde noe kjennskap utenom dette (to stk.). Sistnevnte sa at de ikke kjente plattformen på en måte som gjorde at de kunne svare på spørsmål om den. Det var også en hel del (12 stk.) som ikke svarte på våre gjentatte henvendelser. Utvalget vårt måtte dermed bli de som sa ja til å delta. Slik er utvalget et resultat av en form for selvseleksjon preget av tilfeldigheter, noe som var utenfor vår kontroll. Likevel består det endelige utvalget av svært sentrale personer på mellomledernivåene, med førstehåndskjennskap til det sosiale systemet vi gjorde undersøkelsen i. I utgangspunktet var det 10 personer som sa ja til å delta, men to av disse måtte trekke seg på grunn av koronasituasjonen som inntraff våren 2020. Det endelige utvalget ble dermed 8 personer; fire mellomledere på nivå 3 og fire mellomledere på nivå 4.

Til sammen er fem avdelinger representert. I to av avdelingene fikk vi med ledere både på nivå 3 og 4, og i de tre andre fikk vi kun på ett av nivåene. Totalt har vi vært i kontakt med 17 mellomledere.

Populasjonen er alle mellomledere på nivå 3 og 4 i SI Lillehammer, totalt 50 stk. Vi mener at 8 deltakere som representerer fem avdelinger har vært tilstrekkelig for å få frem atferdsmønstre og en eventuell spennvidde, og at egenskapene ved utvalget langt på vei vil reflektere populasjonens. Tiden man har til rådighet blir den sentrale ressursen i en oppgave som denne. Kvale og Brinkmann (2015) argumenterer for at det ofte er mer hensiktsmessig med et mindre utvalg, for å få bedre tid til å forberede og analysere intervjuene. Flere intervjuer kunne vært nyttig for oss da vi trolig kunne fått noe mer innsikt før et metningspunkt var nådd. Imidlertid ble det stadig viktigere å bruke tilgjengelige ressurser på analysen av datamaterialet enn på ytterligere intervjuer. Fremfor overførbarhet, det vil si om funnene har gyldighet utover utvalget og er anvendbart i andre situasjoner, er vi opptatt av høyt kvalitativt innhold i informasjonen. Som Halvorsen (2008, s. 165) poengterer; «*i kvalitative undersøkelser er en ikke primært ute etter å generalisere*». Likevel ønsker man i kvalitativ forskning å si noe generelt om det studien tar for seg ved å finne mønstre og strukturer, men statistisk generalisering slik det forekommer i kvantitativ metode er ikke aktuelt.

4.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Vi møtte respondentene ansikt-til-ansikt ute i felten. Personlig tilstedeværelse er viktig; det innebærer at forståelsen av de enkelte spørsmålene kan gjøres lettere, misforståelser kan oppklares og svar kan utdypes (Halvorsen, 2008). Vi har forsøkt å oppnå idealet om innlevelse; å kunne leve seg inn i den sosiale situasjonen til de som undersøkes og etablere en felles konstruksjon av mening sammen med de (Holter, 1996). Det er kun oss forfatterne av denne oppgaven som vet hvilke avdelinger vi har undersøkt innenfor og hvem vi har intervjuet blant de mange mellomlederne i SI Lillehammer. For å ivareta anonymiteten til intervjuobjektene vil vi ikke beskrive avdelingene disse tilhører, eller oppgavene de jobber med. Informasjonen brukes i anonymisert form, bortsett fra om respondentene tilhører nivå 3 eller 4 i det organisatoriske hierarkiet. Før intervjuet poengterte vi igjen anonymiteten i studien overfor deltakerne, og hvordan vi skulle ivareta denne. Vi oppfordret med dette til fullstendig ærlighet, for å få valide data og unngå at respondentene svarte det de trodde vi ville høre etc.

I forkant av intervjuene kommuniserte vi med respondentene på e-post eller telefon. Vi sendte de en prosjektbeskrivelse (se vedlegg 6) som beskriver undersøkelsen, formålet med den, hva det innebærer å delta etc. Dette er altså et direkte forskningsopplegg hvor undersøkelsesenheterne er gjort kjent med formålet med undersøkelsen. Vi gjorde lydopptak av intervjuene for å være i stand til å analysere dataene skikkelig. Respondentene signerte et samtykkeskjema før intervjuet (se vedlegg 6). Vi sendte ut intervjuguiden på forhånd, med tanke om at respondentene dermed kunne gi oss mer reflekterte og gjennomtenkte svar enn om de skulle fått spørsmålene uforberedt. Samtidig er vi klar over at muligheten til å forberede seg kan føre til andre data enn om respondentene ikke hadde visst spørsmålene på forhånd. Dette var noe vi vurderte og veide opp mot hverandre, også i relasjon med veileder. Respondentene ville uansett på forhånd vite at det skulle handle om KB, noe som innebar muligheten til å forberede seg uavhengig av om vi sendte intervjuguiden eller ikke.

Alle intervjuene varte omkring en halv time og ble gjennomført med begge forfattere tilstede. Vi hadde et fast opplegg der den ene var ledende intervjuer og hadde ansvaret for at vi fulgte intervjuguiden systematisk. Den andre hadde ansvar for oppfølgingsspørsmål og føring av notater. Intervjuene ble gjennomført individuelt, og på norsk, i løpet av februar og mars 2020. De foregikk på diverse møterom og kontorer på SI Lillehammer, det vil si i intervjuobjektens naturlige omgivelser, alt etter deres ønske og hvor det var mulighet for å sitte uforstyrret. Selv er vi godt fornøyd med alle intervjuene og måten de ble gjennomført på.

Vi betrakter intervjuer som sosiale hendelser fremfor en nøytral og objektiv måte å samle inn kunnskap om personers erfaringer og sosiale praksiser på. Som Byrne (2004, s. 182) påpeker; *«det et intervju produserer er en bestemt representasjon av synspunkter eller meninger hos et individ»*. Silverman (2014) påpeker også at intervjuer ikke forteller oss direkte om folks opplevelser, men heller gir en indirekte representasjon av disse opplevelsene. Vi kan trolig ikke få direkte kontakt med virkeligheten gjennom intervjuer, så vi må tolke fenomener ut fra meningen folk gir dem (Alvesson & Kärreman, 2007). Vi ser dermed ikke på empirien som rene data, men som et materiale skapt i samproduksjon mellom respondentene og oss, og som er formet av kontekst, forståelser og forventninger (Alvesson, 2003). Prosessen vår kan best beskrives som refleksiv slik den er beskrevet i Alvesson og Sköldberg (2009); som en kombinasjon av tolkning og refleksjon. Tolkingsaspektet innebærer vissheten om at empiriske data alltid er resultatet av tolkning, og refleksjon innebærer at en forsker må reflektere over sin egen tolkning og være bevisst på alle faktorene som kan ha påvirket tolkningen og studien. Måten vi har formulert intervjuguiden på kan ha påvirket svarene vi

har fått; hvilke forutantakelser vi har hatt kan ha påvirket hvordan vi har stilt spørsmålene, samt oppfølgingsspørsmål. Vår væremåte, tonefall etc. kan ha fargelagt måten vi spurte på, og dermed måten respondenten oppfattet spørsmålet på. Respondentenes oppfatning av studien og oss kan ha påvirket svarene deres. Vi har tilstrebet å være bevisst på dette underveis, og denne selvbevisstheten har vi med inn i analysearbeidet.

4.2.4 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet trekkes ofte frem som forskningskriterier. Reliabilitet forstås som stabiliteten ved funnene og etterprøvbareheten til studien, og validitet refererer til sannheten i funnene; hvor nøyaktig de representerer fenomenet de refererer til (Altheide & Johnson, 1994). Hvorvidt disse begrepene er egnet som kvalitative forskningskriterier er gjenstand for diskusjon, da de er sterkt forbundet med kvantitativ metode. I følge Moisander og Valtonen (2006) kan reliabilitet i kvalitativt arbeid oppnås gjennom åpenhet og gjennomsiktighet, både i det forskningsmessige og det teoretiske. Henholdsvis handler dette om å beskrive forskningsdesignet og dataanalysen på en detaljert måte, og være tydelig på hvilket teoretisk grunnlag man ser dataene i lys av. Angående reliabilitet spesifikt for intervjuer trekker Silverman (2014) frem pretesting av intervjuguiden, lydopptak, nøyaktig transkribering og presentasjon av utdrag fra dataene i forskningsrapporten (sitater) som tiltak for å øke reliabiliteten. Vi jobber i tråd med disse tiltakene.

For å sikre kvalitet i denne studien vil vi løfte frem troverdighet som det overordnede begrepet for reliabilitet, validitet og overførbarhet (Halvorsen, 2008; Rolfe, 2004, Bryman, 2016). Troverdigheten i et kvalitativt forskningsintervju er knyttet til en åpen tilnærming, forskerens kompetanse, nøyaktighet, refleksivitet og evne til å møte dynamiske utfordringer i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2015). Som beskrevet gjennom dette kapitlet er dette noe vi har forsøkt å etterleve gjennom studien.

4.3 Bearbeiding og analyse av data

Først og fremst finnes det ingen standardiserte teknikker for å analysere kvalitative data (Ryen, 2002). For å bearbeide dataene brukte vi lydopptakene til å skrive ut fullstendige transkripsjoner av hvert intervju. Det empiriske materialet består dermed av intervjuer omgjort til tekst. Dette ble gjort ordrett for å unngå selektiv persepsjon fra vår side. Vi inkluderte imidlertid ikke pauser mellom ordene, nøling etc., og hadde ikke notert kroppsspråk, men vi er klar over at det gjerne ligger informasjon i slike ting. Det som ble verbalisert gjennom intervjuene er det vi har bearbeidet. Vi utelot bearbeiding av de aller

første spørsmålene i intervjuguiden, da hensikten med disse var å få i gang praten på en god måte fremfor å besvare problemstillingen.

En av fordelene med å være to personer i denne oppgaven ble tydeliggjort i analysedelen; vi kunne diskutere og reflektere over svarene og funnene, og redusere risikoen for mistolkning og avdekking av feilaktige mønstre. Vi har ikke vektlagt bakgrunnsvariabler som kjønn og alder, ei heller variabler som utdanning, antall år respondentene har jobbet i sykehuset, og antall år de har jobbet som leder. Det bør også nevnes at vi ikke kunne gjenkjenne noen spesifikk emosjonell tilstand som utsagnene fremkom i under intervjusituasjonen, og som «farget» svarene og dermed bør inkluderes her – annet enn at respondentene generelt var i godt humør og positive til både studien og oss.

Vi tok utgangspunkt i de fem kategoriene i intervjuguiden for å dykke ned i det empiriske materialet; innledningsspørsmål, oppfatning/forståelse/tolkning, diskurs/narrativer/mening, rolle og bruk, samt avslutningsspørsmål. Vi gjorde en grundig gjennomgang av svarene fra nivå 3 først. Vi gikk systematisk gjennom svarene i hver kategori fra hver respondent, diskuterte, sammenlignet svarene og oppsummerte dette på post-it lapper. Her noterte vi hovedtrekk, gjennomgående svar og meningsstrukturer som dukket opp. Det handlet om å finne temaer innenfor kategoriene i intervjuguiden, ved å komprimere informasjonen. Denne tilnærmingen kan betegnes som en helhetsanalyse, som handler om at man gjennomleser intervjuene og forsøker å danne seg et allment inntrykk, og deretter trekker ut situasjoner og sitater som illustrerer hovedinntrykkene (Halvorsen, 2008). Samtidig ville vi få med eventuelle svar som skilte seg ut fra de andre, og slik inkludere variasjon og spennvidde i svarene. Vi hadde problemstillingen med oss hele veien når vi bearbeidet dataene, med fokus på mellomledernes rolle i spredningen av KB, og årsakene til dette.

Deretter gjorde vi det samme med nivå 4. Så sammenlignet vi nivåene for å finne eventuelle likheter og ulikheter, og så på den vertikale interaksjonen i avdelingene med respondenter fra begge nivåer. Vi merket oss også en rekke sitater fra begge nivåer som var innsiktsfulle og belysende for det vi ville undersøke, og som vi inkluderer gjennom kapittel 5. Vi sammenfattet og systematiserte funnene i en tabell (vedlegg 7) for å gjøre materialet oversiktlig og danne grunnlag for videre analyse.

Vi har som nevnt hatt en abduktiv tilnærming og tatt utgangspunkt i respondentenes svar for å danne oss innsikt i fenomenet, og deretter plassere observasjonene i mønstre. Validitet er også knyttet til gyldigheten av tolkninger av data (Thagaard, 2013), og en målsetting i analysen har vært å la de som er intervjuet nå frem med sin virkelighetsoppfatning. Det betyr at vi har fortolket slik at de som er intervjuet ville gjenkjennet materialet, og at enhver slutning vi trekker har dekning i datamaterialet. Dette sikrer at våre tolkninger av det empiriske materialet er troverdige og i tråd med virkeligheten som respondentene opplever, og representerer det de er ment å representere.

4.4 Etiske betraktninger

Studien er godkjent av Personvernombudet i SI Lillehammer med referanse 126236 (se vedlegg 8), og av NSD med referanse 476542 (se vedlegg 9). Vilkårene er at behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i meldinger til Personvernombudet og NSD, og i prosjektbeskrivelsen. I denne har respondentene fått informasjon om formålet med undersøkelsen, hvordan dataene blir behandlet og hvilke rettigheter de har. Den enkelte respondent har gitt skriftlig samtykke til at det gjøres lydopptak av intervjuet, og at vi bruker besvarelsen i henhold til rammene som er beskrevet. Samtykket er gyldig ved å være frivillig, spesifikt, informert, utvetydig, gitt gjennom en aktiv handling, dokumenterbart og like lett å trekke tilbake som det er gitt. Innsamlet data brukes ikke til andre formål enn denne studien. Det eneste som kan betegnes som sensitivt er meningene respondentene uttrykker, og disse er beskyttet gjennom anonymisering. Identiteten til intervjuobjektene oppbevares adskilt og utilgjengelig for andre enn forfatterne av denne oppgaven. Navneliste, lydopptak og transkripsjoner blir slettet når oppgaven er fullført og bestått, og samtykkeskjemaene blir makulert.

5. Presentasjon og diskusjon av funn

I dette kapitlet presenterer og diskuterer vi våre empiriske funn. Vi presenterer gjennomgående svar og mønstre hos utvalget, men også det som eventuelt skiller seg ut. Deretter diskuterer vi disse opp mot problemstillingen og den teorien som er aktuell. Se analysetabell (vedlegg 7) for oversikt over svarene.

5.1 Samtale med divisjonsrådgiver

I samtale med divisjonsrådgiver (se fig. 2) i SI Lillehammer (divisjon Gjøvik-Lillehammer) finner vi først og fremst ut man ikke har noen strategi eller plan for spredningen av KB. Det foreligger ingen uttalte føringer eller forventninger fra høyere hold (over divisjonsrådgiver) eller personer innad i KB omkring dette. Følgelig har ikke divisjonsrådgiver noen bestemte føringer å jobbe etter i implementerings- og spredningsprosessen, ei heller forventninger om sin forpliktelse og engasjement overfor innovasjonen. Hun savner imidlertid en plan, men er usikker på hvor denne strategien eventuelt skal forankres.

Ved lanseringen av KB høsten 2019 inviterte divisjonsrådgiver mellomlederne på nivå 3 og 4 til et «kick-off»-arrangement for plattformen, men ingen møtte opp på dette. Videre inviterte hun også til en workshop med KB som tema, men her var oppmøtet minimalt. Hun har informert begge nivåer om KB gjennom avdelingsmøter og ledersamling, og presentert den her. Hun har tilbudt seg å presentere KB på diverse øvrige møter der mellomlederne inngår, men har ikke fått forespørsel på bakgrunn av dette.

Divisjonsrådgiver trekker frem KB som samtaleemne i sammenhenger der plattformen er naturlig å ta opp, både på formelle og uformelle arenaer. Hun har mest direkte kontakt med mellomlederne på nivå 3, men snakker også med noen av de mange nivå 4-lederne regelmessig, og trekker da gjerne frem KB. Denne kommunikasjonen foregår uformelt og tilfeldig, basert på hvem man treffer på i arbeidshverdagen og tar en prat med.

Divisjonsrådgiver har ikke gitt noen føringer eller forventninger til mellomlederne om deres aktivitet overfor KB, og har heller ingen myndighet til å gjøre dette. Hun er forøvrig opptatt av å være en god talsperson for KB, og løfte den frem der den er et naturlig samtaleemne. Hennes strategiske innovasjonsnarrativ fokuserer hovedsakelig på samhandlingsaspektet og mangfoldigheten i fag og innhold i plattformen. Divisjonsrådgiver opplever imidlertid at KB ikke har blitt tatt imot noe særlig av mellomlederne, og at de forholder seg nokså passive til den. Det bør også nevnes at KB generelt er en relativt liten del av divisjonsrådgivers arbeidshverdag. Dette kan gjøre det utfordrende å vise kontinuerlig forpliktelse overfor

innovasjonen og opprettholde «energien» ved den, som Chuang et al. (2011) trekker frem som en viktig faktor for mellomlederens deltakelse.

Det fremkommer av samtalen at det oppleves som utfordrende å få mellomlederne til å innta en aktiv rolle i bruken og spredningen av KB, og uten en plan for dette blir mye overlatt til tilfeldighetene og den enkelte mellomleders valg og prioritering. Tilfeldigheter er som kjent ikke ønskelig om man ønsker et spesifikt utfall. Divisjonsrådgiver har heller ikke myndighet til å pålegge mellomlederne noe i denne forbindelse. De må aktivt innta en slik rolle gjennom indre motivasjon, men som nevnt vil de ha større sannsynlighet for å engasjere seg når toppledere aktivt gir de en slik rolle (Radaelli & Sitton-Kent, 2016). Vi ser at autonomien og uavhengigheten hos personell i profesjonelle byråkratier aktualiseres, som gjør det utfordrende å styre spredningen av ønsket praksis ovenfra (Cunningham, 2005; Mintzberg, 1983). Videre er dette i tråd med hva Harding et al. (2014) sier om at mellomledere er myndiggjorte individer som gjør bevisste prioriteringer, og slik påvirker innføringen av noe nytt. Dette bekrefter også at ovenfra-og-ned initiativer kan være vanskelige å implementere da profesjonelle byråkratier har klare nedenfra-og-opp beslutningsmekanismer, noe som gjør det vanskelig å få alle til å delta aktivt i planlagte endringer og gjøre disse langvarige (Andreasson et al., 2015; Rowe et al., 2005). At divisjonsrådgiver har mindre direkte kontakt med nivå 4-lederne blir også noe problematisk, da litteraturen trekker frem nærhet til toppledelsen som noe av det viktigste for mellomlederens engasjement.

Det er rimelig å anta at en innovasjon av typen ovenfra-og-ned/utenfra-og-inn vil ha vanskeligere for å spres enn en innovasjon som oppstår på mellomledernivået eller det operative nivået i utgangspunktet. Dette bekreftes også til en viss grad av Chuang et al. (2011), som sier at initiativer som kommer utenfra gjerne vil ha noe vanskeligere for å oppnå støtte.

