

Anne Ringnes

Medvirkning ved digitalisering i helsetjenesten

Hva må til for at leger kan ha reell medvirkning
på digitalisering i helsetjenesten?

Masteroppgave i organisasjon og ledelse

Veileder: Heidrun Åm

September 2023

Anne Ringnes

Medvirkning ved digitalisering i helsetjenesten

Hva må til for at leger kan ha reell medvirkning på digitalisering i helsetjenesten?

Masteroppgave i organisasjon og ledelse
Veileder: Heidrun Åm
September 2023

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



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Norsk helsetjeneste blir stadig mer digitalisert, og det er store forventninger til at det skal gi høyere effektivitet, bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet. Det har imidlertid vært flere både mislykkede og mindre vellykkete digitaliseringsprosjekter de siste årene. Det er interessant å søke etter hva som er årsakene til at man ikke har lyktes. Ett moment som nevnes ofte er at de nye, digitale løsningene ikke er tilpasset den kliniske hverdagen. Tidligere forskning viser at brukermedvirkning har en betydelig rolle for suksessen for digitaliseringsprosjekter, og at det fører til høyere brukertilfredshet og -aksept. For å undersøke effekten av klinikermedvirkning i digitaliseringsprosjekter i norsk helsetjeneste, har jeg valgt følgende problemstilling:

Hva må til for at leger kan ha reell medvirkning på digitalisering i helsetjenesten?

For å undersøke denne problemstillingen har jeg valgt ut et pågående prosjekt som omhandler digitalisering av legemiddelområdet som skal sikre riktig legemiddelbruk og øke pasientsikkerheten. Prosjektet går for å være godt drevet med utstrakt medvirkning av legene. For å kartlegge legenes erfaringer med klinikermedvirkning i dette prosjektet, gjennomførte jeg semistrukturerte interjuver. En stegvis-deduktiv induktiv metode ble brukt, der interjuvene ble kodet og analysert basert på teori og tidligere forskning.

Resultatene viser at det er et gap mellom forståelsen av hvordan arbeidsoppgaver blir gjort og hvordan de faktisk gjøres, og indikerer derfor at videre forskning på medvirkning er viktig fremover. Suksessen med dette prosjektet er at legene har klart å kommunisere sine behov til utviklerne, slik at de sammen har klart å implementere gode digitale løsninger som møter reelle behov i helsetjenesten. Informantene fremstiller prosessen både som berikende, men også utfordrende.

Abstract

The Norwegian healthcare service is becoming increasingly digitized, and there are high expectations that this will lead to greater efficiency, improved quality, and increased patient safety. However, there have been several unsuccessful and less successful digitization projects in recent years. It is interesting to explore the reasons for these failures. One frequently mentioned factor is that the new digital solutions are not tailored to the clinical everyday life. Previous research indicates that user involvement plays a significant role in the success of digitization projects, leading to higher user satisfaction and acceptance.

To investigate the impact of clinician involvement in digitization projects within the Norwegian healthcare service, I have chosen the following research question:

What is required for physicians to have genuine influence on digitalization in the healthcare service?

To address this research question, I have selected an ongoing project that focuses on digitizing the area of medication management to ensure correct medication use and increase patient safety. The project is known for being well-managed and involving extensive participation from physicians. To assess physicians' experiences with clinician involvement in this project, I conducted semi-structured interviews. A stepwise-deductive inductive method was employed, where the interviews were coded and analyzed based on theory and previous research.

The results indicate a gap between the understanding of how tasks are supposed to be performed and how they are actually carried out, suggesting that further research on involvement is crucial moving forward. The success of this project lies in the fact that physicians have effectively communicated their needs to the developers, enabling them to collaboratively implement effective digital solutions that address real needs in the healthcare service. The informants describe the process as both enriching and challenging.

Forord

Denne masteroppgaven er en avslutning på en erfaringsbasert mastergrad i organisasjon og ledelse ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim. Det har vært interessant å arbeide med en aktuell problemstilling og gjøre et dypdykk i legers medvirkning i digitaliseringsprosesser. Jeg vil takke mine informanter som tok seg tid og delte sine erfaringer og kom med viktige refleksjoner.

Tusen takk til min gode veileder, Heidrun Åm, for deling av kunnskap og konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen med masteroppgaven. Hun har vært faglig trygg og motiverende.

Min mastergrad er en spesialisering innen organisering, samfunn og endring (tidligere innovasjon og endringsledelse). Det har vært givende og arbeidskrevende å ta en masterutdanning ved siden av full jobb. Samtidig har jeg tilegnet meg mye ny og nyttig kunnskap i tillegg til læringsrike erfaringer. Det har vært en glede å bli kjent med andre studenter fra et bredt spekter av samfunnsområder og næringsliv. Jeg vil takke min arbeidsgiver, Den norske legeforening, som har lagt til rette for at jeg kunne gjennomføre studiene.

Til slutt vil jeg gi en stor takk til familie, venner, kolleger og ledere som har støttet og oppmuntret meg underveis i denne prosessen.

Anne Ringnes

Gjettum, 1. september 2023

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	1
Abstract	2
Forord	3
Figurer	6
Tabeller	6
1. Innledning	7
1.1 Bakgrunn	8
1.2 Tema og problemstilling	9
1.3 Introduksjon til caset	10
2. Teori, sentrale begreper og tidligere forskning	11
2.1 Hva er medvirkning i arbeidslivet?	11
2.2 Sosioteknisk teori	12
2.2.1 Forholdet mellom teknologi og mennesker	13
2.2.2 Neo-sosioteknisk teori	14
2.3. Digitalisering av arbeidsprosesser	14
2.4. Grader av medvirkning	16
2.4.1 «Talking the talk»	19
2.5. Erfaringer fra medvirkning	20
2.6. Organisasjonsendring og digitalisering i ett	20
2.7. Virkninger av medvirkning	21
3. Metode	22
3.1. Forskningsdesign: Kvalitativ case-studie	22
3.2. Forberedelser: utvalg og intervju	23
3.4. Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI)	25
3.5. Koding	27
3.6. Refleksjoner om reliabilitet, gyldighet og generaliserbarhet	28
3.7. Forskningsetiske hensyn	28
4. Empiri/rapport	30
4.1 Utvikling av problemforståelse	30
4.2. Tillit og åpenhet	33
4.3. Egnethet og engasjement	34
4.3.1 Rekruttering	34
4.3.2. Ulike verdener som jobber sammen	35
4.4. Forståelse av egen og andres roller i medvirkning	36
4.4.1 Bad guy	37
4.5. Legenes innflytelse	38

4.6. Ressurser som forutsetning	39
4.6.1. Tid	40
4.6.2. Finansiering.....	41
4.7. Ønske om aktiv deltakelse	42
4.8. Spilleregler og byråkrati.....	43
4.9 Status: utfordringer for prosjektet	44
5. Drøfting	46
5.1. Å bygge bro	46
5.2. Å forstå arbeidsprosesser.....	46
5.3. Medvirkningskompetanse.....	48
5.4. Helhetlig fra begynnelsen av	48
5.5. Brukervennlighet	49
5.6. Arbeidstilfredshet.....	49
5.7. Konseptualisering	50
6. Konklusjon.....	51
7. Litteraturliste	53
Vedlegg	61

Figurer

Figur 1 Fremstilling av deltakende design	17
Figur 2 Fremstilling av det sosiotekniske rammeverket.....	12
Figur 3 Fremstilling av SDI-metoden	26

Tabeller

Tabell 1 Eksempel på koding	28
-----------------------------------	----

Ordliste

Designer: utformer brukergrensesnittet for IKT-verktøy.

Digitale verktøy: en samlebetegnelse for teknologiske løsninger til bruk for å løse oppgaver i helsetjenesten

E-helse: bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi for å gi effektivitet, kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten.

IT-arkitektur: struktur og plan for ulike IT-løsninger og hvordan de fungerer i forhold til hverandre, passe sammen og hvordan løsningene skal brukes i sammenheng.

IT/IKT: informasjonsteknologi og kommunikasjonsteknologi

Legemiddelsamstemming: en oppdatering av pasientens faktiske legemiddelbruk

Løsning: et digitalt verktøy som kan benyttes til å løse beslektende oppgaver.

System: et helhetlig informasjonssystem som samler inn, bearbeider, lagrer, overfører og bearbeider informasjon og består av flere løsninger.

Utvikler/systemutvikler: lager data- og informasjonssystemer og programvare og vedlikeholder dette.

Virksomhetssystem: et digitalt system som dekker mange behov i en organisasjon.

1. Innledning

Helsetjenesten er i høy grad under press både i Norge (NOU 2023: 4, NOU 2023: 8, Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, 2023) og internasjonalt, på flere nivåer (Figueroa et al., 2019). På makronivå nevnes epidemiologiske og demografiske faktorer som endringer i sykdomsbildet og befolkningssammensetning. I Norge vil det allerede i 2030 være flere eldre enn barn (SSB, 2023). En eldre befolkning medfører flere syke pasienter og en større andel kronisk syke med flere diagnoser (Barnett et al., 2012). På mesonivå er arbeidsforhold og personalressurser bekymringen. Et annet fellestrekk er at det rapporteres om høy arbeidsbelastning og underbemanning (The Guardian, 2023, British Medical Association, 2023, NRK, 2023). En av utfordringene som fremheves er mangel på helsepersonell (Lægeforeningen, 2023, Health Resources and Service Administration, 2023). Mindre anerkjennelse, redusert autonomi og åpenhet er faktorer som nevnes på mikronivå.

Sett i lys av de mange utfordringene, er det derfor nødvendig å finne løsninger som benytter tilgjengelige ressurser på en best mulig måte, slik at krav om mer produktivitet og effektivitet ikke går på bekostning av kvaliteten i helsetjenesten. Flere peker på at digitalisering kan bidra til å løse noen av utfordringene. Stortinget har i mange år framhevet hvor viktig informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er for å nå helsepolitiske mål om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk (Riksrevisjonen, 2018-2019, s. 38) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Hensikten er at bruken av teknologi og digitale verktøy forbedrer effektiviteten, tilgjengeligheten og kvaliteten på helsetjenesten. Optimismen er stor (Meld. St. 27 (2015-16)), men en helsetjeneste basert på digital understøttelse er ikke uten utfordringer. En betydelig oppgave er å utvikle trygge, digitale løsninger som egner seg til det planlagte formålet (Karlsen et al., 2020). De digitale løsningene er arbeidsverktøy for helsepersonell, dette forutsetter stabilitet og forutsigbarhet i en hverdag bestående av større kompleksitet, høyere tempo og tydelige forventninger.

Flere rapporter og mange medieoppslag har fortalt om at flere digitale løsninger i helsetjenesten ikke er egnet for dem som skal bruke løsningene. Bl.a. har Riksrevisjonen kommet med kritikk av digitaliseringsprosjekt i helsetjenesten som ble skrinlagt (Riksrevisjonen, 2018-2019). Basert på disse erfaringene, er det interessant å søke etter hvilke årsaker som ligger bak dette. Årsakene kan være mange og de varierer fra prosjekt til prosjekt og fra løsning til løsning. Samtidig er det noen erfaringer som ser ut til å gjenta seg. Én gjentakende erfaring er at de digitale løsningene ikke er tilpasset den kliniske hverdagen og brukernes arbeidsmetoder (Skrøvseth & Aanestad, 2022). Jeg er derfor nysgjerrig på hva som skal til for at helsepersonell får velfungerende digitale løsninger som gir gode arbeidsforhold. I tillegg til at ressursene i helsetjenesten blir brukt mest mulig effektivt til det beste for pasientene. Kompleksiteten varierer stort. De digitale løsningene som er tilgjengelige i helsetjenesten, bør være enkle å bruke, ikke flytte fokus fra kjerneoppgavene samt speile oppfatningen av hva som er viktig i utredning og behandling. Jeg ønsker å finne ut hva som skal til for at helsepersonell skal få delta i og påvirke prosessene, og vil i denne oppgaven undersøke legers medvirkning i et digitaliseringsprosjekt. Det utvikles en løsning som skal forbedre kvaliteten på legemiddelhåndtering. På sikt skal den tas i bruk i hele helsetjenesten, men først testes den ut i én kommune. Det er legene som er med i det prosjektet som blir intervjuet i denne oppgaven.

1.1 Bakgrunn

Det rapporteres om truet pasientsikkerhet (Helsetilsynet, 2023), om at effektiviteten reduseres (Jørgensen, 2015), om at helsepersonell ikke får gjort jobben sin og at situasjonen går utover pasientene (Meld. St. 7 (2019–2020) s. 104-105)). Dette er erfaringer som helsepersonell ofte kan kjenne seg igjen i når digitale løsninger innføres og tas i bruk (Kaipio et al. 2017). Dette har blitt et narrativ om digitalisering i helsetjenesten. Hvorfor skjer det og enda viktigere hvorfor gjentar det seg? Ofte hører vi at løsningene som er innført ikke fungerer som tiltenkt og at de er lite brukervennlige (Bygstad, 2023).

Advarsler fra leger rundt innføring av nye systemer har skjedd gjentatte ganger, senest i fjor (Simonsen & Merakerås, 2022) Ofte er reaksjonene på disse advarslene at legene og annet helsepersonell har misforstått og ikke bruker systemet riktig, og at det ligger vrangvilje bak slike advarsler. Motstand mot endring ligger i menneskets natur og kommer til uttrykk som en naturlig reaksjon hos mennesker som ønsker å beskytte sine egne interesser og innflytelse på sin egen situasjon. Motstand mot endring skyldes dermed ikke uvitenhet og manglende fleksibilitet (Martinsen, 2015). I boken *Den digitale helsetjenesten* står det at legestanden lenge kjempet mot utvikling av arbeidsprosesser, fordi man kunne oppfatte det som trivialisering av det som tidligere var oppfattet som en kunst (Hauge, 2017).

Endringskynisme defineres som en innstilling der ansatte opplever at endringene er forstyrrende, ikke medfører bedring og tar oppmerksomheten vekk fra kjerneoppgavene (Amundsen & Kongsvik, 2016). Å se organisasjonsendringer nedenfra og opp og sette ord på fenomenet endringskynisme som «endring for endringens skyld», «resirkulering av ideer», «praksisfjerne løsninger» og «pseudomedvirkning» kan gi forståelse for reaksjonene (Amundsen & Kongsvik, 2016). Fra et ledelsesperspektiv betraktes ofte motstand som noe negativt. For å håndtere endringskynisme argumenterer Amundsen og Kongsvik for at medvirkning er sentralt: «Det «å tenke og praktisere medvirkning» kan gi gode bidrag i retning av forankring, fordi ledere og ansatte på et vis må konkretisere medvirkningstekning til sin organisasjon og til sine praksiser og handlinger» (Amundsen & Kongsvik, 2019). I artikkelen *Endring i sykehus* argumenterer forfatterne at motstand har mer å gjøre med hvordan profesjonene selv utelukkes fra viktige deler av prosessen enn at endringer er spesielt vanskelig i sykehus (Heldal & Sjøvold, 2015).

Gary Yukl hevder at det er en naturlig reaksjon å motsette seg endring, fordi det ofte dreier seg om å beskytte egne interesser (2012). Aktiv motstand betegnes av ham som et tegn på sterke verdier og følelser som kan være en mulig kilde til engasjement om ansatte omvendes til støttespillere. Ansatte vil føle en sterkere tilknytning til endringsprosessen om de blir involvert. Derfor bør ledelsen utforme endringsstrategier som legger til rette for involvering og deltakelse (Yukl, 2012).

I denne oppgaven er det relevant å trekke frem endringskompetanse som en forutsetning for å lykkes med en organisasjonsendring (Schiefløe, 2021). Det kreves en modenhet i organisasjonen for nødvendige gode prosesser med planlegging, motivasjon, involvering og evaluering. Fra ledelsen kreves dette i enda større grad, både med vilje og utholdenhet. Å skape oppslutning om målrettet samarbeid gjennom å gjøre det meningsfylt, er ifølge Jan Arnulf hva ledelse innebærer (Arnulf, 2012). I kunnskapsorganisasjoner er det særlig viktig å være oppmerksom på disse områdene for

å lykkes: forståelse, forankring, forpliktelse og planlegging. Når disse ansatte skal involveres i endringsprosjekter, er dette helt sentralt å innfri (Schiefløe, 2021). «Å bli utsatt for» endringer er en tilstand som bør unngås for avverge motstand (Amundsen & Kongsvik, 2016). Det er en forskjell mellom å få endringer tredd ned over hodet og at endringer blir gjennomført.

I utgangspunktet kan endring være planlagt, men planlegging betyr ikke styring og kontroll med forhåndsprogrammerte resultater. I forståelsen her betyr planlegging i realiteten en tilrettelegging av prosesser for læring og utvikling, inkludert medvirkning. Arbeidsformer og aktiviteter kan planlegges, men resultatene avhenger av prosessens forløp og kan romme prøving og feiling underveis (Klev & Levin, 2009). Ved endringer er det essensielt at resultatet ikke er planlagt (Klev & Levin, 2009), men at planleggingen består av tilrettelegging til prosesser for læring og utvikling. Med samskapt læring vil man få bred medvirkning uavhengig av det strukturelle (Klev & Levin, 2009). For å oppnå gode endringsprosesser med reell medvirkning må det etableres en kultur og relasjonelle forhold som tar høyde for å håndtere endringsmotstand. De ansattes reaksjoner kan komme til uttrykk på ulike måter (Amundsen & Kongsvik, 2019), dette kan med forberedelser imøtegås (Schiefløe, 2021).

Ifølge Anne-Lise Fimreite som har gått gjennom endringer i offentlig sektor er det få eksempler på at endringer som er «top down»-styrt har vært særlig vellykkede (2013). Det viste seg at hvis motforestillinger hadde kommet frem i lyset ville det være større aksept for endringen. Det kan bety at endringsprosesser i offentlig sektor krever en viss grad av medvirkning for å lykkes. I Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten står det i punktet om gjennomføring: «For å lykkes i å styre og forbedre virksomheten er det avgjørende at medarbeiderne involveres aktivt. Det er de som vet hvor problemer og utfordringer oppstår i den daglige driften. De har også ofte de beste forslagene til tiltak som vil føre til forbedring.» (2017, §7d).

I stortingsmeldingen *Digital agenda for Norge* vises det til at digitalisering er et av elementene som kan bidra til produktivitetsvekst i Norge (2015-16). Det trekkes videre frem fem hovedprioriteringer i IKT-politikken. Den første hovedprioriteringen er at brukeren skal stå i sentrum. Ut fra dette er det interessant å utforske medvirkning i digitaliseringsprosesser fordi man må kunne anta at den som selv står nærmest oppgaven/utfordringen har gode forutsetninger til å bidra til å løse oppgaven. Hva skal til for å få gode digitale verktøy? Hva må endres for å oppnå vellykket digitalisering i helsetjenesten? Medvirkning kan være en del av svaret. Jeg vil i denne oppgaven se nærmere på medvirkning i digitaliseringsprosesser med utgangspunkt i legegruppen.

1.2 Tema og problemstilling

Jeg ønsker å få innsikt i legers medvirkning når løsninger for å gi digital understøttelse i helsetjenesten skal utvikles. Problemstillingen er som følger:

Hva må til for at leger kan ha reell medvirkning på digitalisering i helsetjenesten?

For å imøtekomme et stadig mer teknologidrevet/digitalisert helsevesen er det avgjørende med kontinuerlig kompetanseutvikling. Én viktig oppgave vil være å

kvalifisere helsepersonell til å medvirke å utvikle de systemene som er hensiktsmessige og nyttige for helsetjenesten; for utredning og behandling av pasienter.

I denne oppgaven er medvirkning knyttet til en virksomhet og gjelder ansatte i helsetjenesten. Medvirkning er dermed avgrenset til å gjelde arbeidslivet.

Bakgrunnen for temavalg og målgruppe er at jeg gjennom mitt arbeid har kjennskap til legegruppen, medisinsk fagutvikling og e-helse.

Jeg vil operasjonalisere problemstillingen ved å bryte den ned i noen forskningsspørsmål, for å finne svar på problemstillingen.

- *Hva kan vi lære fra bestående praksis om hva som oppleves som nyttig og hva som ikke fungerer så godt?*
- *Hvordan kan man best sikre reell medvirkning?*
- *Hva kjennetegner inkluderende, god medvirkning?*
- *Hvilken kompetanse trengs?*

Problemstillingen og forskningsspørsmålene vil relateres til aktuell teori og deretter diskuteres i drøftingskapitlet.

1.3 Introduksjon til caset

Prosjektet dreier seg om en samhandlingsløsning for legemidler med en felles digital oversikt til bruk i helsetjenesten. Utvikling og implementering har pågått i noen år. Det planlegges og utvikles nasjonalt og testes lokalt i en stor, norsk kommune. Prosjektet er ansett av mange som godt drevet med inkluderende medvirkning. Selve løsningen har potensiell meget stor verdi og vil bidra til økt pasientsikkerhet, bedre arbeidsflyt og gi nyttig, klinisk oversikt. Prosjektet er anonymisert, for selve løsningen er ikke relevant når målet er å utforske medvirkning, som er temaet for oppgaven. Den løsningen som prøves ut nå, er planlagt innført nasjonalt i 2029, men på dette tidspunktet er det et mindre prosjekt hva gjelder antall involverte. Fordi prosjektet har ord på seg for å være godt fungerende var det interessant å velge dette, for muligens å finne hvilke faktorer som gir positive utslag. Som ved all digitalisering vil også denne løsningen kreve endringer i arbeidsprosesser (Ask & Søraa, 2021).

Datainnsamlingen er begrenset til én aktørgruppe; legene. I en større oppgave ville det vært aktuelt å intervju andre i prosjektet som annet helsepersonell, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, prosjektledelse og utviklere. I oppgaven representerer legene helsepersonell som eneste gruppe, men det har her sammenheng med at det er svært få fra andre helsepersonellgrupper som deltok inngående i prosjektet på tidspunktet for datainnsamlingen.

