

Laura Steinsli

# Ledelsesstrategier ved innføring av Helseplattformen og Helseplattformens pasientportal

En studie blant mellomledere i tjenester for  
hjemmeboende i Trondheim kommune

Masteroppgave i Helseinformatikk

Veileder: Pieter Jelle Toussaint

September 2021



Laura Steinsli

# **Ledelsesstrategier ved innføring av Helseplattformen og Helseplattformens pasientportal**

En studie blant mellomledere i tjenester for  
hjemmeboende i Trondheim kommune

Masteroppgave i Helseinformatikk  
Veileder: Pieter Jelle Toussaint  
September 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk  
Institutt for datateknologi og informatikk



Kunnskap for en bedre verden



# Sammendrag

**Bakgrunn.** Våren 2022 starter innføringen av Helseplattformen, et informasjonssystem som er et nytt elektronisk pasientjournalssystem for kommuner og spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Innbyggerne får tilgang til egen elektronisk pasientjournal (EPJ) gjennom en pasientportal. Trondheim kommune ønsker at gjennom tilgang til sin egen journal vil innbyggere ha mulighet til ta en større rolle i sin egen helse og behandling med blant annet som mål at innbyggere kan bo lenger i egen bolig. Slike endringer i relasjonen mellom pasient og helsepersonell, som kan defineres som en samfunnsendring, krever blant annet god endringsledelse. Denne studien så på ledelsesstrategier ledere i tjenester for hjemmeboende i kommunen bruker for å lede innføringen av Helseplattformen og spesielt endringen som omhandler pasientens tilgang til egen elektronisk pasientjournal gjennom en pasientportal.

**Metode.** En fenomenologisk kvalitativ undersøkelse ble satt opp og ti mellomledere i tjenester for hjemmeboende i kommunen ble intervjuet gjennom et semistrukturert intervju. Intervjuene ble transkribert, kodet med hjelp av NVivo og analysert med hjelp av stegvis-deduktiv induktiv metode med kontroll av stegene gjennom tilbakekobling til forrige steg i analysen.

**Resultater.** I datamaterialet ble det funnet en sammenheng mellom de mål og forventninger lederne hadde om Helseplattformen, deres tilnærming til organisasjonsendringen og de strategiene de valgte for å lede endringen. Fokuset til lederne ligger på de målene som har direkte med en forbedring av deres arbeidshverdag og driften å gjøre: bedre pasientbehandling og en bedre og mer effektiv hverdag for medarbeidere. Lederne ser at pasientens tilgang til egen elektronisk pasientjournal kan ha noen implikasjoner for medarbeiderens hverdag, men har ikke bevisste ledelsesstrategier for å forberede medarbeidere på denne endringen. De har en instrumental tilnærming til endringen hvor de ser på endringen som relativt ukomplisert og den skal styres og organiseres fra sentralt nivå. De har fokus på å gi sine medarbeidere informasjon, opplæring, samt emosjonell og teknisk støtte gjennom innføringsperioden.

**Konklusjon.** For å få til vellykket implementering av informasjonssystemer er endringsledelse en viktig faktor. For å få til en samfunnsendring er endringsledelse avgjørende. Mens lederne i denne studien planlegger for implementeringen av Helseplattformen som et informasjonssystem, har de ikke spesifikke ledelsesstrategier for å lede endringen som henger sammen med pasientens tilgang til egen EPJ. De ledelsesstrategiene lederne bruker og planlegger å bruke ser ut til å være godt egnet til innføring av et nytt informasjonssystem, men vil ikke være de strategiene som hjelper for å få helsepersonell med som endringsagenter i en samfunnsendring.

# Abstract

**Background.** In the spring of 2022 the implementation of Helseplattformen will start, an information system which is a new electronic patient record system for municipality and specialistic health care in Midt-Norge. All citizens will obtain access to their own electronic patient record (EPR) through a patient portal. The municipality of Trondheim wishes that through this access citizens will get a bigger role in their own health and treatment with the goal that more citizens will be able to live on their own for a longer period of their life. Such changes in the roles between health care personnel and patients needs change management among other things. Subject for this study is management strategies that managers in community health services for home-dwelling patients use to lead the implementation of Helseplattformen and especially the change that includes the patient's access to his own EPR through the patient portal.

**Method.** A phenomenological qualitative study was set up and ten managers for community health service for home-dwelling patients were interviewed through a semi structured interview. The interviews were transcribed, coded with the help of NVivo and analyzed with the help of the stepwise-deductive inductive method with control of the steps through feedback to previous steps in the process.

**Results.** In the data material there was found a relation between the goals and expectations the managers had about Helseplattformen, the change approach they had and the strategies they chose to manage the change. The focus of the managers is on the goals that had a direct positive impact on the workday and daily operations: better patient care and a better and more effective workday for employees. They notice that the patient's access to his own EPR can have some implications for the employee's workday, but they have no specific management strategies to prepare employees for this change. Their approach to the change is instrumental and they see the change as relatively straightforward and something that should be steered and organized on a central level in the organization.

**Conclusion.** Change management is important for successful implementation of information systems. Change management is crucial if it concerns changes in society. While the managers in this study plan for implementation of Helseplattformen as an information system they do not have specific strategies to lead the change in relation to the patient's access to his own EPR. It looks like the management strategies that the managers use and plan to use will work well for implementation of a new information system, but these strategies will not contribute for health care personnel to take the role of change agent in societal change.

# Forord

Med denne masteroppgaven avslutter jeg studiet mitt i helseinformatikk ved NTNU. I de tre årene på NTNU har jeg lært ting som jeg trodde var vanskelig (til og med kanskje umulig for meg å lære), som å programmere, bygge databaser og bygge ontologier. Det viste seg at dette ikke bare var veldig artig å holde på med, men at jeg også var ganske flink på det. I tillegg til disse teknologifagene har mye av de oppgavene jeg har skrevet til eksamenene hatt fokus på ledelse av implementering av teknologi. Ledelse av endringsprosesser i store organisasjoner har hatt min største interesse og fokus gjennom alle mine studier og også i de jobbene jeg har hatt.

Som nederlender i Norge er det mange ting en må lære og gjøre for virkelig å få innpass i samfunnet. Med gjennomføring av et norsk masterstudium har jeg igjen kommet ett steg videre i integreringsprosessen. Jeg er glad for å ha gjort dette og har på min vei lært mye, møtt mange fine mennesker og har kunnet oppleve det norske universitetssystemet på nært hold.

Jeg er takknemlig for at arbeidsgiveren min, Trondheim kommune, bidro til at jeg kunne gjennomføre dette løpet og at det var så mange ledere som hadde lyst til å bidra i min undersøkelse. Det ble fine samtaler. Jeg ønsker også å rette en stor takk til min veileder Pieter Toussaint som jeg har hatt interessante samtaler med om denne oppgaven. Han lærte meg mye, men hadde også respekt for den kompetanse jeg selv hadde å bidra med. Videre ønsker jeg å takke Lars Einar som både har støttet meg i beslutningen om å ta dette studiet, har lagt til rette hjemme så jeg kunne bruke tid på oppgaven, og som har bidratt med faglige diskusjoner om teknologi og ledelse. Om ikke så lenge er vi begge miksmastere.

# Innhold

<b>Ordliste og forkortelser</b>	<b>6</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>7</b>
1.1 Å bytte informasjonssystem versus å bidra til samfunnsendring	7
1.2 Problemstilling	8
1.3 Oppgavens oppbygging	9
<b>2. Teori og bakgrunn</b>	<b>11</b>
2.1 Ledelse og strategi	11
2.1.1 Ledelse	11
2.1.2 Strategi	11
2.2 Implementering av IS: ledelse og suksess	12
2.3 Endringsledelse	12
2.3.1 Måter å tilnærme seg endring på	13
2.3.2 Ledelsesstiler	15
2.3.3 Mellomlederens rolle i kommunikasjon i endringsprosesser	17
2.3.4 Å lede i motstand mot endring	18
2.4 Pasientportal, pasienten og helsepersonellens holdninger	19
2.4.1 Fordeler med digital deling av informasjon mellom behandler og pasient	20
2.4.2 Det som må til for at pasienten tar pasientportal i bruk	21
2.4.3 Helsepersonellens holdninger om pasientens tilgang til EPJ	21
2.5 Bruk av det teoretiske rammeverk i denne oppgaven	23
<b>3. Metode</b>	<b>26</b>
3.1 Valg av metode, studiedesign og kriterieutvalg	26
3.1.1 Valg av metode	26
3.1.2 Studiedesign	26
3.1.3 Kriterieutvalg	27
3.2 Intervjuguide og intervju spørsmål	28
3.3 Forskerens rolle, tilhørighet og identitet	29
3.3.1 Refleksjon om min egen rolle, tilhørighet og identitet	29
3.4 Intervjuene: rekruttering og gjennomføring	30
3.5 Analyse: fra rådata til konsepter	31
3.5.1 Bearbeiding av rådata	32
3.5.2 Koding og gruppering av data	32
3.6 Rapportering	33
3.7 Godkjenning NSD	33
<b>4. Resultater</b>	<b>34</b>
4.1 Forventninger om og mål for Helseplattformen	34
4.2 Forventninger om pasientportalen	35
4.3 Avhengighet til andre i endringsprosessen	36
4.4 Oppfatninger om endringen organisasjonen må gjennom	37
4.5 Ledernes egen rolle i endringsprosessen	39
4.5.1. Oppfølging og støtte av medarbeidere	39



4.5.2 Medarbeiderens medvirkning	39
4.5.3 Kommunikasjon som viktigste verktøy	40
4.5.4 Sammenfatning av aktivitetene ledere bruker for å lede endringen	40
4.6 Motstand og tiltak ved motstand	41
4.7 Resultatene i en kontekst	42
4.8 Ledernes mål versus organisasjonens mål	43
<b>5. Diskusjon</b>	<b>44</b>
5.1 Svar på delproblemstilling 1	44
5.1.1 Forventninger om og mål for HP: fokus på en bedre hverdag	44
5.1.2 Forventninger om pasientportalen: ikke av stor betydning	44
5.1.3 Tilnærming til endring: directive change approach	45
5.1.4 Sammenfattet svar på problemstilling 1: organisasjonsendringen er forutsigbar, sentralt styrt og det forventes lite komplikasjoner	46
5.2 Svar på delproblemstilling 2	47
5.2.1 Strategier: aktiviteter, tiltak og lederstil	47
5.2.3 Sammenfattet svar på delproblemstilling 2: informasjonsdeling, opplæring og støtte	48
5.3 Svar på hovedproblemstillingen: Ledelsesstrategier for å lede et relativt ukomplisert bytte av IS	48
5.4 Noen svake sider for denne studien	50
5.4.1 Oppsett av semistrukturert intervju	50
5.4.2 Begrensning i utvalg av lederne	50
5.4.3 Tidsperiode for gjennomføring av studien	50
5.4.3.1 Oppstart for HP er langt frem i tid	50
5.4.3.2 Innflytelse av koronapandemien	50
5.5 Min egen rolle, tilhørighet og identitet	51
<b>6. Konklusjon</b>	<b>52</b>
6.1 Bidrag til faget og generaliserbarhet	52
6.2 Anbefalinger til Trondheim kommune	53
6.3 Anbefalinger for videre forskning	54
<b>Litteraturliste</b>	<b>55</b>
<b>Vedlegg</b>	<b>62</b>

## Ordliste og forkortelser

<b>EPJ</b>	Elektronisk pasientjournal
<b>HP</b>	Helseplattformen
<b>IS</b>	Informasjonssystemer
<b>Pasient</b>	Innbyggere som er mottakere av helsetjenesten. Samme ord/forklaring brukes av Helseplattformen.
<b>Pasientportal</b>	Nettside eller app hvor pasienten har tilgang til hele eller deler av sin egen EPJ

# 1. Innledning

Spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten i Midt-Norge får et felles elektronisk journalsystem: Helseplattformen (HP), og cirka 40.000 helsearbeidere i Midt-Norge får et nytt dataverktøy til arbeidshverdagen. Helsetjenesten vil få en felles elektronisk pasientjournal (EPJ) å forholde seg til for alle innbyggerne i regionen. Innbyggerne får i tillegg tilgang til sin egen EPJ gjennom en pasientportal. Systemet blir nå utviklet og det er forventet at løsningen vil bli rullet ut fra 2022. Trondheim kommune og St. Olavs hospital er først ute med oppstart 30. april 2022, etter dette resten av Trøndelag og til slutt Møre og Romsdal (Helseplattformen, 2019; Trondheim kommune, 2021).

## 1.1 Å bytte informasjonssystem versus å bidra til samfunnsendring

Den største grunnen for at det er mulig å få til et så stort utviklingsprosjekt som HP i Midt-Norge er at spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten har et samtidig behov for et nytt system, siden de gamle systemene er utdaterte. Dette gir et mulighetsrom som ikke finnes overalt i landet. I organisasjoner med foreldet teknologi som går gjennom en teknologiendring virker det som om målet med endringen i seg selv ikke gir problemer i endringsprosessen. Målet er som oftest tydelig for alle, gammel teknologi skal byttes ut med noe nytt, og medarbeiderne er enige i at endringen må skje. Når det er noe som er vanskelig i slike prosesser er det endring av teknologien i seg selv som gir spenninger (Bennebroek Gravenhorst, Werkman & Boonstra, 2003). At helsepersonell i Trondheim kommune har en opplevelse av at de jobber med et gammeldags system og går til noe som er moderne og mer tilpasset dagens utfordringer, gir noen fortrinn i gjennomføringen av endringen.

En kompliserende faktor for HP er at målet med innføringen er mer enn bare å bytte ut et gammelt med et nytt EPJ. For innføringen av HP er det satt elleve ambisiøse effektmål som beskriver ønskede nytteeffekter. Effektmålene handler om blant annet høyere kvalitet i tjenestene, økt effektivitet og mer standardisering. Noen av disse effektmålene kan være et direkte resultat av at helsepersonell begynner å bruke systemet, mens noen av målene henger sammen med en ønsket samfunnsutvikling og er direkte rettet mot endrede roller for helsepersonell og innbyggere. HPs mulighet for å gi innbyggere internettilgang til sin egen EPJ gjennom en pasientportal åpner muligheter for andre former for kommunikasjon og samarbeid mellom pasienter og helsepersonell enn man er vant til. De to effektmålene som handler om denne tilgangen og endrede roller er:

**Effektmål 3: Enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp.** Helseplattformen må gi innbyggerne mulighet til å kontrollere, korrigere og komplettere egne helseopplysninger gjennom enkel og sikker tilgang til egne helseopplysninger. Dette vil gi innbyggerne bedre oversikt og mer kontroll over eget behandlingsforløp, og sette den enkelte i stand til å ta en mer aktiv del i egen behandling (Helseplattformen, 2019).

**Effektmål 10: Innbyggerne i Midt-Norge skal gis mulighet til å bo lengre i egen bolig.** Den fremtidige løsningen skal bidra til at innbyggerne kan bo lengre hjemme ved at ny teknologi understøtter tjenestene og fremmer dialog, samspill, informasjon, innsikt og

trykker pasient/pårørende/ansatte i hverdagen og i utøvelsen av tjenestene (Helseplattformen, 2019).

Særlig effektmål 10 er et mål som er viktig for kommunene og som kom inn da Trondheim kommune ble en del av HP. Dette effektmålet har ikke den samme viktige betydningen for spesialisthelsetjenesten.

Effektmålene for HP har en direkte sammenheng med Trondheim kommunens (2020) strategier og mål. Trondheim kommune har et ønske om økt involvering av innbyggere i tjenestene som kommunen leverer. Strategiene som skal gjøre kommunen klar til å møte en forventet demografisk endring innebærer en større rolle for innbyggere i å ivareta sin egen helse og ikke minst å utsette behov for mer omfattende helsetjenester eller institusjonsplass. Hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og tidlig innsats er kjerneord i en overordnet strategi som skal stimulere til at pasienten mestrer sin egen hverdag, utvikle tjenester sammen med innbyggere og styrke samarbeid med pårørende. Disse virkemidlene skal sørge for et mer bærekraftig kommunalt helsevesen med som mål at pasienter kan bo hjemme lengst mulig, noe som oppfattes som både bra for innbyggere og bra for kommunen.

En logisk følge av denne strategien er at det er en ønsket utvikling at pasienter kan være direkte involvert i sin egen helse gjennom en pasientportal. For å kunne medvirke i sin egen helse er tilgang til opplysninger i egen EPJ en viktig forutsetning, og det har et potensial for å være nyttig for engasjementet av pasienter i sin egen helse (Hägglund & Scandurra, 2017). Pasienter selv opplever det som et viktig instrument for å kunne påvirke sin egen helse (Walker *et al.*, 2019).

At en endring fra en gammel EPJ til en ny EPJ kobles til å oppnå komplekse mål innenfor samfunnsutviklingen som innebærer endring i forholdet mellom profesjonelt helsepersonell og pasienter, gjør endringsprosessen for Trondheim kommune enda mer kompleks enn en vanlig innføring eller å bytte ut IS. Særlig når man vet at en av farene med implementering av IS i helsetjenesten er at ikke alle potensielle gevinster blir utnyttet, for eksempel fordi noe av funksjonaliteten ikke blir brukt (Bezboruah, Paulson & Smith, 2012).

For lederne i primærhelsetjenesten i Trondheim kommune, som er del av en offentlig, byråkratisk organisasjon med profesjonelle yrkesutøvere, vil det å lede en endring som gjelder både implementering av et nytt EPJ koblet med en samfunnsendring være en stor og vanskelig oppgave hvor suksess ikke er garantert.

## 1.2 Problemstilling

Trondheim kommune har store mål for innføringen av HP. Organisasjonen skal ikke bare bytte systemet for EPJ, systemet skal også bidra til å oppnå samfunnsutviklinger som er ønsket for å kunne levere bærekraftige kommunale helsetjenester også i fremtiden. Ett av de viktige virkemidlene er å endre forholdet mellom innbygger og kommunen, pasient og helsepersonell. Siden både innføring av ny teknologi i helsetjenesten og å lede utvikling av samfunnet er komplekse begivenheter er dette ikke en lett oppgave å lede. Tilgang til egen helseinformasjon i en EPJ kan endre pasientens og innbyggernes egen rolle i sin helse og behandling til det positive, men helsepersonell kan ha motstand til

denne endringen. Derfor er det interessant å se hvordan ledere i de kommunale helsetjenester i Trondheim kommune håndterer disse utfordringene.

Som medarbeider innen helse og velferd i Trondheim kommune, både i rollen som rådgiver og kommunalsjef, var og er jeg involvert i innføringen av HP. Siden 2019 har det vært sterkt fokus på å få med linjeledelsen i den planlagte endringen. Jeg ser at vi som organisasjon har store ambisiøse mål og jeg ser viktigheten av disse for fremtidens helse- og omsorgstjenester som også må kunne bære utfordringene vi vil få de neste tiårene. HP er i min oppfattelse et verktøy som kan fasilitere en del av de nødvendige endringene vi må gå gjennom, særlig de endringene som innebærer en endret rollefordeling mellom pasient og helsepersonell, innbygger og kommunen. Her er helsepersonellens innsats av stor betydning. Jeg ser også at det ofte er vanskelig for ledere å ha fokus på langsiktige mål siden hverdagen inneholder mange små og store problemer som de må rette sin oppmerksomhet på. I denne masteroppgaven ønsker jeg å finne ut hvordan ledere har startet med og tenker å lede innføringen av HP og om de klarer å rette fokuset sitt på dette i hverdagen. Med denne kunnskapen vil vi kunne justere innsatsen fra sentralt nivå hvis det viser seg å være nødvendig.

Siden mellomledere står nær helsepersonellet som møter pasienten, og dermed har en direkte rolle i implementering av endringer, ønsker jeg å se på valg av strategier for å lede innføringen av HP blant disse lederne i Trondheim kommune. Jeg ønsker å rette spesielt fokus på endringer som henger sammen med egen tilgang til EPJ for innbyggere, siden denne har en stor betydning for rolleforskjvningen mellom helsepersonell og pasienter. En brukergruppe som kommunen særlig satser på er brukere som får tjenester hjemme siden kommunen ønsker at de skal bli boende hjemme så lenge som mulig. Dette er også en gruppe som i utgangspunktet har potensial til å nyttiggjøre seg informasjonen og funksjonaliteten som ligger i HP. Målgruppen for masterprosjektet er ledere for tjenester til pasienter som bor hjemme.

Hovedproblemstilling:

**Hvilke ledelsesstrategier bruker ledere for tjenester til hjemmeboende i Trondheim kommune for å lede innføringen av Helseplattformen og spesielt endringen om pasientens tilgang til egen elektronisk pasientjournal gjennom en pasientportal i Helseplattformen?**

Delproblemstillinger:

- 1. Hvilke organisasjonsendringer ser lederne for seg at de skal lede og hvilke utfordringer gir de?**
- 2. Hva gjør eller planlegger lederne å gjøre for å lede organisasjonen gjennom endringen?**

## 1.3 Oppgavens oppbygging

I dette kapitlet er konteksten beskrevet for oppgavens problemstilling som handler om ledernes ledelsesstrategier for å lede innføringen av HP. Kapitlet beskriver hvor kompleks det er å oppnå suksess med innføringen av HP siden innføring av IS i primærhelsetjenesten er komplisert og HP ikke bare skal erstatte gammelt IS, men også bidra til en kompleks samfunnsendring og rolleendring mellom pasient og helsepersonell. Å lede en slik endring er en vanskelig oppgave særlig for ledere i en offentlig, byråkratisk

organisasjon med profesjonelle yrkesutøvere. Kapittel 2 beskriver teorien og begrepene som er relevant for å kunne besvare problemstillingen og hvordan disse brukes i besvarelsen. Teorien som behandles handler om ledelse av implementering av IS, endringsledelse og digital deling av informasjon mellom behandler og pasient. Kapittel 3 er viet til metodegrunnlaget for denne oppgaven. De empiriske valgene blir gjort rede for, samt beskrivelse av gjennomføringen av studien og en etisk refleksjon rundt min rolle som forsker. I kapittel 4 beskrives resultatene fra dataanalysen. Ledernes mål og forventninger, hvordan de tilnærmer seg endringen og hvilken strategier de bruker er hovedtemaene her. I diskusjonen i kapittel 5 kobles resultatene sammen med det teoretiske rammeverket for å besvare problemstillingen for denne oppgaven. Kapittel 6 inneholder oppgavens konklusjon, en refleksjon rundt oppgavens bidrag til faget og generaliserbarheten og anbefalinger til kommunen og for videre forskning.

## 2. Teori og bakgrunn

I det første kapittelet ble problemstillingen for dette prosjektet lagt frem. Basis for denne problemstillingen er Trondheim kommunes ønske om å bruke HP som et av verktøyene for å oppnå en samfunnsendring. Denne endringen består av en større rolle for pasienten i sin egen helse og behandling for å kunne oppnå at flest mulig kan bo hjemme lengst mulig. I dette kapittelet blir teorien behandlet for temaer som er relevante for problemstillingen. Først blir begrepene ledelse og strategi nærmere forklart, deretter beskrives måter å tilnærme seg endringer på og ledelse av endringer.

### 2.1 Ledelse og strategi

Det er to kjernebegrep i problemstillingen som er viktig å definere først i dette kapittelet, nemlig ledelse og strategi.

#### 2.1.1 Ledelse

Ledelse kan grovt sett beskrives som evnen til å utøve innflytelse på en gruppe for å kunne oppnå et mål. Denne utøvelsen av innflytelse kan være formell gjennom en rolle en har fått tildelt, men trenger ikke å være det (Robbins & Judge, 2012, s.204). Begrepet ledelse som konsept er i konstant endring. Innen konseptets betydning i dag spiller ved siden av ledere selv også medarbeidere og konteksten en stor rolle. Definisjonen av ledelse er da: «prosessen av interaktiv innflytelse som oppstår når i en gitt kontekst noen personer aksepterer noen som deres leder for å oppnå felles mål» (Silva, 2016). Begrepet ledelse som vi bruker det i daglig språk omfatter to forskjellige prosesser. Den ene prosessen handler om styring, drift og kontroll og produserer forutsigbarhet og orden. Den andre ledelsesprosessen, som kan føre til endringer i organisasjonen, består av å etablere retning og visjon, å få medarbeidere med på denne retningen og å motivere og inspirere medarbeidere til å overvinne hindringer som står i veien for endringen (Kotter, 1990, s. 3-6). Den sistnevnte ledelsesprosessen er den som er mest relevant for denne studien.

#### 2.1.2 Strategi

Strategi handler om å forme fremtiden på en eller en annen måte. Det finnes ikke en definisjon for strategi, men den kan defineres på forskjellige måter: (1) en plan for bevisst og hensiktsmessig handling, (2) et knep eller manøver for å komme fremover, (3) et mønster eller strøm av konsistent atferd, (4) en posisjon som beskriver kraften mellom organisasjonen og omgivelser, og (5) et perspektiv som inneholder organisasjonens personlighet (Mintzberg, 1987).

