

Anna Aase Omenås
Karoline Amanda Endresen

Implementering av Helseplattformen i Ålesund kommune

Masteroppgave i Helseledelse
Veileder: Ralf Kirchhoff
Juni 2024



Anna Aase Omenås
Karoline Amanda Endresen

Implementering av Helseplattformen i Ålesund kommune

Masteroppgave i Helseledelse
Veileder: Ralf Kirchhoff
Juni 2024

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Sammendrag

Helse- og omsorgssektoren i Norge står ovenfor flere utfordringer, blant annet eldrebølgen (St. meld. 47 (2008-2009)). For å kunne håndtere denne og andre utfordringer har politikere satt i verk tiltak for å effektivisere og forbedre tjenestene. Ett av disse tiltakene er beskrevet i stortingsmeldingen "én journal – én innbygger" (Meld. St. 9 (2012-2013) hvor formålet er å samle de ulike journalsystemene for å oppnå bedre kvalitet, effektivitet, ressursbruk og pasientsikkerhet. Den 28.april 2023 ble Helseplattformen AS med formål om å løse utfordringer og forbedre helsetjenestene i regionen implementert i Ålesund kommune (Ålesund kommune, 2024).

Formålet med studien er å se nærmere på hvordan mellomledere og øvrige ansatte har erfart innføringen av helseplattformen i Ålesund kommune, samt hvordan man ser på implementeringen fra et overordna nivå. Oppgaven belyser om det er benyttet spesifikke strategier for innføringen, hvordan mellomledere og øvrig helsepersonell har erfart endringen og om det har vært stor eller liten grad av motstand til endring. Konflikt- og tvetydighetsmodellen til Matland (1995), forskjellige endring- og lederstrategier og tidligere forskning ble brukt som teoretisk rammeverk for å svare på forskningsspørsmålene. Hovedformålet med dette teorigrunlaget er å se på sammenhenger mellom teoretiske perspektiver og hvordan endringen faktisk er gjennomført og erfart fra et overordna nivå, fra mellomledere og øvrig helsepersonell.

Oppgaven er en kvalitativ studie med case design som baserer seg på 12 kvalitative dybdeintervjuer av virksomhetsledere, avdelingsledere, sykepleiere og helsefagarbeidere. Det er også benyttet politiske dokumenter som tjenesteavtalen, for å samle inn data. Ved å bruke case design får vi et bredt perspektiv på implementeringsprosessen. Informantene ble rekruttert fra forskjellige virksomheter fra helse- og omsorgssektoren i Ålesund kommune, dette for å kunne sammenlikne erfaringen på tvers av virksomhetene.

Analysen er gjennomført med inspirasjon fra Tjora (2021) sin stegvis- deduktiv-induktiv metode, med en abduktiv tilnærming for å analysere dybdeinterjuvene. Studien drøfter trekk fra implementeringen av helseplattformen i Ålesund kommune, og sammenligner disse opp mot aktuell teori.

Empirien viser til at flere av helsepersonellet i studien er positive til endringen og har vist lite motstand. Opplæringen og informasjonen var likevel tidvis uoversiktlig og lite tilpasset. De ansatte var negativt påvirket av mediebildet før implementeringen, og hadde ulike meninger om den nye plattformen hadde hatt innvirkning på pasientsikkerheten. Vi fant ingen forutbestemt strategi for innføringen blant mellomlederne, men analysen viser at det er benyttet en tilstedeværende og støttende lederstrategi. Tjenesteavtalen som Ålesund kommune inngikk med Helseplattformen, er brukt for å forklare den overordnede måten ledelsen hadde arbeidet med innføringen på. Tjenesteavtalen tar for seg både gevinstmål, risikoer og andre prinsipper som er aktuelle i implementeringsprosessen.

Abstract

The healthcare sector in Norway faces several challenges, including the aging population (St.Meld. 47 (2008-2009)). To address these and other challenges, politicians have implemented measures to streamline and improve services. One of these measures is described in the government report "One Record - One Citizen" (Meld. St. 9 (2012-2013)) aiming to unify the various medical record systems to achieve better quality, efficiency, resource utilization, and patient safety. To reach these goals, politicians have decided to introduce a new medical record system in the Central Norway Regional Health Authority. Helseplattformen AS was established to address challenges and improve health services in the region. On April 28, 2023, Helseplattformen was implemented in Ålesund municipality (Ålesund kommune, 2024).

The purpose of this study is to examine how middle managers and other employees have experienced the implementation of Helseplattformen in Ålesund municipality and how the implementation can be viewed from a broader perspective. The task will highlight whether specific strategies were used for the implementation, how middle managers and other healthcare personnel have experienced the change, and whether there was a high or low degree of resistance to the change. Matland's (1995) conflict and ambiguity model, various change and leadership strategies, and previous research were used as a theoretical framework to answer the research questions. The main purpose of this theoretical foundation is to see the connections between theoretical perspectives and how the change was actually carried out and experienced from an overall level, from middle managers, and from other healthcare personnel.

The assignment is a qualitative study with a case design based on 12 qualitative in-depth interviews of various department managers, nurses, and healthcare workers. Relevant documents and reports were also used to collect data. By using a case design, we gain a broad perspective on the implementation process. Informants were recruited from different enterprises within the healthcare and care sector in Ålesund municipality, to be able to compare experiences across the enterprises.

The analysis was conducted with inspiration from Tjora's (2021) stepwise deductive-inductive method, with an abductive approach to analyzing the in-depth interviews. The study discusses features of the implementation of Helseplattformen in Ålesund municipality and compares these against relevant theory.

The empirical data show that several healthcare personnel were positive about the change and have shown little resistance. The training and information were at times unclear and poorly adapted. Employees were negatively influenced by the media coverage before the implementation and had divided opinions on whether the new platform had impacted patient safety. No predetermined strategy for the implementation was found among middle managers, but the analysis shows that a present and supportive leadership strategy was applied. The service agreement that Ålesund municipality entered into with Helseplattformen is used to explain the overall approach the management took towards the implementation. The service agreement addresses both benefit goals, risks, and other principles relevant to the implementation process.

Forord

Denne masteroppgaven representerer slutten på 4 år med studier innen Helseledelse. Vi var stolt over å være studenter i det første kullet som høsten 2020 kunne starte på studieprogrammet som er et samarbeid mellom NTNU i Ålesund, Høgskulen i Volda og Høgskolen i Molde. Studieforløpet har tidvis vært utfordrende med fulltidsjobber og familie på siden, læringskurven har vært bratt og vi sitter igjen med mye kunnskap som uten tvil vil komme til nytte videre i arbeidslivet og i livet generelt.

Vi har møtt mange inspirerende mennesker både i medelever og i forelesere, takk for fine år.

Vi ønsker videre å rette en stor takk til alle som har bidratt til at denne masteroppgaven ble realisert. En spesiell takk til de som bidro til å rekruttere informanter, og til informantene som stilte til intervju i en ellers hektisk arbeidshverdag.

Takk til veilederen vår Ralf Kirchhoff for gode samtaler, diskusjoner og utfordringer. Ditt engasjement har vært smittende og inspirerende og vi føler oss heldige som har hatt deg som veileder.

Takk til Bjørn Tørudbakken for gjennomlesing, gode tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk.

Vi vil også takke familie og venner som har bidratt med motivasjon og støtte i perioder som har vært ekstra tøft.

“Fortsett å være deg selv og ha troen på det du holder på med. Kjærlighet er størst uansett”. Pappa, takk for at du har motivert meg ved å vise en styrke jeg beundrer mer enn hva ord kan beskrive. -Anna

Innhold

Figurer	vi
Tabeller	vi
Forkortelser/symboler	vi
1 Introduksjon	7
1.1 Begrunnelse av tema	8
1.1.1 Ålesund kommune	8
1.2 Problemstilling	9
1.3 Begrepsavklaring	9
2 Bakgrunn	10
2.1 Helseplattformen	10
2.2 Politisk bakgrunn	10
3 Teori.....	12
3.1 Organisasjonsteori.....	12
3.2 Implementeringsteori	12
3.2.1 Administrativ implementering	14
3.2.2 Politisk implementering	14
3.2.3 Eksperimentell implementering	15
3.2.4 Symbolsk implementering.....	15
3.3 Endringsprosesser og endringsledelse	16
3.4 Strategi for endring	17
3.5 Lederstrategier ved endring.....	18
3.6 Tidligere forskning	19
3.6.1 Implementering av EPJ-systemer i Danmark, Finland og Storbritannia	19
3.6.2 Forberedelse og implementering av EPJ-systemer i Norge	20
4 Metodebeskrivelse.....	24
4.1 Metodisk tilnærming	24
4.2 Rekruttering og utvalg	25
4.3 Søk på forskningsartikler	26
4.4 Kvalitative Intervju	26
4.4.1 Intervjuguide	27
4.4.2 Gjennomføring av intervju	28
4.4.3 Transkribering	29
4.5 Dokumentstudier	29
4.6 Dataanalyse	31
4.7 Kvalitet og fremstilling av forskningen	33

4.7.1	Pålitelighet (reliabilitet) - studiens styrker og svakheter	33
4.7.2	Gyldighet (Validitet) og generaliserbarhet	35
4.8	Studiens etiske hensyn	36
5	Resultat og funn	37
5.1	Funn fra intervjustudie	37
5.1.1	Positiv endring med lite motstand	37
5.1.2	Opplæringen var tidvis uoversiktlig og lite tilpasset	38
5.1.3	Hektisk innføringsprosess med tilstedeværende ledelse	39
5.1.4	Negativt påvirket av media og pasientsikkerhet	40
5.2	Funn fra dokumentstudier	41
5.2.1	Tjenesteavtale med bilag	41
5.2.1.1	Utfordringsbilder	41
5.2.1.2	Sentrale prinsipper i tjenesteavtalen	41
5.2.1.3	Gevinstrealisering	42
5.2.1.4	Helseplattformen i Midt-Norge	43
5.2.1.5	Erfaringer og lærdom fra andre Epic-prosjekter	43
5.2.1.6	Konklusjon med grunnlovgivning	43
5.2.1.7	Andre funn i Tjenesteavtalen	43
5.2.2	Nyhetsartikler og mediedekningen i «Go live»-perioden	44
6	Diskusjon	45
6.1	Implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune i lys av Matland (1995) 45	
6.1.1	Administrativ eller politisk implementering?	45
6.1.2	Hva med de andre modell alternativene?	48
6.2	Hvordan erfarer ledere og øvrig helsepersonell endringen som fulgte med implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune ?	48
6.2.1	Håndtering av implementeringen fra overordnet nivå	48
6.2.2	Reaksjoner på endring	50
6.2.3	Leders rolle i endring	51
7	Konklusjon.....	54
7.1	Forslag til videre forskning.....	55
	Referanser	56

Figurer

Figur 1: Konflikt og tvetydighets-modellen til Matland (1995) oversatt til norsk	13
Figur 2: Tidslinje som viser hvilke datamateriale som ble brukt	25
Figur 3: Stegvis-deduktiv induktiv medtode (SDI).....	31
Figur 4: Eksempel på empirinær koding i denne masteroppgaven	32

Tabeller

Tabell 1: Oppsummering av tidligere forskning.....	23
Tabell 2: Oversikt over informanter	28
Tabell 3: Oversikt over dokumenter	30

Forkortelser/symboler

EPJ	Elektronisk pasientjournal
EPIC	Epic Systems Corporation

1 Introduksjon

I den moderne helsetjenesten har datamaskiner og ny informasjonsteknologi blitt banebrytende drivkrefter for endringer. Begrepet digitalisering definerer overgangen fra analoge, mekaniske og papirbaserte systemer til elektroniske og digitale løsninger. Denne utviklingen har ikke bare forvandlet hverdagen til folk flest, men har også fundamentalt omformet det norske samfunnet de siste tiårene (Nylenna, 2020).

Nylenna (2020) viser til at den norske helsetjenesten allerede på 1980-tallet markerte seg internasjonalt som en pioner innen bruk av elektroniske pasientjournaler (EPJ), med en tidlig implementering som startet blant fastlegene. Sykehusene innførte senere lignende systemer, mens utviklingen innen kommunehelsetjenesten (unntatt fastlegene) har vært noe tregere. Likevel er nå praktisk talt alle pasientjournaler elektronisk, både innenfor og utenfor sykehusene (Nylenna, 2020).

Selv om den norske helsetjenesten har vært i forkant av digitaliseringsprosessen internasjonalt, har det vært en utfordring å oppnå fullstendig integrasjon og kompatibilitet mellom ulike elektroniske pasientjournaler (EPJ). De ulike helseforetakene og tilhørende kommuner har forskjellige EPJ-leverandører, dette basert på hvilken løsning som passer deres behov best. Nylenna (2020) viser til at dette mangfoldet av EPJ-systemer har ført til utfordringer med informasjonsflyt og samhandling mellom sykehus og kommuner. Selv om denne tilnærmingen har fungert tidligere, er det nå tydelig at helsetjenesten står overfor økende press. En økende strøm av pasienter, delvis som følge av eldrebølgen, har bidratt til behovet for forbedring av kvalitet og pasientsikkerhet (Nylenna, 2020).

Flere av disse utfordringene og behovet for endring kan sees i sammenheng med myndighetenes uttrykte ønske om "én innbygger- én journal" (Meld. St. 9 2012-2013), det vil si at nødvendige helseopplysninger følger pasienten digitalt gjennom hele pasientforløpet. Denne ønskede retningsendringen ansees i masteroppgaven som en forlengelse av blant annet samhandlingsreformen (St. meld. 47 (2008-2009), der fokuset har vært på økt samhandling på tvers av hele helse- og omsorgstjenesten for å løse helsetjenestenes koordineringsutfordringer. Tidsmessig startet prioriteringen av denne retningsendringen fra ca. midten av 2000-tallet (Meld. St. 9 (2012-2013)).

For å adressere disse utfordringene har helsetjenester i store deler av Midt-Norge valgt å inngå kontrakt med Epic Systems Corporation (Epic) utvikleren av Helseplattformen. Helseplattformen, en felles pasientjournal for sykehus og kommuner i hele regionen, representerer en betydelig milepæl i utviklingen mot "én innbygger- én journal". Eiet av Midt-Norge Regionalt Helseforetak og Trondheim kommune, har Helseplattformen fått tilslutning fra samtlige kommuner i regionen. Inngåelsen av avtalen med leverandøren Epic Systems i 2019 markerte starten på et omfattende utviklingsarbeid med mål om å skape en mer sømløs og enhetlig tilnærming til pasientinformasjon innenfor helsesektoren (Helseplattformen, 2022a).

I lys av denne konteksten vil denne masteroppgaven fokusere på implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune og dets potensielle innvirkning på helsetjenesten

og pasientbehandlingen. Oppgaven tar sikte på å bidra til økt forståelse for implementeringsprosessen av EPJ-systemet Helseplattformen i en norsk kommune.

1.1 Begrunnelse av tema

Implementeringen av Helseplattformen som en elektronisk pasientjournal har betydelig innvirkning på ansatte, pasienter/brukere av helsetjenester i Midt-Norge. Denne omfattende endringen vekker stor nysgjerrighet og interesse for å forstå hvordan den blir planlagt og utført på kommunenivå. Forfatterne av masteroppgaven er bosatt i Ålesund kommune. Valg av lokasjon ble derfor naturlig for denne studien, både av praktiske og økonomiske årsaker. Vi arbeider begge som sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten i Ålesund kommune, og denne implementeringen berører oss begge på ulike måter i arbeidshverdagen. Med flere års erfaring innen helsesektoren og kjennskap til ulike journalsystemer, forstår vi behovet for å oppgradere EPJ-systemene og samle dem i et felles system.

I studien innhenter vi erfaringer og perspektiver fra både helsepersonell og mellomledere i helsesektoren. Å innhente data fra disse fagpersonene kan hjelpe å belyse samspillet mellom leder og ansatte i denne endringsprosessen. Samtidig får vi et innblikk i hvordan mellomlederne har håndtert interne faktorer, som den daglige driften og de ansatte, samt eksterne forhold som dialog og informasjonsflyt med den formelle ledelsen i prosjektet. Derfor er denne masteroppgaven rettet mot å undersøke hvordan mellomledere, sykepleiere og helsefagarbeidere erfarer implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune.

Studien er avgrenset til Ålesund kommune, der helsepersonell og mellomledere er intervjuet. Det er også innhentet ulike dokumenter fra perioden før "Go-live" (se tabell 3). Oppstarten av Helseplattformen er en kompleks prosess, og det er et betydelig apparat som jobber for å sikre at denne endringen blir realisert. I denne oppgaven vil vi rette oppmerksomheten mot en tidlig innføringsfase og noen av de involvertes erfaringene som er knyttet til denne fasen. Nærmere diskusjon og presisering av avgrensningen gis i metodekapittelet.

1.1.1 Ålesund kommune

Ålesund kommune er en middels stor kommune med sine 58 683 innbyggere per 01.01.2024. Helse- og omsorgstjenesten i kommunen tilbyr blant annet et bredt spekter av tjenester innen eldreomsorg og helsehus, psykiatriske tjenester, kreftomsorg, tjenester i hjemmet, legetjenester m.m. I 2020 var det registrert 7591 personer som arbeidet innenfor disse helse- og omsorgstjenesten i kommunen (Statistisk sentralbyrå, u.å.).

I 2012 ble det gjennom stortingsmeldingen "én innbygger - én journal", besluttet at kommunene i Midt-Norge skulle samarbeide med sykehusene, blant annet ved sammenslåing av EPJ systemer for å få en bedre pasientflyt (Meld. St. 9 (2012-2013)). Ifølge tjenesteavtalen (Nye Ålesund kommune, 2022b) har Ålesund kommune inntil innføringen av Helseplattformen benyttet seg av journalleverandør VISMA-profil. Likevel har de, i likhet med flere helsetilbud i regionen, vedtatt å implementere Helseplattformen som sitt nye journalsystem. Dette ble vedtatt da Ålesund kommune signerte tjenesteavtale med Helseplattformen april 2023 og gikk inn i eksisterende samarbeidsavtale mellom Helse-Midt Norge og Trondheim kommune av 18.november 2019 (Nye Ålesund kommune, 2022c). Et nasjonalt mål er å etablere en felles

pasientjournal som følger pasientens helseopplysninger på tvers av helsetjenesten, enten det er hos fastlegen, helsestasjonen, legevakten, hjemmetjenesten eller spesialisten på sykehuset. Dette er ment å sikre bedre pasientflyt og pasientsikkerhet. Hundrevis av kommunale helsearbeidere har i samarbeid med fagekspertene fra sykehusene vært involvert i å utvikle løsninger for Helseplattformen siden anskaffelsen (Helseplattformen, 2022).

