

Vårdledarens upplevelser av att leda digitaliseringsprocesser

– en kvalitativ studie

Jennie Eklund

Magisteravhandling i Vårdvetenskap

Handledare: Linda Nyholm

Fakulteten för pedagogik och

välfärdsstudier

Åbo Akademi

2022

1 Inledning	1
1.1 Bakgrund - Digitalisering och digitala redskap	2
2 Tidigare forskning	4
2.1 Implementering av digitala innovationer	4
2.2 Ledarskapet under en förändringsprocess	5
2.3 Vårdledarens erfarenhet av digitalisering	6
3 Teoretiska utgångspunkter och centrala begrepp	8
3.1 Digitalisering inom hälso- och sjukvård	8
3.2 Förändringsledarskap	9
3.2.1 Förändringsmodell	9
3.3 Implementering	11
3.3.1 Modell för att lyckas med implementering av digitala innovationer	13
4 Syfte och frågeställning	16
5 Beskrivning av forskningsprocessen	17
5.1 Design och kontext	17
5.2 Urval och deltagare	17
5.3 Datainsamling och material	18
5.4 Analys av data	19
5.5 Bearbetning av data	20
6 Etiska frågeställningar	22
7 Resultat	23
7.1 Kommunikation	24
7.1.1 Vårdledaren bär ett ansvar att förmedla information	24
7.1.2 Medarbetarnas bristande tillit gällande tillgången till information	24
7.1.3 Digital kommunikation medför både fördelar och nackdelar	25
7.1.4 Behovet av en fortlöpande dialog under implementeringen	26
7.2 Tid	26
7.2.1 Vikten av att reservera tillräckligt med tid	27
7.2.2 Vårdledare skapar förutsättningar för att lyckas med digitaliseringsprocessen	27
7.2.3 Svårigheter att skilja på arbete och fritid	28
7.3 Lärande	28
7.3.1 Vårdledaren skapar förutsättningar för lärandet	28
7.3.2 Vikten av en välplanerad och relevant utbildning och handledning	29
7.3.3 Generationsskillnader inverkar på lärandet	29
7.4 Delaktighet	30
7.4.1 Vårdledaren skapar förutsättningar för delaktighet	30
7.4.2 Brist på delaktighet skapar trötthet och frustration hos medarbetarna	31

7.4.3 Medarbetarnas upplevelse av delaktighet gynnas genom återkommande reflektion och respons	31
7.4.4 Samhörighet försvåras vid användande av digitala verktyg	31
7.5 Sammanfattning av resultat	32
8 Diskussion	34
8.1 Diskussion om studiens resultat	34
8.2 Vårdledarens upplevelser av en fortlöpande kommunikation under implementeringen av digitala innovationer	35
8.3 Vårdledarens upplevelser av tillräckligt med tid under implementeringen av digitala innovationer	37
8.4 Vårdledaren skapar förutsättningar för lärandet i implementeringen av digitala innovationer	38
8.5 Vårdledarna skapar förutsättningar för delaktighet under implementeringen av digitala innovationer	40
9 Metodologiska överväganden	43
9.1 Kritisk granskning	43
9.2 Kritisk granskning av studiens metod	44
10 Slutsatser	46
Referenser	47

Förord

När jag valde ämnet för mitt arbete funderade jag en hel del på vad som är aktuellt i min egen arbetsmiljö och vad jag och mina medarbetare i praktiken har berörts av under de senaste åren. Jag bestämde mig ganska snabbt för att fokusera på de förändringar digitaliseringen har fört med sig, dels på grund av coronaviruspandemin. Jag valde att fokusera på utmaningarna med distansjobb, nya digitala verktyg och system, men också att beakta de möjligheter som allt nytt har fört med sig. Jag upplevde det som intressant att analysera hur utbildningen för de nya verktygen har ordnats och hur de har tagits emot inom arbetsgemenskapen, hos både yngre och äldre medarbetare.

Min tidtabell för arbetet har förlängts några gånger, och därför är jag nu nöjd över att få skriva detta förord.

Ett stort tack till Linda Nyholm, som har fungerat som min handledare och motiverat och väglett mig i forskningsprocessen. Din handledning och kunskap har varit till stor hjälp.

Helsingfors augusti 2022

Jennie Eklund

ÅBO AKADEMI – FAKULTETEN FÖR PEDAGOGIK OCH VÄLFÄRDSSTUDIER

Abstrakt för avhandling pro gradu

Ämne: Vårdvetenskap	
Författare: Jennie Eklund	
Arbetets titel: Vårdledarens upplevelser av att leda digitaliseringsprocesser	
Handledare: Linda Nyholm	
<p>Abstrakt:</p> <p>Organisationen och ledningen planerar och strukturerar en förändring medan vårdledarna och vårdpersonalen som ska implementera förändringarna samtidigt som de ska utföra en god omsorg och vård för sina patienter. Syftet med denna studie är att göra en undersökning i en hälso- och sjukvårdsorganisation och en fördjupning i mellanledarens upplevelser av att leda en digitaliseringsprocess och implementeringen av digitala innovationer.</p> <p>Metoden för studien var individuella intervjuer med semistrukturerade frågor. Materialet analyserades med induktiv inriktning enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2004).</p> <p>Resultatet delades in i fyra huvudkategorier och fjorton underkategorier som svarade på studiens frågeställning; <i>Vilka erfarenheter har vårdledaren av att leda digitaliseringsprocesser?</i></p> <p>Studiens resultat påvisade att flera vårdledare i undersökningen ansåg att de bör ha en helhetsuppfattning av implementeringen och veta vad är målsättningen och syftet med digitala innovationer. Många av vårdledarna i undersökningen ansåg att det är vårdledarens ansvar att förmedla den nödvändiga informationen till medarbetarna, att de har tillgång till bra arbetsverktyg och att de får den handledning de behöver för att ska kunna använda nya digitala verktyg på arbetsplatsen.</p>	
Nyckelord: Förändringsledarskap, digitalisering, innovationer, implementeringsprocesser, digitaliseringsprocesser, vårdledare, ledarskap.	
Datum: 15.08.2022	Sidantal: 48

ÅBO AKADEMI – FACULTY OF EDUCATION AND WELFARE STUDIES

Abstract for Master's thesis

Subject: Caring Science	
Author: Jennie Eklund	
Title: Care managers' experiences of leading digitization processes	
Supervisor: Linda Nyholm	
<p>Abstract:</p> <p>The organization and the management plans and structure a change, but the healthcare managers and the healthcare professionals are the ones who implement the changes, while at the same time they provide good care and treatment for their patients. The aim of this study is to conduct an investigation in a healthcare organization and to take an in-depth look at the healthcare manager's experiences of leading the digitization and the implementation of new digital innovations.</p> <p>The method of study was individual interviews with semi-structured questions. The material was analyzed with an inductive approach according to Hällgren Graneheim and Lundman (2004).</p> <p>The results were divided into four main categories and fourteen subcategories that answered the study's question; <i>What experiences does the healthcare manager have in leading digitization processes?</i></p> <p>The results of the study showed that several healthcare managers in the survey believed that they should have a comprehensive understanding of the implementation and know what the objective and purpose of the digital innovations are. Many of the healthcare managers in the survey felt that it is the healthcare manager's responsibility to provide the employees with the necessary information and supply them with the essential work tools. The managers also wished that they are provided with the guidance needed to be able to use the new digital tools in the workplace.</p>	
Keywords: Change leadership, digitization, innovations, implementation processes, digitization processes, care managers, leadership.	
Date: 15.08.2022	Pages: 48

1 Inledning

Hälso- och sjukvårdsorganisationerna står inför påtagliga förändringar och utmaningar i och med digitaliseringen inom hälso- och sjukvården. Digitaliseringen och alla tekniska innovationer ställer allt högre krav i arbetslivet på både personal och ledarskap, det är till fördel att vara uppdaterad med nya digitala plattformar och verktyg. I och med coronaviruspandemin har digitaliseringen påskyndats och tekniken har fått en helt annan betydelse i samhället. Distansarbete, distansundervisning, digitala vårdtjänster, digital kommunikation, digital tillgänglighet och digital information har blivit en allt större del av människornas vardag efter utbrottet av coronaviruspandemin.

De senaste 30 åren har den digitala tekniken förändrat många olika arbetsplatser på ett dramatiskt sätt. Användandet av datorsystem, robotar och smarta telefoner har påverkat hur det dagliga arbetet utförs och hur det organiseras. Gillqvist (2017) menar att i de flesta fall har digitaliseringen varit en positiv utveckling, till exempel för arbetsmiljön då tunga och enformiga arbetsuppgifter har tagits över av robotar. Digitaliseringen innebär nya möjligheter att utföra arbetsuppgifterna med helt nya arbetssätt där nya system och processer ska tillföra både tidsbesparing, bättre kvalitet och effektivitet. Men när allt fler sitter stilla framför datorer kan det bidra till ökad stress på olika sätt. Många upplever till exempel en ökad osäkerhet och stress när vissa arbetsuppgifter försvinner, datorer eller datorprogram inte fungerar som de ska eller när organisationsförändringar sker i snabb takt. Många upplever också stress när gränsen mellan arbetsliv och privatliv blir otydligare. De flesta yrkesarbetande har både dator och mobiltelefon uppkopplade till arbetsplatsen, vilket gör att det är lättare att ta med sig arbetet hem. I många fall leder det till att man arbetar mer, vilket i sin tur kan bidra till ökad arbetsbelastning, stress och utbrändhet. Hälso- och sjukvården måste bli mera innovativ och prioritera nyttan av digitaliseringens utveckling och digital tillgänglighet (Gillqvist 2017, s. 13–17).

Digitala system och verktyg har enligt Sandblad et al. (2018, s. 37) bidragit till att hälso- och sjukvården som verksamhet har förändrats i grunden genom digitaliseringen. Användningen av datorer har existerat redan en lång tid, men det är först under de senaste åren som förändringarna fått mera omfattande konsekvenser för vårdpersonalen. Det är organisationen och ledningen som planerar och strukturerar en förändring, men det är vårdledarna och

medarbetarna som ska implementera förändringen, samtidigt som de ska tillgodose sina patienter med god vård och omsorg. För vårdledarna är det utmanande med de omfattande förändringarna som digitaliseringen medför inom hälso- och sjukvården, till exempel att leda den så kallade tik-tok-generationen parallellt med den äldre generationen som är van att arbeta med papper och penna. Det är utmanande för vårdledare att leda alla medarbetare i organisationen då skillnaden i den digitala kompetensen bland medarbetarna kan vara stor.

1.1 Bakgrund - Digitalisering och digitala redskap

Digitaliseringen har av enligt Sandblad et al. (2018, s. 38) och Eskander och Pujari (2020, s. 3) påverkat vårdens verksamheter, såväl det tekniska, det vårdrelaterade och det administrativa, samtidigt som den har bidragit med mycket positivt inom hälso- och sjukvården. Mycket av det som görs inom vården idag hade inte varit möjligt utan omfattande datorstöd. Personal- och patientadministration, avancerade metoder för diagnos och behandling, bildbehandling, telemedicinska tillämpningar, hälsoundersökningar, kvalitetsregister och epidemiologiska studier är några exempel. Sandblad et al. (2018, s. 39) menar att all digitalisering också innebär helt nya förutsättningar för vårdpersonalens arbetsmiljö och arbetskompetens, och många inom vården talar om den ökade press och belastning som digitaliseringen medför.

Eskander och Pujari (2020, s. 5) vill uppmärksamma hur pandemins globala nödsituation har ökat vikten av utnyttjandet av digitala verktyg för att stödja folkhälsoprogram och vårdtjänster. Digitala hälsoplattformar är viktiga för att länka samman digitala verktyg och applikationer för att möjliggöra snabbare, effektivare och mera tillförlitlig information och för att främja tillgången till hälsoinformation.

Eskander och Pujari (2020, s. 10–12) har observerat att det under det senaste decenniet inom hälso- och sjukvårdssektorn skett en enorm ökning av användningen av digitala lösningar, tillämpningen av diverse digitala verktyg har ökat och nya former av digital information har införts. Digitala hälsosystem kan hjälpa till med att hantera och förbättra vårdkvaliteten i ett brett spektrum i olika delar av världen. Dessa system stöder viktiga folkhälsofunktioner såsom insamling av övervakningsdata vid sjukdomsutbrott och pandemier, uppföljning av statistik och befolkningens hälsodata för att underlätta resurs- och hälsovårdsplanering. Nya

digitala lösningar hjälper också sjukvårdspersonal att följa riktlinjerna för bästa vårdpraxis och kompetens för att kunna tillämpa god vårdkvalitet.

Gallon (2020) lyfter fram att användningen av digitala vårdtjänster ökade med upp till tusen procent några veckor efter utbrottet av coronaviruspandemin och antalet digitala verksamhetsprogram ökade betydligt. Självskattningstester och chattbotar lanserades snabbt och digitala verktyg infördes i hälso- och sjukvårdsorganisationer. Dessutom har digitala konsultationslösningar ökat inom hälso- och sjukvården i och med pandemin. På grund av pandemin har politikerna, beslutsfattarna, företagarna, cheferna, medarbetarna, hälsovårdspersonalen, patienterna och medborgarna tvingats tänka och agera annorlunda. Resultatet har blivit en digital explosion.

I alla EU-länder har de offentliga utgifterna för vård och omsorg ökat de senaste årtiondena. Kostnaderna väntas öka ytterligare, främst på grund av den åldrande befolkningen. Digitaliseringen kan ge kostnadseffektiva verktyg för att stödja övergången från sjukhusvård till en patientcentrerad och integrerad vård, samt öka tillgången till vård och bidra till vårdsystemens hållbarhet och flexibilitet (Europeiska kommissionen 2017).