2. Teori, sentrale begreper og tidligere forskning

Medvirkning utgjør selve kjernen i problemstillingen i denne oppgaven. I dette kapitlet redegjør jeg for det teoretiske verktøyet som er benyttet for å belyse empirien og besvare problemstillingen som er beskrevet i innledningen. Metodikk for å inkludere brukere er også beskrevet. Jeg vil nå først med grunnlag i teori om medvirkning, definere hvordan jeg har tilnærmet meg det som begrep i oppgaven.

2.1 Hva er medvirkning i arbeidslivet?

Medvirkning i arbeidslivet defineres gjerne som en situasjon der ansatte som befinner seg på ulike hierarkiske nivåer har innflytelse gjennom beslutning (Locke & Schweiger, 1979, Wagner, 1994). Det er blitt påpekt at medvirkning må ses som en prosess, ikke bare som det å uttrykke sin oppfatning på et gitt tidspunkt (Tisdall, 2010). En forutsetning som ligger til grunn er at partene har grunnleggende felles interesser og jobber mot et felles mål, selv om de kan være uenige om hvordan de skal nå målet best mulig.

Som verktøy kan medvirkning være en del av en organisasjons tilnærming til endringer. Endring måles gjennom empirisk observasjon fra et tidspunkt til et annet tidspunkt (Jacobsen, 2012). For å fastslå at endring har skjedd i en organisasjon må man kunne sammenlikne samme organisasjon på to ulike tidspunkter (Jacobsen, 2012). Utvikling og endring berører organisasjoner på forskjellig vis. For å tilrettelegge for dette kan medvirkning påvirke slike prosesser og bidra til verdiskaping.

Medvirkning er forankret i den norske modellen og formalisert i lovverket (Levin, 2012). Plikt til medvirkning er nedfelt i arbeidsmiljøloven (2005, §2-3). Der er det knyttet til HMS og arbeidsmiljø. Det står bl.a.: «... og [arbeidstaker] skal aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø».

I arbeidslivet brukes en del andre begreper som er tilgrensede ord til medvirkning som bl.a. medbestemmelse, involvering og myndiggjøring. Medbestemmelse er tett knyttet til regelverk og formalia mens involvering kan være en løsere, ikke-systematisk tilnærming enn medvirkning. Involvering sammenstilles ofte med forankring som ikke nødvendigvis innebærer medvirkning, men der åpenhet står langt fremme. Myndiggjøring som kommer fra det engelske «empowerment», innebærer i denne sammenheng at ansatte på alle nivåer får tilgang til kunnskap, tillit og myndighet til å bruke egen dømmekraft for å ta viktige beslutninger (Spreitzer, 1996, s. 484). Myndiggjorte ansatte er ansvarlige, selvstendige som er satt i stand til («empowered»), til å ta beslutninger på områder der de er kompetente.

I helsesektoren er begrepet brukermedvirkning utbredt. Da er det representanter for pasientene det dreier seg om, gjerne brukerrepresentanter fra pasientorganisasjoner (Helse Sør-Øst, 2017, s. 4-5), men begrepet brukes samtidig om medvirkning fra kliniske fagmiljøer. Disse to ulike representasjonene gjelder begge brukere, men å differensiere på hvilket tidspunkt, i hvilket omfang og hvordan de involveres, kan presiseres. Når det dreier seg om digitalisering, er ikke nødvendigvis brukerne de som mottar tjenesten, her pasienter i helsetjenesten, men gjerne de som utfører en tjeneste, her helsepersonell. I den forbindelse bør oftere begrepet klinikermedvirkning eller klinikerinvolvering brukes, for det er er ment å illustrere aktiv, faglig samhandling med bruk av formelle

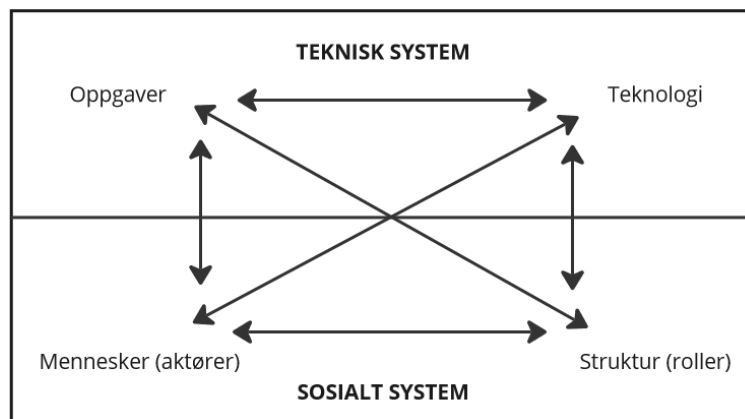
samarbeidsstrukturer. Det er denne formen for medvirkning som denne oppgaven handler om.

Medvirkning utforsket i denne oppgaven dreier seg om organisasjoner som et sykehus, en helseregion eller en del av helsetjenesten med digitalisering for å dekke nasjonale, regionale eller lokale behov.

I neste delkapittel skal jeg se på medvirkning og hvordan mennesker og organisasjoner blir påvirket av teknologi, fra et organisasjonsteoretisk perspektiv.

2.2 Sosioteknisk teori

Innen organisasjonsteori gjorde sosioteknisk teori seg gjeldende fra 1950- og 1960-tallet. Den hadde sitt utspring fra human relations-tradisjonen som vektla de psykologiske og sosiale faktorene i arbeidslivet (Mayo, 1933). Grunntanken i et sosioteknisk perspektiv er at sosiale, tekniske og organisatoriske aspekter ikke kan skilles fra hverandre (Cherns, 1976). Teorien tar opp i seg kompleksiteten i samspillet mellom mennesker og teknologi, og hvordan dette samspillet former både individ- og samfunnsnivå. Det er en erkjennelse av at teknologi ikke bare er et nøytralt verktøy, men er vevd inn i mange kontekster som påvirker oss. I arbeidslivet kan produktivitet og arbeidsvilkår forbedres ved å gjennomføre en «felles optimalisering» av de to systemene, dvs. en gjensidig tilpasning som ikke bare tilfredsstiller produktivitetskrav, men også menneskelige behov i arbeidssammenhengen. Det sosiotekniske åpner opp for «både og» (Ask & Søraa, 2021).



Figur 1 Fremstilling av det sosiotekniske rammeverket, modifisert

Det norske arbeidslivet ble påvirket av de sosiotekniske ideene som demokratisert organisering av industrielt arbeid tok dette opp i seg (Thorsrud & Emery, 1969). Historisk sett fikk dette betydning for arbeidernes videre medvirkning med utgangspunkt i fagforeningene. Dette kan overføres til dagens digitalisering i arbeidslivet. Teknologi anvendes av og for mennesker, og derfor må den ses i en sosial sammenheng. Kun å innføre et nytt digitalt system vil ikke fungere hvis det ikke utvikles og ses sammen med arbeidsorganisering- og -oppgaver. Sett fra det sosiotekniske perspektivet skal en digitaliseringsprosess fremheve at prosessene er meningsskapende, i den forstand at det ikke bare handler om teknikk eller hvilken mening den digitale teknologien får, men det skal også være avgjørende for hvordan den skal virke.

Et tidlig digitaliseringseksempel fra helsetjenesten som søkte å romme arbeidets behov fremfor å automatisere arbeidet, som nevnes i Aanestad og Claussens artikkel, er

Florence-prosjektet på Voksentoppen senter for astma og allergi (1983-1987) og kardiologisk avdeling ved Ahus (1986-1987) (2010, s. 22-23). Ved utvikling av IKT-støtte for sykepleiere ble det gjort observasjoner av hvordan arbeidsoppgaver ble utført. Intensjonen var at verktøyet som skulle utvikles, skulle bidra til å gi arbeidet verdi og nytte for brukeren, ikke bare organisasjonen.

2.2.1 Forholdet mellom teknologi og mennesker

Teknologi er et resultat av menneskelig handling, men har i seg strukturer som er fysisk konstruert av aktører i en lokal setting (Orlikowski, 2000). Teknologi er også sosialt konstruert gjennom at aktørene tillegger teknologi mening og egenskaper. Når teknologi er utviklet og implementert, er det imidlertid en tendens til at den blir institusjonalisert og mister kontakt med de som konstruerte den eller ga den mening, og den ser da ut til å bli del av objektive, strukturelle egenskaper i organisasjonen (Orlikowski & Scott, 2008). Teknologit utvikling og teknologibruk er derfor to forskjellige ting. Etter hvert som man arbeider, lager man en slags standard for hvordan arbeidet utføres. Det blir institusjonalisert. Ved utvikling og design av teknologi tas det valg som påvirker i hvilken grad brukerne kan utføre oppgavene på en fleksibel eller bundet måte. Wanda J. Orlikowski presenterer et eksempel om en virksomhet som innførte Notes, et e-postsystem for å øke kommunikasjon og informasjonsdeling (1992a). Effektiviseringen av informasjonsflyt som følge av systemet ble som forventet. Men mindre sosial interaksjon og muntlig kontakt ble ansett som utilsiktede konsekvenser i den sosiale konteksten. Handlinger og atferd tilknyttet teknologi har dermed en direkte effekt (tilsiktet, men også utilsiktet) på de lokale betingelsene. Indirekte effekter (ofte utilsiktet) skjer ofte i det institusjonelle miljøet. Dette kan fremtvinge forandring av etablerte regler og prosedyrer i strukturene. Disse konsekvensene kan fremprovosere en annen bruk av teknologien enn hva som var tenkt, og teknologien kan forandre den sosiale konteksten betraktelig. Som en konsekvens av dette kan handling og atferd hos aktører ha utilsiktede og utilsiktede konsekvenser for å ta i bruk teknologien. Det teknologien betyr i praksis, er ikke gitt på forhånd, men viser seg først i hva aktørene faktisk gjør og får til.

Teknologi er skapt og endret av menneskelig handling, men blir også brukt av mennesker for å oppnå handling. Dette kaller Orlikowski «the duality of technology» (1996). Det oppstår et gjensidighetssforhold mellom teknologi og mennesker. Hun påpeker også teknologiens rolle som en gjensidig interaksjon mellom menneskelige aktører og teknologi, og dermed både strukturelt og sosialt konstruert.

Studier av kunnskap, teknologi og samfunn (Science and Technology Studies - STS) har ulike perspektiver på å forstå sammenhenger mellom teknologi, vitenskap og samfunnsutvikling. Det er et tverrfaglig forskningsfelt som inkluderer både de sosiale og teknologiske prosessene i samfunnsutvikling, individutvikling og organisasjonsutvikling (Skjølsvold, 2015). Det er en vekselvirkning og sammenheng, uten at effekter er forutbestemt. Teknososiale prosesser kan være hvordan utvikling og implementering av ny teknologi blir en del av arbeidslivet. Skjølsvold viser i to kapitler til innflytelse av publikums rolle i utforming av teknologi og til teknologi og brukerne (2015, kap. 5, kap. 7). Reell medvirkning kan være en måte å ivareta det aspektet.

2.2.2 Neo-sosioteknisk teori

En videreutvikling av sosioteknisk teori er neo-sosioteknisk teori der mangesidigheten og rekkevidden av teknologi er inkludert. De teknologiske elementene blir del av flere sosiotekniske systemer som avdelinger og organisasjoner, og er ikke bare mellom en organisasjon/enhet og teknologiske elementer (Winter et al., 2014). Det er langt videre enn de tradisjonelle infrastrukturene og organisatoriske kontekstene som tidlig innføring av teknologi forholdt seg til. Organisasjoner har overordnede mål, arbeidsrutiner og tekniske systemer som skal støtte disse rutinene. Denne teorien er en tilpasning til kompleksiteten og utviklingen innen IKT, og egner seg for helsetjenesten som kjennetegnes av en sammensatt organisering og har samhandling som mål.

Endringer i arbeidsprosesser som knytter seg til helsehjelp, skiller seg fra mange andre felt ved å være temmelig detaljert regulert slik at endring i virksomhetenes arbeidsprosesser ofte vil kreve endring i lovgivning (Befring & Sand, 2020). Kompleksiteten som den neo-sosiotekniske retningen beskriver kan eksemplifiseres med de regulatoriske endringene som måtte til for å innføre digital kjernejournal. Kjernejournal sammenstiller vesentlige helseopplysninger på individnivå og effektiviserer dermed helsehjelp fra det offentlige til den enkelte pasient. I den forbindelse måtte det etableres en hjemmel i pasientjournalloven og utarbeides et regelverk for å sikre personvernet (pasientjournalloven og kjernejournalforskriften). Pga. kompleksiteten får teknologien konsekvenser langt utover infrastrukturene som utgjør helsetjenesten.

For å optimalisere drift er det nødvendig med enighet innad i organisasjonen om hva som er de felles målene og å støtte arbeidsoppgavene. Da kan man imøtekomme utfordringer som går på tvers av avdelinger og organisasjoner. Forskerne påpeker at de organisasjonene som lykkes med interaksjon mellom teknologi og mennesker, evner å støtte ytelse, de løpende forhandlingene om strukturen og betydningen av de arbeidsoppgavene som skal gjøres. Dette fremheves at samspillet mellom organisasjoner, mennesker og teknologi er hovedessensen i det som i litteraturen omtales som digitale infrastrukture (Bygstad, 2017). Digital infrastruktur må fungere på tvers av myndighetsnivå, sektor- og samfunnsområder (NOU 2013: 2), og er datasamlinger og systemer som muliggjør utvikling av tjenester.

Med dette som utgangspunkt, er det viktig å være observant på hvordan endringer påvirker organisasjoner og strukturer. Samspillet mellom teknologi og menneske må ses slik at digital arbeidsflyt ikke kun har en teknisk side, men også støtter utførelse av arbeidsoppgaver for på den måten å nå organisasjonens mål.

Innsikt i arbeidsprosesser har nær sammenheng med brukervennlighet ved systemer og løsninger.

2.3. Digitalisering av arbeidsprosesser

I oppgaven er denne definisjonen av digitalisering brukt (Ask & Søraa, 2021):

«Digitalisering innebærer sosiale og teknologiske endringer knyttet til utvikling, innføring og/eller bruke av digital teknologi. Digitalisering innebærer både teknologisk endring i form av digitisering (der verden oversettes til et maskinlesbart format) og sosial endring der samfunn, grupper og individer omorganiseres rundt og med ny teknologi.»

I denne sammenheng dreier det seg om digital understøttelse av levering av helsetjenester. Definisjonen har en sosioteknisk tilnærming.

Almklov & Antonsen beskriver digitalisering som det å bruke digital teknologi til å støtte utførelse og kontroll av arbeidsprosesser (2020, s. 4). Forfatterne understreker dermed forholdet mellom løsningene og arbeidet det legges til rette for å få utført. Derfor er det avgjørende å forstå hvordan systemene tilrettelegger for arbeid. Men hva er arbeidet som utføres? Mye av det som gjøres, er usynlig, men kan være helt avgjørende for å få jobben gjort (Suchman, 1987). Da er det et paradoks at jo lenger man er fra faktisk arbeidsutførelse, desto mer stereotypisert blir forståelsen av hva arbeidet består av (Suchman, 1987). Dette er en utfordring fordi standarder vil ha representasjoner av arbeid, her for digitale løsninger. Representasjon av arbeid vil være et utvalg av arbeidsoppgaven. f.eks. at en digital løsning bare dekker deler av arbeidet som skal gjøres. Med andre ord betyr det at slike representasjoner aldri vil kunne fange opp alt det som inngår i en arbeidsoppgave/-flyt. Utvalg eller deler av arbeidsprosesser vil fremheve noen aspekter ved arbeidet på bekostning av andre.

Erik Hollnagel som forsker på kvalitet i helsetjenesten, beskriver «work as imagined» som det myndigheter, utviklere og ledere mener er arbeidet, eller slik det bør være, og som blir grunnlaget for satsinger, utvikling og implementering (2015). Det motsatte er det arbeidet som faktisk utføres i helsetjenesten og som virkelig skjer, «work as done». «Work as imagined» dreier seg om forskjellen mellom hvordan man forestiller seg at arbeid blir utført og hvordan det faktisk skjer. «Work as imagined» refererer til den opprinnelige planen eller ideen om hvordan arbeidet skal utføres. Det er den teoretiske, ideelle fremstillingen av prosessen og resultatene, slik den ble tenkt av planleggere og ledelse. «Work as done» refererer til den faktiske utførelsen av arbeidet slik det skjer i virkeligheten. Det tar hensyn til de faktiske utfordringene, hindringene, endringene og tilpasningene som ble gjort underveis. Dette perspektivet vektlegger hva som faktisk oppnås, ikke om det stemmer nøyaktig overens med den opprinnelige ideen eller planen. Forskjellen mellom de to kan være betydelig, særlig i komplekse organisasjoner som helsetjenesten. Å forstå gapet mellom de to perspektivene kan bidra til å identifisere hva utvikling av digitale løsninger må inkludere. Samtidig har begge perspektivene en egen verdi, for der «work as imagined» gir retning, mål og plan, gir «work as done» innsikt i arbeidsutførelse i den virkelige verden og kan hjelpe til å tilpasse prosessen.

Almklov og Antonsen fremhever tre aspekter som de mener slike representasjoner eller deler av arbeid vanskelig tar opp i seg (2020). Den første er betydningen av sosial og personlig kompetanse som omhandler den tause kunnskapen både individer og grupper får som resultat av erfaring og samhandling. Slik taus kunnskap kan være helt nødvendig for å gjøre jobben, men vanskelig å omsette til formell kunnskap. Det andre aspektet er temporalitet og historisitet. Dette refererer til at det er vanskelig for prosedyrer å fange opp at arbeid er plassert i en tidsakse; hvorvidt det er en rutineoppgave, om den kommer sent eller tidlig i en prosess, om det er mange pågående aktiviteter, osv. Det siste aspektet, er systemet og omgivelsenes materialitet. Det er forskjell på å utføre en oppgave på nytt utstyr eller en gammel, snart utdatert maskin.

Kvaliteten på arbeidsutførelse som beskrevet her, er sentrale for digitalisering. Ansatte vil også kunne vurdere digitale verktøy ulikt, om det brukes til å koordinere og kontrollere

arbeid eller om det har en operativ funksjon i selve arbeidsutførelsen. Å synliggjøre hvilke formål man skal oppnå, er derfor viktig.

Å forstå det kliniske arbeidet for å kunne imøtekomme de reelle behovene og minske gapet mellom hva man tror og hva som faktisk skjer, kan bidra til at digitalisering lykkes. Med referanse til sosiotekniske systemer kan faglig kompetanse være et viktig perspektiv (Ask & Søråa, 2021).

Helsetjenesten skiller seg fra de fleste andre næringer. Den er mangefasettert, og løsninger basert på lineær tenkning fungerer ikke i kompliserte, ikke-konstruerte systemer med mange interessenter på ulike nivåer. Derfor kan den neo-sosiotekniske teorien egne seg i denne sammenheng. Det er en grunnleggende forståelse for å forbedre helsetjenesten, men likevel er utviklingsarbeid rettet mot hvordan arbeidsutførelsen burde være («work as imagined»). Derfor må man heller forsøke å få det daglige kliniske arbeidet («work as done») til å samsvare med arbeidet slik man har forestilt seg (Wears, 2015).

Almklov og Antonsen påpeker at arbeid består av mer enn beskrivelsen av det. Arbeid skjer i en kontekst som aldri fullt ut kan beskrives skriftlig og at en komplett beskrivelse av arbeidsutførelsen er mer en ambisjon enn et oppnåelig mål (2020). Med standardisering kan ledelsen måle arbeidet og trenger ikke selv å forstå og kunne jobben inngående, men kan ha kontroll gjennom strukturer. Standardisering kan ha konsekvenser for hvordan arbeid legges opp og planlegges utført. Digitalisering endrer måten arbeid styres via beskrivelser, noe som øker detaljeringsgraden og maktutøvelsen, og som kan være et pressmiddel for nødvendig etterlevelse i arbeidsutførelsen.

Samlet sett peker dette på viktigheten av å forstå arbeidsprosesser og kontekst ved digitalisering. Å balansere mellom perspektivene «work as imagined» og «work as done» samt å inkludere teknologiske, sosiale og menneskelige faktorer, vil være avgjørende for å lykkes. Å forstå det kliniske arbeidet i helsetjenesten for å utvikle digitale løsninger som faktisk imøtekommer de reelle behovene, er derfor viktig. Via medvirkning av klinikere kan innsikten deres gi verdifulle bidrag til at målene for digitaliseringen oppnås.

2.4. Grader av medvirkning

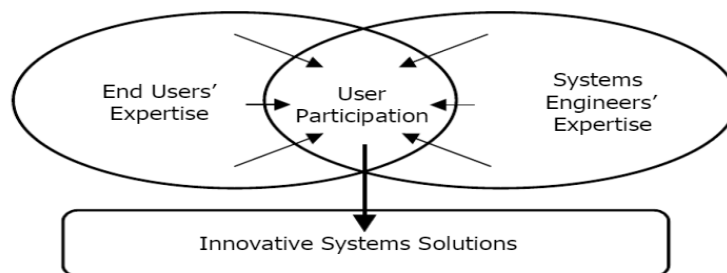
I det følgende vil jeg gå gjennom forskjellige former og metoder av medvirkning i å lage digitale systemer, for å vise ulik utstrekning av medvirkning. Hvordan man besvarer spørsmålene: Hvem er brukerne? Hva ønsker de å bruke det til? Hvor og i hvilken sammenheng skal det brukes? er relevante spørsmål å stille.