I praksis er strategi noe som ligger på et kontinuum mellom bevisst og planlagt eller *deliberate strategi* og fremvoksende eller *emergent strategi*. Deliberate strategi er en mer analytisk side av strategi hvor analyse og modeller brukes til å komme frem til en måte for å håndtere fremtiden. Emergent strategi har en mer menneskelig og skapende side hvor strategier oppstår gjennom tilpasning, læring og individets handlinger (Mintzberg & Waters, 1985). Strategier for implementering av IS virker til å ha mer av den siste strategien: det som dukker opp i selve prosessen og er preget av overraskelser, avvik og konflikter. Så det er ikke et analytisk dokument som skal utføres (Berg, 2001).

## 2.2 Implementering av IS: ledelse og suksess

Det er ikke gitt at implementeringen av HP går bra og helt uten hindringer. Den mest komplekse og vanskelige delen av hele teknologiprosessen er selve implementeringen av teknologien (Coiera, s.193). Implementering av IS har i tillegg til at det er en vanskelig oppgave ikke alltid like stor suksess (Berg, 2001. Heeks, 2005; Legris, Ingham & Collerette, 2003; Øvretveit *et al.*, 2007; Coiera, 2015, s.173). Vi kan dermed anta at det vil være noen ujevnheter eller barrierer underveis for HP. Implementeringen av HP er også en ekstra kompleks begivenhet fordi det er mange organisasjoner og personer involvert. Jo bredere spenn og mer omfattende implementeringen implementeringen er, desto vanskeligere er det å oppnå suksess. I tillegg er suksess med implementering av IS mer enn bare å lage et godt designet teknisk produkt, men er i tillegg avhengig av både tekniske og sosiale aspekter og relasjonen mellom disse (Berg, 2001).

Begrepet suksess med implementering av IS i helsetjenester har mange dimensjoner og kan defineres ganske forskjellig av forskjellige involverte parter. Det kan i tillegg endre over tid (Berg, 2001; Heeks, 2005). Dette betyr for HP at strategiske ledere, mellomledere, helsepersonell, pasienter og pårørende kan ha helt forskjellige opplevelser om en vellykket implementering av systemet. Når, etter en periode, alle har lært seg å jobbe med systemet kan opplevelsen igjen endre seg. HP vil koble sammen tjenestene som leveres i både primær- og spesialisthelsetjenesten, både de som driver offentlig og privat, som for eksempel fastleger eller avtalefysioterapeuter. Implementering av IS har ikke alltid like stor suksess særlig når det gjelder offentlige helsetjenester og når det gjelder systemer som kobler flere organisasjoner sammen (Øvretveit *et al.*, 2007). Når det gjelder mer komplekse implementeringsprosesser vil det være vanskeligere å oppnå suksess med implementering av IS (Berg, 2001).

Implementering av IS er en prosess hvor organisasjonen, mennesket og teknologien påvirker hverandre (Coiera, 2015, s.173; Berg, 2001). IS påvirker organisasjonen og sine medarbeidere også etter implementeringen. De medarbeidere som jobber med den nye IS vil tilpasse arbeidsprosesser og arbeidsmiljø til IS (Coiera, 2015, s.179). Vekselvirkningen mellom IS og organisasjonen gjør at det i implementering av IS må balanseres mellom det å bruke IS som endringsagent og å igangsette en organisasjonsendring (Berg, 2001). God endringsledelse som verdsetter innovasjon og myndiggjøring av medarbeidere kan bidra til at implementeringsprosessen går mer strømlinjet (Hamann & Bezboruah, 2020). I de mest suksessfulle implementeringsprosesserne er det eksperimentering og gjensidig læring som har hatt fokuset og ikke planlegging og kontroll (Berg, 2001).

## 2.3 Endringsledelse

Kompleks materie som teknologiendringer trenger stor innsats fra ledere for å få endringen gjennomført på en god måte (Bennebroek Gravenhorst, Werkman & Boonstra, 2003). Ledere i kommunale helsetjenester har i tillegg ekstra kompliserende faktorer siden de befinner seg i komplekse omgivelser. De er del av kommunen som politisk styrt organisasjon som forvalter og leverer tjenester. Som ledere i det offentlige må de balansere og håndtere ledelsesoppgaver i både et komplekst politisk miljø og et organisatorisk miljø med blant annet tilsynsmyndigheter, brukere, pårørende og media (Rainey, 1997). Ledere i det kommunale helsevesenet er også ledere for en



helsetjeneste med profesjonelle yrkesutøvere med sin spesifikke profesjonelle kultur, identitet, autonomi og ideologi med normer, regler og rutiner (Wal, 2007). Formelle strukturer, regler og prosedyrer reduserer muligheter for valg av atferd lederne kan vise (Metselaar, 1997, side 48).

Hvorvidt ledere klarer å håndtere endringer henger sammen med organisasjonens formål som igjen har innflytelse på hvor forberedt organisasjonen er for endring. Fokuset på stabilitet i strukturen i byråkratiske organisasjoner kan hindre endring, og andre kjennetegn av offentlige organisasjoner som innebygd praksis og komplekse reformer fremmer heller ikke endring (Bennebroek Gravenhorst, Werkman & Boonstra, 2003; Cinite, Duxbury & Higgins 2008).

Ledere i helsevesenet har en stor innflytelse på omsorgskulturen og har god omsorg for pasienter i fokus når de leder. De styrer, motiverer, veileder, kommuniserer og støtter uten at de mister omsorgsetikken. For å få til denne gode omsorgen er det tre grupper oppgaver og roller de tar på seg i en endringsprosess. De leder relasjoner gjennom å jobbe med eller gjennom andre for å oppnå resultater, de er en del av teamet, en veileder, og tar en foreldrerolle. De leder prosesser gjennom å koordinere god omsorg hvor de tar i betraktning hva medarbeidere kan oppnå og hvordan de jobber. De leder kultur med sentrale temaer som kunnskapsbasert praksis, rettferdighet og respekt, gjennom å skape et åpent, bekreftende og kunnskapsbasert arbeidsmiljø. De trenger forskjellige ledelsesstiler som de kan tilpasse til situasjonen og omstendighetene og aktuelle behov. Dette for å beholde balanse mellom det å lede kultur, relasjoner og prosesser (Salmela, Eriksson & Fagerstrom, 2012).

Det er fem spesifikke attributter som definerer ledelse av selve endringsprosessen for ledere som leder sykepleiere. Dette er (1) individuell og kollektiv ledelse, (2) operativ støtte, (3) fremme relasjoner, (4) organisasjonslæring og (5) balanse mellom radikal reform og trinnvise endringer og mellom det strukturelle og den menneskelige siden. Krefter som går forut for selve endringsprosessen er eksterne og interne drivkrefter og organisasjonens beredskap. Resultater av endringsprosesser som er godt ledet er både bedre prestasjoner og ny kultur og verdier (Nelson-Brantley & Ford, 2017).

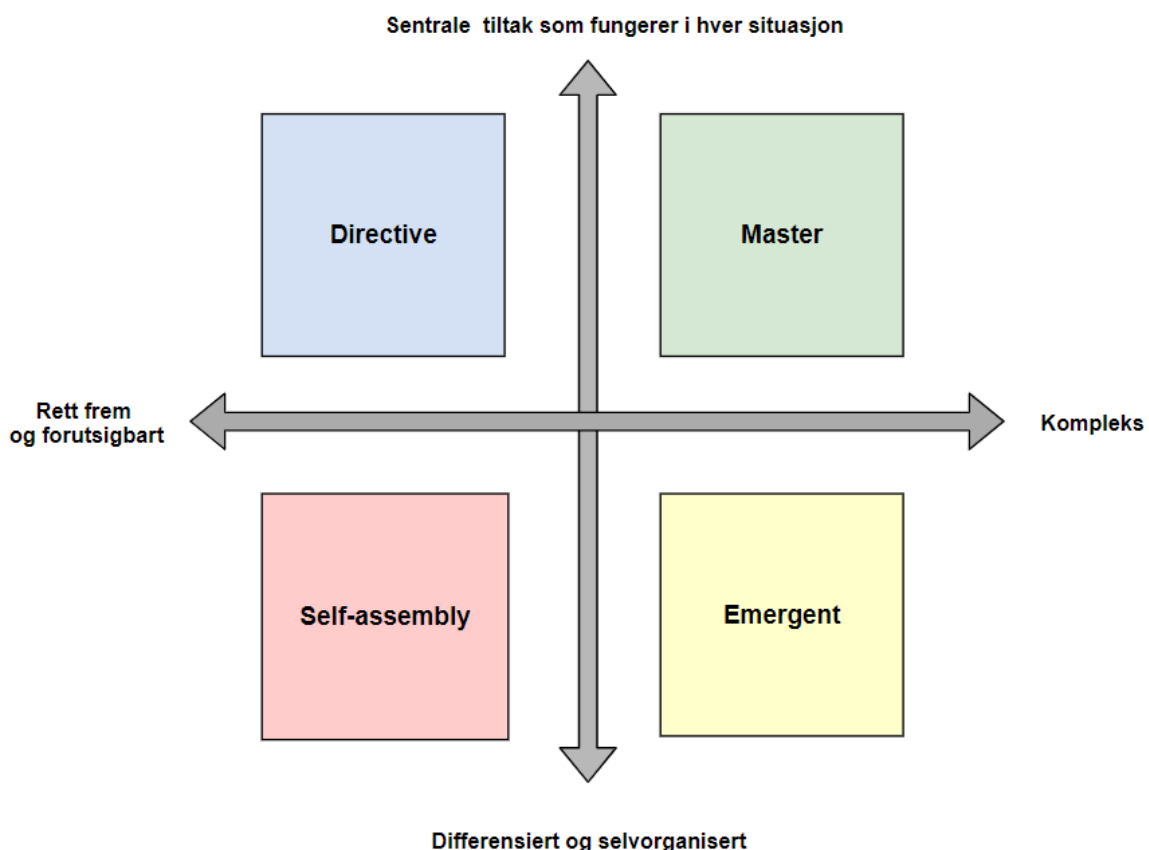
### 2.3.1 Måter å tilnærme seg endring på

Individuelle ledere og organisasjoner har forskjellige måter å tilnærme seg endring på. En måte å kategorisere disse forskjellige tilnærmingene er å sette dem opp mot to akser. Den første akse handler om hvordan vi ser på endring. Den går fra å se på endring som noe som er rett frem, lite komplisert og forutsigbart til å se på endring som noe som er kompleks. Den andre akse handler om hvordan vi tror endring kan bli påvirket. På den ene siden av denne akse er troen på at endring trenger tiltak som fungerer i hver gitt situasjon, og på den andre siden er troen at endringen skal bli differensiert og selvorganisert. Disse to aksene leder til en modell som skiller fire særegne tilnærminger for endring, såkalte change approaches. De fire tilnærmingene er beskrevet under i tekst og bilde (figur 2.1) (Rowland & Higgs, 2008, s.30-37):

- **Directive change approach:** Dette er en ovenfra og ned-tilnærming hvor utgangspunktet er at endringen blir initiert og styrt av toppledere i organisasjonen. Både målene og hvordan oppnå disse målene er bestemt fra toppen. Endringen blir sett på som noe som er forutsigbart og lite komplisert, og

tilnærmet ut i fra tanken at hvis alle følger de stegene som er detaljert beskrevet, så vil endringen skje.

- **Self-assembly change approach:** Dette er en tilnærming hvor endringen blir sett på som noe som er rett frem, lite komplisert og forutsigbart, men som går ut ifra at tiltak må tilpasses den lokale situasjonen. I denne tilnærmingen blir bare mål og resultater definert av toppledelsen, men måten å komme dit bestemmes lokalt. Prosessen blir fasilitert av den sentrale organisasjonen som lager verktøypakker som kan plukkes fra og brukes lokalt.
- **Master change approach:** Endring blir i denne tilnærmingen sett på som noe som er kompleks. Endring har mange elementer i seg og trenger mange forskjellige tiltak for å få gjennomført. Den sentrale organisasjonen eller toppledelsen lager en sterk og klar rammeverk for endringen. Medarbeidere trenger å være involvert og engasjert og er helt nødvendig for å få gjennomført tiltakene.
- **Emergent change approach:** I denne tilnærmingen blir både endringen og organisasjonen sett på som komplekse og ikke direkte kontrollerbare. Her er det bare noen få harde regler for å gi retning til det som skal skje. Så tar toppledelsen et steg tilbake for å gi plass til medarbeidere selv som både skal organisere prosess og tiltak. Det er frivillig for medarbeidere å være med i denne prosessen mens medarbeidere blir stimulert til å innovere og endre.



(etter Higgs & Rowland, 2005)

**Figur 2.1: De fire change approaches**

Hverken *Directive* eller *Self-assembly change approach* står i positivt forhold til vellykket endring. Mens *Directive change approach* i noen tilfeller kan ha en nøytral påvirkning på endringen når det gjelder endringer som er innenfor ledernes kontroll og med få medarbeidere som er påvirket, er *Self-assembly change approach* alltid en dårlig ide. En tilnærming til endring som går ut ifra at endring er kompleks gir mer sjanse på en vellykket endring. *Emergent change approach* er den som er mest korrelert til en vellykket endring. Jo større og mer kompleks endringen er, desto vanskeligere kan det kontrolleres fra sentralt nivå. *Master change approach* utgjør en stor positiv forskjell i situasjoner hvor endringen er pågående over en lang periode og hvor organisasjonen er i turbulente omgivelser (Rowland & Higgs, 2008, s.41-46). Endringsprosesser passer aldri helt presis innenfor disse fire change approaches, men det er allikevel ofte mulig å plassere dem ut ifra de mest tydelige kjennetegn. Det trenger ikke å være slik at samme change approach trenges overalt i organisasjonen. I tillegg kan forskjellige change approaches være nødvendig i forskjellige faser av endringsprosessen (Rowland & Higgs, 2008, s.31, 41-44).

### 2.3.2 Ledelsesstiler

I en god implementeringsprosess bør både sentral ledelse og de fremtidige brukere være involvert, og det trenges et rammeverk for innføringen som bestemmes og ledes fra toppledelsen (Berg, 2001). En kombinasjon av *Directive* ledelse med tydelig instruks, informasjon og nok teknisk assistanse og støtte og *Participating* ledelse med som kjerneelement deltakelse av medarbeidere er til sammen assosiert med effektiv implementering av IS (Hansen & Nørup, 2017).

*Transformasjonsledelse* har evnen til å skape grobunn for endringsvilje. Viktige atferdstyper i denne formen for ledelse er blant annet

- å ha sterk overbevisning
- å ha tydelige synspunkter
- å reagere på medarbeiderens følelser
- å kommunisere forventninger og krav
- å fortelle om visjonen for fremtiden
- å jobbe med at medarbeidere aksepterer målene for endringen
- å sørge for at medarbeidere blir intellektuelt stimulert og vise støttende atferd til medarbeidere gjennom tilbakemeldinger, oppmuntring og råd

(Bouckennooghe & Devos, 2007; Stoffers & Mordant-Dols, 2015).

Det er ikke *transformasjonsledelse* i seg selv som bidrar til endringsviljen til medarbeidere, men faktorer som bidrar til endringsvilje er blant annet involvering, emosjoner, tidsriktighet, eksternt nødvendighet, informasjon og merverdi. Ledere kan bidra positivt til disse faktorer gjennom *transformasjonsledelse*. I tillegg har ledere en veldig viktig rolle gjennom å gi det gode eksempelet (Stoffers & Mordant-Dols, 2015). I planlagte endringer i byråkratiske organisasjoner er en lederstil som *transformasjonsledelse* ikke like relevant. Men i endringer hvor organisasjonen er i en konstant tilpasning til omgivelsene (emergent eller fremvoksende endring) i et ikke-byråkratisk miljø har *transformasjonsledelse* en avgjørende rolle (Voet, 2013).

Det krever ledelse og interaksjon på alle nivå i helsevesenet for å lede endringer. Det er ikke noe som bare gjøres av lederne, og ledelse i vår tid er kompleks (Nelson-Brantley & Ford, 2017). Hoveddriveren av endringer i komplekse organisasjoner er *adaptive ledelse*

som er «en fremvoksende, interaktiv dynamikk som produserer tilpassede utfall i et sosialt system». *Adaptive ledelse* finnes gjennom alle lag og roller i organisasjonen og trenges ikke å utføres av de som er satt i formelle lederroller. Det er ofte mellomledere som kan skape forutsetninger for å påskynde *adaptive ledelse*, gjennom å fremme interaksjon så nettverk kan oppstå, gjensidig avhengighet og autonomi, og spenning gjennom å skape rom for forskjellige perspektiver (Uhl-bien *et al.*, 2007). Mellomledere kan ta del i beslutninger rundt endringer i organisasjonen, men er i motsetning til toppledere, særlig de som må implementere endringer. For å kunne lede organisasjonen i endringsprosesser er lederens positive endringsvilje en viktig faktor (Metselaar, 1997, s. 15-16).

En *Framing* lederstil og en *Creating capacity* lederstil er begge lederstiler som kan være effektive mens en organisasjon er i endring. I en *Framing* lederstil

- hjelper lederen andre å se hvorfor endringen er nødvendig
- jobber lederen sammen med andre for å lage en retning og vision
- deler lederen den overordnede planen om hva som må gjøres for å få til endringen
- gir lederen medarbeidere rom for å utføre det som må gjøres for å få implementert endringen
- prøver lederen å få til endring av hvordan ting blir gjort istedenfor bare hva som skal gjøres

I en *Changing capacity* lederstil

- utvikler lederen medarbeiderens ferdigheter for å kunne håndtere endring
- gir lederen medarbeidere tilbakemeldinger og stimulerer dem til forbedring
- får lederen medarbeidere til å jobbe på kryss av grensene i organisasjonen med fokus på nøkkelprosesser
- sørger lederen for at prosesser og systemer i organisasjonen støtter endringen

På kort sikt kan en *Framing* lederstil bidra til en vellykket endring, mens en *Changing capacity* lederstil er mer effektiv på lang sikt. *Framing* lederstil har en sterk relasjon med *Master change approach* og *Changing capacity* lederstil har en sterk sammenheng med *Emergent change approach* (Rowland & Higgs, 2008, s.73-89).

### 2.3.3 Mellomlederens rolle i kommunikasjon i endringsprosesser

For en vellykket endring spiller både toppledelsen og direkte nærledere en viktig rolle, men relasjonen mellom direkte leder og medarbeider er en nøkkelfaktor. Det er viktig at ledere kommuniserer med sine medarbeidere om endringen. Her gjelder det at både kommunikasjon av lav og høy kvalitet har like mye effekt og noen informasjon er bedre enn ingen informasjon. Særlig når medarbeidere viser en høy grad av motstand er kommunikasjon mellom direkte leder og medarbeider viktig for å oppnå endringen. En ledelsesstil hvor det er mye plass for kommunikasjon og tillit, som for eksempel transformasjonsledelse, er nødvendig. For medarbeidere med lav motstand til endringen er kommunikasjonen med direkte leder ikke relevant. Der er medarbeiderens holdning mot endringen en avgjørende faktor (Tanner & Otto, 2016).

Når ledere kommuniserer med sine medarbeidere i endringsprosesser kan det hjelpe medarbeidere å redusere følelsen av usikkerhet og dermed ha en mer positiv reaksjon om endringen. For medarbeidere er det viktigst at den nærmeste lederen kommuniserer

med dem. Innholdet i kommunikasjonen bør handle om informasjon, overbevise medarbeidere om viktigheten og nødvendigheten av endringen, forklare beslutninger og motivere medarbeidere. Det er tre dimensjoner i kommunikasjonen om endringen som ledere bør ha fokus på. Den første dimensjonen er deling av informasjon og handler om å dele mye informasjon med medarbeidere for å redusere usikkerhet og gjøre det mulig for medarbeidere å lage sine egne planer. Den andre dimensjonen er empatisk kommunikasjon. Medarbeidere sin usikkerhet, bekymring og redsel reduseres best hvis ledere snakker med dem om det på en personlig måte og når ledere viser interesse for medarbeiderens opplevelse. Den siste dimensjonen er kommunikasjon som handler om medvirkning. For denne dimensjonen er det viktig at medarbeidere opplever at kommunikasjonen ikke bare skjer fra toppen i organisasjonen og nedover, men at de har en aktiv part i kommunikasjonen selv (Helpap & Schinnenburg, 2018).

Det er viktig å kommunisere forskjellige budskaper i de forskjellige faser i endringsprosessen. I fasen hvor organisasjonen forberedes på endringen bør budskapet handle om hva det er som kommer til å skje og hvorfor. Toppledelse har en sentral rolle i å kommunisere dette budskapet, og medarbeidernes nærmeste ledere bør bli utstyrt for å kunne informere sine medarbeidere og svare på de fleste spørsmålene. Det er noen prinsipper for kommunikasjon i denne fasen av endringen som bør følges. Disse er: (1) overflødig informasjon dvs. gjentakelse av budskapet, (2) bruke forskjellige former for media samtidig, (3) bruke autoritet og (4) medarbeidernes nærmeste leder bør kommunisere ansikt til ansikt med medarbeidere. Videre i endringsprosessen er det viktig å bruke uformelle ledere i kommunikasjonen i tillegg til formelle ledere og at det deles personlig informasjon om saker som har direkte påvirkning på den enkelte. Mer generell informasjon blir ofte ikke registrert av medarbeidere og kommer derfor ikke frem (Klein, 1996).

Et av de største ansvarene som ledere for sykepleiere har i endring er å opprettholde en kontinuerlig dialog med sykepleiere. Det er i tider med endring at personellet forventer at sine ledere opprettholder denne dialogen. Fokuset i dialogen bør være organisasjonens visjon, felles mål og verdier. I endring har ledere for sykepleiere ansvar for å legge rammer for god omsorg for pasienten (Fagerström & Salmela, 2010).

### 2.3.4 Å lede i motstand mot endring

Motstand til endring virker ikke til å være en iboende psykologisk reaksjon i mennesket. Det er problemer i selve endringsprosessen og ikke andre faktorer som for eksempel byråkrati, arbeidsdeling eller organisasjonskultur, som virker til å være relatert til medarbeiderens motstand til endring. Medarbeidere virker ikke til å være villig til å bruke energi på endringsprosesser som er dårlig planlagt og ledet (Bennebroek Gravenhorst, Werkman & Boonstra, 2003). Motstand til endring kan forhindres når ledere klarer å skape rom hvor refleksjon, spørsmål, kritikk og diskusjon er mulig og verdsatt (Fagerström & Salmela, 2010).

Respons på endring kan beskrives som endringsvilje eller en atferdsmessig reaksjon relatert til implementering av endringer. Er denne reaksjonen positiv blir resultatet at en person gjør en innsats i å støtte endringsprosessen (Metselaar, 1997, s. 28-34). Mellomledere har en nøkkelposisjon i endringsprosesser. Det er de som implementerer endringer. Om en organisasjon klarer å gjennomføre en vellykket endring er avhengig av strategien eller taktikker som en mellomleder bruker, men også av mellomlederens

motivasjon, holdninger og evner. Mellomlederen må lede medarbeidere til en suksessfull endring, støtte de medarbeidere som har ekstra behov for støtte og sørge for kommunikasjon oppover og nedover i organisasjonen (Metselaar, 1997, s. 37-39).

Tre faktorer er viktig for intensjonen en person har mot endringsprosesser: holdninger, subjektive normer og opplevd kontroll på atferd (Ajzen, 1991). Holdninger i denne forstand handler om *å ville*, eller om de forventninger en person har om den ønskede atferden etter endringen vil ha positive eller negative utfall. Subjektive normer handler om *å måtte*, eller det sosiale presset som utøves mot eller for endringen. Om en person opplever kontroll handler om *å være i stand* til, eller hvorvidt personen mestrer den atferden som er forventet etter endringen (Metselaar, 1997, s. 32-33; Monga & Monga, 2016). Videre bør vi ikke se på motstand til endring som en hindring for endring, men som en respons på organisasjonsendringer som uttrykker en bekymring av interessenter for organisasjonen og som må tas på alvor (Tanner & Otto, 2016; Metselaar, 1997, s. 26-28). I noen endringer kan ledere mangle et dypere engasjement i endringsprosessen. De kan være positive om endringer i avdelingene sine og tro på at endring kan være bra for pasientene, men se seg selv som tilskuere og ikke aktører i endringsprosessen. Opplæring om endring som fenomen for å bli bedre aktører i endringsprosessen kan gi slike ledere mulighet til å forstå og fasilitere endringen (Salmela & Eriksson, 2013).

Tidligere erfaringer fra endringsprosesser bidrar til medarbeiderens holdning til en ny endring. Jo mer positiv en erfaring har vært, desto mer positiv forholder medarbeidere seg til en ny endring. Motstand mot en endring oppstår blant annet når medarbeidere har en historie med negative opplevelser med endringer. Både det å oppleve støtte fra organisasjonen og støtte fra direkte leder har en positiv effekt på medarbeiderens deltakelse i endring. Jo mer en medarbeidere deltar i endring, desto mer positivt den oppfatter at endringen har vært. Også opplevd støtte fra kolleger har en positiv sammenheng med hvordan medarbeidere vurderer endringer. Gjennom å fremme tillit, øke medarbeiderens eierskap til endringen og å skape muligheter for medvirkning i endringen, kan organisasjoner øke medarbeiderens opplevelse av støtte fra organisasjonen, direkte ledere og kolleger (Fuchs & Prouska, 2014).

