

Astrid Stenvold

## Når kartet ikke passer terrenget

Helsepersonellets erfaringer med  
brukermedvirkning i implementeringsprosessen  
av Helseplattformen ved St. Olavs Hospital

Masteroppgave i Medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi

Veileder: Heidrun Åm

Juni 2023



**NTNU**

Kunnskap for en bedre verden



Astrid Stenvold

## **Når kartet ikke passer terrenget**

Helsepersonellens erfaringer med brukermedvirkning  
i implementeringsprosessen av Helseplattformen  
ved St. Olavs Hospital

Masteroppgave i Medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi  
Veileder: Heidrun Åm  
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden



## Sammendrag

Norsk helsevesen blir stadig mer digitalisert, og elektroniske pasientjournaler er i ferd med å bli normen rundt om i landet. Ett av disse systemene er Helseplattformen, en ny pasientjournal som har blitt implementert blant annet i Trondheim kommune. Leverandøren Epic har også levert lignende systemer til andre land, men med slike storskala implementeringsprosjekter følger også utfordringer. I Norge skulle man imidlertid lære av tidligere feilgrep, og deriblant involvere klinikere i prosjektprosessen. I denne studien undersøker jeg derfor helsepersonell ved St. Olavs Hospital sine erfaringer med brukermedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen. Jeg har gjennomført dybdeintervjuer med til sammen ti informanter, både fageksperter, superbrukere og sluttbrukere, fra tre ulike avdelinger ved sykehuset.

Formålet med oppgaven er også å undersøke hvilke forskjeller det er i erfaringer mellom brukergruppene og avdelingene, samt å identifisere hvordan brukermedvirkning påvirker erfaringer. Tidligere forskning har vist at brukermedvirkning har en betydelig rolle for suksessen til implementeringsprosesser, og at det fører til høyere brukertilfredshet og -aksept. Studien avdekker imidlertid at de fleste informantene hadde negative erfaringer, uavhengig av deres involveringsgrad. Til tross for bred forskning på brukermedvirkning fra tidlig av, viser studien at det fremdeles er utfordringer knyttet til feltet. Mangelfull opplæring, kaotiske prosesser og manglende samhandling med Helseplattformen AS ble identifisert som sentrale årsaker til både manglende medvirkningsmuligheter og til erfaringer med systemet generelt. Resultatene viser også at det var et gap mellom intensjonene og realiteten med brukermedvirkning, og indikerer derfor at videre forskning på temaet fremdeles er viktig den dag i dag.



## Abstract

The Norwegian healthcare system is increasingly being digitized, and electronic health records are becoming the norm throughout the country. One of these systems is the Health Platform, a new patient health record that has been implemented, among other places, in Trondheim municipality. The vendor, Epic, has also delivered similar systems to other countries, but large-scale implementation projects like these come with challenges. In Norway, however, the intention was to learn from past mistakes and involve clinicians in the project process. In this study, I therefore examine the experiences of healthcare professionals at St. Olavs Hospital with user involvement in the implementation process of the Health Platform. I conducted in-depth interviews with a total of ten informants, including subject matter experts, super users, and end users from three different departments at the hospital.

The purpose of the study is also to investigate the differences in experiences among user groups and departments, as well as to identify how user involvement influences these experiences. Previous research has shown that user involvement plays a significant role in the success of implementation processes and leads to higher user satisfaction and acceptance. However, the study reveals that most informants had negative experiences, regardless of their level of involvement. Despite extensive research on user involvement for a long time, the study demonstrates that there still are challenges in the field. The findings underscore the need for improved training, streamlined processes, and better collaboration with the system provider to enhance user involvement and ensure positive experiences with digital healthcare systems. The results also indicate a gap between intentions and reality regarding user involvement, highlighting the ongoing importance of further research on the topic.





## Forord

Det er vemodig å tenke på at 18 år med skole og utdanning går mot slutten. Samtidig gleder jeg meg til å tre inn i et nytt kapittel fylt med nye utfordringer og muligheter. Det siste halvåret jeg har arbeidet med denne oppgaven, har vært en lærerik prosess på alle områder. Jeg ønsker å takke alle som har bidratt til at jeg endelig kan ta meg sommerferie med god samvittighet.

Først og fremst ønsker jeg å rette en takk til alle informantene som har stilt opp. Denne studien ville ikke vært mulig å gjennomføre uten deres refleksjoner, og jeg setter stor pris på at dere ønsket å dele deres erfaringer med meg. Jeg ønsker også å takke min veileder, Heidrun Åm. Du er klok, tålmodig og engasjert, og sammen med din stadige oppmuntring har du bidratt til at jeg har dratt denne oppgaven i land.

En spesiell takk går også til mine klassekamerater, som alltid har møtt meg med et smil om munnen tidlige, og ikke så tidlige, morgener på lesesalen. De korte og lange lunsjpausene, turene til kiosken og <3kanelbolleonsdag<3 med dere har vært upåklagelig.

Dette markerer ikke bare en avslutning på et langt kapittel, men er også en påminnelse om alle de menneskene som har vært en del av min studietid. Dere har alle bidratt til å gjøre denne reisen minnerik, morsom, festlig og ikke minst betydningsfull. Takk for alle sene kvelder og tidlige morgener, varme kaffer og kalde øl, gode samtaler og dårlige quiz-plasseringer. Jeg vil ta med meg disse opplevelsene videre inn i neste kapittel.

God lesing!

Med takknemlighet,  
Astrid Stenvold

Trondheim, våren 2023



# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning .....</b>	<b>1</b>
1.1 Helseplattformens inntog i det norske helsevesenet .....	1
1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål .....	3
1.3 Oppgavens oppbygging og struktur.....	3
<b>2. Teoretisk rammeverk og tidligere forskning.....</b>	<b>4</b>
2.1 Brukerperspektiv på teknologiimplementering .....	4
2.1.1 Et sosioteknisk brukerperspektiv på teknologi.....	5
2.1.2 Teknologiske rammer og opplæring .....	6
2.2 Fra deltakelse til samarbeid: Utfordringer med brukermedvirkning i storskala prosjekter.....	8
2.2.1 Brukermedvirkning og brukertilfredshet.....	8
2.2.2 Brukermedvirkning i norsk arbeidskontekst.....	9
2.2.3 Utfordringer i storskala implementeringsprosjekter .....	10
2.2.3.1 Nødvendigheten av et felles språk .....	10
2.2.3.2 Medvirkning for økt kompetanse.....	11
2.2.3.3 Rigide informasjonssystemer og beslutningsstruktur .....	11
2.3 Tidligere forskning om brukermedvirkning i Epic .....	12
<b>3. Metode .....</b>	<b>15</b>
3.1 Valg av metode og forskningsdesign .....	15
3.2 Datagenerering .....	15
3.2.1 Utvalg og rekruttering av informanter .....	16
3.2.2 Intervjuguide .....	17
3.2.3 Intervjugjennomføring .....	18
3.3 Analyse.....	18
3.4 Ethiske vurderinger .....	19
3.5 Gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet.....	20
<b>4. Analyse .....</b>	<b>23</b>
4.1 Fagekspertenes rolle: Arbeidstid og -oppgaver .....	23
4.1.1 Arbeid utover stillingsprosenten.....	23
4.1.2 Uttrykke egne arbeidsprosesser i ord .....	24
4.2 Fagekspertenes erfaring med brukermedvirkning .....	25
4.2.1 Erfaring 1: Rigiditeten til systemet og begrenset tilgang til endringer.....	25
4.2.2 Erfaring 2: Manglende kunnskap.....	27
4.2.3 Erfaring 3: Språkbarrierer .....	28
4.2.4 Erfaring 4: Endring av arbeidsprosedyrer og arbeidsflyt .....	29
4.2.5 Erfaring 5: Utilstrekkelig opplæring .....	29
4.2.6 Oppsummering av erfaringer med brukermedvirkning .....	30
4.3 Superbrukerrollen: Motivasjon, forventinger og opplæring.....	30
4.3.1 Motivasjon og forventinger til rollen som superbruker.....	30

4.3.2 Erfaringer med opplæring .....	31
4.4 <i>Superbrukernes erfaring med brukermedvirkning</i> .....	33
4.4.1 Feilmeldinger får lite respons .....	33
4.4.2 Opplevelser av manglende medvirkning .....	34
4.5 <i>Sluttbrukernes erfaringer</i> .....	35
4.5.1 Opplæring og brukerstøtte .....	35
4.5.2 Brukeropplevelsen: utfordringer og forbedringer .....	36
4.6 <i>Forskjeller mellom avdelingene og brukergruppene</i> .....	38
4.6.1 Erfaringer blant fageksperter, superbrukere og sluttbrukere .....	38
4.6.2 Erfaringer på tvers av avdelingene .....	39
<b>5. Diskusjon</b> .....	<b>40</b>
5.1 <i>Kartet: Intensjonen med brukermedvirkning</i> .....	40
5.2 <i>Terrenget: Virkeligheten av brukermedvirkning</i> .....	41
5.3 <i>Gapet mellom kartet og terrenget</i> .....	42
5.4 <i>Implikasjoner og begrensninger</i> .....	45
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>47</b>
<b>Referanser</b> .....	<b>49</b>
<b>Vedlegg</b> .....	<b>52</b>

## Tabeller:

Tabell 1: Oversikt over antall informanter .....	16
Tabell 2: Informantenes pseudonymer .....	20

## Ordforklaringer:

**Helseplattformen AS:** Helseplattformen AS eies hovedsakelig av Helse Midt-Norge og Trondheim kommune, men også av de andre kommunene som skal ta i bruk systemet. Selskapet har ansvaret for å innføre og forvalte pasientjournaløsningen for sykehus, kommunal helse og omsorg. De følger opp kontraktene med Epic, og drifter også innbyggerportalen HelsaMi, en innbyggerportal hvor man får tilgang til sine helseopplysninger og kan ha en dialog med helsepersonell.

**Epic:** Amerikanske Epic Systems Corporation er leverandøren som leverer teknologien bak pasientjournalen. Flere ledende helseinstanser bruker teknologien. Kontrakten med Epic ble inngått 19. mars 2019.

**Helseplattformen:** Helseplattformen er den norske versjonen av Epic-systemet. Det er den elektroniske pasientjournalen som har blitt implementert i Trondheim kommune, og skal implementeres i resten av Helse Midt-Norge. Systemets omfang dekker i stor grad all funksjonalitet knyttet til journal- og pasientadministrative funksjoner helsetjenesten trenger. Løsningen vil erstatte mange eksisterende systemer, slik at data kan deles på tvers av nivåer og instanser, samt ut til pasienter og innbyggere. Ved starten av denne studien var systemet i bruk ved St. Olavs Hospital, i Trondheim kommune, samt seks andre kommuner og alle laboratorier i Helse Midt-Norge.

**Go Live:** Go Live refererer til dagen hvor løsningen ble tatt i bruk. Trondheim kommune var først ut, og tok i bruk løsningen den 7. mai 2022. St. Olavs Hospital utsatte imidlertid innføringen og tok i bruk løsningen 12. november 2022.

# 1. Innledning

I dagens stadig mer digitaliserte samfunn spiller informasjonsteknologi en avgjørende rolle i ulike sektorer, inkludert helsesektoren. Digitale løsninger har blant annet redusert ressursbruken og økt kvaliteten i pasientbehandlingen, og har dessuten potensial til å effektivisere arbeidsprosesser (NOU 2023:4). Siden 2017 har det vært en økning på 50 prosent i IKT-utgifter i norsk helsesektor, og elektroniske pasientjournaler er i ferd med å bli normen i helsevesenet (NOU 2023:4; Ellingsen & Hertzum, 2020). En av disse systemene er Helseplattformen, levert av det amerikanske selskapet Epic.

Tidligere erfaringer har imidlertid vist at innføringen av digitale systemer ikke alltid går smertefritt. I Danmark, hvor man også har tatt i bruk elektroniske pasientjournaler basert på Epics system, har det vært rapportert om alvorlige problemer og misnøye blant brukerne. Med bakgrunn i disse erfaringene har norske helsemyndigheter likevel valgt å ta i bruk Helseplattformen, men med et ønske om å lære av tidligere feilgrep. Å involvere helsetjenesten i utarbeidelse og forankring av arbeid og slutninger har blitt fremhevet som en viktig strategi i implementeringsprosessen, og det ble tidlig sagt at brukermedvirkning var viktig for suksessen (Direktoratet for e-helse, 2022; Ellingsen & Hertzum, 2020). Det innebærer at brukernes, i dette tilfellet helsepersonellens, erfaringer, behov og perspektiver blir tatt hensyn til for å sikre en vellykket implementering og aksept av systemet.

## 1.1 Helseplattformens inntog i det norske helsevesenet

I mai 2022 innførte Helse Midt-Norge det nye journalsystemet Helseplattformen på legevakten i Trondheim kommune. Noen måneder senere, 12. november 2022, ble systemet også innført på St. Olavs Hospital. I forkant av implementeringen var det mye skepsis knyttet til systemet blant tiltenkte brukere. Helsepersonell mente blant annet at det ville bli altfor tidkrevende, at det ville føre til at produktiviteten ville dale og at det ville gå utover pasientene (NRK Dagsrevyen, 2022, 06:40-09:45). På den annen side er det leger og ledere som har uttalt at det er et nødvendig skifte, altså å gå over til Helseplattformen, da det gir nye muligheter for samhandling på tvers av ulike avdelinger og institusjoner. Det skal være et journalsystem som er felles for hele Helse-Norge på sikt, og en skal gå bort fra de mange og forskjellige mindre systemene, for å skape bedre flyt i helsesektoren.

Prosjektet med Helseplattformen startet allerede tilbake i 2012. Da ble det bestemt i et styremøte at Helse Midt-Norge skulle anskaffe et nytt journalsystem (Helseplattformen, 2021). Fire år senere ga daværende helse- og omsorgsminister, Bent Høie, Helseplattformen oppdraget som regionalt utprøvningsprogram for å strekke seg mot det nasjonale målet om «Én innbygger - én journal» (Helseplattformen, 2022b). Formålet var blant annet at journalen skulle følge pasienten i alle møter med helsesektoren, samt at det skulle være én felles pasientjournal for hele Helse Midt, altså alle sykehus, allmennleger, hjemmesykepleien, legevakt, og så videre. Helseplattformen skulle dessuten øke effektiviteten i helsesektoren gjennom mer brukervennlige systemer og øke kvaliteten på pasientbehandlingen og pasientsikkerheten (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 105).

Det ble tidlig sagt at brukermedvirkning var viktig for suksessen av implementeringen av Helseplattformen (Hertzum & Ellingsen, 2019, s. 6; Helse Midt-Norge RHF, 2019, s. 55-56). 400 klinikere fra kommunen og sykehusene ble involvert i anskaffelsesperioden, hvor

de deltok i 101 workshops og beskrev hva de verdsatte av sitt daværende system, hvilke problemer de hadde og hva som manglet. Formålet var også at klinikerne skulle få kjenne på eierskap til systemet, samt å sikre et velfungerende system (Hertzum & Ellingsen, 2019, s. 6). Utfallet av disse møtene ble grunnlaget for kravene til den potensielle leverandøren, hvorav 4000 brukerkrav skulle innfris.

Kontrakten med Epic ble inngått 19. mars 2019, og i april 2022 ble den første versjonen av Helseplattformen tatt i bruk hos Legevakta i Trondheim. Dette har dog ikke gått uproblematisk for seg. På Dagsrevyen (2022, 06:40-09:45) ble det sagt at flere titalls leger allerede hadde gitt en offentlig unnskyldning til befolkningen på grunn av alle problemene Helseplattformen har skapt. En lege fortalte blant annet at de ikke hadde oversikt over noen ting med det nye systemet, og at det oppstod nye problemer hver dag. Mange helsearbeidere ba også om at hele innføringen skulle bli stanset (NRK Dagsrevyen, 2022, 06:40-09:45). Tross stadige utfordringer, samt flere advarsler mot systemet, ble Helseplattformen tatt i bruk på St. Olavs Hospital i november 2022 (Ekroll & Hallgren, 2023).

Erfaringer fra tidligere implementeringer av lignende systemer har også vært relevante for utformingen og innføringen av Helseplattformen. Spesielt i Danmark har man opplevd store utfordringer med Epic-systemet. Det har ført til misnøye blant brukere og negative konsekvenser for produktiviteten i helsesektoren. Før implementeringen ble det sagt at Helseplattformen skulle ta lærdom fra erfaringer fra andre land i arbeidet med å utvikle systemet (Helseplattformen, 2022b). I tråd med dette målet har brukermedvirkning vært et sentralt element gjennom hele prosessen. Helseplattformen har involvert brukere som blant annet har deltatt i workshops, kravspesifikasjoner og opplæringskurs. Målet har vært å sikre at systemet er tilpasset brukernes behov (Direktoratet for e-helse, 2022, s. 12). Likevel har det vært misnøye med systemet også her i Norge etter implementeringen (se eks. Svendsen, Toftaker, Thobroe & Johannessen, 2022).

For ordens skyld, kan det være greit med en innledende forklaring på de ulike rollene. Her refererer fagekspertene til helsepersonell som representerte sine fagmiljø da journalløsningen skulle konfigureres. I forkant av implementeringen ble det sagt at de skulle få «stor innflytelse på hvordan fremtidens arbeidsverktøy skal formes og må delta både i utforming og testing av løsningen» (Helseplattformen, 2023). Superbrukere er ifølge Helseplattformens nettsider (Helseplattformen, 2022) ansatte fra hele helsetjenesten som har «god faglig forståelse, interesse og kunnskap om IT-verktøy, og de er dyktige formidlere». Formålet med å ha superbrukere var at de skulle være de første som kollegene henvendte seg til hvis de trengte hjelp med systemet. De har deltatt på ulike forberedelsesaktiviteter, og dessuten fått ekstra opplæring, før Go Live. Sluttbrukere er derimot de direkte brukerne av Helseplattformen som til daglig bruker journalsystemer som en del av sitt arbeid, og som ikke har en annen formell rolle i implementeringsprosessen.

En undring over misnøyen etter en tilsynelatende omfattende medvirkningsprosess dannet grunnlaget for min personlige interesse og engasjement for denne oppgaven. Derfor ønsker jeg å undersøke og analysere erfaringene til helsepersonell ved St. Olavs Hospital med brukermedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen. Ved å intervjuer fagekspertene, superbrukere og sluttbrukere fra ulike avdelinger, ønsker jeg å identifisere eventuelle forskjeller i erfaringene mellom brukergruppene og avdelingene. Videre vil jeg undersøke hvordan brukermedvirkning har påvirket disse erfaringene.

## 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål

Denne studien tar sikte på å undersøke brukermedvirkningens rolle under implementeringen av Helseplattformen ved St. Olavs Hospital. Ved å fremheve og analysere helsepersonellens erfaringer vil oppgaven bidra med viktig kunnskap om brukermedvirkningens betydning og effekt for digitalisering av norsk helsevesen. Oppgaven er forankret i fagfeltet medier, kommunikasjon og informasjonsteknologi, og tar i bruk en kombinasjon av teorier om sosioteknisk teknologiimplementering og brukermedvirkning. Ved å anvende kvalitative metoder, spesielt intervjuer, har oppgaven samlet inn data fra tre brukergrupper ved St. Olavs Hospital. Disse informantene tilhører ulike avdelinger, noe som gir mulighet for å undersøke potensielle forskjeller mellom avdelingene. På bakgrunn av dette, lyder problemstillingen som følger:

*Hvilke erfaringer har helsepersonell ved St. Olavs Hospital med brukermedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen?*

Basert på en antagelse om at brukermedvirkning fører til større tilfredshet og mer positive erfaringer med systemet, reiser problemstillingen også følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvilke forskjeller er det i erfaringer med systemet blant de ulike brukergruppene?
- 2) Hvilke forskjeller er det i erfaringer blant avdelingene?
- 3) Hvordan påvirker brukermedvirkning hvilke erfaringer de ulike brukergruppene har med systemet?

For å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene, har jeg gjennomført en kvalitativ undersøkelse av brukeres erfaringer gjennom dybdeintervjuer. Informantene er både fageksperter, superbrukere og sluttbrukere ved St. Olavs Hospital.

Gjennom denne undersøkelsen søker oppgaven å bidra til fagfeltet og praksisen ved å belyse faktorer som kan bidra til effektive og vellykkede IT-implementeringsprosjekter, med særlig vekt på brukermedvirkning.

## 1.3 Oppgavens oppbygging og struktur

Oppgaven er strukturert i seks hovedkapitler. Etter denne innledningen følger et teorikapittel som presenterer den teoretiske rammen for oppgaven. Her vil jeg først presentere et sosioteknisk perspektiv på teknologiimplementering. Deretter vil jeg definere hva brukermedvirkning er, og diskutere ulike aspekter ved fenomenet. I tillegg vil jeg gjøre rede for tidligere forskning, hvorav studier av Epics journalsystem vil stå i fokus. Videre vil metodekapittelet gi en detaljert beskrivelse av forskningsdesignet, og en grundig gjennomgang av datagenererings- og dataanalysemetode. Jeg vil også redegjøre for hvilken metodisk fremgangsmåte jeg har benyttet meg av underveis i oppgaven.

I analysen vil funnene fra intervjuene bli presentert og diskutert i lys av teori og tidligere forskning. Dette vil følges av en bredere diskusjon som reflekterer over analysefunnene i lys av forskningsspørsmålene og problemstillingen, samt begrensninger, implikasjoner og videre forskning. Avslutningsvis vil jeg forsøke å oppsummere hovedfunnene i en konklusjon.



## 2. Teoretisk rammeverk og tidligere forskning

For å kunne håndtere det omfattende materialet og de mange perspektivene som kan være relevante for problemstillingen rundt digitalisering, helsevesenet og brukervedvirkning, er det nødvendig å avgrense det teoretiske rammeverket til visse områder. Dette kapitlet vil derfor ta for seg tre hovedtemaer.

Det første delkapitlet vil utforske brukerperspektivet på teknologiimplementering. Dette gir innsikt i menneskers interaksjon med teknologi og hvordan man kan ha ulik erfaring med teknologi. Videre vil jeg redegjøre for brukervedvirkning og belyse ulike faktorer som kan påvirke brukervedvirkning i digitaliseringsprosjekter. Til slutt vil jeg gjennomgå tidligere litteratur om brukervedvirkning i Epic og lignende systemer. I sum vil dette gi en solid teoretisk forankring for den videre analysen og drøftingen.

For ordens skyld, vil jeg kort redegjøre for begrepet brukervedvirkning før vi tar fatt på resten av kapitlet. I helsesektoren blir pasientinvolvering, eller pasientmedvirkning, ofte referert til som brukervedvirkning. I denne oppgaven er det derimot snakk om klinikerinvolvering, da brukerne det er snakk om her er klinikere. I tidligere forskning og litteratur bruker forskere ulike begreper på dette, som eksempelvis brukerinvolvering, brukerdeltakelse, brukerengasjement og brukervedvirkning. Noen ganger brukes de om hverandre, mens i andre tilfeller har de forskjellige nyanser og betydninger. For å unngå misforståelser og forvirring, har jeg valgt å bruke begrepet *brukervedvirkning* i denne oppgaven. Senere i kapitlet vil jeg redegjøre for en mer presis definisjon av begrepet.

### 2.1 Brukerperspektiv på teknologiimplementering

Teknologiimplementering handler ikke bare om å introdusere en ny teknologi, men også om å forstå hvordan teknologien påvirker brukere og deres interaksjon med den. Dette kapitlet tar nærmere for seg to ulike perspektiver på studiet av teknologi og vitenskap, nemlig teknologideterminisme og sosialkonstruktivisme.

