

Henning Herring Sørensen
Iver Johannes Berg-Olsen

Brukerinvolvering i digitaliseringen av fastlegeordningen

En kvalitativ studie av involvering av fastlegers
effekt på digitaliseringens utfall

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse

Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo

Juni 2021

Henning Herring Sørensen
Iver Johannes Berg-Olsen

Brukerinvolvering i digitaliseringen av fastlegeordningen

En kvalitativ studie av involvering av fastlegers effekt på digitaliseringens utfall

Masteroppgave i Industriell økonomi og teknologiledelse
Veileder: Marte Daae-Qvale Holmemo
Juni 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for økonomi
Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne masteroppgaven markerer avslutningen på hovedprofilen «Strategisk endringsledelse» ved Institutt for industriell økonomi og teknologiledelse (IØT) ved NTNU i Trondheim. Formålet med oppgaven er undersøke hvordan involvering av fastleger påvirker digitaliseringen av fastlegeordningen.

Å skrive master har vært som en dans på roser. Barbent. Med en tung sekk på ryggen. Det er ikke til å legge skjul på at det har vært en stressende og frustrerende periode, noe som gjør det ekstra tilfredstillende å komme i mål.

Vi skylder en stor takk til vår veileder Marte Daae-Qvale Holmemo for både faglig hjelp og moralsk støtte. Vi vil også takke vår forskningspartner Marit Kamøy for å ha delt sin enorme kunnskap og erfaring med oss. Til slutt vil vi takke informantene som brukte dyrebar fritid til å snakke med oss.

Trondheim, 10.06.2021

Sammendrag

Fastlegeordningen (FLO) har siden dens oppstart i 2001 opplevd flere endringer. Frem til 2006 viste undersøkelser en positiv utvikling for både pasient og fastlege. Siden det har fastlegene opplevd at fokuset har dreid seg mer og mer om pasienten og tilrettelegging for styring og kontroll for myndighetene. Samtidig har fastlegene fått en mindre viktig rolle i endringene. Konsekvensen av endringer som er lite tilrettelagt fastlegens behov er at FLO nå befinner seg i det som omtales som en fastlegekrise preget av frafall av fastleger, rekrutteringssvikt og trusler om streik. Dette er en betydelig utfordring for fastleger, myndigheter, pasienter, og for resten av den norske helsetjenesten, grunnet fastlegens portvaksrolle.

I dag er flere av endringene som skjer i FLO av digital karakter. Disse omtales som digitaliseringen av FLO. Myndighetenes hovedformål med digitaliseringen er å endre måten det samhandles på i den norske helsetjenesten på en måte som tilfredsstiller pasientenes behov i større grad.

Problemstillingen for studien bygger på at det i myndighetenes forsøk på å digitalisere FLO, for å bedre møte pasientenes behov, skapes misnøye blant fastlegene. Vi formulerer spørsmålet: «Hvordan involveres fastlegen i digitaliseringen av fastlegeordningen?».

Vi undersøker endringsprosessene som foregår i digitaliseringen av FLO for å finne årsaker til at digitaliseringen, i fastlegenes øyne, har feilet. Digitalisering forstås som en endringsprosess der et digitalt system, et digitalt verktøy, eller en overgang fra analog til digital samhandling implementeres i FLO. Vi undersøker det vi kaller et gevinst-kostnad-forhold ved en endring, som innebærer å veie kostnader og gevinster med en endring mot hverandre for å forstå hvorfor noe endring lykkes mens annen endring feiler.

Studien finner at kostnaden for fastlegene ofte utveier gevinsten i digitaliseringen av FLO. Dette skyldes at gevinstene ofte retter seg mot pasientene og myndighetene, mens fastlegene sitter igjen med kostnadene. Ved å undersøke digitaliseringen i tre faser identifiserer vi når årsakene til disse kostnadene oppstår, og hva disse kostnadene er. Vi finner at gevinstene for fastlegene i stor grad samsvarer med gevinstene for myndighetene og pasientene, men at gevinstene ikke er store nok til å forsvare de store kostnadene digitaliseringen påfører fastlegene. Manglende brukerinvolvering er en sannsynlig årsak til at myndighetene ikke evner å tilpasse digitaliseringen til fastlegenes behov på en bedre måte. Mangelen på vedvarende og riktig bruk av involvering gjennom hele digitaliseringens forløp, og spesielt under formulering av endringsplaner og implementering av digitaliseringens resultat, er fremtredende.

Ved å inkorporere en mer aktiv tilnærming til brukerinvolvering i hele endringsforløpet, hevder vi at myndighetene vil kunne forstå behovene til fastlegene bedre, og tilrettelegge digitaliseringen deretter. Dette kan også bidra til å redusere fremtidig endringskynisme som følge av den voksende misnøyen blant fastlegene. Likevel utfordres dette, da kontekstuelle faktorer i FLO ikke bare hindrer digitalisering, men også involvering av fastleger. Studien konkluderer med at mer forskning er nødvendig for å forstå og oppklare disse kontekstuelle faktorene.

Summary

The general practitioners (GP) in Norway, organized in the Fastlegeordning (FLO) have since FLO's conception in 2001 experienced a series of changes. Between 2001 and 2006 a study showed that the changes were positive for both patients and GPs. Since then, however, there has been an increasing focus on the patients and the governments ability to control the FLO, while the GPs have been given an increasingly insignificant role. The result is a FLO in crisis, where GPs are quitting, recruitment of new GPs is poor, and remaining GPs issue threats of strike. The situation poses threats to GPs, government, patients and other parts of the Norwegian health care system, as GPs act as a gatekeeper for it all.

Today, many of the changes that take place in the FLO are of a digital character. These changes are considered a part of the digitalization of the FLO. The purpose of the digitalization is to change the way the different parts of the Norwegian health care system work together in a way that helps satisfy the needs of the patients.

The problem statement for this thesis is based on how the government, in their attempt to satisfy the needs of the patients, creates dissatisfaction among the GPs. The problem statement is as follows: «How are the GPs involved in the digitalization of the FLO?».

We study the change processes that take place to identify the reasons that GPs consider the digitalization a failure. We understand digitalization as a change process where a digital system or tool is implemented, or where analogue communication or cooperation become digital. We study what we refer to as a cost-benefit-relation, where costs and benefits resulting from a change are evaluated to determine whether a change can be considered a success or a failure.

The study shows that the cost for the GPs tend to outweigh the benefit. This is due to the fact that the benefits are mostly experienced by the patients and the government, while the GPs are left dealing with the costs. By looking at the digitalization of the FLO as a three-stage process, we identify what these costs are, and at what stage in the process they originate. We find that the benefits of the GPs, the government and the patients are largely the same, where the quality of the service provided for the patient is the most important benefit. However, these benefits are currently not enough compensation for the costs the GPs are subject to. A lack of user involvement is identified as the probable cause for the lack of satisfaction of GPs needs. The lack of consistent, active user involvement through the digitalization is apparent, especially during the middle stage.

By adopting a more active approach to user involvement throughout the digitalization process, we argue that the government can much more easily understand the needs and preferences of the GPs, which in turn helps them digitalize in a way that better suits the GPs. We also argue that this can help prevent future cynicism towards change, which has been lurking among the GPs as a result of what they consider to be failed attempts at digitalization of the FLO. This is challenged however, as contextual factors not only hinder digitalization, but the involvement of GPs as well. The study concludes that more research is necessary in order to understand and unravel these contextual factors.

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Digitaliseringsfokus	2
1.2	Problemstilling	2
1.3	Oppgavens struktur	3
2	Litteraturgrunnlag	5
2.1	Brukerinvolvering i offentlig helsesektor	5
2.1.1	Behov for kontekstuell forståelse	6
2.2	Kontekstuelle faktorer: organisasjonsstruktur og digitalisering	7
2.2.1	Fastlegeordningen	7
2.2.2	Digitalisering som endringsprosess	11
2.3	Kontekstuelle faktorer i endringsprosessen	12
2.3.1	Endringsprosessen: Drivere og motstand	12
2.4	Håndtering av endringsmotstand	14
2.4.1	Initiering av endring	14
2.4.2	Implementering og konsolidering av endring	16
2.5	Brukerinvolvering for å håndtere faktorene	16
2.5.1	Informativ brukerinvolvering	17
2.5.2	Konsultativ brukerinvolvering	18
2.5.3	Partisipativ brukerinvolvering	20
2.6	Oppsummering	21
3	Forskningsmetode	22
3.1	Forskningsstrategi	22
3.2	Datainnsamling	22
3.2.1	Intervjuene	23
3.2.2	Valg av informanter	24
3.3	Dataanalyse	24
3.4	Formidling av forskningen og etiske vurderinger	26
4	Analyse	28
4.1	To parallelle digitaliseringsløp	28
4.2	Problematisering	29
4.2.1	Merarbeid	29
4.2.2	Ulike endringsbehov	31
4.2.3	Fastlegen glemmes	32
4.2.4	Usikkerhet og avstand	33
4.3	Brukerinvolvering kun for spesielt interesserte	34
4.3.1	Savner kommunikasjonsflater	35
4.4	Digitaliseringens konsekvenser	36
4.4.1	Forbedringsmuligheter og læring under pandemien	38
5	Diskusjon	39
5.1	Kontekstuelle faktorer	39
5.1.1	Usikkerhet, avstand og ulike behov	39

5.1.2	Håndtering og involvering	41
5.1.3	Kontekstuelle faktorer hindrer digitalisering	42
5.1.4	Kontekstuelle faktorer hindrer involvering	42
5.2	Konsekvenser av digitaliseringen	43
5.2.1	Endringskynisme	43
5.2.2	Viktigheten av å overkomme endringskynisme	44
5.3	Gevinster, kostnader og milepæler i digitaliseringen	45
5.3.1	Gevinster og kostnader	45
5.3.2	Fire milepæler i digitaliseringen	46
5.3.3	Linken mellom brukerinvolvering og oppnåelse av milepælene	47
5.4	Involvering og vellykket digitalisering	48
5.4.1	Konsolidering	49
5.4.2	Initiering av digitaliseringen	49
5.4.3	Veien til målet og implementering	49
6	Konklusjon	53
6.1	Implikasjoner for praksis, begrensninger og behov for videre forskning	53
7	Litteraturliste	55
8	Appendiks A: Intervjuguider	63

Figurliste

1	<i>Norges helsetjeneste inndeles i spesialist- og primærhelsetjenesten.</i>	7
2	<i>Organisasjonskart over norsk helsetjeneste basert på regjeringens nettsider. Figuren viser hvordan FLO forvaltes av HELFO, mens fastlegen befinner seg under kommunalt ansvar.</i>	8
3	<i>Egenkonstruerte systemgrenser for digitaliseringen av FLO. Stiplede dobbelpiler viser antatte kommunikasjonslinjer. Den heltrukne linjen mellom myndighetene og fastlegene viser kommandolinjen i vår forståelse av FLO.</i>	10
4	<i>Lewins kraftfelt: Endring initieres når drivende krefter (venstre piler) er større enn motstridende krefter (høyre piler).</i>	14
5	<i>Ulike metoder for brukerinvolvering og deres grad av deltagelse. Figuren er basert på Wulz (1986), der vi har delt inn i informativ, konsultativ og partisipativ involvering basert på litteraturen.</i>	21
6	<i>Vår forståelse av bestillingsstrukturen i FLO sammenlignet med fastlegenes egne digitalisering. Bestiller og mottaker i øvre del er henholdsvis myndighetene og fastlegene, slik det er beskrevet i organisasjonsstrukturen i figur 3.</i>	40
7	<i>Plassering av fire milepæler i endringsprosessen.</i>	46
8	<i>Suc, Prokosch og Ganslandt (2009) hevder overføring av ansvar for kontekstuell tilpasning til brukeren av systemet var årsaken til implementeringens suksess. Her viser vi hvordan dette kunne sett ut i FLO.</i>	51
9	<i>Alternativ bestillingsstruktur basert på Suc, Prokosch og Ganslandt (2009) og fastlegenes egne digitalisering.</i>	52

Tabelliste

1	<i>Første iterasjon av kategorisering endte med ni kategorier.</i>	25
2	<i>Andre iterasjon av kategorisering reduserte antallet til fem kategorier.</i>	26

1 Introduksjon

Helse har en viktig posisjon i samfunnet vårt (Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, 2018). Da OECD Better Life Index i 2018 spurte 80 000 mennesker hva de verdsetter mest i livet, scoret helse høyest i over en tredel av landene som deltok, deriblant Norge (OECD, 2018). Dette gjenspeiles i at det ofte er blant hjertesakene til politikere og jevnlig er tema for politiske debatter, spesielt under Covid-19-pandemien (Høie, 2021; Rime, 2021). En stadig eldre befolkning har medført at norsk helsetjeneste opplever en økning i antall syke pasienter og en større andel kronisk syke med komplekse diagnoser (Andersen, 2015). Derfor er det viktigere enn noen gang med en velfungerende helsetjeneste.

Overordnet har norsk helsetjeneste som formål å forbedre folkehelsen ved å sette brukeren i sentrum (Høie, 2014). Helsemessig ligger Norge godt an, men brukerundersøkelser som måler tilfredshet blant brukerne kan ikke vise til like gode resultater (EY og Vista Analyse, 2019). Mange av de digitale tjenestene som utvikles får dårlige skussmål (Rime, 2021; Storvik, 2020). Flere av disse baserer seg på statlig initiativ og styring, og innehar høy grad av kompleksitet.

I sykehustalen fra 2014 uttrykte helse- og omsorgsminister Høie (2014) klare ambisjoner om at utvikling av norske helsetjenester skulle ha fokus på pasientene og andre brukere av tjenestene, som helsepersonell. Et velfungerende helsetilbud bør derfor være tilpasset brukerne og oppnå aksept blant både pasientene og helsepersonell. Realiteten viser et annet bilde der norsk helsetjeneste mottar kritikk fra flere hold (Asplin og Hoholm, 2020; Befring, 2012; Grimsmo, 2015; Storvik, 2020; Aarbakke, 2020). Befring (2012) argumenterer for at det siden 2006 har foregått en negativ utvikling som har ført til omfattende svikt i flere av helsetjenestene. Grimsmo (2015) støtter Befring og trekker frem myndighetenes manglende evne til å forstå effekten av tiltak som en underliggende årsak til svikten.

En av helsetjenestene som mottar kritikk er Fastlegeordningen (FLO). FLO ble startet i 2001, og fikk i første omgang positive skussmål i evalueringen foretatt av Norges Forskningsråd (2006) for perioden 2001 til 2005. Siden har det gått nedover. I evalueringen ble samspillet mellom myndighetene og fastlegene sett på som en viktig faktor for FLO sin suksess. Dette samarbeidet ble etter 2006 gradvis bygget ned og et økende fokus på ensidig styring ovenfra-og-ned førte til mindre effektiv ressursbruk (Befring, 2012). I 2012 skulle samhandlingsreformen ta stilling til denne utviklingen, men en overfladisk forståelse av problemer og utfordringer på kommunalt nivå medførte at reformen ikke hadde ønsket effekt (Grimsmo, 2015). En evalueringsrapport fra 2019 avslørte at tilfredsheten blant fastlegene fortsatt var langt lavere enn ønsket (EY og Vista Analyse, 2019). Denne misnøyen synliggjøres blant annet av Trønderopprøret der 2000 fastleger truer med å boikotte FLO og lage sin egen versjon (Trønderopprøret, 2020).

FLO representerer førstelinjetjenesten i den norske helsetjenesten, der fastlegene innehar en portvaksrolle for resten av tjenesten. FLO er statlig styrt og underlagt helse- og omsorgsdepartementet (HOD), men samtidig er majoriteten av fastlegene selvstendig næringsdrivende med høy grad av egenkontroll og ansvar for eget kontor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021; 2021:2). Dette tillater statlig kontroll og styring, samtidig som fastlegene selv opplever autonomi og selvstendighet i deres arbeidshverdag.

Dagens situasjon viser en FLO i krise. Dette gjenspeiles i frafall av fastleger, lave rekrutteringstall og intern uro i form av streik og Trønderopprøret. Det er flere årsaker til dette, blant

annet samhandlingsreformen, økonomi, arbeidsmengde, og lite tilrettelagte løsninger. Spesielt er den økende arbeidsmengden digitaliseringen i FLO medfører et aktuelt tema (Rime, 2021).

1.1 Digitaliseringsfokus

For å møte utfordringene helsetjenestene står overfor ønsker myndighetene å digitalisere. Formålet er å bedre møte pasientenes behov om tilgjengelighet og effektivitet i helsetjenestene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). I sykehustalen 2020 hevder Høie (2020) at pasientene både er fornøyde med digitaliseringen, og ønsker mer. Dette oppmuntrer myndighetene til å fortsette digitaliseringen. I sykehustalen sier Høie (2020):

«I helsefelleskapene skal sykehus og kommuner planlegge og utvikle tjenester sammen. Ingen driver helsetjenestene alene. Vi må gjøre hverandre gode. Vi må bruke hverandres kompetanse. Da sykehuset, fastleger og kommuner begynte å samarbeide om behandlingen, halverte det dødeligheten blant multisyke eldre!»

Det er tydelig at myndighetene er klare over behovet for bedre samhandling, og mye tyder på at utviklingen går riktig vei. Høie (2020) trekker blant annet frem e-mestring, et digitalt tilbud for pasienter med panikkklidelser, angst og depresjon, som kronksempelen på en helsetjeneste som er bygget rundt pasientenes behov. Ett år etter e-mestring viser det seg imidlertid noen utfordringer. InnoMed (2021) skriver:

«I dag er det et gjennomgående problem for fastleger at de mottar mange henvisninger i retur [...] fastlegen opplever at det er vanskelig å planlegge møtene hvor fastlegen, pasienten og spesialisten fra psykiatrien møtes.»

Til tross for at pasienter er fornøyde med digitaliseringen, øker fastlegenes misnøye tilsynelatende med hvert digitaliseringstiltak. Tradisjonelt sett har fastlegene vært svært positive til digitalisering, og har lenge vært blant de mest moderne i helsetjenesten (Rime, 2021). Dette bildet er i ferd med å endres som følge av den voksende misnøyen fastlegene har mot myndighetenes digitaliseringsinitiativer. I Dagens Medisin publiseres det jevnlig kronikker om hvor lite gunstig digitaliseringen er for fastlegene (Storvik, 2020:1; 2020:2; Prøsch, 2020; Rime, 2021). Høie (2020) tar også opp utfordringene med digitaliseringen, der han peker på fastlegenes fraværende bruk av digitale løsninger som en utfordring:

«Teknologi har kun en funksjon dersom det hjelper dere i hverdagen og det bidrar til bedre pasientbehandling. [...] Det hjelper lite om du har tilgang til pasientens legemiddelliste dersom ikke fastlegen bruker løsningen.»

1.2 Problemstilling

Fra et endringsledelsesperspektiv representerer kombinasjonen av autonomi og ovenfra-og-ned styring et paradoks, da disse kan regnes som motsetninger (Gilbert og Sutherland, 2013). Denne konflikten mellom autonomi og styring finner vi igjen i FLO. Et økende fokus på

styring og standardisering har gått på bekostning av fastlegers autonomi i form av flere faste arbeidsoppgaver, mer byråkrati, og mindre tid for fastlegene til å utføre det arbeidet de ønsker (Befring, 2012; Rime, 2021). Fastlegene ønsker at styring og kontroll erstattes med involvering, medvirkning og reell medbestemmelse (Rime, 2021).

Det eksisterer mye litteratur som averterer for brukerinvolvering i norsk helsesektor, og utredninger viser til at fastleger involveres (Nur, Lindeman, Trømborg og Makridis, 2018). Gidlund (2015) viser til at brukere av offentlige tjenester er positive til, og tryggere på, egen kompetanse i bruken av nye tjenester dersom de får delta i utviklingsprosessen selv. Dette støttes av Bødker og Zander (2015) som i sin studie av brukerinvolvering i offentlig sektor fant at brukere som fikk delta aktivt i utvikling av en tjeneste hadde høyere sannsynlighet for å bruke tjenesten. Garmann-Johnsen, Helmersen og Eikebrokk (2020) viser også til erfaringer de har fra observasjoner av organisasjoner i nordiske land at økt involvering av ansatte stimulerer medvirkende prosesser og digitalisering.

Motivasjonen for studien er å bidra til at digitaliseringen av FLO lykkes. Forutsetningen for studien er at digitaliseringen ikke lykkes med mindre fastlegene er under samme oppfatning. Vi identifiserer at fastlegene er kritiske til digitaliseringens utvikling. Vi ønsker å utforske sammenhenger mellom myndighetenes involvering av fastleger i sine beslutningsprosesser og denne misnøyen, ved å se nærmere på hvordan fastlegene involveres i digitaliseringen. Problemstillingen for studien er:

Hvordan involveres fastlegen i digitaliseringen av fastlegeordningen?

Innbakt i problemstillingen er en undersøkelse av hvilken rolle involvering spiller i digitaliseringen. Vår plassering innenfor endringsfeltet er nært et prosessuelt ståsted. Med dette menes at vi søker å forstå prosessen, der Pettigrews (1987) prinsipp om embeddedness, eller at endring skjer i og på grunn av en kontekst, står sentralt i vår studie.

Vi definerer digitalisering som en endring der status quo forstyrres av implementering av et nytt digitalt system, tjeneste eller verktøy. Vi ser på endring som tre stadier i overgangen mellom gammel og ny situasjon (Lewin, 1947). Her interesserer vi oss for konsekvenser som oppstår i den nye situasjonen, hvordan disse konsekvensene påvirker fastlegene, samt hvilke implikasjoner dette har for FLO.

Vi tilegner oss kunnskap om disse spørsmålene gjennom en litteraturstudie og en empirisk undersøkelse av fastleger med kjennskap til digitaliseringen. Litteratur som inngår omhandler ledelse av endringsprosesser, organisasjonsteori og brukerinvolvering i offentlig helsesektor. Empirien bygger på 7 intervjuer med fastleger, 21 sekundærkilder tilegnet gjennom medier, 1 parallelt forskningsprosjekt ved NTNU, og 1 foredrag av fastleger og forskere i FLO. Ulike digitaliseringsinitiativers spesifikke innhold tilegnes liten vekt. Vi undersøker heller utfordringene som oppstår i sammenheng med digitaliseringen.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven består av fem kapitler: Litteraturgrunnlag, forskningsmetode, analyse, diskusjon og konklusjon. I litteraturkapitlet bygges det teoretiske fundamentet vi trenger når vi i diskusjonen skal drøfte analysen i lys av teori for å besvare problemstillingen. Vi søker her å etablere

en forståelse av hvilken rolle involvering spiller i digitaliseringens kontekst, hvilke faktorer som påvirker digitaliseringens utfall, og hvordan ulike nivåer av involvering bidrar til at digitalisering lykkes. Blant annet undersøkes involveringen av helsepersonell i digitaliseringen av engelsk, kanadisk og tysk helsetjeneste. Metodekapittelet forklarer hvordan vi har gått frem for å undersøke hvordan endringsprosessene utspiller seg i FLO. Analysekapittelet presenterer endringene i FLO fra fastlegenes perspektiv. I diskusjonen undersøkes funnene fra analysen i lys av teori. Dette resulterer i åtte påstander om brukerinvolveringen i FLO. Vi diskuterer de kontekstuelle faktorene som påvirker digitaliseringen, og videre hvilke konsekvenser digitaliseringen har for FLO. Deretter diskuteres hva det innebærer at digitaliseringen lykkes, før vi til slutt undersøker sammenhengen mellom brukerinvolvering og vellykket digitalisering. Konklusjonen oppsummerer diskusjonen, legger frem implikasjoner for praksis, drøfter begrensninger ved studien, og oppfordrer til videre forskning på brukerinvolvering i FLO.

2 Litteraturgrunnlag

Studiens overordnede mål er å tilby innsikt i hvordan brukerinvolvering av fastleger kan bidra til bærekraftig digitalisering av FLO. Det innebærer å avdekke hvilke utfordringer digitaliseringen medfører, når disse utfordringene oppstår, og hvordan brukerinvolvering kan benyttes for å oppnå bærekraftige resultater. Vi ønsker å undersøke linken mellom brukerinvolvering og vellykket digitalisering, og hvordan denne linken kan oppnås i FLO.

Dette kapitlet søker å etablere et grunnlag for å besvare disse spørsmålene. Det er begrenset med litteratur om involveringen i FLO, noe som medfører at litteraturstudien lener seg på studier i lignende kontekster. Blant annet undersøkes involvering i engelsk (Buchanan, Abbott, Bentley, Lanceley og Meyer, 2005), kanadisk (Gagnon, Desmartis, Gagnon, St-Pierre, Coylombe, Tanchou og Légaré, 2015) og tysk helsesektor (Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009).

Generelt har litteratur om endringsteori en positiv oppfatning av brukerinvolvering som konsept (Damodaran, 1996; Fernandez og Rainey, 2006; Hartwick og Barki, 1989; Kpamma, 2016; Jégou og Manzini, 2008; Mumford og Sackman, 1975). Denne oppfatningen finnes også i høyeste grad i endringslitteraturen som retter seg mot digitalisering i form av systemutvikling, tjenesteutvikling og teknologi (Kujala, 2003; Baroudi, Olson og Ives, 1986; Kolko, 2018; Heinbokel, Sonnentag, Frese, Stolte og Brodbeck, 1996; Wilson, Bekker, Johnson og Johnson, 1997). Brukerbegrepet refererer ofte til sluttbrukere som skal bruke de nye tjenestene og systemene, eller de som på andre måter påvirkes direkte av utfallet av digitaliseringen (Damodaran, 1996, Hartwick og Barki, 1989; Jégou og Manzini, 2008; Mumford og Sackman, 1975; Kujala, 2003; Baroudi, Olson og Ives, 1986; Heinbokel et al., 1996; Wilson et al., 1997; Noyes, Starr og Frankish, 1996). I litteraturen defineres mange fordeler, og Damodaran (1996) oppsummerer disse i fem typiske fordeler som følger av vellykket brukerinvolvering:

- Bedre systemkvalitet som følge av mer presise brukerkriterier
- Unngår kostbar funksjonalitet som bruker ikke ønsker eller kan bruke
- Høy grad av aksept for systemet
- Brukeren forstår systemet bedre og bruker det dermed mer effektivt
- Mer deltakelse i beslutningsprosesser i organisasjonen

2.1 Brukerinvolvering i offentlig helsesektor

Oppfatningen om brukerinvolvering som et positivt tilskudd i endringsprosesser finner vi også i litteraturen som retter seg mot offentlig helsesektor (Buchanan et al., 2005; Garmann-Johnsen, Helmersen og Eikebrokk, 2020; Gagnon et al., 2015; Cunningham og Kempling, 2009; Crawford, Rutter, Manley, Weaver, Bhui, Fulop og Tyrer, 2002; Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009).

I norsk helsesektor anses brukerinvolvering å være en viktig forutsetning for innovasjon (Garmann-Johnsen, Helmersen og Eikebrokk, 2020). Garmann-Johnsen, Helmersen og Eikebrokk (2020) undersøker hvordan helsetjenester som skyldes en ny teknologi effektivt kan transformeres. De hevder at nye teknologier ikke bare er revolusjonerende i seg selv, men at de også øker muligheten for involvering. Endringer som følge av teknologi og tjenesteinnovasjon

vektlegger et behov for samhandling mellom bestiller, mottaker og utvikler av digitaliseringen (Garmann-Johnsen, Helmersen og Eikebrokk, 2020). Mottakere mobiliseres til å både bidra med deres synspunkter, samt medvirke i design og implementering av nye tjenester. Den observante leser vil legge merke til at det benyttes begreper som bruker, mottaker og ansatt om hverandre. Vi vil komme tilbake til hvordan disse begrepene sammenfaller i FLO i del 2.2.1. Enn så lenge benyttes de imidlertid om hverandre, da de ikke nødvendigvis sammenfaller i litteraturen. Det samme gjelder for begrepene leder og bestiller av digitalisering.

Garmann-Johnsen, Helmersen og Eikebrokk (2020) erfarer fra observasjoner av organisasjoner i nordiske land at økt involvering av ansatte stimulerer digitalisering. De hevder videre at den nordiske modellen åpner for høy grad av involvering av ansatte og er en mekanisme for at ansatte kan medvirke i utvikling og innovasjon av tjenester. Potensialet til de ansatte ses på som viktig både grunnet deres syn på tjenester basert på utdanning og erfaring, men også for deres forståelse av organisasjonens kultur, prosesser og teknologi (Garmann-Johnsen, Helmersen og Eikebrokk, 2020). Bødker og Zander (2015) hevder dessuten at brukere som involveres i utviklingsprosessen av digitale systemer har høyere sannsynlighet for å bruke systemet.

I offentlig sektor bidrar brukerinvolvering til å gjøre rede for og tilfredsstille et mangfold av interesser (Cunningham og Kempling, 2009). Mangfoldet er ofte en utfordring for offentlige organisasjoner. Cunningham og Kempling (2009) utforsker utfordringen med størrelsen på brukermassen, og differensiering av behov både internt mellom brukere, men også mellom mottaker og bestiller av digitaliseringen. De finner at det i offentlig tjenesteutvikling ofte eksisterer motstridende interesser som motvirker hverandre. Vi vil i del 2.3.1 komme tilbake til hvordan dette, og andre kontekstuelle faktorer, kan være begrensende for digitalisering.

2.1.1 Behov for kontekstuell forståelse

Til tross for at brukerinvolvering har økt i popularitet de seneste årene (Clarke og Craft, 2018), har det vært få studier som undersøker linken mellom brukerinvolvering og langsiktig suksess (Lewis, McGann og Blomkamp, 2020; Baroudi, Olson og Ives, 1986; Hartwick og Barki, 1989; Gidlund, 2015). Vi erfarer fra litteraturen at det er utfordrende å evaluere brukerinvolvering i digitalisering uten å forstå konteksten den utspiller seg i (Buchanan et al., 2005).

Damodaran (1996) hevder brukerinvolvering ofte oppnår liten effekt. I hennes studie tar hun for seg årsaker til at forsøk på brukerinvolvering ikke oppnår de ønskede eller forventede resultatene. Hun etablerer en tydelig link mellom brukerinvolvering og de nevnte fordelene, men dette krever at involveringen gjøres på riktig måte. De konkrete årsakene til at resultatene av brukerinvolvering ikke blir som forventet er mange og varierte, men Damodaran (1996) mener at mangelfull brukerinvolvering, og forståelse av hva brukerinvolvering er, er underliggende årsaker.