1.2 Problemstilling

Formålet med studien er å se nærmere på innføringen av helseplattformen, der strategier ved implementering samt erfaringer og forventninger fra mellomledere og helsepersonell i Ålesund kommune vil være hovedfokus. Vår teoretiske tilnærming til forannevnte formål er konflikt- og tvetydighetsmodellen til Matland (1995), for å undersøke trekk ved implementeringsfasen av Helseplattformen i Ålesund kommune. Videre brukes relevant faglitteratur, blant annet Jacobsen (2018), samt data fra informanter til å se nærmere på hvordan mellomledere og ansatte håndterte endringen. Vi tar utgangspunkt i følgende forsknings spørsmål

1. Hvordan kan implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune forstås i lys av Matland (1995)?

2. Hvordan erfarer ledere og øvrig helsepersonell endringen som fulgte med implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune?

For å svare på forsknings spørsmålene har vi valgt case-studie som forskningsdesign (Yin, 2018). I case-studien har vi inkludert sentrale dokumenter som brukes til å analysere trekk ved implementeringen og dybdeintervjuer av ledere i Ålesund kommune. Dette er nærmere beskrevet i metodekapittelet.

1.3 Begrepsavklaring

Det blir i oppgaven nevnt flere begreper som er viktige for leseren å forstå. Vi vil nå komme med en kort forklaring på hva vi legger i disse begrepene:

"Go live" er et samlebegrep Epic bruker for datoen helseplattformen faktisk blir tatt i bruk av helsepersonell i Ålesund kommune den 28.april 2023. I studien bruker vi begrep som "før go-live" og "etter go-live", og vi mener da før og etter go-live datoen.

"Implementeringsfasen" er i studien avgrenset til perioden fra Ålesund kommune signerte tjensteavtalen i april 2022 til september 2023 (da siste intervju ble innhentet).

"Mellomleder" - Viser til mellomleder referert til avdelingsleder og virksomhetsleder, da det ble innhentet intervju fra disse i denne studien.

"Øvrig helsepersonell/Ansatte" - Viser til sykepleier og helsefagarbeider, da det ble innhentet intervju fra disse i denne studien.

"Overordnet ledelse/Overordnet nivå" - Bli i studien brukt for å representere de som sitter med beslutningsmyndighet på et overordnet nivå. Dette er en kompleks endring med flere beslutningsstrukturer og ledergrupper. Overordnet ledelse blir derfor et samlebegrep på ledelse med beslutningsmyndighet, som for eksempel politisk ledelse, prosjekt- og styringsgrupper fra både Trondheim og Ålesund kommune.

2 Bakgrunn

2.1 Helseplattformen

Det blir stadig utviklet nye teknologier, der Epic systems corporations er en slik utvikler som leverer teknologi for pasientadministrasjon og pasientjournaler til aktører i helsetjenester på verdensbasis (Helseplattformen, 2023b). Epic systems corporations er utvikleren av teknologien bak "helseplattformen", og er en teknologi som ifølge nettsiden til Epic brukes av mer enn 280 millioner pasienter (Epic, u.å.). Det var ifølge studien av Hertzum og Ellingsen (2019) per 2016, 11 kvalifiserte EPJ-leverandører som kunne levere datidens krav for et nytt journalsystem i Norge. Ifølge studien stod Epic igjen som den eneste utfordreren som kunne innfri alle kravene. Norge inngikk en avtale med Epic, der Helseplattformen AS ble opprettet 2019 (Helseplattformen, 2022). Det er flere land som har tatt i bruk denne teknologien de siste årene, blant annet Danmark, Storbritannia og Finland (Se kap. 3.6, tidligere forskning).

Hovedmålet med helseplattformen er å innføre og forvalte en felles elektronisk pasientjournal for helsetjenesten i Midt-Norge. Helseplattformen sine overordnede mål er økt kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet og gjøre oppgavene til helsepersonell enklere å utføre på en effektiv måte ved å levere mer brukervennlige systemer. Med helseplattformen ønsker man også å åpne for bedre dialog mellom ulike nivåer av helsetjenesten, noe som har vært utfordrende med tidligere løsninger (Helseplattformen, 2023b).

2.2 Politisk bakgrunn

Det var først fra midten av 2000-tallet at samhandling mellom virksomheter fikk høy prioritet, og har i senere tid vært et sentralt tema i flere stortingsmeldinger (Meld. St. 9 (2012-2013)). Samhandlingsreformen kom i 2008, der regjeringen hadde som mål å lage en reform som skal "sikre en framtidig helse- og omsorgstjeneste som både svarer på pasientens behov for koordinerte tjenester, og som også svarer på de store samfunnsøkonomiske utfordringene" (St. Meld. 47 (2008-2009), s. 14). Denne reformen tar eksempelvis for seg hvordan man burde arbeide systematisk videre nå når eldrebølgen begynner å bli et faktum. Om ikke utfordringene blir møtt med evnen til å utvikle nye løsninger, vil en enten få en utvikling som kan bli en trussel mot samfunnets bæreevne eller det kan over tid bli prioriteringsbeslutninger som er imot grunnleggende verdier i velferdsmodellen (St. Meld. 47 (2008-2009)).

Løsningene som finnes i dag har flere utfordringer, det er blant annet vanskelig å dele informasjon på tvers av sektorene, informasjonen er lite strukturert og spredt i interne fagsystemer. Visjonen til regjeringen er at helsepersonell enkelt skal få tak i relevante og nødvendige opplysninger om pasienten, uansett hvor pasienten befinner seg (Meld. St. 9 (2012-2013)).

Det ble i 2012, i forbindelse med samhandlingsreformen, utformet en stortingsmelding, "én innbygger- én journal". Denne stortingsmeldingen tar overordnet for seg hvordan det i helsesektoren i dag finnes flere forskjellige journalsystemer, og hvordan regjeringen ønsker å modernisere IKT-plattformen og arbeide for en felles løsning for hele helse- og

omsorgssektoren. Det ble der bestemt at regjeringen ville starte en utredning for å finne og vurdere alternative løsninger (Meld. St. 9 (2012-2013)).

22.juni 2016 fikk Helseplattformen oppdraget som regionalt utprøvningsprosjekt for "én innbygger - én journal". Dette oppdraget ble gitt fra daværende helseminister Bent Høie. Etter et forprosjekt i 2015, startet anskaffelsesprosjektet i 2016. Helseplattformen AS ble opprettet i 2019 samtidig ble det signert kontrakt med Epic systems corporations. Dette ble gjort etter en langvarig anbudsprosess og innføringsprosjektet kunne begynne, og Trondheim kommune var først til å implementere Helseplattformen (Helseplattformen, 2022).

I innføringsprosjektet ble det etablert en faglig beslutningsstruktur som skulle ta felles beslutninger om hvordan helseplattformen skulle settes opp og brukes. Beslutninger angående utvikling av journalsystemet skulle tas av helsepersonell, og det var over 400 fagekspertene involvert. Blant alle fagekspertene var det hovedsakelig helsepersonell, men også egne data- og IKT team, samt team for administrative oppgaver (Helseplattformen, 2022). Samarbeidet som helseplattformen utgjør mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten ble regulert gjennom en samarbeidsavtale som ble signert 18.november 2019 (Nye Ålesund kommune, 2022c) er organisert i en felles faglig beslutningsstruktur (se vedlegg 1, beslutningsstruktur) der en struktur gjelder i innføringsfasen, denne vil bli tilpasset når man går over i driftsfasen og når andre aktører tiltrer samarbeidsavtalen (Nye Ålesund kommune, 2022a).

Helseplattformen skal fungere som en løsning som vil forbedre helsetjenestene gjennom blant annet effektivisering og kvalitet og er ment å gi en økt pasientsikkerhet. De siste årene har pasientsikkerhet fått et større fokus, der forebygging av pasientskader er spesielt viktig. Pasientsikkerhet blir ifølge Aase (2015, s.16) definert til "pasienter skal ikke utsettes for unødig skade eller risiko for skade som følge av helsetjenestens innsats og ytelser eller mangel på det samme". På grunnlag av samhandlingsreformen og stortingsmeldingen "én innbygger- én journal", har helseplattformen i bunn og grunn blitt dannet som et verktøy for å nå de strategiske målene for fremtidens helsetjeneste i Norge.

3 Teori

3.1 Organisasjonsteori

I denne studien undersøker vi implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune, og vi velger å se på innføringsprosjektet som en engangsorganisasjon, eller mer spesifikt som en "prosjektorganisasjon". Jacobsen (2016) beskriver en engangsorganisasjon som et midlertidig prosjekt med en tidsbegrensning for å oppnå et spesifikt mål innenfor definerte kostnadsrammer. Implementeringen kan betraktes som en engangsorganisasjon eller et prosjekt, fordi den hadde en fastsatt start- og sluttdato, samt økonomiske rammer og klare betingelser. En prosjektgruppe ble etablert i Ålesund kommune, ledet av en prosjektleder og flere andre medlemmer.

For å besvare det ene forskningsspørsmålet vårt har vi brukt konflikt og tvetydighet modellen til Matland (1995). Matland (1995) bruker denne modellen i sin artikkel for å forklare større politiske implementeringer som blant annet reformer. Et spørsmål er om denne modellen er egnet for å se på trekk ved implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune da denne implementeringen ikke nødvendigvis har like stort politisk omfang som det Matland (1995) viser til i sin artikkel. Vi anser allikevel modellen relevant fordi der er sentrale likhetstrekk med prosessene rundt implementeringen av helseplattformen lokalt. Dette støttes også av Jensen et al. (2017), som i sin artikkel viser til at konflikt og tvetydighetsmodellen til Matland (1995) er egnet til å identifisere avgjørende utfordringer når offentlig politikk implementeres gjennom en prosjektorganisasjon. Matland (1995) sin artikkel blir bedre forklart i neste avsnitt. Modellen og dens innhold er oversatt fra engelsk og en del ord og uttrykk er tatt direkte ut fra artikkelen.

3.2 Implementeringsteori

Matland (1995) viser i artikkelen sin til litteraturen om politisk implementering. Han hevder at feltet innen politisk implementering hovedsakelig er delt inn i to retninger, "top-down" eller "bottom-up". I artikkelen er det blitt forsøkt å forene disse to retningene, der han selv har utviklet en modell som setter søkelys på den teoretiske betydningen av tvetydighet og konflikt for politisk implementering. Gjennom denne modellen presenterer Matland fire eksempler på politisk implementering (se figur 1). Disse eksemplene har vi valgt å kalle for "modellalternativ" videre i studien vår. De fire modellalternativene er "administrativ implementering" (lav konflikt- lav tvetydighet), "politisk implementering" (høy konflikt- lav tvetydighet), "eksperimentell implementering" (lav konflikt – høy tvetydighet) og "symbolsk implementering" (høy konflikt- høy tvetydighet) (Matland, 1995). Begrepene "konflikt" og "tvetydighet" er noe som går igjen i modellen til Matland (1995), og er beskrevet i mer detalj i teksten nedenfor.

KONFLIKT

		Lav	Høy
TVETYDIGHET	Lav	Administrativ implementering <i>Ressurser</i>	Politisk implementering <i>Makt</i>
	Høy	Eksperimentell implementering <i>Kontekstuelle forhold</i>	Symbolsk implementering <i>Koalisjonsstyrke</i>

Figur 1: Konflikt og tvetydighets-modellen til Matland (1995) oversatt til norsk.

Konflikt spiller en sentral rolle i implementeringsprosesser. Ifølge Matland (1995) oppstår konflikt ofte når det er uforenlige mål og avhengighet mellom aktører. Dette betyr at når ulike aktører har motstridende mål og samtidig er avhengige av hverandre for å oppnå disse målene, kan konfliktnivået øke. Matland (1995, s. 156) uttrykker det slik: "Policy conflict will exist when more than one organization sees a policy as directly relevant to its interests and when the organization has incongruous views". Konfliktnivået spiller en betydelig rolle i implementeringsprosessen. Ved lave konfliktnivåer er implementeringsprosessen vanligvis enklere, mens ved høyere konfliktnivåer kan barrierene for implementering være betydelig høyere.

Tvetydighet i politisk implementering kan grovt deles inn i to kategorier, tvetydighet rundt mål og tvetydighet rundt midler. Tvetydighet er en ledende årsak til misforståelser og usikkerhet, og kan derfor føre til mislykket implementering. En måte å begrense konflikter på er gjennom tvetydighet. Jo klarere målene er, desto mer sannsynlig er det at de vil føre til konflikt. Når målene eller politikken er klar og tydelig, kan aktører føle seg truet og prøve å begrense den foreslåtte endringen. Tvetydighet rundt midler kan vise seg på ulike måter, særlig i tilfeller der den nødvendige teknologien for å nå målene ikke eksisterer. Det kan også være usikkerhet om hvilke roller ulike organisasjoner skal spille i implementeringsprosessen, eller når et komplekst miljø gjør det vanskelig å vite hvilke verktøy som skal brukes, hvordan de skal brukes, og hva effekten av bruken vil være. Matland (1995, s. 158) sammenligner tvetydighet med sitatet "Far better an approximate answer to the right question, which is often very vague, than an exact answer to the wrong question, which can always be made precise". Graden av tvetydighet som er innebygd i politikken påvirker implementeringsprosessen på flere måter. Det påvirker evnen til å overvåke aktiviteter, sannsynligheten for at politikken blir ensartet forstått på tvers av ulike implementeringssteder, og graden av variasjon mellom relevante aktører.

3.2.1 Administrativ implementering

Administrativ implementering fokuserer på situasjoner med lav tvetydighet og lav konflikt. I følge Matland (1995) bestemmes resultatene av ressurser, og målene er som regel gitt med en kjent teknologi for å løse problemet. Denne prosessen ligner den tradisjonelle top-down tilnærmingen der en sentral myndighet gir ordre til underliggende nivåer. Myndigheten på toppen har informasjon, ressurser og sanksjonskapasitet til å gjennomføre implementeringen. Informasjon gis ovenfra og ned, og politikken og retningslinjene er klare på hvert nivå. Aktørene har en tydelig forståelse av sine ansvarsområder og oppgaver, noe som Matland (1995) understreker.

Når tvetydigheten er lav er aktørene og teknologien klart definert, og det forventes ensartede resultater. Siden partene er stabile over tid, utvikler de standard prosedyrer for å fremskynde sitt arbeid. Teknologien gjør det klart hvilke ressurser som kreves, og anskaffelse av ressurser er innebygd i implementeringsprosessen. Systemet er derfor relativt lukket for påvirkning utenfra (Matland, 1995).

Matland (1995) forklarer at implementeringssvikt med denne type implementering vanligvis oppstår på grunn av tekniske problemer. Problemer kan også oppstå på grunn av misforståelser, dårlig koordinering, utilstrekkelig tid til å bruke riktig teknologi eller manglende effektiv overvåkningsstrategi for å kontrollere og straffe avvikende atferd (Matland, 1995).

Matland (1995) viser til et eksempel på en administrativ implementering i sin artikkel. Dette eksempelet viser til verdens helseorganisasjon (WHO) sitt program for å utrydde kopper. Her var det lav tvetydighet fordi alle parter var enige om hva som måtte til for å nå målet, som var å utrydde kopper gjennom massevaksinasjon og karantene. Det var også et lavt konflikt nivå fordi alle parter var enige om målet, som var å utrydde kopper, samt at den beste måten var å bruke vaksiner og karantene. Suksessen i denne implementeringen ble i stor grad avgjort av tilgjengelige ressurser og effektiviteten til programmet (Matland, 1995).

3.2.2 Politisk implementering

Politisk implementering kjennetegnes av lav tvetydighet og høy konflikt for beslutningstaking. Ifølge Matland (1995) har denne modellen som regel klare mål, men konflikt oppstår fordi det er uenighet om hvordan målene og midlene skal brukes. Resultatet av implementeringen bestemmes av makt, og top-down modeller forklarer best implementeringsprosessen i slike politiske situasjoner. Politiske faktorer som offentlig støtte, støtte fra politiske ledere, ressurser og støtte fra relevante interessegrupper, samt engasjement er viktige i slike sammenhenger (Matland, 1995).

I en politisk implementering er man ofte avhengig av ressurser utenfor implementeringsorganisasjonen. Dette kan inkludere skeptiske aktører eller de som motsetter seg politikken. Siden samarbeid med visse aktører er nødvendig, kan uenighet om politiske mål være avgjørende for implementeringens suksess. Vellykket implementering avhenger enten av tilstrekkelig makt til å tvinge gjennom viljen sin på andre deltakere, eller tilstrekkelige ressurser for å forhandle enighet om midlene. Politikere kan bruke ulike forhandlingsteknikker for å løse uenigheter, inkludert sidebetalinger, gjensidige avtaler, tilsyn eller bevisst bruk av uklarhet. Overgangen fra politisk beslutningsstadium til implementeringsfase kan påvirke maktbalansen betydelig og resultere i manglende gjennomføring av politikken (Matland, 1995).

Et eksempel på politisk implementering er når sentrale myndigheter har et klart mål som overkjører lokale myndigheter. Matland (1995) viser i sin artikkel til eksempelet om skole integrering gjennom busstransport i USA. Her er målene fra sentrale myndigheter klare, noe som viser lav tvetydighet, men det oppstår et høyt konfliktnivå fordi lokale myndigheter er uenige med midlene som skal brukes og måten det blir gjort på. Lokale myndigheter har liten makt til å stoppe handlingene, da de sentrale myndighetene (rettssystemet) har tilstrekkelig makt til å tvinge gjennom planene sine (Matland, 1995).