Teknologisk determinisme antar at teknologi eksisterer uavhengig av samfunnet, kulturen, tiden og konteksten. I en slik forståelse har teknologi har en autonom funksjon som kan forstås uten hjelp av samfunnet rundt (Feenberg, 1992, s. 304). Teknologi blir sett på som objektiv og naturlig, og utviklingen som forutbestemt og uten påvirkning fra andre faktorer. Den utvikler seg på egen hånd, og trenges inn i samfunnet uavhengig av kulturell og politisk utvikling (Baltzersen, 2008, s. 4). Det er altså teknologien som driver fremgang i samfunnet, uten gjensidig innflytelse fra samfunnet, og dermed er mennesker og det sosiale svake parter i møte med den (Feenberg, 1992, s. 304; Skjølsvold, 2015, s. 21). Denne tankegangen er for mange sett på som gammeldags, men til tross for det, kan vi fremdeles se slike holdninger også i dag. Eksempler på dette er at dataspill leder til vold eller at roboter vil ta over jobbene våre.

Ifølge Skjølsvold (2015) var det gjennom kritikk av teknologideterminisme at det utviklet seg en mer sosialkonstruktivistisk tilnærming til teknologi. Raymond Williams (1974, i Skjølsvold, 2015) mente at det var viktig å studere samfunnstrender og utviklingstrekk når en teknologi ble ført inn i samfunnet. Hans syn på dette synliggjør at teknologi produseres, utvikles og spres på innsiden av og som en del av samfunnet, og at prosessene ikke er immune mot samfunnspåvirkningen. Dermed ble tanken om at teknologien «trenger seg inn» i samfunnet forkastet. Det ble også empirisk bevist at teknologiutvikling er påvirket av sosiale forhold, som eksempelvis faktorer som språk, interaksjon og menneskelig praksis (Skjølsvold, 2015, s. 35). Berger og Luckmann (1996, i Skjølsvold,

2015, s. 31) legger vekt på at man må forstå at virkeligheten blir betraktet på bakgrunn av ulike sosiale faktorer, og at disse faktorene er forskjellig fra person til person. Ulike personer kan altså forstå et fenomen på ulike vis, og derav kan noen tolkninger av virkeligheten oppnå dominans fremfor andre på bakgrunn av sosiale prosesser.

Teknologier kan altså oppleves forskjellig fra menneske til menneske, og den kan tolkes på ulike måter. Dermed er ikke lenger det sosiale, ifølge sosialkonstruktivismen, en «svak part» i møte med teknologien, men heller det som bestemmer og påvirker hvordan teknologien tas imot i samfunnet. Samtidig kan man ikke si at all handlekraft ligger i menneskelige og sosiale krefter. Dette er noe av kritikken mot sosialkonstruktivisme, hvorav kritikerne mener at det reduserer vitenskapelig kunnskap til kun å dreie seg om sosiale forhold. Dette blir diskutert nærmere i kommende delkapittel.

### 2.1.1 Et sosioteknisk brukerperspektiv på teknologi

Teknologiens påvirkning strekker seg altså utover det rent teknologiske og det rent sosiale aspektet. Å betrakte teknologien som en av flere aktører er en måte å analytisk inkludere teknologiens innflytelse inn i bildet. I denne sammenhengen er det også relevant å presentere fenomenet om å se på teknologi som «tekst», som refererer til den innebygde funksjonaliteten og begrensningene som teknologien pålegger brukeren (Skjølvold, 2015, s. 152). Dette perspektivet kan gi et bedre grunnlag for å forstå hvordan teknologi påvirker samhandling og beslutningsprosesser, og dermed ha betydning for utvikling og implementering av teknologiske løsninger.

Fremveksten av aktør-nettverksteori (ANT) var en viktig årsak til at man betraktet teknologi som mer enn kun sosialt konstruert (Skjølvold, 2015, s. 67). Man rettet blikket mot relasjoner mellom aktører, og la vekt på at det ikke kun var mennesker som handlet. Man måtte også se på det materielle, og hvordan mennesker og ikke-mennesker handlet, forholdet mellom dem og nettverkene de dannet. Et slikt *sosioteknisk* perspektiv fokuserer på samspillet mellom teknologi, samfunn og mennesker. Det tar avstand fra å skille mellom mennesker og teknologi, eller mellom det sosiale og teknologiske, og ser på dem som tett sammenvevde og gjensidig påvirkende faktorer som kan endres over tid (Skjølvold, 2015, s. 68). Teknologien som aktør handler altså om å se på teknologi som en aktiv deltaker i samspillet med mennesker. Man må ta hensyn til hvordan teknologien påvirker menneskers adferd, holdninger og verdier. Samtidig må man vurdere hvordan mennesker påvirker teknologien gjennom sin bruk av den. Sosiologen Ingunn Moser oppsummerer ANT slik:

Essensen i ANT er at både sannheter og ting inngår i og opprettholdes av nettverkene de står i. Hvis nettverkene begynner å smuldre i et eller annet ledd, blir tingene og faktaene problematiske, de mister sin naturlighet og gitthet, og går i oppløsning. Men omvendt, hvis nettverkene er på plass, hvis de er solide og støtter seg på mange og sterke relasjoner, er resultatet fakta, natur og teknologi. (Moser, 1998, s. 62-63)

Som nevnt innledningsvis, kan teknologi forstås som tekst, hvor teknologiutviklingen er selve skrivingen, mens teknologibruken er lesing av teksten. Designere og utviklere kan inkludere en form for brukerveiledning i selve teknologien, og måten teknologien designes på kan få sosiale og politiske konsekvenser (Skjølvold, 2015, s. 149). Denne *teksten* fremmer visse bruksområder og hemmer andre. Dersom det er en forskjell mellom design- og brukskonteksten, vil ikke teksten være stabil nok til å påvirke brukerens atferd slik det

var tenkt (Latour, 1991, i van der Velden & Mörtberg, 2014, s. 44). Teknologi er nemlig fortolkningsmessig fleksible, som vil si at det finnes mange måter å forså og lese teknologier på, avhengig av hvem som tolker den. Ifølge Woolgar (1990, i Skjølsvold, 2015, s. 150) har ikke teknologier noen *egentlig* mening, men likevel er brukere i stand til å forstå teknologien omtrent slik designeren ønsker, på grunn av teknologiutviklerens og –utviklingens sosiale karakter. Teknologiutviklere og designere har ofte antagelser om hva brukerne trenger, hvilken kompetanse de har og hva de ikke kan (Skjølsvold, 2015, s. 150). Dette tas hensyn til når den teknologiske teksten skal skrives.

Woolgar (1990, i Skjølsvold, 2015) har identifisert hvordan utviklere produserer og skriver disse teknologiske tekstene. De utvekslet historier om hvordan brukerne bruker datamaskiner, programvarer og annet utstyr i hverdagen. Dermed fremstår brukernes ønsker og behov som en viktig del av utviklingen av teknologier (Skjølsvold, 2015, s. 151). Det var en utbredt diskurs blant utviklere som plasserte ansvaret for problemer med programvare på brukeren, på grunn av deres manglende kompetanse. Man skulle derfor ikke spørre dem om råd, noe som førte til at utviklere skrev begrensninger i teknologien for å unngå feilbruk.

Ifølge Skjølsvold (2015, s. 151) har denne tankegangen en tendens til å gjenta seg i litteraturen, og teorier om brukermedvirkning er basert på en kritikk av nettopp dette (se eks. Hatling & Sørensen, 1998). Istedenfor at designere og utviklere tar utgangspunkt i sine antagelser om brukere, kan man sikre at teknologien er tilpasset og møter brukernes behov ved å inkludere brukerne i utviklingsprosessen. Brukere er en grunnleggende kilde til informasjon som kan bidra til å identifisere og løse mulige utfordringer eller barrierer. Derfor kan brukermedvirkning være en viktig strategi for å implementere teknologi på en måte som både ivaretar brukernes behov og sikrer en optimal samhandling mellom teknologi og mennesker (Hatling & Sørensen, 1998, s. 172; van der Velden & Mörtberg, 2014, s. 44). Dette vil også være gjeldende i en prosess som implementeringen av Helseplattformen. Samtidig er Helseplattformen en teknologisk løsning som kan ha egen agenda og eget handlingsmønster, noe som kan påvirke og begrense helsepersonellens og brukernes mulighet til å medvirke i implementeringsprosessen. Dette kommer jeg tilbake til senere.

### 2.1.2 Teknologiske rammer og opplæring

For å forstå hvordan nye IT-systemer som Helseplattformen tas imot på arbeidsplassen, er det relevant å se nærmere på hvordan folk tolker teknologi. I studien *Learning from Notes* trekker Orlikowski frem to organisatoriske elementer, kognitive og strukturelle, som påvirker brukernes adopsjon, forståelse og tidlig bruk av teknologien (Orlikowski, 1992, s. 362-363). I dette kapitlet skal vi se nærmere på kognitive elementer, og mer spesifikt *teknologiske rammer*.

Kognitive elementer refererer til mentale modeller eller rammer enkeltmennesker har om eksempelvis verden, deres organisasjon, arbeid eller teknologi. Disse oppfatningene deles gjerne med andre som har lik utdannings- og yrkesbakgrunn, arbeidserfaring og andre man har regelmessig samhandling med. Særlig vil folks mentale modeller om teknologi, de *teknologiske rammene*, forme hvordan informasjonsteknologi blir designet og brukt i organisasjoner (Orlikowski, 1992, s. 364). Rammene er referansepunkter som organiserer og former organisasjonsmedlemmer eller ansatte sine tolkninger av organisatoriske fenomener, og gir dem mening gjennom sine antakelser, kunnskap og forventninger (Orlikowski & Gash, 1994, s. 176). Teknologiske rammer opererer ofte i bakgrunnen, og har både fordeler og ulemper ved seg. De kan strukturere organisasjonens opplevelser,

muliggjøre tolkning av uklare situasjoner og redusere usikkerhet i komplekse organisasjonsendringer, men samtidig kan de være begrensende ved at de forsterker avhengighet av etablerte antakelser (Orlikowski & Gash, 1994, s. 177).

Mennesker har ofte eksisterende teknologiske rammer som brukes for å konfrontere en ny teknologi, men disse endres ofte for å forstå eller interagere effektivt med ny teknologi. Denne endringen blir påvirket av typen og omfanget av kommunikasjonen som produktinformasjonen gir, samt hvilken opplæring de får på produktet. Orlikowski skriver at ansatte i organisasjonen, som hun studerte som casestudie, fikk relativt lite informasjon om systemet i forkant, og at mange først fikk høre om det da det ble installert på datamaskinene deres. Uten eksplisitt informasjon om hva Notes var og hvorfor selskapet valgte det, måtte brukerne selv gjøre sine antagelser om teknologien og hvorfor den ble distribuert (Orlikowski, 1992, s. 364). Liten eller ingen forståelse for nye teknologier kan føre til at folk ikke bruker eller integrerer det i sine arbeidspraksiser (Orlikowski, 1992, s. 364). I tillegg kan det, som det gjorde i studien av Notes, føre til skepsis og misnøye. En av konsekvensene av den raske innføringen av systemet, var dessuten at det ble dårlig kommunikasjon rundt programmet. Sett i lys av Helseplattformen, er dette relativt ulikt fra hvordan det har vært på St. Olavs Hospital. Prosjektet har blitt diskutert og har pågått over flere år, og kommunikasjonen rundt systemet har tilsynelatende vært konsistent og kontinuerlig. Det vil likevel bli interessant å se hvordan kommunikasjonen om Helseplattformen har vært, og hva dette har hatt å si for de teknologiske rammene til brukerne ved sykehuset.

Som sagt kan teknologiske rammer også endres ettersom hvilken opplæring ansatte får på teknologien. Opplæring er sentralt for brukeres forståelse av den nye teknologiens evner og for å vite hvordan den skiller seg fra andre teknologier de er kjent med. Ifølge Orlikowski (1992, s. 365) kan opplæring både påvirke allerede eksisterende rammer og skape nye. I studien om Notes prioriterte selskapet installasjonen av systemet fremfor opplæring av brukerne. Ledelsen mente at brukerne ville lære best gjennom praktisk bruk, og ikke formell undervisning, fordi det var slik brukerne ville se teknologiens potensial. Det ble også tilbudt klasseromsundervisning med et datapersonell, men opplæringen var mer rettet mot det tekniske aspektet og individuell bruk, uten å fremheve samarbeidsmulighetene til Notes. Dette førte til at brukerne brukte sine eksisterende teknologiske rammer av personlige dataprogramvarer, og brukerne så heller på Notes som et individuelt produktivitetstverktøy fremfor en samarbeidende teknologi (Orlikowski, 1992, s. 365). Minimal og ufullstendig opplæring kan altså føre til at brukere ikke utvikler nye teknologiske rammer, og derav ikke oppfatter potensialet til teknologien.

Orlikowski og Gash (1994, s. 179) skriver at tid også har en innvirkning på hvordan en teknologi tolkes. Etter implementeringen av en teknologi vil forståelsen av prosess- og produktteknologi i organisasjonen bli mer fastslått, og dermed med solid, over tid. Dermed vil sosiale og kulturelle tolkninger av teknologi utvikle seg over tid, og kan gjøre at teknologien blir mer konsistent etter en periode med bruk og erfaring (Orlikowski & Gash, 1994, s. 179).

Teknologiske rammer kan forstås i lys av et sosioteknisk perspektiv, da det viser hvordan teknologi og organisasjon påvirker hverandre gjensidig, og understreker viktigheten av å ta hensyn til begge faktorer når man implementerer ny teknologi i en organisasjon. Det kan bli interessant å undersøke nærmere hvordan arbeidsflyten og -prosedyrene har endret seg etter implementeringen, og om dette har noe utslag på erfaringene til klinikerne. Dersom det er mangel på endringer i arbeidsprosessene, kan det tenkes at

informantene har hatt vanskeligheter med å integrere Helseplattformen for fullt i arbeidsrutinen.

## 2.2 Fra deltakelse til samarbeid: Utfordringer med brukermedvirkning i storskala prosjekter

I dette delkapittelet vil jeg redegjøre for hva brukermedvirkning er, og hvordan dette er praktisert i norsk arbeidsliv. Videre vil jeg presentere ulike utfordringer som kan oppstå i forbindelse med brukermedvirkning.

### 2.2.1 Brukermedvirkning og brukertilfredshet

Det har lenge vært enighet om at brukermedvirkning i systemutvikling bidrar til systemsuksess (se eks. Hunton & Beeler, 1997). Det er imidlertid vanskelig å måle suksess, men brukeraksept og -tilfredshet er to av aspektene ved et systems suksess (Bano, Zowghi & da Rimini, 2017, s. 2340). Ifølge Bano et al. (2017, s. 2340) vil brukermedvirkning i systemutvikling føre til høyere brukertilfredshet, noe som oppstår når brukere oppfatter at de har kontroll på systemutviklingsprosessen.

I en studie av Hunton og Beeler (1997, s. 378), kom det frem at jo mer deltakende en bruker er i utformingen av et informasjonssystem, jo mer positive holdninger vil brukeren ha til systemet. Høyere deltakelse vil også ha en positiv påvirkning på oppfatningen brukeren har om at systemet er viktig og relevant for dem, og dessuten føre til en økning i brukerytelse. En studie fra Finland fant lignende resultater. Vahteristo og Jylhä (2020) undersøkte hvordan deltakelse i utviklingsprosessen påvirker evalueringen av suksessen til informasjonssystemer i finsk helsesektor. Resultatene indikerer at deltakelse i utviklingsprosessen førte til mer aktiv og omfattende bruk av systemet. Altså økte deltakelsesprosessen engasjementet for systemet ved å gi brukerne mulighet til å påvirke utviklingen. Brukerne som deltok, vurderte dessuten suksessen til systemet som bedre enn det brukerne som ikke deltok gjorde (Vahteristo & Jylhä, 2020, s. 210).

I utformingen av informasjonssystemer avhenger brukermedvirkning av to ting, ifølge Hatling og Sørensen (1998, s. 174). Det første, det de kaller det «åpenbare», er at det avhenger av spillet mellom brukere og designere. Det avhenger også av prosessene der designerne forsøker å finne en balanse mellom kulturelle faktorer i informasjonsbehandling og datamaskinens rolle som verktøy for å transformere informasjon og informasjonsbehandling. Kulturelle faktorer kan eksempelvis være språk, sosiale normer og verdier, mens de tekniske kan være programmeringsspråk og databaser. Ved å finne en balanse mellom disse faktorene, kan designerne sikre at systemet fungerer effektivt for brukerne og samtidig tar hensyn til deres behov og preferanser. Dermed kan brukermedvirkning bidra til høyere brukertilfredshet, siden brukerne oppfatter at de har kontroll over prosessen, og samtidig sikre at systemer er i tråd med kulturelle og tekniske faktorer for best mulig ytelse (Bano et al., 2017; Hatling & Sørensen, 1998).

Proessen med å forhandle mellom disse faktorene kan imidlertid være kompleks, og krever at designere samarbeider tett med brukerne, som nevnt tidligere. Til tross for at det ofte kan være vanskelig å måle en direkte avkastning på brukermedvirkning, foreligger det empiriske bevis på at dette er en nøkkelfaktor når man utvikler IT-systemer, og det kan dessuten redusere motstand mot ny teknologi (Zahlsen, Svanæs, Faxvaag & Dahl, 2020; Hatling & Sørensen, 1998). Likevel, kan kompleksiteten til store IT-systemer hindre brukeres påvirkningskraft. Nye digitale systemer må ofte samhandle med mange andre systemer, og derfor vil nye systemer påvirke forskjellige deler av en organisasjon (Hatling

& Sørensen, 1998, s. 186). Nye systemer vil omorganisere og omdefinere arbeid, og designere har en tendens til å begrense brukernes rolle i utviklingsprosessen da de hevder å være den eneste gruppen med kunnskap om det nye systemet og dets funksjon i organisasjonen.

Designere har altså en diskurs om at brukerne har begrenset kunnskap, manglende oversikt og liten evne til å tenke i abstrakte begreper og kreativitet. Derfor blir brukerdeltakelse ofte ivaretatt på en indirekte måte. Dette fører til en modell av begrenset deltakelse, som blant annet medfører at brukerdeltakelse som oftest skjer i situasjoner der teknologiske alternativer er begrensede, slik at designeren fortsatt kan føle seg i kontroll over situasjonen (Hatling & Sørensen, 1998, s. 185). Derfor er det ikke alltid slik at brukere har *faktisk* en stemme inn, altså at det de bidrar med reflekteres i sluttproduktet. Dette kommer jeg tilbake til senere.

### 2.2.2 Brukermedvirkning i norsk arbeidskontekst

Det historiske bakteppet til norsk arbeidsstruktur er av relevans når det er snakk om brukermidvirkning. Skandinaviske land har i lang tid vært kjent for deres særegne organisering av arbeidslivet, som eksempelvis høyt utdannet arbeidsstyrke, god fagorganisering og godt samarbeid med fagforeninger, samt at politiske partier har godt samarbeid med fagforeninger. Samtidig har landene som regel hatt positiv innstilling til ny teknologi, da tap av arbeidsplass på grunn av teknologi blir kompensert av myndighetene (Ehn, 1993, s. 43). I Norge er arbeidstakere dessuten godt beskyttet gjennom arbeidsmiljøloven, som først kom i 1977. På den tiden sørget den for at helsefarlig produksjon ble stoppet, samtidig som at andre medbestemmelsesprosedyrer for arbeidsmiljøspørsmål ble etablert (Ehn, 1993, s. 44). I tillegg ble det opprettet et sanksjonssystem for arbeidsgivere som ikke fulgte de nye kravene, som jo fremdeles er gjeldende. Dette har til sammen bidratt til en sterk demokratisering på den norske arbeidsplassen.

Brukermedvirkning er også en del av det norske arbeidsdemokratiet (Hatling & Sørensen, 1998, s. 171). Arbeidsmiljøloven (2005, §4-2) sørger for at norske arbeidstakere har rett til medvirkning ved utformingen av systemer, og dessuten at de får nødvendig opplæring. Loven forteller også at arbeidsgiver skal sørge for «den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig» under omstillingsprosjekter som medfører «endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon» (Arbeidsmiljøloven, 2005, §4-2(3)). Brukermedvirkning er altså ikke kun en bidragsyter til demokratiseringen på arbeidsplassen, men har også hjemmel i norsk lov.

Tilbake i 1998 gjorde Hatling og Sørensen en studie på norske selskaper som drev med datasystemdesign, og spurte om hvilke metoder de anså som de viktigste. Blant funnene, fant de at designere synes det er viktig med brukermidvirkning i alle faser av et prosjekt, men særlig før prosjektet (Hatling & Sørensen, 1998, s. 180). Designselskapene mente imidlertid at den faktiske utviklingen av systemet var særlig egnet for utviklere. Videre fant de også at det er vanlig å få deltakere til å delta i arbeidsgrupper, og at de dermed blir en offisiell del av prosessen (Hatling & Sørensen, 1998, s. 180-181). De konkluderer så med at brukermidvirkning virker å være en viktig ressurs for utviklere, og at å kommunisere og jobbe med brukere er positivt for så å si samtlige informanter. Det har altså vært lang tradisjon med brukermidvirkning i Norge, da vi vet at brukermidvirkning er i fokus også i dag, som eksempelvis i implementeringsprosessen av Helseplattformen.

### 2.2.3 Utfordringer i storskala implementeringsprosjekter

Tidligere forskning har vist at det er flere utfordringer med brukermedvirkning i storskala prosjekter, slik som Helseplattformen er. Zahlsen et al. (2020) viser til studier som trekker frem antallet interessenter som en av de største utfordringene, blant annet på grunn av ulike kulturelle bakgrunner, meninger og normer, samt aksepten for ny teknologi. I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvordan språk, kunnskap og rigide systemer kan utfordre brukermedvirkning.

#### 2.2.3.1 Nødvendigheten av et felles språk

Ehn (1993) skriver om viktigheten av språk i brukermedvirkning. Han bruker en sammenligning med en snekker som skal lage en stol, og skriver «[t]o master the professional language of chairmaking means to be able to act in an effective way together with other people who know chairmaking» (Ehn, 1993, s. 64). Det er altså nødvendig å forstå språket og terminologien i profesjonen for å kommunisere og jobbe effektivt sammen mot et felles mål. Å kjenne til profesjonen betyr ikke nødvendigvis å kunne faget inn og ut, men heller at man kan kjenne igjen om noe blir gjort riktig eller galt.

I likhet med Ehn (1993), er dette også noe Zahlsen et al. (2020, s. 2) påpeker når de skriver om grensebetingelser i brukermedvirkning. De forteller at brukermedvirkningsaktiviteter er formet av ulike forhold, som eksempelvis ulike sosiale aspekter, i dens grensesfære. Disse forholdene kan enten muliggjøre eller hindre brukermedvirkning. At de involverte, altså brukere og utviklere, har et felles grunnlag er også viktig for at det skal bli gode og konstruktive diskusjoner i de ulike gruppene og aktivitetene. Kritik og refleksjon kan bli kraftig redusert dersom et felles grunnlag mellom deltakerne mangler (Zahlsen et al., 2020, s. 6). Videre, understreker Ehn (1993) også at effektiv kommunikasjon kommer av en enighet om både definisjoner og vurderinger av språket som brukes. For å oppnå konsensus kreves det, i tillegg til å uttrykke meninger, nettopp en delt bakgrunn og et delt språk for virkelig å forstå hverandre (Ehn, 1993, s. 65). Dette er også noe Wagner (1993, s. 100) finner i sin studie, hvor hun undersøker konseptet med en interkulturell dialog. Der fant Wagner at alle som deltar i designprosessen bør ha likt grunnlag, det vil si lik kunnskap, like teknikker og samme visualiseringer for å bygge en felles forståelse for systemet i organisasjonen. Dette kan dog utvikle seg etter hvert som en prosess utformer seg, og språk og regler kan således endres underveis (Ehn, 1993, s. 65). Det er dessuten vanlig at hindringer som oppstår i en prosess ikke nødvendigvis er så enkle å definere, men at deltakende aktiviteter som oppstår på ett punkt i prosjektet kan skape grensebetingelser som kan forme fremtidige aktiviteter (Zahlsen et al., 2020, s. 2). Etter hvert som man får et felles språk, vil man altså lære seg å forstå hverandre bedre.