5.2 Innledende funn

Vi gjorde et interessant funn allerede før vi startet selve intervjuene, det vil si i rekrutteringsperioden. Noen av de vi oppnådde kontakt med svarte nei til å delta fordi de ikke hadde hørt om KB (to stk.), eller la til grunn at de kun hadde hørt navnet og ikke hadde kjennskap nok til å svare på noen form for spørsmål om den (to stk.). Alle disse tilhørte nivå 4. Vi mener at dette i seg selv er interessante funn som tilsier at deler av mellomlederne på nivå 4 ikke kjenner til KB. Følgelig vil de ikke ha grunnlag for å innta en aktiv rolle i spredningen av den heller. En barriere som Cunningham (2005) tar opp aktualiseres her; i et

sykehus kan det være utfordrende å nå gjennom med kommunikasjon og skape dialog gjennom hierarkiet, noe som hindrer tilstrekkelig formidling av nye idéer. Som nevnt har også divisjonsrådgiver mindre direkte kontakt med nivå 4, noe som kan bidra til den manglende kjennskapen her.

Angående hva de anser som det viktigste ved sin jobb som mellomleder, handler det gjennomgående svaret fra begge nivåer om tilretteleggelse, støtte og kommunikasjon. For nivå 3-lederne handler det om å tilrettelegge for, støtte og være i god dialog med nivå 4-lederne under seg, og for nivå 4-lederne handler det om det samme for medarbeiderne under seg. Èn på nivå 3 nevner kompetanse eksplisitt; i form av at utarbeidelse og etterlevelse av kompetanseplaner står sentralt. Svarene nokså uniforme, og våre funn er i tråd med det Mintzberg (1983) og Currie og Procter (2005) trekker frem som typisk for mellomledelse i et profesjonelt byråkrati; å virke støttende fremfor styrende overfor medarbeiderne. Samtlige respondenter ga svar med altruistisk innhold her; de har fokus på å tilrettelegge for at de under seg kan gjøre en god jobb, og kommunisere godt med de. Ordet «kompetanse» uttrykkes i liten grad (kun av én person), men kompetanse kan likevel være en sentral del av det de mener med «tilretteleggelse», uten at vi har grunnlag for å si noe mer konkret enn det – å tilrettelegge for kompetanseutvikling vil være å tilrettelegge for at medarbeiderne kan gjøre en god jobb, noe alle mellomlederne har fokus på. Det bør også nevnes at alle har fokus nedover; ingen nevner nivået over seg, i form av å utføre det de pålegges herfra, jobbe etter deres føringer etc.

Samtlige sier at den «vanlige» arbeidsdagen ikke finnes og vanskelig kan beskrives, men at hverdagen er hektisk og preges av mye variasjon. De trekker frem møtevirksomhet, personalansvar (turnus, sykefravær, lønn), pasientbehandling, koordinering og oppfølging, bestilling og innkjøp, samarbeid med andre spesialiseringer, følge opp fagansvaret, saksbehandling og rekruttering. Ofte oppstår uventede ting som man må finne løsninger på. Dager hvor lite er planlagt går gjerne med til å «ta igjen» arbeidsoppgaver man ikke fikk gjort på mer travle dager. Derfor er det alltid en rekke oppgaver som står klare. En del fokus går i disse tider også med til omstilling for å nå økonomiske mål. Mellomlederne danner et bilde av en tettpakket arbeidshverdag der det alltid er noe som haster å bli gjort. Det er rimelig å anta at dette begrenser oppmerksomheten deres overfor et initiativ som KB, og ikke minst tiden og overskuddet de har til å forfølge det aktivt.

5.3 Forståelse av Kompetansebroen

Dette handler om den tidlige interaksjonen omkring KB, i tillegg til oversettelse i form av meningsdannelse slik den er beskrevet av Gioia og Thomas (1996); hvordan aktører forstår og skaper mening for seg selv basert på informasjonen de mottar omkring innovasjonen.

5.3.1 Nivå 3

Alle mellomlederne hørte om KB for en god stund siden; mellom 6 og 12 måneder.

Hovedsakelig var dette i forbindelse med ledersamling og avdelingsmøter der divisjonsrådgiver presenterte KB som en av flere saker på møtet. Angående informasjon fra lederen over er det gjennomgående svaret at det ikke har vært noen informasjon/kommunikasjon utover ledersamling og avdelingsmøte. En svarer at ingen ledere over har informert eller kommunisert omkring KB overhodet. En nevner at divisjonsrådgiver inviterte til en workshop med KB som tema, men vet ikke hvem som deltok.

Mellomlederne forstår KB som en kompetanseplattform/plattform for kunnskapsdeling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. De oppfatter den som et oppslagsverk, som inneholder e-kurs, artikler, prosedyrer og filmsnutter. Tre trekker frem samhandling og bedre/tryggere overgang fra spesialist- til primærhelsetjenesten som mye av hensikten. E-kurs, prosedyrer og samhandling er gjennomgående i svarene. Én nevner arrangementer i Innlandet som en del av innholdet.

Hvordan mellomlederne opplever at kollegaer forstår KB, er det generell usikkerhet om og vanskelig for de å svare på. To sier at de ikke vet noe om dette. To opplever at kjennskapen til KB varierer veldig blant kollegaer, men tror at flesteparten har hørt om KB og sett den presentert, men ikke tatt den i bruk.

To vet ikke noe om hvordan KB har blitt tatt imot av andre mellomledere og ansatte. To opplever at noen ansatte bruker KB regelmessig, mens andre knapt har hørt om den, og at dette også gjelder mellomlederne; *«av mellomledere tror jeg det er veldig stor forskjell på hvem som har hørt om Kompetansebroen og forstått hva det er for noe»*. *«Jeg føler at ikke alle helt vet hva Kompetansebroen er for noe»*. De påpeker også at alle som var tilstede på ledersamling virket positive til KB da den ble presentert her. (Her burde vi stilt et oppfølgingsspørsmål; deres formening om årsaken(e) til lite aktivitet til tross for at de virket positive).

5.3.2 Nivå 4

To hørte om KB for en god stund siden; mellom 6 og 12 måneder. De to andre hadde ikke hørt om KB før vår forespørsel om intervju. Angående informasjon fra lederen over svarer to at ingen ledere over de har informert dem om KB. En svarer at h*n fikk en e-post fra sin nivå 3-leder om KB (videresendt fra divisjonsrådgiver), men har ikke vært oppmerksom på denne; *«Jeg skal visst ha fått en mail for en stund siden»*. En svarer at h*n fikk informasjon om KB i et nyhetsbrev fra sin nivå 3-leder. Også her er det en som nevner at divisjonsrådgiver inviterte til en workshop med KB som tema, igjen uten å vite hvem som deltok.

Mellomlederne forstår KB som et sted for innhenting av fagkunnskap. De påpeker mangfoldigheten ved KB med de mange ulike fagområdene; de forstår den som et allsidig nettsted. De trekker frem kurs som sentralt. To trekker frem samhandling og kunnskapsdeling mellom sykehus og kommune som det viktigste. Én nevner arrangementer i Innlandet som en del av innholdet.

Det fremkommer av intervjuene at ingen av disse mellomlederne har grunnlag for å svare på hvordan de opplever at kollegaer forstår KB. *«Jeg vet ikke om mine kollegaer har en oppfatning av at Kompetansebroen eksisterer, dessverre»*. Tre har heller ikke grunnlag for å svare på hvordan KB har blitt tatt imot av andre mellomledere og ansatte. En svarer at h*n tror den er godt tatt imot, men at folk er noe avventende til hvordan de skal bruke den; *«Det er hele tiden et dilemma i arbeidshverdagen å ha tid til slike ting, og sette seg inn i nye løsninger»*.

5.3.3 Diskusjon

Som det fremgår av analysen ser vi at man har lyktes med å skape gjennomgående kjennskap til KB blant mellomlederne på nivå 3. Dette er et nødvendig utgangspunkt for videre spredning. Samtidig ser vi at kjennskapen er noe svakere på nivå 4. Her kan man spørre seg om informasjonen stopper noe opp på nivå 3, og at mellomlederne her ikke bidrar til spredning av KB til nivået under seg i tilstrekkelig grad. Dette kan også være en effekt av at divisjonsrådgiver har mindre direkte kontakt med nivå 4-lederne. Dersom de ikke får den spredt til seg selv, har de intet grunnlag for å lære seg den og være i stand til å spre den videre til sine medarbeidere. De som har hørt om KB har imidlertid hørt om den for en god stund siden. Det innebærer at de har hatt nokså god tid til å innta en aktiv rolle i bruken og spredningen av den. Vi ser imidlertid indikasjoner på nokså lite pågående interaksjon og kommunikasjon omkring KB mellom ledernivåene, noe som bidrar til å gjøre mellomledernes rolle overfor KB mer passiv. Sitatene vi har inkludert ovenfor illustrerer dette.

Dette gjør også at tiltak som invitasjon til workshop etc. i nokså liten grad når frem. Den generelle usikkerheten/det manglende grunnlaget omkring hvordan kollegaer forstår KB og har tatt den imot, indikerer også at det er lite eller ingen interaksjon og snakk med andre om KB i det daglige. Derfor vet de også lite eller ingenting om andres forhold til KB. Uten denne interaksjonen er det rimelig å anta at terskelen for å innta en aktiv rolle i bruk og spredning blir høyere.

Meningsdannelsen deres, det vil si måten de forstår og skaper mening for seg selv basert på informasjonen de mottar omkring innovasjonen, er i stor grad i tråd med det strategiske narrativet til divisjonsrådgiver, og realiteten ved KB. De oversetter altså ikke dette. Vi husker at meninger er den sentrale enheten som oversettes i et ANT-perspektiv (Wæraas & Nielsen, 2016). Samhandlingsaspektet og det varierte faglige innholdet er sentralt i deres fokus. Dette indikerer at KB er en løsning som er enkel og rask å forstå, selv med begrenset eksponering for den. Derfor er det for oss noe paradoksalt at lite tid til å sette seg inn i nye løsninger trekkes frem som årsak til at man ikke bruker den i større grad. Samtidig er dette helt i tråd med bildet de danner av den travle arbeidshverdagen sin.

5.4 Diskurs omkring Kompetansebroen

Dette handler om oversettelse i form av meningsgiving slik den er beskrevet av Gioia og Thomas (1996); hvordan aktører forsøker å påvirke innføringen og resultatet, kommunisere deres tanker om innovasjonen til andre og oppnå deres støtte. Vi husker at «*meningsgiving er oversettelse som resulterer fra kommunikasjonsaktiviteter utført på ulike nivåer og i flere retninger*» (Teulier & Rouleau, 2013, s. 310). Dette handler også om å avdekke eventuelle innovasjonsnarrativer, i form av motnarrativer, slik de er beskrevet av Pedersen og Johansen (2012), som disse kommunikasjonsaktivitetene resulterer i.

5.4.1 Nivå 3

To sier at de aldri har snakket eller snakker om KB i noen sammenhenger. De to andre har snakket om KB én gang, rett etter en ledersamling der KB var blant temaene. En snakket da med alle nivå 4-lederne under seg, den andre med én av nivå 4-lederne under seg, uten at man planla noe videre for løsningen. Samtlige sier at KB ikke er et samtaleemne på noen uformelle arenaer. På formelle arenaer har KB vært et tema på nevnte møter med divisjonsrådgiver, samt en e-post fra divisjonsrådgiver iblant, som sporadisk videresendes til nivå 4-lederne. En sier imidlertid at KB heller ikke har vært noe tema på noen formelle arenaer som h*n kan huske.

Ingen av disse mellomlederne har grunnlag for å svare på hvordan andre mellomledere og ansatte snakker om KB, eller om de snakker annerledes om KB avhengig av hvem de snakker med. Tre stykker har heller ikke grunnlag for å svare på om de opplever en felles mening og forståelse omkring KB i sykehuset; *«Det er sjelden jeg hører noe om Kompetansebroen»*. En mener imidlertid at de har en nokså felles forståelse av KB i sin avdelingsgruppe, men at dette kun er basert på divisjonsrådgivers presentasjon på møtearenaer. Ingen har heller grunnlag for å svare på om de opplever noen uenighet omkring KB.

5.4.2 Nivå 4

Det er gjennomgående at de aldri har snakket eller snakker om KB i noen sammenhenger. En sier imidlertid at KB var tema på en internundervisning i enheten, og i den forbindelse var et samtaleemne. Dette foregikk på denne mellomlederens eget initiativ, hvor prosjektleder for KB Innlandet kom innom enheten og presenterte KB for medarbeiderne. Det har ikke vært noe snakk om KB utover dette; *«Det er hele tiden et dilemma i arbeidshverdagen å ha tid til å sette seg inn i ny kunnskap og nye løsninger som Kompetansebroen. Og det er vanskelig å holde et faglig fokus når alt handler om økonomi»*. Også her sier alle at KB ikke er samtaleemne på noen uformelle arenaer. Videre er det her gjennomgående at KB heller ikke har vært samtaleemne på noen formelle arenaer. Ën sier imidlertid at KB var samtaleemnet på internundervisningen nevnt ovenfor og på et ledermøte for alle nivå 4-ledere. Prosjektleder for KB Innlandet presenterte KB på begge arenaer.

I likhet med nivå 3 er det ingen av disse mellomlederne som har grunnlag for å svare på hvordan andre mellomledere og ansatte snakker om KB, eller om de snakker annerledes om KB avhengig av hvem de snakker med. Også her er det tre stykker som ikke har grunnlag for å svare på om de opplever en felles mening og forståelse omkring KB i sykehuset. En svarer at h*n tror alle tenker at KB er en god plattform; *«Men mitt inntrykk er at Kompetansebroen ikke har kommet skikkelig i gang ennå»*. Ingen har heller grunnlag for å svare på om de opplever noen uenighet omkring KB.

5.4.3 Diskusjon

Som vi ser er det generelt lite eller ingen pågående kommunikasjonsaktiviteter omkring KB blant mellomlederne på begge nivåer, både lateralt og vertikalt. I tillegg er planlagt kommunikasjon om KB fra toppledelsens side sporadisk, og det er ikke alltid denne når frem når den først forekommer. Som nevnt tidligere bidrar mangel på kommunikasjon til ujevn støtte fra mellomledere i innføringen av innovasjon (Chuang et al., 2011), og gir problemer med å styre spredningen av ønsket praksis gjennom helse- og omsorgsorganisasjoner (Cunningham, 2005).

Lite slik aktivitet på nivå 3 bidrar til enda mindre aktivitet på nivå 4, og lite spredning hit. Det lille som foregår er svært sporadisk, og da kun på formelle arenaer. Det blir også noe tilfeldig basert på hvem som deltar på møter, om en e-post videresendes eller ikke etc. Da KB aldri er et samtaleemne på noen uformelle arenaer i arbeidshverdagen er det ingen klar meningsgiving som har grunnlag for å oppstå. Vi ser at mellomlederne hovedsakelig inntar en nokså passiv rolle; de forsøker ikke aktivt å påvirke innføringen og resultatet, og kommunisere deres tanker om innovasjonen til andre. Følgelig er det ingen innovasjonsnarrativer, det vil si motnarrativer, som oppstår som vi kan registrere; ingen meninger som oppstår nedenfra-og-opp som motstår meningsdannelsen ovenfra-og-ned. De inntar dermed ikke en oversetterrolle med tanke på meninger. I relasjon til mangel på uformell hverdagssamtale husker vi at det er i de daglige samtalene at forståelser og meninger om en innovasjon utvikles (Rouleau & Balogun, 2011). Konsekvensen av mangel på dette er ifølge litteraturen lite grunnlag for å utvikle og utveksle mening og forstå innovasjonen fullt ut, mangel på innovasjonsnarrativer som bindeledd mellom aktører, manglende sikring av en gitt struktur av mening fremfor tilfeldige fortolkninger, mindre tilstrøm av stemmene til de som faktisk skal bruke innovasjonen, og mangel på et «rom» der problemer og løsninger omkring KB kan komme frem i lyset. Det ligger potensiell aktivisering av mellomlederne i dette, som kunne skapt energi og fått KB opp og frem i bevisstheten deres. Naturlig nok har det heller ikke oppstått uenighet omkring KB, da den ikke er et samtaleemne. På oppfølgingsspørsmål fremkommer det at eventuell informasjon videreformidles uten å omgjøres, det vil si at det heller ikke inntas en oversetterrolle i den forbindelse.

Det er dermed det strategiske narrativet til toppledelsen som står alene. Dette kan også ses som en fordel; det er ingen motnarrativer som virker hindrende. I relasjon til ANT-tematikk foregår det lite mobilisering av et nettverk med hensikt å støtte innføringen av KB.

Mellomlederne innlemmes ikke i et nettverk som slutter seg til innovasjonen, da et slikt nettverk har lite grunnlag for å oppstå. Båndene for kommunikasjon og samarbeid mellom toppledelse og nivå 4 blir også noe svakere. Å formidle historien som engasjerer, overbeviser og legitimerer innføringen av KB vil kreve en del arbeid, og regelmessig forekomst, men som nevnt er KB nå en liten del av divisjonsrådgivers hverdag og fokus.

Mangel på kommunikasjon og interaksjon omkring KB tydeliggjøres også ved at det er en rekke spørsmål om dette som mellomlederne ikke har grunnlag for å svare på. Sitatene vi har inkludert illustrerer også dette. Lite kommunikasjon bidrar til en passiv rolle i denne forbindelse, og en passiv rolle bidrar til lite kommunikasjon. At KB er ett av en rekke temaer på et møte en gang iblant er trolig ikke tilstrekkelig for å stimulere til oversettelse i form av meningsgiving blant mellomlederne. Sporadisk kommunikasjon bidrar til at den glemmes eller nedprioriteres i den hektiske arbeidshverdagen, noe som blir problematisk da det i helse- og omsorgsorganisasjoner ofte er nettopp mellomlederne som får oppgaven med å implementere endringer i sine avdelinger (Currie & Procter, 2005).

Lite kommunikasjon om KB, knapphet på tid til å sette seg inn i nye løsninger, bruk av allerede eksisterende kunnskapsplattformer, usikkerhet omkring hvorvidt ansatte trenger eller ønsker KB, usikkerhet omkring hvordan man skal få i gang bruken blant ansatte, og mye fokus på økonomi (som tar fokus vekk fra det faglige) er faktorer som alene eller i kombinasjon bidrar til at mellomlederne nå ikke driver kommunikasjonsaktiviteter som resulterer i meningsgiving og innovasjonsnarrativer.

5.5 Syn på egen rolle og bruk av Kompetansebroen

Dette handler om hva de konkret gjør og ikke i relasjon til bruk av KB, videreformidling av den og aktivisering av andre. Det vil si hvor aktiv rolle de tar i dette, og tilhørende årsaker. Dette handler også om deres formening om egen funksjon og rolle som mellomleder i denne forbindelse, samt utfordringer de eventuelt opplever ved spredning av KB.