2 Tidigare forskning

Litteratursökningen har gjorts manuellt och systematiskt på olika databaser som Cochrane Library, Ovid Nursing Collection, Academic Search Elite (EBSCO), Cinahl, och Pubmed. Litteratursökningen begränsade artiklarna till fulltextartiklar från åren 2015–2021. Två artiklar om ledarskap som är äldre än 2015 har tagits med i bakgrunden för att de ansågs väsentliga i sammanhanget. De 12 artiklarna som inkluderades i den tidigare forskningen var alla skrivna ur ett nordiskt perspektiv. Sökorden som användes vid sökningen av artiklar var “change process” “leadership” “organisational change” “workplace wellbeing” “nurse leader” “caring science” “health science” “management” “nursing” “ledarskap” ”förändringsprocesser” “vårdledare” “omvårdnad” “vårdvetenskap” “hälsovetenskap” “digital transformation” “innovation” “digitalization” “digitalisation” “healthcare improvement” “healthcare paperlessness” “medical technology” “sustainability” “green development”.

Nedan presenteras den tidigare forskningen som tagits med i studien.

2.1 Implementering av digitala innovationer

Konttila et al. (2019) och Gjellebaek et al. (2020) menar att en lyckad implementering av nya digitala verktyg kräver organisatoriskt och kollegialt stöd, vilket innebär att det är viktigt för hälso- och sjukvårdsorganisationerna att vara uppmärksamma på arbetsplatsens sociala miljö, samt att skapa en positiv atmosfär på arbetsplatsen. Enligt Kujala et al. (2019) görs digitala implementeringar och förändringsprocesser i komplexa organisationer, vilket kräver en tydlig vision över alla nivåer inom organisationen. Kujala et al. (2019) menar att vårdledaren ska kommunicera och tydliggöra fördelarna med förändringen och implementeringen i organisationen. Carlsson, Wadensten (2017), Stadin et al. (2020) och Kujala et al. (2019) säger att ledningen och medarbetarna har en avgörande roll i implementeringen av innovationer. En framgångsrik implementering innebär av att medarbetarna känner sig engagerade och delaktiga. Medarbetarna upplever implementeringen som lyckad, värdefull och framför allt användbar då de är inkluderade i själva genomförandet av implementeringen. Konttila et al. (2019) påvisade att digitaliseringen kan förbättra vårdrelationen till patienten medan implementeringsprocessen kan få vårdledarna att känna sig osäkra, stressade och rädda för att förlora sin praktiska kunskap. Konttila et al. (2019) anser i sin studie att vårdledare behöver regelbunden utbildning och stöd i och med digitaliseringen. Socialt

inflytande, kommunikation och en tydlig vision har enligt Konttila et al. (2019) och Kujala et al. (2019) betydelse för hur implementeringen av ny teknologi introduceras på arbetsplatsen. Information och utbildning av ny teknologi har betydelse för inspirationen och motivationen i implementeringsprocessen.

2.2 Ledarskapet under en förändringsprocess

Enligt Salmela (2011) innefattar ledarskapet alltid ett förändringsarbete och för vårdledaren innebär det en pågående utveckling av det dagliga vårdarbetet. Förändringsledare är beroende av sin vårdpersonal för att lyckas genomföra en hållbar förändring. Enligt Salmela (2011), Kaltiainen (2018), Keisu et al. (2018) och Strömberg et al. (2019) har ledarskapet en stor betydelse för en positiv arbetsmiljö. På en hälsosam arbetsplats får medarbetarna respons och stöd av sin ledare. En bra ledare ska få medarbetarna att känna sig delaktiga i arbetsgemenskapen. Enligt undersökningen av Konttila et al. (2019) och Kaltiainen (2018) har genomförandet av en förändring stor inverkan på medarbetares dagliga liv. Att fokusera på de positiva faktorerna i arbetsgemenskapen och stödja medarbetarna i förändringsprocessen kan göra det lättare att genomföra en förändring på arbetsplatsen. Konttila et al. (2019), Kaltiainen (2018) och Salmela (2011) menar att en bra ledare ska ge emotionellt stöd och uppmuntra medarbetare att arbeta med förändringen samt belysa de positiva faktorerna i en förändringsprocess som kan hjälpa medarbetarna att känna ett positivt tillstånd och en mening med sin arbetsuppgift i en krävande arbetssituation. Gjellebaek et al. (2020) anser att man som mellanledare i en vårdorganisation kan göra medarbetarna delaktiga i förändringsprocessen genom att fungera som en kommunikationslänk mellan medarbetarna och ledningen. Med kommunikation finns det enligt Kaltiainen (2018) och Erlingsdottir et al. (2018) ett rättvist ledarskap som innebär att medarbetarna har förtroende för sin ledare och för sin organisation. Förändringar på arbetsplatsen prövar förtroendet som medarbetarna känner för ledaren och organisationen. Medarbetarna behöver verktyg och stöd för att arbeta i en stressig miljö som implementeringsprocessen kan innebära. Positivt tänkande, optimism, hopp och effektivitet relaterar till högre arbetsengagemang på arbetsplatsen. Erlingsdotter et al. (2018) nämner också att ett rättvist ledarskap kännetecknas av rättvisa relationer mellan ledare och medarbetare, där båda parterna har en plikt att ta ansvar på arbetsplatsen.

Enligt Salmela (2011) hör delaktigheten ihop med att chefer och medarbetare upplever en känsla av sammanhang. Angelöw (2013, s. 149) och Cregård et al. (2018, s. 120) menar att det i det salutogena ledarskapet är ledarens huvudsakliga uppgift att göra sammanhanget

meningsfullt, begripligt och hanterbart för sina medarbetare. Ju bättre en ledare lyckas med det, desto mer kommer arbetsplatsvälbefinnandet att stärkas och verksamhetens resultat förbättras. Torp et al. (2014) menar att den salutogena processen, även kallad motivationsprocessen, resulterar i en positiv inverkan på välbefinnande, engagemang, prestation och produktivitet. Det salutogena ledarskapet fokuserar på individuella resurser och individuell kapacitet. Salmela (2011) lyfter fram att informationen, kommunikationen, samtalen och dialogen är betydelsefulla i en lyckad förändringsprocess.

2.3 Vårdledarens erfarenhet av digitalisering

Konttila et al. (2019) och Stadin et al. (2020) anser att vårdledarnas digitala kunskaper omfattar ett brett utbud av professionella färdigheter. Social interaktion och kommunikation är färdigheter som är till sin fördel för vårdledare i digital förändring. Stadin et al. (2020) påstår också att digitaliseringen orsakar stress och arbetsbelastning. Vårdledarna upplever att de tvingas vara tillgängliga utanför arbetstid, till exempel via mail, vilket upplevdes som stressande, frustrerande och att det framkallar negativa känslor som ilska och missförstånd hos vårdledare. Konttila et al. (2019), Öberg et al. (2017) och Gjellebaek et al. (2020). menar att förändringar på arbetsplatsen som digitaliseringen och tekniska innovationer kan göra att vårdledare känner sig osäkra, vilket orsakar stress då de nya digitala verktygen ska implementeras. Negativa känslor som ångest och oro kan förekomma hos vårdledare. Stadin et al. (2020) säger att fast det förekom stress hos vårdledare i och med digitaliseringen så upplevde också vårdledare att de hade möjlighet att delegera en del uppgifter åt de som arbetade med administration, som att besvara mail eller göra digitala presentationer, något som vårdledare upplevde som positivt och hjälpsamt. Som jämförelse kan nämnas Strömberg et al. (2019) där vårdledare upplevde att det administrativa arbetet krävde för mycket tid och att ledarskapet och det dagliga rutinarbetet blev lidande. I undersökningen av Strömberg et al. (2019) upplevde vårdledarna att de hade ett stort ansvar i sin uppgift att leda under pågående förändringar på arbetsplatsen. Vårdledarna kände stor press och skyldighet att beakta såväl klientens tillfredsställelse som medarbetarnas arbetsplatsvälbefinnande och att hålla en finansiell balans på arbetsplatsen.

Den tidigare vetenskapliga forskningen visar att vårdledare har en nyckelroll vid implementeringen av digitala innovationer. Detta till trots finns det få vetenskapliga studier kring vårdledarnas upplevelser av digitalisering inom hälso- och sjukvården. Av de tolv artiklar som inkluderades i den tidigare forskningen beskriver Gjellebaek et al. (2020), Stadin

et al. (2020), Öberg et al. (2017), Konttila et al. (2019) och Strömberg et al. (2019) vårdledarens erfarenheter och utmaningar under en digitaliseringsprocess.

3 Teoretiska utgångspunkter och centrala begrepp

Centrala begrepp som ingår i avhandlingen är: *digitalisering, förändringsledarskap* och *implementering*.

3.1 Digitalisering inom hälso- och sjukvård

Enligt Erlingsdottir och Sandberg (2019, s. 15) innefattar begreppet ”digital hälsa” digitalisering inom områden som berör hälsa, välbefinnande, medicin och sjukvård. Öberg et al. (2017) och Erlingsdottir och Sandberg (2019, s. 16) menar att WHO definierar digital hälsa som användningen av informations- och kommunikationsteknik för hälsan. Begreppet täcker breda områden som att behandla patienter, stödja patientens egenhantering, forskning, utbildning, spårning av sjukdomar och ett kostnadseffektivt och säkert sätt att övervaka folkhälsan. Enligt Erlingsdottir och Sandberg (2019, s. 16) definierar Europeiska unionen digital hälsa och vård som en term som används för att hänvisa till verktyg och tjänster som använder informations- och kommunikationsteknologier. Digital hälsa och vård kan förbättra förebyggandet, diagnostiserandet, behandlingen, övervakningen och hanteringen av hälsa och livsstil. Digital hälsa och vård har potential att förbättra tillgången till vård, öka vårdkvaliteten och öka hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Enligt Erlingsdottir och Sandberg (2019, s. 19) ses digitaliseringen av beslutsfattare inom olika samhällsnivåer som ett verktyg och en möjlig lösning på befintliga och framtida utmaningar inom hälso- och sjukvården. På grund av en förändrad demografi med allt fler äldre och multisjuka, samt minskade resurser i samhället, önskar beslutsfattare att digitaliseringen och e-hälsa ska göra medborgarna mer delaktiga i sin vård. Med delaktighet menas att öka valfriheten och självservice och att ge medborgarna större tillgång till information om sin egen hälsa. Digitaliseringen betraktas som ett verktyg för att planera om och omstrukturera vårdens flöde, från slutenvård till hemsjukvård och primärvård, med ett ökat behov av kommunikation mellan olika vårdorganisationer. Erlingsdottir och Sandberg (2019, s. 22) menar att oavsett om man ser digitaliseringen som en problemlösare, förändringsvåg eller ett paradigmskifte så möjliggörs den av den tekniska utvecklingen i samhället. Den tekniska utvecklingen går snabbt. Specifika applikationer, system och innovationer riskerar därför att fort bli föråldrade. Digitalisering är ett globalt fenomen och

förväntningarna är högt ställda, inte minst på vad digitaliseringen ska åstadkomma i utvecklingsländer i termer av att behandla och bota sjukdom, tillgängliggöra vård och framför allt sprida kunskap.

3.2 Förändringsledarskap

Hofflander (2020, s. 76) menar att kunskap om hur människor generellt reagerar på förändringar och vikten av att involvera medarbetarna i organisationen hålls medvetna om vad som sker över tid genom en förändring, har betydelse för om en förändring kan anses lyckad (Kotter 1996). Ansvariga chefer och ledare på olika nivåer i en organisation behöver därför kunskap och stöd i en förändringsprocess. För att leda förändring behövs kunskapen om hur människor reagerar och agerar vid förändringar, eftersom det påverkar i vilken takt förändringar kan genomföras i organisationer.

Enligt Hofflander (2020, s. 77) kan hanteringen av en förändring minska förändringsmotståndet bland medarbetarna. Det har visat sig att dialogen mellan involverade parter är till fördel, och att en kommunikationsstrategi med fokus på mellanmänskliga aspekter därmed bör tas fram. Kommunikation via direkta dialoger kan mildra eventuella motstånd mellan berörda parter i organisationen så att förändringen kan genomföras på ett framgångsrikt sätt. Det gäller för ledare att inte hålla tillbaka med tillgänglig information, utan beroende på situationen avslöja tillräckligt mycket om förändringen, oavsett om det är gynnsamt eller ogynnsamt för de berörda personerna.

3.2.1 Förändringsmodell

En vanlig modell som används för att leda förändring beskrevs av Kotter (1996). Modellen beskriver olika steg i en förändringsprocess som är nödvändiga för att genomföra en lyckad förändring. Innehållet i sig är inte helt olikt andra modeller om vad som krävs, men en märkbar skillnad finns. Kotter (1996) menar att om en förändring stannar upp så finns anledningen till detta i de föregående stegen. När en förändring stannar upp och inte framskrider, är svaret för att lyckas inte att gå vidare, utan i stället att gå tillbaka och justera i de föregående stegen. Därefter arbetar man framåt igen (Hofflander 2020, s. 81, Alvesson & Sveningsson 2007, s. 248–251).



Figur 1. John.P.Kotter 8-steps modell (Alvesson & Sveningsson 2007)

Kotters modell (1996) innefattar åtta steg. Steg 1, befäst en känsla av angelägenhet. I det första steget menar Kotter att man ska undersöka marknads- och konkurrensförhållanden och identifiera hot och möjligheter. Steg 2, skapa en koalition. I det andra steget vill Kotter att man skapar en grupp med förändringsmandat och att man får gruppen att arbeta som ett team. Steg 3, utveckla en vision och en strategi. I det tredje steget menar Kotter att man ska utveckla en vision som ska fungera som vägledning och med hjälp en strategi utvecklas möjligheter att uppnå visionen. Steg 4, kommunicera förändringsvisionen. Kotter anser att man ska utnyttja alla tillfällen att prata om visionen och strategin för förändringen. Det är viktigt att styrgruppen eller ledarna för förändringsprocessen är en förebild för de som förändringen omfattar. Steg 5, rensa bort hinder. Med det femte steget menar Kotter att man ska avskaffa alla hinder och förändra de system som är i vägen för förändringsvisionen. Kotter menar också att man ska uppmuntra till risktagande och våga pröva nya lösningar. Steg 6, säkra kortfristiga segrar. Det sjätte steget i Kotters modell innehåller planering för att kunna uppnå synliga framsteg så snabbt som möjligt och för att uppmärksamma och belöna de som åstadkommer snabba förändringar. Steg 7, konsolidera och fortsätta framåt. Det sjunde steget är att ta upp trovärdigheten i den snabba förändringen. Kotter vill också att man i den snabba förändringen belyser systemet och strukturen i förändringsarbetet och vad det är

som försvårar förändringen. Kotter vill att man rekryterar, befordrar och utvecklar människor som kan implementera förändringsvisionen. Vitalisera ett pågående förändringsarbete genom nya projekt, teman och förändringsstrukturer. Steg 8, förankra nya sätt att arbeta på och förändringar i organisationskulturen. I det sista steget menar Kotter att man uppnår bättre resultat genom ett kund- och produktiv-test orienterat agerande. Kotter menar att man ska sammanställa kopplingen mellan nytt beteende och organisationens framgång. Man ska utveckla medel att upprätthålla ledarskapsutvecklingen i organisationen (Alvesson & Sveningsson 2007, s. 248–251).