Buchanan et al. (2005) studerer involvering av helsepersonell ved sykehus i England. De hevder at litteraturen er godt kjent med faktorer som promoterer og bidrar til brukerinvolvering. Likevel finner de at litteraturen som averterer for involvering i denne konteksten ofte isolerer involveringsmetoder som et selvstendig fenomen. Dette kan forstås som et resultat av at litteraturen om brukerinvolvering ofte fokuserer på systemdesign og tjenesteutvikling, og ikke på endringsprosessen i sin helhet (Norman og Draper, 1986; Karat, 1997; Wilson et al., 1997). Spesielt er det lite empirisk litteratur som undersøker innvirkningen involvering

har etter implementering (Gidlund, 2015). Dette hullet som eksisterer mellom teori og gjennomføring i praksis har gjort det vanskelig å utvikle generelle fremgangsmåter som kombinerer brukerinvolvering med endringsprosessen (Buchanan et al., 2005). Gidlund (2015) hevder imidlertid at dette er naturlig, da riktig bruk av brukerinvolvering forutsetter kontekstuell tilpasning.

I offentlig sektor oppfatter vi linken mellom involveringstiltak og vellykket endring som tydelig samtidig som den er uklar (Buchanan et al., 2005, Damodaran, 1996). Med det menes det at involveringstiltak ikke alltid kombineres med kontekstuelle faktorer som oppstår i endringsprosessen, og at det er dette som gjør at det er litt tilfeldig om involvering lykkes eller ei. Buchanan et al. (2005) hevder at linken er kjent i form av at teorien er samstemt om at brukerinvolvering bidrar til vellykket endring, men samtidig mindre dokumentert i forbindelse med at brukerinvolvering er betinget og avhengig av kontekstuelle faktorer.

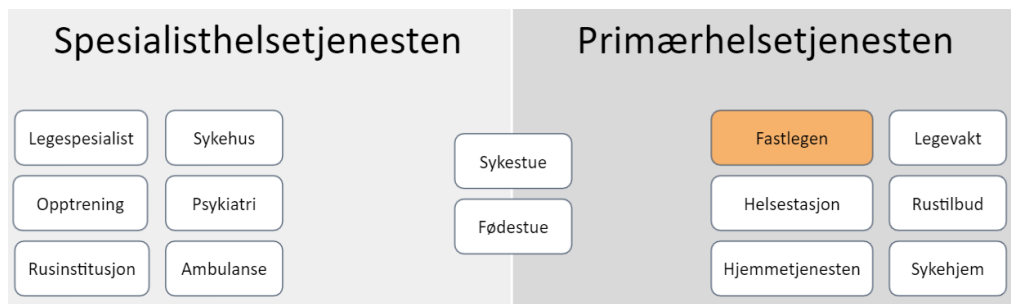
Utfordringene fra Buchanan et al. (2005) og Damodaran (1996) medfører to forutsetninger for å undersøke brukerinvolveringen i FLO. For det første forutsettes det at kontekstuelle faktorer må undersøkes og forstås. Deretter behøves en forståelse av hvordan brukerinvolvering relaterer til, og håndterer, disse faktorene.

2.2 Kontekstuelle faktorer: organisasjonsstruktur og digitalisering

Vi begynner med å skape en kontekstuell forståelse av FLO som organisasjon før vi deretter undersøker digitalisering som endringsprosess. For sistnevnte eksisterer det lite litteratur som omhandler FLO, noe som gjør at vi vil belage forståelsen på to teorier om utfordringer som typisk oppstår i digitalisering: Bendor-Samuel (2019) og Orlikowski (1992).

2.2.1 Fastlegeordningen

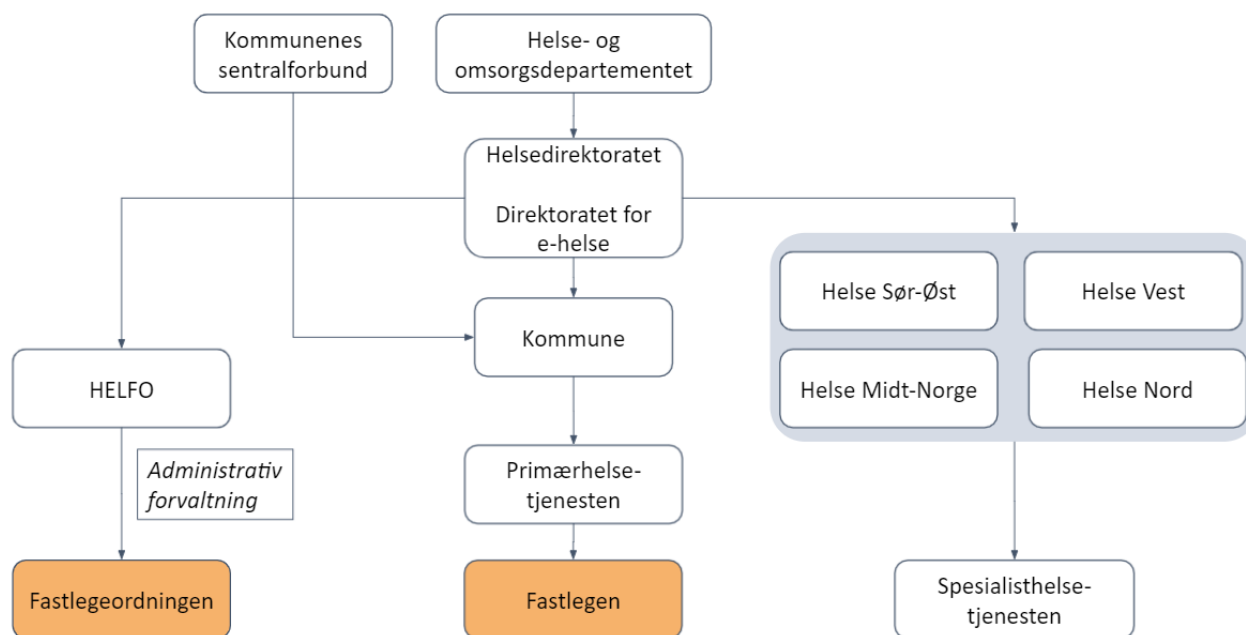
Å undersøke digitaliseringen av FLO krever en forståelse av både FLOs organisasjonsstruktur, samt hva som definerer digitaliseringen av FLO. FLO er en hybrid organisasjon i den norske helsetjenesten. Øverst i hierarkiet finner vi HOD, blant direktoratene i departementet finner vi Helsedirektoratet, som råder over norsk helsetjeneste helhetlig (Helsedirektoratet, 2021), og direktoratet for e-helse, som skal styrke digitalisering i helse- og omsorgssektoren (Direktoratet for e-helse, 2021). Den norske helsetjenesten består av primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten er så igjen splittet i statlig og kommunal regi (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).



Figur 1: Norges helsetjeneste inndeles i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Fastlegen befinner seg i primærhelsetjenesten, se figur 1. Selv om FLO er statlig styrt, er

fastlegene underlagt kommunehelsetjenesten, men fungerer samtidig som selvstendig næringsdrivende ved eget fastlegekontor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021:2). Figur 2 viser FLO, og fastlegenes posisjon i strukturen i den norske helsetjenesten.



Figur 2: Organisasjonskart over norsk helsetjeneste basert på regjeringens nettsider. Figuren viser hvordan FLO forvaltes av HELFO, mens fastlegen befinner seg under kommunalt ansvar.

Vi oppfatter at det er to måter man kan oppfatte FLO som organisasjon på. På den ene side er daglig drift underlagt kommunalt ansvar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021:2). På den annen side foregår digitaliseringen i FLO mellom nasjonale myndigheter, kommunal sektor og fastlegene (Nur, Lindeman, Trømborg og Makridis, 2018). Nur et al. (2018) viser at myndighetene over lengre tid har satsset på digitale tjenester, for eksempel gjennom st.meld. 9. fra 2015: «Én innbygger – én journal». Andre digitaliseringsinitiativer som initieres av myndighetene er elektronisk pasientjournal (EPJ), e-konsultasjon og Akson (Nur et al., 2018; Direktoratet for e-helse, 2020).

Der FLOs daglige drift har en definert organisasjonsstruktur, avhenger strukturen i det vi omtaler digitaliseringen av FLO av hvilke digitaliseringsinitiativer som undersøkes. Regjeringen har lagt frem en plan for digitaliseringen av den offentlige sektor: «Én digital offentlig sektor - digitaliseringsstrategien for offentlig sektor 2019-2025» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019), hvor digitalisering av FLO faller inn både under digitaliseringen av den helhetlige helsetjenesten, samt digitalisering av kommunal helse- og omsorgstjeneste (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019).

Dersom vi tar utgangspunkt i de digitaliseringsinitiativene der FLO inngår i «Én digital offentlig sektor - digitaliseringsstrategien for offentlig sektor 2019-2025» (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019), finner vi at digitaliseringen i noen tilfeller initieres av HOD, andre tilfeller av kommunene, og i resterende tilfeller i samarbeid mellom HOD, Kommunesentralforbundet (KS) og utvalgte kommuner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019). Alle digitaliseringsinitiativene samles derimot i en nasjonal e-helseportefølje, styrt av

Direktoratet for e-helse (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2019).

Den unike organisasjonsformen gjør det utfordrende å sammenligne med litteraturen, noe som gjør at vi forenkler ved å konstruere egne systemgrenser. Vår første forenkling er å samle HOD, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS i én aktør. Denne omtales som myndighetene og plasseres innenfor systemgrensene. Til tross for at fastlegen er underlagt kommunalt ansvar, merker vi oss at rollen til den enkeltes kommune ikke er spesielt sentral i digitaliseringen. Bjørnhaug og Skyvulstad (2019) finner i deres masteroppgave om kommunens ledelse av FLO at FLO har en sterk statlig styring. Dette, kombinert med fastlegenes selvstendige faglige ansvar og drift av egne kontorer, reduserer kommunens ledelsesansvar og handlingsrom. Kommunene ønsker heller ikke å styre FLOs utvikling (Bjørnhaug og Skyvulstad, 2019). Undersøkelser viser dessuten at fastlegene har blitt distansert fra den øvrige kommunehelsetjenesten (Rønnevik, Pettersen og Grimsmo, 2020). I digitaliseringen anses KS å representere kommunene, men å ha en mindre betydelig rolle enn HOD, Direktoratet for e-helse og helsedirektoratet.

I denne forenklete strukturen driver myndighetene digitaliseringen direkte på et overordnet nivå ved å legge frem krav om hva helsetjenestene skal tilby, som ved e-konsultasjon der fastlegene ble påkrevd å være tilgjengelige digitalt (Nur et al., 2018). I noen tilfeller styrer fastlegene selv hvilke digitale løsninger de bruker, og hvordan de driver kontoret sitt, så lenge de overholder myndighetenes juridiske krav og retningslinjer (Lovdata, 2019). I andre tilfeller bestemmer myndighetene hva slags system som skal tas i bruk. Et eksempel på dette er Akson, et påbegynt nasjonaliseringsprosjekt som skal standardisere måten ulike helsetjenester samhandler (Direktoratet for e-helse, 2020). I begge tilfeller utvikles systemene av eksterne utviklere (Nur et al., 2018).

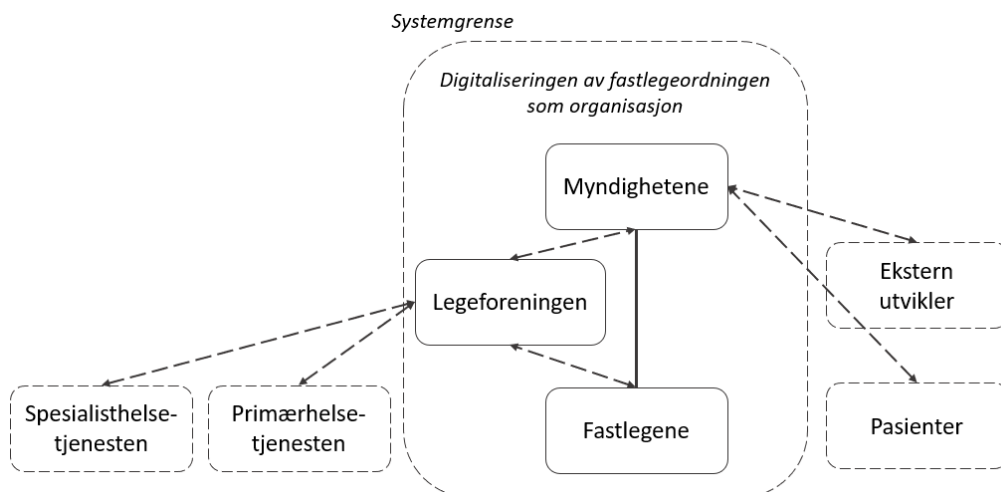
Myndighetenes rolle i denne strukturen er leder og bestiller av digitaliseringen. Mottaker av digitalisering er fastlegene, samt øvrige aktører i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tillegg eksisterer to andre aktører, pasienten og legeföreningen.

Pasienten anses som kunden av FLO, og dermed også mottaker av digitaliseringen. Dette gjenspeiles i myndighetenes uttrykk om at pasientenes tilfredshet og at tilbudet som tilbys pasientene skal være best mulig (Høie, 2014; 2020; 2021). Dette ser vi igjen i tidligere tiltak fra myndighetene, ved at de ofte har som mål å forbedre tilbudet eller tilgjengeligheten for pasienter, for eksempel e-konsultasjon som skal forenkle pasientens kontakt med fastlegen (Direktoratet for e-helse, 2019).

I involveringstiltak i denne konteksten er brukeren ofte representert gjennom brukerrepresentanter (Gagnon et al. 2015). Legeföreningens rolle er å representere legenes felles interesser (Den norske legeförening, 2021). For digitaliseringen av FLO oppfattes legeföreningen å være en brukerrepresentantorganisasjon.

Fastlegene anses som ansatte og mottakere av digitaliseringen, og plasseres under myndighetene innenfor systemgrensene. Selv om legeföreningen er en felles representantorganisasjon for leger på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten, interesserer vi oss utelukkende for deres rolle i FLO. Denne inngår i organisasjonen. Øvrige mottakere, samt eksterne utviklere, plasseres utenfor organisasjonen.

Istedenfor å bruke «digitaliseringen av FLO» som betegnelse for den organisasjonen vi nå har definert, benyttes videre det kortere begrepet «FLO». Leser bør imidlertid tolke dette som synonymt med organisasjonsstrukturen i figur 3.



Figur 3: Egenkonstruerte systemgrenser for digitaliseringen av FLO. Stiplede dobbelpiler viser antatte kommunikasjonslinjer. Den heltrukne linjen mellom myndighetene og fastlegene viser kommandolinjen i vår forståelse av FLO.

I den forenklede strukturen forstås FLO som en organisasjon bestående av et strategisk toppunkt: myndighetene, og en stor, spredt operativ kjerne: fastlegene. Ordningen har flere fellestrekk med Mintzbergs (1979, gjengitt av Bolman og Deal, 2018) divisjonaliserte struktur med kvasiselvstyrte fastlegekontorer spredt rundt i landet, og en sentralisert beslutningsmyndighet hos myndighetene.

Figur 3 viser kommunikasjonslinjer og kommandolinjen i FLO. Sistnevnte fungerer best når «den enkeltes myndighet både godtas av de underordnede og autoriseres av de overordnede» (Dornbush og Scott, 1975, gjengitt av Bolman og Deal, 2018, s. 85). Bolman og Deal (2018) hevder imidlertid at dette trues av spenningsforholdet som oppstår i denne organisasjonsformen. Spenningsforholdet oppstår gjerne mellom hovedkontoret og divisjonene og synliggjøres typisk ved ulike politiske interesser, ulik forståelse av organisasjonens utfordringer grunnet avstand mellom beslutningsmyndighet og mottaker, og ulike endringsbehov (Bolman og Deal, 2018). Politiske faktorer oppstår gjerne ved at den sentraliserte beslutningsmyndigheten ønsker å oppnå styring og kontroll, mens de ansatte gjerne ønsker å bevare deres frihet og sentrale aspekter ved status quo (Bolman og Deal, 2018).

Dette forklares av teorien om makthavere og partisanere, der «Makthaverne er mottakere av eller mål for påvirkning og utøvere eller igangsettere av sosial kontroll. Potensielle partisanere har de motsatte rollene - de er utøvere eller igangsettere av påvirkning, og mål for eller mottakere av sosial kontroll.» (Gamson, 1968, s. 86, gjengitt av Bolman og Deal, 2018).

Når vi videre undersøker digitalisering som endringsprosess benyttes oppfattelsen av fastleger som partisaner, ansatte, brukere og mottakere av digitaliseringen, mens myndighetene tillegges rollen som makthaver og leder av digitaliseringen. Formålet med å tillegge fastlegen flere roller er at det tillater studien å øke tilgangen på litteratur, da den typisk henvender seg mot én av rollene.

2.2.2 Digitalisering som endringsprosess

Moran og Brightman (2001, s. 1, gjengitt av Hussain, Lei, Akram, Haider, Hussain og Ali, 2018, s. 2) definerer endringsledelse som «prosessen å kontinuerlig fornye en organisasjons retning, struktur og evne til de stadig skiftende behovene til interne og eksterne kunder». Som studenter av endring forstår vi digitalisering som en endring der denne fornyelsesprosessen har som hensikt å nå en ny og forbedret tilstand gjennom implementering av digitale elementer. Da denne studien ikke går inn på endringens innhold spesifikt, men heller undersøker den overordnede tilnærmingen til endringene, vil vi i motsetning til Sen Gupta (2020) ikke skille mellom «digitisering», «digitalisering» og «digital transformasjon». Vi benytter både «digitalisering» og «digital endringsprosess» som samlebegreper for alle de tre typene.

En digital endringsprosess er endring som muliggjøres eller drives av digital teknologi og resulterer i en fornyet eller forbedret tjeneste, service eller system (Bendor-Samuel, 2019; Lewis, McGann og Blomkamp, 2020; Bødker og Zander, 2015; Forshaug, 2015; Bason, 2013; Blomkamp, 2018). Uavhengig av om endringsprosessen skyldes digitisering, digitalisering eller digital transformasjon er fellestrekket at det er digital teknologi som driver endringen (Bendor-Samuel, 2019). Det er altså det teknologiske elementet i en endring som gjør at det kan kalles digitalisering. Bendor-Samuel (2019) hevder at slike endringer ofte feiler, da endringsgraden her er større enn i en typisk endring uten det teknologiske elementet. Han peker på at fokuset i endringsledelse er på å overbevise mennesker om hvorfor de må endres. Bendor-Samuel (2019) avetterer for at det største hinderet for at mennesker endrer seg er det de må gi opp. Han hevder dette forverres av at gevinstene fra digitalisering ofte gjelder for organisasjonen eller dens kunder, mens kostnaden retter seg mot de ansatte.

Det første punktet på regningen er at de ansatte må bevege seg inn i ukjente territorier (Bendor-Samuel, 2019). Bendor-Samuel (2019) hevder at dette spesielt gjelder for digitale endringer der ansatte blir bedt om å lære seg nye ferdigheter, gjøre arbeidsoppgaver på en helt ny måte og å overgi kontroll til et digitalt system. Kombinasjonen av usikkerhet rundt teknologien, uklarhet om fremtidige arbeidsoppgaver, og differanse mellom planlagte resultater og uforutsette konsekvenser utfordrer digitaliseringen. Organisasjoner prøver ofte å løse dette med ny teknologi som skal supplere og fasilitere endringsprosessen (Bendor-Samuel, 2019). I praksis medfører dette mange små endringsprosesser underveis, som ytterligere øker kostnaden for de ansatte (Bendor-Samuel, 2019).

Usikkerhet i forbindelse med teknologi finner vi også hos Orlikowski (1992). Hun tar opp teknologiens dualitet i form av tidlig litteraturs manglende evne til å se at teknologi kan være både konkret og abstrakt. Med konkret menes fysiske gjenstander, maskiner og verktøy, og med abstrakt menes sosiale teknologier som menneskers teknikker og kunnskap som inngår i menneskers utførelse av oppgaver (Orlikowski, 1992). Videre skiller hun mellom to moduser i interaksjonen mellom menneske og teknologi, «Design mode» og «Use mode». I design mode bygges teknologien basert på kunnskap om teknologiens tiltenkte funksjon, hvilke ressurser som er tilgjengelig og normer for hvordan den typen funksjon bør utføres (Orlikowski, 1992). I use mode formes teknologiens rolle av brukerne av teknologien og deres delte oppfatning av teknologiens hensikt eller betydning. Dette påvirker videre hvordan teknologiens design oppfattes og brukes (Orlikowski, 1992). Videre konstaterer Orlikowski (1992) at teknologiens design, bygging og bruk kan forekomme i tre ulike organisasjoner, i det hun kaller sted-tid diskontinuitet, som skaper avstand mellom bestiller, utvikler og bruker. I forlengelse vil denne

avstanden forsterke usikkerheten. Både ved at utvikleren ikke er kjent med behovene til de som skal bruke teknologien, men også i form av at ledere og utviklere ikke kan vite om brukere faktisk vil benytte seg av teknologien som tiltenkt (Orlikowski, 1992).

2.3 Kontekstuelle faktorer i endringsprosessen

Som nevnt i del 2.1.1 vil tilstedeværelsen av kontekstuelle faktorer påvirke endringsprosessen. På den ene side kan de bidra til å skape motivasjon til å endres, mens det på den andre siden kan motvirke endringen. Førstnevnte omtaler vi som endringsdrivere, mens sistnevnte kalles endringsmotstand.

2.3.1 Endringsprosessen: Drivere og motstand

Endringsdrivere er endringskrefter som driver endring og kan skape endringsvilje, og det skiller mellom interne og eksterne endringsdrivere (Burnes, 2004; Lewin, 1947; Stowell, 2020). Eksterne endringsdrivere er krefter som påvirker organisasjonen utenfra, for eksempel teknologisk utvikling, markedspreferanser og konkurrenter (Marković, 2008; Pilkington og Teichert, 2006; Sturdy og Grey, 2003). Eksterne endringsdrivere er ofte vanskelig eller umulig å kontrollere, og det er derfor de interne endringsdriverne det er naturlig å prøve å påvirke (Stowell, 2020; Predișcan, Bradutanu og Roiban, 2013).

Den mest synlige endringsdriveren i FLO tilfaller det andre eksempelet ovenfor: markedspreferanser. Spesielt sikter vi til pasientenes økte behov for tilgjengelighet og effektivitet gjennom digitale tjenester (Nur et al., 2018). Gitt pasientens plassering i figur 3 anses denne som en ytre kraft. De interne endringsdriverne er de som stammer fra myndighetene, legeföreningen eller fastlegene. Myndighetene har et ønske om å digitalisere (Høie, 2014; 2020; 2021; Nur et al., 2018), og i tillegg foreligger kompetansen for å ta i bruk digitale tjenester (Nur et al., 2018). Likevel er bruken av digitale tjenester langt mindre enn forventet (Nur et al., 2018). Det bringer oss til endringsmotstand.

Endringsmotstand er motviljen eller motkraften mot en modifikasjon eller transformasjon som endrer organisasjonen (Heathfield, 2020). Historisk sett har endringsmotstand hatt lett for å bli oversett, eller blitt underlagt klisjéen om at mennesker motsetter seg endring av natur (Lawrence, 1969). Kildene til endringsmotstand kan, i likhet med drivere, være både interne og eksterne. Tilsvarende som for endringsdrivere argumenterer litteraturen for at ekstern endringsmotstand er vanskeligere å påvirke, da det oppstår utenfor organisasjonen og dermed ute av organisasjonens kontroll (Stowell, 2020; Predișcan, Bradutanu og Roiban, 2013).

Blant interne kilder til endringsmotstand hevder Burnes (2014) at de ansattes motstand er den mest siterte i litteraturen. Dette støttes av Oreg (2006). Burnes (2014) viser til at ansattes motstand mot endring ofte oppfattes som medfødt, gjennomgripende, irrasjonell og dysfunksjonell i litteraturen. Dent og Goldberg (1999, s. 25) hevder at dette synet på ansattes endringsmotstand «er å finne i nesten hver eneste bok om ledelse av organisasjoner».

Fokuset i denne litteraturen er at motstanden skyldes individet (Burnes, 2014), likevel hevder Coch og French (1948) at de ansattes motstand ikke skyldes individet, men stammer fra endringens kontekstuelle faktorer. Til tross for at litteraturen som peker på individet er

betydelig nyere enn Coch og French, er deres fokus på endringens kontekst sammenfallende med utfordringen for brukerinvolvering i den engelske helsetjenesten (Buchanan et al., 2005). Dette medfører at vi tilføyer oss synet på motstand som noe som skyldes kontekst.

Kotter og Schlesinger (2008) hevder at det hovedsakelig er fire årsaker til at ansatte motstrider endring. Den første er et ønske om å ikke miste noe av verdi, og kan sammenlignes med tilknytning til status quo (Yang, 2014). Den tapte verdien relaterer ikke nødvendigvis til organisasjonen som helhet, men for individet som opplever endringen. I del 2.2.2 så vi hvordan Bendor-Samuel (2019) pekte på at gevinst-kostnads-forholdet for den ansatte ofte var skjevt balansert i retning kostnadsovervekt. I den forbindelse anses tilknytning til status quo å være en risiko til endringsmotstand i digitaliseringen.

Den andre årsaken er misforståelse av endringen og mangel på tillit, og ligner på det Weick (1995, gjengitt av Sveningsson og Sörgärde, 2020) kaller lokal sensemaking. Dette oppstår når det foreligger en oppfattelse om at endringen koster mer enn den gir, og kan ofte være overraskende for ledere som kun er kjent med den første årsaken til motstand (Kotter og Schlesinger, 2008). Denne årsaken ligner den første i at endringen koster mer enn den gir. Likevel henvises det her til en oppfattelse hos de ansatte, som ikke nødvendigvis er sann, men som resulterer fra manglende kunnskap. Avstand og usikkerhet, faktorer som gjerne oppstår både i organisasjonstrukturen, og i Orlikowskis sted-tid-diskontinuitet, anses å være en risiko som kan forårsake en slik misoppfatning i FLO. I en undersøkelse av barrierer for å ta i bruk digitale løsninger for fastlegekontorer finner Nur et al. (2018) at 42 til 52% av fastlegene spurt synes løsningene som tilbys medfører for stor kostnad (Studien separerer fastlegekontorer basert på antall fastleger. Det første tallet er fastlegekontorer med mindre enn 4 fastleger, det andre er 4 eller flere fastleger).

Den tredje årsaken er at det eksisterer en oppfatning i organisasjonen av at endring ikke gir mening, og kan sammenlignes med det Landaeta, Mun, Rabadi og Levin (2008) legger i ulike endringsbehov. I del 2.2.1 viste vi at Bolman og Deal (2018) påpekte partisaner-makthaver-utfordringen som oppstår når makthaveren ønsker å endres for å styrke styring og kontroll, mens ansatte ønsker å bevare sentrale aspekter ved egen arbeidshverdag. I Nur et al. (2018) sin undersøkelse pekes løsninger som ikke imøtekommer fastlegens behov på som den tredje største barrieren (28-31%) for å ta i bruk digitale løsninger.

Den fjerde årsaken er at ansatte i organisasjonen har lav toleranse for endring, eller at manglende kunnskap og ferdigheter skaper en frykt for endringen. I digitalisering er det ikke uvanlig at denne formen for motstand oppstår (Okkonen, Vuori og Palvalin, 2019; Salanova, Llorens og Cifre, 2013; Ragu-Nathan, Tarafdar, Ragu-Nathan og Tu, 2008). Likevel oppstår dette gjerne når ansatte er redde for at digitaliseringen skal erstatte dem (Salanova, Llorens og Cifre, 2013; Ragu-Nathan et al., 2008). Det virker usannsynlig at digitaliseringen i FLO skal erstatte fastlegen, men likevel finner Nur et al. (2018) at fastleger er bekymret for både egen og pasienters kompetanse. Deres undersøkelse finner at fastlegenes største barriere for å ta i bruk digitale løsninger er en frykt for at listepasienter ikke har tilstrekkelig digital kompetanse (53-57%). Til sammenligning scorer «frykt for egen kompetanse» 12-17%.

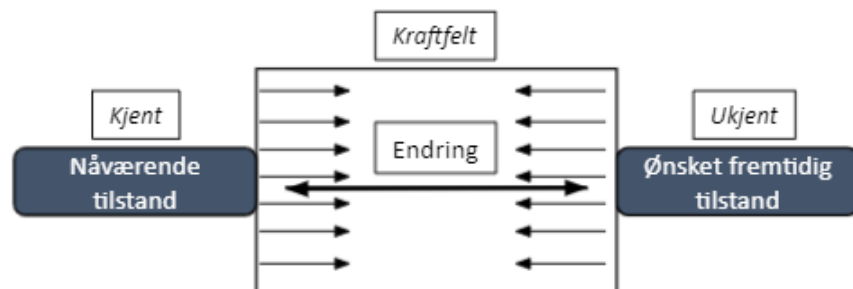
De kontekstuelle faktorene fra del 2.2.1 og 2.2.2 anses å gjelde for FLO i form av barrierer for, eller motstand mot, digitalisering. Før vi undersøker litteraturens håndtering av disse faktorene, ønsker vi en tidslinjeforståelse av når endringsmotstanden påvirker endringsprosessen.

2.4 Håndtering av endringsmotstand

Lewin (1947) legger frem tre steg for planlagt endring: Unfreeze, Change og Refreeze. I første steg er formålet å initiere endringen ved å styre organisasjonen i retning av den ønskede fremtidige tilstanden. Vi kaller denne fasen initieringsfasen. Steg to forstås som selve implementeringen av endringen, før det i steg tre søkes å befeste ny praksis i organisasjonen (Lewin, 1947). Disse to omtales henholdsvis som implementering- og oppfølgingsfasen.

2.4.1 Initiering av endring

I det første steget er organisasjonen stabil (Lewin, 1947). Lewin (1947) legger frem et kraftfelt (Figur 4) som illustrer hvordan endringsdrivere og endringsmotstand påvirker endringen. Denne modellen anses i litteraturen for å være fundamentet for modeller som beskriver forholdet mellom endringsdrivere og endringsmotstand i planlagte endringsprosesser (Predișcan, Bradutanu og Roiban, 2013; Hussain et al., 2018). Når det er likevekt mellom endringsdrivere og endringsmotstand vil endringen stå stille, og denne likevekten må brytes for å skape endring. En endring feiler hvis motstandskreftene er sterkere enn de endringsdrivende kreftene, for da går organisasjonen tilbake til «Nåværende tilstand», altså tilstanden før endringsprosessen ble igangsatt (Lewin, 1947). For å lykkes med endring må endringsdriverne utveie endringsmotstanden (Lewin, 1947; Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009).



Figur 4: Lewins kraftfelt: Endring initieres når drivende krefter (venstre piler) er større enn motstridende krefter (høyre piler).