3.2.3 Eksperimentell implementering

Matland (1995) forklarer at eksperimentell implementering fokuserer på høy grad av tvetydighet og lav grad av konflikt. Resultatet av slik implementering påvirkes av de spesifikke forholdene og omgivelsene der politikken blir implementert. Det er viktig å ta hensyn til den unike situasjonen og miljøet ved hvert implementerings sted for å oppnå ønskede resultater. Denne typen implementering tillater at erfaringer og tilpassing av politikken er basert på lærdom. Variasjoner er tillatt, og ressurser og aktører kan påvirke prosessen noe som kan føre til forskjellige resultater selv om politikken er den samme. Slik kan man observere effekten av variasjonene, og justere politikken basert på resultatene for å forbedre den over tid. Bottom-up tilnærmingen forklarer best denne typen implementering (Matland, 1995).

I artikkelen beskriver Matland (1995) eksperimentell implementering som en «søppelbøtte»-prosess der aktører, problemer, løsninger og valgmuligheter strømmer sammen slik det produseres et utfall som er vanskelige å forutsi. Betingelsene som kreves for at en valgmulighet skal utvikle seg til en søppelbøtte, er tvetydige mål (problematisk preferanser), usikker teknologi (ingen forhåndsdefinert korrekt atferd), og flytende deltakelse (aktører varierer over tid). Eksperimentell implementering er etter definisjon karakterisert som tilfeller med problematiske preferanser og usikker teknologi (Matland, 1995).

Eksperimentell implementering har høy grad av tvetydighet, noe som fører til at politikken varierer fra sted til sted. Lavt konfliktnivå åpner for at mange aktører kan delta, og de med sterke interesser eller betydelige ressurser kan forme politikken vesentlig. Byråkratiske entreprenører har her gode muligheter til å skape politikk for å håndtere lokale behov (Matland, 1995).

Dette blir brukt som et førsteklasses eksempel på en sak der teknologien ikke eksisterte før politikken ble vedtatt. Matland (1995) viser til Clean Air Act som et eksempel. Denne implementeringen viser til høy tvetydighet da loven om Clean Air Act, eller ren luft-loven på norsk, først ble vedtatt uten at loven viste til hvordan det skulle fysisk skulle gjennomføres i praksis. Det var stor enighet om at en burde redusere luftforurensningen og bedre luftkvaliteten, dermed viser det til lavt konfliktnivå (Matland, 1995).

3.2.4 Symbolsk implementering

Symbolsk implementering kjennetegnes av høy grad tvetydighet og høy grad av konflikt. Ifølge Matland (1995) appellerer denne typen implementering til sterke symboler og kan føre til høy konflikt selv når politikken er vag. Politikk spiller en viktig rolle i utviklingen av mål, bekreftelsen av engasjementet for gamle mål, eller vektleggingen av viktige verdier og prinsipper. Det høye nivået av tvetydighet resulterer i varierende utfall, og styrken på lokalt nivå bestemmer utfallet. Politikken formes av lokale aktører som kontrollerer ressursene, og verken top-down eller bottom-up modeller beskriver denne prosessen (Matland, 1995).

Når politikken har et referansemål, utvikles ulike perspektiver om hvordan man skal omsette målet til konkrete handlinger. Den innebygde tvetydigheten fører til mangfoldige tolkninger og konkurranse om riktig visjon. Sterke konflikter oppstår på grunn av uklarhet, og lokale aktører bestemmer utfallet basert på sin styrke og kontroll over ressurser. Aktører er sterkt involvert, og uenigheter løses ofte gjennom tvang eller forhandling (Matland, 1995).

Politikk som tar sikte på å omfordele makt, er tydelige eksempler på symbolsk implementering. Matland (1995) viser til eksempelet om Community Action Agencies (CAA). Målet med CAA var å lette lokalsamfunnets myndiggjøring, men hva dette betydde var uklart for nesten alle. Til tross for stor tvetydighet skapte CAA betydelig høy konflikt og fiendtlighet fordi politikken var uklar og det var frykt for hva den innebar for eksisterende forhold (Matland, 1995).

3.3 Endringsprosesser og endringsledelse

Definisjonene av endring er svært mange, og man kan finne aspekter, lese og skrive om endring og endringsprosesser basert på svært mange forfattere og studier. Denne studien baserer seg hovedsakelig på Jacobsen (2018) sin teoretiske tilnærming for å beskrive noen aspekter av endring og endringsledelse. En av grunnene til at vi har valgt (Jacobsen, 2018) er at han tar utgangspunkt i at endring er planlagt, noe som er passende for denne studien da implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune kan ansees som en planlagt endring.

Jacobsen (2018) presiserer at en endring er forskjellige fenomener og at en endring kan ha ulike årsaker og drivkrefter samt skje på mange forskjellige måter. Videre beskriver han at endring er knyttet til to sentrale elementer, tid og objekt/fenomen eller en tilstand. Man må kunne sammenligne situasjoner på to forskjellige tidspunkt for å studere en endring, samtidig må man se på endringen som en prosess, der det er bevegelse mellom de to tidspunktene. Prosessen består av handlinger og hendelser som vil føre organisasjonen fra den ene relativt stabile tilstanden til den andre. Jacobsen (2018) forklarer at en planlagt endring antakeligvis har et startpunkt og et sluttspunkt som ofte er noe mer uklart, en planlagt endring forutsetter også noen starter en endringsprosess ved å igangsette aktiviteter som er rettet mot å endre strukturer, kulturer eller atferd. Teorien bygger på at stabilitet er normalen, og en større endring derav kan ansees som mer unormalt i en organisasjon (Jacobsen, 2018).

Ledelse kan i likhet med endring, defineres på veldig mange måter, og der er ingen fasit på hvordan ledelse skal defineres (Bass, 2021). Det finnes også flere myter om hvordan en leder arbeider og tenker (Mintzberg, 2021), samt forskjellige lederstiler og strategier ut ifra hva man som leder vil oppnå i forskjellige sammenhenger (Thompson, 2021). Endringsledelse beskriver ofte konkrete endringsprosesser i organisasjoner (Martinsen, 2021), og det å lede en endringsprosess ansees som noe av de vanskeligste og viktigste en leder kan gjøre. I en organisasjon kan hvem som helst sette i gang endringer, men det er som oftest toppledelsen som styrer de større endringene. Endringer kan ofte bringe med seg motstand, men som leder har man større sjanse til å lykkes med endringen om man forstår bakgrunnen for motstand hos ansatte. Der finnes flere røtter til motstand og motstand handler ikke bare om manglende fleksibilitet og uvitenhet. Motstand kan for eksempel oppstå ved manglende tillit til leder eller den som foreslår endringen, manglende tro på endringens nødvendighet, frykt for å mislykkes eller manglende tro på at endringen er gjennomførbar. Som leder blir oppgaven å forutse

disse utfordringene og ha en strategi for å møte de. Det finnes flere faser i en endringsprosess og endringer kan oppnås ved for eksempel å bruke makt for å tvinge gjennom endring, eller du kan oppnå endring ved å kontrollere og redusere faktorer som skaper motstand ved å blant annet dempe frykten for å mislykkes (Yukl, 2021).

3.4 Strategi for endring

En endring kan bestå av flere strategier eller lederstiler, og i en planlagt endring ser man ofte en blanding av strategier. Det er flere forfattere og forskere som skriver om strategier og metoder i endringsprosesser. Vi har valgt å bruke Jacobsen (2018) som inspirasjon for å forklare endrings- og lederstrategier i denne studien.

Jacobsen (2018) tar utgangspunkt i to hovedstrategier, strategi E og strategi O. Strategi E har fokus på økonomi, formelle strukturer og systemer. Den brukes der endringen er planlagt og den er drevet frem av toppledelsen som også har fastslått at det er behov for en endring. Det kan sees på som en diktatorisk endring da endringen både er planlagt og drevet frem av toppledelsen.

Strategien går ut på å forberede seg best mulig før endringen iverksettes. Endringen skal ha en klar start og slutt, prosessen skal være kartlagt fra start, det skal foreligge en analyse av situasjonen, en målsetting og utvikling av løsninger. Det skal jobbes systematisk for å nå de forhåndsbestemte milepælene i hver fase før selve iverksettingen. Med disse kjennetegnene kan man også si at denne type endringsstrategi kan ansees som et prosjekt, en aktivitet som er tidsbegrenset og som skjer episodisk (Jacobsen, 2018).

Målet for strategi E er ofte økonomisk rettet, spesielt i et marked der det er fokus på profitt til eier. Det gjerne når bedriften for eksempel møter redusert salg, produksjonskostnader øker eller at aksjekursen synker. I det offentlige er denne type målsetting annerledes, da man ikke kan operere på samme måte som i et marked med priser, kjøp og salg. Endringen skal allikevel gi en avkastning til eieren til slutt, som i det offentlige er folket. Det offentlige kan i likhet med de som opererer i et marked måle resultater, men på en litt annen måte. Man kan for eksempel se resultater ut ifra antall pasienter som blir operert på et sykehus i løpet av ett år, eller hvor mange som har blitt behandlet poliklinisk. Man kan også måle endring ved å se på prosedyrer og formelle strukturer (Jacobsen, 2018).

Toppledelsen, som har en sentral og viktig rolle i denne strategien, fungerer som et bindeledd mellom de involverte partene. Dette fører til at toppledelsen er de som sitter med mest informasjon og som har et helhetsperspektiv på organisasjonen og kan si noe om hvilket behov det er for endring, trusler og muligheter. Denne innsikten vil man ikke ha på lavere nivå, der tilgang til informasjon og den overordnede oversikten er dårligere. Toppledelsen har også mulighet til å tvinge gjennom endringer selv om man møter motstand og kontrollerer hvordan endringen skal foregå. Dette gjøres med hjelp av diverse belønningssystemer samt hvordan endringen legges fram, dette fordi det er de som sitter med den formelle og symbolske makten i en slik endring (Jacobsen, 2018). At toppledelsen er selve drivkraften i endringen og kan styre den med makt i form av informasjon, myndighet, oversikt og autoritet som nevnt over, gjør at denne endringen kan sees på som det Jacobsen (2018) kaller en "top-down" strategi.

Strategi E har først og fremst fokus på å endre de formelle elementene som mål, strategi, teknologi og formell struktur. Denne endringen vil med tid føre til en endring av de mer

uformelle elementene som maktforhold og kultur ved at personer i større eller mindre grad vil endre perspektiver og måter å jobbe på (Jacobsen, 2018).

Strategi O skiller seg fra Strategi E ved et annet fokus og tilnærming til endring. Denne strategien har mer fokus på menneskelige ressurser og kultur. Den brukes ofte ved mer sporadiske endringer og det blir ansett som en "mykere" strategi som tar mer hensyn til de som blir berørt av endringen. De ansatte er delaktige og har påvirkningskraft på linje med toppledelsen, strategien kan derfor sies å ha en "bottom-up" tilnærming. Målet handler ikke bare om økonomi, men også om å forbedre arbeidsmiljø og relasjoner (Jacobsen, 2018).

3.5 Lederstrategier ved endring

Gjennom en endringsprosess må man utøve ledelse på et eller annet nivå. Det er ikke nødvendigvis den formelle ledelsen som utøver aktivitetene i en endring, det kan være andre som utøver ledelse uten en formell tittel eller lederstilling. De som utøver aktiviteten i en endring er de som Jacobsen (2018) kaller endringsagenter. Jobben til endringsagentene er blant annet å sørge for at drivkreftene i en endring er sterkere enn motkreftene, for å skape villighet til endring og unngå motstand i så stor grad som mulig. Dette kan endringsagenter/ledere oppnå gjennom en trestegsmodell for endring (Jacobsen, 2018). Disse stegene går ut på å skape endringsvilje blant ansatte i en opptiningsfase, i bevegelsesfasen vil man gjennomføre selve endringen og til slutt gjøre endringen til en ny normal, en nedfrysingsfase. I en endringsprosess vil endringsledelsen i hovedsak ha fokus på de to første fasene, for å overbevise ansatte om at endringen er riktig og nødvendig, samt å planlegge hvordan man bør lede gjennom selve endringen (Jacobsen, 2018). Ut ifra hvordan personalgruppa stiller seg til endringen må det også benyttes en lederstil for selve innføringen. Jacobsen (2018) har lagt frem to lederstiler som henger tett sammen med de ovennevnte endringsstrategiene. Disse kaller han for lederstil E og lederstil O.

Lederstil E handler om å finne verktøy og ressurser for å håndtere og overvinne motstand som vil komme. Dette gjøres ved å kartlegge forskjellige prosesser, hvor og når møter man motstand og forbereder seg på denne motstanden. Lederne må gjøre et grundig forarbeid og analysere endringen for å kartlegge hvem som antakeligvis vil yte motstand og hvem som vil støtte endringen. Når leder har identifisert hvem som sannsynligvis vil yte motstand blir neste steg å kartlegge maktbasene, hvilken makt har den potensielle motstanderen til å forsinke eller hindre endringen samt hvilken makt leder sitter med for å hindre motstanden. Videre bør leder knytte allianse der man ser potensiell støtte, dette for å mobilisere makt som gjør motstand vanskeligere. I denne strategien vil det også være nyttig for lederne å ha kontroll på beslutningsarenaer, og lede de sentrale beslutningene inn på arenaer som leder har kontroll over. Dette for å ha bedre kontroll på hva utfallet i en beslutningssituasjon. Sammen med dette blir det viktig å sette mål underveis i endringen for å opprettholde interessen for endringen, samt å kontinuerlig overvåke prosessen og lage alternative planer dersom noe skulle gå galt (Jacobsen, 2018).

Lederstil E er en slags militær lederstil med instruksjoner, kommandoer, straff og belønning som virkemidler. At mennesker endrer atferd og følger ordre betyr ikke at de ønsker endring, men at de må for å unngå eventuelt straff. Dette er viktig for de som utøver makten å være bevisst på. Samtidig er det en stor forskjell på å bruke straff som

pressmiddel og det å faktisk utøve denne makten. Oftest har det å bruke makt som pressmiddel i seg selv, god effekt (Jacobsen, 2018).

Lederstil O er en "bottom-up" rettet lederstil, som har fokus på inspirasjon og støtte. Utgangspunktet for denne type lederstil er at der ikke er store interesseremotsetninger mellom ansatte og organisasjonen, man har det samme målet som ofte handler om å utvikle organisasjon eller utvikle individer. I denne sammenheng har leder fokus på å gjøre de ansatte klar for endring og motstand vil sjelden være et stort problem her (Jacobsen, 2018).

Det er ofte en del usikkerhet knyttet rundt hvordan man som individ skal opptre og forholde seg til en endring. Om lederen vektlegger å se den enkelte i en endring kan man unngå at den ansatte føler seg usikker og usynlig i endringen, og heller kan bringe med seg energi og pågangsmot inn i prosessen. Det er flere måter lederne kan jobbe på for å se den enkelte, men klassiske metoder er blant annet å være synlig og tilstede samt ha samtaler med de ansatte. En annen viktig rolle for lederne eller endringsagentene er å tilføre energi og ressurser i endringsprosessen. En endring vil kreve ekstra innsats, tid og krefter, dette må en leder være klar over og forsøke å sette inn tiltak som kan hjelpe i prosessen. Dette kan være ekstra folk på jobb eller å avsette tid til en viss oppgave. Ved å gi en oppmerksomhet av en eller annen grad kan være med på å gi energi inn i endringsprosessen, at leder ser og anerkjenner jobben som er lagt ned. Samtidig kan lederne selv være en energikilde, ved å ha en positiv holdning og støttende atferd, men også ved å selv delta aktivt i endringen eller gi ifra seg goder for å styrke fellesskapet (Jacobsen, 2018).

3.6 Tidligere forskning

I denne studien anvendes relevante forskningsartikler som omhandler implementeringen av Epic sine EPJ-systemer i andre land, da med et spesielt fokus på nordiske land. Målet er å sammenligne implementeringsprosessen i disse landene med prosessen i Norge, for å identifisere både likheter og forskjeller. De benyttede forskningsartiklene omfatter erfaringer fra Storbritannia, Finland, Danmark og Norge. Forskningsartiklene og dens innhold er oversatt fra engelsk, og en del ord og uttrykk er tatt direkte ut fra artikkelen.

3.6.1 Implementering av EPJ-systemer i Danmark, Finland og Storbritannia

I desember 2013 signerte Region Hovedstaden og Region Sjælland i Danmark en kontrakt med Epic for å implementere Sundhedsplattformen ved tolv sykehus i regionen. Implementeringen fant sted i årene 2016 - 2017, og omfattet implementering av journalsystemet i sykehus (Hertzum et al., 2022). Hertzum og Ellingsen (2019) viser i sin artikkel til at Sundhedsplattformen først ble tatt i bruk ved Herlev og Gentofte Hospital (HGH) 21.mai 2016. Implementeringen av Sundhedsplattformen i danske sykehus ble møtt med store forventninger. Det var håp om reduksjon i kostnader, forbedret kvalitet, pasienttilfredshet og strømlinjeformede prosesser. Til tross for en stram tidsplan vedvarte problemene etter oppstart. Det ble dokumentert mangler i kliniske databaser, kritikk fra den danske riksrevisjonen og bekymringer om personvern. Brukernes misnøye var tydelig, med økning i arbeidsbelastning og frustrasjon over brukergrensesnitt og arbeidsprosesser. Til tross for intensjonen om standardisering, ble tilpasninger av Sundhedsplattformen til lokale behov møtt med motstand. Det som startet med høye forventninger, endte opp med vedvarende utfordringer og misnøye blant brukerne (Hertzum et al., 2022). Forskningsartikkelen til Bansler (2021) understøtter

standardiseringen og misnøye blant brukerne av Sundhedsplattformen i Danmark. Artikkelen viser til at involvering av klinikere i optimaliseringen av EPJ-systemet, medførte alvorlige dilemmaer for sykehusledere. Dilemmaet refererer til standardisering og tilpasning, eller mellom sentralisert kontroll og lokal autonomi. Det blir vist til at topplerere så på implementeringen av Sundhedsplattformen som en mulighet til å fremme standardisering. Dette ble sett på som en måte å forbedre effektiviteten og kvaliteten på omsorg, som hadde vært et langsiktig mål. På grunn av denne tankegangen var ledelsen skeptisk til å rekruttere "lege-designere" som skulle "leke" med systemet. Da de endelig bestemte seg for å etablere et lege-design program, ble det utformet slik at lege-designerne ble forhindre i å ødelegge stadariseringmålet (Bansler, 2021).