Et teoretisk perspektiv, script, retter seg mot teknologiproduksjon, og spesielt forholdet mellom teknologien, utvikleren og bruken. Hvilken bruk av teknologien og hvilke brukere den skal tilrettelegges for, og hvilke problemer som skal løses (Akrich, 1992). I artikkelen til Madeleine Akrich beskriver hun hvordan designere implementerer sine virkelighetsoppfatninger og forståelser i teknologien de designer, og hvordan de på den måten legger føringer for hvordan teknologien skal tas i bruk, oppleves og forstås av brukerne (1992). Scriptperspektivet anerkjenner utviklerne, og kan forstås som et metaforisk verktøy for å kunne snakke om hvordan design og utforming setter både løse og faste rammer for bruk (Skjølsvold, 2015). Scriptet kan ses på som en av flere påvirkningskrefter som legger føringer for hvordan en løsning blir tilpasset brukerne i

denne sammenheng. Man trenger ikke å følge scriptet til punkt og prikke, men dens utforminger utgjør likevel begrensninger for måter å ta den i bruk på (Fallan, 2008).

Ved bare å se på teknologien, eller bare brukeren eller bare designeren får man ikke det endelige bildet, poengterer Akrich. I utviklingen av et script vil designeren skape en representasjon for mulige brukere av løsningen, der kompetanse, handlinger og delegering av oppgaver mellom bruker og teknologi forsøkes tatt inn i designet som script (Akrich, 1992). I tråd med den sosiotechniske retningen baserer scriptteorien seg på at teknologien blir til i møtet mellom teknologi og menneske (design og bruker) og dermed blir ikke teknologien alltid brukt som forventet. Derfor bør det fremstilles flere mulig script, ikke bare ett som er designerens script fordi det er flere måter å bruke designet på. Det er ikke bare teknologiske forutsetninger som har en avgjørende betydning, men også samfunns- og organisasjonskontekst og den enkelte brukeren (Akrich, 1992). De forskjellige delene består av menneskelige og ikke-menneskelige aktører som samhandler i et sosiotechnisk nettverk, der både forestillinger om brukeren og verden, og de faktiske brukerne og den faktiske konteksten, vil ha betydning for den videre utviklingen jf. «work av imagined» og «work as done» (Almklov & Antonsen, 2020).

Deltakende design (participatory design) er en metodikk der representative sluttbrukere gir kontinuerlig tilbakemelding til datasystemdesignere under utviklingen av systemprototyper. Dette teamet samarbeider og representerer de viktigste interessentene i et produkt- eller systemdesignarbeid. Ved å bringe disse «domeneekspertene» sammen, etableres en viktig kobling der brukere kan samhandle direkte med designere i utviklingsprosessen, med forslag til produktforbedringer før disse forslagene er kodifisert til et program. Hensikten er å lage design som gjenspeiler måten sluttbrukerne faktisk bruker produktet i arbeidet sitt. Avstemming er en del av deltakende design, slik at tilpasninger kan gjøres basert på det tverrfaglige samarbeidet (Bruce, 2022).



Figur 2 Fremstilling av deltakende design der brukermedvirkning er i sentrum (Bruce, 2022)

Deltakende design oppfattes som en demokratisk, kollektiv prosess som inkluderer både det sosiale og teknologiske. Design av systemer involverer arbeidet som skal utføres, basert på at brukere bør involveres i design de selv skal bruke, og at alle interessenter, spesielt brukerne, har like innspill i samhandlingen (Muller & Kuhn, 1993). I litteraturen omtales en skandinavisk tilnærming til deltakende design som fremhever forpliktelse til demokrati, diskusjoner om verdier i design og forestillinger om fremtiden samt hvordan motsetninger anses som en ressurs (Gregory, 2003). Dette kan ses som en forlengelse av den nordiske modellen med økt demokrati i arbeidslivet ved å gi medarbeidere rett til

å delta i beslutninger som sannsynligvis vil påvirke deres arbeid (Gregory, 2003). Å anse motsetninger som en ressurs beror på at hvis konflikter blir feid under teppet eller ignorert, vil løsningen bli dramatisk mindre brukervennlig og den vil fortsette å lage problemer (Kyng, 1998).

Menneske-maskin-interaksjon (human computer interaction) handler om å forstå samspillet mellom teknologien, menneskene og samfunnet (Hewett et al., 1992, s. 5). I hvilken grad er maskinene utviklet for menneskelig interaksjon og hvordan manifesterer det seg med tanke på IT. En viktig faktor er at mennesker har ulike mentale modeller fordi man er forskjellige. Å forstå bedre hvordan teknologi mer effektivt kan støtte brukerne i å nå sine mål, er veien å gå. Deler av menneske-maskin-interaksjon benytter utstrakt medvirkning som både er mulig og hensiktsmessig. En utfordring er at teknologien endrer seg raskt, og det gjør dermed også brukerpreferanser etter hvert som man mestrer nye grensesnitt.

I innovasjonsprosesser generelt inngår ofte medvirkning fordi innovasjon anses som å være kollektive prosesser, der mange er involvert på ulike måter i forskjellige faser for å oppnå resultater, slik Aasen og Amundsen påpeker (2011). Fordi innovasjon får en stadig viktigere rolle i alle virksomheter, har man blitt mer oppmerksom på mulighetene som ligger i bred involvering av alle ansatte i alle former for utviklingsarbeid (Aasen & Amundsen, 2020, s. 61). En definisjon som Hoholm og Huse har kommet med for brukerdrevet innovasjon er: «Å utnytte brukernes kunnskap til å utvikle nye produkter, tjenester og konsepter» (Hoholm & Huse, 2009).

Innen medarbeiderdrevet innovasjon er det den som står nærmest oppgavene som er den beste til å løse et problem. Det er medarbeideren som er ekspert og kunnskapsressursen, og dermed den sentrale kilden for innovasjonsarbeidet (Amble et al., 2020, s. 40). Medarbeiderdrevet innovasjon handler om at organisasjonen anser medarbeidernes kompetanse, kreativitet og ideer som relevante for virksomhetens innovasjonsevne. Det er en fellesbetegnelse for at medarbeidere deltar aktivt i en organisasjons utvikling av produkter, prosesser og tjenester (Meld. St. nr. 7 (2008-2009), Aasen & Amundsen, 2015, Amundsen, 2011). «Innovasjon defineres som et nytt eller vesentlig endret produkt, tjeneste, produksjonsmåte, måte å organisere eller markedsføre aktivitet på, og som er tatt i bruk» (Ørstavik & Isaksen, 2023). Ifølge Aasen og Amundsen blir innovasjon skapt i samspill mellom mennesker på tvers av mange ulike typer grenser, dette kan være organisasjon, fag, kultur, politikk, geografi eller lignende (2015). Kommunikasjon er viktig for innovasjon. Innovasjonsprosessen starter normalt som en ledelsesstyrt innovasjon, mens selve innovasjonsprosessen ofte er mer preget av medarbeiderdrevet og brukerdrevet innovasjon.

Deltakelse er et helt grunnleggende forhold i medarbeiderdrevet innovasjon (Høymark 2020, s. 44). Medarbeiderne kan delta gjennom å innta/inneha ulike roller, og i denne sammenheng bør rollen «championing» nevnes (forkjemper). Det er aktive agenter som driver ideer frem og gjennom (Høymark, 2020, s. 53). Sammenfattet er «championing» en miks av proaktive aktiviteter bestående av å ta initiativ, overbevise andre om å støtte ideen og å rettferdiggjøre og drive nettverksarbeid i organisasjonen. Aktivitetene er viktige både i idéfasen og implementeringsfasen.

Ifølge Tidd og Bessant vil inkrementelle (stegvise) innovasjoner ofte forekomme ved medarbeiderdrevet innovasjon dersom man videreutvikler allerede eksisterende teknologi, produkter eller tjenester (2018). De bruker begrepet «high involvement innovation» når de skriver om medarbeiderdrevet innovasjon, og hevder at alle medarbeidere vil kunne utvikle inkrementelle innovasjoner i noe begrensede former. Tidd og Bessant mener at disse innovasjonene kan ha stor betydning for organisasjonen, noe Aasen og Amundsen har vist i sin forskning.

I forskningsprosjektet til Aasen og Amundsen evaluerte de medarbeiderens mulighet og evne til engasjement i interne innovasjonsprosesser (2011). Kvalitativ metode ble utført, og medarbeidere og ledere i 20 norske bedrifter ble intervjuet. Et viktig funn var virksomhetens kultur, hvor ansattes erfaringer og kunnskap utnyttet i innovasjonsarbeid. Resultatet i undersøkelsen identifiserte ni kulturelle kjennetegn (figur 1): engasjement, samarbeidsorientering, stolthet, tillit, toleranse, trygghet, utviklingsorientering, åpenhet og autonomi. Studien viste at engasjement for innovasjon blant dem som jobbet i virksomheter som lyktes godt med medarbeiderdrevet innovasjon, var generelt høyt. I den norske samarbeidsmodellen er det særskilte muligheter for innovasjon i norske virksomheter. Stolthet av å nettopp jobbe i denne virksomheten. Tillit er en viktig forutsetning for innovasjon. Det må være gjensidig tillit mellom medarbeidere og ledere. Toleranse er aksept for at folk er ulike, som gjør at terskelen blir lavere for å komme med innspill, trygghet og at det er toleranse for feiling og at man lærer av feil. Rik deling av kunnskap og ideer, som er ett av kjennetegnene ved medarbeiderdrevet innovasjon, forutsatte en opplevelse av trygghet blant ansatte i virksomheten. Utviklingsorientering blir sett på som forbedring og nyteknung, som en integrert del av sin jobb, utviklingsorientering ble fremmet.

Drivkrefter for innovasjon er hvorvidt det interne klimaet i organisasjonen kan sies å fremme innovasjon eller ikke (Aasen & Amundsen, 2011). De viser til fem organisatoriske forhold som fremmer kreativitet og innovasjon, og et sjette forhold, som hemmer innovasjon (Aasen & Amundsen, 2011). De fem positive faktorene er: organisatorisk oppmuntring, støttende ledelse, utviklende arbeidsgrupper, frihet og selvstendighet, altså autonomi og ressurser. Den sjette faktoren, kontroll, hemmer innovasjon. For at en organisasjon skal lykkes viser forskning til viktigheten av innovasjon (Hammond et al., 2011). Ifølge er «endringstakten i det nye arbeidslivet fordrer at bedriftene klarer å fornye seg» (Egerdal, 2017, s. 56). Hvordan man involverer de ansatte vil derfor ha stor betydning.

2.4.1 «Talking the talk»

Å ha evnen til å forstå og uttale seg som en ekspert, men uten å være i stand til å praktisere det kalles interaksjonsekspertise (Collins, 2004). Kunnskapen er lært gjennom sosialisering blant utøverne og av erfaring. Det innebærer den type ekspertise som en langtidsobservatør kan fremvise. «Talking the talk» i den grad at man «should be able to pass as an expert in a test involving spoken fluency» (Collins, 2014, s. 69). Med andre ord har man så mye spesifikk kunnskap om feltet og kjenner arbeidsmåter og begrepsapparat på et nivå at man har en del av ferdighetene og kan snakke om det på samme måte som dem som arbeider på feltet, inkludert stille relevante spørsmål om legitime spørsmål. Det er ferdigheter på mesternivå som ikke lar seg beskrive i et sett med regler. Veien dit er veldig lang for de aller fleste på nesten alle felt. Det finnes flere

grader av interaksjonsekspertise. Likevel er det et langt steg til der kunnskapen produseres og diskuteres blant dem med «contributory expertise». Hvor mye skal man kunne for å bli ansett som en interaksjonsekspert? Et mulig kriterium som har vært foreslått er hvor lenge man har vært fordypet i diskursen i det aktuelle fellesskapet.

2.5. Erfaringer fra medvirkning

I boken *Connected for health* (Liang, 2010) med strategier og erfaringer fra implementering av elektronisk pasientjournal i stor skala i USA står det (s. 45): «The lifeblood of a health care IT system is the clinical content it puts at the fingertips of doctors and other clinicians.» Som én av de avgjørende faktorene for den vellykkede implementeringen av dette journalsystemet var det grundige engasjementet av klinikere i hele prosessen (s. 57). Det hevdes at hvis ledende leger («key clinicians») er en aktiv del av prosessen, er det en mulighet til å lykkes. Hvis de ikke er det, er man nesten garantert å mislykkes (s. 58). Disse ledende leger deles inn etter tre karakteristika: operative ledere, opinionsdannende leger og leger med teknisk innsikt. Det er nødvendig med egenskaper fra alle de tre områdene for å lykkes, ifølge Liang. Klinikere må oppleve at medvirkning virkelig er ønsket, men også at de selv har et ansvar for å bidra.

Tidligere forskning viser at god medvirkning gir bedre tilpassede digitale løsninger. Ifølge Anggadini et al. er hensikten med informasjonssystemer å øke produktiviteten, nå ulike mål og gjerne være effektive i den aktuelle virksomheten (2021, s. 263). Studien deres har vurdert effekten av brukermedvirkning og organisatorisk engasjement ved innføringen av et regnskapssystem, der konklusjonen er at bedre ytelse i systemet avhenger av god medvirkning fra brukerne. Dette kan ses i sammenheng med den norske arbeidslivsmodellen med formalisert medvirkning.

Et annet kjent eksempel som anerkjenner klinikermedvirkning er fra Helse Sør-Øst (Lommerud et al., 2022). For å forbedre og forenkle arbeidsprosessen for legemiddelhåndtering på føde- og barselavdelingene har de brukt en prosessbasert tilnærming, der «en prosess inkluderer «alt som handler om en sak», det vil si aktiviteter, involverte personer, eventuelle digitale løsninger og andre informasjonssystemer. Det er en tilnærming som tar opp i seg hvordan forskjellige oppgaver løses, sekvensielt eller parallelt, og hvilke rutiner, ofte ikke-dokumenterte, som finnes. Nye digitale tiltak passer ikke nødvendigvis inn i klinisk praksis eller i eksisterende arbeidsflyt, noe som kan redusere nytte og gevinst. Det er fordi organisasjoner og prosesser har sammenhenger eller verdikjeder som er ubeskrevet (Lommerud et al., 2022).

Oppsummert handler medvirkning om deltakelse fra medarbeiderne som selve kilden til utvikling i organisasjonen. Det finnes grader av medvirkning, noe som kan bidra til at resultatene blir forskjellige.

2.6. Organisasjonsendring og digitalisering i ett

I en studie om teknologidrevet organisasjonsendring finner Markus at mange IT-implementeringer drives som IT-prosjekter parallelt med andre endringer i virksomhetene (2004). Han hevder at å inkludere tradisjonell organisasjonsendring til et IT-prosjekt, og dermed prøve å få organisasjonen til å tilpasse seg IT, i stedet for å ha et integrert perspektiv, vil gjøre at brukerne av teknologien vil bruke den feil, ikke bruke den i sin fulle utstrekning, eller bruke teknologien uten å fange opp de forventede fordelene (Markus, 2004). Hvis man sørger for å tilrettelegge for medvirkning og har

strukturer for det, kan det bidra til at digitaliseringsprosjekter bedre når sine organisatoriske og strategiske mål. De ansatte vil få brukt mer av sin kompetanse og erfaring, noe som vil øke motivasjonen og engasjementet. Medvirkning vil kunne bidra til å sikre et mangfold av meninger og perspektiver og få disse som en del av organisasjonsutviklingen. Medvirkning vil sannsynligvis gi bedre løsninger på utfordringer, bredere utnyttelse av kompetanse og bedre forankring.

2.7. Virkninger av medvirkning

Tidligere forskning forsvarer medvirkning fordi det viser seg at brukeren opplever arbeidsdagen som mer innholdsrik og dermed opplever at egen jobb øker nytteverdien. Brukeren får dermed et eierskap til den nye teknologien, og dette øker sjansen for en vellykket innføring (Halting & Sørensen, 1998). I den første amerikanske rapporten med strategi for å redusere digital utbredthet i helsetjenesten handler ett av tre punkter om å forbedre funksjonaliteten og forenkle bruken av elektroniske pasientjournalssystemer (The Office of the National Coordinator for Health Information technology, 2020). De to andre punktene dreier seg om å redusere innsats og tid brukt til å registrere pasientinformasjon og å innfri regulatoriske krav. Det viser at brukervennlige løsninger alltid bør være målet. Å involvere brukerne vil bidra til det. Dessuten vil brukernes opplevelse av hensiktsmessighet og nytte være en god begynnelse som igjen vil bidra til større aksept for nye digitale løsninger.

Da er spørsmålet hvilken grad av medvirkning som kan være best egnet for digitalisering i helsetjenesten for å oppnå brukervennlige systemer. Bestående praksis jf. forskningsspørsmål viser at utviklingen har gått fra at designer/utvikler tar inn brukeraspektet videre til avstemming og justering av foreslåtte løsninger til dagens medarbeiderdrevet innovasjon der deltakelse fra brukerne er avgjørende. Derfor kan det synes som at innovasjonspraksis kan ha mest å hente for inkluderende medvirkning. Samtidig er det interessant å vurdere om inkluderende medvirkning gir god medvirkning med tanke på nytte og verdi av digitaliseringen.

Hvis man ser medvirkning i lys av arbeidslivsmodellen med et tett samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, er utgangspunktet en lang tradisjon med konstruktivt samarbeid. Med et sosioteknisk fundament ønsker jeg videre i oppgaven å belyse det empiriske mot det teoretiske, slik metoden som beskrives i neste kapittel baserer seg på.

3. Metode

I dette kapitlet beskrives metoden som er brukt i oppgaven. Det inneholder også betraktninger og avgjørelser som har ledet til valget av denne. Til slutt gjennomgår jeg hensyn som er tatt vedrørende reliabilitet, validitet og det forskningsetiske.

3.1. Forskningsdesign: Kvalitativ case-studie

I denne oppgaven er forskningsspørsmålene:

- *Hva kan vi lære fra bestående praksis om hva som oppleves som nyttig og hva som ikke fungerer så godt?*
- *Hvordan kan man best sikre reell medvirkning?*
- *Hva kjennetegner inkluderende, god medvirkning?*
- *Hvilken kompetanse trengs?*

For å få svar på mine forskningsspørsmål vurderte jeg ulike metoder. Det kunne vært aktuelt å sende ut en spørreundersøkelse til leger som har deltatt i digitaliseringsprosjekter for å se nærmere på opplevd medvirkning, men en slik kvantitativ metode passet ikke til formålet fordi statistikk ikke ville gi meg svarene som jeg søkte. Forskningsspørsmålet om på hvilken måte leger kan øve innflytelse i digitaliseringsprosjekter, krever kvalitativ informasjon. Dette kunne også ha vært belyst med en etnografisk studie der observasjon i et digitaliseringsprosjekt ville vært mulig. Der kunne det vært mulig å identifisere sosiale strukturer og relasjoner. Tidsmessig lot ikke det seg gjøre da etnografiske studier gjerne strekker seg over lengre tid. Å observere alle prosjektmøter når man bare er interessert i selve medvirkningen ville ha vært en omfattende jobb. Dessuten fremkommer det i prosjektet at det var en del uformell kontakt utenom møtene som dermed ikke ville ha blitt fanget opp i prosjektmøtene. På tidspunktet for datainnsamlingen var prosjektet i ferd med å gå over i en ny fase, og medvirkning i prosjektet skjedde frem til da. Derfor vurderte jeg at å undersøke digitaliseringsprosjektet som et illustrerende enkelt-case med bruk av kvalitativ metode med en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming var den beste måten å få den informasjonen jeg trengte for å få svar på forskningsspørsmålene. Dvs. å fange opp beskrivelser av hvordan fenomener oppleves og erfares og hvordan for forståelse og tolkning også påvirker opplevelse og erfaring. På den måten søker jeg å avdekke hvordan informantene opplevde medvirkning i digitaliseringsprosjektet.

Forskningsdesignet for denne oppgaven er case-design, som innebærer en klar avgrensning mot prosjektet og en mest mulig detaljert beskrivelse fra informantene knyttet til det som etterspørres (Johannessen et al., 2016, s. 80).

Opgaven er en case-studie basert på semistrukturerte intervjuer. Fordi jeg ønsket å gå i dybden for å undersøke hvordan medvirkning oppleves og erfares, har jeg valgt kvalitativ tilnærming med intervju. Semistrukturerte intervjuer vil kunne dekke temaet, noe også utvalget vil bidra til.

Kvalitativ metode dreier seg om å gå i dybden og vektlegge prosesser og mening som ikke kan måles kvantitativt eller i frekvenser (Thagaard, 2018). For denne masteroppgaven er jeg opptatt av å få frem helheter, meninger og prosesser (Denzin & Lincoln, 2005). Pålitelighet, gyldighet og overførbarhet er indikatorer ved en slik

metodisk tilnærming både når det gjelder avgrensninger og kvalitet på studien. Kvalitativ metode er nyttig dersom man ønsker å få en forståelse av ulike sosiale fenomener (Thagaard, 2018). Det er vanlig at man benytter seg av små utvalg for å gjennomføre studier. Ett av målene er nettopp å få en dypere innsikt og forståelse av fenomener (Thagaard, 2018). I denne undersøkelsen er det mest gunstig å benytte kvalitativ metode. For innsamling av data er det benyttet intervju. Det er formålet med forskningen som avgjør hvilken innsamlingsmetode som er hensiktsmessig. I denne undersøkelsen er det dybdekunnskap, meninger og refleksjoner som er ønsket. Å innhente relevant informasjon og å få vite noe nytt og få bekreftet/avkreftet inntrykk fra informantene var essensen. Med semistrukturert intervju er det en viss struktur på spørsmålene samt at intervjuet blir noe mer enn svar på enkeltspørsmål.