Som vi skal se i analysen, blir dette med språk uttrykt som en utfordring hos flere av informantene. Med de mange aktørene som inngår i Helseplattformen-prosjektet, altså helsemyndighetene, kommunene, legekontorer, systemet i seg selv, Helseplattformen AS, Epic, og ikke minst brukerne, er det ikke usannsynlig at de har ulike interesser. Det er heller ikke usannsynlig at aktørene har ulike organisasjonsstrukturer, normer eller tankeganger, eller at de bruker forskjellig språk og terminologi. Derfor er det interessant å se hva dette har hatt å si for brukermedvirkningen i implementeringsprosessen av Helseplattformen.

Med erkjennelsen av betydningen av et felles språk i brukermedvirkning, leder dette oss til neste tema - kunnskap. For å oppnå en vellykket implementering og bruk av teknologi, er det nødvendig at aktører forstår hverandre, også faglig.

### 2.2.3.2 Medvirkning for økt kompetanse

Ifølge Ehn (1993, s. 66), virker en vanlig antagelse i de fleste designtilnærminger å være at brukerne må kunne gi fullstendige og eksplisitte beskrivelser av kravene sine. Det legges derfor vekt på metoder som belyser dette, som eksempelvis kravspesifikasjoner eller systembeskrivelser. Det er ikke nødvendigvis så viktig hvor nøyaktig disse beskrivelsene er, ei heller nødvendig at de speiler virkeligheten, men Ehn (1993, s. 67) påpeker likevel relevansen av dem i designprosessen, fordi man bruker det som referanse til refleksjon av fremtidige dataprogrammer og -bruk. Disse artefaktene, som eksempelvis kan fremstilles i form av prototyper, kan bidra til å huske tidligere erfaringer, som designere så kan bruke i sin praksis.

Ehn (1993, s. 67) trekker også frem at det kan være vanskelig for brukere å dele hva de kan, hva de ønsker eller hvilken kunnskap de har. Brukere har ofte en praktisk erfaring som er vanskelig å uttrykke i ord, og for å forklare hva de mener, må de vise det i praksis. Dette kaller han *sanselig kunnskap* («sensuous knowing»), og sammenligner det med at man skal forklare hvordan en klarinett høres ut. Man er kjent med tidligere tilfeller av hvordan noe er, lyder, lukter eller kjennes ut, og at dette kan trosse en formell beskrivelse. Det er kunnskap som ikke kan uttrykkes i ord, men som må erfares direkte. Det er derfor vanskelig, forteller Ehn (1993, s. 68), for designere å utvikle et system som er brukervennlig. Derfor foreslår han at deltakelse ikke bare gjelder for brukere som deltar i design, men at det kanskje er enda viktigere for designere å delta i bruk.

Et annet aspekt, som er diskutert tidligere, er at designere eller utviklere ofte kan legge skylden på brukere dersom det oppstår problemer med en teknologi, på grunn av en antagelse om manglende kompetanse (Skjølsvold, 2015, s. 151). Selv om brukermedvirkning er anerkjent som viktig blant utviklere og designere, viser studien til Hatling og Sørensen (1992) at utviklerne mener at brukerne kun er interessert i og kan forstå sin egen lille del av prosessen. De kan bli smale i tankegangen siden de er spesialisert i deres arbeid og ikke kan se helhetsbildet (Hatling & Sørensen, 1998, s. 181-182). Derfor føler designere at de selv må ta styringen i designprosessen, og begrenser dermed brukernes egentlige medvirkningsmuligheter. Vi skal nå se nærmere på andre faktorer som kan begrense brukermedvirkning.

### 2.2.3.3 Rigide informasjonssystemer og beslutningsstruktur

Offentlige anskaffelser av informasjonssystemer i offentlige organisasjoner er en spesialisert aktivitet på grunn av de høyt regulerte rammebetingelsene. EU-direktiver og lokale lover om offentlige anskaffelser setter ofte begrensninger for hvordan anskaffelsen skal gjennomføres for å sikre like muligheter for alle deltakende leverandører (Nieminen et al., 2014, s. 806). Dette påvirker hvordan brukerfokuserede metoder, som eksempelvis brukermedvirkning, kan brukes i systemvalg- og utviklingsprosessen.

Som nevnt tidligere, har prosjektet med Helseplattformen foregått over mange år, men da Epic ble valgt som leverandør, og kontrakten ble signert i 2019, markerte dette slutten på anbudsperioden. Det kan bli sett på som en milepæl, forteller Zahlsen et al. (2020, s. 4), siden alle interessentene måtte forholde seg til kontrakten som det overordnede kravet for prosjektet. I tillegg regulerte kontrakten rettsforholdet mellom interesseorganisasjonene, budsjettet og de overordnede tidsbegrensningene. I oppstartsfasen av konfigureringen av Helseplattformen var det mange beslutninger som måtte tas om hvordan systemet skulle fungere. Epic kan konfigureres ulikt for de forskjellige instansene, noe som vil si at systemet kan se delvis annerledes ut for eksempelvis legekontorer og sykehus. Tross dette, var det nødvendig med standardisering av noen arbeidsprosesser, sånn at pasientjournalen



kunne støtte informasjons- og arbeidsflyt mellom instansene (Ellingsen & Hertzum, 2020, s. 706).

Helseplattformen etablerte en omfattende beslutningsstruktur for å bestemme slike standardiseringer, som fremdeles består i dag. Alle faglige beslutninger skal fattes av riktig nivå i strukturen, og dersom det ikke er enighet innad i nivået, løftes saken til høyere nivå. Det er fire nivåer i strukturen, hvorav det første nivået består av tre fagteam innen helse, IKT og data. Fagteam Helse består av fageksperter som tar beslutninger om konfigurasjon og oppsett av løsningen, og så langt det går skal beslutninger tas på dette nivået og bygge på enighet (Helseplattformen, 2020). Datateamet vurderer og tar beslutninger om blant annet bruk av data, terminologi, kodeverk og informasjonsstandarder, og behandler spesifikke saker som eksempelvis e-meldinger, informasjonssikkerhet og integrasjon. IKT tar beslutninger som omhandler bruk av teknologi, tekniske løsninger og standarder, og integrasjoner. Det andre nivået består av en felles beslutningsgruppe som tar avgjørelser når fagekspertene ikke blir enige, mens det tredje nivået er interne styringsgrupper fra Trondheim kommune og Helse Midt-Norge. Det øverste nivået er eiermøtet og består av representanter fra helseforetak og kommuner, som gjerne tar beslutninger om samarbeidet, inkludert faglig innhold, utvidelse og oppgaveforsyning (Helseplattformen, 2020). I begynnelsen av prosjektet krevde noen beslutninger godkjenning på toppnivå på grunn av organisatoriske konsekvenser (Ellingsen & Hertzum 2020, s. 706). Endringsforslag må altså potensielt gjennom flere nivåer før en beslutning kan fattes.

Som vi har sett i dette delkapittelet, er brukermedvirkning viktig i systemutvikling for å oppnå suksess og brukertilfredshet. God brukermedvirkning avhenger av samspillet mellom brukere og designere, og en balanse mellom kulturelle og tekniske faktorer. Brukermedvirkning i storskala prosjekter inkluderer flere interessenter og aktører, og det kan oppstå utfordringer rundt språk og kommunikasjon mellom brukere og utviklere. Neste delkapittel ser nærmere på aspektene rundt brukermedvirkning i Epic-systemer.

## 2.3 Tidligere forskning om brukermedvirkning i Epic

Ovenfor har vi gått gjennom hva tidligere forskning viser at kan være utfordringer med brukermedvirkning i storskala prosjekter. Før jeg går til analysen, vil jeg belyse hva tidligere forskning om innføring av Epic i helsevesenet allerede har funnet ut vedrørende medvirkningsprosesser og helsepersonellens erfaringer med Epic. Som beskrevet innledningsvis har Helseplattformen lagt opp til en omfattende prosess hvor brukere har blitt invitert til å delta i konfigureringen av systemet for å tilpasse det norske forhold. Før Go Live har det blitt gjort forskning på hvordan brukere har opplevd medvirkningsprosessen underveis.

Nøst, Faxvaag, og Steinsbekk (2021) undersøkte brukeres erfaringer med konfigureringsprosessen. De fant enighet blant informantene om at en ny løsning ville være verdifull for alle parter i pasientomsorgen, uavhengig av antall eller variasjoner i tjenester som bruker den. Imidlertid var det noen bekymringer knyttet til innhold og funksjoner i den nye journalløsningen, spesielt relatert til mulig økt arbeidsmengde. Deltakerne i medvirkningsprosessen var altså positivt innstilt til en ny pasientjournal og så ingen spesielle utfordringer med det. Informantene opplevde imidlertid en konflikt mellom avtalte intensjoner og argumenter for å begrense tilgjengelige funksjoner av hensyn til mulige negative konsekvenser for pasienter og helsepersonell (Nøst et al., 2021).

Ringdal og Farshchian (2022) fokuserte på testing av systemet. De fant at brukerne ikke visste hva de kunne kommentere på og når, ei heller hvordan. Systemet ble oppfattet som lukket og «beskyttet» av kontrakter, hvilket gjorde det vanskelig for brukerne å vite hva som kunne endres. Usikkerhet rundt hvor langt systemet var i utviklingsprosessen eller hvor komplett det var, førte til at endringer som var viktige for brukerne, ble ansett som ubetydelige av leverandøren som allerede anså systemet som tilstrekkelig. Kunnskapsutfordringer oppstod som følger av en avstand mellom de som kjente til systemet og brukerne, noe som hindret meningsfulle diskusjoner. Lokale prosesser, som møter i kommunen, skapte et tillitsfullt miljø for ideutveksling, men kunnskapsoverføringen til prosjektets formelle prosesser sviktet. Forfatterne mener at prosjektet kunne hatt nytte av å inkludere innsikt fra lokale prosesser for bedre å forstå brukernes behov og ønsker. I tillegg fant Ringdal og Farshchian (2022) at endringer i systemet var kompliserte, både på grunn av beslutningsstrukturen og fordi de var regulerte av kontrakter. Endringer som ga mening i en lokal kontekst, for eksempel innad i en kommune, kunne bli liggende og ikke bli tatt hensyn til. Siden prosjektet kontinuerlig endret seg og fordi det tok lang tid å få frem endringen, kunne endringsforslagene bli irrelevante.

Zahlsen et al. (2020) fant lignende resultater. Fagekspertene de intervjuet erfarte at møtene de deltok på var uoversiktlige og uten kontekst. De savnet å få mer informasjon om hvordan de kunne delta med sin kunnskap, siden flere aspekter av de overordnede kravene allerede hadde blitt bestemt før fagekspertene ble involvert. I tillegg var det uklart hva som skulle skje med de beslutningene de tok. Videre fant forfatterne at fagekspertmøtene var rigide og formelle, hvilket førte til at de var mindre villige til å delta aktivt. Til slutt påpeker Zahlsen et al. (2020) at fagekspertene ble behandlet som individuelle ressurser, og at man heller burde ha en tilnærming hvor man eksplisitt planlegger samhandling mellom fagekspertene.

Epic har også levert lignende teknologi til flere andre land i verden, deriblant Danmark. Implementeringen av den danske versjonen av Epic-systemet, Sundhedsplattformen, startet i 2016, hvorav formålet var å øke effektivitet, spare kostnader og forbedre pasienttilgangen (Jeppesen et al., 2018, s. 1). Etter implementeringen oppstod det flere problemer, inkludert uønskede hendelser og tekniske utfordringer, og implementeringen ble kritisert av den danske rigsrevisjonen. Kritikken dreide seg blant annet om at opplæringen startet senere enn planlagt, som gjorde den ufullstendig, samtidig som at mange brukere fikk opplæring i et uferdig system fordi det ble gjort flere justeringer etter opplæringen. En studie to år senere viste at helsepersonell hadde ulike holdninger til systemet. Noen var dedikerte og optimistiske, mens andre var frustrerte og demotiverte. Flertallet utviklet imidlertid en mer negativ holdning underveis i studien (Jeppesen et al., 2018, s. 6).

Studien viser at holdninger og erfaringer med Sundhedsplattformen påvirkes av allerede eksisterende faktorer, som fagkultur, gruppeinnstilling, IT-kompetanse, alder og tidligere erfaring (Jeppesen et al., 2018, s. 5). I tillegg kan holdninger påvirkes av nivået av hjelp og support brukerne får underveis i implementeringen. Forskerne fant at utilstrekkelig bruker støtte skapte frustrasjon og apati på grunn av de ikke-transparente rolleendringene og økt arbeidsmengde. Det var problemer med ufullstendig opplæring, uklart systembruk og utilstrekkelig IT-hjelp, samt organisatoriske problemer som brutte løfter, knappe ressurser og mangelfull koordinasjon mellom ulike enheter (Jeppesen et al., 2018, s. 6-10). Jeppesen (et al., 2018, s. 10) fant også at en må ta hensyn til organisatoriske dynamikker for at systemet skal ha kvalitative fordeler. Manglende forståelse førte til at

det ikke var gjensidig transformasjonsprosess mellom teknologien og organisasjonen. Teknologiens evne til å tilpasse seg organisasjonen var begrenset, og som et resultat ble ikke fordelene som økt produktivitet, bedre arbeidsprosesser og høyere brukertilfredshet realisert i den grad de håpet (Jeppesen et al., 2018, s. 10;12). Studien antyder også at dersom betydningen av positive brukerholdninger blir oversett, så er det en risiko for at brukere blir mer frustrerte og mister motivasjon (Jeppesen et al., 2018, s. 13).

Disse erfaringene var altså noe Norge ønsket å ta lærdom fra da de skulle implementere Helseplattformen i Midt-Norge (Helseplattformen, 2022b). Det var blant annet mindre fokus på brukermedvirkning under implementeringen i Danmark. I hvilken grad brukermedvirkning har påvirket holdninger til systemet der, er derfor vanskelig å fastslå. Rundt 400 klinikere har blitt involvert i prosjektet med implementeringen av Helseplattformen i Norge, så det blir spennende å se hvordan dette eventuelt har påvirket erfaringene til norske brukergrupper.

## 3. Metode

I følgende kapittel vil jeg redegjøre for den metodiske og analytiske tilnærmingen til studien på bakgrunn av problemstillingen: *Hvilke erfaringer har helsepersonell med brukermedvirkning i implementeringen av Helseplattformen?* Innledningsvis gir jeg en oversikt over kvalitativ metode, og presenterer så metode for datagenerering, inkludert rekruttering, utvalg og intervjugjennomføring. Videre vil jeg gå dypere inn på casestudie som forskningsdesign, og metoden som er brukt i dataanalysen. Til slutt diskuteres etiske betraktninger og forskningsprosjektets kvalitet.

### 3.1 Valg av metode og forskningsdesign

Målet med oppgaven er å forstå og beskrive helsepersonell sine erfaringer og holdninger i forbindelse med brukermedvirkning i implementeringen av Helseplattformen. For å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene, er jeg derfor nødt til å ha en tilnærming som genererer detaljert informasjon om informantenes erfaringer og perspektiver. På bakgrunn av dette er kvalitativ metode godt egnet til å skaffe innsikt, også fordi det gir mulighet for å se hvordan fenomener blir forstått og tolket av ulike aktører i situasjonen, samt hva som skaper disse holdningene (Tjora, 2021, s. 37). I en kvalitativ tilnærming legger samhandling mellom nysgjerrighet og systematikk, altså at man jobber systematisk med empiriske detaljer, grunnlaget for «konseptuelle oppdagelser og teoriutvikling» (Tjora, 2021, s. 35).

Hvilket forskningsdesign man velger, avhenger av en rekke faktorer. Deriblant finner vi hva det forskes på, hvilke resultater man ønsker og hvor mye kunnskap man har på temaet. I dette tilfellet ønsker jeg å finne ut hvilke erfaringer brukere har med brukermedvirkning, og samtidig undersøke om det er noen forskjeller mellom avdelingene og de ulike brukergruppene. I kvalitativ forskning jobber man altså i dybden med relativt få enheter, og avgrensningen for studier som dette må være godt begrunnet. Det finnes to strategier for dette, hvorav en av dem er å bruke en case, gjerne i tillegg til studiens deltakere. Ifølge Tjora (2021, s. 48) kan case defineres som «en undersøkelse som benytter en allerede eksisterende grense for hva og hvem undersøkelsen inkluderer og ekskluderer».

Å velge riktig case er en sentral utfordring i casestudier (Widding, 2005, s. 5). En god case bør ha teoretiske implikasjoner, da det vil uttrykke en generaliserende ambisjon. Valget om case kan baseres på en interesse, som enten er teoretisk eller empirisk forankret, for feltet. Helseplattformen er Norges største digitaliseringsprosess akkurat nå, og med store digitaliseringsprosesser kommer også en viss endring i organisasjonen. I denne prosessen har brukermedvirkning blitt vektlagt, noe som dessuten kan antas å være en viktig faktor for en vellykket implementering. Derfor er St. Olavs Hospital, som har implementert nettopp Helseplattformen, en god case å undersøke.

### 3.2 Datagenerering

Med utgangspunkt i problemstillingen og forskningsspørsmålene i oppgaven, valgte jeg å gjennomføre dybdeintervjuer. Dybdeintervjuer egner seg godt når man ønsker å undersøke informantenes egne erfaringer, meninger og perspektiver på et tema, og forskeren får mulighet til å forstå informantenes opplevelser og hvordan informanten reflekterer over dette (Tjora, 2021, s. 128). Intervjuene vil ofte ha en romslig tidsramme, hvorav informanten blir stilt åpne spørsmål så de kan gå i dybden der de har mye å fortelle. Problemstillingen min, altså hvilke erfaringer helsepersonell har med brukermedvirkning i

implementeringsprosessen av Helseplattformen, antyder at jeg ønsker å finne ut av nettopp hvordan de knytter sine følelser til erfaringer med brukermedvirkning. Jeg er altså ute etter informantenes subjektive oppfatninger basert på deres erfaringer, og derfor er det relevant med dybdeintervjuer (Tjora, 2021, s. 129). Gjennom dybdeintervju genererte jeg data fra ti informanter. De tilhørte ulike brukergrupper (fagekspert, superbruker og sluttbruker) og ulike avdelinger ved St. Olavs Hospital. I det følgende kapittelet redegjør jeg for utvalg og rekruttering av informanter.

### 3.2.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Valg av informanter må styres av hva det er man ønsker å forske på og finne svar på. Ifølge Tjora (2021, s. 145) er det vanlig praksis i kvalitative studier å velge informanter som har relevant kunnskap og erfaringer som gjør dem i stand til å gi reflekterte uttalelser om det aktuelle temaet. Siden jeg ønsket å undersøke helsepersonell sine erfaringer med Helseplattformen, valgte jeg å undersøke ulike brukergrupper ved St. Olavs, som var inkludert på forskjellig vis da systemet ble utformet. Det er fagekspertene som har hatt den største rollen som medvirkere i prosjektet, og har blitt frikjøpt og deltatt i retningsmøter med Helseplattformen og Epic. På bakgrunn av problemstillingen har jeg også valgt å intervju superbrukere og sluttbrukere. Tanken bak dette har vært å se om det er noen forskjeller i erfaringer mellom de ulike brukergruppene.

I tillegg til at forskningsspørsmålene legger opp til å undersøke forskjeller mellom de ulike brukergruppene, stilte jeg også spørsmål ved forskjellene blant de ulike avdelingene. Om jeg kun hadde valgt å undersøke én avdeling, hadde resultatene kanskje vært for mye preget av arbeidsflyten på akkurat denne avdelingen. For å sikre en mer variert representasjon av informanter, valgte jeg å intervju brukere fra tre ulike avdelinger ved St. Olavs Hospital. Under følger en oversikt over antall informanter og hvilke avdelinger de tilhører.

	<b>Fagekspert</b>	<b>Superbrukere</b>	<b>Sluttbrukere</b>
<b>Avdeling A</b>	1	1	0
<b>Avdeling B</b>	2	1	2
<b>Avdeling C</b>	1	1	1

*Tabell 1: Oversikt over antall informanter*

Bakgrunnen for denne fordelingen var å sikre en mangfoldig gruppe av respondenter fra ulike fagområder og brukergrupper. I begynnelsen av prosjektet kartla jeg hvilke avdelinger jeg ønsket å kontakte. Det innebar avdelinger som hadde forskjellige forhold til Helseplattformen som system og avdelinger som hadde forskjellige arbeidsoppgaver og dermed brukte ulike funksjoner av systemet. Rekrutteringsprosessen involverte hovedsakelig e-postkontakt. Jeg søkte etter e-postadresser på sykehusets nettsider, men fant få kontaktopplysninger. Jeg kontaktet kommunikasjonsavdelingen for å få e-postadresser, men ble ofte henvist tilbake dit. På grunn av personvern var det dessuten vanskelig å få tilsendt ansattes e-postadresser. I tillegg kontaktet jeg personer som hadde uttalt seg i media, men noen hadde endret rolle og andre svarte ikke.

Det var altså vanskelig å få tak i informanter, og rekrutteringsprosessen var lang. Ifølge Tjora (2021, s. 151) er dette vanlig, og flere purrerunder kan være nødvendig. Jeg endret mine planer om hvilke avdelinger jeg skulle kontakte etter å ha forstått omfanget av

prosessen. Etter mange e-postutvekslinger, samtaler og litt purring, fikk jeg til slutt avtaler med tre avdelinger. Avdeling A ble valgt på bakgrunn av flere pasientutskrivninger og tett samarbeid med kommunen. Avdeling B hadde tidligere uttalt seg negativt om Helseplattformen i media, og hadde dessuten allerede et velfungerende system som de var nøyde med. I tillegg kom avdelingen sent med i implementeringsprosessen, da det lenge var usikkert om de skulle være med. Derfor har kanskje Avdeling B opplevd størst endring i arbeidshverdagen. Jeg kom i kontakt med Avdeling C gjennom en bekjent, og denne avdelingen bruker andre deler av systemet enn de to andre avdelingene. Selv om det tok lang tid å få respons, fikk jeg til slutt kontakt med tre informanter. Resultatet ble altså tre avdelinger med ulike arbeidsoppgaver og ulike syn på implementeringsprosessen, noe som ga en god balanse i utvalget. Utvalget bestod til slutt av fire fagekspert, tre superbrukere og tre sluttbrukere.

### 3.2.2 Intervjuguide

Før intervjuene ble avtalt utarbeidet jeg en intervjuguide som et utgangspunkt for intervjuene (se Vedlegg 1). Det varierer ofte hvor strengt man følger strukturen av intervjuguiden (Tjora, 2021, s. 167), noe det også gjorde i mitt tilfelle. Det varierte i hvilke spørsmål som ble stilt når, avhengig av hva informantene svarte og reflekterte rundt. Informantene besvarte noen ganger på flere spørsmål jeg hadde uten at jeg trengte å stille dem, da det ble naturlig for dem å komme inn på disse temaene.

Intervjuguiden ble delt opp etter dybdeintervjuets tre faser: innledning, hoveddel og avslutning (Tjora, 2021, s. 159). Oppvarmingsspørsmålene bestod av spørsmål rundt informantens arbeidsoppgaver og hvorfor de begynte i avdelingen. Det var ikke nødvendigvis noe mål å få spesifikke opplysninger fra disse spørsmålene, men heller å ha en myk inngang for å skape en trygghet for informanten (Weiss, 1995, s. 65; Tjora, 2021, s. 160;163). Jeg stilte også innledningsspørsmål om deres førsteinntrykk av og forventninger til Helseplattformen, for å skape en glidende overgang til hoveddelen av intervjuet, noe som anses som viktig for dynamikken i et intervju (Weiss, 1995, s. 81). Selv om jeg ikke fulgte hele intervjuguiden slavisk, forholdt jeg meg til én fase om gangen, slik at jeg eksempelvis aldri gikk videre til hoveddelen før jeg hadde fått svar på innledningsspørsmålene. I tråd med semistrukturerte intervjuer, hadde jeg mulighet til å stille oppfølgings- og tilleggsspørsmål for å få mer individuell informasjon (Kvermo, 2010, s. 73).