5.5.1 Nivå 3

To har vært inne på kompetansebroen.no og klikket seg litt rundt, uten å bruke KB til noe annet enn å danne seg et overblikk over plattformen. En har brukt KB til noe spesifikt; å finne en video om KOLS og hjemmebehandling. Denne mellomlederen er positiv til brukervennligheten; *«Det gikk fort og var lett å finne frem»*. Denne bruken foregikk sammen med divisjonsrådgiver, som tok initiativet til å bruke KB til dette. Mellomlederen er usikker på om h*n ville brukt KB til dette på egenhånd. Videre er det en som ikke har brukt KB i det hele tatt. Av årsaker til at de ikke har brukt KB mer, trekker de frem at de ikke har hatt behov for det, at de har andre plattformer som de har for vane å oppsøke, at de ikke har tenkt over nytteverdien, eller at de har glemt at den finnes. I tillegg registrerer vi usikkerhet rundt dette med brukernavn og passord til løsningen, som trengs dersom man skal legge til innhold etc. På oppfølgingsspørsmål om hva de tror skal til for at de skal bruke KB mer, er svaret at de trenger bedre kjennskap til alle mulighetene som KB gir, og at de må huske at den finnes.

Formeningen om ansvar er todelt. To sier at de som mellomleder har et klart ansvar i å få i gang bruken av KB blant medarbeiderne. *«Det er helt klart mitt ansvar. Jeg kan ikke forvente at ansatte skal bruke Kompetansebroen om ikke jeg jobber aktivt med å informere om den»*. *«Ja, som leder er det min plikt å informere om nytteverdien av Kompetansebroen, og da må jeg sette meg inn i den og se hvordan vi kan bruke den»*. To er imidlertid usikre, og sier at de har et overordnet ansvar for kunnskapen blant ansatte, men ikke spesifikt for KB, da de bruker en rekke andre kunnskapsplattformer fra før.

Det fremkommer av intervjuene at ingen av disse mellomlederne opplever forventninger fra nivået over om deres bruk og spredning av KB blant medarbeiderne, eller at de har fått noen føringer omkring dette.

Gjennomgående oppleves det som utfordrende å være et mellomledd i forbindelse med spredning av KB. Utfordringene handler om tid og prioritering i en travel arbeidshverdag; *«Som mellomleder er det alltid utfordrende å vurdere hvilke fokusområder vi skal ha, og hva vi skal bruke tiden på. Dette må vi være kritiske på. Nå som vi skal gjennom en stor omstillingsprosess blir slike ting som Kompetansebroen satt til side»*. Videre handler de om manglende kunnskap om KB; *«Det er en utfordring å ha nok bakgrunnsinformasjon om den til å kunne spre budskapet videre. Jeg savner mer informasjon om hva sykehuset skal bruke Kompetansebroen til, og hvordan jeg skal formidle dette videre. Her kunne sykehuset som helhet kobla seg mer på, i stedet for at hver avdeling får ansvaret. I tillegg er det flere som*

*Kompetansebroen ikke er så relevant for». Utfordringene handler også om at KB blir enda en plattform for de ansatte å forholde seg til; «Som mellomleder blir det utfordrende å legge enda en ny ting på bordet, som alle ansatte skal lære seg. Vi trenger ikke flere slike arenaer». Én opplever ingen utfordringer i denne forbindelse, da h*n ikke oppfatter spredning av KB som et oppdrag.*

To har videreformidlet KB til de ansatte under seg, eller forsøkt å engasjere til bruk; den ene har videresendt e-post til sine medarbeidere og trukket fram KB i ukebrev til disse, sammen med en lenke til KB. Den andre har muntlig videreformidlet informasjon fra ledermøtet der KB var et av temaene, videresendt presentasjonen fra dette møtet, og videresendt invitasjon til workshopen der KB var tema. Etter oppfølgingsspørsmål svarer disse at de ikke omgjør informasjonen på noen måte; de videresender den slik de får den, eller gjenforteller slik de selv ble fortalt. To har ikke på noen måte videreformidlet eller forsøkt å engasjere til bruk av KB. Felles for de som er (eller har vært) aktive er god forståelse for hva KB er, og at de ser det som sitt ansvar å få den i bruk blant medarbeiderne (selv om de altså ikke opplever noen forventninger om dette).

5.5.2 Nivå 4

Det gjennomgående svaret er at de har vært innom KB og klikket seg rundt for å gjøre seg kjent, uten å bruke den til noe spesifikt. Én har imidlertid ikke brukt KB på noen måte. Også her finner vi generell usikkerhet rundt brukernavn og passord. På oppfølgingsspørsmål om hva de tror skal til for at de skal bruke KB mer, handler dette om bedre kjennskap til hva medarbeiderne skal bruke den til.

Det er gjennomgående at de som mellomleder opplever et klart ansvar i å få i gang bruken av KB blant medarbeiderne; «Ja, jeg jobber tett med mange faggrupper og har ansvar for å informere om slike verktøy». En er imidlertid noe avventende; «Om jeg hadde fått beskjed om at dette skulle implementeres, så hadde jeg gjort noe med det. Men hver ansatt er også ansvarlig for egen læring, så det blir mye opp til hver enkelt ansatt».

Også her opplever de ingen forventninger fra nivået over om deres bruk og spredning av KB blant medarbeiderne, og de har heller ikke fått noen føringer omkring dette. Én svarer imidlertid at det sammen med presentasjon av KB på møtearenaer naturligvis ligger en forventning fra toppledelsen om at den skal tas i bruk.

Også her opplever flesteparten utfordringer ved å være et mellomledd i forbindelse med spredning av KB. Utfordringene handler om å sørge for at KB ikke glemmes; «*Det kan bli utfordrende å holde liv i Kompetansebroen, og sørge for at de ansatte husker den til enhver tid*». Videre handler de om en generell skepsis ved innføring av nye dataverktøy; «*Det er alltid skepsis når man skal innføre nye ting, og særlig nye dataverktøy. Det er en kultur for skepsis til slike ting*». Utfordringene handler også om oppfølging dersom man velger å prioritere KB; «*Som mellomleder er det alltid en utfordring å bestemme seg for hva man skal prioritere, og følge opp det man har valgt å ha fokus på*». En opplever imidlertid ingen utfordringer i denne forbindelse, da h*n ikke oppfatter spredning av KB som et oppdrag.

Det fremkommer at de hovedsakelig ikke har videreformidlet KB til de ansatte under seg, eller forsøkt å engasjere til bruk. Én har imidlertid vært aktiv her, i form av å ha presentert KB på et månedlig stabsmøte for sine medarbeidere, invitert prosjektleder for KB Innlandet til å holde en internundervisning om KB for sine medarbeidere, og videresendt alle e-poster som har med KB å gjøre til sine medarbeidere. På oppfølgingsspørsmål fremkommer det at vedkommende presenterte KB på samme måte som h*n selv fikk den presentert på en møtearena tidligere. Denne aktiviteten har foregått til tross for at denne mellomlederen ikke har hørt noe om KB fra sin nivå 3-leder. Denne aktive mellomlederen viser god forståelse av hva KB er, ser det som sitt ansvar å få den i bruk blant medarbeiderne, opplever indirekte forventninger fra toppledelsen (ikke nivå 3) om dette, er positiv til nytteverdien, og tenker at «*Kompetansebroen er noe jeg må finne plass til*».

5.5.3 Diskusjon

Vi ser at det er lite aktiv bruk av KB blant mellomlederne, annet enn at flesteparten har vært innom nettsiden for å orientere seg om den. Det er rimelig å anta at når de bruker den lite eller ingenting selv, øker terskelen for å innta en aktiv rolle i spredning til andre. Spredning vil i noen grad avhenge av at de selv bruker den; da vet de mer om hva den inneholder, nytteverdien og har generelt et bedre grunnlag for spredningsaktiviteten. Å lære andre fordrer overskudd og tid avsatt til å lære selv først. Vi registrerer at manglende behov, andre plattformer, noe uklarhet omkring nytteverdi, og at KB glemmes, som faktorer til at den ikke brukes i større grad. Dette til tross for at flesteparten anser spredning av KB som et ansvar de har som mellomleder. Dette reflekterer forøvrig splittelsen i faglitteraturens to hovedfokus; hva mellomledere burde gjøre og hva de faktisk gjør.

Uten noen oppfattede forventninger eller føringer om deres bruk og spredning av KB øker terskelen for å innta en aktiv rolle. De opplever naturlig nok ingen forventninger da dette heller ikke foreligger eksplisitt. Graden av deltakelse blir opp til hver enkelt mellomleder å avgjøre, og KB er ikke noe som *må* gjøres i en hverdag full av oppgaver som må gjøres. Som det fremgår av sitatet vi inkluderte ovenfor ville mellomlederen som sitatet tilhører jobbet for implementering dersom h*n hadde fått beskjed om det, men som nevnt foreligger ikke myndigheten til å pålegge mellomlederne en slik rolle.

Utfordringene de trekker frem blir viktige faktorer som påvirker rollen de tar. Først og fremst er tid og prioritering i en travel arbeidshverdag svært sentralt. Dette forsterkes av at de i perioden denne masteroppgaven skrives er inne i noe urolige tider med organisatorisk omstilling for å nå økonomiske mål. Andre faktorer er utilstrekkelig kunnskap om KB til å kunne spre den videre, et ønske om at toppledelsen deltar og støtter mer i implementeringen, at KB har varierende relevans for ulike avdelinger, at den blir en av mange kunnskapsplattformer, at man har en skepsis til nye dataverktøy, og at eventuell prioritering av KB må følges opp aktivt og langsiktig.

Vi registrerer videreformidling eller forsøk på å engasjere til bruk, da tre av mellomlederne (to på nivå 3 og en på nivå 4) har tatt en aktiv rolle der de har videreformidlet, forsøkt å engasjere til bruk og tatt initiativ til læringsaktiviteter omkring KB. Felles årsaker til dette identifiserer vi som god forståelse for innovasjonen, sammen med at de ser det som sitt ansvar å få den i bruk. Unikt for den aktive nivå 4-lederen er at h*n i tillegg opplever forventninger fra toppledelsen om dette, er positiv til nytteverdien til KB, og tenker at den er noe som må få plass i arbeidshverdagen. Det er imidlertid ingen oversettelse som finner sted, da samtlige videresender og videreformidler informasjon uten å omgjøre noe.

Som vi har sett av teorien har profesjonelle byråkratier klare nedenfra-og-opp beslutningsmekanismer. Å lykkes med innføringen av noe nytt avhenger derfor i stor grad av mellomledernes aksept og at de deltar aktivt i planlagte endringer (Caldwell et al., 2008; Wooldridge & Floyd, 1990). Våre funn indikerer at deltakelsen blant de fleste mellomlederne i denne forbindelse er nokså svak. Vi husker at Radaelli og Sitton-Kent (2016, s. 312) definerer oversettelse som *«innsatsen ved å innføre en idé som har oppstått et annet sted i en gitt arbeidskontekst»*. Vi registrerer nokså lite innsats fra flesteparten av mellomlederne (men ikke alle!). De inntar en oversetterrolle i liten grad, da de «gjør» lite med innovasjonen. Dermed stopper prosessen litt opp i dimensjonen *Tilegnelse av oversetterrolle* (Radaelli &

Sitton-Kent, 2016), som handler om nettopp hvor mye innsats de vil legge i innføringen av det nye de er blitt eksponert for. Innsatsen svekkes av faktorene nevnt ovenfor; utfordringene de trekker frem etc. Som vi har sett kan både toppledere og mellomledere som ikke aktivt støtter en innovasjon forsinke implementeringen (Guth & MacMillan, 1986), og dette ser vi indikasjoner på her, syv måneder etter at innovasjonen ble introdusert.

5.6 Rom for Kompetansebroen?

Dette handler om hvilken plass det er til KB i mellomledernes arbeidshverdag, noe vi antar vil ha innvirkning på rollen de tar.

5.6.1 Nivå 3

Det gjennomgående svaret er at det er plass til KB, men at det avhenger av hva man skal prioritere i en travel arbeidshverdag. Flere sier at det å samle mer i én plattform vil være svært gunstig, i tillegg til mer kjennskap; *«intensjonen med Kompetansebroen er god, men den trenger mer publisitet»*. Én sier imidlertid at det er veldig liten plass, mye på grunn av en plattform som heter Læringsportalen; *«Læringsportalen har vi hatt i 5-6 år, og den er godt inngrodd i systemet»*.

Formeningen om nytteverdien ved KB er todelt. To er positive; *«Ja, jeg synes så absolutt Kompetansebroen ser nyttig ut. Å ha en felles side der man finner informasjon i stedet for å ha mange andre plattformer å forholde seg til hadde vært fint»*. *«Kompetansebroen er nok nyttig, mest på pleiesiden, i forhold til kurs og slike ting, men det kan godt hende at vi skulle brukt den mer på legesiden og ut mot kommunen»*. To er imidlertid usikre på nytteverdien; *«Om vi trenger flere plattformer er jeg usikker på»*. *«Om Kompetansebroen skal ha en nytteverdi så må den brukes, og jeg er usikker på om jeg kan forvente at de ansatte skal bruke den aktivt i det daglige, og usikker på om jeg får det til»*.

To har ikke grunnlag for å svare på om de ansatte trenger eller ønsker KB. De to andre sier ja, i form av at bedre samhandling med kommunen og mer informasjon om kommunens tjenester har vært etterspurt av flere ansatte. De sier også at ansatte har behov for kontinuerlig fagutvikling, og at det dermed kan være behov for KB.

Ingen opplever at KB har hatt noen form for innvirkning på arbeidshverdagen deres hittil.

De har lite de vil legge til på slutten av intervjuet, annet et at «vi må gi Kompetansebroen en sjanse, lære den og se hva den kan brukes til» og «Kompetansebroen er noe jeg må sette meg mer inn i. Dere minnet meg på den når dere tok kontakt».

5.6.2 Nivå 4

Formeningen om hvorvidt det er plass til KB er todelt. To sier at det er liten plass til KB, grunnet andre plattformer. Disse påpeker også fordelene av å samle mer i én plattform, og at det vil være gunstig for KB om den kan erstatte noe av det eksisterende. «Det kommer hele tiden ny kunnskap, og da må vi revidere det gamle». De to andre sier at plassen er der, avhengig av hva man prioriterer; «Jeg vil gi Kompetansebroen en sjanse og se hvilken nytteverdi det har for oss». «Jeg styrer mye av min hverdag selv, og Kompetansebroen er noe jeg tenker at jeg må finne plass til».

Det er gjennomgående positivitet til nytteverdien av KB; «Ja, vi må samhandle tettere med kommunen fremover, og jeg tror KB hører fremtiden til. Det vil gagne pasienten at prosedyrer gjøres likt alle steder. Det er mye kvalitetssikring og trygghet i dette». «En slik portal tror jeg kan bli veldig bra, om man får samlet all kunnskap og kan bruke den som ett utgangspunkt». Ën er imidlertid noe avventende til nytteverdien; «Jeg bruker mye tid på at de ansatte skal kunne det de bør kunne, og mener vi har klart dette uten Kompetansebroen. Så den er ikke noe jeg har savnet, men jeg ser jo at jeg kan ha en viss nytte av den».

To har ikke grunnlag for å svare på om de ansatte trenger eller ønsker KB. Videre sier en at helsepersonell er opptatt av å holde seg faglig ajour, og at de dermed kan trenge KB, mens en annen sier at de ansatte har mange kunnskapsplattformer allerede, og at de derfor ikke har noe særlig behov for KB.

Ingen opplever at KB har hatt noen form for innvirkning på arbeidshverdagen deres hittil. «Jeg føler at Kompetansebroen ikke er så godt i gang» er den en som uttrykker.

Også her er det lite mellomlederne vil legge til selv, annet enn at divisjonsrådgiver burde ta opp KB på flere ledermøter og andre arenaer for nivå 4-lederne. En vil også legge til at «intensjonen med Kompetansebroen er veldig god, det er en fremtidsrettet løsning».

5.6.3 Diskusjon

Vi ser at mellomlederne har en rekke andre plattformer de bruker i det daglige for å innhente informasjon og kunnskap. Gjennom intervjuene noterte vi til sammen ti slike. Dette er ulike plattformer som mellomlederne har som rutine å oppsøke, og utgjør dermed en faktor som høyner terskelen for å innta en aktiv rolle overfor KB. Her er vi ved det som Cunningham (2005) trekker frem som en barriere for spredning av innovasjon i den offentlige helsesektoren; det som har fungert tidligere anses som god praksis å fortsette med, og dette vil inkludere kunnskapsplattformer. Å holde seg til innarbeidede rutiner opprettholder effektiviteten, noe det gjerne er fokus på. Det kan også synes som at flere av mellomlederne opplever at KB ikke dekker et behov som de ikke får dekket allerede med disse andre plattformene.

Videre er det tydelig gjennom studien at mellomlederne må gjøre prioriteringer i en travel arbeidshverdag. I denne sammenheng trekker Chuang et al. (2011) frem rolleoverbelastning som særlig relevant for mellomledere i helse- og omsorgsorganisasjoner; de kan ha for mye å gjøre i forhold til tiden de har å gjøre det på. Dermed har de mindre overskudd til implementering av innovasjon. Tid blir den sentrale ressursen, og vi husker det Chuang et al. (2011) også påpeker om ressurstilgjengelighet for mellomledere; uten dette blir det utfordrende å ta til seg en innovasjon praktisk, på en måte som ikke går på bekostning av den «vanlige» praksisen. Det samme påpekes også av Radaelli og Sitton-Kent (2016); en stor arbeidsmengde ved vanlig praksis gir mellomledere mindre rom for innovasjon og utforskning, og endring ses gjerne som en byrde. Dette hindrer tilegnelse av en oversetterrolle, og våre funn er i tråd med dette. Mellomlederne har også autonomien til å prioritere selv hva de og sin enhet skal fokusere på, og da vil disse faktorene bidra til nedprioritering av KB og slik være til hinder for å innta en aktiv rolle i spredningen.

Samtidig er det mye positivitet knyttet til nytteverdien av KB, og vi ser at nivå 4-lederne er noe mer positive enn nivå 3-lederne. Det positive knyttes til samling av informasjon i én plattform, enklere kursing, samhandling med kommunen og bedre pasientoverføring. Det negative knyttes hovedsakelig til at man har en rekke andre kunnskapsplattformer fra før og at behovet for dette dermed er dekket. Vi husker funnene til Chuang et al. (2011), som viser at støtte fra mellomledere primært handler om deres vurdering av innovasjonen opp mot behov på arbeidsplassen, sammen med hva de velger å prioritere. Våre funn indikerer at det er mindre grad av samsvar mellom KB og de fleste av mellomledernes prioriteringer.

En sentral del ved selve innovasjonsbegrepet, som trekkes frem av blant andre Aasen og Amundsen (2011), er at en innovasjon må få en konsekvens. Vi ser at KB hittil ikke har fått noen konsekvens i arbeidshverdagen til noen av mellomlederne i utvalget.

6. Avslutning

I dette kapitlet skal vi først konkludere med en besvarelse av problemstillingen. Videre skal vi se på hva funnene innebærer for SI Lillehammer, og kan innebære for andre foretak. Til slutt reflekterer vi over studien i sin helhet; dens begrensninger, vårt læringsutbytte og veien videre i relasjon til oppgavens tematikk.