Det er to måter å gjøre dette på: Øke drivere eller redusere motstand (Lewin, 1947). Feltteori indikerer at det er mulig å forstå de psykologiske kreftene, og dermed skape grunnlag for å endre atferden til individene som inngår i endringen (Burnes og Cooke, 2013). Coch og French (1948) hevder det er mulig å fjerne, eller omgjøre motstand til drivere ved å fasilitere kunnskapsdeling mellom ledelsen og ansatte der kilden til motstanden oppklares. Denne oppfatningen finner vi også igjen i nyere litteratur (Lawrence, 1969; Wilton, 2014; Predișcan, Bradutanu og Roiban, 2013; Amundsen og Kongsvik, 2016; Kotter og Schlesinger, 2008).

Forrige delkapittel identifiserte fire kilder til intern endringsmotstand: tilknytning til status quo, misforståelse av endring, ulike endringsbehov og manglende kunnskap.

Yang (2014) hevder bakgrunnen for tilknytning til status quo skyldes den underliggende, menneskelige frykten for det ukjente. Frykt og usikkerhet tilknyttet endringen sammenlignes med tryggheten og familiariteten ved nåværende tilstand, og styrker på den måten tilknytningen

til status quo (Yang, 2014). For å håndtere denne typen motstand er det viktig å kommunisere svakheten med status quo, behovet for endring og å vise hvordan endringen vil føre til en bedre situasjon (Lewin, 1947; Kotter, 1996; Kotter og Schlesinger, 2008). Kotter og Schlesinger (2008) hevder at ved å synliggjøre svakhetene til organisasjonen, og hvordan disse svakhetene truer organisasjonens overlevelse, etableres en «sense of urgency» for å endres. Ved å rette lyset mot ulempene ved nåværende tilstand, og ikke minst fordelene med fremtidig tilstand, vil både motstanden reduseres og drivere økes (Kotter og Schlesinger, 2008).

Sammenfallende med tilknytning til status quo, argumenterer Cunningham og Kempling (2009) for at organisasjoner i offentlig sektor er nødt til å fokusere på formidling av endringsplaner som tydeliggjør gevinsten av å endres. Wilton (2014) påpeker imidlertid at dette krever en grundig forståelse av hvordan endringen vil påvirke brukerne av nye systemer og tjenester for å unngå prematur gevinstrealisering.

Weick (1995, gjengitt av Sveningsson og Sörgärde, 2020) hevder misforståelse av endringens rasjonale skyldes de ansattes behov for forståelse. Når usikkerhet oppstår som følge av mangelfull kommunikasjon vil individer søke å skape en egen forståelse for å redusere usikkerheten (Brown og Cregan, 2008). Det er dette Weick (1995, gjengitt av Sveningsson og Sörgärde, 2020) kaller lokal sensemaking. Dårlig eller manglende kommunikasjon av endringens rasjonale fører til at ansatte som prøver å forstå endringen misforstår endringen, fordi de henger seg opp i tekniske aspekter ved et ukomplett bilde av endringen (Lawrence, 1969). Håndteringen av misforståelse av endring og mangel på tillit krever kommunikasjon av endringens formål (Kotter og Schlesinger, 2008). Den samme håndteringen finner vi hos Heracleous (2003, gjengitt av Sveningsson og Sörgärde, 2020) som hevder at tydelig, tosidig kommunikasjon av endringens rasjonale skaper forståelse hos ansatte og reduserer motstand.

I motsetning til de to foregående kildene til motstand er ikke ulike endringsbehov nødvendigvis et resultat av manglende kommunikasjon, men heller en iboende uenighet mellom ulike parter (Sveningsson og Sörgärde, 2020; Cunningham og Kempling, 2009). Det kan komme av forskjellige interesser i endringen, ulike idéer om endringens hensikt og forskjellige oppfatninger av hva som er god endring (Landaeta et al., 2008). Ulik oppfatning av hva som er god endring kan også komme av ulike endringsfilosofier der ledelsen ønsker en endringsprosess der de selv har en dominerende rolle, mens de ansatte ønsker en mer brukersentrert tilnærming der deres rolle er større (Landaeta et al., 2008; Damodaran, 1996). Likevel hevder Brown, Kulik, Cregan og Metz (2017) at tydelig kommunikasjon også her kan bidra til å redusere motstanden, da selv ansatte som er uenige i rasjonalet bak en endring vil motsette seg endringen mindre dersom rasjonalet har blitt tydelig kommunisert.

Håndtering av mangel på kompetanse krever en forståelse av fryktens legitimitet (Yang, 2014). Dersom frykten skyldes manglende forståelse vil tydelig kommunikasjon bidra til å redusere motstanden (Cunningham og Kempling, 2009). Frykten for at kompetanse vil bli utdatert er likevel i mange tilfeller legitim, og endringsmotstanden kan ikke nødvendigvis reduseres gjennom å tydeliggjøre behovet for endring (Yang, 2014; Tabrizi, Lam, Girard og Irvin, 2019). Istedenfor må de ansatte forberedes på den kommende endringen på best mulig måte i initieringsfasen, selv dersom endringen går imot de ansattes behov og preferanser (Stowell, 2020; Predişcan, Bradutanu og Roiban, 2013).

2.4.2 Implementering og konsolidering av endring

Etter Unfreeze er de neste to stegene i Lewins trestegs-modell Change og Refreeze. Change innebærer selve implementeringen av endringen, og kan anses som overgangen fra gammel til ny tilstand. Dette steget avhenger av forarbeidet i Unfreeze og hvordan endringen følges opp i Refreeze. Dette bringer oss til siste steg med samme navn, det vi også kaller oppfølgingsfasen.

Refreeze handler om å sørge for at endringen som har blitt gjennomført ikke blir reversert, og at den nye tilstanden opprettholdes (Lewin, 1947). Kotter (2008) hevder det viktigste elementet i denne fasen er å institusjonalisere og konsolidere endringen for å befeste ny praksis i organisasjonen. Hayes (2014) har samme oppfatning, og tillegger også viktigheten av å bruke endringens suksess for å skape grobunn for videre endring. Det er her viktig å overbevise ansatte om at ny praksis er bedre enn gammel, eller, for å relatere det til Bendor-Samuel (2019): at gevinst utveier kostnad. Det stilles krav om at det ikke holder å synliggjøre overordnede gevinster for organisasjonen, men at det må synliggjøres hvordan endringen skaper bedre vilkår for de som påvirkes av den (Kotter og Schlesinger, 2008).

Det er imidlertid ikke alltid slik at gevinster utveier kostnaden (Lanter og Essinger, 2017; Suc, Prokosch og Ganslandt, 2019; Bendor-Samuel, 2019). Her er avstand, usikkerhet og mangelfull kommunikasjon typiske trusler mot konsolidering (Clarke og Craft, 2018; Lanter og Essinger, 2017). Når en tjeneste er ferdig designet og implementert vil dens langsiktige suksess avhenge av kvaliteten på oppfølgingen (Lanter og Essinger, 2017). Lanter og Essinger (2017) mener endringens siste fase bør være fleksibel i den forstand at tilbakemeldinger bør benyttes til å vurdere om endringen bør modifiseres. Når brukerne opparbeider bedre forståelse og erfaringer med systemet og tjenestene de benytter, vil de kunne gi mer detaljerte, og bedre tilbakemeldinger til utvikleren (Kimbell, 2011).

Clarke og Craft (2018) vektlegger behovet for involveringsmetoder i oppfølging av nye tjenester og systemer, slik at negative resultater kan identifiseres og rettes opp. Kujala (2003) etterspør spesielt fasilitering av informasjonsdeling som kan avgjøre om tiltakene var en suksess (Kujala, 2003). I tillegg til oppfølging rettet mot tekniske elementer og brukervennlighet, bør også organisatoriske aspekter som systemets integrasjon med arbeidsprosesser og ansattes forpliktelser til det nye systemet evalueres (Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009). Suc, Prokosch og Ganslandt (2009) viser til en studie gjennomført av Aarts, Doorewaard og Berg fra 2004. Denne studien undersøkte hvorfor implementering av nye digitale systemer feilet i et sykehus. Årsaken til feilen var ikke bare grunnet systemets begrensninger, men en begrenset forståelse av hvordan systemet påvirket brukernes arbeidsprosesser og holdninger. Hos et annet sykehus, der brukernes oppfatning ble tillagt mer vekt i oppfølgingen, lyktes endringen av det samme systemet på lang sikt (Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009).

2.5 Brukerinvolvering for å håndtere faktorene

De kontekstuelle utfordringene kom gjerne fra ulike behov, store avstander, mangel på kommunikasjon og mangel på forståelse. Konsekvensene viser seg i endringsmotstanden som både kan hindre initiering av endring, samt motvirke at den nye situasjonen befester seg i organisasjonen når endringen skal konsolideres. Litteraturen hevder brukerinvolvering vil kunne motvirke alle disse faktorene. Brukerinvolvering i helsesektor vil oppklare ulike

behov (Hartwick og Barki, 1989; Heinbokel et al., 1996; Kujala, 2003; Baroudi, Olson og Ives, 1981), redusere avstand (Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009; Clarke og Craft, 2018), fasilitere kommunikasjon (Hartwick og Barki, 1989; Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009; Clarke og Craft, 2018), og skape forståelse (Kujala, 2003; Baroudi, Olson og Ives, 1981; Lanter og Essinger, 2017).

Likevel finner vi at et gjennomgående tema i litteraturen er en mangel på konkretisering av begrepet brukerinvolvering. Wilson et al. (1997) bruker det som et synonym til brukerfokus, Noyes, Starr og Frankish (1996) benytter det som en beskrivelse for å konsultere sluttbrukere, Grudin (1991) mener brukerinvolvering omhandler kontakt med systemets brukere, mens Heinbokel et al. (1996) henviser til brukerdeltagelse. Kujala (2003) hevder brukerinvolvering kan ses på som et generelt begrep for å beskrive direkte kontakt med brukere, og at begrepet i seg selv dekker en rekke ulike tilnærminger. Dette er forenlig med Damodarans syn på hva brukerinvolvering innebærer, så med andre ord er det nok av definisjoner på brukerinvolvering til at en kan få en dekkende forståelse av konseptet. Likevel sliter mange ledere med å benytte brukerinvolvering på en effektiv måte (Damodaran, 1996; Hartwick og Barki, 1989; Buchanan et al., 2005). Årsakene til dette kan være en manglende forståelse av hva brukerinvolvering går ut på, og hva slags brukerinvolvering som bør benyttes i ulike kontekster (Damodaran, 1996, Buchanan et al., 2005). I det formål å identifisere hvordan ulike metoder for brukerinvolvering kan benyttes i endringsprosessen lener vi oss på Damodarans (1996) tre nivåer av brukerinvolvering: Informativ, konsultativ og partisipativ, hvert med sine respektive formål, innhold og begrensninger.

2.5.1 Informativ brukerinvolvering

Informativ brukerinvolvering er det minst omfattende nivået av brukerinvolvering, og innebærer prosesser der brukere gir og mottar informasjon (Kpamma, 2016). Litteraturen som kan spores tilbake til Lewin (1947) peker ofte på suksessfaktorer som lederen av endringen må ta hensyn til når endringen skal implementeres (Armenakis, Harris og Feild, 2000; Kotter, 1995; Kotter, 1996; Kotter, 2008; Kotter og Schlesinger, 2008; Hayes, 2014). Fokuset er på et top-down styringssystem, der formålet er å påvirke eller ta hensyn til interne krefter, og eventuelt omgjøre endringsmotstand til endringsdrivere. Litteraturen som averterer for top-down styring anerkjenner behovet for brukerinvolvering, men fokuset er gjerne på hvordan ledelsen kan informere brukere om endringen, og motta tilbakemeldinger på informasjonen som gis (Fernandez og Rainey, 2006). Det handler altså om informasjon og formidling av endringens og ledelsens intensjon.

Fokuset på at endring er noe som styres fra toppen er fremtredende også i litteratur om brukerinvolvering (Lawrence og Lorsch, 1967; Pfeffer og Salancik, 1978), og Fernandez og Rainey (2006) viser til at mange teorier retter lite oppmerksomhet mot brukeren (DiMaggio og Powell, 1983; Hannan og Freeman, 1984; Scott, 2003, alle gjengitt av Fernandez og Rainey, 2006). Dette fokuset på top-down styring har, ifølge Fernandez og Rainey (2006), skapt konflikter i litteraturen. Likevel finnes det flere studier som indikerer at denne styringen evner å skape gode resultater (Armenakis, Harris og Feild, 2000; Kotter, 1995).

Hartwick og Barki (1989) kaller denne tilnærmingen til brukerinvolvering for indirekte involvering, og refererer til at brukeren leser informasjon, opparbeider seg en mening og generelt følger

med på endringsprosessen og gir tilbakemeldinger dersom de blir bedt om det. Granath (2001) benytter begrepet datainnsamlingsmetoden om denne prosessen. Typiske involveringsmetoder som benyttes her er kommunikasjon (Lewin, 1947; Kotter, 2008; Heracleous, 2003; Baroudi, Olson og Ives, 1986) og spørreskjemaer (Lewis, McGann og Blomkamp, 2020).

Bruksområde

Informative metoder egner seg til å oppklare misforståelser. I initieringsfasen bør brukerinvolveringens formål være å redusere eller omgjøre endringsmotstand til endringsdrivere (Coch og French, 1948; Predișcan, Braduțanu og Roiban, 2013). Formidling av endringens rasjonale, formål og visjon vektlegges i endringslitteraturen (Lewin, 1947; Kotter, 2008; Heracleous, 2003). Hanington (2003) hevder informative metoder er hensiktsmessige for å innhente og formidle informasjon om brukeres usikkerhet og preferanser. Baroudi, Olson og Ives (1986) viser til seks studier (King og Rodriguez, 1981; Lucas, 1975; Maish, 1979; Robey og Farrow, 1979; Swanson, 1974) som ser på sammenhengen mellom det vi kaller informativ brukerinvolvering og brukeres tilfredshet med informasjon. Den dominerende hypotesen her er at brukerinvolvering i form av kommunikasjon leder til en økning i både brukeres tilfredshet med informasjon, og i forlengelse systembruk. Studiene hevder at informativ brukerinvolvering fører til bedre forståelse av systemet, reduserer usikkerhet og medfører en bedre tilpasning mellom bruker og system (Baroudi, Olson og Ives, 1986).

Informative metoder egner seg også når endringen skal konsolideres. I stedet for å måtte avgjøre hva som vil være best for individet på forhånd, tilrettelegger dette nivået av involvering muligheten til å se an individenes respons på en endring og deretter korrigere etter behov (Lanter og Essinger, 2017). Hanington (2003) avverterer for at informative brukerundersøkelser benyttes for å undersøke hvorvidt endringen konsolideres for brukerne.

2.5.2 Konsultativ brukerinvolvering

Konsultative involveringsmetoder gjør det enklere for brukeren å påvirke beslutninger sammenlignet med informative metoder (Kujala, 2003; Damodaran, 1996), og tilegner i så måte endringen en større mulighet til å tilpasses kulturell og politisk innflytelse. Det innebærer også å tilegne brukeren større autoritet og ansvar, noe Mathieu, Gilson og Rubby (2006) hevder øker effektiviteten av brukerinvolvering.

Utgangspunktet for konsultative involveringsmetoder for brukerinvolvering er en anerkjennelse av at brukeren har erfaringer og kunnskap som er relevant og kan bidra til å skape bedre tjenester og systemer (Baroudi, Olson og Ives, 1986). Dette nivået av brukerinvolvering gir mulighet til å forstå brukerens oppfatning, og benyttes for å redusere interne motstandskilder der informative metoder ikke strekker til (Damodaran, 1996).

Det finnes mange eksempler på endringsprosesser som opplever at toppledelsens initiativ ikke er tilpasset de ansatte på lokalt nivå (Wilton, 2014; Hussein, 2016). Blant årsakene til dette peker Wilton (2014) på prematur gevinstrealisering fra toppledelsens side. Kunnskap er ofte spredt rundt i organisasjoner (Becker, 2002) og det er ikke unaturlig at avgjørelser som baserer seg på at denne kunnskapen er tilgjengelig for alle parter resulterer i uenighet (Wilton, 2014). Mintzberg (2005, gjengitt av Sveningsson og Sörgärde, 2020) peker, som Orlikowski (1992), på avstanden som en årsak til dette, da han hevder at ledere som er distansert har vanskeligere for å forstå hvordan man kan skape meningsfulle organisasjoner som tjener et mangfold av

ulike interesser.

Konsultative metoder reduserer usikkerhet og misforståelser som skyldes avstanden mellom ledelsen og brukerne, og bidrar til å oppklare ulike endringsbehov (Wilton, 2014; Kujala, 2003; Sveningsson og Sörgärde, 2020). Wulz (1986) peker på at overgangen fra informativ til konsultativ brukerinvolvering også markerer overgangen mellom passiv og aktiv deltagelse, der vi forstår definisjonen av passiv deltagelse som sammenfallende med Hartwick og Barkis (1989) definisjon av indirekte involvering. Dersom ansatte har en aktiv rolle i endringen, øker forpliktelsen og motivasjonen til å endres (Furst og Cable, 2008; Higgins, Judge og Ferris, 2003; Brown og Cregan, 2008).

Bruksområde

I følge Gagnon et al. (2015) bør konsultering med brukere ikke begrenses til å vurdere teknologien, men integreres på en holistisk og deltagende måte slik at ulike behov kan identifiseres og innfris. De fant at den største barrieren for brukerinvolvering i vurdering av helsereelatert teknologi var et top-down system med overdrevent fokus på informative involveringsmetoder som ikke evnet å ta stilling til brukernes perspektiv.

Konsultativ involvering av brukerrepresentanter i vurderingen av ny helsereelatert teknologi ses på som en effektiv metode for å tilegne seg brukeres perspektiver gjennom diskusjon om, og tilbakemeldinger på, ny teknologi (Gagnon et al. 2015). Brukerrepresentanter opplever også deltagelse i vurderingen av nye teknologiske løsninger svært relevant da de kan bidra med deres kunnskap og erfaringer som ofte varierer fra ledelsens oppfatning (Gagnon et al. 2015).

Endringer som baserer seg på konsultative metoder oppnår generelt en høyere grad av aksept hos brukeren (Oreg, 2006), noe som øker sannsynligheten for at endringen konsolideres. Da aktiv brukerdeltagelse generelt er mer tidkrevende, viser Granath (2001) til at det ofte benyttes involveringsmetoder der brukere velger ut representanter som skal snakke på vegne av den større populasjonen.

Gagnon et al. (2015) sine intervjuer med sykehusledere og brukerrepresentanter pekte på at brukeren av nye tjenester bør involveres fra begynnelsen av endringsprosessen. Del 2.3.1 pekte på hvordan endringsbehov kan variere, og Gagnon et al. (2015) viser til at konsultativ brukerinvolvering bør benyttes som verktøy for å prioritere behov. Samme studie argumenterer for at det er de brukerne som direkte påvirkes av den nye teknologien som bør involveres på dette stadiet. De peker også på at da brukeres prioritering av behov kan avhenge av hvem som involveres, bør en stor brukergruppe involveres for å sikre overførbarhet til den generelle populasjonen.

Konsulterende involvering gjennom møter med pasienter, deltagelse på planleggingsmøter, brukerpaneler og fokusgrupper, skaper gode forutsetninger for innføring av nye teknologier i helsesektor (Crawford et al. 2002). Formidling av endringsplaner bør baseres på konsultativ involvering (Gagnon et al., 2015; Hanington, 2003), men følges opp gjennom informativ involvering (Crawford et al., 2002; Hanington, 2003). Bruk av informativ involvering i form av spørreskjemaer for å følge opp planene vil bedre informasjonsflyt og tilby muligheten til å justere endringsplaner ved å synliggjøre behov for konsultative metoder (Crawford et al., 2002). Som det fremkom i del 2.4 vil god informasjonsflyt motvirke usikkerhet og tilknytning til status quo. Det betyr at når ledelsen skal formidle informasjon ved bruk av informativ involvering, bør innholdet i planen som formidles være et resultat av konsultative metoder.

2.5.3 Partisipativ brukerinvolvering

Tradisjonelt sett har det i utvikling av helsetjenester vært to metoder for å involvere brukere på i planleggingen og implementering av endringen: den demokratiske metoden og konsumermetoden (Forshaug, 2015). Her har brukeres erfaringer og innspill i stor grad basert seg på informativ involvering, som for eksempel spørreskjemaer (Forshaug, 2015), og i noen grad konsultativ involvering ved å benytte representanter (Forshaug, 2015).

I senere tid har derimot brukerens ekspertise blitt anerkjent som en viktig årsak til mer omfattende brukerinvolvering i utvikling og design av systemer og tjenester (Forshaug, 2015; Bason, 2013; Blomkamp, 2018; Norman, 1988; Sanoff, 1990; Dorst, 2011; Gibbons, 2016; Forlizzi, 2018; Hyla, 2017) for organisasjoner som søker å gjennomføre endring (Kimbell, 2011; Keates, Clarkson, Harrison og Robinson, 1999). Økende krav til offentlig innovasjon har ført til at myndigheter i større grad har begynt å eksperimentere med brukersentrerte tilnærminger, som «brukersentrert design» og «design thinking», i utviklingen av offentlige tjenester og politiske avgjørelser (Bason, 2013; Kimbell, 2011; Blomkamp, 2018; Bailey og Lloyd, 2016). Her ses brukere på som en kreativ partner når digitale systemer og tjenester skal designes (Forshaug, 2015).

I litteraturen som tilegner brukeren størst vekt er gjerne anerkjennelsen av at brukerens erfaringer og kunnskap vil kunne bidra til å skape gode, langsiktige løsninger fremtredende (Jégou og Manzini, 2008; Preece, Rogers og Sharp, 2002; Sanders og Stappers, 2007; Sanoff, 1990). Det kan også ses på som en metode for å motvirke det Orlikowski (1992) kaller sted-tid-diskontinuitet, der designet og bruken av tjenesten foregår på ulike steder til ulik tid. Ved å la brukere medvirke i designet av tjenesten hevder litteraturen at tjenestene og systemene som utvikles har større sjanse for å formes etter reelle brukerbehov, og bidra til økt systembruk og brukertilfredshet (Baroudi, Olson og Ives, 1986; Karat, 1997; Wilson et al., 1997; Keates et al., 1999; Sanoff, 1990;). Dette synliggjøres av Bødker og Zanders (2015) som fant at brukere som fikk delta aktivt i design av en tjeneste hadde høyere sannsynlighet for å bruke tjenesten.

Gidlund (2015) viser til empiriske resultater som vitner om at brukere av offentlige tjenester er positive til, og tryggere på egen kompetanse i bruken av nye tjenester dersom de får delta i designprosessen selv. Da frykt for manglende kompetanse er en kilde til endringsmotstand, forsterkes viktigheten av at brukerinvolvering ikke bare handler om å bli kjent med brukerne, men også tillater dem å aktivt delta i designet.

Bruksområde

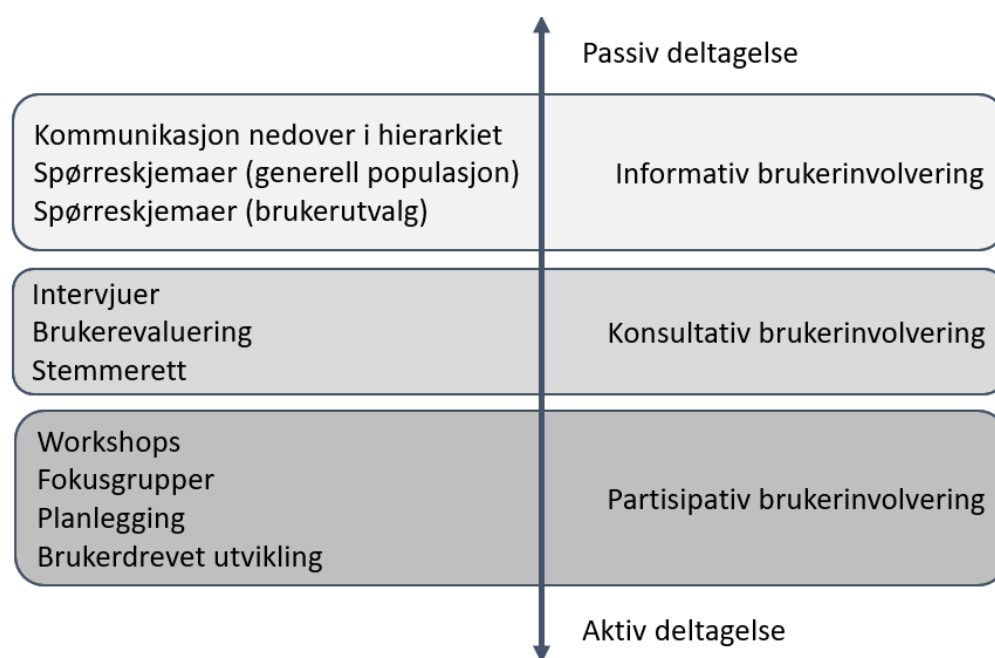
I tilfeller der tilbakemeldinger av informative og konsultative involveringsmetoder ikke reflekterer lederens og utviklerens intensjon bør partisipative metoder benyttes (Razzouk og Shute, 2012; von Hippel, 2005). Hanington (2003) mener partisipative metoder bør begrenses til prototyping og testing etter hvert som systemet utvikles, da det ofte er mer tidkrevende enn informative og konsultative metoder.

Brukere som involveres bør deles inn i ulike segmenter som hver representerer ulike interessenter (Lanter og Essinger, 2017; Gould og Lewis, 1985; Hekkert og Van Dijk, 2011). Hvert segment bør også inneholde et representativt utvalg av brukere innenfor samme interessentgruppe (Lanter og Essinger, 2017). Litteraturen erkjenner at det ikke alltid er mulig å utvikle systemet til å imøtekomme alle segmentenes behov, og det inngår dermed i utviklerens rolle å finne

avveininger som på beste måte former designet, samtidig som det kan aksepteres av alle interessentene. (Lanter og Essinger, 2017).

2.6 Oppsummering

Litteraturen forteller at kontekstuelle faktorer påvirker digitaliseringen i FLO. Spesielt trekkes avstand og usikkerhet frem som typiske kontekstuelle faktorer ved digitalisering i FLOs kontekst. Konsekvensene synliggjøres i form av intern endringsmotstand som begrenser digitaliseringen. For å håndtere motstanden presenterer litteraturen flere metoder for brukerinvolvering. Disse kan inndeles i tre nivåer, se figur 5. Valg av nivå og metoder for involvering bør baseres på hvordan organisasjonens kontekstuelle faktorer påvirker digitaliseringen (Gidlund, 2015; Buchanan et al., 2008).



Figur 5: *Ulike metoder for brukerinvolvering og deres grad av deltagelse. Figuren er basert på Wulz (1986), der vi har delt inn i informativ, konsultativ og partisipativ involvering basert på litteraturen.*

Litteraturen gir oss et grunnlag for hva vi kan forvente, likevel erfarer Gagnon et al. (2015) at oppfattelsen av interne endringsbegrensende faktorer er vanskelig for utenforstående å vurdere, da de selv ikke har erfart hvordan interne prosesser begrenser eller vanskeliggjør digitale endringsprosesser. I følge Gagnon et al. (2015) vil brukerrepresentanters perspektiver bidra til en mer dekkende forståelse av kontekstuelle endringsdrivere og endringsbegrensninger for både brukeren og ledelsen. I lys av dette vil det dermed være hensiktsmessig å identifisere endringsbegrensende faktorer ved å forhøre oss med brukerrepresentanter. Da brukeren i vår studie er fastlegen, vil vi spørre fastlegene.

3 Forskningsmetode

I dette kapitlet vil vi presentere forskningsmetodikken vi har benyttet. Først forklares formål ved, og valg av, forskningsstrategi. Deretter forklarer vi valg av forskningsmetode, og gir innsyn i hvordan forskningen er gjennomført og hvordan informanter er valgt. Vi forklarer hvordan vi har gått frem for å trekke ut viktige funn fra datamaterialet, og presenterer hovedkategorier og strukturen til analysen. Avslutningsvis kommenterer vi hvordan resultatene formidles og legger frem etiske hensyn ved studien.

3.1 Forskningsstrategi

Bryman (2016) skiller mellom kvalitativ og kvantitativ forskning, der valget bør baseres på hva studien ønsker å avdekke. Vi søker å besvare hvordan fastlegen involveres i digitaliseringen i FLO. Innbakt i studiens problemstilling er flere spørsmål. Ikke bare ønsker vi å avdekke hvordan involvering av fastleger foregår, men også hvordan involveringen av fastleger påvirker digitaliseringen. Følgelig er vi ikke interessert i å isolere involveringen som selvstendig fenomen, men heller kombinere involveringsmetodene med digitaliseringen. I den forbindelse forsøker vi å få innsikt i fastlegenes forståelse av utfordringer som oppstår under endringsprosessene i FLO for å kunne evaluere hvilken rolle brukerinvolvering spiller i digitaliseringen. Enkelt formulert betyr dette at vi ønsker mer innsikt i områder vi vet mindre om.

Isolert sett ville det vært mulig å undersøke involvering av fastlegen i digitaliseringen gjennom en kvantitativ undersøkelse, men da studien innebærer spørsmål om hvorfor fastlegen involveres, hvordan fastlegen påvirkes av prosessen, og hvordan fastlegen tolker digitaliseringen, vil en kvantitativ tilnærming generere lite verdi.

Vi tar en induktiv inngang fordi brukerinvolvering generelt er skrevet lite om i FLO. Det er også lite litteratur som kombinerer metoder for involvering med endring i offentlig helsesektor. Behovet for større forståelse av brukerinvolveringens rolle i denne konteksten samsvarer med Brymans (2016) rasjonale for bruk av en induktiv tilnærming.

I henhold til Bryman (2016) oppfyller vi alle kriteriene for valg av en kvalitativ forskningsstrategi. Dette valget vil, i tillegg til å være godt egnet for forståelse av organisatoriske prosesser (Graebner, Martin og Roundy, 2012), tillate oss å identifisere og fange opp detaljer og mekanismer som overses av kvantitative metoder.

Ved en kvalitativ forskning vil man iterere mellom datainnsamling, tolkning og teoriutvikling (Bryman, 2016; Tjora, 2017), noe som tilbyr oss fleksibilitet til å endre og tilpasse datainnsamlingen etter hvert som ny informasjon oppstår. Forskningsstrategiens mulighet til å undersøke kausale forhold i FLOs kontekst tillater oss å generere en dypere innsikt i hvordan brukerinvolveringen foregår i, og påvirker, digitaliseringen.