For å sette inn gode strategier for å håndtere motstand i endringsprosesser er det viktig å ha diagnostisert hva årsaken til motstanden er. Det er i tillegg viktig å vite hvem det er som vil vise eller har motstand og hvor mye. Det er også avhengig av hastigheten som endringen skal gjennomføres på for å vurderer hvilke strategier som er lurt å velge. Det er ofte nødvendig med forskjellige strategier samtidig. Hvis for eksempel motstanden henger sammen med at medarbeidere er feilinformert om endringen eller årsaken til endringen, er opplæring og kommunikasjon en strategi som kan være effektiv. Mens hvis medarbeidere viser motstand fordi de for eksempel mangler ferdigheter, så er det å støtte og fasilitere strategien som må velges. Også medvirkning og involvering, forhandling og enighet, manipulasjon og eksplisitt eller implisitt tvang kan være strategier som kan være effektive for å håndtere motstand mot endring i visse situasjoner (Kotter & Schlesinger, 2008).

## 2.4 Pasientportal, pasienten og helsepersonellets holdninger

Journalføring og pasientens muligheter for innsyn i journalen er ikke noe nytt eller kontroversielt som kommer med innføring av HP. Det å føre pasientjournal er en naturlig del av pasientbehandlingen, det er en lovpålagt oppgave og det er lovfestet at journalen skal føres elektronisk. Den som yter helsehjelp har en plikt til å føre journal som skal inneholde de relevante og nødvendige opplysninger om både pasienten og helsehjelpen. I tillegg til en plikt til å føre journal er det også en plikt å gi pasienten innsyn i journalen (§39-41, helsepersonelloven). Det er også en lovpålagt innsynsrett for pårørende eller representanter for pasienten, og det må legges til rette for at pasienter med andre språk enn norsk og personer med nedsatt funksjonsevne kan utøve sin rett (§11, pasientjournalforskriften). Pasienten har også rett på en forklaring av blant annet faguttrykk som er brukt i journalen. Bare i de tilfeller hvor det kan være til fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv eller av hensyn til pasientens nære, kan pasienten nektes innsyn i opplysninger i journalen (§5-1 pasient- og brukerrettighetsloven).

Det er med andre ord ingen tvil om at helsepersonell må føre journal og de har ingen enerett på informasjon som ligger i pasientjournalen. Pasientene har allerede i dag rett og mulighet til å se det som er registrert i pasientjournalen sin. Mens pasientens rett til innsyn i journalen ikke er noe nytt er det som er nytt med HP den direkte internetttilgangen gjennom en pasientportal som ligger innebygd som potensial i systemet og som er ønsket av kommunens ledelse. Denne gjør at informasjonen er mye lettere tilgjengelig for pasienter enn hva som er tilfelle nå, og dermed øker også muligheten for at pasienter vil se på informasjonen.

### 2.4.1 Fordeler med digital deling av informasjon mellom behandler og pasient

Det å dele skriftlig digital informasjon mellom behandler og pasient har store fordeler, og disse er større enn mulige risikoer med en slik deling (Walker *et al.*, 2019). Internetttilgang har vist å kunne hjelpe pasienter med å forberede seg til timen hos legen og for å forstå sin medisinske tilstand (Rexhepi *et al.*, 2018). En av fordelene med deling av skriftlig informasjon digitalt for pasienter med hjemmebaserte tjenester er bedre medikamentbruk. Skriftlig digital informasjon hjelper pasientene å huske hva som er sagt i timen, skjønne hvorfor de får medikamenter og oppdage feil i en medikamentliste (DesRoches *et al.* 2019). Endringer som skjer etter innføring av tilgang for pasienter til egen EPJ er blant annet økt tilfredshet og bekvemmelighet blant pasienter, bedre overholdelse av behandlingen og endringer i bruk av medikamenter (Ammenwerth, Schnell-Inderst & Hoerbst, 2012; Lusignan *et al.*, 2014).

Elektronisk tilgang til egen journal virker ikke til å øke redsel eller bekymringer for pasienten (Mold *et al.*, 2015; Rexhepi *et al.*, 2018). De fleste pasienter som får digital tilgang til legens notater fra timen opplever at tilgang til disse notatene gir dem klinisk relevante fordeler og opplever minimale bekymringer pga. dette. Pasientene rapporterte at det var mer sannsynlig at de skulle ta medisinerne sine, de opplevde at de kunne forberede seg bedre til timen, hadde bedre innsikt i sine medisinske problemer, hadde en

større følelse av kontroll og var bedre i stand til å huske behandlingsplanene sine (Delbanco *et al.*, 2012).

Pasienter med lavere utdanning synes det er mer viktig enn andre å lese notater som leger har skrevet etter pasientens besøk og synes de er verdifulle for å kunne forstå egen helse og for å være mer engasjert i egen behandling (Gerard *et al.*, 2018). Det kan virke som om pasienter med lavere sosioøkonomisk status, lavere utdanning og eldre pasienter har mer nytte av denne formen for informasjonsdeling enn andre grupper (Gerard *et al.*, 2018; Walker *et al.*, 2019).

Hovedgrunnen pasienter selv har for å bruke tilgang til sin EPJ er for «å få oversikt over sin egen medisinske historie og behandling, å følge opp etter en legetime og til å bli mer involvert i egen helse» (Moll *et al.*, 2018). Mens de fleste pasienter bruker tilgang til EPJ ikke så ofte, bruker den gruppen som har kroniske sykdommer tilgangen oftest. Pasienter opplever at det er viktig å ha tilgang til egen EPJ fordi «det gjør at de føler seg bedre informert, det forbedrer kommunikasjon med helsepersonell og det gjør at de forstår egen helsesituasjon bedre». For pasienter var det viktigst å kunne se på testresultater (Moll *et al.*, 2018).

Mens det er tydelige lovpålagte rettigheter og krav til journalføring og innsyn, og tilgang for pasienter til sin egen EPJ har fordeler for pasienten, er dette ikke uproblematisk. En lettere og mer direkte tilgang til egen EPJ som innbyggere i Trondheim vil få vil ha konsekvenser for relasjonen mellom helsepersonell og pasient, samt endre måten helsepersonell må jobbe på. Ny teknologi utfordrer medisinske profesjonelle og forårsaker motstand. Institusjonelle grenser og lovverk endrer seg når pasienter får tilgang til egen EPJ. Økt involvering og medvirkning av pasienter krever at pasienter har mer tilgang til informasjon. Dette utfordrer servicetenkningen som nå er en del av de offentlige tjenestene (Erlingsdóttir & Lindholm, 2015).

At innbyggere i Trondheim får en pasientportal kan gi mange gevinster for de som er pasienter. Det gir blant annet mulighet til å bli bedre informert, forstå sin medisinske tilstand bedre, kan ha en positiv innflytelse på medisinbruk og en bedre overholdelse av behandlingen. I tillegg kan dette være et verktøy for å minske sosioøkonomiske helseforskjeller. Allikevel vil tilgang til en pasientportal i seg selv ikke være nok for forbedret helse.

## 2.4.2 Det som må til for at pasienten tar pasientportal i bruk

Mens det finnes positive funn forbundet med internettilgang for pasienter til egen EPJ, er det fremdeles uklart om dette bidrar til bedre helse (Ammenwerth, Schnell-Inderst & Hoerbst, 2012; Giardina *et al.*, 2014; Lusignan *et al.*, 2014). Det er heller ikke sikkert at elektronisk tilgang til egen EPJ i seg selv bidrar til myndiggjøring av pasienter (Ammenwerth, Schnell-Inderst & Hoerbst 2012). For å få utnyttet de positive effekter tilgang til egen pasientportal i HP kan ha for pasienter er det ikke nok å gi dem tilgang.

Om forbrukeren aksepterer helseteknologi er mest avhengig av fem faktorer. Dette er: (1) forventning om innsats, (2) sosial innflytelse, (3) forventning om ytelse, (4) forholdene for tilretteleggelse og (5) vurdering av trussel. For å øke aksepten er det derfor viktig at det er en god kvalitet på service rundt teknologien, det bør være en strategi for å promotere helseteknologien, det bør være lett å lære seg teknologien, men



det må også være mulig å få trening i bruken og det bør gjøres en analyse av hvilke brukere som vil ha mest nytte av teknologien (Sun *et al.*, 2013). Oppfattet nytte er den faktoren som forklarer den største delen av intensjonen for å bruke teknologi. Oppfattet nytte er: i hvilken grad en person tror på at teknologien er nyttig og brukbart (Rahimi & Jetter, 2015; Legris, Ingham & Collerette, 2003.).

Pasientene må få informasjon om mulighetene og de positive effektene det kan ha på deres livskvalitet for å oppleve at det kan ha nytte. De må også kunne lære å bruke pasientportalen og få hjelp til det når det trengs. Målene med HP er også videre enn at pasienter tar i bruk pasientportalen, og handler om en endring i hvordan vi ser og utøver helsetjenester på. Hvordan personer oppfatter nytte er også en betydelig faktor for aksept av helsepolitikk. Fokus på hvordan en ny helsepolitikk vil øke livskvalitet eller redusere komplikasjoner mens man implementerer en ny politikk er derfor viktig. Dette kan gjøres gjennom åpne diskusjoner om temaet og fra tidlig i prosessen distribuere informasjon til de som politikken retter seg mot (Pierce *et al.*, 2014.). For å oppnå HP sine mål for pasientens deltagelse i egen helse og bo lenger i egen bolig er informasjon og diskusjon med innbyggere om hvordan dette kan ha en positiv påvirkning på pasientens livskvalitet nødvendig.

### 2.4.3 Helsepersonellens holdninger om pasientens tilgang til EPJ

Til tross for at pasienter har lovfestet rett til å ta del i sin egen helseinformasjon, har helsearbeidere forskjellige oppfatninger om dette. Helsearbeidere er ikke klar over e-helsestrategier og lovverk om pasientjournaler. Det er forskjeller i oppfatninger mellom yrkesgrupper og de handler mest om uenighet om tilgang til egen EPJ for pasienter er god helsetjenester. Sykepleiere er mer positive enn leger (Scandurra & Ålander, 2018; Scandurra *et al.*, 2015). Helsepersonell er i forkant ofte skeptisk mot direkte tilgang til EPJ for pasienter fordi de frykter negative konsekvenser for arbeidsmiljøet sitt. Leger opplever pasientjournalen som sitt eget arbeidsverktøy som er til for kommunikasjon mellom helsearbeidere. I tillegg ser legene negative konsekvenser for både seg selv og pasienten (Grünloh, Cajander & Myreteg, 2016). Mens helsearbeidere generelt er motvillig mot tilgang for pasienter til sin EPJ, er de som selv har erfaring med dette fra før mer positive og ser de fordelene dette kan ha for pasienten (Ålander & Scandurra, 2015; Scandurra *et al.*, 2015).

Det er noen hypoteser om hvorfor det oppleves som intimiderende at pasienter får tilgang til sin egen digitale journal. En fremtredende hypotese er at maktbalansen vil endre seg hvis medisinsk informasjon vil bli mer tilgjengelig. En annen hypotese handler om at medisin fremdeles blir sett på fra det tradisjonelle perspektivet hvor pasienter oppfattes som en mottaker av beslutninger og behandling. Argumenter som helsepersonell bruker mot brukerens tilgang til EPJ er at det kan være farlig for pasienter og at pasienter må beskyttes mot deler av informasjonen (Hägglund & Scandurra, 2017).

Mange av bekymringene helsepersonell har i forkant av innføringen av en direkte tilgang for pasienter til sin EPJ virker til å være unødvendig når vi ser på resultatene etter innføring. Der hvor leger hadde bekymringer om at pasientens digitale tilgang til legens notater fra timen kunne endre arbeidshverdagen deres i forkant av innføringen, rapporterte de bare om beskjedne effekt på arbeidshverdagen etter innføringen (Leveille *et al.*, 2012; Delbanco *et al.*, 2012). Også redsel for at pasienter blir forvirret, bekymret

eller fornærmet av å lese legens notater, er ubegrunnet siden det er få pasienter som opplever dette (Delbanco *et al.*, 2012; Mold *et al.*, 2015). Også for bekymringer om mulig misbruk av EPJ med skade eller brudd på personvern som følge, er det ingen bevis i publikasjoner av forskning om pasientens tilgang til EPJ (Mold *et al.*, 2015).

Det er en viss redsel for at arbeidsmiljøet for helsepersonell blir påvirket av pasientens internetttilgang til EPJ. Allikevel er det utydelig om internetttilgang til EPJ øker bruk av helsetjenesten og dermed arbeidspress på helsepersonell. Det finnes både studier som viser at pasienter som har internetttilgang til EPJ har økt bruk av helsetjenester (Palen, 2012), studier som ikke fant noe forskjell (Delbanco *et al.*, 2012. Rexhepi *et al.*, 2018) og studier som fant en nedgang i bruk av helsetjenester (Giardina *et al.*, 2014). Det er studier som fant en endring i arbeidsoppgavens art gjennom en økning i antall beskjeder som blir sendt mellom behandler og pasient, men en reduksjon i antall fysiske besøk til helsetjenesten (Ammenwerth, Schnell-Inderst & Hoerbst, 2012; Lusignan *et al.*, 2014). Dermed forskyver arbeidsoppgaven seg mot mer digitalt, men det er ikke endring i den totale arbeidsmengden for helsepersonell (Mold *et al.*, 2015).

Helsepersonell må endre måten de jobber på for å oppnå målet om større medvirkning av pasienter i sin helse gjennom HP. For at pasienter virkelig vil kunne medvirke er det mer som må til enn bare tilgang til informasjon. Medvirkning krever en annen form for dialog og samarbeid mellom pasient og helsepersonell. Toveis kommunikasjon krever at helsepersonell endrer arbeidsmåter (Hägglund & Scandurra, 2017). For å få til medvirkning gjennom HP for forskjellige pasientgrupper er ikke en prosess som er lik for alle. Det er forskjeller i hvordan forskjellige aldersgrupper bruker informasjon fra EPJ, hvor motivert de er til å bruke det og om de stoler på om de har skjønnet det som står der. Derfor er det, for at forskjellige aldersgrupper tar i bruk og har nytte av EPJ, nødvendig å tilpasse strategier for å gjøre informasjonen tilgjengelig (Huvila *et al.* 2018).

Også når helsepersonell står bak økt brukermedvirkning gjennom pasientens tilgang til sin egen journal, betyr det ikke at det automatisk endrer noe i kommunikasjonen og interaksjonen mellom pasient og behandler. Mangel på strategier for å oversette dette målet til rammer, regler, tekniske løsninger og praksis kan ligge til grunn for dette (Essén, Gerrits & Kuhlmann, 2017).

Siden det er funnet skepsis og redsel blant helsepersonell i andre prosjekter hvor pasienten fikk tilgang til egen EPJ er det ikke usannsynlig at også helsepersonell i Trondheim kommune vil kjenne på slike følelser med innføring av pasientportalen gjennom HP. Når pasientportalen tas i bruk kan dette resultere i endringer i arbeidsmiljøet, men dette trenger ikke å være negative endringer og trenger ikke å øke den totale arbeidsbelastningen.

## 2.5 Bruk av det teoretiske rammeverk i denne oppgaven

Ut i fra teorien som jeg har diskutert i de foregående delkapitler, vil dette delkapittelet behandle det teoretiske rammeverket for denne oppgaven. I de foregående delkapitler har jeg beskrevet hva som allerede finnes av forskning som har sammenheng med de problemstillinger jeg ser på og som handler om ledelse av IS-implementering, endringsledelse og digital deling av informasjon mellom pasient og behandler. Teorien er brukt som basis for datainnsamling og for beskrivelse og tolkning av resultatene.

Trondheim kommune har grovt sett to tydelige hovedmål med implementering av HP.

1. Å bytte ut et gammelt EPJ med et nytt og bedre EPJ.
2. Å implementere et verktøy som gir muligheter for å få til samfunnsendringer.

Mens begge disse hovedmålene trenger en form for endringsledelse er det for å oppnå suksess forskjeller i hvordan man skal angripe endringsprosessen. Vi har sett i teorien at suksess med implementering av IS er vanskelig å oppnå, men definisjonen av suksess er også forskjellig for forskjellige involverte parter. For en mellomleder er suksess med IS-implementering noe annet enn for en toppleder. Definisjon av suksess endrer seg også over tid. For å implementere IS trenges organisasjonsendring, men IS endrer også organisasjonen, som også kan brukes for å få til en endring som er ønsket.

Den kommunale helsetjenestens egenart gjør ledelse av endringsprosesser ekstra komplisert siden ledere befinner seg i komplekse omgivelser. I tillegg er implementering av IS på tvers av organisasjoner også en kompliserende faktor. Det er derfor mulig å konkludere med at innføring av HP vil være en kompleks endringsprosess. For å oppnå suksess i komplekse endringer er det viktig at ledere ser på endringen som en kompleks endring. Avhengig av situasjonen og målet med endringen er det da mulig å velge å sette inn sentralt styrte tiltak eller å la prosessen være mer selvorganisert, men med differensierte tiltak. Det er noen lederstiler som forbindes mer med vellykkede endringsprosesser enn andre, men også her er det avhengig av situasjonen og av rollen en har i organisasjonen. Forskjellige former for kommunikasjon er en svært viktig faktor i alle endringsprosesser. I alle endringsprosesser kan det også oppstå motstand. Motstand har mange årsaker og kan komme til uttrykk på forskjellige måter. Motstand er ikke noe som må sees på som er negativt, men som noe som er naturlig og som kan bidra til å få til bedre resultater i en endring. For å kunne håndtere motstand må en leder vite hva motstanden skyldes før det settes inn tiltak.

Fra teorien ser vi at for å oppnå suksess i en endring må de mål og forventninger man har om resultatet av en endringsprosess være basis for den måten man tilnærmer seg endringen på. Den måten man tilnærmer seg endringen på skal utgjøre hvilke strategier en leder bruker for å lede organisasjonen gjennom endringen.

Denne sammenhengen er beskrevet i figur 2.2.



**Figur 2.2: Sammenheng mellom hva man ønsker å oppnå med en endring, hvordan man tilnærmer seg endringen og hvilke ledelsesstrategier man velger**

I denne oppgaven har jeg lagt ekstra fokus på endringen som pasientens tilgang til egen EPJ medfører. Dette er en endring som må til for å oppnå en av de samfunnsendringene som Trondheim kommune ser for seg at HP skal bidra til, nemlig muligheter for pasienten å ta mer styring over egen helse og å bo lengst mulig hjemme. Fra teorien har vi sett at det er flere fordeler enn ulemper for pasienten med å ta i bruk ulike former for digital deling mellom pasient og behandler, som en EPJ, men at det trenges en del innsats fra helsevesenet for å sørge for at pasienten tar i bruk slike løsninger. Helsepersonellet selv er i de fleste tilfeller skeptisk til nye digitale løsninger før de tas i bruk. Hvis Trondheim kommune ønsker å oppnå sine samfunns mål, som pasientens tilgang til HP er et verktøy for, så trenger ledere å ha fokus på innføringen av denne løsningen i endringsarbeidet sitt på enhetene.

For å kunne gi svar på problemstillingene i denne oppgaven ser jeg i datainnsamlingen på

- de mål og forventninger ledere har om HP
- den måten de tilnærmer seg organisasjonsendringen på
- de strategier de velger i form av på tiltak, aktiviteter og den måten de leder på

og legger for alle disse tre temaene fokus på pasientportalen.

I analysen av resultatene i diskusjonskapittelet (kapittel 5) sammenligner jeg resultatene med det som jeg har funnet av teori om disse temaer i dette kapittelet. Sammen vil det kunne gi en pekepinn på hvordan ledere i en stor helse- og omsorgsorganisasjon tenker om innføring av HP og om den måten de leder endringen på, som er interessant siden innføringen ikke bare har som mål å implementere en ny EPJ. Det vil også gi en indikasjon på sjansen for en vellykket endring eller om organisasjonen trenger å gi ekstra fokus til noen områder. Dette vil beskrives i konklusjonskapittelet (kapittel 6). I det neste kapittelet (kapittel 3) behandler jeg metodikken som er brukt i denne oppgaven.

## 3. Metode

I det andre kapittel ble det teoretiske grunnlaget beskrevet som både ligger til grunn som kunnskap for datainnsamlingen, men som også viser de teoretiske rammene som ble brukt for å utvikle og diskutere konseptene som er resultatet av datainnsamlingen og som beskrives i kapittel 4 og 5. I dette kapitlet<sup>1</sup> beskriver jeg de empiriske elementene som er valgt for denne studien. Kapitlet gir svar på hvordan forskningsprosessen ble gjennomført og gir et bilde på pålitelighet og etterprøvnbarhet for denne studien. Kapitlet inneholder en beskrivelse av valgt metode inklusiv studiedesign og kriterieutvalg. Det inneholder oppsett og utforming av intervjuene, en etisk refleksjon om min rolle som forsker innenfor den organisasjonen jeg jobber i, en beskrivelse av rekruttering og gjennomføring av intervjuene og oppsett for den måten dataene er analysert. I tillegg beskrives kort om rapporteringen og godkjenning fra NSD.

### 3.1 Valg av metode, studiedesign og kriterieutvalg

I dette delkapitlet behandler jeg valg av metode i underkapittel 3.1.1, studiedesign i 3.1.2 og kriterieutvalg i 3.1.3.

#### 3.1.1 Valg av metode

For å besvare problemstillingen i denne studien har jeg valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode. Jeg ønsket å utforske og forstå hvordan ledere leder endringene som har med HP å gjøre. Mens vi gjennom kvantitativ forskning søker etter forklaring av fenomener, ser på disse fra en avstand og har en mer teori- og hypotesedrevet fremgangsmåte, stiller vi i kvalitativ forskning spørsmål som andre tar for gitt og vi er nysgjerrig etter konseptuelle systemer, folks innerste tanker og følelser og hvordan folks liv utformes (Tjora, 2017, s.28-32). I kvalitativ forskning stiller forskeren spørsmål som hvordan og hvorfor opplevelse, atferd og beslutninger oppstår for å prøve å forstå fenomenet. I kvalitativ forskning har vi mulighet til å ta den naturlige konteksten hvor i individer funksjonerer i betraktning. Dette er viktig siden virkeligheten vi opplever er «formet av våre sosiale, kulturelle, historiske og individuelle kontekster» (Korstjens & Moser, 2017). En kvalitativ forskningsmetode er dermed godt egnet for å forstå og finne ut mer om det lederne gjør for å lede innføringen av HP og endringen om innbyggernes direkte internettilgang til pasientjournalen i HP og hvordan de forstår organisasjonsendringen.

#### 3.1.2 Studiedesign

Forskningsspørsmålets natur gir utgangspunkt for valg av studiedesign (Korstjens & Moser, 2017). Dette prosjektet har et fenomenologisk studiedesign siden den passer godt for å lære mer om lederens opplevelser og forståelsen av endringen som innføring av HP innebærer. Fenomenologi er et av de tre store teoretiske tradisjonene som hver for seg fokuserer på forskjellige områder for undersøkelse. Fenomenologien har som område: individenes erfaringer i den verden som de erfarer den, og fokuset ligger på å utforske hvordan individer gir mening til det de erfarer. Hvis forskeren vil vite mer om

---

<sup>1</sup> En stor del av innholdet i dette kapitlet er hentet fra eksamensoppgaven jeg skrev for faget MDV6120 Oppgavemetodikk i helseinformatikk "Helsepersonellens holdninger og forventninger om brukernes internettilgang til egen pasientportal" levert i desember 2019.

individer sine opplevelser og forståelse er et fenomenologisk studiedesign med dybdeintervju som datainnsamlingsmetode et godt valg (Korstjens & Moser, 2017). Når man ønsker å utforske erfaringer, holdninger og meninger er dybdeintervju som hovedregel det verktøyet man bruker (Tjora, 2017, s.114). I et intervju prøver forskeren å få respondenter til å sette ord på sin forståelse av verden i interaksjon med andre (Tjora, 2017, s.27). Som datainnsamlingsmetode blir derfor dybdeintervju brukt. Intervjuene var semistrukturerte med på forhånd utvalgte temaer og en del faste temaer og spørsmål for å dekke bredden. Mye av intervjuet skal i tillegg bestå av oppfølgingsspørsmål. Mer om intervjuet er beskrevet videre i kapittelet.