6.1 Konklusjon

Den overordnede problemstillingen vi har hatt som mål å besvare er: *Hvilken rolle tar mellomledere i SI Lillehammer i den interne spredningen av Kompetansebroen, og hvilke faktorer skyldes dette?*

Vi har i denne masteroppgaven forsøkt å adressere faglitteraturens oppfordring om mer oppmerksomhet rundt mellomlederes aktivitet ved spredning av innovasjon i organisasjoner, sett i et oversettelsesperspektiv. Dette innebærer bedre forståelse av meningene som oppstår blant dem, innovasjonsnarrativene/motnarrativene dette skaper, samt årsakene til dette. I tillegg er det blitt oppfordret til mer kunnskap om hvilke faktorer som påvirker mellomlederes deltakelse i implementering av innovasjon, særlig i helse- og omsorgsorganisasjoner.

Studien har forsøkt å belyse rollen(e) mellomledere tar i spredningen Kompetansebroen i Sykehuset Innlandet Lillehammer. Allerede i rekrutteringen fikk vi en indikasjon på at innovasjonen er nokså lite innarbeidet i mellomledernes hverdag, noe som har blitt bekreftet gjennom studien. Våre funn viser at de fleste av mellomlederne i utvalget (fem stk.) tar en passiv eller avventende rolle overfor KB, og følgelig deltar lite i implementerings- og spredningsprosessen. En rekke faktorer bidrar til dette, alene eller i ulike kombinasjoner med hverandre. De mest sentrale er:

Hektisk arbeidshverdag: En travel arbeidshverdag begrenser oppmerksomheten og overskuddet til å forfølge et initiativ som KB. Mellomledernes hverdag preges av knapp tid og streng prioritering, med mange oppgaver som *må* gjøres og prioriteres. KB er ikke en av disse. I tillegg er mellomlederne inne i en periode med organisatorisk omstilling for å nå økonomiske mål. Det er dermed mye fokus på økonomi, noe som gjør det utfordrende å fokusere på faglig utvikling.

Manglende kommunikasjon: Kommunikasjon om KB fra toppledelsens side er sporadisk, og det er generelt lite kommunikativ «energi» omkring innovasjonen. Det er lite grunnlag for mobilisering av mellomledernes støtte for innovasjonen, og lite interaksjon og kommunikasjon omkring KB på og mellom ledernivåene. Dette bidrar også til delvis manglende kjennskap til KB blant mellomlederne på nivå 4.

Andre kunnskapsplattformer: Mellomlederne har en rekke andre digitale kunnskapsplattformer som er rutine for de å bruke. Dermed er det en del usikkerhet omkring behovet for KB, og noe omkring nytteverdien.

Videre er følgende faktorer også viktige:

Ingen forventninger: Det er ingen uttrykte eller opplevde forventninger og føringer om mellomledernes deltakelse omkring KB. Dermed oppleves ikke dette som et oppdrag. Divisjonsrådgiver, som heller ikke selv er pålagt noen føringer om dette, har ikke myndighet til å pålegge mellomlederne noe her.

Opplevde utfordringer: De aller fleste av disse mellomlederne opplever en eller flere utfordringer i denne forbindelse. I tillegg til tid og prioritering i en hektisk arbeidshverdag handler utfordringene om utilstrekkelig kunnskap om KB til å spre «budskapet» om den videre på en god måte, en kultur for skepsis til nye dataverktøy, usikkerhet rundt hva medarbeiderne skal bruke den til, et ønske om at toppledelsen deltar og støtter mer i implementeringen, at innovasjonen har varierende relevans for ulike avdelinger, at man ikke ønsker å legge enda en ny ting «på bordet» som de ansatte må forholde seg til, og at eventuell prioritering av KB vil kreve aktiv og langsiktig oppfølging. Sistnevnte handler om å opprettholde fokuset og «holde liv» i innovasjonen blant medarbeiderne.

Mellomledernes meningsdannelse omkring KB er i tråd med divisjonsrådgivers meningsgiving, og vi kan ikke registrere noen form for motnarrativer som har oppstått overfor det strategiske innovasjonsnarrativet. Ingen i utvalget inntar dermed en oversetterrolle.

Informasjon som viderefremmes verbalt eller skriftlig blir heller ikke omgjort, eller oversatt.

Passiviteten står i kontrast til at de fleste av mellomlederne har god kjennskap til KB, at de anser spredning av den blant medarbeiderne sine som sitt ansvar, og til tross for at flere av de er positive til nytteverdien. Den passive rollen vil ha en betydelig effekt på implementerings- og spredningsprosessen til KB. Den er ikke direkte til hinder, da vi ikke registrerer noen aktiv

motvilje eller motstand overfor innovasjonen, men heller en passivitet som forsinker prosessen eller får den til å stagnere. KB som innovasjon blir dermed i mindre grad overført til praktisk verdi for mennesker og samfunnet, slik at man oppnår tiltenkt effekt av innovasjonen, jfr. definisjoner av offentlig innovasjon.

Tre av mellomlederne i utvalget (to på nivå 3 og en på nivå 4) tar imidlertid en mer aktiv rolle, i form av videreformidling og initiativ til læring og bruk av innovasjonen.

Felles for alle disse er god forståelse for hva KB er og inneholder, og at de ser det som sitt ansvar som mellomleder å bruke og spre innovasjonen. For nivå 4-lederen er i tillegg positiv til nytteverdien, opplever forventninger fra toppledelsen, og sier at det er rom for KB i arbeidshverdagen. Hierarkisk befinner ikke vedkommende seg under noen av de aktive nivå 3-lederne. Generelt er variasjonen størst blant nivå 4-lederne; fra de som ikke har hørt om KB til den som aktivt har løftet den frem.

Det som taler for KB er at den tilsynelatende er rask og enkel å forstå, brukervennlig, klar til å brukes, at flere er positive til nytteverdien, at det var generell positivitet blant mellomlederne ved presentasjon av KB på ledermøte, at den er åpen og tilgjengelig når som helst. Dessuten har mer samhandling med kommunen vært etterspurt blant ansatte i SI Lillehammer, og dette er mye av hensikten med innovasjonen.

6.2 Implikasjoner

Først og fremst bør man være bevisst over den sentrale forutsetningen om at innovasjoner er dynamiske; de endres, omtolkes og omformes når de spres og tas i bruk (Akrich et al., 1992; Sahay et al., 2013). En innovasjon vil ikke ha den samme verdien og meningen for alle den møter på sin «reise» gjennom organisasjonen, og dette krever fleksibilitet fra toppledelsens side i det som gjøres i innarbeidelsen av innovasjonen. Tålmodighet og utholdenhet blir også viktige egenskaper. Som Røvik (2007, s. 345) påpeker; «*Implementering forløper ofte som svært langsomme, langvarige og heller «grå» prosesser*».

Videre innebærer funnene visse implikasjoner. Først og fremst tydeliggjøres behovet for en plan, eller en mer strategisk forankring av KB. Med dette kan man forsøke å etterlate mindre av spredningen av KB til tilfeldighetene, og at prosessen i mindre grad blir fremvoksende og usikker. Her bør man også se på hva man kan gjøre for at mellomlederne lettere skal kunne prioritere KB i arbeidshverdagen. Behovet for KB vil trolig variere fra en avdeling til en

annen. Oppfordringen blir å ha særlig fokus på de avdelingene som har mest behov, og der nytteverdien vil være størst; der innovasjonen vil ha mest potensiell effekt.

For å lykkes med spredning av innovasjon, må flere forstå og akseptere den. For at dette skal skje må læring finne sted (Koch & Hauknes, 2005). Det bør kommuniseres oftere om KB. Funnene viser at arenaer som ledersamlinger, avdelingsmøter etc. fungerer godt for å bygge kjennskap og skape synlighet. Følgelig blir disse viktige, og man kan vurdere muligheten for å ha KB som en fast del av visse møter, og generelt vurdere hva som kan gjøres for å skape mer regelmessig eksponering av KB.

I tråd med ANT handler det for toppledelsen om å legitimere, bevege og engasjere i innføringen av KB. Evnen til å overtale eller overbevise blir viktig for å mobilisere mellomledere til å støtte innføringen; de må overbevises om at innovasjonen er verdt å ta tak i. Hvilket problem skal KB løse? Diskurs, overbevisende språk og retoriske strategier spiller en viktig rolle i legitimeringen av nye IT-innovasjoner (Kaganer et al., 2010). Et strategisk innovasjonsnarrativ bør muligens i enda større grad fokusere på hvilket behov KB dekker som ikke de andre plattformene dekker, og dette vil i stor grad handle om samhandling med kommunale helseaktører. Denne samhandlingen betegnes gjerne som underutviklet. I kommunikasjonen kan toppledelsen bruke kunnskapen om konteksten og arbeidsforholdene, og forståelsen av hvordan aktører vil respondere overfor gitt informasjon, hva som skal sies til hvem og hvordan, gjennom hvilke kanaler etc. Og ikke minst ivareta og utvikle gode interne relasjoner, nærhet, støtte, samarbeid og tillit underveis.

Som nevnt er det i helse- og omsorgsorganisasjoner ofte mellomlederne som får oppgaven med å implementere endringer i sine avdelinger (Currie & Procter, 2005). Man bør ta tak i utfordringene de selv trekker frem under punkt 5.5, og gi ressursene som trengs, slik at de praktisk er i stand til å gjøre dette. Mye av handlingene til mellomledere baseres på deres praktiske (fremfor strategiske) bevissthet (Huy, 2002; Thomas & Linstead, 2002), og det vil i stor grad være de selv som vet best hvordan KB eventuelt skal innarbeides i deres avdelinger. Samtidig kan de trenge støtte til dette, og dette vil være en balansegang mellom deres autonomi og beslutningstaking, og støtte ovenfra. Energi ved endring kan knyttes til involvering og eierskap. At alle involverte aktører opplever eierskap til implementeringsprosessen er vesentlig for å oppnå endring (Hartley, 2014). Opplevelsen av ikke å bli involvert, eller ikke føle eierskap til noe nytt vil hindre et reelt engasjement, noe vi har sett er særlig nødvendig i et profesjonelt byråkrati. Å gjøre mellomlederne til passive

endringsmottakere er uheldig (Chuang et al., 2011), og det vil være nødvendig å gjøre de til aktive endringsformidlere.

Ved å ta tak i disse tingene kan man øke sjansene for å rutinisere KB inn i praksis, og i større grad overføre innovasjonen til praktisk verdi for mennesker eller samfunnet. Kjernen ved all sykehusdrift er kompetanse og evidensbasert praksis, og innovative læringsformer må få en sentral plass. KB kan bli et viktig og verdifullt verktøy å ta med seg inn i fremtidens helsetjenester.

6.3 Studiens begrensninger

Denne masteroppgaven er ikke uten begrensninger. Først og fremst er innsikten vi har fått gjennom intervjuene den bærende kunnskapen for studien, og kan i liten grad bekreftes av andre kilder. Videre vil spredningsprosessen til KB bestå av mange sekvenser av hendelser, som videre vil bestå av en rekke aktiviteter på ulike nivåer over tid. Vår studie gir empiri som fanger et utsnitt av denne prosessen; den dekker ett punkt i tiden. Et øyeblikksbilde belyser ikke situasjoner slik de utfolder seg over lengre tid, og dersom utvikling av meninger kan være en subtil og pågående prosess, kan ikke intervjuer gjort én gang i tilstrekkelig grad avdekke sekvensene av endring som finner sted. Vi har imidlertid forsøkt å inkludere mellomledernes aktivitet omkring KB i den foregående tiden av studien også.

Studien belyser også bare én lokal situasjon. I andre sykehus og hos andre helseaktører kan denne ta andre løp. KB vil fortsette sin oversettelsesreise hver gang noen gjør noe med den – hver gang den tas i bruk og omgjøres til handling av nye personer, hver gang meninger skapes og uttrykkes omkring den, eller den kommer inn i nye kontekster og treffer på nye mennesker.

KB er en bestemt type innovasjon, i form av en ny digital løsning med en bestemt hensikt. Dermed har vi bare grunnlag for å si noe om mellomledernes rolle i relasjon til akkurat denne innovasjonen, og ikke nødvendigvis andre digitale løsninger med andre hensikter. Ei heller andre typer innovasjoner, som for eksempel nytt medisinsk utstyr, en ny ledelsesform, en ny metode for å levere en helsetjeneste, en ny organisasjonsform eller bruk av nye eksterne relasjoner.

Ved å bygge på ett enkelt tilfelle er studien lite generaliserbar utover populasjonen (mellomledere i SI Lillehammer). Dette er forøvrig typisk ved kvalitative studier; gyldighetsområdet er som regel begrenset i kvalitativ forskning (Halvorsen, 2008).

Et av ansvarene til forskere er å la andre gjenta undersøkelsen og finne de samme resultatene (Yin, 2009). Dette er imidlertid problematisk for en kvalitativ studie som denne, ikke minst da vi har også har lovet anonymitet til respondentene. Dette er en type studie som ikke kan gjentas eksakt, og man vil ikke få samme svar om igjen. «*Menneskelig atferd er aldri statistisk, og ingen studie av dette kan gjentas eksakt, uavhengig av metodene som brukes*» (LeCompte & Goetz, 1982, s. 35). Kvale og Brinkmann (2015) poengterer også at kvalitativ forskning som regel er vanskelig å etterprøve da forskerens personlige egenskaper er avgjørende for dataene som genereres. Vi har imidlertid inkludert intervjuguiden som vedlegg, slik at det er mulig for fremtidige studier å gjenbruke denne.

Som Silverman (2014) påpeker; hva folk sier i et intervju står ikke nødvendigvis i en stabil relasjon til atferden deres i en naturlig oppstått situasjon. Vi mener likevel å ha gjort vårt ytterste for at respondentene ga fullstendig ærlige svar, og vi har gjennom åpenhet og refleksivitet i både innsamling og bearbeiding av dataene forsøkt å oppnå troverdighet.

Utvalget av respondenter kunne vært større, men denne begrensningen er først knyttet til antallet som sa ja til å delta i studien, og videre til bortfall grunnet koronasituasjonen. I ettertid ser vi at det hadde vært gunstig om alle mellomlederne visste om vår studie på forhånd, og slik var forberedt på at de kunne få en forespørsel om deltakelse. Dette kunne enkelt blitt gjort med en melding fra divisjonsrådgiver, gjennom e-post, intranett etc., og kanskje forenklet rekrutteringen til studien noe. Vi ser også at vi kunne vært noe tidligere ute med rekrutteringen, som vi startet på i begynnelsen av februar. Det er imidlertid uvisst om dette ville hatt noen innvirkning.

Vi la merke til at vår evne omkring intervjusituasjonen og til å stille bedre oppfølgingsspørsmål ble bedre jo flere intervjuer vi gjennomførte. Som et resultat av dette kan dataene fra de siste intervjuene være av høyere kvalitet sammenlignet med de første. Det kan også hende at vi ville fått andre svar dersom vi ikke sendte ut intervjuguiden på forhånd, da respondentene ikke ville hatt muligheten til å forberede seg i samme grad.

Vi har ikke foretatt såkalt respondent- eller forskervalidering. Ved førstnevnte leser respondenten gjennom det transkriberte intervjuet og/eller vurderer forskerens fortolkning av svarene. Slik kan respondentene etterse at dataene de har oppgitt ikke inneholder feil, misforståelser, mangler eller overdrivelser, og dette bidrar til å styrke gyldigheten (Halvorsen, 2008). Forskervalidering handler om å la andre forskere lese datamaterialet, noe som styrker gyldigheten ved at man kan sammenligne dataanalysen til to eller flere forskere (Silverman, 2014).

Opprinnelig hadde vi tenkt å sende alle mellomledere i SI Lillehammer et kort digitalt spørreskjema, med noen få spørsmål omkring deres aktivitet tilknyttet KB. Dette for å få et generelt oversiktsbilde over hvor mange av de som har hørt om KB, vært innom plattformen, brukt den, kommunisert med andre om den etc. Vi tenkte det kunne være interessant med noen kvantitative data om dette, men grunnet koronasituasjonen var dette noe vi gikk bort fra.

6.4 Personlig læringsutbytte og veien videre

Det er blitt tydeliggjort for oss at forskningsprosessen er en læringsprosess. For oss som er studenter har læringsforløpet vært todelt; vi har lært vel så mye om selve forskningsprosessen som det vi faktisk har undersøkt. Vi har fått praktisk erfaring i et selvstendig vitenskapelig arbeid sammen med en dypere forståelse av innovasjonsbegrepet, og bedre innsikt i innovasjon i en organisatorisk kontekst. Dette har i stor grad utviklet vår kunnskap innenfor fagområdet innovasjon, hvor læringsutbyttet særlig har vært tilknyttet tematikken i oppgaven. Vi mener å ha ivaretatt oppdragsgivers interesser og samtidig imøtekommet høgskolens forventninger og egne læringsbehov og -mål.

Det er mulig at andre sykehus og helseaktører som skal i gang med KB kan benytte seg av erfaringene og lærdommen som har kommet frem gjennom denne studien, og slik innføre innovasjonen på en mer tilsiktet og forutsigbar måte. Dette kan også være til nytte for andre aktører som skal gjennom samme prosess med lignende innovasjoner. Videre håper vi at oppgaven kan stimulere til flere bidrag i relasjon til kunnskapshullene nevnt i punkt 1.1.1. Dette innebærer flere studier av hvordan mellomledere (og andre aktører) innvirker på spredningen av innovasjon, og hva som påvirker deres rolle i innføringen av noe nytt, enten dette har opphav eksternt eller internt. Særlig bør oversettelsesperspektivet benyttes i større grad, men også andre teoretiske tilnærminger vil kunne belyse dette på en formålstjenlig måte – eksempelvis innen organisasjonskultur, internkommunikasjon eller personlighetstyper hos aktørene.

Begrensninger i denne studien kan være anbefalinger til videre studier. Det kan være interessant å dekke et annet punkt i tiden for å se utviklingstrekk ved mellomledernes aktivitet i spredningsprosessen til KB. Intervjuguiden vår kan gjenbrukes, og her kan det være interessante funn selv om man ikke vil kunne spørre akkurat de samme mellomlederne om igjen. Det kan også være interessant å undersøke mellomledere i andre sykehus og divisjoner hvor KB er introdusert, og sammenligne med våre funn. Videre kan man også se på kommunale helseforetak og hvordan prosessen utfolder seg der, og i foretak med ett mellomledernivå fremfor to. Det kan være interessant å belyse spredning mellom organisasjoner, fremfor innad i kun én.

Videre kan det være interessant å se på mellomlederes aksept, bruk og spredning av andre typer innovasjon, det være seg en annen teknologisk løsning, nytt medisinsk utstyr, en ny måte å organisere eller levere en helsetjeneste på, eller en mer abstrakt idé. Ulike typer innovasjoner aktualiserer ulike typer oversettelse. Noen innovasjoner vil være lettere overførbare enn andre, og noen forutsetter større grad av oversettelsesinnsats fordi de er tett integrert med konteksten de er utviklet i.

Det er mye å lære om mellomlederes aktivitet i organisasjoner som lykkes (og ikke lykkes) med å implementere og spre innovasjoner som innføres. Fordi mellomledelsens aktive deltakelse i denne forbindelse er så utslagsgivende, er det viktig å vite mer om hvorfor mellomledere inntar den rollen de gjør overfor ulike innovasjoner de introduseres for. Det innebærer flere studier med kvalitativ tilnærming; på områder der det finnes lite data fra før kan kvalitativ metode være velegnet for å frembringe erfaringsbasert innsikt som grunnlag for utvikling av ny teori, jfr. kunnskapshullene. Imidlertid burde dette også belyses med kvantitative studier, hvor man har muligheten til å generalisere i større grad.