3.3 Implementering

Enligt Hofflander (2020, s. 87) inkluderas implementeringen av planeringsprocesser av en systematisk introduktion för personalen. Det strategiska målet med projektet inkluderas också, det vill säga att utnyttja en innovation som underlättar vardagen för personalen, likväl som det stärker hälso- och sjukvårdsorganisationen genom att förbättra flöden när eHälsolösningar används.

Själva implementeringsprocessen kan enligt Hofflander (2020, s. 87–88) ses som en femstegsprocess (Rogers 2003). Det första av de fem stegen innebär att introducera systemet för användarna i syftet att förse medarbetarna med relevant och användbar information, så att de kan bygga sin egen kunskap om hur den nya digitala lösningen ska fungera i arbetet. I nästa steg behöver medarbetarna bli övertygade om värdet av att använda det nya digitala verktyget vid vårdplaneringen. Detta kan bara uppnås om det i det första steget har skapats en grundlig bas för användarna att utveckla sin egen förståelse för potentialen av att använda systemet. I steg tre bestämmer sig medarbetarna för att prova det nya systemet, och om det fungerar bra påbörjas steg fyra, som innefattar implementering av den nya tekniken. I det femte och sista steget bestämmer medarbetarna sig för att fullt ut använda, eller inte använda det nya verktyget. Det femte steget kan också innebära fortsatt, eller avbrutet utvecklande av den nya tekniken eller arbetssättet. Det är först i steg fyra som själva implementeringen börjar. De föregående stegen handlar om förberedande processer som är viktiga för att implementeringen överhuvudtaget ska bli möjlig att genomföra. Hofflander presenterar (2020, s. 88) ett ramverk med olika faktorer som påverkar implementeringen inom hälso- och sjukvården som har tagits fram vid Linköpings universitet i Sverige. Ramverket är inspirerat

av en klassificering av förklaringsfaktorer som innefattar sex komponenter med underliggande beskrivningar. Det är en sammanställning av flera modeller och kan tolkas som ett sätt att samla och systematisera olika faktorer som påverkar implementeringsprocessen. Ramverket ger en förbättrad förståelse för att kunna analysera och förstå implementeringen av eHälsolösningar och om hur resultatet av processen kan bli.

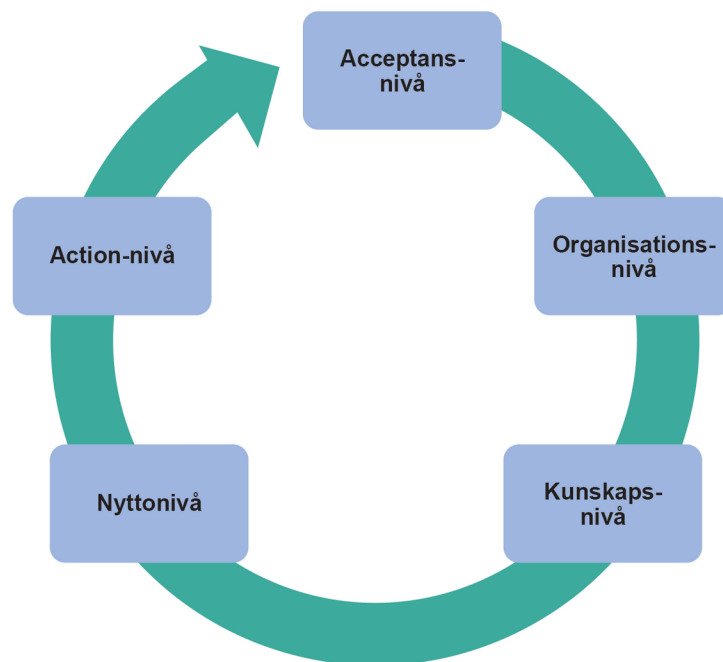
Komponent	Beskrivning
Implementeringsobjektet	Egenskaper hos implementeringsobjektet har betydelse för implementeringsprocessens utfall
Implementeringsaktiviteter	Denna komponent innefattar aktiviteter, t.ex. spridning av information till potentiella användare för att påverka implementeringsprocessens utfall
Implementeringsaktörer	Med denna komponent avses aktörer av betydelse för implementeringsprocessens utfall, t.ex. patienter, vårdgivare och beslutsfattare på olika nivåer
Användare	Egenskaper hos implementeringsobjektets potentiella och faktiska användare, som grupper av användare, t.ex. medarbetare som börjar arbeta med ett nytt digitalt verktyg
Inre kontext	Förhållanden och egenskaper inom verksamheten eller organisationen där implementeringen sker som har betydelse för implementeringens utfall
Yttre kontext	Förhållanden och egenskaper utom organisationen som påverkar implementeringsprocessen, t.ex. lagar, regler och sociala normer

Figur 2. Beskrivning av Ramberg med faktorer som påverkar implementering (Hofflander 2020:89)

Enligt Hofflander (2020, s. 90) har systematiseringen av kunskap i samband med implementeringen av nya arbetsrutiner inom hälso- och sjukvården blivit ett växande forskningsområde. Implementeringsforskningen har försökt definiera vissa övergripande faktorer som behövs för att lyckas en med implementeringsprocess. Inom hälso- och sjukvården har det forskats i hur viktiga dessa faktorer är då det handlar om en skiftande och komplex verksamhet som en hälsovårdsorganisation är, och som dessutom har flera olika aktörer involverade. Hälso- och sjukvården har också en hög förväntan på att aktuella eHälsolösningar omedelbart ska effektivisera vårdarbetet. Även om det lyfts fram att planering av den kommande implementeringen och tidsplanen är nödvändig tas detta sällan i beaktande, och det är en orsak till att tidspress sammankopplas med implementering av eHälsolösningar och digitala verktyg.

3.3.1 Modell för att lyckas med implementering av digitala innovationer

Det finns flera faktorer som påverkar utfallet när ny digital teknik ska implementeras inom hälso- och sjukvård. En modell för att lyfta upp vad som på många sätt är avgörande för att digitalisera hälso- och sjukvård presenteras av Hofflander och Nilsson "Hur svårt kan det vara" (2017). Modellen tar avstamp i forskning om faktorer som ur olika perspektiv visat sig samverka för att genomföra en lyckad digitalisering generellt. Modellen består av fyra faktorer som ger upphov till den femte och slutliga faktorn.



Figur 3 Implementation acceptance model (Hofflander 2020: 173)

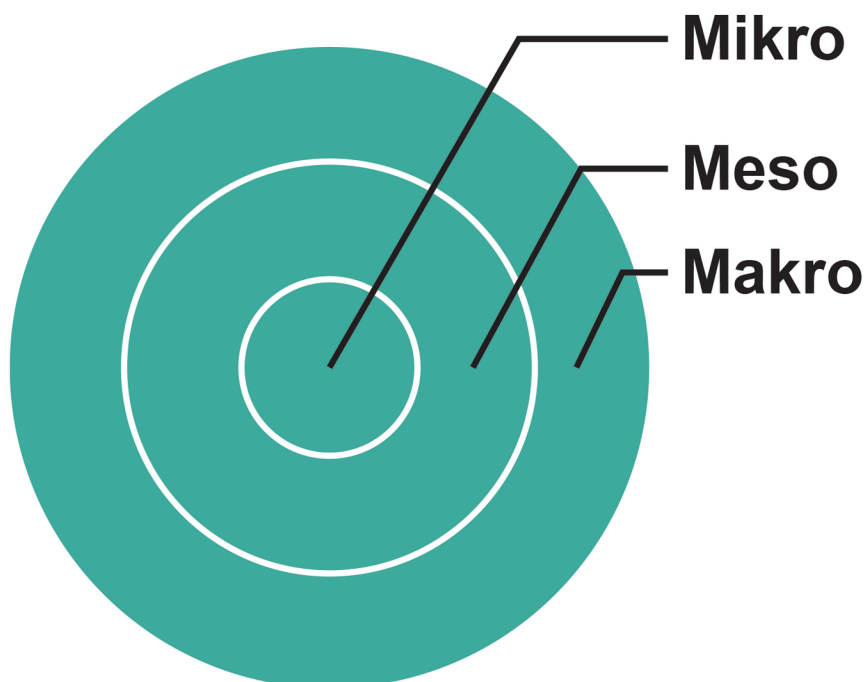
3.3.1.1 Acceptansnivå

För att en förändring slutligen ska bli accepterad handlar det om att skapa förståelse för den eHälsolösning som skall implementeras, förståelse av olika delar, som förståelse för vad som ska implementeras och varför det ska ske, hur implementeringen ska utföras och vilken roll respektive individ har i processen samt vilka konsekvenser som den nya digitala lösningen får för både individen och organisationen (Hofflander 2020, s. 174).

3.3.1.2 Organisationsnivå

Organisering sker på olika nivåer i en organisation, där begreppen mikro, meso och makro kan vara lämpliga att använda för att skapa medvetenhet om hur implementeringen av olika

eHälsolösningar påverkar flera led i organisationen (Hofflander 2020, s. 175). Mikronivån beskrivs som nivån närmast individen som används tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar nära individen. Det är på mikronivån som det direkta individvärdet skapas. Mesonivån beskrivs som den nivå som är mellan den lägsta nivån och den högsta. Mesonivån kan representera lite olika områden i en organisation, beroende på hur stor organisationen är. Längst upp finns makronivån som representerar den nivå som är högst upp i en organisation eller i ett samhälle. Varje nivå måste förstås utifrån de andra nivåerna och inte enbart utifrån den egna nivån. Hälso- och sjukvården består av flera nivåer som påverkar varandra och tillsammans bildar en komplex helhet eller ett system (Hofflander 2020, s. 175–176).



Figur 4 Organisationsnivåer (Hofflander 2020: 176)

3.3.1.3 Kunskapsnivå

Beslutsfattarna behöver hållas uppdaterade kunskapsmässigt för att klara av att fatta rätt typ av beslut angående de medel som behöver införas eller förändras inom hälso- och sjukvården. Kunskapen inom de organisationer som hanterar eHälsa kommer att behöva utveckla sina färdigheter inom vissa områden. Förändringskunskap är en faktor som bör beaktas som viktigt och direkt avgörande, eftersom digitaliseringen inom hälso- och sjukvården handlar om förändring. Förändringskunskap och vetande om förändringsprocesser specifikt kommer

att behövas på alla nivåer av organisationen, i olik utformning och med olika innehåll men med samma syfte: att förbereda alla medarbetare på en förändringsprocess som kommer att vara ständigt pågående (Hofflander 2020, s. 176).

3.3.1.4 Nytttonivå

För att driva en framgångsrik digitalisering inom hälso- och sjukvård är det viktigt att användare, medarbetare i organisationer och ledare på samhällsnivå inser nytta med eHälsa och digitalisering. Nyttan kan vid vissa förändringar enbart ses direkt i någon del av organisationen, och då kan ett genomförande av en förändring vara svår att förstå.

Kommunikationen i organisationen är viktig i en förändringsprocess. Om individer i organisationen förstår att nytta kan uppnås kommer förändringsmotståndet förmodligen inte att bli utbrett som när individer inte förstår nytta av en eHälsolösning. Det är viktigt att som individ träna upp förmågan att tänka i mikro-, meso- och makroperspektiv för att lättare kunna se nytta av en eHälsolösning och en förändring (Hofflander 2020, s. 177–178).

3.3.1.5 Action-nivå

Varje aktivitet som ska ske i samband med att en eHälsolösning implementeras ska ha en tydligt action-list som beskriver vad som ska utföras och vem som ska utföra aktiviteten. Det berör även all uppföljning i samband med en implementeringsprocess. Digitalisering är en krävande process som innebär målmedvetet och strukturerat arbete på såväl mikro-, meso- och makronivå. Alltför ofta fattas beslut i organisationer om att något ska implementeras utan att tillräcklig information förmedlas och utan att informera om vem som ska utföra implementeringen. På makronivån är det alltid en utsedd person som har ansvar för att aktiviteten äger rum. På mesonivån är det utsedda personer som ska ta ansvar för aktiviteterna och detsamma gäller på mikronivån, där ännu flera personer är involverade. Det är viktigt vid en implementering att hela personalen inom hälso- och sjukvårdsorganisationen är med i förändringsprocessen (Hofflander 2020, s. 78–179).

4 Syfte och frågeställning

Digitaliseringen och tekniska innovationer ställer allt högre krav i arbetslivet på både personalen och ledarskapet. Det är en förutsättning att hållas uppdaterad med nya digitala plattformar och verktyg. Syftet med denna studie är att göra en undersökning i en hälso- och sjukvårdsorganisation och en fördjupning i mellanledarens upplevelser av att leda digitaliseringen och implementeringen av digitala innovationer.

Frågeställning: *Vilka erfarenheter har vårdledaren av att leda digitaliseringsprocesser?*

5 Beskrivning av forskningsprocessen

Undersökningen är utförd som en kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer.

5.1 Design och kontext

Forskningsintervjuerna är gjorda i en hälso- och sjukvårdsorganisation där digitala implementeringar och förändringsprocesser pågår. Informanterna i studien var vårdledare som arbetar som mellanledare i organisationen. Mellanledaren är den vårdledare på avdelningen som befinner sig i en position mellan högre ledning och medarbetare. En mellanledare bör beakta både ledningen, medarbetarna och patienterna i sitt arbete. Ledarskap valdes som tema i studien eftersom det intresserar mig och för att mellanledarna har en viktig roll i den digitala implementeringsprocessen.