### 3.1.3 Kriterieutvalg

I dette underkapittelet beskriver jeg hvilken metode for kriterieutvalg jeg bruker, hvor stort utvalget er og hvilken prosedyre som blir brukt for å velge ut deltakerne for å få en rik datainnsamling. Deltakerne skal alltid være valgt ut bevisst, og størrelse på utvalget er forskjellig for hver studie. Utvalget kan bli endret underveis i studien avhengig av hva som dukker opp, bestemt ut fra konseptuelle krav og ikke bare for å sikre seg at utvalget er representativt (Moser & Korstjens, 2018). Når forskeren gjør en fenomenologisk studie, kan det være nok med færre enn ti intervjuer (Korstjens & Moser, 2017). Det beste er å finne deltakere som har kunnskap om fenomenet som forskes på, som kan sette ord på ting, kan reflektere og som er motivert til å bidra. Man skal i utgangspunkt samle inn data til metningspunktet er nådd, det vil si når man opplever at det ikke kommer nye funn. For å få rike data og interessante funn er det nødvendig å gå frem og tilbake mellom kriterieutvalg, datainnsamling og dataanalyse, og tilpasse studiedesign underveis (Moser & Korstjens, 2018).

Ikke alle pasienter som får hjemmetjenester vil være i stand til å lese eller forstå sin egen pasientjournal. En god del av disse pasientene har kognitiv svikt som påvirker evnen til å kunne lese og forstå ting. For helsearbeidere som jobber mest med denne pasientgruppen kan spørsmålet om internetttilgang til en pasientjournal virke lite relevant. Pasientgrupper som mest sannsynligvis kan lese og forstå en pasientjournal, og som har mulighet til å forbedre sin egen helsetilstand, er de som blant annet får tilbud om tidlig innsats, hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Disse pasientene får hjelp fra tverrfaglige team med sykepleier eller vernepleier, helsefagarbeider, fysioterapeut og/eller ergoterapeut. For å få et godt innblikk i ledernes ledelsesstrategier innen hjemmetjeneste er derfor ledere selektert som leder de enhetene som er involvert i dette arbeidet. Trondheim kommune har tretten enheter som leverer hjemmetjenester og i tillegg en enhet for fysioterapitjenester og en enhet for ergoterapitjenester. For å finne ut mest mulig om ledelsesstrategier bør jeg velge respondenter fra flere enheter. Det er sannsynlig at enhetene har forskjellige måter å håndtere arbeidsoppgaver og problemstillinger på og i tillegg forskjellige kulturer. Mens fenomenologiske studier kan være meningsfullt med færre enn ti intervju, var ti intervju utgangspunktet for dette prosjektet. Innen de ti kan eventuelle kulturforskjeller gjøre at dataene blir rikere. Å velge ti intervjuer i forkant og ikke følge prinsippet for å jobbe til metningspunktet er nådd har også en praktisk grunn. Pragmatiske hensyn kan man heller ikke unngå i forskning og alle former for forskningsaktivitet preges blant annet av begrensede ressurser (Tjora, 2017, s.36). Det er lettere å planlegge datainnsamlingen når det er valgt ut et fast antall i forkant. Dette passer bedre siden perioden jeg kan bruke for arbeidet med masteroppgaven er begrenset.

For å få en så bred mulig datainnsamling planla jeg intervjuer med: fire enhetsledere for hjemmetjenesteenheter, fire avdelingsledere for hjemmetjenesteenheter, enhetsleder eller avdelingsleder fra fysioterapitjenesten, enhetsleder eller avdelingsleder fra ergoterapitjenesten. Utover utvalgsriterier som er nevnt ble intervjuobjektene valgt ut tilfeldig, men aldri mer enn en person fra en enhet.

For å velge ut de ti lederne ble navn, funksjon og navn på enhet på alle ledere i enhet for fysioterapitjenesten, enhet for ergoterapitjenesten og enheter for hjemmetjeneste notert på et regneark og fordelt over fire faner. Alle ledere for fysioterapitjenesten på en fane, alle ledere for ergoterapitjenesten på en fane, alle enhetsledere for hjemmetjeneste på en fane og alle avdelingsledere for hjemmetjenesten på en fane. Alle ledere fikk et, for gjeldende fane, unikt tall. Ved bruk av en random tallgenerator ble det selektert en leder fra fysioterapienheten, en leder fra ergoterapienheten og åtte ledere fra hjemmetjenesteenheter. For å unngå at det ble med enhetsledere og avdelingsledere fra samme hjemmetjenesteenheter, ble det først generert fire random tall for enhetsledere. Avdelingsledere fra de enhetene hvor allerede en enhetsleder er selektert er diskvalifisert for utvalg før de fire randomtallene for avdelingsledere ble generert. Dermed inneholdt utvalget til slutt ti ledere fra ti forskjellige enheter.

## 3.2 Intervjuguide og intervju spørsmål

Det er fem faser som en forsker kan følge for å lage en intervjuguide for semistrukturerte intervju. Først skal forskeren identifisere hvorfor semistrukturert intervju er riktig metode for problemstillingen. Så skal forskeren finne kunnskap for å skjønne temaet som skal forskes på (Kallio *et al.*, 2016). Bruk av litteratur i kvalitative studier er både nyttig i starten av forskningsprosjekter for å få et innblikk i ståstedet av nåværende kunnskap, men også som en linse for å se på fenomenet under studien (Korstjens & Moser, 2017). «Intervjuerens spørsmål bør være korte og enkle» og «intervjuforskeren er sitt eget forskningredskap» (Kvale & Brinkman, 2018, s. 165). Intervjueren må derfor ha god kunnskap om forskningstemaet, være interessert og lyttende og «oppmerksom på de menneskelige faktorer under intervjuet». Taushet kan også brukes som verktøy under intervjuet (Kvale & Brinkman, s.167).

I tredje fase i arbeidet med å lage en intervjuguide skal forskeren formulere et første utkast av intervjuguiden og den skal inneholde hovedtemaer og oppfølgingsspørsmål. Det bygges opp fra lette spørsmål om kjente saker til spørsmål med mer emosjonell ladning som går dypere inn i tematikken. Fase fire består av å teste ut intervjuguiden for å finne ut om den er relevant og dekkende eller om det er nødvendig å omformulere eller endre noe. Femte og siste fasen er å presentere guiden til andre for å sjekke om den er komplett, klar og logisk (Kallio *et al.*, 2016).

For å lage min intervjuguide har jeg først funnet mer kunnskap om temaet for å skjønne temaet. Intervju spørsmålene ble delt inn i generelle spørsmål for å innlede temaet og for å få samtalen i gang, spørsmål om strategier for implementering og operasjonalisering, spørsmål som omhandlet innbyggernes tilgang til egen journal, og til slutt spørsmål om motstand. De siste to temaene ble innledet med en kort beskrivelse om hva temaet innebærer for å sette lederne på sporet til temaet og starte med en felles inngang for besvarelse av spørsmålene. Etter å ha laget et første utkast av intervjuguiden, har jeg testet den ut på en person som ikke er involvert i undersøkelsen for å forsikre meg om

at den er komplett, logisk og klar. Jeg gjennomførte et prøveintervju med en direkte kollega som nylig selv hadde vært enhetsleder i hjemmetjenesten, og jeg tilpasset intervjuguiden litt etter dette prøveintervjuet. Intervjuguiden er å finne som vedlegg 1.

### 3.3 Forskerens rolle, tilhørighet og identitet

En kvalitativ forsker har gjennom interaksjon i en sosial prosess innflytelse på forskningen, prosessen og funnene. Som kvalitativ forsker trenger forskeren både empati og avstand og det er alltid en maktubalanse mellom intervjuer og respondent (Moser & Korstjens, 2018). Identiteten respondentene tilskriver en intervjuer kan spille en rolle i hvordan dataene blir formet i datainnsamlingen. Med en intervjuer som blir sett på som "ren forsker" kan fokuset bli mer snevert og det oppstår mindre diskusjon og avsporing. Når en intervjuer blir sett på som en likemann kan respondenten være mer personlig og vise sårbarhet. Dette kan gi rikere data. Risikoen med å bli sett på som likemann er at det kan oppstå «konseptuell blindhet» hvor egne følelser og mening fra intervjueren blir en del av datainnsamlingen (Chew-Graham *et al.*, 2002).

Refleksivitet er en metode som kan bevisstgjøre en forsker på sin egen rolle i et forskningsprosjekt. Det er en form for egenvurdering hvor den som forsker ser på seg selv og erkjenner og tar ansvar for den plassen den selv inntar i forskningen og hvilken effekt det kan ha på tilgang til feltet, relasjonen mellom forskeren og respondenten, måten forskeren ser på verden, hvilke spørsmål den stiller og hvordan den filtrerer dataene (Berger, 2015). Forskerens kropp er heller ikke uten konsekvens for resultatene fra datainnsamlingen. Omtrent 90 % av innholdet i kommunikasjon er ikke-verbal og når det ikke er samsvar mellom verbal og ikke-verbal kommunikasjon pleier folk å stole på den ikke-verbale kommunikasjonen (Kvale & Brinkman, 2018, s.126). Erfaringer som forskeren og respondentene deler og som den kjenner på kroppen, har innflytelse på dataene forskeren samler inn (Harris, 2015). Både under intervjuet og i analysefasen bør forskeren være oppmerksom på det kroppen forteller fordi det ligger viktig informasjon fra intervjuet i dette (Kvale & Brinkman, 2018, s.127).

Når forskeren forsker i situasjoner som forskeren er kjent med kan det gi dypere forståelse av det deltakerne i forskningen forteller om. Faren ligger i å tolke situasjonen ut ifra eget ståsted istedenfor det som deltakerne forteller. Det kan også være at deltagerne ikke forteller alt fordi de antar at du allerede vet det (Corbin Dwyer & Buckle, 2009; Tjora, 2017, s.235-238). En forsker er kanskje alltid "en plass i mellom", både på innside og på utside. Å være del av gruppen forskeren forsker på, betyr ikke at forskeren er lik gruppen. Når forskeren ikke er del av gruppen forskeren forsker på er forskeren heller ikke helt ulik (Corbin Dwyer & Buckle, 2018).

#### 3.3.1 Refleksjon om min egen rolle, tilhørighet og identitet

Jeg jobber i Trondheim kommune, organisasjonen jeg forsker på. Som rådgiver i staben til helse- og velferdsdirektøren har jeg hatt en rolle i blant annet ledelsesutvikling og kommunedirektørens styring av kommunen. I tillegg har jeg hatt midlertidige roller som kommunalsjef. I januar 2021, etter at datainnsamlingsperioden var avsluttet, ble jeg kommunalsjef for helse. Jeg ble kjent med at jeg fikk denne jobben en arbeidsdag før de siste to intervjuene. I denne rollen er jeg leder for de enhetene som leverer tjenester til pasienter hjemme. På grunn av min rolle i organisasjonen kjenner jeg alle enhetsledere



og avdelingsledere som jobber innenfor de enhetene som er del av utvalget til dette prosjektet.

For respondentene kan det oppleves at jeg har en uformell maktposisjon og dette kan ha innflytelse når jeg forsker på egen organisasjon. Dette kan både ha fordeler og ulemper. En fordel er at jeg har lett tilgang til respondenter. Jeg kjenner til arbeidet som utføres og kan lett stille oppfølgingsspørsmål og skape en uformell atmosfære som kan gi rikere data. En ulempe er at respondentene kan synes det er vanskelig å gi ærlige svar om holdninger og forventninger hvis de tror at svarene ikke er samsvarende med kommunens politikk. Det motsatte kan også skje. Jeg opplever med jevne mellomrom at medarbeidere har et budskap de ønsker å gi meg med en forventning om at jeg kan løse en problemstilling de sitter med eller bringe budskapet videre. Dette kan påvirke datafangsten. Å snakke i et intervju om ting som jeg allerede kjenner til eller kjenner på selv er også en risiko. Da kan det oppstå det som kalles konseptuell blindhet. Som forsker på egen organisasjon må jeg derfor innta en posisjon som er i mellom å være på innsiden og på utsiden.

Min egen holdning om internettilgang til pasientjournal for innbyggere er også et punkt som jeg må ha fokus på mens jeg utfører intervjuene og analyserer data. Min holdning er at det skal være mest mulig tilgang til pasientjournal for innbyggere for å sette dem i stand til å ta regi over egen helse. Disse følelsene må jeg sette til side og jeg må ha en åpen og lyttende holdninger til alle respondenter for å få rike data.

Jeg må bruke de fordelene jeg har pga. min rolle, tilhørighet og identitet, men allikevel ha fokus på å ikke bli dratt inn så mye som "innsider" at jeg blir blind for den fulle bredden av fenomenet jeg forsker på.

### 3.4 Intervjuene: rekruttering og gjennomføring

Jeg sendte ut forespørsel om deltakelse i intervju til fire enhetsledere og fire avdelingsledere på hjemmetjenesteenheter, til en leder på enhet for ergoterapi og en leder på enhet for fysioterapi. Seks av de ti lederne som fikk forespørsel om deltakelse i første runde sa ja til å delta på intervjuet. Tre av de fire lederne som fikk forespørsel om deltakelse i andre runde sa ja til å delta på intervjuet. For å få tak i de siste to lederne måtte jeg gå to runder til med forespørslar. Tabell 3.1 viser denne prosessen inklusiv de bokstavene respondentene fikk som kode i intervjuet. Teksten for e-posten med forespørsel og e-postene lederne fikk fra meg etter positiv og negativ respons fra dem, er lagt til i intervjuguiden i vedlegg 1.

Gjennom utvelgelsesprosessen var det en avdelingsleder som ikke reagerte på forespørsel eller purring. Derfor bestemte jeg etter noen uker å oppfatte dette som en nei på forespørselen og gikk derfor videre med å forespørre en ny leder. Lederen som ikke reagerte meldte seg allikevel etter at jeg allerede hadde planlagt siste intervjuet. Det viste seg at denne lederen hadde hatt permisjon, men var veldig motivert for å delta på intervju. Jeg bestemte da allikevel å gjennomføre det ellefte intervjuet siden det ikke hadde negative konsekvenser for prosjektet. Jeg bestemte i første instans å legge materialet fra det ellefte intervju til side. Denne lederen er fremstilt som Leder K i gul i tabell 3.1.

1. runde	2. runde	3. runde	4. runde
Leder 1 JA (A)			
Leder 2 JA (B)			
Leder 3 JA (C)			
Leder 4 JA (D)			
Leder 5 JA (E)			
Leder 6 JA (F)			
Leder 7 <u>NEI</u>	Leder 11 JA (G)		
Leder 8 <u>NEI</u>	Leder 12 JA (H)		
Leder 9 <u>NEI</u>	Leder 13 <u>NEI</u>	Leder 15 <u>NEI</u>	Leder 17 JA (I)
Leder 10 JA (K)	Leder 14 <u>NEI</u>	Leder 16 <u>NEI</u>	Leder 18 JA (J)

**Tabell 3.1: Viser prosessen som ledet til de elleve respondentene, inklusive koden de fikk**

Til tross for at målsetningen for antall intervju var ti ble det, som beskrevet i underkapittel 3.1.2, avholdt totalt elleve intervjuer med fire enhetsledere og sju avdelingsledere mellom 22.10.2020 og 24.11.2020. På grunn av koronapandemien og fordi en del av lederne på grunn av situasjonen jobbet hjemme noen dager i uka, ble to av intervjuene avholdt digitalt. Resten av intervjuene ble avholdt på møterom sentralt i byen eller på de enhetene hvor lederne jobber. Dette avhengig av preferansen til de som ble intervjuet. Det ble planlagt en time intervju med hver leder. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuene. Lengden på selve intervjuene var mellom 31 og 52 minutter. Det var bare jeg som intervjuer og respondenten som var til stede på intervjuet.

Jeg startet hvert intervju med en muntlig introduksjon som er lagt til i intervjuguiden (vedlegg 1). Jeg fortalte blant annet om at intervjuet ble tatt opp, og at lydopptaket skulle slettes så snart intervjuet var transkribert. I tillegg spurte jeg deltakerne om de hadde noen spørsmål og om jeg kunne få det signerte samtykkeskjemaet. Jeg startet hvert intervju med å si at "nå slår jeg på lydopptaket" og etter det nevnte jeg dato og koden for den som ble intervjuet (bokstavene A til K, i kronologisk rekkefølge). Særlig i starten av intervjuet fulgte jeg intervjuguiden og stilte oppfølgingsspørsmål for å få intervjuet i gang. Senere i intervjuet droppet jeg de spørsmålene om de temaene som lederen allerede hadde tatt opp. Jeg stilte oppfølgingsspørsmål når det ble sagt interessante ting som kunne utdypes og når svarene fra lederen ble litt korte.

### 3.5 Analyse: fra rådata til konsepter

For å sørge for at forskningsprosessen ble gjennomført så strukturert, komplett, oversiktlig og etterprøvbart som mulig brukte jeg stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) fra Tjora (2017). I SDI-metode for dataanalyse jobbes det steg for steg gjennom datamaterialet for å komme fra generering av rådata til konsepter og teorier. I tillegg blir det utført en test etter hvert nye steg for å teste om forskeren fremdeles er på riktig vei. Prinsippet er at vi prøver å behandle datainnsamlingen så lenge som mulig som uavhengig uten å koble det til eksisterende teori for så senere å utvikle konsepter ut ifra dataene som vi har funnet, i tillegg til at det etter hvert steg skjer en tilbakekobling til det forrige steget i metoden for å sjekke om ting fremdeles henger sammen. Metoden

har sju steg, som er: (1) generering av empiriske data, (2) bearbeiding av rådata, (3) koding, (4) gruppering av koder, (5) utvikling av konsepter, (6) diskusjon av konsepter, og (7) teori. Etter de første to stegene som er generering av empiriske data og bearbeiding av rådata blir det testet om riktige inkluderingskriterier for deltakere er valgt, om casen er rett, om det er riktig størrelse på utvalget, om rådataene som er generert er relevant for spørsmålet vi stiller og om detaljnivået er godt nok. Alle de andre stegene har også en test som for eksempel om kodene fremdeles henger sammen med dataene og om gruppering av kodene fremdeles henger sammen med kodene (Tjora, 2017, s.17-21).

Den måten jeg har utført steg 1 til 4 fra metoden er beskrevet gjennom dette kapittelet. Resultatene av steg 5: utvikling av konsepter er beskrevet i kapittel 4. Diskusjon av konsepter og kobling til teori er beskrevet i kapittel 5. Jeg har ikke generert teorier ut ifra de konseptene jeg har valgt, men har testet konseptene på basis av relevant teori.

### 3.5.1 Bearbeiding av rådata

Siden jeg har valgt å bruke SDI så mye som det lot seg gjøre, ble lydopptakene av intervjuene fullstendig transkribert. Transkriberingen ble gjort på bokmål, dialektord ble oversatt til ord på bokmål og jeg tok ut fyllord som er dialektavhengig (eks: "herre her" eller "derre her" blir "dette"). Jeg valgte å holde et høyt detaljnivå, så jeg tok også med bekreftende svar fra min side, men jeg tok ikke med andre uttrykksmåter som f.eks. latter. Dette gjorde at jeg kunne holde alt fokus på transkriberingen og hva som ble sagt uten å begynne med analyse eller tolkning av det som ble sagt, jeg kan derfor muligens miste noen nyanser siden jeg selv var den som intervjuet og transkribert. Kvaliteten på lyden på ett av intervjuene var ikke bra nok for å høre alt som ble sagt i intervjuet, og det ble derfor mange hull i transkriberingen. Jeg bestemte derfor å bruke materialet fra det ellefte intervjuet som jeg hadde lagt til side istedenfor materialet fra intervjuet som hadde så mange hull i teksten. Jeg har ikke lagt frem transkripsjonene til de lederne som er intervjuet til gjennomlesning.

Intervjuene har fått bokstavene A til K, intervju D er intervjuet som ikke ble med videre i analysen. Jeg satt igjen med ti transkriberte tekster på mellom 4221 og 6841 ord inklusive mine egne ord. Etter transkriberingen overførte jeg tekstene til programmet NVivo som er et CAQDAS-program: Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software. Programmet er et hjelpemiddel for å organisere og analysere kvalitative data.

### 3.5.2 Koding og gruppering av data

For kodingen, som er første steget i analysen av data, brukte jeg *induktiv empirinær koding* (Tjora, 2017, side 197-203). Siden kodingen er ment å skulle ekstrahere essensen og redusere mengde materiale, og i tillegg legge til rette for å kunne generere ideer fra empirien, er det viktig å minske muligheter for påvirkning fra forskerens egne tanker eller forventninger i analysens første fase (Tjora, 2017, side 197). Dette er å holde kodingen empirinær. At kodingen er induktiv betyr at det fremdeles er data som er ledende og at det ikke blir satt opp mot det teoretiske ennå (Tjora, 2017, side 18). Jeg startet med første del av det første intervjuet og selekterte setninger eller deler av setninger som sto for seg selv med en egen betydning i teksten. Disse (deler av) setninger fikk en kode som var laget av ord eller deler av disse tekstbiter: «Kodene kan dermed isolert sett fortelle akkurat hva informanten sier i det lille utdraget» (Tjora,

2017, side 201). Så gjorde jeg det samme med den første delen av de andre ni intervjuene. Der hvor det var helt opplagt, fikk biter av teksten samme kode. Der hvor det ikke var helt opplagt laget jeg nye koder for å beholde essensen mest mulig. Etter dette jobbet jeg videre med den andre delen av teksten fra alle intervjuene og fulgte samme prosedyre. Siden jeg både selv har vært med på intervjuene og har transkribert intervjuene var det lett å sette teksten inn i konteksten mens jeg kodet teksten.

Etter denne første runden av induktiv empirinær koding hadde jeg 397 koder. Nesten all tekst hadde fått koder. For å gjøre arbeidet med gruppering av koder enklere delte jeg kodene først inn i fem hovedgrupper og to undergrupper under en av hovedgruppene. Så gikk jeg en ny runde, runde to, gjennom alle tekstbiter og de sammenhengende koder for å rydde i, endre og organisere/gruppere kodene. Jeg beholdt fremdeles bredden i kodene og endret bare der hvor jeg så at jeg i første runde hadde oversett sammenhengende tekstbiter eller kunne ha valgt en bedre kode. Jeg organiserte kodene fordi man gjennom å gruppere kodene tematisk kan starte å lage en struktur for videre analyse (Tjora, 2017, side 207).

I runde tre har jeg slått sammen koder og gruppert koder mer detaljert og utelatt en del koder som sto veldig for seg selv eller virket irrelevant i sammenhengen med de andre kodene. I noen tilfeller hvor det var mulig å slå sammen koder har jeg gjort det og har gitt den nye gruppe med tekstbiter en ny overordnet kode. I andre tilfeller ble kodene mer gruppert sammen under et sammenhengende tema, og da beholdt jeg den koden og ga gruppen et navn. Etter denne runden var det 199 koder igjen, hovedgruppene og undergruppene var de samme som etter runde to.

Den fjerde runden besto av å finne hovedlinjene i gruppene og kodene. Jeg fant 59 hovedlinjer og fordelte dem til slutt over seks hovedgrupper. I den siste runden har jeg tatt SDIs steg konseptutvikling hvor jeg har «hevet blikket fra kategoriene og etablert en mer teoretisk inspirert og generell forståelse» av det jeg har funnet i studien. Resultatet fra denne runden er beskrevet i neste kapittel.

## 3.6 Rapportering

For å rapportere eksplisitt og utfyllende om forskningen jeg har gjort, svarer jeg i denne masteroppgaven på alle for en masteroppgave relevante temaer som er nevnt i rapporteringssjekklisten COREQ. Dette er en sjekkliste som inneholder 32 elementer som kan hjelpe forskere å ta med alle viktige aspekter om forskningen i en forskningsrapport. Disse elementene handler om personlige karakteristikk til de som er involvert i prosjektet, relasjon av disse med de som deltok i forskningen, teoretisk rammeverk, situasjonen og metoden for datainnsamlingen, hvordan data er analysert, krav til tolkninger og sammenheng i rapporten (Tong, Sainsbury & Craig, 2007).

## 3.7 Godkjenning NSD

For prosjektet er det søkt godkjenning hos Norsk Senter for forskningsdata (NSD). Sammen med søknaden ble informasjonsskrivet, intervjuguiden og samtykkeskjemaet vurdert av NSD. Disse dokumentene er vedlagt (vedlegg 2, vedlegg 1, vedlegg 2). Prosjektet ble godkjent av NSD 12.10.2020 (vedlegg 3).

## 4. Resultater

I kapittel 3 ble de empiriske elementene som er valgt for denne studien beskrevet. I dette kapitlet beskriver jeg resultatene fra dataanalysen. Som beskrevet i kapittel 3 fant jeg seks hovedgrupper i datasettet. De seks hovedgruppe som er relevant for besvarelsen av problemstillingen er:

1. forventninger om og mål for HP
2. forventninger om pasientportalen
3. avhengigheter til andre i endringsprosessen
4. oppfatning om endringen organisasjonen må gjennom
5. lederne egen rolle i endringsprosessen
6. motstand og tiltak ved motstand

Delkapittel 4.1 til 4.6 er viet til disse seks hovedtemaene. I delkapittel 4.7 settes disse hovedtemaene i en kontekst. I delkapittel 4.8 sammenlignes målene lederne nevner med effektmålene som er satt for HP.