3.2 Datainnsamling

I kvalitativ forskning er intervjuer den vanligste metoden for datainnsamling, og det skilles mellom strukturerte og ustrukturerte intervjuer (Bryman, 2016). Likevel er det vanlig å

kombinere de i form av semi-strukturerte intervjuer (Tjora, 2017). Det er denne formen vi har valgt. Ønsket om fleksibilitet til forskningen, og detaljert forståelse av fastlegenes involvering i digitaliseringen ivaretas ved bruk av semi-strukturerte intervjuer (Bryman, 2016). Forskeren får mulighet til å oppnå innsikt i informantens tanker, meninger og forståelse av situasjonen samtidig som det tilbyr frihet til å tilpasse intervjuene etter hvert som ny informasjon oppdages og konsepter og ideer utvikles (Bryman, 2016). Dette tillater videre intervjuene å fokusere på de samme temaene, samtidig som det åpner for at intervjuobjektene kan utbrodere rundt ting hun synes er mer interessante enn andre (Tjora, 2017). Semi-strukturerte intervjuer åpner også for oppfølgingsspørsmål, som ikke nødvendigvis trenger å befestes i intervjuguiden, men blir til ettersom intervjuet utfolder seg (Tjora, 2017).

3.2.1 Intervjuene

Grunnet begrenset litteratur om involvering i digitaliseringen av FLO begynte arbeidet med relativt blanke ark, og vi var dermed avhengig av å skape egen empiri for å forstå utfordringene. Fastlegenes travle arbeidshverdag medførte at det var krevende å benytte de som eneste kilde til denne forståelsen. Vi opplevde at de forventet effektiv kommunikasjon under intervjuene, noe som medførte at vi ønsket en god forståelse av situasjonen i forkant av intervjuene. Vi valgte derfor å supplere datagrunnlaget med sekundærkilder. I tillegg til våre intervjuer inngår transkripsjoner fra et parallelt forskningsprosjekt ved NTNU, samt 21 rapporter, utredninger, kronikker, masteroppgaver og foredrag i datagrunnlaget. Her inngår ni rapporter og utredninger (Norges forskningsråd, 2006; EY og Vista Analyse, 2019; Helfo, 2020; Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse, 2018; Holm, Fagerlund og Zanaboni, 2018; Nur, Lindeman, Trømborg og Makridis, 2018; Zanaboni og Makhlysheva, 2018; Direktoratet for e-helse, 2019; 2020; 2021), ni kronikker (Asplin og Hoholm, 2020; Befring, 2012; Christiansen og Sandvik, 2017; Grimsmo, 2015; Halvorsen og Klev, 2019; Lie, Jensen, Lichtwarck, Storaas, Torjussen og Havnes, 2015; Prøsch, 2020; Storvik, 2020:1; 2020:2), to masteroppgaver (Lie og Myhren, 2019; Stensønes og Harang, 2019) og ett webinar (Swedish Collaboration on Digital Care Research, 2021). Sekundærkildene har bidratt til forståelse og utforming av spørsmål og intervjuguide for intervjuene. Analysen baserer seg derimot på primærkildene. Her inngår syv dybdeintervjuer.

Intervjuene ble tilpasset hver informant på bakgrunn av det vi visste om informanten. Overordnet inneholdt imidlertid alle intervjuguidene de samme hovedtemaene. For å bevare flyt under intervjuet ble temaer og spørsmål rokert rundt etter hva som var mest naturlig å snakke om. Transkribering og koding ble gjennomført i etterkant av hvert intervju. Dette resulterte i at vi valgte å fokusere mer på både spørsmål vi fant interessante, men også spørsmål vi hadde lite informasjon om. Det iterative analysearbeidet gjorde at intervjuguiden ble mer strukturert og spisset for de siste intervjuene. Eksempler på intervjuguider er vedlagt i appendiks A (Del 8).

De fem første dybdeintervjuene hadde en varighet på mellom 60 og 100 minutter, mens de to siste varte rundt 40 minutter. Grunnet den pågående pandemien ble alle intervjuene avholdt digitalt. Foruten noen tekniske forsinkelser opplevde vi ikke at dette var et hinder for studien.

Kriteriet for å avslutte intervjuprosessen ble valgt på bakgrunn av behov og tilgjengelighet. Med behov mener vi at som hovedregel fortsatte vi med intervjuer så lenge foregående intervjuer ga oss ny kunnskap eller ikke besvarte alle spørsmålene våre. Intervjuprosessen ble

etterhvert mettet i den forstand at nye informanter ikke kunne gi oss ny informasjon (Tjora, 2017). I tillegg var det krevende å oppdrive informanter. Dette kan skyldes både at NTNU har et pågående forskningsprosjekt der mange av de aktuelle informantene har deltatt, og fordi fastlegene generelt har veldig lite fritid, som de må ofre for å delta i våre intervjuer. Sistnevnte oppfattes i seg selv som et funn som indikerer at fastleger generelt har lite tid tilgjengelig for å involvere seg i digitaliseringen. Dette erfarte også Nur et al. (2018) da de i forbindelse med utredning av digital modenhet ved norske fastlegekontorer opplevde at kun 12% av de kontaktede fastlegene svarte på deres henvendelser.

Vanskelighetene med å oppdrive informanter gjorde samarbeidet med det pågående forskningsprosjektet desto mer verdifullt. Det ga oss tilgang på tidligere intervjuer og artikler som var relevant for vår studie. I disse transkripsjonene hadde ikke vi som forskere mulighet til å påvirke innholdet i intervjuene etter våre behov. Likevel var det mange paralleller mellom det pågående forskningsprosjektet og vår egen studie. Dette bidro til å styrke det empiriske grunnlaget vårt betraktelig.

3.2.2 Valg av informanter

Når det gjelder valg av informanter har vi benyttet hensiktsmessig utvalg (Bryman, 2016). I denne metoden er det ikke ønskelig med et tilfeldig utvalg, da målet er et strategisk utvalg av informanter som velges ut på bakgrunn av deres relevans for forskningsspørsmålet (Bryman, 2016). Vi har forsøkt fem tilnærminger til å få tak i informanter, hvor vi har lyktes med tre. Tre av tilnærmingene sammenfaller med det Bryman (2016) kaller opportunistisk utvalg. I den første av disse tok vi kontakt med utviklere av digitale verktøy vi visste fastlegene benyttet, i det formål å få tak i relevante fastleger disse utviklerne hadde samarbeidet med. Vi fikk her tak i tre kontakter, hvorav én informant stilte til intervju. I den andre tilnærmingen benyttet vi oss av nettverket til det pågående forskningsprosjektet ved NTNU. Vi fikk tak i tolv kontakter, hvor fire informanter deltok i studien gjennom denne kanalen. Den tredje tilnærmingen var å kontakte fastleger som har vært synlige i medier som Dagens Medisin, Tidsskriftet for den norske legeforening, og Trønderopprøret. Vi kontaktet elleve fastleger, hvorav ingen svarte oss. Etter intervjuer benyttet vi oss av snøballmetoden (Bryman, 2016) i et forsøk på å få tilgang til flere informanter. Dette resulterte i et titalls kontaktpersoner, hvorav to stilte til intervju. Som siste tilnærming benyttet vi oss av tilfeldig utvalg (Bryman, 2016) i et forsøk på å kompensere for det som må sies å være et lavt antall informanter. Vi henvendte oss til fem fastlegekontorer der flere fastleger var ansatt. Til tross for at ett av kontorene svarte at de kunne stille til intervju, mistet vi kontakten når vi skulle avtale tidspunkt.

Formålet med å benytte ulike tilnærminger for å få tak i informanter var hovedsakelig å forstå digitaliseringen fra flere synspunkter. Det gjelder også den siste tilnærmingen, selv om ønsket for denne primært var å få et større utvalg.

3.3 Dataanalyse

Vi transkriberte lydopptakene av intervjuene til ren tekst. Deretter benyttet vi koding ved hjelp av NVivo for videre analyse av dataen. Det medførte imidlertid en utfordring at vi var

opptatt med det Tjora (2017) kaller variabeltenkning, der vi betraktet kodene som temaer som kunne sorteres etter litteraturgrunlaget. Dette medførte at vi tok en ny runde med strengere empirinær koding (Tjora, 2017), der behovet for linken til teori ble erstattet av ønsket om å trekke frem de mest interessante utsagnene uavhengig av linken til litteraturen. Der vi i utgangspunktet benyttet kriteriet om relevans med litteraturen benyttet vi nå to spørsmål for å anse kodens relevans (Tjora, 2017): Forteller koden oss noe vi ikke visste på forhånd? Gjenspeiler koden hva som ble sagt? Hvis svaret på begge disse spørsmålene var ja, etablerte vi det som en kode.

Vi kategoriserte så kodene i kategorier, hvor én kategori ble benyttet som en restgruppe for koder som enten var unike eller ikke passet inn i hovedkategoriene (Tjora, 2017). Kriteriet for grupperingen var at kodene hadde en tematisk sammenheng (Tjora, 2017). Målet med kategoriene var tredelt. Vi ønsket å hente ut essensen fra hvert intervju, redusere volumet, og tilrettelegge idégenerering basert på de detaljene som var viktige for oss (Tjora, 2017).

Fordelen ved å ha en semi-strukturert tilnærming til intervjuene viste seg når kategoriseringen baserte seg på temaer som fulgte samme kronologiske rekkefølge i nesten alle intervjuene. Det at alle informantene overordnet diskuterte de samme temaene bidro til å øke grunlaget og i forlengelse påliteligheten i analysen (Tjora, 2017). Totalt delte vi inn kodene i ni kategorier, se tabell 1.

Kategorier:	For stor arbeidsmengde
	Fordeler med digitalisering
	Ulemper med digitalisering
	Myndighetene er ikke gode nok
	Dårlig økonomi
	Suksesskriterier
	Fastleger liker frihet
	Digitale verktøy
	Om FLO

Tabell 1: *Første iterasjon av kategorisering endte med ni kategorier.*

Videre foretok vi en inndeling der vi komprimerte disse ni kategoriene til fem hovedkategorier for å ytterligere redusere volumet. Vi slo sammen «Fordeler med digitalisering» og «Ulemper med digitalisering» til «Fordeler og ulemper med digitalisering», fordi det her var en glidende overgang. «Digitale verktøy» og «Om FLO» omhandlet i hovedsak teknisk informasjon om henholdsvis de digitale verktøyene fastlegene benytter, og FLOs struktur og hvordan jobben til en fastlege er fra dag til dag. Data herfra supplerte de øvrige kategoriene der det var naturlig, men ble utover dette data med hovedformål å gi oss som forskere en bedre situasjonsforståelse. «Fastleger liker frihet» ble navn på restgruppen vår, da ønsket om frihet var et gjennomgående tema. Denne kategorien spilte en supplerende rolle til de øvrige hovedkategoriene, ved at dataen herfra bidro til forståelsen av fastlegenes behov og preferanser. Tabell 2 viser de endelige hovedkategoriene fra dataanalysen.

På dette tidspunktet var datamengden redusert til det punkt at det var overkommelig å idégenerere hvordan hver kategori relaterte til forskningsspørsmålet vårt. Vi opplevde at kategoriene var tematisk uavhengige av litteraturen, noe som ble betraktet som en utfordring

Kategorier:	For stor arbeidsmengde
	Fordeler og ulemper med digitalisering
	Myndighetene er ikke gode nok
	Dårlig økonomi
	Suksesskriterier

Tabell 2: *Andre iterasjon av kategorisering reduserte antallet til fem kategorier.*

for formidlingsevnen (Tjora, 2017). Dette markerte en overgang fra rent empirisk styrt, til en strukturert kategorisering der sammenhengen med litteraturen ble tillagt vekt (Tjora, 2017). Gitt litteraturgrunnlaget var vi interessert i å forstå hvilke kontekstuelle faktorer som preget digitaliseringen av FLO, hvordan fastlegene ble involvert i digitaliseringen, og hvilke konsekvenser dette hadde for digitaliseringens utfall. Hovedkategoriene fra dataanalysen ble delt inn i fire delkapitler:

- Del 4.1: To parallelle digitaliseringsløp
- Del 4.2: Problematisering
- Del 4.3: Brukerinvolvering kun for spesielt interesserte
- Del 4.4: Digitaliseringens konsekvenser

I del 4.1 etableres et skille for hvilken del av digitaliseringen av FLO vi fokuserer på. Del 4.2 samler problemene og utfordringene fastlegene opplever i fire underkapitler: «Merarbeid», «Ulike endringsbehov», «Fastlegene glemmes» og «Usikkerhet og avstand». I del 4.3 avdekkes hvordan fastlegene involveres i digitaliseringen av FLO. Del 4.4 presenterer fastlegenes syn på konsekvensene av digitaliseringen.

3.4 Formidling av forskningen og etiske vurderinger

Intervjuene og dataanalysen avdekker flere bekymringer, utfordringer og meninger fra fastlegenes perspektiv. Analysens formål er å skape en forståelse av situasjonen fra fastlegens perspektiv, men dette danner ikke nødvendigvis et representativt bilde av alle fastleger og deres synspunkter. Videre er formidlingen åpenbart subjektiv da den kun belager seg på fastleger som informanter. Derfor kan mye av det som ble avdekket være spesielle tilfeller som kun gjelder for et fåtall av norske fastleger, og må behandles deretter. Samtidig gir dybdeintervjuene et grundig innblikk i de intervjuede fastlegenes arbeidshverdag og synspunkter.

Et relevant funn i forbindelse med dette er at dataanalysen viste at fastlegene innehar et vidt spenn av meninger og oppfatninger av digitaliseringen i FLO. Vi erfarte en tendens til at høy grad av teknologiinteresse hadde en positiv innvirkning på tilfredshet med digitaliseringen. Denne tendensen vitner om at analysens innhold preges av informantenes interesse av teknologi. Vi oppfatter imidlertid en jevn spredning i våre informanters teknologiinteresse. I tilfeller der korrelasjon mellom tilfredshet og teknologiinteresse oppfattes vil dette påpekes.

I analysen benyttes sitater i den hensikt å belyse og bekrefte empirien. I tillegg hevder Tjora (2017) at bruk av sitat vil tillate leseren å komme tettere på forskningen. For å ivareta

informantenes anonymitet fremstilles alle sitater anonymt. Hunkjønnspronomen benyttes konsekvent og uavhengig av informantens kjønn. Da alle informantene befinner seg på samme organisatoriske nivå, og formålet er å forstå hvordan individet oppfatter endringsprosessen anses alle informantene å være likestilt. Dette medfører at vi anser merverdien ved å skille mellom informantene liten. Kombinert med kravet til anonymitet velger vi derfor å fremstille sitater uten noen henvisning til hvilken informant det stammer fra.

Transkripsjoner baserer seg på meningsinnholdet i utsagnene (Tjora, 2017). Det medfører at sitater som fremstilles i tilfeller kan være omformulert for å fremme meningen med utsagnet. Dialekter og muntlig språk er også konsekvent oversatt til skriftlig bokmål. Likevel har vi vært opptatte av å fremstille utsagn på den måten informanten mente det. I tilfeller der meningsinnholdet har vært uklart for oss har vi under intervjuene gjentatt informantens poeng for å bekrefte at innholdet er korrekt. I tilfeller der dette er oppdaget i etterkant har vi forsøkt å oppklare det med informanten. Uoppklarte sitater er utelatt fra studien.

Forskningsprosjektet er søkt om og godkjent av NSD. I forkant av hvert intervju mottok informanten informasjon om prosjektet og sine rettigheter som informant. Vedlagt i denne informasjonen var også informasjon om krav til samtykke. Samtlige intervjuer begynte med å informere informanten om hva dataen skulle brukes til, lagring, anonymitet, lydopptak og meningsfokuseret transkribering. For de fleste informantene ble dette oppfattet som en unødvendig formalitet. Vi var likevel opptatt av å få informantene til å gi oss en muntlig godkjenning. Alle informantene godkjente dette.

4 Analyse

I dette kapitlet tolker vi funnene fra datainnsamlingen. Forståelsen av struktur og kontekstuelle faktorer i FLO fra del 2.2.1 prøves, rettes og utdypes basert på innsikt fra forskningen. Formålet med kapitlet er å skape en bedre forståelse av FLO, kontekstuelle faktorer og fastlegenes syn på situasjonen i FLO, slik at vi er bedre rustet til å diskutere hvordan brukerinvolvering benyttes i FLO. Før vi kan gå inn i innholdet i analysen ser vi et behov for å tydeliggjøre hva som inngår i digitaliseringen vi snakker om. Derfor deler vi først digitaliseringen i to løp: Digitalisering i FLO, og fastlegenes egne digitalisering. Vi legger så frem funn som problematiserer dagens situasjon i FLO, etterfulgt av aktualisering av behovet for brukerinvolvering, før vi avslutter med en gjennomgang av hvilke konsekvenser dette har for fastlegene.

4.1 To parallelle digitaliseringsløp

I det vi omtaler «digitalisering i FLO» anser fastlegene seg selv som ansatte under HOD og mottaker av endring fra myndighetene. Selv om fastlegen organisatorisk er underlagt kommunehelsetjenesten, spiller ikke kommunen en stor rolle her. Det er tre sentrale aktører: Myndighetene, fastlegen, og en ekstern utvikler. I tillegg er legeföreningen til stede med en formidlingsrolle, eller et talerør for fastlegen.

Fastlegene oppfatter at denne digitaliseringens rasjonale tar utgangspunkt i pasientbehov. De erfarer også at myndighetene digitaliserer for å øke styring og kontroll, samt bidra til å løse deler av fastlegekrisen. Digitaliseringen som drives av myndighetene innebærer ofte store, nasjonale fellessystemer som skal tjene et mangfold av interessenter: pasienter, styringsorganer, spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Disse systemene skal i de fleste tilfeller brukes av alle, men gjerne via eller sammen med fastlegen. De sitter på kompetanse og informasjon om pasienten som er nødvendig for å bruke systemet, og andre helsetjenester kommuniserer ofte med fastlegene for å få full nytte av systemene. Eksempler på slike systemer er felles journaløsninger og Akson.

Overnevnte digitalisering er det vi omtaler «Digitalisering i FLO» eller «myndighetenes digitalisering», og det er denne digitaliseringen studien handler om. Likevel finner vi at mesteparten av digitaliseringen, i hvert fall med tanke på kvantitet, foregår på fastlegens egne kontorer. Disse digitaliseringsinitiativene initieres og drives av fastlegene selv, og omtales som «fastlegenes egne digitalisering».

I fastlegenes egne digitalisering er rollene annerledes. Her er fastlegen bestiller, beslutningstaker og mottaker av endring. Det brukes også her ekstern utvikler. Legeföreningen spiller en mindre rolle, da digitaliseringen ofte er individuell for hvert fastlegekontor. I tilfeller der en større mengde fastleger samarbeider om bestilling, kan legeföreningen bidra i forhandlinger med utvikler. Kommunen spiller heller ikke her en spesielt viktig rolle. Myndighetene bestemmer juridiske begrensninger, krav om datasikkerhet og personvern, samt hva som skal være tilgjengelig for pasienten, for eksempel videokonsultasjon og elektronisk resept. Selv om disse juridiske begrensningene kan oppfattes som begrensende, godtas det av fastlegene. Rasjonalet bak denne digitaliseringen er ofte fastlegenes behov, men kan også inkludere pasientbehov den individuelle fastlegen anser som viktig. Resultatet er gjerne i form av effektivisering av hverdagslige arbeidsoppgaver. Resultatet oppleves i hovedsak av fastleger,

men kan også i tilfeller oppleves av pasienter. Intervjuobjektene var alle positive til den direkte effekten av denne digitaliseringen. Samtlige informanter opplever at arbeidsoppgavene blir raskere og enklere med flere digitale verktøy. Et eksempel her er videokonsultasjonsløsningen Confrere.

Når vi videre problematiserer digitaliseringen i FLO vil sistnevnte form for digitalisering, altså fastlegenes egne digitalisering, benyttes som et kontekstuellet sammenligningseksempel. Dette gjøres fordi fastlegene gir oss et bilde av at sistnevnte ofte lykkes der myndighetenes digitalisering feiler.

4.2 Problematisering

4.2.1 Merarbeid

Når vi intervjuer fastlegene ønsker vi først å forstå deres perspektiv på digitaliseringsbehovet i FLO. Informantene forteller oss at de både erkjenner behovet, og liker idéen om å tilby pasientene mer tilgjengelige og effektive kvalitetsløsninger, som illustreres av følgende sitat:

«Jeg liker å tro at de [myndighetene] ønsker å øke tilgjengeligheten og sørge for at befolkningen kan få best mulig helsetjenester.»

Tross erkjennelsen av rasjonalet har likevel resultatet av digitaliseringen en negativ effekt på fastlegenes arbeidsmengde:

«Men hvert eneste [digitaliserings]tiltak som kommer medfører mer arbeid, flere konsultasjoner, flere kontakter.»

Samtlige av informantene opplever at arbeidsmengden er for stor. Arbeidsbehovet per pasient er for høyt til å opprettholde tidligere bærekraftige pasientlister på 1500-2000 pasienter. Informanten med lengst liste hadde nylig gått ned fra 1850 til 1500, men opplever fremdeles at tiden knapt strekker til. Dette til tross for arbeidsdager som varer fra 8-19, samt mye ubetalt hjemmearbeid på kvelder og i helgene. De øvrige legene har lister på rundt 1000 pasienter, men også disse må gjøre administrativt arbeid utenfor den typiske arbeidstiden 8-16. Én av informantene har sammen med en kollega nylig solgt sin hjemmel, nettopp på grunn av en u håndterlig arbeidsmengde.

Det er konsensus om at tidsbruken per pasient har økt gradvis siden informantene startet som fastleger. For informantene med lengst fartstid går dette helt tilbake til ordningens oppstart i 2001. Det pekes på flere årsaker til dette, men alle er enige om at flere og flere pålagte arbeidsoppgaver som følge av myndighetenes digitalisering er en av de viktigste faktorene. Eksempler som nevnes i intervjuene er sykemelding til NAV og legeattest for fravær fra skole. Dette har ført til at pasienter i skole, samt pasienter på sykepenger eller uføretrygd, medfører betydelig mer arbeid enn før, uten at det har vært noen form for kompensasjon eller avlastning. I tillegg nevnes det at digitaliseringen har gjort fastleger lettere tilgjengelige for pasientene enn noen gang, som også har økt arbeidsmengden.

Det trekkes frem flere eksempler hvor merarbeidet har utveid gevinsten ved digitalisering. Et av dem er den nye måten hele helsetjenesten skal samhandle på. Dette innebærer at fastleger kommuniserer via elektroniske meldinger med både pasienter og andre helsetjenester. Fastleger opplever det en av informantene kaller «digital fatigue» som følge av at de oversvømmes av meldinger i innboksen, som vi ser i sitatet:

«Det blir en sånn «digital fatigue» [digital utbrenthet], hvor vi nesten mer blir saksbehandlere enn pasientbehandlere. Det er en fallgrube å gå i her - at vi får lite tid til pasientbehandling.»

Innboksen fylles opp som et resultat av myndighetenes strukturering og digitalisering. De har overført flere kliniske oppgaver fra sykehus over på fastlegene, som fører til både større arbeidsmengde, og større innflyt av meldinger.

Digitaliseringen og struktureringen har også ført til økt innflyt av meldinger fra pasienter, som ved kravet om at elever på vgs trenger sykemelding fra legen for å få gyldig fravær. Det kommer også frem at fastlegene i denne sammenheng opplever at dette er noe de har blitt pålagt, uten noen mulighet til å motsette seg tiltaket.

Informantene peker på en skjevhet i digitaliseringsgraden i hele helsetjenesten som en årsak til merarbeidet. Som vi ser i følgende sitat har tilflyten av nye arbeidsoppgaver fra andre helseinstanser blitt normen for fastleger.

«Arbeidsflyten flyttes over til de som har kjappe og gode digitale verktøy i arbeidet sitt.»

Det kan virke som fastlegenes fremoverlente holdning til digitalisering er årsaken til at de til en viss grad evner å overleve tross alt merarbeidet. Likevel antyder forrige sitat at det som gjør at de overlever også er årsaken til at de får pålagt flere arbeidsoppgaver. Dette bekreftes av informantene når de spørres konkret om de mener at digitaliseringen har gjort dem mottakelige for mer arbeid.

Samtidig som arbeidsoppgavene hopper seg opp for fastlegene, opplever de at myndighetene anser digitaliseringen som en suksess da pasientene og andre ledd i helsetjenesten opplever økt tilgjengelighet og effektivitet. Dette synet finner vi ikke hos fastlegene, som opplever at digitaliseringen er i ferd med å «ta knekken» på FLO.

Fastlegene opplever at dette ikke bare er en utfordring med tanke på deres egen arbeidstid. Det er også en risiko for pasienten. De økte arbeidsmengdene per pasient har ført til at fastleger må kutte ned på pasientlistene for å opprettholde den samme kvaliteten på behandlingen, noe som reduserer timelønna deres. Eneste måten å opprettholde samme timelønn blir da å redusere tidsbruken per pasient igjen. Dette mener fastlegene er uforsvarlig da det gjør det vanskelig å behandle pasientene godt nok. Dersom fastlegene prioriterer behandlingen fremfor inntekten, noe informantene mener at fastleger flest gjør, fører dette til reduserte listelengder. Dette fører igjen til at det blir færre plasser hos fastlegen, som svekker tilgjengeligheten for pasientene.

Fastleger som øker arbeidstiden sin for å unngå å kutte pasientlista risikerer over tid å bli overarbeidet, og si opp eller pensjonere seg tidlig uten å bli erstattet av nye leger, som illustrert i sitatet:

«Dette [arbeidsmengden] har gjort at mange bare har gitt opp ved å si opp, går av med pensjon uten at de erstattes av nye leger - siden unge leger ikke tør å gå inn.»

Tilgjengeligheten overeksponerer fastlegene for skriftlige meldinger fra pasienter som ikke er kjent med de riktige prosedyrene for å kontakte leger. Dette fører til merarbeid på en av to måter: Enten ved at fastlegene må bruke tid på å svare på meldingen som en konsultasjon for å spare alle for tid, men i gjengjeld ikke få betalt for en full konsultasjon. Eller, bruke tid på å si til pasienten at de må kontakte sekretæren eller bestille time på nett for å få svar på det de lurer på. Det fremkommer som viktig at fastleger klarer å oppdra pasientene sine til å bruke de digitale verktøyene og plattformene riktig for å spare alle for tid og krefter.

Likevel sliter mange fastleger med dette midt oppi en ellers hektisk arbeidshverdag. Informantene som peker på viktigheten av å oppdra pasientene har noe kortere lister enn de andre informantene. De uttrykker samtidig forståelse for at det er vanskelig å oppdra pasientene med en liste på 1500 pasienter. Dette ser vi igjen hos flere av fastlegene som ikke har vært like bevisste på å oppdra pasientene, ved at de oftere tar den «enkle» utveien og svarer på meldinger direkte. Dette gjør de til tross for at de vet at det teknisk sett skulle vært tatt som en konsultasjon. Dette er ett av flere eksempler på at fastlegene er selvoppgivende for pasientens beste.

Tross misnøyen med resultatene er ikke fastlegene motstandere av digitalisering. De legger frem to årsaker til dette. For det første anerkjenner de behovet for økt samhandling mellom helsetjenester, og pasientenes behov for økt tilgjengelighet og effektivitet. Den andre årsaken er at fastlegene opplever, merarbeidet til tross, at digitaliseringen forbedrer helsetjenesten og evnen til å levere kvalitet til pasientene, som vi ser i følgende sitat:

«Dette er i seg selv samfunnsøkonomisk nyttig og bra, og vi liker å få alle disse oppgavene, men da kan vi ikke ha like mange pasienter som vi kunne før.»

Overførsel av enkelte arbeidsoppgaver oppfattes ikke som et problem isolert sett, men den kumulative mengden over tid gjør det vanskelig å håndtere store pasientlister.

4.2.2 Ulike endringsbehov

Selv om fastlegene anerkjenner myndighetenes behov for digitalisering, betyr det ikke at de har samme behov. Spesielt problematiserer informantene myndighetenes forsøk på å løse «alle» behov i helsetjenesten med fellessystemer, som følgende sitat belyser:

«Denne tanken om et felles journalsystem har vært i veldig mange år, og det at man har jobbet med kjernejournal er på en måte starten på det. Det er politikk og en tanke hos myndighetene om at dette er lurt, en tanke som vi som ”jobber på gulvet” ikke har.»

Informantene tror årsaken til ulike endringsbehov skyldes myndighetenes manglende evne til å utveksle kompetanse og kunnskap med fastlegene. Selv i de tilfeller der fastlegene og myndighetene kan enes om behov, opplever fastlegene at disse løses på feil måte. Informantene

ønsker bedre samhandling, rask utvikling og datadeling som gjør jobben lettere, og de tror myndighetene har de samme ønskene. Problemet er at de er uenige om veien til målet, og ikke deler fastlegenes oppfatning om at store fellesløsninger ikke vil lykkes i praksis.

Fastleger er ikke interessert i å vente i årevis på et system som skal være ferdig og polert når det blir tilgjengelig, fordi det da trolig allerede er utdatert. Det virker for ambisiøst, kostbart og tidkrevende å få et slikt system til å fungere bra for alle parter. Behovene til en fastlege er veldig ulike fra behovene til for eksempel en fysioterapeut eller en sykepleier på sykehus. Informantene mener at systemer må utvikles i mindre skala, og tilpasses en begrenset brukergruppe sine behov, som en av informantene illustrerer med følgende metafor:

«Du kan ikke lage disse fellesgreiene og delingsplattformene. Verktøyene må være spesifikke. En snekker må ha en hammer, og rørleggeren må ha en rørtang.»

Informantene poengterer viktigheten av å få systemer som er funksjonelle så fort som mulig, og som kan tilpasses og forbedres underveis i bruksperioden. De forteller at de opplever dette når de selv driver digitalisering ved egne kontorer. En av driverne for fastlegenes egne digitalisering er at den forbedrer den økonomiske bunntinjen innenfor forsvarlige kriterier. Til sammenligning opplever det at myndighetenes digitalisering i hovedsak er for å sikre myndighetenes styring og kontroll over fastlegene.

4.2.3 Fastlegen glemmes

Fastlegene opplever at myndighetene ønsker en best mulig FLO, men at fokuset på fastlegen som bruker mangler. Informantene opplever at myndighetene ser på digitalisering som løsningen, uten at de har forhørt seg med fastlegene om hva de tenker.

Informantene mener at digitaliseringen er for pasientfokusert, noe som er en kortsiktig løsning som vil slå negativt tilbake på pasientene når fastlegene ikke lenger klarer å opprettholde tilbudet. For fastlegen oppfattes det at myndighetene kun observerer problemer fra sitt ståsted, og tror styring og kontroll er løsningen. Dette stemmer ikke overens med fastlegenes synspunkt, som illustrert i sitatet:

«De bruker muligheten de har til å bestemme og styre og kontrollere det vi driver med.»

