

# Utvikling og implementasjon av samhandlingsapplikasjoner i fragmenterte organisasjoner

Casestudie av SamPro

**Morten Wold Henriksen**

Master i informatikk  
Oppgaven levert: Mai 2006  
Hovedveileder: Eric Monteiro, IDI  
Medveileder(e): Jorunn Bjerkan, NSEP

## **Sammendrag**

Helse- og sosialsektoren i Norge sliter med at den blir større og mer kompleks. Det er mange ulike profesjoner, i ulike institusjoner og forvaltningsnivå, som må samhandle over både tid og sted. Tjenestemottakere som er avhengige av sammensatte og koordinerte tjenester, føler seg som kasterboller mellom de ulike aktørene. For å gjøre dette samarbeidet enklere har Stortinget innført Individuell Plan. Å utvikle et Internettbasert samhandlingssystem for å støtte denne samhandlingen, og dekke de ulike behovene ulike aktører har, krever en god utviklingsprosess. Det er viktig å representere et bredt spekter av sluttbrukere i utviklingsprosessen for å avdekke de lokale forskjellene, og lage en applikasjon som dekker den store bredden av brukere.



## Forord

Denne Masteroppgaven er skrevet ved Norges Teknisk Naturvitenskaplige Universitet (NTNU), Institutt for datateknikk og informatikk, avdeling for Systemarbeid og menneske-maskin interaksjon. Oppgaven er et casestudium av et prosjekt initiert av Helse Midt-Norge og Visma Unique. Veileder har vært Professor Eric Monteiro, og biveileder har vært doktorgradsstipendiat og prosjektleder for SamPro- prosjektet Jorunn Bjerkan. Deler av arbeidet med casestudiet er gjort i samarbeid med mastergradsstudent Marie Richter.

Å gjennomføre et slikt prosjekt krever at man har mange gode støttespillere. Spesielt vil jeg takke deltakerne i SamPro- prosjektet som har tatt imot meg, og hjulpet meg med all den informasjonen jeg trenger. I tillegg vil jeg rette en spesiell takk til to tjenestemottakerne i Møre og Romsdal som har latt meg være en del av den individuelle planen deres, og stilt opp på intervju.

Jeg vil takke Jorunn Bjerkan og Eric Monteiro for både gjennomlesninger og tilbakemeldinger som har hjulpet meg videre når jeg har stått litt fast. Min far, Erik Wold som har lest korrektur, og gjengen på rom 042 for mange gode kaffepauser og konstruktive samtaler.

Morten Wold Henriksen, Trondheim 29.05.06



# Innholdsfortegnelse

|                 |  |                  |
|-----------------|--|------------------|
| <b><u>1</u></b> | <b><u>INNLEDNING.....</u></b>  | <b><u>1</u></b>  |
| 1.1             | BAKGRUNN.....  | 1                |
| 1.2             | MOTIVASJON.....  | 2                |
| 1.3             | PROBLEMSTILLING.....   | 3                |
| 1.4             | AVGRENSNING.....   | 3                |
| 1.5             | OPPGAVENS OPPBYGNING.....  | 4                |
| <b><u>2</u></b> | <b><u>CSCW (COMPUTER SUPPORTED COOPERATIVE WORK).....</u></b>          | <b><u>9</u></b>  |
| 2.1             | INNLEDNING.....  | 9                |
| 2.1.1           | HVA ER SAMARBEID.....  | 9                |
| 2.1.2           | BEHOVET FOR SAMARBEID OG KOMMUNIKASJON.....                            | 10               |
| 2.1.3           | TO TEORETISKE ASPEKTER.....  | 11               |
| 2.2             | STARTEN FOR CSCW.....  | 11               |
| 2.3             | DEFINISJONER.....  | 12               |
| 2.3.1           | DEFINISJON AV CSCW.....  | 13               |
| 2.3.2           | DEFINISJON AV GROUPWARE.....   | 14               |
| 2.3.3           | KATEGORISERING.....  | 15               |
| 2.4             | PROBLEMER VED IMPLEMENTASJON AV CSCW SYSTEMER.....                     | 16               |
| 2.4.1           | PROBLEM 1: EKSTRAARBEID.....   | 16               |
| 2.4.2           | PROBLEM 2: BESTEMMELSESPROSESSEN.....                                  | 17               |
| 2.4.3           | PROBLEM 3: EVALUERING.....   | 17               |
| 2.4.4           | NOEN ELEMENTER SOM KAN HJELPE IMPLEMENTASJON.....                      | 18               |
| 2.5             | MEDNED, EN SAMHANDLINGSAPPLIKASJON.....                                | 19               |
| 2.6             | STANDARDER.....  | 20               |
| 2.7             | OPPSUMMERING.....  | 21               |
| <b><u>3</u></b> | <b><u>BRUKERMEDVIRKNING I SYSTEMUTVIKLING.....</u></b>                 | <b><u>23</u></b> |
| 3.1             | INNLEDNING.....  | 23               |
| 3.2             | HVA MENES MED MEDVIRKENDE DESIGN.....                                  | 23               |
| 3.3             | HVORFOR MEDVIRKENDE DESIGN?.....                                       | 24               |
| 3.4             | STARTEN FOR MEDVIRKENDE DESIGN I SYSTEMUTVIKLING.....                  | 26               |
| 3.5             | MEDVIRKENDE DESIGN I SAMHANDLINGSAPPLIKASJONER.....                    | 27               |
| 3.6             | OPPSUMMERING.....  | 29               |
| <b><u>4</u></b> | <b><u>SYSTEM IMPLEMENTASJON I FRAGMENTERTE ORGANISASJONER.....</u></b> | <b><u>31</u></b> |
| 4.1             | INNLEDNING.....  | 31               |
| 4.2             | FORANDRINGER I ORGANISASJONER.....                                     | 31               |
| 4.2.1           | TRADISJONELLE TILNÆRMINGER.....  | 31               |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 4.2.2      | SITUATED CHANGE PERSPECTIVE.....   | 32        |
| 4.3        | <b>SKJULTE KOSTNADER OG LOKALE FORSKJELLER .....</b>                     | <b>33</b> |
| 4.4        | <b>INTEGRASJON MELLOM SYSTEMER I HELSEVESENET .....</b>                  | <b>34</b> |
| 4.5        | <b>OPPSUMMERING .....</b>  | <b>35</b> |
| <b>5</b>   | <b><u>METODE.....</u></b>  | <b>39</b> |
| <b>5.1</b> | <b>INNLEDNING .....</b>  | <b>39</b> |
| <b>5.2</b> | <b>HVA HAR JEG GJORT .....</b>   | <b>39</b> |
| 5.2.1      | DELTAGELSE I PROSJEKTGRUPPEN I SAMPRO .....                              | 40        |
| 5.2.2      | DATAINNSAMLING .....   | 41        |
| <b>5.3</b> | <b>METODISKE REFLEKSJONER AV ARBEIDET .....</b>                          | <b>42</b> |
| 5.3.1      | PRINSIPPET OM DEN HERMENEUTISKE SIRKEL .....                             | 42        |
| 5.3.2      | PRINSIPPET OM KONTEKSTUALISERING .....                                   | 43        |
| 5.3.3      | PRINSIPPET OM INTERAKSJON MELLOM FORSKER OG SUBJEKT .....                | 43        |
| 5.3.4      | PRINSIPPET OM ABSTRAKSJON OG GENERALISERING .....                        | 44        |
| 5.3.5      | PRINSIPPET OM MISTANKE .....   | 44        |
| <b>5.4</b> | <b>OPPSUMMERING .....</b>  | <b>45</b> |
| <b>6</b>   | <b><u>BAKGRUNN .....</u></b>   | <b>47</b> |
| <b>6.1</b> | <b>INNLEDNING .....</b>  | <b>47</b> |
| <b>6.2</b> | <b>INDIVIDUELL PLAN .....</b>  | <b>48</b> |
| 6.2.1      | HVORFOR KOM INDIVIDUELL PLAN .....                                       | 48        |
| 6.2.2      | HVA ER INDIVIDUELL PLAN .....  | 49        |
| 6.2.3      | HVORDAN ER INDIVIDUELL PLAN HJEMLET I LOVEN.....                         | 51        |
| 6.2.4      | ERFARING VED BRUK AV PAPIRBASERT INDIVIDUELL PLAN .....                  | 52        |
| 6.2.5      | HAR KOMMUNENE OG HELSEFORETAKENE KOMMET I GANG MED IP .....              | 53        |
| <b>6.3</b> | <b>SAMPRO .....</b>  | <b>54</b> |
| 6.3.1      | HVORFOR STARTET SAMPRO- PROSJEKTET .....                                 | 54        |
| 6.3.2      | HVA ER SAMPRO- PROSJEKTET .....  | 55        |
| 6.3.3      | PROSJEKTORGANISERING OG UTVIKLING AV SAMPRO .....                        | 56        |
| 6.3.4      | ARKITEKTUR FOR SIKKER SAMHANDLING .....                                  | 57        |
| <b>6.4</b> | <b>OPPSUMMERING .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>7</b>   | <b><u>CASESTUDIUM.....</u></b>   | <b>61</b> |
| <b>7.1</b> | <b>INNLEDNING .....</b>  | <b>61</b> |
| <b>7.2</b> | <b>UTVIKLING OG VIDEREUTVIKLING AV SAMPRO .....</b>                      | <b>61</b> |
| <b>7.3</b> | <b>BRUKERFORVENTNINGER FØR OPPSTART MED SAMPRO .....</b>                 | <b>63</b> |
| <b>7.4</b> | <b>HVORDAN BRUKES SAMPRO .....</b>                                       | <b>65</b> |
| 7.4.1      | PROSESSFLYTEN I SAMPRO .....   | 67        |
| 7.4.2      | TILLEGGSFUNKSJONALITET I FORHOLD TIL FORSKRIFT OM INDIVIDUELL PLAN ..... | 69        |
| 7.4.3      | PROBLEMER I SAMPRO.....  | 72        |
| <b>7.5</b> | <b>HVORDAN ER GANGEN I EN INDIVIDUELL PLAN .....</b>                     | <b>73</b> |
| 7.5.1      | PSYKISK HELSEVERN.....   | 74        |
| 7.5.2      | BARNE- OG UNGDOMSHABILITERING .....                                      | 77        |
| <b>7.6</b> | <b>OPPSUMMERING .....</b>  | <b>80</b> |

|            |   |                   |
|------------|---|-------------------|
| <b>8</b>   | <b><u>DISKUSJON OG ANALYSE .....</u></b>                          | <b><u>83</u></b>  |
| <b>8.1</b> | <b>INNLEDNING .....</b>   | <b>83</b>         |
| <b>8.2</b> | <b>IMPLEMENTERINGSPROBLEMATIKK I SAMPRO- PROSJEKTET .....</b>     | <b>84</b>         |
| 8.2.1      | FORANDRINGER TAR TID I KOMPLEKSE ORGANISASJONER .....             | 85                |
| 8.2.2      | STORE FORSKJELLER MELLOM PILOTPROSJEKTENE .....                   | 86                |
| 8.2.3      | PROBLEMER MED IMPLEMENTASJONEN AV SAMHANDLINGSAPPLIKASJONER ..... | 88                |
| <b>8.3</b> | <b>BRUKERMEDVIRKNING I SAMPRO- PROSJEKTET .....</b>               | <b>90</b>         |
| 8.3.1      | HVILKEN FORM FOR MEDVIRKNING FINNER VI I SAMPRO .....             | 90                |
| 8.3.2      | DEN REELLE BRUKERMEDVIRKNINGEN I SAMPRO .....                     | 92                |
| 8.3.3      | MEDVIRKNINGENS INNVIRKNING PÅ PRODUKTET OG IMPLEMENTASJONEN ..... | 95                |
| <b>8.4</b> | <b>OPPSUMMERING .....</b>   | <b>96</b>         |
| <b>9</b>   | <b><u>AVSLUTNING.....</u></b>                                     | <b><u>99</u></b>  |
| <b>9.1</b> | <b>OPPSUMMERING AV OPPGAVEN.....</b>                              | <b>99</b>         |
| <b>9.2</b> | <b>KONKLUSJON .....</b>   | <b>99</b>         |
| <b>9.3</b> | <b>VIDERE ARBEID.....</b>   | <b>100</b>        |
|            | <b><u>BIBLIOGRAFI.....</u></b>                                    | <b><u>105</u></b> |
|            | <b><u>VEDLEGG.....</u></b>  | <b><u>111</u></b> |

## Tabelliste

|   |    |
|---|----|
| TABELL 1 - KATEGORISERING AV CSCW TEKNOLOGIER | 15 |
| TABELL 2 - PROSJEKTMØTER SAMPRO               | 40 |
| TABELL 3 - KLASSIFISERING AV INTERVJUOBJEKTER | 41 |

## Figurliste

|  |    |
|--|----|
| FIGUR 1 - STANDARDS REINFORCEMENT MECHANISM    | 21 |
| FIGUR 2 - TJENESTEMOTTAKERS KOMPLEKSE NETTVERK | 50 |
| FIGUR 3 - ORGANISERINGEN AV SAMPRO- PROSJEKTET | 56 |
| FIGUR 4 - TEKNISK KONFIGURERING FOR SAMPRO     | 58 |
| FIGUR 5 - PROSESSFLYTEN I SAMPRO               | 67 |
| FIGUR 6 - SKJERMBILDE, STARTSIDEN              | 68 |
| FIGUR 7 - SKJERMBILDE, HOVEDMÅL Å LÆRE SAMPRO  | 69 |
| FIGUR 8 - SKJERMBILDE, MELDING                 | 70 |
| FIGUR 9 - SKJERMBILDE, KALENDER                | 71 |





# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Helsevesenet i Norge er en stor og fragmentert organisasjon som er spredt over mange profesjoner, institusjoner og forvaltningsnivå som skal samhandle både over tid og sted. Gjennom utredninger gjort på slutten av 1990- tallet kom man frem til at noe måtte gjøres i forbindelse med samhandlingen og kommunikasjonen mellom de ulike aktørene. Tjenestemottakere som er avhengige av sammensatte og koordinerte tjenester, følte seg som kasterballe mellom de ulike aktørene. Stortinget besluttet i 2001 at innføringen av Individuell Plan skulle settes i gang og utarbeidet lovverk for å støtte opp under dette.

Hvordan gjennomføringen av individuell plan skal gjøres ute i kommunene og institusjonene er det ikke lagt spesielle føringer for, så lenge de punktene som er beskrevet i Forskrift for Individuell Plan (Vedlegg 1) blir fulgt opp. Helse Midt-Norge inngikk i 2003 en samarbeidsavtale med SINTEF og VISMA Unique<sup>1</sup>, støttet av SI@! midler fra Sosial- og Helsedepartementet. Denne samarbeidsavtalen skulle føre til utviklingen av et elektronisk samhandlingsverktøy som skulle støtte individuell plan. Dette prosjektet heter nå SamPro og er et Internettbasert samhandlingsverktøy som kjøres som pilotprosjekter i tre ulike utprøvningssteder.

I utviklingen og implementasjonen av et slikt samhandlingsverktøy kommer man innom mange ulike og interessante problemstillinger. Brukergruppen for en applikasjon som SamPro, er svært bred. Den skal tjene både tjenestemottaker og tjenesteyter i alle ulike deler av helse og sosialsektoren i Norge. Det ligger store lokale forskjeller i bruk og oppfattelse av hva en individuell plan er innen ulike behandlingsområder. I SamPro- prosjektet kommer dette godt frem ved å se på forskjellene mellom to av pilotprosjektene, barne- og ungdomshabilitering og psykiatri. For å utvikle en applikasjon som skal støtte et så stort spekter av brukere, er det viktig å klare og trekke med seg brukere som representerer et så bredt spekter som mulig, slik at ingen av brukergruppene blir underrepresentert i utviklingsfasen. I tillegg er det viktig å se på hvordan folk samhandler uten SamPro, for å lage den støtten som det faktisk er brukt for.

---

<sup>1</sup> Den gang het det Hiadata AS. De har senere blitt kjøpt opp av VISMA og er nå en del av VISMA Unique.

Implementasjonen av slike systemer skaper ikke bare samarbeidsmuligheter, men på sikt skaper den også forandringer i hvordan organisasjonen jobber. I dagens samfunn er ikke SamPro i en spesiell situasjon når det gjelder å utvikle og implementere en applikasjon som skal sørge for samhandling mellom ulike aktører i fragmenterte organisasjoner. Problemer med implementasjon og brukermedvirkning i utviklingen av samhandlingssystemer vil være i fokus i denne oppgaven.

## **1.2 Motivasjon**

Allerede på starten av 1980- tallet begynte interessen rundt det å kommunisere og samhandle direkte via datamaskiner å komme. Som et resultat av globalisering og den konkurranseutsatte næringen i ulike organisasjoner, har behovet for å kunne samhandle på tvers av tid og sted kommet for fullt.

*”Computer support for the activities of individuals in their group and organizational contexts will unquestionably change the way people live in significant ways”*

(Grudin, 1989, s. 259)

Det viser seg at å utvikle og implementere slike systemer ikke er så enkelt (Grudin, 1989), dette er det flere grunner til. En av hovedårsakene til at samhandlingssystemer feiler under implementasjon, er at det ofte ikke er de samme aktørene som får nytteverdi av applikasjonen, som må gjøre arbeidet som kreves for å få applikasjonen til å fungere. I tillegg er det vanskelig å velge ut en representativ og god brukergruppe som skal delta i utviklings og designfasen av applikasjonen. (bl.a. Bowers, 1992, Ciborra, 1996 & Grudin, 1989) Dette trekker inn et nytt og interessant fagfelt, brukermedvirkning i systemutvikling, hvordan skal man klare å trekke inn de riktige brukerne, er det metoder for å simulere eller involvere brukere på en annen måte enn direkte i en prosjektgruppe?

Helsevesenet i Norge er som en stor, fragmentert og kompleks organisasjon, det er mange ulike aktører og et mylder av ulike kliniske informasjonssystemer (Monteiro, 2003). Å utvikle en applikasjon som skal støtte samhandling mellom ulike deler og aktører i denne organisasjonen er en vanskelig prosess som krever både god teknologi og god brukermedvirkning fra representative brukere.

SamPro- prosjektet skal forsøke å skape samhandling innad i helse- og sosialsektoren i Norge, det er en applikasjon som skal støtte individuell plan og den samhandlingen den krever. I et slikt prosjektet har jeg muligheten til å se på hvilken sammenheng det er mellom utviklingsprosessen, og hvilke problemer som kommer i implementasjonsfasen av samhandlingssystemer i store fragmenterte organisasjoner.

### **1.3 Problemstilling**

Brukermedvirkning i utviklingen av samhandlingssystemer står sentralt i denne oppgaven. Implementasjon av samhandlingssystemer er som nevnt et problematisk område, det skal støtte samhandling og kommunikasjon mellom ulike aktører i ulike situasjoner. I store fragmenterte organisasjoner er det ofte store lokale forskjeller i hvordan arbeid blir utført. For å få en vellykket implementasjon er det viktig å ha en god utviklingsfase, med fokus på å involvere forskjellige brukere for å representere et stort spekter av sluttbrukere.

Et av hovedspørsmålene jeg har, er hvilke sammenhenger kan man finne mellom de problemene et prosjekt får i implementasjonen og hvordan prosjektet er organisert med tanke på brukermedvirkning i utviklings og designfasen. Med tanke på disse problemene, mener jeg at tittelen på oppgaven er ganske dekkende:

*”Utvikling og implementasjon av samhandlingsapplikasjoner i fragmenterte organisasjoner.”*

### **1.4 Avgrensning**

Under arbeidet med casestudiet og datainnsamling i denne oppgaven har jeg støtt på flere hindringer som har skapt en del avgrensninger. I utgangspunktet skulle jeg forsøke å se på bruken av SamPro- applikasjonen i Kristiansund og Molde, og hvilke muligheter det ligger i samhandling mellom første og andrelinjetjenesten på applikasjonsnivå. De intervjuobjektene jeg var interessert i å snakke med måtte selv si seg villig til å delta, ettersom en del av dataen jeg jobber med er av en personsensitiv art. Vi trodde ikke det ville være noe problem å få med tjenestemottakere på et slikt prosjektet, men det viste seg at det skulle være vanskelig. Dette førte til at jeg måtte bruke de mulighetene som var tilstede for datainnsamling i Trondheim, noe jeg gjorde i samarbeid med Marie Richter. I Trondheim er ikke samhandlingen mellom

første og andrelinjetjenesten like relevant, slik at de dataene jeg har samlet inn totalt sett, gir et bedre bilde på hvordan utviklingen og implementasjonen av applikasjonen har vært. Spesielt med tanke på implementasjonsproblematikk i forhold til samhandlingsapplikasjoner og annen organisasjonsteori, og et brukermedvirkningsperspektiv i utviklingsfasen. Det hadde vært spennende å følge prosjektet videre nå som det skal introduseres videre til flere kommuner, for å se hvilke tilpasninger som må til for å få det til å fungere i andre settinger. Dette er en prosess som jeg dessverre ikke kan ta del i, på grunn av den begrensede tiden man har på en slik oppgave.

I forhold til teoriutvalget i denne oppgaven, kan den trekkes paralleller til problemene vi hadde i datainnsamlingsfasen beskrevet over. Etter en gjennomgang av det datamaterialet jeg hadde, måtte problemstillingen omformuleres og valget av teori forandres for å støtte problemstillingen. Innen de ulike delene av teori jeg har valgt å ta med, bruker jeg kjente forfattere, spesielt fra de kursene jeg har tatt på skolen her ved NTNU, og andre artikler som disse forfatterne refererer til. På denne måten mener jeg at jeg har sørget for en kvalitativ utvelgelse av teori.

## **1.5 Oppgavens oppbygning**

Denne masteroppgaven er delt opp i tre hoveddeler, teori, casestudie og analyse. I teoridelen tar jeg for meg hva samhandlingssystemer er og hvilke problemer som vanligvis oppstår under implementasjon, kapittel 2. Så tar jeg for meg brukermedvirkning generelt og medvirkende design i samhandlingssystemer spesielt, kapittel 3. For så å ta opp implementasjon av samhandlingssystemer i fragmenterte organisasjoner og hvilke problemer det kan bringe med seg i kapittel 4.

I casedelen ser jeg først i kapittel 5, på mine metodevalg og hvordan jeg har gjennomført arbeidet med dette casestudiet. Med dette forsøker jeg å sette arbeidet mitt i en større sammenheng. Kapittel 6 er en gjennomgang av bakgrunnen til casestudien, her presenterer jeg først individuell plan, hva det er og hvorfor det kom. For så å presentere SamPro- prosjektet jeg ser på i casestudien. I casebeskrivelsen, kapittel 7, tar jeg for meg utviklingen til SamPro-applikasjonen, hvordan SamPro skal brukes og hvordan gangen i en individuell plan er innen de ulike pilotprosjektene som prøver ut SamPro.

I kapittel 8 tar jeg for meg en analyse av prosjektet SamPro med vekt på problemer de har hatt i implementasjonen og hvordan utviklingen har gått med tanke på brukermedvirkning. Dette har jeg forsøkt å diskutere på bakgrunn av den teorien jeg presenterte i den første delen av denne oppgaven.

Det siste kapittelet er en avslutning og konklusjon. Her ser jeg på hvilken verdi det jeg har funnet har i en større sammenheng og svarer på den problemstillingen jeg presenterte i kapittel 1.3.



## **Teori**

---





## 2 CSCW (Computer Supported Cooperative Work)

### 2.1 Innledning

Computer Supported Cooperative Work (CSCW) har den norske benevnelsen ”Datastøttet samarbeid”. Det handler med andre ord om ulike former for samarbeid og kommunikasjon gjennom ulike dataverktøy. De siste 20 årene har dette blitt mer aktuelt på grunn av den stadig mer komplekse og konkurranseutsatte situasjonen i ulike organisasjoner. I tillegg har globaliseringen og den teknologiske utviklingen gjort at mulighetene, og dermed behovet, for å samhandle utover tid og sted, har kommet for fullt.

*”[...] collaboration at a distance remains substantially harder to accomplish than collaboration when members of a work group are collocated.”*

(Brennan m. fl., 2002, s.1)

Det er mange prosjekter som omhandler samhandling og kommunikasjon, som møter store problemer i implementasjons fasen. Det er flere grunner til dette, noe som blir diskutert senere i kapitlet. For å nevne et av problemene, som Brennan m. fl. (2002) diskuterer, nemlig at uformell kommunikasjon fortsatt er vesentlig for god samhandling. Det er tre ganger så stor sannsynlighet for at forskere i samme korridor publiserer sammen, i forhold til om de hadde sittet i ulike etasjer. I tillegg så kreves det alltid arbeid for å fremskaffe data. Et problem mange samhandlingsapplikasjoner møter på, er at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom hvem som gjør arbeidet og hvem som får uttelling for det. (Berg, 1999 & Grudin, 1989)

Hele dette teorikapitlet er et litteraturstudium som skal rette søkelyset på hva CSCW er. Ved å se på ulike definisjoner og klassifiseringer av CSCW systemer og teorier, og hvilke problemer implementasjonen av slike systemer ofte blir stilt ovenfor. Vil jeg forsøke å legge et grunnlag for videre diskusjon i denne oppgaven, hvor jeg blant annet skal se på noen av de problemene SamPro har hatt gjennom implementasjonsfasen.

#### 2.1.1 Hva er samarbeid

Carstensen og Schmidt (2002, s. 18) sier i sin konklusjon: *”First of all a much better and well conceptualized understanding of cooperative work and its complexity is required”*. Det vil

altså si at for å lage gode CSCW systemer må vi virkelig forstå hvor komplekst samarbeid virkelig er. Samarbeid er en term med lange tradisjoner, den ble i sin tid (1867) definert av Karl Marx:

*”Multiple individuals working together in a conscious way in the same production process or in different but connected production processes.”*

(Bannon og Schmidt, 1992, s. 7).

Dette er en definisjon som retter seg veldig mot industri og samarbeid for å produsere et eller annet produkt. Samhandling slik vi ser det i dag, kan handle om mye mer enn bare å produsere et produkt. Det kan være samhandling rundt å hjelpe mennesker som har det vanskelig, samhandling rundt å utvikle prosesser og så videre. Det som blir sett på som viktig for å skape et godt samarbeid er at ulike aktører er gjensidig avhengige av hverandre. (Bannon og Schmidt, 1992 & Carstensen og Schmidt, 2002)

### **2.1.2 Behovet for samarbeid og kommunikasjon**

En generell trend innen moderne arbeidssettinger, er at arbeid blir mer og mer komplekst. Dette karakterisert ved komplekse problemløsnings og bestemmelses aktiviteter, og samarbeid mellom mennesker med ulik kompetanse. Organisasjoner blir også større og mer fragmenterte, både over tid og sted. Som en følge av dette er det blitt viktig med gjensidig samarbeid (mutual awareness), det vil si at alle i et prosjekt vet hva de andre driver med og hvor prosjektet og/ eller utviklingen går. (Carstensen og Schmidt, 2002) I samme artikkel gjennomgår Carstensen og Schmidt (2002) et casestudie hvor et stort utviklingsprosjekt innen samhandlings teknologi, holdt på å strande fordi den enkelte utvikler ikke viste hvor de andre utviklerne var i prosessen og hva de drev med. I dette casestudiet løste man disse problemene ved å utvikle en relativt enkel felles software plattform, som støtter samhandling på tvers i utviklingsgruppen, blant annet deling av filer og beskjeder.

Ettersom oppgavene blir mer og mer komplekse og uoversiktlige og i tillegg ofte gjøres i globale sammenhenger, er det viktig å utføre god planlegging. Det kreves i de fleste tilfeller også replanlegging for å komme frem til gode resultater. For å få til dette kreves det gode kommunikasjons- og debattstrukturer.

*”Planning and re-planning are essential coordination activities in collaborative settings. Planning and re-planning requires communication channels and structures through which the actors can negotiate. CSCW systems should thus offer communication and negotiation structures.”*

(Carstensen og Schmidt, 2002, s. 11)

Størrelsen på gruppene samhandlingssystemet skal fungere for, legger ofte føringer for hva som blir vektlagt i applikasjonen ifølge Grudin (1994). Små grupper er ofte satt samme av folk som trenger å kommunisere, på denne måten blir systemer for små grupper mer rettet mot kommunikasjon. Mens store organisasjons systemer fokuserer mer på koordinering, ettersom dette er et stort problem i organisasjoner.

### **2.1.3 To teoretiske aspekter**

Innen det meste av litteraturen skilles det mellom Groupware og CSCW, det er ikke noe strekt skille mellom disse aspektene (Carstensen og Schmidt, 2002). En del av forfattere bruker til og med begrepene på kryss av hverandre (Grudin, 1989 & 1994).

Snakker man om ”groupware”, mener man selve produktet, utviklingen av software. Mens med CSCW snakker man om forskningsfeltet med aspekter fra ulike fagretninger og ulike interesser, hvordan jobber man sammen i grupper, hvilke typer kommunikasjon trengs det og så videre (Bannon og Schmidt, 1992 & Grudin, 1994).