5.2 Urval och deltagare

Informanterna i studien var mellanledare i en vårdorganisation. Intervjuerna ordnades enskilt och informanterna var tio till antalet. Informanterna hade möjlighet att delta i undersökningen på distans. Efter att forskningslovets beviljats av etiska rådet enligt ansökan sändes ett mail angående rekryteringen till mellanledarnas förman vilket innehöll information om mig och syftet med studien. Förmannen skickade vidare informationen om studien samt mina kontaktuppgifter till alla mellanledare i organisationen, för att ge dem möjligheten att delta i undersökningen. Deltagandet i studien var frivilligt, något som nämndes i mailet. Till inklusionskriterierna hörde att informanterna är mellanledare och arbetar i en vårdorganisation, samt att de har erfarenhet av förändringsprocesser och digitala innovationer. Varken ålder, kön eller utbildningsnivå var inklusionskriterier men nämndes i bakgrundsinformationen.

Enligt Henricson och Billhult (2017, s. 115) är det i en kvalitativ studie oftast ett mindre antal informanter jämfört med i en kvantitativ studie. Det är viktigare att hitta färre personer med olika erfarenheter som kan ge rika beskrivningar av ämnet än ett stort antal som inte har samma erfarenheter. Informanterna väljs inte ut slumpmässigt utan de har alla erfarenhet av

det tema som är i fokus i studien, vilket är en förutsättning för att de ska kunna berätta om det med en så god variation som möjligt.

5.3 Datainsamling och material

Semistrukturerad intervju är enligt Danielson (2016, s. 145) en annan benämning för öppna frågor. Karakteristiskt för en semistrukturerad intervju är att frågorna formuleras enligt en viss struktur men att de inte behöver tas i samma ordning, utan intervjuaren anpassar sig till hur intervjun utformar sig. I alla intervjuer behövs en lugn miljö som skapar trygghet mellan intervjuaren och informanten. En bra atmosfär skapar förutsättningar för att intervjun ska bli innehållsrik och djupgående i förhållande till syftet med studien. Informanterna anonymiseras i samband med att intervjuerna transkriberas (jfr. Trost 2010 s. 61). Transkriberingen krävde att jag lyssnade på materialet flera gånger, speciellt vissa delar som var svåra att uppfatta eller otydliga. Jag valde att skriva ner texten på finska och sedan översätta texten till svenska efter att ha lyssnat igenom alla intervjuer. Intervjuerna var mellan 18 och 56 minuter långa med en medellängd på 37 minuter. Transkriptionerna blev totalt 82 sidor och intervjuerna varierade mellan 6 och 15 sidor. Alla intervjuer gjordes på distans via ett verktyg för distansmöten. Respondenterna var alla kvinnor i åldern 37–65 år som arbetar som mellanledare i en hälso- och sjukvårdsorganisation. Arbetserfarenheten som vårdledare varierade från tre till tjugofem år.

Kvalitativ forskningsintervju lämpar sig bra som metod i detta sammanhang, då den enligt Trost (2010, s. 25) består av enkla och raka frågor som får komplexa och innehållsrika svar som sedan ska tolkas och studeras noggrant. Såväl kvalitativ och kvantitativ undersökning har sina fördelar, det gäller att avgöra vilken metod som passar för syftet och undersökningen. I den kvalitativa metoden är det, enligt Backman (2016, s. 65), inte mängden som avgör utan innehållet i undersökningen. Den kvalitativa studien har som mål att hitta nya beskrivningar och tolkningar av olika aspekter. Den kvalitativa forskningen arbetar med ord, inte med siffror.

5.4 Analys av data

Insamlingsmetoden i studien är en kvalitativ forskningsintervju och det insamlade datamaterialet analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys med induktiv inriktning enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2004). Induktiv innehållsanalys utgår, enligt Hällgren Graneheim och Lundman (2004) och Danielson (2016, s. 290), från innehållet i texten. Enligt Hällgren Graneheim och Lundman, (2004) och Danielsson (2016, s. 287) är skapandet av kategorier kärnfunktionen i en kvalitativ innehållsanalys. En kategori är en grupp av innehåll som delar en gemensamhet. Inga uppgifter relaterade till syftet bör uteslutas på grund av brist på en lämplig kategori. En kategori svarar på frågan ”vad” och kan identifieras som en tråd i koderna. En kod kan tilldelas till exempel enkla objekt, händelser och andra fenomen och bör förstås i relation till kontexten. Danielsson (2016, s. 287) beskriver ett tema som svarar på frågan ”hur” och innebär en beskrivning av innehållet. Temat binder ihop grupper av kategorier som bildar subteman som överensstämmer med varandra och skapar en bredare tolkning av materialet. Lundman och Hällgren Graneheim (2008, s. 161) menar att fokus vid kvalitativ metod är att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i det insamlade materialet.

Jag analyserade intervjuerna och genomförde en så kallad meningskoncentrering för att få kategorier och teman för att kunna gå vidare i redovisningen av det insamlade materialet. Kvale och Brinkmann (2009) och Lundman, Hällgren Graneheim (2008) menar att meningskoncentrering innebär att man drar samman intervjupersonens yttrande till kortare formuleringar. Långa uttalanden pressas samman i kortare, där huvudinnebörden av det som sagts formuleras om i några få ord. Kvale och Brinkman (2009) menar att analysen av en intervju omfattar fem steg. Först läser forskaren igenom hela intervjun för att få en känsla av helheten. Sedan fastställer man de naturliga meningsenheterna i texten som de uttryckts av intervjupersonerna. Därefter formuleras det tema som dominerar en naturlig meningsenhet så enkelt som möjligt och tematiserar uttalanden ur intervjupersonens synvinkel. Det fjärde steget består av att ställa frågor om meningsenheterna utifrån undersökningens syfte. I det femte steget knyts hela intervjuns centrala, icke överflödiga teman samman i en text. I en sådan form av meningskoncentrering kan man analysera omfattande och ofta komplexa intervjuer genom att leta efter naturliga meningsenheter och utveckla deras huvudteman. Dessa teman kan sedan göras till föremål för mer omfattande tolkningar och teoretiska

analyser (Kvale & Brinkman 2009, s. 221–223 och Lundman, Hällgren Graneheim 2008, s. 163).

5.5 Bearbetning av data

För att bearbeta och analysera datan görs inledningsvis en transkription av intervjuerna. Enligt (Danielson 2016, s.152) börjar analysen av det insamlade materialet i samband med utskriften (transkribering) av varje intervju. Genom att skriva och lyssna samtidigt ger det en upprepning av intervjusituationen. (Patel och Davidsson 2019, s. 150) menar att man gör en kvalitativ bearbetning då man arbetar med ett textmaterial, till exempel då man genomför intervjuer och ska bearbeta den utskrivna texten. Ofta är textmaterialet omfattande och ett begränsat antal intervjuer ger ett stort textmaterial som ska skrivas ut. Detta gör att kvalitativa undersökningar är tids- och arbetskrävande. Intervjufrågorna hade som mening att likvärdigt kunna återspegla informanternas upplevelser av att leda digitaliseringen och implementeringen av innovationer på arbetsplatsen.

Metoden ”meningskategorisering” beskrivs enligt Olsson och Sörensson (2011) som en metod för att sammanställa lämpliga kategorier för de olika uttalandena som framkommer i analysen. Det är viktigt att vara medveten om att det alltid är fråga om tolkningar som man som skribent gjort, utgående från informanternas uttalanden. I och med den egna medvetenheten behöver man vara kritisk till sig själv så att man inte tolkar resultatet ur ett annat perspektiv än informanten haft då de blivit intervjuade. Analysens syfte är också att plocka fram väsentliga uttalanden och gallra bort mindre väsentliga uttalanden (Ohlsson och Sörenssen 2011, s. 67–69).

På basen av den transkriberade texten sammanställdes fyra kategorier och fjorton underkategorier. I processen användes inget transkriberingsprogram utan varje intervju sattes in en för en i ett sorterbart kalkylark som oformaterad text. Därefter bearbetades texten genom att upprepade gånger lyssna igenom materialet och skriva materialet i kortare stycken för att få en djupare förståelse och få texten mera redig. Den bearbetade texten delades in i kolumner för att lättare kunna plocka ut meningsenheter som besvarar studiens syfte. Meningsenheterna koncentrerades sedan genom att plocka bort utfyllnadsord och text som inte var lämplig med tanke på studiens syfte och frågeställningar. Från det koncentrerade

materialet plockades koder ut. Efter att alla tio intervjuer hade analyserats och bearbetats samlades fyra kategorier och fjorton underkategorier från materialet. Intervjuerna lyssnades på flera gånger under arbetets gång för att få en sammanhängande förståelse av materialet. Det är nämnvärt att tillägga att arbetet gjordes under flera månaders tid och medan processen mognade fick jag en omfattande insikt i materialet. Fokus vid kvalitativ analys och bearbetning är enligt Lundman, Hällgren Graneheim (2008) att beskriva variationer genom att identifiera skillnader och likheter i textinnehållet. Skillnader och likheter uttrycks i kategorier och teman på olika nivåer. Vid skapande av kategorier och teman har kontexten betydelse (Lundman, Hällgren Graneheim 2008, s. 162).

Resultatet skrevs ut med stöd av kategorierna och underkategorierna och med citat ur materialet för att få ett bredare perspektiv i vårdledarnas upplevelser.

6 Etiska frågeställningar

Studien håller god vetenskaplig praxis och visar på en omsorgsfullhet och noggrannhet i dokumenteringen och presentationen av forskningsresultaten som beskrivs av den forskningsetiska delegationen (2019). Studien är förenlig med kriterierna för en vetenskaplig forskning, och den kommer att vara etiskt hållbar. Forskningen tar hänsyn till andra forskares arbete och resultat, och hänvisar till deras publikationer på ett korrekt sätt så att deras arbete respekteras. Forskningsarbetet har planerats, genomförts och rapporterats på ett vetenskapligt sätt. Under hela studiens gång ansågs det viktigt att följa en noggrann dokumentering. Kriterierna för vetenskaplig forskning av dataansaffnings-, -undersöknings och bedömningsmetoder följdes för att säkerhetsställa att bibehålla undersökningens etiska hållbarhet. Litteratursökningen för studien gjordes endast i vetenskapligt ackrediterade databaser för att säkerhetsställa tillförlitligheten. Forskningslovets beviljades den 29 april 2021 från Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikts etiska råd. Intervjupersonerna var medvetna om sin rätt att när som helst avbryta sin medverkan. Innan forskningsintervjun inleddes uppfördes ett avtal om samtliga parter rättigheter, upphovsrättsliga principer, ansvar och skyldigheter och om förvaringen och rätten att använda material på ett sätt som alla parter godkänner. Det insamlade materialet lagrades på ett sätt som kraven på vetenskapliga fakta förutsätter. Intervjuerna spelades in och lagrades endast lokalt på en inspelningsenhet, materialet lagrades inte i någon molntjänst. Efter att intervjumaterialet hade transkriberats raderades innehållet från inspelningsenheten. I forskningen förekommer inte fabricering eller presentationer av påhittade observationer. Studien har inte plagierats eller förfalskats. Det har inte förekommit manipulering av urval eller forskningsresultat. Resultat eller fakta som är väsentliga för att förstå slutresultatet har inte utelämnats. Det har inte förekommit stöld eller försummelse i studien. Med försummelse menas att avvika från vetenskaplig eller forskningspraxis som tyder på grov vårdslöshet i utförandet av forskningen såsom bristfälliga hänvisningar, missvisande forskningsresultat eller att vilseleda vetenskapssamfundet i frågor gällande den egen studien (Forskningsetiska delegationen 2019, TENK).

7 Resultat

Syftet med studien var att undersöka vårdledares upplevelser att leda digitalisering och implementering av digitala innovationer. I detta kapitel presenteras resultatet från studien. Resultatet från undersökningen analyserades och delades in i fyra kategorier och fjorton underkategorier som lyfter fram deltagarnas upplevelser av att leda digitala innovationer på arbetsplatsen. I resultatet används beskrivande citat för att göra det klart och tydligt för läsaren. Tabell 1 beskriver studiens kategorier och underkategorier.

Tabell 1.

Kategori	Underkategori
Kommunikation	<i>Vårdledaren bär ett ansvar att kommunicera information</i> <i>Medarbetarnas bristande tillit gällande tillgången till information</i> <i>Digital kommunikation medför både fördelar och nackdelar</i> <i>Behovet av en fortlöpande dialog under implementeringen</i>
Tid	<i>Vikten av att reservera tillräckligt med tid</i> <i>Vårdledare skapar förutsättningar för att lyckas med digitaliseringsprocessen</i> <i>Svårigheter att skilja på arbete och fritid</i>
Lärande	<i>Vårdledaren skapar förutsättningar för lärandet</i> <i>Vikten av välplanerad och relevant utbildning och handledning</i> <i>Generationsskillnader inverkar på lärandet</i>
Delaktighet	<i>Vårdledaren skapar förutsättningar för delaktighet</i> <i>Brist på delaktighet skapar trötthet och frustration hos medarbetarna</i> <i>Medarbetarnas upplevelse av delaktighet gynnas genom återkommande reflektion och respons</i> <i>Samhörighet försvåras vid användande av digitala verktyg</i>

7.1 Kommunikation

Kategorin kommunikation skapade följande underkategorier ”*Vårdarens bär ett ansvar att kommunicera information*”, ”*Medarbetarnas bristande tillit gällande tillgången till information*”, ”*Digital kommunikation medför både fördelar och nackdelar*” samt ”*Behovet av en fortlöpande dialog under implementeringen*”.

7.1.1 Vårdledaren bär ett ansvar att förmedla information

Deltagarna i undersökningen beskrev sin upplevelse av att leda implementering av digitala innovationer som att vårdledaren har ett ansvar i implementeringsprocessen. Informanterna i undersökningen beskrev att vårdledaren bör ha en helhetsuppfattning av processen och veta vad målsättningen och vad syftet med implementeringen innovationen är. Det är vårdledarens ansvar att se till att medarbetarna får information, de rätta arbetsverktygen och att de får den handledning de behöver för att kunna använda de nya digitala verktygen på arbetsplatsen. En informant beskrev ansvaret med att ”*som förman bör man se till att personalen kan använda verktygen och att man har fått tillräckligt med utbildning*” (Informant 5). En annan informant upplevde ansvar och kommunikation som ”*att det är viktigt att ordna tillräckligt med utbildning för personalen så att de vet hur de ska använda de nya digitala verktygen, det är också viktigt att informera personalen hurdant program som är på gång*” (Informant 7). En informant beskrev kommunikation som att man som vårdledare bör klara av att kommunicera genom att ”*ha en helhetsbild, veta målsättningarna och kunna förmedla och ta ett ansvar att varje medarbetare får den nya informationen*” (Informant 1).