Refleksjonsspørsmålene utgjorde kjernen av intervjuet, og formålet var at informantene skulle få gå i dybden i ulike deler av forskningstemaet (Tjora, 2021, s. 160). Avhengig om informanten var fagekspert, superbruker eller sluttbruker, ble det stilt spørsmål om brukerrollen, opplæring og håndtering av det nye systemet. Fagekspertene fikk også spørsmål rundt medvirkningsprosessen og deres tanker om dette. Videre ble spørsmål om selve implementeringsprosessen stilt, og ytterligere rundt deres erfaring med journalsystemet. Her reflekterte informantene også over sine utfordringer med bruken av Helseplattformen, og hvordan de har håndtert disse. Avslutningsvis ble informantene stilt spørsmål om arbeidet med Helseplattformen fremover.

Intervjuguiden ble revidert flere ganger før det endelige utkastet. Jeg foretok et pilotintervju med en medstudent for å forsikre meg om at intervjuguiden var strukturert på logisk vis. I etterkant av intervjuene har jeg imidlertid sett at intervjuguiden kunne blitt enda mer konkret, da noen av spørsmålene var omfattende å svare på. Det førte til at jeg måtte være ekstra bevisst på å sikre at ingen informanter sporet av fra hovedspørsmålet. Til tross for små justeringer underveis, var det viktig for meg at de aller fleste spørsmålene

ble stilt likt til alle informantene for å muliggjøre sammenligning av svarene (Kvernmo, 2010, s. 73).

### 3.2.3 Intervjugjennomføring

To av intervjuene ble gjennomført digitalt, fordi vi ikke var i samme by i påskeferien. Ellers var alle intervjuene fysisk, og jeg møtte dem på arbeidsplassen deres. Dybdeintervjuet skal tilstrebe en uformell situasjon, men til tross for dette, er det ifølge Tjora (2021, s. 133) viktig å huske at det er intervjueren som etablerer rammen for intervjuet. Dette var imidlertid noe utfordrende, da jeg av og til kunne føle meg på bortebane. Dette kommer jeg tilbake til senere. Jeg prøvde likevel å ha i bakhodet at intervjuet skal være et samarbeid, og at jeg ikke alltid trengte å ha kontroll (Weiss, 1995, s. 79).

Før selve intervjuet startet delte jeg ut et samtykkeskjema. Alle informantene fikk det tilsendt før vi avtalte intervjuet, men de fleste hadde likevel ikke lest gjennom det. Jeg forsikret meg om at alle signerte før intervjuet startet. I tillegg spurte jeg informantene en ekstra gang om det var greit med taleopptak. Til tross for at de hadde godtatt dette da de skrev under på samtykkeskjemaet, kjentes det naturlig å stille spørsmålet en gang til da jeg tok opp taleopptakeren. Dessuten understreket det antagelsen om samarbeidsforholdet jeg ønsket å ha til informanten (Weiss, 1995, s. 61). Taleopptak anså jeg som et godt hjelpemiddel, siden det bidro til at jeg kunne være fullstendig til stede under intervjusituasjonen, noe som er viktig for god kommunikasjon og flyt i intervjusituasjonen (Tjora, 2021, s. 180).

Som nevnt tidligere, ble det gjennomført til sammen ti intervjuer. Prosessen med datagenereringen tok lenger tid enn forventet, grunnet utfordringen med å få tak i informanter. Det første intervjuet ble gjennomført i februar, mens det siste var i april. Intervjuene varte mellom 45 minutter og halvannen time.

## 3.3 Analyse

Jeg vil nå gjennomgå den abduktive tilnærmingen jeg har hatt i analyseprosessen. Like etter Go Live på St. Olavs i november, var Helseplattformen et tema som ofte gjentok seg i media og på nyhetene. Jeg begynte derfor med å gjennomgå flere nyhetsartikler, og så gjennom Midtnytt- og Dagsrevyen-sendinger om Helseplattformen for å skaffe meg et overblikk over debatten. Jeg leste også forskning om den danske implementeringen av Epic-systemet, og tidlig forskning om Helseplattformen. Dette la så grunnlaget for intervjuguiden jeg utviklet, og da jeg begynte med datainnsamlingen hadde jeg dermed en grunnleggende innsikt i saken. Jeg var hele veien oppmerksom på å være åpen for nye og uventede funn, for ikke å bli styrt av det jeg allerede hadde kunnskap om på et tidlig stadium.

Transkripsjonen av intervjuene begynte fortløpende etter hvert intervju. Til tross for at man kan vurdere hvordan man transkriberer ut fra hva som er nyttig i den konkrete situasjonen (Kvale, 1997, i Tjora, 2021, s. 185), valgte jeg å transkribere detaljert. Presise transkripsjoner sikrer at tolkninger av forskningsfenomenet ikke blir påvirket av feilaktig hukommelse og egne fortolkninger (Timmermans & Tavory, 2012, s. 175). I tillegg unngikk jeg å utelukke potensielle viktige elementer, da jeg ikke hadde noen forventning om hva som kunne inkluderes i analysen.

Etter at jeg transkriberte intervjuene kodet jeg datamaterialet for å identifisere tematikker som gikk igjen i intervjuene. Kodingen ble gjennomført manuelt i et Word-dokument, hvor målet var å beholde essensen i det empiriske materialet samtidig som å redusere volumet

og legge til rette for idégenerering, noe som er nært beslektet den stegvis-deduktiv induktive metoden (Tjora, 2021, s. 218). I denne strategien jobber man både fra data mot teori (induktivt) og fra det teoretiske til det empiriske (deduktiv tilbakekobling). På denne måten kunne jeg underveis tilpasse og utvikle perspektivet mitt, i tråd med en abduktiv tilnærming (Timmermans og Tavory, 2012, s. 172).

Da jeg var ferdig med kodingen, delte jeg opp kodene etter brukergrupper. Jeg tok altså alle kodene fra fageekspertene i ett dokument, superbrukerne i et annet og sluttbrukerne i et tredje dokument. Jeg fikk således oversikt over hva som gikk igjen hos de ulike brukergruppene, og lagde kodegrupper utover dette. Jeg så eksempelvis fort at jeg måtte ha kodegrupper som omhandlet opplæring, rigiditeten til systemet og ulike begrensninger. Kodegruppene bidro til at det ble enklere å identifisere forskjeller og likheter i svarene, og gjorde dermed det videre analysearbeidet mer effektivt. Kodegruppene var noe forskjellig avhengig av brukergruppe, men ved å ha dem i ulike dokumenter, kunne jeg senere gå tilbake for å sammenligne de ulike funnene i hver brukergruppe. Jeg benyttet meg også av tankekart for å identifisere forskjeller og likheter blant avdelingene.

Videre begynte jeg å lese empirien i lys av relevant teori. Jeg søkte etter teoretiske perspektiver som kunne belyse de identifiserte funnene og bidra til en dypere forståelse av problemstillingen. Jeg jobbet frem og tilbake mellom empiri og teori, ved å kombinere disse kunne jeg identifisere sammenhenger, mønstre og mulige tolkninger av resultatene. Dette analytiske arbeidet hjalp meg med å utvikle en mer komplett og nyansert forståelse av brukermedvirkning i implementeringen av Helseplattformen.

Jeg hadde altså et induktivt utgangspunkt, der jeg genererte temaer ut fra empiri. Forskningsprosessen bærer også preg av en abduktiv tilnærming, da jeg brukte tidligere erfaringer, teoretisk rammeverk og eksisterende kunnskap som verktøy for å generere mulige forklaringer på fenomener som jeg oppdaget i empirien.

### 3.4 Etiske vurderinger

Jeg søkte og fikk tillatelse fra Sikt til å gjennomføre studien. I forbindelse med dette skrev jeg et samtykkeskjema, som senere ble sendt sammen med forespørslene om intervju. Samtykkeskjemaet inneholdt blant annet prosjektets hensikt og mål, samt informasjon om hva deltakelse i prosjektet ville innebære. I tillegg skrev jeg om deltakernes rettigheter underveis i prosjektet, som at det var frivillig å delta, at deltakerne kunne trekke seg uten å oppgi grunn, at de ville bli anonymisert og at datamaterialet ville bli behandlet konfidensielt og slettet etter prosjektslutt. Som nevnt tidligere, ble dette skrevet også delt ut i forkant av intervjuene, og informantene leste og signerte samtykke før jeg startet intervjuene.

I tillegg til de formelle juridiske kravene til forskning, må man også ta andre etiske hensyn som forsker. Ifølge Tjora (2021, s. 53) bør det alltid ligge en etisk vurdering til grunn i all forskning. Å jobbe tett med mennesker, som man gjør i kvalitativ forskning og dybdeintervjuer, betyr at man også arbeider med deres liv, følelser og erfaringer, og derfor må det alltid ligge en viss respekt til grunn i slike situasjoner. Ved dybdeintervjuer er det særlig viktig å tenke på at informanten ikke skal komme til skade, men dette gjelder mest for vanskelige og personlige temaer (Tjora, 2021, s. 187). Intervjuene mine bestod dog ikke av noen form for sensitive eller vanskelige anliggender som dette, og jeg opplevde heller ikke at noen av informantene uttrykte skepsis eller ubehag i løpet av intervjuene. Gjennom samtykkeskjemaet hadde informantene dessuten rett til å trekke seg dersom de ønsket det enten i forkant, underveis eller i etterkant av intervjuene. Dette ble de også påminnet om muntlig i forkant av intervjuene.



Andre etiske aspekter er tillit, konfidensialitet og gjensidighet (Tjora, 2021, s. 53). Det er viktig å sikre at informantenes personvern blir ivare tatt, og at all bruk av datamaterialet skjer i tråd med deres samtykke. Som nevnt tidligere, tok jeg lydopptak av intervjuene, og disse ble lagret på passordbeskyttede enheter så det kun var jeg som hadde tilgang til dataen. I tillegg ble dokumenter med transkripsjoner, koder og kodegrupper ble lagret på en enhet som kun jeg hadde tilgang til, for å sikre informantenes konfidensialitet.

I analysen har jeg valgt å lage pseudonymer for de ulike informantene. Først og fremst handler det om å ivareta personvernet og konfidensialiteten til informantene, noe som er en viktig forskningsetisk praksis (Tjora, 2021, s. 191). Ved å anonymisere sikrer man dessuten at deres identitet og sensitiv informasjon ikke blir avslørt for deres arbeidsgiver. Noen ganger er det dog umulig å garantere full anonymitet, særlig når det brukes identitetsindikatorer på informanter og deres arbeidsplass. Selv om deres yrkestittel og avdeling ikke er oppgitt, er arbeidsplassen deres det. Imidlertid omhandler ikke oppgaven et betent tema i den forstand, og jeg har intervjuet dem i deres profesjonelle rolle. På grunnlag av dette er de ikke like sårbare som informanter. Dessuten er de eneste identitetsindikatorerne kjønn og brukerrolle. Alle som arbeider på St. Olavs Hospital er enten fagekspert, superbruker eller sluttbruker, så det skal ikke være mulig å identifisere akkurat hvem jeg har intervjuet. De har blitt gitt navn som korrelerer med deres *rolle*, altså fagekspert, superbruker eller sluttbruker, og bokstaven A, B eller C basert på hvilken *avdeling* de tilhører.

	<b>Fagekspert</b>	<b>Superbruker</b>	<b>Sluttbruker</b>
<b>Avdeling A</b>	Fagekspert A	Superbruker A	-
<b>Avdeling B</b>	Fagekspert B1 Fagekspert B2	Superbruker B	Sluttbruker B1 Sluttbruker B2
<b>Avdeling C</b>	Fagekspert C	Superbruker C	Sluttbruker C

Tabell 2: Informantenes pseudonymer

### 3.5 Gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet

Gyldighet, pålitelighet og generaliserbarhet er tre formelle kvalitetskriterier som indikerer hvor godt forskningsarbeidet er. Gyldighet handler om å sikre at resultatene er tilstrekkelig representative og relevante for det man ønsker å undersøke. Det skal altså være en logisk sammenheng mellom prosjektets utforming og funn, og problemstillingen og forskningsspørsmålene man ønsker svar på (Tjora, 2021, s. 260). Ut fra problemstillingen og forskningsspørsmålene i denne oppgaven, har det vært viktig å sikre at valg av metode og analyseprosedyrer er egnet. I foregående delkapitler har jeg redegjort for datagenereringsmetoden jeg har brukt, og dessuten hvilken metode jeg har brukt i analysering av disse dataene. Å reflektere rundt dette har vært et bevisst valg for å sikre gyldigheten i studien, da det bidrar til å vise at mine funn er basert på en solid metodisk tilnærming til problemstillingen og forskningsspørsmålene. Det har også vært et mål gjennom hele studien å bruke kvalitetssikret materiale, som eksempelvis fagfellevurderte artikler, og aktuelle teorier. Jeg har også studert tidligere forskning på feltet, og undersøkt hvordan mine funn relaterer seg til dette. I sum har dette sikret at det er en logisk sammenheng mellom funnene og problemstillingen.

Siden dybdeintervjuer kun genererer data om hvordan informantene erfarer egen praksis, kan det potensielt svekke gyldigheten, fordi det begrenser innsikten til deres individuelle perspektiver og ikke nødvendigvis kan generaliseres til andre kontekster. I dette tilfellet er det imidlertid nettopp deres erfaring jeg har ønsket å undersøke, så jeg anser ikke det som en svakhet. Videre, er intervjuet basert på en interaksjon mellom forsker og informant, og da kan det være vanskelig å unngå at forskerens subjektive forståelse kan påvirke dataen som genereres. Det kan dessuten og medføre feiltolkning av data. Jeg har hele tiden prøvd å være bevisst på mine antagelser og meninger, og dessuten mine begrensninger. Som nevnt tidligere, kunne jeg av og til kjenne på at jeg var på bortebane da jeg intervjuet informantene. Dette dreier seg først og fremst om at jeg intervjuet klinikere, som innimellom brukte medisinske termer og forkortelser som kunne være vanskelig for meg å forstå. Det var ikke alltid jeg følte jeg kunne avbryte informantene og spørre, og i flere tilfeller kjentes det heller ikke nødvendig siden jeg forstod meningsinnholdet uavhengig av disse termene. Dersom det var noe som gjentok seg eller hadde betydning for at jeg skulle forstå eksemplene de fortalte, måtte jeg derimot avbryte og spørre.

I kvalitativ forskning er det et mål om metning, altså at man avslutter datagenereringen når man ikke lenger får nye eller relevante data fra intervjuene (Tjora, 2021, s. 158). På bakgrunn av masteroppgavens begrensede omfang og tidsramme, har det ikke vært mulig med flere intervjuer enn de som allerede er gjennomført. På tross av dette, anser jeg datamaterialet som tilstrekkelig for å få frem forskjellige synspunkter innad i de ulike avdelingene og brukergruppene. I tillegg syns jeg at jeg har tilstrekkelig med informasjon fra informantene til å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene, og et bredt nok utvalg til å gi et nyansert resultat. Det kan likevel være verdt å påpeke at jeg kunne fått nye og andre perspektiver dersom jeg hadde intervjuet flere informanter.

Det tredje kvalitetskriteriet, generaliserbarhet, handler i dette tilfellet om at studien er relevant utover den casen jeg har undersøkt (Tjora, 2021, s. 260). Det kan være utfordrende å generalisere og utlede generelle teorier basert på en enkeltcase. Faktorer som bidrar til et bestemt utfall her, kan være unikt for akkurat denne casen, og dermed vanskelig å overføre funnene til andre sammenhenger (Widding, 2005, s. 5). Til tross for at det ligger en implisitt forventning om generaliserbarhet i kvalitativ metode, er det vanskelig å oppnå i en masteroppgave med dens begrensninger i omfang og tid (Tjora, 2021, s. 252). Det er dermed ikke et mål å generalisere i denne oppgaven, men det er likevel viktig å erkjenne at resultatene kan ha relevans og bidra til økt forståelse av lignende fenomener i fremtidig forskning.

Et annet aspekt ved studien som er verdt å nevne, er at enkelte informanter uttrykte stor frustrasjon over systemet i intervjuene. Flere av utsagnene har derfor blitt nøye vurdert, for ikke å inkludere for mange klager og for mye etterpåklokskap. Det har ikke alltid vært like lett å filtrere ut dette, men det har likevel vært interessant å analysere dette da det reflekterer informantenes innledende tanker og erfaringer med implementeringsprosessen. På bakgrunn av dette, har det også vært viktig å ta hensyn til informantenes motivasjon for å delta i studien, som kan variere fra personlige, politiske og faglige grunner (Tjora, 2021, s. 152-153). Dessuten kan deltakelse være terapeutisk for informantene, da de får mulighet til å uttrykke seg om et tema de er opptatt av. Dette er ikke nødvendigvis et problem i alle tilfeller, men slike utvalg kan bidra til å svekke troverdigheten ved studien (Tjora, 2021, s. 153). Selv om noen kanskje hadde behov for å dele sin frustrasjon, tror jeg ikke det var et mål om å underminere systemet eller implementeringsprosessen. Tvert

imot tror jeg at informantenes frustrasjon kan bidra til å identifisere potensielle problemer og utfordringer med systemet som kan forbedres og løses i fremtiden.

## 4. Analyse

I dette kapitlet vil jeg presentere analysen av datamaterialet. Gjennom analysen har jeg identifisert mønstre og tematikker relevant for problemstillingen: *Hvilke erfaringer har helsepersonell med brukermedvirkning i implementeringen av Helseplattformen?* Jeg vil først presentere fagekspertrollen, etterfulgt av superbruker- og sluttbrukerrollen. Funnene beskriver helsepersonellens perspektiver på brukermedvirkning, samt hvilke aspekter som har påvirket deres erfaringer, i implementeringsprosessen. Til slutt kommer en sammenligning av erfaringene blant brukergruppene og avdelingene.

### 4.1 Fagekspertenes rolle: Arbeidstid og -oppgaver

Fagekspert er helsepersonell som er valgt ut til å representere sine fagmiljø når journalløsningen skulle konfigureres (Helseplattformen, 2023). Fagekspertene har vært engasjert i stillingsandeler på 20, 40 og 60 prosent, mens andre har jobbet timesbasert, og de har deltatt på aktiviteter i styringsstrukturen og vært med på arbeidsgruppemøter. Ifølge Helseplattformens nettsider skulle fagekspertene få «stor innflytelse på hvordan fremtidens arbeidsverktøy skal formes og må delta både i utforming og testing av løsningen» (Helseplattformen, 2023). Følgende delkapitler tar for seg fagekspertenes arbeidsmengde og -oppgaver.

#### 4.1.1 Arbeid utover stillingsprosenten

De fleste informantene har blitt «frikjøpt» fra sine normale stillinger, og altså blitt ansatt i en stillingsprosent i Helseplattformen. Mens én informant ble ansatt i en 60-prosentstilling og senere satt ned til 20 prosent, ble en annen ansatt i en 20-prosentstilling og justert opp til 40 prosent. Flertallet av fagekspertene forteller imidlertid at de føler rollen som fagekspert har vært den største delen av arbeidshverdagen deres siden prosjektet startet, og at de har jobbet mer med Helseplattformen enn stillingsprosenten tilsier. Fagekspert B2 forteller eksempelvis at hun føler hun har jobbet 100 prosent med systemet.

Fagekspertgruppene varierte i størrelse, og ifølge Fagekspert B1, som jobber i en av de større avdelingene på St. Olav, var det rundt 10-12 andre fagekspert i hans gruppe. Fagekspert A og én annen person var de eneste fra hennes avdeling i fagekspertgruppen. Hun ble bæret over å bli valgt ut, men synes det var krevende å jobbe 60 prosent med Helseplattformen samtidig som hun skulle opprettholde kontinuiteten i sin egentlige jobb. Hun følte at det gikk utover hennes forhold til pasientene og at hun mistet kontakt med kollegene sine.

*Sånn sett føler jeg at det har vært et slit. I tillegg følte jeg at jeg mistet det kollegiale (...). Så det har ikke bare vært artig. (Fagekspert A)*

Dette sitatet reflekterer Fagekspert A sin personlige opplevelse av å jobbe med Helseplattformen samtidig som hun må opprettholde sin primære jobb. Det gir innsikt i noen av de negative konsekvensene hun har opplevd, nemlig svekket forhold til kollegene og en generell følelse av at det har vært en krevende oppgave.

En viktig observasjon er at fagekspertene har jobbet betydelig mer med Helseplattformen enn det deres stillingsprosent skulle tilsa. Vi skal nå se på hvilke arbeidsoppgaver de hadde, som kanskje kan forklare denne uoverensstemmelsen.

#### 4.1.2 Uttrykke egne arbeidsprosesser i ord

Alle fagekspertene deltok på møter med andre fagekspertene, og i begynnelsen var møtene også med Helseplattformen og Epic. Som i de fleste brukermedvirkningsprosesser, begynte medvirkning i Helseplattformen med at fagekspertene skulle kartlegge sin arbeidsflyt, for så å bli presentert for ulike valg og løsninger for hvordan systemet skulle se ut. Denne tilnærmingen er i samsvar med teorien presentert av Ehn (1993), som argumenterer for viktigheten av å inkludere brukernes erfaringsbaserte kunnskap i designprosessen. Tross denne muligheten, opplevde flere at de ikke alltid *egentlig* hadde noe særlig valg. Dette kommer jeg tilbake til senere. Videre har noen av fagekspertene også vært medansvarlige for opplæring av andre kolleger. Dette har blitt gjennomført enten gjennom kursdager, eller på eget initiativ, slik som Fagekspert B1, som forteller at han lagde en instruksjonsbok for sin seksjon, som han senere også har delt med resten av klinikken.

Andre arbeidsoppgaver var å bidra med byggingen av systemet, hvorav noen har hatt helt spesifikke oppgaver, mens andre har hatt mer abstrakte oppgaver. Fagekspert A jobbet eksempelvis med å bygge pasientplanen, og med hva som skulle ligge i ulike flytskjemaer<sup>1</sup>, deltok i møter som omhandlet hva de besluttet i andre grupper, og var med på å diskutere navigator. I tillegg til å være med på å utforme systemet, var det også oppgaver som gikk ut på å forstå det nye systemet. Fagekspert B2 forteller at hennes viktigste arbeidsoppgaver var å skjønne hva det nyes systemet kunne gi dem, kontra det de allerede hadde, men at det ikke ga særlige resultater.

*Vi vet jo hvilken arbeidsflyt vi har og hva vi trenger, og vi har stilt spørsmål og fått ulike svar, og ting som ikke stemmer med virkeligheten, det er det vi sitter igjen med. (Fagekspert B2)*

Fagekspert B2 påpeker at de allerede har en etablert arbeidsflyt og vet hva de trenger, men har møtt utfordringer med å få klare og konsise svar fra prosjektet. Dette kan være fordi fagekspertene har funnet det vanskelig å uttrykke sin erfaring i ord (Ehn, 1993), og det kan dermed være en manglende forståelse eller kommunikasjon mellom fagekspertene og prosjektet. Uansett virker det å ha ført til et gap mellom virkeligheten og informasjonen de har fått. Å lære å forstå hverandre er noe som anses som viktig i forbindelse med brukermedvirkning, da det kan bidra til gode og konstruktive diskusjoner i medvirkningsaktiviteter (Zahlsen et al., 2020, s. 6). Her har situasjonen resultert i en følelse av at de blir sittende igjen med ubesvarte spørsmål og uoverensstemmelser.