3.2. Forberedelser: utvalg og intervju

Jeg startet tidlig i prosessen med masteroppgaven å vurdere hvem som skulle intervjues. Fordi dette digitaliseringsprosjektet sies å involvere klinikere på en god måte og fordi reell medvirkning ofte mangler i andre prosjekter, ble dette valgt. Det var de deltakende legene som representerer brukerne som ble invitert til intervju. Deres førstehåndserfaringer kunne belyse hva som er gjort riktig for reell medvirkning i dette prosjektet. På innsamlingstidspunktet var det svært få annet helsepersonell med i prosjektet. Med forskningsspørsmålene ble det også klart hvem som kunne besvare disse; legene som representerer både primær- og spesialisthelsetjenesten. Gjennom e-post til en nøkkelinformant ble jeg introdusert til de andre i prosjektet, slik at rekrutteringen skjedde etter snøballmetoden. Jeg kontaktet åtte aktuelle leger per e-post med invitasjon til å delta og bli intervjuet. I e-posten ble også forskningsprosjektet beskrevet.

I denne oppgaven har 7 av 8 mulige brukerinformanter som er med prosjektet, blitt intervjuet. Den ene som takket nei hadde ikke tid. Utvalget er vel og merke ikke representativt, men representerer leger som brukere av løsningen og som deltar enten i det lokale prosjektet eller i både det nasjonale og det lokale prosjektet. Etter en første henvendelse på e-post med et informasjonsskriv, måtte de aktuelle informantene samtykke skriftlig for å kunne bli med i forskningsprosjektet (vedlegg 1). De samtykket samtidig til lydopptak. Prosjektet ble meldt inn til SIKT for å hente inn råd om hvordan best etterleve personvernlovverket i oppgaven (vedlegg 2). Da de ga grønt lys 1.12.2022, kunne jeg gå i gang med intervjuene (vedlegg 3).

Forberedelse til intervju

Det var flere aspekter ved selve gjennomføringen av intervjuene som jeg reflekterte over før oppstart. Særlig dreide det seg om hvorvidt min profesjonelle rolle i Legeforeningen kunne komme i konflikt med meg som masterstudent. Det var for eksempel viktig å understreke overfor informantene at e-postadressene var gitt til meg via nøkkelinformant, slik at det ikke sås tvil om min tilgang til legeregisteret hadde vært benyttet. Det ville i så fall vært et brudd på GDPR-reglene. Jeg sendte invitasjon til legene fra min private e-postadresse for å holde de to rollene atskilt. Å være seg bevisst på dobbeltrollen og etterstrebe å holde disse atskilt, har vært viktig for meg. Jeg kjente til to av informantene på forhånd, men intervjuene med disse ble gjennomført på samme måte som med resten. Det var også bevisst at disse to ikke var blant de første jeg

intervjuet. Da var jeg tryggere i intervjusammenheng og kunne bruke erfaringen fra de tidligere intervjuene, slik at jeg hadde en måte å gjennomføre dem på. I forbindelse med arbeidssted har jeg også vurdert om problemstillingen var for nær mitt arbeidsfelt og for enkelt kunne underbygge for forståelsen min. Dette er forsøkt tatt inn og gjenspeilet i intervjuguiden. Jeg prøvde så langt det lot seg gjøre å nullstille meg før intervjuene slik at hvert intervju var en åpen samtale om temaet, bl.a. ved å printe ut intervjuguiden på nytt for hvert intervju, slik at jeg begynte med blanke ark uten gamle notater.

Som ikke-medisiner har jeg ikke opplevd nærhet til legers medvirkning i digitaliseringsprosesser. Jeg har heller ikke erfaring fra bruk av digitale verktøy i en klinisk hverdag. Deres fagbakgrunn og min er ulike. Samtidig har jeg en innsikt i helsetjenesten som var nyttig under intervjuene. Legene kunne snakke sitt «språk» og bruke kliniske termer fordi jeg er kjent med og forstår disse. Å ha den avstanden gjorde at jeg var delvis innenfor og informantene kunne være ekstra ærlig med meg samtidig som de ikke tok det for gitt at jeg var innforstått med alt.

Å gjennomføre intervjuene digitalt fungerte godt. Dette var en nødvendig løsning pga. tid, avstand og tilgjengelighet. Muligens ville fysiske intervjuer gitt enda tryggere rammer for eksempel småprat i starten og mer åpenhet.

Beskrivelse av gjennomføring av intervju

Før innsending av prosjektsøknad med intervjuguide til NSD (vedlegg 2), foretok jeg pilottesting av spørsmålene der jeg intervjuet en lege som har deltatt i andre digitaliseringsprosjekter. Etter det justerte jeg intervjuguiden noe, i tillegg ble ett spørsmål føyd til. For å kunne utarbeide gode spørsmål og tema som skal belyses i intervjuguiden, er det viktig at forskeren har kunnskap om temaet som skal belyses (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 141).

Alle intervjuene begynte med informasjon om masteroppgaven samtidig som jeg forklarte hvorfor prosjektet ble brukt som case. Jeg valgte presise, åpne og enkle spørsmål, slik at jeg fikk svar som gav grunnlag for videre forskning. Den semistrukturerte fremgangsmåten ga rom for å endre rekkefølgen på spørsmålene. Dermed kom spørsmålene i en mer naturlig rekkefølge etter hvert som temaer ble berørt. Det fungerte fint, intervjuguiden fungerte som er fast ramme, og jeg hadde mulighet til å stille mer utdypende spørsmål og kunne eventuelt stille mer korrigerende spørsmål, ved behov. Noen av informantene ga en del mer informasjon enn det som var lagt opp til i intervjuguiden. Den informasjonen ble ikke gitt til samme spørsmål i intervjuguiden, men der de opplevde det naturlig å snakke. Derfor valgte jeg heller ikke å justere intervjuguiden underveis. Fordi informantene har ulike roller og er i forskjellige faser i prosjektet nåværende tidspunkt, snakket de i varierende grad om prosjektets fremtid. Avslutningsvis åpnet jeg for at informantene kunne komme med tilleggsinformasjon til intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført fortløpende så snart informantene hadde anledning. Alle intervjuene ble gjennomført digitalt via Teams. Hvert intervju varte i 45-50 minutter. Gjennom digitale intervjuer går man glipp av mindre kroppsspråk enn ved fysiske intervjuer. For å veie opp for noe av det, er det i transkriberingen inkludert fyllord, påbegynte setninger, osv. slik at deler av det kan fanges opp likevel.

3.3. Behandling av innsamlet data

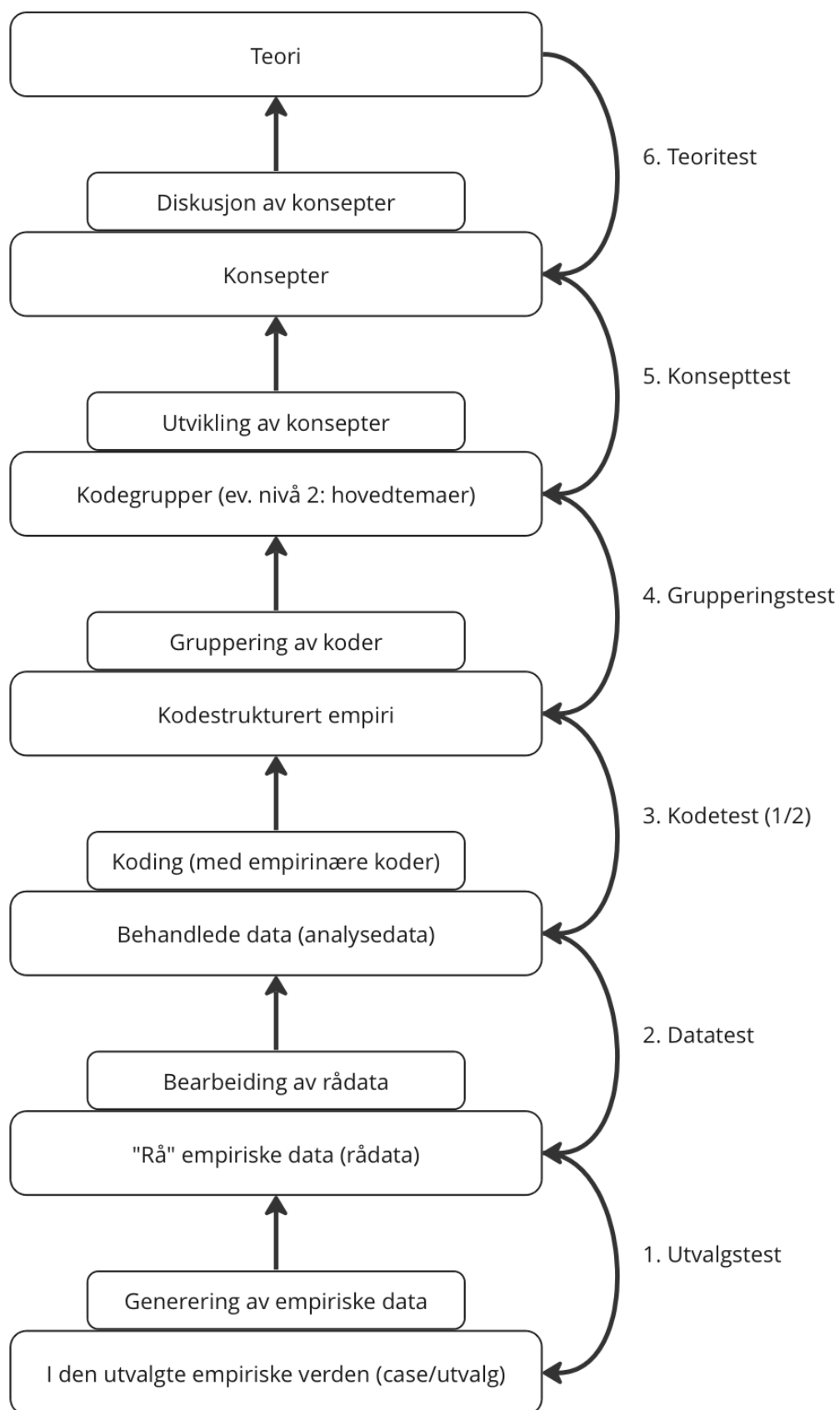
Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Lydopptakene ble transkribert verbatim, noe som resulterte i totalt 25401 ord fordelt på 48 sider. Transkriberingen av intervjuene skjedde snarest mulig etter hvert intervju. Ved omdanning fra tale til skrift blir innholdet svekket og ikke komplett (Kvale & Brinkmann, 2015). Samtidig er avbrutte ord og tvilende uttrykk som «eh» og så videre tatt med, for formålet med transkriberingen var å gjengi alt som ble sagt og ikke gi et mest mulig konsist innhold. Intervjuene er skrevet ut på bokmål for å sikre anonymiteten.

Når alle data var samlet inn, begynte kodingen, men først et steg tilbake. Jeg ønsker å presentere metoden brukt for å analysere intervjuene og forklare den slik at det videre arbeidet med det innsamlede materialet gir mening.

3.4. Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI)

Stegvis-deduktiv induksjon er aktuell tilnærming for å foreta analysen av intervjuene. Stegvis-deduktiv induktiv (SDI) metode består av ulike steg (bl.a. utvalg, bearbeiding til analysedata, koding, kodegrupper, konsepter/modeller) (Tjora, 2021) (figur 1). Man beveger seg i steg fra rådata til konsepter/teorier, hvor man begynner med dataene og fortsetter i en oppadgående prosess mot konsepter/teorier. For å sjekke teori mot empiri går man tilbake, illustrert med nedadgående piler (figur 1) i den deduktive prosessen. Med denne metoden rendyrkes induktiv behandling av intervjudataene for å kunne generalisere, og på bakgrunn av et begrenset antall intervjuer i denne oppgaven trekkes slutninger som gir en større sannsynlig generalisering. Samtidig skiller SDI-metoden seg fra andre metoder og den klare fordel er den deduktive tilbakekoblingen som kvalitetssikrer analysen. Først tar man steg for steg mot generalisering av resultatene og deretter tester man hvert steg av fremdriften av analysen ved at man gjør et stopp, ser seg tilbake og vurderer før man går videre. En del av metoden er at den induktive kodingen skiller seg fra ren kategorisering. Man gjennomgår dokumentene f.eks. som her i form av intervjutranskripsjon. Det er ikke forhåndsbestemte koder/kategorier, men man utvikler et kodesett som blir større for hvert intervju. Kodene brukes i neste steg i analysen. Denne SDI-kodingen tar vare på detaljene i empirien, her intervjuene. Induktiv analyse kan utvikle ny innsikt som er kvalitetssikret via denne metoden og tar bedre vare på ev. potensial i intervjuene på en bedre måte enn ved ren kategorisering. Målet er å systematisere analyseprosessen og utvikle kodesett som kan gjøre abstraksjon mulig.

En kvalitativ analyse av empiriske data som bruker forkunnskap om teori og veksler mellom data og teori i analyseprosessen, gir resultater som beskriver virkeligheten og samtidig forklarer forholdet mellom virkeligheten og teori. Thagaard skriver at induksjon og deduksjon dreier seg om at forskere veksler mellom gjennomgang av data og utvikling av overordnede konsepter (1998). Den stegvise-deduktive induktive metoden er en iterativ prosess, og man kan gå tilbake til tidligere steg og revidere hypoteser etter behov. Nettopp derfor er metoden ikke-lineær.



Figur 3 Fremstilling av SDI-metoden (Tjora, 2021)

Med en slik tilnærming beveger man seg forskningsmessig fra induksjon til abduksjon. De første stegene har en induktiv tilnærming. Fra steget der kodegruppene er klare og videre er det bruk av teori og hvordan analysen kan fortolkes er det abduktiv tilnærming, dvs. abstraherende. Modellen har ulike stadier der man både jobber oppover i en induktiv prosess fra empirisk materiale mot en mer teoretisk innsikt og nedover med deduktive tilbakekoblinger for å kontrollere det teoretiske mot det empiriske.

For å gi undersøkelsen relevans er det nødvendig med teori inn i arbeidet for konseptuell generalisering. Bente Halkier har «category zooming» som en av tre varianter i sin inndeling av konseptuell generalisering (Halkier, 2011). Da som «building generalisation on a limited number of core aspects». Dvs. man zoomer inn på ett felt (medvirkning i dette tilfellet), men funnene kan muligens ha overføringsverdi til andre områder. Konseptuell generalisering må ta opp i seg at utvalget ikke er representativt, noe som er avgjørende å være bevisst på. Samtidig er SDI-metoden bedre egnet enn ren kategorisering fordi den har tilbakekoblinger (iterasjoner) (figur 1) for hvert steg som en kvalitetssikring.

3.5. Koding

Koding er det første steget i analysen og essensielt for å oppfylle det induktive i metoden (figur 1). Målet med koding er tredelt: 1. å trekke ut essensen i det empiriske materialet, 2. å redusere materialets volum og 3. å legge til rette for idégenerering på basis av detaljer i empirien (Tjora, 2021, s. 218). Kodingen skal være empirinær, dvs. svært tett på empirien. De transkriberte intervjuene ble lest linje-for-linje, kodet fortløpende og de beskriver i detalj hva som faktisk fremkommer. Det poengteres at kodingen skal svare på spørsmålet «Hva sier informanten?», ikke «Hva snakker informanten om?» (Tjora, 2021, s. 224). Kodene skal ikke ha vært mulig å lage på forhånd. Når kodingen er gjennomført, utgjør det et kodesett i tillegg til analysedataene og dermed har man to måter empirien er representert. Deretter kan man gå videre til gruppering av kodene og senere utvikling av konsepter (figur 1). Etter at intervjuene var gjennomført, ble kodingen foretatt i dataprogrammet HyperResearch. Det bidrar til systematikk og oversikt i arbeidet. Som Aksel Tjora nevner er bruk av dataprogrammer for kvalitativ analyse helt essensielt for å holde styr på antall koder som blir betydelig på grunn av høy detaljeringsgrad (Tjora, 2021, s. 25). Med utgangspunkt i de empiriske dataene har jeg kodet etter en tilnærming basert på SDI-metoden. Jeg siktet mot å sette koder så tett på informantenes utsagn som mulig. Deretter gupperte jeg kodene ut fra innbyrdes tematisk sammenheng. Intervjumaterialet er inndelt i 8 kategorier.

Her er et eksempel fra kodingen (tabell 1):

Tabell 1 Eksempel på koding

Intervju	Koding 1 (koder)	Kodegrupper	Kategori
En av mine kjepphester, er grunnen til at det ikke har gått bedre med e-helse, er at det har vært for lite ressurser hos leverandørene, hos de som skal lage verktøyene. Det er et helt gjennomgående problem. Det må mer økonomi inn hos leverandørene, sånn at det ble slutt på det dugnadsprinsippet som hadde hersket i mange, mange år.	Kjepphest for lite ressurser hos leverandørene – gjennomgående – problem - må bli slutt på dugnad	Finansiering av leverandører	Ressurser som forutsetning

3.6. Refleksjoner om reliabilitet, gyldighet og generaliserbarhet

At bare ett case inngår i studien, gjør at det vil være begrenset i hvilken grad det er mulig å generalisere ut fra funnene i analysen. Styrken i analysen er nærheten til caset som studeres og at det kan gi mulighet for læring. Jeg har forsøkt å se sammenhenger, avdekke utfordringer og suksessfaktorer knyttet til medvirkningen i dette prosjektet. Funnene vil bli omtalt og tolket teoribasert. På den måten vil funnene kunne gi erfaringsbasert innsikt som kan ha relevans utover caset, og dermed også ha overføringsverdi til kommende digitaliseringsprosjekter.

3.7. Forskningsetiske hensyn

I kvalitative intervjuer er det viktig å ivareta integriteten til informantene i hele prosessen, fra intervju til fortolkning (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2022). Det er vanligvis et krav om at man anonymiserer gjenkjennelige detaljer, og at man behandler sensitive opplysninger med varsomhet. Prosjektet og informanter er her anonymisert, og informantene er omtalt som lege 1, lege 2, osv. I oppgaven har det ikke vært viktig å gå inn i selve prosjektet og omtale det ved navns nevning, da det ikke er hovedformålet med oppgaven. Derfor har jeg også valgt ikke å omtale prosjektet nærmere.

Relatert til informantene gjorde jeg en eksplisitt beslutning om å behandle prosjektet og dermed dem anonymisert i presentasjonen av funnene. Dette blant annet fordi informantene kunne komme med informasjon som kunne gi mulig ulempe. Selv om dette ikke utelukker at informantene gjenkjennes er intensjonen at det ikke skal skje.

Informasjon om anonymisering ble gitt til deltakerne i studien i forkant av intervjuene. Pga. anonymiseringen er derfor ikke prosjektet beskrevet detaljert i oppgaven eller omtalt ved navns nevning.

4. Empiri/rapport

I intervjuer med legene kommer det fram en rekke synspunkter og opplevelser av hva de har erfart i prosjektet. Gjennom empirinær koding av intervjuene med utgangspunkt i en tilnærming basert på SDI-metoden trådte kodegruppene frem (Tjora, 2022). I analysen av intervjuene har jeg identifisert disse 8 kodegruppene på bakgrunn av kodene: 1. Utvikling av problemforståelse, 2. Tillit og åpenhet, 3. Egnethet og engasjement, 4. Forståelse av egen og andres roller i medvirkning, 5. Legens innflytelse, 6. Ressurser som forutsetning, 7. Ønske om aktiv deltakelse, 8. Spilleregler og byråkrati.

I de kommende underkapitler vil jeg ta for meg en og en kode og beskrive mer i detalj hvordan betraktningene kommer til uttrykk og hvordan de kan forstås i en større sammenheng. Innledningsvis i intervjuene ble det orientert om at den overordnede problemstillingen for oppgaven var medvirkning i prosjektet og at informantene gjerne kunne belyse det aspektet underveis.



Figur 2 De 8 kategoriene danner utgangspunkt for denne presentasjonen.

4.1 Utvikling av problemforståelse

Utgangspunktet for prosjektet er behovet for én felles digital oversikt over legemidlene pasienten tar. Per i dag er det mangelfull informasjonsflyt om pasientenes legemiddelbehandling på tvers av virksomhetene i helsetjenesten. Målet er å sikre god kvalitet ved behandling med legemidler. Legene vil ha en oversiktlig, relevant og nyttig løsning uten unødvendige klikk som skal ha en funksjon i pasientbehandlingen.

Kodegruppen inneholder beskrivelser av hvordan eksterne i prosjektet og legene utviklet en felles problemforståelse over tid. For å forstå hvordan rutiner og arbeidsflyt er, ble det gjort en nullpunktsmåling av nåsituasjonen på de områdene som man forventer gevinster, slik legene beskriver her:

«Til å begynne med ble vi intervjuet om måten vi gjorde ting på, og de hadde også leid inn noen eksterne for å gjøre noen nullpunktmålinger og sånt. Jeg opplevde vel litt at det var litt i overkant, kanskje litt voldsomt og at det var veldig fokusert på at man skulle få ut noen målbar gevinst. Det var egentlig litt... det opplevdes litt sånn: vi vet at dette ikke funker, trenger vi å bruke tid på å måle det da? Det opplevdes litt unyttig. Vi opplevde at vi gjentok oss selv, for det kom inn nye aktører som skulle måle, med sine nullpunktmålinger. Det ble oppatt og oppatt, de samme greiene. Vi lærte jo en del av det, så unyttig var det ikke på noen måte. Det var der vi oppdaget de opplæringsbehovene og fikk justert planene en god del. Det gjorde vi. Det avdekket kompleksiteten.» (lege 4)

«Det var fordi at de på toppen mente at vi måtte angi tid, måle tid – hvor mye tid som ville bli spart med nytt system. Tid var som sagt det store, viktige poenget som de skulle måle oss på. Etter at vi argumenterte for at det var litt vanskelig å måle den tiden, for det skjer jo inni hodet på legen og det er innmari vanskelig å vite når tenker legen på det. Men jeg ga etter og satt og observerte og målte tid i to hele dager. Jeg kloknet det ikke, for som sagt veldig mye skjedde i hodene deres. Ledelsen sluttet å mase om tid. Tid er et bifunn her. Det opplever jeg at de hørte veldig på. Men vi måtte si det i kanskje to måneder at det ikke var det viktigste vi skulle måle. (lege 3)

Informantene beskriver en situasjon som opplevdes som først unødvendig detaljert og fokusert på gevinstrealisering, og som deretter ble nyttig for helheten. Når man har fortalt hvordan man arbeider, det må gjentas og deretter skal kartlegges, ser de at det var viktig for helheten og ble mer positive. Innledningsvis var det skepsis for klinkerne oppfattet at de visste hvor problemet var. Utviklingen av problemsforståelse skjer her over tid og at aktøres problemsforståelse kan endres gjennom kartlegging og måling.