Flera informanter poängterade att vårdledaren har en central roll vid implementeringen genom att kunna leda i processen och vägleda medarbetaren vid ibruktandet av digitala verktyg. En informant upplevde vägledning som att man ”*som förman råkar ut för medarbetarnas besvikelse och frustration då de kämpar med verktyg som inte fungerar*” (Informant 9).

7.1.2 Medarbetarnas bristande tillit gällande tillgången till information

Enligt informanterna i undersökningen fanns det en tveksamhet och osäkerhet bland medarbetarna gällande digitaliseringsprocessen och innovationerna på arbetsplatsen.

En del av informanterna var oroliga för patientsäkerheten, en informant upplevde ovisshet som *“teknisk överksamhet är inte patientsäker om inte tekniken fungerar som den ska”* (Informant 5). Medan en annan informant upplevde att viktig information uteblev, *“det nya programmet är inte lika tydligt och det är svårt att få ut information om patienten, det äldre programmet var tydligare. Är rädd att information går omärkt förbi”* (Informant 8). En informant menar att patientsäkerheten är hotad då dokumentationen sker på flera olika ställen och i akuta situationer kan det vara svårt att hitta väsentlig information, som informanten beskrev *“de skrivande, antecknande medarbetarna är färre och informationen är utspridd på så många olika ställen, det är svårare att få fram informationen”* (Informant 3). En informant i samma intervju beskrev å ena sidan att information uteblivit *“Saker som borde ha dokumenterats har inte blivit antecknade”* men upplevde också att det ryms bra med dokumentation i det nya digitala verktyget och dokumentation som inte tidigare uppmärksammat har tagits med i det nya programmet *“för många saker som inte tidigare har beaktats och dokumentationen är mera strukturerad”* (Informant 2).

En annan informant var orolig att information mellan diverse enheter inte löpte smidigt med det nya digitala verktyget. *“Att hitta och söka information mellan olika enheter är mycket svårt och utmanande, jag är rädd att information försvinner”* (Informant 10).

7.1.3 Digital kommunikation medför både fördelar och nackdelar

I undersökningen kom det fram att en av nackdelarna med att vårdmottagningar var tvungna att genomföras på distans i snabb takt i och med coronapandemin inte idealiskt. Deltagarna i undersökningen menar att det finns människor som är inte vana vid att använda digitala verktyg och för dem var speciellt ibruktagandet en svår utmaning. En informant beskrev det som att *“programmet var mycket osäkert i början, de yngre lärde sig naturligare och uppfattade programmet snabbare”* (Informant 4). Samma informant beskrev att flera medarbetare upplevde det som en nackdel att vårddyret inte kan ersätta direkt närvaro i vårdarbetet *“ett möte på distans med en patient kan inte kompensera verklig närvaro”* (Informant 4). Deltagarna upplevde att under pandemin har verktyg för distansmöten blivit ett arbetsredskap på arbetsplatsen då både möten och avdelnings timmar sköts via ett verktyg för distansmöten med alla yrkesgrupper närvarande. En informant beskrev det som *“Teams har blivit den kommunikationskanal vi använder på avdelningen”* (Informant 1).

Det ansågs i undersökningen att vara till fördel och att det underlättar för patienterna då de med hjälp av de nya digitala patientsystemen kan ta kontakt med vårdpersonalen under vilken

tid av dygnet de vill. Deltagarna i undersökningen upplevde att det kan vara riskabelt att patienterna inte har direkt kontakt med vårdpersonalen, utan kontakten sköts med diverse digitala patientsystem. Man oroade sig över att det kan förmedlas olika ordinationer trots att ordinationerna borde vara överensstämmande i de olika systemen. Deltagarna menade också att vårdarbetet kan också göras dubbelt om patienten tagit kontakt via olika patientsystem och systemen inte samarbetar med varandra. En informant beskrev det som att *“patienterna förväntar sig alltid ett snabbt svar”*. Samma informant upplevde också att det var en utmaning för patienterna att hitta rätt *“vi måste lita på att patienterna hittar informationen och att de klarar av att ta kontakt med oss”* (Informant 7). Det finns nackdelar då patientsystemet endast betjänar på finska och vi lever i ett flerspråkigt samhälle, som informanten uttryckte det *“många klienter är engelsktalande eller har annat modersmål än finska, det är en utmaning att få tjänsterna att betjäna klienter som inte har finska som första språk”* (Informant 7).

7.1.4 Behovet av en fortlöpande dialog under implementeringen

Vårdledaren förväntas ha en helhetsbild av implementeringsprocessen och kunna förmedla kunskapen till sina medarbetare. En informant beskrev förväntningen som att *“det fordras att jag har en helhetsbild, att jag håller vår enhet på fötter”* (Informant 1). En annan informant beskrev kommunikation som *“kommunikationen är en stor utmaning i digitala projekt”* (Informant 2). Implementeringen av innovationer på arbetsplatsen är en pågående process och det finns många utmaningar under processens gång. En informant beskrev utmaningen som att *“ibruktagandet och implementeringen går i vågor”* (Informant 1). Vårdledare i undersökningen beskrev att det är viktigt att hålla medarbetarna informerade under processens gång så att de inte tappar motivationen och helhetsbilden av implementeringen. Det är en utmaning att förmedla för medarbetarna och att få alla att förstå att digitaliseringen är en del av vårdarbetet. Som en informant beskrev *“det är viktigt att motivera varför det är viktigt”* (Informant 5).

7.2 Tid

Kategorin *tid* innefattar underkategorierna: *”Vikten av att reservera tillräckligt med tid”*, *”Vårdledare skapar förutsättningar medan ledningen planerar målsättningen och tidtabeller för medarbetarna för att lyckas med digitaliseringsprocessen”* samt *”Svårigheter att skilja*

på arbete och fritid”.

7.2.1 Vikten av att reservera tillräckligt med tid

Informanterna i undersökningen beskrev att medarbetarna förväntar sig att vårdledare är uppdaterade med de nya digitala verktygen. De upplevde också att medarbetarna förväntar sig att de får tillräckligt med utbildning och tid att sätta sig in i de nya digitala verktygen på avdelningen. En informant beskrev det som att *“det är självklart att människor förväntar sig att de får tillräckligt med tid för det nya programmet och de hinner bekanta sig med det”* (Informant 6). En annan informant beskrev det som att *“ledningen har gett tid och stöd, jag upplevde att vi blev hörda, vi har inte tvingats till något”* (Informant 10).

En informant beskrev att det under implementeringen fanns *“en klar deadline, när det ordnas utbildning och när saker tas i bruk, det var tydliga tidtabeller”* (Informant 8).

Digitaliseringen sparar tid i vårdarbetet då alla inte behöver samlas för att vara på plats under möten. *“Vårdledare borde framför allt använda distansmötesteknik, det sparar tid och till exempel Teams är dagens juttu”* (Informant 10).

7.2.2 Vårdledare skapar förutsättningar för att lyckas med digitaliseringsprocessen

En informants upplevelser under digitaliseringsprocessen beskrevs som att *“personalens motivation är inte särskilt hög för att använda digitala verktyg, det tar tid innan människor förstår och det bromsar människors inlärning* (Informant 2). En informant beskrev det som att personalens attityd till innovationerna hängde ihop med hur personalen får stöd, utbildning och tid för nya digitala verktyg. *“Bra attityd då det var bra resurser och tid”* (Informant 10). För att innovationen ska lyckas är det viktigt att få tillräckligt med tid för ibruktandet och utbildningen av personalen. När programmet inte fungerar så kräver det resurser och tid av personalen, som en informant upplevde *“att det tar tid då vi måste reda ut saker och det fördröjer vårdkontakten”* (Informant 2).

Som närmaste förman har man ett ansvar att hålla diverse tidtabeller och få processen att framskrida, en informant beskrev det som att *“få projektet gjort hela vägen”* (Informant 7). Deltagarna i undersökningen upplevde att i större organisationer finns det tydliga målsättningar och tidtabeller som är planerade inom ledningsgruppen. De som arbetar med innovationen har inte möjlighet att delta i planeringen eller påverka tidtabeller och målsättningar i samband med implementeringen. Målsättningarna och tidtabellerna under

implementeringen av nya digitala verktyg sker inte på samma plats där aförändringsprocessen med innovationen sker (Informant 9). Informanten upplevde det som att *“målsättningen och tidtabellen kommer från någon annan (högre ledning) och vi har just ingen möjlighet att påverka vare sig tidtabeller eller målsättningar, det är en sådan sak som ofta stör medarbetarna och förmannen, den närmaste förmannen”* (Informant 9). Samma informant upplevde att ledningen nog erbjudit stöd i digitaliseringsprocessen. *“Någorlunda fick vi mera resurser, mera personal, vikarier så att vi kunde gå på utbildning”* (Informant 9).

7.2.3 Svårigheter att skilja på arbete och fritid

En informant upplevde att det i och med digitala distansmöten gav mera flexibilitet i arbetet då tiden för distansmöten kunde delas enligt hur det passar vårdledarens schema bäst. Som en informant beskrev *“jag kan välja vilken tid jag till exempel lyssnar på inspelade möten och utbildningstillfällen... men det kan också innebära att jag inte prioriterar tiden rätt och sen har jag plötsligt många möten och ogjord utbildning som samlas på hög”* (Informant 2). Vårdledarna upplevde också att det kan orsaka stress då det förväntas att man ska vara anträffbar på ett annat sätt än tidigare, också utanför arbetstid. Informanten beskrev det som att *“digitaliseringen underlättar och gör många saker möjliga, framför allt sparar det tid, men det orsakar också mera arbete och stress, att vara anträffbar på flera olika kanaler som Teams och lite här och där”* (Informant 6). En informant beskrev det som att *“en del av personalen upplever att till exempel Whatsapp-meddelanden kommer för nära in på privatlivet”*. I och med digitaliseringen överförs arbetet till det privata och arbetsgivaren är på sätt och vis närvarande också utanför arbetsplatsen (Informant 6).

7.3 Lärande

Kategorin *lärande* innehåller underkategorierna: *”Vårdledaren skapar förutsättningar för lärandet”*, *”Vikten av en välplanerad och relevant utbildning och handledning”* samt *”Generationsskillnader inverkar på lärandet”*.

7.3.1 Vårdledaren skapar förutsättningar för lärandet

Deltagarna i undersökningen menar att under implementeringen av nya digitala verktyg har förmannen en skyldighet att se att det finns tillräckligt med resurser och personal under utbildningen. En informant beskrev det som att under implementeringen *“krävs resurser för*

att kunna utbilda människor, för problemlösning och för rådgivning” (Informant 8).

Deltagarna i undersökningen menar att kommunikationen och samarbetet är viktigt i en välfungerande organisation. Deltagarna menar att en vårdledare bör skapa bra förutsättningar och motivera sina medarbetare att använda digitala verktyg på arbetsplatsen. Förutsättningar kan vara som en informant beskrev det *“bra stöd från ledningen, resurser och mänsklig tid så att det går bra igenom”* (Informant 10).

7.3.2 Vikten av en välplanerad och relevant utbildning och handledning

En informant upplevde att utbildningen innan ibruktagandet var förgäves. *“Före ibruktagandet var det onödigt att utbilda då ingen hade färdigheter av programmet ännu”* (Informant 10). Deltagarna önskade att ibruktagandet av digitala innovationer först skulle presenteras och förklaras mera ingående, samt att fördelarna med förändringen skulle redogöras för i grunden, som en informant beskrev att *“det var oklart vad som förväntades”* (Informant 10). Vid ibruktagandet av ett nytt digitalt verktyg hade man lagt upp orealistiska planer och reserverat mycket tid för utbildning men ändå förekom det oklarheter då verktyget togs i bruk på arbetsplatsen. Deltagarna upplevde att det tog lång tid att komma in i programmet. En informant beskrev det som att *“även om vi använt det i ett år så uppstår det nya saker, det gick inte som planerat första gången, vi har tvingats lösa nya saker då programmet tagits i bruk”* (Informant 8). En informant upplevde att målsättningarna varit tydliga och utbildningen inletts i god tid innan ett nytt verktyg togs i bruk, *“det har varit klara direktiv, mycket utbildning, och så vidare, först skolades ledarna och sen den övriga personalen”* (Informant 3). Samma informant upplevde dock att stödet i själva digitaliseringsprocessen varit bristfällig. *“Vi har nog skött det mesta själv, inte har vi sett de som höll i utbildningen”* (Informant 3). Deltagarna i undersökningen hade olika upplevelser av stödet från ledningen, en informant uppfattade det som att ledningen gett stöd i implementeringen. *“De har kört igenom denna process och gjort det möjligt att resurserna varit tillräckliga under införandet, deras intresse har varit att personalen är utbildade och kan använda dessa verktyg”* (Informant 6).

7.3.3 Generationsskillnader inverkar på lärandet

Deltagarna menade i undersökningen att det också finns en utmaning med medarbetarnas digitala kunnande med tanke på skillnaderna mellan olika generationer. En informant beskrev att kunnandet och attityden till innovationer går hand i hand, som informanten uttryckte det *“De yngre behärskar lättare och då är även deras attityd bra”* (Informant 1). En annan

informant upplevde att *“De yngre lär sig snabbare, men lyfter på hatten för de äldre i personalen, dom har lärt sig. Det har gått bra sist och slutligen”* (Informant 3). En informant beskrev generationsskillnader inom lärandet som att *“Yngre lär sig snabbare och det är naturligare för dem medan de äldre får kämpa med de tekniska kunskaperna”* (Informant 4). Deltagarna i undersökningen menade att utbildningen före ibrukttagandet var genomgående men att det fanns skillnader i medarbetarnas kunnande. Vissa av deltagarna upplevde innovationen som komplicerad medan andra upplevde den som enkel och tog del av utbildningen utan problem, som en informant beskrev *“Utbildningen var som en lek för vissa”* (Informant 2).