Når fastlegene driver egen digitalisering er bildet et annet. De opplever at private aktører er flinke til å tilpasse produktene etter deres behov og responderer raskt på tilbakemeldinger. Konkurransen i det private markedet pekes på som en viktig faktor for at dette er tilfellet.

Informantene synes de har gått uhørt lenge nok. De mener også at ansvaret for å bli kjent med fastlegenes problemer ligger hos myndighetene. Fastlegene prøver å gjøre jobben sin så godt de kan under allerede krevende omstendigheter. Det er høy terskel for å streike som fastlege, fordi det har store konsekvenser for pasientene. Alle fastlegene vi har snakket med uttrykker stor omsorg for pasientene sine. Med andre ord bør myndighetene ha nok handlingsrom til å rette opp i problemer i FLO før fastlegene må ty til streik. Likevel har det gått så langt at Trønderopprøret, streik og frafall av fastleger har blitt en realitet. Fastlegene hevder årsaken

er at de ofte overses når endringsplaner formuleres, til fordel for andre deler av helsetjenesten, som gjenspeiles av sitatet:

«Det er liksom ikke tradisjon for å lytte til fastlegenes stemme på lik linje som du hører på stemmene til de andre i kommunal helsetjeneste.»

4.2.4 Usikkerhet og avstand

Fastlegene mener at kunnskapsgapet mellom hva fastlegene vet og det myndighetene oppfatter skyldes mangelen på «broer», som følgende sitat viser:

«Vi har kanskje litt lite forståelse av hva administrasjonen trenger og de har litt lite forståelse av hva som er viktig for oss i hverdagen, så det handler veldig mye om å bygge bro over der.»

Informantene forteller at dette kunnskapsgapet er årsaken til mye av merarbeidet. De peker på avstanden som årsak til at myndighetene ikke fanger opp utfordringene i FLO, til tross for misnøyens synligheten i Trønderopprøret og fastlegekrisens oppmerksomhet i Dagens Medisin og Tidsskriftet for den Norske Legeforening. Det trekkes frem at de tilbakemeldingene som kommuniseres oppover i hierarkiet sjelden når helt opp til de nødvendige personene, i følgende sitat:

«Myndighetene får vite det, men det går ikke langt nok opp.»

Selv i de tilfeller hvor det når helt opp til helseministeren opplever fastlegene at tiltak uteblir. Det er uklart for informantene akkurat hvor problemet ligger, men det vitner om en kommunikasjonssvikt på et punkt mellom fastlegene og HOD. Fastlegene er usikre på hvordan de skal gå frem for å uttrykke misnøye med aspekter av arbeidshverdagen som myndighetene er ansvarlige for. Legeforeningen trekkes frem som den eneste reelle kommunikasjonskanalen legene har til myndighetene, men denne dreier seg i hovedsak om økonomi, og ikke digitalisering, som vi ser av følgende sitat:

«Det [kommunikasjonen] er foreløpig via legeforeningen [...] men dette går på det økonomiske.»

På toppen av dette opplever ikke informantene at tilbakemeldingene som gis til legeforeningen har særlig effekt. Ved utdypende spørsmål om hva som skjer med tilbakemeldingene som går via legeforeningen, svarer informantene at de ikke opplever at det blir lyttet til, og at legeforeningen ikke har så mye makt i forhandlingene med myndighetene.

4.3 Brukerinvolvering kun for spesielt interesserte

Informantene peker på brobygging, kommunikasjon og forståelse av behov som viktige elementer for at myndighetene skal lykkes med digitalisering. Det uttrykkes samtidig skepsis til hvorvidt myndighetene ønsker å involvere fastleger i særlig grad, da fastlegene opplever at de er nederst på prioriteringslisten. Noen av fastlegene forteller imidlertid at de er mer involvert i digitaliseringen av FLO enn noen gang, og at dette skyldes interesse og fremoverlent holdning, som i følgende sitat:

«Som fastlege har jeg aldri vært så involvert som jeg er nå. Det er flere årsaker til det, som min interesse, at jeg er frempå og har tatt i bruk flere nye digitale verktøy. Men så tror jeg også at FLO har vært noe mer fremoverlent enn f.eks. sykehus. Vi er små virksomheter hvor vi sørger for vår egen datateknikk og velger selv leverandører.»

Det snakkes i hovedsak om fastlegenes egne digitalisering når fastlegene sier de føler seg involverte, men en av informantene opplever også å bli involvert av myndighetene. Denne involveringen var i sammenheng med bruk av videokonsultasjon og tilhørende takst, på et tidlig stadie av bruken av video i FLO. Hun opplever også at myndighetene generelt gjør et grundig arbeid med å kartlegge hvilke behov fastleger har, og at involveringen i utgangspunktet er god. Samtidig uttrykkes det usikkerhet rundt hvorvidt andre fastleger opplever myndighetenes involvering på samme måte. Hun tror hennes interesse for digitalisering har bidratt til at hun involveres, som følgende sitat illustrerer:

«Jeg synes at de i utgangspunktet involverer godt. Det kan godt hende en fastlege som ikke er så interessert i digitalisering ikke føler seg hørt, og fastlegene består jo av et veldig vidt spenn av type mennesker.»

Felles for informantene som opplever at brukerinvolveringen er god, er deres interesse for teknologi og digitalisering. Det antydes fra en av de involverte informantene at dette trolig ikke er tilfellet for mindre teknologiinteresserte fastleger. Dette stemmer overens med opplevelsen til de mindre teknologiinteresserte informantene. Fastlegene som peker på seg selv som mindre interesserte i digitaliseringen opplever ikke å bli involvert, og får heller ikke tilbud om dette:

«Jeg får ikke tilbud om å være med på sånne ting.»

Det kommer frem at dersom fastleger skal bli involvert i myndighetenes digitalisering, så må de være spesielt interesserte og ta initiativet selv. For disse fastlegene blir de eneste mulighetene til å påvirke endringer som skjer utenfor kontoret enten gjennom en spesielt interessert kollega som er med i samtalen, eller via legeföreningen.

Fra intervjuene virker det som det er de samme som involveres frem til endringen implementeres, før de plutselig forsvinner fra involveringen. Her markeres et skille, og fra samhandling mellom bestiller, utvikler og interessert fastlege, er det nå blitt en ensidig kommunikasjon fra myndighetene.

Ved spørsmål om hvordan alle problemene i FLO tas hensyn til, når involveringen kun inkluderer de som er spesielt interessert, peker fastlegene igjen til legeforeningen. Likevel opplever fastlegene at det eneste som resulterer fra tilbakemeldinger til legeforeningen er rene økonomiske tiltak, som heller ikke er store nok til å kompensere for merarbeidet. En av løsningene som nylig ble forhandlet frem var en økning i tilskudd for de første 1000 pasientene på pasientlista, men økningen var altfor liten til å ha noen merkbar effekt, som gjenspeiles av sitatet:

«Hvis man gikk ned fra 1500 til 1000 så tapte du mye omsetning. Det stod ikke i forhold til det du fikk ekstra.»

Finansieringsstrukturen i FLO faller utenfor studiens problemstilling, men nevnes fordi det er en såpass viktig del av årsakene til problemene. Det kommer frem at hovedårsaken til at merarbeidet er et problem er mangelen på økonomisk kompensasjon. Dette fører til frafall av fastleger og rekrutteringsproblemer, som igjen bidrar til å gjøre arbeidsmengden til et enda større problem. Kompensasjonen har endret seg svært lite siden FLOs oppstart, samtidig som utgifter og arbeidsmengde per pasient har økt. Et av problemene denne finansieringsstrukturen fører til er at det insentiverer såkalte listebaroner med 2000-2500 pasienter. Disse har mindre tilgjengelig tid per pasient, som anses av informantene som uforsvarlig. Fastlegene mener den dårlige økonomiske strukturen viser en mangel på innsikt i fastlegenes situasjon.

Vi stiller også informantene spørsmål om hvordan de involveres av utviklerne der de selv er bestiller av digitalisering. Alle informantene vi har snakket med bruker videokonsultasjonsverktøyet Confere, og flere bruker journalsystemet Web-Med. Noen av informantene forteller at de har vært med på utviklingen av disse verktøyene helt fra starten, mens andre har kjøpt det etter det ble et funksjonelt og anerkjent produkt. Selv om de sistnevnte fastlegene ikke har vært direkte involvert i utviklingen, forteller de oss at de har kontaktpersoner de sender tilbakemeldinger til dersom det er noe som ikke fungerer slik de ønsker. Informantene synes det er enkelt å gi tilbakemeldinger via e-post, og at utviklerne alltid hører på det de sier. Myndighetene oppleves til sammenligning som trege og lite responsive, og fastlegene sier de ikke har tålmodigheten til å vente på svar fra dem, som illustrert her:

«Det er lettere å gi tilbakemeldinger til utviklere der vi selv driver digitaliseringen. Det er mye lettere. Både Confere og journalsystemet vi har nå er vi piloter, som gjør det lett for oss å gå inn og si at vi vil ha ting annerledes. Men med myndighetene, ja, så tålmodig er ikke jeg i hvert fall.»

4.3.1 Savner kommunikasjonsflater

Mangelen på kommunikasjonsflater som åpner for tilbakemeldinger har gjort at myndighetenes digitalisering ikke mottar kritikk. Dette forverres av mangelen på kultur for kritisk tenking, som en informant forklarer slik:

«Det er mangelen av kritisk tenking som fører oss veldig skjevt av gårde, sånn som med velferdsteknologi og den der ensidige troen på at e-konsultasjoner skal redde FLO. Hadde man turt å stille litt kritiske spørsmål og vurdere det litt på forhånd så hadde man sett fallgruvene og kunne komme med mottiltak veldig tidlig.»

Legeforeningen som tilbakemeldingskanal evner ikke å bidra til bedre digitalisering. Fastlegene savner kommunikasjonsflater gjennom hele utviklingsløpet, men det har ikke alltid vært sånn. Dette er et savn som oppsto etter at trepartssamarbeidet mellom Legeforeningen, KS og HOD forsvant. Dette gjør at fastlegene etterspør bygging av broer for å gjenskape disse kommunikasjonsflatene som forsvant, i følgende sitat:

«Vi trenger disse brobyggerne.»

Likevel opplever fastlegene at dette savnet ikke erkjennes av myndighetene, som er mest opptatt av pasienten. Det virker ikke som myndighetene forstår at pasientens opplevelse er avhengig av fastlegenes arbeidsforhold. Det pekes videre på en uheldig holdning til brukerinvolvering blant personer med makt fra myndighetene sin side. Dette bidrar til mangelen på fokus på fastlegene når det skal skapes et godt tilbud til pasientene. Dette illustreres av følgende sitat:

«Det er mer sånn ”jeg snakker norsk [endringsbehovet er tydelig], og de som ikke skjønner noe og ikke er endringsvillige har et problem.”. Man kan ikke ha den innstillingen, man må tenke at ”vi er til for brukerne og må ha gode løsninger og vi blir populære når vi faktisk er synkronisert med de behovene som er ute og gjør oss forstått”.»

4.4 Digitaliseringens konsekvenser

Informantene er enige om at digitaliseringen som de selv har drevet har fungert godt, og at initiativene fra myndighetene isolert sett har bidratt til å effektivisere arbeidsoppgavene deres. Likevel ser vi at trenden i FLO er at fastlegene har mer og mer å gjøre, og dette er mye av årsaken til krisen. Til tross for at digitaliseringen effektiviserer arbeidsoppgavene som overlates til digitale verktøy, ser det ut til at myndighetenes digitalisering i det lange løpet fører til merarbeid som overdøyer gevinstene de digitale verktøyene gir. Denne effekten forekommer av at myndighetene stiller krav og kommer med lovendringer som forutsetter digitale verktøy for å være gjennomførbart, enten som en reaksjon på at fastleger har begynt å ta i bruk visse verktøy, eller under forventningen at disse verktøyene vil tas i bruk for å innfri nye krav. Et eksempel på dette er hvordan kravet om at elever på vgs måtte ha legeattest på fravær, som kom i samme tidsrom som e-konsultasjon og videokonsultasjon ble vanlig hos fastlegene. Til tross for effektiviteten av digitale verktøy, er det ekstra arbeidet dette fører til langt mer enn det de sparer i arbeid på å ha timebestilling og konsultasjoner digitalt.

Problemet er at merarbeidet som oppstår i etterkant av implementering har utveid effektiviseringen, slik at totalen likevel blir mer arbeid. Informantene nevner at digitalisering i form av effektivisering kan benyttes til å forsvare ytterligere pålegging av oppgaver på fastlegene. Noen av informantene var også inne på at fastlegenes velvilje har gjort det lettere for myndighetene å ignorere de uønskede konsekvensene og problemene som har oppstått etter flere av endringene som har blitt gjort. Dette har gjort at fastlegene prøver å overleve arbeidsmengdene, mens myndighetene, som et resultat av «wishful thinking», ikke oppfatter problemet og fortsetter digitaliseringen i håp om at det skal løse problemene, som illustreres av følgende sitat:

«Er det [at myndighetene ser på digitalisering som løsningen] ikke bare wishful thinking, da?»

Manglende kompetanse, fraværet av kultur for kritisk tenkning og for store avstander i kommunikasjonskanalene pekes på som viktige årsaker til denne misforståelsen fra myndighetene sin side. Det nevnes også at myndighetene har en agenda for å digitalisere, og at dette kan være en av årsakene til at de overser fastlegenes behov. Ønsket om mer styring og kontroll over fastlegene, som i utgangspunktet er relativt selvstyrte, trekkes frem som en årsak til digitaliseringsfokuset. Det går igjen at digitalisering som ikke følges opp av utvikler, altså at fastlegene ikke får være med å påvirke tjenestene mens de bruker den, er mindre populære enn verktøyene som i større grad involverer fastlegen og benytter deres tilbakemeldinger i utvikling og oppfølging.

Fastlegene opplever at de glemmes, eller prioriteres nederst på listen over interessenter. Helt siden FLO ble startet i 2001 har det vært stort fokus på å sette pasienten i sentrum, og på å skape en ordening som gir et best mulig helsetilbud for pasientene. Fastlegene er ikke i tvil om at myndighetene ønsker å gjøre helsetjenestene så gode mulige, men for stort pasientfokus har gjort at fastlegen overses. Informantene uttrykte et sterkt ønske om å gi pasientene så god behandling som mulig, noe som er vanskelig når tiden ikke strekker til. Mange fastleger står med et dilemma der de må velge mellom å fjerne pasienter fra listen sin, eller risikere ikke å ha tid til å tilby tilstrekkelig behandling.

Fastlegene er enige i rasjonalet, men feil valg av løsninger som er lite tilrettelagte fastlegens arbeidshverdag, mangel på tilbakemeldingskanaler og fravær av kritisk tenkning gjør at fastlegene ikke er enige i veien til målet. Fastlegene mener digitaliseringen ikke er bærekraftig, noe som synliggjøres når en informant påpeker at digitaliseringen har vært med på å forsterke og katalysere problemene i FLO, som vi ser i sitatet:

«Jeg tror digitaliseringen har vært med på å forsterke, eller katalysere, det.»

Informantene er også enige om at digitalisering ikke er løsningen på krisen FLO står overfor. Ved spørsmål om hvorfor FLOs digitale utvikling fortsetter, til tross for at den ikke er bærekraftig, pekes det på endringsvilligheten, eller den oppofrende viljen hos fastlegene til å håndtere det de får pålagt av oppgaver. Men det antydes at strikken snart ryker etter en lengre periode med utnyttelse av denne velviljen:

«Jeg er redd at de [myndighetene] snart må innse at de har tøyd strikken til fastlegene for langt.»

Fastlegene forteller at deres villighet til å ofre egeninteresse for å tilfredsstille pasientenes behov, kombinert med allerede stor arbeidsmengde, har bidratt til å forverre situasjonen deres. Måten myndighetene har håndtert dette på kritiseres, da de ifølge flere av informantene har utnyttet denne velviljen, heller enn å belønne den. Informantene opplever at myndighetene ikke oppfatter de uønskede konsekvensene som digitaliseringen fører med seg.

Fastlegene forteller at denne offerviljen kan ha latt myndighetenes digitalisering skje uten betydelig endringsmotstand. I forlengelse erkjenner fastlegene at denne mangelen på motstand paradoksalt nok kan være en kilde til fremtidig motstand mot myndighetenes digitalisering.

Informantene forteller oss at fastleger historisk sett har vært blant de mest fremoverlente innenfor helsevesenet når det kommer til å holde tritt med ny teknologi. Friheten som

kommer med selvstendig næringsdrift har gjort det lett for fastleger å være piloter for og ta i bruk moderne digitale løsninger på egenhånd. Denne friheten har gradvis blitt svekket gjennom samhandlingsreformer, mer byråkratisk og juridisk innblanding fra myndighetene, og forventninger om tilgjengelighet som flere mener har gått litt for langt. Helselovgivning og organisatoriske forhold som er basert på et utdatert syn på hvordan fastleger jobber refereres til som «party-killers» for utviklingen i FLO i følgende sitat:

«Jussen, altså helselovgivningen og organisatoriske forhold er en party-killer»

Fastleger har vist stor endringsvilje og tilpasningsdyktighet siden før FLO sin tid, og det er lite som tyder på at denne endringsviljen har blitt noe mindre hos dagens fastleger. Problemet er, at etter over et tiår med mange dårlige tiltak fra myndighetene, som fastlegene har innrettet seg etter så godt de kan, så begynner tilliten til myndighetene og velviljen blant legene å svekkes. Etter en rekke tiltak som i fastlegenes øyne svekker deres evne til å behandle pasienter, som fremkommer som en av de viktigste verdiene for fastlegene, har tilliten blitt såpass lav at det har begynt å oppstå endringsmotstand blant de tidligere så endringsvillige fastlegene. Misnøyen har eksistert siden 2006 da den gradvise byråkratiseringen begynte, men på grunn av ønsket om å være tilgjengelig for pasientene virker det som de fleste fastlegene har godtatt dårligere arbeidsvilkår og arbeidsforhold for å sikre at pasientene fikk den behandlingen de trengte. Uttalelser fra myndighetene som «brukeren i sentrum» og ambisjonene om å løse krisen i FLO har i flere år vært motivasjon for å holde ut tingenes tilstand i påvente av en bedre fremtid. Problemet er at det har tatt for lang tid, og strikken har blitt tøyd for langt. Situasjonen har nådd et punkt der fastleger slutter eller streiker, som hindrer dem i å behandle pasientene sine og dermed går imot en av deres kjerneverdier som fastleger.

4.4.1 Forbedringsmuligheter og læring under pandemien

De finner imidlertid håp, da digitaliseringen i sammenheng med covid-pandemien viste en helt annen tilnærming til involvering, fleksibilitet, hastighet og samarbeid fra myndighetene. Fastlegene fikk under covid en friere rolle og mer ansvar i digitaliseringen, som resulterte i bærekraftige løsninger. Fastleger mener myndighetene må ta lærdom av dette, illustrert i følgende sitat:

«Nå må vi lære av covid, og det er at vi kan få til veldig raske endringer hvis vi ser hvor vi har det største behovet.»

Fastlegene forteller oss at endringsmotstanden er «skjør» i den forstand at uansett hvor mye misnøyen forsterkes, virker det ikke som motstanden befester seg mer. Mer endringsmotstand gjør fastlegene mer lei, men ofringsviljen til fastlegene har medført at endringene ikke hindres. Dette kan identifiseres som en mulighet. Det er ikke for sent å snu. Mer belønning og tilrettelegging for fastlegene vil kunne redusere denne skepsisen. Myndighetene har et gunstig utgangspunkt. Fastlegene er allerede med på tanken om digitalisering, og er allerede klare for å innrette seg etter endringene som myndighetene kommer med, så lenge myndighetene evner å tilby løsninger som ikke koster mer enn de gir. For å oppnå dette mener fastlegene det må legges til rette for kommunikasjon og tilbakemeldinger, kritisk tenkning, og et større fokus på brukertilpassede løsninger til fordel for styring og kontroll.

5 Diskusjon

I denne delen ser vi på funnene fra analysen i sammenheng med litteraturen lagt frem i litteraturkapittelet. Vi vil identifisere hva teorien sier om ulike aspekter analysen har avdekket, og i hvilken grad resultatene av disse aspektene samsvarer med det en kan forvente ut fra litteraturen. Vi vil samle funnene fra analysen sett i lys av teorien i en rekke påstander. I litteraturdelen fant vi at det var viktig å forstå de kontekstuelle faktorene for å benytte riktig tilnærming til endringsledelse ut fra litteraturen, og vi ser derfor først på dette.

5.1 Kontekstuelle faktorer

I del 2.2.1 klassifiserte vi FLO som en divisjonalisert struktur med sentralisert styring og kvasiselvstyrte avdelinger. Myndighetene er her det sentrale styringsorganet og fastlegekontorene er avdelingene (Bolman og Deal, 2018). Bolman og Deal (2018) mener at ledelsen i en slik organisasjonsstruktur ofte ønsker styring og kontroll, noe som bekreftes av oppfatelsen fastlegene har av myndighetene. Vi erkjenner at denne strukturen er en forenkling av realiteten. Dette gjøres fordi strukturen i FLO er kompleks, og den divisjonaliserte strukturen vi sammenligner med er det nærmeste vi kommer FLO i litteraturen. For en mer detaljert beskrivelse av organisasjonsstrukturen og ansvarsfordeling mellom kommuner og myndigheter henviser vi heller til masteroppgavene av Lie og Myhren (2019) og Stensønes og Harang (2019). For denne studiens formål er tilnærmingen til Bolman og Deals versjon tilstrekkelig, og lar oss samtidig benytte litteraturen i evalueringen av det som foregår i FLO.

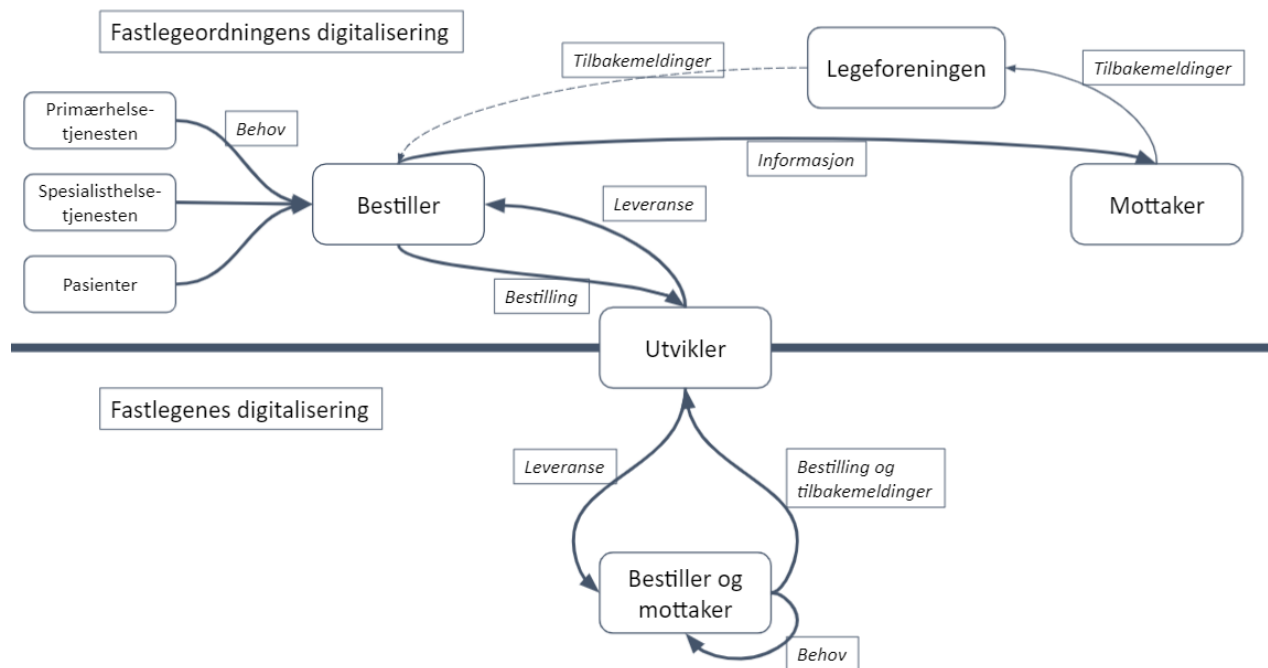
5.1.1 Usikkerhet, avstand og ulike behov

Vi kan imidlertid ta med oss noe fra denne erkjennelsen av FLO sin komplekse struktur, spesielt sett i sammenheng med fastlegenes syn på strukturen. Det at flertallet av informantene kun kjente til strukturen på et overfladisk nivå er en kilde til usikkerheten del 2.2.2 trekker frem som en vanlig utfordring i digitalisering. Den komplekse strukturen vitner om store avstander mellom myndighetene og fastlegene, noe som også bidrar til usikkerhet (Bolman og Deal, 2018; Orlikowski, 1992).

Vår forståelse av dagens bestillingsstruktur i FLO vises øverst i figur 6. Nederst viser vi hvordan vi tolker fastlegenes egne digitalisering. Aktørene og kommunikasjonslinjene er basert på del 2.2.1, 4.1 og 4.2.4.

Vi identifiserer flere utfordringer ved denne strukturen. Avstanden mellom bestiller og mottaker i fastlegenes egne digitalisering er ikke-eksisterende, mens den er stor i myndighetenes digitalisering. Årsaken til dette er som beskrevet i del 4.1 at fastlegene både er bestiller og mottaker av deres egne digitale tjenester. Dette er ikke tilfelle i myndighetenes digitalisering der manglende kommunikasjonen mellom fastlegene og myndighetene forhindrer at tilbakemeldinger når riktig aktør.

Grunnen til at avstanden er en utfordring er at det i følge del 2.3.1 ofte bidrar til usikkerhet, ulike endringsbehov og misforståelse av endring. Disse elementene gjenkjenner vi i del 4.2. Avstanden som oppstår mellom utvikler, bestiller og mottaker i myndighetenes digitalisering



Figur 6: Vår forståelse av bestillingsstrukturen i FLO sammenlignet med fastlegenes egne digitalisering. Bestiller og mottaker i øvre del er henholdsvis myndighetene og fastlegene, slik det er beskrevet i organisasjonsstrukturen i figur 3.

anses som en risiko for Orlikowskis (1992) sted-tid-diskontinuitet, der design mode foregår mellom myndighetene og utviklere, mens use mode foregår på fastlegekontorer spredt rundt i hele landet. Del 2.2 viser at dette fenomenet ofte resulterer i at brukeren ikke benytter systemet som tiltenkt i design mode. Dette ser vi igjen både i del 4.2.2, der fastlegene forteller at systemene ofte ikke er tilpasset deres arbeidshverdag, og i del 1.1 der Høie (2020) poengterer utfordringen ved at fastlegene ikke bruker systemene som tiltenkt.

Endringsdriveren for FLO er i hovedsak pasientenes behov. Fastlegenes anerkjennelse av digitaliseringens rasjonale gjør at digitaliseringen ikke møter motstand når visjon og rasjonale formidles i initieringsfasen. Når endringsplaner formuleres, har imidlertid fastlegene og myndighetene ulik oppfatning av veien til målet. Dette kan minne om det Kotter og Schlesinger (2008) kaller ulike endringsbehov. Samtidig kan det argumenteres for at det overordnede endringsbehovet er det samme, på grunn av felles rasjonale. Derfor kan denne usikkerheten også spores til en misforståelse av hva endringen bør innebære. Del 4.4 viser at tilknytning til status quo og lav toleranse for endring eksisterer i svært liten grad i FLO. Dette tydeliggjøres av at krisen i FLO er sterkt tilknyttet misnøyen med status quo, og at fastleger historisk sett har vært fremoverlente når det kommer til digitalisering. Samtidig bør det nevnes at, selv om toleransen for endring er stor i dag, uttrykker informantene bekymringer for at fastlegenes endringsvillighet vil reduseres hvis utviklingen i FLO fortsetter slik den har gjort.

Fastlegene er offer for et skjevt fordelt gevinst-kostnads-forhold, noe del 2.2.2 la frem som en risiko. Dette forholdet har vært i uheldig favør fastlegene for lenge, og det nærmer seg et punkt der ønsket om en god FLO for pasienten utveies av kostnaden det medfører for fastlegene, som

over tid kan forverre assosiasjonene til myndighetenes digitalisering. Her identifiserer vi igjen avstanden og usikkerheten dette medfører som bakenforliggende årsak, da fastlegene peker på at myndighetene ikke forstår deres behov, samtidig som det er vanskelig for fastlegene å kommunisere disse behovene til myndighetene.

En annen utfordring som ofte nevnes i analysen er at informantene forteller at tilbakemeldingene sjeldent resulterer i forbedringer. Det legges frem to mulige forklaringer på dette. For det første oppfatter informantene at det ikke når frem til rett sted, og i de tilfeller det når frem, evner ikke myndighetene å levere gode nok forbedringer. For det andre forteller informantene at legeföreningen er hovedkanalen for tilbakemeldinger, men at denne i hovedsak er en økonomisk kanal. Dette kan være en av grunnene til at problemer forsøkes løst med økonomiske virkemidler, de gangene tilbakemeldingene når frem. Vi forstår tilbakemelding gjennom legeföreningen som en informativ involveringskanal. Del 2.5.2 og 2.5.3 hevder at i tilfeller der tilbakemeldinger fra informative involveringsmetoder ikke reflekterer lederens og utviklerens intensjon, bør aktivitetsnivået på involveringen øke. Dette reflekteres ikke i FLO, når informantene forteller at tilbakemeldinger ikke når frem, og misnøye ikke håndteres.

5.1.2 Håndtering og involvering

Der de kontekstuelle faktorene som utfordrer digitaliseringen ligner teorien, skiller håndteringen seg fra del 2.4 og 2.5. I dag håndteres motstand mot endring, der dette i det hele tatt håndteres, hovedsakelig i begynnelsen av initieringsfasen, og baserer seg på formidling av behov. Fra informantene fikk vi eksempler på informativ og konsultativ brukerinvolvering for å kartlegge behovene til fastlegene. Sistnevnte gjaldt imidlertid kun et fåtall teknologiinteresserte fastleger, og flertallet hadde ikke kjennskap til konsultativ involvering. Sett i sammenheng med Gagnon et al. (2015), som sier at det er viktig å involvere mennesker med avstand til teknologien de involveres i, blir svakhetene i myndighetenes involvering av fastleger åpenbare. Dette støttes av Lanter og Essinger (2017) som hevder at brukere som involveres bør representere ulike segmenter av brukermassen, for å danne et mest mulig oversiktlig bilde av brukerne, noe som ikke er tilfelle i FLO.