## **2.2 Starten for CSCW**

*“Building technology was not enough. We needed to learn more about how people work in groups and organizations and how technology affects that.”*

(Grudin, 1994, s.1)

Denne erkjennelsen var begynnelsen for CSCW. Et forsøk av teknologene for å lære av økonomer, ledere, psykologer, pedagoger og alle andre som kunne gi et innspill på gruppe aktivitet. (Grudin, 1994)

I 1984 organisert av Paul Cashman og Irene Grief en workshop for å samle folk fra forskjellige fagområder. Alle hadde en felles interesse for hvordan folk jobbet sammen og var interessert i hvordan teknologi kunne hjelpe dem i dette samarbeidet. De skapte uttrykket ”Computer Supported Cooperativ Work” for å forklare denne felles interessen. (Bannon og Schmidt, 1992 & Grudin, 1994)

Den første konferansen som eksplisitt ble dedikert til CSCW ble avholdt i Austin, Texas, USA i 1986 (Bowers, 1994 & Grudin, 1994). Det avholdes nå årlige konferanser både innen ”Groupware”, som fokuserer på kommersielle teknologier, og CSCW, som fokuserer på eksperimentelle systemer og hvordan arbeidsplassen og organisasjonene fungerer. (Grudin, 1994)

Det finnes flere forklaringer på hvorfor CSCW blomstret. Bannon og Schmidt (1992) mener årsaken var forandringen og utviklingen i organiseringen av arbeid. For å henge med på den stadige utviklingen i markedet, er organisasjoner avhengige av raskt å kunne koordinere, distribuere og utvikle sine aktiviteter, på tvers av fagfelt og geografi, innen et nettverk av ulike organisasjoner. Mens som vi ser i utdraget under, var det andre som mente at det var for å lage bedre systemer i forhold til tiden og å høyne arbeidernes kompetanse og ansvarsområde.

*”[...] the aims and hopes of CSCW: the design of systems that fit work practices better than traditionally designed systems, and that enhance worker’s competencies and responsibilities.”*

(Berg, 1999, s. 1)

## **2.3 Definisjoner**

*”CSCW and groupware is difficult to define; no definition satisfies everyone involved”*

(Grudin, 1994, s. 4)

Som beskrevet i kapittel 2.1.3 kan man dele opp CSCW i to teoretiske aspekter, Groupware og CSCW. Jeg vil i denne delen forsøke å definere disse to hver for seg. Som Grudin (1994) understreker, er det vanskelig å finne en entydig definisjon som dekker alle feltene, jeg vil derfor trekke frem flere definisjoner fra ulike forfattere.

### 2.3.1 Definisjon av CSCW

*"CSCW should be conceived as an endeavour to understand the nature and characteristics of cooperative work with the objective of designing computer-based technologies for cooperative work arrangements."*

(Bannon og Schmidt, 1992, s. 5)

Bannon og Schmidt (1992) har prøvd å formulere en forståelse av CSCW ved å fokusere på hvordan samarbeid fungerer, og bruke denne forståelsen som en base for å designe informasjonssystemer for å støtte dette arbeidet. *"CSCW is basically a design oriented research area."* (Bannon og Schmidt, 1992, s. 5)

*"CSCW may be seen as a conjunction of certain kinds of technologies, certain kinds of users, and a worldview that emphasized convivial work relations."*

(Kling, 1991, s. 83)

Kling (1991) ser på CSCW som en kompleks sammenheng mellom teknologi, brukere og et verdenssyn som støtter gode arbeidsrelasjoner. Det er disse tre elementene som til sammen gjør CSCW så spesielt, og skiller det fra andre former for datasystemer og forskning.

*"CSCW technologies must fulfil requirements on at least two fronts: management of task interdependencies and management of common information spaces"*

(Carstensen og Schmidt, 2002, s. 11)

Carstensen og Schmidt (2002) trekker frem noen spørsmål de mener er sentrale innen forskning rundt CSCW: - Hva karakteriserer samarbeid? - Hvordan kan vi modellere samarbeid? - Hvilke datamaskin fasiliteter burde tilbys? - Hva er karakteristikene for brukbare plattformer for datastøttet samarbeid?

*”The research field of CSCW (Computer Supported Cooperative Work) addresses how collaborative activities and their coordination can be supported by means of computer systems.”*

(Carstensen og Schmidt, 2002, s. 2)

Når vi ser på disse ulike tolkningene i sammenheng kommer det tydelig frem noen stikkord om hva CSCW handler om; en sammensetning av brukere, ulike teknologier, koordinering og samarbeid. CSCW systemer må tilby støtte for felles forståelse mellom de ulike aktører. Dette er viktig for å få koordinert, målt og sammenlignet flere avhengige, men distribuerte, aktiviteter.

Mange som er involvert i CSCW, referer kun til termen Groupware. Dette er ofte folk som fokuserer på design av software for å støtte gruppearbeid. (Bannon og Schmidt, 1992 & Grudin, 1994) Skille mellom disse to kan som nevnt i kapittel 2.1.3 være vanskelig å definere.

### **2.3.2 Definisjon av Groupware**

*”In general, the term ‘groupware’ is applied to applications that support interactions within groups of two or more people. The term does not refer to major systems design to support entire organisations.”*

(Grudin, 1989, s. 246)

Det vil si at e-mail og instant messaging systemer er eksempler på groupware systemer, mens eksempelvis ordre- og inventarkontroll systemer ikke er det. Groupware må eksempelvis kunne skille mellom ulike roller de ulike medlemmene kan inneha, sender eller mottager. (Grudin, 1989)

Ciborra (1996) gir et interessant bilde av et groupware system som en katalysator<sup>1</sup> for å bryte ned barrierer som geografisk avstand, kulturelle forskjeller, språkforskjeller og så videre, mellom ulike deler av organisasjoner. I denne definisjonen kan det diskuteres om Ciborra refererer til forskningsfeltet CSCW eller produktet groupware.

En generelt akseptert definisjon av groupware er som nevnt enda ikke blitt etablert. Noen mener at hvis et system kan dele filer kan det defineres groupware, andre mener at e-mail systemer er groupware. Mens andre igjen mener at groupware må være basert på, og reflekterer en forståelse av de kooperative aspektene av arbeidet som skal bli gjort. (Carstensen og Schmidt, 2002 & Grudin, 1994)

### 2.3.3 Kategorisering

Det har vært mange måter å kategorisere og dele opp CSCW og groupware, en vanlig måte å gjøre det på har vært med en to ganger to matrise hvor man delte på synkron vs. asynkron kommunikasjon (tid) og distribuert vs. ikke- distribuerte aktører (geografisk) (Carstensen og Schmidt, 2002 & Grudin, 1994). Denne måten å dele inn på gjør at mange nyere systemer faller innenfor flere av rammene, ettersom de gir støtte til flere kommunikasjonsmuligheter. Carstensen og Schmidt (2002) foreslår i sin artikkel en to ganger to matrise som ser på hvor tett koblet samarbeidsgruppen er i den ene aksen, og hvorvidt datamaskinen blir brukt som et *medium* for samarbeid eller som en *regulator* i den andre aksen.

|                              | <b>Datamaskin som er <i>medium</i> for samarbeid</b> | <b>Datamaskin som en <i>regulator</i> for samarbeid</b> |
|------------------------------|--|---|
| <b>Tett koblet samarbeid</b> | Mutual awareness<br>(gjensidig avhengighet)          | Adjustment<br>(tilpassning)                             |
| <b>Løst koblet samarbeid</b> | Conceptual structures<br>(Konseptuelle strukturer)   | Coordination<br>(Koordinering)                          |

**Tabell 1 - Kategorisering av CSCW Teknologier**  
(Carstensen og Schmidt, 2002, s 17)

Som vi ser her er det å oppnå gjensidig avhengighet mellom aktørene, som nevnt tidligere (kap 2.1.2), det som Carstensen og Schmidt (2002) ser på som den beste formen for samarbeid. Det kan oppnåes ved å ha en tett koblet gruppe som bruker datamaskinen som et

<sup>1</sup> “ is a substance that accelerates the rate (speed) of a chemical reaction without itself being transformed or consumed by the reaction” (<http://en.wikipedia.org/>)



medium for samarbeid. Eksempel på et slikt system kan være et Media space (RAVE), dvs. et medie rom som integrerer video, audio og nettverk teknologi.

## **2.4 Problemer ved implementasjon av CSCW Systemer**

”Nothing gets done by itself, nothing unfolds ’automatically’.”

(Hepsø og Monteiro, 1998)

Implementasjonen av et CSCW system medfører ofte store forandringer i en organisasjon. Det er i mange tilfeller store komplekse systemer som forandrer manges arbeidsdag. Grudin (1989) trekker frem tre problemer med CSCW systemer som han vektlegger som hovedfaktorer i de mange mislykkede prosjektene som har vært innen dette feltet.

### **2.4.1 Problem 1: Ekstraarbeid**

*”The application fails because it requires that some people do additional work, while those people are not the ones who perceive a direct benefit from the use of the application.”*

(Grudin, 1989, s. 86)

Et kjent eksempel for å underbygge denne påstanden er en elektronisk møteplanlegger. Når man skal organisere et møte tar det som regel mye tid å finne et tidspunkt som passer for alle deltagere. Dette problemet burde kunne løses ved at alle har en oppdatert elektronisk kalender med alle dagers gjøremål og avtaler. På den måten vil et datasystem kunne koordinere kalenderne og finne et ledig tidspunkt. Det viser seg at det er veldig vanskelig å få en elektronisk møteplanlegger til å virke i realiteten. Årsaken til dette er alt ekstraarbeidet samtlige aktører får med å holde kalenderen oppdatert til en hver tid. Den som har en fortjeneste med å bruke et slikt system er møteplanleggeren, men alle andre får ekstraarbeid. (Bowers 1992, Grudin 1989 & Kling 1991) Det ligger med andre ord alltid jobb bak å produsere data som skal bli transportert mellom de ulike aktørene, dette vil igjen si at noen må jobbe ekstra for å få samhandlingen til å fungere. (Berg, 1999)

## 2.4.2 Problem 2: Bestemmelsesprosessen

*"The design process fails because our intuitions are poor for multi- user applications – decision- makers to see the potential benefits for people similar to themselves, but see the implications of the fact that extra work will be required of others"*

(Grudin, 1989, s. 86)

Når man skal lage et CSCW system er det viktig å se på hvordan designprosessen er. Man må se på hvem som er med, hvem som gjør bestemmelser, hvilke hensyn som blir tatt og at alle aspekter rundt samarbeid og arbeid blir tatt til følge. Altså å utføre prosessen med en god form for brukermedvirkning, for å sørge for at kravene til de som skal bruke systemet blir med. (se kap. 0)

Aksepten av et nytt system som skal ta over for et tidligere, papirbasert system, trenger ikke henge sammen med hvorvidt det nye systemet har stor grad av likhet mot det eksisterende. Det henger sammen med hvilken aksept det gamle papirbaserte systemet hadde og skaper ofte en debatt om det gamle systemet. (Bowers, 1992). Det behøver ikke å være teknologisvikt eller dårlig programvare som er årsaken til at et system feiler. Årsaken kan også være treghet og holdninger innad i organisasjonene, samt dårlig evne til å lære av nytenking og innovasjon. (Ciborra, 1996) Så for at implementasjonen skal bli en suksess må den ha forankring i ledelsen, det må vises at det satses på systemet.

## 2.4.3 Problem 3: Evaluering

*"We fail to learn from experience because these complex applications introduce almost insurmountable obstacles to meaningful, generalizable analysis and evaluation."*

(Grudin, 1989, s. 86)

Det er vanskelig å komme med gode metoder for å evaluere CSCW systemer. Det er mange ulike mennesker som skal bruke dette sammen, og da kommer det inn andre aspekter som samhandling og kommunikasjon, ulikheter innad i grupper og bakgrunnen til de ulike aktørene. (Grudin, 1989) Det fører til at mange kan få feil forventninger før implementasjonen av et system. Eksempelvis når det kommer nye teknologier på markedet, er

det alltid en del som mener at denne nye teknologien kan transformere organisasjoner, på måter som var fundamentalt umulig med tidligere systemer. Selv om tidligere erfaring tilsier at det ikke kommer til å skje. (Klyng, 1991)

#### **2.4.4 Noen elementer som kan hjelpe implementasjon**

Orlikowski (1992) trekker frem to mentale elementer som kan være nyttige å tenke på når man skal implementere nye systemer i en organisasjon. Kognitive elementer er mentale modeller eller rammer som ulike individer har om verden, deres arbeid, organisasjon, teknologi, altså de rammer individet har satt. Når man blir konfrontert med ny teknologi, vil man prøve å forstå denne ved sine eksisterende teknologiske rammer.

*”How users change their technological frames in response to a new technology is influenced by (i) the kind and amount of product information communicated to them, and (ii) the nature and form of training they receive on the product.”*

(Orlikowski, 1992, s. 364)

Som følge av kognitive modeller er det vanlig at kjente elementer av nye CSCW systemer blir mest brukt. Et eksempel på dette er hvordan e-post blir brukt, som del av et nytt samhandlingssystem. Ettersom e-post for de fleste allerede er kjent, blir denne funksjonen som regel brukt mer enn andre deler av systemet, spesielt i startfasen og implementasjonen. (Ciborra 1996, Hepsø og Monteiro, 1998 & Kling, 1991)

Det andre elementet Orlikowski (1992) trekker frem, er strukturelle elementer, som er en viktig kilde til suksess i et prosjekt. Strukturelle elementer innebærer belønningssystemer, arbeidspraksis, retningslinjer og normer som former daglig praksis hos de ulike medlemmene i organisasjonen. Hvis organisasjonene vektlegger disse elementene, så vil et system ha større mulighet for å få suksess.

Hepsø og Monteiro (1998) trekker frem at det i deres casestudie, implementasjonen av Lotus Notes<sup>1</sup> i Statoil, ble bygd en overgang mellom et eksisterende system og det nye, på denne måten skulle det bli lettere å ta det nye systemet i bruk. Brukerne kunne fortsatt kommunisere på den samme måten, via e-post, som de gjorde med det gamle systemet (Memo). Etter hvert

<sup>1</sup> *”Lotus Notes is a client-server collaborative software and e-mail system owned by Lotus Software, of the IBM Software Group.”* (<http://en.wikipedia.org/>)

ble det lagt til ekstra funksjonalitet i Lotus Notes for å forbedre kommunikasjonsmulighetene, eksempelvis vedlegg på e-post. På denne måten så brukerne etter hvert nytten av å bruke Lotus Notes.

## **2.5 MedNed, en samhandlingsapplikasjon**

Ciborra (1996) ser på hvordan en samhandlingsapplikasjon innen en farmasøytisk bedrift blir brukt åtte år etter implementasjon startet. Applikasjonen ble kalt MedNed og ble implementert på midten av 1980 tallet.

*”MedNed is a distributed computing environment which provides office automation functions, including e-mail, and access to corporate-wide database and outside information sources in the marketing area.”*

(Ciborra, 1996, s. 103)

Bedriften som implementasjonen ble gjennomført i, var et stort globalt selskap som slet med at mye av kunnskapen, spesielt innen markedsføring, lå lokalt. For eksempel så var produktene selskapet tilbød globale, men mye av bakgrunnsinformasjonen som kliniske studier eller markedsanalyser lå lokalt. Med andre ord måtte dette arbeidet utføres flere ganger. Noe av hovedmålet for MedNed var å få denne informasjonen tilgjengelig for hele organisasjonen. På denne måten kunne en markedsføringskampanje, i for eksempel Italia, gjøres med data fra en kampanje som tidligere var blitt kjørt i USA. Målet var altså å gjøre både produktet og produktinformasjonen globalt tilgjengelig.

Det viser seg at bruken av MedNed ikke har blitt slik intensjonen var, den delen av applikasjonen som ble brukt var e-post, mens databasene med informasjon om produktene ble ikke brukt i utstrakt grad. Det viste seg at flere av underavdelingene fortsatt brukte sine gamle databaser som i mange tilfeller ikke en gang var kompatible med MedNed.

Ciborra (1996) fremhever flere årsaker til at MedNed ikke ble den applikasjonen som det var håpet på. En av grunnene var at ambisjonene var for høye. Det var ikke høy nok ekspertise og bra nok teknologi internt i selskapet. Og den tregheten som systemutviklingen led av førte til at det kom billige og bedre løsninger på markedet, før de ble tilgjengelige for MedNed brukerne. En annen grunn var at det ikke ble lagt nok vekt på de lokale forskjellene som lå i selskapet. Det førte til at den organisasjonelle forandringen som måtte til for å få MedNed til

å fungere, ikke gikk som den skulle. Under utviklingen av systemet var det for liten grad av brukermedvirkning og den treningen som ble gitt til brukerne var for dårlig. Dette ga ikke brukerne motivasjon til å begynne med det arbeidet som kreves for å få en god implementasjon.

## **2.6 Standarder**

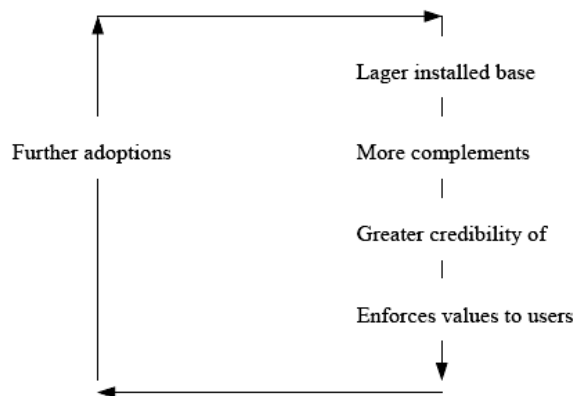
Behovet for standarder øker i takt med globaliseringen. For at ulike aktører skal kunne kommunisere er det nødvendig at det er opprettet standarder for hvordan dette skal gjennomføres. Innføringen og utviklingen av standarder kan skje ved at aktører i markedet finner behov og samarbeider om å utvikle disse (De Facto), eller gjennom offisielle styresmakter og standardkomiteer (De Jure) (Grindley, 1995). "De Jure" standarder kan komme i form av lover og regler bedrifter og organisasjoner må rette seg etter. Jeg vil her gi en kort innføring i hva en standard er og hvorfor det er så viktig for samhandlingsapplikasjoner.

"Standards define any common set of product features. They range from loose sets of product characteristics to precise specifications for technical interfaces"

(Grindley, 1995, s. 21)

I følge Grindley (1995) kan man dele standarder inn i to klasser, kvalitetsstandarder og kompatibilitetsstandarder. Kvalitetsstandarder ser på hvilke kvaliteter selve produktet skal ha, mens kompatibilitetsstandarder ser på hvordan linken er til andre produkter og tjenester. Kvalitetsstandardene kan deles igjen i to undergrupper. En med minimum antall attributter, altså en standard som er forholdsvis åpen. En slik standard kan være ulike mål, eksempelvis en pakkestørrelse, eller offentlige lovreguleringer innen for eksempel helsevesenet som er laget for å hjelpe og beskytte forbrukerne. Den andre formen er produktkarakteristikk, for eksempel kan det være smak og stil hvor standardene er løst definert og kan være grupper av lignende produkter som moter, frokostblandinger eller merkevarer. Kompatibilitetsstandarder kan deles inn i tre, komplementære produkter som CD-plater og SIM-kort. Direkte nettverk som telefon og LAN, og komplementære tjenester som support og kunnskap. Altså er standarder et vidt begrep som kan brukes om mye forskjellig.

Skal en standard få et godt fotfeste er det viktig at de ulike setningene er gode. For å illustrere hvordan en "veien" kan gå, har Grindley (1995) laget en figur som viser avhengighetene og livsløpet til en vellykket standard (Figur 1 - Standards reinforcement mechanism). Jo større brukermasse man har på standarden, desto flere komplementære produkter blir det utviklet. Dette skaper en høyere troverdighet til standarden, som igjen gir økt kvalitet tilbake til brukeren. Økt kvalitet gjør at det blir mer attraktivt som igjen fører til at flere begynner å bruke den og brukermassen øker.



**Figur 1 - Standards reinforcement mechanism**  
(Grindley, 1995, s. 27)

Den mest kritiske tiden for en standard er altså i startfasen hvor brukermassen er minst. Det kan være vanskelig å få selskaper til å investere i noe som fortsatt er forhåndsmessig usikkert. *"This has been called the 'penguin effect', in witch no one wants to be first in the water, but all jump in once it is clearly safe to do so"* (Grindley, 1995, s. 28)

Samhandlingsapplikasjoner bygges ofte opp rundt standarder. E-postlesere er et godt eksempel på en samhandlingsapplikasjon som benytter seg av standarden TCP/IP for å skape samhandling. En "De Jure" standard kan også skape behov for samhandlingsapplikasjoner for å støtte kravet om samhandling som eventuelt ligger i standarden. På disse måtene er ofte samhandlingsapplikasjoner og standarder koblet sammen.

## 2.7 Oppsummering

CSCW systemer, eller samhandlingsapplikasjoner, har fått bruken av datamaskiner inn i en ny æra. Det er ikke lenger kun teknologien som er avgjørende, eller pådriveren, når et nytt system skal implementeres. Hele organisasjonskulturen kan komme inn i en forandring som følge av en slik implementasjon. Men som beskrevet av flere forfattere (for eks. Ciborra 1996,

Grudin 1989 og 1994 & Orlikowski 1992), er det mange av disse systemene som sliter med å få det fottfeste og den innvirkningen som var ønsket på forhånd.

Etter å ha fulgt implementasjonen av SamPro i over et år, kjenner jeg igjen flere av de samme problemene gitt av Grudin (1994) og noen av de problemene implementasjonen av MedNed (Ciborra, 1996) har vært innom. Flere av disse problemene kan linkes mot utviklingsfasen, og spesielt hvilken medvirkning det har vært fra ulike brukere i utviklings- og designfasen. Jeg vil nå gi en introduksjon til fagfeltet brukermedvirkning.

## 3 Brukermedvirkning i systemutvikling

### 3.1 Innledning

Generell brukermedvirkning har vært et sentralt tema lenge, helt siden grekerne innførte demokrati i gamle Athen og frem til i dag (Mumford, 1984). Allerede på 1970 og 80 tallet ble brukermedvirkende design (fra nå medvirkende design) aktuelt innen systemutvikling (Ehn, 1993). Ved innføringen av samhandlings- og off-the-shelf applikasjoner og systemer, har det de siste årene kommet inn nye utfordringer innen medvirkende design. Hvordan skal designerne velge ut riktig brukergruppe for å representere det store antall brukere, og hvordan skal man lage systemer som brukes i forskjellige settinger, av forskjellige brukere og for forskjellig formål?

### 3.2 Hva menes med medvirkende design

Det har gjennom tiden vært mange som har kommet med definisjoner på hva medvirkende design er, det er viktig å understreke at det ikke kan kalles medvirkende design hvis bare brukerne har en eller annen form for deltagelse i prosjektet. Ifølge Hirschheim (1989), kan man definere medvirkende design ved å presisere at man har mer en bare litt medvirkning.

*"a type of systems development approach where the user take the lead in (and often control of) the development process, and where the substance of development is expanded to include social and organizational concerns, e.g. job design, decision making responsibilities, reporting relationships, and the like".*

(Hirschheim, 1989 s. 196)

Medvirkende design har altså to dimensjoner, innhold og medvirkning. Med innhold menes det at det ikke kun skal omhandle det tekniske, men også det sosiale i selve implementasjonsprosessen. Dette fører til en sosioteknisk retning av utviklingen, og det er jo noe av basisen i medvirkende design, og noe som utgjør hovedforskjellen mellom tradisjonell utvikling og medvirkende design. I følge Mumford, gjengitt av Hirschheim (1989), er det tre former for medvirkning innen systemutvikling:

- *Konsultativ*, at brukerne blir spurt om hvordan de vil ha det, men bestemmelsene blir tatt av designerne.



- *Representativ*, her blir det valgt en gruppe av brukere som representerer ønskene og behovene til brukerne, denne gruppen er også med i designprosessen.
- *Konsensus*, i slike tilfeller er det brukerne som bestemmer og er fullstendig ansvarlig for implementasjonen.

For at et prosjekt skal kunne definere seg som et medvirkende design prosjekt, må det enten være en representativ eller en konsensus form for medvirkning. Og på denne måten gi mer ansvar til brukerne gjennom hele utviklingsprosessen og gjennom implementasjonen, for å fremme den sosiotekniske utviklingen av organisasjonen (Hirschheim, 1989).

### **3.3 Hvorfor medvirkende design?**

Hvilke grunner kan man ha for å velge medvirkende design som fremgangsmåte når man skal utvikle nye systemer? Det er jo mange ulemper ved en slik type utvikling. Det kan for eksempel gi økte kostnader og er mer ressurskrevende. Mange mener det blir mer komplekse systemer. Det kan skape politiske problemer innad i en organisasjon og det kan bli vanskelig å velge en riktig gruppe av brukere. Utsettelse på grunn av kompleksitet blir ofte resultatet (Clement og Besselar, 1993). Så hvorfor skal man utsette seg for disse ulempene? Hva er gevinstene?

Medvirkende design gir bedre systemer og produkter, som blir lettere å implementere (Miller, 1993 & Kyng, 1991), men ikke nødvendig i utviklingen av mindre prosjekter. Grunnen til dette er at medvirkende design ikke kun er en metode for å utvikle systemer og produkter, men er også for å omorganisere hele organisasjoner. "Front line workers", brukere på nedre nivå i en organisasjon, skal også bli hørt når man skal bli designet nye systemer som vil innvirke på deres arbeidssituasjon. Det vil jo igjen si, i mange organisasjoner, at maktbalansen blir noe forskjøvet og den bli mer demokratisk. Miller (1993, s. 38) trekker frem to gode prinsipper som er med på å bygge oppunder medvirkende design:

*"Workers – and customers – are intelligent, creative, and productive contributors to organizations if they are empowered to express their insights, apply their expertise, exercise their decision-making capabilities, and given responsibility for the impact of their actions."*

*"[...] good ideas are as likely (perhaps more likely) to come from the bottom up as from the top down. Front-line workers and customers know what works, what doesn't work and have lots of ideas on how to improve things."*

Brukere som har vært med i design fasen, vil få mer realistiske forhåpninger til det nye systemet, og det vil igjen redusere motstanden og lette innføringen av systemet. Hirschheim (1989) ramset opp åtte grunner til at medvirkning er så viktig i utviklingen av systemer:

- Medvirkning er ego oppbyggende, altså det bygger opp selvtilliten til brukerne involvert, og det igjen vil ha en positiv effekt på resultatet.
- Medvirkning kan føre til en utfordring for deltagerne, og virke intellektuelt oppbyggende, som igjen fører til gode holdninger.
- Medvirkning resulterer generelt i en følelse av ansvar for forandringene som skjer, noe som igjen kan resultere i en god systembruk.
- Bruker som har vært med på design prosessen får en meget inngående kjennskap og kompetanse til systemet. Det fører til de forstår det bedre, og dermed bedre trent til å bruke det.
- Den tekniske kvaliteten av det nye systemet vil bli bedre, dette fordi brukerne kjenner til det gamle systemet veldig godt (også dets feil og mangler), enn det en designer klarer å finne ut av gjennom en analyse.
- Brukere har kontroll over sine aktiviteter, og det burde dermed gi en bedre holdning blant det som er med.
- Medvirkning støtter oppunder at mennesker skal ha kontroll, eller i det minste innvirkning, på egen skjebne.
- Medvirkning legger til rette for en mekanisme som brukere kan bruke for å redesigne sine arbeidsvaner og jobbstendigheter om det nye systemet.

Selv om det gjennom denne oppramsingen kan virke som om behovet for gode ledere forsvinner når man innfører medvirkende design, så stemmer ikke dette, for som Miller (1993, s. 38) så fint sier det:

*"[...] there are two kinds of leaders, those about whom, when its all over, people say, 'he did it.' And those about whom, when its all over, people say, 'we did it.' And then feel proud and empowerd by the process."*

### **3.4 Starten for medvirkende design i systemutvikling**

Landene i Skandinavia ble ofte sett på som foregangsland i 1970 og 80 årene, når det gjalt medvirkende design innen systemutvikling. (Bjerknes og Bratteteig 1995 & Ehn, 1993) Årsaken til at dette, var at forholdene lå meget godt til rette. Fagforeningene sto sterkt, med mange medlemmer, og regjeringer samarbeidet tett. Det var generelt et høyt nivå på utdannelsen til arbeiderne og demokratiet sto veldig sterkt med store sosialdemokratiske partier som til tider hadde regjeringsmakt i de respektive landene. To prosjekter som ble foretatt i denne perioden i Skandinavia, er DEMOS og UTOPIA, som begge regnes for å være foregangsprosjekter innen medvirkende design. Disse prosjektene har mange likhetstrekk, de var begge initiert av forskere og de respektive fagforeningene var tungt inne med kompetanse og ressurser. Det var også sterke skiller, DEMOS utviklet ikke noe produkt, men hadde et hovedfokus på hvordan man kunne opprettholde demokratiet i en bedrift, og hvordan fagforeningen kunne være med på implementeringen av nye datasystem. (Ehn, 1993) Mens UTOPIA, som kom noen år senere, fokuserte på hvordan man kunne designe et datasystem for å effektivisere en allerede fungerende arbeidssituasjon. (Ehn, 1993, Bjerknes og Bratteteig, 1995 & Kyng, 1991)

I 1975 startet DEMOS prosjektet, det hadde som mål å se på hvordan fagforeningene kunne ha innvirkning på designet og bruken av databaserte systemer på lokalt nivå innad i bedrifter. I tillegg hvordan de kunne sørge for at deres medlemmers arbeidsforhold fortsatt skulle være gode etter at jobbene ble forandret på grunn av ny teknologi. Prosjektet ble støttet av Det Svenske Fagforbunds Fellesforening, og prosjektgruppen ble satt sammen av folk med mange forskjellige fagbakgrunner (data, sosiologi, økonomi, ingeniørfag). Denne gruppen jobbet tett sammen med arbeiderne, og deres fagforeninger, i de fire bedriftene som var med på prosjektet. Disse bedriftene var fra vidt forskjellige fagretninger, en dagsavis, et lokomotiv verksted, et metall verksted og et varehus. (Ehn, 1993)

UTOPIA prosjektet startet i 1981 og varte til 1984, de skulle lage et dataverktøy for grafiske designere. Det var et samarbeid mellom De Nordiske Grafikernes Fagforening og forskere fra Sverige og Danmark med erfaringer fra de første brukermedvirkningsprosjektene. Målet med

prosjektet var å utvikle ny teknologi for høyt kvalifiserte grafikere, som skulle være en hjelp i deres arbeid for å lage kvalitetsprodukter, samt støtte opp under demokratiseringen innad i organisasjonene de jobbet i. Forskningen ble i all hovedsak rettet mot designet av sider og bildeprosessering i avis industrien. Målet med prosjektet var, i motsetning til tidligere medvirkende design prosjekter, å utforme og implementere et nytt datasystem som skulle virke som en utvidelse av de eksisterende systemene. For å få til kommunikasjon mellom grafikerne og designeren, forsøkte man først med mutual learning<sup>1</sup>, men dette ble for omfattende. Metoden de da innførte var prototyping, i hovedsak ved hjelp av mockups<sup>2</sup>. Selv om UTOPIA aldri ble ferdigstilt, har det blitt sett på som en suksess. (Bjerknes og Bratteteig, 1995, Ehn, 1993 & Kyng, 1991)

Både DEMOS og UTOPIA sees begge på som prosjekter som har hatt innvirkning på hvordan vi i dag ser på systemutvikling. Etter en studie av både disse prosjektene, og andre, har blant andre Clement og Besselar (1993) kommet frem til at demokratiet i bedrifter som har brukt medvirkende design har blitt bedre, og at implementeringen av systemene har gått lettere. I dag har medvirkende design blitt sentralt i utviklingen av nye systemer, i Norge er det lovpålagt å føre en form for medvirkende design i utvikling og design av større systemer. (Hatling og Sørensen, 1998).