I april 2016 signerte Finland Apotti-prosjektet med Epic etter fire års forberedelser. Dette prosjektet omfattet implementering i Helsinki-Uusimaa-regionen, som inkluderer sykehus, kommunalomsorg og sosialomsorgen. Implementeringen startet på Peijas sykehus i november 2018 og ble gradvis rullet ut over fire år og fullført i 2022. Til tross for forventede økonomiske fordeler, møtte Apotti-prosjektet flere utfordringer. Klinikere opplevde betydelige problemer, inkludert tekniske utfordringer og redusert brukervennlighet. Selv om noen brukervennlighets problemer ble løst gjennom rekonfigurasjon, vedvarte andre på grunn av lokal tilpasning som motvirket standardisering. Undersøkelser blant helsepersonell i regionen viste at selv om den tekniske ytelsen forbedret seg, var brukervennligheten og arbeidsstøtten redusert. Pasientinformasjon var ikke alltid lett tilgjengelig, og Epic bidro ikke til å forbedre omsorgskvaliteten som forventet. Administrerende direktør for Apotti uttalte i 2020 at fordelene ved systemet kanskje ikke ville bli synlig før etter flere års bruk (Hertzum et al., 2022).

I april 2013 signerte Storbritannia en kontrakt med Cambridge University Hospitals (CUH) og Epic for implementering av Epic-systemet i sykehus. CUH var det første sykehuset som tok i bruk Epic den 26. oktober 2014, og implementeringen fulgte en "big-bang"-tilnærming der alle avdelinger tok i bruk systemet samtidig. Like etter oppstarten opplevde CUH alvorlige problemer, inkludert manglende tilgang til pasienthistorier, nedetid og reduksjon i produktivitet. Etter seks måneder ble CUH-tjenestene vurdert som utilstrekkelige av Care Quality Commission, hvor Epic ble identifisert som en avgjørende faktor. Implementeringen førte også til store økonomiske kostnader og spesial tilsyn for CUH. To år senere hadde situasjonen bedret seg. CUH-tjenestene ble vurdert som gode, takket være økt kjennskap til Epic og integrasjon av pasientadministrative og kliniske data. Til tross for tidlige utfordringer førte Epic-implementeringen til betydelige forbedringer i pasientomsorgen og effektiviteten ved CUH (Hertzum & Ellingsen, 2019).

3.6.2 Forberedelse og implementering av EPJ-systemer i Norge

Hertzum og Ellingsen (2019) viser i sin forskningsartikkel til forberedelsesprosessen for implementeringen av Helseplattformen i Norge. Målet i Norge er å implementere Helseplattformen i Helse-Midt Norge og Trondheim kommune. Dette inkluderer alle sykehus, fastlegekontor, sykehjem og hjemmetjenester. I Helse Midt-Norge er det en omtrentlig befolkning på 720 000, der 40 000 av disse er helsepersonell. Trondheim kommune vil være den første til å implementere Helseplattformen i dette prosjektet. Dette er tall hentet ut fra forskningsartikkelen til Hertzum og Ellingsen (2019).

En ting som er verdt å merke seg er at den organisatoriske kompleksiteten i Norge er mye høyere enn i både Danmark og Storbritannia, da begge disse landene begrenser seg kun til sykehus. I Norge skal implementeringen av Helseplattformen inkludere både spesialist og primærhelsetjenesten, altså både sykehus og kommunehelsetjenesten (Hertzum & Ellingsen, 2019). Dette kan ligne mer på implementeringen av Apotti prosjektet i Finland, der systemet ble implementert både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten (Hertzum et al., 2022). Det var begrenset forskning å finne på implementeringen i Finland, noe som resulterte i at det var lettere å sammenligne implementeringen i Norge med Danmark sin da det var mer forskning å oppdrive på dette feltet.

Det kommer frem i artikkelen Hertzum og Ellingsen (2019) at kartleggingen av integrasjoner, migrasjonsarbeid og standardisering har vært en viktig faktor i forberedelsesprosessen i Norge. Denne prosessen har vært grundigere gjennomført i Norge enn det som har vist seg å være tilfellet i Danmark. En annen viktig avgjørende suksessfaktor for forberedelsen av implementeringen er den omfattende brukermedvirkningen som har vært fra start. Hertzum og Ellingsen (2019) viser til at det fra start var involvert 400 klinikere fra hele helsetjenesten i Midt-Norge, der de deltok i 101 workshops og beskrev hva som var bra med dagens IKT-systemer, deres nåværende utfordringer og hva som manglet. Resultatet av workshopene ble grunnlaget for spesifikasjonene til hvilke krav som skulle stilles til det nye EPJ-systemet. Det ble dannet 4000 krav, der Epic stod igjen som den eneste leverandøren i 2016 som kunne innfri disse kravene.

En annen viktig strategi ifølge Hertzum og Ellingsen (2019) sin forskningsartikkel er forberedelsene på å få med kommunene på Epic-løsningen så tidlig som mulig. Dette for å skape stabilitet og forutsigbarhet rundt løsningen. Det blir i artikkelen forklart at dette er en måte å involvere deres brukerrepresentanter i anskaffelsesprosessen for å imøtekomme kommunens behov. Formålet med denne involveringen har vært å forsikre disse representantene om at Epic kan tilpasse behovene til de ulike brukergruppene i kommunene (Hertzum & Ellingsen 2019). I artikkelen til Ellingsen et al. (2022) blir dette vinklet til at hvis en så viktig brukergruppe som fastlegene ikke velger å delta, vil den sømløse arbeidsflyten lide og Helseplattformen vil sannsynligvis da bare være et system for sykehusene. Et dilemma ved rekruttering av fastleger for deltakelse, er at ledelsen må love fastlegene noen fordeler og samtidig fremme argumentet om at fastlegene må ofre noen av sine behov til fordel for "felleskapets beste". For øyeblikket er fordelene ikke åpenbare.

En annen viktig sak i følge Hertzum og Ellingsen (2019) er at det i forberedelsesprosessen Norge er utpekte klinikere som skal være sterkt engasjert i konfigureringen av Epic, slik som i den danske implementeringen. I praksis vil det si at klinikerne skal være med på å designe funksjonaliteten til systemet. I Epic sin verden kalles disse klinikerne for "physicians builders", som vi har valgt å oversette til "lege-designere" i denne oppgaven. Ifølge artikkelen til Bansler (2021) mener Epic at en av fordelene med å være en "lege-designer" er at man som både kliniker og bruker av programvaren er i en unik posisjon til å kunne assistere de som designer og bygger systemet. I tillegg vil såkalte "superbrukere" bli rekruttert for å jobbe deltid med Epic sammen med sitt kliniske arbeid. I artikkelen til Ellingsen og Hertzum (2019) blir det forklart at involveringen til lege-designere og klinikere i stor grad vil innebære å respondere på muligheter levert av leverandøren. I en utvikling med en mer bottom-up tilnærming, har brukerne en primær rolle i å spesifisere krav til leverandøren. I de norske

forberedelsene, som har en mer top-down tilnærming til implementeringen av Helseplattformen, vil en sentral oppgave være å svare på spørsmål fra Epic. Ellers vil systemet bli levert med en eksisterende standard funksjonalitet. Artikkelen til Ellingsen og Hertzum (2019) påstår ikke at spesifikke krav ikke lenger er viktig, men at dens hovedrolle er i leverandørvalget. Etter at leverandøren er valgt, er forberedelsene til å implementere systemet sterkt formet av produktet som allerede er tilgjengelig fra leverandøren, inkludert dets konfigurasjonsmuligheter.

Ledelsen i Helseplattformen uttrykte at bruker-fellesskapene i Danmark var mindre involvert i implementeringsprosessen, og at det var en mindre etablert beslutningsstruktur. Det vil si at det var manglende personer med mandat fra linjeorganisasjoner til å ta beslutninger. Dette resulterte i det som Helseplattformens ledelse refererer til som en "konsesusmodell". Mange beslutninger ble forsinket, og Epic måtte benytte seg av det grunnleggende oppsettet i disse områdene. Ifølge Epic sine retningslinjer må slike beslutninger typisk tas innen en frist på 10 dager. Hvis kunden ikke klarer å overholde fristen, vil Epic sette opp systemet med "grunnleggende" funksjoner, det vil si den standard funksjonalitet som virker å være best egnet til den nåværende situasjonen. Helseplattformen jobber hardt for å sikre at disse problemene ikke oppstår i Norge ved å etablere en beslutningsstruktur som involverer folk fra linjeorganisasjonene til å svare på alle spørsmål som må besvares på veldig kort varsel. Samtidig blir det i samme forskningsartikkel til Hertzum og Ellingsen (2019) vist til at denne beslutningsstrukturen ennå ikke blitt opprettet og kan fortsatt være uklar. Det er heller ikke åpenbart at en mer formell beslutningsstruktur ville ha forbedret forholdene i den danske saken. Noen danske klinikere finner at beslutningsstrukturen har vært for topptung – for lite oppmerksom på lokale stemmer (Hertzum & Ellingsen, 2019).

Hertzum og Ellingsen (2019) viser også til at lege-designere og analytikere i perioden etter implementeringen av Helseplattformen skal fortsette å forbedre Helseplattformen, mens leverandøren vil trekke seg ut og være mindre involvert. Denne strategien blir i forskningsartikkelen til Ellingsen et al. (2022) kritisert, og blir vist til å være problematisk. Dette er en strategi som utelukkende er basert på konfigurering og i prinsippet ikke inkluderer noen utvikling, noe som gjør det vanskelig å integrere Epic i den regionalt installerte basen og å inkorporere nye innovative komponenter i Epic. Noe som verken støttes gjennom Epics teknologi eller gjennom dens politikk.

En annen utfordring som potensielt kommer til å oppstå etter Helseplattformen er implementert, er standardisering av arbeidsprosesser. Hertzum og Ellingsen (2019) forklarer at denne standardiseringen vil kreve en viss disiplin blant klinikere i deres daglige bruk av Epic. I forskningsartikkelen til Ellingsen et al. (2022) standardisering av arbeidsprosesser tatt opp. Forskningsartikkelen viser til at beslutningen om å anskaffe et generisk system i offentlig helsevesen typisk er basert på regionale og nasjonale helsepolitiske mål, noe som igjen ofte oversettes til ulike former for standardisering. Et resultat av dette kan da være at nasjonale og regionale helsepolitiske interesser vil stå i kontrast til lokale interesser, og som i hovedsak favoriserer nasjonale og regionale helsepolitiske mål på bekostning av lokale behov. Ellingsen et al. (2022) viser til at et eksempel på dette kan være at legene må være forberedt på å miste noe av den mest spesifikke funksjonaliteten til deres nåværende systemer, det vil si en oppfordring til å se det større bildet og ikke bare tenke på sine egne interesser. Dette antyder en sterk tiltrekning mot regionale og kollektive prioriteringer på bekostning av lokale.

Tabell 1: Oppsummering av tidligere forskning

Forfatter, Årstall	Land	Tittel	Fokus
Hertzum, M., Ellingsen, G. (2019)	Norge, UK og Danmark	The Implementation of an electronic health record: Comparing preparations for Epic in Norway with experiences from the UK and Denmark.	Artikkelen sammenligner erfaringene fra implementeringen av Epic i Storbritannia og Danmark med forberedelsene til implementeringen i Norge.
Ellingsen, G., Hertzum, M. (2019)	Norge	User participation in the implementation of large-scale suite system in healthcare	Artikkelen utforsker de betingelsene som oppstår for brukerdeltakelsen med nye konfigurerbare systempakker og diskuterer fire måter denne deltakelsen varierer på.
Bansler, J-P. (2021)	Danmark	Challenges in user-driven optimization of EHR: A case study of a large Epic implementation in Denmark	Å utforske problemene og utfordringene knyttet til å organisere og administrere et systematisk bruker-drevet optimaliseringsprogram for elektroniske pasientjournaler (EPJ).
Hertzum, M., Ellingsen, G., & Cajander, Å. (2022)	Danmark og Finland	Implementing Large-Scale Electronic Health Records: Experiences from implementation of Epic in Denmark and Finland.	Artikkelen analyserer Epic-implementeringene i Danmark og Finland for å forstå hvordan helsepersonell opplever denne storskala EPJ-løsningen.
Ellingsen, G., Hertzum, M., Melby, L. (2022)	Norge	The Tension between National and Local Concerns in Preparing for Large-Scale Generic Systems in Healthcare.	Artikkelen analyserer hvordan nasjonale og lokale hensyn veies mot hverandre i forberedelsene til å implementere store generiske systemer i helsevesenet.

4 Metodebeskrivelse

Prosjektet er utformet som en casestudie og datainnsamlingen i studien er basert på kvalitative dybdeintervjuer og offentlige dokumenter fra Ålesund kommune, samt andre relevante data. Tjora (2021) sin metodeforståelse og spesielt den stegvis-deduktive induktive metoden (SDI) er brukt som inspirasjon for koding- og analysearbeidet. Kapitlet vil beskrive valg av metodisk tilnærming, utvalg og rekruttering, fremgang ved innhenting av data og hvordan dataene ble bearbeidet og analysert. Videre vil studiens pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet bli diskutert før man ser på studiens etiske hensyn.

4.1 Metodisk tilnærming

For å svare på forskningsspørsmålene i denne masteroppgaven, har vi valgt å bruke ett deskriptiv case design (Yin, 2018). Yin (2018) beskriver at en case-studie er en empirisk metode som undersøker et samtidig fenomen «casen» grundig og innenfor dens virkelige kontekst, spesielt når grensene mellom fenomen og kontekst kanskje ikke er tydelig klare. Med andre ord gjennomfører man en case-studie for å forstå en virkelighetsnær sak eller fenomen. Casestudier muliggjør også bruk av flere informasjonskilder samtidig, noe som gir rom for triangulering av data. I følge Yin (2018) kan en studie bli referert til en case studie hvis den oppfyller tre kriterier. Disse kriteriene er at det blir stilt «hvordan» eller «hvorfor» i forskningsspørsmålene, og at det man studerer har er en samtids begivenhet der forskeren har lite eller ingen kontroll over variablene (Yin, 2018).

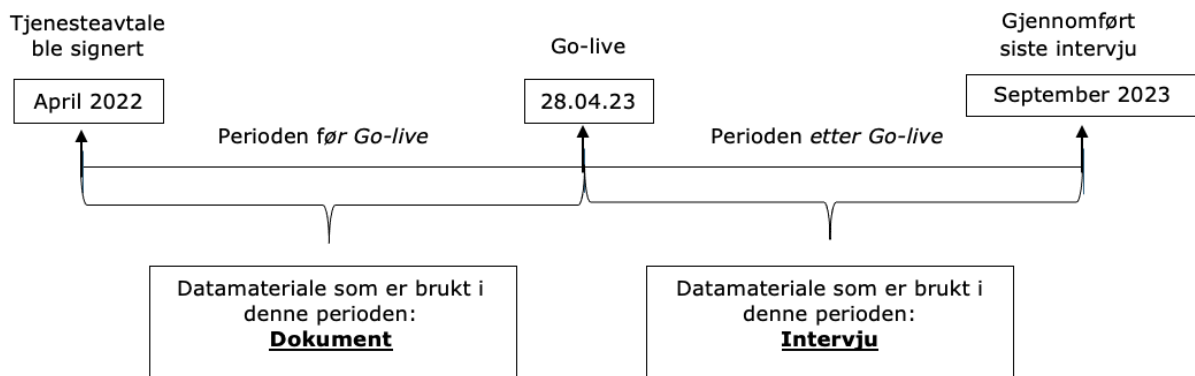
Vi har valgt å bruke case design fordi vi ønsker å undersøke fenomenet "implementering av Helseplattformen i Ålesund kommune" i dybden. Denne metoden er spesielt godt egnet fordi forskningsspørsmålene våre fokuserer på "hvordan" aspekter ved implementeringen, noe som krever en grundig utforskning av erfaringene til ledere og helsepersonell i kommunen.

Designet er deskriptivt da målet vårt er å beskrive fenomenet grundig og nøyaktig. Forskningsspørsmålene som vi har stilt i denne masteroppgaven fokuserer på fenomenet «Implementering av Helseplattformen i Ålesund kommune». Spørsmålene begynner med «Hvordan», og blir stilt i spørrende karakter for å finne ut hvilke erfaringer ledere og øvrig helsepersonell har med denne prosessen. For å svare på forskningsspørsmålene har vi benyttet flere datakilder. Vi gjennomførte tolv dybdeintervjuer og brukte offentlige dokumenter, blant annet fra Ålesund kommune. Implementeringsprosessen vi studerer er tidsavgrenset i tiden som innebærer perioden fra tjenesteavtalen ble signert i Ålesund kommune april 2022, til da det siste dybdeintervjuet ble gjennomført september 2023 (se figur 2). Ved å kombinere data fra intervjuer og ulike dokumenter, styrkes validiteten av våres funn og valget av case design. I denne studien gjennomføres det en sammensatt (embedded) singelcase. Dette innebærer at det er flere analyseenheter som undersøkes sammen, samtidig som det kun er et fenomen som studeres grundig. Dette designet gir oss mulighet til å få et mer helhetlig bilde av implementeringsprosessen og dens innvirkning på organisasjonen og de involverte (Yin, 2018).

Yin (2018) viser også til hvorfor case studie kan være en mindre ønskelig forskningsmetode. En av de største bekymringene han viser til er behovet for større

nøyaktighet i gjennomføringen av case studier for å unngå slurvete praksis. En annen bekymring er mangelen på generalisering fra enkelttilfeller i case studier. Det blir også diskutert at det er en frykt for at case studier tar for lang tid og resulterer i omfattende og uleselige dokumenter (Yin, 2018).

Selv om Yin (2018) påpeker noen utfordringer med case studier, som behovet for større nøyaktighet og problemer med generalisering, argumenterer han også for den unike verdien av case studier i å utforske "hvordan" og "hvorfor" spørsmål. Disse spørsmålene er ofte vanskelige å besvare med andre metoder, noe som gjør case studie til en ideell tilnærming for vår undersøkelse av implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune.