7.4 Delaktighet

Kategorin *delaktighet* innefattar underkategorierna *”Vårdledaren skapar förutsättningar för delaktighet”*, *”Brist på delaktighet skapar trötthet och frustration hos medarbetarna”*, *”Medarbetarnas upplevelse av delaktighet gynnas genom återkommande reflektion och respons”* samt *”Samhörighet försvåras vid användande av digitala verktyg”*.

7.4.1 Vårdledaren skapar förutsättningar för delaktighet

Under förändringar på arbetsplatsen är det viktigt att involvera medarbetarna för att undvika att de känner sig osäkra och defensivt inställda under förändringsprocessen. Det är till fördel för organisationen om medarbetarna kan vara delaktiga under förändringen. En vårdledare bör skapa bra förutsättningar och motivera sina medarbetare att ta i bruk och använda digitala verktyg på arbetsplatsen. Förutsättningar kan vara som en informant beskrev det *“bra stöd från ledningen och resurser och mänsklig tid så att det gick bra igenom”* (Informant 10). Deltagarna menar att ledningen har varit ett stöd under processen och att medarbetarna involverats. Man har också sett till att det finns tillräckligt med extra resurser under implementeringen. En informant beskrev hur ledningens agerande under processen som *“deras vilja har varit att personalen är delaktiga och får tillräcklig utbildning och kan använda verktyget”* (Informant 6). I och med innovationer och nya digitala verktyg uppstår det utmaningar och vårdledarens roll är att motivera och få alla att känna sig delaktiga i processen. Digitala verktyg hör till vårdarbetet och det är en förutsättning för organisationen att medarbetarna känner sig delaktiga i digitaliseringen. En informant beskrev det som att digitaliseringen är framtiden *“för de yngre är det en självklarhet men den äldre generationen*

upplever en osäkerhet, -kan jag nu det här?” (Informant 5). En informant beskrev delaktigheten vid förändringsprocesser som att det krävs *“kampanda, information och motivation i personalens riktning”* (Informant 4).

7.4.2 Brist på delaktighet skapar trötthet och frustration hos medarbetarna

En informant upplevde att förändringen på arbetsplatsen kunde kännas som en rädsla.

”Förändringsångest, varför måste saker förändras? Medarbetarna önskar bra information.

Det är svårt att få information i en tid då digitala verktyg förändras hela tiden” (Informant 9).

Samma informant beskrev att *“medarbetarna blir trötta av att det kommer nytt hela tiden”* (Informant 9).

Medan en annan informant upplevde bristen på delaktighet som att

“målsättningen och tidtabellen kommer från någon annan (högre ledning) och vi har nästan ingen möjlighet att påverka, det är en sak som ofta stör medarbetarna och förmannen”

(Informant 9). Deltagarna kände att de inte är delaktiga i projektplaneringen vid

innovationer. *“Det fanns en plan men vi var sällan med i framställandet av den”* (Informant 9).

9).

7.4.3 Medarbetarnas upplevelse av delaktighet gynnas genom återkommande reflektion och respons

Under och efter implementeringen är det bra med reflektion och respons för medarbetarna och organisationen. En informant beskrev reflektion som att det *“de var intresserade av vilka saker hade tagits upp, vad var motgångarna och vad hade de lyckats med”* (Informant 1).

Medarbetarna önskar respons på utbildningen eller en fortsättningskurs efter att den digitala innovationen har tagits i bruk på arbetsplatsen. En informant beskrev det som att *“det kunde ha varit feedback på utbildningen eller en fortsättningskurs på vad som är oklart”* (Informant 3).

Det är viktigt att hålla personalen uppdaterad med förändringar och uppdateringar för att de ska kunna ge förbättringsförslag och kunna vara delaktiga i hela processen.

7.4.4 Samhörighet försvåras vid användande av digitala verktyg

Eftersom förhållandet mellan den tid som upptas av möten och tiden som spenderas på

avdelningarna förändrades i och med coronapandemin förändrades kollegornas gemenskap och gemensamma aktiviteter till det sämre. Distansmöten och övrig distanskommunikation

fick en passiverande effekt på medarbetarna. Deltagarna i undersökningen upplevde att

medarbetarna ställer färre frågor och inte öppnar upp för diskussion lika naturligt när det sker

på distans. *“Det känns som att tröskeln är högre för vissa att få till stånd en ordentlig*

diskussion via Teams. Det skulle vara viktigt för medarbetarna att våga öppna för diskussion och att de kunde få uttrycka sina tankar och funderingar tillsammans under personalmöten”. (Informant 1).

7.5 Sammanfattning av resultat

Den kvalitativa forskningsintervjun resulterade i fyra huvudkategorier och fjorton underkategorier som svarade på studiens frågeställning; *Vilka erfarenheter har vårdledaren av att leda digitaliseringsprocesser?*



Figur 5. Vårdledarnas erfarenheter i en digitaliseringsprocess

I kategorin *kommunikation* beskrev flera av vårdledarna att de har ett ansvar och en roll vid implementeringen genom att vägleda sina medarbetare i processen vid ibrukttagandet av digitala verktyg och innovationer på arbetsplatsen. Flera vårdledare i undersökningen ansåg att de bör ha en helhetsuppfattning av implementeringen och att de bör känna till målsättningen och syftet med de digitala innovationerna. Många av vårdledarna i undersökningen tyckte att det är vårdledarens ansvar att tillgodose medarbetarna med den information de behöver, att de har bra arbetsverktyg och att de får den handledning de behöver för att kunna använda de nya digitala verktygen på arbetsplatsen.

I kategorin *tid* ansåg flera vårdledare i undersökningen att implementeringen av innovationerna på arbetsplatsen är en pågående process och att det finns stora utmaningar under processen gång. Vårdledarna i undersökningen upplevde att medarbetarna förväntar sig att de får tillräckligt med utbildning och tid för att lära sig hantera de nya digitala verktygen på avdelningen. I undersökningen kom det även fram att vårdledarna upplevde att medarbetarnas attityd till innovationer hängde ihop med hur de får stöd, utbildning och tid för de nya digitala verktygen. Flera vårdledare ansåg i undersökningen att det är viktigt att medarbetarna får tillräckligt med tid vid ibrukttagandet av det digitala verktyget för att innovationen ska lyckas. Vårdledarna i undersökningen menar att kommunikation och samarbete är viktigt i en välfungerande organisation också vid innovationer. En bra vårdledare bör skapa goda förutsättningar och motivera sina medarbetare att använda digitala verktyg på arbetsplatsen var något som flera av vårdledarna i undersökningen ansåg. Flera av vårdledarna i undersökningen menade att vid ibrukttagandet av nya digitala verktyg var organisationens målsättningar orimliga, och trots utbildning och förberedelser förekom oklarheter. Vårdledarna upplevde att det tog längre tid att komma i gång med de nya verktygen än planerat.

I kategorin *lärande* ansåg vårdledarna i undersökningen att det finns en utmaning med medarbetarnas digitala kunnande med tanke på skillnaderna mellan olika generationer. Vårdledarna i undersökningen menade att utbildningen före ibrukttagandet var grundlig men inte anpassat till medarbetarnas individuella kompetensnivå. Vissa av deltagarna upplevde utbildningen som komplicerad, medan upplevde den som lätt, och därför inte hade några problem varken vid utbildningstillfällena eller vid ibrukttagandet av verktyget. Vårdledarna i

undersökningen beskrev att det under implementeringen krävs tillräckliga resurser, möjlighet att utbilda medarbetarna, samt tid för problemlösning och handledning inom organisationen.

I kategorin *delaktighet* upplevde flera av vårdledarna att det är bra att involvera medarbetarna vid förändringar på arbetsplatsen, i stället för att göra dem osäkra och defensiva under implementeringen. Vårdledarna i undersökningen ansåg att det är till fördel för organisationen om medarbetarna kan vara delaktiga under förändringen av digitala innovationer. Vårdledarna i undersökningen upplevde att digitala verktyg hör till vårdarbetet och att det är till stor fördel för organisationen att alla har möjlighet att ta del av möjligheterna som digitaliseringen för med sig. Vårdledarna upplevde att medarbetarna önskar respons på utbildningen eller en fortsättningskurs efter att digitala innovationer har tagits i bruk på arbetsplatsen. Vårdledarna i undersökningen menar att det är viktigt att hålla personalen uppdaterad med förändringar, och att man ska ges möjligheten att ta del av senare uppdateringar i processen, för att kunna bidra med förbättringsförslag och för att känna sig delaktiga i processen.

8 Diskussion

I detta kapitel för jag en diskussion i förhållandet till det uppkomna resultatet och speglar det mot tidigare forskning, studiens teoretiska perspektiv och studiens resultat i syftet att belysa och besvara forskningsfrågan och därmed förstå och lyfta fram relevant kunskap. Målet med studien var att undersöka vårdledares upplevelser av att leda digitalisering och implementering av digitala innovationer.

8.1 Diskussion om studiens resultat

I forskningsresultaten definieras, som tidigare nämnts i kapitel 7, kommunikation, tid, lärande och delaktighet som viktiga hörnstenar i vårdledarnas upplevelser av att leda digitalisering och implementering av digitala innovationer.

Inom humanforskningen antas en studie enligt Kjellström (2016 s. 65) vara till nytta för tre olika aktörer: individen, samhället och professionen. Forskningsfrågan och syftet med studien kan leda till kunskap som är till nytta för samhället och professionen. I samhället kan studien

gynna samhällligt hållbar utveckling som gagnar framtida generationers hälsa och välbefinnande och framför allt professionen inom hälso- och sjukvården. Exempelvis kan studien leda till att vårdledare får bättre kunskap om hur de ska implementera och leda under en digitaliseringsprocess.

Jag har ett intresse för förändringsledarskap och implementeringsprocesser och avhandlingens syfte var att undersöka hur vårdledaren upplever innovationer och förändringsprocesser som digitaliseringen medför i en organisation.

8.2 Vårdledarens upplevelser av en fortlöpande kommunikation under implementeringen av digitala innovationer

Resultatet i undersökningen visade att för att lyckas med att leda en implementering av digitala innovationer har vårdledaren ett betydande ansvar i implementeringsprocessen. Det är vårdledarens ansvar att se till att medarbetarna får information, arbetsverktyg och den handledning de behöver för att kunna arbeta med digitala innovationer på arbetsplatsen. Vårdledaren förväntas ha en helhetsbild av implementeringsprocessen och att kunna förmedla kunskapen till sina medarbetare. Vårdledarna i undersökningen beskrev att det är viktigt att hålla medarbetarna informerade under processens gång så att de inte tappar motivationen och helhetsbilden av implementeringen.

Ett flertal av de intervjuade ansåg att den snabba förändringen mot vårdmottagningar på distans i och med coronapandemin inte var optimal. Deltagarna i undersökningen menade att det finns människor som är inte vana vid att använda digitala verktyg och för dem var speciellt ibruktagandet en utmaning då det måste ske på kort varsel. I undersökningen påvisades också att den yngre generationen lärde sig naturligare och snabbare.

Informanterna i undersökningen beskrev att medarbetarna förväntar sig att vårdledare är uppdaterade med nya digitala verktyg. Deltagarna upplevde att medarbetarna förväntar sig att de får tillräckligt med utbildning och tid för att sätta sig in i de nya digitala verktygen på avdelningen.

Kotters (1996) teori beskriver en förändringsprocess utförligt och grundligt och är en central teori inom förändringsledarskap. Självt anser jag att det borde finnas en klar teori och ett

tydligt arbetssätt för hur man ska gå till väga i en förändringsprocess. Arbetssättet och hur man arbetar med förändringen ska vara begripligt, inte bara för ledarna utan också för medarbetarna, så att det inte uppstår osäkerheter och oklarheter i arbetsgemenskapen. Att kunna hantera en förändring kan minska förändringsmotståndet bland medarbetarna. Det har visat sig att dialogen och kommunikationen mellan involverade parter i en förändringsprocess är gynnsam då det finns en tydlig kommunikationsstrategi. Kommunikation via dialoger kan mildra eventuella motstånd mellan berörda personer i organisationen, så att förändringen kan genomföras på ett framgångsrikt sätt (jfr Hofflander 2020, s. 77).

Hofflanders modell "Implementation acceptance model" (2020) är enligt mig en utförlig och tydlig modell för implementering av digitala innovationer. Modellen beskriver, vilket också framkom i studiens resultat, att det är viktigt att kommunikationen prioriteras. En informant beskrev i undersökningen att man som vårdledare bör kunna kommunicera utgående från en egen helhetsbild, att man ska känna till målsättningarna och kunna förmedla och ta ansvar för att varje medarbetare får den nya informationen. Hofflander (2020) poängterar på nyttonivån att förändringsmotståndet minskar om kommunikationen är tydlig, vilket också kom fram i undersökningen. En informant upplevde ansvar och kommunikation som att det är viktigt att ordna tillräckligt med utbildning för personalen så att de vet hur de ska använda de nya digitala verktygen. I Hofflanders (2020) teori framkommer det på den sista nivån, "actionnivån" att det i en krävande digitaliseringsprocess är viktigt med ett strukturerat och målmedvetet arbete på alla nivåer inom organisationen. Det är en utmaning att informera medarbetarna att digitaliseringen är en fortlöpande del av vårdarbetet. Nilsen et al. (2016) säger att ett motstånd mot innovationer kan vara oviljan till att ändra fungerande rutiner som kan upplevas som stabila, medan en innovation ofta leder till instabilitet.

Bland faktorerna som lyfts fram då en implementering inte lyckats är att då tekniken inte fungerat som den ska, och vårdarna upplevt att de gått miste om viktig information och dokumentation om sina patienter, riskeras patientsäkerheten. Från patienternas sida upplevdes tekniska innovationer som positiva då det exempelvis underlättat för dem att inte vara bundna till vilken tid på dygnet de tagit kontakt med vårdpersonalen. Salmela (2012) menar att vårdledaren borde ha en beredskap att leda personal och kunna möta det okända, att ha mod och tålamod att möta förändringsmotståndet på ett målinriktat sätt. I förändringsdynamiken som uppstår återspeglas den enskilda individens emotionella och kognitiva process i handlandet (Salmela 2012, s. 12).