### **3.5 Medvirkende design i samhandlingsapplikasjoner**

Design og utvikling av samhandlingsapplikasjoner i dag, bringer en del problemstillinger frem i lyset som ikke var relevante tidligere. Eksemplene fra kap. 3.4, DEMOS og UTOPIA, så på implementasjon og design av applikasjoner som skulle støtte en gitt prosess, uten å måtte være et verktøy for samhandling og kommunikasjon. Mange av dagens applikasjoner trenger funksjonalitet som støtter samhandling og kommunikasjon. Som det blir trukket frem av Hirschheim (1989), har det teoretiske synet på medvirkende design hatt to aspekter (kap.3.2), tekniske og sosiale. DEMOS og UTOPIA er eksempler hvor det sosiale aspektet sto sterkt, demokratiet i bedriftene ble styrket og ”front line workers” fikk mer innvirkning. I mange av de prosjekter som foregår i nyere tid, er brukergruppene store og lite homogene, det kan være vanskelig å identifisere den typiske brukeren (for eks. Appelt m. fl.1999, Grudin og Pruitt, 2002 & Wagner, 1993).

<sup>1</sup> I dette tilfelle at systemdesignerne skulle lære seg grafisk design og de grafiske designerne skulle lære seg systemdesign.

<sup>2</sup> Mockups i dette tilfelle var modeller av designet som grafikerne jobbet med, og på denne måten kunne systemutviklerne se hvordan ting ble gjort (Kyng, 1991).

*”Traditional ‘user- centered’ approaches have been improved upon in recent years but current practices tend to fall short in several respects: Designers and users are not truly engaged; social and political aspects are filtered out; and complexity and representativeness are difficult to identify and portray.”*

(Grudin og Pruitt, 2002, s. 1)

Det er viktig å klare og trekke ut en representativ brukergruppe, slik at man ikke over- eller underrepresenterer noen grupper. (Wagner, 1993) I utviklingen av samhandlingsapplikasjoner i store fragmenterte organisasjoner som helsevesenet er det viktig å ikke la all makt komme til en brukergruppe. Eksempelvis legene eller sykepleierne, men trekke inn representanter fra alle ledd.

For å møte denne utfordringen med å velge ut riktige brukere under utvikling og implementasjon av off – the – shelf- eller samhandlingsapplikasjoner, har det blitt utviklet og prøvd ut mange former for medvirkning. For å nevne to forskjellige eksempler på hvordan man kan involvere brukere, trekker jeg frem bruken av Personas (Grudin og Pruitt, 2002) og tilbakemelding via e-post (Appelt m.fl. 1999). Personas er fiktive mennesker med fullstendige livshistorier, venner, navn, familier, klær, utdanning, yrke, sosial status, mål og så videre. Eventuelle scenarier diktes opp rundt personas, ikke den andre veien. Selv om dette kan virke som et steg tilbake i forhold til å få virkelige brukere med i testing og utvikling av systemer, viser det seg at dette er en metode som fungerer veldig bra, så lenge man klarer å utvikle representative brukere. (Grudin og Pruitt, 2002) Appelt, Koch og Mercé (1999) presenterer et casestudiet som ser på utviklingen av BSCW<sup>1</sup>. Den første prototypen ble gjort tilgjengelig via Internett. Utviklerne fikk så mange tilbakemeldinger via e-post fra brukerne, at de valgte å bruke dette direkte i videreutviklingen av applikasjonen. Forfatterne mener denne uformelle tilbakemeldingsformen er effektiv, og anbefaler at flere samhandlingsapplikasjoner bruker denne formen for medvirkning.

---

<sup>1</sup> *”The BSCW system is a Web- based application for collaborative information sharing based on the metaphor of shared workspaces, an electronic information repository of a group which the members of a group use for organizing their collaboration processes.”* (Appelt m.fl. 1999, s. 1)

### **3.6 Oppsummering**

En eller annen form for medvirkning er viktig for å lage gode programmer og å komme frem til gode kravspesifikasjoner, men som vi ser her så er det mange utfordringer, spesielt i utviklingen av samhandlingsapplikasjoner. En annen ting som også er viktig å ha i bakhode, er at den påvirkningen som medvirkende design gir i design og implementasjonsfasen (Hirschheim, 1989), ofte er kortvarig, og for kun de som deltar direkte i prosjektet, og kun når prosjektet er i gang (Blomberg og Kensing, 1998). Store forandringer i organisasjoner er en prosess som ofte tar lang tid, og det kreves lokale tilpasninger for å få nye systemer til å fungere i ulike lokale settinger. Det siste kapittelet i teoridelen i denne oppgaven skal vies til organisasjonelle forandringer og behovet for lokale tilpasninger.



## **4 System implementasjon i fragmenterte organisasjoner**

### **4.1 Innledning**

Ved innføring av nye systemer i store fragmenterte organisasjoner er det viktig å tenke på at forandringer tar tid, det er en prosess som går gjennom flere faser. Implementasjon av store informasjons og samhandlingssystemer medfører ofte forandring i arbeidsprosesser, slike forandringer skjer ikke over natten (Orlikowski, 1996). Det er også viktig å være bevisst på de lokale forskjellene som er i en organisasjon, implementasjonen av slike systemer kan føre til en del ekstra arbeid og skjulte kostnader for lokale brukere (Monteiro og Rolland, 2002). Dette er spesielt viktig i helse- og sosialsektoren hvor det er mange ulike aktører som jobber i en distribuert og fragmentert organisasjon, med behov for en tettere integrasjon mellom både de ansatte og de ulike systemene (Ellingsen og Monteiro, 2003 a og b).

### **4.2 Forandringer i organisasjoner**

I dette delkapittelet ønsker jeg å gi et kort innblikk i hvordan implementasjonen av tekniske systemer kan påvirke og forandre organisasjoner. For å gjøre dette bruker jeg Orlikowski (1996). Det er en velkjent artikkel som omhandler implementasjonen av et datasystem i en supportavdeling hos en større softwareprodusent.

#### **4.2.1 Tradisjonelle tilnærminger**

Orlikowski (1996) trekker frem tre tradisjonelle perspektiver for hvordan organisasjoner forandrer seg, ”planned change”, ”technological imperative” og ”punctuated equilibrium”. Planlagte forandringer er at direktører eller ledere er den primære årsaken til forandring, disse aktørene initierer og implementerer forandringer basert på muligheter for å forbedre ytelsen til organisasjonen. Denne forandringsformen blir kritisert for å legge for liten vekt selve forandringen, den separerer forandringen fra prosessen som går i organisasjonen. Teknologisk imperativ bruker teknologien som hoveddriver for forandring i organisasjoner, altså at tilegnelsen av ny teknologi skaper forutsette forandringer alene. Dette perspektivet går mot et teknologisk deterministisk syn på forandring av organisasjoner, og legger få muligheter for den fleksibiliteten som kreves når aktører i organisasjoner skal lære og utforske teknologien, for å få den til å passe inn i arbeidsprosesser. ”Punctuated equilibrium” legger opp til at organisasjoner er stabile og forandringer skjer raskt og effektivt med stor innvirkning. Dette passer ikke så godt med dagens organisasjoner som er i konstant utvikling, og det stabile er at



de er ustabile. Alle disse tre typene av forandring legger vekt på at forandringen i organisasjonen er planlagt, men mange forandringer som skjer kommer gjennom arbeidet i eller utenfor organisasjonen. Et eksempel på dette er den innvirkning Internett og ”World Wide Web” har hatt for kommunikasjon og markedsføring i organisasjoner.

#### 4.2.2 Situated change perspective

I et ”Situated change perspective” skjer forandringen over tid, gjennom at alle aktører jobber for å gjøre ting bedre. Gjennom en casestudie gjort av Orlikowski (1996), i en supportavdeling i en bedrift som implementerte et nytt datasystem som skal sørge for samhandling, og en enklere saksgang ved å kunne søke opp tidligere løste problemer. Kom hun frem til at det gjennom de to årene hun var i bedriften, skjedde det store organisatoriske forandringer. Disse kom ikke som en direkte følge av den teknologiske utviklingen gjennom å implementere et nytt system, men gjennom en pågående og gradvis utvikling og tilpasning av arbeidsprosesser for å benytte de mulighetene som ble gjort tilgjengelige. Hun har kommet frem til 5 metamorfoser for hvordan forandringen skjedde.

*”Metamorphosis I: the organizational changes associated with the shift to electronic capture, documentation, and searching of call records in the ITSS databases; Metamorphosis II: the organizational changes associated with the redistribution of work from individual to shared responsibility; Metamorphosis III: the organizational changes associated with the emergence of a proactive form of collaboration among the specialists; Metamorphosis IV: the organizational changes associated with expanding into a global support practice, and with creating interdepartmental and cross-functional linkages; Metamorphosis V: the organizational changes associated with controlling access to and distributing extracts of the knowledge contained within the ITSS database.”*

(Orlikowski, 1996, s. 69-70)

I forandringene som har skjedd i denne bedriften ser vi flere ulike forandringsformer, både planlagte og situasjonsbaserte forandringer. Det vil si at innføringen og implementasjonen av systemet ikke følger noen av de tre tradisjonelle forandringsperspektivene i kap. 4.2.1, men forandringene har kommet etter hvert som bruken av systemet har fått satt seg i organisasjonen og brukerne har sett hvilke muligheter systemet gir.

### **4.3 Skjulte kostnader og lokale forskjeller**

Implementasjon av store systemer som skal dekke arbeidsprosesser i ulike arbeidskulturer, krever lokale tilpasninger for at det skal fungere. Tidligere utgitt litteratur har demonstrert, både empirisk og analytisk, at man må ta lokale hensyn når man skal implementere globale informasjon og samhandlingssystemer (Monteiro og Rolland, 2002). Dette er spesielt viktig når man skal implementere et system som skal støtte en standard. I følge Braa og Hanseth (2001) er standarder kun universelle som abstrakte konstruksjoner, i globale systemer blir det bare en del av de lokale systemer og arbeidspraksis. Disse lokale tilpasningene fører ofte til ekstrakostnader i forhold til det ekstraarbeid lokale brukere må legge ned for å få applikasjonene til å fungere i deres arbeidsetting, disse kostnadene er det viktig å gjøre eksplisitte (Monteiro og Rolland, 2002).

I artikkelen til Monteiro og Rolland (2002), tar de opp en casestudie av en bedrift i Norge som jobber med inspeksjon av skip. Bedriften opererer globalt og ønsket dermed å innføre et informasjonssystem som kan gjøre bedriften mer effektiv og øke kvaliteten på tjenesten de tilbyr. I artikkelen levnes det liten tvil om at universelle løsninger med standardiseringer er gunstig. Utviklingen og bruken av informasjonssystemer er drevet av et ønske om utvidelse eller forbedring i organisasjonen, og en viktig del av dette arbeidet er å finne måter å få kontroll og skape sammenhenger i forskjellige lokale kontekster. Noe en standard egner seg godt til (Grindley, 1995). Monteiro og Rolland (2002) beskriver tre ”lærdommer” for implementasjon av store globale informasjon og samhandlingssystemer. Det er viktig å ikke gå for detaljert inn og styre arbeidsprosesser, dette kan skape mye ekstraarbeid for de ulike lokale brukerne som må bruke ”work arounds” for å få det til å passe med deres måte å jobbe på, gjenskape lokal kontroll og holde nivået på arbeidet oppe. Flexibilitet i systemet er viktig, i eksempelet fra informasjonssystemet de presenterer var det vanskelig å legge inn ”special cases”. Disse er det viktig å tenke på fordi de ofte krever ekstra arbeid for å unngå misforståelser, varsle andre samarbeidspartere og for å finne ekstra informasjon. Den tredje lærdommen de presenterer, er at det ikke er mulig å lage et stort informasjonssystem som dekker alle aspektene av arbeidet.

#### **4.4 Integrasjon mellom systemer i helsevesenet**

Innen helse- og sosialsektoren er det veldig mange ulike informasjonssystemer. De siste årene har det blitt et fokusområde å forsøke og skape en kobling mellom en del av disse systemene, og på den måten skape integrasjon mellom ulike aktører i sektoren.

*”The necessity for integration of systems and communication of information in [the health care] sector becomes evident when studying the variety of interested parties, the multitude of applications and their importance”*

*(Monteiro, 2003, s. 1)*

Selv om behovet for integrasjon er et faktum, så er det viktig å legge til grunn behovet for lokale tilpasninger, fortsatt trenger det å være noen forskjeller og ikke total integrasjon. (Monteiro, 2003)

I Norge har det i mange år blitt jobbet for å få en tettere integrasjon ved hjelp av EPJ (Elektronisk Pasientjournal) (Ellingsen og Monteiro, 2003a). Den største leverandøren i Norge er Siemens med sitt DocuLive ERP system, dette systemet startet som et statlig støtteprosjekt på 1980 tallet, og har gjennom videreutvikling og oppkjøp av Siemens blitt til den løsningen det er i dag. I startfasen var visjonen:

*”save 10% nurses’ time, 10% of the physicians’ time and 20% of the secretaries’ time...then the hospital will save about 4,2% of the total labor costs”.*

*(Ellingsen og Monteiro, 2003b, s. 5)*

Dette skulle skje ved å eliminere de papirbaserte arbeidsrutinene og en total reformering av helse- og sosialsektoren i Norge. Slik situasjonen er nå, så ser vi at implementasjonen av ERP systemer i Norge er vanskelig (Ellingsen og Monteiro, 2003a). I flere store norske universitetssykehus ser vi nå at implementasjonen av DocuLive ERP er relativt vellykket, men dette er bare relativt. Selv om det er implementert, så blir det ikke automatisk brukt. Hovedbrukerne av DocuLive ERP er leger og sekretærer, og av totalt ca 6000 mulige brukere er det bare ca 1400 som bruker ERP på daglig basis i sykehusene. (Ellingsen og Monteiro, 2003b)

## **4.5 Oppsummering**

Implementasjonen av informasjons og samhandlingsapplikasjoner i store fragmenterte organisasjoner som helse og sosialsektoren i Norge, er ikke enkelt. Man må ta mange hensyn, både lokale og globale, for å få til integrering og for å forandre måten organisasjonen jobber på. (Monteiro og Rolland, 2002) I tillegg må det legges til grunn at forandring ikke skjer over natten, men er gjennom flere faser, både planlagte og ikke planlagte forandringer. (Orlikowski, 1996)

I denne teoridelen av oppgaven har jeg tatt for meg tre hovedtemaer, samhandlingsapplikasjoner, medvirkende design og system implementasjon i fragmenterte organisasjoner. Videre i oppgaven skal jeg se på utviklingen og implementasjonen av en samhandlingsapplikasjon i helse- og sosialsektoren i Norge. Jeg skal se på hvilke problemer denne applikasjonen har vært innom og fortsatt sliter med i lys av den teorien jeg her har tatt opp. Videre vil jeg diskutere utviklingen med henblikk på prosjektgruppen og brukermedvirkning.



## **Metode, Bakgrunn og Casestudium**

---



## **5 Metode**

### **5.1 Innledning**

Kvalitativ forskningsmetode karakteriseres ved at den tar i bruk intervju-, dokument- og observasjonsdata for å kunne forstå og forklare sosiale fenomen, den bruker ikke statistiske metoder og matematiske modeller (Klein og Myers, 1999 & Walsham, 1995). Metoden kan deles i tre deler: Positivistisk, hvis man kan finne bevis på formale proposisjoner, kvantifiserbare mål om variabler, hypotesetesting, og hvis det taes slutninger om fenomener basert bestemte populasjoner. Kritisk, hvis hovedoppgaven er å være sosialt kritisk, prøve å finne de restriktive og frigjørende årsakene i det spesifikke casestudiet. Til slutt har vi interpretative, her under kommer kunnskap oppnådd ved sosiale konstruksjoner, dokumenter, bevissthet, verktøy og andre gjenstander. Man forutbestemmer ikke avhengige- og uavhengige variabler, men fokuserer på kompleksiteten av de sosiale konstruksjonene og menneskers oppfatning (Klein og Myers, 1999). Interpretative forskning har ofte grundige casestudier som base, altså at forskere går dypt inn i casestudiet over en viss tidsperiode. (Walsham, 1995)

I denne oppgaven som er en casestudie av SamPro, har jeg vært aktiv i prosjektgruppen til SamPro siden et prosjektgruppemøte i starten av 2005. Jeg har gransket de ulike dokumentene som har hatt tilknytning til prosjektet, og intervjuet både personer direkte i prosjektgruppen og brukere av applikasjonen. I forhold til selve casestudiet og hvordan arbeidet er utført, passer det bra som et interpretativt casestudium ettersom kunnskapen og informasjon i all hovedsak kommer gjennom sosiale konstruksjoner og dokumentgranskning (Klein og Myers, 1999).

Jeg vil forsøke å gå gjennom hvordan jeg har jobbet med denne oppgaven, for så å diskutere dette opp mot Klein og Mayers (1999) sine prinsipper for kvaliteten av et kvalitativt og interpretativt studie.

### **5.2 Hva har jeg gjort**

Allerede tidlig i 2005 ble jeg, sammen med Marie Richter, introdusert for prosjektlederen i SamPro, Jorunn Bjerkan. Og vi har gjennom hele prosessen hatt et tett samarbeid med henne. Vi har hjulpet henne å gjennomføre en spørreundersøkelse som har gått på utbredelsen av



individuell plan i norske kommuner, jeg har brukt noen tall fra den undersøkelsen i denne oppgaven. I tillegg til at hun har introdusert oss for aktørene og støttet oss gjennom både datainnsamlingen og oppgaveskrivingen. Gjennom mange uformelle samtaler med henne, har jeg fått mange gode tips til teori som er relevant for det jeg har jobbet med, og mye annen informasjon om individuell plan og prosjektet SamPro.

### 5.2.1 Deltagelse i prosjektgruppen i SamPro

Helt fra det første møte Marie Richter og jeg hadde med prosjektlederen tidlig i 2005, har vi følt oss godt mottatt i SamPro- prosjektet. Allerede på først prosjektgruppemøte (Tabell 2 - Prosjektmøter SamPro) fikk vi møte de fleste som var innvolvert og alle tok godt imot oss. På møtene og workshopene jeg har vært med på, har deltakerne alltid vært interesserte i å høre på mine innspill og jeg har følt meg som en likeverdig deltaker i diskusjoner rundt videreutvikling og forbedring. Marie Richter og jeg har også ved to anledninger holdt små presentasjoner hvor vi har presentert våre funn og ideer til videreutvikling.

|                    | Dato                    | Sted             |
|--------------------|-------------------------|------------------|
| Prosjektgruppemøte | 27.01.2005              | Stjørdal         |
|                    | 29.03.2005              | Stjørdal         |
|                    | 25.05.2005              | Oslo             |
|                    | 31.08.2005              | Trondheim        |
|                    | 07.11.2005              | Stjørdal         |
|                    | 12.01.2006              | Trondheim        |
| Workshop           | 17.02.2005 – 18.02.2006 | Rica Hell Hotell |
|                    | 05.04.2005 – 06.04.2006 | Trondheim        |
| Seminar            | 26.05.2005              | Gardermoen       |

**Tabell 2 - Prosjektmøter SamPro**

På prosjektgruppemøtene har det i all hovedsak blitt tatt opp anliggende rundt utprøving og feil som er funnet i applikasjonen, evalueringer av nye versjoner, tilskudd til applikasjonen og noen forslag til videreutvikling. På disse møtene har produsentjefen hos Visma Unique og ikke utvikleren vært tilstede. Forslagene og designet for videreutviklingen har i all hovedsak foregått på workshopene, hvor utvikleren har vært tilstedet sammen med flere representanter for Visma Unique. Disse har blitt avholdt i overgangen fra en fase i prosjektet til en annen. Seminaret var et forsøk på å samle flere representanter med interesse for elektronisk

individuell plan under ett og samme tak for å diskutere aktuelle problemstillinger. I tillegg til disse møtene og workshopene har Marie Richter og jeg også blitt invitert på flere middager og sosiale samlinger i regi av prosjektet, hvor de samme deltakerne har vært med og det har vært mulig å snakke mer uformelt med de personene vi har ønsket.

### 5.2.2 Datainnsamling

Datainnsamlingen i denne oppgaven har skjedd ved observasjon og deltagelse i prosjektgruppen, granskning av dokumentene som har blitt lagt ut på prosjektets felles dokumentarkiv, som deltaker i noen individuelle planer innen psykiatrien og semi – strukturerte intervjuer av både prosjektdeltagere og brukere av applikasjonen.

| Kategori                  | Rolle                       | Kontakt  |
|---------------------------|-----------------------------|--|
| Regionale prosjektleder   | Prosjektleder 1             | Et semi- strukturert intervju og flere samtaler på prosjektmøter, workshoper og middager i regi av prosjektet. I tillegg en del uformelle samtaler under datainnsamlingsreise. |
|                           | Prosjektleder 2             | Et semi- strukturert intervju i samarbeid med Marie Richter og flere samtaler på prosjektmøter, workshoper middager i regi av prosjektet                                       |
| Fagperson i SINTEF- Helse | Forsker                     | Et semi- strukturert intervju i samarbeid med Marie Richter og noen uformelle samtaler   |
| Tjenestemottaker          | Pasient psykisk helsevern 1 | Et semi- strukturert intervju og deltagelse på den individuelle planen i SamPro  |
|                           | Pasient psykisk helsevern 2 | Et semi- strukturert intervju og deltagelse på den individuelle planen i SamPro  |
| Tjenesteyter              | Koordinator 1               | Et semi- strukturert intervju  |
|                           | Koordinator 2               | Et semi- strukturert intervju i samarbeid med Marie Richter  |
|                           | Koordinator 3               | Et semi- strukturert intervju i samarbeid med Marie Richter  |
|                           | Psykiater                   | Et semi- strukturert intervju  |
|                           | Psykiatrisk hjelpepleier    | Et semi- strukturert intervju av to psykiatriske hjelpepleiere på en gang  |

Tabell 3 - Klassifisering av intervjuobjekter

I november 2005 var jeg på en tur til Molde og Kristiansund hvor jeg utførte seks semi – strukturerte intervjuer av tjenestemottakere og tjenesteytere på kontoret eller hjemme hos intervjuobjektene. Jeg gjorde intervjuene tjenestemottakerne sammen med prosjektlederen for regionen. På denne måten fikk jeg også observert hvordan hun hjelper tjenestemottakerne med problemer de får med applikasjonen.

De intervjuene jeg utførte i Trondheim var i samarbeid med Marie Richter. Under disse semi – strukturerte intervjuene har begge vært tilstedet. Hvem som har stilt spørsmålene har gått litt på rundgang. Årsaken til at vi valgte å samarbeide om noe av datainnsamlingen har vært fordi det har vært vanskeligere å få folk til å stille opp på intervju enn det vi hadde håpet på (kap. 1.4). Noe av informasjonen som blir behandlet er av personsensitiv art, slik at en del av tjenestemottakerne ikke ønsket at vi skulle få innsyn.

### **5.3 Metodiske refleksjoner av arbeidet**

Som grunnlag for en refleksjon av mitt arbeid ønsker jeg å bruke Klein og Myers (1999). Denne artikkelen presenterer syv prinsipper for interpretative casestudier, de sier selv i sin artikkel at ikke alle prinsippene passer inn i alle studier og jeg har her gjort et utvalg av de som jeg føler er viktigst for denne oppgaven. I tillegg ønsker jeg å utvide punktet angående generalisering ved å diskutere Walsham (1995) sine fire typer generalisering og forsøke å plassere denne masteroppgaven under en av disse.

#### **5.3.1 Prinsippet om den hermeneutiske sirkel**

Ideen til den hermeneutiske (fortolkende) sirkelen er at all menneskelige forståelse er opparbeidet gjennom å iterere mellom uavhengige meninger og helheten disse meningene former.

I forhold til casestudien og oppgaven jeg har jobbet med her, hvor jeg ser på en implementasjonen og utviklingen av et samhandlingssystem i en stor og fragmentert organisasjon, har det vært viktig å kontakte og snakke med ulike aktører fra ulike sektorer for så å forstå deres synspunkter ut fra ulike ståsteder, både tjenestemottakere og tjenesteytere. Dette har jeg forsøkt å gjøre ved å undersøke bruken både i psykiatrien og barne- og ungdomshabilitering. Som kritikk til arbeidet her, kan jeg trekke frem at jeg ikke har vært direkte involvert i individuelle planer innen barne- og ungdomshabilitering. Dette kommer av

at vi har hatt problemer med å få tjenestemottakere til å stille opp og være med på datainnsamling.

### **5.3.2 Prinsippet om kontekstualisering**

Dette prinsippet sier at forskerne må vurdere om deres forståelse vil være forskjellig fra lesernes, ettersom det vil være en historisk glipp. Denne glippen trenger man ikke dekke, men man burde nevne eksplisitt av den er tilstede. Dette prinsippet krever at domenet som blir tatt opp, blir satt i en sosial og en historisk setting, slik at leserne kan forstå hvordan den nåværende situasjonen i det aktuelle casestudien har dukket opp. Interpretativister sier at forholdet mellom mennesker, organisasjoner og teknologi er dynamisk, så de trenger å forstå det bevegelige målet. Når en forsker gjør en studie, blir denne influert av organisasjonens historie, og studiet blir igjen en del av den videre historien til organisasjonen.

Jeg har nå vært inne i SamPro- prosjektet i nesten 1 ½ år, på denne tiden har det vært en del forandringer, spesielt i applikasjonen. I de ulike fasene har det vært ulike problemer som har gjort at utprøvingen har vært vanskelig og det har vært en del ulike ting å konsentrere seg om. Dette har jeg forsøk å vise ved eksplisitt å ta opp hvilke fase de ulike problemene har vært i. I et prosjekt som SamPro blir en slik oppgave bare et bilde av hvordan situasjonen er i øyeblikket, det jeg kommer frem til her kan godt være irrelevant i forhold til prosjektet i neste versjon av applikasjonen.

### **5.3.3 Prinsippet om interaksjon mellom forsker og subjekt**

Dette prinsippet krever at forskerne setter både seg selv og subjektene inn i historiske perspektiver. Faktaene oppstår delvis gjennom det sosiale forholdet mellom forskerne og deltakerne.

Når man skal inn å gjøre et interpretativt casestudie som matergradsstudent i et prosjekt på utsiden av utdanningsinstitusjonen, blir det skapt en forventning om at det prosjektet som tar deg inn i varmen, skal få noe igjen for det. Dette fører til at man ikke alltid kan tro at all informasjon man får er objektive sannheter. De intervjuene jeg har gjort har vært planlagte. Selv om de har skjedd i intervjuobjektens lokale og vante omgivelser, har de hatt tid til å forbrede seg. Som eksempel her kan jeg trekke frem de to psykiatriske hjelpepleierne jeg intervjuet. Disse hadde i timene før jeg kom forbredt seg med å lese om individuell plan og

tenkt mye gjennom hvordan det ble gjort på institusjonen de jobbet på. Ville disse svart på samme måte hvis jeg hadde spurt de uten at de hadde fått tid til å forbrede seg?

En annen kritikk av min oppgave og måten jeg har gjort arbeidet med dette casestudiet, er min involvering inn i prosjektgruppen. I et interpretativt casestudie skal man helst holde en viss avstand mellom forsker og subjekt, og ikke involvere seg for mye. Under møtene og workshopene i dette prosjektet har jeg på lik linje med andre deltakere kommet med innspill og forslag til forbedringer og videreutvikling. På denne måte har både mine meninger og oppfattelser blitt preget av de andre i prosjektgruppen, og deres meninger og oppfattelser blitt preget av mine.

### **5.3.4 Prinsippet om abstraksjon og generalisering**

Det er viktig at teoretiske abstraksjoner og generaliseringer er nøye linket til casestudien, fordi de er erfart og/eller samlet av forskerne. På denne måten kan leserne følge hvordan forskerne har kommet frem til den teoretiske forståelsen. I følge Walsham (1995) er det fire typer generaliseringer i interpretative studier: utviklingen av konsepter, generalisering av teori, trekningen av spesielle implikasjoner og medvirkningen til rik forståelse.

En mastergradsoppgave som denne kommer sjeldent med revolusjonerende nye teorier eller generaliseringer av teori. Denne oppgaven kan medvirke til en rikere forståelse av brukermedvirknings- og implementasjonsproblematikk under utviklingen av samhandlingsapplikasjoner i fragmenterte organisasjoner. Dette har jeg forsøkt å gjøre ved å introdusere teori som omhandler ulike deler av de problemstillingene som prosjektet har hatt i forhold til brukermedvirkning i design og videreutviklingsfasen, og problemer med implementasjonen av applikasjonen i pilotprosjektene. I analysedelen av oppgaven har jeg forsøkt å koble sammen denne teorien med det jeg har funnet ut, og presentert i casebeskrivelse.