Som nevnt tidligere, deltok samtlige fagekspertene i ulike møter gjennom implementeringsprosessen. Inntrykket de sitter igjen med etter møtene er delt. Fagekspert B2 syns eksempelvis det var overveldende: «Det var intense møter, men utfordringen der igjen da, vi hadde kort tid, vi hadde for lite tid, det var for mange temaer. Vi rakk ikke å ta ting innover oss». Denne oppfatningen deler hun med Fagekspert C, som også syns møtene var uoversiktlig, og at det var mye informasjon å forholde seg til: «Fra den gangen vi var på Piren de første dagene, da drev de og presenterte disse modulene, en og en, og det tok jo en hel dag å holde på med det. Og det var jo, ikke sant, du blir helt blåst over ende». Dette er også noe Zahlsen et al. (2020) skriver, nemlig at fagekspertene mente møtene var uoversiktlige og uten kontekst.

---

<sup>1</sup> Flytskjemaer er en løsning som benyttes av alle fagområder innenfor spesialist- og kommunehelsetjenesten, og innebærer visuell representasjon av kartlegginger, undersøkelser og tilhørende verdilister. Det er egne flytskjemaer for hver pasient, og alle avdelinger har samme type flytskjema. Dette er nytt med Helseplattformen.

Informantene har altså et inntrykk av at det var mye å lære seg på kort tid. Dette kan være et resultat av kompleksiteten i store IT-systemer som Helseplattformen, som igjen kan skape utfordringer for brukernes påvirkningskraft. I Helseplattformen-prosjektet har fagekspertene bidratt med sin erfaringsbaserte kunnskap ved å kartlegge sin arbeidsflyt og ved å delta i diskusjoner om valg og løsninger for systemets utforming. Neste delkapittel tar for seg hvordan fagekspertene opplevde brukermedvirkningsprosessen.

## 4.2 Fagekspertenes erfaring med brukermedvirkning

Dette kapittelet gir innsikt i fagekspertenes erfaringer med brukermedvirkning, hvorav flere uttrykker frustrasjon over ulike begrensninger som har resultert i en opplevelse av manglende innflytelse. De nevner særlig fem erfaringer, nemlig rigiditeten til systemet, kunnskap, språk, endring i arbeidsflyt og utilstrekkelig opplæring.

### 4.2.1 Erfaring 1: Rigiditeten til systemet og begrenset tilgang til endringer

Flere informanter uttrykker at de ikke opplevde en betydelig innvirkning, ei heller at det oppnådde forventningene de hadde da de deltok som fagekspert. Fagekspert B1 sier;

*Det føles som om fagekspertarbeidet ikke har endret sluttproduktet, sort of. Jeg kan ikke se at det vi har holdt på med har vesentlig endret det som kom ut i andre enden. (Fagekspert B1)*

Han forteller videre at han etterlyste mer definisjonsmakt over sitt eget arbeid, slik at han fikk større innflytelse på beslutningene. Fagekspert B2 stiller seg også bak dette.

*Helseplattformen tviholder på definisjonsmakten og hvem som skal få lov til hva (...). (Fagekspert B1)*

*Men det å få stoppe det toget når det går, når vi er en del av et så stort komplekst system, så er det ganske vanskelig å bli hørt og få gjennomslag. Det er et minus med sånne store prosjekter, tror jeg. (Fagekspert B2)*

Ved å være en del av et omfattende system, føler fageksperten at det er vanskelig å få gjennomslag for sine synspunkter. Det virker å være en oppfatning blant flere. De forteller videre at de brukte unødvendig mye tid på det de anså som små og banale justeringer istedenfor å fokusere på andre viktige oppgaver. Dette har dessuten ført til at ting de har etterspurt ikke har blitt gjort noe med, som eksempelvis forbedringer av flytskjemaer og at flere kan være i journalen til samme pasient samtidig. Informantene stiller spørsmålstegn ved dette, særlig siden det var funksjoner de hadde i sitt tidligere system.

*Vi har fått veldig mange beskjeder om at «sånn er systemet». Og da har ikke vi fått utformet det. «Men sånn er det, det kan du ikke gjøre, du må gjøre sånn og sånn». (Fagekspert B2)*

At systemet er såpass rigid, har naturligvis gjort det vanskelig å komme med endringsforslag, og enda vanskeligere å få gjennomslag. Informantene mener også noe av skylden ligger i at Helseplattformen ikke vil gi dem tilgang eller tillatelse til å endre ting.

*Vi har ikke rettigheter til å fikse ting i systemet, vi er ikke opplært, vi er ikke sertifisert. Det er en av kampene vi har tatt, men ikke har blitt hørt på. Så vi har ikke fått sertifisert oss, dermed får vi ikke lov til å gjøre noe. Så vi har begrenset tilgang i forhold til det vi hadde før. Hvis vi finner feil, så må vi bare*

*melde det. (...). Enten klarer de ikke å løse det, eller så tar det altfor lang tid å få løst det. (Fagekspert B2)*

Rigiditeten til systemet har altså påvirket medvirkningsmulighetene til informantene. I lys av ANT kan Helseplattformen-prosjektet forstås som et nettverk av aktører, på grunn av alle som er involvert i implementeringsprosessen. Denne situasjonen kan tolkes som en konsekvens av svekkede nettverksrelasjoner (Moser, 1998), og kan indikere at fagekspertenes innflytelse og bidrag ikke har blitt tilstrekkelig integrert i nettverket som jobber med sluttproduktet. Dette kan skyldes at beslutningsmakten og definisjonsmakten i nettverket ikke har gitt fagekspertene tilstrekkelig innflytelse og mulighet til å påvirke sluttproduktet. Det kan også være at fagekspertene ikke har sterke nok relasjoner eller solid støtte i nettverket, noe som begrenser deres evne til å få gjennomslag for endringer og påvirke resultatet i ønsket grad. Ringdal og Farshchian (2022) fant også at brukerne opplevde systemet som lukket, og at det derfor var vanskelig for dem å vite hva som kunne endres.

Informantene hadde vanskeligheter med å forstå omfanget av prosjektet. De beskriver det som en tungvint prosess som førte til forvirring, og flere nevner at de hadde en kritisk tilnærming til det hele. Dette er imidlertid ikke uvanlig, da lite forståelse kan føre til nettopp skepsis eller misnøye overfor et system (Orlikowski, 1992, s. 364). Informantene forteller at det var overveldende å ta innover seg hva prosjektet gikk ut på, fordi prosjektet var så stort med for kort tidslinje, samtidig som at det var mange ulike aktører involvert. Fagekspert B2 syns eksempelvis ledelsen har «kjørt på» uten å ta hensyn til brukerne:

*[sukker] Jeg føler det har kommet et stort godstog som har kommer med sånn informasjon «sånn skal vi gjøre det, vil du være med så heng på», (latter), litt sånn. Jeg føler ikke de har hørt så godt på klinikken (...). (Fagekspert B2)*

*Og så sitter man og jobber i forskjellige grupper, og så vet du jo at det du gjør, alt henger sammen med alt, men å greie å fange opp det, (...) hva vi gjør i disse gruppene og hvilke konsekvenser dette får for andre grupper. Vi sitter på egne tuer. (Fagekspert C)*

Sitatene antyder at de opplever en mangel på dialog og forståelse mellom ledelsen og avdelingene. Ifølge ANT er ikke teknologi kun begrenset til de fysiske artefaktene, men også til sosiale relasjoner og aktører som er involvert. I dette tilfellet kan det hende det har vært manglende eller svake nettverksrelasjoner mellom informantene og Helseplattformen AS og Epic. Informantene forteller videre om en implementeringsprosess hvor de ulike aktørene har jobbet hver for seg, og at ingen har hatt oversikt over hele prosjektet.

*Samtidig har det vært for kort tid, og så har vi manglet at noen... for det har vært jobbet i siloer, som gjør at du mister oversikten. Og når man har mange små journalmoduler, er man avhengig av at noen har en stor oversikt for at dette skal fungere smidig. Og det føler jeg at vi har manglet. Det kan man se resultater av i dag. (Fagekspert B2)*

*Jeg har beskrevet dette prosjektet som at du skal få en firkantet kloss ned i et trekantet hull, og så bare klemmer du på. Og når det er mismatch, da blir det et stort hull og mye som kan bli en defekt. (...) Og da er det du trenger å ha folk som greier å skjønne hele rekkevidden av dette. (Fagekspert C)*

Fagekspert C forteller videre at Epic har en egen måte å «rulle et system på», og at det var vanskelig å skjønne hvilke aktører man skulle forholde seg til i prosessen: «Hva er Helseplattformen, hva er helseforetakene, hva er Epic? Det er jo tredelt, men så glir det over i hverandre». Sitatet indikerer at informanten opplevde forvirring rundt ulike aktører og deres roller, samt hvordan de samhandler, i implementeringsprosessen.

I tillegg forteller flere informanter at systemet er mer tilpasset en amerikansk helsekontekst, noe de også må tilpasse seg etter. Fagekspert C oppsummerer det slik:

*(...) og det her er ikke sånn at du bare kan si at kartet skal passe med terrenget, her må du endre terrenget for å tilpasse det systemet, det er det som er hele greia. (Fagekspert C)*

Sitatet refererer til at systemet ikke er tilpasset selve strukturen til helsevesenet. Fagekspert C forteller at sykehuset har en sentermodell, som vil si at St. Olavs hospital fungerer som en paraply for det hele, men at det er ulike deler av helsevesenet også har avdelinger andre steder i Trondheim. Også innad på St. Olavs er avdelingene spredt på ulike bygg; «Så skal du prøve å få det til å passe med den måten Epic er delt inn på, for det er veldig viktig for at ting skal flyte. Men så går ikke det an». Han forteller videre at det ikke nytter å endre på Epic-systemet, men at de heller må prøve å få deres inndeling til å passe. Informantene forteller at dette har bidratt til at de ikke har klart å integrere systemet godt nok med arbeidsflyten sin, og at det dessuten har ført til en forvirring med prosjektet. Her ser vi igjen at det har manglet samhandling mellom aktørene i Helseplattformen-nettverket, hvorav sykehuset som en aktant også har spilt en rolle. I tråd med ANT, kan dette vise at det er av betydning at samspillet mellom teknologien (Helseplattformen), samfunnet (eksempelvis strukturen i norsk helsevesen) og menneskene (brukerne og ledelsen) som gjensidig påvirkende faktorer (Skjølsvold, 2015, s. 68).

#### 4.2.2 Erfaring 2: Manglende kunnskap

Mens de fleste fagekspertene mener de har hatt liten påvirkningskraft, mener Fagekspert C at de har fått bidratt i stor grad, «både på godt og vondt» som han sier. Han erkjenner imidlertid at det er vanskelig å svare konkret, fordi det er mange ulike grupper og mange behov som må bli hørt. Han føler at hans avdeling er litt unik i forhold til andre, og at det derfor kan være utfordrende å stå frem og si at «det må funke for oss også». Han mener dessuten at de måtte hatt en bredere forståelse for selve systemet dersom de skulle bidratt ytterligere.

*Tanken var ikke at vi (...) skulle forstå alt av hvordan systemet er bygd opp, og det tror jeg var fullstendig feil måte å gjøre det på, for det tror jeg man er helt avhengig av. Spør du meg, så burde man ha brukt mye mer tid på å lære seg hvordan dette systemet her er. (Fagekspert C)*

Sitatet kan tolkes som at informanten etterlyser at de kunne fått mer ut av medvirkningen dersom de hadde mer kunnskap om systemet. Dette samsvarer også med tidligere funn, som viser at brukere på et tidlig tidspunkt i prosessen visste lite om systemet, og at de derfor ikke visste om og når de kunne komme med innspill. Dette hindret blant annet meningsfulle diskusjoner (Ringdal & Farshchian, 2022). Å ha en dypere innsikt i teknologien og dens funksjoner kan også være viktig for å kunne delta mer aktivt og effektivt i medvirkningen. Zahlsen et al. (2020) fant også at fagekspertene etterspurte mer informasjon om hvordan de kunne bidra med sin kunnskap for å utvikle systemet.



Fagekspert C hevder her at det var en feil tilnærming å ikke forvente at de skulle forstå alt om systemets oppbygging. Orlikowski (1992) peker også på at mer informasjon om et system kan påvirke eksisterende teknologiske rammer, noe som er viktig for bruk og tilfredshet rundt et system.

Fagekspert C forteller videre at hele prosjektet bærer preg av at ingen har forstått omfanget, for «da hadde vi ikke havnet der vi er i dag (...) med så mange utfordringer». Selv om han har vært med som fagekspert siden starten, så påpeker han at han selv har begrenset forståelse for systemet. Sammen kan dette være en implikasjon på at teksten, altså teknologibruken, har vært utfordrende å «lese», og at de ansvarlige ikke har klart å formidle en tydelig tekst som alle involverte parter kan forstå og samhandle med (van der Velden & Mörtberg, 2014; Skjølsvold, 2015). Det indikerer dessuten at manglende forståelse av teknologien kan begrense medvirkningsmulighetene. Vi skal nå se at språk også har vært en utfordring i medvirkningsprosessen.

#### 4.2.3: Erfaring 3: Språkbarrierer

Som vi har vært inne på tidligere, har det vært en forvirring blant fagekspertene på grunn av prosjektets omfang. Forvirringen har også grunnet i språkforskjeller, da Epic bruker en helt annen terminologi enn det norske helsevesenet. For eksempel forteller informantene om ulike navn på alle deler av prosjektet, som en informant forteller har bidratt til at «man må nesten lære seg et nytt språk bare for å henge med». De utdyper:

*Så det er veldig sårbart da, sånn om de har skjont alt, for det er jo et annet språk i tillegg. Så det er jo et komplekst system, og så skal man diskutere ting på et annet språk. (...) Og så er det liksom, hva er det vi har fanget opp av det de har sagt? Vi kan jo også ha misforstått på grunn av språk og den biten der. (Fagekspert B2)*

*Når du kom inn i det her, så var det altså det her som heter babelsk forvirring. Vi snakker ulike språk, (...) og det å utvikle denne terminologien som de bruker... Den gangen så trodde man jo at «dette går seg til, vi kommer til å forstå hverandre etter hvert» men vi har jo aldri kommet dit [latter], og det er fortsatt en stor utfordring. (Fagekspert C)*

Fagekspertene opplever altså språklige utfordringer og kommunikasjonshindringer i forbindelse med Helseplattformen. De påpeker også at det kan oppstå misforståelser og feiltolkninger, særlig fordi det er en vedvarende utfordring med å utvikle og forstå den terminologien som brukes. Fagekspert A forteller også om språkbarrierer innad i fagekspertgruppene, og at de som var fagsykepleiere og har forsket mye tidligere bruker et annet språk og andre uttrykk, noe som bidro til mye frustrasjon og ble roten til noen «heftige diskusjoner», som hun forteller.

*(...) og et tiltak for å beskrive språket var å «avansere mobilitet», og hva gjør jeg da? Liksom avansere mobilitet? Så vi hadde masse diskusjoner på sånne formuleringer. Det kan jo ikke hete det. Hvis vi kaller det å «fremme mobilitet», så skjønner jeg hva jeg skal gjøre. (...) Og pasientplanen er jo fortsatt vanskelig, fordi det er et språk man ikke snakker. (Fagekspert A)*

Dette indikerer at språket som ble brukt i utformingen av prosjektet var komplisert og uklart. Ifølge Ehn (1993) kan utfordringer knytte til språklig forståelse hindre effektiv kommunikasjon og arbeid. Det er viktig at det foreligger konsensus om både definisjoner

og vurderinger av språket som brukes for å oppnå effektiv kommunikasjon, noe som virker å være noe fraværende i disse tilfellene.

Dette antyder at språk kan påvirke fagekspertenes evne til å samhandle effektivt og forstå både hverandre og leverandøren, og følgelig systemet, tilstrekkelig. Begrensningen i forståelsen av systemet, kan sammen med problematikken rundt språkforskjeller indikere at muligheten for medvirkning og samhandling blant alle involverte parter er begrenset.

#### 4.2.4 Erfaring 4: Endring av arbeidsprosedyrer og arbeidsflyt

Et par av informantene nevner at klinikerne må tilpasse seg systemet, heller enn omvendt. Dette illustreres blant fagekspertene ved at de endrer sine prosedyrer ved å finne alternative måter å utføre eksempelvis henvisninger, dokumentasjon eller kommunikasjon på.

*[Helseplattformen AS] har en mening om at vi må endre arbeidsform til å fungere i Helseplattformen, ikke at Helseplattformen skal bygges til våre arbeidsrutiner. Vi må endre vår arbeidsflyt for at det skal fungere med systemet. Det er ikke noe positivt. (Fagekspert B1)*

Informanten opplever at det altså som en negativ faktor at klinikerne blir pålagt å endre sin arbeidsform og tilpasse sin arbeidsflyt for å få systemet til å fungere, noe som virker å være ugunstig for klinikerne. Dette reflekterer behovet for endring i møte med ny teknologi, og samsvarer dessuten med at endringer i teknologiske rammer kan møte motstand og misnøye (Orlikowski, 1992). Fagekspert C påpeker også at systemet har mange feil som skyldes manglende hensyn til norske helsemyndigheters standarder. Han mener også at innføringen av et nytt klassifiserings- og diagnosesystem oppå Helseplattformen bare kompliserer og forvirrer situasjonen ytterligere.

*Med Helseplattformen, så har man hevet på mange andre ting, som er store prosesser i seg selv. Nå går vi over til epikrise 2.0, nå går vi over til et nytt klassifiserings- og diagnosesystem (...), som de nå har innført oppå det, "for nå tar vi alt i en smell, nå skal vi innføre det". Det tror jeg heller ikke var så lurt. (Fagekspert C)*

Det ble ikke bare innført et teknologisk system, som i Helseplattformen, men hele arbeidsorganisasjonen og eksempelvis diagnosesystemet, som Fagekspert C nevner, ble endret samtidig. Dette påvirket naturligvis organisasjonens struktur i en ytterligere større grad, noe som kan ha bidratt til at teknologiens evne til å tilpasse seg organisasjonen har blitt begrenset (Jeppesen et al., 2018). Det er viktig å merke seg at prosjektet fremdeles er på et tidlig stadium. kan også være at endringen har blitt hindret av manglende informasjon om systemet eller utilstrekkelig opplæring. Det skal vi se nærmere på nå.

#### 4.2.5 Erfaring 5: Utilstrekkelig opplæring

De fleste fagekspertene er mindre fornøyde med opplæringen de fikk i systemet. Da informantene ble spurt om hvilken opplæring de fikk, svarte både Fagekspert B1 og Fagekspert B2 med ironisk latter;

*[latter] Ja, that is funny, that is funny, altså. (...) [Opplæringen] var på en uferdig løsning, sånn at det vi lærte på kurset, er ikke det som kom på Go Live.*

*Generell tilbakemelding fra alle legene på denne avdelingen var at vi syns det var et dårlig kurs. (Fagekspert B1)*

*[latter] Den var dårlig, den! [mer latter]. (Fagekspert B2)*

Informantene påpeker også at opplæringen var begrenset til perfekte scenarier og manglet veiledning om å håndtere avvik, samtidig som at opplæringen startet i et uferdig system, noe som skapte forvirring. Fagekspert C påpeker også at det var «noe helt annet å ta i bruk systemet enn å sitte og holde på i et testmiljø». Som tidligere forsknings viser, kan ufullstendig opplæring være en kilde til negative holdninger (Jeppesen et al., 2018).

Samtlige fagekspertene var enige om at opplæringen var mangelfull, enten det gjaldt materialet eller kunnskapen til dem som lærte bort, og mener dessuten at opplæringen ikke var representativ for det faktiske systemet. Ifølge Orlikowski (1992) kan minimal og ufullstendig opplæring føre til at brukere ikke oppfatter potensialet til teknologien, eller i dette tilfellet – til systemet. Opplæring er nemlig viktig når det kommer til brukernes forståelse, og er særlig sentralt for å endre teknologiske rammer. Men når opplæringen foregår i et system som ikke ligner det faktiske systemet som skal tas i bruk, er det klart at det kan bli vanskelig å endre disse rammene. Dette kommer jeg tilbake til i diskusjonen.

#### 4.2.6 Oppsummering av erfaringer med brukermedvirkning

Det ser ikke ut til at det er den store begeistringen for implementeringsprosessen blant fagekspertene, og flere uttrykker sin misnøye gjennom store deler av intervjuene. Flere av fagekspertene som erfarer at de ikke har fått bidratt nok. Dette har hovedsakelig vært på grunn av rigiditeten til systemet, eller at Helseplattformen har fortalt at det ikke er mulig å gjøre visse endringer. Det skal likevel nevnes at Fagekspert A og C var fornøyde med hvordan ideer og behov ble hørt i byggeprosessen. Førstnevnte informant sier dog at hun tror de var «heldige» med byggerne, mens Fagekspert C forteller at de av og til ønsket å teste funksjoner mer enn de fikk. Tross at de er fornøyde med selve byggingen, deler de meningen om at helhetsinntrykket av prosessen ikke er utelukkende positiv med resten av informantene. Rigiditeten til systemet, beslutningsstruktur, språkbarrierer, manglende kunnskap og ufullstendig opplæring er faktorer som har påvirket erfaringene fagekspertene har hatt med medvirkningsprosessen. I neste kapittel skal vi se hvilke erfaringer superbrukerne har hatt med medvirkning i implementeringsprosessen.

### 4.3 Superbrukerrollen: Motivasjon, forventninger og opplæring

Superbrukerne forteller at de har vært lite involvert, og uttrykker at det er fagekspertene som har hatt den største rollen som medvirkere i prosessen med implementeringen av Helseplattformen. Likevel ønsket superbrukerne at de ble hørt mer. Før vi ser nærmere på dette, vil jeg kartlegge superbrukernes motivasjoner, forventninger og opplæring under implementeringsprosessen.

#### 4.3.1 Motivasjon og forventninger til rollen som superbruker

Superbrukerne hadde ulik motivasjon og forventninger til rollen som superbruker, og felles for alle var at de visste lite om Helseplattformen i forkant. De ble superbrukere av ulike grunner. Mens både Superbruker A og B hadde en egeninteresse for å lære mer og kunne mer om systemet, ble Superbruker C valgt fordi avdelingen trengte superbrukere.

Forventningene til Helseplattformen var relativt positiv blant superbrukerne. Både Superbruker A og Superbruker C var positivt innstilt, og begge forteller at de så behovet

for et nytt system. Sett i lys av Orlikowski (1992) og teknologiske rammer, kan dette indikere at de var åpne for endring og muligheter som Helseplattformen kunne tilby. Superbruker B var derimot mer nøytral, men forteller at hun er «skeptisk av natur», og dermed noe skeptisk også til dette. En av hennes forventninger var dessuten at klinikerne skulle ha større mulighet til å påvirke utformingen av systemet. Tross positivt førsteinntrykk, opplevde Superbruker A implementeringsprosessen som krevende:

*Det har vært et veldig tøft år. (Superbruker A)*

Hun refererer særlig til at det var vanskelig å fylle rollen som superbruker fordi implementeringsprosessen var så uforutsigbar. Som nevnt tidligere, var det planlagt å ta i bruk systemet på våren 2022, og før dette forteller Superbruker A og B at de ikke følte de kunne systemet noe særlig godt. Utsettelsen ble derfor en lettelse, og ga dem mer tid til å lære seg systemet. Men som vi skal se senere i analysen, opplevde de opplæringen som mangelfull. Likevel forteller Superbruker A at hun var bedre forberedt da det nærmet seg Go Live på høsten, og hun hadde en god følelse.