Figur 2: Tidslinje som viser hvilke datamaterialer som ble brukt.

4.2 Rekruttering og utvalg

I denne studien ble det gjennomført intervjuer med en variert gruppe av helsepersonell og ledere. Totalt ble fem sykepleiere, en helsefagarbeider, fire avdelingsledere og to virksomhetsledere intervjuet. Blant helsepersonellet varierte alderen fra 24 år til 45 år, og de hadde mellom 4 og 15 års arbeidserfaring etter endt utdanning. To av sykepleierne hadde videreutdanning innenfor sykepleie. Ledernes aldersspenn varierte fra 32 år til 55 år, med ledelseserfaring fra 3 til 26 år. Fem av de seks lederne hadde formell utdanning innen ledelse.

Det var ønskelig å intervjuer både ledere og helsepersonell for å kunne sammenlikne svar som gikk på hvordan lederen hadde planlagt endringen, kontra hvordan helsepersonell opplevde den. Det var også ønskelig å finne ut om det var brukt noen spesielle ledelsesstrategier og om øvrig helsepersonell har reflektert rundt dette. Det var et krav at informantene hadde litt kjennskap til helseplattformen samt at de hadde vært i arbeid i månedene før innføringen. Dette for å sikre at informantene satt med tanker og meninger om hvordan prosessen hadde vært.

Studien ble avgrenset til Ålesund kommune, det ble lenge vurdert å gjennomføre studien med informanter fra spesialhelsetjenesten nærmere bestemt St.Olavs Hospital og/eller Ålesund sykehus. Dette ble skrinlagt da vi så utfordringer ved reising og innhenting av informanter på St.Olavs, samt at Helse Møre og Romsdal valgte å utsette innføringen av helseplattformen. Da falt valget ganske naturlig på Ålesund kommune som nettopp hadde innført journalsystemet samtidig som det var mindre utfordrende å rekruttere informanter.

For å rekruttere informanter ble avdelingsledere ved forskjellige virksomheter i hele Ålesund kommune kontaktet, de fikk relevant informasjon inkludert samtykkeskjema muntlig og skriftlig som de kunne levere ut til ansatte. Dette førte til at en utvalgsmetodikk som kalles snøballmetoden ble benyttet. Metoden går ut på at en første kontakt leder budskapet til en eller flere nye kontakter, som igjen kan rekruttere flere og sånn fortsetter det, til "*snøballen blir større etter hvert som den ruller*" (Tjora, 2021, s. 150). Utfordringen med dette er at forskere ikke har fullstendig kontroll over rekrutteringen og at utvalget derfor kunne bli begrenset, leder kunne da styre hvem som fikk informasjonen og velge ut ansatte som de selv har god relasjon med, dette kunne være med på å gjøre studiens validitet svakere.

4.3 Søk på forskningsartikler

I denne studien har vi benyttet fem forskningsartikler for å få innsikt i hvordan innføringen av EPJ-systemer har foregått i andre land. Hovedsakelig for å forstå hvordan implementeringen av Epic sine EPJ-systemer har fungert i land med lignende helsesystem som Norge, samt forberedelser som har blitt gjort opp mot implementeringen av Helseplattformen i Norge.

Litteratursøkene ble utført i perioden januar 2023 til mai 2024. For å finne relevante forskningsartikler utførte vi søk i Google Scholar med søkefrasene "Epic health system implementation" og "Implementation of Epic in Denmark, Norway and Finland". Det første søket, "Epic health system implementation", ga 127 000 treff. Vi begrenset deretter søket til artikler publisert i tidsrommet 2019 til 2024. Avgrensningen på forskningsartiklene ble satt til 2019, da Norge ikke signerte avtale med Epic før dette året. Dette reduserte antall treff til 17 500 artikler. For å velge relevante artikler fokuserte vi på studier som omhandlet implementering av Epic sine EPJ-systemer i land med helsesystem som ligner på Norge sitt, eller som beskrev forberedelsene eller implementeringsprosessen i Norge. Etter gjennomgang av sammendrag og nøkkelord fant vi fire relevante artikler: Hertzum og Ellingsen (2019), Ellingsen og Hertzum (2019), Bansler (2021), og Hertzum, Ellingsen og Cajander (2022).

Det andre søket, "Implementation of Epic in Denmark, Norway and Finland" ga 11 900 treff. Også her begrenset vi søket til artikler publisert i tidsrommet mellom 2019 og 2024, noe som reduserte antallet til 3050 artikler. Flere av artiklene som dukket opp i det første søket, kom også opp her. Etter en grundig gjennomgang av sammendrag og nøkkelord, identifiserte vi en relevant artikkel: Ellingsen, Hertzum og Melby (2022).

Som man kanskje allerede har lagt merke til, er flere av forskningsartiklene skrevet av de samme forfatterne, nemlig Hertzum og Ellingsen. Dette kan medføre at artiklene er preget av deres syn på Epics sine EPJ-systemer og implementeringsprosessen. Siden implementeringen av Epic sine EPJ-systemer er relativt nytt her i Norden, er det begrenset med forskning på dette området. Det er mulig at vi kunne ha funnet flere relevante forskningsartikler ved å bruke mer avanserte litteratursøk i andre databaser, samt utvidet tidsrommet artiklene var skrevet på. Vi anså det imidlertid ikke som nødvendig, da vi allerede hadde funnet artikler som dekket de områdene som var av interesse for denne studien.

4.4 Kvalitative Intervju

Den mest utbredte datagenerering metoden innenfor kvalitativ forskning er ulike former for intervju. Semistrukturert intervju eller dybdeintervju er særlig populært, grunnen til

dette er det unike innblikket man kan få i informantens tanker og meninger (Tjora, 2021).

I denne studien har vi blant annet valgt å bruke et semistrukturert dybdeintervju for å generere data, målet med å bruke denne metoden var å skape en situasjon der informantene kunne komme med ærlige, åpne og reflekterte tanker rundt innføringen av helseplattformen. Metoden kan lede til en relativt fri samtale som kretser rundt spesifikke temaer som intervjuer ønsker svar på, samtidig kan metoden også føre til at man "sporer av" og det dukker opp nye temaer og informasjon som ikke er forutsett, men som kan skape nye momenter og være svært nyttig i studien (Tjora, 2021).

I denne studien forsker vi på hvordan ledere og øvrig helsepersonell opplever innføringen av Helseplattformen som nytt journalsystem. Dette er noe veldig mange blir berørte av og derav mange som vil ha meninger om. Vi har valgt å gå for dybdeintervjuer for å se nyansene i opplevelser og erfaringer blant de informantene vi har.

4.4.1 Intervjuguide

Det ble utarbeidet to forskjellige intervjuguider der spørsmålene ble tilpasset de forskjellige yrkesgruppene som ble intervjuet. Intervjuguiden for helseledere inneholdt tre forskjellige hovedtemaer med til sammen 24 spørsmål, mens intervjuguiden tilpasset øvrig helsepersonell inneholdt tre hovedtemaer med til sammen 23 spørsmål. Forskjellen på de to guidene var i hovedsak at ledere fikk spørsmål om hvordan de opplevde å lede en personalgruppe gjennom en endring samt spørsmål som skulle avdekke eventuelle lederstrategier. Øvrig helsepersonell ble på andre siden spurt om hvordan de opplevde sin nærmeste leder gjennom endringen.

Det ble brukt åpne spørsmål gjennom hele intervjuet for å unngå å lede informantene mot en spesifikk mening eller utsagn. Intervjuguiden ble utformet med relevante spørsmål som skulle gi svar på de valgte forskningsspørsmålene, disse spørsmålene var basert på tre hovedkategorier som man var spesielt interessert i. Grunnet studiens tidsbegrensning valgte vi å se nærmere på selve innføringen av helseplattformen, derfor ble det naturlig å stille spørsmål som omhandlet perioden før, under og etter selve Go-live datoen (se figur 2). Det ble også naturlig å ha med spørsmål om produktet som skulle innføres og erfaringen knyttet til dette for å skaffe oss en bredere forståelse av informantenes opplevelse. De tre hovedkategoriene i intervjuet var:

-Helseplattformen - Hva vet du om helseplattformen?

- Før "Go-live" - Hvilke erfaringer ble gjort i tiden før oppstart?

- Etter "Go-live" - Hvilke erfaringer ble gjort i tiden etter oppstart?

Fra disse hovedkategoriene ble det utformet flere spørsmål som skulle hjelpe å svare på forskningsspørsmålene. Dette ga intervjuet en viss struktur samtidig som det ga informantene en ramme for hvilke temaer som var aktuelle (Tjora, 2021).

Intervjuet startet med åpningsspørsmål, der informantene fikk svare på enkle bakgrunnsspørsmål, som alder, stilling og utdanning, dette for å forsøke å skape trygghet og relasjon i intervjusituasjonen. Videre kom refleksjonsspørsmål som ga rom for at informanter kunne komme med tanker og meninger, også utover de konkrete spørsmålene. I denne delen av intervjuet ble det stilt åpne spørsmål med oppfølgings spørsmål der det var naturlig. Dette både for å skape en naturlig samtale som kunne lede til mer utfyllende og interessante svar fra informantene. Det ble brukt en del

oppfølgingsspørsmål, dette følte nødvendig hos mange av informantene for å få ut informasjon. Det ble tidvis utfordrende å ikke lede informanten inn på et spesifikt svar. Når man begynner å komme mot slutten av intervjuet, rundet vi av med noen avsluttende spørsmål, der informantene blant annet fikk mulighet til å legge til ting som ikke var blitt nevnt. Dette for å bidra til at informantene ikke sitter igjen med en følelse av at de hadde mer som skulle vært sagt, og ikke går med en bismak ut av intervjuet (Tjora, 2021).

4.4.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuene fant sted i perioden fra juni til september i 2023, der alle intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplass. Vi stilte oss åpne til hvor og hvordan intervjuene skulle gjennomføres og prøvde å være så fleksible som mulig for å unngå unødvendig stress hos informantene, samt å tilrettelegge for at informantene skulle oppleve situasjonen som trygg og komfortable (Tjora, 2021). Informantene ga samtykke til bruk av lydopptak og det ble brukt en lydopptaker som tilhører NTNU samt diktafon på mobil via appen *Nettskjema*. Informantene fikk mulighet til å lese samtykkeskjema og intervjuguiden før intervjuene fant sted, og samtlige signerte. Informantenes rettigheter ble også gjentatt muntlig før intervjuet startet. Alle informantene gjennomførte intervjuene og ingen har trukket seg fra studien i etterkant. Intervjuene hadde en lengde på alt mellom 18 – 50 minutter (Tabell 2).

Det ble gjennomført totalt tolv intervjuer, der vi begge var til stede under seks av intervjuene. Den ene av oss hadde hovedansvar for selve intervjuet og den andre hadde ansvar for det tekniske samt å ta notater. Dette ble gjort for at informanten bare skulle ha en person å forholde seg til i håp om at dette ville ufarliggjøre situasjonen noe, og at intervjusituasjonen skulle oppleves så ryddig som mulig for alle parter. De seks resterende intervjuene ble av praktiske hensyn delt likt mellom oss. Ved å holde oss til intervjuguiden ble intervjuene mest mulig lik fra vår side, selv om det ikke var samme person som avholdt alle intervjuene.

Tabell 2: Oversikt over informanter.

INFORMANT	STILLING	ARBEIDSERFARING	INTERVJULENGDE MÅLT I MINUTT
AH1	Annet helsepersonell	15 år som helsepersonell m/utdannelse	32:35
AH2	Annet helsepersonell	11 år som helsepersonell m/utdannelse og videreutdannelse	19:26
AH3	Annet helsepersonell	7 år som helsepersonell m/utdannelse	18:15
AH4	Annet helsepersonell	13 år som helsepersonell m/utdannelse og videreutdannelse	28:05
AH5	Annet helsepersonell	4 år som helsepersonell m/utdanning	23:49

AH6	Annet helsepersonell	3 år som helsepersonell m/utdanning	25:50
L1	Leder	20 år som leder m/lederutdanning	28:38
L2	Leder	5 år som leder u/lederutdanning	23:10
L3	Leder	17 år som leder m/lederutdanning	38:58
L4	Leder	5 år som leder m/lederutdanning	19:05
L5	Leder	3 år som leder u/lederutdanning	22:03
L6	Leder	26 år som leder m/lederutdanning	50:20

4.4.3 Transkribering

Når intervjuene var gjennomført ble de transkribert, dette prøvde man å gjøre så empirinært som mulig. Det vil si at det produserte råmaterialet ble skrevet ned så nøyaktig og detaljert som mulig for å bruke den videre i analysen. Grunnen til at man skal ha fokus på detaljene er for ikke å gå glipp av viktige temaer. Man kan blant annet finne usikkerhet i et svar, ved at noen nøler eller bruker lang tid på å svare. Dette kan ha en betydning for analysen. I denne studien har vi både intervjuet og transkribert noe som gjør det enklere å få riktig essens inn i analysearbeidet (Tjora, 2021). Vi satt hver for oss med råmaterialet og transkriberte seks intervju hver. På denne måten ble forskerne kjent med alle data enten ved å ha utført intervjuet eller gjennomført transkriberingen på intervjuet der en selv ikke var til stede.

4.5 Dokumentstudier

Det ble benyttet offentlige dokumenter fra Ålesund kommune for å innhente informasjon om blant annet beslutnings- og innføringsprosessen av helseplattformen. Kvalitativ datagenerering gjennom dokumentstudier involverer analyser av dokumenter som er produsert for andre formål enn forskning. Dette anses som en ikke-påtrengende metode som tillater forskere å samle empiriske data uten å involvere ikke-forskende deltakere direkte. Dokumentene ga oss innsikt i saksforhold som er dokumentert på spesifikke tidspunkter og steder med ulike formål (Tjora, 2021). I studien brukes dokumentene som sekundærdata for å underbygge hvilken implementeringsstrategi Ålesund kommune har valgt i prosessen.

Valget av tilnærmingen, som kombinerer både dybdeintervju og dokumenter ble gjort for å oppnå en omfattende forståelse av forholdet mellom planleggingen og gjennomføringen av Helseplattformen AS og Ålesund kommune, i forhold til hvordan dette opplevdes for ansatte i kommunen. I studier av politiske prosesser, som ved implementeringen av Helseplattformen, vil dokumenter bedre beskrive de offisielle intensjonene bak prosjektet. Mens dokumentene representerer et øyeblikksbilde av situasjonen, vil intervjuene bringe frem individuelle minner og personlige opplevelser knyttet til hendelsene. En kombinasjon av slike retrospektive personlige fortellinger og dokumenter

fra samme tidsperiode kan derfor gi et svært interessant empirisk materiale for en nyansert analyse av politiske beslutningsprosesser (Tjora, 2021).

Da vi skulle finne dokumenter til denne studien var det viktigste kriteriet at de skulle beskrive prosessen med innføringen av Helseplattformen i Ålesund kommune, særlig fra et overordnet nivå. Dette blant annet for å finne sammenhenger av det som ble sagt i intervjuene og hvordan endringen kunne sees fra et overordnet nivå. Ettersom ett av forskningsspørsmålene våre handler om konflikt og tvetydighets modellen til Matland (1995), så vi etter tegn på motstand eller konflikt i forbindelse med innføringen, samt om målene til Helseplattformen hadde blitt tydelig fremhevet noe sted. Vi gikk gjennom flere saksdokumenter fra Ålesund kommune og fant tjenesteavtalen som ble signert av Ålesund kommune april 2022 (Nye Ålesund kommune, 2022b). I tillegg fant vi flere relevante nyhetsartikler fra "Go live-perioden", som handlet om motstand fra forskjellige hold. Nyhetsartiklene har en noe annen status enn tradisjonelle dokumenter, og er i studien primært brukt til å beskrive mediedekningen rundt implementeringen av Helseplattformen. Samtidig er nyhetsartiklene ingen sentrale dokumenter når det gjelder valg rundt beslutningen om kjøp av Helseplattformen. Dokumentene og nyhetsartiklene som ble brukt er listet opp i tabell 3.

Tabell 3: Oversikt over dokumenter og nyhetsartikler.

Periode	Fokus	Hentet fra
Februar 2021	Nettside: Gevinstmål til Helseplattformen AS.	https://www.helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/gevinstmal
Mars 2022	Saksfremlegg: Helseplattformen - Tjenesteavtale m/bilag som Ålesund kommune signerte mars 2022.	https://alesund.kommune.no/innsyn.aspx?response=journalpost_detaljer&journalpostid=2021141663&scripturi=/innsyn.aspx&skin=infolink&Mid1=1540&
Oktober 2022	Nyhetsartikkel: Demonstrerte mot Helseplattformen.	https://www.nrk.no/trondelag/demonstrerte-mot-helseplattformen-1.16142412
November 2022	Nyhetsartikkel: To uker etter innføring på St. Olav, Kommer til å ta knekken på oss.	https://www.nrk.no/trondelag/to-uker-etter-innforing-av-helseplattformen-pa-st.-olav_-_sover-darlig-om-natta-1.16194674
April 2023	Nyhetsartikkel: Nær 500 leger har signert bekymringsbrev om Helseplattformen.	https://www.nrk.no/mr/naer-500-legar-har-signert-bekymringsbrev-om-helseplattformen--ber-styret-vurdere-utrullinga-1.16381385

Februar 2024	Nyhetsartikkel: Slik sparer de tid på Helseplattformen.	https://www.smp.no/nyheter/i/pQ3jao/slik-sparer-de-tid-paa-helseplattformen
--------------	--	---

4.6 Dataanalyse

Målet med en kvalitativ analyse er å gi økt forståelse eller kunnskap om temaet det forskes på. Kvalitativ analyse krever mye av forskere både med tanke på kreativitet, kapasitet og evnen til å arbeide systematisk. Det er denne fasen som er mest avgjørende med tanke på potensial til den kvalitative forskningen og mange prosjekter svikter i denne fasen (Tjora, 2021).



Figur 3: Stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) (Tjora, 2021).