Informantene uttrykker en holdningsendring hos klinikerne, og at problemforståelsen har blitt mer enhetlig i prosjektet etter hvert som tiden har gått. Det beskrives en forutinntatthet hos de eksterne i prosjektet om hvordan det kliniske arbeidet i helsetjenesten foregikk. Etter hvert som tiden gikk, kom man nærmere en felles forståelse av utfordringene og hvordan de kunne løses. Her først en beskrivelse av hvordan det var i starten:

«Da jeg begynte i prosjektet, var tonen stort sett sånn «klinikere gjør sånn og sånn», «de gjør ikke det og det», «dette må de gjøre» og «sånn må det være», sa de. Det var et sånt uttrykk vi hørte nesten hver uke. Også begynte vi klinikerne å si at «jammen, det er jo ikke sånn vi gjør det». Vi kan skjønne at dere vil at vi skal få et varsel hver gang det er noe nytt, men da får vi plutselig hundre varsler på én dag. Da kommer vi ikke til å lese varslene. Vi kommer bare til å trykke dem bort. Da viste vi hvordan vi trykker bort varsler og at man lærer seg nøyaktig hvor mange ganger man må trykke ok for å få lagret den resepten for eksempel. Så skjønnte de jo at det funker ikke. Da må vi gjøre noe annet. Tonen i begynnelsen var at det var noe i veien med klinikerne som ikke kunne forholde seg til lovverk og forskrift.» (lege 3)

Det beskrives en begrenset innsikt der de eksterne prosjektdeltakernes oppfatning om «work as imagined» ikke stemte overens med arbeidet som legene faktisk gjorde «work as done» (Wears, 2015). Steile fronter og manglende kommunikasjon preget begynnelsen av prosjektet, så når man begynte å lytte til hverandre, kom de gode løsningene som tar problemene ved roten.

I utvikling av nye digitale løsninger kan formålet være klart, men når man begynner å utvikle kommer det ofte opp mange funksjonaliteter som man tenker er nyttige å ha. Disse bidrar ikke nødvendigvis til å nå formålet i seg selv, men fordi de oppleves som smarte, er det fort gjort å inkludere dem. Resultatet er at løsningen ikke fungerer best mulig. Her er beskrivelse av hvordan klinikerne har blitt forstått, og probleminnsikten endret:

«Vi har vært i en posisjon hvor vi har kunnet si at dette vil vi ikke ha, dette er ikke godt nok, bare prøv, bare prøv å sette i gang hvis dere ikke har oss med dere. Det kommer til å gå rett i dass. Det er bra at vi har blitt hørt på og noe annet ville vært helt idiotisk, men man ser jo andre steder i landet at det går fint an å oppføre seg idiotisk. Det er bra det at vi har blitt hørt på. Igjen så er det viktig å bli hørt på og viktig å involvere de riktige folkene. At man får med seg engasjerte leger som vet hvor skoen trykker og vet hva som vil fungere og hva som ikke vil fungere.» (lege 5)

De ble ikke blitt ordentlig hørt på, noe som gjorde at klinikerne først ble negativt innstilt til prosjektet for de forsto at resultatet ikke vil bli bra. Her har klinikerne fått presentert funksjonalitet som de mener ikke vil virke i sitt arbeid:

«Det var frustrerende. Det var ille. Da tenkte jeg hva har vi begitt oss ut på nå. Og så var det veldig lite aksept for at vi klagde på funksjonalitet som allerede var der. I våre øyne var det feil i programvaren som ikke var rettet før man skulle innføre ny funksjonalitet. At de ikke tok nok innspill på det, det var skikkelig drit. Da var vi...det gikk hett for seg i møtene for å si det sånn, det var mye kjefting. Det er en helt annen diskusjon nå. Det koker ned til den at nå tror jeg at de har blitt litt mer tryggere på oss. Det er ikke bare klaging. Det er faktisk god grunn på det vi klager på og ber om å få fikset. Det er bare ikke fordi vi skal ha mest mulig at vi klager. Eller å få mest mulig og sånt. Det er gode grunner, og det tok tid før vi fikk det sånn, men vi har kanskje blitt bedre til å begrunne hvorfor vi vil ha det sånn.» (lege 4)

Her trer diskrepansen mellom «work as imagined» og «work as done» tydelig frem (Wears, 2015). Man måtte gjennom en heftig runde for å oppnå forståelse, og legen innser her at det å begrunne behovene klart og tydelig var nødvending. Legene nådde ikke frem med å sette krav. Etter hvert fremstår det som at løsningen er blitt bedre slik informantene ønsker den forbedret, og ikke på en måte som andre i prosjektet tror at legene vil ha det:

«Vi bruker masse tid på å jobbe med dette. Jeg hadde nok en forventning om at den jobben skulle bli lettere og rettere. Og at det var egentlig en motivasjon. Og selvsagt at en motivasjon for å gå inn (...) man er nettopp fordi man redd for at

hvis man ikke er på ballen, så får man en løsning som er på siden av det problemet man har. Fordi den er veldig teoretisk. Den tar for seg en arbeidsprosess også på papiret ser det ut til at den løser arbeidsprosessen, men så gjør den ikke det da. Sånn at det er vel motivasjonen er vel å ikke sitte med en løsning vi ikke vil ha.» (lege 1)

«Å bringe inn den kliniske hverdagen slik den faktisk er, hvordan arbeidsflyter går og hva som ikke fungerer synes å være et viktig bidrag fra informantene inn i prosjektet: «Hvilken respekt viser vi våre ansatte med systemene vi velger for dem? Har ledelsen rundt omkring innsikt i hvordan vi som jobber med de forskjellige delene, jobber? Det ser vi her at de ikke har. Du er helt nødt til å vite hva de gjør som er helt nede og hvordan det er vanskelig.» (lege 3)

I begynnelsen var nok inntrykket medvirkning i teorien; legene var invitert til å delta i prosjektet, men det var først over tid at medvirkningen ble reell. En felles problemforståelse vokste frem noe som krevde tålmodighet, nye runder og tydelige beskrivelser av behov og hva som faktisk lar seg gjøre for legene i den kliniske hverdagen. Da oppnådde man en enighet om hva som var problemet, og tonen i prosjektet endret seg med felles problemforståelse.

4.2. Tillit og åpenhet

Informantene beskriver tillit og åpen dialogutveksling som én av grunnene til at prosjektet skiller seg ut positivt. Det igjen kan ha bidratt til at informantene har tatt et større eierskap til prosjektet. De gjengir en opplevelse av å bli hørt, forstått og imøtekommet. Prosjektet har til dels rigget for direkte kontakt mellom utviklere og kommende brukere. Det kan ha bidratt til å gjøre prosjektet mer effektivt. Inntrykket er ikke at det i prosjektet skulle være slik direkte dialog, men at tilliten etter hvert bidro til at prosjektledelsen så at dette var effektivt og at man likevel holdt seg innenfor rammene. Tillit er ikke en gitt karakteristikk ved ethvert prosjekt, men er noe som kan skapes. Her kan det synes som at man har akseptert hverandres forskjellige roller og interesser, og at man har vært åpne og ærlige med hverandre. Samtidig har det vært takhøyde og respekt for uenighet.

«Det at vi kommer så tett på utviklerne er en endring fra før. Jeg har ikke vært borti at man er så tett på dem som lager løsningene før. Det har jeg ikke. Det er veldig positivt. Det er veldig kjekt. Det er da vi ser...skulle ønsket at vi kunne sittet enda tettere på utviklerne. Når vi først setter oss ned med dem og sier: «Når jeg skal skrive ut sånn, så gjør jeg sånn», da forstår de jo det. Da sier de: «Ja, dette gir jo ikke mening», og så må de flikke på det som er foreslått.» (lege 4)

«Bare det å faktisk møte folkene som satt og programmerte og preke med dem og vise dem hvordan vi jobber. Det opplevdes som veldig nyttig. De viste gryende interesse tilbake.» (lege 2)

Direkte dialog i arbeidet med utviklerne av løsningen fremstår annerledes i dette prosjektet. Det virker givende for legene som deltar, noe man må anta at det også må være for utviklerne som dermed kommer opp med løsninger som treffer i mye større grad. Da unngår man runde på runde med rettinger. Raske tilbakemeldinger fra brukerne

gir også bedre gevinster, for da blir endringer gjort unna underveis. Rollene er definerte, og det jobbes tett.

Én av legene oppsummerer forholdet slik: «Vi stoler på hverandre og har respekt for hverandre.» (lege 6)

Det virker som man har fått til en trygghet i prosjektet, både mellom prosjektdeltakere, men også mellom prosjektledelse og -deltakere. Flere nevner også at ledelsen der informantene er ansatt, har vist tillit og at det har vært åpenhet rundt når man har brukt arbeidstid på prosjektet. Det har vært tilpasset prosjektets behov og det har ikke vært noen form for rigiditet på det punktet.

Legene har gitt uttrykk for at det innledningsvis var nødvendig å være veldig tydelige og standhaftige. Dette ser ikke ut til å ha gitt negative utslag, heller positive for det har utviklet seg en gjensidig respekt som prosjektet nyter godt av.

4.3. Egnethet og engasjement

Å være egnet vil si at man innehar visse egenskaper og er passende til noe («Egnethet», u.å.). De fleste av informantene var sikre på at de riktige folkene var med i prosjektet. En sa:

«Ja, i dette prosjektet er det det. Sammensettingen er bra. Det er ekstremt viktig med personene. Det har vært meget dedikerte leger som har vært med.» (lege 7)

Inntrykket er at de hatt med egnede leger i dette prosjektet. Hvilke egenskaper sier ikke det noe om og de kan variere fra prosjekt til prosjekt hva som trengs, men ett trekk nevnes av flere. Det er å være standhaftig, fremsnakker og sikker i troen på prosjektet:

«Det har vært noen veldig, veldig dedikerte sjeler som er med på å drive dette fremover langt utover det som forventes av vanlig jobb, altså. Det er jo noen som synes det er gøy og spennende. Og det er jo veldig viktig.» (lege 3)

Engasjement synes fremtredende blant informantene. Mange har ytt mer enn normalt forventet. De har brydd seg om prosjektet og har tro på at løsningen vil gjøre en forskjell. «Championing» viser seg igjen her ved at noen har vært mer enn forventet engasjerte og vist entusiasme og iver (Høymark, 2020). De holder det gående og driver ideene fremover trass i hindre på veien.

Flere av legene omtales som pådrivere i prosjektet. De har troen på dette, noe som har innvirkning på de andre som deltar, for de klarer å se målet der fremme samt å være optimister på vegne av prosjektet. Her blir antakelsene om «championing» som nevnt i teorikapitlet bekreftet (Høymark, 2020).

4.3.1 Rekruttering

Det er få av informantene som husker hvordan eller har tenkt over/vet hvorfor de ble rekruttert til prosjektet. De legger tilsynelatende også svært liten vekt på det aspektet selv. Enkelte antar at de ble forespurt fordi de hadde vist interesse for forbedringer i IKT-løsningene som fantes eller at de for eksempel hadde vært superbruker i andre innføringsprosjekter. Et eksempel:

«Ja, si det. Jeg vet ikke. Vet du hva? Jeg vet ikke. Jeg tror det var litt sånn via.» (lege 1).

Engasjementet for å la seg rekruttere er tydelig og overordnet formalia:

«Jeg kan ikke huske formalitetene i dette, om jeg har noen avtale. Vet nesten ikke om jeg har en avtale, kanskje jeg har skrevet under noe noen gang, men det er sånn som jeg overhodet ikke setter søkelys på.» (lege 6)

En annen informant sier:

«Måten jeg kom inn i det på, var at jeg kommenterte på noen saker i morgenmøtet og så ble det foreslått at jeg kanskje kunne nok om dataprogrammer og sånn og kanskje kunne være med på det.» (lege 5).

Å kjenne til dataprogrammer blir her brukt for å rekruttere. Den erfaringen kan nok komme med ved at man har en viss interesse.

«Det er jo så dritviktig at man er med. Det nytter ikke å forbanne seg over det forferdelige programmet uten å si ifra. Jeg synes det er kjempeviktig og tenker at det man får gjort er bedre enn ingenting.» (lege 2)

Andre av informantene er med i prosjektet fordi de har en mer formalisert rolle.

Legene ble rekruttert ved å vise interesse og ha erfaring. Noen hadde vært engasjerte på morgenmøte mens andre hadde årevis med erfaring fra e-helsefeltet og deltatt i mange digitaliseringsprosjekter. Felles for dem var oppfatningen av hvor viktig det er å bidra for å få et godt resultat med oversikt over pasientenes legemiddelbehandling, slik at det blir nyttig, realiserbart og gir gevinster.

4.3.2. Ulike verdener som jobber sammen

Innad er informantene svært fornøyde med sammensettingen av den lokale legegruppen. De er også langt på vei meget fornøyd med sammensettingen av prosjektgruppen, og særlig prosjektleder (frem til 31.12.2022) fremheves svært positivt. Det nevnes ofte at utviklere og byråkrater ikke har innsikt i klinisk arbeidsflyt, og at informantene har brukt mye tid på å forklare dette. Samtidig fremheves prosjektledelsen og utviklerne som lydhøre.

«Det har vært kjempesmarte, flinke folk i prosjektet, men deres forhåndstanke har vært annerledes enn vår. Vi har måttet møtes, og det er det jeg føler nå at vi har møttes veldig og blitt hørt og samtidig utfordret. Det er jo ikke sånn at klinkerne sitter med det store svaret. Utviklerne må jo si hvordan de gjør det, og vi må si hvordan vår verden er.» (lege 3)

Almklov & Antonsen fremhever at det er en utfordring å få til gode representasjoner av arbeid fordi arbeid består av mer enn beskrivelsen av den (2020). Det har blitt brukt mye tid på å forklare og vise detaljert hvordan arbeidsprosesser faktisk er. I begynnelsen fantes det en oppfatning om hvordan alt ble gjort, men med tiden har forståelsen nådd frem. Det er to forskjellige verdener som har møttes:

«IKT-folkene sitter ofte med regler som de føler seg tryggere på, hvis det kommer som spørsmål som må fylles ut og trykke ja på og ta ansvar for alt. Men så skjønner ikke de da konsekvensen av at vi blir trykklei. Jeg trykker jo hundre ganger om dagen på varsler som jeg ikke vet hva som står på dem fordi det kommer så mange av dem. Pasienten hadde jo dødd mens jeg satt og trykket og så inn i en PC-skjerm og ikke hadde hjulpet pasienten med det den trenger, i verste tilfelle. Det er det som de som produserer ikke skjønner, for de vil overholde alle regler.» (lege 5).

At prosjektet har lyktes med å legge til rette for slik forklaring av arbeidshverdagen og at det har vært brukt tid på det, kan være en meget viktig faktor i hvorfor dette prosjektet har rykte på seg å være vellykket for reell medvirkning.

De har vært grunnleggende for utviklingen av løsningen og også unntakene som er imøtekommet. Som sosioteknisk teori påpeker er det en erkjennelse av at teknologi ikke bare er et nøytralt verktøy, men påvirker mange kontekster.

4.4. Forståelse av egen og andres roller i medvirkning

Trygghet i rollen som prosjektdeltakere har vokst frem etter hvert. I tillegg beskriver informantene at de har vokst inn i rollen og tatt tydeligere plass.

«Litt tilbake til rollen, nå er det i større grad enklere å si ifra «nå synes jeg at vi skal trykke på pauseknappen» og høre på hva vi sier. I starten var det mer sånn «nei, nå skal vi rulle ut videre og lære opp» og da gikk vi på en del smeller.» (lege 4)

Deltakelse i prosjektarbeid er innrettet på en annen måte enn det informantene er vant til i sitt arbeid i klinisk praksis. Prosjekter har et tempo og en langsiktighet (innenfor en ramme) som er annerledes klinisk praksis. Der håndterer man ett og ett problem/en og en pasient av gangen og finner en løsning på det mens prosjekter har ulike faser for gjennomføring. Da blir også rollen annerledes.

«Jeg er en mye mer aktiv prosjektdeltaker nå enn jeg var initialt. Jeg så vel for meg at jeg skulle jobbe mest inn mot mine egne folk i klinikken. Jeg har nok brukt litt tid på å komme inn i den rollen og ta ansvar da og ikke bare få beskjed om at nå vil vi at du gjør dette og så er det neste oppgave. At man må være mer på selv.» (lege 4)

Ingen av informantene har IKT-bakgrunn eller annen teknologiutdanning, men noen har erfaring fra andre digitaliseringsprosjekter og etterlyser kompetanse hos deltakere. Å være representant for en yrkesgruppe i digitaliseringsprosjekter er ikke for alle. Klinisk praksis og kompetanse innen e-helse er et godt utgangspunkt. En informant sier om et annet digitaliseringsprosjekt:

«Det var mange leger med, minst fem, men de forsto ikke. «Vil du ha det? Ja. Vil du ha det? Kjekt å ha! Vil du ha det? Ja, vi vil ha alt vi. Flott at vi skal få alt dette.» Det er urealistisk. Det blir aldri noe av. Det går ikke det. Da blir det sirup og tregt, og masse klikk. Det er en av de erfaringene jeg har, vi leger må ha kompetanse på dette. Vi må ha kontakt med vanlig praksis samtidig som vi forstår e-helse, litt teknologisk også og hvordan de jobber.» (lege 7).

Én av informantene beskriver sin rolle i prosjektet slik:

«Det jeg så tidlig, var at vi kunne hjelpe våre kolleger i å gjøre bedre arbeid og at det ville bli tryggere for pasientene.» (lege 3)

Roller i teknisk sammenheng, slik de fremstår i den digitale løsningen, er hvordan andre (her yrkesgrupper) som skal bruke løsningen, får den presentert. Det er flere som peker på fordelene som det har vært å se de andre yrkesgruppene roller, dvs. hvilke skjermbilder de ser:

«Det har vært en suksess å få se hvordan det ser ut fra andres side. De forskjellige har vist frem. At vi ikke bare ser vår del og at det perspektivet har vært med fra starten av. Det har løst mange...det har gjort at vi har plukket problemer som vi ikke har visst eksisterte. Det har gitt oss mye. Det har det.» (lege 4).

Gjennom deltakelse fikk legene økt trygghet og en mer aktiv rolle etter hvert prosjektet skred frem. Dynamikken er annerledes enn det legene er vant til i klinisk sammenheng.

4.4.1 Bad guy

Selv om deltakelse ga legene økt trygghet og de beskriver en gruppe med felles mål var det krevende å si ifra. Informantene beskriver både et fellesskap som har samme mål og en kamp hvor det har krevd sitt å si ifra. En årsak kan ha vært at deltakelsen i prosjektet er todelt; en lokal legegruppe og en nasjonal gruppe, men samtidig sier en informant at det er en felles agenda for hele prosjektet:

«Det er ikke sånn at vi må kjempe våre kamper og at de kjemper mot oss. Det er en felles agenda for hele prosjektet. Alle ønsker at det skal lykkes, og de ønsker at det skal lages et produkt som blir så anvendelig at det har livets rett. Også at vår rolle inn er å beskrive hvordan det blir i praksis. Det er veldig lite kamp.» (lege 7).

Inntrykket er at dette felles målet og fellesskapsfølelsen var der fra begynnelsen av og ble forsterket underveis.

«Det har vært en veldig sånn fleksibilitet i hele prosjektet. Og de tilpasser seg som har møtevirksomhet som sin arbeidshverdag. Vi enes om enkle ting som hvilke dager og tidspunkt vi skal sette opp møtene, så det er mulig i vår kliniske hverdag. Noe som selvfølgelig skaper motivasjon til å være med.» (lege 7)

«Fordi prosjektet får lov til å jobbe så godt sammen, får vi samsnakket om veldig mange ting» (lege 7).

«Bad boy», «kjeftesmelle» og «cowboy» er karakteristikk som tre av informantene gir seg selv. Å fremstå med en oppførsel som er i strid med god tone er ikke noe som de ellers identifiserer seg med. Det virker ukjent og ubehagelig for dem, men i prosjektet har det vært en rolle de til tider har måttet innta i den nasjonale delen av prosjektet.

«Jeg har vært en sånn kjeftesmelle, jeg, en sånn som de har blitt irritert på, de litt høyt oppe. Jeg opplever at de temaene som jeg har tatt opp, har jeg fått gehør for, men jeg har måttet rope ganske høyt. Ikke i direkte forstand, men jeg har

ofte lagd presentasjoner, tatt bilder av journalen og vist frem praksis for de som har ledet prosjektet. Fordi – i hvert fall innledningsvis – var det veldig manglende forståelse for den kliniske hverdag.» (lege 3)

«Nei, når man er litt sånn cowboy.» (lege 1)

«For å snu skuten litt, eller vri litt på kursen, har jeg vært en del bad guy. Jeg må si om igjen og om igjen og om igjen. Sånn at du nesten blir lei deg selv. For å si: Dette er viktig! Jeg gir meg ikke på dette punktet! Det er så viktig! Jeg har kalt det sverdslag. Vi har hatt skikkelige fighter på hvert punkt som vi har fått unntak for. De har ikke kommet av seg selv, altså.» (lege 6)

Her er det også verdt å merke seg at «bad boy», «cowboy» og «kjeftesmelle» har veldig ulik betydning og at ordvalgene i seg selv er kjønnet. Denne personlige fremstillingen beskrives forskjellig, og det samme gjør opplevelsen de forteller om av å ha inntatt en slik rolle.