Vi håper at oppgaven stimulerer til flere masteroppgaver i samarbeid mellom Sykehuset Innlandet og Høgskolen i Innlandet.

7. Referanser

- Aasen, T., & Amundsen, O. (2011). *Innovasjon som kollektiv prestasjon*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Akrich, M. (1992). "The De-Description of Technical Objects". I W. E. Bijker & J. Law (red.), *Shaping Technology/Building Society: Studies in Sociotechnical Change*. Cambridge: MIT Press.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2002a). The Key to Success in Innovation part I: The Art of Interestment. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 187–206.
- Akrich, M., Callon, M., & Latour, B. (2002b). The Key to Success in Innovation part II: The Art of Choosing Good Spokespersons. *International Journal of Innovation Management*, 6(2), 207–25.
- Allard-Poesi, F. (2015). Dancing in the Dark: Making Sense of Managerial Roles During Strategic Conversations. *Scandinavian Journal of Management*, 31, 338–350.
- Altheide, D. L., & Johnson, J. M. (1994). Criteria for Assessing Interpretive Validity in Qualitative Research. I N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (red.), *Handbook of Qualitative Research* (485–499). Sage Publications, Inc.
- Alvesson, M. (2003). Beyond Neopositivists, Romantics, and Localists: A Reflexive Approach to Interviews in Organizational Research. *Academy of Management Review*, 28(1), 13–33.
- Alvesson, M., & Kärreman, D. (2007). Constructing Mystery: Empirical Matters in Theory Development. *Academy of Management Review*, 32(4), 1265–1281.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2009). *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research* (2. utg.). London: Sage.
- Andreasson, J., Dellve, L., & Eriksson, A. (2015) Healthcare Manager's Views on and Approaches to Implement Models for Improving Care Processes. *Journal of Nursing Management* 24(2), 219–227.
- Andreasson, J., Ljungar, E., Ahlstrom, L., Hermansson, J., & Dellve, L. (2018). Professional Bureaucracy and Health Care Managers' Planned Change Strategies: Governance in Swedish Health Care 1. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 8(1), 23–41.
- Atun, R. (2012). Health Systems, Systems Thinking and Innovation. *Health Policy and Planning*, 27(4), iv4–iv8.
- Balogun, J., & Johnson, G. (2004). Organizational Restructuring and Middle Manager Sensemaking. *Academy of Management Journal*, 47(4), 523–549.
- Balogun, J., & Johnson, G. (2005). From Intended Strategies to Unintended Outcomes: The Impact of Change Recipient Sensemaking. *Organization Studies*, 26(11), 1573–1601.
- Balogun, J. (2006). Managing Change: Steering a Course Between Intended Strategies and Unanticipated Outcomes. *Long Range Planning*, 39(1), 29–49.

- Balogun, J., Pye, A., & Hodgkinson, G. (2008). "Cognitively Skilled Organizational Decision Making: Making Sense of Deciding". In Hodgkinson, G. & Starbuck, W. H. (red.), *The Oxford Handbook of Organizational Decision Making*. Oxford: Oxford University Press.
- Bartel, C. A., & Garud, R. (2009). The Role of Narratives in Sustaining Organizational Innovation. *Organization Science*, 20(1), 107–117.
- Beck, T.E., & Plowman, D.A. (2009). Experiencing Rare and Unusual Events Richly: The Role of Middle Managers in Animating and Guiding Organizational Interpretation. *Organization Science*, 20, 909–924.
- Befring, E. (2015). *Forskningsmetoder i utdanningsvitenskap*. Latvia: Cappelen Damm.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1967). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. London: Penguin.
- Bergström, O., & Diedrich, A. (2011). Exercising Social Responsibility in Downsizing: Enrolling and Mobilizing Actors at a Swedish High-Tech Company. *Organization Studies*, 32, 897–919.
- Berry, G. R. (2001). Telling Stories: Making Sense of the Environmental Behaviour of Chemical Firms. *Journal of Management Inquiry*, 10, 58–73.
- Besson, P., & Mahieu, C. (2011). Strategizing from the Middle in Radical Change Situations: Transforming Roles to Enable Strategic Creativity. *International Journal of Organizational Analysis*, 19(3), 176–201.
- Boje, D. M. (2008). *Storytelling Organizations*. London: Sage.
- Boutaiba, S. (2004). "A Moment in Time". In D. Hjorth, & C. Steyaert (red.), *Narrative and Discursive Approaches in Entrepreneurship: A Second Movements in Entrepreneurship Book* (22–56). Northampton, Mass.: Edward Elgar Publishing.
- Boxenbaum, E. (2006). Lost in Translation: The Making of Danish Diversity Management. *American Behavioral Scientist*, 49(7), 939–948.
- Brown, B. A., Harte, J., & Warnes, A. (2007). Developing the Health Care Workforce: A Comparison of Two Work-Based Learning Models. *Education and Training*, 49(3), 193–200.
- Bruce, K., & Nyland, C. (2011). Elton Mayo and the Deification of Human Relations. *Organization Studies*, 32(3), 383–405.
- Bryans, P., & Smith, R. (2000). Beyond Training: Reconceptualizing Learning at Work. *Journal of Workplace Learning*, 12(6), 228–235.
- Bryman, A. (2016). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Buchanan D. A., Fitzgerald L., & Ketley D. (2006). *The Sustainability and Spread of Organizational Change: Modernizing Healthcare*. Abingdon: Routledge.

- Buchanan, D. A. (2008). You Stab My Back, I'll Stab Yours: Management Experience and Perceptions of Organization Political Behaviour. *British Journal of Management*, 19, 49–64.
- Byrne, B. (2004). «Qualitative Interviewing». I C. Seale (red.). *Researching Society and Culture* (2. utg.). 179–192. London: Sage
- Caldwell, D., Chatman, J., O'Reilly, C. III, Ormiston, M., & Lapid, M. (2008). Implementing Strategic Change in a Health Care System: The Importance of Leadership and Change Readiness. *Health Care Management Review*, 33(2), 124–133.
- Chambliss, D., & Schutt, R. (2006). *Making Sense of the Social World*. Pine Forge Press: London.
- Cheng, Y., & Van de Ven, A. (1996). Learning the Innovation Journey: Order out of Chaos? *Organization Science*, 7(6), 593–614.
- Chua, W. (1995). Experts, Networks and Inscriptions in the Fabrication of Accounting Images: A story of the Representation of Three Public Hospitals. *Accounting, Organizations and Society*, 20(2), 111–145.
- Chuang, E., Jason, K., & Morgan, J. C. (2011). Implementing Complex Innovations. *Health Care Management Review*, 36(4), 369–379.
- Côté-Boileau, É., Denis, J., & Callery, B. (2019) The Unpredictable Journeys of Spreading, Sustaining and Scaling Healthcare Innovations: A Scoping Review. *Health Research Policy and Systems*, 17(1), 84.
- Czarniawska, B., & Joerges, B. (1996). “Travel of Ideas”. I Czarniawska, B. & Sevón, G. (red.), *Translating Organizational Change*. 13–48. Berlin: De Gruyter.
- Czarniawska, B., & Sevón, G. (1996). *Translating Organizational Change*. Berlin: De Gruyter.
- Czarniawska, B., & Joerges, B. (2004). *Narratives in Social Science Research*. London: Sage.
- Cunningham, P. (2005). *Innovation in the Health Sector: Case Study Analysis*. Report no. D19. Publin project under the EU 5th Framework Programme. Oslo: NIFU STEP.
- Currie, G., & Procter, S. (2005). The Antecedents of Middle Managers' Strategic Contribution: The Case of a Professional Bureaucracy. *Journal of Management Studies*, 42(7), 1325–1356.
- Damanpour, F., & Schneider, M. (2009). Characteristics of Innovation and Innovation Adoption in Public Organizations: Assessing the Role of Managers. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 19(3) 495–522.
- Djelic, M.L., & Sahlin-Andersson, K. (2006). *Transnational Governance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dobosz-Bourne, D., & Kostera, M. (2007). The Quest for Quality: Translation of a Mythical Idea. *Journal of Organizational Change Management*, 20(1), 60–73.

- Dopson, S., & Stewart, R. (1990). What is Happening to Middle Management? *British Journal of Management* 1(3), 3–16.
- Dutton, J. E., Ashford, S. J., O’Neil, R., & Lawrence, K. A. (2001). Moves that Matter: Issue Selling and Organizational Change. *Academy of Management Journal*, 44, 716–36.
- Engle, R. L., Lopez, E. R., Gormley, K. E., Chan, J. A., Charns, M. P., & Lukas, C. V. (2017). What Roles do Middle Managers Play in Implementation of Innovative Practices? *Health Care Management Review*, 42(1), 14–27.
- European Commission; Directorate-General for Research Innovation. (2013). *Powering European Public Sector Innovation: Towards a New Architecture*. (EUR 13825, Online). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fagerberg, J. (2015). *Innovation Policy, National Innovation Systems and Economic Performance: In Search of a Useful Theoretical Framework*. Center for Technology, Innovation and Culture. Oslo: University of Oslo.
- Fairhurst, G. (2007). *Discursive Leadership: In Conversation with Leadership Psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fischer, F., & Forester, J. (1993). *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning*. London: Routledge.
- Fitzgerald L., & McDermott A. (2017). *Challenging Perspectives on Organizational Change in Health Care*. New York: Taylor & Francis.
- Floyd, S. W., & Wooldridge, B. (1997). Middle Management’s Strategic Influence and Organizational Performance. *Journal of Management Studies*, 34, 465–86.
- Floyd, S. W., & Wooldridge, B. (2000). *Building Strategy from the Middle: Reconceptualizing Strategy Process*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Flynn, N. (2007). *Public Sector Management*. (5.utg.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Frohman, A., & Johnson, L. (1993). *The Middle Management Challenge: Moving from Crisis to Empowerment*. New York: McGraw-Hill.
- Fuglsang, L. (2008). *Innovation and the Creative Process: Towards Innovation with Care*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Gabriel, Y. (2004). *Myths, Stories and Organizations: Premodern Narratives for Our Times*. New York: Oxford University Press.
- Gioia, D. A., & Thomas, J. B. (1996). Identity, Image and Issue Interpretation: Sensemaking During Strategic Change in Academia. *Administrative Science Quarterly*, 41, 370–92.
- Glaser, L., Fourné, S.P., & Elfring, T. (2015). Achieving Strategic Renewal: The Multi-level Influences of Top and Middle Managers’ Boundary-spanning. *Small Business Economics*, 45, 305–327.

- Green, L., Howells, J., & Miles, I. (2001). *Services and Innovation: Dynamics of Service Innovation in the European Union*. Manchester, UK: University of Manchester.
- Greener, I. (2006). Nick Leeson and the Collapse of Barings Bank: Socio-Technical Networks and the 'Rogue Trader'. *Organization*, 13(3), 421–441.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations. *Milbank Quarterly*, 82(4), 581–629.
- Greenhalgh T., & Papoutsi C. (2019). Spreading and Scaling up Innovation and Improvement. *British Medical Journal*. 365:12068.
- Guth, W., & MacMillan, I. (1986). Strategy Implementation versus Middle Management Self-interest. *Strategic Management Journal*, 7(4), 313–327.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet: En innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Harding, N., Lee, H., & Ford, J. (2014). Who is 'The Middle Manager'? *Human Relations*, 67(10), 1213–1237.
- Hart, C. (2005). *Doing Your Masters Dissertation*. London: Sage Publications.
- Hartley, J. (2006). *Innovation and its Contribution to Improvement: A Review for Policy-makers, Policy Advisers, Managers and Researchers*. London: Department for Communities and Local Government.
- Hartley, J. (2014). New Development: Eight and a Half Propositions to Stimulate Frugal Innovation. *Public Money & Management*, 34(3), 227–232.
- Hazen, M. A. (1993). Towards Polyphonic Organization. *Journal of Organizational Change Management*, 6(5), 15–26.
- Helfrich, C., Weiner, B., McKinney, M., & Minasian, L. (2007). Determinants of Implementation Effectiveness: Adapting a Framework for Complex Innovations. *Medical Care Research and Review*, 64(3), 279–303.
- Helsedirektoratet (2017). *Kompetanse og personell i helse- og omsorgstjenesten i kommunene i 2017*. Rapport IS-2755.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. (St.meld. nr. 26 (2014–2015)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
- Hernes, T., & Kofoed, A. (red.) (2007). *Innovasjonsprosesser: Om Innovasjoners Odysseé*. Bergen: Fagbokforlaget
- Herzlinger, R. E. (2006). Why Innovation in Health Care is so Hard. *Harvard Business Review*. 84(5), 58–66.

- Hillestad, R., Bigelow, J., Bower, A., Giroso, F., Meili, R., Scoville, R., & Taylor, R. (2005). Can Electronic Medical Record Systems Transform Health Care? Potential Health Benefits, Savings, and Costs. *Health Affairs*, 24(5), 1103–1117.
- Holter, H. (1996). Data, tolkning og sosiale relasjoner i forskning. I Holter, H. og Kalleberg, R. (red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Universitetsforlaget: Oslo.
- Hoon, C. (2007). Committees as Strategic Practice: The Role of Strategic Conversation in a Public Administration. *Human Relations*, 60, 921–952.
- Hrebiniak, L. G., & Joyce, W. F. (1984). *Implementing Strategy*. New York: Macmillan.
- Huy, Q. (2002). Emotional Balancing of Organizational Continuity and Radical Change: The Contribution of Middle Managers. *Administrative Science Quarterly*, 47(1), 31–69.
- Huy, Q. (2011). How Middle Managers' Group-focus, Emotions and Social Identities Influence Strategy Implementation. *Strategic Management Journal*, 32(13), 1387–1410.
- Høyrup, S. (2012). Employee-Driven Innovation: A New Phenomenon, Concept and Mode of Innovation. I S. Høyrup, M. Bonnafous-Boucher, C. Hasse, M. Lotz & K. Møller (red.), *Employee-Driven Innovation: A New Approach* (3–33). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Johnson, B., & Hagström, B. (2005). The Translation Perspective as an Alternative to the Policy Diffusion Paradigm: The Case of the Swedish Methadone Maintenance Treatment. *Journal of Social Policy*, 34, 365–388.
- Kaganer, E. A., Pawlowski, S. D., & Wiley-Patton, S. (2010). Building Legitimacy for IT Innovations: The Case of Computerized Physician Order Entry Systems. *Journal of the Association for Information Systems*, 11(2), 1–33.
- Kelemen, M. (2000). Too Much or Too Little Ambiguity: The Language of Total Quality Management. *Journal of Management Studies*, 37, 483–498.
- Koch, P., & Hauknes, J. (2005). *Innovation in the Public Sector*. Report no. D20. Publin project under the EU 5th Framework Programme. Oslo: NIFU STEP.
- Kornberger, M., Clegg, S. R., & Carter, C. (2006). Rethinking the Polyphonic Organization: Managing as Discursive Practice. *Scandinavian Journal of Management*, 22(1), 3–30.
- Kvale S., & Brinkmann S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Forlag.
- Laine, P. M., & Vaara, E. (2007). Struggling over Subjectivity: A Discourse analysis of Strategic Development in an Engineering Group. *Human Relations*, 59, 611–36.
- Lamb, P., Currie, G., Örténblad, A., Snell, R., Perrotta, M., & Akella, D. (2012). Eclipsing Adaptation: The Translation of the US MBA Model in China. *Management Learning*, 43(2), 217–230.

- Lamertz, K., & Heugens, P. P. M. A. R. (2009). Institutional Translation through Spectatorship: Collective Consumption and Editing of Symbolic Organizational Texts by Firms and their Audiences. *Organization Studies*, 30(11), 1249–1279.
- Latour, B. (1986). “The Powers of Association”. I J. Law (red.), *Power, Action and Belief* (264–280). London: Routledge & Kegan Paul.
- LeCompte, M., & Goetz, J. (1982). Problems of Reliability and Validity in Ethnographic Research. *Review of Educational Research*, 52(1), 31–60.
- León, L. R., Simmonds, P., & Roman, L. (2012). *Trends and Challenges in Public Sector Innovation in Europe*. European Commission, Technopolis Group: Belgium.
- Leonardi, P. M., & Barley, S. R. (2010). What’s Under Construction Here? Social Action, Materiality, and Power in Constructivist Studies of Technology and Organizing. *The Academy of Management Annals*, 4(1), 1–55.
- Ling, Y., Floyd, S. W., & Baldrige, D. C. (2005). Toward a Model of Issue Selling by Subsidiary Managers in Multinational Organizations. *Journal of International Business Studies*, 36(6), 637–654.
- Maitlis, S. (2005). The Social Processes of Organizational Sensemaking. *Academy of Management Journal*, 48, 21–49.
- Maitlis, S., & Lawrence, T. (2007). Triggers and Enablers in Organizations. *Academy of Management Journal*, 50, 57–84.
- Maitlis, S., & Sonenshein, S. (2010). Sensemaking in Crisis and Change: Inspiration and Insights from Weick (1988). *Journal of Management Studies*, 47, 551–80.
- Mangham, I. L., & Pye, A. (1991). *The Doing of Managing*. Oxford: Blackwell.
- Mantere, S. (2008). Role Expectations and Middle Manager Strategic Agency. *Journal of Management Studies*, 45, 294–316.
- Millman, Z., & Hartwick, J. (1987). The Impact of Automated Office Systems on Middle Managers and their Work’. *MIS Quarterly*, 11, 479–92.
- Mintzberg, H. (1979). *The Structuring of Organizations*. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management Science (pre-1986)*, 26(3), 322–341.
- Mintzberg, H. (1983). *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*. Englewood-Cliffs, CA: Prentice-Hall.
- Moisander, J., & Valtonen, A. (2006). *Qualitative Marketing Research: A Cultural Approach*. London: Sage.
- Morris, T., & Lancaster, Z. (2006). Translating Management Ideas. *Organization Studies*, 27(2), 207–233.