### 4.1 Forventninger om og mål for Helseplattformen

Målene lederne nevner for HP henger tett sammen med selve dokumentasjonen i pasientjournalen. Det er fokus på de fordelene som man kan få av et mer moderne system og med å gå fra flere systemer til ett system hvor man jobber sammen med andre rundt pasienten.

Ledernes to mest uttalte mål for HP er bedre informasjonsutveksling og samhandling mellom helseaktørene rundt pasienten i primær- og spesialisthelsetjenesten (ni ledere) og forenkling og effektivisering av arbeidet og en lettere og bedre hverdag for medarbeidere (ni ledere).

En bedre samhandling mellom kommune og første og andrelinjetjeneste, sykehus, kommune, fastlege, legevakt. I og med at vi vil få et felles system så vi kan se hva de andre skriver og dokumenterer. At det blir et godt verktøy for helsepersonell (intervju E).

Og så er det det med forenkling. Ta bort noen tidstyver som vi har i dag det gjør det jo enklere det å skrive en journal en gang istedenfor å skrive kopier og sende frem og tilbake gjør det jo mye enklere (Intervju A).

Det som henger sammen med disse to målene er bedre og mer standardisert dokumentasjon, og (kvalitets)sikkerhet for pasienten som også ofte blir nevnt (fem ledere). Da handler det om mer lik kvalitet i dokumentasjonen, å sikre seg mot feil i overføringen av informasjonen og å sørge for at pasienten får de tjenestene og den fagligheten han trenger.

En sikkerhetsfølelse at vi blir tryggere på at den dataen vi får er riktig som igjen fører til trygghet for brukere (Intervju J).

Lederne forventer at systemet vil gi en helt annen oversikt over pasienten hvor det er mulig å få et helhetlig bilde av pasienten og de tjenestene den får (fire ledere). De forventer i tillegg at HP vil forenkle og effektivisere arbeidet for medarbeidere og at det vil gi dem en lettere og bedre hverdag (to ledere).

Og så er det mål knyttet til det med effektivisering og så det å slippe å bruke tid på å lete opp og søke etter informasjon som er viktig for å kunne gjort jobben sin for eksempel (intervju H).

For sin egen hverdag forventer lederne at HP vil gi dem trygghet og vil gjøre det enklere å finne ut hvordan det står til med arbeidet på enheten og hva de må fokusere på (fire ledere). Det vil gi dem statistikk og oversikt over tall til planlegging av tjenestene og sammenligning med andre (to ledere).

For min hverdag så tror jeg og håper jeg at, vi har jo fått et lite innblikk i hvordan det kan se ut eller vil se ut, så jeg håper det er lettere å finne ut av det jeg skal følge opp da (intervju J).

## 4.2 Forventninger om pasientportalen

Tilgang for pasienter til pasientportalen er et tema som det ifølge lederne er snakket eller informert lite om på enhetene. Temaet pasientens tilgang til egen EPJ er nevnt av ni av ti ledere i intervjuet. Fire av de ti lederne nevnte dette helt i starten av intervjuet når de ble spurt om kommunen sine mål og resultater og ledernes egne mål og resultater. Totalt ni av ti ledere nevner det før jeg tok opp temaet eksplisitt i intervjuet.

Lederne forventer at det vil være forskjeller i graden av bruk av mulighetene for innbyggernes direkte internettilgang til pasientjournalen. Mens de tror at både yngre og kognitiv friske folk vil bruke muligheten som tilgangen til egen pasientjournal som HP vil tilby gir, forventer de at eldre i mindre grad vil bruke det. Siden de ser at stadig mer i samfunnet blir digitalisert tror de at også eldre i fremtiden vil bruke muligheten i større grad. De er usikre på om pasienter med rus- og psykiske problemer vil komme til å bruke muligheten.

Men jeg tror i hvert fall i hovedsak fra 70 og opp så tror jeg ikke akkurat at det blir noe sånn voldsomt rush, det tror ikke jeg. Men det kommer etter hvert, kommer etter hvert (Intervju C).

Det vil sannsynligvis skje endringer i relasjonen mellom helsepersonell og pasient. Lederne ser for seg at pasienter vil kommunisere og samhandle med helsepersonell gjennom HP på en annen måte (sju ledere) og at HP gir pasienten mulighet til å lese journalen, booke timer, melde seg på tilbud og få tilgang til blant annet oppsatte avtaler, prøver og medisinliste. At pasientene får tilgang til egen EPJ kan gi mulige negative virkninger for medarbeidere, som høyere krav fra pasient eller pårørende, flere konflikter og klager (sju ledere).

Men som sagt det er sikkert den prosenten som er litt over snittet interessert i sin egen journal og som kan påpeke at hør her det som står her det stemmer ikke og sånn. Det vil det helt sikkert være sånne, jeg skal ikke si ordet: kverulant, men det kan være, hvis du skjønner meg, denne brukeren som faktisk ønsker å sparre med oss på en annen måte (intervju B).

Tre ledere har en forventning om at pasientportalen vil endre noe i antall spørsmål enhetene får fra sine pasienter, men det kan både redusere antall spørsmål eller øke dem.

Lederne er av den oppfatningen at noen informasjon fra pasientjournalen vil være til ulempe for pasienten og mener også at deler av informasjonen ikke bør deles med pasienten. Flere ledere nevner at de har spørsmål om hvordan pårørendes rolle vil være ift. pasientportalen.

### 4.3 Avhengighet til andre i endringsprosessen

I de historiene lederne forteller viser de til en avhengighet de har til andre i organisasjonen, men de uttaler også forventninger til andre. Ni av ti ledere uttaler avhengighet til det som gjøres på sentralt nivå. Det er fra sentralt nivå de får levert opplæringsplaner for sine medarbeidere og uttaler at gjennomføring av disse opplæringsplanene om temaer som henger sammen med HP er en av de viktige aktivitetene i innføringen.

Og vi har fått de opplæringsplanene som kom nå. Det synes jeg er kjempebra at de kom (Intervju G).

Høsten 2020 var det pålagt fra sentralt nivå at alle enhetene skulle ha en fagdag som var dedikert til temaer relatert til innføringen av HP. Innføringsprosjektet skulle bidra på den dagen. Seks av ti forteller at de ikke har avholdt fagdager med sine medarbeidere om temaer som er relatert til HP siden sentralt nivå avlyste deres bidrag til fagdagene på enhetene pga. koronapandemien. Lederne forventer at det sentrale innføringsprosjektet tar en ledende rolle på slike fagdager. Tre har allikevel delt noe om HP på fagdagene sine på sin egen måte.

Det som har vært litt synd er at hele høstens fagdager til oss med alle faste ansatte eller med en stillingsandel da, skulle vi ha egne fagdager som var tilført Helseplattformen. Så jeg tror dessverre at man mister veldig mye muligheter på å påvirke ansatte og den biten med at den utgikk (Intervju K).

Vi har jo planlagt fagdager, ja vi kan legge til rette for at Helseplattformen kan ta del i det (Intervju A).

De bruker i tillegg informasjon som kommer fra sentralt nivå og videreformidler denne informasjonen til sine medarbeidere. Åtte av ti forventer også at innføringsprosjektet på sentralt nivå bidrar til enheten med informasjon, kommunikasjon og opplæring før og gjennom innføringsperioden.

Jeg regner med at etter hvert nå med superbrukere at det blir mer kursing og de blir satt i et mer system (Intervju G).

Men jeg opplever jo at hele implementeringen er satt i et sånn type system for vi sitter jo litt å venter på beskjeder og utfører når vi får beskjed. Så det er jo et godt system sånn sett, synes jeg (Intervju E).

I tillegg forventer tre ledere at sentralt nivå bidrar i endringen med kompetanse, planer, penger, tydelighet om roller, krav til medarbeidere og enheten.

Jeg vet at det har vært snakk om at vi i ledergruppen skulle få litt påfyll i kunnskap om endringsledelse. Jeg vet ikke om det kom noe mer om det, men det hadde vært veldig interessant å få litt påfyll om det (Intervju F).

Ledere uttaler tydelig en sentral rolle for det sentrale nivået i organisasjonen i innføringen av HP. De forventer både styring og støtte i form av material som kan brukes i prosessen. De ser en rolle for seg selv som utfører av oppgavene som er planlagt og initiert fra sentralt nivå.

## 4.4 Oppfatninger om endringen organisasjonen må gjennom

Det som er påfallende i datamaterialet er at lederne uttaler en usikkerhet om hva HP er og hva det kan gjøre. De opplever at de vet lite om HP, de vet ikke hvordan det ser ut og klarer derfor ikke å forme et tydelig bilde av hva som kommer.

Det blir jo litt som jeg sier at vi vet så lite om programmet at vi klarer ikke å ta det innover oss på noen god måte. Det er bare en sånn sky som vi ikke vet hva inneholder (intervju A).

Dette opplever de som en begrensning for å kunne gjøre aktiviteter som forbereder endringen. Det er åtte ledere som sier om medarbeidernes holdning mot HP at de opplever at medarbeidere ikke har et særlig aktivt forhold til HP siden innføringen er så langt frem i tid. Allikevel tror de at medarbeidere i hovedsak har en positiv holdning mot HP og at de ser fordeler. Noen av medarbeiderne er ikke like positive.

Ja, akkurat nå så tror jeg at de fleste egentlig bare sitter på gjerdet og venter og se hva som kommer ut av dette arbeidet (Intervju H).

Lederne har blant annet ikke bevisst gjort endringer i de oppgaver de har som leder pga. innføringen av HP ennå. Det er åtte ledere som nevner at det er for tidlig i prosessen for å kunne sette av tid, planlegge innføringen, snakke om HP eller gjøre andre aktiviteter som har med endringen å gjøre. Alle ti lederne snakker om tidsaspekt eller timing: det er for tidlig i prosessen, ting må utkrystalliseres først før de kan sette i gang videre aktiviteter for gjennomføringen av endringen.

Men per i dag så har vi ikke noe avsatt tid. Og jeg vet ikke riktig hva vi skulle ha fylt den tiden med heller per nå (Intervju E).

Det er ikke noe vi har snakket om enda nei. Som sagt jeg synes det er fryktelig vanskelig, det er noe vi kjenner på både jeg og avdelingsleder med at vi vet vi føler at vi vet for lite om det for å kunne planlegge så mye med det da (Intervju G).

Lederne har lite aktivt fokus på at endringen inneholder mer enn praktiske eller tekniske endringer. Når de snakker om endringen som organisasjonen må gjennom er fokuset at de på enhetene sine trenger å jobbe med å få mer bevissthet og nøyaktighet rundt dokumentasjon (åtte ledere). Dette henger sammen med at journalen blir mer tilgjengelig for kollegaer, andre helseaktører og pasienten selv.

Så kommer det tilbake at vi er nødt til å være flink til å dokumentere på en korrekt måte, ordlegge oss på en sånn måte. Vi skal jo gjøre det per i dag og, men det er kanskje



enklerer å ikke tenke over det i dag når man ikke kan bli tatt på det sånn daglig (Intervju I).

For å kunne ta i bruk HP vil medarbeidere trenge opplæring i større eller mindre grad. Lederne har tydelig forskjellige oppfatninger om hvor mye dette vil kreve av deres medarbeidere. Mens noen tror at dette er uproblematisk tenker andre at dette vil kreve store ressurser fra alle sammen. Så er det også en erkjennelse av at det vil være forskjeller fra medarbeider til medarbeider om hvor lett de vil ta det.

Fem av lederne har bekymringer om at selve utformingen og teknologien kanskje ikke vil være egnet for bruk i deres tjeneste og at det dermed vil være en belastning på organisasjonen. Dette handler om at systemet kanskje ikke er tilpasset hjemmetjenesten, er for avansert, at de har for lite påvirkning på selve systemet, at det er for lite ferdig i starten slik at det blir et mer tungvint system enn de har nå, eller at data fra det gamle system ikke blir migrert.

For å være helt ærlig så er jeg litt skeptisk ut ifra det jeg har hørt og hvordan det blir når vi på en måte skal ta i bruk. At det ikke er noe som er helt ferdig. At det er noe som på en måte skal utvikles videre så at vi kan ta det i bruk. At det kanskje i starten blir litt mer tungvint (Intervju G).

Også når lederne snakker om temaet motstand er det særlig fokus (ni ledere) på at et nytt system kan oppleves som utrygt, skummelt og kan gi en del frustrasjoner og kaos i tillegg til at de erkjenner at medarbeidere har forskjellig kompetanse på data og journalføring som kan bety at det ikke er like lett for alle å lære seg nye arbeidsmåter (fem ledere).

Det noen indikasjoner på at lederne ser at HP vil endre noe i tjenesteutøvelsen. Halvparten av lederne tror at HP vil endre den måten de utøver tjenestene på, mens det ikke er tydelig eller entydig hva endringen vil handle om. Tre ledere antyder at innføringen av HP og endringene enheten må gjennom vil ta tid.

På kort sikt så tror jeg det vil være en stor overgang, for det første da. Det er mye å sette seg inn i også den implementeringsfasen tror jeg vil være en stund (Intervju J).

Når vi startet med Helseplattformen så pang så fungerer alt det her, det tror jeg ikke. Jeg tror det er en lang og tung vei å gå. Men jeg håper at målet langt frem der er sånn at vi ser at dette skal bli veldig bra til slutt (Intervju I).

Det kom også frem en del tanker om at det vil kreve noe av pasientene for å kunne ta i bruk pasientportalen. Tre av lederne sier noe om at det kan være at helsepersonellet har en rolle i å bistå pasienter i bruk av HP.

Det er lite i datamaterialet som antyder at lederne ser på innføringen av HP som noe mer enn selve innføringen og tilvenningen til systemet som kan takles gjennom god informasjon, trygge medarbeidere og opplæring. Fokuset er på å vite hvordan systemet ser ut før det er mulig å gjøre mer med endringen. Det er lite fokus på eventuelle endringer organisasjonen må gjennom for å oppnå målene som er satt med HP.

## 4.5 Ledernes egen rolle i endringsprosessen

Tidligere i dette kapitlet har vi sett at lederne synes at opplæringsplanene som de kan dele med sine medarbeidere har en stor betydning for innføringen. De nevner også fagdage som en viktig plass å treffe medarbeidere rundt temaet HP. De ser seg selv som utførere av det som blir tilrettelagt for fra sentralt nivå.

Lederne nevner forskjellige aktiviteter de selv allerede har initiert som stort sett henger sammen med å bli bedre på digitale verktøy og journalføring generelt. Lederne forteller videre at de allerede har lagt til rette for at noen medarbeidere er med i utformingen av HP, noe de opplever vil være nyttig for deres egen enhet. I tillegg har de spesifikke personer på enheten som har fokus på HP. Mer enn at de allerede har igangsatt aktiviteter eller tiltak har lederne planer og ideer om hva de skal eller må gjøre rundt innføringen av HP. I dette delkapitlet ser jeg litt nærmere på hvordan lederne har tenkt å lede enhetene sine gjennom endringen.

### 4.5.1. Oppfølging og støtte av medarbeidere

Lederne beskriver at det er avdelingsleders som på enhetene har oppgaven å ha oversikt over medarbeideres behov for støtte i innføringen. Det kommer frem at noen av avdelingslederne har allerede oversikt over hva medarbeiderne vil trenge av støtte ut fra den kunnskapen om og erfaringen de har med sine medarbeidere. Lederne planlegger både å følge opp medarbeidere individuelt og i grupper. Det er avdelingslederen som vil få oppgaven med å følge opp medarbeidere når de trenger ekstra støtte, tilpasse støtten til medarbeiders behov, motivere de for endringen eller organisere kobling av medarbeidere som kan hjelpe hverandre.

Nei, da må man jo kanskje være med dem ut, for eksempel, finne ut hvor skoen trykker, hva er det som knirker her, hva er det (Intervju F).

Nei, når man oppdager det, så tar man jo opp direkte med dem, så vi har jo prøvd å gi eksempler på hvorfor det er så dumt at de ikke bruker det verktøyet. Hvilke konsekvenser det kan få (intervju G).

### 4.5.2 Medarbeiderens medvirkning

Det planlegges at superbrukere vil brukes som verktøy for å støtte medarbeidere gjennom innføringen og ønsker gjennom faste strukturer å legge til rette for et godt samspill mellom lederteam og superbrukere.

De er på en måte gode ambassadører, og vi vet at de er god på data og vi vet at de er god på å lære bort ikke minst (Intervju B).

Lederne ønsker også å aktivisere medarbeidere for å få en god innføringsprosess på enheten. Fem av lederne sier noe om at de ønsker å involvere tillitsvalgte, arbeidsmiljøgruppen alle andre for å få innspill og medvirkning om organisering av støtte når innføringen kommer nærmere. De kan ha en rolle i å definere hva som trengs på enheten gjennom innføringen. En del av lederne planlegger å sette av tid eller bruke disponibel tid til noen medarbeidere for å bruke på HP før innføringen.

### 4.5.3 Kommunikasjon som viktigste verktøy

Det å dele informasjon med medarbeidere har stort fokus blant lederne. Ni av ti ledere forteller om den informasjonen de allerede har delt med medarbeidere og fire nevner at det er viktig å dele informasjon også i fremtiden for å redusere motstand. Innholdet i kommunikasjonen har blant annet vært generell informasjon, HP som kan endre hverdagen og pårørendesamarbeid. Tre av lederne har eksplisitt tatt opp muligheter og konsekvenser knyttet til pasientportalen. Informasjon blir delt skriftlig (tre ledere) eller muntlig (tre ledere), og det er to ledere som gjør begge deler. Informasjonen som er delt skriftlig er delt via SMS, e-post, plakater på arbeidsplassen, på interne digitale kommunikasjonsverktøy (Currents) og månedsbrev.

Det vi har gjort så langt er at vi videresender jo disse flyere som kommer på mail til de ansatte, og henger de opp, midt i gangen der, så henger vi opp dette (Intervju F).

Fire ledere nevner spesifikt at det er informasjon fra sentralt nivå de kommuniserer videre. Muntlig informasjon er hovedsakelig delt gjennom vanlige planlagte møter som informasjonsmøter, personalmøter eller fagdager.

Vi hadde noe om Helseplattformen nå senest på personalmøte. Der var jo også alle til stede, men det er mye sånn informasjon da (Intervju E).

Når lederne snakker om de aktiviteter de planlegger å gjøre fremover handler mye av oppfølgingen de selv har tenkt skal gjøres om at medarbeideres nærmeste leder skal følge opp medarbeidere individuelt. Her snakker de om å tilpasse oppfølgingen til de individuelle medarbeiderne, kommunisere med de som trenger det og tilpasse budskapet ut i fra ståstedet til medarbeideren.

Lederne har stort fokus på kommunikasjon med sine medarbeidere. Det er nærmeste leder som står for den største delen av kommunikasjonen. Kommunikasjonen består for en stor del av informasjonsdeling. De deler og planlegger både generell informasjon og mer spesifikk informasjon som er tilpasset den enkelte medarbeider. Særlig det siste er noe de planlegger å gjøre mens innføringen av HP foregår. De ser på informasjonsdeling som en kilde for å jobbe med motstand blant medarbeidere.

### 4.5.4 Sammenfatning av aktivitetene ledere bruker for å lede endringen

Fra resultatene beskrevet i delkapittel 4.5 og 4.6 kommer det frem at lederne i ledelse av endringen har fokus på mange elementer. I dette underkapittelet finnes en oppsummering av de hovedelementene i strategien som brukes for å lede endringen. Disse hovedelementer lederne jobber med er:

- å informere medarbeidere
  - å gi medarbeidere informasjon gjennom forskjellige kanaler
  - å tilpasse kommunikasjon og budskap til individuelle medarbeidere
- å bygge kompetanse
  - å sørge for at medarbeidere har kompetanse nok for å kunne jobbe med et digitalt verktøy
  - å sørge for at medarbeidere har kompetanse nok til god journalføring

- å få oversikt over ansattes behov for støtte i innføringen av HP
- å følge opp medarbeidere
  - nærmeste leder skal være den som følger opp medarbeidere
  - oppfølging av medarbeidere både individuelt og i grupper gjennom innføringen av HP
  - å tilby ekstra støtte og motivere medarbeidere for de medarbeidere som trenger det
- sammenkobling av medarbeidere for å hjelpe hverandre
- å gi særlig superbrukere gode rammer for å kunne utføre arbeidet som superbruker
- å bruke medvirkning for å bestemme behov for støtte og opplæring på enheten
- å planlegge for at medarbeidere kan frigjøre tid rundt implementeringsdatoen

De strategier som lederne beskriver har ikke mye fokus på de overordnede målene eller visjonen, men har fokus på å legge til rette for at ansatte kan gjøre den jobben som lederne opplever er forventet når HP innføres. Det betyr at de har særlig fokus på å kunne jobbe med systemet og dokumentere riktig. De har i sin ledelse fokus på tidsriktighet, informasjon og merverdien HP vil ha for pasienter og ansatte. Særlig er fokuset på informasjon stort. De har også som intensjon å vise medarbeidere at de er positive selv til endringen og opptre som rollemodeller for sine medarbeidere.

## 4.6 Motstand og tiltak ved motstand

Mens lederne ikke forventer direkte opposisjon mot å ta i bruk HP, uttaler ni av de ti at et nytt system kan oppleves som utrygt, skummelt eller skremmende. Dette kan gjøre at medarbeidere opplever utrygghet, redsel eller å ikke ha kontroll over arbeidet sitt. Dette kan lede til frustrasjon og kaos.

Jeg antar at det blir en del frustrasjoner og en del sånn kanskje utrygghet og blant de ansatte. Ift. at det sånn nytt og omfattende program (Intervju C).

Nå det hele skal bli digitalt og at de nesten ikke kan finne et papirskjema lenger, så tror jeg det kan føre til en frykt og før de på en måte forstår at det kanskje er en bedre hjelpemiddel hvis de investerer litt tid i det, da (Intervju K).

Sju ledere nevner at medarbeidere har ulik kompetanse på data og journalføring og noen kan i første instans vegre seg for å ta i bruk et nytt system fordi det er vanskelig. Lederne er delt i om de forventer motstand eller ikke motstand mot pasientens tilgang til sin egen journal gjennom pasientportalen. Det er fire som forventer motstand og fem som ikke forventer motstand mot pasientens tilgang.

Fire av lederne har som plan å finne ut hva en eventuell motstand mot HP blant individuelle medarbeidere består av.

For det første blir det den avdelingsleder som er ansvarlig for den ansatte som vil få, som avdekker det (red. anm.: motstand) og så vil det være avdelingsleder som vil ha det hovedansvaret for Helseplattformen-innføringen (Intervju A).

Lederne snakker også om at lederteamet selv eller individuelle ledere skal ha aktiviteter for å forberede seg til lederrollen i innføringen av HP og at de selv skal være positive ift.

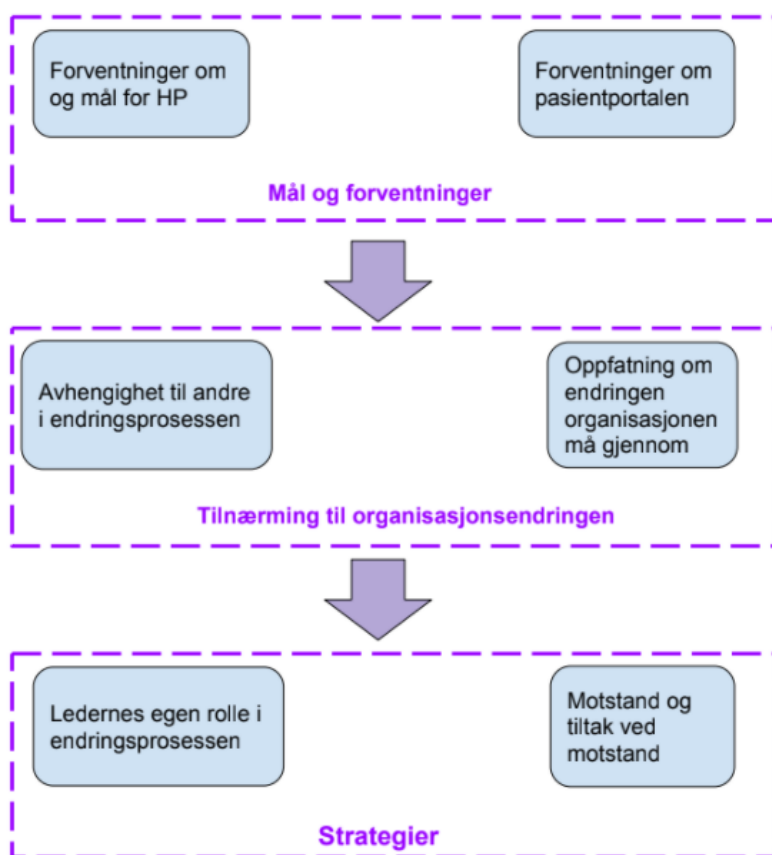
HP og være rollemodeller for sine medarbeidere. De tror på at det å dele informasjon i tillegg vil minske eventuell motstand. To av lederne sier også noe om at ansatte ikke har noe valg når de ønsker å jobbe i kommunen, HP er en del av jobben.