Hofflanders modell "Implementation acceptance model" (2020) är en modell bestående av fyra faktorer som ger upphov till den femte och slutliga faktorn (Hofflander 2020, s. 173). I organisationsnivån förklarar Hofflander att organisering sker på olika nivåer i en organisation, där begreppen mikro, meso och makro kan vara lämpliga att använda för att skapa medvetenhet om hur implementeringen av olika digitala verktyg påverkar flera led i organisationen (Hofflander 2020, s. 175). Enligt Hofflanders modell definieras micronivån som den nivå som ligger närmast individen, medan mesonivån ligger mellan den lägsta nivån och den högsta och makronivån är den nivå som representerar organisationens högsta skikt (Hofflander 2020, s. 176).

På nyttonivån menar Hofflander (2020) att det är viktigt att såväl användarna, medarbetarna som ledarna ser och förstår nyttan av digitaliseringen för att kunna driva en framgångsrik digitalisering inom hälso- och sjukvård. Kommunikationen i organisationen är viktig i en förändringsprocess. Om medarbetarna i organisationen inser nyttan med processen kommer förändringsmotståndet förmodligen inte att bli lika utbrett (Hofflander 2020, s. 177–178).

På actionnivån menar Hofflander (2020) att digitalisering är en krävande process som innebär målmedvetet och strukturerat arbete på både mikro-, meso- och makronivå. Alltför ofta fattas beslut i organisationen om att något ska implementeras utan att tillräckligt tydligt redogöra för vad innovationen innebär och vem som ska utföra handlingen. Vid en implementering är det viktigt att hela personalen inom hälso- och sjukvårdsorganisationen är med i förändringsprocessen (Hofflander 2020, s. 178–179).

Jag tycker att kommunikation tas bäst upp i organisationsnivån, i nyttonivån och i actionnivån i Hofflanders "Implementation acceptance model" (2020).

8.3 Vårdledarens upplevelser av tillräckligt med tid under implementeringen av digitala innovationer

I undersökningens resultat, under kategorin *tid*, framgick det även att vårdledarna upplevde att medarbetarnas attityd till innovationer hängde ihop med att de får tillräckligt med tid för ibruktandet av nya digitala verktyg. Vårdledarna förväntade sig också att ledningen ger ett tillräckligt ingående stöd vid innovationer. Det påvisades i resultatet att medarbetarna hade en

bra attityd till digitala verktyg då resurserna var tillräckliga och då det fanns tillräckligt med tid för att sätta sig in i innovationen. När programmet inte fungerade så kräver det resurser och tid av personalen. En av informanterna i undersökningen upplevde att det tar onödigt mycket tid om medarbetarna tvingas reda ut saker på egen hand, vilket i sin tur fördröjer vårdkontakten.

Enligt Hofflander (2020, s. 90) har systematisering av kunskap i samband med implementeringen av nya arbetsrutiner inom hälso- och sjukvården blivit ett växande forskningsområde. Implementeringsforskningen har försökt definiera vissa övergripande faktorer som behövs för att lyckas med implementeringsprocessen. Inom hälso- och sjukvården har det forskats i hur viktiga dessa faktorer är då det handlar om en skiftande och komplex verksamhet som en hälsovårdsorganisation är, och som dessutom involverar flera separata aktörer. Hälso- och sjukvården har också en press och hög förväntan på att aktuella eHälsolösningar omedelbart ska effektivisera vårdarbetet. Även om det lyfts fram att planeringen av den kommande implementeringen och tidsplanen är nödvändig tas detta sällan i beaktande, och det är en orsak till att tidspress sammankopplas med implementering av eHälsolösningar och digitala verktyg. Salmela (2012) menar att förändring kräver tid och att det samtidigt är ett ”kunskapsussel”. Medarbetarna bör också acceptera att en förändring förutsätter ett känslö- och kunskapsmässigt bemötande av förändring för att förstå behovet av förändring (Salmela 2012, s. 57).

Jag tycker inte att “tid” syns i Hofflanders “Implementation acceptance model” (2020), en modell för en lyckad implementeringsprocess bestående av fem nivåer (Hofflander 2020, s. 173).

8.4 Vårdledaren skapar förutsättningar för lärandet i implementeringen av digitala innovationer

Resultatet i undersökningen påvisade att förmannen har ett ansvar att se till att det finns tillräckliga resurser och personal under såväl den förberedande utbildningen samt under själva implementeringen av nya digitala processer. Lärandet förutsätter att det under implementeringsprocessen tillsätts resurser för att man ska hinna utbilda personalen, samt tid

för problemlösning och rådgivning, om målsättningen ska vara en lyckad implementering av de digitala innovationerna.

I undersökningen framgick att det under och efter en implementering är viktigt med reflektion och respons både för medarbetarna och organisationen. Reflektion beskrevs i undersökningen som att man analyserar om och hur medarbetarnas olika intresseområden beaktats, vilka motgångarna varit och vad som hade fungerat bra under implementeringen.

I resultatet beskrev informanterna att implementeringen och innovationerna på arbetsplatsen är en pågående process och att det finns många utmaningar under processens gång.

I den teoretiska referensramen förklaras Kotters förändringsteori (1996) och Hofflanders implementeringsprocess (2020), som båda poängterar att förändringen och implementeringen bör ske stegvis. Båda teorierna redogör även för ledarskapet och att det hör till ledarens uppgifter att granska och upprätthålla den nya strukturen. Båda teorierna poängterar också att det är viktigt att satsa på utvecklingen och utbildningen av medarbetarna, men att också ledarskapsutvecklingen är viktig för organisationen. Teorierna nämner att det i förändringsprocessen är viktigt att kommunicera, reflektera och analysera förändringens gång (Alvesson och Sveningsson 2007, s. 240–251 och Hofflander 2020). Salmela (2012) menar att man först måste förstå målsättningarna med förändringen, sedan inleda lärandet, för att avslutningsvis ta i bruk nya sätt att tänka och handla genom förändringen (Salmela 2012, s. 13). Salmela (2012) säger också att ledare kan åstadkomma eller medverka till en förändring samtidigt som vårdpersonalen genomgår en lärandeprocess genom att leda relationer, processer och kultur. Lärandet av nya sätt att tänka och handla kan påbörjas när vårdpersonalen har förbundit sig till förändringen (Salmela 2012, s. 57). För en lyckad implementering i en bra arbetsmiljö säger Stadin et al. (2020) att det behövs bra stöd för informationsteknik, praktisk utbildning och utvärdering.

Hofflanders "Implementation acceptance model" består av fyra nivåer som ger upphov till den femte och slutliga nivån (Hofflander 2020, s. 173).

På kunskapsnivån menar Hofflander (2020) att beslutsfattarna behöver vara uppdaterade kunskapsmässigt för att klara av att fatta rätt beslut om de medel som behöver införas eller förändras inom hälso- och sjukvården. Hofflander menar att förändringskunskap och att förbereda alla medarbetare på en förändringsprocess som kommer att vara ständigt pågående är viktigt i implementeringsprocessen (Hofflander 2020, s. 176).

Själv anser jag att lärande belyses i Hofflanders (2020) kunskapsnivåmodell, och att vikten av att lära medarbetarna att arbeta med förändringen på arbetsplatsen förklaras begripligt.

8.5 Vårdledarna skapar förutsättningar för delaktighet under implementeringen av digitala innovationer

I resultatet beskrev informanterna delaktigheten som en fördel för organisationen. Medarbetarna upplevde att det är positivt att vara delaktiga under förändringar på arbetsplatsen genom att involveras i stället för att genom att uteslutas känna sig osäkra och defensivt inställda under förändringsprocessen.

I resultatet ansåg informanterna att en vårdledare bör skapa bra förutsättningar och motivera sina medarbetare att använda de digitala verktygen på arbetsplatsen. En av informanterna beskrev det som att en förutsättning för en lyckad förändringsprocess är bra stöd från ledningen, tillräckliga resurser och tid. I undersökningen påvisades att det måste reserveras tillräckligt med tid vid ibrukttagandet av nya verktyg och att personalen bör få bra utbildning för att innovationen ska lyckas. När ett program inte fungerar tar det resurser och tid av personalen. En informant i undersökningen upplevde att det tar tid då medarbetarna själva tvingas reda ut saker, vilket i sin tur fördröjer vårdkontakten.

I och med innovationer och nya digitala verktyg uppstår det utmaningar och det är vårdledarens ansvar att motivera och få alla delaktiga i processen. Digitala verktyg är en del av vårdarbetet och ibrukttagandet av nya verktyg är en förutsättning för att organisationen ska kunna vara delaktig i digitaliseringen. Det kom också fram i undersökningen att förändring kan skapa ångest och obehag hos vissa medarbetare. En informant upplevde att förändringen på arbetsplatsen kunde kännas som en rädsla eller ångest och det kändes motiverat att ifrågasätta varför saker måste förändras. I undersökningen beskrevs delaktighet vid förändringsprocesser som att det krävs kämpande, tillräcklig information och motivation i medarbetarnas riktning.

I resultatdelen beskrev informanterna att implementeringarna och innovationerna på arbetsplatsen är en pågående process och att det finns många utmaningar under processens

gång. Informanterna i undersökningen ansåg att det är viktigt att hålla medarbetarna informerade under processens gång så att de inte tappar motivationen och helhetsbilden av implementeringen. Det framgick i undersökningen att det är en utmaning att förmedla för medarbetarna och få alla att förstå att digitaliseringen är en naturlig del av vårdarbetet. Kamp et al. (2019) menar att implementeringen av ny teknik och framför allt medarbetarnas inflytande och delaktighet vid ibrukttagandet och användning har konsekvenser för arbetslivet. Kamp et al. (2019) menar att då teknologin blir en del av kunnandet i praktiken och i professionalismen förändras medarbetarens yrkesidentitet. Bristen på delaktighet beskrivs i undersökningen som att målsättningen och tidtabellen kommer från ledningen och medarbetarna har ingen möjlighet att påverka, vilket upplevdes som en faktor som stör medarbetarna och vårdledaren, den närmaste förmannen. Deltagarna i undersökningen kände att de inte är delaktiga i projektplaneringen vid innovationer. Det fanns en tydlig plan men medarbetarna var sällan med i planeringen av implementeringen av de digitala innovationerna.

Hofflander (2020, s. 76) menar att kunskap om hur människor generellt reagerar på förändringar och att man involverar medarbetarna i organisationen, samt håller dem medvetna om vad som sker genom förändringen har betydelse för om en förändring kan anses lyckad. Ansvariga chefer och ledare på olika nivåer i en organisation behöver därför kunskap och stöd i en förändringsprocess. För att leda förändring behövs kunskapen om hur människor reagerar och agerar vid förändringar, eftersom det inverkar på i vilken takt förändringar kan genomföras i organisationer.

Enligt Erlingsdottir och Sandberg (2019, s. 19) ses digitaliseringen av beslutsfattare på olika samhällsnivåer som ett verktyg och en möjlig lösning på befintliga och framtida utmaningar inom hälso- och sjukvården. På grund av en ändrad demografi med allt fler äldre och multisjuka, samtidigt som samhällets resurser minskar, önskar beslutsfattare att digitaliseringen och eHälsa ska göra medborgarna mer delaktiga i sin vård. Med delaktighet menas att valfriheten och självservicen ökar och att man ger medborgarna större tillgång till information om sin egen hälsa. Digitaliseringen betraktas som ett verktyg för att planera och omstrukturera vårdens flöde, från slutenvård till hemsjukvård och primärvård, med ett ökat behov av kommunikation mellan olika vårdorganisationer. Den tekniska utvecklingen går snabbt. Specifika applikationer, system och innovationer riskerar därför att fort bli föråldrade.

Hofflanders "Implementation acceptance model" (2020) består av fyra nivåer som ger upphov till den femte och slutliga nivån (Hofflander 2020, s. 173).

Acceptansnivån förklarar enligt Hofflander (2020) att det handlar om att skapa förståelse för det digitala verktyget som skall implementeras för att en förändring slutligen ska bli accepterad. Det bör upprättas en förståelse av de olika delarna av processen och förståelse för vad som ska implementera. Man bör förklara varför implementeringen ska utföras och vilken roll medarbetaren har i processen.

Jag tycker att det i den första nivån, acceptansnivån, handlar om skyldigheten att få medarbetarna involverade och att de förstår sin roll i implementeringsprocessen.

9 Metodologiska överväganden

Den kritiska granskningen ska genomföras sakligt och konstruktivt (Henriksson 2016, s. 474). Den kritiska granskningen innebär att jag ifrågasätter olika antaganden och påståenden utgående från det insamlade materialet. Det innebär att man jämför de resultat som olika forskare kommit fram till och därefter gör en bedömning. Som forskare samlar man in fakta som därefter organiseras och klassificeras i ett sammanhängande mönster (Bell & Waters 2016, s. 117).

I den teoretiska referensramen tar jag upp två olika teorier inom förändringsledarskap och implementering. Den första är organisations- och förändringsteorin av John P. Kotter (1996), en åttastegsmodell och en implementeringsprocess. Den andra teorin är Hofflanders "Implementation acceptance model" (2020) som kan ses som en femstegsprocess.

Kotters åttastegsmodell, (Alvesson Sveningsson 2007) är en av många teorier som behandlar förändringsledarskap. Jag använder mig av Kotters teori eftersom den är tydlig och lätt att förstå. Kotters teori belyser hur viktigt det är att samarbeta inom gruppen och att det är viktigt att skapa en klar och tydlig vision enligt vilken gruppen kommunicerar. Kotter menar också att det är viktigt att rensa bort hinder och våga pröva på nya lösningar. Kotters teori bygger också på hur viktigt det är med belöning och att utveckla medarbetarna för att implementera själva förändringen. Det sista steget i Kotters teori behandlar vidareutveckling och sammankopplar framgångar med förändringen. Kotter tar också fram hur viktigt det är med ledarskapsutveckling inom organisationen.