- Nielsen, M. F. (2009). Interpretative Management in Business Meetings: Understanding Managers' Interactional Strategies through Conversation Analysis. *Journal of Business Communication*, 46(1), 23–56.
- Nielsen, J., Mathiassen, L., & Newell, S. (2014). Theorization and Translation in Information Technology Institutionalization: Evidence from Danish Home Care. *MIS Quarterly*, 38(1), 165–186.
- Nonaka, I., Amikura, H., Kanai, T., & Kawamura, T. (1992). *Organizational Knowledge Creation and the Role of Middle Managers*. Academy of Management Conference, 1992.
- Nonaka, I., & Takeuchi, H. (1995). *The Knowledge Creating Company*. Oxford: Oxford University Press.
- Paina, L. (2012). Understanding Pathways for Scaling up Health Services through the Lens of Complex Adaptive Systems. *Health Policy Plan*, 27(5), 365–73.
- Pedersen, A., & Johansen, M. (2012). Strategic and Everyday Innovative Narratives: Translating Ideas into Everyday Life in Organizations. *The Innovation Journal*, 17(1), 2–18.
- Petkovšek, V., & Cankar, S. (2013). *Public Sector Innovation in the European Union and Example of Good Practice*. Knowledge and Learning International Conference, 2013. Tilgjengelig fra: <https://ideas.repec.org/h/tkp/mk1p13/1329-1336.html>
- Pipan, T., & Czarniawska, B. (2010). How to Construct an Actor-Network: Management Accounting from Idea to Practice. *Critical Perspectives on Accounting*, 21(3), 243–251.
- Pye, A., & Pettigrew, A. (2005). Studying Board Context, Process and Dynamics: Some Challenges for the Future. *British Journal of Management*, 16, 27–38.
- Radaelli, G., & Sitton-Kent, L. (2016). Middle Managers and the Translation of New Ideas in Organizations: A Review of Micro-practices and Contingencies. *International Journal of Management Reviews*, 18(3), 311–332.
- Robson, K. (1991). On the Arenas of Accounting Change: The Process of Translation. *Accounting, Organizations and Society*, 16(5-6), 547–570.
- Rogers, E.M. (1962, 2003, 2010). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.
- Rolfe G. (2004). Validity, Trustworthiness and Rigour: Quality and the Idea of Qualitative Research. *Journal of Advanced Nursing*, 53, 304–10.
- Rosenthal, U. (2018). *Spread of Innovation: The Underexposed Side of Innovation Policy*. Advisory council for science, technology and innovation. <https://english.awti.nl/documents/publications/2018/11/07/advice-spread-of-innovation---the-underexposed-side-of-innovation-policy>

- Rouleau, L. (2005). Micro-practices of Strategic Sensemaking and Sensegiving: How Middle Managers Interpret and Sell Change Every Day. *Journal of Management Studies*, 42(7), 1413–1441.
- Rouleau, L., & Balogun, J. (2011). Middle Managers, Strategic Sensemaking and Discursive Competence. *Journal of Management Studies*, 48, 953–983.
- Rowe, A., & Hogarth, A. (2005) Use of a Complex Adaptive Systems Metaphor to Achieve Professional and Organizational Change. *Journal of Advanced Nursing*, 51(4), 395–405.
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget
- Røhnebæk, M., & Lauritzen, T. (2019). *Kommunal innovasjon som oversettelse*. (193–208). Oslo: Cappelen Damm.
- Røvik, K. A. (2007). *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sahay, S., Sabo, J., & Braa, J. (2013). Scaling of HIS in a Global Context: Same, Same, but Different. *Information and Organization*, 23(4), 294–323.
- Sahlin-Andersson, K. (1996). “Imitating by Editing Success: The Construction of Organizational Fields”. I B. Czarniawska & G. Sevón (red.), *Translating Organizational Change* (69–93). Berlin: de Gruyter.
- Schumpeter, J. (1934). *The Theory of Economic Development*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Schumpeter, J. (1942). *Capitalism, Socialism and Democracy*. New York: Harper & Brothers.
- Shaw, G., Brown, R., & Bromiley, P. (1998). Strategic Stories: How 3-M is Re-writing Business Planning. *Harvard Business Review*, 76, 41–50.
- Sheridan, J., White, J., & Fairchild, T. (1992). Ineffective Staff, Ineffective Supervision, or Ineffective Administration? Why Some Nursing Homes Fail to Provide Adequate Care. *Gerontologist*, 32(3), 334–341.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data* (5. utg.). Los Angeles, CA: SAGE.
- Smith, V. (1997). *Managing in the Corporate Interest: Control and Resistance in an American Bank*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Smith, A. D., Plowman, D. A., & Duchon, D. (2010). Everyday Sensegiving: A Closer Look at Successful Plant Managers. *Journal of Applied Behavioral Science*, 46(2), 220–244.
- Sonenshein, S. (2006). Crafting Social Issues at Work. *Academy of Management Journal*, 49, 1158–72.
- Sundbo, J. (1997). Management of Innovation in Services. *The Service Industries Journal*, 17(3), 432–455.

- Sykehuset Innlandet HF. (2018). *Årsrapport 2018*.
- Sykehuset Innlandet HF. (2019). *Vedtak*. Hentet fra <https://sykehuset-innlandet.no/framtidig-sykehusstruktur/vedtak>
- Taylor, S. S. (1999). Making Sense of Revolutionary Change: Differences in Members' Stories'. *Journal of Organizational Change Management*, 12, 524–35.
- Teulier, R., & Rouleau, L. (2013). Middle Managers' Sensemaking and Interorganizational Change Initiation: Translation Spaces and Editing Practices. *Journal of Change Management*, 13(3), 308–337.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Thomas, R., & Linstead, A. (2002). Losing the Plot? Middle Managers and Identity. *Organization*, 9(1), 71–93.
- Thomas, R., Sargent, L. D., & Hardy, C. (2011). Managing Organizational Change: Negotiating Meaning and Power-resistance Relations. *Organization Science*, 22(1), 22–41.
- Vickers, D., & Fox, S. (2010). Towards Practice-based Studies of HRM: An Actor-network and Communities of Practice Informed Approach. *International Journal of Human Resource Management*, 21(6), 899–914.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: En innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: SEEK.
- Waldorff, S. (2013a). What is the Meaning of Public Sector Health? Translating Discourse into New Organizational Practices. *Journal of Change Management*, 13(3), 283–307.
- Watson, T. (1994). *In Search of Management*. London: Routledge.
- Weick, K. (1979). *The Social Psychology of Organizing* (2. utg.). Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Weick, K. E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Weiner, B., Lewis, M., & Linnan, L. (2009). Using Organization Theory to Understand the Determinants of Effective Implementation of Worksite Health Promotion Programs. *Health Education Research*, 24(2), 292–305.
- Weisman, C., & Nathanson, C. (1985). Professional Satisfaction and Client Outcomes: A Comparative Organizational Analysis. *Medical Care*, 23(10), 1179–1192.
- Westley, F. (1990). Middle Managers and Strategy: Micro Dynamics of Inclusion. *Strategic Management Journal*, 11, 337–351.
- Windrum, P., & Koch, P. (2008). *Innovation in Public Sector Services: Entrepreneurship, Creativity and Management*. Cheltenham: Edward Elgar.

- Wooldridge, B., & Floyd, S. (1990). The Strategy Process, Middle Management Involvement, and Organizational Performance. *Strategic Management Journal*, 11(3), 231–241.
- Wooldridge, B., Schmid, T., & Floyd, S.W. (2008). The Middle Management Perspective on Strategy Process: Contributions, Synthesis and Future Research. *Journal of Management*, 34, 1190–1221.
- Wæraas, A., & Nielsen, J. (2016). Translation Theory ‘Translated’: Three Perspectives on Translation in Organizational Research. *International Journal of Management Reviews*, 18(3), 236–270.
- Yanow, D. (1996). *How Does a Policy Mean? Interpreting Policy and Organizational Actions*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (4.utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Zilber, T. B. (2006). The Work of the Symbolic in Institutional Processes: Translations of Rational Myths in Israeli High Tech. *Academy of Management Journal*, 49(2), 281–303.

8. Vedlegg

Vedlegg 1: Lederavtale



Lederavtale for 2019

mellom

Avdelingssjef (nivå 3 leder)

og

Seksjonsleder (nivå 4 leder)

Sykehuset Innlandet skal være ett sykehus og ledere på alle nivåer skal bidra til dette, både i arbeidet med drift og utvikling.

Framtidig målbilde for Sykehuset Innlandet

- samhandling med primærhelsetjenesten i kommunene,
- prioritering av desentraliserte spesialisthelsetjenester,
- utvikling av prehospitale tjenester og
- spesialiserte tilbud med høy kompetanse

Det framtidige målbildet har et samlet tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i en modell med ett stort akuttisyrkehus, kalt Mjøssykehuset.

Alle endringer som gjøres i tiden fremover skal bidra til utviklingen av det framtidige målbildet.

Lederavtalen er sentralt verktøy for å understøtte den daglige utøvelsen av lederrollen.

Sykehuset Innlandet bruker følgende definisjon på ledelse:

«Ledelse er å skape og opprettholde retning og energi – eller mål og motivasjon – blant mennesker som er en del av en organisasjon, samt å styre den samlede ressursanvendelse slik at målene blir nådd innenfor gitte rammebetingelser».

Atferds krav	Beskrivelse
<i>Ansvarlig</i>	All virksomhet må ha sitt utgangspunkt i den totale virksomhetens verdier, mål og ressursgrunnlag.
<i>Handlekraftig</i>	En leder må vise mot og evne til å prioritere å gjennomføre nødvendige prosesser i samarbeid med sine medarbeidere.
<i>Endringsvillig</i>	En leder må kunne møte utfordringer og utvikling gjennom kontinuerlige endringsprosesser og kompetanseheving hos medarbeiderne.
<i>Kommunerende</i>	En leder må kunne formidle budskap og profil tydelig mht verdier og mål, opptre med legitimitet og vinne tillit hos alle medarbeiderne.
<i>Inspirerende</i>	En leder må kunne opptre med ærlighet, humor og toleranse og samtidig stille krav til medarbeiderne om å oppnå resultater.
<i>Helhetsenkende</i>	En leder må kunne se sin virksomhet som en del av et større hele, dvs. profesjonsuavhengig og navhengig av den enheten man er satt til å lede.

1. Mål og resultatkrav 2019

Seksjonsleder (nivå 4 leder) har et ansvar for å gjøre seg kjent med overordnede eksterne foringer og styringsdokumenter, samt følge opp og forankre fastsatte mål i egen enhet. I tillegg skal det etableres god virksomhetsstyring for å nå mål om etterlevelse av lov- og forskriftskrav og sikre at det er etablert god styring, intern kontroll og orden i eget hus.

Seksjonsleder skal sørge for:

- å etterleve foretakets verdigrunnlag, atferdskravene til ledere og de etiske retningslinjene
- å oppfylle og forankre Sykehuset Innlandet sin virksomhetsstrategi for 2019-2022 og tilhørende virksomhetsplan for 2019
- utarbeide og følge opp årlig virksomhetsplan for egen divisjon med prioriterte mål og tiltak
- at det gjennomføres og iverksettes nødvendige tiltak for å komme i økonomisk balanse i egen enhet og bidra gjennom samarbeid med øvrig ledelse til at foretaket som helhet får et positivt resultat i tråd med budsjett 2019 og styresak «SI mot 2022».
- hensiktsmessig organisering og møtestruktur av egen virksomhet
- støtte, oppfølging og utvikling av egne medarbeidere
- evaluering og forbedringsprosesser
- egenutvikling som leder

2. Prioriterte mål virksomhetsplan 2019

- Sykehuset Innlandet skal ha minst 95,4 prosent totaloverlevelse målt ved kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse
- Totalforbruket av bredspektrert antibiotika skal reduseres med 10 prosent sammenliknet med 2018
- Det etableres to pasientforløp på tvers av fagområdene somatikk og psykisk helsevern i samarbeid med kommunene
- Implementere pakkeforløp innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Antallet tverrfaglige samhandlingsteam (FACT team) med kommunene økes fra ett til tre team for bedre pasientforløp innenfor psykisk helsevern og rus
- Redusere gjennomsnittlig ventetid innenfor barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) til 47 dager
- 70 prosent av pakkeforlovene skal være innen anbefalt forløpstid, med særlig satsning på lungekreft, livmorkreft, eggstokkreft, prostatakreft og nyrekreft
- Det skal være særskilt fokus på å rekruttere, videreutvikle og beholde spesialistkompetanse
- Det skal legges til rette for et godt arbeidsmiljø og særskilt oppmerksomhet på medarbeidernes arbeidsbelastning
- Bedre ressursutnyttelse og samordning for å oppnå faglig og økonomisk bærekraft

3. Andre mål 2019

- x
- x
- x

4. Personlige utviklingsmål

- x
- x
- x

5. Stillingens ansvarsområde og fullmakter

Stillingens ansvarsområde er nedfelt i funksjonsbeskrivelse for nivå 4 leder. Utover dette reguleres ansvaret gjennom vedtatte fullmakter i prosedyre «Fullmakter Sykehuset Innlandet HF». Ledere i Sykehuset Innlandet HF har ansvar for å sette seg inn i og etterleve prosedyren. Det understrekes at ledere kan delegerer myndighet og medansvar, men den som delegerer fritas ikke for ansvar. Videre delegeringer skal skje skriftlig i henhold til gjeldende prosedyrer for fullmakter i Sykehuset Innlandet.

I tabellen under spesifiseres hvilke fullmakter på HR- område som delegeres særskilt utover det som er gitt i fullmaktsmatrisen.

Det er innført midlertidig ansettelsesstopp fra 15.11.2018 og inntil videre. Det er utsendt eget notat som regulerer fullmakter knyttet til ansettelser. Fullmakten nedenfor for fast ansettelse og opprettelse av midlertidig stilling gjelder først når ansettelsesstoppen er opphevet.

Fullmakt	Har fullmakt	Har ikke fullmakt
Ansettelse – midlertidig		
Velferdspolisjoner med lønn		
Polisjoner med lønn -utover to uker		
Polisjoner uten lønn – inntil to uker		
Fastsettelse av ferie		

6. Oppfølging av lederavtalen

Lederavtalen, virksomhetsstrategi for Sykehuset Innlandet med tilhørende virksomhetsplan samt oppdrag og bestilling med tilleggsdokument (OBD) er gjennomgått i medarbeidersamtale mellom avdelingssjef og seksjonsleder slik at ansvaret og forventningene er avklart og konkretisert.

Oppfølging skjer gjennom årlige medarbeidersamtaler. Utover dette kan leder be om samtaler knyttet til tilbakemeldinger på eget lederskap og prestasjoner ved behov. Avdelingssjef kan også innkalle til ekstra medarbeidersamtale dersom situasjonen tilsier det.

Sted, xx dato


.....
Avdelingssjef

.....
Seksjonsleder

Vedlegg til lederavtale:

- Funksjonsbeskrivelse for nivå 4
- Virksomhetsstrategi 2019-2022
- Virksomhetsplan 2019
- Oppdrag og bestilling 2019
- Fullmakter Sykehuset Innlandet 2019

Vedlegg 2: Funksjonsbeskrivelse nivå 3

 Sykehuset Innlandet HF	Refnr. SI/06.08.01-02
--	-----------------------

Funksjonsbeskrivelse - Nivå 3 leder

Formelle krav til funksjonsinnehaver/ autorisasjon:

Kompetanseprofil: minimum 3-årig relevant utdanning på høyskole-/universitetsnivå. Nivå 3 leder bør ha ledererfaring og lederutdanning/villighet til å gjennomføre utdanning/delta på leder og ledelsesutviklingstiltak i regi av foretaket.

Formalkompetanse: Utdanning på høyskole/universitetsnivå. Det er ønskelig med lederutdanning.

Annet: Nivå 3 leder må ha erfaring, og bør ha ledererfaring, fra komplekse, kunnskapsintensive virksomheter/sectorer. Analytiske evner, systematisk, strukturert og evne til langsiktig tenking. Selvinnsikt og evne til omtanke og omsorg. Evne til å lede krevende prosesser med høy grad av integritet. Nivå 3 leder må ha sitt utgangspunkt i foretakets verdier, mål og ressursgrunnlag. Leder må vise atferd etter lederkravene: ansvarlighet, være helhetstenkende, utøve handlekraft, vise endringsvillighet, være inspirerende og kommuniserende i sin lederatferd.

Organisatorisk plassering/nivå:

Rapporterer til leder på nivå 2

Ansvar og arbeidsoppgaver:

Nivå 3 leder har et overordnet og helhetlig faglig, strategisk og driftsmessig ansvar for avdelingen. Nivå 3 leder er underlagt de forpliktelser og rettigheter som til enhver tid er nedfelt i lov- og avtaleverk som gjelder for Sykehuset Innlandet. Avdelingen skal ledes i tråd med SI sine behov, vedtatte planer og rammer. Som medlem av divisjonens ledergruppe skal nivå 3 leder bidra til samlet måloppnåelse for divisjonen.

Nivå 3 leder har et særskilt ansvar for å gi løpende støtte og veiledning til nivå 4 lederne, samt inkludere dem i beslutninger som omfatter deres ansvarsområde. Nivå 3 leder skal gjennom en helsefremmende og involverende lederstil skape retning og motivasjon, samt styre ressursene slik at målene nås.

Drifts- og resultatansvar:**Fag og kvalitet:**

- Sørge for at all kontakt med pasienter og pårørende er god, aktiv og basert på behovet til pasienten.
- Sørge for og bidra til utarbeidelse av mål og handlingsplaner basert på overordnede styringsdokumenter og kvalitetsmål.
- Sikre resultatoppnåelse innen ansvarsområdet.
- Legge til rette for faglig utvikling i avdelingen.
- Legge til rette for tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper internt, på tvers av avdelinger/divisjoner og med øvrige samarbeidspartnere.
- Sørge for tilfredsstillende pasientadministrative rutiner, pasientsikkerhet, kvalitetsutvikling og internkontroll i avdelingen.
- Sørge for at avdelingen har oppdaterte prosedyrer og rutiner og at TQM blir aktivt brukt.
- Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer.
- Bidra til ledelsens gjennomgang, herunder løpende risikovurdering og -styring.

Økonomi:


- Bidra aktivt i utarbeidelse og oppfølging av avdelingens budsjett.
- Sikre økonomisk resultatoppnåelse.
- Ved avvik i budsjett/måltall, gjøre korrigerende tiltak
- Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer.

Personalansvar:

- Overordnet ansvar for planlegging og daglig disponering av personalressurser på tvers av enheter for å sikre god drift i avdelingen.
- HMS-arbeid, HMS-/vernerunder samt oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.
- Rekruttering og oppfølging av nye ledere i avdelingen.
- Systematisk oppfølging av egne medarbeidere, herunder gjennomføring av årlige medarbeidersamtaler og inngåelse av lederavtaler.
- Sikre at alle medarbeidere har tilgang til nødvendig informasjon.
- Ivareta et godt samarbeid med tillitsvalgte og verneombud.

Utvikle en effektiv ledergruppe hvor det produseres viktige saksresultater, utvikles gode samarbeidsrelasjoner og hvor det oppleves meningsfylt og utviklende å være.