Ovenfor er det forklart hvordan generering av empirisk data og bearbeiding av data har blitt gjennomført i studien. Etter dette er gjennomført sitter man igjen med analysedata som blir benyttet videre i analysearbeidet. Analyseringen av data i denne studien er inspirert av Tjora (2021) sin SDI-metode (Figur 3). Målet med SDI metoden er å oppnå en kvalitetssikret og håndterbar analyse av kvalitative data. Metoden går ut på å jobbe

med rådata for å utvikle konsepter og teorier, nysgjerrighet er ofte utgangspunktet og man ønsker å ende opp med en generalisert forståelse. I metoden er begrepene *induktiv* og *deduktiv* sentrale, induktiv forskning blir beskrevet som eksplorerende og/eller empiridrevet, man ønsker å finne en helhetsforståelse av et tema uten at man trekker premature konklusjoner. Teoridrevet forskning beskrives som deduktiv, her er målet å kvalitetssikre den induktive prosessen (Tjora, 2021).

Metoden var et godt hjelpemiddel for fremdrift i prosjektet selv om prosessen ikke opplevdes helt lineær, siden det ble ofte jobbet på tvers av stadiene i modellen. Dette er ikke uvanlig når man bruker denne analysemetoden. Vi hadde kunnskap om både innføringsprosesser og helseplattformen før studiens start, dette gjennom tidligere erfaringer og arbeidsforhold, det vil med andre ord si at vi hadde en *abduktiv* tilnærming til studien (Tjora, 2021).

Første steg i analysearbeidet var koding. Koding handler i hovedsak om å gå gjennom de dataene man har samlet inn og transkribert samt utvikler empirinære koder som hjelper med å generere kodegrupper som skal brukes i neste steg i analysen. Kodingen reduserte materialets volum og trakk fram essensen i det empiriske materialet og ga et grunnlag for videre idégenerering (Tjora, 2021).

Siden vi begge er berørt av helseplattformen gjennom arbeidsforhold, har denne delen av analysearbeidet vært særdeles viktig for studien. Ved å bruke empirinær koding kan man begrense hvor mye av egne forventninger og tanker man trekker med seg inn i analysen (Tjora, 2021). Når kodene ble utarbeidet var fokuset å bruke begreper, utsagn eller fraser som er uttrykt av informanter, som en kode (Tjora, 2021). Det ble blant annet dannet en kode som het "Helseplattformen er litt som en sil", dette var veldig beskrivende kontra en kategorisk kode som for eksempel kunne ha vært "for mye informasjon".

I studien ble det utarbeidet 259 empirinære koder, hvor man hadde fokus på at kodene lå tett på utsagn fra informantene. Man gikk gjennom et og et transkribert intervju hvor man først genererte et sett av koder, videre bygde neste transkriberte intervju på disse kodene samt genererte nye. Sånn fortsatte det til alle rådata var gjennomgått. NVIVO er et digitalt verktøy for koding som ble brukt som et hjelpemiddel for å lettere holde oversikt over kodene. Slike verktøy er omdiskutert i det akademiske forskningsmiljøet, men mange mener at å benytte slike verktøy ansees som en fordel for å holde system på all data, spesielt ved mange og/eller lange intervjuer som dybdeintervju (Tjora, 2021).

The image shows a screenshot of a coding interface. On the left, there is a list of challenges under the heading "Utfordringer". The list includes: "Andre instanser i kommunen har ikke begynt med HP", "Kommunikasjon med HBO", "Kommunikasjon med tildelingskontoret", "Mange måter å gjøre det på", "Mangel på tilganger for ansatte", "Mindre opplæring hos ansatte", "Mye og uoversiktlig informasjon", and "Samarbeid med lege". The option "Mange måter å gjøre det på" is selected and highlighted in blue. To the right of this list is a text block containing a quote: "Ja, det er små ting som vi alle er nødt til å rette opp i. Men det som kanskje er største utfordringen er at systemet har masse funksjoner. At det er mange måter du kan gjøre en ting på, og at vi må rydde opp i rutine våre alle mann da. Det er noe vi jobber veldig med i Ålesund kommune, hva funksjoner er det vi skal bruke. Så det at det kanskje har vært litt overveldende, det er det som er tilbakemeldingen, at det er mange ting å forholde seg til."

Figur 4: Eksempel på empirinær koding i denne masteroppgaven.

Kodene som ble utformet dannet et sett med koder som ble koblet sammen og opp mot datamateriale, dette dannet utgangspunktet for kodegrupperingen. Her grupperes kodene og danner utgangspunkt for temaer, og man begynner å få en struktur i analysen. Dette arbeidet vil hjelpe til å sile ut unødvendige koder (Tjora, 2021).

På dette stadiet i prosjektet føltes arbeidet uovervinnelig, det var vanskelig å arbeide uten å vite hvor "veien ender" og det var utfordrende å finne en metode på hvordan man skulle få orden på kodene når det var to stykker som kodet på forskjellige enheter. Det ble laget en oversikt der vi gikk gjennom alle kodene og satt sammen de som passet i lag, man opparbeidet da en bedre oversikt over kodene og klarte å se hvilken retning man var på vei. Det ble dannet sju kodegrupper der noen av dem smeltet sammen, det ble derfor fokusert på fem grupper eller hovedtemaer for videre analyse og konseptutvikling.

4.7 Kvalitet og fremstilling av forskningen

Begrepene pålitelighet, gyldighet og generaliserbarhet er ifølge Tjora (2021) og hans SDI-modell viktige indikatorer på kvaliteten innenfor kvalitativ forskning. Disse begrepene blir nøye utforsket og analysert i teksten under for å bedre forstå studiens kvalitet.

4.7.1 Pålitelighet (reliabilitet) - studiens styrker og svakheter

Det har tidligere i studien blitt redegjort for intervjuprosessen og hvordan forskerne både underveis i intervjuene og i etterkant opplevde at noen av svarene som ble gitt kunne være motivert av at intervjupersonene ønsket å gi et spesielt inntrykk ved å gi svar de trodde var ønsket. I gjennomlyttingen av intervjuene i forbindelse med transkripsjonen, kan det også synes som at det ved et par anledninger leder informanten i en bestemt retning. Det dreier seg ikke så mye om svaret, heller i hvilken retning samtalen blir styrt. Dette har sammenheng med at de intervjuene som hadde blitt gjennomført tidligere hadde trigget nysgjerrigheten ekstra på et par områder. Samtidig opplevdes det i det store og det hele at intervjupersonene fikk komme til orde på en åpen måte med sin fortelling uten å styre dem i noen spesiell retning, selv om det ved noen anledninger krevdes en del oppfølgings spørsmål og eller forklaringer for å få informanten til å forstå spørsmålet. Sett i etterkant kunne vi vunnet på å være mer forberedt før intervjurundene startet, ved å utforme intervjuguiden mer presist og faglig forankret samt utført et prøveintervju for å være tryggere i situasjonen. For mye teoretisk bakgrunn og forberedelse kunne dog ha ført til en mer deduktiv tilnærming, noe som ikke var hensikten i denne studien.

Som nevnt i kapittel 4.2 er det både negative og positive sider ved å bruke Tjora (2021) sin snøballmetode som utvalgsmetode. Hovedutfordringen lå på at man mistet en del av kontrollen for rekrutteringen, den var i stor grad preget av tilfeldigheter. Man hadde flere førstekontakter som anbefalte flere informanter og i noen tilfelle kontaktet disse førstekontaktene selv informantene. Dette kan ha en etisk påvirkning da anonymiteten er vanskeligere å opprettholde. Det ble derfor ekstra fokus på å holde informantene anonyme gjennom hele studien ved å ikke nevne informantenes spesifikke profesjon, selv om det var flere som delte profesjon. Førstekontaktene var informert om kriterier vi ønsket for deltakerne, og dette ble fulgt. Sånn sett ble utvalget slik vi hadde håpet. Det ble også en god fordeling mellom ledere og annet helsepersonell, dette var med på å skape balanse i studien ved at like mange ledere som annet helsepersonell fikk uttalt seg om prosessen. En av oss har tidligere erfart at det kan være utfordrende å rekruttere informanter fra helsetjenesten, men med denne metoden ble informantene rekruttert relativt raskt, noe som var en fordel i en allerede tidspresset prosess.

Transkripsjonene av dybdeintervjuene er lojale mot intervjupersonene ned til minste detalj og det ble lagt mye tid og innsats og nøyaktighet i dette arbeidet. Det ble brukt

flere dager, og intervjuene ble gjennomgått flere ganger for å forsikre seg om at innholdet var korrekt. Vi har individuelt transkribert seks intervjuer hver. Før intervjuene ble transkribert, var det enighet mellom oss hvordan dette skulle gjøres samt hvilke oppsett som skulle brukes. Begge gikk gjennom hverandres transkripsjon i etterkant. Det er derfor konkludert med at det trolig ikke har så stor innvirkning på resultatet, da det er vanskelig å skulle gjøre store feil med direkte avskrift. I analysen av empirien opplever vi oss som lojale mot innholdet i intervjuene, siden studien tar inspirasjon fra SDI-metoden (Tjora, 2021), ble fokuset å lage empirinære koder uten å tolke teksten for mye (Se figur 4). Kodene ble laget på bakgrunn av det som faktisk ble sagt. Kodeprogrammet Nvivo ble brukt for å kode intervjuene. Det er som tidligere nevnt stor uenighet i bruken av slike kodingsverktøy i forskermiljøet, men i studien var verktøyet til god hjelp for å holde orden og struktur på et stort antall koder. En mulig svakhet med å være to som jobber parallelt viste seg blant annet i koding arbeidet. Vi kodet seks transkriberte intervjuer hver, og hadde hver sin måte å utforme kodene på. Det ble en stor jobb når disse kodene skulle settes sammen. Her måtte vi finne koder som smeltet inn i hverandre og sammenligne alle kodene manuelt. Dette var svært tidkrevende, men et arbeid som måtte gjøres nøye for å opprettholde påliteligheten i studien. Det å gjøre det på denne måten ble til slutt ansett som en styrke, da det gjorde at flere nyanser av samme kode ble diskutert, og det ble alltid nøye diskutert før man kom frem til en endelig kode eller kodegruppe.

Ved å foreta passende metodiske valg, og knytte egne funn til tidligere forskning, vil studiers pålitelighet styrkes (Tjora, 2021). Fordi det var utfordrende å oppdrive tidligere forskning som dekker den spesifikke problemstillingen i vår studie, vil dette forholdet bidra vesentlig til å øke studiens reliabilitet. Reliabilitet er hvis man kan få tilnærmet samme resultat hvis man gjennomfører denne studien på samme måte som forskerne har gjort (Ringdal, 2018). Vi mener at studien har en tilfredsstillende reliabilitet, siden resultatene antakelig kan reproduseres.

Studien kan ansees som transparent. Det er forklart detaljert hvordan fremgangen i studien har vært og hvorfor man har tatt valgene som er tatt. Det sees svakheter i studien, og disse er fremlagt i sin helhet. Denne transparenten kan være med på å styrke studiens pålitelighet (Tjora, 2021).

Studien ble gjennomført bare to måneder etter at Ålesund kommune tok i bruk Helseplattformen. Dette kan være en svakhet for studien da det er tidlig å forske på noe så snart etter at det har skjedd. Informantene kan sitte med helt andre tanker og meninger på et senere tidspunkt. Det kan være utfordrende å reflektere rundt en endring så tidlig etter at endringen har skjedd. Man ville kanskje hatt andre funn om man gjennomførte studien ett eller flere år senere. En av styrkene er at studien gir oss et tidsbilde av innføringen av helseplattformen basert på dataene i overgangsfasen, dette gir et reelt innblikk i hvordan endringen oppfattes i selve prosessen. Samtidig hadde informantene prosessen veldig klart i minne, så de kunne fortelle detaljert hvordan de opplevde tiden før og etter "go-live". Studiens avgrensning gjorde også at det var en begrenset del av prosessen som ble forsket på, det var kun forsket på selve innføringen og en kort periode før og etter. Det er 12 personer som er intervjuet og det er innhentet et begrenset antall dokumenter. Man kan tenke at funnene hadde vært annerledes om man hadde forsket på hele prosessen over en lengre periode. Når man ser på antall personer som er intervjuet, kunne dette antallet muligens vært høyere, det kunne gitt studien mer data. På den andre siden opplevde vi en metning i informasjonen og sjansen

for å få helt ny informasjon fra informanter av samme profesjon var lav. Denne studien kan fungere som en sammenlikning om lik forskning blir gjort i senere tid.

Forfatterne bak denne studien arbeider deltid, samtidig som vi jobber fulltid i skiftordninger ved siden av studiene. Denne tilnærmingen kan være kritikkverdig, som Yin (2018) påpeker, da det er en bekymring for at casestudier kan ta for lang tid og føre til omfattende og vanskelig lesbare dokumenter. Det faktum at vi utfører studien på deltid antyder naturligvis at det vil ta lengre tid å fullføre den enn om det ble gjort på heltid. En annen ulempe ved denne tilnærmingen er at vi ikke har muligheten til å vie like mye tid til studien som ønskelig, noe som kan påvirke kontinuiteten i arbeidet sammenlignet med heltidsstudier. Valget av casestudie fører også til bruk av flere datakilder for å samle informasjon, inkludert både intervjuer og dokumentanalyser. Å gjennomføre tolv intervjuer tar trolig lengre tid enn å velge et kvantitativt design med spørreundersøkelser for datainnsamling. Det var også utfordrende å skaffe relevante dokumenter til studien, da det opplevdes utfordrende å få utlevert enkelte dokumenter fra Ålesund kommune, dette vanskeliggjorde fremgang i studien på et tidspunkt. Samtidig ser vi store fordeler med å være to som har arbeidet med oppgaven, da vi føler at vi har fått frem forskjellige nyanser ved å koble sammen våre tanker og ideer gjennom diskusjon og samtale.

4.7.2 Gyldighet (Validitet) og generaliserbarhet

Gyldigheten i denne studien blir knyttet til spørsmålet om hvorvidt dataene er relevante for å belyse de problemstillinger som vi ønsket å få svar på. I denne studien kan det vises til det som kalles intern validitet, som betyr i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt (Tjora, 2021). Vi vil anse at denne studien har høy intern validitet da resultatene, som i denne oppgaven vil være funn fra intervju og dokumenter, er gyldig for det utvalget og fenomenet som blir undersøkt. I denne studien vil utvalget være Ålesund kommune, og fenomenet er implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune. Det er altså en gyldig sammenheng da resultatet vi har fått i denne studien svarer på forskningsspørsmålene som blir stilt.

I denne studien kan det også vises til pragmatisk gyldighet, hvor analysen bidrar til å produsere kunnskap som kan være relevant for Ålesund kommune (eller andre kommuner) og som kan bidra til problemløsning innenfor helsetjenestene. Det er også relevant for fagfelt innen helseadministrasjon, informasjonsteknologi eller offentlig administrasjon. Dette for eksempel gjennom informantenes opplevelse av innføringen, der de beskriver både positive og negative sider ved prosessen. Blant annet ga svært mange informanter uttrykk for at opplæringen var dårlig organisert, dette er noe Ålesund kommune eller andre instanser kan lære av og endre i en fremtidig situasjon der helseplattformen eller en lignende teknologi blir implementert. Resultatene av studien kan også mulig bidra til forbedringer i implementeringsprosessen og brukeropplevelsen av helseplattformen i Ålesund kommune.

For å styrke validiteten i denne studien, redegjøres det nøye for valg av metode og hvordan det er knyttet opp til forskningsspørsmålene og teori. Dette basert på temaene som skulle forskes på. Ved å bruke både dybdeintervjuer og dokumenter som datainnsamlingsmetoder, siktes det mot en omfattende tilnærming til problemstillingen. Det er imidlertid også lenger opp i denne oppgaven lagt vekt på begrensningene som er ved å velge denne type metode for innsamling av data.

Ekstern validitet er i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner (Yin, 2018). Ringdal (2018) viser til at ytre (ekstern) validitet i et eksperiment betegner resultatenes generaliserbarhet. Ifølge Tjora (2021) er generalisering en sentral problemstilling innenfor forskning, spesielt innenfor kvalitativ forskning. SDI-metoden vektlegger hovedsakelig konseptuell generalisering, hvor målet med kvalitativ forskning er å utvikle innsikt knyttet til et fenomen. Denne innsikten kan presenteres og testes gjennom konsept- eller teoriutvikling. Denne studien vil være begrenset når det gjelder generaliserbarhet, da den har et avgrenset fokus og begrenset omfang. Studien omfatter kun Ålesund kommune og har en avgrensning fra tjenesteavtalens signering til siste intervju ble gjennomført. For å forbedre generaliserbarheten kan fremtidig forskning inkludere flere caser studier i lignende kontekster eller bruke en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder for å oppnå et bredere perspektiv på problemstillingen (Tjora, 2021).

4.8 Studiens etiske hensyn

Det er flere etiske hensyn å ta når man bruker intervju for å samle data. En av de viktigste er å sikre *anonymitet*. Dette gjør man blant annet ved å sørge for at ting som er sagt i intervjuet ikke skal kunne identifisere informantene. At informantene har tillit til forskeren kan være avgjørende for kvaliteten på datainnsamlingen, en av måtene å skape denne tilliten på er å forsikre informantene om at de ikke skal komme til skade ved å stille opp i studien (Tjora, 2021). Informantene ble også behandlet med respekt og gjensidighet, noe som er viktige aspekter for å bygge tillit og oppnå god kommunikasjon (Tjora, 2021). Ved å gi informantene generaliserte titler helt fra transkriberingsfasen samt oppbevare intervjuene på krypterte enheter er dette hensynet godt ivaretatt i denne studien. Gjennom samtykkeskjemaet og en muntlig påminnelse før intervjuene startet fikk informantene vite sine rettigheter, og at de når som helst kunne bryte eller trekke tilbake deler av, eller hele intervjuet. Det ble utført en sitatsjekk av forskerne, som konkluderte med at informantene slapp å godkjenne sitater spesifikt da det ble valgt ut sitater som ikke kan spores tilbake til informantene.