### **5.3.5 Prinsippet om mistanke**

Det er viktig å være kritisk til arbeidet, dette gjelder generelt både med tanke på antagelser gjort på forhånd, data som blir samlet og kritisk tolkning av det som blir presentert.

Under arbeidet med datainnsamling hos tjenestemottakere, har jeg hele tiden vært bevisst på at de som jeg har fått mulighet til å snakke med, er tjenestemottakere som selv har sagt seg villig

til å snakke med meg. I forhold til hvor mange som ikke har villet snakke med meg, må jeg tenke på at det er en grunn til at de har sagt seg villig til å stille opp. Dette fører antagelig til at det datagrunnlaget jeg har for denne oppgaven ikke er fullstendig representativt for den faktiske brukergruppen. Det samme gjelder også for tjenesteytere jeg har snakket med, ettersom det ikke er et tilfeldig utvalg, men også her er det de som har sagt seg villig til å snakke med meg.

#### **5.4 Oppsummering**

I dette interpretative, fortolkende forskningsstudie av SamPro- prosjektet. Har jeg tilegnet meg kunnskapen og informasjonen gjennom sosiale konstruksjoner og dokumentgranskning. Jeg har vært et aktivt medlem av prosjektgruppen i 1 ½ år, og på den tiden har jeg fått god kontakt med flere av deltakerne, og en god oversikt over hvordan arbeidet har gått. I tillegg har jeg gjort intervjuer av ulike brukere av SamPro- applikasjonen som har ført til at jeg har fått en bredere forståelse av problemstillingene rundt individuell plan.

Gjennom en kort analyse av denne oppgaven opp mot Klein og Myers (1999) sine prinsipper angående interpretative studier, kommer det klart frem at det er en noen kritiske punkter i forhold til hvordan jeg har utført denne casestudien. Blant annet har min involvering i prosjektgruppen til tider vært veldig aktiv, noe som kan gå utover den objektiviteten som burde ligge til grunn i en slik oppgave. Dette er det greit å vite når vi nå skal begynne med bakgrunn til casestudien og selve casebeskrivelsen.



## 6 Bakgrunn

### 6.1 Innledning

Helse- og sosialsektoren i Norge står ovenfor store utfordringer, befolkningsfremskrivningen tilsier at i årene fremover vil både andelen eldre i befolkningen og antall eldre øke. Samtidig vil antall mennesker under 67 år med sammensatte bistandsbehov øke. Dette fører til at andelen behandlingstrengende i Norge kommer til å øke i årene som kommer. For å kunne holde tritt med denne utviklingen er helse- og sosialsektoren i Norge nødt til å gjøre tiltak for å effektivisere ressursbruk. I tillegg har regjeringen satt som mål at behovet til den enkelte tjenestemottaker skal være utgangspunktet for det tjenestetilbudet som blir gitt. Det krever godt samspill mellom ulike aktører i sektoren, slik at tjenestemottakeren føler at tjenestene, uavhengig av tjenesteyter, er til for dem. (Helse- og Sosialdepartementet, 2004) Det er satt i gang flere tiltak for å møte disse problemene og målsetningene. Et av tiltakene er *individuell plan*. Den som skal sikre at alle tjenestemottakere med behov for sammensatte og koordinerte tjenester fra helse- og sosialsektoren får utarbeidet en overliggende plan som koordinerer tjenestetilbudet opp mot personlige mål. (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005)

I tillegg er det satt i gang økt satsning på bruk av informasjonsteknologi for å øke samhandlingen, og dermed effektivisere ressursbruken, mellom de mange ulike aktørene, profesjonene, institusjonen og forvaltningsnivåene i sektoren. Både Si@ (Helse- og Sosialdepartementet, 2001) og S@mspill 2007 (Helse- og Sosialdepartementet, 2004) er nasjonale strategi- og tiltaksplaner for IT-utvikling innen helse- og sosialsektoren. Si@! hadde som mål å styrke samhandlingen mellom de ulike aktørene innen helse- og sosialtjenesten med bruk av teknologi. S@mspill 2007 har vektlagt god informasjonsflyt og elektronisk samarbeid med nye aktører med visjonen: *"Helhetlig pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid."* (Helse- og Sosialdepartementet, 2004, s. 5)

Et av prosjektene som har blitt støttet av Si@ er SamPro (Moe, 2004), SamPro er et samarbeidsprosjekt mellom Visma Unique, SINTEF og Helse Midt-Norge. Prosjektet har utviklet en arkitektur for sikker samhandling over Internett, og en struktur som skal støtte samhandlingen rundt elektronisk individuell plan (eIP). Applikasjonen skal fungere som et samhandlingsverktøy mellom de ulike aktørene som deltar i en individuell plan og en oversikt over den aktuelle planen.



## **6.2 Individuell Plan**

Helse- og sosialsektoren i Norge er komplekst, det består av mange ulike profesjoner, institusjoner og forvaltningsnivå, som fremstår som svært fragmentert. En enkelt bruker kan ha tilknytning til flere ulike aktører på ulike geografiske og faglige steder, i ulike institusjoner. Dette gjør at det kan bli svært komplekst og ressurskrevende å holde oversikt over hva som skal skje hvor og til hvilken tid. Kvaliteten på behandlingstilbudet som blir gitt til disse brukerne kan bli dårlig på grunn av manglende kommunikasjon og samhandling mellom de ulike aktørene i hjelpeapparatet. Tjenestemottakerne føler at tjenestetilbudet lider på av mangel på kontinuitet, og at det fremstår som fragmentert og uorganisert. (St. meld. 25 (1996-97), St. meld. 21 (1998-99))

For å bøte på disse problemene ba stortinget i 1999 Sosial- og helsedepartementet om de skulle utarbeide lovverk og retningslinjer for individuell plan. (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005) Ordningen ble innført som et virkemiddel for at tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester, skulle få et bedre og mer helhetlig tilbud.

### **6.2.1 Hvorfor kom Individuell Plan**

Personer med kroniske lidelser, psykiske og/eller fysiske, har ofte behov for ulike sammensatte behandlingstilbud fra mange ulike profesjoner, institusjoner og forvaltningsnivå. Mange som faller inn under denne definisjonen, uttrykker at de og/ eller deres pårørende bruker en stor del av sin tid og sine ressurser for å koordinere behandlingstilbudet, følge opp søknader om bistand og å hente inn informasjon. (Thommesen, 2004)

St. meld. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene* og St. meld. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk* kom frem til at tjenestemottakerne ikke følte at tjenestene var tilrettelagt for dem. Det tjenestetilbudet de fikk var fragmentert mellom ulike institusjoner, profesjoner og det manglet kontinuitet. Det var mangel på samhandling mellom de ulike aktørene, både mellom 1- og 2-linjetjenesten og mellom de ulike institusjonene og profesjonene. Behovet for retningslinjer som skulle bøte på integrasjonsproblematikken i Helse- Norge ble klare. Individuell plan skulle komme inn som en løsning på disse problemene

En stor undersøkelse gjort av Normann, Thommesen og Sandvind (2003), viser tydelig at mange tjenestemottaker føler at det ikke har vært noen kontinuitet i tjenestetilbudet de blir

tilbydd. Deres følelse av å ikke bli tatt på alvor noe sted og å bare være kasteballer mellom ulike instanser er ikke verdig. Et av intervjuobjektene i denne undersøkelsen uttalte:

*”Det meste var kaos i starten (...) Livet var et rot og egentlig burde det ha vært laget en plan lenge før. Jeg tror at dersom planarbeidet hadde startet før, så hadde det gått bedre med livet mitt tidligere. Jeg har hatt mange typer bistand, men ingenting har vært målrettet. Det har vært sprikende råd og formaninger. Før var det ofte møter en gang i måneden med masse folk som bestemte og bestemte, men hva de bestemte vet ikke jeg. Ikke skjedde det noe, og ikke var det noen som brydde seg heller. (...) Etter at Kristine (personlig koordinator) og jeg begynte å jobbe med individuell plan, fikk jeg finne målene mine selv. Jeg fikk bestemme. Jeg har oppnådd mesteparten av det som var målet til å begynne med. Målet mitt nå er å bli teknisk tegner, og jeg har søkt om skoleplass.”*

(Normann m. fl., 2003 s. 15)

## 6.2.2 Hva er Individuell Plan

Intensjonen bak Individuell Plan (IP) er å gi tjenestemottakerne, en person med behov for langvarige, sammensatte og koordinerte<sup>1</sup> tjenester fra det offentlige hjelpeapparatet, et helhetlig og sammenhengende tilbud. Ansvarsforholdene mellom de ulike tjenesteyterne skal være avklart. Tjenestemottakerne skal slippe å koordinere egne tiltak og tjenester, men de skal få økt innflytelse over tilbudet som blir gitt. (Normann, m.fl. 2003 & Thommesen, 2004)

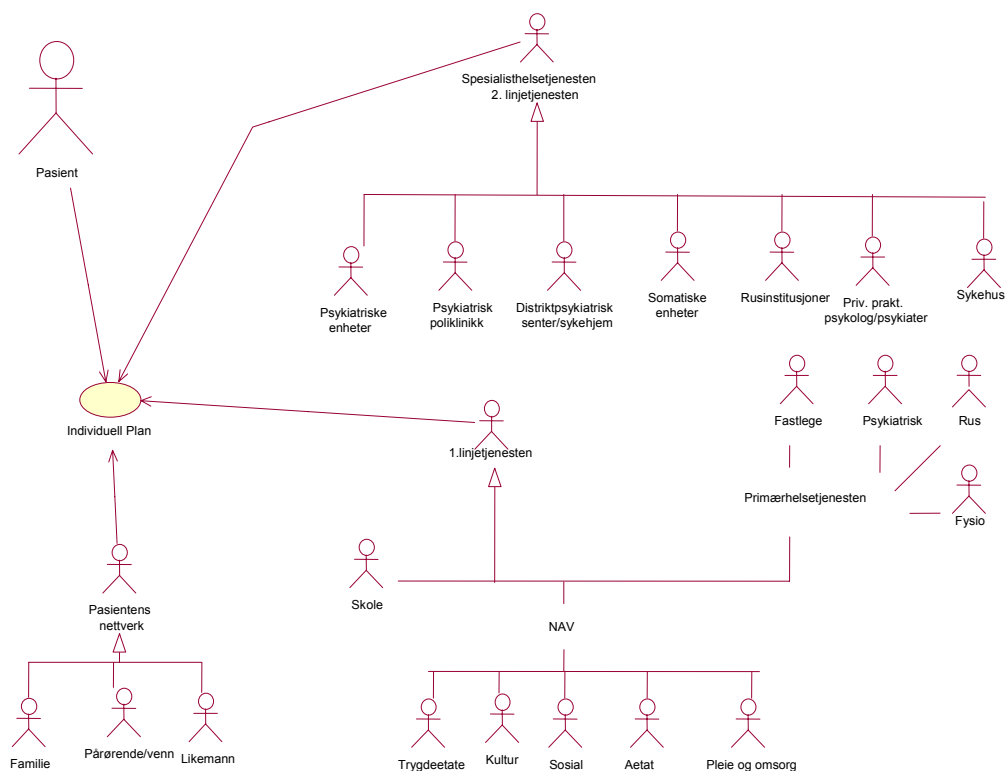
Planen skal utarbeides med en individuell koordinator<sup>2</sup> som enten brukeren selv utnevner, eller som blir utnevnt av hjemstedskommune eller helseorganisasjon. Planen skal omfatte alle tjenesteområder og forvaltningsnivå en tjenestemottaker har behov for, for at bruker skal få et så godt liv som mulig. (Sosial- og Helsedirektoratet, 2001)

IP skal være en kort og presis plan som helhetlig samordner og tilpasser en samhandling mellom sektorvise planer for de ulike organer tjenestemottakeren er innenfor. Eksempelvis

<sup>1</sup> Det er vanskelig å sette noen definisjoner på hva som er langvarig, sammensatte og koordinerte tjenester ettersom det varierer så mye fra tjenestemottaker til tjenestemottaker. Men det skal ikke være et enkeltstående tilfelle og mer enn en aktør må være involvert i behandlingen. (Kurs om IP for psykisk helse, Ina Nergård, SINTEF- helse, Hamar, 10.11.05)

<sup>2</sup> Koordinatoren er den tjenesteyteren som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren, han/ hun skal sørge for at tjenestemottaker får den informasjonen og den innflytelsen han/ hun har rett til underveid i prosessen (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005)

kan dette være fastlege, spesialhelsetjenesten, skole og trygdeetaten. Se Figur 2 - Tjenestemottakers komplekse nettverk, som illustrerer hvor komplekst kontaktnettet til en person med psykiske lidelser kan være, og hvordan IP kan være med å samordne de ulike elementene. Ideen er at denne planen skal være presis og overordnet, den skal ikke duplisere underliggende behandlingsplaner, men koordinere nødvendige deler av disse.



**Figur 2 - Tjenestemottakers komplekse nettverk**

Planen skal ifølge veilederen bygges opp på tjenestemottakerens premisser og yte til tjenestemottakerens beste, slik at hun eller han føler de får kontroll over sitt eget liv. Det er som nevnt viktig å trekke linjene mellom alle instanser de er involvert i, ikke kun innen helse- og sosialsektoren, ettersom det ofte er viktig med hjelp fra andre instanser. (Hatling & Trefjord, 2004)

En ferdig IP skal være et resultat av en prosess mellom tjenesteytere og tjenestemottaker, slik at tjenestemottaker føler at hun eller han har vært med å utforme sin egen plan. Det skal være et oppdatert dokument som sier noe om hvilke mål og ressurser tjenestemottakeren har, samt

hvilke tjenester det er behov for og hvilke tiltak som er i gang eller skal settes i gang for å nå målene. Den må inneholde en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen, hvem som er ansvarlige for de ulike tiltak og hva de ulike deltakerne bidrar med. Planen skal også inneholde tidsrammer, kommunikasjonsrutiner, rutiner for evaluering av tiltak, ulike mål og deltagere. (Sosial- og Helsedirektoratet, 2001 & Sosial- og Helsedirektoratet, 2005)

### **6.2.3 Hvordan er Individuell Plan hjemlet i loven**

Etter flere utredninger på 1990 -tallet (bl.a. St. meld. 25 (1996-97) og St. meld. 21 (1998-99)) påla Stortinget Helse- og sosialdepartementet i 1999 å utrede retningslinjer og lover for hvordan man kunne innføre individuell plan i Norge. Dette ble gjort for at personer med kroniske lidelser, eller deres pårørende, skulle slippe å koordinere egne tiltak og tjenester. Det var også et poeng at de selv skulle få mer innflytelse over de tiltak som ble iverksatt. 1. Juli 2001 ble IP lovforankret i helselovgivningen og 1. Januar 2004 i sosialtjenesteloven. (Normann, m.fl. 2003 og Thommesen, 2004)

23. desember 2004 fastsatte Helse- og omsorgsdepartementet en forskrift om individuell plan (Vedlegg 1), denne trådte i kraft 1. januar 2005. (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004) Forskriften har hjemmel i spesialhelsetjenesteloven § 2-6, kommunalhelsetjenesteloven § 6-2a, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialhelsetjenesteloven § 4-3a.

I følge forskriftens § 2 (Sosial- og Helsedirektoratet, 2004) er hensikten med IP tredelt:

- Individuell Plan skal bidra til at tjenestemottakeren skal få et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, og å sørge for at det til en hver tid er en tjenesteyter som har ansvaret for oppfølgingen av tjenestemottaker.
- Individuell Plan skal kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, det skal også skje en vurdering og koordinering av tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov.
- Individuell Plan skal styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker, mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå, og/eller på tvers av forvaltningsnivå.

Forskriftens § 5 understreker at IP er en samtykkebasert ordning, det vil si at plan ikke skal utarbeides uten tjenestemottakers samtykke og samarbeid. Men for pasienter under tvungent

psykisk behandling, kan det bli påkrevd at tjenestemottaker skal få utarbeidet en individuell plan.

I følge pasientrettighetsloven § 2-5 og sosialhelsetjenesteloven § 4-3a, har mennesker med behov for langvarige og koordinerte tjenester krav på utarbeidelse av IP. Det skal kun utarbeides en plan per tjenestemottaker sammen med en individuell koordinator. Ansvaret for utarbeidelsen ligger både hos hjemstedskommunen og de ulike helseforetak. Sosial- og helsedirektoratets ”*Veileder til forskrift om individuell plan*” (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) anbefaler at igangsettelsen av den individuelle planen skjer hos den delen av bistandsapparatet pasienten eller pårørende henvender seg til. Ifølge Norsk Lov ligger dette ansvaret hos kommunen i henhold til Kommunehelsetjenesteloven, helseforetaket i henhold til Spesialhelsetjenesteloven og institusjonene i henhold til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

Årsaken til at dette ansvaret er spredt mellom ulike instanser, er at en tjenestemottaker skal fanges opp og få utarbeidet en IP uavhengig av hvor han/ hun henvender seg. Veilederen (Sosial- og helsedirektoratet, 2001) gir også uttrykk for at hjemstedskommunene bør være sterkt deltagende og ha hovedansvaret for planen. I tillegg til å ha hovedansvaret for arbeidet med planen, er hjemstedskommunene pålagt å samarbeide med de ulike etatene og sektorene tjenestemottakeren er i kontakt med. (Thommesen, 2004 og Hatling & Trefjord, 2004)

#### **6.2.4 Erfaring ved bruk av papirbasert Individuell Plan**

Det er gjennomført flere undersøkelser som ser på hvordan bruken av individuell plan er og hvordan tjenestemottakerne selv føler det har påvirket livet deres. Flere av disse rapportene sier at den mottakelsen individuell plan har hatt, har vært god. Både tjenestemottakere og tjenesteytere er fornøyde, men det kreves en nytenkning angående behandling og maktfordeling. (Normann m. fl., 2003). Også i Hatling og Trefjord (2004) legges det vekt på at samhandlingen mellom tjenestemottaker og kontaktperson. Det anbefales i denne rapporten at opplæring og rutiner går på tvers av ulike nivåer og etater som samarbeider om individuell plan.

I en studie utført av Toril Bakke (2005) som går på hvordan tjenestemottakere innen psykisk helsevern ser på individuell plan, kom det ganske klart frem at de tjenestemottakerne hun intervjuet, ikke nødvendigvis så på IP som et gode.

*”Funnene fra studien viser ingen generell positiv holdning til individuell plan. Tvert i mot er holdningen i høy grad preget av usikkerhet og skepsis. Ikke minst fordi planen på ulike måter blir opplevd som det offentliges inngripen i privatlivet. Den negative holdningen forsterkes også fordi informantene ikke opplever å ha noen innflytelse i forhold til om planen skal utarbeides eller ikke. Det er kontaktpersonene som bestemmer.”*

(Bakke, 2005, s.80-81)

Disse ulike erfaringene med individuell plan viser at det fortsatt er mye arbeid som gjenstår. For at en plan skal bli vellykket er det viktig at oppstartsfasen og selve prosessen rundt planen blir god. (Bakke, 2005 & Hatling og Trefjord, 2004).

### **6.2.5 Har kommunene og helseforetakene kommet i gang med IP**

Thommesen (2004) utførte en undersøkelse for å se hvor godt kommunene har kommet i gang med individuell plan i årsskifte 2003/2004. I tillegg utførte jeg i samarbeid med Marie Richter og Jorunn Bjerkan en undersøkelsen som blant annet så på utbredelsen av IP høsten 2005. Fra sentrale myndigheter har det blitt estimert at mer enn 90 000 personer, ca 2%, har rett til å få utarbeidet en IP på landsbasis (Thommesen, 2004). Men våre undersøkelser viser at det kun er ca 0,4 % som faktisk har fått utformet en plan til nå. Thommesen (2004) kom frem til at 93 % av kommunene har kommet i gang med ordningen, men altså ikke på det nivået som det var håpet på. I tillegg er det mange av kommunene som uttrykker at de ikke har helt oversikt over hvor mange planer som er satt i gang. *”Det er umulig å vite hvor mange som har fått individuell plan. Det varierer noe i omfang – barn, psykiatri, rehabilitering, habilitering.”* (Thommesen, 2004, s. 16).

## 6.3 Sampro

SamPro er et prosjekt som ble satt i gang ved hjelp av Si@ midler (Moe, 2004) for å utvikle en arkitektur og applikasjon som skal sikre sikker samhandling over Internett, og i tillegg støtte den funksjonaliteten som er nødvendig for elektronisk individuell plan. Det er opprettet tre ulike pilot- og utprøvningsprosjekter som bruker applikasjonen Unique SamPro innen ulike former for behandling, hvor det er behov for individuell plan.

### 6.3.1 Hvorfor startet SamPro- prosjektet

Som følge av at Individuell Plan (IP) ble lovfestet i 2001 utviklet SINTEF Unimed, på oppdrag fra Sosial og Helsedirektoratet, et papirbasert verktøy som skulle støtte IP innen området ”psykisk helse” (IPPH). (Moe, 2004) Hiadata, nå VISMA Unique, utviklet i samme periode et dataverktøy som skulle støtte IP, PlanPro<sup>1</sup>. Problemet med begge disse løsningene er at personer som har krav på IP ofte er innom mange ulike instanser, noe som krever samhandling. Verken PlanPro eller IPPH hadde god støtte for enkel samhandling mellom ulike instanser innen helse og omsorg. (Hatling og Trefjord, 2004)

Dette førte til at SINTEF Tele og Data, i samarbeid med NTNU, fikk tildelt prosjektmidler fra Norges Forskningsråd i 2003 og Si@ midler fra Sosial- og Helsedirektoratet, formidlet av Helse Midt Norge RHF (Helse- og Sosialdepartementet, 2001). Dette ble gitt for å gjennomføre et pilot- og utprøvningsarbeid knyttet til etableringen av en elektronisk samhandlingsløsning for individuell plan, elektronisk individuell plan (eIP). (Moe, 2004)

Dette førte til at Helse Midt Norge RHF og Hiadata AS, som ble trukket inn som industripartner, inngikk en offentlig forsknings- og utviklingskontrakt (OFU) knyttet til utviklingen av en elektronisk individuell plan den 21.07.2003. Denne avtalen hadde en varighet frem til 31.12.2004. (Bjerkan, 2005a)

Målsettingene i OFU- kontrakten ble formulert som følger:

- a. *Helse Midt Norge skal få utviklet et verktøy for å gi digital støtte til arbeidet med IP*

---

<sup>1</sup> PlanPro ble utviklet av Hiadata, dette programmet støttet ikke samhandling og kommunikasjon mellom ulike instanser ettersom kommunikasjon måtte skje innad i lukkede nettverk.

- b. *Hiadata<sup>1</sup> AS skal få utviklet et godt og gjennomtestet produkt som skal bli et lønnsomt forretningsområde for selskapet og som skal gjøre selskapet til en ledende aktør innenfor elektronisk samhandling i helsesektoren*
- c. *Samfunnet vil få en løsning som vil lette realiseringen av faglige og politiske målsettinger knyttet til IP*

(Bjerkan, 2005b, s 3)

### 6.3.2 Hva er SamPro- prosjektet

*”Sampro har vært et samarbeidsprosjekt mellom SINTEF, Helse Midt-Norge og Hiadata, men finansiering fra SHDir og Norges forskningsråd. Formålet med prosjektet har vært å utvikle arkitektur og pilot av programvare som støtter elektronisk samhandling om individuell plan. Informasjonssikkerhet har vært et sentralt problemområde, og prosjektet har utviklet løsninger som gir tilgangsstyring og sikker kommunikasjon over åpne nettenettverk”*

(Moe, 2004, s. 1)

SINTEF Tele og Data har i samarbeid med Visma Unique utviklet en arkitektur (se kap.6.3.4) gjennom flere iterasjoner som støtter sikker elektronisk samhandling og kommunikasjon over åpne nett. På denne måten har det blitt mulig å jobbe videre for å se på brukeres behov. Utviklingen av selve applikasjonen har i all hovedsak Visma Unique stått for, driftingen av databasene hvor de ulike planene ligger, gjøres hos Helse Midt Norge IT (HEMIT).

SamPro utvikles på en representativ måte i forhold til brukermedvirkning (Hirschheim, 1989), det vil si at en gruppe av brukere er representert i prosjektgruppen. De er aktive i utprøving av systemet og i utformingen av nye krav. Brukergruppen består av lederne for tre etablerte brukermiljø som er tilknyttet Helse Midt Norge.

- I Namsos kommune jobbes det innen voksenpsykiatri, barnehabilitering og rusbehandling. Det er til sammen 3-7 planer det jobbes med i samarbeid med HNT, sykehuset Namsos.
- Helse Nordmøre og Romsdal jobber i samarbeid med kommunene Molde, Kristiansund og Averøy med 40 – 50 planer innen voksenpsykiatrien.

<sup>1</sup> Hiadata AS har senere blitt kjøpt opp av Visma Unique AS.

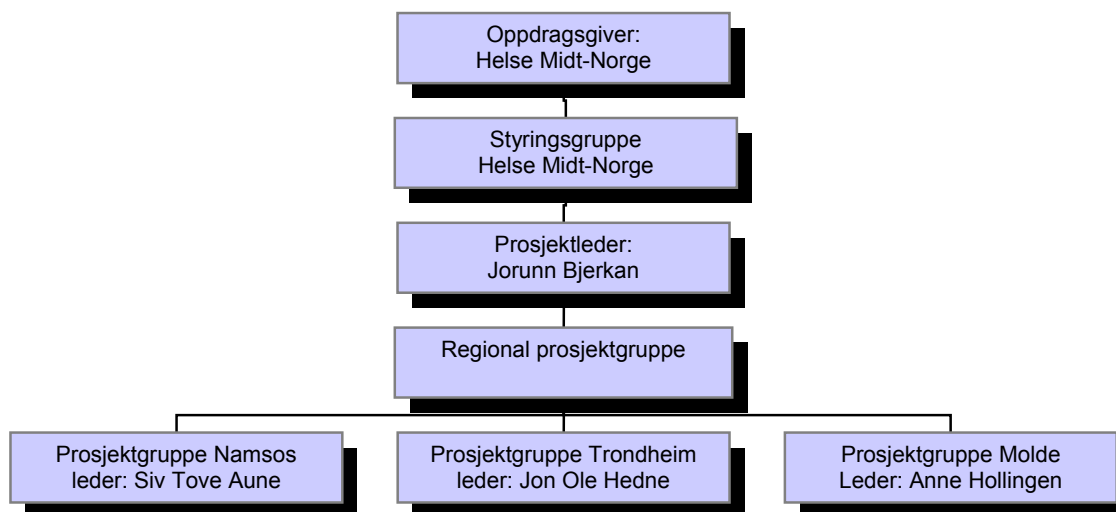


- Trondheim kommune i samarbeid med blant annet St. Olavs Hospital, arbeider med 15 – 20 planer innenfor habiliteringstjenesten for barn og unge.

(Bjerkan, 2005b)

### 6.3.3 Prosjektorganisering og utvikling av SamPro

Den overordnede organiseringen (Figur 3 - Organiseringen av SamPro- prosjektet) av prosjektet i SamPro består av en styringsgruppe utnevnt fra Helse Midt-Norge, en prosjektgruppe og regionale pilot- og utprøvningsprosjekter. Styringsgruppen jobber inn mot styret i Helse Midt-Norge, hovedsakelig strategiske og økonomiske anliggende.



Figur 3 - Organiseringen av SamPro- prosjektet

Prosjektgruppen består av prosjektleder Jorunn Bjerkan i regi av Helse Midt-Norge og NTNU, prosjektledere i de tre ulike pilot- og utprøvningsprosjektene Jon Ole Hedne, Siv Tove Aune og Anne Hollingen. I tillegg består gruppen av Morten Lossius som sekretær og representant for Visma Unique, og Rikard Olsvik fra det regionale brukerutvalget<sup>1</sup> i Helse Midt-Norge. Denne prosjektgruppen har møter jevnlig hvor diskusjonene går på utviklingsspørsmål i forhold til produktet, hvordan utprøvingen går på de ulike stedene og hvilke problemer de støter på.

<sup>1</sup> Det regionale brukerutvalget er opprettet av Helse Midt-Norge for å få råd og erfaringer fra pasienter og pårørende, i SamPro har en representant fra brukerutvalget gjennom hele prosessen vært en deltaker i prosjektgruppen etter krav fra Helse Midt-Norge RHF. (funnet på <http://www.helse-midt.no>)

Utviklingsforløpet til SamPro- applikasjonen har gått gjennom tre faser og er nå inne i den fjerde fasen (per 1. mai 2006). I den første fasen var hovedfokus å utvikle en arkitektur som støttet sikker samhandling over Internett (kap. 6.3.4), i tillegg til å lage et verktøy som støtter elektronisk individuell plan. Kravspesifikasjonen for første fase var i all hovedsak basert på forskriften for individuell plan (Vedlegg 1)(Moe, 2004). I fase to var hovedfokus utprøving av produktet i de tre utprøvningsgruppene (6.3.2) og videreutvikling basert på brukererfaringer. I Fase tre var målet å jobbe videre med utprøving, samt å videreutvikle applikasjonen med hovedvekt på å forandre strukturen, bedre statistikk og styringsdata, nytt brukergrensesnitt og implementering av ny innlogging. (Bjerkan, 2005 a, b og c) Under fase 3 har SamPro-prosjektet blitt tatt opp i et EU prosjekt, LinkCare (LinkCare, 2005). Dette prosjektet skal se på hvordan samhandling og kommunikasjon innen helse og sosialtjenesten kan gjøres via Internett. Det er tre ulike prosjekter som skal samhandle og utveksle erfaringer om hvordan sikker samhandling kan foregå. De to andre prosjektene er et i Barcelona, Spania og et på Kypros. Begge disse har også pasienter med kroniske lidelser som sitt område. Fase fire av prosjektet startet ved innføring av versjon 1.3 av SamPro, denne versjonen inneholder en del av funksjonaliteten som fase tre hadde som målsetning. En videre fremstilling av utviklingsforløpet til SamPro- prosjektet kommer i kapittel 7.2.