Vedlegg 3: Funksjonsbeskrivelse nivå 4

	Sykehuset Innlandet HF	Refnr. SI/06.08.01-03
Funksjonsbeskrivelse - Nivå 4 leder		
<p>Formelle krav til funksjonsinnehaver/autorisasjon: Kompetanseprofil: Stillingen skal besettes av personer som har faglig kompetanse innenfor det området de skal lede. I tillegg settes det krav om lederutdanning eller villighet til å gjennomføre utdanning/delta på leder og ledelsesutviklingstiltak i regi av foretaket. Formalkompetanse: Utdanning på høyskole/universitetsnivå, fortrinnsvis innenfor det fagområdet en skal lede. Det er ønskelig med formell lederkompetanse.</p> <p>Annet: Nivå 4 leder bør ha erfaring fra komplekse, kunnskapsintensive virksomheter/sektorer. Analytiske evner, systematisk, strukturert og evne til langsiktig tenking, Selvnissikt, stabilt humør og evne til omtanke og omsorg. Nivå 4 leder må ha sitt utgangspunkt i foretakets verdier, mål og ressursgrunnlag. Leder må vise atferd etter lederkravene: ansvarlighet, være helhetstenkende, utøve handlekraft, vise endringsvillighet, være inspirerende og kommuniserende i sin lederatferd.</p>		
<p>Organisatorisk plassering/nivå: Under leder på nivå 3</p>		
<p>Ansvars- og arbeidsoppgaver: Nivå 4 leder har et overordnet faglig, strategisk og driftsmessig ansvar for enheten. Stillingsinnehaver er underlagt de forpliktelser og rettigheter som til enhver tid er nedfelt i gjeldende lov- og avtaleverk som gjelder for Sykehuset Innlandet. Enheten skal ledes i tråd med SI sine behov, vedtatte planer og rammer. Som medlem av avdelingens ledergruppe skal nivå 4 leder bidra til samlet måloppnåelse for avdelingen.</p> <p>Drifts- og resultatansvar: Fag og kvalitet</p> <ul style="list-style-type: none">• Analysere enhetens kompetansebehov og utforme kompetanseplaner på bakgrunn av dette.• Legge til rette for at for at hver enkelt medarbeider skal utvikle seg faglig, utforme individuelle kompetanseplaner.• Ha kontinuerlig fokus på å legge til rette for faglig utvikling i enheten.• Bidra til tverrfaglig samarbeid mellom ulike faggrupper internt, på tvers av avdelinger og med øvrige samarbeidspartnere.• Bidra i utarbeidelse av mål og handlingsplaner basert på overordnede styringsdokumenter og kvalitetsmål.• Ta ansvar for å ha oppdaterte prosedyrer og rutiner og at TQM blir aktivt brukt• Ved avvik utarbeide forslag til korrigerende tiltak.• Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer.• Bidra aktivt i ledelsens gjennomgang <p>Økonomi</p> <ul style="list-style-type: none">• Delta aktivt i utarbeidelse av enhetens budsjett• Ved avvik i budsjett/måltall, utarbeide forslag til korrigerende tiltak• Rapportere i henhold til etterspurte indikatorer.		

Personalansvar:

- Utøve personalledelse i henhold til gjeldende lov- og avtaleverk.
 - Ha ansvar for planlegging og daglig disponering av personalressurser for å sikre god drift.
 - HMS-arbeid, herunder blant annet IA og sykefravær, HMS- /vernerunder samt oppfølging av medarbeiderundersøkelsen.
 - Rekruttering og oppfølging av nyansatte.
 - Systematisk oppfølging av egne medarbeidere, herunder gjennomføring av årlige medarbeidersamtaler.
 - Sikre at alle medarbeidere har tilgang til nødvendig informasjon
- Bidra til godt samarbeid med TV og VO.

Vedlegg 4: Forskrift om ledelse



OPPRINNELIG KUNNGJORT VERSJON

OPPRINNELIG KUNNGJORT VERSJON

XML-versjon

[➔ Gå til ajourført versjon](#)

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Dato	FOR-2016-10-28-1250
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2016 hefte 14 s 2267
Ikrafttredelse	01.01.2017
Endrer	FOR-2002-12-20-1731
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§4-2, LOV-1983-06-03-54-§1-3a
Kunngjort	28.10.2016 kl. 14.20
Journalnr	2016-1036
Korttittel	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten

Hjemmel: Fastsatt ved kgl.res. 28. oktober 2016 med hjemmel i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 7, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a tredje ledd og § 3-4a andre ledd, lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 tredje ledd og § 4-2 andre ledd og lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-3a. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

§ 2. Virkeområde

Forskriften gjelder virksomheter som er pålagt internkontrollplikt etter

- helsetilsynsloven § 3
- spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a tredje ledd
- helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd eller
- tannhelsetjenesteloven § 1-3a.

Forskriften gjelder også virksomheter som er pålagt plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet etter

- spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a eller

b) helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2.

§ 3. *Ansvar for styringssystem*

Den som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.

§ 4. *Definisjon*

I denne forskriften betyr styringssystem for helse og omsorgstjenesten den del av virksomhetens styring som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen.

§ 5. *Omfang og dokumentasjon*

Styringssystemet, jf. pliktene i § 6 – § 9, skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig.

Hvordan pliktene etter denne forskriften etterleves, skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut ifra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Dokumentasjonen skal til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.

§ 6. *Plikten til å planlegge*

Plikten til å planlegge virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt og hvordan det skal arbeides systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i virksomheten
- b) innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene
- c) ha oversikt over relevant regelverk, retningslinjer og veiledere, og planlegge hvordan dette skal gjøres kjent i virksomheten
- d) ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerheten
- e) planlegge hvordan risiko som beskrevet i § 6 d kan minimaliseres og særlig legge vekt på risikofaktorer forbundet med samhandling internt og eksternt
- f) ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring
- g) ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 7. *Plikten til å gjennomføre*

Plikten til å gjennomføre virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) sørge for at virksomhetens oppgaver, organisering og planer er kjent i virksomheten og gjennomføres
- b) sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet
- c) utvikle og iverksette nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- d) sørge for at virksomhetens medarbeidere medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes

e) sørge for å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter, brukere og pårørende.

§ 8. *Plikten til å evaluere*

Plikten til å evaluere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres
- b) vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet
- c) evaluere om iverksatte tiltak ivaretar kravene i helse- og omsorgslovgivningen
- d) vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer
- e) gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges
- f) minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten.

§ 9. *Plikten til å korrigere*

Plikten til å korrigere virksomhetens aktiviteter innebærer følgende oppgaver:

- a) rette opp uforvarlige og lovstridige forhold
- b) sørge for korrigerende tiltak som bidrar til at helse- og omsorgslovgivningen etterleves, inkludert faglig forsvarlige tjenester, og at systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet gjennomføres.
- c) forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

§ 10. *Ikrafttredelse*

Forskriften trer i kraft 1. januar 2017. Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 20. desember 2002 nr. 1731 om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten.

Vedlegg 5: Intervjuguide

Intervjuguide

Innledningsspørsmål:

- Kan du si litt om bakgrunnen din? (Utdannelse, erfaring, hvor lenge jobbet i denne stillingen)
- Kan du beskrive en vanlig arbeidsdag?
- Hva er det viktigste i jobben din som mellomleder?

Oppfatning/forståelse/tolkning

- Hvordan fikk du høre om Kompetansebroen?
- Hvor eller hvem opplever du at Kompetansebroen kommer fra?
- Hvordan har lederen over deg informert og kommunisert omkring Kompetansebroen?
- Kan du beskrive hvordan du forstår Kompetansebroen, hensikten med den og hva den inneholder?
- Hvordan opplever du at dine kollegaer og andre ansatte forstår den?
- Hvordan oppfatter du at Kompetansebroen har blitt tatt imot av andre mellomledere og ansatte?

Diskurs/narrativer/mening

- Kan du si noe om i hvilke sammenhenger du snakker om Kompetansebroen, og hvordan du snakker om den?
- På hvilke formelle og uformelle arenaer er Kompetansebroen et samtaleemne? Hvor ofte snakkes den om?
- Hvordan snakker andre mellomledere, både på ditt eget nivå og andre, omkring Kompetansebroen?
- Hvordan snakker de ansatte (med direkte pasientkontakt) om Kompetansebroen?
- Snakker du annerledes om Kompetansebroen avhengig av om dette er med toppledelsen, andre på ditt eget nivå eller de under deg?
- Opplever du en felles forståelse og mening omkring Kompetansebroen i sykehuset? Hva tror du er årsaken til denne?
- Opplever du noen form for uenighet omkring Kompetansebroen? Hva går denne i så fall ut på?
- Hvordan vil du vurdere nytteverdien av en plattform som Kompetansebroen? Er det behov for den i avdelingen din? Opplever du at dette er noe de ansatte trenger/ønsker?

Rolle og bruk

- Har du brukt denne plattformen ennå? Hvis ja, hvordan? Hvis nei, er det noen spesielle årsaker til dette?
- Har du noen synspunkter på din funksjon som mellomleder i å få i gang bruken av Kompetansebroen blant ansatte?
- Er det konkrete forventninger fra nivået over deg om din bruk og spredning av Kompetansebroen? Hva går i så fall disse ut på?
- Opplever du noen utfordringer ved å være et mellomledd i forbindelse med at Kompetansebroen skal bli tatt i bruk?
- Har du videreformidlet Kompetansebroen til de ansatte under deg, eller forsøkt å engasjere til at den brukes? Hvis nei, er det noen spesielle årsaker til dette? Hvis ja, hvordan? På samme måte som du fikk informasjonen ovenfra?

Avslutningsspørsmål

- Hvilken plass er det til Kompetansebroen i din arbeidshverdag?
- Har Kompetansebroen hatt noen form for innvirkning på jobbhverdagen din hittil? Hvis ja, hvordan?
- Er det ellers noe du vil legge til eller utdype?

Vedlegg 6: Prosjektbeskrivelse og samtykkeskjema

 Sykehuset Innlandet HF		Informasjonssikkerhet - Ledelsessystem		
Personvern - Samtykke		SI/14.11-07		
Utgave: 0.00	Utarbeidet av: Personvernrådgiver Birgit Hovde	Godkjent av <input type="checkbox"/>	Gjelder fra: <input type="checkbox"/>	Side 1 av 3

Vil du delta i prosjektet

«Mellomlederes rolle i spredning av Kompetansebroen»?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke mellomleders rolle i spredningen av Kompetansebroen internt i Sykehuset Innlandet Lillehammer. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Denne studien er en masteroppgave gjennomført ved Høgskolen i Innlandet, studiested Lillehammer. Den gjennomføres i samarbeid med Sykehuset Innlandet Lillehammer og skal i sin helhet være ferdig innen 12. juni 2020. Problemstillingen vi ønsker å utforske handler om mellomleders rolle i spredning av innovasjon internt i SI Lillehammer. Nærmere bestemt handler den om hvordan mellomledere forstår og tolker Kompetansebroen.no, hvilke meninger de gjør seg opp omkring denne plattformen, og i hvilken grad de bidrar til spredning av den internt.

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

Høgskolen i Innlandet som institusjon er ansvarlig for prosjektet.
Vår veileder ved Høgskolen i Innlandet er førsteamanuensis Marit Engen.
Vår kontaktperson i SI Lillehammer er divisjonsrådgiver Ingrid With.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi har forespurt deg om å delta i denne studien fordi du er sentral i det nivået av organisasjonen som vi ønsker å undersøke (mellomledere på nivå 3 og 4). Vi forespør også andre mellomledere på begge nivåer i SI Lillehammer om å delta, og skal intervju inntil ti personer.

Din kontaktinformasjon har vi fått ved å henvende oss til telefonnr. 915 06 200.

Hva innebærer det for deg å delta?

Datainnsamlingen vil foregå gjennom individuelle intervjuer i løpet av mars 2020, som tar maksimalt én time. Fokuset ligger på mellomleders tanker, oppfatninger og interaksjon omkring Kompetansebroen, og du vil forbli anonym gjennom prosjektet. Det er kun oss to studentene som skriver denne masteroppgaven som vet utvalget vi intervjuer, og intervjuobjektene forblir anonyme i den skriftlige oppgaven. Vi vil benytte lydopptak for å registrere data og være i stand til å analysere de skikkelig. Vi vil sende deg spørsmålene på e-post i god tid før et evt. intervju.

Utgave: 0.00	Personvern - Samtykke	SI/14.11-07 Side 2 av 3
--------------	------------------------------	----------------------------

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 skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Lydopptakene lagrer vi på en minnepenn, i en passordbeskyttet mappe som kun vi to studentene har tilgang til. Opptakene vil kun benyttes av oss to studentene, og slettes senest 12. juni 2020, da oppgaven vår skal være ferdigstilt.

Ingen navn på deltakere vil fremkomme av oppgaven, og vi lagrer ingen navn og personopplysninger. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i den ferdigstilte masteroppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 12. juni 2020. Lydopptakene vil slettes når prosjektet ferdigstilles.

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 Høgskolen i Innlandet har SI – Sykehuset Innlandet HF 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:

- Høgskolen i Innlandet ved Marit Engen.
Tlf: 61 28 81 07. E-post: marit.engen@inn.no
- Vårt personvernombud: Per Christian Jørgensen.
E-post: personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
Marit Engen

Studenter
Henrik Holm og Torgeir Langmoen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Mellomlederes rolle i spredning av Kompetansebroen», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju der det gjøres lydopptak

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, innen 12. juni 2020.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Referanser

Datatilsynet.no, Norsk senter for forskningsdata (NSD), Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK), Lov om personopplysninger og personvernforordningen.

Vedlegg 7: Analysetabell

Kategori og spørsmål	Svar fra nivå 3-ledere (4 stk.)	Svar fra nivå 4-ledere (4 stk.)	Evt. merknader	Årsaker (der aktuelt)
Hva er det viktigste i jobben din som mellomleder?	<ul style="list-style-type: none"> - Tilrettelegging og støtte til nivå 4-lederne - God kommunikasjon med nivå 4-lederne - Økonomistyring 	<ul style="list-style-type: none"> - Tilrettelegging og støtte til medarbeiderne - Tilstedeværelse for medarbeiderne - God kommunikasjon med medarbeiderne 	En person (nivå 3) nevner kompetanseplaner eksplisitt.	
Oppfattelse/forståelse/ tolkning				
Hvordan fikk du høre om KB?	<ul style="list-style-type: none"> - På et avdelingsmøte med divisjonsrådgiver, høsten 2019. - På en ledersamling, 6-12 måned siden. - For to år siden, ifb. med et prosjekt helt i startfasen av KB. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hadde ikke hørt om KB før vår forespørsel om intervju. - Hørte om KB en uke før vårt intervju, da nivå 3-lederen spurte om h *n ville delta i intervjuet. - Fikk en mail fra divisjonsrådgiver, ca. 6 måned siden. - Fikk en introduksjon av KB gjennom sin rolle i helsefaglig råd i SJ, ca. et år siden. 	<p>Alle på nivå 3 hadde hørt om KB for en god stund siden. Hovedsakelig på ledersamling eller avdelingsmøte, med presentasjon av KB som én del.</p> <p>To på nivå 4 hadde ikke hørt om KB før vår forespørsel om intervju. Dvs. noe svakere kjennskap på nivå 4</p>	
Hvor eller hvem opplever du at KB kommer fra?	<p>To svarer vet ikke</p> <p>To svarer Åhus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Divisjonsrådgiver har presentert KB på samling/møte. <p>Utover dette:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kan ikke huske at KB har blitt nevnt. - Ingen ledere har informert meg. 	<p>To svarer vet ikke</p> <p>To svarer Åhus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingen ledere har informert meg - Fått noe informasjon i et ukebrev fra sin nivå 3-leder - Fått en e-post med presentasjon av KB fra sin nivå 3-leder, videresendt fra divisjonsrådgiver 	<p>En på nivå 3 og en på nivå 4 nevner at divisjonsrådgiver inviterte til en workshop om KB, men vet ikke om noen som deltok.</p> <p>Generelt lite informasjon fra leder over, uavhengig av nivå.</p>	
Hvordan har lederen på nivået over deg informert og kommunisert omkring KB?				

<p>Kan du beskrive hvordan du forstår KB, hensikten med den og hva den inneholder?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetanseplattform - Delingsplattform mellom sykehus og kommune - Samhandling - Kurs, artikler, filmer - Oppslagsverk 	<ul style="list-style-type: none"> - Et sted for innhenting av fagkunnskap for spesifikke områder, og kurs - Allsidig nettsted for fagkunnskap - Dele kunnskap, invitere til fagdager - Tverrfaglig verktøy for å fremme samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjeneste. 	<p>Nesten alle viser god grunnleggende forståelse for hva KB er. Varierer nok så mye i hvor mye de sier om det konkrete innholdet. Svarene fra nivå 3 er noe lengre/dypere enn svarene fra nivå 4.</p> <p>En person (nivå 4) nevner podkast som en del av KB.</p> <p>En av de som ikke hadde hørt om KB før vår forespørsel hadde likevel satt seg inn i KB før intervjuet, og kunne svare utfyllende. Den andre hadde ikke vært innom KB, og ga et nokså tynt svar.</p>	<p>Lite eller ingen kommunikasjon omkring KB i det daglige</p>
<p>Hvordan opplever du at dine kolleger og andre ansatte forstår den?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tror mange vet hva det er, men at de ikke har brukt KB ennå - Tror ikke alle kjenner KB like godt - Vet ikke, det snakkes ikke om den 	<ul style="list-style-type: none"> - Vet ikke, det snakkes ikke om KB - Har ikke grunnlag for å svare 	<p>Dette var vanskelig å svare på for nivå 3-lederne.</p> <p>Ingen av nivå 4-lederne hadde grunnlag for å svare.</p>	<p>Lite eller ingen kommunikasjon omkring KB i det daglige</p>
<p>Hvordan opplever du at KB har blitt tatt imot av andre mellomledere og ansatte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Opplever at alle var positive til en slik plattform på ledersamling - Tror noen av mine ansatte er flinke til å bruke KB - Tror det er stor forskjell på hvem som har hørt om KB - Vet ikke, har ikke snakket om KB med noen 	<ul style="list-style-type: none"> - Vet ikke/ har ikke grunnlag for å svare - Tror den er godt tatt imot 	<p>Svarene varierer nokså mye på nivå 3.</p> <p>På nivå 4 svarer tre av respondentene at de ikke vet/ikke har grunnlag for å svare. Én svarer at h*n tror den er godt tatt imot.</p>	<p>Lite eller ingen kommunikasjon omkring KB i det daglige</p>