For å sikre at studien ble gjennomført i tråd med personvernkravene, var det avgjørende å få godkjent forskningsplanen før den kunne iverksettes. Denne godkjenningen ble administrert gjennom Sikt (ref nr. 118427, se vedlegg 4). Søknaden ble godkjent før intervjuene kunne gjennomføres i løpet av 2023 (Sikt, u.å.). Denne godkjenningsprosessen var en viktig del av å sikre integriteten til studien og respektere personvernet til de involverte (Tjora, 2021).

5 Resultat og funn

5.1 Funn fra intervjustudie

Det er gjort observasjoner som at lederne, spesielt de på høyere nivåer, har en mer inngående kjennskap og forståelse av helseplattformen. Alle har benyttet plattformen siden oppstart, og noen er superbrukere. Det er bestemt fra overordnet nivå i kommunen at alle avdelingsledere skal være superbrukere, samt at et utvalgt helsepersonell også skal være det. Disse superbrukerne har generelt bedre innsikt i systemet enn andre ansatte. Noen ledere har vært involvert i prosjektet lenge før implementeringen, og har dermed en betydelig forhåndskunnskap. Flere ledere ser på helseplattformen som et styringsverktøy og samhandlingssystem, dette på grunn av involvering av ulike instanser som blant annet økonomiavdelingen og tildelingskontoret.

"... men igjen vi valgte at alle avdelingsledere skal være en superbruker. Det ble bestemt på kommunalsjef nivå. Og om jeg hadde sagt de skulle bli det, så hadde de blitt det. Men det var på en måte bestemmelse som gikk ut fra toppledelse, og ikke sann silo basert..." (L3).

Blant helsepersonellet blir det uttrykt at noen savner det gamle systemet, VISMA Profil. Flere synes det hverdagslige med helseplattformen er greit, men at det de gjør sjeldnere inne i systemet er uoversiktlig. En felles forståelse blant helsepersonellet er at plattformen vil bli lettere å bruke etter hvert som de blir mer kjent med det, og at det er en forbedring fra det gamle systemet. Det ble også bemerket at Helseplattformen er et amerikansk system, og at det har blitt prøvd ut blant annet i Danmark. I det ene intervjuet blir det nevnt at selv om helseplattformen er av amerikansk opprinnelse, er det vi som norsk helsepersonell som tilpasser journalsystemet til lokale behov. Den ene sykepleieren sammenligner Helseplattformen slik;

"Det var som å gå inn i en Normal butikk for første gang. Det er så mye informasjon, at du klarer ikke å se alt. Så du ser noe. Men jo flere ganger du går inn i butikken, vet du litt hvor ting er" (AH1).

5.1.1 Positiv endring med lite motstand

Alle informantene ga uttrykk for at innføringen gikk bedre enn forventet. Det følte overveldende, og de var redde for å få for lite opplæring. De ansatte ga uttrykk for at de selv eller andre kollegaer viste lite interesse for endringen og det nye systemet. Det virket ikke som om øvrig helsepersonell visste så mye om systemet før opplæringen var i gang. Felles for alle var at skepsisen forsvant ganske fort og alle var innstilt på å være positive til endringen. Øvrig helsepersonell har en felles opplevelse av at dette var noe de måtte gjennom, så man kunne like gjerne være positiv til det. Dette var også noe alle lederne hadde fokus på, at de skulle være positive overfor ansatte. Dette var i tråd med det de ansatte forteller. 5 av 6 sier at lederne var positive til endringen eller at arbeidsplassen hadde bestemt seg for å være positiv, og at dette var med på å skape en god holdning rundt endring.

"....Jeg tror det, vi prøvde å være så positive som vi klarte, og klart litt sånn realistisk må nå vi være å ta disse her som er skeptiske på alvor, og prate med dem og sann...." (L2).

Lederne hadde møtt på uforutsette hendelser, men i liten grad. Disse gikk mest på det tekniske rundt helseplattformen i form av tilganger som ikke var i orden. Men de opplevde svært lite motstand fra personalgruppen, to av lederne trekker frem at det var legene som viste mest motstand og at dette har gjort samarbeidet mer utfordrende. På den andre siden kunne to av de ansatte fortelle at de syns samarbeidet med legene følte bedre og mindre tidkrevende etter "go live". Lederne savner også litt mer samhandling mellom de forskjellige virksomhetene og fremhever at løsningen ikke er optimal da sykehus og andre enheter ikke er påkoblet helseplattformen enda. En av lederne forteller at de har skapt en plattform for nettopp dette (L6).

Øvrig helsepersonell forteller at endringen har gjort hverdagen mer effektiv på enkelte områder, mens på andre områder føles systemet som en tidstyv i forhold til hvordan systemet var før. De var også enige i at HP oppleves uoversiktlig og at dette gjør at man bruker lengre tid, og må dobbeltsjekke at oppgaver faktisk er utført. På den andre siden forteller de at enkelte funksjoner i systemet har forenklet oppgavene med at det er en automatisk "dobbeltkontroll" og varsel dersom oppgaver ikke er utført. Lederne trekker frem at endringen har krevd mer tid og ressurser enn det de var forberedt på, men at dette ikke skal ha gått ut over den daglige driften, det har gått mer på dem selv om enkeltpersoner.

Noen av lederne syns også at de ansatte ikke har hatt nok engasjement/interesse og at de hadde ønsket mer av dette. Lederne selv merker ikke stor forskjell i arbeidshverdagen annet enn at de føler de må ha en større oversikt nå enn tidligere, men de tror at antall spørsmål og diverse usikkerheter vil gå seg til med tiden og at dette oversikts behovet foreligger mest nå i oppstarten. Lederne opplever også en økt overordnet oversikt, de kan planlegge arbeidshverdagen på en mer effektiv måte og kan hente ut ønskede opplysninger enklere enn før.

Lederne syns det var på tide med en endring av journalsystemet og at helseplattformen har mye positivt med seg, men savner enkelte funksjoner med det gamle journalsystemet, denne opplevelsen har også øvrig helsepersonell.

5.1.2 Opplæringen var tidvis uoversiktlig og lite tilpasset

Informantene uttrykte en felles opplevelse av overveldende informasjonsmengde og en følelse av at mye av informasjonen virket unødvendig. Informasjonen ble levert på flere forskjellige plattformer, med Teams som den primære kanalen. Likevel var informasjonen sjelden tilpasset mottakerens behov, noe som gjorde det utfordrende å filtrere ut viktig informasjon og hva som var mindre viktig.

Helsepersonell har vansker med å forstå de overordnede målene bak implementeringen av helseplattformen i Ålesund kommune. De fleste har ikke satt seg inn i dette, eller at de har nok med å lære seg systemet. Mens noen tror at det er ment å forbedre kommunikasjonen mellom helsetjenestene, er det også en betydelig andel som er usikre på hensikten med plattformen og opplever den som noe de bare må bruke uten å ha klarhet i hvorfor. Noen nevner målene indirekte i intervjuet.

Lederne føler seg generelt godt orientert. Selv om noen opplever dårlig informasjon i begynnelsen, bedrer dette seg når det nærmer seg go-live. En annen observasjon er at

lederne ikke har hatt nok fokus på å formidle de overordnede målene til de ansatte. Det blir forsøkt å filtrere ut den mest relevante informasjonen til de ansatte, selv om enkelte ledere valgte å holde tilbake informasjon om helseplattformen sine overordnede mål fordi de ikke anså det som relevant for de ansatte.

"...Ja man kanskje er mye mer informert om dette enn de andre, ikke sant. Også er det noe å tilpasse informasjonen da til ansatte. For å stå å snakke om det der den dagen vi skal åpne opp programmet. Det er å tale for døve ører. Det er ikke det som opptar dem. Dem var opptatt av det som foregikk i media, og gi dem svar på det. Kommer vi til å leie inn ekstra, får vi gå oppå, hvor mye tid får vi. Dette er da å kjenne sine ansatte ..." (L3).

Felles for alle lederne var at det ikke kommer frem noen spesifikk plan på hvordan informasjonen og opplæringen skal foregå, men at det bærer preg av å være et standardisert opplegg.

" Ehh nei. Og det var ikke per virksomhet som skulle lage sin plan. Vi måtte forholde oss til planen gjennom prosjektkontoret. Og det var på en måte fra uke til uke til uke. En lang plan som du ikke ser skogen for bare trær omtrent. Også var jo det, fulgte du ikke med, var det disse ukentlige møtene med teams" (L3).

Både ledere og ansatte hadde lignende erfaringer med opplæringen, og det var en generell enighet om at opplæringen ikke var tilstrekkelig tilpasset de ulike seksjonenes behov. Man lærte mye som man ikke skulle bruke i praksis og enkelte ting som de kanskje burde hatt opplæring i, fikk de ikke. Det ble påpekt at mye av det som ble lært ikke var direkte relevant for praktisk bruk, og enkelte viktige områder ble ikke tilstrekkelig dekket. De forteller også at det var svært intensivt på kursdagene og at e-læringen kom for tidlig og ble lite tilpasset deres bruk. Noe som førte til at mye informasjon ble glemt ved go-live. Så mange som 11 av 12 informanter synes at opplæringen burde være mer tilpasset. Det var veldig mye informasjon og e-læringskurs de følte de ikke hadde bruk for, fordelt på veldig mange forskjellige flater (kurs, teams, mail, data).

"Det som kom litt tilbake fra de ansatte, var på en måte dette med at det var for lite opplæring. Vi hadde jo en sånn dag da, vi var og fikk alle skulle på. Det ble for mye informasjon den dagen da. Så det tror jeg de bare ble mer stresset av, enn betrygget av. I hvert fall noen. Ikke alle..." (L2).

"Det blir jo levert en sånn pakke på hva som skal gjøres, og det blir jo satt opp tid for det. Kommunen har jo på en måte planlagt dette her lenge. Vi som er på gulvet vet på en måte ikke så veldig mye bak om dette..."

...vi fikk jo en sann egen opplæringspakke der vi skulle ta noen kurs, sånne små filmer og få med oss litt informasjonsmateriell. Det var helt ubrukelig..." (AH2).

Innføringen av helseplattformen krevde mer tid og ressurser enn forventet, og ledere brukte betydelig tid på å lære opp ansatte, spesielt vikarer og personell som ikke hadde lært seg systemet godt nok. Det ble nevnt at ansatte hjalp hverandre, og at man lærer mer og mer etter hvert som man bruker systemet.

5.1.3 Hektisk innføringsprosess med tilstedeværende ledelse

Ingen av lederne fortalte om noen forutbestemt strategi eller plan på hvordan innføringen skulle foregå. Bare at de forholdt seg til planen som var utarbeidet av

kommunen. Men de fleste av lederne hadde satt inn diverse tiltak før go-live som for eksempel hjelpeturnus, ekstra bemanning og at de selv var på jobb i "go live" helgen.

Felles for alle informantene er også at de opplevde manglende tid og ressurser. Det var mye mer arbeid enn de hadde forventet, spesielt for lederne. En av lederne forteller at innføringen var lite tilpasset de ordinære arbeidsoppgavene som fantes fra før, og at innføringen ble som ekstraarbeid, uten at det var satt av tid til dette arbeidet.

"...at det kanskje opplevde at de som var i prosjektledelsen der ute på rådhuset, satt på sin tue, og kanskje ikke var helt realitetsorientert om alt som foregikk på gulvet..." (AH1).

"Det skulle tidligere vært en oversikt over hvor krevende dette var. For det at, det følte jeg var litt lite forståelse som gjorde at jeg trakk meg unna og var redd for å ende opp med ekstremt mye jobb. Og at det ble en jobb ved siden av jobben din..."

...Så det var en altfor stor jobb på for få folk. Men krybba er tom sier hun i Ålesund kommune, så sånn blei det" (L3).

Lederne var opptatt av å kjenne sine ansatte og forsøke å tilpasse innføringen til "hver enkelt" så langt de kunne. De visste at enkelte ville trenge mer tid og opplæring enn andre.

Alle lederne hadde inntrykk av at de ansatte var fornøyde med ledelsen gjennom innføringen. Lederne forteller at de har forsøkt å være hands on gjennom hele prosessen og være til stede for de ansatte. Dette som for eksempel med at de var på jobb i go-live helgen, og at de var til stede om de trengte noe hjelp ellers.

Noen av de ansatte mener at lederne har lagt godt til rette for egentrening, mens en sier at det ikke var avsatt nok tid fra leder sin side. De fleste ansatte gir uttrykk for at de er fornøyde med hvordan deres nærmeste leder håndterte prosessen. De trekker særlig frem dette med at lederne var positive og tilstedeværende.

5.1.4 Negativt påvirket av media og pasientsikkerhet

Både ledere og ansatte ble påvirket av den negative medieomtalen som helseplattformen mottok fra St. Olavs, selv om skepsisen blant de ansatte før implementeringen ikke vedvarte. Til tross for den negative omtalen, har både ledere og ansatte forsøkt å opprettholde en positiv holdning gjennom prosessen, selv om det har vært vanskelig å ikke bli påvirket. Informantene understreket at den negative medieomtalen ofte overskygget positive aspekter ved helseplattformen. De uttrykte bekymring for at det var vanskelig å få frem de positive sidene ved plattformen i media.

"Mange var veldig skeptiske og fulgte mye med på dette som kommer fra St. Olavs. Med hvor mye feil og mangler og avvik og sann som var knyttet til innføringen der oppe. Så brukte en del tid på dem og å snakke med dem. Og trygge dem på at vi skal komme oss gjennom det. Og at kommunene som ligger rundt på en måte St. Olavs stort sett meldte om gode tilbakemeldinger" (L2).

Det er en felles oppfatning blant både ledere og annet helsepersonell at helseplattformen har hatt en innvirkning på pasientsikkerheten på visse områder. Flere nevner økt oversikt over kritiske verdier, gjøremål og varsler, samt spesielle funksjoner som "avataren". Likevel uttrykker mange bekymring for at viktig informasjon kan gå tapt i informasjonsmengden, og de føler behov for muntlige rapporter eller dobbeltsjekk for å

unngå feil. En interessant observasjon som flere informanter påpekte var den manglende ansvarsfølelsen blant ansatte når det gjaldt oppfølging av pasienter, noe som kan være en mulig årsak til at det kan oppstå avvik. Til tross for dette mener de fleste at dette vil forbedre seg over tid ettersom de blir mer fortrolige med plattformen.

" Av og til føler jeg at helseplattformen er litt som en sil. Der vi legger inn dokumentasjon, men så renner dokumentasjonen ut fordi du ikke klarer å fange det opp" (AH1).

"... Men for eksempel at plutselig så oppdager vi, oisann har ikke hatt avføring på sju dager. Hvorfor det? Er det virkelig sant? Har ikke blitt fulgt opp. Ser det har blitt gjort ting, men ingen effekt. Også blir det ikke fulgt opp. Så hvem tar ansvar på en måte..." (AH1).

Lederne hadde fokus på milepæler og gevinstmål når det gjelder å følge med på pasientsikkerheten, og det ble nevnt at sykehjemmene i Ålesund kommune skulle måles på medikamenthåndtering som et gevinstmål for pasientsikkerheten, dette tatt direkte fra pasientsikkerhetsprogrammet. Det var også ulike meninger om medikamenthåndtering blant informantene, der noen opplevde færre avvik etter implementeringen, mens andre mente at denne delen var problematisk.

5.2 Funn fra dokumentstudier

5.2.1 Tjenesteavtale med bilag

Tjenesteavtalen som Ålesund signerte med Helseplattformen er en økonomisk bindende avtale, og gjør slik at kommunen tiltrer eksisterende samarbeidsavtale mellom Helse-Midt Norge og Trondheim kommune som ble dannet i 2019. Denne avtalen viser hvordan Ålesund kommune har arbeidet med det nasjonale målbildet "én innbygger- én journal" i et forprosjekt, og hvordan kommunen i praksis skal iverksette implementeringen av Helseplattformen.

Tjenesteavtalen har flere bilag som sier noe om utfordringsbilder, sentrale prinsipper i Tjenesteavtalen, gevinstrealisering, Helseplattformen i Midt-Norge, erfaringer og lærdom fra andre Epic prosjekter og vurdering av alternativer til Helseplattformen. Det er videre laget et kort sammendrag fra hvert av disse punktene før vi oppsummerer andre funn fra tjenesteavtalen (Nye Ålesund kommune, 2022b).

5.2.1.1 Utfordringsbilder

Dette bilaget tar for seg hvordan Ålesund kommune kan jobbe for å møte det økende behovet for helse- og omsorgstjenester, samtidig som tilgang på arbeidskraft vil avta. Innovasjon og digitalisering med optimalisering av arbeidsprosesser og ny teknologi blir dratt fram som verktøy for å forbedre tjenestekvaliteten. Tjenesteavtalen legger vekt på at Helseplattformen vil være med på å møte disse utfordringene. Samtidig kommer det fram at implementeringen av Helseplattformen er en stor omstilling med usikkerheter knyttet til både tid og økonomisk effekt. Sentrale prinsipper i tjenesteavtalen og vurdering og av risiko (Nye Ålesund kommune, 2022b).

5.2.1.2 Sentrale prinsipper i tjenesteavtalen

Det legger fram 10 prinsipper for avtalen. Vi vil nå i korthet beskrive 3 av prinsippene som er aktuelle i denne oppgaven.

Første prinsipp handler om pris og økonomisk risiko. Det legges frem estimerte prisrammer for de forskjellige komponentene, hvordan kommunen skal møte den økonomiske situasjonen ved implementering av Helseplattformen og potensielle økonomiske risikoer. Disse risikoene virker imidlertid til å være relativt kontrollerte og akseptable (Nye Ålesund kommune, 2022b).

Det andre prinsippet handler om struktur og økonomiske styringslinjer handler om hvordan samarbeidet om helseplattformen er organisert og hvordan finansieringen av Helseplattformen skjer, samt hvordan man kan løse eventuelt underskudd eller mangel på midler. Det nevnes også at det er risiko ved å være både eier og kunde, men kommunaldirektøren anerkjenner denne risikoen og ser på det som nødvendig for å få et felles journalsystem og oppnå mulige fordeler (Nye Ålesund kommune, 2022b).