Informantene var bekymret for at informasjonen fra involvering ikke ble brukt fordi det ikke nådde langt nok opp. Dette svekker i så fall fordelene som kan forventes av informativ involvering (se del 2.5.1). I oppfølgingsfasen opplever fastlegene at kostnadene er større enn gevinsten, noe myndighetene har forsøkt å håndtere ved å endre nivået på økonomisk kompensasjon per pasient. Dette er ikke overraskende med tanke på at legeföreningen, som den eneste reelle kommunikasjonskanalen fastlegene har mot myndighetene, i all hovedsak tar for seg økonomiske forhandlinger. I tillegg vitner kompensasjonens manglende effekt om hvordan avstandene i FLO reduserer myndighetenes forståelse av fastlegenes behov. Utover noe involvering på tidlige stadier av digitaliseringsprosjekter, finner vi lite som viser at digitaliseringen i FLO samsvarer med det litteraturen i del 2.4.1, 2.4.2 og 2.5 anbefaler for å håndtere motstanden som oppstår i endringsprosessen.

5.1.3 Kontekstuelle faktorer hindrer digitalisering

Til tross for at håndteringen av motstand ikke følger forventningene fra del 2.4 oppfattes likevel ikke endringsmotstanden som et betydelig hinder for digitaliseringens initieringsfase i dag. Som vi har vært inne på har fastlegene i flere tiår vært blant de fremste på digitalisering, og endringsviljen har vært stor, både for å drive egen digitalisering og for å følge digitaliseringen til myndighetene. Fra del 4.4 er det lite som tyder på at denne endringsviljen er borte, da ønsket om en moderne og tilgjengelig FLO er tydelig. Endringsmotstand i initieringsfasen kan derimot bli et problem i fremtiden. Det virker som det ulmer en voksende kynisme som følge av den, i fastlegenes øyne, feilslåtte digitaliseringen av FLO. Dette kommer vi tilbake til i del 5.2.1.

Involveringen i FLO er i hovedsak informativ og noe konsultativ i initieringsfasen. Fastlegene involveres i liten grad etter rasjonalet er formidlet. Det er i hovedsak de mest interesserte som blir involvert, og fastleger må selv ta initiativ for å bli en del av involveringen. Problemet med manglende brukerinvolvering gjenspeiles i myndighetenes oppfatning om at informasjonen de har om FLO og fastlegene er nok til å drive digitaliseringen fra toppen, noe fastlegene ikke er enige i. Vi oppfatter at myndighetenes utvikling av endringsplaner som i hovedsak er basert på informativ involvering er en trussel mot at digitaliseringen konsolideres hos fastlegene. Som vi ser fra del 2.4.2 er konsolidering en viktig forutsetning både for å befeste den nye praksisen i organisasjonen, samt skape grobunn for videre digitalisering.

Med utgangspunkt i hvordan del 2.5.1, 2.5.2 og 2.5.3 mener brukerinvolvering bør foregå, finner vi at involveringen av fastlegene i digitaliseringen av FLO er mangelfull. Fastlegene opplever at myndighetene gir dem en liten rolle og at de glemmes når endringsplaner skal utvikles, systemer skal implementeres, og når systemets innvirkning på arbeidshverdagen skal følges opp. Mangelfull involvering i etterkant av initieringsfasen gjør at usikkerhet, ulike behov og misforståelser mellom myndighetene og fastleger, hindrer digitaliseringen. Dette bringer oss til vår første påstand:

Påstand 1: Kontekstuelle faktorer hindrer digitalisering i FLO.

5.1.4 Kontekstuelle faktorer hindrer involvering

Vi bemerker at kontekstuelle faktorer også kan være et hinder for involvering. Fastlegene har generelt lite tid tilgjengelig, og tid som brukes på involvering går utover tilgjengelig tid til pasientene. Nur et al. (2018) opplevde at involveringsinvitasjoner til fastleger ofte ble oversett grunnet deres travle arbeidshverdag. Fastlegenes store arbeidsmengde er på denne måten en trussel mot involveringen. Det viser også hvordan avstanden gjør brukerinvolvering vanskeligere, ved at mangelen på kommunikasjonskanaler hindrer at involveringsinitiativer initieres. Del 2.5 anbefaler brukerinvolvering for å forbedre kommunikasjon og redusere avstand. Dette kan virke noe paradoksalt når avstanden i seg selv er en utfordring for involvering. Dette viser hvilke utfordringer FLO står overfor dersom dagens problemer ikke tas tak i.

I tillegg viser del 4.3 at det i hovedsak er teknologiinteresserte fastleger som involveres av myndighetene, noe del 5.1.2 viser at ikke er i overensstemmelse med teorien. Dette ser vi også en tendens til i fastlegenes egne digitalisering, der det ofte er de teknologiinteresserte fastlegene som engasjerer seg tidlig. Deretter følger mindre interesserte fastleger på, etter

at systemet er mer funksjonelt. Ofte fungerer dette, men i dette digitaliseringsløpet har fastlegene et valg om hvilken leverandør de ønsker å benytte. Løsninger som ikke oppfyller kravene til mindre teknologiinteresserte fastleger kan velges bort til fordel for løsninger som er bedre egnet. Dette valget har de derimot ikke i myndighetenes digitalisering. Både fordi myndighetene kan pålegge fastlegene å bruke en bestemt løsning, men også fordi formålet med digitaliseringen er ett fellessystem som alle skal benytte.

Ønsket om å tilpasse et stort fellessystem som ferdigstilles før det tas i bruk vil kreve kjennskap til alle brukernes preferanser. Del 5.1.2 argumenterte for at dersom avstand mellom bruker som involveres og øvrige fastleger skal reduseres, krever det at de involverte brukerne består av både teknologisk interesserte, og mindre interesserte fastleger. Når dette kombineres med at teknologiinteresse fremstår som et premiss både for å bli involvert, men også velge å bruke tid på involvering, begrenses fordelene av involveringen. Dette markerer vår andre påstand:

Påstand 2: Kontekstuelle faktorer begrenser involvering i FLO.

5.2 Konsekvenser av digitaliseringen

Det virker sannsynlig at dersom utviklingen fortsetter vil fastlegenes oppfatning av egen situasjon forverres for hvert digitaliseringstiltak som gjennomføres av myndighetene. På sikt vil dette trolig føre til at flere fastleger vil slutte i jobben, samtidig som rekrutteringsproblemene vil fortsette. I forlengelse vil det ha negativt utfall for både pasientene og den øvrige helsetjenesten som er avhengig av fastlegen, både når det gjelder digitale og fysiske tjenester.

5.2.1 Endringskynisme

En kanskje mindre åpenbar konsekvens av fastlegenes misnøye er hvordan denne vil påvirke fremtidig digitalisering. De interne motstandskildene som oppstår i initieringsfasen fra del 2.4.1 kan sammenlignes med det Reichers, Wanous og Austin (1997, gjengitt av Brown og Cregan, 2008) kaller endrings skepsis. Det vi ser oppstår hos fastlegene i etterkant av digitaliseringen derimot, ligner det Brown og Cregan (2008) kaller endringskynisme. Cole, Bruch og Vogel (2006, s. 463) definerer endringskynisme som «en evaluering som stammer fra den ansattes arbeidserfaringer». Endringskynisme synliggjøres av «en negativ holdning mot den ansattes organisasjon».

Endrings skepsis omhandler tvil i forbindelse med initiering av endring, mens endringskynisme oppstår i etterkant av endring, når «ledelsen har en tendens til å skape løfter som ikke oppfylles» (Fleming, 2005, s. 290). Linken mellom Flemings definisjon og FLO tydeliggjøres når Høie i sykehustalene 2014, 2020 og 2021 lover at fastlegene ikke skal tillegges flere arbeidsoppgaver. Likevel opplever informantene at arbeidsoppgavene øker med hvert eneste digitaliseringstiltak.

Analysen viste i del 4.3.1 til et sitat som tilsa at fastlegenes misnøye under digitaliseringsprosessen ble avfeid av myndighetene som manglende endringsvilje. Når Bommer, Rich og Rubin (2005) finner at «et hvert forsøk ledelsen gjør på å avfeie kynikere kun vil forsterke kynismen» anses dette som en risikabel håndtering av kynismen. Cole, Bruch og Vogel (2006, s. 464) hevder dessuten at «uavhengig av validiteten i individets oppfatning av hva kynismen baseres på, så er kynismen ekte i form av dens konsekvenser».

Kynismen anses imidlertid ikke å mangle validitet. Wanous, Reichers og Austin (2000) hevder endringskynisme oppstår når oppfattelsen av betaling for arbeidet reduseres. Dette ser vi et bokstavelig eksempel på i FLO. Kostnaden, i form av utgifter per pasient, har økt over tid, uten at betalingen, i form av tilskudd per pasient, har fulgt samme utvikling. Dean, Brandes og Dharwadkar (1998) hevder i tillegg at endringskynisme i seg selv er en kostnad ved at den øker de ansattes stress. Dette medfører en ytterligere kostnad som forsterker kostnadsovervekten i gevinst-kostnads-forholdet for fastlegene.

Fastlegene forteller at de kan håndtere noen av kostnadene digitaliseringen medfører ved å redusere tidsbruken per pasient. Likevel velger alle informantene å ofre inntekt for å sikre kvalitet i behandlingen. Det betyr imidlertid ikke at endringskynisme ikke er tilstedeværende. Johnson og O'Leary-Kelly (2003, s. 643) hevder at selv om kynismen hos de ansatte øker «utøver de ikke denne misnøyen utover organisasjonens ytelse». Selv om kynismen ikke går utover pasientene direkte, tydeliggjøres endringskynismens risiko når Bommer, Rich og Rubin (2005) etablerer linken mellom endringskynisme og fremtidig endrings skepsis. Videre hevder Brown og Cregan (2008, s. 668) at «endringskynisme har potensiale til å undergrave endringsprogrammer».

Del 5.1.2 viste at involveringen i FLO i hovedsak er informativ. Brown og Cregan (2008) mener informativ involvering handler om autoritet, mens aktiv involvering i avgjørelser handler om tillit og lojalitet. Her forstår vi aktiv involvering som sammenfallende med konsultative og partisipative metoder, se figur 5. Informantene opplever at tilbakemeldingene fra den informative involveringen ikke når frem, noe som gjør at involveringen kan oppfattes som pseudomedvirkende (Amundsen og Kongsvik, 2016). Dette er en risiko når Reichers, Wanous og Austin (1997, s. 52, gjengitt av Brown og Cregan, 2008, s. 672) hevder at mangel på «meningsfulle muligheter til å delta i avgjørelser» er en bidragsyter til endringskynisme.

Teicher (1992) hevder at bruk av utelukkende informative metoder kan oppfattes av kynikere som et involveringsinitiativ med formål om å øke ledelsens kontroll. Aktiv involvering kan motvirke dette, ved at brukeren tillegges mer makt i avgjørelser, noe Brown og Cregan (2008) hevder reduserer endringskynisme. Det kan også øke forpliktelse og motivasjon til å endres (se del 2.5.2). Passiv involvering, kombinert med fravær av aktiv involvering, kan derimot bidra til endringskynisme (Teicher, 1992). Dette bringer oss til neste påstand:

Påstand 3: Kostnadene av digitalisering, og mangel på aktiv involvering, kan skape grobunn for endringskynisme i FLO.

5.2.2 Viktigheten av å overkomme endringskynisme

Viktigheten av å overkomme endringskynisme er todelt. På den ene siden hevder Brown og Cregan (2008) at organisasjoner som håndterer kynismen har høyere sannsynlighet for å oppnå fordeler med endring. På den annen side tydeliggjør Bommer, Rich og Rubin (2005) at ansattes endringskynisme ofte medfører mislykket endring. Mislykket endring fører så til mer kynisme og gjør at påfølgende endringsinitiativer blir enda vanskeligere å gjennomføre (Bommer, Rich og Rubin, 2005). I del 5.1.1 argumenterte vi for at tilknytning til status quo ikke var en betydelig kilde til endringsmotstand slik situasjonen er nå. Dersom endringskynismen forsterkes derimot, kan dette føre til fremtidig endrings skepsis i form av tilknytning til status quo.

I del 2.2.2 påpekte Bendor-Samuel (2019) at digitalisering ofte skaper gevinster for organisasjonen på bekostning av den ansatte, noe del 5.1.1 gjenkjente i FLO. Til tross for at fastlegene erkjenner digitaliseringens åpenbare gevinster for pasienten, og andre aktører i helsetjenesten for øvrig, argumenterer vi for at endringskynismen hos fastlegen stammer fra at kostnaden for fastlegene overskygger denne gevinsten. Gitt at dette stemmer vil endringskynisme unngås dersom fastlegene opplever at digitaliseringen lykkes ved at gevinster utveier kostnader.

5.3 Gevinster, kostnader og milepæler i digitaliseringen

Fastlegene er ikke i mot digitalisering som konsept, men de liker ikke måten myndighetene digitaliserer. De savner et fokus på fastleger som brukere av FLO og dens digitalisering, og at myndighetene legger større vekt på fastlegenes behov. De mener selv at muligheten for å komme med kritikk til endringsforslag, og brobygging mellom de som jobber «på gulvet» og de som sitter «på toppen» er avgjørende for å lykkes.

Det er viktig at digitaliseringen ikke bare lykkes i øynene til myndighetene og pasientene, men også i fastlegenes øyne. Ikke bare i forbindelse med fastlegekrisen, men også fordi fastlegen er nøkkelen til hele helsetjenesten, både digitalt og fysisk, med sin portvaktrolle. Del 5.1.3 viste at digitaliseringen initieres da visjonen og rasjonalet er felles for både myndighetene og fastlegene. Vi erfarer derimot i del 5.1.3 at digitaliseringen ikke konsolideres hos fastlegene.

Vi anser digitaliseringen som vellykket dersom den konsolideres hos fastlegene. Argumentet for dette er at vi oppfatter at digitaliseringen allerede lykkes for både myndighetene og pasientene. Vi erkjenner imidlertid at denne oppfatningen er basert på intervjuer med fastleger, og kan dermed ikke anses som objektiv.

For å konsolidere endring viste del 2.4.2 at den nye situasjonen må kunne vise til bedre resultater enn hva det var før endringen. En annen formulering av dette er at det må vises til at gevinstene fra digitaliseringen utveier kostnaden for fastlegene. Vi relaterer i så måte kostnad og gevinst til endringsmotstand og endringsdriver i konsolideringsfasen. Kostnader øker endringskynisme, mens gevinster reduserer endringskynisme.

5.3.1 Gevinster og kostnader

Formålet med myndighetenes digitalisering er å forbedre pasientens helsetjeneste ved å øke effektiviteten og tilgjengeligheten, redusere antall syke pasienter og øke samhandling mellom helsetjenestene. Fastlegene erkjenner en forbedring hvis vi ser på de gevinstene digitaliseringen er ment å oppnå. Vi tolker at pasientens gevinst også regnes som en gevinst for fastlegene, så lenge fastlegene kan «overleve» kostnaden det medfører for dem over tid. Dessuten forteller informantene at de skaper sine egne gevinster gjennom deres egne digitalisering.

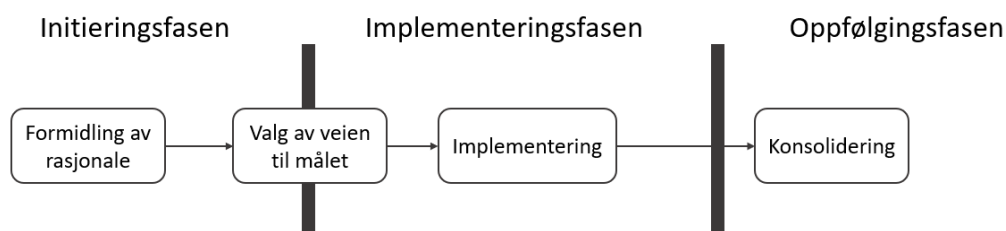
Det virker derfor lite sannsynlig at enda mer fornøyde pasienter, enda flere behandlinger eller enda økt samhandling mellom helsetjenestene vil forbedre fastlegenes oppfatning av digitaliseringen. Det er også vanskeligere å forbedre disse punktene da de allerede anses å oppnås. Ytterligere økning av disse gevinstene vil trolig ikke håndtere kostnadene som kom frem i del 4.2. Det er dermed lite som tilsier at en økning av gevinster vil medføre at digitaliseringen lykkes.

De største kostnadene for fastlegene ser ut til å være merarbeid, tungvinte systemer, og lite tilpassede løsninger. Myndighetenes idé om å ha fellesløsninger som skal dekke behovene til alle delene av helsetjenesten ser ut til å forsterke disse kostnadene. For å redusere kostnadene ønsker fastlegene at det utvikles løsninger som er bedre tilpasset deres behov, og som ikke medfører mer arbeid. Del 4.2.2 peker på at behovene til fastlegene og myndighetene skiller seg når veien til målet skal bestemmes. I henhold til de tre fasene av endring fra del 2.4 mener vi dette bestemmes etter at rasjonalet og visjonen er formulert, men i forkant av implementering. Problemene som oppstår synliggjøres under konsolideringen.

Vi poengterer at dette gjelder kostnader og gevinster for fastlegene, da fastlegene anses som den kritiske faktoren i krisen i FLO. Fra perspektivet til både myndighetene og pasientene ser kostnadene og gevinstene trolig forskjellig ut. Undersøkelsen gjort av EY og Vista Analyse (2019) tyder imidlertid på at gevinstene foreløpig er større enn kostnadene for både pasientene og myndighetene. Myndighetene har i fastlegenes øyne lenge gjort endringer som gir dem styring og kontroll over FLO, samtidig som pasientene opplever en bedre tilgjengelighet enn noen gang før. Likevel utfordres dette av kostnadsovervekten hos fastlegene som over tid kan svekke tilgjengeligheten, som er viktig både for myndighetene og fastlegene.

5.3.2 Fire milepæler i digitaliseringen

I tillegg til valg av veien til målet, identifiserer vi tre steg fra del 2.4 som preger digitaliseringen. Vi kaller disse milepæler, som illustrert i figur 7. Disse er formidling av rasjonalet, valg av veien til målet, implementering, og konsolidering av digitaliseringen. Hvert steg anses å lykkes for fastlegene dersom det fører endringen videre på en måte som bidrar til å redusere kostnadene.



Figur 7: Plassering av fire milepæler i endringsprosessen.

Milepæl 1: Formidling av rasjonale

Den første milepælen er formidling av digitaliseringens rasjonale. Del 2.4.1 påpekte viktigheten av å formidle endringens rasjonale for å initiere endringsprosessen. I FLO anses usikkerhet å være tilstede, men lite hindrende for denne milepælen. Vi finner at myndighetene benytter informativ involvering i dette steget for å formidle digitaliseringens rasjonale. Dette ser ut til å fungere ofte, da initiering av digitalisering ikke virker å være en utfordring. Fastlegene og myndighetene ser ut til å enes om rasjonalet for digitaliseringen på dette stadiet. Denne enigheten kan imidlertid være en bidragsyter til myndighetenes oppfatning om at de forstår fastlegenes behov godt nok. Dette kan i forlengelse være en grobunn for avstand og usikkerhet i de kommende stegene, ved at det kan bidra til manglende forståelse av fastlegenes behov.

Milepæl 2: Valg av veien til målet

En svakhet ved myndighetenes informative involvering synliggjøres når veien til målet skal

velges. Dette markerer den andre milepælen som befinner seg i overgangen mellom initiering- og implementeringsfasen. Del 4.3 nevner et eksempel på konsultativ involvering med teknologiinteresserte fastleger i denne fasen. Likevel ser vi ulike behov når myndighetene ønsker ferdige totalsystemer for hele helsetjenesten, mens fastlegene ønsker spesifikke verktøy som utvikles iterativt sammen med utvikler. Informantene trekker frem fravær av kultur for kritisk tenking og manglende kunnskap hos myndighetene som begrensende for formulering av tilrettelagte planer og videreformidling av fastlegenes behov til utvikleren. Fastlegene er uenige i måten myndighetene prøver å tilfredsstille rasjonale med sin digitalisering, og savner kommunikasjonsflater hvor de kan uttrykke denne misnøyen.

Milepæl 3: Implementering

Implementering følger tett på valget av veien til målet, og påvirkes i så måte av uenigheten derfra. Når myndighetenes valg av fullstendige, ferdigstilte fellessystemer implementeres er de ofte lite tilrettelagt fastlegenes behov, og blir sjelden brukt med mindre det er lovpålagt. Manglende tilpasning til fastlegenes behov pekes på som den viktigste årsaken til at systemene ikke blir brukt. Fra dette stadiet av digitaliseringen i FLO fremstår fastlegenes rolle liten, og det er lite som vitner om brukerinvolvering i systemets videre implementering inntil det er ferdigstilt. Det virker også som det er lite rom for å tilpasse systemet i etterkant av at det slippes.

Milepæl 4: Konsolidering

Vi anser denne milepælen som et slags suksesskriterie for digitaliseringen, fordi den gjenspeiler hvor godt de tidligere stegene har tatt hensyn til fastlegenes behov. Mye tyder på at kostnadene fastlegene opplever i sammenheng med digitaliseringen er større enn gevinstene. Flere av informantene i del 4.2.2 og 4.3.1 peker på at problemene oppstår som følge av mangel på forståelse og enighet under valg av vei til målet og når systemet implementeres. Vi argumenterer dermed for at milepæl 1, 2 og 3 legger forutsetningene for å oppnå konsolidering blant fastlegene.

5.3.3 Linken mellom brukerinvolvering og oppnåelse av milepælene

Del 5.1 og 5.1.1 identifiserte avstand, svak kommunikasjon og usikkerheten dette medførte som noen av årsakene til at valget av løsning ikke tilpasses fastlegene. På den måten preger avstand, kommunikasjon og usikkerhet oppnåelse av milepæl 2. Dette bekreftes av at fastlegekrisen ser ut til å handle om manglende forståelse av fastlegenes behov og problemer. Derfor er det naturlig å se på måten denne forståelsen kan forbedres for å redusere kostnadene som oppstår i denne milepælen, og dermed motvirke overvekten av kostnad i gevinst-kostnad-forholdet når digitaliseringen skal konsolideres.

Både Damodaran (1996) og Buchanan et al. (2005) poengterer viktigheten av å forstå konteksten og behovene for brukerinvolvering slik at riktig tilnærming kan benyttes. Behovene for brukerinvolvering kommer fra behovet om å redusere avstand og usikkerhet, og forbedre kommunikasjon. I del 2.5 fant vi at informativ og konsultativ brukerinvolvering anses som et effektivt virkemiddel for å redusere usikkerhet og forbedre kommunikasjon, mens partisipativ involvering reduserer avstand mellom leder og mottaker. Videre vet vi at det i dag gjøres noe informativ og konsultativ brukerinvolvering i initieringsfasen, som er i tråd med litteraturen i del 2.5. Det er imidlertid ikke slik at riktig involveringsmetode garanterer vellykket endring,

det er også viktig at resultatene fra involveringen benyttes til å påvirke endringen. I del 2.5.2 poengteres det at dersom tilbakemeldinger fra involveringen ikke gjenspeiler lederens og utviklerens intensjon, bør nivået av involvering økes for å identifisere hvordan det kan forbedres. Dette ser vi imidlertid ikke i FLO, der fastlegene opplever at tilbakemeldingene har liten til ingen effekt.

Litteraturen sier i del 2.5.2 og 2.5.3 at en aktiv tilnærming i form av konsultativ og partisipativ brukerinvolvering med fordel kan benyttes etter initieringen av endring, ved at bidrar til kommunikasjon mellom leder og mottaker av endring. I FLO sin kontekst kunne dette innebært å bygge broene mellom fastlegene og myndighetene som etterspørres i del 4.3.1, og på den måten redusere avstand. Dette støttes av funnet fra del 4.3.1 om at kommunikasjonen var bedre før trepartssamarbeidet ble avsluttet.

I fastlegenes egne digitalisering finner vi aktiv involvering, i motsetning til i myndighetenes digitalisering. Vi får inntrykk av at endringene konsolideres (se del 4.1), og at det ikke oppstår endringskynisme blant fastlegene. Fraværet av myndighetene som mellomledd gjør at avstanden mellom utvikler og fastlege allerede er kort, og den aktive involveringen bidrar trolig til å redusere denne ytterligere. Feil og mangler rettes opp underveis basert på fastlegenes tilbakemeldinger, og systemene tilpasses behov som blir kjent under bruk. Dette viser en kontrast til myndighetenes ønske om fellessystemer som skal ferdigstilles før de tas i bruk.

Der fastleger involveres gjennom hele endringsforløpet lykkes digitaliseringen i fastlegenes øyne ved at kostnadene håndteres og at endringen dermed konsolideres. I henhold til del 2.1.1 lykkes det fordi det bidrar til å forstå kontekst og menneskelige faktorer. Fastlegene ser på involveringen som en vedvarende og effektiv kommunikasjonskanal som gir fastlegene muligheten til å påvirke systemet. Mellom fastlegene og myndighetene ser ikke de samme, lettvinne kanalene ut til å eksistere på samme måte, og færre fastleger gidder å bruke tid på å formidle behov til myndighetene. Her spiller det trolig en rolle at det oppfattes tidkrevende og tungvint. Det hjelper nok heller ikke at fastlegene oppfatter tilbakemeldinger via legeföreningen som en pseudomedvirkende kanal (Amundsen og Kongsvik, 2016). Med andre ord fremstår effektive kommunikasjonskanaler som viktige for at digitaliseringen skal lykkes i fastlegenes øyne, og aktiv involvering ser ut til å skape disse kanalene.

5.4 Involvering og vellykket digitalisering

Gjennomgående for de fire milepælene er at det i hovedsak kun involveres informativt, det del 2.5.1 også kaller passiv brukerinvolvering. Dette gjenspeiles i myndighetenes manglende forståelse av fastlegenes behov og kostnadene de erfarer med digitaliseringen. Til sammenligning oppnår fastlegenes egne digitalisering en god slik forståelse med en betydelig mer aktiv tilnærming til involvering.

Det er imidlertid verdt å merke seg at selv om mer aktiv brukerinvolvering fremstår gunstig, betyr ikke dette at informativ involvering ikke er gunstig. Del 2.5.1 sier at informativ brukerinvolvering er en tidseffektiv metode for å avdekke om konsultative og partisipative metoder er nødvendig for de ulike milepælene. Gitt den store arbeidsmengden, anses det som en risiko å gå rett på konsultative og partisipative metoder i tilfeller der det ikke er nødvendig. Dette vil kunne oppfattes av fastlegene som nok en tidstyv, da aktiv involvering krever betydelig mer enn å svare på en informativ undersøkelse. Som nevnt i del 5.3 anses

konsolidering av endring som et mål på endringens suksess. Derfor undersøker vi denne milepælen først.

5.4.1 Konsolidering

Milepæl 4 oppnås ikke. Det involveres informativt, noe del 2.5.1 sier er en passende måte å undersøke konsolidering. En utfordring er som nevnt i 5.1.1 at tilbakemeldingene fra involveringen ikke benyttes til å korrigere digitaliseringens utfall. Når litteraturen i del 2.5.2 hevder at individenes respons i oppfølgingsfasen bør benyttes for å korrigere veien videre etter behov, synliggjøres manglene i digitaliseringen i FLO. At handlinger uteblir tilsier at den passive involveringen ikke følges opp med aktive metoder som avdekker årsaken til at det ikke konsolideres. Vi hevder i del 5.3.1 og 5.3.2 at årsaken til at det ikke konsolideres skyldes mangelfull involvering i de to foregående milepælene. Disse forutsetter videre at milepæl 1 oppnås. Det bringer oss til vår fjerde påstand:

Påstand 4: Mangel på konsolidering av digitaliseringen hos fastlegene skyldes mangler i milepæl 1, 2 eller 3.

5.4.2 Initiering av digitaliseringen

Milepæl 1 oppnås med informativ involvering. Det er en tidseffektiv metode, og således godt egnet i en kontekst der brukeren har begrenset med tid til å involveres. Det er også egnet med tanke på at det ikke eksisterer ulike behov. Det undersøker om det eksisterer usikkerhet, og avdekker at det som oftest ikke er tilfelle. Samtidig argumenterer vi i 5.3.2 at enigheten som oppstår gjennom informativ involvering kan være en risiko for å forsterke myndighetenes oppfatning av at «de vet godt nok». Myndighetenes oppfatning av at de innehar nok kompetanse trekkes frem av informantene i del 4.2.3 som en begrensning for involvering. Dette bringer oss til vår femte påstand:

Påstand 5: Myndighetenes informative involvering i milepæl 1 er tilstrekkelig, men kan være en begrensning for videre involvering.

5.4.3 Veien til målet og implementering

Milepæl 2 og 3 oppnås ikke. Fastlegene mener det er fordi de har andre behov og er uenige om veien til målet i milepæl 2. Når systemet implementeres i milepæl 3 er det ikke tilpasset deres arbeidshverdag. Det benyttes informativ involvering, noe del 2.5.1 viser at egner seg for å redusere usikkerhet, og i forlengelse bedre tilpasning mellom bruker og system. Likevel argumenterer vi i del 5.3.2 for at utfordringene i disse milepælene ikke er usikkerhet, men heller en ulik oppfatning mellom myndighetene og fastlegene av hva som er riktig vei til målet. I henhold til del 2.5 er det dermed behov for involveringsmetoder som reduserer avstanden mellom myndighetene og fastlegene for å oppklare misforståelser og eventuelle ulike behov. Når dette ikke er tilstedeværende øker det i henhold til del 5.2.1 risikoen for endringskynisme.

De kontekstuelle faktorene som hindrer oppnåelse av disse to milepælene er avstand, usikkerhet og ulike behov. Fastlegene mener selv at broer må etableres mellom myndighetene og fastlegene, at avstand må reduseres og at det må tilrettelegges for tettere dialog mellom utvikler og fastlege. Deres ønsker sammenfaller med beskrivelsen av, og bruksområdet til, konsultative og partisipative involveringsmetoder i del 2.5.2 og 2.5.3. Dette markerer vår sjette påstand:

Påstand 6: Kontekstuelle faktorer i milepæl 2 og 3 aktualiserer et behov for aktiv involvering.