Lederne forventer ikke direkte motstand til HP, men de utelukker ikke at det kan forekomme direkte motstand mot pasientens tilgang til EPJ gjennom pasientportalen. Det lederne forventer er en del negative følelser fra medarbeidere pga. det ukjente med HP. I tillegg forventer de noen problemer med mestring av det tekniske systemet og selve journalføringen blant noen medarbeidere.

Lederne har dermed allerede en pekepinn på hvilken form for motstand de kan forvente. Noen legger vekt på at de på individuelt nivå først må finne ut hva motstanden består av når de oppdager motstand. I lederstilen lederne har tenkt å bruke gjennom endringen ligger mange elementer som handler om opplæring, kommunikasjon, støtte og fasilitering.

## 4.7 Resultatene i en kontekst

Som beskrevet i delkapittel 2.5 er det tre viktige elementer som ligger til grunn for en vellykket endringsprosess: det må være en sammenheng mellom de mål og forventninger man har for en endring, den måten man tilnærmer seg endringen på og de strategiene man bruker for å lede endringen. Det er i datainnsamlingen funnet resultater for hver av de tre elementene. I figur 4.1 er hovedgruppene som kom frem i resultatene satt opp mot disse tre elementene.



**Figur 4.1: Hovedgrupper som kom frem fra intervjuene satt opp mot de tre elementer som ligger til grunn for en vellykket endringsprosess**

## 4.8 Ledernes mål versus organisasjonens mål

I delkapittel 4.1 og 4.2 er ledernes mål og forventninger beskrevet for HP generelt og for pasientportalen spesielt. I dette delkapittelet er resultatene sammenlignet med effektmålene som er formulert for HP. Lederne har gjennom intervjuene nevnt seks av de elleve formulerte effektmål for HP. Tabell 4.1 viser HP sine effektmål med antall ganger hvert effektmål har kommet opp som tema i intervjuene. Det første tallet er antall ledere som har nevnt målet, det andre tallet er antall ganger temaet kom opp i samtalen. Betydning av fargene:

- Mørkegrønn: målene som er nevnt av de fleste ledere og mange ganger.
- Lysegrønn: målene som er nevnt av halvdel av lederne.
- Oransje: målene som er nevnt, men som ikke fikk mye fokus.
- Rødt: målene som ikke er nevnt.

1. Høyere behandlingskvalitet og færre pasientskader.	5/14
2. Tilgang til kontinuerlig oppdatert klinisk kunnskap basert på beste praksis.	0
3. Enkel tilgang til egen journal og større mulighet til å påvirke eget behandlingsforløp.	9/44
4. Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.	9/36
5. Bedre data- og informasjonsgrunnlag for forskning og innovasjon.	0
6. Økt effektivitet og bedre ressursbruk.	2/4
7. Bedre styringsinformasjon som grunnlag for kvalitets- og forbedringsarbeid i daglig drift	4/6
8. Redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger.	9/24
9. Tilfredsstillende nasjonale krav og standarder.	0
10. Innbyggerne i Midt-Norge skal gis mulighet til å bo lengre i egen bolig.	0
11. Redusert behov for offentlig tjenesteyting ved at tjenester som tilbys gjennom generiske forløp ivaretar en helhetlig funksjonsvurdering.	0

**Tabell 4.1: Helseplattformens effektmål, antall ledere som nevnte målet og antall referanser i datamaterialet**

## 5. Diskusjon

I dette kapitlet beskriver jeg hvordan resultatene fra prosjektet svarer på problemstillingen som er definert for denne oppgaven. Jeg bruker resultatene som er beskrevet i kapittel 4 og setter dem inn i sammenheng med det teoretiske rammeverket som er satt opp i kapittel 2. I tillegg drøfter jeg noen svake sider for denne studien og min egen rolle, tilhørighet og identitet som forsker.

### 5.1 Svar på delproblemstilling 1

I dette delkapitlet beskriver jeg de resultatene som gir svar på delproblemstilling 1:

Delproblemstilling 1: Hvilke organisasjonsendringer ser lederne for seg de skal lede og hvilke utfordringer gir de?

Før det gis svar på delproblemstillingen i 5.1.4, beskrives bildet lederne har om organisasjonsendringen ut i fra de mål og forventninger som er beskrevet i resultatene (underkapittel 5.1.1, 5.1.2) og på hvilken måte de tilnærmer seg organisasjonsendringen på (underkapittel 5.1.3).

#### 5.1.1 Forventninger om og mål for HP: fokus på en bedre hverdag

Gjennom intervjuene nevnte lederne seks av de elleve formulerte effektmålene for HP. Fokuset ligger på de målene som har direkte med en forbedring av deres arbeidshverdag og driften å gjøre, altså det som ligger dem nærmest. Det er de målene som har direkte med bedre pasientbehandling og med en bedre og mer effektiv hverdag for medarbeidere å gjøre. De handler om bedre samhandling med primær- og spesialisthelsetjenesten, redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger, samt høyere kvalitet og færre pasientskader.

Når det gjelder de to målene som er mest relevant for dette prosjektet, så ble mål 3: *Enkel tilgang til egen journal og større muligheter til å påvirke eget behandlingsforløp* nevnt av ni av ti ledere i intervjuet. Mål 10: *Innbyggerne i Midt-Norge skal gis mulighet til å bo lenger i egen bolig* kom ikke opp som mål eller samtaletema i intervjuene. Målet om pasientens tilgang til egen journal har fokus, men dette kobles ikke til kommunens mål om at innbyggere skal gis mulighet til å bo lenger i egen bolig.

#### 5.1.2 Forventninger om pasientportalen: ikke av stor betydning

For pasientens tilgang til egen EPJ forventer lederne at bruken vil begrense seg mest til de yngre og kognitiv friske pasienter og dette handler om grad av digitalisering og kognitiv funksjon. I hvor stor grad pasienter tar i bruk tilgang til egen EPJ eller andre helseopplysninger er forskjellig fra gruppe til gruppe. Det handler mindre om alder enn om nytteverdien. Pasienter med kroniske sykdommer, lavere sosioøkonomisk status, lavere utdanning og eldre virker for eksempel til å ha mer nytte av disse former for digital informasjonsdeling (Gerard *et al.*, 2018. Moll *et al.*, 2018. Walker *et al.*, 2019).

Det vil være nødvendig å tilpasse strategier og informasjon til forskjellige aldersgrupper for å sørge for at mulighetene i pasientportalen tas i bruk (Huvila *et al.* 2018).

Lederne forventer noen endringer i relasjonen mellom helsepersonell og pasient, men er ikke opptatt av hva som må til for at pasienter vil kunne ta i bruk pasientportalen for å virkelig kunne dra nytte av det og være mer aktiv i sin egen helse og behandling. Vi har sett fra annen forskning at det ikke er nok å gi pasientene tilgang til sin egen EPJ for å oppnå positive effekter. For å oppnå positive effekter må pasientene ta teknologien i bruk og derfor trenger de å få informasjon om mulighetene, trening/opplæring og støtte (Sun *et al.*, 2013). Før pasienten virkelig kan medvirke i egen helse og behandling trenges også dialog og samarbeid mellom helsepersonell å endres (Hägglund & Scandurra, 2017). I tillegg må pasientene ha en oppfatning om at teknologien er nyttig for dem og hvordan teknologien vil kunne bidra til økt livskvalitet for pasienten (Legris, Ingham & Colletette 2003; Pierce *et al.*, 2014; Rahimi & Jetter, 2015.).

Som negative virkninger ser lederne at det kan bli mer friksjon mellom pasient og helsepersonell. Noen forventer at pasientens tilgang til egen EPJ kan endre noe i antall henvendelser enheten vil få. Det er ikke uvanlig at helsepersonell er skeptisk i forkant av innføringen av tilgang til egen EPJ for pasienter (Grünloh, Cajander og Myreteg, 2016; Ålander & Scandurra, 2015; Scandurra *et al.*, 2015). Men disse bekymringene er ofte unødvendige (Leveille *et al.*, 2012. Delbanco *et al.*, 2012). Også er det ingen grunn for redsel for at pasienten kan bli fornærmet siden det er få pasienter som opplever det (Delbanco *et al.*, 2012; Mold *et al.*, 2015).

Noen av lederne tror at det kan være negativt for pasienten å få all informasjon om egen helse, men også denne bekymringen er sannsynligvis unødvendig (Delbanco *et al.*, 2012; Mold *et al.*, 2015). Deling av skriftlig digital informasjon med pasienten har vist seg å ha store fordeler for pasienten (Walker *et al.*, 2019).

### 5.1.3 Tilnærming til endring: directive change approach

Når lederne snakker om endringen organisasjonen må gjennom er de mest opptatt av at medarbeidere må lære seg å bruke HP som system på en god måte. De ser at å ta i bruk det nye systemet kan lede til en del uro i starten. De har fokus på en del av målene som handler om blant annet forenkling, bedre samhandling og bedre behandling, men gir ikke uttrykk for at å oppnå disse målene er mer enn å ta i bruk HP og ha en god journalføring. HP blir sett på som en endringsagent. De har lite fokus på målene med HP som har å gjøre med pasientens tilgang til egen EPJ eller muligheten til å bo lenger i egen bolig. De tror at det vil skje en endring i relasjonen mellom helsepersonell og pasient pga. HP og legger fokus på endringsarbeid rundt riktig journalføring av den grunn. Noen tror at pasientens tilgang kan ha konsekvenser for medarbeiderens arbeidsmiljø, men lederne gir ikke uttrykk for hvilken følger dette kan ha for endringsledelsen gjennom innføringsprosessen. Siden hverken de selv eller medarbeidere har sett mye av systemet og dermed opplever at de ikke har et aktivt forhold til det enda, synes de det er for tidlig å foreta altfor mange endringsaktiviteter. Lederne er positive til endringen, men det virker som om de ser seg selv mer som tilskuere enn som aktive endringsledere i denne endringsprosessen lik Salmela & Eriksson fant i sitt forskningsprosjekt (2013).



Sett ut ifra Ajzens modell (1991) for endringsvilje med de tre faktorene: *å ville*, *å må* og *å være i stand til* kommer det frem fra resultatene at det er noen mulige utfordringer for endringen som handler om *å ville* og *å være i stand til*. Lederne omtaler medarbeiderne stort sett som villig til endringen. Holdninger til medarbeidere oppleves som positiv til endringen, med mulig noen negative holdninger til pasientens tilgang til EPJ. Lederne forventer en del negative følelser fra medarbeidere pga. det ukjente med HP.

I tillegg forventer de noen problemer med mestring av det tekniske systemet og selve journalføringen blant noen medarbeidere. I Ajzens modell er dette faktoren opplevd kontroll på atferd. Lederne forventer dermed at de kommer til å ha noen medarbeidere som ikke *er i stand til* å mestre det som må til for å bli med på endringen.

Ledernes oppfatning av endringen for organisasjonen i nåværende stadium kan dermed defineres mer som forutsigbar og rett frem enn at de ser den som kompleks.

Lederne opplever og forventer at endringen blir initiert og styrt fra sentralt nivå. De uttaler en avhengighet av andre for å kunne komme videre i arbeidet med endringen, men de har også forventninger om visse bidrag fra sentralt nivå. Det er en rekke faste aktiviteter som igangsettes fra sentralt nivå og som ledere skal utføre, som å gjennomføre opplæringsplaner og fagdager. Det meste av det de kommuniserer til sine medarbeidere er det som kommuniseres til lederne fra sentralt nivå. Det er få egne initiativer. Resultatene peker på at lederne tror at denne endringen trenger tiltak fra sentralt nivå som vil fungere i hver gitt situasjon.

Lederne ser endringen mer som forutsigbar og rett frem og gir uttrykk for at endringen kan håndteres med tiltak styrt fra sentralt nivå som vil fungere for alle situasjoner. Hvis vi setter resultatene om ledernes tilnærming til endringen opp mot teorien om change approach (Rowland & Higgs, 2008) kan ledernes tilnærming til endringen i nåværende stadium best beskrives som en *Directive change approach*. *Directive change approach* har ikke en positiv påvirkning på endringer, men kan i noen tilfeller ha en nøytral påvirkning på endringer. Dette gjelder i tilfeller hvor endringen er kontrollerbar og det ikke er mange medarbeidere som blir påvirket, noe som ikke er tilfelle med innføringen av HP.

#### 5.1.4 Sammenfattet svar på problemstilling 1: organisasjonsendringen er forutsigbar, sentralt styrt og det forventes lite komplikasjoner

Ledernes fokus ligger på selve teknologi-innføringen, dens betydningen for arbeidshverdagen og ikke på den ønskede samfunnsendringen hvor pasienten skal ta mer ansvar for egen helse og behandling og skal bo hjemme lengst mulig. Organisasjonsendringen de ser for seg de skal lede er innføring av et nytt system som har en god del fordeler for medarbeiderens arbeidshverdag og pasientbehandling. Lederne ser for seg en ganske forutsigbar og rett frem prosess hvor styring og støtte fra sentralt nivå gjør det mulig for lederne å utføre implementeringsarbeidet. Lederne kjenner i tillegg på en usikkerhet om organisasjonsendringen. De kjenner en del av HP sine mål, men er veldig usikker på hvordan systemet vil se ut og hvilken betydning det dermed vil ha i medarbeidernes og deres hverdag. Usikkerhet om hvordan systemet skal se ut og fungere fikk mye oppmerksomhet i intervjuene.

Lederne ser for seg at det vil være lite aktiv motstand, men tror at det vil oppstå en del uro rundt innføringen og at det er en del medarbeidere som vil ha vanskeligheter med å ta i bruk det nye systemet. Om pasientens tilgang til egen EPJ ser de for seg at det er en begrenset gruppe som vil ta det i bruk og de er ikke bevisst på rollen helsepersonell eller organisasjonen må ta for å sette pasientene i stand til å ta mulighetene i bruk. De tror at det kan være noe påvirkning på helsepersonellens arbeidsmiljø pga. pasientens tilgang til egen EPJ.

## 5.2 Svar på delproblemstilling 2

I dette delkapittelet beskriver jeg de resultatene som gir svar på delproblemstilling 2:

Delproblemstilling 2: Hva gjør eller planlegge lederne for å lede organisasjonen gjennom endringen?

Før det gis svar på problemstillingen i 5.2.2 beskrives i 5.2.1 de strategiene som er funnet om ledernes egen rolle i endringsprosessen som handler om aktiviteter, tiltak og lederstil.

### 5.2.1 Strategier: aktiviteter, tiltak og lederstil

Lederne legger mye vekt på kommunikasjon og informasjon av lav og høy kvalitet og ser på kommunikasjon og informasjon som et verktøy for å jobbe med motstand som Tanner og Otto (2016) har funnet er viktig for å få til en vellykket endring. I denne fasen av endringen har de hatt fokus på å dele informasjon som kommer fra sentralt nivå. I neste fase planlegger de en mer personlig kommunikasjon med sine medarbeidere. De planlegger også å bruke andre medarbeidere som kan informere sine kolleger videre i prosessen. Dette samsvarer med noen viktige prinsipper for kommunikasjon i forberedelses- og gjennomføringsfasen av en endring (Klein, 1996). Det er bare to ledere som både bruker skriftlig og muntlig informasjon, mens totalt fem ledere gir muntlig informasjon. Klein (1996) understreker viktigheten av å gi informasjon ansikt til ansikt og i tillegg bruke flere medier i kommunikasjon både skriftlig og muntlig. Ikke alle ledere følger disse prinsippene i den nåværende fasen av endringen. Lederne har fokus på alle de tre dimensjonene av kommunikasjon som Helpap og Schinneburg (2018) beskriver. De deler mye informasjon med medarbeidere, planlegger å snakke med dem personlig på en tilpasset måte for å redusere usikkerhet, bekymring og redsel og bruker medvirkning som verktøy for å bestemme hva det er som trengs i kommunikasjonen på enheten.

Lederne viser elementer av individuell og kollektiv ledelse, operativ støtte, fremme relasjoner for å øke læring, og har dermed tre av fem elementer i sin lederstil som Nelson-Brantley og Ford (2017) beskriver som definerer ledelse av selve endringsprosessen. Lederne viser at de skaper forutsetninger for å påskynde adaptiv ledelse (Uhl-bien *et al.*, 2007) på enhetene sine, noe som er hoveddriveren til endringer i komplekse situasjoner. De legger til rette for at det kan skje interaksjon mellom medarbeidere slik at nettverk kan oppstå. Ledelsen lederne beskriver har elementer i seg fra *transformasjonsledelse* (Stoffers & Mordant-Dols, 2015) som å reagere på medarbeiderens følelser, jobbe med at medarbeidere aksepterer målene for endringen og

vise støttende atferd. Lederstilen som har mange trekk av den ledelsen lederne forteller om gjennom intervjuene er *Directive* ledelse som beskrevet av Hansen og Nørup (2017). Dette er en lederstil som karakteriseres av tydelig instruks, informasjon og nok teknisk assistanse og støtte. I datamaterialet ligger det lite som kan tyde på at lederne utøver *Framing* eller *Creating capacity* lederstil (Rowland & Higgs, 2008).

I ledelsen lederne har tenkt å bruke gjennom endringen ligger mange elementer som handler om opplæring og kommunikasjon og støtte og fasilitering. Det er ifølge Kotter og Schlesinger (2008) de strategiene som er effektive for å håndtere endringer hvor det er en mangel på informasjon eller feil informasjon og hvor det er motstand pga. at medarbeidere ikke klarer å tilpasse seg endringen. At lederne velger opplæring, kommunikasjon, støtte og fasilitering som viktigste tiltak i endringsledelsen passer dermed godt innen det de selv har vurdert at motstanden kan bestå av i deres tjeneste. Både den støtten som lederne selv planlegger å gi sine medarbeidere og den støtten som de planlegger at kolleger kan gi hverandre kan ha en positiv effekt på medarbeiderens deltakelse i endringen og gi en positiv vurdering av endringen (Fuchs & Prouska, 2014).

### 5.2.3 Sammenfattet svar på delproblemstilling 2: informasjonsdeling, opplæring og støtte

Det som lederne gjør allerede nå er for det meste å informere medarbeidere. De gjør det på forskjellige måter. Noen av lederne gjør dette bare skriftlig og ikke ansikt til ansikt. I tillegg til dette tildeler de medarbeidere opplæringsplaner og tilrettelegger de for bidrag om HP fra sentralt nivå på fagdager.

Det som lederne planlegger er former for individuell og kollektiv ledelse, operativ støtte, opplæring, teknisk assistanse. De fremmer interaksjoner og relasjoner mellom medarbeidere for å øke læring og planlegger å bruke medvirkning som verktøy for å finne ut mer om det som trenges for medarbeidergruppen. For individuelle medarbeidere er det nærmeste leder som skal finne ut hvilken støtte eller bistand hver medarbeider trenger og hvor eventuell motstand består av. Nærmeste leder skal snakke med medarbeidere personlig om endringen for å redusere usikkerhet, bekymring og redsel.

## 5.3 Svar på hovedproblemstillingen: Ledelsesstrategier for å lede et relativt ukomplisert bytte av IS

I dette delkapittelet beskriver jeg de resultatene som gir svar på hovedproblemstilling:

Hovedproblemstilling: Hvilke ledelsesstrategier bruker ledere i tjenester for hjemmeboende i Trondheim kommune for å lede innføringen av Helseplattformen og spesielt endringen om pasientens tilgang til egen elektroniske pasientjournal gjennom en pasientportal i Helseplattformen?

Lederne planlegger for at de skal utføre en teknologi-implementering som er styrt fra sentralt nivå. De ledelsesstrategier de velger henger sammen med denne form for endring. De forbereder sine medarbeider for den endringen som kommer og planlegger å

støtte dem i innføringsfasen. Forberedelsen består av å dele mye informasjon og legge til rette for og bidra til opplæring. Støtten består av individuell emosjonell støtte og teknisk støtte til både systemet og journalføring før og under implementeringen. Lederne har fokus på medvirkning som et element for å vite bedre hva medarbeidere på enheten trenger for å håndtere endringen. Lederne har fremdeles en god del spørsmål om hva HP egentlig er siden de opplever at det ikke har blitt konkret ennå.

Lederne ser at pasientens tilgang til en pasientportal gjennom HP kan ha implikasjoner for relasjonen mellom pasient og helsepersonell og tror at det kan påvirke arbeidsmiljøet. Lederne har ikke tenkt ut spesifikke ledelsesstrategier for å håndtere endringen som henger sammen med pasientens tilgang til egen EPJ gjennom HP.

Det er gode grunner for å anta at det er forskjeller mellom det å lede en ren teknologi-implementering og det å lede en teknologi-implementering med som målsetning å sette i gang en samfunnsendring med endring i roller mellom helsepersonell og pasienten. Disse krever to forskjellige strategier.

Når man bytter ut et gammelt IS med et nytt, som i utgangspunktet også skjer når HP innføres, oppleves det for medarbeidere som noe nyttig. Da er det den nye teknologien i seg selv som kan gi spenninger (Bennebroek Gravenhorst, Werkman & Boonstra, 2003). I disse prosessene trengs det et rammeverk for innføringen som bestemmes fra toppledelsen (Berg, 2001) og er blant annet tydelige instruksjoner, informasjon og teknisk assistanse i kjerneoppgaver i endringsprosessen (Hansen & Nørup, 2017). Det er riktig å planlegge aktiviteter for implementeringen i forkant, men strategier for implementering av IS er noe som dukker opp i selve prosessen (Berg, 2001).

En samfunnsendring med en forskyvelse i roller hvor både helsepersonell og pasienten er tenkt å oppføre seg annerledes kan sees på som et paradigmeskifte, en helt annen måte å se forholdet på mellom lekmann og profesjonell yrkesutøver. I denne endringen er målet abstrakt og mer en visjon, og det er ikke veldig tydelig hvordan denne endringen skal skje. I tillegg vil den ta tid. En slik samfunnsendring som HP skal bidra til er en endring som er kompleks og ikke direkte kontrollerbar og som trenger en *Emergent change approach* (Rowland & Higgs, 2008) og en ledelse som fremhever kapasiteten til endring i organisasjonen.

Ledernes fokus på mål med HP har direkte med medarbeiderens og deres arbeidshverdag å gjøre og handler mest om å få til bedre pasientbehandling og drift. Fokuset ligger ikke på samfunnsendringen. Det er derfor ikke så overraskende at jeg finner at lederne ikke har ledelsesstrategier for å håndtere den endringen som har med pasientens tilgang til egen EPJ å gjøre. Ut i fra den oppfatningen lederne har om den endringen de leder har de valgt ut logiske strategier som, med noen justeringer, sannsynligvis også vil gjøre at teknologi-implementeringen har gode sjanser for å lykkes. For å sørge for at pasienter bruker de mulighetene som ligger i pasientens tilgang til egen EPJ og for å få til et større engasjement fra pasienter i egen helse og behandling må det en større endringsprosess til.

## 5.4 Noen svake sider for denne studien

Noen begrensninger for denne studien ligger i den måten jeg har satt opp det semistrukturerte intervjuet, det utvalget av ledere jeg har brukt og tidsperioden for gjennomføring av studien.

### 5.4.1 Oppsett av semistrukturert intervju

For å sørge for en form for felles forståelse om noen av begrepene jeg brukte i spørsmålene i intervjuet har jeg puttet inn to informasjonsblokker i intervjuet. I den ene leste jeg opp de to effektmålene fra HP som står sentrale i denne studien. I den andre ga jeg en definisjon og forklaring av begrepet motstand. At jeg har gitt denne informasjonen har gjort at det ble en mer lik inngang til spørsmålene for alle respondentene, men har selvsagt også gitt en påvirkning på svarene.

### 5.4.2 Begrensning i utvalg av lederne

I denne studien har jeg begrenset utvalget til hovedsakelig enhetsledere og avdelingsledere som leder tjenester som leveres i pasientens hjem. Dermed har jeg utelukket andre tjenester som leveres til pasienter som bor hjemme, som mestringstilbud på lokasjon, korttidsplasser på helsehusene, aktivitetstilbud for hjemmeboende og legetjenester. Også disse tjenestene har grupper som vil kunne ha nytte av tilgang til egen EPJ, og arten av disse tjenestene er annerledes enn tjenestene som leveres i pasientens hjem. Hadde jeg inkludert disse, kunne resultatene vært annerledes og mer generaliserbare for en større del av Trondheim kommune sine enheter.

I tillegg har jeg ikke inkludert de lederne som er hierarkisk over enhetsledere, det vil si Helse- og velferdsdirektør og kommunalsjef. Dermed får jeg et bilde av mellomledernes ledelsesstrategier, men ikke de strategiene som gjelder for hele organisasjonen. Hvis jeg hadde tatt med alle ledernivå ville resultatene sannsynligvis ha pekt på en annen tilnærming til ledelse og andre lederstiler.