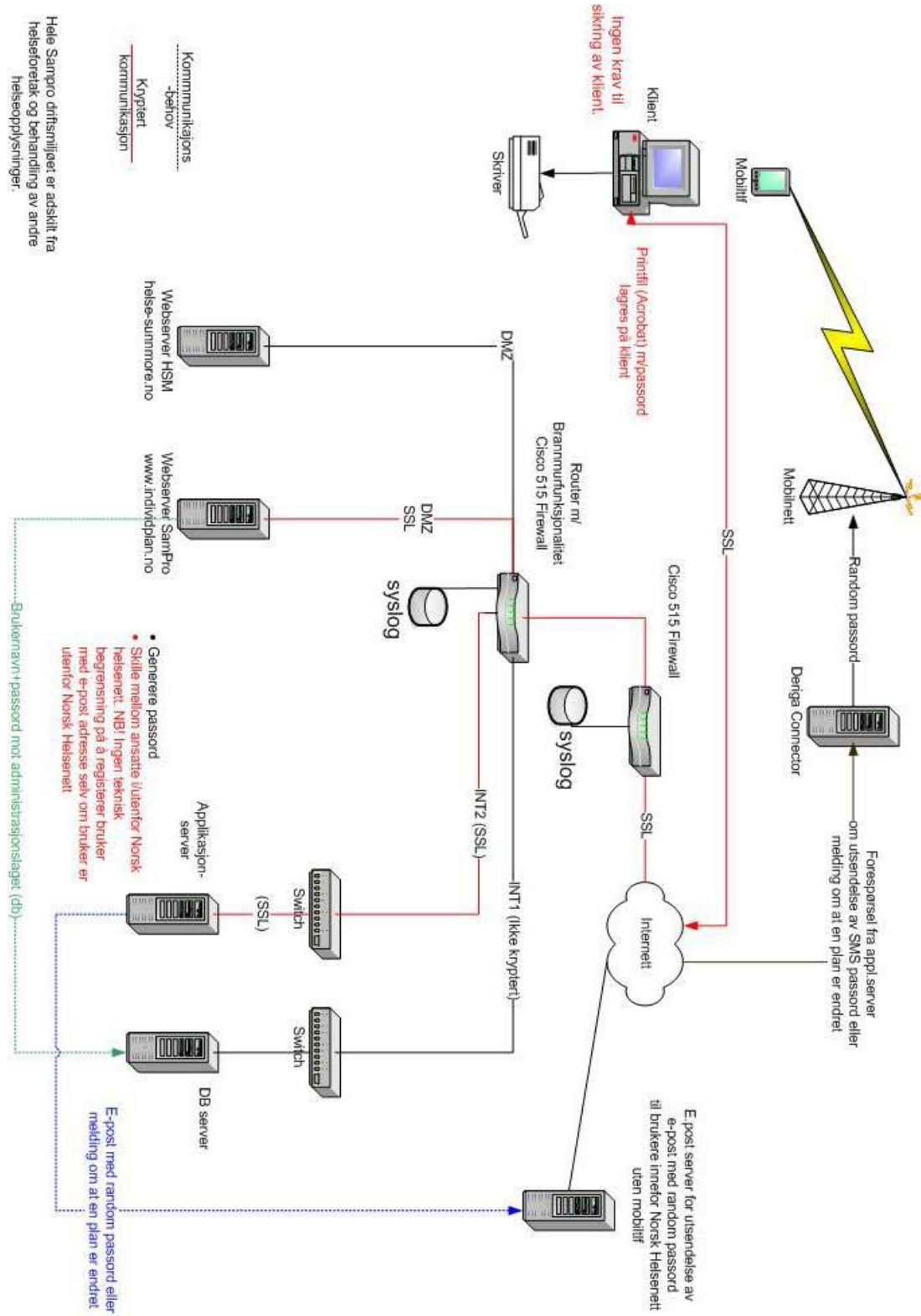
### **6.3.4 Arkitektur for sikker samhandling**

SamPro er en applikasjon som skal støtte sikker samhandling og kommunikasjon over Internett, i tillegg til sikker lagring av informasjonen på serverne. Informasjonen som blir behandlet er av en personsensitiv art, og derfor var det helt essensielt å utvikle en arkitektur som kunne støtte dette, gjøre det sikkert med tanke på konfidensialitet, integritet, tilgjengelighet og sporbarhet. Datatilsynet kom med krav om en ROS-analyse, til nå er det gjennomført to stykker. En i forbindelse med fase 1 og den siste ble gjennomført i mai 2005 av Infosec Norge AS.

#### **Arkitektur**

Figur 4 - Teknisk konfigurering for SamPro, viser den tekniske konfigureringen som brukes i SamPro per 01.01.06. Selve driftingen av serverne har prosjektet valgt å gi i oppdrag til HEMIT (Helse Midt-Norge IT), og påloggingstjenesten er som illustrert satt bort til Deriga. Denne figuren viser hvordan det distribuerte og sikre systemet har blitt implementert. Den sensitive informasjonen ligger lagret på servere innenfor en sikker sone i helsenettet. En webserver innen helsenettet, men utenfor den sikre sonen, kommuniserer med en applikasjonsserver som kommunikasjonen med eksterne maskiner skjer gjennom. Og på

denne måten mener SINTEF IKT og Visma Unique at de har utviklet en arkitektur og løsning som holder mål, noe Datatilsynet også sier seg enige i.



Figur 4 - Teknisk konfigurering for SamPro

## ROS analyse

Infosec Norge AS utførte en ROS-analyse i mai 2005 for SamPro (Infoseq, 2005). Målet for denne risikovurderingen var å påse at SamPro- løsningen holder mål med tanke på fastsatte krav til sikkerhet i personopplysningsloven og helseregisterloven, samt å ivareta krav i personopplysningsloven, det vil si at en risikovurdering skal gjennomføres før databehandling eller ny teknisk løsning skal settes i drift.

Etter en gjennomgang av risikovurderingen er det avdekket noen trusler som det blir anbefalt å gjennomføre tiltak mot, flere av tiltakene er nå gjennomført i versjon 1.1 av SamPro (Helling, 2005). De mest kritiske truslene som ble avdekket var:

- Utskrifter fra SamPro kan komme på avveie. Det løses ved at man merker utskriften med brukernavn og en påskrift om at den skal makuleres, samt at det skal legges en begrunnelse for utskrift i loggen. Det er lagt til informasjon på forsiden i SamPro versjon 1.1 (Helling, 2005)
- Ingen rettighetsstyring på dokumentarkiv. Dette kan føre til at uautoriserte personer kan lese dokumentene. Dokumentarkivet er fjernet som mulighet i SamPro versjon 1.1 (Helling, 2005)
- Dokumenter blir produsert i andre programmer og kan legge igjen spor på c:\ eller sendes rundt mellom deltakere via e-post eller andre usikre medier. Dokumentarkivet er fjernet som mulighet i SamPro versjon 1.1 (Helling, 2005)
- Tekniske barrierer ved Internett. Dette kan løses ved å etablere en ytre barriere med filtrering av alt annet en HTTPS. Det er lagt inn verifisering av at HTTPS er aktiv mellom webserver og applikasjonsserver i SamPro versjon 1.1 (Helling, 2005)
- Aktivisere logger på barrierenivå, dette må gjøres for å muliggjøre oppfølging av hackerangrep og forsøk på uautorisert tilgang.
- Muligheten for uautorisert endring og innsyn gjennom spyware<sup>1</sup> og adware<sup>2</sup>. Dette kan løses ved at man sikrer at det er minimum en brannmur mellom Internett og klient, samt opplæring av bruker.

---

<sup>1</sup> Spyware er et vidt begrep som dekker programvare som er laget for å ta kontroll eller overvåke datamaskiner uten av brukere merker det. De kan foreksempel ta skjermbilder å sende disse til en uautorisert tredjepart.

<sup>2</sup> Adware (advertising-supported software) kan brukes som spyware.

Infosec Norge AS mener det skal være fullt mulig å lage en løsning som ”holder vann”. Det som kreves er god dokumentasjon slik at det bli lett å gjøre rede for den faktiske løsningen, både administrativt og teknisk. I tillegg kreves det gode avtaler mellom de ulike aktørene i planene når det kommer til ansvar, begrensinger, oppgaver og rapportering.

#### **6.4 Oppsummering**

Individuell plan har, som vi ser, hatt en positiv effekt for personer med sammensatte og kroniske lidelser. Det får mange til å føle at de får mer kontroll og styring over hvordan de blir behandlet, og hvilken retning livene deres tar. Men det er fortsatt store problemer med gjennomføringen av dette tiltaket. Hvorvidt SamPro- prosjektet kan være med å hjelpe igangsettingen og utførelsen av individuell plan i en positiv retning, gjenstår å se. Men behovet for en bedre samhandling og informasjonsflyt i helsevesenet er det liten tvil om, og det er mange som ser på bruken av datamaskiner og Internett som en mulig løsning på de problemene dette innebærer. (bl.a. Helse- og Sosialdepartementet, 2001 & 2004 og LinkCare, 2005)

## 7 Casestudium

### 7.1 Innledning

I bakgrunnskapittelet forsøkte jeg å gi et innblikk i hva som er hensikten med individuell plan, hvorfor den kom og hva den burde inneholde. I tillegg presenterte jeg et prosjekt og produkt som heter SamPro, et verktøy for elektronisk individuell plan. I dette kapittelet vil jeg først gi en liten innføring i hvordan utviklings- og videreutviklingsforløpet til SamPro- prosjektet er og har vært, hvordan applikasjonen brukes og hvordan IP og SamPro blir brukt innen ulike behandlingsretninger, henholdsvis psykiatri og barnehabilitering. Jeg vil med dette forsøke å utdype noen av de lokale forskjellene både i bruken av SamPro og i forståelsen av hva en individuell plan er. For å vise hvilke utfordringer prosjektgruppen som jobber med utvikling og videreutvikling av SamPro, har med å dekke alle behov applikasjonen må dekke.

### 7.2 Utvikling og videreutvikling av SamPro

Utviklingen av SamPro er nå inne i fjerde fase (per 1. mai 2006). Første fase av utviklingen hadde sterk fokus på å utvikle en arkitektur (kap.6.3.4) som kunne støtte sikker samhandling over det åpne nettet. Det ble utviklet en kjørbar pilot som fikk aksept hos brukermiljøene. Kravspesifikasjonen for fase en var basert på forskriften for Individuell Plan (Vedlegg 1) samt bidrag fra SINTEF Unimed og ulike brukergrupper. (Moe, 2004)

I fase to ble det satt i gang med utprøving i full skala, pilotprosjektene kom i gang og prosjektlederne for disse pilotene ble involvert i prosjektgruppen SamPro. Hovedfokus i denne fasen var utprøving av applikasjonen i pilotprosjektene og videreutvikling i for av brukerinnspill gjennom prosjektlederne. I tillegg ble det tilknyttet et forskningsprosjekt til prosjektet, initiert av Helse Midt-Norge gjennom prosjektlederfunksjonen. Forskningsprosjektet skal ha fokus på om det er bedre med individuell plan på nett. Den primære forskningsarenaen for prosjektet er de tre pilotprosjektene. (Bjerkan, 2005a) I denne fasen var det mange tekniske problemer knyttet til å bruke applikasjonen, både innloggingsproblemer og problemer med at brukere ble kastet ut førte til at utprøvingen ble vanskelig.

*”Hensikten med fase 3 er, med utgangspunkt i de resultater som er oppnådd i fase 1 og 2, å videreføre en ’utprøving og videreutvikling av det elektroniske samhandlingsverktøyet ’Sampro’ i konkret arbeid med individuell plan i*

*tjenestene.’ Hovedhensikten med å utvide utprøvingstiden er å øke erfaringsvolumet med praktisk og operativ bruk av verktøyet i tjenestene. Det erfares i brukermiljøene at etablering av en operativ IP generelt tar 6-9 mndr.”*

(Bjerkan, 2005b, s 4)

Fase tre i SamPro- prosjektet startet med en workshop hvor flere representanter fra Visma Unique møtte prosjektgruppen til SamPro. Under denne samlingen ble både pilotprosjektene og videreutviklingen diskutert. De mål som ble satt i forbindelse med videreutviklingen av SamPro, ble satt på bakgrunn av den utprøving som har vært i fase 1 og 2. Det skulle arbeides med en omstrukturering av den funksjonelle oppbygningen av applikasjonen, bedre metoder for statistikk og styringsdata, nytt brukergrensesnitt og en bedre implementering av sterk autentisering (PKI<sup>1</sup> løsning). Det skulle i tillegg bli sett på behov og muligheter for kommunikasjonsløsninger mellom SamPro og samhandlende aktørers fagsystemer. (Bjerkan, 2005b) I tillegg ble det satt i gang et e-læringsprosjekt i forhold til SamPro og IP. (Bjerkan, 2005c) Fase tre av SamPro endte med oppgradering av applikasjonen til versjon 1.3. I denne versjonen har noen av de elementene som var målet med fase tre, blitt implementert. Det er fortsatt en del som står igjen, blant annet implementasjon av en PKI løsning. Brukergrensesnittet er det gjort for lite med og kommunikasjonsløsninger mellom SamPro og andre fagsystemer har det blitt gjort lite med.

Fase fire begynte som fase tre, med en workshop med representanter fra Visma Unique og prosjektgruppen rundt SamPro. Organiseringen av prosjektgruppen har forandret seg noe. SamPro fremstår i dag som to prosjekter, begge initiert av Helse Midt-Norge. Det ene er et breddingsprosjekt for å få implementert SamPro ute i kommunene i Midt-Norge. Den andre gruppen jobber med videreutvikling og utprøving i de ulike pilotprosjektene. I videreutviklingsgruppen er representanten fra brukerutvalget byttet ut med en bruker fra psykisk helsevern som selv har brukt SamPro i en periode. Under denne workshopen ble det diskutert utprøvingen av versjon 1.3, som flere av deltakerne hadde vært med på. Videre diskusjoner under denne workshopen, og hvordan utviklingen av SamPro har vært, kommer jeg tilbake til i kapittel 8. Videre i dette kapittelet vil jeg ta for meg hvordan SamPro-applikasjonen brukes og de lokale forskjellene som ligger mellom de ulike pilotprosjektene.

---

<sup>1</sup> Med PKI løsning menes en bedre måte for sikker pålogging, nå bruker systemet sikker pålogging ved hjelp av en engangs kode på SMS eller e-post hver gang pålogging skal utføres. Dette er en problematisk måte å gjøre det på ettersom det har vist seg å være store problemer med å få sendt SMS i tide.

### 7.3 Brukerforventninger før oppstart med SamPro

De forventninger som har blitt rettet mot det å komme i gang med SamPro som verktøy for samhandling og individuell plan er noe delt. En del av tjenestemottakerne, spesielt innen psykiatrien, er redde for at det skal bli vanskelig å jobbe med. De er ikke vant til å jobbe med datamaskiner og tror det er for mye å sette seg inn i. Mens andre ser positivt på det, dette med å få kontrollen selv er den viktigste delen for en del av tjenestemottakerne. Tjenesteyterne har også forskjellige forventninger, flere her ser på det med å gi kontroll til tjenestemottakerne som noe positivt. De fleste trekker frem kommunikasjonsmuligheten som det store ”plusset” med SamPro.

*”... tenker jo at det kan være positivt jeg da, at man kan kommunisere med henne når hun er hjemme. Slik at man holder seg oppdatert på hvordan det går nå, slik at det ikke kommer som noe sjokk at hun trenger en innleggelse, da kan vi forberede det. Sette inn tiltak før innleggelsen også, hvis vi vet mer hvordan hun har det kan vi kanskje ta hjemmebesøk, da kan vi kanskje klare å avverge en innleggelse også tenker jeg”*

(Psykiatrisk hjelpepleier)

Den muligheten SamPro tilbyr, ved at man kan logge seg inn å se på planen fra ulike steder, har noen klare fordeler. Innen psykiatrien er det ofte viktig å se at nå kommer tjenestemottaker inn i en dårlig fase og så gjøre noe med det før det eskalerer. Tjenestemottakeren som intervjuobjektet referert til i utdraget over, har vært ut og inn av psykiatriske institusjoner i mange år. Hvis tjenesteyterne som kjenner, henne kan gå inn å se på planen og kommunisere med henne direkte via SamPro. Ser de for seg at muligheten for å sette inn tiltak på et tidlig tidspunkt, og dermed kunne avverge innleggelser er tilstede, eller så kan de rette tiltakene slik at innleggelsen blir så kort som mulig.

Å ha individuell plan liggende på Internett i forhold til å ha det som papirplan er det delte meninger om. Noen er helt klare på at det ikke er noen god løsning å ha en papirplan, ettersom dette fort blir et passivt dokument. *”... man ser jo hele tiden at det som er der er alt for gammelt [...] Vi trenger noe som fungerer, slik at det ikke bare blir et papir som ligger der.”* (Psykiatrisk hjelpepleier). Dette er et utdrag av et intervju med hjelpepleiere innenfor 2. linjetjenesten i psykiatrien. Mens andre jeg har vært i kontakt med, sier de har hatt såpass god kontakt med aktuelle tjenestemottakere at papirplanen fungerer utmerket. En av tjenesteyterne



svarte slik på spørsmål om hvilke forventninger hun hadde før SamPro- prosjektet ble satt i gang:

*”[...] samarbeidet rundt denne pasienten fungerte såpass godt også før elektronisk individuell plan kom. Så jeg hadde ikke noen spesielle forventninger om at det skulle bli bedre nei [...] jeg ser for meg at det vil bli enklere når folk er litt mer spredt. Så lenge det var folk i ansvarsgruppen som møttes eller så merket jeg ikke noen stor forskjell.”*

(Psykiater)

I tillegg var det noen som nevnte at de trodde selve arbeidet rundt planen for tjenesteyterne ville bli annerledes, spesielt her i Trondheim hvor det jobbes opp mot barne- og ungdomshabilitering. At ansvaret og arbeidet ville bli delt opp bedre mellom de ulike aktørene som er involvert i den aktuelle IP.

*”Jeg hadde forventninger til at vi skulle finne flere som var med og utformet planen, og at det var lettere å få det til hvis man kunne sitte litt på forskjellige kanter. Slik at skiving kunne bli gjort av flere, og at det var på en måte lettere, men også at det kom til å bli en utfordring. Man får mindre kontroll, den ene som skriver.”*

(Koordinator 2)

Dette utdraget er hentet fra et intervju med en koordinator i Trondheim kommune. I papirplaner er det som nevnt i kapittel 7.5.2 ofte koordinator som blir sittende med skriveansvar i en IP. På den måten blir planene sterkt preget av den personen.

Så forventningene knyttet til implementasjonen av SamPro, som de aller fleste intervjuobjektene sier, er den muligheten som blir skapt for kommunikasjon og samhandling. Flere kan bidra både med innholdet i planen, og å se på utviklingen av livet til tjenestemottaker. Men mange av tjenesteyterne er redde for at dette skal bli enda en del i det store og uoversiktelige helse- og omsorgs- Norge (se kap. 6.1 og 6.2).

## 7.4 Hvordan brukes SamPro

Individuell plan handler i stor grad om samhandling mellom de ulike tjenesteyterne og tjenestemottakeren. Et datasystem som skal støtte samhandling i et så stort og fragmentert system, både over tid, sted og institusjon, som helse- og sosialsektoren i Norge, kan ikke være låst inne i et regionalt eller nasjonalt helsenett, da vil det ikke bli åpent for alle de aktørene som ville være aktuelle. Dermed ble løsningen for SamPro (kap. 6.3.4) sikker samhandling over Internett, dette skaper en løsning som i praksis er åpen for alle. En koordinator i Trondheim kommune som har brukt SamPro i flere planer, men som også har jobbet en del med papirplaner, sa at prosessen blir annerledes med SamPro, fordi alle kan gå inn å jobbe med det separat.

*”Det blir et mye tydeligere prosessdokument med SamPro enn de gamle malene. Da var det en som satt og skrev, også hvis vi endret så var det etter et møte, når vi alle sammen var enige. Mens her kan jo en hver som er med, til en hver tid, gå inn å komme med endringer. Slik at det blir et uroligere dokument. Jeg sier ikke om det er positivt eller negativt, men det er noe annet. Slik at selve prosessen blir annerledes med SamPro.”*

(Koordinator 2)

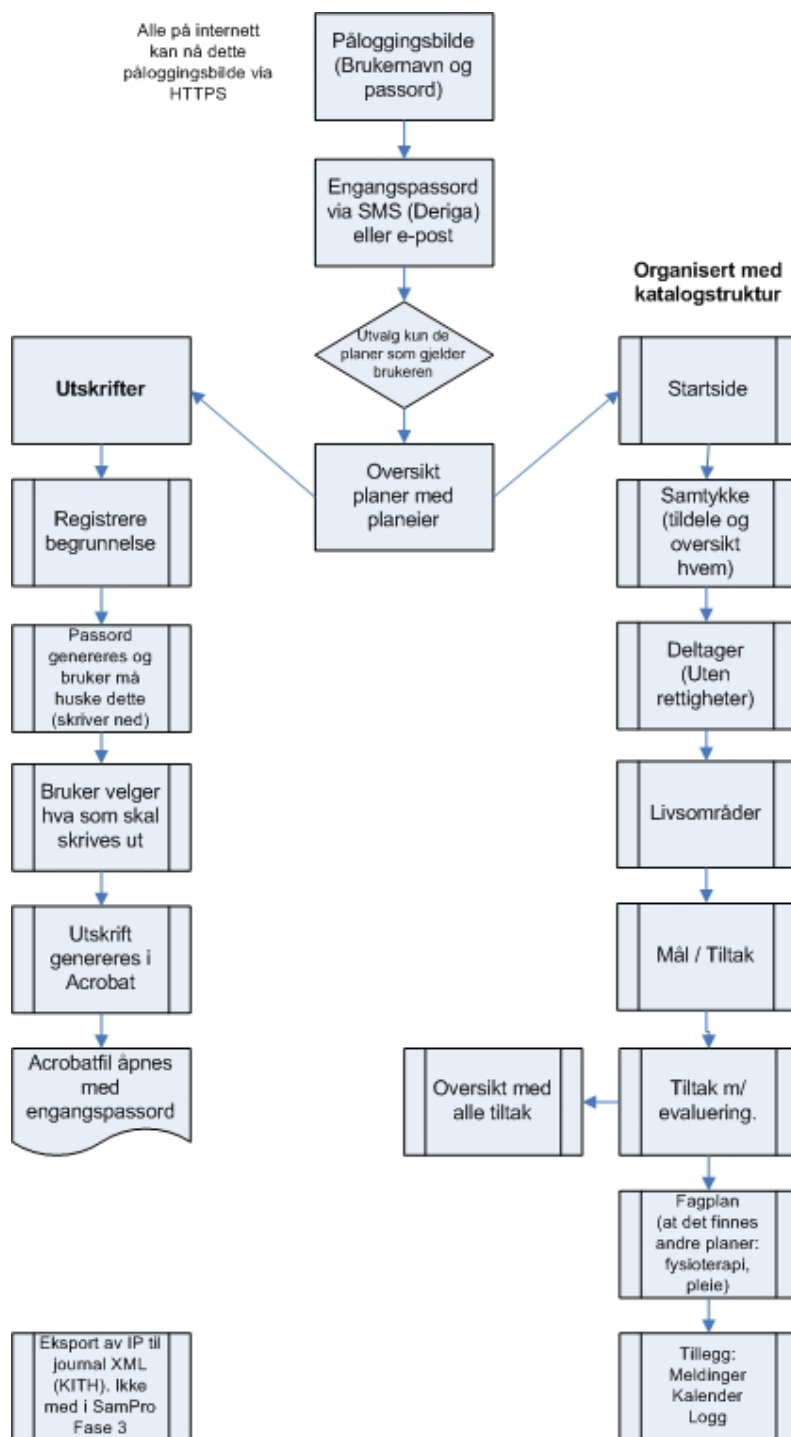
Bruken av selve applikasjonen varierer mellom ulike individuelle planer, enkelte planer involverer nesten utelukkende kalender og meldingssystemet, mens andre bruker nesten alle funksjonalitetene. Selv om SamPro blir brukt som verktøy til en individuell plan, betyr ikke det at ansvarsgruppemøtene blir mindre viktig, noe av kritikken til SamPro ligger i at det brukes mye av tid på ansvarsgruppemøtene å holde brukerne oppdatert til en hver tid. Dette gjør at den allerede pressede tiden som er til rådighet, blir brukt på andre ting en selve planen, nemlig tekniske problemer og opplæring i SamPro.

*”[...] Det brukes veldig mye tid på verktøyet, forvaltning må være med på hvert møte ... tar veldig mye tid på opplæring, folk er usikre ... de som har fått opplæring er totalt akterutseilt.”*

(Koordinator 3)

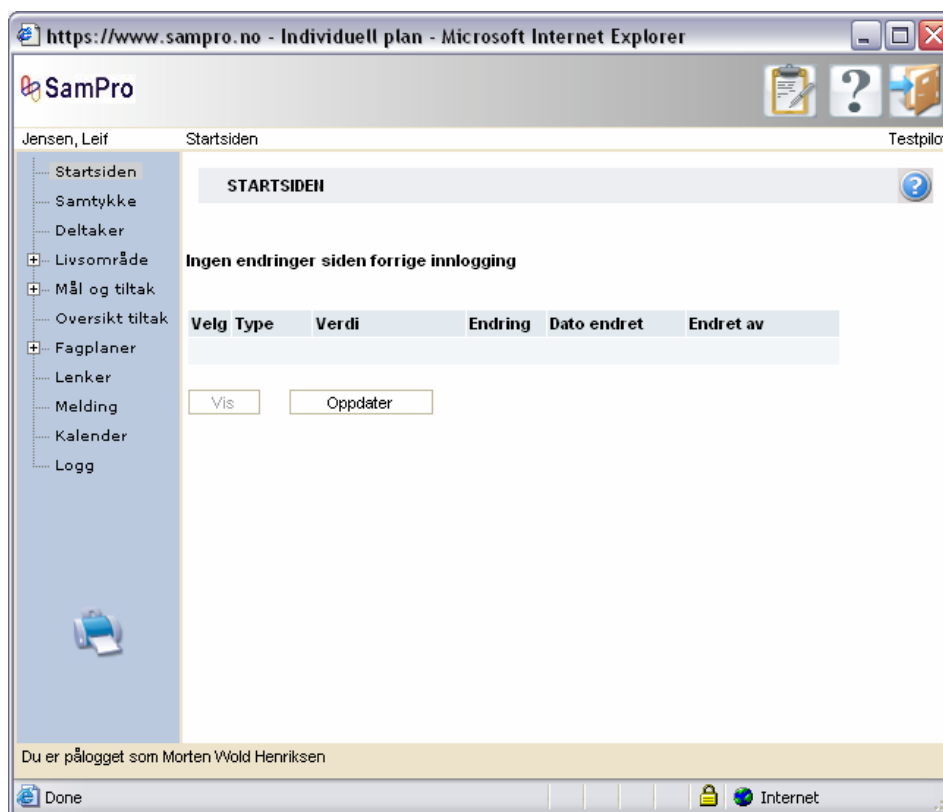
I tillegg er det mange som fortsatt liker å sitte med papir istedenfor å sitte med oversikten på en skjerm, spesielt under møtene. Dette gjør at utskriften til SamPro må være oversiktlig og god. Slik det er i dag så kan bare den som sitter med koordineringsansvaret ta utskrifter av planen. Kvaliteten og oversikten på utskriften er det også en del som ikke liker, det er vanskelig å vite hvordan det som skrives inn på planen, ser ut på utskriften.

### 7.4.1 Prosessflyten i SamPro



Figur 5 - Prosessflyten i SamPro

Prosessflyten (Figur 5 - Prosessflyten i SamPro) i SamPro begynner ved at man må logge seg inn via https<sup>1</sup> ved hjelp av et fast brukernavn og passord. Deretter mottar man et engangspassord via SMS eller e-post som man bruker som sikker pålogging. Når man så kommer inn i SamPro vil skjermbilde som vises, være forskjellig basert på hvilken rolle du innehar. Hvis du har tilgang til flere planer, eksempelvis en koordinator, vil du få mulighet til å søke opp hvilken plan du ønsker å åpne eller få en liste med alle planene. Hvis du enten er planeier, altså tjenestemottaker, eller bare tilgang til en plan, vil du gå rett til planen etter innlogging.