*Dette fikser vi, dette går bra, tenkte jeg. (Superbruker A)*

Etter Go Live fulgte en periode hvor superbrukerne bistod med opplæring og hjelp på deres respektive avdelinger. Superbruker A og C forteller at dette etter hvert ble en rolle de trivdes godt med, og at de følte de bidro stort til at sluttbrukerne lærte seg å bruke systemet. Superbruker C synes det var trivelig å være til hjelp, og var engasjert i å lære seg systemet. Hun kjente dog på en utfordring med at det ble litt mye arbeid til tider, og forteller at dette var fordi andre superbrukere på avdelingen var mindre motiverte og engasjerte.

*De brydde seg veldig mye mindre enn meg da, og det kunne være litt slitsomt. Det ble periodevis veldig mye for meg. (Superbruker C)*

Motivasjon var en utfordringsfaktor også for Fagekspert A. Hun var derimot lite motivert selv, og synes derfor det var ekstra krevende å motivere andre. Hun forteller at dette særlig kom av utsettelsen, men også på grunn av det krevende systemet. Samlet sett indikerer disse observasjonene at superbrukernes opplevelser, forventninger og motivasjon kan være formet av deres eksisterende teknologiske rammer, som kan påvirke hvordan de tolker og tilpasser seg systemet. Som vi har vært inne på tidligere, kan opplæring påvirke hvordan teknologiske rammer endrer seg (Orlikowski, 1992), så nå skal vi se nærmere på hvordan superbrukerne opplevde opplæringen de fikk.

#### 4.3.2 Erfaringer med opplæring

Superbrukerne deltok på kurs på våren som varte i én eller to dager. De forteller om hektiske dager hvor mye skulle gjennomgås på kort tid. Superbruker C forteller at de eksempelvis kunne få en oppdiktet pasient og skulle øve på hvordan de ga medisiner og hvordan de skrev rapport på pasienten. De fikk også utdelt ulike kompetansekrav de skulle gjennomgå på egen hånd. Kursene var egentlig ment å vare i en uke, men ble kortet ned til én dag, forteller Superbruker B. Smal tidsramme er noe flere superbrukere opplevde.

*Det var bare en sånn hastesak å få folk gjennom kurset. [...] Og det funker jo veldig dårlig med et sånt system, at man skal skynde seg og ta i bruk bare fordi at man egentlig skulle tatt det i bruk for ett eller to år siden. (Superbruker A)*

*Da følte jeg litt at vi ble litt snytt for opplæring. (...) Vi brukte en del ekstra kveldstid på å prøve oss, men følte at det var litt dårlig siden vi ikke kunne si*

*noe sikkert om hvordan systemet var eller hvordan det faktisk ville funke når det ble Go Live. (Superbruker B)*

Sitatene viser at de fikk liten tid på å lære seg systemet grundig, noe som kan føre til mindre kunnskap om systemet, og det kan igjen påvirke holdninger til systemet (Jeppesen et al, 2018; Ringdal & Farshchian, 2022). Superbruker B forteller eksempelvis at hun følte opplæringen ble overlatt til dem selv, noe som tæret på motivasjonen. Som nevnt tidligere, ble det bestemt at implementeringen skulle utsettes. Superbruker A forteller at de ikke fikk noe oppdateringskurs på høsten, og at de derfor så seg nødt til å initiere egen opplæring innad i avdelingen.

*Vi hadde aldri klart oss med to dager kursing, og så Go Live... ja, kursingen var jo i mars/april, og vi fikk jo ikke noe oppdateringskurs. Vi var vel bare på en sånn digital oppdateringsbit på høsten, men det gikk jo veldig lang tid fra første kurs til Go Live. (Superbruker A)*

De følte seg imidlertid bedre forberedt enn på våren, og lærte litt mer selv, men tiden strakk ikke til. Det var for mye å lære seg på for kort tid. Som Superbruker C forteller, følte hun overhodet ikke at hun kunne systemet godt nok.

*Liksom det med hvor avansert det systemet var og hvor lite man egentlig hadde fått tid til å øve på det i arbeidshverdagen, fordi man i tillegg er et presset helsevesen med mange dårlige pasienter... Så man fikk ikke så mye tid på å øve seg. (Superbruker C)*

Sitatene over antyder at superbrukerne ikke fikk tilstrekkelig tid til å bygge opp en solid forståelse av Helseplattformen, som kan indikere at de eksisterende teknologiske rammene ikke ble endret. I likhet med fagekspertene, opplevde også superbrukerne at systemet de øvde i ikke samsvarte med det systemet som var ved Go Live. Det bydde også på problemer dersom de oppdaget og meldte inn feil.

*[...] da fikk vi til svar «ja, men det er fordi dette er det uferdige systemet». Og da blir det veldig passivisert da, for du vet ikke hvordan systemet vi skal jobbe i... du aner ikke hvordan det ser ut, om det er det samme som vi øver i. (Superbruker B)*

*Da selve Go Live kom, og det ekte systemet kom, så var ting liksom.. Noe var ganske likt, men det var mye som også var «åja, det har kommet en knapp der» eller «åja, du må heller trykke sånn». (Superbruker C)*

Tidligere forskning viser at dansk helsepersonell også ble opplært i et Epic-system som ikke lignet hva de fikk ved Go Live i Danmark, hvilket påvirket at brukerne følte seg lite forberedt (Jeppesen et al., 2018). Her ligger det imidlertid en viss forståelse blant superbrukerne, da de er klar over at det er et system som er under stadig utvikling. Likevel var det en faktor som bidro til at prosessen var uforutsigbar. Superbruker B forteller at de stadige endringene i systemet var vanskelig å forholde seg til, og særlig da de skulle ha opplæring. Verken Superbruker B eller A anså opplæringen som tilstrekkelig. Superbruker C er derimot mer positiv, og forteller at hun synes det var lagt opp til god nok opplæring med tanke på de forutsetningene de hadde.

Med mer tid og bedre opplæringsmuligheter kunne imidlertid superbrukerne fått en dypere forståelse av Helseplattformen og dermed tilpasset sine teknologiske rammer til den nye teknologien. Opplæringen kunne bidratt til å styrke superbrukernes tillit og kompetanse, og dermed redusert usikkerhet og utfordringer knyttet til endringer i systemet (Orlikowski,

1992). Istedenfor har opplæringen bidratt til en lavere forståelse for systemet i forkant av Go Live, særlig fordi systemet endret seg. Som vi skal se i neste delkapittel, bidro dette til at de oppdaget flere feil ved systemet etter lansering.

## 4.4 Superbrukernes erfaring med brukervedvirkning

Superbrukerne er klar over at medvirkning ikke har vært deres hovedoppgave i implementeringsprosessen, men forteller at de tross alt er brukere av systemet, og ikke minst et erfarent helsepersonell, og at de dermed trodde at de skulle bli hørt mer. Dette kapitlet tar for seg superbrukernes erfaringer med brukervedvirkning.

### 4.4.1 Feilmeldinger får lite respons

En av arbeidsoppgavene til superbrukerne er å rapportere til Helseplattformen AS om feil gjennom systemet *ServiceNow*. Etter Go Live har de rapportert om blant annet feil og mangler i systemet, men også kommet med endringsforslag, som dermed har vært en måte superbrukerne har hatt en stemme inn etter Go Live.

*Jeg har ikke fått tilbakemelding på de feilene jeg har meldt inn engang, og det var i november. (Superbruker A)*

Dette sitatet reflekterer hva superbrukerne erfarer med meldesystemet, hvorav samtlige forteller om flere tilfeller der de ikke har fått svar på henvendelsene sine. Hvis de har fått svar, har behandlingstiden vært lang. Superbruker A forteller at feilene i noen tilfeller kun blir rettet i systemet til personen som har meldt inn feilen. Tidligere forskning viser at manglende brukerstøtte på individnivå slik som dette kan føre til frustrasjon og apati, og at utilstrekkelig IT-hjelp påvirker holdninger negativt (Jeppesen et al., 2018), som også viser seg her.

Superbruker A og C forteller at de begge har meldt inn samme feil flere ganger, uten at feilen har blitt fikset. Superbruker B forteller oppgitt at Helseplattformen lukker sakene etter en dag uten å fikse problemet som eksempelvis en sak med hurtigtaster i systemet som ikke har fungert:

*De funket ikke, og jeg aner ikke hvor mange mails jeg har sendt hvor jeg har skrevet at de ikke fungerer som de skal, og jeg fikk veldig mange svar som var sånn «hva er det du mener?» (...) Og de fungerer fortsatt ikke, men de har lukket saken. (Superbruker B)*

I tillegg til praktiske ting, som eksempelet over, har de også meldt inn feil som er kritiske for deres arbeidsflyt. Superbrukerne har mulighet til å sette en alvorlighetsgrad på feilen de melder, så Helseplattformen kan prioritere de mer alvorlige sakene som kommer inn. Der er imidlertid en felles oppfatning blant superbrukerne at Helseplattformen ikke anser de samme sakene som alvorlige.

*Da jeg stilte spørsmål, så følte jeg at [kundebehandleren] var veldig avvisende, og sa «vi tenker at det er sånn, lukker saken nå, men du kan åpne saken innen ti dager hvis du er uenig», og så må vi på en måte avvise løsningen deres, og hele tiden si «nei, vi er uenige». (...) De virket veldig orienterte på bare å avslutte saker. (Superbruker C)*

At saker superbrukerne opplever som alvorlig ikke mottas som like alvorlig fra Helseplattformen, beskrives som bekymringsverdig av informantene, særlig når de prøver å lukke saker som ikke er løst. Dette er også et problem som har blitt adressert tidligere, noe som kan grunne i at leverandøren anser systemet som tilstrekkelig slik det er (Ringdal

& Farshchian, 2022). Dette kan indikere at superbrukernes meninger ikke har blitt tilstrekkelig hørt. Superbrukerne forstår imidlertid at Helseplattformen er under press, men som vi skal se i neste delkapittel, legger dette til dels grunnlaget for at superbrukerne føler seg oversett.

#### 4.4.2 Opplevelser av manglende medvirkning

Det kan være verdt å nevne at superbrukerne ikke deltok på retningsmøtene slik som fagekspertene gjorde, men de har likevel egne erfaringer som kan knyttes til brukermedvirkning, som de anser som begrenset.

*Og når de som er fagekspertene [...] blir avleid, blir hvert fall vi som superbrukere avleid. Vi som superbrukere hadde egentlig ingen inngangsport. (Superbruker B)*

Denne oppfatningen deler hun med Superbruker C, som uttrykker at hverken superbrukere eller sluttbrukere har hatt noen reell påvirkning på systemet, og at beslutningene har blitt tatt uten å konsultere helsepersonell som jobber direkte med pasienter. De etterlyser større brukermedvirkning og påpeker at endringer foreslått av superbrukere blir håndtert sakte og uten tilbakemelding. Superbruker B følte seg lurert da det ble lovet mer brukermedvirkning som ikke ble oppfylt, og mener implementeringen kunne vært mer effektiv hvis reelle behov hadde blitt adressert.

*Man har faktisk ingen påvirkning, og blir bare syndebukk. (Superbruker B)*

Superbruker B uttrykker her en frustrasjon rundt hvordan Helseplattformen og Epic har reagert på systemfeil. Hun forteller at hun sitter igjen med en følelse av at brukerne og klinikerne blir fremstilt som syndebukker siden feilene blir ansett som brukerfeil. Hun avsluttet til slutt sitt engasjement som superbruker fordi hun følte at hennes tilbakemeldinger ikke ble tatt på alvor. Denne oppfatningen deler hun dessuten med Superbruker A og C:

*Man sitter liksom med en følelse om at ting burde blitt endret på for lenge siden, og vi har jo sagt ifra om flere ting i forkant som ikke har blitt hørt. (Superbruker A)*

*Inntrykket mitt er at de har kjørt på uten å ha hørt med sykepleiere og leger som faktisk jobber med pasienter. Det synes jeg har vært veldig spesielt med Helseplattformen. (Superbruker C)*

Alle superbrukerne kjenner altså på at tingene de har sagt ifra om ikke har blitt gjort noe med, og noen er svært frustrerte over dette. Dette bekrefter hva tidligere forskning også har funnet, nemlig at om betydningen av positive brukerholdninger blir oversett, vil det være en risiko for frustrerte og umotiverte brukere (Jeppesen et al., 2018). Superbruker B forteller eksempelvis at det til en følelse av mismot og oppgitthet, da «det følte veldig nytteløst» å si ifra. Hun forteller at etterspørslene deres blir møtt med svar som «sånn gjør vi ikke, sånn går ikke, det er ikke mulig». Dette er også noe Superbruker C har reagert på:

*Når vi sender inn saker, (...) vi sender også inn forespørsler om «dette ønsker vi endret», og de endringene skjer helt sjukt sakte, altså vi får bare svar sånn «tas videre med brukergruppe», og så hører vi ingenting. Og vi har ikke hørt noen ting ennå. (Superbruker C)*

Efaringene til superbrukerne virker altså også å bli påvirket av holdningen de opplever fra Helseplattformen AS og Epic. Selv om superbrukerne forteller at det er viktig for driften, sitter de igjen med en følelse av at de ikke blir verdsatt:

*Det vi sier har ikke noen verdi, virker det som. Og det Epic sier, er det som er riktig. Og det er veldig merkelig når det er vi som er brukere av systemet.*  
(Superbruker B)

En annen kilde til frustrasjon har vært at de føler Helseplattformen AS har tatt avstand til problemene. Det virker å være ekstra frustrerende fordi Helseplattformen består av ansatte som tidligere har jobbet på sykehuset. Samlet sett uttrykker altså superbrukerne frustrasjon over manglende lytting til deres innsikter og behov, og mangel på reell brukermedvirkning gjennom prosessen. De problemene og feilene de har meldt inn har hatt lang behandlingstid, og i noen tilfeller har de ikke fått respons i det hele tatt. De sitter igjen med en følelse av at systemet har blitt overlatt til dem selv. I neste delkapittel skal vi se nærmere på sluttbrukernes erfaringer, og som vi skal se, har de noen like oppfatninger.

## 4.5 Sluttbrukernes erfaringer

Sluttbrukere er direkte brukere av Helseplattformen-systemet, uten spesifikke roller som fagekspert eller superbrukere i prosjektet. De deltok på opplæringskurs sammen med superbrukere og kursansvarlige fra Helseplattformen. Deres erfaringer vil være viktige i analysen av forskjeller mellom brukergruppene, så nå vil vi se nærmere på deres erfaringer med opplæring, brukerstøtte og brukeropplevelse.

### 4.5.1 Opplæring og brukerstøtte

Informantene hadde ulik oppfatning av opplæringen, men samtidig uttrykker samtlige at den kunne vært bedre. I likhet med superbrukerne, forteller sluttbrukerne at opplæringen var påvirket av at mye ikke har vært ferdig:

*Det var ikke et fungerende system som var tilgjengelig for opplæring, det var det ikke.* (Sluttbruker B1)

Også Sluttbruker B2 og C deler oppfatningen om en lite oversiktlig opplæring preget av feil i systemet. Dette til tross for at målet med opplæringen var at den skulle være relevant og tilpasset (Helseplattformen, 2020b). Sluttbruker C stiller spørsmål ved hvorfor helsepersonell ble satt til å undervise, og syns opplæringspersonalet manglet tilstrekkelig kunnskap om systemet. I likhet med superbrukerne, var Sluttbruker B2 lettet over utsettelsen, fordi hun følte seg uforberedt etter den tilsynelatende mangelfull opplæring. Sluttbruker B1 syns opplæringen var tilstrekkelig gitt omstendighetene, men opplevde imidlertid noen negative overraskelser knyttet til feil og mangler, som eksempelvis ufullstendige e-meldinger og pasientlister som ikke fungerte optimalt.

I likhet med superbrukerne, uttrykker sluttbrukerne frustrasjon over at det tar lang tid å løse store feil. Ved problemer forsøker sluttbrukerne å sjekke om feilen allerede er rapportert, og får ofte tilbakemelding om at problemet er kjent. Likevel får de til svar at «de jobber med saken», men at de ikke hører noe mer.

*Og så er jeg litt skuffet over at [Helseplattformen AS] ikke retter opp det fortere. Og så er jeg veldig skuffet over at de sier at det er løst, og så er det ikke løst.* (Sluttbruker B2)



Hvis de først fikser problemet, så fikser de det på én pasient, eller for én ansatt, men ikke i hele systemet. Det har vært en utbredt oppfatning blant sluttbrukerne at Helseplattformen og helsemyndighetene burde være mer ydmyke og ta ansvar for feilene. I likhet med superbrukerne, er de skuffet over at feilene tillegges brukerne istedenfor å erkjenne systemfeil fra leverandørens side.

*De sier jo at det bare var plunder og heft, og at vi ikke har hatt god nok opplæring og at det bare er brukerfeil. (...) De kunne gjerne vært litt mer ydmyke, og vært sånn «ja, det ble litt vanskeligere enn det vi trodde, det var en feil fra vår side» istedenfor å være sånn «nei, det er brukerne som ikke har hatt nok opplæring», det synes jeg blir helt feil. (Sluttbruker B2)*

*[Helseplattformen] har jo liksom blokkert alt av kritikk og tilbakemeldinger, og lagt skylden på brukerne, noe som er helt merkelig (...) Og den holdningen har vært fremtredende fra topp til bunn i Helseplattformen, og det har vel kanskje vært hovedproblemet, tror jeg, at de ikke har hatt noen ydmykhet overfor det de har produsert. (Sluttbruker B1)*

Disse sitatene antyder en slags ansvarsfraskrivelse fra ledelsen i Helseplattformen AS, hvorav det blir sagt at det er brukerfeil på grunn av at de ikke har hatt god nok opplæring. Det er dessuten interessant, da det er Helseplattformen som har bestemt hvor mye opplæring sluttbrukerne har fått. Vi har tidligere sett at det å legge skylden på brukerne er nærmest typisk i slike prosjekter (Hatling & Sørensen, 1998), og i dette tilfelle ser vi at det dessuten fører til en motstand mot Helseplattformen. Videre forteller informantene at feilene ofte blir bagatellisert eller avvist, og de føler derfor at deres innspill eller erfaringer ikke har blitt tatt hensyn til tilstrekkelig i prosessen. Enkelte uttrykker en manglende informasjonsflyt om hva som blir gjort med Helseplattformen og de utfordringene som er identifisert.

Samlet sett reflekterer sluttbrukernes tanker om brukerstøtte en blanding av både positive og negative opplevelser. Det er et tydelig ønske om mer effektiv feilhåndtering og en mer åpen og ydmyk tilnærming fra Helseplattformen og helsemyndighetene.

#### 4.5.2 Brukeropplevelsen: Utfordringer og forbedringer

Alle sluttbrukerne hadde en relativt positiv innstilling til prosjektet. Sluttbruker B1 forteller at han allerede var tilfreds med det opprinnelige systemet de hadde, men at «det var en tro på at dette skulle bli greit nok». Sluttbruker B2 og Sluttbruker C bestemte seg også for å ha en positiv innstilling.

*Jeg bestemte meg for å være positivt innstilt og lære meg det jeg måtte. (...) Jeg bestemte meg også for bare å akseptere og ikke irritere meg over det. (Sluttbruker C)*

*Etter jeg fikk opplæring bestemte jeg meg for at jeg bare får jobbe på og heller bare ikke ha noen forventninger (...) fordi jeg tenkte at det var bedre å ha ingen forventning og så blir man heller positivt overrasket. (Sluttbruker B2)*

Disse sitatene kan tyde på at informantenes teknologiske rammer var preget av en vilje til å akseptere og tilpasse seg endringer. Sluttbruker C nevner spesifikt at hun bestemte seg for å akseptere situasjonen og ikke la seg irritere, noe som kan indikere at hun brukte en strategi for å redusere usikkerheten og skape mening i den komplekse

organisasjonsendringen. På samme måte valgte Sluttbruker B2 å ikke ha forventninger, men heller være åpen for positive overraskelser. Dette kan reflektere en tilpasning til den uklare situasjonen og en vilje til å tolke og forstå den nye teknologien på en konstruktiv måte (Orlikowski & Gash, 1994). Dermed kan disse sitatene tyde på at informantenes teknologiske rammer bidro til å strukturere deres opplevelser av implementeringsprosessen og redusere usikkerheten de følte i møte med endringene.

Sluttbruker C opplever noen positive aspekter ved systemet og har lært seg de nødvendige funksjonene for sitt arbeid, men erkjenner at kun det grunnleggende er på plass. Sluttbruker B2 ble positivt overrasket over de første ukene etter Go Live tross utilstrekkelig opplæring. Hun synes systemet fungerer til daglig, men forteller at det av og til dukker opp plutselige feil som har store konsekvenser.

*Det er sånn feil med at hvis den sykepleieren på post er inne på pasienten og legger inn ett eller annet, medisin eller bare skal sjekke noe eller noe sånt, så får ikke jeg det inn på pasienten på min skjerm. Og da får ikke jeg gjort jobben min. (...) Når det er sekunder som teller, for eksempel på slag eller traumer, så er det litt krise. (Sluttbruker B2)*

Alle informantene opplever altså både fordeler og ulemper ved systemet. Mens noen opplever systemet som mer tungvint og mindre effektivt enn det de hadde tidligere, ser andre fordeler som bedre tilgang til informasjon. Superbruker B2 mener at de ekstra klikkene og den økte tiden gjør at folk blir mindre nøyaktige, og dessuten at de føler seg presset til å skynde seg. Dette er ikke heldig, forteller hun, særlig siden det var et høyt press på helsevesenet allerede før Helseplattformen.

*Vi trengte et system som var mer effektivt, ikke et som heftet oss. (Sluttbruker B2)*

Sluttbruker B1 opplever også en klar tilbakegang i funksjonaliteten og beskriver systemet som uoversiktlig og sårbart, grunnet mindre kontroll på om pasientlistene er fullstendige. Likevel påpeker han at det har vært en gradvis forbedring i systemet de siste månedene. Sluttbrukerne trekker også frem fordeler som rask tilgang til blodprøvesvar og god pasientkontroll, inkludert lettere tilgang til kliniske opplysninger og om pasientenes undersøkelser før de møter dem. Sluttbruker C forteller at selv om systemet kan være tidkrevende og innebære «mye styr», finner hun andre måter å håndtere det på og at de kan «sikkert leve fint med Helseplattformen på avdelingen», en oppfatning hun deler med Sluttbruker B1. Sluttbruker B2 er derimot ikke like optimistisk:

*Jeg har ikke noe tro på at det blir bra. (...) Hele tanken er jo at man skal ha tillit til systemet, og når både ansatte og pasienter mister den tilliten, så er det ikke bra. (Sluttbruker B2)*

Sitatet viser altså at informanten ikke har tillit til systemet, noe som kan indikere at hun heller ikke har en opplevelse med å ha kontroll på systemutviklingsprosessen. Dette er noe som kan påvirke brukertilfredsheten negativt (Bano et al., 2017), noe som tilsynelatende er tilfellet også her. I sum har altså sluttbrukerne blandede erfaringer med det nye journalsystemet. Til tross for at de har prøvd å være positivt innstilte og ønsket systemet velkommen, påvirker mangler og feil ved systemet bruken negativt. Dette kaster tvil over systemets generelle tilfredshet.

## 4.6 Forskjeller mellom avdelingene og brukergruppene

Innledningsvis stilte jeg følgende forskningsspørsmål: a) Hvilke forskjeller er det i erfaringer med systemet blant de ulike brukergruppene?, og b) Hvilke forskjeller er det i erfaringer blant avdelingene? I lys av analysen, vil jeg nå ta for meg de største forskjellene mellom brukergruppene og avdelingene.