<p>Diskurs/historier/mening</p> <p>Kan du si noe om i hvilke sammenhenger du snakker om KB, og hvordan du snakker om den?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Jeg snakker ikke noe særlig om KB - Ikke aktuelt - Har snakket om KB én gang med lederne under seg, like etter en ledersamling - Har snakket om KB én gang med en avdelingssykepleier, like etter en ledersamling. 	<ul style="list-style-type: none"> - KB er ikke et samtaleemne i det daglige - Har hatt en internundervisning om KB i enheten. Prosjektleder for KB Innlandet underviste. 	<p>En på nivå 3 påpeker at palliativt team bruker KB mye i samarbeid med kommunen.</p> <p>På nivå 4 svarer tre av respondentene at KB ikke er et samtaleemne. En svarer at KB har vært tema i en internundervisning.</p>	
<p>På hvilke formelle og uformelle arenaer er KB et samtaleemne? Hvor ofte snakkes den om?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Divisjonsrådgiver har nevnt KB på noen møter. - Noen formelle e-poster fra divisjonsrådgiver, som jeg videresender til nivå 4-lederne - Ingen arenaer 	<ul style="list-style-type: none"> - Prosjektleder for KB Innlandet presenterte KB på en internundervisning, og på et ledermøte for alle nivå 4-ledere. - KB er ikke et samtaleemne i det daglige 	<p>Felles for både nivå 3 og 4 er at KB ikke er et samtaleemne på noen uformelle arenaer.</p>	
<p>Hvordan snakker andre mellomledere, både på ditt eget nivå og andre, omkring Kompetansebroen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke aktuelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke aktuelt 	<p>KB er ikke et samtaleemne</p>	<p>KB prioriteres ikke.</p> <p>Vanskelig å skape rom for en ny arena i en travelt hverdag. Mye fokus på økonomi.</p>
<p>Hvordan snakker de ansatte (med direkte pasientkontakt) om KB?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke aktuelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke aktuelt 	<p>KB er ikke et samtaleemne</p>	<p>KB prioriteres ikke.</p> <p>Vanskelig å skape rom for en ny arena i en travelt hverdag. Mye fokus på økonomi.</p>
<p>Snakker du annerledes om KB avhengig av om dette er med toppledelsen, andre på ditt eget nivå eller de under deg?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke aktuelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke aktuelt 	<p>KB er ikke et samtaleemne</p>	<p>KB prioriteres ikke.</p> <p>Vanskelig å skape rom for en ny arena i en travelt hverdag. Mye fokus på økonomi.</p>
<p>Oppløyer du en felles forståelse og mening omkring KB i sykehuset? Hva tror du er årsaken til denne?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - I min avdelingsgruppe har vi en nokså felles forståelse av KB - Vet ikke, sjelden man hører noe om KB - Har ikke grunnlag for å svare - Ikke aktuelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Tror alle tenker at dette er nyttig - Har ikke grunnlag for å svare 	<p>Vanskelig å svare på for alle respondenter, spesielt om felles mening.</p>	<p>KB er ikke et samtaleemne, derfor ingen felles meninger som dannes.</p>
<p>Oppløyer du noen form for uenighet omkring KB? Hva går denne i så fall ut på?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke aktuelt 	<ul style="list-style-type: none"> - Ikke aktuelt 	<p>KB er ikke et samtaleemne, derfor opplever ingen uenighet.</p>	<p>KB er ikke et samtaleemne, derfor opplever ingen uenighet.</p>

<p>Hvordan vil du vurdere nytteverdien av en plattform som KB? Er det behov for den i avdelingen din? Opplever du at dette er noe de ansatte trenger/ønsker?</p>	<p>- Den har absolutt en nytteverdi - Alle ansatte har et stadig behov for fagutvikling - Er usikker på nytteverdien - Vet ikke om ansatte trenger/ønsker</p>	<p>- KB er ikke noe jeg har savnet, men jeg ser nytteverdien - Ja, jeg ser for meg at KB er veldig nyttig - Nei, det er så mye e-kurs i sykehuset allerede</p>	<p>To stk. på nivå 3 er positive til nytteverdien, to er usikre. Tre stk. på nivå 4 er positive til nytteverdien av KB, en er avventende. En respondent på nivå 4 trekker særlig frem samhandling og felles plattform med kommunen som svært nyttig. Generell usikkerhet om KB er noe de ansatte trenger eller ønsker.</p>	<p>Bred enighet om at én felles kompetanseside for helsepersonell vil være svært nyttig generelt. Nyttig for å vite mer om kommunens tilbud. KB blir en av mange liknende plattformer å forholde seg til, derfor noe usikkerhet. Mange e-læringskurs etc. i sykehuset allerede.</p>
<p>Rolle og bruk Har du brukt denne plattformen ennå? Hvis ja, hvordan? Hvis nei, er det noen spesielle årsaker til dette?</p>	<p>- Har brukt KB en gang sammen med divisjonsrådgiver, for å finne spesifikt innhold. - Ja, bare vært innom en gang og sett, klikket seg litt rundt. - Har bare lastet den ned som «app» (svarvei til nettsiden).</p>	<p>- Ja, bare vært innom en gang og sett, klikket seg rundt. - Nei, har ikke tenkt over det.</p>	<p>KB er generelt lite i bruk. Én på nivå 3 fant spesifikk informasjon om KOLS. sammen med divisjonsrådgiver. Denne personen roser brukervennligheten i KB. Én på nivå 3 har laget seg brukerkonto. Én på nivå 4 har laget seg brukerkonto.</p>	<p>Har ikke hatt behovet for å bruke KB, eller tenkt over nytteverdien. Mange andre kunnskapsplattformer. Glemmer at KB finnes, så man glemmer å bruke den aktivt.</p>
<p>(Oppfølgingsspørsmål) Hva tror du skal til for at du skal bruke KB mer?</p>	<p>- Vite mer om hvilke muligheter den gir, og huske at den finnes.</p>	<p>- Litt andre tider, uten så mye fokus på økonomi. Og litt bedre bemanning. - Bli bedre kjent med den. - Vite bedre hva medarbeiderne kan bruke KB til.</p>		

<p>Har du noen synspunkter på din funksjon som mellomleder i å få i gang bruken av Kompetansebroen blant ansatte?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Helt klart mitt ansvar - Min plikt å sette meg inn i KB og informere om nytteverdien. - Har ansvar for kompetanseutvikling generelt, men ikke spesifikt for KB. 	<ul style="list-style-type: none"> - Det er viktig at jeg som leder vet hvilke muligheter KB gir, stimulerer og minner på hva den kan brukes til. - Ja, jeg jobber tett med mange faggrupper, og har et ansvar om å informere om slike verktøy. - Ja, som leder er det mitt ansvar å tilrettelegge for det. - Jeg har et ansvar for det, men de ansatte er også ansvarlige for egen læring. 	<p>Hovedsakelig svarer alle at de har et ansvar her.</p> <p>De som sier de har et ansvar er klare på at dersom de ikke gjør noe med KB, så vil ikke de under gjøtse noe heller.</p> <p>En på nivå 3 ønsker mer info om hva sykehuset skal bruke KB til, og hvordan dette skal formidles.</p> <p>En på nivå 3 savner at sykehuset som helhet kobler seg på i implementeringen. Ikke lett for hver enkelt avdeling, heller ikke relevant for alle.</p>	<p>Usikkerhet skyldes mest at man har en rekke andre kunnskapsplattformer, og utfordringer med å kjenne KB nok til å videreformidle på den en god måte.</p>
<p>Er det konkrete forventninger fra nivået over deg om din bruk og spredning av Kompetansebroen? Hva går i så fall disse ut på?</p> <p>Opplever du noen utfordringer ved å være et mellomledd i forbindelse med at Kompetansebroen skal bli tatt i bruk?</p>	<p>Nei</p> <ul style="list-style-type: none"> - En utfordring å ha nok bakgrunnsinfo om KB slik at man kan formidle videre. - Alltid utfordrende å vurdere hvilke fokusområder vi skal ha. - Utfordrende å skulle introdusere enda en ny ting for de ansatte som de må lære. - Opplever ingen utfordring, da jeg ikke ser på KB som et oppdrag 	<p>Nei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Å bestemme seg for å ha fokus på KB, og følge opp dette. - Det er en kultur for skepsis til nye dataverktøy. 	<p>Mange utfordringer</p>	<p>KB blir en av mange kunnskapsplattformer/lignende verktøy å forholde seg til.</p> <p>Tid og prioritering i en travel arbeidshverdag.</p> <p>Ikke tilstrekkelig kunnskap om KB til å formidle videre.</p>
<p>Har du videreformidlet Kompetansebroen til de ansatte under deg, eller forsøkt å engasjere til at den brukes? Hvis nei, er det noen spesielle årsaker til dette? Hvis ja, hvordan? På samme måte som du fikk informasjonen ovenfra?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Inkluderer en påminnelse om at KB finnes i ukebrev, legger ved lenke. - Videre sendte KB-presentasjonen fra divisjonsrådgiver til nivå 4- lederne under seg, og videre sendte invitasjonen til workshop - Har videre sendt e-post til mine ansatte - Nei, har ikke videreformidlet 	<ul style="list-style-type: none"> - Har presentert KB på et stabsmøte, presenterte den på samme måte som gjort det. Oppfordret de ansatte til å bruke KB. Videre sendte også e-post fra divisjonsrådgiver - Nei - Nei - Nei 	<p>En på nivå 3 sender lenke til KB i ukesbrev til sine ansatte.</p> <p>To på nivå 3 videre sender evt. e-post, uten å endre på noe.</p> <p>To på nivå 3 har ikke videreformidlet KB på noen måte.</p> <p>Tre på nivå 4 har ikke videreformidlet KB på noen måte.</p>	<p>Informasjon om KB blir ofte nedprioritert, eller oversett.</p> <p>Det oppleves ingen forventning om at evt. informasjon skal videreformidles.</p>

<p>Avsluttende</p> <p>Hvilken plass er det til Kompetansebroen i din arbeidshverdag?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Veldig liten plass - Plassen er der, det blir hva jeg gjør det til - Ja, det er plass - Det er plass om man kan samle flere ting på én plattform 	<ul style="list-style-type: none"> - Foreløpig liten plass - Det er plass om jeg ser at den har nytte, om jeg ser arrangementer jeg kan sende folk på - Jeg må skape plass til den 	<p>Tre av fire på nivå 3 sier at det er plass</p> <p>Tre av fire på nivå 4 sier at det er plass, men de er usikre på nytteverdien til KB i forhold til alle andre plattformer de har.</p> <p>En på nivå 4 svarer at dersom KB kan erstatte noen av de andre plattformene, så er det plass.</p> <p>Alle på begge nivåer svarer nei</p>	<p>KB blir en av mange kunnskapsplattformer, dette begrenser plassen til KB.</p> <p>Læringsportalen brukes mye.</p> <p>Lite tid til å sette seg inn i en ny plattform, spesielt i denne perioden som intervjuet finner sted.</p>
<p>Har Kompetansebroen hatt noen form for innvirkning på jobbhverdagen din hittil? Hvis ja, hvordan?</p>	<p>Nei</p>	<p>Nei</p>		
<p>Er det ellers noe du vil legge til eller utdype?</p>	<p>Nei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nei - KB er kanskje noe jeg må sette meg mer inn i - Vi må gi KB en sjanse - Burde sikkert vite mer om KB enn det jeg gjør 	<p>- Nei</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intensjonen med KB er god, fremtidsrettet. - Det hadde vært fint med like prosedyrer i alle plattformer - Bør ha et felles møte med alle nivå 4-ledere, for å ta opp igjen KB 		

Vedlegg 8: Godkjenning fra personvernombudet



Sykehuset Innlandet HF

PERSONVERNOMBUDETS VURDERING I SAK NR 126236

Masteroppgave

Opplysningene som er kommet inn gir tilstrekkelig informasjon, og saken er vurdert av personvernombudet i Sykehuset Innlandet. Første del av dette dokumentet inneholder den opprinnelige teksten fra meldeskjemaet - til personvernombudet fra innmelderen. Andre del av dokumentet inneholder personvernombudets vurdering. Før personvernombudet gjorde sin vurdering, ble det innhentet flere opplysninger og annen dokumentasjon enn den opprinnelige meldeteksten viser.

Generelle opplysninger

Innmelders navn	Henrik	Holm
Innmelder e-post	hank_holm@hotmail.com	
Er innmelder ansatt i SI?	Nei	
Innmelders arbeidssted	Høgskolen i Innlandet	
Prosjektleders navn	Henrik	Holm
Hva slags sak er dette?	Utdanningsprosjekt	
Innhentes det samtykke	Ja	

Beskrivelse av formålet

I forbindelse med vår masteroppgave skal vi intervju seks mellomledere om deres forhold til Kompetansebroen, den digitale plattformen for helsepersonell.

Om personopplysningene

Hvilken type opplysninger skal hentes?	Kun opplysninger om mellomlederens holdninger, kunnskap og vilje til å ta i bruk Kompetansebroen blir aktuelt. Ingen sensitive opplysninger eller personopplysninger skal innhentes. Intervjuobjektene forblir anonyme.
--	---

BESØKSADRESSE:
Furnesvegen 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 06200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no
Org.nr. 983 971 709



Innhenter opplysninger fra	Vi skal samle inn nye data gjennom intervjuer. Vi vil gi ut samtykkeskjema på forhånd.
Behandling av opplysninger	Vi skal analysere dataene ut fra problemstillingen i masteroppgava vår. De skal ikke kobles med andre opplysninger. Skal heller ikke behandles i et spesifikt dataprogram. Vi vil bruke pseudonymer som "Mellomleder 1,2,3" osv istedet for navn. Opplysningene lagres på vår lydopptaker. Ingen andre skal behandle opplysningene.
Utlevering av opplysninger	De behandlede opplysningene vil foreligge i den ferdigstilte masteroppgaven, og denne vil kunne bli distribuert. I denne vil det ikke foreligge navn på intervjuobjektene, eller annen gjenkjennerbar informasjon. Rå-dataene skal ikke deles med noen andre.
Slettes eller anonymiseres opplysningene?	Ja
Slettes eller anonymiseres dato	1/6/2020

Annen informasjon - utdrag fra innsendt meldeskjema og dokumentasjon

<u>De registrerte er i følgende kategori</u>	Dataansvarlig	Høyskolen innlandet
Pasienter	0	Dataansvarlig annet
Ansatte i SI	1	Databehandler
Pårørende	0	Databehandler annet
Foreligger det en databehandleravtale	Vet ikke om det foreligger en databehandleravtale	
Utleveres opplysningene	Nei opplysningene utleveres ikke	
Utleveres opplysningene til utland	Nei	

Personvernombudets vurdering

Personvernombudet i SI har vurdert saken, og **tilrår** at behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet, med de vilkårene som formidles i dette dokumentet.

Behandlingen av personopplysninger er hjemlet i personopplysningloven, og behandlingsgrunnlaget er:

BESØKSADRESSE:
Furnesvegen 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 06200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no
Org.nr. 983 971 709



Personopplysningslovens kapittel 9, EUs personforordning, Artikkel 6.1 bokstav a

Artikkel 6. Behandlingens lovlighet

a) den registrerte har samtykket til behandling av sine personopplysninger for ett eller flere spesifikke formål,

For at samtykket skal være gyldig må det være:

- Frivillig
- Spesifikt
- Informert
- Utvetydig
- Gitt gjennom en aktiv handling
- Dokumenterbart
- Like lett å trekke tilbake som det er gitt

(Utdrag fra personvernforordningen Artikkel 7)

Vilkår

Behandlingen av personopplysninger gjennomføres som beskrevet i melding og øvrig dokumentasjon
Ved eventuelle endringer sendes det ny melding til personvernombudet
Personopplysningene behandles i henhold til rutiner for informasjonssikkerhet i SI

Dette dokumentet er lagret i dokumentasjonssystemet Public 360. All innhentet dokumentasjon er tilgjengelig ved eventuelle tilsyn.

Lykke til med prosjektet!

Birgit Hovde (på vegne av personvernombudet)
Personvernråd giver
Sykehuset Innlandet HF
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

Per Christian Jørgensen
Personvernombud
personvernombud@sykehuset-innlandet.no

BESØKSADRESSE:
Furnesvegen 26
2380 Brumunddal

POSTADRESSE:
Postboks 104
2381 Brumunddal

Tlf: 06200 Telefax: 62 33 34 50
E-post: postmottak@sykehuset-innlandet.no
www.sykehuset-innlandet.no
Org nr 983 971 709



Vedlegg 9: Godkjenning fra NSD



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Mellomlederens rolle i spredning av Kompetansebroen

Referansenummer

476542

Registrert

22.01.2020 av Henrik Holm - 196371@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Handelshøgskolen Innlandet - Fakultet for økonomi og samfunnsvitenskap /
Institutt for organisasjon, ledelse og styring

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marit Engen, marit.engen@inn.no, tlf: 61288107

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Henrik Holm, holmhenrik90@gmail.com, tlf: 95058824

Prosjektperiode

01.01.2020 - 15.06.2020

Status

25.02.2020 - Vurdert med vilkår

Vurdering (2)

25.02.2020 - Vurdert med vilkår

NSD bekrefter å ha mottatt et revidert informasjonsskriv/endret dokument. Vi gjør oppmerksom på at vi ikke foretar en vurdering av skrevet/dokumentet, og vi forutsetter at du har foretatt de endringene vi ba om. Dokumentasjonen legges ut i Meldingsarkivet og er tilgjengelig for din institusjon sammen med øvrig prosjektdokumentasjon. Vurderingen med vilkår gjelder fortsatt.

23.01.2020 - Vurdert med vilkår

NSD har vurdert at personvernulempen i denne studien er lav. Du har derfor fått en forenklet vurdering med vilkår.

HVA MÅ DU GJØRE VIDERE?

Du har et selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i denne vurderingen. Når du har gjort dette kan du gå i gang med datainnsamlingen din.

Du må gjøre følgende endringer i meldeskjemaet, og deretter sende skjemaet inn på nytt:

- Oppgi en beskrivende prosjektittel
- Laste opp revidert informasjonsskriv som oppfyller lovens krav. Bruk gjerne vår mal:
http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html

HVORFOR LAV PERSONVERNULEMPE?

NSD vurderer at studien har lav personvernulempe fordi det ikke behandles særlige (sensitive) kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser, eller inkluderer sårbare grupper. Prosjektet har rimelig varighet og er basert på samtykke. Dette har vi vurdert basert på de opplysningene du har gitt i meldeskjemaet og i dokumentene vedlagt meldeskjemaet.

VILKÅR

Vår vurdering forutsetter:

1. At du gjennomfører datainnsamlingen i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet
2. At du følger kravene til informert samtykke (se mer om dette under)
3. At du laster opp oppdatert(e) informasjonsskriv i meldeskjemaet og sender inn meldeskjemaet på nytt.
4. At du ikke innhenter særlige kategorier eller personopplysninger om straffedommer og lovovertridelser
5. At du følger retningslinjene for informasjonssikkerhet ved den institusjonen du studerer/forsker ved (behandlingsansvarlig institusjon)

KRAV TIL INFORMERT SAMTYKKE

De registrerte (utvalget ditt) skal få informasjon om behandlingen og samtykke til deltakelse.

Informasjonen du gir må minst inneholde:

- Studiens formål (din problemstilling) og hva opplysningene skal brukes til
- Hvilken institusjon som er behandlingsansvarlig
- Hvilke opplysninger som innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- At det er frivillig å delta og at man kan trekke seg så lenge studien pågår uten at man må oppgi grunn
- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes og hva som skal skje med personopplysningene da: sletting, anonymisering eller videre lagring
- At du behandler opplysningene om dine deltagere basert på deres samtykke
- At utvalget ditt har rett til innsyn, retting, sletting, begrensning og dataportabilitet (kopi)
- At utvalget ditt har rett til å klage til Datatilsynet
- Kontaktopplysninger til prosjektleder (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til institusjonens personvernombud

Ta gjerne en titt på våre nettsider og vår mal for informasjonsskriv for hjelp til formuleringer:

http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/informasjon_samtykke/informere_om.html

Når du har oppdatert informasjonsskrivet med alle punktene over laster du det opp i meldeskjemaet og trykker på «Bekreft innsending» på siden «Send inn» i meldeskjemaet.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.6.2020.

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).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet, må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

NSD SIN VURDERING

NSDs vurdering av lovlig grunnlag, personvernprinsipper og de registrertes rettigheter følger under, men forutsetter at vilkårene nevnt over følges.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Forutsatt at vilkårene følges, er det NSD sin vurdering 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

Forutsatt at vilkårene følges, vurderer NSD 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) og dataportabilitet (art. 20).

Forutsatt at informasjonen oppfyller kravene i vilkårene nevnt over, vurderer NSD 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.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raa
Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)