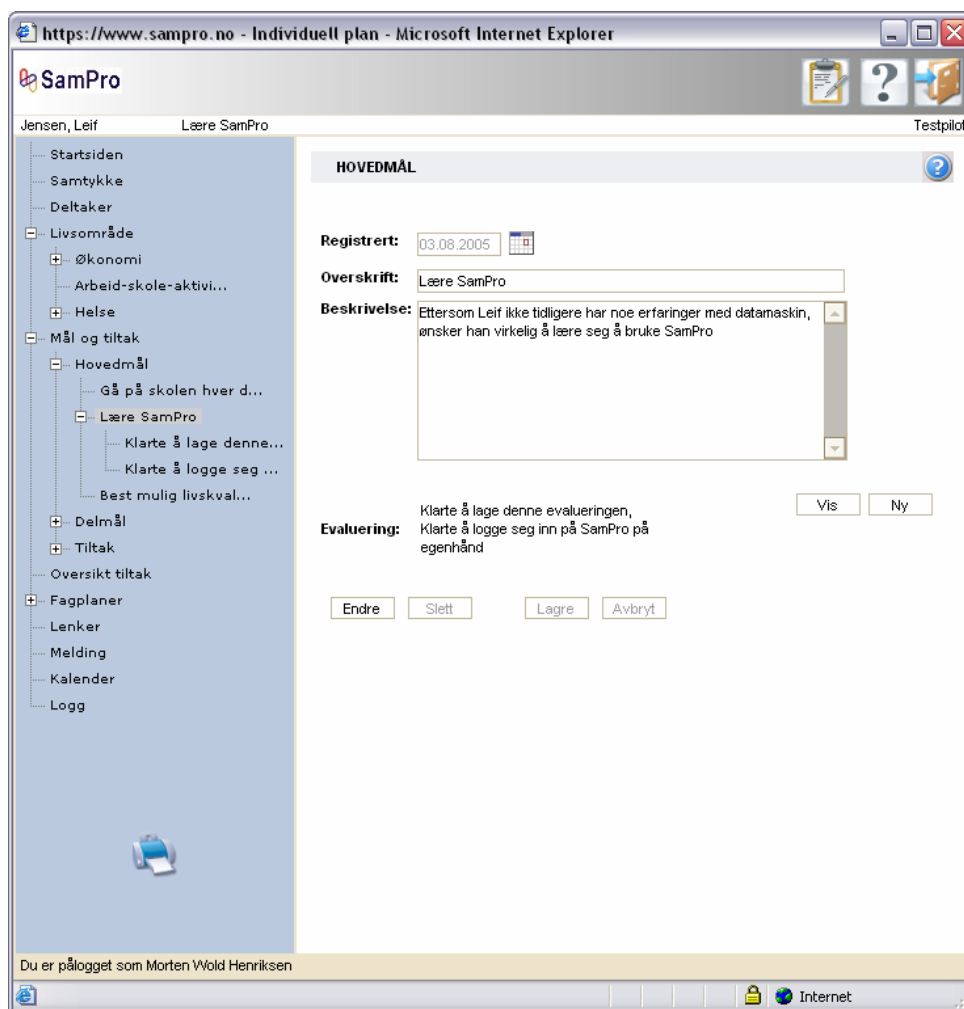


**Figur 6 - Skjermbilde, Startsiden**  
(Hentet fra en testpilot for SamPro, alle data er fiktive)

Når en plan er åpnet, kommer man inn til siden som er vist i ”Figur 6 - Skjermbilde, Startsiden”. På startsiden vil det komme opp eventuelle forandringer som har skjedd siden sist gang du var inne på den aktuelle planen, i tillegg kommer det frem en trestruktur i venstre kolonnen i skjermbilde. All navigeringen inne i programmet skjer via denne trestrukturen.

<sup>1</sup> https: Dette er ikke en separat protokoll i forhold til http, men istedenfor å sende rent tekstformat så krypteres teksten ved hjelp av SSL (Secure Socket Layer) eller TLS (Transport Layer Security).

Hoveddelen av selve den individuelle planen slik den er beskrevet i forskriften (Vedlegg 1) ligger under: Deltakere, Livsområder og Mål og tiltak.



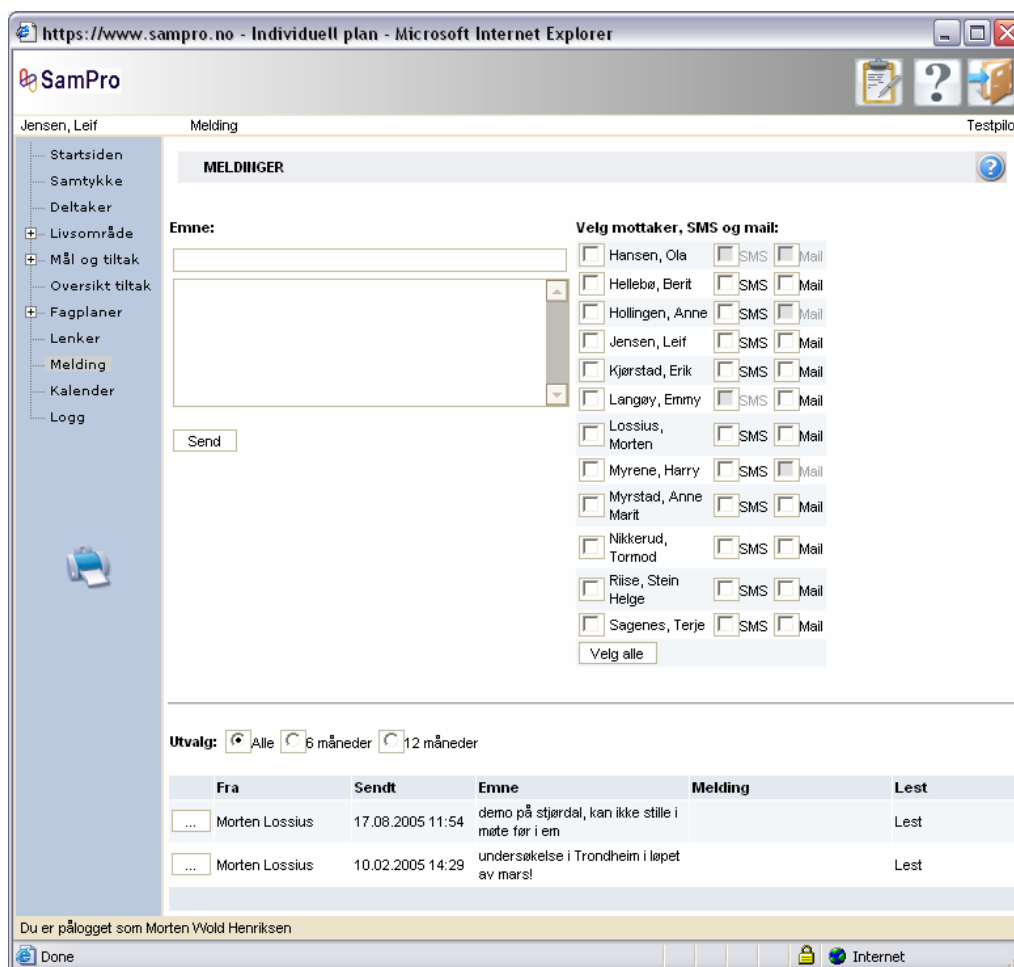
Figur 7 - Skjerm bilde, Hovedmål å lære SamPro

Når en plan skal settes i gang, er det vedkommende som skal stå som koordinator, som må gå inn å legge inn de ulike deltakerne, sette opp hvilke rettigheter de ulike tjenesteyterne og aktørene skal ha og sette samtykkeperiode. I tillegg er koordinator den eneste som har mulighet til å skrive ut planen.

#### 7.4.2 Tilleggsfunksjonalitet i forhold til forskrift om Individuell Plan

I forskriften (Vedlegg 1) om individuell plan står det ingen ting om at en IP skal inneholde kalender eller meldingsfunksjonalitet. Gjennom utviklingen av SamPro har det ikke vært noen tvil om at det ville vært positivt å tilby disse funksjonalitetene. Og som beskrevet i kapittel

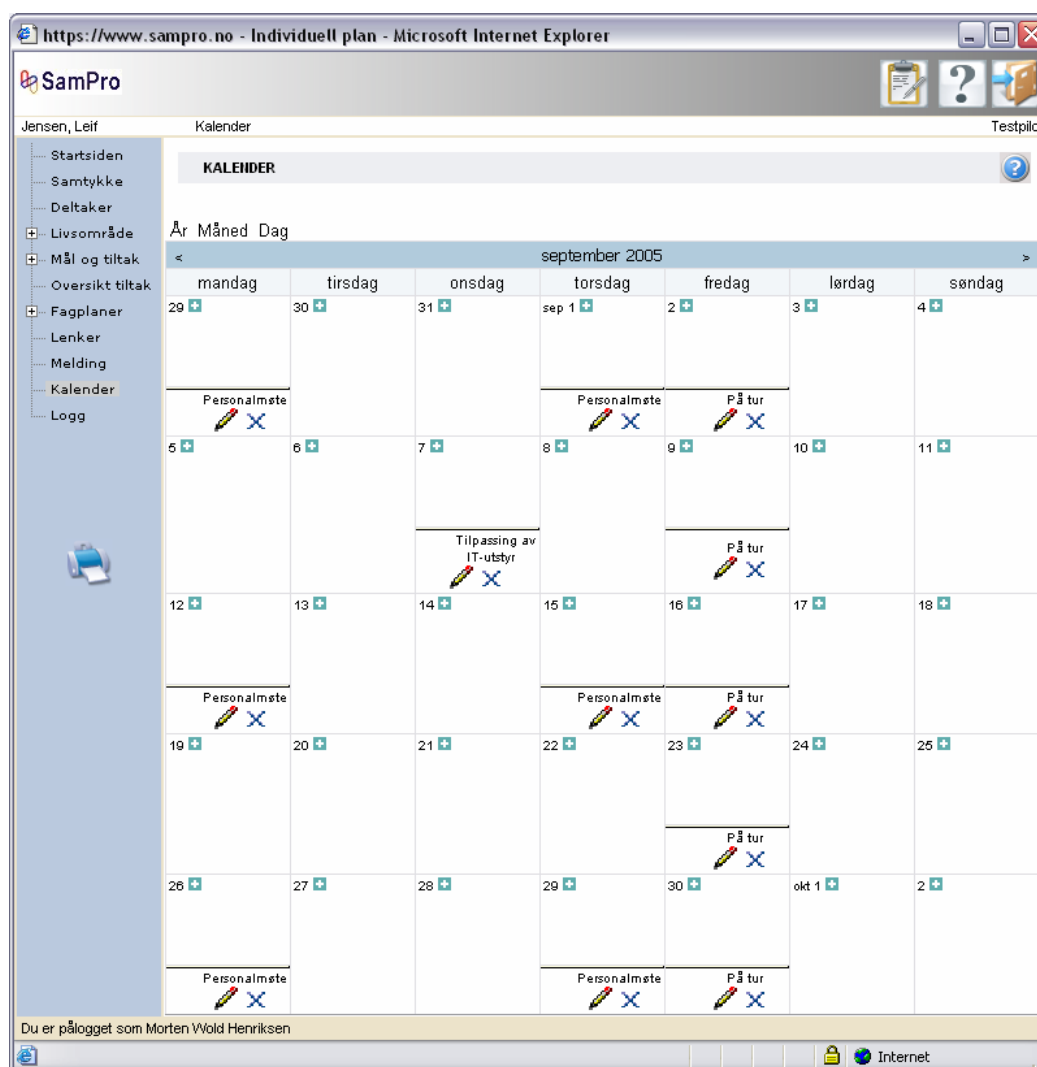
7.5.1 er dette noen av funksjonalitetene som blir mest brukt, spesielt i startfasen for å gjøre brukerne av SamPro komfortable med applikasjonen.



Figur 8 - Skjerm bilde, Melding

Meldingssystemet som er implementert i SamPro er veldig enkelt og greit, man skriver inn emne på meldingen og innhold, så velger man hvem som skal motta meldingen, enten på e-post eller via telefonen på SMS. Mottaker får beskjed, på valgt medium, om at det er en melding mottatt i SamPro, og må så logge seg inn for å lese den. På denne måten opprettholdes sikkerheten. Brukerne oppfatter denne muligheten med meldingsutveksling som positiv. Denne delen blir blant annet brukt for innkalling til ansvarsgruppemøter, melde fra om store endringer, enkle beskjeder mellom tjenestemottaker og tjenesteytere. Hvis (som i "Figur 8 - Skjerm bilde, Melding") Leif Jensen ønsket å sende en melding til Berit Hellebø og skrev inn meldingen og krysset kun av på SMS på Berit Hellebø, så vil hun være den eneste

som kan lese denne meldingen innad i SamPro. På denne måten kan tjenestemottaker også gi korte og enkle beskjeder til en spesiell tjenesteyter.



Figur 9 - Skjermbilde, Kalender

Kalenderen i SamPro har den store fordelen i at man kan nå den så lenge man har tilgang til en datamaskin og Internett, i tillegg til at det er en distribuert kalender for tjenestemottaker. Når en tjenesteyter skal sette opp et møte, kan det sjekkes i kalenderen først og se om tjenestemottaker er ledig. Selve kalenderen er en enkel kalender hvor det kan legges inn gjøremål av forskjellige slag, både enkeltavtaler, daglige gjøremål eller ukentlige avtaler.

*"[...] opprette kontakt med avlastningsbolig, foreldrene og jeg møttes der for en første befaring. Også skulle vi gjøre noen avtaler om hvilke dager de kunne få lov*



*til å prøve, men faren hadde glemt kalenderen sin, så vi kunne ikke gjøre avtalen; 'vi må hjem å sjekke det opp'. Men da spurte jeg han om vi ikke bare kunne gå inn på SamPro å sjekke der, på kalenderen, for han hadde jo skrevet ned avtalene sine på der ... vi fikk avklart hvilke dager som passet. Hadde det ikke vært for kalenderen i SamPro, måtte de gått hjem og sett på kalenderen sin, de på boligen måtte sendt brev eller ringt for den eller den datoen."*

(Koordinator 2)

Så en slik distribuert og åpen kalender kan virkelig være til hjelpe i koordineringsproblematikken til de ulike tjenestemottakerne. Innen psykiatrien kan den også hjelpe som en måte å aktivisere tjenestemottakerne på. Et jeg har intervjuet sier at for henne hjelper det veldig, hun får planlagt hva hun skal gjøre. Og som hun sier, da blir det til at hun gjør det også.

### **7.4.3 Problemer i SamPro**

Implementasjonen av SamPro i de tre pilotprosjektene har ikke helt gått slik det var håpet. En del av grunnen til dette kan nok henge sammen med at individuell plan ikke har prioritet i ledelsen i mange kommuner. Prosjektlederen i Møre og Romsdal trekker frem dette som en av grunnene til at implementasjonen av SamPro ikke har fått den responsen hun hadde håpet.

*"... jeg tror generelt at IP ikke står på dagsplanen til folk, det er ikke forankret i ledelsen. [...] De som er hjelpere kan for lite om plan, de sier de kan det, men det viser seg i praksis at de vet for lite om hva det er og greier i for lite grad å formidle det til sine brukere. Slik at fortsatt når vi er ute og snakker med brukere som har vært med i vårt prosjekt i snart 2 år, og spør de hva en individuell plan er, så kan de ikke svare."*

(Prosjektleder 1)

I tillegg har det vært flere feil med applikasjonen. Det har vært problemer med å få passord for å logge seg inn, brukere har blitt kastet ut etter at de endelig har fått passord og klart å logge inn og det har vært begrenset lengde på tekstene man kan skrive inn i systemet. Disse feilene, sammen med andre mangler og barnesykdommer, har gjort at mange av de som i utgangspunktet var positive til applikasjonen, har falt av og mistet motivasjonen til å jobbe

videre. Noen av disse problemene og hvilken innvirkning de har hatt på implementasjonen av SamPro, kommer jeg tilbake til i kap. 0.

## **7.5 Hvordan er gangen i en Individuell Plan**

Både oppfattelsen av hva en individuell plan er, og bruken av SamPro, er svært forskjellig i ulike settinger. Jeg har i hovedsak undersøkt hvordan SamPro brukes innen voksenpsykiatrien i Møre og Romsdal. I tillegg til at jeg har sett på hva som skjer her i Trondheim, hvor SamPro-prosjektet er knyttet opp til barne- og ungdomshabilitering. Gjennom disse undersøkelsene har det kommet frem at det er stor forskjell på hvordan programmet SamPro brukes, og hva individuell plan i praksis er mellom de ulike sektorer, også innad i de ulike sektorene er det store individuelle forskjeller. Det er definert mange ulike maler for hvordan en individuell plan skal se ut, for eksemplen har SINTEF Helse kommet med en, sosial- og helseavdelinger hos fylkesmennene lager egne maler, og i tillegg finnes det mange ulike lokale mal varianter.

*”... Det er jo klart at det er det her som er mye av det spesielle med IP, for prosessen må legges opp så veldig tilpasset til den enkelte skal det bli et bra resultat og en god prosess. En sånn mal blir bare en teoretisk konstruksjon, for den må i hvert enkelt tilfelle tilpasses i veldig stor grad fordi at målgruppen for IP er veldig vid [...] Det er **ikke** et løp, og det er det som er fasiten. Dette er spesielt interessant i forhold til SamPro. For noen brukere tror jeg at det kan være kjempebra og de vil virkelig få tatt det med brukermedvirkning slik at det kan bli brukerstyring. For andre pasienter er det helt uaktuelt å bruke et sånt verktøy, elektronisk...”*

(Forsker)

Denne kommentaren er hentet fra et intervju med en fagperson innen individuell plan. Den er sterkt knyttet opp til veilederen for individuell plan (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005), som sier at individuell plan skal være malløs og tilpasset den enkelte tjenestemottaker. I praksis er det ikke alltid slik det fungerer. I følge flere koordinatore vil det være nærmest praktisk umulig å kombinere det å finne opp en mal for hver enkelt plan, samtidig styre en prosess der folk skal samhandle.

*”Det er ok å kjenne seg litt igjen i en struktur, hvis du har muligheten til å hoppe over, slette og ta ut det du har lyst til og trenger, så er det fint å ha en liten grunnstamme syntes jeg altså. Fordi hvis du skal finne opp alt på nytt, og samtidig skal du styre, det er en prosess å få folk til å samarbeide og få oss til å ha fokus på hva som er viktig for brukerne, ikke grave oss ned i en detalj her og en detalj der.”*

(Koordinator 2)

Videre i dette kapittelet skal jeg forsøke å gi et lite innblikk på hvordan fremdriften av en plan er i de ulike sektorene jeg har undersøkt, og med det forsøke å underbygge påstanden min om de store lokale forskjellene.

### **7.5.1 Psykisk helsevern**

Innen psykiatrien har alle, ifølge lov om psykisk helsevern, krav på å få tilbud om individuell plan. Så lenge tjenestemottaker ikke er innen tvungen behandling, kan hun eller han avstå fra IP om ønskelig, men etter lovreguleringen skal alle få tilbudet. Som logisk konsekvens av dette, er det ikke nødvendigvis koordineringsproblematikken som behøver å være hovedpunktet i en IP innen psykiatrien. I mange tilfeller brukes individuell plan som en form for behandling, det har lenge vært et press fra psykiatriske sykepleiere om å få et samhandlingsverktøy. Individuell plan kan også ta over for en behandlingsplan i enkelte tilfeller, hvor tjenestemottakeren kun er i kontakt med en tjenesteytende institusjon. Da blir skrivingen av individuell plan en direkte form for behandling.

I de planene som bruker SamPro, legges det i stor grad opp til at tjenestemottakerne selv skal være en aktiv part i utformingen og bruken av den individuelle planen. Slik at brukerne skal være med å jobbe på sin egen plan på nettet, bli kjent med dataverktøyet og kommunisere via det. På denne måten blir bruken av IP en form for behandling, aktivisering av brukerne. En tjenestemottaker som bruker SamPro uttalte:

*”... for min del nå, så er det et veldig godt hjelpemiddel. For istedenfor å sitte og tenke at i dag skal jeg gjøre det og det, men når jeg har skrevet det ned på plan, så blir det til at jeg gjør det. [...] For da har jeg skrevet det ned. Ikke bare tenkt tanken, hvis jeg har skrevet ned noe så blir det til at jeg gjør det.”*

(Pasient psykisk helsevern 1)

Det trenger ikke være store ting som skal skje, ett eksempel var at brukeren skulle bake en kake. Det ble skrevet inn i SamPro som et tiltak, og melding ble sendt til noen av deltakerne. Åå denne måten hadde brukeren sagt i fra at det skulle være kakebaking. Dette ga brukeren motivasjon til å utføre jobben, ikke bare utsette den som vanlig.

Før individuell plan og SamPro ble satt i verk, ble mye i dagliglivet til tjenestemottakerne innen psykiatrien bestemt på ansvarsgruppemøter. På disse møtene satt det flere fagfolk og snakket og bestemte det de trodde var til det beste for pasienten. Selv om pasienten som regel var tilstedet, var det vanskelig å komme med sine meninger om hvordan ting skulle gjøres, hvilke tiltak som skulle settes i verk og så videre. Når det blir så mange mennesker, er det mange av tjenestemottakerne som i praksis ikke tørr å si sine meninger. Dette førte, og fører fortsatt, til en pasifisering av tjenestemottakerne. Den styringen de får over egne liv blir svært begrenset i en slik setting.

*”Forventningene jeg hadde var at jeg skulle prøve å få brukerne, altså de pasientene som jeg hadde, til å forstå at det er deres plan. At det er de som skal skrive den, ikke jeg. [...] at det gikk på det, at de skulle være delaktige selv, og være med å bestemme mye mer over livet sitt selv”*

(Koordinator 1)

Ansvarsgrupper er et vesentlig hjelpemiddel også etter innføringen av en individuell plan, men ved hjelp av planen involveres tjenestemottakerne på annen måte. Hvis de er i stand til det, blir de aktivisert og oppfordret til gjøre beslutninger som påvirker deres egne liv. For mange er det et problem å ta ansvaret selv. Alle fagfolk jeg har vært i kontakt med mener at det vil gi en positiv effekt på behandlingsresultatet, hvis tjenestemottaker selv kan gå inn å jobbe men egen plan.

Individuell plan er en god tanke, men det er kan virke som det er problematisk å komme skikkelig i gang med det. For tjenestemottakerne i dette segmentet er det en stor utfordring å gå inn og skrive hvilke problemer de har, det å få de ulike problemstillingen frem i lyset kan være vanskelig. Det brukes mange unnskyldninger for å unnvære og jobbe med planen, det er generelt vanskelig å få tjenestemottakerne til å møte opp på møter hvor planen er et tema. Psykisk syke kan være en litt ustabil gruppe å samarbeide med. Enkelte bruker reelle

unnskyldninger som at de lider av dataskrekk. Andre syntes det blir for mye tiltak å møte, eller at de har en dårlig dag. I tillegg er mange av tjenestemottakerne ressurssvake og har ikke mulighet til å gå til anskaffelse av egen datamaskin. Det viser seg at de som har tilgang på egen datamaskin og Internett hjemmefra får større utbytte av det å ha en plan, enn de som ikke har den muligheten. Spesielt innen voksenpsykiatrien er det mange som har lave datakunnskaper, slik at bare det å komme seg inn på planen kan virke som en umulig oppgave. For å komme i gang, for de tjenestemottakere som har tilgang på datamaskin og Internett, starter prosessen med individuell plan gjennom SamPro som regel med å jobbe med meldingssystemet og kalenderen:

*”... begynn med meldingssystemet og kalender, det er det mest ufarlige. Å lære og gå ut og inn, lære hvordan det fungerer ikke sant. Så kan man heller gå videre med selve individuell planen når man på en måte ser hvordan det tekniske fungerer og hvordan meldingssystemet fungerer. Det gir brukere tilbakemelding på også, at det er lurt å begynne der...”*

(Prosjektleder 1)

På denne måten blir brukerne bedre kjent med å bruke en datamaskin, i tillegg til at de blir vant til å bruke SamPro. Dette er også en formildende prosess i forhold til individuell plan, behovet for å sette mål og jobbe med tiltak kommer etter hvert. Et eksempel på hvordan tjenesteapparatet kan oppfordre til bruk av meldingssystemet, er hvordan prosjektlederen sier at hun hver dag ønsker en tilbakemelding på hvordan det går med hunden til en av tjenestemottakerne. På denne måten må brukeren hver dag logge seg inn og skrive en melding.

Det er få av planene som har kommet så mye lenger enn startfasen enda, opplæring og prosessen med å få tjenestemottakerne og tjenesteapparatet til å bruke planen og verktøyet på en god måte, er fortsatt den store utfordringen. Alle jeg har snakket med, ser hvilke muligheter som ligger i å få et dokument som er så lett tilgjengelig. Men det å ha tid og ressurser innen hjelpeapparatet til å jobbe aktivt og godt med planene, har ikke kommet skikkelig i gang enda. Utformingen av de planene jeg har sett på har i hovedsak blitt utført gjennom et samarbeid mellom tjenestemottaker og koordinator, av bare koordinator eller av tjenestemottaker selv. Resten av hjelpeapparatet, hvis det er flere, har ikke vært delaktige. I planer som koordinator alene har stått for utformingen av, blir graden av brukermedvirkning

lav, noe fører til at planene stort sett ligger passive. I motsetning til planer hvor tjenestemottaker selv har deltatt tett i utformingen.

En av tjenestemottakerne sa klart ifra at hun ikke ønsket å gå tilbake til papirplaner, fordi hun var redd for å miste den kontrollen hun selv sitter med når det er tilgjengelig fra Internett. ”... jeg blir ikke med på noe jeg ikke har innsyn i, for jeg må få lov til å styre livet mitt selv.” (Pasient psykisk helsevern 1) Hun er engstelig for at en papirplan kun kommer til å bli liggende som et passivt papir hun ikke får kontroll over.

Startfasen av planene er viktig, hvis det blir en god prosess fra starten av, så er det mindre sannsynlighet for at planen blir liggende passiv. Som eksempel på dette kan jeg trekke frem en av de planene jeg har undersøkt, som i praksis ligger omtrent helt passiv. Når jeg spurte denne tjenestemottakeren om hun hadde vært aktiv i utformingen av planen, svarte hun med at det trengte hun ikke, koordinatoren hennes viste jo allerede alt. Og hun hadde enda ikke sett planen sin på en datamaskin, kun i papirformat. I motsetning til denne planen så var jeg også innom en som var aktiv, her har tjenestemottaker tatt fullstendig kontroll over planen og blitt koordinator selv. For henne fungerer planen som en behandling og aktivisering.

### **7.5.2 Barne- og ungdomshabilitering**

For at det skal bli opprettet en individuell plan innen barne- og ungdomshabilitering må det være et reelt behov for koordinering. Tjenestemottakerne må også selv ønske at det blir opprettet en plan. Det har lenge vært arbeidet innenfor ansvarsgrupper, men behovet for IP kommer hvis det er behov for å jobbe tettere sammen enn det man får til ved hjelp av ansvarsgruppemøtene.

Hvis det skal bli satt i gang arbeid med ansvarsgrupper, er det som nevnt, i hovedsak koordineringsproblematikk som det jobbes med, og at ressursene som er tilgjengelig skal bli brukt på best mulig måte.

*”Det handler om du har behov for hjelp til å koordinere, slik at tjenesten skal tjene hensikten. At ikke noen av tjenestene tar opp all din tid, men du egentlig trenger å gjøre andre ting. Dette har vært spesielt viktig der du trenger oppfølging på sykehus...”*

(Koordinator 2)

I mange tilfeller blir det til at foreldre, eller ungdommene selv, bruker all sin tid på å reise rundt i ulike møter og behandlinger, ved hjelp av ansvarsgrupper kan man få rettet behandlingen og få benyttet de mulighetene som fins. Eksempelvis kunne man tidligere kun motta en form for behandling på sykehuset, dette krevde at barnet ble tatt ut av barnehagen en gang i uken og kjørt til sykehuset. Etter koordinering kan kommunen selv tilby denne behandlingen med besøk i barnehagen, ved hjelp av oppfølging fra sykehuset. På denne måten slipper foreldrene å ta seg fri for å frakte barnet rundt.

En typisk ansvarsgruppe består av fagpersoner fra de ulike instansene tjenestemottakeren er innom, det kan være lærere, fysioterapeuten, ergoterapeuten og lignende. En slik gruppe kan bestå av alt fra to til ti personer, en generell rettesnor for utformingen av en slik gruppe er at de skal være så få som mulig, men så mange som nødvendig.

Normalt er det ansvarsgruppemøter en gang i kvartalet, i enkelte situasjoner kan dette intensiveres avhengig av behov. Hvis det for eksempel er i startfasen av en individuell plan kan det være så lite som to uker mellom hvert møte.

Hvis man så skal ta steget fra å kun ha en ansvarsgruppe til å få en IP, må kommunen være med på en vurdering om det er behov<sup>1</sup>. Tjenestemottakeren må selv si at det er ønske om en IP, altså det må meldes at du ønsker en plan, for det er jo brukerens rett. Så må kommunen gå inn å se om det er et koordineringsbehov, og det må taes en diskusjon på hva denne planen skal hjelpe med.

*”[...] finne ut om det er tjenelig for alle de som er inne at vi trenger et dokument som er synelig. Om vi trenger at folk kommer sammen, ofte kan det være viktig å komme sammen og snakke om målene. Hvor er vi? Med hvilken hensikt er det vi hjelper denne personen i familien? Slik at hensikten med planen skal være klar for alle.”*

(Koordinator 2)

---

<sup>1</sup> Dette er slik det i praksis fungerer i Trondheim og mange andre kommuner i dag, i følge forskriften for individuell plan (Sosial- og Helsedirektoratet, 2005) skal prosessen rundt det å få ansvarsgruppe gå samtidig med å utvikle en individuell plan. Årsaken til at kommunene fortsatt gjør det på denne måten, er fordi de fleste tjenestemottakerne som nå har individuell plan hadde ansvarsgruppe før IP kom.

Når bestemmelsen er tatt om at individuell plan skal settes i gang, kan den som sitter i koordineringsrollen sette seg ned å gjøre forarbeider. Det er en del fakta som skal inn i en plan, kontaktinformasjon til de ulike deltagerne i planen, hva skal en IP omfatte og hva er hovedproblemet til tjenestemottaker. Så brukes ansvarsgruppemøter til å utforme planen videre. En del av skrivingen på selve planen skjer i separate møter i mindre grupper eller individuelt av de ulike bidragsyterne.