### 4.6.1 Erfaringer blant fageksperter, superbrukere og sluttbrukere

Som vi har sett i analysen, er det flere forskjeller i erfaringer blant brukergruppene. Siden fagekspertene har hatt den formelle rollen som medvirkere, har det vært en antakelse at de ville uttrykke en høyere grad av tilfredshet enn det de andre brukergruppene. Tross at fagekspertene har vært involvert i en større grad, tilsier ikke erfaringene deres at det nødvendigvis har ført til høyere brukertilfredshet. Fagekspertene uttrykker både misnøye med selve brukermedvirkningen, men også med systemet generelt. Dette strider mot den antatte konsensusen i forskning om at brukermedvirkning kan føre til høyere tilfredshet (Hunton & Beeler, 1997; Bano et al., 2017; Hatling & Sørensen, 1998). I likhet med fagekspertene, er heller ikke superbrukerne fornøyde med måten de har blitt hørt. De føler seg oversett, og erfaringene deres er heller ikke at de har hatt en reell inngangsport til Helseplattformen siden deres feilmeldinger eller kritiske innspill ikke blir tatt på alvor. Dette har ført til at de heller ikke har hatt en særlig positiv opplevelse med implementeringsprosessen, ei heller med systemet. Sluttbrukerne hadde en relativt positiv innstilling, men ble også negativt overrasket over alle feilene og manglene i systemet. Dette peker på at alle brukergruppene har et gjennomgående negativt inntrykk av prosessen, til tross for de ulike utgangspunktene. Igjen er dette et funn som skiller seg fra tidligere forskning om at jo mer deltakende en bruker er i et informasjonssystem, jo mer positive holdninger vil brukeren ha til systemet (Hunton & Beeler, 1997; Vahteristo & Jylhä, 2020). Til tross for at fagekspertene er dem som tilsynelatende har bidratt mest med utviklingen av systemet, var det den brukergruppen som kanskje uttrykte mest negative erfaringer. Analysen viser imidlertid at det ikke kun er selve brukermedvirkningen som påvirker erfaringene, men også andre faktorer som ufullstendig opplæring, manglende kunnskap og et manglende felles språk og en felles forståelse blant aktørene.

Manglende følelse av å bli hørt og opplevelsen av avvisning når brukere har meldt inn feil eller utfordringer til Helseplattformen AS har også påvirket medvirkningsmuligheter. Dette kan tyde på en kommunikasjonsbrist mellom brukerne og Helseplattformen AS, der brukernes innspill ikke har blitt tilstrekkelig tatt i betraktning. Samtidig skiller erfaringene blant brukergruppene seg hva gjelder ansvar for feil. Superbrukerne og sluttbrukerne følte seg begge ansvarliggjort, og mente at Helseplattformen AS skylte på brukerfeil. Både fagekspertene og superbrukerne peker på rigiditeten til systemet som en utfordring, som gjorde det vanskelig å få medhold i innspillene deres. Informanter fra begge brukergruppene hadde en forventning om å bidra i større grad. At deres bidrag ikke ble tilstrekkelig ivaretatt og verdsatt, har gjort dem frustrerte og dessuten skuffet. De synes det er rart at deres meninger ikke har betydd mer. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at dersom betydningen av positive brukerholdninger blir oversett, så er det en mulighet for at brukerne kan bli mer frustrerte og miste motivasjon (Jeppesen et al., 2018). Konsekvensene av dette har tilsynelatende vært at de har fått et system som ikke er tilpasset deres arbeidsflyt. Dette har dessuten påvirket sluttbrukernes erfaringer, som uttrykker at systemet er komplisert og vanskelig å lære seg.

Både superbrukerne, sluttbrukerne og fagekspertene var dessuten misfornøyde med opplæringen. Alle informantene mener at opplæringen var utilstrekkelig og ble gjennomført i et system som ikke var ferdigutviklet. Rindal og Farshchian (2022) skriver at det var manglende kunnskapsoverføring fra de lokale prosessene til de formelle prosjektprosessene. I denne studien kan vi også se at det har vært manglende kunnskapsoverføring fra de formelle prosjektprosessene til brukerne. Konsekvensene av opplæringen har vært forskjellig for brukergruppene. Mens fagekspertene har følt at de ikke har kunnet systemet godt nok til å være like effektive i arbeidet med utformingen, eller at de ikke har fått god nok informasjon om hva som kan endres, har superbrukerne ikke følt seg godt nok forberedt til å hjelpe sluttbrukerne ved Go Live. For sluttbrukerne har det derimot vært vanskeligere å ta i bruk systemet på grunn av den ufullstendige opplæringen, og som en av informantene nevner, har det ført til at hun kun har lært seg det mest nødvendige.

#### 4.6.2 Erfaringer på tvers av avdelingene

I likhet med erfaringene blant brukergruppene, er det både likheter og forskjeller i erfaringene blant avdelingene også. Avdeling B, som allerede hadde et velfungerende system på plass, opplevde kanskje den største endringen på arbeidsplassen. Informantene fra denne avdelingen ga uttrykk for misnøye med implementeringsprosessen, trolig på grunn av deres tilfredshet med det forrige systemet og det sene tidspunktet de ble inkludert i prosessen. Avdeling A uttrykte en mer nøytral holdning både til systemet og brukermedvirkningen. Avdeling C derimot, viste seg å være den mest positive avdelingen, da de ikke hadde opplevd den samme graden av endring som de andre avdelingene.

Forskjellene i erfaringene kan delvis forklares av organisatoriske faktorer som variasjoner i arbeidsrutiner, behov og kompetansenivå blant avdelingene. Denne studien indikerer også at avdelingsspesifikke faktorer kan spille en rolle i de observerte forskjellene. For eksempel opplevde avdelingene knyttet til akuttmottaket og pasientbehandling mer press og utfordringer i overgangen til Helseplattformen. Videre kom en av avdelingene sent inn i prosessen, noe som kan ha påvirket deres erfaringer. For å sikre en vellykket implementering i alle avdelinger, er det viktig å identifisere og tilpasse opplæring og støtte i tråd med de spesifikke behovene til hver avdeling.

I et sosioteknisk perspektiv kan vi se at de ulike faktorene har påvirket avdelingenes erfaringer. Teknologiske faktorer, som eksempelvis at Avdeling B hadde et velfungerende system, kan ha skapt en motstand mot endring og dermed påvirket deres misnøye. På den annen side kan teknologien etter hvert bli bedre forstått og mer konsistent etter en periode med bruk og erfaring (Orlikowski & Gash, 1944). Sosiale faktorer, som arbeidsrutiner, behov og kompetansenivå blant avdelingene, spiller også en rolle. Avdeling A, som var mer nøytrale, har hatt andre behov og rutiner, mens Avdeling C ikke har brukt like mange funksjoner i det nye systemet. Dermed har de muligens kjent på en mindre endring enn Avdeling B, og således opplevd en mer positiv implementering.

I påfølgende diskusjonskapittel skal vi se nærmere på hvordan brukermedvirkning kan forstås i et sosioteknisk perspektiv, og forsøke å svare på den gitte problemstillingen.

## 5. Diskusjon

Da Helseplattformen ble tatt i bruk ved St. Olav Hospital i Trondheim kommune 12. november 2022, fikk ansatte plutselig en ny arbeidshverdag. Siden har kritikken mot systemet haglet. Ansatte har rapportert om feil og mangler i systemet, inkludert ufullstendige epikriser, problemer med e-meldinger mellom instansene, økte ventelister og manglende henvisninger (Svendsen, Toftaker, Thobroe & Johannessen, 2022). Dette har resultert i økt arbeidsbyrde og stress for de ansatte, og noen har til og med sagt opp jobbe som følge av bekymringer knyttet til Helseplattformen (Svendsen et al., 2022). Til tross for at det ble vedtatt at sykehuset skulle være tilbake i normal drift etter fire uker (St. Olavs Hospital, 2022), forteller flere informanter at de ikke opplever det slik.

Hensikten med denne studien har vært å svare på følgende problemstilling: *Hvilke erfaringer har helsepersonell ved St. Olavs Hospital med brukervedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen?* Tittelen på oppgaven, «Når kartet ikke passer med terrenget», representerer gapet mellom intensjonen med brukervedvirkning og brukernes erfaringer, altså realiteten, med brukervedvirkning. Metaforen er inspirert av en fagekspert sitt sitat om at systemet ikke er tilpasset strukturen i helsevesenet, men dette kan også overføres til nettopp kontrasten mellom visjonen og virkeligheten av brukervedvirkning i Helseplattformen-prosjektet.

I dette kapittelet vil jeg således diskutere funnene mine av helsepersonellens erfaringer med brukervedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen. Jeg vil også adressere begrensningene ved studien, og til slutt presentere forslag til fremtidig videre forskning.

### 5.1 Kartet: Intensjonen med brukervedvirkning

Formålet med Helseplattformen var blant annet journalen skulle følge pasienten i alle møter med helsesektoren, at det skulle være én felles pasientjournal for hele regionen, økt effektivitet og kvalitet i helsesektoren og at systemet skulle være mer brukervennlig (Meld. St. 7 (2019-2020), s. 105). I tillegg skulle løsningen redusere tidsbruk på dokumentasjon slik at helsepersonell skulle få frigjort tid, det skulle gi bedre informasjon og oversikt over pasientinformasjon og bedre ressursbruk (Helseplattformen, 2019c). Hvorvidt dette blir realiteten på sikt er vanskelig å forutse, men som vi har sett i analysen, er disse potensielle fordelene nettopp en del av det informantene peker på som negative aspekter som påvirker deres erfaringer.

Det var altså et mål å involvere klinikere gjennom implementeringsprosessen. 400 klinikere har deltatt på 101 workshops, noe som tilsynelatende var et godt utgangspunkt for brukervedvirkning. Tidligere forskning har vist at brukervedvirkning er viktig i prosessen med implementering av store IT-systemer. Å involvere brukere på denne måten kan bidra til at teknologien, her Helseplattformen-systemet, blir tilpasset brukerne, og at det møter brukernes behov (Hatling & Sørensen, 1998). Brukervedvirkning kan også bidra til at designere ikke tar utgangspunkt i egne antakelser om hvordan brukere vil reagere på teknologien (Skjølsvold, 2015). Fagekspertene har altså deltatt på mange møter med leverandøren Epic og Helseplattformen AS, i et forsøk på å veilede dem til å ta valg som skulle gjøre systemet mer tilpasset deres arbeidsflyt. Formålet var at fagekspertene skulle ha stor innflytelse på utformingen og testingen av systemet (Helseplattformen, 2023). I tillegg ble superbrukere ansatt i et engasjement hvor de deltok på aktiviteter i forkant av

Go Live for å forberede ansatte på systemet (Helseplattformen, 2022). Den ekstra opplæringen skulle bidra til at sluttbrukerne hadde kort vei til hjelp, og superbrukerne fungerte som viktige ressurser og støttespillere i overgangen til det nye systemet. Informantene forteller at sin rolle som superbruker etter Go Live også bestod av å melde inn feil og mangler, og å komme med endringsforslag til Helseplattformen AS. Det var altså lagt opp til god brukermedvirkning med en tilsynelatende klar rollefordeling.

Som nevnt innledningsvis kan «kartet» være en passende metafor for intensjonen av brukermedvirkning. Når man ser på implementeringsprosessen av Helseplattformen, kan man betrakte brukermedvirkning som et verktøy for å navigere i det komplekse terrenget av systemutvikling og implementering. Akkurat som et kart kan hjelpe oss med å forstå og orientere oss i et geografisk område, gir brukermedvirkning muligheten til å få innsikt i brukernes arbeidsflyt, behov og erfaringer, og er dessuten et viktig verktøy for å oppnå bedre brukertilfredshet og -aksept (Hunton & Beeler, 1997; Bano et al., 2017). Intensjonen bak brukermedvirkning var altså å sikre at helsepersonellet skulle få en innflytelse på utviklingen og implementeringen av Helseplattformen. Imidlertid avslører funnene mine en uoverensstemmelse mellom intensjonen og virkeligheten av brukermedvirkning. Det diskuteres nærmere i neste delkapittel.

## 5.2 Terrenget: Virkeligheten av brukermedvirkning

Som vi har sett i analysen, har det oppstått ulike hindringer som har påvirket graden av faktisk brukermedvirkning i implementeringsprosessen. Til tross for intensjonen om å legge et solid grunnlag for brukermedvirkning, har det vist seg at det er et klart gap mellom det planlagte og det reelle nivået av brukerinvolvering. Gapet forklares ved de utfordringene, begrensningene og uforutsette faktorene som har påvirket gjennomføringen av brukermedvirkning i praksis. Dermed vil «terrenget» symbolisere den faktiske brukermedvirkningen.

Informantene forteller om flere utfordringer knyttet til involvering og innflytelse i praksis. De påpeker flere ulike erfaringer som har påvirket graden av brukermedvirkning. Erfaringene kan deles inn i *sosiale* og *organisatoriske* faktorer, hvorav begge har et gjensidig påvirkningsforhold med teknologi. I tråd med Skjølsvold (2015) sin beskrivelse av sosiale faktorer, refererer det i dette tilfellet til eksempelvis språkbarrieren informantene opplever, samt interaksjonen brukergruppene har hatt med Helseplattformen AS. De sosiale faktorene har ifølge informantene en negativ innvirkning både på medvirkningsmulighetene, siden det har begrenset informantenes evne til å delta aktivt og komme med verdifulle innspill, men også på selve teknologien som Helseplattformen-systemet er. Dette tyder dessuten på at den teknologiske *teksten* (Skjølsvold, 2015) ikke har blitt tilstrekkelig tilpasset brukernes behov og arbeidspraksis, og kan indikere at det er et gap mellom brukernes forventninger og opplevelser, og den teknologiske teksten som er implementert i systemet. Tross brukermedvirkning, som kan ivareta brukernes behov når en tekst skrives (Hatling & Sørensen, 1998), kan det tyde på at designere og utviklere ikke har tatt hensyn til brukernes perspektiver og behov i tilstrekkelig grad under utviklingen av Helseplattformen-systemet.

De organisatoriske faktorene, som eksempelvis frustrasjonen informantene uttrykker over at alle aktørene jobber i siloer, har blant annet ført til en mangel på samarbeid og koordinering på tvers av aktørene. Ifølge Moser (1998) og ANT opprettholdes ting og fakta av nettverkene de er en del av. Når nettverkene begynner å smuldre, som i tilfellet med

manglende samarbeid og koordinering, kan det føre til at tingene og faktaene, i dette tilfellet systemet og dets funksjonalitet, blir problematiske. Mangelen på soliditet i nettverkene har resultert i utfordringer og problemer i implementeringsprosessen. Informantene forteller også om endring av arbeidsflyt for å tilpasse seg systemet, systemets rigiditet og ufullstendig opplæring. Analysen viser at slike teknologiske rammer også er begrensninger for brukernes medvirkningsmuligheter. Informantenes teknologiske rammer er preget av en forventning om at de skulle få bidra mer enn det de har fått, noe som har resultert i frustrasjon og en opplevelse av at deres stemmer og bidrag ikke er tilstrekkelig ivaretatt. I tillegg påpeker informantene at det har vært vanskelig å få gjennomslag for endringsforslag, siden systemet er rigid. Helseplattformen som aktør har dermed også hatt en egen handlekraft, som jo kan påvirke samhandling og teknologiske løsninger (Skjølsvold 2015). Det er imidlertid viktig å påpeke at det ikke er lenge siden Go Live, og at sosiale faktorer kan endres og utvikles etter bruk og erfaring over tid (Orlikowski & Gash, 1994).

Som Hatling og Sørensen (1998) påpeker, er brukermedvirkning avhengig av samspillet mellom brukere og designere, samt en balanse mellom sosiale og tekniske faktorer. En balanse kan føre til at man sikrer et velfungerende og effektivt system, samtidig som man tar hensyn til brukerne. I dette tilfellet virker det heller å være kommunikasjonsutfordringer, faktisk mellom flere aktører. På bakgrunn av dette har ikke brukerne fått den kunnskapen de trenger for å skape denne balansen. Både organisatoriske, teknologiske og sosiale faktorer har altså bidratt til dette. Neste kapittel diskuterer nærmere hva som ligger til grunn for gapet mellom intensjonen og realiteten.

### 5.3 Gapet mellom kartet og terrenget

Som vi har sett i de foregående kapitlene, har det altså vært et gap mellom intensjonen av brukermedvirkning og hvordan det faktisk ble erfart av informantene. Mens intensjonen fra helsemyndighetene var å involvere brukerne for at systemet skulle bli brukervennlig, har det heller bidratt til at informantene har blitt ytterligere frustrert. Til tross for at det er forskjeller mellom de ulike brukergruppene og innad blant informantene, er det en overvekt av informanter som ikke synes de har blitt godt nok hørt. Intensjonen med brukermedvirkning virker også å ha bidratt til at informantene hadde en viss forventning i forkant, noe som kan ha påvirket erfaringene ytterligere. For det første lå det en forventning om at man skulle ta lærdom fra andre land hvor implementeringen av Epic-systemet ikke har gått etter planen. Likevel ser vi at flere utfordringer samsvarer med de utfordringene som ble adressert blant annet i Danmark (se eks. Jeppesen et al., 2018). For det andre var det en forventning om at helsepersonell skulle få bidra i større grad enn det tilsynelatende virker at de har fått. Flere informanter påpeker nemlig at de gikk inn i prosjektet med en forventning om at de skulle ha en større innflytelse på prosjektet, noe som ikke er unaturlig da Helseplattformen selv antok dette på sine hjemmesider (Helseplattformen, 2023). For å forstå hvorfor gapet mellom disse aspektene oppstår, er det relevant å se på de ulike faktorene som har bidratt til det.

Som adressert tidligere, er det både sosiale, organisatoriske og teknologiske faktorer som har bidratt til at informantene erfarer medvirkningsprosessen som de gjør. Det er altså disse faktorene som påvirker gapet. Det sosiotekniske perspektivet hevder at teknologi ikke kan sees isolert fra de sosiale og organisatoriske kontekstene der den brukes, men heller at man må se på samspillet mellom det sosiale og teknologiske. I tilfellet med

implementeringen av Helseplattformen og brukermedvirkning betyr det at man må forstå hvordan teknologiske rammer og sosiale faktorer samhandler og påvirker hverandre. Teknologi og de sosiale relasjonene, organisatoriske strukturer og praksiser er gjensidige påvirkningsfaktorer. I implementeringen av Helseplattformen har teknologiske faktorer, som systemets funksjoner, grensesnitt og arbeidsflyt, påvirket hvordan brukermedvirkning blir praktisert. For eksempel har vi sett at et stivt og lite fleksibelt system har begrenset brukernes muligheter for medvirkning og tilpasse systemet til deres behov. Brukerne har ikke fått tilstrekkelig kunnskap om systemet, delvis på grunn av utilstrekkelig opplæring, og de har dermed hatt vanskeligheter med å se vekk fra eksisterende mentale modeller og erfaringer. Dette har dermed begrenset deres evne til å tilpasse seg og dra nytte av, eller i det hele tatt utvikle, nye teknologiske rammene (Orlikowski & Gash, 1994). Det er også rimelig å anta at det har ringvirkninger på medvirkningsmulighetene. På den ene siden bør alle i medvirkningsprosessen ha et felles grunnlag, som eksempelvis lik kunnskap om systemet, for å bygge en felles forståelse for systemet og for at meningsfulle diskusjoner skal finne sted (Wagner, 1993; Zahlsen et al., 2020; Ehn, 1993). Det er tydelig at dette har manglet i Helseplattformen-prosjektet, da de ikke har fått tilstrekkelig opplæring på systemet. Derfor kan utviklere eller designere ha holdt fast ved diskursen om at brukerne ikke hadde nok kunnskap til å bidra i utviklingen av systemet (Hatling & Sørensen, 1998), og at de derfor ikke har hatt like sterk stemme inn. På den andre siden virker ufullstendig opplæring å ha påvirket forventninger og holdninger overfor systemet og ledelsen. I tillegg til dette, er det organisatoriske aspekter som også har ført til at informantene ikke opplever brukermedvirkningen som tilstrekkelig. Som vi så i analysen, opplever informantene brudd i samhandlingen mellom de ulike aktørene i prosessen. Det er et kunnskapsgap mellom brukerne og leverandøren og Helseplattformen AS, som kommer som et resultat av manglende kunnskap og ufullstendig opplæring.

På den andre siden har sosiale faktorer, som samhandling, språkbarrierer og manglende kunnskapsoverføring, også hindret fullstendig brukermedvirkning. Mangel på klar kommunikasjon og felles forståelse har hindret en fullstendig integrasjon av brukernes perspektiver og erfaringer. Mens det tidligere i prosessen med Helseplattformen har blitt identifisert en manglende kunnskapsoverføring fra de lokale prosessene til de formelle prosjektprosessene (Ringdal & Farshchian, 2022), viser denne studien at det har vært manglende kunnskapsoverføring fra de formelle prosjektprosessene til brukerne. Som vi har sett, er det flere informanter som mener at de ikke har hatt god nok kunnskap om systemet. Som en konsekvens blir systemet omtalt som forvirrende, lite intuitivt og komplisert. Til slutt har vi de organisatoriske faktorene, deriblant organisasjonsstruktur og maktrelasjoner, som også har vanskeliggjort brukermedvirkning. Samlet sett viser dette at det sosiotechniske perspektivet er viktig for å forstå hvordan teknologiske, sosiale og organisatoriske faktorer samhandler og påvirker hverandre i implementeringen av Helseplattformen og brukermedvirkning. En helhetlig forståelse av disse faktorene er avgjørende for å identifisere utfordringer og muligheter knyttet til implementering av teknologi i helsevesenet og for å utvikle tiltak som fremmer effektiv brukermedvirkning.

Selv om Hatling og Sørensen påpekte betydningen av balansen mellom sosiale og tekniske faktorer tilbake i 1998, ser det fremdeles ut til at man står overfor en utfordring med å finne denne balansen. I konteksten av brukermedvirkning i implementeringen av Helseplattformen, er det tydelig at både sosiale, teknologiske og organisatoriske faktorer spiller en gjensidig rolle og påvirker både brukernes erfaringer med medvirkning og deres generelle oppfatning av systemet. Til tross for et godt utgangspunkt og erkjennelsen av betydningen av å balansere sosiale og tekniske faktorer, har brukermedvirkningen i



implementeringen av Helseplattformen ikke hatt den ønskede positive effekten verken på brukerne eller deres oppfatning av systemet. Dette understreker behovet for ytterligere forskning og innsats for å bedre forstå og adressere samspeillet mellom sosiale, teknologiske og organisatoriske faktorer i implementeringsprosesser.

Ved å kombinere funnene fra analysen med tidligere forskning og det teoretiske rammeverket, er det mulig å indikere noen mulige tiltak for å redusere dette gapet. Studien viser altså at de sosiale, teknologiske og organisatoriske faktorene påvirker både hverandre og brukernes medvirkningsmuligheter. Tross en tanke om å lære fra tidligere implementeringsprosjekter av Epic-systemet, virker det ikke som at disse faktorene har blitt kartlagt i riktig forstand før prosjektstart. I fremtidige implementeringsprosjekter vil det være nødvendig å kartlegge disse faktorene i forkant for å være mer forberedt. Særlig vil det være viktig med tiltak for å redusere kunnskapsgapet, og å sørge for god kommunikasjon mellom aktørene. Flere informanter har et inntrykk av at de ulike aktørene jobber i siloer, altså hver for seg, noe som har hindret god kommunikasjon. De savner noen som har fullstendig oversikt over hele prosjektet og alt det innebærer, noe som kan tyde på at de ønsker noen som tar en tydelig rolle som ledende aktør. I Helseplattformen-prosjektet har brukerne måttet forholde seg til tre ulike «ledere», nemlig helseforetakene, Helseplattformen AS og leverandøren Epic. Samtidig ser man også Helseplattformen-systemet som en egen aktør med egen handlekraft. Å ha én aktør som har oversikt virker derfor fornuftig, fordi man da vil ha en tydelig ansvarlig part å henvende seg til og som kan koordinere samarbeidet mellom de ulike aktørene. Dette kan bidra til å redusere forvirring, misforståelser og potensielle konflikter mellom aktørene, og dermed skape en mer effektiv og smidig implementeringsprosess.