En annen informant sier dette om rollen hen har måttet innta:

«Jeg er ikke vant til å være vanskelig egentlig. Jeg er jo vant til å være forholdsvis fleksibel med helt andre premisser. Det blir jo når man diskuterer ting som skal stå i et dokument, blir man veldig... Man blir jo «den vanskelige». Det er en veldig rar rolle å få. Det som har vært positivt i dette prosjektet er at jeg føler at man blir hørt. Når man har sagt at dette er uaktuelt mange nok ganger, får man endret det så lenge det er innafor.» (lege 1)

Flere av legene uttrykte at deres rolle hadde blitt utfordret og hadde variert underveis. Noen av dem måtte innta en utfordrende rolle, fordi det var nødvendig for å bli hørt. De har måttet gjenta mange ganger viktige poenger trass i at det var krevende og uvant.

4.5. Legenes innflytelse

Det er flere som viser til at det har vært positivt med en lokal legestyrte gruppe og at det har vært en vellykket vei å gå:

«En stor opplevelse av at de som lager systemene ikke har innblikk i hvordan klinikerne jobber, og at de ikke har skoene på og de har en forestilling, eller har hatt en forestilling, om hvordan klinikerne er, hvordan de tenker og hva de gjør. Den er nokså fordomsfull og veldig lite riktig, veldig lite i tråd med det som er virkeligheten. Jeg har følt innflytelse fordi det har skjedd de endringene som har blitt belyst i legegruppen, de har blitt tatt tak i og ført til endringer.» (lege 3)

Prosjektet har både en lokal del og en nasjonal tilknytning. Flere av informantene har deltatt i begge:

«Det tok litt tid før jeg fikk den innflytelsen, i hvert fall inn mot Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett.» (lege 2).

Prosjektet er ledet fra Direktoratet for e-helse og Norsk helsenett deltar i det nasjonale prosjektet. Derfor er det to arenaer som må koordineres; det lokale utprøvningsprosjektet og det nasjonale.

I begynnelsen av utprøvinger, som er tilfellet i dette caset, oppdager man de største forbedringsområdene. Det kan derfor være en fordel å starte tidlig og i liten skala og teste ut, slik det er gjort her i et lokalt prosjekt. Da påvirkes færrest mulig samtidig som erfaringer høstes. Feil kan rettes opp, uforutsette avklaringer tas og justeringer fikses. Å koordinere lokal og nasjonal del blir da en viktig oppgave med tett, løpende dialog.

«Hvis de som sitter ute sier at det ikke virker, må man skru av. Man kan tvinge det nedover folks hoder. Da blir det sånn uvilje at man ikke får det til. Det er jo klart at det har ikke vært easy-peasy det prosjektet vårt heller. Vi har jo jobbet ganske hardt for å få det til. Vi gjør jo en masse jobb. Det er en positivitet i det fordi vi blir hørt. Vi ser at endringer kan skje og at det er ikke hugget i stein.» (lege 3).

Vanligvis er det felles opplæring i nye løsninger mens i dette prosjektet har opplæring i bruk av løsningen vært gitt individuelt. Det har vært gitt tilpasset opplæring og mulighet til å gi enkeltoppfølging:

«Det synes jeg var kjempeeffektivt, det var kjempeartig og krevde litt tid av oss, men det var så – hver enkelt lege hadde forskjellige ting de lurte på og du traff dem så mye mer der de trengte det enn hvis du hadde tatt en time med klasseromsundervisning. Da hadde alle bare kunnet like mye eller like lite. Så at det var så effektivt, at det er noe å lære hvis man skal gjøre det i andre prosjekter og som jeg likte veldig godt. Vi gikk bare og fant legene og spurte hva de gjorde den dagen, alle skulle læres opp, vi hadde en liste, og da visste vi – i dag har hun visitt og er sikkert ledig fra kl. to og kanskje jeg kan stikke innom da å høre og hvis hun var ledig, så gikk det alt fra 5 til 20 minutter hvis de var tilgjengelige og ønsket det og hadde mye de lurte på. Og hvis de ikke var like tilgjengelig eller var veldig oppegående, var det unnagjort på kanskje 5-10 minutter. Også kunne man – de som krevde aller mest – kunne man komme tilbake til. Det gjaldt bare de aller færreste.» (lege 5)

Det er sjeldent med én-til-én-opplæring i nye digitale løsninger, og attpåtil har opplæringen vært avpasset etter den enkeltes behov. Det har vært lege til stede for å lære opp andre leger. En slik tilnærming har vist seg å være vellykket.

4.6. Ressurser som forutsetning

Det fremkommer flere ulike synspunkter på ressurser som har betydning for prosjektet. En generell bekymring er om prosjektet vil lykkes fullt ut pga. ressursmangel.

«Vi er kanskje i ferd med å gå tom for penger. Det er det at staten, sånne prosjekter, de må passe på at de kan stå løpet ut. Masse eksempler på at prosjekter tas ned for tidlig. At de ikke blir ferdige og vedlikeholdt. Hvilke planer har man for vedlikehold? Det må jo følge tiden og justeres. Hvis vi nå kommer til at det ikke er mer penger, så langt kom vi, vi kom ikke mål, det er jo helt tragisk.» (lege 6)

I begynnelsen av prosjektet var finansieringen på plass og de overordnende forventningene høye. Flere kommenterer at det etter hvert er skjær i sjøen. Det gjelder ikke bare hva selve prosjektet koster og hindre for å ta i bruk løsningen, men også hva prosjektdeltakelse koster. Futten i prosjektet har lagt seg.

Et ressurs synspunkt dreier seg om dilemmaet mellom prosjektdeltakelse og hensyn til kolleger:

«Det har ikke stått på vilje fra ledelsen, men stått litt på min vilje. Hva jeg vil at det skal koste kollegene mine. Vi må begynne å stille noen krav til hvor langt vi skal strekke oss hele tiden. Du må faktisk ha en bemanning som er hakket høyere enn marginal. Og da kan du begynne å bruke den bemanningen dynamisk. I perioder hvor det er rolig kan du drive utviklingsarbeid. I perioder med influensa og covid må du sette alle kluter til. Hvis jeg skal tas ut, betyr det at det er en person for lite på post. Det går ut over pasientene og det går ut over kollegaene, og så slutter kollegaene for det er alltid for lite bemanning.» (lege 1)

Det er særlig to momenter som nevnes; tid og penger.

4.6.1. Tid

Ledig tid er et knapphetsgode i helsetjenesten. Alle informantene fremhever avsatt tid/stillingsprosent som en grunn til at det har vært vellykket deltakelse i prosjektet, noe som skiller seg fra dugnadsinnsats som tidligere ofte var arbeidsformen i digitaliseringsprosjekter der legene var involvert.

«Det er kjempebra at det er leger som er med, at vi er en legegruppe som er med og at vi har fått avsatt tid til å gjøre dette.» (lege 7).

I utgangspunktet var det avsatt tid/stillingsprosent for klinkerne i sykehus til å delta i prosjektet, noe som flere kommenterte positivt på. Likevel møter de på praktiske gjennomføringer:

«Vi skulle ha avsatt tid, og så ble det vanskeligheter med bemanning på sykehuset, og det har det vært siden. Det har bare blitt mer og mer legemangel og sånn, og det merker vi hos oss og. Da var det ikke så mye rom til å være ute i prosjektet lenger, selv om man skulle ha det.» (lege 5).

«På sykehuset hadde jeg egentlig en avsatt dag, men pga. sykefravær var det vanskelig med en sammenhengende dag. Sykehusene renner over av pasienter. Vi fikk ikke jobbet alt det vi skulle fordi de måtte ta oss inn i klinikken.» (lege 3).

I det daglige er det sykehusdrift som trumfer og må prioriteres.

For allmennlegene som i større grad kan styre sin egen arbeidstid enn sykehuslegene, er inntrykket at tid, utover at det har gått med mye tid, ikke har vært et problem på samme måte.

Når det gjelder tidsaspektet i prosjektet, er det skuffelse trass i at tidsoverskridelser er kjent for å være vanlig i IKT-prosjekter:

«Vi skulle jo ha innført for lenge, lenge siden. Jeg ser målet, men det tar lenger tid og en god del mer jobb. Jeg trodde at det skulle bli lettere å få i gang, rett og slett. Og det trodde mange andre også. Og er litt overrasket. De skulle ha tatt oss med på uttestingen av programvaren mye tidligere. Vi har jobbet veldig mye bare for å få tilgang til testmiljøet. Hadde de bare tatt oss med fra starten, kunne vi spart en del tid. Det tror jeg.» (lege 4)

Behovet for løsningen har det vært der lenge, og vært en sak i mange år. Når det endelig begynner å realiseres, oppleves det som saktegående og f.eks. muligheten til å teste løsningen gikk det med tid til. Hvis de hadde fått testet løsningen tidligere, kunne dette vært tidsbesparende.

Selv om prosjektet har dratt ut i tid, er det flere som vektlegger digital møtevirksomhet som en driver for fremgang:

«Dette prosjektet har langt på vei vært heldigitalt. Det har fungert veldig bra og gjort at vi kunne ha hyppige møter. Nesten fra dag til dag i starten var det møter for å få alt på plass. Vi hadde det første fysiske møtet etter 1,5 år. Tradisjonelt ville et sånt type prosjekt vært organisert med felles møter noe som inkluderer reising.» (lege 7).

Heldigitalt møtevirksomhet gjorde det mulig med tettere, hyppigere dialog i tillegg til at det har vært finansielt besparende fordi deltakerne har sluppet å reise. Det var ressursbesparende både tids- og pengemessig.

4.6.2. Finansiering

En overraskelse for flere av informantene er at de i forkant hadde antatt at finansiering var avgjørende for om digitaliseringsprosjekter lykkes eller ei. I dette prosjektet sies det at frem til høsten 2022 ikke hadde vært mangel på penger, men likevel er prosjektet forsinket, har møtt hindre i utviklingen og at det nå går saktere.

«Når vi først får jobbet i lag og har pengene, så går ting fremover.» (lege 4).

«En motivasjon for å være med i dette prosjektet var at det skulle være et digitaliseringsprosjekt som faktisk var levelig for klinikerne å være med på. Vi fikk ganske mye penger inn.» (lege 1)

«Finansiering. Du kan organisere deg i hjel, men så lenge du ikke har ressurser og får tilgang på ressurser, kommer du ingen vei. Dette er et prosjekt som har fått bra prioritering og bra med midler, og vi har fått veldig stor forståelse for at den tiden som vi leger skal bruke på dette, er arbeidstid. Det er ikke dugnad. Det er jo en av de tingene som vi har jobbet med for å få forståelse for..... » (lege 7)

«Nå når pilotprosjektet er i gang, har man ikke lenger de ressursene som var inni prosjektet til å teste ut. Det er veldig synd. At de ressursene som var inni prosjektet for 1,5 år siden ikke er der lenger.» (lege 2)

Som legene sier har det blitt brukt mye penger for å få til klinikermedvirkning. At dette har vært viktig kommer tydelig frem. At det har vært budsjettert med prosjektdeltakelse fra klinikere sier flere noe om:

«Skikkelig frikjøpte leger både på sykehus og blant fastlegene.» (lege 6)

«Det er en kostbar affære i alle sånne prosjekter. Vi har fått veldig stor forståelse for at den tiden legen skal bruke på dette, er arbeidstid. Det er jo en av de tingene som vi har jobbet med å få aksept for. Etter hvert som det blir volum på det, blir det en del millioner. Men det skaper motivasjon og er avgjørende viktig.» (lege 7)

God medvirkning har blitt gjennomført ved at man har brukt ressurser og tilpasset prosjektet til legenes arbeidshverdag. Denne prioriteringen har lagt til rette for medvirkning i motsetning til andre prosjekter der det har vært tilrettelagt på samme måte. Dette hadde ikke latt seg gjøre uten nok finansiering. Det er grunnlaget for at de har fått det til.

Selv med alle andre gode forutsetninger for å gjennomføre digitaliseringsprosjekter på plass, er det avhengig av finansiering. Det å få forståelse og aksept for at medvirkning også må finansieres for å få resultat skal innfri målet, er nødvendig.

4.7. Ønske om aktiv deltakelse

Å bli møtt med interesse, slik at prosjektet har tatt opp i seg legenes synspunkter, innspill og betenkeligheter nevnes av flere som avgjørende:

«Dette har vel vært noe av det som har vært det beste med dette prosjektet. Det er det at vi har vært legestyrt i vår prosjektgruppe og der har det virkelig blitt forsøkt å gjøre det slik at det skal være best mulig for leger. Veldig ofte lages IKT-systemer av folk som ikke har peiling på legearbeid, ikke har peiling hva vi gjør og ender opp med noe som ikke er hjelpelig i det hele tatt. Og det er ikke tilfelle her i hvert fall. Det har vært mye, mye bedre her da.» (lege 5)

Det har vært flere leger enn normalt i slike prosjekter. Disse har representert både primær- og spesialisthelsetjenesten, noe som sikrer samhandlingen som er målet for løsningen. Det usynlige arbeidet blir fanget opp i langt større utstrekning og man kan unngå representasjoner av arbeid i standarder som utvikles i løsningen (Suchman, 1987).

«Det som er annerledes i dette prosjektet er klinikerinvolveringen. Vi sitter flere klinikere på samme nivå og like tett. Det er en stor forskjell fra andre prosjekter der man sitter som eneste lege. Du får en betydelig større posisjon, men det som er her, er at du er virkelig ønsket med og tatt med i alle prosesser. Du blir ikke bare spurt om enkeltelementer. Her blir du spurt om du har kapasitet til å være med å utforme. Det er veldig ydmyke, tilpasningsdyktige folk i prosjektet.» (lege 7)

Her beskrives reell medvirkning. Man blir lyttet til, respektert og involvert hele veien. I tillegg blir man invitert inn til å bidra mer. Å få anerkjent kompetanse og at innsatsen deres blir verdsatt, nevnes av flere. Informantene opplever at deres deltakelse i prosjektet som fremtredende:

«Vi blir sett på som en veldig viktig ressurs. Det har begynt å feste seg at vi får egentlig ikke gode prosjekter uten at brukerne er med. Det har noe med lederne å gjøre. Det har blitt flere gode ledere som skjønner dette.» (lege 7).

Ofta er det et lavt antall leger med i digitaliseringsprosjekter, gjerne 1-2 som representerer hele legegruppen, men her har antallet vært langt høyere (8 på tidspunktet for datainnsamlingen). Det var en lederprioritering både fra prosjektets side og i helsetjenesten å frigjøre ressurser til at leger kunne delta. Legenes opplevelse av at de både var ønsket med fra ledelsens side og reell medvirkning i prosjektet, er oppriktig.

Anseelse og respekt er en opplevelse flere av legene som har deltatt, sitter igjen med. De har vært ønsket med og blitt oppfordret til å bidra. Det er legene som har deltatt i flere digitaliseringsprosjekter som uttrykker denne forskjellen klarest. For dem er dette prosjektet opplagt annerledes.

4.8. Spilleregler og byråkrati

Flere informanter snakker om en annen måte å jobbe på i prosjektet enn det som er deres hverdag. Det fremstilles på en positiv måte:

«Jeg synes det er kjekt å jobbe med noe litt mer langsiktig enn at det kommer inn en pasient og så skal han ut neste dag. Så å ha noe å jobbe med litt over tid, og at man kan sette seg ned i grupper og få ting til å fungere bedre.» (lege 5)

Det er en annerledes rytme og arbeidsform i prosjektet som står i kontrast til hverdagen i helsetjenesten.

Informantene beskriver også møte med myndigheter og byråkrati som annerledes, og til dels også fremmedgjørende. Det er to forskjellige arbeidskulturer som det fortelles om:

«For en skarve kliniker, i vår hverdag er det ingenting som følger spillereglene. Vi følger jo våre regler, men pasienter kommer når de vil, de blir syke når de vil, og de blir dårligere når du trodde at de skulle bli bedre. Det er ingenting som er forutsigbart. Og da må vi bare løse det, og vi må være fleksible. Og så da jobbe i et system der alt er sånn helt låst. Det er veldig uvant. Det tror jeg kanskje sånn fra et prosjektstyringsperspektiv må se den gnisningen. Vi er vant til bare «kan vi ikke bare gjøre det sånn».» (lege 1)

«Det har på en måte vært tidkrevende fordi det er lange setninger... Jeg skjønnte tidlig at her må man inn på hver setning. Det er jo ikke sånn vi jobber. Hvis vi i det hele tatt kommer på et møte, kommer vi uforberedt. Det høres ikke bra ut. Det har vært en øyeåpner. Å se hvordan vi har så utrolig lite kontroll – nå tenker jeg på legegruppen. Hvor lite kontroll vi har over det som blir bestemt om vår egen arbeidshverdag. Selvsagt er det mange gode representanter som har mulighet til å være på ballen, men hvis vi hadde litt mer headroom i en klinisk hverdag, så hadde det hvis det kunne kommet inn som en naturlig del av virkere at vi var mindre ignorante på våre egne arbeidsprosesser da. Det hadde vært bedre for kvalitetsarbeidet også. Vi vet ikke en gang hvilke spilleregler som gjelder. Ofte.» (lege 1)

Det oppleves uvant med en mer byråkratisk tilnærming til oppgaven som prosjektet skal løse. Legene er vant til å gjøre vurderinger og finne løsninger raskt. Det er ikke tid til forberedelser. Dette står i kontrast til langsiktigheten i prosjektet.

«Ja, nei, altså, det oppleves som det er veldig byråkratisk. IT innen helsevesenet virker veldig, veldig sånn byråkratisk. Det er jo mange hensyn selvfølgelig med personvern og sånn. Man kan ikke bare ønske seg ting og så blir det satt ut i live. Det er jo veldig tunge systemer man skal integrere det med selvfølgelig.» (lege 2)

Det er tungroddede prosesser med mange hensyn å ta når det gjelder digitalisering i helsetjenesten. Tiden fra man starter arbeidet med å løse behovet og løsningen tas i bruk

er lang. Én informant etterlyser mer begeistring og at det i byråkratiet ikke er noen som egentlig brenner for prosjektet.

«Man savner jo at noen som driver og er veldig engasjerte og brenner for dette, som i det private næringsliv. Litt sånn gründerdrive i seg og bare pusher og pusher og har litt sånn... Ikke lokalt, der har vi hatt det, men hos myndighetene er det mer diffust hvem som har ordentlig eierskap til dette. Det kan godt være at ingen har det heller, bortsett fra at de har blitt presset inn i det.» (lege 2).

Selv om dette er et digitaliseringsprosjekt overskygger de byråkratiske spillereglene tempo og innretning. Profitt for øye finnes ikke og nødvendigvis brenner ingen inderlig for prosjektet.

Medisinen er innovativ og løsningsorientert av natur, slik det oppleves i den lokale delen av prosjektet. Medisinen fornyer og er nyskapende. Det er også målet med dette prosjektet, men likevel er det byråkratiets koordinering og kontroll som oppleves her og som legger rammer for fremdrift.

4.9 Status: utfordringer for prosjektet

Det er verdt å merke seg at alle informantene er jevnt over eller mer enn fornøyde med selve prosjektet, noe som bekreftet antakelsen om at prosjektet også internt oppfattes som vellykket. Noen omtaler også prosjektet som det beste de har deltatt i.

«Jeg har fått bekreftet det jeg alltid har ment: Det å ha god, tilstrekkelig klinikerinvolvering er avgjørende for at det skal gå i riktig retning. Jeg har sett at mange som jeg har stor tillit til og som er dyktige i det de driver med, men som ikke har klinisk kompetanse, komme opp med forslag som er helt skandaløse og er avgjørende at blir korrigert for og realitetsorientert i forhold til den kliniske hverdagen og hvordan pasientforløpene er. Og så har jeg erfart at det er avgjørende viktig med god prosjektledelse, for det var veldig bra i starten av prosjektet. Nå er det litt annerledes pga. utskiftninger og litt mer usikkert hvordan det blir fremover.» (lege 7)

Noen av legene faller inn under begrepet championing som forkjempere eller anførere (Høymark, 2020). De har gjerne erfaring og meget god innsikt. Legene som er 'champions', omtaler prosjektet mer positivt enn de andre legene.

«Hvis vi skulle startet nå, burde vi ha begynt med de juridiske forventningene. Vi ser ofte at det er der det butter imot. Da kunne vi ha lagt litt sånn forventningsstyring på hva som er mulig å gjennomføre» (lege 1)

Som nevnt tidligere, er digitalisering i helsetjenesten mangefasettert (Befring & Sand, 2020). Her nevnes regulatoriske hindre som har gitt saktere fremdrift i prosjektet når det ikke var løst på forhånd.

Akkurat nå er informantene noe utålmodige fordi prosjektet delvis har stoppet opp med breddingen av løsningen, og en av informantene beskriver det slik:

«Prosjektet sliter litt sånn nå. Ting blir utsatt og utsatt. Jeg kjenner det så godt igjen. Folk i prosjektet begynner å bli trøtte. Det er en dårlig fase akkurat nå. Det er vanskelig å holde oppe entusiasmen. Varene kommer ikke.» (lege 6).

En annen sier:

«Ting tar tid, og det oppleves veldig tungt og tregt. Man mister veldig mye momentum underveis da når det blir stadige stopp og ting som må tas ned fordi man finner nye bugs. Folk mister interessen». (lege 1).

Det kan virke som prosjektet nå ikke går som forventet, og at legene er utålmodige for å fortsette prosessen. Det har vært faktorer som prosjektet ikke styrer over som har bidratt til dette, slik som eksisterende datasystemer i sykehuset som tester ut løsningen. Dermed kan ikke forventet gevinst foreløpig realiseres. Fordi dette er en samhandlingsløsning både for primær- og spesialisthelsetjenesten er man avhengig av den benyttes gjennomgående. Likevel har den en verdi fordi den gir sanntidsoversikt over pasientens legemiddelbruk fra primærhelsetjenesten. I tråd med neososioteknisk teori beskrives her kompleksiteten og avhengighetene av involverte organisasjoners tekniske systemer som en del av det som innføring av teknologi må forholde seg til.