*”Man har ansvarsgruppemøter for å ta opp; - hva er det vi er enige i? - hvem gjør hva? I tillegg er det skrivingen, det skjer ved at en eller flere møtes for å skrive, slik at man sitter i ekstramøter utenom for å skrive, eller at en har fått som oppgave å skrive, med fullmakter ut fra det man har blitt enig om.”*

(Koordinator 2)

På denne måten blir prosessen rundt planen god, ved at alle de ulike bidragsyterne helt fra starten bidrar innenfor sine ansvarsområder. Det er da viktig at man benytter de mulighetene som ligger i systemet ved at de ulike aktørene kan gå inn å skrive selv, med egne ord. I papirplaner blir det ofte til at den som sitter med koordinatorrollen blir sittende med ansvaret for å få skrevet ned det som blir avgjort på møtene. I slike planer blir ansvarsgruppemøtene spesielt viktig for kommunikasjonen mellom de ulike aktørene, men de er også viktige for kommunikasjonen når SamPro blir brukt

*”Møtene er et redskap for å få planen ferdig. Møtene er jo den måten vi kommuniserer på. [...] planen skal gi en oversikt over barnets livssituasjon. Planen er også et viktig verktøy for å finne udekka behov.”*

(Koordinator 3)

En individuell plan blir aldri ferdig, spesielt innenfor dette segmentet av tjenestemottakere er det stor utvikling. Barn går fra barnehage over til barneskole og så til ungdomskolen. Ungdom går over i en tilværelse på enten videregående skole, i en jobbsammenheng eller lignende. Gjennom denne utviklingen er det også store utvekslinger i ansvarsgrupper, tjenesteytere kommer og går, behovene forandrer seg stadig, mål blir oppnådd og nye blir satt inn. Dette krever et dynamisk og oversiktlig dokument, nye aktører må kunne på en rask og god måte sette seg inn i situasjonen til tjenestemottaker. En oversiktlig og god IP kan hjelpe med dette gjennom en oversiktlig sammenfatning av tjenestebehovet, målene til brukeren, en klar og



tydelig liste over alle involverte og en oversikt over hva som skjer i livet til tjenestemottakeren.

Innen dette segmentet av brukere er det også problemer med at mange av planene er for lite ”actionfylte”, det skjer lite mellom de ulike ansvarsgruppemøtene. Som eksempel kan det trekkes frem hvordan evalueringen av mål blir gjort hos en av koordinatorene jeg har snakket med. Hvis et av målene er å lære et barn å gå, så det blir satt inn tiltak for å få til dette målet, evalueringen av tiltak skjer etter ett år. Dette er uavhengig av om barnet har lært seg å gå eller ikke, på denne måten blir ikke planen veldig ”up-to-date”, ettersom det skjer såpass hurtige forandringer i et barns liv. I slike situasjoner kunne det vært greit å ha et kommunikasjonsverktøy for å dele med alle som er involvert i planen, at tiltaket har vært effektivt.

## **7.6 Oppsummering**

Først i dette kapittelet har jeg sett på hvilke faser utviklingen av SamPro har vært innom, og hvordan samarbeidet har vært i prosjektgruppen. Så tok jeg for meg hvordan SamPro blir brukt, for så å se på forskjellene i bruken av SamPro og oppfattelsen av hva en individuell plan er i de forskjellige sektorene jeg har vært innom og hvordan et samhandlingsverktøy som SamPro kan hjelpe. Med dette ønsker jeg å skape et grunnlag for å kunne diskutere de problemene SamPro har hatt med implementasjon i pilotprosjektene, og de problemene prosjektgruppen har med å dekke medvirkning fra den store, fragmenterte brukergruppen.

## **Diskusjon, Analyse og Konklusjon**

---



## 8 Diskusjon og analyse

### 8.1 Innledning

Ved innføringen av individuell plan i 2001 ble det opprettet en "De Jure" standard gjennom lovverket til Den Norske Stat. Denne standarden er til for å hjelpe og beskytte tjenestemottakere innen helse- og sosialsektoren i Norge og for å gi de et bedre liv. Hvis vi bruker Grindley (1995) sine definisjoner og klassifiseringer av standarder, faller IP inn under en "De Jure" kvalitetsstandard med et minimum antall attributter. (Grindley, 1995, s. 22) Denne lovpålagte standarden har ført til et eksplisitt kommunikasjonsbehov mellom de ulike aktørene i helse- og sosialsektoren i Norge. For å innfri dette behovet har SamPro- prosjektet forsøkt å utvikle en samhandlingsapplikasjon som skal støtte elektronisk individuell plan.

Som jeg beskrev i kap 2.3, kan det være vanskelig å definere hva en samhandlingsapplikasjon er, men hvis vi ser på hvordan samhandlingen er ment å fungere i SamPro, samt hvilke muligheter applikasjonen gir, så mener jeg at SamPro kan defineres som en samhandlingsapplikasjon. Utviklingsarbeide med SamPro, gjennom prosjektgruppen, har i fase 2 og 3 rettet seg spesielt mot å undersøke hvordan samhandlingen og samarbeidet med individuell plan faktisk foregår, og gjennom dette kommet med forslag til videreutvikling av applikasjonen. Noe som passer godt med definisjonen av CSCW som er gitt av Bannon og Schmidt (1992) og Carstensen og Schmidt (2002). Selve SamPro- applikasjonen støtter kommunikasjon i grupper med en begrenset størrelse, hvor de ulike elementene kan spores tilbake til den som publiserer disse, og meldinger kan rettes direkte til en eller flere mottakere. Dette sammen med flere ting passer godt overens med Grudin (1989) sitt forsøk på å definere Groupware.

I forhold til kategoriseringen av samhandlingssystemer presentert i Carstensen og Schmidt (2002), Tabell 1 - Kategorisering av CSCW Teknologier, vil jeg plassere SamPro- applikasjonen som en konseptuel struktur, det vil si at det er et løst koblet samarbeid rundt applikasjonen som blir brukt som et medium for kommunikasjon. Gjennom at applikasjonen eksempelvis støtter meldingsutveksling og en delt kalender, så kan man si at den er et medium for interaksjon, og gruppen som samhandler er løst koblet i forholdt til hvordan de samarbeider direkte gjennom applikasjonen.

Jeg vil se på hvilke problemer SamPro- prosjektet har hatt under implementasjonen av samhandlingsapplikasjonen SamPro. Jeg vil forsøke å koble en del av disse problemene med tradisjonell teori angående forandring og implementasjon av systemer i ulike organisasjoner. Så vil jeg se på hvordan utviklingen av SamPro- applikasjonen har foregått i et brukermedvirkningsperspektiv innen samhandlingsapplikasjoner og hvilke innvirkninger dette har hatt på produktet og implementasjonsprosessen.

Med dette vil jeg forsøke å fremheve noen av sammenhengene mellom de problemene implementasjonen av SamPro- applikasjonen har støtt på og hvordan prosjektgruppen har vært organisert i forhold til brukermedvirkning.

## **8.2 Implementeringsproblematikk i SamPro- prosjektet**

Implementasjonen av SamPro i de tre pilotprosjektene har støtt på en del problemer. Det har vært en del problemer med selve applikasjonen. I tillegg er det en del tradisjonell implementeringsproblematikk for samhandlingsapplikasjoner (Grudin, 1989). Dette kan man finne både teoretisk og erfarer empirisk ved å studere hvordan applikasjonen blir brukt. I første omgang skal jeg trekke frem de tekniske problemene SamPro- applikasjonen har hatt som har skapt de største problemene for brukerne.

Produktet lider fortsatt i forhold til at det ikke er ferdigstilt, blant annet utskriften og strukturer er for dårlig i forhold til hvordan programmet faktisk blir brukt. Dette er noe jeg kommer tilbake til i kapittel 8.2.2. Det er også et par helt konkrete tekniske problemer som har gjort at bruken av SamPro har blitt vanskelig, å få passord under pålogging har ikke gått smertefritt, og det har vært en del problemer med at brukere blir kastet ut.

*”... jeg syntes det var veldig tungvint selve programmet, men nå får jeg det til, selv om det tok litt tid det også. Ikke bare her, men i andre kommuner også har jeg hørt det, at etter en tid blir vi kastet ut. Fikk det ikke til, fikk ikke kodene og en del slike ting, så det krasjet litt. Men den siste tiden har det fungert [...] det er jo nå vi har fått det til!”*

(Koordinator 1)

Som nevnt i Figur 5 - Prosessflyten i SamPro, har SamPro brukt passord tilsendt via SMS som sikker pålogging. Firmaet som har levert denne tjenesten har slitt med å klare å sende ut

disse engangspassordene i tide, noe som har ført til at brukere må sitte og vente i opptil en time på passord for å få logget seg inn systemet. I tillegg har applikasjonen hatt problemer med stabilitet hvis man kommer seg inn, ved for mye dobbeltklikking så ble man kastet ut igjen. Disse feilene er nå rettet opp i versjon 1.3, men det er fortsatt en del ”bivirkninger” av disse feilene. Noen av brukerne i SamPro er personer med lave datakunnskaper, slike feil fører da til at brukerne tror det er de som gjør en feil og mister all motivasjon for å jobbe videre med produktet. Som ”Koordinator 1” sier i utdrage over, ”*det er jo nå vi har fått det til!*” – dette intervjuet ble gjort etter at feilene med innlogging og utkastelse ble rettet. Det viser at brukere tror det var de som gjorde feil.

Det er også en del problemer SamPro- prosjektet har støtt på, som er vanlige for samhandlingsapplikasjoner (kap. 2.4). Innføringen av nye standarder som individuell plan, fører til en del forandringer i store organisasjoner som helse og sosialsektoren i Norge, slike forandringer tar tid. I tillegg er det store forskjeller i hvordan individuell plan blir brukt i de forskjellige sektorene. I dette delkapittelet skal jeg se på hvilke problemer SamPro- prosjektet har støtt på i implementasjonsperioden, og som er gjenkjennbare i flere kjente casestudier av samhandlingssystemer.

### **8.2.1 Forandringer tar tid i komplekse organisasjoner**

Som beskrevet i blant annet kapittel 6.1 og 6.2 er helse- og sosialsektoren i Norge en stor, kompleks og fragmentert organisasjon. Ved å innføre individuell plan, har de styrende myndigheter i organisasjonen forsøk å innføre en forandring i forhold til en vis gruppe tjenestemottakere og tjenesteytere. Gjennom at styresmaktene har innført IP med en relativt åpen standard, er det gitt en del spillerom internt hos hver kommune og tjenesteytende institusjon på hvordan de ønsker å utføre IP. Gjennom utviklingen av SamPro har prosjektgruppen forsøkt å implementere en samhandlingsapplikasjon som skal føre til forandring i forhold til hvordan tjenesteytere og tjenestemottakere samhandler, og dermed en forandring i helse og sosialsektoren i Norge.

*”Jeg har i alle fall blitt litt skuffet over at ikke folk bruker det mer enn det de har gjort. Så jeg hadde vel de forventningene at jeg trodde aktiviteten skulle bli mye større. At alle skulle rope hurra, dette vil vi bruke. [...] jeg tror generelt at IP ikke står på dagsplanen til folk, det er ikke forankret i ledelsen.”*

(Prosjektleder 1)

Som det ble tatt opp av prosjektlederen, referert til over, og blitt diskutert i mange sammenhenger både internt i prosjektgruppen og i større forsamlinger jeg har vært i kontakt med i forbindelse med individuell plan, så har IP god forankring på toppledernivå, men det er fortsatt et stykke igjen før det får god støtte fra mellomledernivå i kommunene. Ciborra (1996) tar opp dette som et stort problemområde i forbindelse med implementasjonen av nye systemer, uten forankring i ledelsen er det vanskelig å få en god implementasjon og den generelle tregheten i organisasjonen forsterkes. Dette er et element som vi finner igjen i implementasjonen av IP (kap. 6.2.5), som igjen blir overført til SamPro- prosjektet som har problemer med raskt å få stor utbredelse.

Hvis vi ser denne utviklingen opp mot de tradisjonelle organisasjonsforandringsteoriene som ble presentert i kapittel 4.2.1, ”planned change”, ”technological imperative” og ”punctuated equilibrium” (Orlikowski, 1996), ser vi at ingen av disse passer med den forandringen som er på gang i de to pilotprosjektene jeg har vært innom. IP og bruken av SamPro skaper en form for planlagt forandring, men for å få den til å fungere er det viktig å la det gå tid, slik at de ulike aktørene kan tilpasse bruken innenfor sine tradisjoner og arbeidsmetoder. Det skjer ingen drastiske transformasjoner av organisasjonene på kort tid. (Klyng, 1991)

På den måten er det en utvikling og implementasjon som støtter godt oppunder Orlikowski (1996) sitt ”Situating change perspective” (kap. 4.2.2), hvor forandringen skjer over tid i en dynamisk organisasjon hvor de ulike aktørene jobber for å gjøre det bedre og finne gode løsninger. Dette er spesielt synlig innen pilotprosjektet innenfor psykiatrisk helsevern. Her brukes SamPro- applikasjonen som beskrevet i kapittel 7.5.1, på en måte som ligger et stykke utenfor den opprinnelige hensikten til individuell plan. Gjennom en prosess har de her kommet frem til den bruken de mener er mest passende for de behovene psykiatrien har.

## **8.2.2 Store forskjeller mellom pilotprosjektene**

Måten SamPro brukes på i de to ulike pilotprosjektene jeg har vært inne og undersøkt er, som beskrevet i kapittel 7.5, stor. Innen psykiatrien er det et sterkt fokus på å involvere brukeren direkte i skrivingen av selve planen, IP blir her en stor del av selve behandlingen. Innen barne- og ungdomshabiliteringen er det et mye sterkere fokus på koordinering, og det er enklere å se den direkte linken opp mot hvordan individuell plan i utgangspunktet er tenkt. SamPro- applikasjonen er et system som skal forsøke å gå inn i disse forskjellige settingene å

lage en union løsning, slik at et program kan dekke disse ulike behovene. For å få til dette, er det viktig at selve utviklingsteamet er klar over denne vanskelige situasjonen og at de forslagene som kommer for videreutvikling, blir gått igjennom og diskutert nøye, med tanke på alle de involverte partene.

*”True universality is always out of reach”*

(Monteiro og Rolland, 2002, s. 90).

Som et eksempel på ulike behov i ulike sammenhenger kan man se på bruken av utskrift i SamPro. Innen barne- og ungdomshabilitering er det et veldig sterkt fokus på arbeidet rundt ansvarsgruppemøter, hvor det er aktuelt å få en god oversikt ut på papir. De fleste deltakerne syntes det er mer oversiktlig og mer effektivt at man diskuterer uten å måtte jobbe med datamaskinene på disse møtene.

*”Alle aktører sier at de vil ha planen i papirform uansett om de bruker SamPro eller ikke. Det går på vane. Selv om den ligger på nettet. De sier at det er tungvindt at den ligger på nettet, de må ha den på papir. Det er nå det de sier, jeg bare refererer [...] aktører omkring vil ha den på papir”*

(Koordinator 3)

Sammenligner vi dette mot hvordan det gjøres i psykiatrien, ser vi at planen her i større grad blir brukt direkte i behandlingen og skrivingen er for mange det viktige. Ansvarsgruppemøtene er enten små eller ikke tilsted, på denne måten er det som regel færre aktører og lettere å få oversikt. De aktørene jeg har snakket med i dette segmentet har vært mer opptatt av å få en bedre oversikt når de kommer inn i selv programmet. Hvem har vært inne og lest eller skrevet siden siste, hvilke ansvarsområder har de ulike tjenesteyterne og så videre.

*”Jeg tror det viktigste for en bruker eller en hjelper er når man går inn på en plan, og umiddelbart får oversikt. En oversikt over hva er mål, hva er virkemidler, hvor er bakgrunnshistorien. Og slik SamPro fremstår i dag må man inn å klikke flere ganger for å få fragmenter av oversikt.”*

(Prosjektleder 2)



Slik SamPro fremstår i dag ligger det en del skjulte kostnader (Monteiro og Rolland, 2002) forbundet med å få en effektiv og god bruk av individuell plan i de ulike sektorene. Når det gjelder utskriftsproblematikken innen barne- og ungdomshabiliteringen, er det kommet frem at det er vanskelig å vite hvordan utskriftsformatet blir seende ut i forhold til det som blir skrevet inn.

*”Det er annerledes å skrive på SamPro, både det at man er usikker på hva man skal skrive, og hvordan det blir seende ut når det kommer ut i papir. Jeg har slitt litt med at det jeg skriver blir lite oversiktlig når det kommer ut.”*

(Koordinator 2)

Denne koordinatoren viste oss hvordan hun la opp skrivingen i SamPro for å få det til å passe overens med det utskriftsformatet som ligger i applikasjonen nå. Dette ble en omfattende prosess som krevde mye arbeid og tilrettelegging. En slik måte å jobbe lokalt på for å få kontroll og effektivitet rundt en standard, kalles i litteraturen en ”Walk around”. (Monteiro og Rolland, 2002)

Hvis vi går inn i bruken av applikasjonen, kan vi finne flere slike ”work around” som blir brukt av ulike aktører. Som jeg nevnte tidligere er det viktig at de som arbeider med design og videreutvikling av applikasjonen, er klar over at brukere har ulike behov og må tilpasse applikasjonen slik at de får den til å fungere. I prosjektgruppen rundt SamPro, med representanter fra ulike brukergrupper, gjennom prosjektlederne og nå på siste workshopen med en brukerrepresentant fra psykiatrien, har jeg hørt veldig lite om disse problemstillingene med lokale forskjeller i bruken av applikasjonen. Dette har ført til at blant annet design av ny utskrift har blitt utsatt, selv om det er en relativt enkel (ref. samtale med utvikleren), men viktig prosess.

### **8.2.3 Problemer med implementasjonen av samhandlingsapplikasjoner**

Grudin (1989) legger frem tre hovedproblemer for implementasjon av samhandlingssystemer. (kap. 2.4) To av disse problemene er godt synlige i SamPro, det først går på at det ikke er samsvar mellom de som må gjøre ekstraarbeid for å fremskaffe informasjonen og få applikasjonen til å fungere, og de som får nytten av den. I SamPro kan man finne igjen dette problemet på flere områder, spesielt koordinator og forvaltningskontor i kommunen bruker mye tid på ansvarsgruppemøter til opplæring av brukere. I enkelte tilfeller må de dra rundt til

de ulike aktørene i en plan å gi individuell opplæring. SamPro er en applikasjon som brukes av mange sluttbrukere, men hver sluttbruker bruker den lite. Koordinatorene må også bruke mye tid på å holde kunnskapen til de ulike aktørene oppe. Dette arbeidet får de, ifølge flere av koordinatorene jeg har vært i kontakt med, ikke så mye tilbake for.

Det andre punktet til Grudin (1989) går på at det er vanskelig å velge ut en riktig gruppe som gjør bestemmelser i designprosessen. Som jeg kommer tilbake til i kapittel 8.3.2 har brukerrepresentantgruppen i SamPro- prosjektet vært noe begrenset i forhold til mangfoldet av brukere. Punkt tre tar opp at det er vanskelig å evaluere tidligere prosjekter innenfor samhandlingssystemer fordi brukergruppene ofte er komplekse og store. I en slik forbindelse kan det være interessant å trekke en linje mot individuell plan og hvilke erfaringer det var på bruken av denne før SamPro- prosjektet ble startet. Som nevnt i kapittel 7.2 ble første fase av utviklingen rettet mot å utvikle en arkitektur som støttet sikker samhandling over Internett, strukturen som skulle støtte en IP i applikasjonen ble nesten utelukkende basert på forskriften (Vedlegg 1). Det ble i liten grad lagt vekt på hvilke erfaringer brukerne av IP som system hadde, og den strukturen forskriften satte opp. Dette vil jeg komme tilbake til i kapittel 8.3.1.

Et annet aspekt som må legges til grunn når det skal utvikles samhandlingsapplikasjoner, er hvilket behov det er for uformell kommunikasjon mellom aktørene som skal bruke applikasjonen. Brennan m.fl. (2002) tar opp viktigheten av uformell kommunikasjon, innen individuell plan er dette et viktig poeng, det å snakke sammen er veldig viktig.

*”Hvis du kjører med SamPro så har du møte så må folk skrive da. Når man sitter i ansvarsgruppemøter må man prate mye mer sammen på papir enn SamPro. Der kan folk sitte hver for seg å skrive.”*

(Koordinator 3)

Spesielt innen psykiatrien kan nettopp den uformelle kommunikasjonen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker være det som er viktig for behandlingen. Dette er noe som varierer fra tjenestemottaker til tjenestemottaker, men det er viktig at videreutviklingsgruppen i SamPro er klar over denne problemstillingen, slik at de utvikler en applikasjon som gir rom for uformell kommunikasjon.

Flere av disse implementasjonsproblemene vi finner i SamPro er ”vanlige” problemer når det gjelder samhandlingssystemer. Hvis vi trekker en parallell mellom SamPro og implementasjonen av MedNed (Ciborra, 1996, i kap. 2.5), så ser vi at MedNed også slet med at de ikke vektla de lokale forskjellene innad i organisasjonen. Den organisasjonelle forandringen som måtte komme for å få applikasjonen til å fungere, skjedde ikke på den måten ledelsen ønsket. Ciborra trekker fram at det ikke var høy nok grad av brukermedvirkning i systemutviklingsprosessen som en av årsakene til at implementasjonen av MedNed ikke ble som de håpet.

### **8.3 Brukermedvirkning i SamPro- prosjektet**

I SamPro- prosjektet har det gjennom mesteparten av utviklingen vært kjørt pilotprosjekter innen tre ulike behandlingsformer på tre ulike steder. Prosjektlederne for disse tre pilotprosjektene har vært medlemmer av prosjektgruppen i SamPro, og dermed vært aktive deltakere på prosjektmøtene og workshopene. I tillegg til prosjektlederne har det gjennom hele prosessen vært en deltaker fra brukerutvalget i Helse Midt-Norge, produksjefen fra Visma Unique og prosjektlederen for SamPro på prosjektgruppemøtene. Det har i snitt blitt holdt møte hver sjettede uke. Det har i tillegg til møtene blitt avholdt to workshoper i løpet av det siste året. Her har det for det meste vært de samme deltakerne som under prosjektgruppemøtene, men i tillegg har utvikleren vært tilstedet sammen med flere representanter fra Visma Unique.

#### **8.3.1 Hvilken form for medvirkning finner vi i SamPro**

I SamPro- prosjektet blir det gjennomført en representativ form for brukermedvirkning (Hirschheim, 1989) fra og med fase 2 (kap 7.2). Altså at det blir valgt ut en gruppe som representerer ønskene og behovene til brukerne, denne gruppen er med i design og videreutviklingsprosessen. Denne representativiteten består i at prosjektlederne i pilotprosjektene deltar på alle møtene og er aktive i de ulike pilotprosjektene. Og i følge Hirschheim (1989) er dette en rett form for medvirkende design (kap. 3.2). I tillegg til prosjektlederne fra de ulike pilotprosjektene, har det vært en representant fra brukerutvalget i Helse Midt-Norge. Mandatet til denne representanten har vært å holde fokus på tjenestemottakernes posisjon i bruken av applikasjonen og videre presentasjon av produktet og prosjektet i det regionale brukerutvalget.

I fase 1 av SamPro utviklingen var hovedfokus å utvikle en arkitektur (kap. 6.3.4) som skulle støtte sikker samhandling over Internett. I tillegg ble det utviklet en pilot som i all hovedsak ble basert på forskriften om individuell plan (Vedlegg 1) og skulle støtte IP. I denne delen av utviklingen ble det lagt liten vekt på medvirkning, både fordi brukerne i liten grad ble involvert, men også fordi det på dette tidspunktet var generelt lave kunnskaper om hvordan individuell plan skulle brukes.

*"[...] Dette er jo et verktøy som i stor grad er laget med utgangspunkt i forskriften. Det er helt opplagt. Og er forskriften nødvendigvis en gjenspeiling av brukernes behov? Det syntes jeg er et meget relevant spørsmål. Er det forskriften som skal bestemme hvordan folk skal samhandle?"*

*(Prosjektleder 2)*

Selv om det i de senere fasene har blitt lagt opp til en større grad av medvirkning, så bærer fortsatt applikasjonen preg av den strenge koblingen mot forskriften som det kommer klart frem under intervjuet med "Prosjektleder 2", referert til over.

Inn i fase to og tre har det blitt lagt mer vekt på utprøving av produktet, og på den måten brukermedvirkning gjennom prosjektlederne av pilotprosjektene. Den kommunikasjonen som har vært mellom Visma Unique og prosjektlederne har, med unntak av to workshoper, vært gjort gjennom produktansvarlig ved Visma Unique. Det vil si at selve utvikleren ikke har vært en aktiv deltaker på alle prosjektmøtene, men har fått informasjon om hva som har blitt tatt opp på møtene, gjennom produktansvarlig for Visma Unique. Den linken som da dannes mellom brukerrepresentantene og utvikleren blir på denne måten lang. Noe som igjen er skadelig og kan føre til at viktig informasjon blir "borte". (Brennan, m.fl., 2002)

Workshopene har vært arrangert i forbindelse med overgangen til nye faser i prosjektet (kap. 7.2). Under den siste workshopen, overgangen til fase 4, ble det gjort radikale forandringer i organiseringer av hele SamPro- prosjektet. Årsaken til denne omorganiseringen er at det nå er på tide å spre applikasjonen utenfor pilotprosjektene. Selve SamPro- prosjektet har blitt delt i to prosjekter, det ene med fokus på spredning av produktet i kommunene i Helse Midt-Norge, og det andre skal fortsette med utprøving og videreutvikling av applikasjonen. I forhold til det prosjektet som er relevant for dette prosjektet, utprøving og videreutvikling av applikasjonen, er det for det meste den samme organiseringen som det var tidligere. Den eneste forandringen

er at representanten fra brukerutvalget i Helse Midt-Norge er byttet ut til en bruker av SamPro fra tjenestemottaker siden innen psykiatri og den tidligere representanten har gått over i spredningsprosjektet.

Som det blir tatt opp i artikkelen til Grudin og Pruitt (2002) har det kommet noen nye aspekter inn i utvikling av programvare siden Hirschheim (1989) kom med sin definisjon på slutten av åttitallet. Dette gjelder spesielt ved utviklingen av samhandlingsapplikasjoner og off-the-shelf applikasjoner, hvor brukergruppene ofte er lite homogene og det kan være vanskelig å trekke ut og identifisere en representativ brukergruppe som skal delta i design og utvikling av systemet. (Appelt m.fl. 1999, Grudin og Pruitt, 2002 & Wagner, 1993) Dette har ført til at designere og brukere ikke jobber like tett, den demokratiske effekten av brukermedvirkning blir satt til side og det blir vanskelig å identifisere og representere medvirkning. (Grudin og Pruitt, 2002) Dette er elementer som vi kan kjenne igjen i utviklingen av SamPro, hvor alle i brukergruppen er innen helse- og sosialsektoren som er en stor og fragmentert organisasjon. Og hvor det i starten ikke ble lagt nok vekt på hvordan applikasjonen faktisk kom til å bli brukt, men det var en kraftig vinkling på hvordan den teoretisk skulle bli brukt.

### **8.3.2 Den reelle brukermedvirkningen i SamPro**

Den faktiske brukermedvirkningen i SamPro-prosjektet har ikke vært god. Utvelgelsen av brukerrepresentanter har vært basert på de som selv har et sterkt engasjement for å delta og jobbe med en elektronisk individuell plan. Representantene har som nevnt, i hovedsak bestått av prosjektlederne fra de tre ulike pilotprosjektene i SamPro. Dette er ressurssterke personer som alle kommer fra tjenesteyters side i forbindelse med individuell plan, de sitter som prosjektledere og har i den forbindelse en spesiell plass i planene. Det fører til at de får en viss distanse i forhold til de andre som er involvert og bruker applikasjonen. Selv om de har en del kontakt med andre brukere, blir det en relativt skjev og lite representativ fordelig av brukerrepresentanter, noe som er et vanlig problem innen utviklingen av samhandlingsapplikasjoner. (Appelt m.fl. 1999, Grudin og Pruitt, 2002 & Wagner, 1993)

I tillegg til disse tre pilotprosjektlederne har det som nevnt, vært en representant fra brukerutvalget i Helse Midt-Norge. Frem til fase 4 var dette en representant som selv ikke har hatt en plan liggende i SamPro, men vedkommende har mye erfaring fra byråkrati og fra lignende prosjekter. I fase fire av SamPro-prosjektet og den siste workshopen, har denne

representanten blitt overført til breddingsprosjektet og byttet ut med en representant som selv er en aktiv bruker av SamPro, som tjenestemottaker innen psykisk helsevern. På denne måten er det nå blitt en aktiv bruker av applikasjonen inn i prosjektgruppen rundt design og videreutvikling av SamPro- applikasjonen.

Det er positivt å få inn reelle brukere, men det er også problematisk i forhold til den store bredden av brukergrupper samhandlingsapplikasjonen SamPro skal kunne støtte. (Wagner, 1993) Dette punktet kan også linkes opp mot Grudin (1989) sitt andre problem for samhandlingsapplikasjoner (2.4.2), nemlig at bestemmelsesprosessen i designfasen blir utført av en for snever gruppe i forhold til mangfoldet applikasjonen skal treffe. Dette kan føre til at det blir gode løsninger for brukere i samme gruppe, i dette tilfelle tjenestemottakere innen psykisk helsevern, men ekstraarbeid for andre. På den siste workshopen ble det veldig sterkt fokus på videreutviklingsforslagene til denne representanten, det kom få andre innspill. Noe som fører til at arbeidet med neste versjon av SamPro kommer til å følge utviklingsforslagene til denne tjenestemottakeren.