Videre peker Hatling & Sørensen (1998) på en mulig mekanisme hvor kompleksiteten fører til at designere og utviklere antar at brukerne ikke kan nok. Som et resultat tar de styringen i designprosessen og begrenser dermed brukernes muligheter for medvirkning. Denne situasjonen utfordrer dermed brukermedvirkningens grunnleggende prinsipp om at brukernes kunnskap og erfaringer bør være sentrale i utformingen av et system. Ved å vurdere møtестrukturen og den overveldende informasjonsmengden, kan det være relevant å reflektere over hvorvidt det kunne vært bedre tilrettelagt for at fagekspertene kunne ta til seg informasjonen mer effektivt og aktivt bidra med sin erfaring. Dette kan inkludere tiltak som mer strukturerte møteformer, bedre dokumentasjon og oppsummeringer av viktig informasjon, samt tydeligere kommunikasjonskanaler og muligheter for å gi tilbakemeldinger og innspill.

Konsekvensene av gapet mellom kartet og terrenget av brukermedvirkning, er at det har ført til frustrasjon og misnøye, og informantene opplever at de ikke har blitt hørt eller at det de sier ikke har blitt verdsatt. Erkjennelsen av gapet mellom intensjonen og realiteten av brukermedvirkning er viktig for å identifisere og adressere utfordringene og forbedre fremtidige implementeringsprosesser. Det krever en grundig evaluering av de faktiske erfaringene og en innsats for å bygge bro over gapet mellom intensjonen om brukermedvirkning og den reelle praktiseringen av det. På samme måte som kartet ikke alltid representerer terrenget nøyaktig, kan også brukermedvirkning oppleves som en utfordring når det ikke samsvarer fullstendig med forventningene og behovene til brukerne. Det har oppstått avvik mellom hva brukerne håpet å oppnå gjennom medvirkning og hvordan denne medvirkningen faktisk var i praksis. Derfor er det viktig å påpeke at selv om brukermedvirkning er en verdifull ressurs, kan den også være en kilde til frustrasjon og misnøye hvis den ikke blir tilstrekkelig ivaretatt. Metaforen med "kartet"

hjelper oss med å reflektere over kompleksiteten og dynamikken i brukermedvirkning, og understreker viktigheten av å forstå både dens potensial og begrensninger i implementeringsprosessen.

## 5.4 Implikasjoner og begrensninger

Studien gir innsikt i ulike brukergrupper og avdelinger sine erfaringer med brukermedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen. Å inkludere flere brukergrupper og avdelinger har dessuten bidratt til en mer nyansert forståelse av disse erfaringene. Den kvalitative tilnærmingen har gjort det mulig å gå i dybden på informantenes opplevelser, noe som har bidratt til å avdekke hvilke særlige utfordringer det har vært med brukermedvirkningsprosessen. Disse utfordringene kan være til nytte i den videre implementeringen av Helseplattformen, men også i andre lignende implementeringsprosjekter. Som nevnt tidligere, er elektroniske pasientjournaler i ferd med å bli normen i helsevesenet, og etter planen skal Helseplattformen implementeres i store deler av Helse Midt-Norge. For å få en verdi av brukermedvirkning i slike implementeringsprosesser, er det viktig å adressere utfordringer ved det, noe jeg har gjort rede for i denne oppgaven. Studien viser at det er viktig å kartlegge hvilke sosiale og organisatoriske faktorer en må ta hensyn til i en brukermedvirkningsprosess, noe en gjerne bør kartlegge før selve medvirkningsprosessen begynner.

En alternativ forklaring ved studien kan imidlertid være at resultatene gir et skjevt bilde av hvordan brukermedvirkning har foregått på grunn av utvalgsbias. Studien viser at det er forskjeller i erfaringene med brukermedvirkning blant de ulike informantene, hvorav noen har opplevd større utfordringer enn andre. Som diskutert i metoden, er det en mulighet for at informantene som har stilt opp har vært særlige misfornøyde med prosessen. Samtidig viser resultatene at informantene har flere like utfordringer på tvers av avdelinger, og også noen på tvers av brukergruppene. Dette forsterker dermed validiteten til funnene.

Det er imidlertid viktig å erkjenne at rammene og omfanget av studien har ført til begrensninger ved studien. Å kartlegge erfaringer til både brukergrupper og avdelinger var et noe ambisiøst prosjekt gitt tiden, og det kan være utfordrende å generalisere funnene til andre kontekster og organisasjoner. Til tross for disse begrensningene gir studien fortsatt verdifull oversikt, og dessuten innsikt i betydningen av både sosiale, organisatoriske og teknologiske faktorer som påvirker brukermedvirkning i et storskala implementeringsprosjekt. Tiden og omfanget av studien har også hindret meg i å undersøke alle aspekter ved brukermedvirkningsprosessen. Tidligere studier har imidlertid lagt et godt grunnlag for hvordan jeg har tatt fatt på denne oppgaven. Det er mange studier som påpeker viktigheten av brukermedvirkning i hele prosessen, men få empiriske studier på hvordan brukermedvirkning foregår etter Go Live. Helseplattformen er et system i kontinuerlig utvikling og stadig i endring, og det kan derfor være interessant å se enda nærmere på brukermedvirkningsprosesser også etter Go Live, hvordan det utvikler seg over tid, og effektene av det.

Selv om denne studien belyser utfordringer og implikasjoner knyttet til brukermedvirkning i implementeringsprosessen, er det viktig å forstå hvordan brukermedvirkning påvirker systemets ytelse og brukernes opplevelse over tid. Som nevnt tidligere, vil teknologiske rammer og andre faktorer utvikle seg etter hvert som brukerne blir bedre kjent med systemet og når systemet er mer etablert på sykehuset. I denne studien er kanskje brukernes oppfatninger noe farget av at de er misnøyde med selve endringen, noe som

kan ha påvirket deres erfaringer med brukermedvirkning. En grundigere og mer detaljert evaluering av brukermedvirkningens effektivitet og innflytelse i den videre implementeringsprosessen av Helseplattformen kan gi et mer helhetlig bilde av effektene av medvirkningsprosessen i dette prosjektet.

Til tross for at tidligere studier har fremhevet betydningen av brukermedvirkning for suksessfulle implementeringsprosjekter, viser denne studien en motsatt konklusjon. Funnene tyder på at brukermedvirkningen ikke har hatt den store positive påvirkningen på brukernes oppfatning av Helseplattformen-systemet. Dette kaster tvil over tidligere konklusjoner og understreker behovet for å se nærmere på sammenhengen mellom brukermedvirkning og implementeringsprosesser. Dermed kan denne studien fungere som et springbrett for videre forskning på brukermedvirkning, men også på Helseplattformen-prosjektet.

## 6. Konklusjon

Denne studien har undersøkt erfaringene til helsepersonell med brukermedvirkning i implementeringsprosessen av Helseplattformen. Jeg har også forsøkt å besvare forskningsspørsmålene som omhandlet forskjeller i erfaringer blant brukergrupper og avdelinger, samt hvordan brukermedvirkning påvirker hvilke erfaringer de ulike brukergruppene har med systemet. Funnene tyder på at informantene opplever en gjennomgående frustrasjon med Helseplattformen-prosjektet. Særlig er det at informantene, uavhengig av brukergruppe, jevnt over uttrykker at de ikke opplever en tilstrekkelig brukermedvirkning. Gapet mellom intensjon og realitet, eller kartet og terrenget, har ført til at brukernes innflytelse og bidrag ikke har blitt tilstrekkelig ivaretatt i implementeringen av Helseplattformen. Informantene forteller om ulike erfaringer som har påvirket graden av brukermedvirkning, som eksempelvis rigiditeten til systemet, språkbarrierer og utilstrekkelig opplæring. De forteller også om et forvirrende prosjekt, og at det har vært vanskelig å forstå hva det er de egentlig kan bidra med.

Tross at fagekspertene er den brukergruppen med formelt mest medvirkningskraft, forteller informantene at de ikke er særlige fornøyde med måten det har blitt gjennomført på. Opplæringen har vært dårlig, og kommunikasjonen med byggerne har vært som sådan. Til tross for at de fikk presentert ulike valg, er det noen av informantene som synes det endelige systemet representerte dem i liten grad. I tillegg virker det å være et gap mellom forventninger og hvordan det faktisk ble. Dette er noe superbrukerne også påpeker. De er dessuten også misfornøyde med opplæringen, og synes ikke de blir godt hørt når de kommer med endringsforslag eller når de påpeker feil ved systemet. Sluttbrukerne, som ikke har hatt noen formell rolle i medvirkningsprosessen, er heller ikke overbegeistret for implementeringsprosessen, men av brukergruppene, er det disse som uttrykker mest optimisme. Disse funnene skiller seg fra tidligere forskning som har påpekt at jo mer deltakende en bruker er i utformingsprosessen, jo mer positive holdninger vil brukeren ha til systemet. Tvert om viser heller denne studien at det er de brukerne med minst medvirkning, altså sluttbrukerne, som har mest positive holdninger. Dette antyder at brukermedvirkningens suksess ikke kan tas for gitt og at det er behov for en grundig evaluering av de faktiske erfaringene for å identifisere og adressere utfordringer. Det er behov for å undersøke hvordan man kan optimalisere samarbeidet mellom ulike aktører, inkludert helseforetak, teknologileverandører og prosjektledelse, for å sikre en bedre koordinering og kommunikasjon. Det vil også være verdifullt å utforske metoder og verktøy for å øke brukernes kunnskap og forståelse, slik at de kan delta mer effektivt i utformingen av systemet.

Oppgaven bidrar til fagfeltet ved å belyse faktorer for effektive IT-implementeringsprosjekter med brukermedvirkning. Ved å anvende det sosiotekniske perspektivet, har studien bidratt til å forstå den komplekse naturen til implementeringsprosesser ved å se på samspillet mellom teknologiske og sosiale faktorer. Gjennom studien har det blitt tydelig at det eksisterer et gap mellom kartet (intensjonene) og terrenget (realiteten) når det gjelder brukermedvirkning i implementeringen av Helseplattformen. Selv om intensjonene om brukermedvirkning var til stede, har det vist seg at realiteten har vært utfordrende og ikke har ført til den store positive påvirkningen verken for erfaringer med brukermedvirkning eller brukernes oppfatning av Helseplattformen-systemet. Denne metaforen understreker behovet for å anerkjenne og adressere disse gapene mellom intensjon og realitet i fremtidige

implementeringsprosjekter. Ved å ta hensyn til de sosiale, organisatoriske og teknologiske faktorene, som vi har identifisert som gjensidige påvirkningsfaktorer, kan man bedre tilpasse teknologien til brukernes behov og forbedre brukermedvirkningen. Oppgaven legger dermed et viktig grunnlag for videre forskning på området og kan informere utviklingen av lignende helseplattformer i fremtiden. Ved å fokusere på å redusere gapet mellom kartet og terrenget, kan man bedre ivareta brukernes behov og erfaringer, og dermed øke sjansene for suksess i implementeringsprosesser med brukermedvirkning.

## Referanser

- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. (LOV-2005-06-17-62). lovdata.no: <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62/§4-2>
- Baltzersen, R. K. (2008). *Hva er egentlig teknologideterminisme? Et forsøk på å tydeliggjøre begrepet gjennom å skille mellom nomologisk og normativ teknologideterminisme*. Høgskolen i Østfold. unit.no: <http://hdl.handle.net/11250/147538>
- Bano, M., Zowghi, D. og da Rimini, F. (2017) User satisfaction and system success: an empirical exploration of user involvement in software development, *Empirical software engineering: an international journal*, 22(5), s. 2339–2372. <https://doi.org/10.1007/s10664-016-9465-1>
- Direktoratet for e-helse. (2022). *Sentralt styringsdokument: Steg 2 for digital samhandling*. Rapportnummer: IE-1087 <https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-steg-2-for-digital-samhandling>
- Ehn, P. (1993). Scandinavian design: On participation and skill. In D. Schuler & A. Namioka (Red.), *Participatory design: Principles and practices* (s. 41–77). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ekroll, H. C. & Hallgren, A. (23.01.2023). *Helseplattformen-trøbbel kan gi 835 millioner kroner i ekstrakostnader*. aftenposten.no: <https://www.aftenposten.no/norge/i/EQj4bj/helseplattformen-troebbel-kan-gi-835-millioner-kroner-i-ekstrakostnader>
- Ellingsen, G. & Hertzum, M. (2020). User Requirements Meet Large-Scale EHR Suites: Norwegian Preparations for Epic. *Digital Personalized Health and Medicine*, 703-707. <https://doi.org/10.3233/SHTI200251>
- Feenberg, A. (1992). Subversive Rationalization: Technology, Power, and Democracy. *Inquiry. An Interdisciplinary Journal of Philosophy* 35(4), s. 301-322. <https://doi.org/10.1080/00201749208602296>
- Hatling, M. & Sørensen, K. H. (1998). Social Constructions of User Participation. I K. H. Sørensen (Red.), *The Spectre of Participation. Technology and Work in a Welfare State*, s. 171-188. Scandinavian University Press.
- Helse Midt-Norge RHF. (2019). *Årlig melding 2019 for Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/18f93a5faa81417b8ac28f74a02cc0ee/arlige-melding-helse-midt-norge-rhf-2019.pdf>
- Helseplattformen. (2019). *Møtes i riktig retning*. <https://helseplattformen.no/nyheter/motes-i-riktig-retning#fornoyd-epic>
- Helseplattformen. (2019b, 24. oktober). *Effektmål*. <https://www.helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/effektmal/>
- Helseplattformen. (2020, 11. februar). *Beslutningsstruktur*. <https://www.helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/beslutningsstruktur>
- Helseplattformen. (2020b, 09. november). *Opplæring*. <https://www.helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/opplering>
- Helseplattformen. (2021, 09. desember). *Bakgrunn for Helseplattformen*. <https://www.helseplattformen.no/bakgrunn-for-helseplattformen>
- Helseplattformen. (2022, 1. februar). *Superbrukerne kommer*. <https://www.helseplattformen.no/nyheter/superbrukerne-kommer/>
- Helseplattformen. (2022b, 15. mai). *Prosjektet*. <https://helseplattformen.no/om-oss/prosjektet#prosjektledelse>
- Helseplattformen. (2023, 14. april). *Roller og uttrykk i Helseplattformen*. <https://www.helseplattformen.no/om-oss/standardside-roller-og-uttrykk-i-helseplattformen/>
- Hertzum, M. & Ellingsen, G. (2019). The Implementation of an Electronic Health Record: Comparing Preparations for Epic in Norway with Experiences from the UK and

- Denmark. *International Journal of Medical Informatics*, s. 312-317.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.06.026>
- Hunton, J. E. & Beeler, J. D. (1997). Effects of User Participation in Systems Development: A Longitudinal Field Experiment. *MIS Quarterly* 21(4), s. 359-388).  
<https://doi.org/10.2307/249719>
- Jeppesen, E. M., Klee Olsen, K., Richter, A. & Richter, S. (2018). *User attitudes and support in health information systems implementation – the case of the Danish Sundhedsplatformen*. Research Papers. 105.  
[https://aisel.aisnet.org/ecis2018\\_rp/105](https://aisel.aisnet.org/ecis2018_rp/105)
- Kvernmo, G. (2010). Intervju som metode – barn/unge som informanter. I E. Arntzen & J. S. Tolsby, (Red.), *Student som forsker i utdanning og yrke. Vitenskapelig tenkning og metodebruk*. Høgskolen i Akershus.
- Meld. St. 7 (2019-2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. regjeringen.no:  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/95eec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Moser, I. (1998). Kyborgens rehabilitering. I K. Asdal, B. Brenna og I. Moser (red.), *Betatt av viten: Bruksanvisninger til Donna Haraway*, s. 39-74). Spartacus.
- Nieminen, M, Laine, J., Teräs, S., Runonen, M., Kalakoski, V., Valtonen, T., Lukander, J., Jokela, T., Kaipio, J., Lääveri, T., Kushniruk, A. & Boryzki, E. (2014). How to involve users in government system procurement? *Proceedings of the 8th Nordic Conference on Human-Computer Interaction: Fun, Fast, Foundational*, s. 805-808.  
<https://doi.org/10.1145/2639189.2654832>
- NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. regjeringen.no:  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/>
- NRK Dagsrevyen. (2022, 24. oktober). *Dagsrevyen* [TV-program].  
<https://tv.nrk.no/serie/dagsrevyen/202210/NNFA19102422/avspiller>
- Nøst, T. H., Faxvaag, A. & Steinsbekk, A. (2021). Participants' views and experiences from setting up a shared patient portal for primary and specialist health services – a qualitative study. *BCM Health Services Research* 21(171).  
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06188-8>
- Orlikowski, W. J. (1992). Learning from Notes: Organizational Issues in Groupware Implementation. (s. 362-369). <https://doi.org/10.1145/143457.143549>
- Orlikowski, W. J. & Gash, D. C. (1994). Technological frames: making sense of information technology in organizations. *ACM Transactions on Information Systems* 12(2), s. 174-207. <https://doi.org/10.1145/196734.196745>
- Ringdal, N. O. & Farshchian, B. A. (2022). The Role of Boundary Objects in Platformization Practices: A Case Study of Software Testing. *Proceedings of 20<sup>th</sup> European Conference on Computer-Supported Cooperative Work*.  
[https://doi.org/10.48340/ecscw2022\\_ep0](https://doi.org/10.48340/ecscw2022_ep0)
- Skjølsvold, T. M. (2015). *Vitenskap, teknologi og samfunn. En introduksjon til STS*. Cappelen Damm Akademisk.
- St. Olavs Hospital. (2022, 20. oktober). *Fullt trykk på opplæring i Helseplattformen*. stolav.no: <https://stolav.no/nyheter/2022/fullt-trykk-pa-opplering-i-helseplattformen>
- Svendsen, M., Toftaker, J., Thobroe, G. & Johannesen, B. (25.11.2022). *To uker etter innføring på St. Olav: – Kommer til å ta knekken på oss*. nrk.no:  
<https://www.nrk.no/trondelag/to-uker-etter-innforing-av-helseplattformen-pa-st.-olav--sover-darlig-om-natta-1.16194674>
- Timmermans, S. & Tavory, I. (2012). Theory Construction in Qualitative Research: From Grounded Theory to Abductive Analysis. *Sociological Theory* 30(3), s. 167-186).  
<https://doi.org/10.1177/0735275112457914>
- Tjøra, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg.). Gyldendal.
- Vahteristo, A. & Jylhä, V. (2020). Effects of User Participation in the Development of Health Information Systems on Their Evaluation Within Occupational Health

- Services. *Studies in Health Technology and Informatics*, s. 207-2011.  
<https://doi.org/10.3233/SHTI200724>
- van der Velden, M. & Mörtberg, C. (2014). Participatory Design and Design for Values. I J. van den Hoven, P. E. Vermaas & I. van de Poel (Red.), *Handbook of Ethics, Values, and Technological Design. Sources, Theory, Values and Application Domains*, s. 41-66. Springer.
- Wagner, I. (1993). A Web of Fuzzy Problems: Confronting the Ethical Issues. *Communications of the ACM*, 36(4), s. 94-101.  
<https://doi.org/10.1145/153571.163290>
- Weiss, R. S. (1995). *Learning From Strangers: The Art and Method of Qualitative Interview Studies*. Free Press.
- Widding, L. Ø. (2005). *Udfordringer med case som metode når hensikten er å generalisere*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3078.8722>
- Zahlsen, Ø. K, Svanæs, D., Faxvaag, A. & Dahl, Y. (2020). Understanding the Impact of Boundary Conditions on Participatory Activities. Lessons from a Large-Scale IT Project in Health Care. I *Proceedings of the 11th Nordic Conference on Human-Computer Interaction: Shaping Experiences, Shaping Society* (s. 1-11).  
<https://doi.org/10.1145/3419249.3420129>



# Vedlegg

## Vedlegg 1: Intervjuguide

### Oppvarming: Personinformasjon

1. Kan du innledningsvis fortelle litt kort om deg og hvordan du havnet her i [avdeling]?
2. Hva er din rolle her?
3. Hva var motivasjonen for å begynne her?

### Innledning: Til alle om HP

1. Kan du tenke tilbake til første gangen du hørte om HP, og hva dine forventinger var til det nye journalsystemet da?
2. Hvordan har du opplevd prosessen med implementeringen av Helseplattformen – fra start til nå? (still oppfølgingsspørsmål -> «hva skjedde så?»)
3. Hvordan har du forberedt deg på implementeringen?
  - a. Hva var din rolle under implementeringen av HP? (fagekspert, superbruker, sluttbruker?) Hvilken betydning hadde det for forberedelsene?

### Fagekspert:

1. Kan du fortelle litt om rollen din som fagekspert – fra startfasen av prosjektet til nå?
  - a. Hva har dine viktigste arbeidsoppgaver vært?
2. Hvordan har dine behov og ideer blitt hørt?
3. I hvilken grad føler du at dere har bidratt til utviklingen av systemet?
4. Dersom det har oppstått feil – hvordan har du som fagekspert håndtert dem?

### Superbruker:

1. Kan du fortelle litt om rollen din som superbruker – fra startfasen av prosjektet til nå?
  - a. Hva har dine viktigste arbeidsoppgaver vært?
  - b. Hvordan har du opplevd din rolle som superbruker så langt?
2. I hvilken grad har du klart å bidra til at annet helsepersonell har lært og forstått HP?
3. Har du som superbruker opplevd noen utfordringer?
  - a. Hvordan har du i så fall håndtert det?
4. Har det oppstått bekymringer i arbeidet med implementeringen av HP?
  - a. Hvordan føler du i så fall at de har blitt møtt?
5. Hvordan har du opplevd at dine kolleger har håndtert HP?

### Sluttbruker:

1. I hvilken grad er du fornøyd med opplæringen av HP?
2. Hva anser du som den største utfordringen med HP som sluttbruker?
- 3.b Til alle: Hvilken opplæring har du fått?  
Oppfølgingsspørsmål: i hvilken grad syns du opplæringen har vært tilstrekkelig?

### Hoveddel: Om implementeringsprosessen

1. Hva opplever du som de største utfordringene for deg som [yrke] i prosessen med implementeringen av Helseplattformen?
  - a. Hva med avdelingen din?
2. Hva opplever du som de største fordelene for deg som [yrke] med implementeringen av Helseplattformen?
  - a. Hva med avdelingen din?
3. Hva tror du er de største fordelene/ulempene for pasientene med implementeringen av Helseplattformen?
4. Hvordan har du samarbeidet med annet helsepersonell/avdelinger i prosessen med implementeringen av Helseplattformen?

- a. Hva har fungert, og hva har ikke fungert?
5. Har du opplevd utfordringer med bruken av HP?
  - a. Hvordan har du eventuelt håndtert dem?
  - b. Hvordan føler du at dine utfordringer har blitt møtt?
  - c. Er det noen konkrete hendelser du ønsker å fortelle?
6. Hvordan har du håndtert eventuelle utfordringer med å lære å bruke Helseplattformen?
7. Hva er de største forskjellene fra de gamle pasientjournalene?

Avslutning: Veien videre

1. Hvordan opplever du at det nye journalsystemet HP har stått til dine forventninger?
2. Hva tror du kunne vært gjort annerledes for å gjøre implementeringen av Helseplattformen mer effektiv for deg som [yrke]?
3. Hvordan tror du Helseplattformen vil påvirke din arbeidshverdag og pasientbehandlingen fremover?
4. Hvordan tror du Helseplattformen vil bidra til å forbedre kvaliteten på helsetjenestene til pasientene?
5. Hva er dine forventninger til å arbeide med Helseplattformen i fremtiden?
6. Har du noen kommentarer eller forslag til hvordan man kunne forbedret implementeringen av Helseplattformen?
  - a) Skal implementeres på andre sykehus etter hvert – hva tror du er det viktigste å ta med seg dit, basert på din erfaring?
7. Er det noe du ønsker å belyse som vi ennå ikke har snakket om?