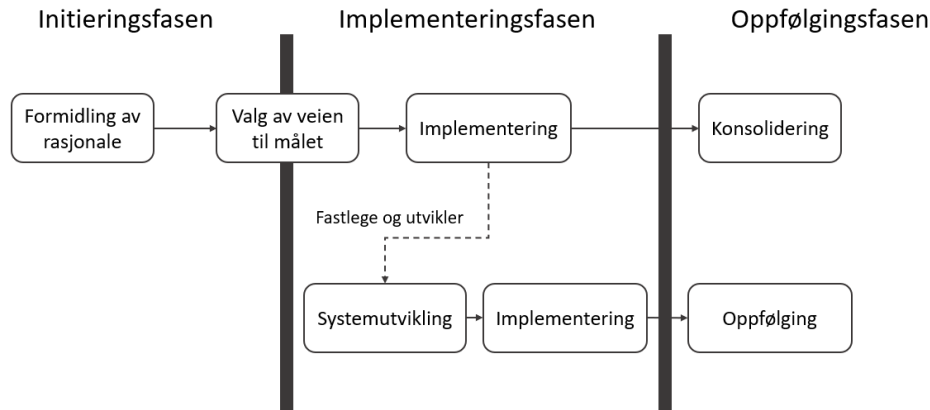
Brown og Cregan (2008) hevder litteraturen antar at ansatte ønsker å involveres, noe de tar utgangspunkt i når de hevder at den eneste utfordringen for ledere er å fasilitere involvering. Gagnon et al. (2015) viser i del 2.5.2 til at aktiv involvering kan oppnås ved å benytte brukerrepresentanter når ny helsereelatert teknologi skal vurderes, noe som støttes av Granath (2001). Samme del hevder konsultative involveringsmetoder bidrar til å oppklare ulike endringsbehov. Gagnon et al. (2015) hevder konsultativ involvering lar brukere bidra med deres kunnskap og erfaringer når disse skiller seg fra ledelsens oppfatning. Det vil styrke forutsetningene for at fastlegene og myndighetene kan enes om valg av veien til målet i milepæl 2. Når systemet skal implementeres identifiserer del 5.1.1 Orlikowskis (1992) sted-tid-diskontinuitet som en utfordring da systemet designes og brukes på ulike steder til ulik tid. Del 2.5.3 hevder at partisipativ involvering egner seg for å motvirke sted-tid-diskontinuitet. Et eksempel på dette finner vi hos Suc, Prokosch og Ganslandt (2009).

Suc, Prokosch og Ganslandt (2009) undersøkte digitaliseringen av et sykehus i Tyskland. Utfordringen i deres studie var en digitalisering preget av store avstander, manglende forståelse hos ledelsen, og ansatte som hevdet systemene var lite tilpasset deres arbeidshverdag. Når systemet skulle implementeres fant de at det var viktig å ta hensyn til de organisatoriske aspektene ved digitaliseringen, i tillegg til tekniske elementer som brukervennlighet og funksjonalitet. Dette innebar integrasjon med arbeidsoppgaver, ansattes forpliktelse til systemet, og distribuering av makt til brukeren i implementeringsfasen.

Planlegging av periodiske partisipative involveringsmetoder, som workshops med brukerne for å følge opp endringsplanene, skapte en sterk dynamikk mellom bruker og utvikler, og bidro til motivasjon i oppfølgingen av systemet (Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009). Vedvarende partisipativ involvering i form av tilbakemeldingsmøter bidro til å opprettholde motivasjonsnivået, samtidig som det tillot ledelsen å ha oversikt over brukernes oppførsel. Aksept og inntrykk av det nye systemet ble målt ved flere anledninger, og disse målingene viste høy grad av aksept, samt positive inntrykk av det nye systemet. Etter implementering fortsatte den partisipative involveringen, da brukerne fikk muligheten til å tilpasse systemet til deres kontekst ved behov. (Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009). Den aktive tilnærmingen til brukerinvolvering, der ansvaret for å tilpasse systemet til egne arbeidsprosesser ble overført til brukeren, ble pekt på som årsaken til systemets suksess (Suc, Prokosch og Ganslandt, 2009). Figur 8 viser hvordan dette kan se ut i FLO.

Det tette samarbeidet mellom utvikler og fastlege i figur 8 minner om fastlegenes egne digitalisering. Fastlegene bestiller sine egne systemer, der de foretrekker utviklere som tilbyr raske, uferdige leveranser som tilpasses iterativt i samarbeid med fastlegene. I praksis oppfatter fastlegene at markedskonkurransen tvinger eksterne utviklere til å imøtekomme dette behovet. Dette ser vi et eksempel på med videoverktøyet Confrere, som på langt nær var tilpasset fastlegene da de begynte å bruke det, men som ble tilpasset fastlegenes behov etter implementering. I myndighetenes digitalisering benyttes også ekstern utvikler, men bestillingen av ferdige systemer hindrer den kontekstuelle tilpasningen. Dette forårsaker sted-tid-diskontinuitet (se del 2.2.2), når design mode og use mode foregår på ulikt sted til ulik tid.

Når avstand mellom utvikler og bruker reduseres, reduseres også risikoen for Orlikowskis (1992)



Figur 8: *Suc, Prokosch og Ganslandt (2009) hevder overføring av ansvar for kontekstuell tilpasning til brukeren av systemet var årsaken til implementeringens suksess. Her viser vi hvordan dette kunne sett ut i FLO.*

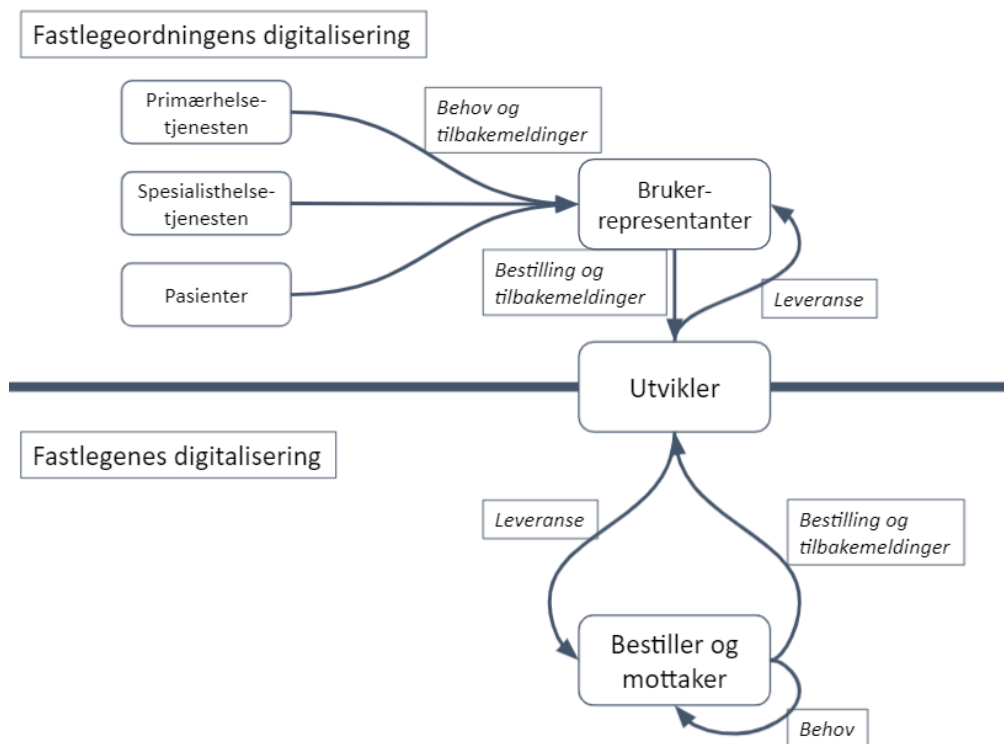
sted-tid-diskontinuitet. Det er imidlertid et viktig skille i rollebeskrivelsene i de to digitaliseringsløpene. Som nevnt er fastlegene å anse som bestiller og mottaker av egen digitalisering. Å være både bestiller og mottaker av endring innebærer også at denne avstanden bortfaller, og således reduseres også usikkerhet som skyldes avstand. Det kan dermed argumenteres for at suksesskriteriet i fastlegenes egne digitalisering er forståelsen som oppnås mellom bestiller og mottaker. Dette medfører en bedre forståelse mellom bestiller og mottaker enn det informativ og konsultativ brukerinvolvering kan oppnå. For å oppnå samme forståelse i digitaliseringen i FLO hevder del 2.5.3 at partisipative metoder er nødvendig. Basert på dette formulerer vi vår syvende påstand:

Påstand 7: Kontekstuelle faktorer i milepæl 3 aktualiserer et behov for partisipative involveringsmetoder.

Brukerinvolvering mellom utvikler og fastlege er i seg selv ikke en utfordring. Det er mangelen på fasilitering fra myndighetene som hindrer at denne brukerinvolveringen finner sted. Dersom myndighetene, istedenfor å distansere utvikler og fastlege, hadde innfridd fastlegenes ønske om tidlig bruk og iterativ forbedring, ville trolig risikoen for sted-tid-diskontinuiteten blitt redusert. Dette forutsetter imidlertid omstrukturering av bestillingsstrukturen fra figur 6 til figur 9.

I denne strukturen er det forsøkt å motvirke de kontekstuelle faktorene som hindrer oppnåelse av milepæl 2 og 3. Ved å gjøre et utvalg fastleger ansvarlig for kontekstuell tilpasning sammen med utvikler reduseres risikoen for sted-tid-diskontinuitet. Fastlegenes savn etter en tydelig, direkte og tilrettelagt kommunikasjonskanal mellom dem selv og myndighetene kan løses ved å la brukerrepresentanter erstatte legeföreningen som tilbakemeldingskanal i digitaliseringen. Videre kan brukerrepresentantene overta rollen som bestiller, og misforståelser mellom bestiller og mottaker som baserer seg på usikkerhet og ulike behov vil reduseres. Dette går imidlertid på bekostning av myndighetenes ønske om styring og kontroll, samt deres visjon om ferdigstilte fellessystemer.

I figur 9 reduseres de kontekstuelle faktorene som hindrer digitaliseringen. Likevel identifiserer



Figur 9: *Alternativ bestillingsstruktur basert på Suc, Prokosch og Ganslandt (2009) og fastlegenes egne digitalisering.*

vi tre utfordringer i denne modellen. Brown og Cregans (2008) antagelse om at den eneste utfordringen for ledelsen er å fasilitere involvering utfordres når del 5.1.4 viser at det ofte kun er teknologiinteresserte fastleger som tar initiativ til å involvere seg, noe del 5.1.3 argumenterer for at er et hinder for digitaliseringen. Det bringer oss tilbake til påstand 2 om at kontekstuelle faktorer i FLO ikke bare hindrer digitaliseringen, men også involveringen.

Den andre utfordringen er at Granath (2001) hevder grunnen til at det ofte brukes representanter er at partisipativ involvering er tidkrevende. Oppfatningen om at involveringen er tidkrevende er også årsaken til at Hanington (2003) i del 2.5.3 mener partisipative metoder bør begrenses. De tilfellene der vi observerte at teknologiinteresserte fastleger involveres begrenset seg til intervju og evaluering av takster for videokonsultasjon. Dette er i henhold til figur 5 et lavere aktivitetsnivå enn det figur 9 legger frem. Da teknologiinteresserte fastleger er utsatt for det samme tidspresset som andre fastleger, vil deltagelse i partisipativ involvering trolig ha en høyere terskel også for disse. Det bringer oss til vår åttende, og siste, påstand:

Påstand 8: Kontekstuelle faktorer vanskeliggjør partisipativ involvering i FLO.

En tredje utfordring med modellen ligger i vårt fokus på fastlegen. Som nevnt i del 2.2 er digitaliseringen i FLO ofte en del av større digitaliseringsprogrammer der fastlegene kun er én av flere mottakere. Dersom myndighetene overlater ansvaret til brukerrepresentanter blir også disse ansvarlige for å samle og prioritere behov for alle mottakere. En løsning på dette kan være at representantene består av flere mottakere enn fastlegene. Likevel hevder Høie (2020) og del 4.2 at øvrige mottakere er fornøyd med digitaliseringen slik den er i dag. Det betyr at deres behov for å omstrukturere bestillingsstrukturen trolig er mindre.

6 Konklusjon

Den komplekse organisasjonsstrukturen skaper store avstander mellom myndighetene, utviklere og fastlegene i digitaliseringen i FLO. Dette resulterer i usikkerhet, misforståelser, og en manglende evne til å identifisere ulike behov mellom myndighetene og fastlegene. I forlengelse hindrer tilstedeværelsen av disse kontekstuelle faktorene at digitaliseringen konsolideres hos fastlegene. Det identifiseres to hovedmangler ved den mangelfulle involveringen: Resultater fra involvering benyttes sjeldent til å påvirke digitaliseringen, og mangel på aktiv involvering hindrer myndighetenes forståelse av fastlegenes behov. Kontekstuelle faktorer hindrer også involveringen. Fastleger har lite tid til å involveres, og det virker som teknologiinteresse er et premiss for å sette av tid til involvering. Resultatet er at fastleger involveres i liten grad i digitaliseringen. Denne involveringen foregår i initieringsfasen, og er i hovedsak informativ. Brukerinvolveringen som gjøres i initieringsfasen har liten verdi for digitaliseringen fordi den har liten effekt på endringstiltakene. Involveringen som gjøres oppfattes av fastlegene som pseudomedvirkning som bare eksisterer så myndighetene kan si at de involverer fastlegene, uten at informasjonen involveringen avdekker har noen reell påvirkningskraft på hvilke tiltak myndighetene kommer med. Vi oppfatter at dette ikke dreier seg om et bevisst valg om å ignorere fastlegene. Det virker som de som utøver brukerinvolveringen har intensjoner om å bli kjent med fastlegenes behov. Problemet er at denne informasjonen aldri når opp til de nødvendige delene av myndighetene, som kan påvirke beslutningene som tas.

Konsekvensene av den mangelfulle brukerinvolveringen og vektleggingen derpå er en gradvis økende endringskynisme som vil gjøre fremtidige endringer vanskeligere å gjennomføre. I forlengelse risikeres det at hvert digitaliseringstiltak som gjennomføres uten at problemene i FLO håndteres medfører at fastlegekrisen forverres. Dette innebærer at den økende arbeidsmengden vil fortsette, at frafallet av fastleger fortsetter og rekrutteringsproblemer vedvarer, som igjen vil resultere i enda mer arbeid for de resterende fastlegene. Økende endringskynisme, kombinert med økende arbeidsmengde, vil kunne gjøre at terskelen for å delta på brukerinvolvering i regi av myndighetene blir høyere. Dette skyldes både mindre tilgjengelig tid, i tillegg til svekket tillit til myndighetenes evne til å drive digitalisering. For å unngå endringskynisme hevder litteraturen at digitaliseringen må konsolideres. Vi foreslår at konsolidering avhenger av tre foregående milepæler i endringsprosessen. Oppnåelse av disse avhenger av hvorvidt digitaliseringen tilrettelegges fastlegenes behov. Dette aktualiserer et behov for aktiv involvering. Dette er imidlertid krevende å få til, da store avstander, svekket tillit, og stor arbeidsmengde er hindrende faktorer for involvering. I tillegg vanskeliggjøres kontekstuell tilpasning av myndighetenes ønske om fellessystemer for hele helsetjenesten.

6.1 Implikasjoner for praksis, begrensninger og behov for videre forskning

Studiens bidrag er en identifisering av at brukerinvolvering vanskeliggjøres av en mangel på modeller for involvering i FLOs kontekst. Modeller for involvering vanskeliggjøres igjen av de utfordringene og kontekstuelle faktorene som eksisterer i FLO. Avstanden mellom myndighetene, utviklere og fastleger når veien til målet skal avgjøres og systemet implementeres aktualiserer et behov for aktiv involvering. For praktikere som ønsker å unngå endringskynisme

i digitaliseringen av FLO anses det viktig å benytte brukerinvolvering som verktøy for å skape felles forståelse av behov mellom myndighetene og fastlegene. Konsultative og partisipative metoder vil kunne bidra til å identifisere og oppklare misforståelser og uenigheter, som i forlengelse kan skape bedre forutsetninger for at digitaliseringen konsolideres. Dette innebærer å skape resultater der både myndighetene, pasientene og fastlegene opplever at digitaliseringens gevinster utveier dens kostnader.

Som eksperter på endringsledelse, ikke FLO, erkjenner vi at vi ikke har nok kunnskap til å si noe konkret om innholdet i digitaliseringen i FLO. Den kunnskapen er det fastlegene og myndighetene som sitter på. Studien begrenses videre av at den tar utgangspunkt i fastlegenes perspektiv, og legger mindre vekt på behovene til andre aktører som inngår i digitaliseringen av den helhetlige helsetjenesten. Det oppfattes sannsynlig at politiske, makroøkonomiske og geografiske faktorer har innvirkning på digitaliseringen, noe vi ikke har tatt hensyn til. Selv om vi erkjenner at disse mekanismene vil påvirke digitaliseringen, hevder vi likevel at forståelsen av fastlegenes situasjon vil være gunstig for fremtidig digitalisering. Vi hevder studiens funn er overførbare til andre ansatte i norsk helsetjeneste som direkte påvirkes av digitaliseringen. Dette fordi andre ansatte i helsetjenesten er underlagt de samme myndighetene. Funnene kan også være overførbare til Danmark og England som har lignende ordninger som FLO, og utfordres av de samme store avstandene mellom bestiller og mottaker.

I en masteroppgave begrenses forskningen av et relativt kort tidsvindu, noe som igjen begrenser forskningens omfang. Omfanget i denne studien begrenser seg til en forståelse av hvordan fastleger involveres og hvilke hindringer som eksisterer for denne involveringen. Dette kobles sammen med hvordan litteraturen hevder fastlegen bør involveres. For å overkomme begrensningene til involvering bør det forskes mer på hvordan fastlegen kan involveres. Studien er også ambisiøs i den forstand at den forsøker å generalisere klare konklusjoner på basis av en kvalitativ studie med et begrenset utvalg fastleger. Mangelen på litteratur om brukerinvolvering i FLO gjør at påstandene baseres på et empirisk grunnlag bestående av 7 intervjuer, 1 forskningsprosjekt og 21 sekundærkilder. For å styrke generaliserbarheten bør påstandene testes på et større utvalg fastleger, samt knyttes opp mot teori i FLO eller lignende kontekster. Vi oppfordrer dermed til at studiens funn kan benyttes som et utgangspunkt for videre forskning på brukerinvolvering i digitaliseringen av FLO.

7 Litteraturliste

- Aarbakke, J. H. (2020). *Akson - Igjen*. Hentet 18.12.20 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/12/04/akson-igjen/>
- Amundsen, O. og Kongsvik, T. (2016). *Endringskynisme*, Oslo: Gyldendal akademisk.
- Andersen, H. (2015). *Enablers for change - A mixed-methods study of Lean-based quality improvement in hospitals*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Tromsø (UiT).
- Armenakis, A. A., Harris, S. G. og Feild, H. S. (2000). *Making change permanent A model for institutionalizing change interventions*. Research in Organizational Change and Development (Research in Organizational Change and Development, Vol. 12), Emerald Group Publishing Limited, Bingley, pp. 97-128. [https://doi.org/10.1016/S0897-3016\(99\)12005-6](https://doi.org/10.1016/S0897-3016(99)12005-6)
- Asplin, B. R. og Hoholm, T. (2020). *Vi trenger kritisk refleksjon om brukermedvirkning*. Hentet 09.12.20 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/08/11/vi-trenger-kritisk-refleksjon-om-brukermedvirkning/>
- Bailey, J. og Lloyd, P. (2016). *The introduction of design to policymaking: Policy Lab and the UK government*. Proceedings of DRS 2016, Design Research Society 50th Anniversary Conference. Brighton, UK, 27–30 June 2016.
- Barki, H. og Hartwick, J. (1989). *Rethinking the Concept of User Involvement*, MIS Quarterly, (13: 1).
- Baroudi, J. J., Olson, M. H. og Ives, B. (1986). *An empirical study of the impact of user involvement on system usage and information satisfaction*. Commun. ACM 29, 3 (March 1986), 232–238. DOI: <https://doi.org/10.1145/5666.5669>
- Bason, C. og Carstensen, H. V. (2012). *Powering Collaborative Policy Innovation: Can Innovation Labs Help?*. Innovation Journal. 17.
- Bason, C. (2013). *Design-Led Innovation in Government*. Design-Led Innovation in Government (SSIR), 2020. Hentet 08.12.20, from <https://ssir.org/articles/entry/designledinnovationingovernment>
- Becker, M. C. (2002). *Managing Dispersed Knowledge: Organizational Problems, Managerial Strategies, and Their Effectiveness*. Wiley Online Library. DOI: <https://doi.org/10.1111/14676486.00271>
- Befring, A. K. (2012). *Historien bak Fastlegeordningen*. Hentet 08.12.20 fra <https://helserett.wordpress.com/2012/01/24/hvorfor-reagerer-fastlegene-om-fastlegeordningen-og-endringer/>
- Bendor-Samuel, P. (2019). *Change Management Programs often ineffective in Digital Transformation*. Forbes. Hentet 17.12.2020 fra <https://www.forbes.com/sites/peterbendorsamuel/2019/11/13/change-management-programs-often-ineffective-in-digital-transformation/?sh=208e04d47344>
- Bjørnhaug, B. og Skyvulstad, H. (2018). *Leder kommunen fastlegeordningen? En kvalitativ studie av kommunens ledelse av fastlegeordningen*. Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet. Tilgjengelig fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/62859/Leder-kommunen-fastlegeordningen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Blomkamp, E. (2018). *The Promise of Co-Design for Public Policy*. Australian Journal of Public Administration. 77. [10.1111/1467-8500.12310](https://doi.org/10.1111/1467-8500.12310).
- Bolman, L. G. og Deal, T. E. (2018). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse*. Gyldendal. 6. utgave. ISBN/EAN: 9788205507678

- Bommer, W. H., Rich, G. A., og Rubin, R. S. (2005). *Changing attitudes about change: Longitudinal effects of transformational leader behavior on employee cynicism about organizational change*. *Journal of Organizational Behavior*, 26, 733–753.
- Brown, M., og Cregan, C. (2008). *Organizational change cynicism: The role of employee involvement*. *Human Resource Management*, 47(4), 667–686. doi:10.1002/hrm.20239
- Brown, M., Kulik, C. T., Cregan, C. og Metz, I. (2017). *Understanding the Change-Cynicism Cycle: The Role of HR*. *Human Resource Management*. January/February 2017; 56(1): 5-24. DOI:
- Bryman, A. (2016). *Social research methods*. 5. utgave. New York: Oxford university press.
- Buchanan, D., Abbott, S., Bentley, J., Lanceley, A. og Meyer, J. (2005). *Let's be PALS: User-Driven Organizational Change in Healthcare*. *British Journal of Management*, 16: 315-328.
https://doi.org/10.1111/j.1467-8551.2005.00462.x
- Burnes, B. (2004). *Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal*.
https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2004.00463.x
- Burnes, B. (2014). *Understanding Resistance to Change - Building on Coch and French*. *Journal of Change Management*, 15:2, 92-116, DOI: 10.1080/14697017.2014.969755
- Burnes, B. og Cooke, B. (2013). Kurt Lewin's Field Theory: A Review and Re-evaluation. *International Journal of Management Reviews*, 15(4). DOI:10.1111/j.1468-2370.2012.00348.x
- Bødker, S. og Zander, P. (2015). *Participation in Design between Public Sector and Local Communities*. 10.1145/2768545.2768546
- Christiansen, T. W. og Sandvik, H. (2017). *Fastlegeordningen forvitrer – hva nå? Tidsskriftet Norske Legeforening 2017* doi: 10.4045/tidsskr.17.0856
- Clarke, A. og Craft, J. (2018). *The twin faces of public sector design*. *Governance*. 2019; 32: 5– 21.
https://doi.org/10.1111/gove.12342
- Coch, L. og French, J. R. P. (1948). *Overcoming Resistance to Change*. SAGE. Tilgjengelig fra
https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/001872674800100408
- Cole, M. S., Bruch, H., og Vogel, B. (2006). *Emotion as mediators of the relations between perceived supervisor support and psychological hardiness on employee cynicism*. *Journal of Organizational Behavior*, 27, 463–484.
- Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N. og Tyrer, P. (2002). *Systematic review of involving patients in the planning and development of health care*. *BMJ*. 2002 Nov 30;325(7375):1263. doi: 10.1136/bmj.325.7375.1263. PMID: 12458240; PMCID: PMC136920.
- Cunningham, J. og Kempling, J. (2009). *Implementing change in public sector organizations*. *Management Decision*. 47. 330-344. 10.1108/00251740910938948.
- Damodaran, L. (1996). *User involvement in the systems design process-a practical guide for users*, *Behaviour og Information Technology*, 15:6, 363-377, DOI: 10.1080/014492996120049
- Dean, J. W., Brandes, P., og Dharwadkar, R. (1998). *Organizational cynicism*. *Academy of Management Review*, Vol. 23 no. 2, 341–352.
- Den norske legeforening (2021). *Organisasjonen*. Hentet 23.05.21 fra
https://www.legeforening.no/om-oss/organisasjonen/

- Dent, E. B. og Goldberg, S. G. (1999). Challenging “Resistance to Change”. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 35(1):25-41. DOI:10.1177/0021886399351003
- Direktoratet for e-helse (2019). *Triageringsverktøy: Innretning på utprøving av triageringsverktøy for e-konsultasjon hos fastlege*. <https://ehelse.no/publikasjoner/triageringsverktoy-innretning-pa-utprovning-av-triageringsverktoy-for-e-konsultasjon-hos-fastlege>
- Direktoratet for e-helse (2020). *Sentralt styringsdokument for Akson - helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*. <https://ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning>
- Direktoratet for e-helse (2021). *Om Direktoratet for e-helse*. Hentet 23.05.21 fra <https://www.ehelse.no/om-oss/om-direktoratet-for-e-helseOrganisasjon>
- Dorst, K. (2011). *The core of ‘design thinking’ and its application*. *Design Studies*. 32. 521-532. 10.1016/j.destud.2011.07.006.
- EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Oslo, 05.09.2019. Tilgjengelig fra: <https://vista-analyse.no/no/nyheter/evaluering-av-fastlegeordningen-er-overlevert/>
- Fernandez, S. og Rainey, H.G. (2006) *Managing successful organizational change in the public sector*, *Public Administration Review*, vol. 66, no. 2, pp. 168-176.
- Fleming, P. (2005). *Workers’ playtime? Boundaries and cynicism in a ‘culture of fun’ program*. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 41, 285–303.
- Forlizzi, J. (2018). *Moving beyond user-centered design*. *Interactions*. 25. 22-23. 10.1145/3239558.
- Forshaug, A. K. (2015). *User involvement in design of health care services*. NTNU.
- Furst, S. A., og Cable, D. M. (2008). *Employee resistance to organizational change: Managerial influence tactics and leader-member exchange*. *Journal of Applied Psychology*, 93(2), 453–462. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.2.453>
- Gagnon, M., Desmartis, M., Gagnon, J., St-Pierre, M., Rhainds, M., Coulombe, M., Mylene, T. og Légaré, F. (2015). *Framework for user involvement in health technology assessment at the local level: views of health managers, user representatives, and clinicians*. *International journal of technology assessment in health care*. 31. 1-10. 10.1017/S0266462315000070.
- Garmann-Johnsen, N., Helmersen, M. og Eikebrokk, T. (2020). *Employee-driven digitalization in healthcare: codesigning services that deliver*. *Health Policy and Technology*. 9. 247-254. 10.1016/j.hlpt.2020.03.001.
- Gibbons, S. (2016). *Design Thinking 101*. NNGroup.com. Hentet 17.12.2020 fra <https://www.nngroup.com/articles/design-thinking/>
- Gidlund, K. L. (2015). *Makers and Shapers or Users and Choosers Participatory Practices in Digitalization of Public Sector*. 9248. 222-232. 10.1007/978-3-319-22479-4-17.
- Gilbert, G. og Sutherland, M. (2013). *The paradox of managing autonomy and control: An exploratory study*. *South African Journal of Business Management*. 44. 1-14. 10.4102/sajbm.v44i1.144.
- Gould, J.D. and Lewis, C. (1985) *Designing for usability: key principles and what designers think*. *Commun. ACM* 28, 3 (March 1985), 300–311. DOI:<https://doi.org/10.1145/3166.3170>
- Graebner, M. E., Martin, J. A. og Roundy, P. T. (2012). *Qualitative data: Cooking without a recipe*. *Strategic Organization*. 2012;10(3):276-284. doi:10.1177/1476127012452821

- Granath, J. (2001). *Architecture: Participation of users*. Architecture -Participation of users in design activities. Chalmers Tekniska Högskola. Göteborg.
- Grimsmo, A. (2015). *Samhandlingsreformen – hva nå?*. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1528. DOI: 10.4045/tidsskr.15.0810
- Grudin, H. (1991). *CSCS*. Commun. ACM 34, 12 (Dec. 1991), 30-34 DOI: <https://doi.org/10.1145/125319.125320>
- Gupta, M. S. (2020). *What is Digitization, Digitalization and Digital Transformation?*. Hentet 09.12.20 fra <https://www.arcweb.com/blog/what-digitization-digitalization-digital-transformation>
- Halvorsen, I. og Klev, N. K. (2019). *Digitalisering på sparebluss*. Dagens Medisin, hentet 08.12 fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/10/31/digitalisering-pa-sparebluss/>
- Hanington, B. (2003). *Methods in the Making: A Perspective on the State of Human Research in Design*. MIT Press Journals. Vol. 19, 4. 2003 p. 9-18 DOI: <https://doi.org/10.1162/074793603322545019>
- Hayes, J. (2014). *The theory and practice of change management*. 4th edition. Palgrave Macmillan. ISBN: 978-1-137-27534-9.
- Heathfield, S. M. (2020). *What is Resistance to Change: Definition and Examples of Resistance to Change*. Hentet 09.12.20 fra <https://www.thebalancecareers.com/what-is-resistance-to-change-1918240>
- Heinbokel, T., Sonnentag, S., Frese, M., Stolte, W. og Brodbeck, F. (1996). *Don't underestimate the problems of user centredness in software development projects - There are many!*. Behaviour Information Technology. 15. 226-236. 10.1080/014492996120157.
- Hekkert, P. og van Dijk, M. (2011). *Vision in design: A guidebook for innovators*. BIS.
- Helfo (2020). *Større fleksibilitet ved bruk av e-konsultasjon*. Hentet 08.12.20 fra <https://www.helfo.no/korona/enklere-med-telefon-og-e-konsultasjoner-for-fastleger>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2021). *Grunnstrukturen i helsetjenesten*. Hentet 23.05.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2021:2). *Fastlegeordningen*. Hentet 23.05.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse-og-omsorgstjenester-i-kommunene/innsikt/fastlegeordningen/id115301/>
- Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (2018). *E-konsultasjon hos fastlege og legevakt*. IS-2801. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse>
- Helsedirektoratet (2021). *Dette gjør Helsedirektoratet*. Hentet 23.05.21 fra <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/dette-gjor-helsedirektoratet>
- Heracleous, L. (2003). *Strategy and Organization: Realizing Strategic Management*. Cambridge University Press. ISBN: 0 521 81261 5
- Higgins, C. A., Judge, T. A., og Ferris, G. R. (2003). *Influence tactics and work outcomes: A meta-analysis*. Journal of Organizational Behavior, 24(1), 89–106. <https://doi.org/10.1002/job.181>
- Holm, I. M., Fagerlund, A. J. og Zanaboni, P. (2018). *Elektronisk timebestilling – fastlegens erfaringer: Resultater av intervju*. Nasjonalt senter for e-helseforskning. Faktaark nr. 4/2018. ISSN: 2535-2776

- Hussain, S. T., Lei, S., Akram, T., Haider, M. J., Hussain, S. H. og Ali, M. (2018). *Kurt Lewin's Change Model: A critical review of the role of leadership and employee involvement in organizational change*. Journal of Innovation Knowledge. September-December 2018; 3(3): 126-127.
- Hussein, B. (2016). *Veien til suksess: Fortellinger og refleksjoner fra reelle prosjektcaser*. ISBN: 9788245020724
- Hyla, M. (2017). *The instructional Design Thinking process*. Hentet 17.12.2020 fra <https://elearningindustry.com/instructional-design-thinking-process>
- Høie, B. (2014). *Sykehustalen*. Hentet 09.12.20 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen/id748853/>
- Høie, B. (2020). *Sykehustalen 2020*. Hentet 23.05.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2020/id2685663/>
- Høie, B. (2021). *Sykehustalen 2021*. Hentet 23.05.21 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/sykehustalen-2021/id2827149/>
- InnoMed (2021). *Bedre og fleksibel psykisk helsehjelp med eMeistring*. Hentet 28.05.21 fra <https://innomed.no/index.php/erfaring/bedre-og-fleksibel-psykisk-helsehjelp-med-emeistring>
- Jégou, F. og Manzini, E. (2008). *Collaborative Services – Social Innovation and Design for Sustainability*. Edizioni POLI.design, Milan.
- Johnson, J. L., og O'Leary-Kelly, A. (2003). *The effect of psychological contract breach and organizational cynicism: Not all social exchange violations are created equal*. Journal of Organizational Behavior, 24, 627–647.
- Karat, J. (1997). *Evolving the scope of user-centered design*. Communications of the ACM, 40, 5, pp. 33-38.
- Keates, S., Clarkson, P. J., Harrison, L. og Robinson, P. (1999). *Towards a practical inclusive design approach*. University of Cambridge, UK. 1999.
- Kimbell, L. (2011). *Rethinking Design Thinking: Part I. Design and Culture*. 3. 285-306. 10.2752/175470811X13071166525216.
- Kolko, J. (2018). *The divisiveness of design thinking*. interactions 25, 3 (May-June 2018), 28–34. DOI: <https://doi.org/10.1145/3194313>
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2019). *Én digital offentlig sektor*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/en-digital-offentlig-sektor/id2653874/?ch=1>
- Kotter, J. P. (1995). *Leading change: Why Transformation efforts fail*. HBR. Competitive Strategy (May-June 1995).
- Kotter, J. P. (1996). *Leading change*. HBS Press, 1996.
- Kotter, J.P. (2008). *Developing a change-friendly culture*. Leader to Leader, 2008: 33-38. <https://doi.org/10.1002/ltl.278>
- Kotter, J. P. og Schlesinger, L. A. (2008). *Choosing Strategies for Change*. HBR. July-August 2008.
- Kpamma, Z. (2016). *Application of the Choosing by Advantages Decision System to Enhance User-Involvement in the Design Process*. 10.13140/RG.2.2.34183.09125.
- Kujala, S. (2003). *User involvement: A review of the benefits and challenges*. Behaviour IT. 22. 1-16. 10.1080/01449290301782.