I diskussionen av studiens resultat vill jag belysa dess starka och svaga sidor. Studiens syfte, som nämnts i kapitel 4, var att undersöka vårdledarens upplevelser av att leda digitalisering och implementering av digitala innovationer. Avsikten med studien var att diskutera och granska vårdledarens erfarenheter av att leda digitaliseringsprocesser.

9.1 Kritisk granskning

I forskningsresultatet definieras, som tidigare nämnts i kapitel 6, att kommunikation, tid, lärande och delaktighet fungerar som viktiga hörnstenar av vårdledarnas upplevelser av att leda digitalisering och i implementeringen av digitala innovationer.

Transkriberingen och främst analysen av det insamlade materialet tog längre tid än vad jag hade förväntat mig, vilket drog ut på redovisningen av materialet. Jag upplevde att med tiden blev resultatet tydligare och kvaliteten av kategorierna blev väsentligare då de fick mogna under processens gång. Syftet var att belysa vårdledarnas upplevelser av att leda digitaliseringsprocesser och jag har kunnat definiera fyra kategorier och fjorton underkategorier av det insamlade materialet vilket har givit en bred förståelse för informanternas upplevelser.

9.2 Kritisk granskning av studiens metod

Det är viktigt att diskutera metoden och påvisa hur kvaliteten har säkerställts i studien. Det är även relevant att diskutera styrkorna och svagheter i det genomförda arbetet (Henricson 2016, s. 472). Forskningsmetoden är en kvalitativ forskningsintervju med empirisk analys. Val av metod gjordes eftersom jag ansåg att det finns ett behov av kvalitativa intervjuer i vårdledarnas upplevelser av digitaliseringsprocesser. Metoder som används i forskningen bör vara förenliga med vetenskaplig forskning och basera sig på metodlitteratur (Forskningsetiska deklARATIONEN 2019, TENK). Metodlitteraturen som använts i forskningen och som nämnts tidigare i kapitel 5, är Trost (2010), Backman (2016), Henricson & Billhult (2016), Danielsson (2016), Hällgren, Graneheim och Lundman (2004), Lundman, Hällgren och Graneheim (2008), Kvale & Brinkman (2009), Patel och Davidson (2019), Olsson och Sörensson (2011).

Som nämnts i kapitel 5 har jag använt mig av en semistrukturerad intervju, som enligt Danielson (2016, s. 145) är en annan benämning för öppna frågor. Inklusionskriterier är informanter som är mellanledare och arbetar i en vårdorganisation och har erfarenhet av förändringsprocesser och digitala innovationer. Informanterna valdes inte ut slumpmässigt utan de har alla erfarenhet av det ämne som är i fokus i undersökningen, vilket var ett kriterium för att de ska kunna berätta om det med en så god variation som möjligt.

Deltagandet i intervjuerna var frivilligt vilket nämdes i mailet, där också syftet med undersökningen beskrevs kort. Mailet sändes via en överskötare till alla mellanledare i vårdorganisationen.

Det var till en början besvärligt att få tillräckligt många deltagare till intervju. Det sändes ut två påminnelser om intervjutillfället till mellanledarna innan jag hade ett tillräckligt stort antal informanter. Jag har en känsla av att intervjufrågorna och syftet med studien var avskräckande för informanterna. En av frågorna löd ”vad har du för erfarenhet av digitaliseringsprocesser och digitala innovationer”. En del av informanterna nämnde vid intervjutillfället att de först hade upplevt det som något mycket större och de trodde att de inte har tillräckligt med kunskap om de processer jag avsåg.

Informanterna hade fått intervjufrågorna i förväg och hade på det sättet kunnat förbereda sig inför intervjun. Intervjufrågorna var strukturerade i en viss ordning, men frågorna ställdes sporadiskt i intervjutillfället beroende på hur intervjun förlöpte. Intervjuerna genomfördes på distans med en informant och mig själv via ett verktyg för distansmöten. Inbjudan till mötet hade bestämts på förhand och en timme hade reserverats för intervjun. Urvalet av informanter som medverkade i undersökningen bestod av mellanledare som valts ut från en hälso- och vårdorganisation. Intervjutillfällena inträffade i juni-juli 2021. Alla intervjuerna spelades in på en digital bandspelare för att försäkra att det insamlade materialet fanns tillgängligt i analysen av materialet. Jag kan försäkra trovärdigheten då materialet har lyssnats på och transkriberats flera gånger, och därför inte enbart tolkats utgående från det ursprungliga intervjutillfället. Datainsamlingen tog inte lång tid men förberedelserna inför intervjutillfället var utdragna. Det krävdes diverse lov och skriftliga ansökningar från vårdorganisationen innan jag kunde påbörja insamlingen. Transkriberingen gjordes manuellt av mig själv. Dataanalysen börjar enligt (Danielson 2016, s.152) redan med transkriberingen av det insamlade materialet. Att skriva och lyssna samtidigt bidrar till en upprepning av intervjusituationen. Jag gjorde en kvalitativ bearbetning som enligt (Patel & Davidsson 2019, s. 150) innebär att man arbetar med ett textmaterial, till exempel då man genomför intervjuer och ska bearbeta den utskrivna texten. Informanterna anonymiserades i samband med att intervjuerna transkriberades (jfr. Trost 2010, s. 61). Vid intervjutillfället frågades informanternas ålder, kön, arbetserfarenhet och utbildning vilket inte togs med i resultatredovisningen för att behålla informanternas anonymitet.

10 Slutsatser

Denna studie gjordes för att finna svar på frågor om vårdledarnas upplevelser av att leda digitalisering och implementering av digitala innovationer. Vårdledarna i undersökningen ansåg att de bör ha en helhetsuppfattning av implementeringen och veta vad som är målsättningen och syftet med de digitala innovationerna. Flera av vårdledarna i undersökningen ansåg att det är vårdledarens ansvar att tillgodose medarbetarna med all nödvändig information, att se till att de har fungerande arbetsverktyg och att de får den handledning de behöver för att använda nya digitala verktyg på arbetsplatsen. Vårdledarna i undersökningen ansåg att en bra vårdledare bör klara av att motivera sina medarbetare till att använda digitala verktyg på arbetsplatsen. Flera av vårdledarna som deltog i undersökningen ansåg att det är viktigt att medarbetarna får tillräckligt med tid vid ibruktandet av det digitala verktyget för att implementeringen ska lyckas. Vårdledarna i undersökningen ansåg att kommunikation och samarbete är viktigt i en välfungerande organisation också vid digitala innovationer och förändringar.

Förslag till fortsatt forskning är att göra motsvarande forskning kring digitaliseringen inom hälso- och sjukvården för att få kunskap och förståelse för vårdledarnas upplevelser kring digitala innovationer på arbetsplatsen. Målsättningen med en fortsatt forskning är att kunna utbilda vårdledare att leda sina medarbetare vid implementeringen av nya digitala verktyg. Den ökande graden av digitala plattformar skapar stora möjligheter för tjänsteutveckling, forskning och nya arbetsuppgifter och yrkesroller. Förändringarna orsakar också ett antal nya utmaningar rörande integritet, säkerhet och digital social kontroll. Förslag på fortsatt forskning kunde vara att utbilda vårdledare och medarbetare hur man skyddar sin integritet och undviker möjlig skadlig digital exponering, till exempel på sociala medier och användningen av digitala plattformar generellt. Det kom fram i undersökningen att vårdledarna upplevde att de hade svårt att skilja på arbetstid och fritid och flera kände att arbetet och medarbetarna kom för nära privatlivet.

Referenser

- Alvesson, Mats., Sveningsson, Stefan. 2007. Organisationer, ledning och processer. Studentlitteratur AB. Lund femte upplagan. s. 248–251.
- Angelöw, Bosse. 2013. Ledarskapshandboken; att utveckla och stärka ledarskapet. Natur och Kultur. Stockholm. s. 149
- Backman, Jarl. 2016. Rapporter och uppsatser. Studentlitteratur AB. Lund s. 65–67
- Carlsson, Öie Umb., Wadensten, Barbro. 2017. Professional practice-related training and organizational readiness for change facilitate implementation of projects on the national core value system in care of older people. *Nursing open*. (2018) s.1-8
- Cregård, Anne., Berntson, Erik., Tengblad, Stefan. 2018. Att leda i en komplex organisation. Utmaningar och nya perspektiv för chefer i offentlig verksamhet. Natur och Kultur. Stockholm. s. 120
- Danielson, Ella., 2016. ur Henricson, Maria. 2016. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Studentlitteratur AB. Lund. Upplaga 2:4 s. 145, s 152, s. 287 s.290
- Europeiska kommissionen. 2017. Digitalisering av hälso-och sjukvården i EU. 2017. Tillgänglig:
https://ec.europa.eu/info/consultations/public-consultation-transformation-health-and-care-digital-single-market_sv hämtad 30.11.2020
- Erlingsdottir, Gudbjörn., Sandberg, Helena. 2019. På tal om e-hälsa. Studentlitteratur AB. Lund. s.15–22
- Erlingsdottir, Gudbjörn., Ersson, Anders., Borell, Jonas., Rydenfält, Christofer. 2018. Driving för successful change processes in healthcare by putting staff at the wheel. *Journal of Health Organization and Management*.

Forskningsetiska delegationen. 2019. TENK. Tillgänglig:

<https://tenk.fi/sv/forskningsfusk/god-vetenskaplig-praxis-gvp> hämtad 1.12.2020

Gillquist, Anna., 2017. Förutsättningar för digital utveckling i kommuner, landsting och regioner. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. s.12, s.17. Tillgänglig:

<https://docplayer.se/49258323-Forutsattningar-for-digital-utveckling.html> hämtad 30.11.2020

Gjellebaek, Camilla., Svensson, Ann., Björkqvist Fladerby, Nina., Grunden, Kerstin. 2020. Management challenges for future digitalization of healthcare services. *Futures 124 (2020) 102636*.

Graneheim Hällgren, Ulla., Lundman, Berit. 2004. Qualitative content analysis in nursing research concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today (2004) 24, 105–112*.

Gallon, Jonas. 2020. 6 tips för att skapa hållbar digitalisering i vård och omsorg.

Tillgänglig: <https://blogg.knowit.se/offentlig-sektor/tips-som-skapar-h%C3%A5llbar-digitalisering-i-v%C3%A5rd-och-omsorg> hämtat 30.11.2020

Hani, Eskandar., Sameer, Pujari. 2020. Digital Health Platform Handbook: Building a Digital Information Infrastructure (Infostructure) for Health. tillgänglig:

https://www.who.int/docs/default-source/digital-health-documents/digital-health-platform-handbook.pdf?sfvrsn=e76a2470_2 s. 3–12. hämtad 30.11.2020

Henricson, Maria. 2016. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Studentlitteratur AB. Lund. Upplaga 2:4 s. 474

Henricson, Maria., Billhult, Annika. 2016. ur Henricson, Maria. 2016. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Studentlitteratur AB. Lund. Upplaga 2:4 s. 115.

Hofflander, Malin. 2020. Grundbok i eHälsa. Liber AB. Stockholm s.76–90, s.172–179

Kalttinen, Janne. 2018. Dynamics of trust, fairness, cognitive appraisals, and work engagement in organizational change: development and test of a theoretical model. Faculty of Social Sciences University of Helsinki Finland. Publications of the Faculty of Social Sciences 93 (2018) Social Psychology.

Keisu, Britt-Inger., Öhman, Ann., Enberg, Birgit. 2018. Employee effort-reward balance and first-level manager transformational leadership within elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018: 32; 407–416.

Kjellström, Sofia. 2016. ur Henricson, Maria. 2016. Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad. Studentlitteratur AB. Lund. Upplaga 2:4 s. 65

Konttila, Jenni. 2019. Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 28(5–6), 745–761.

Kujala, Sari., Hörhammer, Iris., Heponiemi, Tarja., Josefsson, Kim. 2019. The role of frontline leaders in building health professional support for a new patient portal: Survey Study. *Journal of medical internet research*. 2019; 21 (3)

Kvale, Steinar., Brinkmann, Svend. 2009. Den kvalitativa forskningsintervjun. Studentlitteratur. Lund. s. 221–223

Lundman, Berit., Hällgren Graneheim, Ulla. 2008 ur Granskär, M & Höglund Nielsen, B., 2008 Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård. Lund. Studentlitteratur.

Ohlsson, Henry., Sörensen, Stefan. 2011. Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv. Liber. Stockholm. Upplaga 3 s.65–67

Patel, Runa., Davidsson, Bo. 2019. Forskningsmetodikens grunder: att planera, genomföra och rapportera en undersökning. Studentlitteratur. Upplaga 5. s.150

Salmela, Susanna., Eriksson, Katie., Fagerström, Lisbeth. 2011. Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of advanced nursing*. 2011. s. 423–433.

Salmela, Susanna. 2012. Leda förändring genom relationer, processer och kulturer. Enheten för vårdvetenskap Socialvetenskapliga institutionen. Åbo Akademi. Vasa 2012. ISBN 978–952–12–2782–0

Sandblad, Bengt., Gulliksen, Jan., Lantz, Ann., Walldius, Åke., Åborg, Carl. 2018. Digitaliseringen och arbetsmiljön. Studentlitteratur AB. Lund. s. 37–39

Stadin, Magdalena., Nordin, Maria., Fransson, Eleonor., Broström, Anders. 2020. Healthcare managers' experience of technostress and the actions that they take to handle it – a critical incident analysis. *BMC Medical Informatics and Decision Making* (2020) 20:244.

Strömberg, Annika., Engström, Maria., Hagerman, Heidi., Skytt, Bernice. 2019. First-line managers dealing with different management approaches. *Leadership in Health Services*. Vol. 32. No 4. s.543–557.

Torp, Steffen., Vinje, Hege Forbech. 2014. Is workplace health promotion on the Nordic countries really on the right track? *Scandinavian Journal of Public Health*. Vol 42. s. 74–81.

Trost, Jan. 2010. Kvalitativa intervjuer. Studentlitteratur AB. Lund s. 25, 61

Öberg, Ulrika., Orre Carl Johan., Isaksson, Ulf., Schimmer, Robyn., Larsson, Håkan., Hörnsten, Åsa. 2017. Swedish primary healthcare nurses' perceptions of using digital eHealth services in support of patient self-management. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2018; 32: 961–970.