Gjennom empirinær koding med utgangspunkt i en tilnærming basert på SDI-metoden er medvirkning på ulikt vis beskrevet av informantene. De forteller om hvordan medvirkning i prosjektet har utviklet seg fra ulik problemforståelse til åpenhet og tett dialog, trygghet og eierskap. Tillit til og respekt for hverandre er tydelig. Det har blitt bygd litt etter litt, der man har langt på vei har levert det man har blitt enige om. På tidspunktet for datainnsamlingen ved årsskiftet 2023/23 kom det frem at prosjektet da opplevde en endring i fremdrift og at mye var uavklart for videre innføring.

5. Drøfting

Det empiriske materialet i denne oppgaven tar for seg temaer som informantene var mest opptatt av, slik det fremkommer i intervjuene. Det betyr likevel ikke at andre prosesser ikke er relevante og kunne vært analysert nærmere, men i den empirinære kodingen av intervjumaterialet er det de gjennomgåtte kodegruppene som trådte frem som de tydeligste. Jeg kommer til å legge vekt på de funnene i analysen som er mest interessante for problemstillingen i oppgaven. Det er digitaliseringsprosesser i helsetjenesten og hvordan man sikrer reell medvirkning best mulig, samt hvilke forutsetninger som trengs for å delta. I dette kapitlet vil jeg forsøke å forklare og analysere datagrunnlaget.

5.1. Å bygge bro

Ved digitalisering i helsetjenesten er det ofte et gap mellom helsepersonells behov for å løse arbeidsoppgaver og hvilke behov som dekkes i digitale løsninger. Det bør være et mål å forsøke å minske denne avstanden, og aller helst fjerne den. Det er viktig å huske på at digitalisering av helsetjenesten er et virkemiddel, ikke et mål. I dette prosjektet sier informantene at å forklare og vise detaljert hvordan arbeidshverdagen er og hvordan arbeidsoppgaver løses i den minste detalj, har vært grunnleggende for utviklingen av løsningen. Dette belyser hvor viktig det er for legene at verktøyene hjelper dem, og at det å forklare arbeidsprosesser tar tid og innsats. At de har lyktes med å legge til rette for slik deltakelse kan være en meget viktig faktor i hvorfor dette prosjektet har rykket på seg å være vellykket. Hva er det som skaper gapet mellom de involverte? Hvordan kan denne distansen skrumpes?

Petter Grytten Almklov og Stian Antonsen bruker begrepene «work as imagined» versus «work as done» for å forklare hvorfor standardisering gjennom digitalisering ofte støter på vanskeligheter (2020). Det er et nyttig teoretisk konsept i denne sammenheng. Standardisering er nødvendig til en viss grad, men ikke for enhver pris. Arbeidsoppgaver løses forskjellig avhengig av hvor i helsetjenesten man jobber. Det er dessuten ofte et meget høyt detaljeringsnivå på hvordan arbeid utføres og arbeidet er kontekstavhengig.

Å bygge bro over gapet mellom teknologi og klinikk er nødvendig for å forstå hverandres rammer og muligheter. Almklov og Antonsen understreker digitalisering som det å bruke digital teknologi til å støtte utførelse og kontroll av arbeidsprosesser, og dermed sammenhengen mellom verktøyene og arbeidet det legges til rette for (2020). Det er altså en dualitet i digitalisering. Digitale løsninger skal både koordinere og kontrollere arbeid og de må treffe behovet som de skal legges til rette for.

Det er naturlig å tenke seg at formaliserte medvirkningsprosesser må til for å lykkes, for da vil det være lagt en tydelig struktur på tilrettelegging av medvirkningen. Rolle- og ansvarsavklaring vil være avklart på forhånd. Idet ligger god planlegging og en forpliktelse til både å delta og til å inkludere.

5.2. Å forstå arbeidsprosesser

En annen kløft som trer frem, er distansen mellom klinikere og yrkesgrupper som arbeider med digitalisering som bl.a. utviklere og konsulenter. Almklov og Antonsen beskriver faren for at kun representasjoner/deler av arbeid vil bli fanget opp (2020, s. 6), og dermed oppstår frustrasjon blant leger når konsulentene ikke forstår og ledelsen vil måle det som ikke alltid er målbart. I digitaliseringsprosesser deltar mange med ulik

yrkesbakgrunn, de har forskjellig grunnlag for oppfatning og sitter med taus kunnskap som et resultat av erfaring.

Innledningsvis i prosjektet forteller informantene om konsulenter som skulle måle arbeidsprosesser for senere innhente gevinster. Jeg fortolker det slik at legene opplevde de eksterne konsulentene som litt overflødig. Det kan synes som et generelt trekk i flere digitaliseringsprosjekter at overdreven konsulentbruk medfører høye kostnader mens de som arbeider i virksomhetene sitter med en følelse at man kunne gjort det bedre selv, i det minste på en virkningsfull måte. Ressursknapphet i den offentlige helsetjenesten har nok gjort at leger ofte er kostnadsbevisste. Med det som utgangspunkt er det ikke unaturlig at kostnadsdrivende konsulenter kan møte motstand. Det kan bidra til motstand i prosjekter der f.eks. måling av tidsbruk oppfattes provoserende og konsulenter står for kartlegging. Denne spenningen i medvirkningsprosesser mellom konsulenter og egne ansatte/brukere må det tas høyde for i digitaliseringsprosjekter. Det kan oppleves utmattende/problematisk hvis tid går tapt dersom det ikke er en grunnleggende forståelse for samspillet mellom hva teknologien kan gjøre og hva den faktisk skal brukes til.

I intervjuene kommer det tydelig frem hvor viktig det er for legene at verktøyene hjelper dem, og at det å forklare arbeidsprosesser krever tid og innsats. Akkurat det understreker betydningen av medvirkning. Fremfor å snakke om en mal for utvikling, kan det være klokt å se på flere utveier for å oppnå et felles resultat, jf. scriptteori. For at leger skal kunne delta i randsonen av det de jobber med, må det finnes systemer som sikrer at de har tid til å delta, og at klinikerinvolvering ikke kommer i tillegg til vanlig jobb.

Etter en litt krevende start bedret (jf. sitat lege 4 under 4.1.) medvirkningen seg fordi informantene opplevde at de ble hørt. De ble møtt på en mer likeverdig måte, fikk forklart sin arbeidshverdag og nådde frem med sine synspunkter. Det kan synes som om samarbeidet bedret seg da de lærte å forstå hverandre. Dedikerte leger som påtar seg en oppgave med å være engasjerte i digitaliseringsprosjekter kan oppleves å gi motstand. Når de gir innspill og blir tilsidesatt, kan de fremstå som dominerende, men det de gjør er å formidle og rette oppmerksomheten mot hovedformålet; målrettet bedre pasientbehandling.

Hvordan man involverer ansatte har en stor betydning jf. medarbeiderdrevet innovasjon. Det må være tilrettelagt fra ledelsens side for engasjement og takhøyde for utprøving. Å hente elementer fra innovasjonsarbeid kan være en fordel, for der blir den bl.a. den som står nærmest oppgavene ansett for å være den beste til å løse en utfordring. I medarbeiderdrevet innovasjon nevnes rollen som «championing» (forkjemper) og kan sammenliknes med informantene som aktive deltakere som driver ideer frem.

Erfaringene fra dette prosjektet viser ganske mye uformell kontakt i prosjektet både nasjonalt og lokalt. Samtidig kan det virke som en del av prosjektarbeidet fra legenes side har vært å understreke og presisere synspunkter mellom møter og én-til-én. Formelle og uformelle medvirkningsformer i et gjensidig avhengighetsforhold til hverandre hadde vært interessant å forske videre på. Kanskje gir god tilrettelegging og avklarte ansvarsforhold en positiv påvirkning og grunnlag for uformell medvirkning?

5.3. Medvirkningskompetanse

Når digitaliseringsprosjekter innenfor helsetjenesten ofte mislykkes, hvorfor takker likevel noen ja til å engasjere seg? En hovedkategori som trådte frem i kodingen dreier seg om deltakelse i prosjektet; evner, motivasjon og ikke minst mot. De fleste informantene beskriver en nærmest tilfeldig rekruttering av seg inn i prosjektet. Likevel trer interesse for IKT og tilegnede ferdigheter innen IKT frem som faktorer som har gjort at de har blitt forespurt om å være med i prosjektet. Informantene anser seg som kvalifiserte, men ikke at de nødvendigvis har bedre forutsetninger enn andre. Personlig egnethet trer frem som et gjennomgående trekk. Det viser seg å inkludere uformell kompetanse og klinisk erfaring med IKT-løsninger, men også en vilje til å innta en tydelig rolle for fremme synspunkter i og på vegne av prosjektet. Det krever også utholdenhet og tro på at en ny løsning kan gi deg en bedre arbeidshverdag. Interaksjonskompetanse (Collins, 2004) med å ha evnen til å forstå og uttale seg som en ekspert, uten å være i stand til å praktisere det, er fremtredende. Stamina ser også ut til å være nødvendig, slik informantene beskriver gjentakelser over lang tid; mot for å nå frem.

Å utøve digital dømmekraft som Ask og Søraa (2021) fremmer, kan synes som godt utgangspunkt for alle involverte i digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten. Man må være i stand til å kritisere og problematisere premissene som legges for utvikling og implementering av digital teknologi, og evne å vurdere konsekvensene av innføring av ny teknologi med utgangspunkt i hvordan teknologien brukes og virker. Vurderingen må gjøres på bakgrunn av den faktiske funksjonen med søkelys på brukeren.

Ut fra dette trer medvirkningskompetanse frem som en kvalitet deltakere i digitaliseringsprosesser må inneha. Det innebærer kvalitet, kompetanse og mot.

5.4. Helhetlig fra begynnelsen av

Hvis man ser dette fra det sosiotekniske perspektivet, retter det seg mot det som skjer «underveis» i digitaliseringen, hva som endres, hvordan det endres, hvem som skaper endring, og hva som forblir likt – så vel som endringer som ikke var planlagt (Ask & Søraa, 2021). Å forstå samspillet mellom teknologiens muligheter og den faktiske bruken gjennom å undersøke hvilket ansvar og arbeidsoppgaver som forflyttes mellom mennesker og teknologi i denne prosessen. Det handler om hvilken kontekst løsningen skal inngå i, hvordan den brukes, og av hvem. Nettopp det påpeker Orlikowski i direkte og indirekte effekter av digitalisering (2000). Nye løsninger kan bli brukt på en annen måte enn det var tiltenkt fordi bruken tilpasses hvilke handlinger som skal utføres. Det er en gjensidig interaksjon mellom teknologi og mennesker. For å redusere avviket mellom tilsiktet bruk og utilsiktet bruk, vil det derfor være en fordel med klinikerinvolvering. Å innføre ny teknologi eller digitalisere er for øvrig ikke noe mål i seg selv. Det er samspillet mellom teknologi, prosesser og mennesker som gir gevinster.

I tillitsreformen som skal bidra til mer velferd og bedre offentlige tjenester til innbyggerne, er det lagt opp til at de som står nærmest tjenestene selv må velge hvilke områder og tiltak som de mener er de beste (Kommunal- og distriksdepartementet, 2022). Tillitsreformen har en nedenfra og opp-tilnærming, og prioriteringene kan dermed skje i en lokal kontekst.

Ifølge informantene synes det litt tilfeldig hvem som er tatt med i digitaliseringsprosjektet. Det viser seg likevel seleksjonsmekanisme for fagpersoner som har problemforståelse og skaper resultater, der de klarer å gjenta argumentasjonen fordi

det nesten er fravær av forståelse. Ved å involvere personer med ulik kompetanse og bakgrunn, kan man skape en mer helhetlig forståelse av utfordringene som skal løses. Løsningene som innføres må være gode for pasienter, for helsepersonell og for myndighetene. Med designmetodikk som deltakende design blir både det sosiale og teknologiske inkludert (Muller & Kuhn, 1993). I forlengelsen av den norske modellen er den gjenkjennbar som en demokratisk, kollektiv prosess og som for helsetjenesten vil ha best mulig pasientbehandling som mål. Styrket medbestemmelse og involvering av ansattes organisasjoner er også nevnt i tillitsreformen og at det er de enkelte virksomhetene som har ansvaret for denne kontakten lokalt. Det må derfor være handlingsrom for medvirkning og hvordan best utnytte dette for å skape økt merverdi gjennom samarbeid i digitaliseringsprosesser.

Det kan være forskjellige elementer som må tas inn i utviklingen av digitale løsninger. Informantene forteller at denne løsningen har fått mange unntak fra forskrift, og at det utgjør en stor del av suksessen. Derfor påpekes det også at dette må videreføres på nasjonalt nivå.

5.5. Brukervennlighet

Fra nasjonalt hold trekkes svak gevinstrealisering av innførte digitale løsninger som ikke innfrir brukernes behov i helsetjenesten i rapporten fra Helsepersonellkommissjonen (NOU 2023: 4) som en utfordring: «Digitaliserte løsninger i samhandling er en forutsetning for å håndtere helhetlige pasientforløp på tvers av forvaltnings- og omsorgsnivåer. Så langt er potensialet for å realisere gevinster i liten grad tatt ut. Dette kan skyldes at de digitale løsningene ikke i tilstrekkelig grad har vært innrettet mot brukerens reelle behov, utilstrekkelig optimisme knyttet til hva teknologi kan bidra til eller svak eller utilstrekkelig digital infrastruktur som gjøre løsningene dårlig egnet for formålene» står det i Helsepersonellkommissjonens utredning (NOU 2023: 4). Medvirkning slik at de digitale løsningene samsvarer med brukernes reelle behov i deres arbeidshverdag, bør derfor forsterkes. Alle endringsprosesser har i utgangspunktet en mulighet til å gi gevinst på kort eller lang sikt. Brukervennlige IKT-løsninger er avgjørende for å kunne gi mer pasientbehandling, men brukervennlighet forutsetter tilstrekkelig klinikerinvolvering.

Som nevnt er medvirkning en del av den norske arbeidslivsmodellen. Det aktualiseres av digitalisering bl.a. fordi man erfarer digital utbrenthet blant leger. Dårlige, lite brukervennlige og tidkrevende løsninger frustrerer helsepersonell og fører til forsinkelser i utredning og behandling av pasienter. Helsepersonell ønsker å gjøre jobben sin på en trygg måte. Gjennom klinikerinvolvering kan arbeidsrelatert stress forebygges fordi brukerne har vært med på å tilrettelegge for intuitivt, sømløst digitalt arbeid med gode arbeidsprosesser. Ethvert elektronisk verktøy bør medvirke til at behandler bruker mindre tid foran skjermen til fordel for tid til pasientbehandling. Da gjelder det å ha et klinisk/praktisk utgangspunkt i utviklingen av verktøy. Ved å identifisere og løse problemer i samarbeid med utviklere og designere med god prosjektledelse vil det vokse frem en felles forståelse som et utgangspunkt for nye løsninger; løsninger som kan skape verdi for helsepersonell og virksomhetene som helhet.

5.6. Arbeidstilfredshet

Organisasjonen Institute for Healthcare Improvement (IHI) i USA har fra 2007 arbeidet ut fra et tredelt mål (The Triple Aim of Healthcare) for kvalitetsarbeid: å forbedre pasientbehandling (kvalitet og opplevelse), å forbedre befolkningens helse og å ha

effektiv ressursbruk (Berwick et al., 2008). I etterkant har et fjerde mål; helsearbeideres arbeidstilfredshet blitt inkludert (The Quadruple Aim) (Bodenheimer et al., 2014). I det fjerde målet ligger det at helsevesenet må være en god arbeidsplass og sørge for å ivareta medarbeidere og deres kompetanse – helsevesenets viktigste ressurs (Sikka et al., 2015). Fremveksten av det fjerde målet knyttes bl.a. til at amerikanske leger opplever symptomer på utbrenthet. Det som rapporteres som årsaker til dette, er flere reguleringer, økt databruk, flere arbeidstimer, nye lover og mindre faglig autonomi, balanse jobb og fritid, krav for å opprettholde spesialiteten, utfordringer rundt refusjonsordninger, problemer med elektroniske journaler og rapporteringskrav. Økt engasjement via medvirkning kan være én vei å gå for å ivareta helseansattes arbeidstilfredshet (Bååthe et al., 2019).

5.7. Konseptualisering

Ut fra funnene kan det oppsummeres noen faktorer som synes nødvendige for å få til reell medvirkning i digitaliseringsprosesser i helsetjenesten. En slik konseptualisering er for å nå et bestemt formål (Tjora, 2021); i dette tilfellet velfungerende digitale løsninger i den kliniske hverdagen til det beste for pasientene.

- Start med brukernes behov, lytt, lær og respekter deres kompetanse og opplevelser
- Begrunn behov for digital understøttelse i den kliniske hverdagen
- Bruk og beregn nok tid til å gjennomgå arbeidsprosesser
- Forstå forskjellige kontekster som løsningen skal brukes i
- Avsett tilstrekkelig med ressurser
- Inkluder både tauskunnskap og ekspertkunnskap
- Lag brukervennlige løsninger
- Legg inn tid og rom for innføring av nye løsninger

6. Konklusjon

I denne oppgaven, som er en deskriptiv casestudie, har jeg gjennom en kvalitativ tilnærming basert på semistrukturelle intervjuer, gjort en analyse av legers medvirkning i et digitaliseringsprosjekt. Målet har vært å utforske problemstillingen:

Hva må til for at leger kan ha reell medvirkning på digitalisering i helsetjenesten?

For å belyse problemstillingen, er det definert følgende forskningsspørsmål:

- *Hva kan vi lære fra bestående praksis om hva som oppleves som nyttig og hva som ikke fungerer så godt?*
- *Hvordan kan man best sikre reell medvirkning?*
- *Hva kjennetegner inkluderende, god medvirkning?*
- *Hvilken kompetanse trengs?*

Digitaliseringsprosjektet dreier seg om en samhandlingsløsning for legemidler med en felles digital oversikt til bruk i helsetjenesten som utprøves i en stor, norsk kommune. Legene som er intervjuet har tatt i bruk løsningen. Utvikling og implementering har pågått i noen år, og løsningen er planlagt innført nasjonalt i 2029.

Fordi medvirkning står sentralt både i oppgavens overordnede problemstilling og underordnede forskningsspørsmål, er begrepet definert og drøftet innledningsvis i oppgaven. Jeg har tatt utgangspunkt i det empiriske materialet og håndtert det gjennom en tilnærming basert på stegvis-deduktiv induktiv metode. Materialet er kodet og deretter analysert og drøftet i lys av relevant teori og tidligere forskning. Til slutt har jeg tolket og konseptualisert funnene.

Funnene indikerer at legene i digitaliseringsprosjektet har forklart, blitt lyttet til og mange av de kliniske behovene deres i løsningen er imøtekommet. Veien dit har vært både givende og krevende, særlig å få gehør for hvordan arbeidsflyten faktisk er. Det har tatt tid å få forståelse for. Prosjektdeltakelse skiller seg fra arbeidsformen i den kliniske hverdagen, og løsningstempoet er forskjellig fordi det er en annen langsiktighet i å forme digitale løsninger enn å drive pasientbehandling. Når det gjelder kompetanse, er klinisk erfaring med IKT-løsninger og til dels erfaring fra andre digitaliseringsprosjekter, som er fremtredende for dette prosjektet. Å delta i et digitaliseringsprosjekt krever bl.a. engasjement, rolleforståelse og faglige integritet. For forståelse og innsikt i utfordringer, roller og deltakelse forteller legene om en utvikling i prosjektet som har bidratt til tillit og åpenhet. Rammene for prosjektet er flere bekymret for fremover. Når spørsmålene om hvem som er brukerne, hva og i hvilken sammenheng løsningen skal brukes, er besvart, finnes det ulike tilnærminger for design og utvikling. Disse kan kombineres, men det bør ligge et bevisst valg bak tilnærmingen som vil gavne det enkelte digitaliseringsprosjekt best.

Stadig flere mislykkede digitaliseringsprosjekter i helsetjenesten aktualiserer det å identifisere hva og hvor feilskjærene har oppstått. Det er avgjørende at brukere (her leger) medvirker i utviklingen av løsninger for digital understøttelse til det beste for pasientene. Det må være et søkelys på brukeren der teknologi rigges i lys av hvordan den faktisk skal brukes, og mindre sisyfosarbeid. Man må digitalisere der det gir mening for brukerne. Det vil være kontekstavhengig.

Leger og annet helsepersonell bør ha en naturlig plass ved bordet i digitaliseringsprosesser, for digital understøttelse må innfri kjerneoppgavene i helsetjenesten og imøtekomme de faktiske kliniske behovene. Leger og annet helsepersonell har en dedikasjon for å få resultater som gir god, trygg pasientbehandling. Medvirkning bør anerkjennes, utforskes og utvikles i egnede former og til rett tid. Det kan også bidra til å sikre en bærekraftig helsetjeneste. Leger må kjenne sin besøkelsestid og være med å sette et sterkt avtrykk på fremtidens digitale løsninger. Da vil man kunne unngå at beslutninger blir tatt over hodet på dem og løsninger innført uten tilstrekkelig forankring i den kliniske hverdagen.

Oppgaven bidrar til fagfeltet ved å belyse faktorer for digitaliseringsprosesser med klinikermedvirkning. Ved å anvende det sosiotekniske/neososiotekniske perspektiver, har studien bidratt til å forstå kompleksiteten for medvirkning ved digitaliseringsprosesser. Selv med et digitaliseringsprosjekt som anses for å ha god medvirkning, var det noe utfordrende innledningsvis. Det har krevd gjentakelser, mye tid og mange runder.