- Landaeta, R. E., Mun, J. H., Rabadi, G. og Levin, D. (2008). *Identifying sources to resistance of change in healthcare*. Journal of Healthcare Technology and Management. 9(1):74-96. DOI: 10.1504/IJHTM.2008.016849
- Lanter, D. and Essinger, R. (2017). *User-Centered Design*. In *International Encyclopedia of Geography: People, the Earth, Environment and Technology*.<https://doi.org/10.1002/9781118786352.wbieg0432>
- Lawrence, P. R. (1969). *How to Deal With Resistance to Change*. HBR. Magazine January 1969.
- Lawrence, P. R., og Lorsch, J. W. (1967). *Organization and Environment*. Boston, MA: HBS, Division of Research, 1967. (Reissued as a HBS Classic, HBS Press, 1986.)
- Lewin, K (1947). *Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; equilibrium and social change*. Human Relations 1(1): 5–41.
- Lewis, J., Mcgann, M. og Blomkamp, E. (2019). *When design meets power: Design thinking, public sector innovation and the politics of policymaking*. Policy Politics. 10.1332/030557319X15579230420081.
- Lie, A. K., Jensen, T., Lichtwarck, H., Storaas, J., Torjussen, E. og Havnes, I. A. (2015). *Å sette brukeren i sentrum – allerede som student*. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:1236–7.
- Lie, A. og Myhren, K. (2019). *Styring av fastleger i en kommune*. NTNU, Norway
- Lovdata (2019). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene, kap. 4 § 16-29*. Hentet 23.05 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>
- Marković, M. R. (2008). *Managing the organizational change and culture in the age of globalization*. Journal of Business Economics and Management. 2008; 9(1): 3-11. DOI: 10.3846/1611-1699.2008.9.3-11
- Mathieu, J., Gilson, L. og Ruddy, T. (2006). *Empowerment and Team Effectiveness: An Empirical Test of an Integrated Model*. The Journal of applied psychology. 91. 97-108. 10.1037/0021-9010.91.1.97.
- Moran, J. W. og Brightman, B. K. (2001). Leading organizational change. The Career Development International, 6(2), 111-118. <https://doi.org/10.1108/13620430110383438>
- Mumford, E. og Sackman, H. (1975). *Human Choice and Computers*. North-Holland Publishing Co., 1975.
- Norman, D. A. og Draper, S. W. (1986). *User Centered System Design; New Perspectives on Human-Computer Interaction*. ISBN: 978-0-89859-781-3.
- Norman, D. A. (1988). *The psychology of everyday things*. Basic Books.
- Norges forskningsråd (2006). *Evalueringen av fastlegereformen 2001-2005: Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter*. Norges Forskningsråd. Januar 2006. ISBN: 82-12-02254-4
- Noyes, J. M., Starr, A. F. og Frankish, C. R. (1996). *User involvement in the early stages of the development of an aircraft warning system*. Behav Inf Technol. 1996 Mar-Apr;15(2):67-75. DOI: 10.1080/014492996120274. PMID: 11541759.
- Nur, P., Lindeman, H., Trømborg, E. og Makridis, I. (2018). *Digital modenhet ved norske fastlegekontor*. Rambøll Management Consulting AS.
- OECD (2018). *What matters most to people? Evidence from the OECD Better Life Index users' responses*. OECD Statistics and Data Directorate, 2018, Working paper no. 90.
- Okkonen, J., Vuori, V. og Palvalin, M. (2019). *Digitalization Changing Work: Employees' View on the Benefits and Hindrances*. I: Rocha Á., Ferrás C., Paredes M. (eds) Information Technology and Systems. ICITS 2019. Advances in Intelligent Systems and Computing, vol 918. Springer, Cham. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-11890-717>

- Oreg, S. (2006). *Personality, context, and resistance to organizational change*, European Journal of Work and Organizational Psychology, 15:1, 73-101, DOI: 10.1080/13594320500451247
- Orlikowski, W. (1992). *The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations*. Organization Science, 3(3), 398-427. Retrieved December 8, 2020, from <http://www.jstor.org/stable/2635280>
- Pettigrew, A. M. (1987). *Context and action in the transformation of the firm*. Journal of Management Studies, 24: 649-670.
- Pfeffer, J. og Salancik, G. R. (1978). *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*. New York: Harper Row, 1978.
- Pilkington, A. og Teichert, T. (2006). *Management of technology: themes, concepts and relationships*. Technovation. 26(3), March 2006, 288-299.
- Predişcan, M., Bradutanu, D. og Roiban, N. R. (2013). *Forces That Enhance or Reduce Employee Resistance to Change*. Annals of the University of Oradea, Economic Sciences, July 2013; 1: 1606-1612. ISSN: 1582-5450
- Preece, J., Rogers, Y., og Sharp, H. (2002). *Interaction Design: Beyond Human-Computer Interaction*. New York: John Wiley Sons.
- Prøsch, S. M. (2020). *Pliktøvelser fra KS og Direktoratet for e-helse*. Dagens Medisin. Hentet 08.12.20 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/02/15/pliktovelsler-fra-ks-og-direktoratet-for-e-helse/>
- Ragu-Nathan, T. S., Tarafdar, M., Ragu-Nathan, B. S. og Tu, Q. (2008). *The Consequences of Technostress for End Users in Organizations: Conceptual Development and Empirical Validation*. Information Systems Research 19 (4) 417-433 <https://doi.org/10.1287/isre.1070.0165>
- Razzouk, R. og Shute, V. (2012). *What Is Design Thinking and Why Is It Important?*. Review of Educational Research. 82. 330-348. 10.3102/0034654312457429.
- Rime, A. K. (2021). *Kan pandemien forbedre helsetjenesten?*. Dagens Medisin. Hentet 29.05.21 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/04/30/kan-pandemien-forbedre-helsetjenesten/>
- Rønnevik, D., Pettersen, B. og Grimsmo, A. (2020). *Fastlegenes rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid*. NTNU Haugesund/Trondheim, Fakultet for medisin og helsefag, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie. Tilgjengelig fra <https://www.ks.no/globalassets/Allmennlegenes-rolle-i-helsefremming-og-forebygging-enderlig-nett.pdf>
- Salanova, M., Llorens, S. og Cifre, E. (2013). *The dark side of technologies: Technostress among users of information and communication technologies*. International Journal of Psychology, 48: 422-436. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.680460>
- Sanders, E. og Stappers, P. J. (2008). *Co-creation and the New Landscapes of Design*. CoDesign. 4. 5-18. 10.1080/15710880701875068.
- Sanoff, H. (1990). *Participatory Design: Theory and Techniques*. ISBN-13: 978-0962210730.
- Stensønes, J. Å. og Harang, L. F. (2019). *Kommunenes helhetlige styring av fastlegene - En kartlegging av styringspraksis i norske kommuner*. NTNU, Norway
- Storvik, A. G. (2020:1). *Innrømmer: Det finnes ikke et skriftlig vedtak om å unnlate Akson-høring*. Dagens Medisin. Hentet 08.12.20 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/11/01/innrømmer-det-finnes-ikke-et-skriftlig-vedtak-om-a-unnlate-akson-horing/>
- Storvik, A. G. (2020:2). *Debatten raser om omstridt IT-prosjekt*. Dagens Medisin. Hentet 08.12.20 fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/01/31/debatten-raser-om-omstridt-it-prosjekt/>

- Stowell, C. (2020). *The Driving Forces of Change*. Hentet 09.12.20 fra <https://cmoe.com/blog/the-forces-of-change-and-informal-strategic-leadership/>
- Sturdy, A. og Grey, C. (2003). *Beneath and Beyond Organizational Change Management: Exploring Alternatives*. SAGE; 10(4). DOI: <https://doi.org/10.1177/135050843014006>
- Suc, J., Prokosch, H. U. og Ganslandt, T. (2009). *Applicability of Lewin's change management model in a hospital setting*. *Methods Inf Med*. 2009, 48(5), 419-28. DOI: 10.3414/ME9235. Epub 2009 Aug 20. PMID: 19696950.
- Sveningsson, S. og Sörgärde, N. (2020). *Managing Change in Organizations*. SAGE. ISBN: 9781526464446.
- Swedish Collaboration on Digital Care Research (2021). *Lunchwebbinarium Videokonsultasjoner i Norge 19 mars*. Innspilling av webinar kan lastes ned fra <https://digitalcareresearch.se/2021/03/22/lunchwebbinarium-videokonsulta-medfarm-play-uppsala-universitet/>
- Tabrizi, B., Lam, E., Girard, K. og Irvin, V. (2019). *Digital Transformation Is Not About Technology*. Hentet 09.12.20 fra <https://hbr.org/2019/03/digital-transformation-is-not-about-technology>
- Teicher, J. (1992). *Theories of employee participation and industrial democracy: Towards an analytical framework*. I B. Dabscheck, G. Griffin, J. Teicher (Eds.), *Contemporary Australian industrial relations* (pp. 476–494). Melbourne, Australia: Longman Cheshire.
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Trønderopprøret (2020). *Fastlegeordningen 2.0*. Hentet 08.12.20 fra <https://www.flo20.no/visjon/>
- Vrasidas, C. (2000). *Constructivism versus objektivism: Implications for interaction, course design, and evaluation in distance education*. *International Journal of Educational Telecommunications*, 6(4), 339-362.
- Wanous, J. P., Reichers, A. E., og Austin, J. T. (2000). *Cynicism about organizational change*. *Group and Organization Management*, 25(2), 132–153.
- Wilson, A., Bekker, M., Johnson, H. og Johnson, P. (1997). *Helping and hindering user involvement – A tale of everyday design*. *Conference on human factors in computing systems (CHI)* pp. 178-185.
- Wilton, N. (2014). *Introduction to Human Resource Management*. SAGE. ISBN: 9781473956199.
- Woods L, Cummings E, Duff J og Walker K. (2017). *Design Thinking for mHealth Application Co-Design to Support Heart Failure Self-Management*. *Stud Health Technol Inform*. 2017;241:97-102. PMID: 28809190.
- Wulz, F. (1986). *The concept of participation*. *Design Studies*, Vol. 7-3 1986, pp 153-162. DOI: [https://doi.org/10.1016/0142-694X\(86\)90052-9](https://doi.org/10.1016/0142-694X(86)90052-9).
- Yang, Y. (2014). *Understanding Resistance to Change in Different National Context – A Comparative Study Between China and Norway*. University of Stavanger, Norway.
- Zanaboni, P. og Makhlysheva, A. (2018). *Bruk av e-konsultasjon mellom pasient og fastlege. Nasjonalt senter for e-helseforskning*. Faktaark nr. 3/2018. ISSN: 2535-2776

8 Appendiks A: Intervjuguiden

Forskerens intervjuguide 1:

Introduksjon:

Hei og takk for at du tok deg tid til intervju. Vi vil først si litt om oss og oppgaven vi skriver, før vi går over på det tekniske om anonymitet og lagring og bruk av data osv. Og så vil vi sette i gang med spørsmålene.

Tidsbruk: 60 minutter

Om oppgaven vår:

Vi studerer begge Industriell Økonomi og Teknologiledelse ved NTNU, og skriver Masteroppgave innenfor fagfeltet Strategisk Endringsledelse. Temaet for oppgaven er Digitalisering av Fastlegeordningen. Vi ønsker å finne ut mer om struktur, kommunikasjon og brukerinvolveringen mellom fastleger, helseetater og utviklere av digitale verktøy som benyttes av fastleger, samt få en bedre forståelse av hva fastlegers forhold til ulike aktører som kan inngå i digitaliseringen av fastlegeordningen.

Den nåværende problemstillingen for oppgaven er "Hvordan ble fastleger involvert i utviklingen av videokonsultasjon?". Problemstillingen er adaptiv, og vil kunne påvirkes av intervjuene. Likevel vil hovedtemaene "brukerinvolvering", "videokonsultasjon", "endring" og "fastleger som brukere" vedvare.

Datahåndtering:

Vi ønsker å ta lydopptak av intervjuet.

- Lydopptaket lagres først anonymt på vår private pc, så vil lydopptaket transkriberes og deretter slettes før oppgaven leveres.
- Dersom du sier noe du ikke ønsker at vi inkluderer i oppgaven vår, er det bare å si fra til oss, så utelater vi det. Du har også all rett til å komme tilbake seinere og be oss utelate deler av eller hele intervjuet.

Vi har registrert studien i Norsk senter for forskningsdata (NSD) og følger deres retningslinjer i vår forskning

(Få ok på opptak)

Databruk:

Vi gjennomfører etter planen mellom 10-15 intervjuer med fastleger

- Data fra intervjuene vil i hovedsak legges frem i form av «Alle de spurte fastlegene sa...», «Flere fastleger opplever...» eller «Det er uenighet blant fastlegene om...».
- Vi vil også bruke sitater, men disse vil også være anonyme
- Ved henvisning til utsagn eller data som stammer fra én datakilde, vil vi i alle tilfeller referere til "hun/henne" for å ytterligere anonymisere utvalget. Dette opplyses også om i selve oppgaven.

Om intervjuobjektet:

Nåværende jobb

I oppgaven vil det fremstilles på måten «Utvalget representerer både nåværende og tidligere fastleger med ulik bakgrunn og fartstid i stillingen. Vi har inkludert fastleger i aldere fra 30 – 60 år.».

Hvor lenge har du jobbet/jobbet du som fastlege?

Jobbet du med noe annet før du ble fastlege?

Alder (frivillig, som resten av spørsmålene)

Spørsmål:

- Videokonsultasjon
 - Hva er din erfaring med videokonsultasjon? (Både utvikling og bruk)
 - Hva slags videoløsningen bruker du?
 - Når hørte du først om videoløsningen du nå bruker (Hvis de bruker)
 - Hva er dine tanker om tidspunktet videokonsultasjon ble en del av fastlegeordningen? (Var det for tidlig, for seint, eller på riktig tidspunkt)
 - Hva er dine tanker om måten videokonsultasjon ble en del av fastlegeordningen? (Årsak, hva mener du lyktes/mislyktes)
 - I oppfølgingsfasen, etter videoløsning begynte å brukes, hvordan opplever du mulighetene for å gi tilbakemeldinger på hva som fungerer bra og dårlig?
 - **Jeg antar at alle fastleger er kjent med utredningen fra 2017 - men kanskje dette ikke er tilfelle?**
 - **Følger forrige spørsmål: hvordan ble du involvert i utredningen fra 2017?**
- Generelt
 - Vi forstår det slik at jobben som fastlege har likhetstrekk med både privat og offentlig sektor, med tanke på at dere er selvstendig næringsdrivende som samtidig må følge visse retningslinjer fra helsemyndigheter. Har vi forstått rett? Hjelp oss gjerne forstå posisjonen deres bedre
 - Hva bestemmer du som fastlege selv?
 - Hva bestemmes av andre? **Jeg vil også ha frem hvor disse avgjørelsene tas. Er det i møter, er det en leder, hvilket statlig organ, hvem inngår i disse samtalene, representeres du av noen?**
 - Hvor havner f.eks videokonsultasjon her? Må du bruke video, men kan velge hvilket produkt, eller?
 - På de områdene der myndighetene bestemmer, opplever du at de er flinke å lage bestemmelser som passer med dine behov og preferanser som fastlege?
 - Eventuelt hvem tror du bestemmelser skal tilfredsstille?
 - Hvis misfornøyd med myndigheter: Tror du det er mismatch mellom hensikten og effekten av myndighetenes bestemmelser/tiltak? Altså tror du de har de rette intensjonene, men ikke finner tiltak som oppfyller intensjonene?
 - Hvordan er kommunikasjonen med myndighetene (Helsedirektoratet) angående behov for nye løsninger eller andre endringer? Hvordan kan du gi tilbakemelding om ting du er fornøyd/misfornøyd med?
 - **Hvordan kan erfaringer fra implementering av videokonsultasjon overføres til fremtidige endringer? Hva skiller denne endringen fra tidligere endringer? Hva er det viktigste fastlegeordningen bør ta med seg når ytterligere tjenestetilbud skal digitaliseres?**

Er det noe annet du ønsker å legge til, som du syns vi burde få med oss?

Kjenner du noen andre fastleger som du tror kunne vært interessert i å stille på intervju?

Informantens intervjuguide, 1:

Varighet: 60 min

Introduksjon:

Vi tar lydopptak av intervjuet, som vi transkriberer etter møtet. Opptaket slettes når studien er ferdig, og transkriberingen blir anonymisert. Dersom du ønsker å utelate deler av eller hele intervjuet fra studien vår, har du full rett til å kreve at vi sletter all dataen fra ditt intervju. Studien er registrert i Norsk senter for dataforskning (NSD) og vi følger deres retningslinjer for etisk forskning.

Vi trenger din godkjenning for å ta lydopptak.

Om oss og vårt prosjekt:

Vi studerer begge Industriell Økonomi og Teknologiledelse ved NTNU, og skriver Masteroppgave innenfor fagfeltet Strategisk Endringsledelse. Temaet for oppgaven er Digitalisering av Fastlegeordningen. Vi ønsker å finne ut mer om struktur, kommunikasjon og brukerinvolveringen mellom fastleger, helseetater og utviklere av digitale verktøy som benyttes av fastleger, samt få en bedre forståelse av hva fastlegers forhold til ulike aktører som kan inngå i digitaliseringen av fastlegeordningen. Den nåværende problemstillingen for oppgaven er "Hvordan ble fastleger involvert i utviklingen av videokonsultasjon?", men denne problemstillingen er midlertidig, og vil tilpasses etter intervjuene.

Spørsmål:

Under finner du temaene vi kommer til å ta opp under intervjuet. Dette er ingen eksakt liste over de konkrete spørsmålene vi kommer til å stille, men gir en pekepinn på hva slags spørsmål som kommer.

Kort om deg: (Dette er informasjon som kan gjøre det vanskelig å holde dataen helt anonym. Hensikten med denne informasjonen er å vise mangfoldet blant de intervjuede. Vi intervjuer både nåværende og tidligere fastleger. Personlig informasjon vil ikke brukes individuelt)

- Nåværende jobb
- Tid som fastlege
- Tidligere jobb
- Alder

Videokonsultasjon:

- Dine erfaringer og tanker om videokonsultasjon
- Brukerinvolvering i videokonsultasjon
- Utredningen av e-konsultasjon hos fastlege og legevakt (2017)

Generelt:

- Beslutningstaking og beslutningsmyndigheter i fastlegesammenheng

- Der fastlegene ikke er involvert i beslutninger som påvirker dem direkte, hvor godt blir deres behov tatt hensyn til?
- Kanaler for kommunikasjon og tilbakemelding mellom fastleger og andre aktører (myndigheter, utviklere o.l.)

Er det noe annet du ønsker å legge til, som du syns vi burde få med oss?

Har du kjennskap til andre fastleger som kunne vært interessert i å stille opp på et tilsvarende intervju?

Link til utredning (2017): https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/e-konsultasjon-helsedirektoratet-og-direktoratet-for-e-helse/E-konsultasjon%20hos%20fastlege%20og%20legevakt%202018.pdf/_attachment/inline/8b3f4e77-4511-4500-8194-cb1a634c0c23:84604a3c7260d55cec2336507f3c7a504e5e29a7/E-konsultasjon%20hos%20fastlege%20og%20legevakt%202018.pdf

Forskerens intervjuguide 2:

Introduksjon:

Hei og takk for at du tok deg tid til intervju. Vi vil først si litt om oss og oppgaven vi skriver, før vi går over på det tekniske om anonymitet og lagring og bruk av data osv. Og så vil vi sette i gang med spørsmålene.

Tidsbruk: 60 minutter

Om oppgaven vår:

Vi studerer begge Industriell Økonomi og Teknologiledelse ved NTNU, og skriver Masteroppgave innenfor fagfeltet Strategisk Endringsledelse. Temaet for oppgaven er Digitalisering av Fastlegeordningen. Vi ønsker å finne ut mer om struktur, kommunikasjon og brukerinvolveringen mellom fastleger, helseetater og utviklere av digitale verktøy som benyttes av fastleger, samt få en bedre forståelse av hva fastlegers forhold til ulike aktører som kan inngå i digitaliseringen av fastlegeordningen.

Den nåværende problemstillingen for oppgaven er "Hvordan involveres fastlegen i digitaliseringen av fastlegeordningen?"

Problemstillingen er adaptiv, og vil kunne påvirkes av intervjuene. Likevel vil hovedtemaene "brukerinvolvering", "digitalisering", "endring" og "fastleger som brukere" vedvare.

Datahåndtering:

Vi ønsker å ta lydopptak av intervjuet.

- Lydopptaket lagres først anonymt på vår private pc, så vil lydopptaket transkriberes og deretter slettes før oppgaven leveres.
- Dersom du sier noe du ikke ønsker at vi inkluderer i oppgaven vår, er det bare å si fra til oss, så utelater vi det. Du har også all rett til å komme tilbake seinere og be oss utelate deler av eller hele intervjuet.

Vi har registrert studien i Norsk senter for forskningsdata (NSD) og følger deres retningslinjer i vår forskning

(Få ok på opptak)

Databruk:

Vi gjennomfører etter planen mellom 10-15 intervjuer med fastleger

- Data fra intervjuene vil i hovedsak legges frem i form av «Alle de spurte fastlegene sa...», «Flere fastleger opplever...» eller «Det er uenighet blant fastlegene om...».
- Vi vil også bruke sitater, men disse vil også være anonyme

- Ved henvisning til utsagn eller data som stammer fra én datakilde, vil vi i alle tilfeller referere til "hun/henne" for å ytterligere anonymisere utvalget. Dette opplyses også om i selve oppgaven.

Om intervjuobjektet:

Nåværende jobb:

I oppgaven vil det fremstilles på måten «Utvalget representerer både nåværende og tidligere fastleger med ulik bakgrunn og fartstid i stillingen. Vi har inkludert fastleger i aldre fra 30 – 60 år.».

Hvor lenge har du jobbet/jobbet du som fastlege?

Jobbet du med noe annet før du ble fastlege?

Alder (frivillig, som resten av spørsmålene)

Spørsmål:

Digitalisering

- Kan du si litt generelt om din arbeidshverdag som fastlege, med digitalisering i bakhodet?
- Angående økt arbeidsmengde: Hvilken rolle spiller det at digitaliseringen har gjort fastlegen mer tilgjengelig i dette?
- Hvordan oppfatter du behovene for digitalisering?
- Hva er myndighetenes motiv? Hva er fastlegenes?
- Hva er dine tanker om måten digitale systemer implementeres?
- Hvordan følges digitale systemer opp i etterkant av implementering?
- I oppfølgingsfasen, hvordan opplever du mulighetene for å gi tilbakemeldinger på hva som fungerer bra og dårlig?

Generelt

- Vi forstår det slik at jobben som fastlege har likhetstrekk med både privat og offentlig sektor, med tanke på at dere er selvstendig næringsdrivende som samtidig må følge visse retningslinjer fra helsemyndigheter. Har vi forstått rett? Hjelp oss gjerne forstå posisjonen deres bedre
 - o Hva bestemmer du som fastlege selv?
 - o Hva bestemmes av andre? **Jeg vil også ha frem hvor disse avgjørelsene tas. Er det i møter, er det en leder, hvilket statlig organ, hvem inngår i disse samtalene, representeres du av noen?**
 - o Hvor havner f.eks videokonsultasjon her? Må du bruke video, men kan velge hvilket produkt, eller?
- På de områdene der myndighetene bestemmer, opplever du at de er flinke å lage bestemmelser som passer med dine behov og preferanser som fastlege?
 - o Eventuelt hvem tror du bestemmelser skal tilfredsstillere?
 - o Hvis misfornøyd med myndigheter: Tror du det er mismatch mellom hensikten og effekten av myndighetenes bestemmelser/tiltak? Altså tror du de har de rette intensjonene, men ikke finner tiltak som oppfyller intensjonene?
- Hvordan er kommunikasjonen med myndighetene (Helsedirektoratet) angående behov for nye løsninger eller andre endringer? Hvordan kan du gi tilbakemelding om ting du er fornøyd/misfornøyd med?

Brukerinvolvering:

- Hva tenker du om brukerinvolveringen i digitaliseringen?
- Er du involvert? Kjenner du noen som er involvert?
- Hvordan går du frem for å uttrykke misnøye? Bli du invitert? Tar du initiativ?
 - o **Grav etter kommunikasjonskanaler**
- Hva skiller myndighetenes og fastlegenes egne digitalisering?

Er det noe annet du ønsker å legge til, som du syns vi burde få med oss?

Kjenner du noen andre fastleger som du tror kunne vært interessert i å stille på intervju?

Informantens intervjuguide, 2:

Varighet: 60 min

Introduksjon:

Vi tar lydopptak av intervjuet, som vi transkriberer etter møtet. Opptaket slettes når studien er ferdig, og transkriberingen blir anonymisert. Dersom du ønsker å utelate deler av eller hele intervjuet fra studien vår, har du full rett til å kreve at vi sletter all dataen fra ditt intervju. Studien er registrert i Norsk senter for dataforskning (NSD) og vi følger deres retningslinjer for etisk forskning.

Vi trenger din godkjenning for å ta lydopptak.

Om oss og vårt prosjekt:

Vi studerer begge Industriell Økonomi og Teknologiledelse ved NTNU, og skriver Masteroppgave innenfor fagfeltet Strategisk Endringsledelse. Temaet for oppgaven er Digitalisering av Fastlegeordningen. Vi ønsker å finne ut mer om struktur, kommunikasjon og brukerinvolveringen mellom fastleger, helseetater og utviklere av digitale verktøy som benyttes av fastleger, samt få en bedre forståelse av hva fastlegers forhold til ulike aktører som kan inngå i digitaliseringen av fastlegeordningen. Den nåværende problemstillingen for oppgaven er "Hvordan blir fastleger involvert i utviklingen av digitale verktøy?", men denne problemstillingen er midlertidig, og vil tilpasses etter intervjuene.

Spørsmål:

Under finner du temaene vi kommer til å ta opp under intervjuet. Dette er ingen eksakt liste over de konkrete spørsmålene vi kommer til å stille, men gir en pekepinn på hva slags spørsmål som kommer.

Kort om deg: (Dette er informasjon som kan gjøre det vanskelig å holde dataen helt anonym. Hensikten med denne informasjonen er å vise mangfoldet blant de intervjuede. Vi intervjuer både nåværende og tidligere fastleger. Personlig informasjon vil ikke brukes individuelt)

- Nåværende jobb
- Tid som fastlege
- Tidligere jobb

Digitalisering:

- Dagens situasjon
- Involvering i utvikling av digitale verktøy
- Digitaliseringens rolle i fastlegekrisen
- Dine egne erfaringer og tanker om digitale verktøy, som videokonsultasjon, e-konsultasjon

Generelt:

- Beslutningstaking og beslutningsmyndigheter i fastlegesammenheng

- Der fastlegene ikke er involvert i beslutninger som påvirker dem direkte, hvor godt blir deres behov tatt hensyn til?
- Kanaler for kommunikasjon og tilbakemelding mellom fastleger og andre aktører (myndigheter, utviklere o.l.)
- Hva tror du er årsaken(e) til fastlegekrisen?

Er det noe annet du ønsker å legge til, som du syns vi burde få med oss?

Har du kjennskap til andre fastleger som kunne vært interessert i å stille opp på et tilsvarende intervju?