### 5.4.3 Tidsperiode for gjennomføring av studien

#### 5.4.3.1 Oppstart for HP er langt frem i tid

Intervjuene er avholdt omtrent ett og et halvt år før oppstartsdato for HP, i perioden det ble tydelig at oppstart ville bli utsatt med fra et halvt år til ett år. Når oppstartsdato nå stadig kommer nærmere vil lederne sannsynligvis få et annet forhold til endringen enn på tidspunktet for intervjuene. Det betyr at resultatene har en begrenset holdbarhet. Allikevel tror jeg ikke at det vil skje store endringer i hvordan lederne oppfatter endringen de skal gjennom hvis det ikke skjer store endringer i hvordan implementeringen ledes fra sentralt nivå.

#### 5.4.3.2 Innflytelse av koronapandemien

Studien foregikk midt i koronapandemien. Jeg startet med forberedelser sommeren 2020 og gjennomførte intervjuene i oktober og november. To av intervjuene måtte avholdes digitalt pga. koronarestriksjoner. Høsten 2020 skulle ha vært en periode hvor

organisasjonen skulle være veldig opptatt med innføringen av HP, men dette fokuset forsvant siden pandemien krevde oppmerksomheten. Dette er også noe som er nevnt av lederne i intervjuene. Fire ledere nevnte at forberedelser til HP har blitt lagt litt bort i perioden fra mars 2020 siden de trengte å bruke all sin energi på å få til en drift i en periode med høy fare for smitte for sine medarbeidere og pasienter. På den andre side var det også tre ledere som nevnte at de opplevde at koronapandemien kan ha gjort at medarbeidere er bedre i stand til å ta i mot det nye verktøyet siden de har blitt mye mer vant til digitale løsninger og medarbeidere og ledere har opplevd at det er mulig å endre ting veldig raskt hvis det trenges.

## 5.5 Min egen rolle, tilhørighet og identitet

Jeg har opplevd det som en stor fordel at jeg kjente problemstillingen og organisasjonen godt allerede da jeg startet dette prosjektet. Dette gjorde det lettere både å finne relevant informasjon og teori ved oppstart og å gjennomføre den empiriske delen av undersøkelsen. Det var lett å få aksept for at jeg skulle gjennomføre prosjektet i egen organisasjon og jeg fikk lett tak i respondenter til intervjuene. Kunnskapen til organisasjonen og temaet gjorde det mulig å stille oppfølgingsspørsmål i intervjuene. At jeg var kjent med lederne jeg intervjuet i forkant gjorde at samtalene kom lett i gang. Jeg opplevde at lederne var ærlige da de fortalte historiene sine og opplever dermed at jeg har fått det de virkelig mener. Gjennom intervjuene opplevde jeg noen ganger at lederne forventet svar fra meg om noe de hadde spørsmål om og som hang sammen med HP. Noen ganger opplevde jeg at lederen ønsket å gi meg et budskap som jeg skulle ta med tilbake til sentralt nivå. Jeg har vært veldig bevisst på å holde et åpent sinn og en åpen kroppsholdning gjennom intervjuene. I etterkant av intervjuene fikk jeg tilbakemeldinger om at intervjuene i seg selv hadde satt tankeprosesser i gang blant lederne om både HP, pasientportalen og endringen.

Selv om jeg har opplevd min kjennskap til temaet og organisasjonen som en stor fordel, betyr det ikke at det er umulig at dette har hatt innflytelse på datainnsamlingen. Andre intervjuere ville ha hatt et annet fokus, andre oppfølgingsspørsmål, fått svar fra andre innfallsvinkler og hadde kanskje ikke tatt de svarene for gitt som jeg har tatt for gitt, og hadde spurt flere eller andre oppfølgingsspørsmål.

## 6. Konklusjon

I denne studien har jeg sett på ledelsesstrategier som ledere i tjenester for hjemmeboende i Trondheim kommune bruker for å lede innføringen av HP og spesielt endringen om pasientens tilgang til egen EPJ. Ledelsesstrategier for å lede endringen som henger sammen med pasientens tilgang til egen EPJ er særlig relevant siden Trondheim kommune har med HP som mål at pasienten skal ta mer del i egen helse og behandling og ønsker med HP å legge til rette for at innbyggere kan bo lengst mulig hjemme. Disse målene er utenfor målene som til vanlig blir satt for innføring av nye IS, men kan bli sett på som en form for endring av helsepolitikk. I tillegg krever disse målene en endring i hvordan helsepersonell ser på pasienter og omvendt. Relasjonen mellom helsepersonell og pasient må endres når pasienten skal ta et større ansvar i egen helse. Siden vi alle et tidspunkt kommer i kontakt med helsevesenet og er pasient, er dette en samfunnsendring.

Lederne i denne studien ser innføringen av HP som en ganske instrumentell endring, som for det meste handler om at helsepersonellet får et nytt verktøy for å kunne gjøre en bedre jobb. Jobben vil være utformet på omtrent samme måte som den er nå, men HP vil gi bedre støtte til arbeidsprosesser og samarbeid. Dette vil være til fordel for pasienten og behandlingen. De barrierene de ser for seg vil være av praktisk art, som å komme over angsten for et nytt system og øke medarbeiderens kompetanse om systemet og dokumentasjon. De tror at de fleste medarbeidere vil kunne takle overgangen til det nye systemet helt fint så lenge de får god informasjon, opplæring og støtte fra leder og kolleger.

For å få til en vellykket implementering av IS er endringsledelse en viktig faktor. For å få til en samfunnsendring er endringsledelse avgjørende. Mens lederne i denne studien planlegger for implementeringen av HP har de ikke spesifikke ledelsesstrategier for å lede endringen som henger sammen med pasientens tilgang til egen EPJ. De ledelsesstrategier lederne håndterer ser ut til å være godt egnet til innføring av et nytt IS, men vil ikke være de strategiene som hjelper for å få helsepersonell med som endringsagenter i en samfunnsendring.

En fare med implementering av IS i helsetjenesten er at funksjonaliteter som er bygd inn i IS, og som kan gi gevinster, blir ubrukt eller for lite brukt (Bezboruah, Paulson & Smith, 2012). Denne faren er også realistisk for pasientportalen i HP. Det krever innsats for å få pasienter til å ta i bruk pasientportalen. Hvis da pasienten har tatt i bruk pasientportalen trenger helsepersonell å endre måten de jobber på for å sette pasienten i stand til å medvirke. Hvis organisasjonen og ledere ikke gjør en innsats for å lede endringen dette krever, vil det være en fare for at effektmålene som er satt for HP ikke vil bli oppnådd.

### 6.1 Bidrag til faget og generaliserbarhet

Siden implementering av IS, særlig i helsevesenet, er komplisert og vanskelig og krever endringsledelse, er det interessant å få et innblikk i det ledere planlegger å gjøre for å lede en slik endring. Det er også interessant for faget å ha fått et innblikk i ledernes opplevelse av en slik endring, særlig en endring hvor store abstrakte mål er koblet til en implementering av IS. Siden det fremdeles går mye feil i IS-implementeringer er det viktig å se hvordan feil kan bli unngått i sammenlignbare situasjoner, særlig hvis det i

etterkant av implementering av HP kan undersøkes hva som har gått bra og hva som har gått feil, og hvis resultatene fra en slik undersøkelse kunne bli koblet til resultatene av denne studien.

Det er ikke usannsynlig at resultatene fra denne studien er relevant også for andre deler av helsetjenesten i Trondheim kommune eller for andre kommuner. Andre helsetjenester i Trondheim kommune har gått gjennom samme forberedelsesløpet som de som har vært objekt i denne studien, og det er samme innføringsteam og toppledere som er involvert i prosessen. For tjenester med andre målgrupper enn i denne studien, som for eksempel tjenester for personer med en alvorlig utviklingshemming, kan pasientportalen være et begrep som er enda mer fjernt. Dette fordi vi har sett i denne studien at lederne ser en god del grupper som de opplever ikke kan nyttiggjøre seg tilgang til egen EPJ pga. lite generell datakunnskap eller nedsatt kognitiv funksjon.

Andre kommuner som vil innføre HP har stort sett samme utfordringer som Trondheim kommune har. De har ofte veldig sammenlignbare generelle kommunale mål og det er samarbeid mellom kommunene i innføringsprosjektet. Derfor forventer jeg at resultatene fra denne studien vil kunne overføres til andre kommuner som innfører HP. Siden Trondheim kommune er den første kommunen som innfører HP, og andre kommuner følger senere, vil påvirkningen av koronapandemien for andre kommuner sannsynligvis slå ut i mindre grad og dermed øke muligheten for de andre kommunene å kunne holde fokus på implementeringen i perioden som kommer.

## 6.2 Anbefalinger til Trondheim kommune

Også uten effektmål som krever store samfunnsendringer er implementering av HP et stort prosjekt for Trondheim kommune, hvor alle helsearbeidere skal ta i bruk et nytt pasientjournal. Implementering av IS i helsetjenesten er ofte ikke helt vellykket og går aldri uten hindringer. Fokuset i endringsarbeidet til selve oppstart for HP 30. april 2022 bør være fokusert rundt at alle medarbeidere er i stand til å ta i bruk HP. Fokuset på å sørge for at pasientene kan ta i bruk pasientportalen bør komme etterpå. Det er viktig å huske at kommunen er pliktig til å tilrettelegge for at personer med en nedsatt funksjonsevne får utøve sin rett til innsyn i egen journal. Dermed har kommunen uansett en oppgave å gjøre overfor en stor del av pasientgruppen. Dette krever et endringsarbeid av en annen art enn det som er gjort til nå. Toppledelsen bør gjennom en *emergent change approach* sette noen få harde regler for retningen av endringen og sette mellomledere i stand til å utøve en *change capacity* lederstil hvor de stimulerer medarbeidere til innovasjon og endring som går i den retningen.

Så kan man også spørre seg om målene til HP er for ambisiøse. Det er satt store og abstrakte effektmål for HP og spørsmålet er om man bør henge slike mål på implementering av et nytt IS. Et nytt journalsystem er en enorm investering og det er mulig at slike mål må følge med innføring av et nytt IS for å rettferdiggjøre bruk av midler på et slikt prosjekt. IS er en endringsagent, men som vi har sett er det mye som må til for å ta ut alt potensialet. Når det store fokuset på implementeringen forsvinner kort tid etter oppstart er spørsmålet om organisasjonen klarer å holde fokus på de mulighetene som ligger innebygd i systemet eller om organisasjonen fort går tilbake til vanlig fokus og drift.



## 6.3 Anbefalinger for videre forskning

Økt medvirkning fra pasienter etter at de har fått tilgang til egen EPJ er ikke en selvfølge. Informasjon, opplæring og støtte må til, og i tillegg trenger pasientene å kjenne til nytteverdien for egen livskvalitet før de tar i bruk tilgangen til et slikt system. Å få til økt medvirkning krever i tillegg en endret arbeidsmåte fra helsepersonellet. For å se hvordan vi best kan få dette til i Trondheim kan det være relevant å gjøre en studie med bare fokus på pasientens tilgang til pasientportalen. I en slik studie kan både pasienter, ledere og helsepersonell være respondenter. De forskjellige rollene kan settes sammen i fokusgrupper for å diskutere hvordan vi kan sørge for at pasienter tar i bruk pasientportalen i tillegg til hvordan vi kan jobbe for å få til mer medvirkning fra pasientene.

Siden det i denne studien kom frem interessante funn om hvordan ledere planlegger å lede innføringen av HP, kan det være interessant å undersøke etter implementeringen hva ledere virkelig har gjort i implementeringsfasen og hvilke hindringer de har funnet på sin vei. I en slik studie er det også mulig å involvere medarbeidere for å finne ut hvilken ledelse de har opplevd i løpet av implementeringen. Dette er interessant fordi det ikke alltid er slik at leder og medarbeider har samme opplevelse av hvordan ledelsen har foregått. Din egen atferd og det som du har av intensjon med din atferd er alltid tydeligere enn det mottakeren opplever siden vi alle er senteret av vår egen verden. Medarbeidere ser også bare en del av den atferden lederen viser siden de ikke alltid er sammen med lederen sin.

En tredje mulig innfallsvinkel for en studie, som henger sammen med denne, er å se på hvor vellykket implementeringen til HP er en stund etter oppstart og koble disse resultater både til de sentrale ledelsesstrategiene og de lokale ledelsesstrategiene på enheten. Dette kan gi nyttig kunnskap for andre store implementeringer av IS i helsevesenet på tvers av sektorer.

# Litteraturliste

1. Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organizational behaviour and human decision processes*, 50, s.179-211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T
2. Ammenwerth E., Schnell-Inderst P., Hoerbst A. (2012). The impact of electronic patient portals on patient care: a systematic review of controlled trials. *J Med Internet Res*, 14(6), s.e162. doi: 10.2196/jmir.2238
3. Bennebroek Gravenhorst K.M., Werkman R.A., Boonstra J.J. (2003). The change capacity of organisations: general assessment and five configurations. *Applied psychology: an international review*, 52(1), s.83-105. doi: 10.1111/1464-0597.00125
4. Berg, M. (2001) Implementing information systems in health care organizations: myths and challenges. *International Journal of Medical Informatics*, 64, s.143-156. doi:10.1016/S1386-5056(01)00200-3
5. Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, 15(2), s.219-234. doi: 10.1177/1468794112468475
6. Bezboruah K.C., Paulson D. & Smith J. (2012). Management attitudes and technology adoption in long-term care facilities. *Journal of Health Organization and Management* 28(3). doi: 10.1108/JHOM-11-2011-0118
7. Bouckenooghe D. & Devos G. (2007). The role of process, context and individual characteristics in explaining readiness to change: a multilevel analysis. *Vlerick Leuven Gent Working Paper Series* 12 Tilgjengelig fra: <http://hdl.handle.net/20.500.12127/2352> (hentet 2.8.2020)
8. Chew-Graham, C.A., May, C.R., Perry, M.S. (2002). Qualitative research and the problem of judgement: lessons from interviewing fellow professionals. *Family Practice*, 19(3), s.285-289. doi:10.1093/fampra/19.3.285
9. Cinite I., Duxbury L.E., Higgins C. (2009). Measurement of perceived readiness for change in the public sector. *Britisch Journal of Management*, 20, s. 265-277. doi: 10.1111/j.1467-8551.2008.00582.x
10. Coiera, E. (2015). *Guide to health informatics*. Third edition. USA, Boca Raton: Taylor & Francis Group.
11. Corbin Dwyer, S. & Buckle, J.L. (2009). The Space Between: On Being an Insider-Outsider in Qualitative Research. *International Journal of Qualitative Methods*, 8(1), s.54-63. doi: 10.1177/160940690900800105
12. Corbin Dwyer, S. & Buckle, J.L. (2018). Reflection/Commentary on a past Article: "The Space Between: On Being an Insider-Outsider in Qualitative Research". *International Journal of Qualitative Methods*, 17 s.1-2. doi: 10.1177/1609406918788176

13. Delbanco T., Walker J., Bell S.K., Darer J.D., Elmore J.G., Farag N., Feldman H.J., Mejilla R., Ngo L., Ralston J.D., Ross S.E., Trivedi N., Vodicka E., Leveille S.G. (2012). Inviting patients to read their doctors' notes: a Quasi-experimental study and look ahead. *Annals of internal medicine*, 157(7), s 461-470. doi:10.7326/0003-4819-157-7-201210020-00002
14. DesRoches, C., Bell, S., Dong, Z., Elmore, J., Fernandez, L., Fitzgerald, P., Elmore J., Fernandez L., Fitzgerald P., Liao J.M. (2019). Patients Managing Medications and Reading Their Visit Notes: A Survey of OpenNotes Participants. *Annals of internal medicine*, 171(1), s. 69-71. doi: 10.7326/m18-3197
15. Erlingsdóttir, G. & Lindholm, C. (2015). When patient empowerment encounters professional autonomy: The conflict and negotiation process of inscribing an eHealth service. *Scandinavian Journal of Public Administration*, 19(2), s.27-48. Tilgjengelig fra: <http://ojs.uib.no/ojs/index.php/sjpa/article/download/3142/2652>
16. Essén A., Gerrits R., Kuhlmann E. (2017). Patient accessible electronic health records: Connecting policy and provider action in the Netherlands. *Health Policy and Technology*, 6, s. 134-141. doi: 10.1016/j.hlpt.2017.03.001
17. Fagerström L. & Salmela S. (2010). Leading change: a challenge for leaders in Nordic health care. *Journal of Nursing Management*, 18, s.613–617. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01097.x
18. Fuchs S. & Prouska R. (2014). Creating Positive Employee Change Evaluation: The Role of Different Levels of Organizational Support and Change Participation, *Journal of Change Management*, 14(3), s.361-383, doi: 10.1080/14697017.2014.885460
19. Gerard M., Chimowitz A. Fossa A., Bourgeois F., Fernandez L., Bell S.K. (2018). The Importance of Visit Notes on Patient Portals for Engaging Less Educated or Nonwhite Patients: Survey Study. *J Med Internet Res.*, 20(5). doi: 10.2196/jmir.9196
20. Giardina T.D., Parrish, D.E., Menon, S., Sittig, D.F., Singh, H. (2014). Patient access to medical records and healthcare outcomes: a systematic review. *J Am Med Inform Assoc*, 21, s.737–741. doi: 10.1136/amiajnl-2013-002239
21. Grünloh C., Cajander, Å., Myreteg, G. (2016). "The Record is Our Work Tool!"—Physicians' Framing of a Patient Portal in Sweden. *J Med Internet Res* 18(6), e167. doi: 10.2196/jmir.5705
22. Hamann D.J. & Bezboruah K.C. (2020). Outcomes of health information technology utilization in nursing homes: Do implementation processes matter? *Health Informatics Journal* 2020, 26(3) s.2249–2264. doi: 10.1177/1460458219899556
23. Hansen M.B. & Nørup I. (2017). Leading the Implementation of ICT Innovations. *Public Administration Review*, 77(6), s.851–860. doi: 10.1111/puar.12807

24. Harris, M. (2015). "Three in the Room": Embodiment, Disclosure, and Vulnerability in Qualitative Research. *Qualitative Health Research* 25(1)2, s.1689-1699. doi: 10.1177/1049732314566324
25. Heeks, R. (2005). Health information systems: failure, success and improvisation. *International journal of Medical informatics*,75, s.125-137. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2005.07.024
26. Helpap S. & Schinnenburg H. (2018). What Really Matters to Change Recipients: Dimensions of Supervisors' Change Communication. *Asia-Pacific Journal of management, research and Innovation* 13(3-4) 81-88. doi: 10.1177/2319510X18776400
27. *Helsepersonelloven*. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) §39-41)
28. Helseplattformen (2019). *Effekt mål og Endringer som kommer med Helseplattformen*. Tilgjengelig fra: <https://helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/effektmal> (hentet 22.08.2020)
29. Higgs M. & Rowland D. (2005). All Changes Great and Small: Exploring Approaches to Change and its Leadership. *Journal of Change Management*, 5(2), s. 121-151. doi: 10.1080/14697010500082902
30. Huvila I., Enwald, H., Eriksson-Backa K., Hirvonen N., Nguyen H., Scandurra I. (2018). Anticipating ageing: Older adults reading their medical records. *Information Processing & Management*, 54(3), s. 394-407. doi: 10.1016/j.ipm.2018.01.007
31. Hägglund M. & Scandurra I. (2017). Patients' Online Access to Electronic Health Records: Current Status and Experiences from the Implementation in Sweden. In *MEDINFO 2017: Precision Healthcare through Informatics A.V. Gundlapalli et al.* (Eds.), s.723-727. doi: 10.3233/978-1-61499-830-3-723
32. Kallio, H., Pietila, A.M., Johnson, M., Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954-2965. doi: 10.1111/jan.13031
33. Klein S.M (1996). A management communication strategy for change. *Journal of Organizational Change Management*, 9(2), s.32-46. doi: 10.1108/09534819610113720
34. Korstjens, I. & Moser, A. (2017) Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), s.274-279. doi: 10.1080/13814788.2017.1375090
35. Kotter J.P. (1990). *A force for change. How leadership differs from management*. New York: The free press (via Google books)
36. Kotter J.P. & Schlesinger L.A. (2008). Choosing Strategies for Change. Best of HBR. *Harvard business review*, july-august. [https://projects.iq.harvard.edu/files/sdpfellowship/files/day3\\_2\\_choosing\\_strategies\\_for\\_change.pdf](https://projects.iq.harvard.edu/files/sdpfellowship/files/day3_2_choosing_strategies_for_change.pdf)

37. Kvale, S. & Brinkmann, S. (2018). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
38. Legris, P., Ingham, J. & Colletette, P. (2003). Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model, *Information & Management*, 40, s.191–204, doi: 10.1016/S0378-7206(01)00143-4
39. Leveille S.G., Walker J., Ralston J.D., Ross S.E., Elmore J.G., Delbanco T. (2012). Evaluating the impact of patients' online access to doctors' visit notes: designing and executing the OpenNotes project. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 12(32). doi: 10.1186/1472-6947-12-32
40. Lusignan, de S., Mold F., Sheikh A., Majeed A., Wyatt J.C., Quinn T., Cavill M., Gronlund T.A., Franco C., Chauhan U., Blakey H., Kataria N., Barker F., Ellis B., Koczan P., Arvanitis T.N., McCarthy M., Jones S., Rafi I. (2014). Patients' online access to their electronic health records and linked online services: a systematic interpretative review. *BMJ Open*, 4, e006021. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006021
41. Metselaar, E. E. (1997) *Assessing the willingness to change. Construction and validation of the DINAMO*. Amsterdam: VU-huisdrukkerij.
42. Mintzberg H. & Waters J.A. (1985). Of Strategies, Deliberate and Emergent. *Strategic Management Journal*, 6(3), s.257-272. stable URL: <https://www.jstor.org/stable/2486186>
43. Mintzberg H. (1987). The Strategy Concept I: Five Ps For Strategy. *California Management Review*. 30(1), s.11-24. doi: <https://doi.org/10.2307/41165263>
44. Mold F., Lusignan de S., Sheikh A., Majeed A., Wyatt J.C., Quinn T., Cavill M., Franco C., Chauhan U., Blakey H., Kataria N., Arvanitis T.N., Ellis B. (2015). Patients' online access to their electronic health records and linked online services: a systematic review in primary care. *British Journal of General Practice*, 65(632), s. e141-151. doi: 10.3399/bjgp15X683941
45. Moll J., Rexhepi H., Cajander Å., Grünloh C., Lic T., Huvila I., Hägglund M., Myreteg G., Scandurra I., Åhlfeldt R-M. (2018). Patients' Experiences of Accessing Their Electronic Health Records: National Patient Survey in Sweden. *J Med Internet Res*, 20(11), s. e278. doi: 10.2196/jmir.9492
46. Monga, O. P. & Monga, A. (2016) Transforming Leadership and Organizational Development: Some Reflections from Institution of Higher Learning in Humachal Pradesh, *American International Journal of Research in Humanities, Arts and Social Science*, 16(1), s.28-33. [https://www.researchgate.net/publication/308802198 Transformational Leadership and Organizational Development Some Reflections from Institution of Higher Learning in Himachal Pradesh](https://www.researchgate.net/publication/308802198_Transformational_Leadership_and_Organizational_Development_Some_Reflections_from_Institution_of_Higher_Learning_in_Himachal_Pradesh)
47. Moser A. & Korstjens I. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), s.9-18. doi: 10.1080/13814788.2017.1375091

48. Nelson-Brantley H.V & Ford D.J. (2017). Leading change: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 73(4), s.834–846. doi: 10.1111/jan.13223
49. Palen T.E., Ross, C., Powers, J.D., Xu, S. (2012). Association of Online Patient Access to Clinicians and Medical Records With Use of Clinical Services, *JAMA*, 308(1)9, s.2012-2019. doi:10.1001/jama.2012.14126
50. *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) § 5-1.
51. *Pasientjournalforskriften*. Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften) § 11.
52. Pierce T.P, Willy C., Roncace R., Bischoff J. (2014). Extending The Technology Acceptance Model: Policy Acceptance Model (PAM). *American Journal of Health Sciences (AJHS)*, 5(2), s.129-144. doi: 10.19030/ajhs.v5i2.8963
53. Rahimi N. & Jetter A.J. (2015). Explaining Health Technology Adoption: Past, Present, Future. In *2015 Portland International Conference on Management of Engineering and Technology (PICMET)*, s.2465–2495). doi: 10.1109/PICMET.2015.7273030
54. Rainey H.G (1997). *Leadership, managerial roles and culture*. In *Understanding and managing organizations*. s. 259-293. San Francisco: Jossey-Bass.
55. Rexhepi H., Åhlfeldt, R-M., Cajander, Å., Huvila, I. (2018). Cancer patients' attitudes and experiences of online access to their electronic medical records: A qualitative study. *Health Informatics Journal*, 24(2), s.115–124. doi: 10.1177/1460458216658778
56. Robbins S.P. & Judge T.A. (2012). *Essentials of organizational behaviour*. Harlow: Pearson Education Limited
57. Rowland D. & Higgs M. (2008). *Sustaining Change: Leadership That Works*. San Francisco: Jossey-Bass.
58. Scandurra I., Jansson A., Forsberg-Fransson M-L., Ålander T. (2015). Is "patient's online access to health records" a good reform? - Opinions from Swedish healthcare professionals differ. *Procedia Computer Science*, 64, s.964-968. doi: 10.1016/j.procs.2015.08.614
59. Scandurra I. & Ålander, T. (2018). Patient Accessible EHR is Controversial: Lack of Knowledge and Diverse Perceptions Among Professions. *International Journal of Reliable and Quality E-Healthcare*, 6(1), s.29-45. doi: 10.4018/IJRQEH.2017010103
60. Salmela S., Eriksson K. & Fagerstrom L. (2012). Leading change: a three-dimensional model of nurse leaders' main tasks and roles during a change process. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), s.423–433. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05802.x

61. Salmela S. & Eriksson K. (2013). Nurse Leaders' Perceptions of an Approaching Organizational Change. *Qualitative Health Research*, 23(5) s.689–699. doi: 10.1177/1049732313481501 qhr.sagepub.com
62. Silva A. (2016). What is Leadership? *Journal of Business Studies Quarterly* 8(1), s.1-5. doi: 10.1016/j.pedn.2006.10.002
63. Stoffers J. & Mordant-Dols A. (2015). Transformational Leadership and Professionals' Willingness to Change: A Multiple Case Study in Project Management Organisations. *Human Resource Management Research*, 5(2), s.40-46. doi: 10.5923/j.hrnr.20150502.03
64. Sun Y., Wang N., Guo, X., Peng Z. (2013). Understanding the Acceptance of Mobile Health Service. *Journal of Electronic Commerce Research*, 14(2), s.183-200. <https://www.proquest.com/docview/1372758336>
65. Tanner G. & Otto K. (2016). Superior–subordinate communication during organizational change: under which conditions does high-quality communication become important? *The International Journal of Human Resource Management*, 27(1)9, s.2183-2201. doi: 10.1080/09585192.2015.1090470
66. Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utgave. Oslo, Norge: Gyldendal Norsk Forlag AS.
67. Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 19(6), s.349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042
68. Trondheim kommune (2020). *Kommunedirektørens forslag til handlings- og økonomiplan, kapittel 13 Helse- og omsorgstjenester*. Tilgjengelig fra <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/kommunedir-forslag-til-hoep> (hentet: 23.06.2021)
69. Trondheim kommune (2021). *Innføringsprosjektet for Helseplattformen / Om prosjektet*. Tilgjengelig fra: <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/helseplattformen-innforing/om-prosjektet?authuser=0> (hentet 23.06.2021)
70. Uhl-Bien M., Marion R. & McKelvey B. (2007). Complexity Leadership Theory: Shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. *The Leadership Quarterly*, 18, s.298–318. doi:10.1016/j.leaqua.2007.04.002
71. Voet, J. van der (2013). The effectiveness and specificity of change management in a public organization: Transformational leadership and a bureaucratic organizational structure. *European Management Journal*, 32, s.373–382. doi: 10.1016/j.emj.2013.10.001
72. Wal, van der Z., Hout, van E., Kwak A.J., Oude Vrieling M. (2007). Professionals en managers: waarden in een hybride praktijk. *Tijdschrift Bestuurskunde* 16(4), s 2-7.