Digitalisering av helsetjenesten gir både muligheter og utfordringer. Gjennom planlegging og utvikling med reell medvirkning av klinikere vil de digitale løsningene komme bedre til nytte. Skal man lykkes med digitalisering i helsetjenesten, må man ta hensyn til klinikerens forskjellige behov og måte å jobbe på, i ulike kontekster.

7. Litteraturliste

- Akrich, M. (1992). The de-scription of technical objects. I W. E. Bijker, W.E. & J. Law, J., (red): *Shaping technology/building society : studies in sociotechnical change* (s. 205-224). MIT Press.
- Almklov, P. & Antonsen, S. (2020). Standardisation and Digitalisation: Changes in Work as imagined and What this Means for Safety Science. (s. 3-19). I: Le Coze, J.C. (Red.). *Safety Science Research*. CRC Press.
- Amble, N., Amundsen, O., Rismark, M. (2020). *Medarbeiderdrevet innovasjon*. Gyldendal.
- Amundsen, O., Kongsvik, T. (2016.) *Endringskynisme. Og kunsten å skape god endringspraksis*. Gyldendal Akademisk.
- Anggadini, S.D., Sya'roni, D.A.W., Damayanti, S. & Dewi, N.P. (2021). Accounting information system: user participation and organizational. *AFRe Accounting and Financial Review*, 4(2), s. 262-268. doi: <https://doi.org/10.26905/afr.v4i2.6001>
- Arbeidsmiljøloven. *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62) (§2-3). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-62>
- Arnulf, J. (2020). *Hva er ledelse?* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Ask, K. & Søråa, R.A. (2021). *Digitalisering. Samfunnsendring, brukerperspektiv og kritisk tenkning*. Fagbokforlaget.
- Bakken, J.D. (2023, 21. februar). Leger gråter på jobb og håper på omgangssyke for å slippe vakter. *NRK Oslo og Viken*. <https://www.nrk.no/osloogviken/ahus-leger-jobber-sa-mye-at-de-blir-utslitt--en-lege-haper-pa-bilulykke-for-a-slippe-nattevakt-1.16280131>
- Barnett, K., Mercer, S.W., Norbury, M., Watt, G. Wyke, S. & Guthrie, B. *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. 380, 9836, s. 37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Befring, A.K. & Sand, I.-J., red. (2020). *Kunstig intelligens og big data i helsesektoren. Rettslige perspektiver*. Gyldendal Akademisk.
- Berwick D.M., Nolan T.W. & Whittington J. (2008). The Triple Aim: Care, health and cost. *Health Affairs*, 27, s. 759-69. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.3.759>
- Bodenheimer, T., Sinsky, C. (2014) From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Annals of Family Medicine*, 12, s. 573-6. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1713>

- Figueroa, C.A., Harrison, R., Chauhan, A. & Meyer, L. (2019). Priorities and challenges for health leadership and workforce management globally: a rapid review. *BMC Health Services Research* 19, 239. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4080-7>
- Fimreite, A.L. (2013). Endring og ledelse i offentlig sektor. *Stat & styring*. 23, 2, s. 5-6. <https://doi.org/10.18261/ISSN0809-750X-2013-02-03>
- Gregory, J. (2003, 1.januar). Scandinavian Approaches to Participatory Design. *International Journal of Engineering Education*, 19. https://www.researchgate.net/publication/228872045_Scandinavian_Approaches_to_Participatory_Design
- Halting, M. & Sørensen, K.H. (1998). *Social Constructions of User Participation*. Scandinavia University Press, s. 171–188.
- Hammond, M.M., Neff, N.L., Farr J.L., Schwall, A., Zhao, X. (2011, februar). Innovation at work: a meta-analysis. *Psychology of Aesthetics Creativity and the Arts*, 5, s. 90-105. DOI:[10.1037/a0018556](https://doi.org/10.1037/a0018556)
- Halkier, B. (2011, november). Methodological practicalities in analytical generalization. *Qualitative Inquiry*, 17, s. 787-797. DOI: [10.1177/1077800411423194](https://doi.org/10.1177/1077800411423194)
- Hauge, H.N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Gyldendal Akademisk.
- Health Resources & Services Administration, US Department of health and human services. (2023). *Health Workforce Shortage Areas*. HRSA. <https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/shortage-areas>
- Heldal, F., Sjøvold, E. (2015). Endring i sykehus – et spørsmål om ledelse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135, s. 144-146. DOI: 10.4045/tidsskr.14.1308
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring*. §7d. Medvirkning fra medarbeidere. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/gjennomfore#paragraf-7d-medvirkning-fra-medarbeidere>
- Helsetilsynet. (2023, 18. april). *Rapport fra tilsyn ved St. Olavs hospital etter innføring av Helseplattformen. Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse (18.4.2023)*. <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynssaker/2023/rapport-fra-tilsyn-ved-st-olavs-hospital-etter-innfoering-av-helseplattformen/#>
- Helse Vest, Helse Sør-Øst, Helse Nord, Helse Midt-Norge. (2017). *Brukermedvirkning på systemnivå i helseforetak. Retningslinjer for mandat, oppnevning og konstituering, arbeidsform felles retningslinjer tilpasset Helse Sør-Øst*. <https://www.helse-sorost.no/siteassets/documents/brukermedvirkning/felles-retningslinjer---tilpasset-helse-sor-ost-rhf.pdf>

- Levin, M. (2012). Den norske arbeidslivsmodellen. *Magma*, 4, s. 20-23.
<https://old.magma.no/den-norske-arbeidslivsmodellen>
- Liang, L.L., red. (2010). *Connected for health. Using electronic health records to transform care delivery*. Wiley.
- Locke, E.A. & Schweiger, D. (1979). Participation in decision making. One more look. I: Staw, B. (Red). *Research in organizational behavior*, 1, s. 265-340. JAI Press.
- Lommerud, S., Lie, H. Engstrand, P., Sigurdson, U.E.W. (2022). Samarbeid for bedre IKT-løsninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0362
- Lægeforeningen. (2023, 16.mars). *Arbejdskraftsanalyse 2023. Stor efterspørgsel på sundhedspersonale i 2030 og 2045 – behov for prioritering*. Lægeforeningens analyser. [Microsoft Word - Arbejdskraftanalyse 2023 - endelige - 16-03-2023{F2#17640975#7#17635193#2}.docx \(laeger.dk\)](#)
- Markus, M.L. 2004. Technochange management: using IT to drive organizational change. *Journal of Information technology*, 19, 4-20.
- Martinsen, Ø.L. (2015). *Perspektiver på ledelse*. Gyldendal
- Mayo, E. (1933). *The human problems of an industrial civilization*. MacMillian
- Meld. St. 7 (2019–2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. (s. 104-105). Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 7 \(2019–2020\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 9 (2012–2013). *Én innbygger – én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 9 \(2012–2013\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 14 (2020–2021). *Perspektivmeldingen 2021*. Finansdepartementet. [Meld. St. 14 \(2020–2021\) \(regjeringen.no\)](#)
- Meld. St. 27 (2015–2016). *Digital agenda for Norge. IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. Kommunal- og distriktsdepartementet. [Meld. St. 27 \(2015–2016\) - regjeringen.no](#)
- Muller, M.J. & Kuhn, S. (1993). Participatory design. *Communications of the ACM*, 36, s. 24–28. DOI: <https://doi.org/10.1145/153571.255960>
- NOU 2013: 2. (2013). *Hindre for digital verdiskaping*. Fornyings-, administrasjons- og Kirkedepartementet [NOU 2013: 2 \(regjeringen.no\)](#)
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](#)
- NOU 2023: 8. (2023). *Fellesskapets sykehus. Styring, finansiering, samhandling og edelse*. Helse- og omsorgsdepartementet. [NOU 2023: 8 \(regjeringen.no\)](#)

- Orlikowski, W. J. (1996). The duality of technology: rethinking the concept of technology in organizations. *Organization Science*, 3 (3), s. 398-427.
- Orlikowski, W.J. & Scott, S.V. (2008). 10 Sociomateriality: challenging the separation of technology, work and organization. *Academy of Management annals*, 2, s. 433-474. DOI: <https://doi.org/10.1080/19416520802211644>
- Orlikowski, W.J. (2000). Using technology and constituting structures: A practice lens for studying technology in organizations. *Organization science*, 11, s. 404-428. DOI: <https://doi.org/10.1287/orsc.11.4.404.14600>
- Orlikowski, W.J. (1992). Learning from Notes. Organizational issues in groupware implementation. I: M. Mantel, Baecker, R. (Red). *CSCW'92 Proceedings of the ACM conference on computer-supported cooperative work, November 1-4, 1992, Computer Supported Cooperative Work 92, Toronto, Canada*. Association for Computing Machinery. DOI: <https://doi.org/10.1145/143457.143549>
- Prop. 1 S (2016 –2017). (2016). *Propoisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2017*. Helse- og omsorgsdepartementet. Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790. Inntektskapitler: 3701–3750, 5572 og 5631. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/no/pdfs/prp201620170001hodddpdfs.pdf>
- Prop. 10 (1998–1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (spesialisthelsetjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet. [Ot.prp. nr. 10 \(1998-99\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/ot/prp/10/1998-99)
- Prop. 66 (2000–2001). *Lov om helseforetak m.m.* (helseforetaksloven). Helse- og omsorgsdepartementet. [Ot.prp. nr. 66 \(2000-2001\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no/ot/prp/66/2000-2001)
- Riksrevisjonen. (2018-2019). *Undersøkelse av Helse Sør-Østs gjennomføring av radiologiprogrammet RIS/PACS*. 3:2. [Undersøkelse av Helse Sør-Østs gjennomføring av radiologiprogrammet RIS/PACS \(riksrevisjonen.no\)](https://www.riksrevisjonen.no/undersokelse-av-helse-sor-osts-gjennomforing-av-radiologiprogrammet-ris/pacs)
- Schiefloe, P.M. (2021). *Organisasjonsanalyse*. Fagbokforlaget.
- Sikka, R., Morath, J.M., Leape, L. (2015). The quadruple aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ Quality & Safety*, 24, s. 608-10.
- Simonsen, M.C.A.& Merakerås, G.K. (2022, 7.oktober) Legeoppop: Stans innføringen av Helseplattformen. *Dagens medisin*. [Legeoppop: – Stans innføringen av Helseplattformen \(dagensmedisin.no\)](https://www.dagensmedisin.no/legeoppop-stans-innforingen-av-helseplattformen)
- Skjølvold, T.M. (2015). *Vitenskap, teknologi og samfunn: en introduksjon til STS*. Cappelen Damm Akademisk.
- Skrøvseth, S.O., Aanestad, M. (2022, 2.november). Hvor går fremtidsveien for e-helse nå? *Dagens medisin*. [Hvor går fremtidsveien for e-helse nå? \(dagensmedisin.no\)](https://www.dagensmedisin.no/hvor-gar-fremtidsveien-for-e-helse-na)

- Spreitzer, G.M. (1996). Social structural characteristics of psychological empowerment. *Academy of Management Journal*, 39, s. 483–504. <https://doi.org/10.2307/256789>
- Statistisk sentralbyrå. (2023, 15. juni 2023). *05810: Aldersgrupper og kjønnsfordeling i hele befolkningen 1845-2023. 05810: Aldersgrupper og kjønnsfordeling i hele befolkningen 1845 - 2023. Statistikkbanken (ssb.no)*
- Suchman, L.A. (1987). *Plans and situated actions: The problem of human-machine communication*. Cambridge University Press.
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. (5.utg.) Fagbokforlaget.
- The Office of the National Coordinator for Health Information Technology (2020, februar). *Strategy on reducing the burden relating to the use of health IT and EHRs*. <https://www.healthit.gov/topic/usability-and-provider-burden/strategy-reducing-burden-relating-use-health-it-and-ehrs>
- Thorsrud, E., Emery, F.E. (1969). Mot en ny bedriftsorganisasjon. Eksperimenter i industrielt demokrati. Tanum.
- Tidd, J. & Bessant, J. (2018). *Managing Innovation: Integrating Technological, Market and Organizational Change*. Wiley
- Tisdall, E.K.M. (2010). *Governance and participation*. I: Percy-Smith B, Thomas N. (Red). A handbook of children and young people's participation. (s. 318-329). Routledge.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (4.utg.) Gyldendal akademisk.
- Tjora, A. (2022). *Fra koding til rapport. Et eksempel på stegene fra koding til ferdig analysekapittel innen SDI*. (Notat nr. 2/2022). Sosiologisk Poliklinikk. <sospol.notat2.SDI-fra-koder-til-rapport.pdf>
- Wagner, J.A. III (1994). Participation's effects on performance and satisfaction: A reconsideration of research evidence. *The academy of management review*. 19(2), s. 312-330. <https://doi.org/10.2307/258707>
- Winter, S., Berente, N., Howison, J. & Butler, B. (2014). Beyond the organizational "container": Conceptualizing 21st century sociotechnical work. *Information and Organization*, 24, s. 250-269. <https://doi.org/10.1016/j.infoandorg.2014.10.003>
- Yukl, G. (2012). Effective leadership behavior: What we know and What questions need more attention. *Academy of Management Executive*. (s. 66-85).
- Ørstavik, F., Isaksen, A. (2023, 3. februar). Innovasjon. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/innovasjon>.
- Aasen, T.M. & Amundsen, O. (2015). *Innovasjonsarbeid. Organisasjon, kultur og ledelse*. Gyldendal Akademisk.

Aasen, T.M. & Amundsen, O. (2011). *Innovasjon som kollektiv prestasjon*. Gyldendal Akademisk.

Aanestad, M. & Olaussen, I. (2010). Tverrfaglig teknologiforskning. I: Aanestad, M. & Olaussen, I. (Red.). *IKT og samhandling. Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* Tapir akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1 Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

Legers medvirkning i digitalisering i helsetjenesten?

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut i hvilken grad og på hvilken måte leger kan øve innflytelse på digital transformasjon i helsetjenesten. I dette skrevet er det informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Bakgrunn og formål

Dette er en masteroppgave på studiet Organisasjon og ledelse med spesialisering i innovasjon og endringsledelse ved NTNU.

Formålet er å utforske om reell medvirkning i digitaliseringsprosesser kan bidra til bedre forankring i helsetjenesten, forbedre pasientforløp og avlaste helsepersonell i sitt arbeid.

Utgangspunktet for oppgaven er at digitalisering i helsetjenesten bør fremme kvalitet i pasientbehandlingen ved å effektivisere diagnostikk og behandling samt understøtte pasientforløp ved å integrere IKT-systemer på tvers av tjenestenivåer. Et formål med prosjektet er å undersøke om digitalisering skjer på helsetjenestens betingelser. De fleste av systemene tar utgangspunkt i legens møte med pasienten. Likevel skjer det gang på gang at systemene ikke fungerer tilfredsstillende i den kliniske hverdagen etter at de er innført. Kunnskap om hva som virker og ikke virker av IT-løsninger i helsetjenesten bør være utgangspunktet for endringer. Optimaliserte IT-løsninger er nødvendig for effektiv ressursutnyttelse og bedre samhandling mellom tjenestenivåene.

Problemstilling

I hvilken grad og på hvilken måte kan leger øve innflytelse på digitalisering i helsetjenesten?

For å imøtekomme et stadig mer teknologidrevet/digitalisert helsevesen er det avgjørende med kontinuerlig kompetanseutvikling. Én stor oppgave er opplæring av alt helsepersonell i nye systemer, men én annen viktig oppgave er å kvalifisere helsepersonell til å medvirke til og velge de systemene som er hensiktsmessige og nyttige for helsetjenesten; for utredning og behandling av pasienter.

Forskningsspørsmål

Hvordan kan man best sikre reell medvirkning?

Hva er forutsetningen for å lykkes?

Hvilken kompetanse trengs?

Hva kan "translasjonskompetanse" og klinisk informatikk bety for den digitale transformasjonen som helsetjenesten står overfor og hvilken betydning vil en strategisk endring med å få helsepersonell/leger med "translasjonskompetanse" inn i helsetjenesten kunne ha for?

Metode

Jeg skal bruke kvalitativ metode med semistrukturerte intervjuer med leger i prosjektet PLL i praksis. For å få inngående kunnskap om medvirkning ønsker jeg å intervju 8-10 leger fra ulike deler av PLL-prosjektet.

Det kan være aktuelt å skrive en artikkel og/eller holde innlegg om resultatene.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU er ansvarlig for prosjektet. Førsteamanuensis Heidrun Åm ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap er veileder for oppgaven.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Henvendelsen er sendt til e-postadressene som inngår i gruppen PLL i praksis.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det et videointervju. Det vil ta deg ca. 45 minutter. Intervjuet vil være semistrukkert, dvs. temaene som dekkes i all hovedsak er fastlagt på forhånd. Rekkefølgen blir imidlertid bestemt underveis. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuene.

Intervjuene er planlagt gjennomført i november/desember 2022.

Forskningsstudien vil gjennomføres etter at det foreligger godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata AS (NSD).

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 eller prosjektet hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysningene om deg vil kun bli brukt til formålene som er omtalt i dette skrevet. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Jeg vil behandle opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.
- Ingen navn vil bli benyttet. Det vil ikke være behov for å knytte informasjon til hver enkelt person.
- Kun masterstudent og veileder fra NTNU Heidrun Åm vil ha tilgang til videoopptak og notater.
- Lydopptak lagres på lukket område.
- Prosjektet vil være anonymisert i masteroppgaven og deltakerne likeså.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes når oppgaven sendes inn med frist 1.9.2023.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Spørsmål

Hvis du har spørsmål om studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, kan du kontakte:

Anne Ringnes, tlf. 99 79 03 74, e-post: aringnes70@gmail.com

Heidrun Åm (veileder) tlf. 73 59 17 82 e-post: heidrun.aam@ntnu.no

NSD (Norsk senter for forskningsdata) tlf. 55 58 21 17 e-post: personverntjenester@nsd.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

Oslo, 18.10.2022

Med vennlig hilsen

Anne Ringnes

Vedlegg 2 Svar fra NSD

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut

29.11.2022

Referansenummer

650862

Vurderingstype

Standard

Dato

29.11.2022

Tittel

I hvilken grad og på hvilken måte kan leger øve innflytelse på digitalisering i helsetjenesten?

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (SU) / Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Prosjektansvarlig

Heidrun Am

Student

Anne Ringnes

Prosjektperiode

01.09.2022 - 31.12.2023

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 31.12.2023.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, men du må oppdatere informasjonsskrivet før du starter (se neste avsnitt).

INFORMASJONSSKRIV

Informasjonsskrivet ditt mangler noen punkter loven krever er med. Du må derfor legge til disse punktene i informasjonsskrivet før du gir dette til forskningsdeltakerne dine. Du trenger ikke å laste opp den oppdaterte versjonen i meldeskjemaet:

- Kontaktopplysninger til din institusjon sitt personvernombud
- Dato for prosjektslutt rettes til 31.12.2023, (som er det som er meldt inn i meldeskjemaet).

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte 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.

PERSONVERNPRINSIPPER

Personverntjenester 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

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

INTERVJUGUIDE

Husk: enkle, nøytrale, åpne, fokuserte spørsmål

Semistrukturert intervju	Spørsmål	Oppfølgingsspørsmål
Presentasjon av prosjektet	Jeg, jobb, student, masteroppgave Takke for deltakelse, kort om prosjektet og hensikten med studien	
Det formelle i prosessen	Lydopptak av intervjuet og årsaken til det, forsvarlig lagring av data, taushetsløfte og anonymisering Frivillighet – du kan når som helst trekke deg uten å måtte si hvorfor Signering og ev. spørsmål	
Innledende spørsmål	Kan du fortelle litt om din stilling? Din rolle i prosjektet? Hvordan ble du rekruttert? Hvordan var informasjonsmengden (mye-lite-passe)?	Forutsetninger Erfaring Forankring av prosjektet
Forventninger i forkant	Hvilke forventninger hadde du til prosjektet? Hva betydde mest for deg? Hadde du innflytelse på prosjektet? Hvordan var reaksjonene til kollegene dine når du gikk inn i prosjektet? Hva var motivasjonen din for å delta?	Egne forventninger Vanskelige oppgaver Dialog/info.utveksling Samarbeid Involvering Medvirkning Tidspress Hindre
Opplevelser og erfaringer	Har forventningene blitt innfridd? Eksemplifiser Hvordan er brukervennligheten ivaretatt? Hvordan er tilbakemeldinger tatt imot? (Systematisert? Prioritert?) Sett i forhold til andre digitaliseringsprosjekter som du har vært med på; hvordan vil du karakterisere dette jf. medvirkning?	Status for prosjektet Grad av aktivitet/tidsbruk og forventet tidsbruk Rolleoppfatning: selvstendig, passiv, osv. Opplever du at prosjektet er åpent eller blir du

	<p>Opplever du å bli møtt på dine forslag til endringer?</p> <p>Hvordan vil du beskrive din rolle i prosjektet?</p> <p>Hvordan er prosjektet tilrettelagt/tilpasset i din arbeidshverdag?</p>	<p>motarbeidet? Hvis prosjektet er forutbestemt, er det vanskeligere.</p>
Tilbakeblikk	<p>Hvordan vil du oppsummere prosjektet så langt?</p> <p>Hva skulle du ønske var annerledes i prosjektet?</p> <p>Har du noen tanker om hva du ville ha gjort annerledes i et neste prosjekt?</p> <p>Ville du ha blitt med en gang til?</p>	<p>Hva skjedde?</p> <p>Er det tilstrekkelig engasjement?</p> <p>Deltar 'de rette folkene'?</p> <p>Læring</p> <p>Refleksjon i etterkant</p>
Avrunding	<p>Hvordan var det å bli intervjuet?</p> <p>Er det noe jeg ikke har spurt om, men som du synes det er viktig å få med nå til slutt?</p> <p>Forslag til andre som kan intervjues?</p> <p>Takk for din tid og takk for hjelpen!</p>	