Som eksempel på et problem som ikke ble diskutert noe særlig, fordi det ikke er relevant for den nye brukerrepresentanten, men som har blitt tatt opp hos flere av de brukerne jeg har vært i kontakt med, er utskriftsmulighetene som finnes i SamPro. De koordinatorene jeg har snakket med, sier at de fortsatt bruker papirversjonen på møtene. En av grunnene til at SamPro er vanskelig å bruke, er fordi utskriften er toversiktig og det er vanskelig å finne igjen det man har skrevet inn i applikasjonen på utskriften. Så for å få en større bredde, mener jeg SamPro burde inkludere en koordinator fra Trondheim, hvor behovene og bruken av SamPro er noe annerledes enn det er i psykiatrien.

Det å utvikle en applikasjon i en prosjektgruppe handler mye om samhandling, slik det har foregått i SamPro har avstanden mellom utvikleren og brukerrepresentantene vært stor. Utvikleren har som nevnt kun vært tilstedet under workshopene og ikke under prosjektmøtene, dette har ført til at samarbeidet mellom prosjektgruppen og utvikler ikke har fungert godt. Det er et kjent fenomen at samarbeid over geografisk distanse ikke fungerer så godt som samarbeid lokalt. (Brennan m.fl., 2002) Utvikleren har sagt at det bare er å ringe eller sende e-post til han når det dukker opp noe i forbindelse med applikasjonen, men det viser seg at dette ikke skjer. Han uttalte under den siste workshopen: *"det er helt stille, jeg vet*

*ikke hva som skjer i utprøvingen*". Dette fører til at det kan oppstå misforståelser om hva som skal prioriteres og hvordan videreutvikling skal utføres.

For å se på to muligheter for medvirkning som kunne vært brukt i dette prosjektet, hvor det er vanskelig å velge ut en representativ brukergruppe, vil jeg trekke frem to alternativer fra kapittel 3.5, bruken av Personas (Grudin og Pruitt, 2002) og tilbakemelding ved hjelp av E-post (Appelt m.fl.1999). Bruken av Personas har vist seg å være effektiv så lenge man klarer å utvikle representative brukere, og gjennom den kompetansen som ligger i prosjektgruppen så ville det være mulig å konstruere gode historier rundt de ulike brukere. På denne måten kunne prosjektgruppen skapt tjenestemottakere med ulike lidelser og behov. Dette kunne vært med å dekke den store spredningen det er på tjenestemottakere for individuell plan, og skapt reelle tjenesteytere som verken ønsker å gi for mye eller for lite. I forhold til hvordan brukermedvirkningen har fungert frem til nå, spesielt med tanke på tjenestemottakere, vil dette være et godt alternativ.

Bruken av tilbakemelding via E-post har til dels vært prøvd i en uformell versjon så lenge prosjektet har vært i gang. Utvikleren hos Visma Unique har gjennom hele prosessen oppfordret deltakerne i prosjektgruppen om å melde direkte fra til han hvis de støtter på spesielle ting som burde rettes opp. Det er ikke lagt opp til at brukere utenfor prosjektgruppen skal gjøre dette, alt som oppdages hos sluttbruker må gjennom prosjektlederne før det kommer frem til utvikleren. På denne måten får man en siling som ikke er ønskelig og kan være skadelig for innholdet. Noe som er problematisk i forhold til å få brukerne til å gi tilbakemeldinger, er at mange av de er ressursvake og har nok med å komme seg inn på planen sin, eller rett og slett ikke har tidsressurser til å sende det inn. I noen tilfeller kan det også være at brukerne selv ikke tror at deres ønsker kan ha noen betydning fordi de ikke kan så mye om data. Under de intervjuene jeg har vært med på å holde, i forbindelse med denne oppgaven, har det vært flere som har påpekt elementer de ikke var fornøyd med i applikasjonen, men de sier de ikke hadde nok kunnskap om data til å si noe mer om det.

*"Vet du, det kan jeg ikke svare på, jeg er blank på dataen og sliter rett og slett med å komme meg inn. Så jeg klarer ikke svare på det, jeg syntes det funker, men det er tungvint å lære seg det og tungvindt å lære pasientene, papir virker som et mer naturlig valg."*

(Psykiater)

*”Designet kunne nok vært bedre, jeg har kanskje ikke noen gode ideer om hvordan det byrde være, jeg har for lite kunnskap om data.”*

(Prosjektleder 1)

Gjennom resten av intervjuene og samtalene jeg har hatt med disse tjenesteyterne, både før og etter, har det kommet frem flere gode endringsforslag, men de tror ikke at disse forslagene har noen betydning fordi de mener deres datakunnskaper er for lave. Slike holdninger gjør at en tilbakemeldings struktur basert på e-post ville vært problematisk, ettersom mange av brukerne til denne applikasjonen har lave datakunnskaper, ville det antagelig i all hovedsak bli de relativt få datakyndige brukerne som ville gitt noen tilbakemelding. Noe som også ville skapt et relativt lite representativt utvalg brukere.

For å bedre utviklingsarbeidet rundt SamPro, vil jeg foreslå å trekke inn en koordinator fra Trondheim kommune inn i prosjektgruppen, vedkommende må ha erfaring fra bruk av applikasjonen. På den måten kan hun eller han komme med kvalitative tilbakemeldinger og forslag til hva prosjektet burde konsentrere seg om i videreutviklingen. På denne måten vil vi kunne få en større bredde på prosjektgruppen, slik at den dekker noe mer av den store og komplekse organisasjonen applikasjonen skal implementeres i. I tillegg vil jeg anbefale å involvere utvikleren fra Visma sterkere i prosjektgruppen for å få frem forslagene på et tidligere tidspunkt og ha mer direkte kommunikasjon.

### **8.3.3 Medvirkningens innvirkning på produktet og implementasjonen**

Ettersom dette er en representativ form for medvirkning, så gir ikke medvirkningen i SamPro så store demokratiske effekter. For prosjektlederne i pilotprosjektene kan det trekkes noen likheter mellom Hirschheim (1989) sine åtte grunner til at medvirkning er viktig. Det bygger opp deres selvtillit i forhold til kunnskap rundt produktet, den tekniske kvaliteten av produktet blir bedre og det er en utfordring for deltakerne. Noe som igjen fører til de føler et ansvar for å få applikasjonen til å fungere. Spesielt dette siste punktet syntes jeg er interessant. Av de tre pilotprosjektene er det to som har fungert relativt bra, spesielt innen psykiatrien har det vært en del aktivitet og mange av planene er det bra med aktivitet. Prosjektlederen for dette pilotprosjektet er selv veldig aktiv, hun utvikler på egenhånd både kognitive og strukturelle elementer (Orlikowski, 1992) for å få tjenestemottakerne til å bruke SamPro. Mens i et av de andre er aktiviteten lav, og prosjektlederen forholder seg ganske passiv. Det som vil bli



interessant å se, er hvordan implementasjonen vil gå i kommuner som kjøper dette produktet som en ”off-the-shelf” applikasjon, uten å ha noe med utviklingen å gjøre og dermed ikke noen prosjektledere med eierskap i produktet, men det får jeg dessverre ikke mulighet til i denne oppgaven.

I selve applikasjonen er det som nevnt tidligere i dette kapittelet, flere elementer som er blitt påvirket i positiv og negativ retning på grunn av sammensetningen av prosjektgruppen i SamPro. For å trekke inn ett eksempel til, så kan vi se på dette med å få oversikt når man kommer inn i programmet (kap 8.2.2). Det har vært diskutert en form for ”Min historie” hvor tjenestemottakeren selv skal skrive litt om seg selv og hvorfor hun eller han har havnet i en slik situasjon at individuell plan er nødvendig. Dette vil kunne gi tjenesteyterne som kommer inn i planen, en rask og enkel innføring og oversikt over tjenestemottaker. En slik løsning har vært diskutert så lenge jeg har vært med i prosjektet, men det var først nå etter den siste workshopen da den nye representanten fra brukerutvalget tok det opp, at det ser ut som om det skal inn i kravspesifikasjonen for neste versjon. Noe av grunnen til at dette har tatt så lang tid er fordi det har vært uenigheter innad i prosjektgruppen om hvorvidt dette skal inn, ettersom det ikke er en del av individuell plan slik den er beskrevet i forskriften (Vedlegg 1). Dette har gjort at det ikke har blitt noen enighet om dette på prosjektgruppemøtene, som igjen fører til at utvikleren ikke får med seg at diskusjonen om ”Min historie” pågår fordi han ikke deltar på disse møtene og diskusjonene ikke kommer med i referatene. Nå som argumentene ble lagt frem direkte ovenfor utvikleren av en som selv føler at han trenger det, ble det ikke noe spørsmål om det skulle inn eller ikke.

## **8.4 Oppsummering**

SamPro er en samhandlingsapplikasjon som skal inn og dekke behovet for samhandling og kommunikasjon i individuell plan. Allerede her kommer det første problemet til SamPro inn, IP er en standard som sliter med å få det fotfeste som det opprinnelig var tenkt, og ifølge Bowers (1994) er det en sammenheng mellom aksepten av et gammelt system og implementasjonen av det nye. Når da individuell plan sliter med å få god aksept og støtte på mellomledernivå (kap. 8.2.1), har SamPro et problem allerede i startfasen. IP er et tiltak som enda er i startfasen, det kommer stadig flere brukere inn og IP kommer mer og mer inn i timeplanen til hele helse- og sosialsektoren i Norge. Figur 1 - Standards reinforcement mechanism gir et godt bilde på en slik utvikling som jeg også tror vil passe bra i forhold til IP.

I dette kapitlet har jeg fokusert på hvordan implementasjonen av SamPro har gått i de to pilotprosjektene jeg har vært inne og sett på, hvilke problemer de har vært innom og linket dette opp mot teori rundt organisasjonsforandring og samhandlingssystemer. I tillegg har jeg sett på hvordan utviklingen og videreutviklingen har forgått med tanke på brukermedvirkning. Det jeg har funnet ut er at det er en sammenheng mellom en del av de problemene prosjektet har støtt på i implementasjonen og organiseringen av prosjektgruppen. Noen av problemene er knyttet opp mot at de ikke klarer å treffe den store bredden av brukere som denne applikasjonen krever. Dette henger sammen med at det innad i prosjektgruppen ikke er et riktig utvalg av representanter, slik at noen brukergrupper blir underrepresentert. I tillegg er det for stor avstand mellom utvikleren og prosjektgruppen.

For å bedre på dette vil jeg anbefale å involvere en koordinator fra Trondheim kommune i prosjektgruppen. Da får gruppen en representant både for en annen retning enn psykiatrien, og en representant for tjenesteyterne. Med dette tror jeg det vil bli en bedre bredde i utviklingen og diskusjoner innad i prosjektgruppen. I dette casestudiet kan vi se en klar sammenheng mellom Grudin (1989) sitt første og andre problempunkt for implementasjon av samhandlingssystemer. De som føler de får mest ekstraarbeid i forholdt til å bruke SamPro i forhold til en papirplan er koordinatorene, spesielt innen barne- og ungdomshabilitering. Denne gruppen er ikke involvert i bestemmelsesprosessen, men den er svært viktig for å få en god implementasjon ute i kommunene.



## **9 Avslutning**

### **9.1 Oppsummering av oppgaven**

Dette casestudiet handler om utviklingen og implementasjonen til en Internettbasert samhandlingsapplikasjon i tre ulike pilotprosjekter i helse- og sosialsektoren i Norge. Applikasjonen skal støtte arbeidet med Individuell Plan lokalt for tjenestemottakere og tjenesteytere. Problemstillingen har vært å se på utviklingen og implementasjonen av SamPro-applikasjonen med kritiske øyne, i forhold til prosjektets organisering og medvirkning av sluttbrukere.

Den presentasjonen SamPro- prosjektet får i denne oppgaven er kritisk, og hele prosjektet kan framstå som mislykket. Men hvis vi sammenligner SamPro med andre lignende prosjekter, ser vi at de problemene dette prosjektet har hatt er ”vanlige” problemer innen utvikling og implementasjon av samhandlingssystemer (bl.a. Ciborra, 1996, Grudin, 1989 og Orlikowski, 1996). Prosjektet har blitt godt utprøvd ved hjelp av tre ulike pilotprosjekter, er velfungerende og gjort livet til en del brukere bedre. De konkrete punktene jeg har kommet frem til, som for eksempel involvering av en koordinator fra Trondheim kommune, og å integrere utvikleren sterkere i videreutviklingsprosjektet. Må kun sees på som ideer til forbedring som kan føre til en bedre utvikling og dekke behovene til en bredere gruppe av brukerne.

### **9.2 Konklusjon**

Utvikling og implementasjon av samhandlingssystemer kan være en krevende prosess (Grudin, 1989), spesielt systemer som skal forandre måten det jobbes på i store fragmenterte organisasjoner som helse- og sosialsektoren i Norge. Ulike aktører på ulike lokasjoner utfører den samme jobben på forskjellige måter (Monteiro og Rolland, 2002). Når et samhandlingssystem skal inn å sørge for samarbeid mellom disse ulike aktørene, er det viktig å gi muligheter for å kunne tilpasse systemet til de lokale arbeidsmetodene. For å gjøre dette må man gjennom hele utviklingsfasen av systemet være klar over disse problemene, og sørge for at utviklingsteamet er klar over hvilke forskjeller som er tilstede.

Hvis vi tar for oss SamPro- applikasjonen eksplisitt, så lider den under at man ikke har jobbet godt nok med å integrere et rikt utvalg av sluttbrukere i utviklingsprosessen. Det blir utviklet ”work arounds” av brukere for å tilpasse applikasjonen til de lokale arbeidsmetodene, slik at

SamPro skal fungere for dem. De skjulte kostnadene jeg har trukket frem i denne oppgaven rammer alle den samme brukergruppen, nemlig koordinatorene i individuell plan. Denne gruppen skulle i utgangspunktet spare arbeid ved å bruke applikasjonen, men istedenfor det får de store ekstrakostnader og mye ekstraarbeid med å få applikasjonen til å fungere for andre brukere. Hvis denne gruppen hadde blitt integrert i prosjektgruppen, så ville det antagelig blitt et sterkere press på utvikling av de delene av applikasjonen som er viktig for dem, gjennom at de selv gjør sine problemer eksplisitte ovenfor prosjektgruppen.

I en generell setting, vil dette være en problemstilling som er relevant for alle prosjekter som utvikler samhandlingssystemer og bruker et representativt brukermedvirkningsperspektiv. Slike systemer får store brukergrupper og det er umulig å representere samtlige i utviklingen. Det må da gjøres en grundig evaluering av om prosjektet har sørget for å representere et bredt spekter av sluttbrukere i utviklings- og videreutviklingsgruppen. Og på den måten, takle de ulike lokale tilpasningene som er nødvendig for å få applikasjonen til å fungere.

Et annet poeng som det er vært å merke seg, som også har vært et fremtredende problem i casestudiet. Er den fysiske avstanden mellom ulike aktører i videreutviklingsprosjektet. I SamPro- prosjektet har ikke utvikleren vært en direkte aktør på prosjektmøtene, men fått informasjonen gjennom en tredjepart. På denne måten blir mye av den informasjonen som skulle kommet direkte til utvikler, blitt silt og tolket av en annen, som ikke sitter med den kompetansen som utvikleren har.

### **9.3 Videre arbeid**

Interessante ideer for videre forskning når det gjelder utviklingen og implementasjon av SamPro- prosjektet, vil kunne være å følge implementasjonen i nye kommuner for å se om de får andre bruksmønstre. På denne måten kan man jobbe med en dypere evaluering av brukermedvirkning og utprøving ved hjelp av pilotprosjekter. Hvilke utslag vil det gi når det blir satt i gang nye prosjekter med SamPro- applikasjonen utenfor pilotprosjekt kommunene, klarer SamPro- prosjektet å videreføre deres erfaringer og klarer applikasjonen å tilpasse seg nye situasjoner?

En annen interessant problemstilling. Er å undersøke utviklingsfasen i et annet prosjekt, som bruker en annen form for brukermedvirkning, i utviklingen av et samhandlingssystem for en stor fragmentert organisasjon. Ved å sammenligne funnene fra et slikt prosjekt opp mot

funnene i denne oppgaven, i forhold til problemer i implementasjon. Kan det gjøres en analyse på hvilken form for brukermedvirkning som fungerte best.



## **Bibliografi og Vedlegg**

---





## Bibliografi

- Appelt W., Koch T. og Mercé R. (1999): "Participatory Groupware Development: Email Interaction between Users and Developers of the BSCW System",. Artikkel funnet på <http://citeseer.ist.psu.edu/>
- Bakke T. (2005): "Individuell plan som lynavleder, krykke og en bunke med selvføleligheter", *Mastergrad ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU Trondheim.*
- Bannon L. og Schmidt K. (1992): "Taking CSCW Seriously: Supporting Articulation Work". *Computer Supported Cooperative Work*, Volume 1, nr. 1, 1992, s. 7-40.
- Berg M. (1999): "Accumulating and Coordinating: Occasions for Information Technologies in Medical Work". *Computer Supported Cooperative Work* 8, 1999, s. 373- 401.
- Bjerkan J. (2005a): "Sluttrapport Sampro fase 2", *Helse Midt-Norge*, 29.03.2005
- Bjerkan J. (2005b): "Prosjektplan Sampro fase 3", *Helse Midt-Norge*, 01.03.2005
- Bjerkan J. (2005b): "Statusrapport Sampro fase 3", *Helse Midt-Norge*, 06.07.2005
- Bjerknes G. og Bratteteig T. (1995): "User participation and democracy: a discussion of Scandinavian research in systems development", *Scandinavian Journal of Information Systems*, 7(1):73 – 98, 1995.
- Blomberg J. og Kensing F. (1998): "Participatory Design: Issues and Concerns", *Computer Supported Cooperative Work* 7: s. 167-185.
- Bowers J. (1994): "The Work to Make a Network Work. Studying CSCW in Action". *CSCW'94*, 1994, s. 287- 298.

- Brennan S. E., Fussel S. R., Kraut R. E. og Siegel J. (2002): "Understanding effects og Proximity on Collaboration: Implications for Technologies to Support Remote Collaborative Work". Hinds P. og Kiesler (eds.) *Distributed Work*. Cambridge: Mit Press, 2002
- Braa K. og Hanseth O. (2001): "Hunting for the Treasure at the End og the Rainbow: Standardizing Corporate IT Infrastructure." *Computer Supported Cooperative Work*. Volum 10, s 261-292.
- Carstensen P. H. og Schmidt K. (2002): "Computer supported cooperativ work: New challenges to systems design". Itoh K. (ed.) *Handbook og Human Factors*, 2002
- Ciborra C. (1996): "Mission critical: challenges for groupware in a pharmaceutical company". Ciborra C. (ed.) *Groupware and teamwork*, John Wiley, 1996, s. 91-120.
- Clement A. and Van der Besselaar P. (1993): "A Retrospective Look at PD Projects" in *Communications of the ACM* 36(4): 29- 37, 1993
- Ehn P. (1993): "Scandinavian design: on participation and skill". In D. Schuler and A. Namioka, editors, *Participatory design: principles and practices*, pages 41- 78. Lawrens Erlbaum Ltd., 1993.
- Ellingsen G. og Monteiro E, (2003a): A patchwork planet. Integration and cooperation in hospitals, *Computer supported coopertive work: the journal*, 12(1): 71 – 95, 2003.
- Ellingsen G. og Monteiro E, (2003b): "Big is beatiful. Electronic patient records in Norway 1980 – 2000", *Methods of Information in Medicine*, 42/4:366-370, 2003.
- Grindley P. (1995): *Standards, strategy, and policy: Cases and stories*, Oxford: Oxford University Press.

- Grudin J. (1989): "Why groupware applications fail: Problems in design and evaluation". *Office: Technology and People*, 4(3): Juni 1989, s. 245- 264.
- Grudin J. (1994): "CSCW: History and Focus". *IEEE Computer*, volume 27, nr. 5, 1994.
- Grudin J. og Pruitt J. (2002): "Personas, Participatory Design and Product Development: An Infrastructure for Engagement." *Proc. PDC 2002*, 144-161.
- Grønbæk K., Kyng M. and Mogensen P. (1997): "Toward a Cooperative Experimental System development Approach", in M. Kyng and L. Mathiassen (eds): *Computers in context. MIT Press*, p. 201- 205, 1997.
- Hatling T. og Trefjord S. (2004): "Erfaringer fra arbeid med individuell plan ved bruk av verktøyet Individuell plan psykisk helse (IPPH)" *Rapport SINTEF Helse*, november 2004.
- Hatling M. og Sørensen K. H.(1998): "Social Constructions of User Participation", in K.H. Sørensen (ed): *The spectre of Participation: Technology and work in a welfare state. Oslo: Scandinavian University Press*, p. 171- 188, 1998.
- Helling E. (2005): "Ny funksjonalitet SamPro 1.1", *Visma Software*, 24.08.2005
- Helse- og Sosialdepartementet (2001): "Si @, elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren", *Statelig tiltaksplan 2001- 2003*
- Helse- og Sosialdepartementet (2004): "S@mspill 2007, elektronisk samarbeid i helse og sosialsektoren", *Statelig strategi 2004- 2007*
- Hepsø V. og Monteiro E. (1998): "Diffusion of information infrastructure: mobilization and improvization." *Information systems: current issues and future challenges*, (eds.) T.J. Larsen, L. Levine og J.I. DeGross, 1998, s. 255-273

- Hirschheim. R.A. (1989): "User participation in practice: experiences with participative systems design". *Knight K. (ed.) Participation in systems development. Columbia, Md.: GP Publishing*, p. 194 -204, 1989.
- Infoseq (2005): "Risikoanalyse for SamPro", *Fortrolig dokument*.
- Klein H. K. og Myers M. D. (1999), A Set of Principles for Conducting and Evaluating Interpretive Field Studies in Information Systems. *MIS Quarterly*, vol. 23, no.1, pp. 67-93.
- Kling R. (1991): "Cooperation, Coordination and Control in Computer-Supported Work". *Communication of the ACM*, Volume 34, nr. 12, 1991, s. 83- 88.
- Kyng M. (1991): "Designing for cooperation: Cooperating in Design", *Communications of the ACM*, Vol. 34, No. 12, 1991.
- LinkCare (2005): "Linking Health Professionals in Emerging Care Environments", *eTEN-517435*
- Miller S. E. (1993): "From System Design to Democracy", *Communications of the ACM* 36(4): 38, 1993.
- Moe N. B. (2004): "Sluttrapport Sampro", *Sintef – rapport STF90 Fo4oo7*, 2004 02 03
- Monteiro E, (2003): "Integrating Health Information Systems: A Critical Appraisal", *Methods Inf Med* 2003; 42: 428-32
- Monteiro E. og Rolland K. H., (2002), Balancing the local and the global in infrastructural information systems. *The Information Society*, Vol. 18, No.2, pp. 87 – 100.

- Mumford E. (1984): "Participation – from Aristotle to today" In *T.M.A. Bemelmans, editor, Beyond productivity: information systems development for organizational effectiveness*, pages 95- 104 North- Holland, 1984.
- Normann T., Sandvin J. T. Og Thommesen H. (2003): "Individuell Plan, Et sesam, sesam?", *Kommuneforlaget AS*, Oslo. 2003
- Orlikowski W. J. (1992): "Learning from Notes: organizational issues in groupware implementation". *CSCW'92*, 1992, s. 362-396.
- Orlikowski W. J. (1996): "Improvising Organizational Transformation Over Time: A Situated Change Perspective", *Information Systems research*, Vol. 7, No. 1, March 1996
- Sosial- og Helsedirektoratet (2001): "Veileder for individuell plan 2001", *Oslo: IS-1013*.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2004): " Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven", *Lovdata hefte 17 2004*. Trådte i kraft 01.01.2004.
- Sosial- og Helsedirektoratet (2005): "Veileder til forskrift om individuell plan", *Oslo: IS-1253*.
- St. meld. 21 (1998-99) Ansvar og meistring – Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk
- St. meld. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet – Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene
- Thommesen H. (2004): "Individuell Plan – en type praksis, Kommuneundersøkelse årsskiftet 2003/2004", *SKUR- rapport nr 3/2004*.

- Wagner I. (1993): “A web of fuzzy problems: confronting the ethical issues”. *Communications of the ACM*, 36(4): 94- 101, 1993.
- Walsham, G. (1995). Interpretive case studies in IS research: nature and method. *Eur.J.Inf.Systs.*, Vol. 4, pp 74-81.

# Vedlegg

## Vedlegg 1, Forskrift om Individuell Plan

### Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven.

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 23. desember 2004 med hjemmel i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-2a, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-5 og lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) § 4-1, jf. delegeringsvedtak 21. desember 2001 nr. 1478 og lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven) § 4-3a.

#### § 1. Virkeområde

Forskriften gjelder individuelle planer som skal utarbeides etter bestemmelser gitt i kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 og sosialtjenesteloven § 4-3a.

#### § 2. Formål

Formålet med utarbeidelsen av en individuell plan er:

- a. å bidra til at tjenestemottakeren får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud, herunder å sikre at det til enhver tid er en tjenesteyter som har hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren,
- b. å kartlegge tjenestemottakerens mål, ressurser og behov for tjenester på ulike områder, samt å vurdere og koordinere tiltak som kan bidra til å dekke tjenestemottakerens bistandsbehov,
- c. å styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og tjenestemottaker og eventuelt pårørende, og mellom tjenesteytere og etater innen et forvaltningsnivå eller på tvers av forvaltningsnivåene.

#### § 3. Definisjon

I forskriften her menes med tjenestemottaker:

*pasient*: en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle, jf. pasientrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav a

og/eller

en person som henvender seg til sosialtjenesten med anmodning om sosiale tjenester, eller som sosialtjenesten gir eller tilbyr sosiale tjenester i det enkelte tilfelle.

#### § 4. Tjenestemottakerens rettigheter

Tjenestemottaker med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosialtjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan. Tjenestemottakeren har rett til å delta i arbeidet med sin individuelle plan, og det skal legges til rette for dette. Pårørende skal trekkes inn i arbeidet i den utstrekning tjenestemottakeren og pårørende ønsker det.

Dersom en pasient ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Den individuelle planen gir ikke tjenestemottakeren større rett til helse- og/eller sosialtjenester enn det som følger av det øvrige regelverket.

#### § 5. Samtykke

Individuell plan skal ikke utarbeides uten tjenestemottakerens samtykke.



Uavhengig av bestemmelsen i første ledd skal det utarbeides individuelle planer for pasienter under tvungent psykisk helsevern. Dersom samtykke ikke foreligger skal det likevel søkes å oppnå et samarbeid med pasienten om planleggingen, jf. psykisk helsevernloven § 4-1.

For pasienter gjelder pasientrettighetsloven kapittel 4 om samtykke til helsehjelp tilsvarende.

#### **§ 6. Ansvar for å utarbeide individuell plan**

Kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan etter § 1 utarbeides for tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte tjenester jf. kommunehelsetjenesteloven § 6-2a, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og sosialtjenesteloven § 4-3a. Har tjenestemottakeren behov for tjenester fra andre tjenesteytere eller etater, skal kommunens helse- og sosialtjeneste og helseforetaket samarbeide med disse. For pasienter under psykisk helsevern har institusjonen ansvar for å utarbeide individuell plan for vernet, jf. psykisk helsevernloven § 4-1. Den del av kommunens helse- eller sosialtjeneste som tjenestemottakeren henvender seg til, har en selvstendig plikt til å sørge for at arbeidet igangsettes uavhengig av om tjenestemottaker mottar eller har mottatt bistand fra andre deler av tjenesteapparatet.

Planarbeidet må koordineres, og det skal kun utarbeides én individuell plan for hver enkelt tjenestemottaker.

#### **§ 7. Innholdet i individuell plan**

Den individuelle planens innhold og omfang skal tilpasses behovene til den enkelte tjenestemottaker. Det skal under utarbeidelsen av planen tas hensyn til tjenestemottakerens etniske, kulturelle og språklige forutsetninger. Planen skal inneholde følgende hovedpunkter:

- a. en oversikt over tjenestemottakers mål, ressurser og behov for tjenester,
- b. en oversikt over hvem som deltar i arbeidet med planen,
- c. en angivelse av hvem som gis et ansvar for å sikre samordningen av og framdriften i arbeidet med planen,
- d. en oversikt over hva tjenestemottakeren, tjeneste- og bidragsyterne og ev. pårørende vil bidra med i planarbeidet,
- e. en oversikt over hvilke tiltak som er aktuelle og omfanget av dem, og hvem som skal ha ansvaret for disse,
- f. en beskrivelse av hvordan tiltakene skal gjennomføres,
- g. en angivelse av planperioden og tidspunkt for eventuelle justeringer og revisjoner av planen,
- h. tjenestemottakerens samtykke til at planen utarbeides og eventuelt samtykke til at deltakere i planleggingen gis tilgang til taushetsbelagte opplysninger og
- i. en oversikt over nødvendig eller ønskelig samarbeid med andre tjenesteytere, institusjoner eller etater.

#### **§ 8. Gjennomføringen av den individuelle planen**

Den alminnelige ansvars- og funksjonsdelingen mellom de ulike tjenesteytere legges til grunn ved gjennomføringen av planen, dersom ikke annet avtales.

#### **§ 9. Taushetsplikt**

De alminnelige reglene om taushetsplikt, jf. forvaltningsloven § 13 til 13e, pasientrettighetsloven § 3-6, helsepersonelloven kapittel 5 og sosialtjenesteloven § 8-8, kommer til anvendelse.

#### **§ 10. Klage**

Ved klage på rett til individuell plan etter helselovgivningen kommer bestemmelsene i pasientrettighetsloven kapittel 7 til anvendelse. Ved klage på rett til individuell plan etter sosialtjenesteloven § 4-3a, kommer sosialtjenesteloven § 8-6, § 8-7 og forvaltningslovens regler om klage til anvendelse.

#### **§ 11. Ikraftsetting**

Forskriften trer i kraft 1. januar 2005.

Fra samme tidspunkt oppheves forskrift 8. juni 2001 nr. 676 om individuelle planer etter helselovgivningen.