73. Walker J, Leveille S., Bell S., Chimowitz H., Dong Z., Elmore J.G. Fernandez L. Fossa A., Gerard M., Fitzgerald P., Harcourt K., Jackson S., Payne T.H., Perez J., Shucard H., Stametz R., DesRoches C., Delbanco T. (2019). OpenNotes After 7 Years: Patient Experiences With Ongoing Access to Their Clinicians' Outpatient Visit Notes. *J Med Internet Res.*, 21(5), s. e13876. doi: 10.2196/13876: 10.2196/13876
74. [www.random.org](http://www.random.org) brukt til å velge ut random nummer til utvalg av respondenter
75. Ålander, T. & Scandurra, I. (2015). Experiences of Healthcare Professionals to the Introduction in Sweden of a Public eHealth Service: Patients' Online Access to their Electronic Health Records. *Studies in health technology and informatics*, 216, s.153-157. doi: 10.3233/978-1-61499-564-7-153
76. Øvretveit, J., Scott, T., Rundall, T.G., Shortell, S.M. & Brommels, M. (2007) Improving quality through effective implementation of information technology in healthcare, *International Journal for Quality in Health Care*, 19(5), s.259-266. doi: 10.1093/intqhc/mzm03133/978-1-61499-564-7-153



# Vedlegg

Vedlegg 1: Intervjuguide

Vedlegg 2: Informasjonsskriv inklusiv samtykkeskjema

Vedlegg 3: Godkjenning av NSD

# Vedlegg 1: Intervjuguide

## Innholdsfortegnelse

**E-post som sendes til de utvalgte intervjuobjektene**

**E-post tilbake til utvalgt leder som har takket ja til å delta**

**E-post tilbake til utvalgt leder som har takket nei til å delta**

**Muntlig introduksjon til intervjuet**

**Intervjuspørsmål**

## E-post som sendes til de utvalgte intervjuobjektene

Hei!

Jeg gjennomfører et forskningsprosjekt som en del av min masterutdanning i helseinformatikk. Masteroppgaven har som arbeidstitel: Ledernes strategier for å håndtere innføring av Helseplattformen og endringer med innbyggernes tilgang til Helseplattformen.

Helseplattformen gir mulighet for å gi innbyggere internettilgang til sin egen pasientjournal og dermed muligheter for andre former for kommunikasjon med helsepersonell enn alle er vant til. For helsepersonell kan dette bety en endring i den måten de leverer helsetjenester på og økt innbyggerinvolvering via Helseplattformen kan endre rollen og arbeidsoppgaver til helsepersonell.

I denne sammenhengen ønsker jeg å se på denne problemstillingen:  
Hvilke ledelsesstrategier bruker ledere i hjemmetjenester i Trondheim kommune for å lede innføringen av Helseplattformen og spesielt endringen om innbyggernes direkte internettilgang til pasientjournalen i Helseplattformen.

Jeg har gjort et tilfeldig utvalg blant ledere for hjemmebaserte tjenester. Du er del av utvalget. Både kommunalsjef Helse og helse- og velferdsdirektør er kjent med prosjektet og støtter at jeg tar kontakt med de utvalgte ledere.

Deltakelse til prosjektet er frivillig, så det er helt legitimt og uten noen form for konsekvenser hvis du ikke ønsker å delta. Hvis du deltar i prosjektet vil det bety at du deltar i et semistrukturert intervju med med som varer i omtrent en time. I utgangspunkt kan jeg komme til enheten din for å gjennomføre intervjuet, men hvis det passer bedre tar vi intervjuet på et møterom i byen eller digital via Teams. Jeg vil ta et lydopptak av intervjuet som jeg vil transkribere og analysere.

I [informasjonsskrivet som ligger her](#), kan du lese mer om prosjektet og hvordan jeg vil håndtere personopplysninger om deg og lydopptaket. Her står det blant annet når jeg sletter opplysninger.

Vil du bidra til forskningsprosjektet mitt?

Jeg håper på et positivt svar, men hører det også veldig gjerne hvis du ikke kan delta!

Hilsen

Laura Steinsli

telefon 40694868

## E-post tilbake til utvalgt leder som har takket ja til å delta

Hei!

Tusen takk for at du ønsker å delta i prosjektet mitt!

Jeg skal sjekke våre kalendere og prøve å finne et tidspunkt for intervjuet i nærmeste fremtid. Jeg sender deg en innkalling. Hvis tidspunktet jeg foreslår allikevel ikke passer, så bare si fra, da finner vi et annet.

Til intervjuet tar jeg med et samtykkeskjema. Dette skjemaet finner du også i informasjonsskrivet som jeg sendte deg sist og [som også ligger her](#). Fint hvis du kan lese informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet nøye. På intervjuet selv vil jeg spørre deg å fylle ut samtykkeskjemaet. Skjemaet vil jeg bevare til jeg er ferdig med prosjektet. Vi sees snart!

Hilsen

Laura Steinsli

[laura.steinsli@gmail.com](mailto:laura.steinsli@gmail.com)

telefon 40694868

## E-post tilbake til utvalgt leder som har takket nei til å delta

Hei!

Takk for svaret og for at du tok deg tid til å lese e-posten min.

Det er ingen problem at du ikke ønsker å delta i prosjektet mitt. Det er mange ting som trenger vår oppmerksomhet for tiden, og det er viktig å prioritere det man kan eller ikke kan være med på.

Vi sees, snakkes, mailes.

Hilsen

Laura Steinsli

[laura.steinsli@gmail.com](mailto:laura.steinsli@gmail.com)

telefon 40694868

## Muntlig introduksjon til intervjuet

Takk for at du tok deg tid til å delta på intervjuet.

Som jeg skrev i e-posten og informasjonsskrivet handler masteroppgaven min om ledernes strategier for å håndtere endringer som henger sammen med innføring av Helseplattformen og innbyggernes tilgang til Helseplattformen. Jeg har valgt å se på ledere i hjemmebaserte tjenester fordi jeg tror at deres ansatte vil komme til å møte brukere som virkelig kan bruke og ha nytte av de mulighetene som ligger i Helseplattformen. Å kunne bruke eller ha nytte av tilgang til eget journal vil ikke gjelde alle kommunens innbyggere. Jeg har valgt ut tilfeldig hvem som er med i utvalget for undersøkelsen. Jeg har både enhetsledere og avdelingsledere fra hjemmetjenesteenheter, fysioterapienheten og ergoterapienheten i utvalget, men aldri mer enn en leder fra en enhet.

I intervjuet skal jeg stille en del spørsmål som jeg har forberedt på forhånd, men også oppfølgingsspørsmål på basis av det du svarer på spørsmålene. Tanken er at vi gjennom intervjuet prøver å komme frem til alle tanker du har rundt temaet. Det er ingen riktig eller feil svar på spørsmålene. Det jeg ønsker å se på, er hvordan ledere i praksis leder endringen. Jeg er ikke ute etter teorier om hvordan endringer skal ledes, men ønsker å vite hva du gjør.

Jeg skal ta et lydopptak av intervjuet. Dette gjør at jeg mer presis vet hva som er sagt i intervjuet enn hvis jeg hadde tatt notater. I tillegg kan jeg holde fokuset på samtalen vår og oppfølgingsspørsmål, istedenfor å holde fokuset på skriving av notater. Etterpå skal jeg transkribere det som er sagt og bruke transkripsjonen til analysen.

Jeg har sendt deg et informasjonsskriv med et samtykkeskjema. I informasjonsskrivet har jeg beskrevet hvordan jeg vil håndtere informasjon om deg: navn, navn på enhet og funksjon og hva jeg gjør med lydopptaket. Alle personopplysninger og lydopptaket vil bli slettet etter prosjektet mitt er ferdig.

Har du noen spørsmål om dette?

Jeg har tatt med samtykkeskjemaet til intervjuet så du kan fylle det ut. Kan du fylle ut skjemaet nå?

Datainnsamlingen gjennom intervjuet skal gjennomføres slik at det ikke samles inn identifiserende opplysninger om andre personer. Det betyr at du bør være forsiktig med å bruke enkeltteksempler, og heller snakker generelt. Hvis du ønsker å gi enkeltteksempler er det viktig at det ikke på noen måte er tydelig hvem eksempelet handler om.

Da går jeg over til intervju spørsmålene og starter lydopptaket.

[Lydopptak starter og jeg sier \*dato\* og intervju med \*kode intervjuobjekt\*](#)

# Intervjuspørsmål

## Generelle spørsmål

1. Kan du beskrive hvilke mål og resultater du opplever **kommunen** ønsker å oppnå med Helseplattformen?
2. Hvilke mål eller resultater ønsker **du selv** som leder å oppnå med Helseplattformen?
3. Hva tror du Helseplattformen vil bety for deg og dine ansatte i hverdagen?
4. Hvilke forventninger har du til Helseplattformen på kort sikt og på lang sikt? (oppfølging: hva kommer det til å bidra til som er positivt for deg/dere, og hva kan være negativt med Helseplattformen)
5. Hvordan opplever du ansattes holdning til innføring av Helseplattformen?

## Strategier for implementering og operasjonisering

6. Har du eller lederteamet på enheten valgt spesifikke aktiviteter eller tiltak for å lede endringen med innføring av Helseplattformen? (oppfølging eks: hvor mye dere planlegger i forkant, hvor mye medvirkning dere organiserer for ansatte og hvordan)
7. Har du eller lederteamet på enheten valgt spesifikke aktiviteter eller tiltak for å lede endringen med økt brukermedvirkning gjennom Helseplattformen? (oppfølging eks: hvor mye dere planlegger i forkant, hvor mye medvirkning dere organiserer for ansatte og hvordan)
8. Hvordan setter dere av tid til endringen som innføring av Helseplattformen innebærer? (oppfølging: og hvor mye tid)
9. Hvordan deler du informasjon om innføringen av Helseplattformen og målene med Helseplattformen med dine ansatte?
10. Hva har du spesielt fokus på når du kommuniserer med ansatte om Helseplattformen?
11. Har det, at Helseplattformen skal innføres, allerede endret noe i de oppgavene du gjør som leder, hvordan du leder og i den relasjonen du har med ansatte?

12. Har du tenkt på hvordan du vil få oversikt over hva de forskjellige ansatte trenger av støtte og veiledning i innføringen av Helseplattformen?

### **Tilgang innbyggere/brukere**

*Innbyggere vil få tilgang til deler av informasjonen som ligger i pasientjournalen i Helseplattformen. I tillegg vil det være mulighet til å kontrollere, korrigere og komplettere egne helseopplysninger. Tanken er at dette vil gi innbyggerne bedre oversikt og mer kontroll over eget behandlingsforløp, og sette den enkelte i stand til å ta en mer aktiv del i egen behandling. Helseplattformen skal også understøtte tjenestene og fremme dialog, samspill, informasjon, innsikt og trygge pasient/pårørende/ansatte i hverdagen og i utøvelsen av tjenestene.*

13. Hvordan tror du tilgang til Helseplattformen for innbyggere/brukere vil brukes, eller fungere i praksis?
14. Hvem tror du denne tilgang vil være relevant for, hvilke bruker/innbyggergrupper?
15. Hva tror du innbyggere/brukere vil komme til å benytte sin tilgang til Helseplattformen til?
16. Hvordan tror du tilgang til Helseplattformen for innbyggere vil påvirke hverdagen til dine ansatte?»
17. Hvilke holdninger opplever du dine ansatte har om tilgang til Helseplattformen for innbyggere/brukere?
18. Hva betyr økt bruker- eller innbyggermedvirkning for deg som leder, uavhengig av Helseplattformen?
19. Vil brukerens tilgang til Helseplattformen ha en betydning for rollen helsepersonell har i forhold til brukere, vil det endre noe i relasjonen mellom helsepersonell og brukere?

### **Motstand**

*Ansatte kan vise motstand mot endringer og innføring av teknologi. Dette kan skje passiv eller aktiv.*



*Motstand trenger ikke å være noe negativt, men kan bidra til å gjøre endringen eller teknologien bedre tilpasset til praksisen. Passiv motstand mot teknologi er for eksempel at noen lar være å ta i bruk hele eller deler av teknologien eller finner måter å jobbe gjennom det de synes ikke fungerer eller er vanskelig med systemet. Aktiv motstand er mer synlig og kan bestå av protester mot endringen, å nekte å endre det som er planlagt eller å komme med motargumenter.*

20. Hvordan pleier du å håndtere det når du merker at ansatte ikke vil bruke for eksempel nye arbeidsmetoder eller ny teknologi?
21. Tror du at du har ansatte som vil motsette seg bruk av Helseplattformen og har du et bilde av hva som kan ligge bak det?
22. Tror du at det er ansatte som vil motsette seg brukertilgang til Helseplattformen på en eller en annen måte, og har du et bilde av hva som kan ligge bak dette?

# Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

## **Vil du delta i forskningsprosjektet:**

Ledernes strategier for å håndtere innføring av Helseplattformen og endringer med innbyggernes tilgang til Helseplattformen?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvilke strategier ledere i hjemmetjenester velger for å håndtere endringer som henger sammen med innføring av innbyggernes tilgang til Helseplattformen. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

### **Formål**

Jeg gjennomfører dette prosjektet som del av en masterutdanning i helseinformatikk. Jeg bruker dataene jeg samler gjennom prosjektet for å skrive masteroppgaven min.

Helseplattformen gir mulighet for å gi innbyggere internettilgang til sin egen pasientjournal og dermed muligheter for andre former for kommunikasjon med helsepersonell enn alle er vant til. To av effektmålene til Helseplattformen handler om denne tilgangen. Trondheim kommune har et ønske om økt involvering av innbyggere i tjenestene som kommunen leverer. En logisk konklusjon ut ifra denne strategien er at det er en ønsket utvikling at pasienter kan være direkte involvert i sin pasientjournal via internett.

For helsepersonell kan dette bety en endring i den måten de leverer helsetjenester på og økt innbyggerinvolvering via Helseplattformen kan endre rollen og arbeidsoppgaver til helsepersonell.

I denne sammenhengen ønsker jeg å se på denne problemstillingen i prosjektet mitt: Hvilke ledelsesstrategier bruker ledere i hjemmetjenester i Trondheim kommune for å lede innføringen av Helseplattformen og spesielt endringen om innbyggernes direkte internettilgang til pasientjournalen i Helseplattformen.

### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Masterstudent Laura Steinsli gjennomfører prosjektet og ansvarlig veileder for masteroppgaven er Pieter Jelle Toussaint som er professor på NTNU på Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Pasientgrupper som sannsynligvis kan lese og forstå en pasientjournal, og som har mulighet til å forbedre sin egen helsetilstand, er de pasientgruppene som får tilbud om tidlig innsats, hverdagsmestring og -rehabilitering. Jeg ønsker derfor å undersøke

problemstillingen min blant de ledere som har ansatte som bidrar til disse tjenester. Jeg har i første omgang valgt å ha intervju med: fire enhetsledere for hjemmetjenesteenheter, fire avdelingsledere for hjemmetjenesteenheter, enhetsleder eller avdelingsleder fra fysioterapitjenesten, enhetsleder eller avdelingsleder fra ergoterapitjenesten. Utover utvalgsriterier nevnt er de ledere som er spurt å bli med i prosjektet valgt ut tilfeldig, men det blir aldri mer enn en person fra en enhet med i prosjektet.

Både kommunalsjef Helse og helse- og velferdsdirektør er kjent med prosjektet og støtter at jeg tar kontakt med de utvalgte ledere.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Din deltakelse til prosjektet vil bestå av å delta på et semistrukturert intervju som varer i omtrent en time. Vi setter av en time til intervjuet. I utgangspunkt kan jeg komme til enheten din for å gjennomføre intervjuet, men hvis det passer bedre tar vi intervjuet på et møterom i byen eller på Teams (NTNUs verktøy for videomøter). Jeg vil ta et lydopptak av intervjuet som jeg vil transkribere og slette etter jeg er ferdig med prosjektet. Det transkriberte materialet skal jeg analysere. I transkripsjonen vil det stå en kode for å identifisere hvem som var intervjuet. I et annet dokument vil jeg koble denne koden til ditt navn, navn på enheten din og funksjonen din, men det vil ikke stå noen andre personopplysninger. Etter jeg har gjennomført alle intervju og analysert alle data, sletter jeg det dokumentet som kobler nummer til dine opplysninger og da kan transkripsjonen ikke lenger kobles til deg.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Det vil heller ikke ha noe å si for vårt forhold som kolleger hvis du ikke ønsker å delta. Hvis du vil trekke samtykket på et tidspunkt i prosessen kan du ringe meg eller sende en e-post, så sletter jeg opplysningene.

### **Ditt personvern – hvordan jeg oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene jeg har fortalt om i dette skrevet. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Det er bare jeg som vil ha tilgang til opplysningene og data
- Navnet og kontaktopplysningene dine (e-postadresse) vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen liste adskilt fra øvrige data. Lydopptaket gjøres på en telefon med automatisk tastelås. Lydopptaket vil bli slettet fra telefonen så snart det lastet ned på disk. Etter jeg er ferdig med prosjektet vil lydopptaket bli slettet.

Du vil ikke kunne gjenkjennes i masteroppgaven min. I masteroppgaven vil jeg ikke bruke navnet ditt eller andre personopplysninger som kan traseres tilbake til deg.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene anonymiseres når masteroppgaven er godkjent, noe som etter planen er rundt sommeren 2021. Personopplysninger om deg vil bli slettet og dette gjelder også lydopptaket.

## Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

## Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Jeg behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

## Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Laura Steinsli, e-post [laura.steinsli@gmail.com](mailto:laura.steinsli@gmail.com), telefon 40694868, eller Institutt for datateknikk og informasjonsvitenskap ved professor Pieter Jelle Toussaint, e-post [pieter@ntnu.no](mailto:pieter@ntnu.no).
- Personvernombud på NTNU Thomas Helgesen, [thomas.helgesen@ntnu.no](mailto:thomas.helgesen@ntnu.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Masterstudent

Prosjektansvarlig

Laura Steinsli

Pieter Jelle Toussaint

---

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Ledernes strategier for å håndtere endringer som henger sammen med innføring av innbyggernes tilgang til Helseplattformen, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

# Vedlegg 3: Godkjenning NSD

22.6.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



## **NSD sin vurdering**

### **Prosjekttittel**

Ledernes strategier for å håndtere innføring av Helseplattformen og endringer med innbyggernes tilgang til Helseplattformen

### **Referansenummer**

849191

### **Registrert**

13.09.2020 av Laura Steinsli - laura.steinsli@ntnu.no

### **Behandlingsansvarlig institusjon**

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for informasjonsteknologi og elektroteknikk (IE) / Institutt for datateknologi og informatikk

### **Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)**

Pieter Jelle Toussaint, pieter@ntnu.no, tlf: 40646586

### **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

### **Kontaktinformasjon, student**

Laura Steinsli, laura.steinsli@gmail.com, tlf: 40694868

### **Prosjektperiode**

01.10.2020 - 31.07.2021

### **Status**

12.10.2020 - Vurdert

### **Vurdering (1)**

---

#### **12.10.2020 - Vurdert**

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen. Vi forutsetter da at den gjennomføres i tråd med meldeskjemaet med vedlegg den 06.10.2020, meldingsdialogen, og vurderingen her. Behandlingen kan starte.

#### **FORSKNING PÅ EGEN ARBEIDSPASS**

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/5f0489d1-e952-4f0a-9228-b585e3540b5b>

1/3

Datainnsamlingen vil foregå på egen arbeidsplass, i form av intervju med mellomledere. Vi har påpekt at dobbeltrollen som forsker og leder/kollega medfører enkelte forskningsetiske utfordringer.

Vi legger til grunn at de forskningsetiske sidene ved prosjektet er drøftet med veileder, slik at prosjektet gjennomføres i tråd med NTNUs retningslinjer på dette området.

Vi minner om at du i masterprosjektet kun kan bruke de dataene du innhenter i rollen som forsker, og ikke annen informasjon som du har om mellomlederne fra før. Og opplysninger om mellomlederne som kommer frem i forbindelse med forskningen, kan du ikke uten videre bruke i din rolle på arbeidsplassen.

#### IKKE OPPLYSNINGER OM TREDJEPERSON

Datainnsamlingen skal gjennomføres slik at det ikke samles inn identifiserende opplysninger om tredjeperson (ledere, ansatte, kollegaer og brukere).

Vi minner om at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates ved omtale av tredjeperson. Det gjelder for eksempel alder, kjønn, stilling, avdeling, spesielle hendelser, diagnoser eller andre forhold som gjør det mulig å gjenkjenne enkeltpersoner. Informantene bør være forsiktige med å bruke enkelttekstempler, og heller snakker generelt, f.eks. om ansattes holdninger, motstand, medvirkning og behov for støtte/veiledning.

Vi anbefaler at du minner deltagerne om dette før intervju.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.07.2021. Opptak, navn, koblingsnøkkel og andre personidentifiserende opplysninger skal da slettes.

Vi legger til grunn at du er nøye med anonymiseringen av deltagerne i publikasjoner, ettersom mange vil vite hvor datainnsamlingen er gjennomført. Ingen enkeltpersoner skal kunne gjenkjennes, verken direkte eller indirekte.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra forskningsdeltagerne til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

For å ivareta frivilligheten, understrekes det overfor utvalget ved rekruttering/intervju at det er frivillig å delta i forskningen, og at det ikke vil ha noen konsekvenser for arbeidsrelasjonen hvis de ikke ønsker å delta, eller senere trekker seg.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha rett til innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20).

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har NTNU som behandlingsansvarlig plikt til å svare innen en måned.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger videre til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

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

Vi legger til grunn at mellomlagring av lydopptak på mobiltelefon avklares med veileder/NTNU, ettersom dette vil innebære en behandling av personopplysninger på private enheter. Et alternativ dere kan undersøke, er om opptak kan gjøres via Nettskjema-diktafon hos UIO, som NTNU har avtale med.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

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

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)