Det tredje prinsippet handler om samhandling og felles faglig beslutningsstruktur og tar for seg samarbeidsavtalen for Helseplattformen i Midt-Norge. Det kommer fram at det er behov for endring i denne samarbeidsavtalen, men at avtalen ansees som tilstrekkelig for å sikre kommunenes medvirkning (Nye Ålesund kommune, 2022b). Se vedlegg 1 for beskrivelse av beslutningsstruktur, samt bilag 3 til tjenesteavtalen for en felles faglig beslutningsstruktur (Nye Ålesund kommune, 2022a).

De øvrige prinsippene handlet om: Kommunal samarbeidsavtale, videreutvikling av løsningen, regulering av mislighold, avslutning av avtaleforholdet, offentlig- offentlig samarbeid, forholdet til aksjonæravtale og samarbeidsavtalen 2019 og siste prinsipp, helseplattformen og fastleger (Nye Ålesund kommune, 2022b).

5.2.1.3 Gevinstrealisering

Dette punktet beskriver de gevinstene som Helseplattformen forventes å gi til kommunen. I tjenesteavtalen omtales disse gevinstene som betydelige og forbedrende, se vedlegg 2 (Nye Ålesund kommune, 2022b).

I tjenesteavtalen nevnes det noen av de sentrale gevinstene og hvordan de skal oppnås, en av disse gevinstene er at helseplattformen skal være med på å *forbedre samhandling mellom helseaktører og med innbyggere*. Denne gevinsten mener helseplattformen å kunne realisere ved at plattformen vil skape en felles pasientjournal som gir sanntidsinformasjon og reduserer risikoen for feilbehandling samt redusere administrativt arbeid og forbedre ressursutnyttelsen gjennom automatisk datautveksling. Helseplattformen vil også skape struktur i dokumentasjon og gi et standardisert kodeverk som også skal bidra til å effektivisere arbeidet og sikre en bedre datakvalitet. Videre hevder tjenesteavtalen at helseplattformen vil gi ledere og ansatte en bedre oversikt og tilgang for å kunne utføre datadrevne beslutninger og forbedringsarbeid. Samtidig vil helseplattformen kunne oppnå målet ved å tilby funksjoner som skal bidra til å øke pasientsikkerheten (Nye Ålesund kommune, 2022b).

Den andre gevinsten eller overordna målet som er nevnt i tjenesteavtalen er *økt brukervennlighet for helsepersonell og innbyggere*. Helseplattformen mener å kunne oppnå denne gevinsten med å blant annet samle helseopplysninger mer strukturert enn tidligere, dette for å bedre tilgang og kvalitet på informasjon. Strenge sikkerhetskrav skal bidra til å styrke pasient- og datasikkerheten. Nye funksjoner skal gi innbyggere enklere tilgang på egne helseopplysninger, dette skal igjen føre til at pasientene er mer aktive i egen helse. Videre ramses det opp flere tiltak som skal bidra til effektivisering og forbedring av brukervennlighet (Nye Ålesund kommune, 2022b).

5.2.1.4 Helseplattformen i Midt-Norge

Under dette punktet kommer det fram at Helseplattformen er valgt som felles journalløsning for Midt-Norge, mens andre regioner i landet utvikler egne løsninger. Videre beskrives det hvorfor valget av Helseplattformen er et godt valg i forhold til det nasjonale målet "en innbygger - en journal" og at arbeidet med Helseplattformen er tre til fire år foran arbeidet med felles journalløsning for kommunene utenfor Midt-Norge (Nye Ålesund kommune, 2022b).

5.2.1.5 Erfaringer og lærdom fra andre Epic-prosjekter

Her beskrives noen av erfaringene som Helseplattformen har samlet fra andre virksomheter, som universitetssykehuset i Raadboud i Nederland og Apotti-prosjektet i Sør-Finland. Det kommer også fram at de har tatt med seg erfaringer fra Danmark, og at disse erfaringene har gitt innsikt i viktigheten av et godt innføringsprosjekt og forberedelse av organisasjonen. Det legges også fram noen tiltak Helseplattformen har satt i verk for å minimere risikoene ved implementeringen i Midt-Norge. Det skrives at kommunedirektøren vurderer risikoen for feil som lavere enn tidligere implementeringer, men på kort sikt er det fortsatt en betydelig risiko knyttet til endring i arbeidsprosesser.

Under dette punktet argumenteres det for hvordan Helseplattformen er hensiktsmessig å implementere nå, kontra å utsette innføringen eller benytte seg av et annet journalsystem midlertidig. Det nevnes at å ikke innføre helseplattformen kan føre til risiko og mangel på gevinst (Nye Ålesund kommune, 2022b).

5.2.1.6 Konklusjon med grunnlovgivning

Det siste punktet i Tjenesteavtalen viser at kommunedirektøren anbefaler at Ålesund kommune tiltrer Tjenesteavtalen for Helseplattformen. Dette skyldes viktigheten av Helseplattformen som en elektronisk pasientjournal for kommunen, med mål om å forbedre helse- og omsorgstjenestene på en mer effektiv og bærekraftig måte. Det skrives at Helseplattformen er den eneste løsningen som kan tilby sanntids samhandling internt i kommunen og mellom kommunen og sykehusene i Midt-Norge (Nye Ålesund kommune, 2022b).

5.2.1.7 Andre funn i Tjenesteavtalen

Det bemerkes at Helseplattformen omtalt som "løsningen" i Tjenesteavtalen (Nye Ålesund kommune, 2022b), noe som er et positivt ladd ord. Måten dette ordet "løsningen" blir brukt på, kan tyde på lav grad av tvetydighet, ved at det overordna nasjonale målbildet "én innbygger- én journal" er klart og at Helseplattformen kan bidra til å nå dette målet. Det er viet mye plass til å få frem fordelene med å ta i bruk Helseplattformen og hvordan plattformen skal være med på å løse utfordringer som helsetjenesten står overfor. Det positive med Helseplattformen er betydelig vektlagt i Tjenesteavtalen i forhold til eventuelle baksider. Kan dette skyldes at Tjenesteavtalen er utformet med formål om å "selge" et produkt? Ville den sett annerledes ut dersom salgs- og kundeforholdet ikke var aktuelt? Ville det da vært større motstand til endringen?

De forskjellige risikoene er også nevnt, spesielt gjennom de 10 prinsippene, men det tyder på at fordelene vektlegges tyngre enn risikoen. Det kan se ut til at de fleste risikoene som er nevnt er anerkjent og rettferdiggjort i teksten. Selv om noen av risikoene som nevnes fremdeles "henger i lufta" uten noen spesifisert løsning, som for eksempel der kommunedirektøren vurderer risikoen for feil som lavere enn tidligere implementeringer, men på kort sikt er det fortsatt en betydelig risiko knyttet til endring i arbeidsprosesser (Nye Ålesund kommune, 2022b).

Videre kan man se et annet eksempel på hvordan tjenesteavtalen legger frem og svarer på en identifisert risiko med at kommunedirektøren ser behovet for en kommunal samarbeidsavtale som regulerer forholdet mellom kommunene, spesielt når det gjelder utvelgelse av felles representasjon og opprettelse av et fungerende kommunalt sekretariat. Selv om det er en viss risiko knyttet til mangelen på en slik avtale før Tjenesteavtalen inngås, mener kommuneledelsen at dette ikke er avgjørende for Tjenesteavtalens innhold og at fordelene med å ta i bruk Helseplattformen oppveier denne risikoen (Nye Ålesund kommune, 2022b).

Ordet gevinst blir også brukt, mange assosierer dette ordet med noe som vil gi noe positivt, eller en fordel. Det er nevnt mange fordeler ved å implementere Helseplattformen, og mange av disse kan nok etterprøves, men dette vil ta tid. Mange av gevinstene som er nevnt vil trolig ikke kunne etterprøves før Helseplattformen har vært i bruk over en lengre periode. Og noen av målene er muligens ikke etterprøvbare i det hele tatt? Kan vi da se på disse punktene som gevinster allerede nå?

Gjennom tjenesteavtalen (Nye Ålesund kommune, 2022b) kan det tyde på at kommunen har vurdert å utsette innføringen eller benytte seg av andre løsninger, men det argumenteres for hvorfor Helseplattformen er den beste og riktige løsningen for kommunen nå og til slutt konkluderes også dette.

5.2.2 Nyhetsartikler og mediedekningen i «Go live»-perioden

Flere nyhetsartikler viser at leger er svært misfornøyde med journalsystemet Helseplattformen. En artikkel rapporterer at nesten 500 leger fra sykehus i Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag har sendt en bekymringsmelding til det regionale helseforetaket, og ber om at innføringen ved mindre sykehus vurderes på nytt. Disse sykehusene mangler de samme ressursene som St. Olavs for å håndtere problemene. Samme artikkel nevner at en fjerdedel av legene ved St. Olavs vurderer å bytte jobb på grunn av Helseplattformen, og at distriktsykehusene frykter rekrutteringsproblemer (Korsnes & Reite, 2023).

En annen artikkel viser at allerede to uker etter innføringen av Helseplattformen ved St. Olavs hospital, har mange helsearbeidere uttrykt bekymring og krevd at innføringen stoppes (Svendsen et al., 2022). Bekymringen ble forsterket da flere demonstrerte med fakkeltog mot Helseplattformen rundt St. Olavs hospital i Trondheim, hvor demonstrantene krevde at innføringen i Helse Midt-Norge ble lagt på is (NRK, 2022).

På den andre siden er sykepleiere og helsepersonell i Ålesund kommune splittet i sine meninger om Helseplattformen, selv om de fleste er positive til det nye systemet. En artikkel rapporterer om økt tidsbruk på å etterspørre helseinformasjon, mens andre mener de opplever bedre oversikt, spesielt når det gjelder pasientens legemiddelliste og feltarbeid (Stige, 2024).

6 Diskusjon

6.1 Implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune i lys av Matland (1995)

Matland (1995) forklarer ut ifra sin konflikt- og tvetydighets-modell at det finnes flere tilnærminger for å forstå policy-implementering. I denne delen av studien vil vi drøfte hvilken type modellalternativ som passer best til å forstå implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune.

6.1.1 Administrativ eller politisk implementering?

Avgrensningen i denne studien er fra da tjenesteavtalen ble signert april 2022 til det siste intervjuet ble innhentet september 2023. Vi ønsker å se nærmere på hvordan implementeringen av Helseplattformen har foregått i denne perioden, for å plassere casen i Matland sitt teoretiske univers.

Det blir i tjenesteavtalen, som Ålesund kommune har skrevet under på, forklart at Helse Midt-Norge har en rolle som nasjonal utprøvningsregion for det nasjonale målbildet "én innbygger - én journal" gjennom Helseplattformen (Nye Ålesund kommune, 2022b). Videre beskriver tjenesteavtalen prosessen for å implementere Helseplattformen i Ålesund kommune, der Helseplattformen blir omtalt som "løsningen". Denne løsningen vil legge til rette for å følge pasienten i alle møter i helsevesenet i Møre og Romsdal og Trøndelag. Det er et tydelig overordnet mål fra politisk hold, "én innbygger - én journal", med relativ lav grad av tvetydighet om målet med implementeringen. Helseplattformen sees som et egnet virkemiddel som det er lite politiske konflikter og tvetydighet rundt, dvs. før beslutningen om kjøp av Helseplattformen ble fattet. "Løsningen" vurderes som nødvendig for å nå målet om "én innbygger - én journal". Beslutningsprosessen i forkant av vedtaket om kjøp av Helseplattformen i Ålesund kommune kjennetegnes av et relativt lavt konfliktnivå. Dette ligner modell alternativet som Matland (1995) kaller "administrativ implementering".

En alternativ forståelse av vår case, er det Matland (1995) kaller "politisk implementering". Forskjellen mellom "administrativ implementering" og "politisk implementering" er først og fremst forskjellen i konfliktnivå. "Administrativ implementering" har lavt konfliktnivå mens "politisk implementering" har høyt konfliktnivå (Matland, 1995). Modellene er like når det gjelder lav tvetydighet om mål for implementeringen, og begge modellene impliserer en "ovenfra og ned" strategi mht. implementering.

Hvordan var så graden av konflikt da Ålesund fattet beslutningen om å kjøpe Helseplattformen? Var det høy eller lav grad av konflikt i tidlig fase av implementeringen? Ifølge tjenesteavtalen kom det fram at 46 politikere i kommunestyret stemte for å slutte seg til den midt-norske Helseplattformen, mens 29 stemte imot forslaget. Fra politisk hold var det slik sett noe motstand mot Helseplattformen innad i kommunestyret. I tjenesteavtalen står det forklart at motstanden stammer først og fremst fra kommunen sin økonomiske situasjon, samt noe usikkerhet knyttet til "teknologiske barnesykdommer" i startfasen (Nye Ålesund kommune, 2022b). Vi tolker

dette dithen at det var relativt lite konflikt (dvs. stor politisk enighet) om forståelsen av at Helseplattformen ble ansett som et egnet verktøy for å nå målet om "én innbygger - én journal". Uenighetene gikk primært ut på om kommunen hadde råd til å kjøpe seg inn i Helseplattformen, gitt kommunens økonomiske situasjon da beslutningen om kjøp skulle tas. I ettertid, dvs. etter at de første negative nyhetssakene om Helseplattformen dukket opp i mediene og Ålesund kommune allerede hadde kjøpt teknologien, har det også vært en del motstand fra legetjenesten. Mange av disse sakene har først og fremst tatt utgangspunkt i utfordringene i spesialisthelsetjenestene. En nyhetsartikkel fra NRK viser til at det eksempelvis er 500 leger som har signert bekymringsbrev om Helseplattformen. Artikkelen viser til at leger i Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag er bekymret for pasientsikkerheten og ber styret vurdere om det nye journalsystemet bør innføres på sykehusene (Korsnes & Reite, 2023). Det kommer også frem i flere intervjuer med både helsepersonell og ledere at samarbeidet med legene under implementeringen av helseplattformen har vært en utfordring. En av lederne som ble intervjuet sa at legetjenesten var motstridig og hang lang bak,

"... legetjenesten hang langt bak og var veldig motstridig. Så har vi 3500 ansatte i Ålesund, 200 av dem er leger. Vi skal lede også 3300 andre ansatte. Så, men at det var en stor endring for dem, det var det. Men å skrive ned medikament på en gul lapp å gi til sykepleier som skal legge det i journalsystemet. Det er klart at det må bli slutt på." (L3).

Det har også vært en del negative nyhetsoppslag etter at implementeringen av helseplattformen ble innført hos både kommunen og St.Olavs i Trondheim. Det ble skrevet en del negativt rundt dette i mediebildet der pasientsikkerhet var en av hovedbekymringene med systemet. En nyhetsartikkel fra NRK viser til at bare to uker etter "go-live" ved St.Olavs, sier personalet at de aldri har vært så frustrerte og ikke minst bekymret og redde for at det kommer til å gå galt. Ansatte rapporterer om manglende henvisninger, epikriser som ikke kommer frem og økte ventelister etter innføringen av Helseplattformen. En av seksjonsoverlegene sier at problemene er svært alvorlige og at ansatte ikke ser noen løsning på lang sikt (Svendsen et al., 2022). Det er også blitt demonstrert med fakkeltog ved og rundt St.Olavs hospital i Trondheim der demonstrantene krevde at den nye helseplattformen som skal innføres i helse Midt-Norge blir lagt på is (NRK, 2022). På grunnlag av denne medieomtalen var det flere av de ansatte som hadde fått et negativt syn på teknologien før den skulle implementeres i Ålesund kommune. Det ble i et av intervjuene nevnt blant annet at,

"Ja, vi var jo veldig spente da. For vi hadde jo bare hørt negative ting fra Trondheim. Det var jo veldig mange som var negative." (AH1).

"... Det var nå da denne negative omtalen i media som speilet. Det er det dem høre om det. Fordi at du, vi kunne ikke fortelle hvordan det ble for vi ikke har begynt enda. Vi kunne fortelle hva planen er, og hvordan vi skulle gjøre det. Og erfaringer fra Trondheim og erfaringer da fra Verdalen, har nok folk på jobb sann og sann huska at alt det negative er på sykehuset. Der er det ting som ikke fungerer." (L3).

Denne type motstand, da både fra ansatte, leger og politikerne som sitter i kommunestyret, ligner "politisk implementering" fra konflikt og tvetydighetsmodellen til Matland (1995). Konflikten går primært på om Helseplattformen kan være en fare for pasientsikkerheten, slik mange av nyhetssakene er vinklet. Konflikten dreier seg derimot ikke om behovet for en bedre pasientjournal løsning i Ålesund kommune, men det sår tvil om Helseplattformen er den rette løsningen.

Parallelt som Ålesund kommune planlegger og gjennomfører implementeringen av Helseplattformen, utsetter Helse Møre og Romsdal innføringen av plattformen. Prosessen i Helse Møre og Romsdal ligner på modell alternativet "politisk implementering" (Matland, 1995). Innføringen som først var planlagt parallelt med innføringen i Ålesund kommune utsettes i et år, det ble bestemt av styret i Helse Midt-Norge og styret i Helse Møre og Romsdal. Da tiden for å innføre Helseplattformen kom våren 2024 ønsket styret i Helse Møre og Romsdal å utsette nok en gang grunnet usikkerheter rundt teknologien og innføringsprosessen. Dette "overkjørte" styret i Helse Midt-Norge, og bestemte at Helseplattformen skulle innføres uansett om det sentrale styret og de ansatte i Helse Møre og Romsdal var uenig. Situasjonen ligner modellalternativet "politisk implementering" ved at det er lav grad av tvetydighet. Målet var alltid klart, men høy grad av konflikt, rundt innføringen og hvordan man skulle nå målet. Dette er også et eksempel på en klassisk ovenfra-ned beslutning. Som i denne sammenheng vil si at beslutningsmyndigheten ligger på et overordna nivå, der nivåene under har lite, eller ingen beslutningsmyndighet.

Situasjonen i vår case, som er Ålesund kommune, ligner i større grad på modellalternativet "administrativ implementering", sammenlignet med det som er tilfellet i Helse Møre og Romsdal. Implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune innebærer en toppstyrt, praktisk tilnærming til implementeringen, med relativ lav grad av konflikt rundt målene og lite tvetydighet og motsetninger hvordan man implementeringen skulle skje i kommunen.

Hovedgrunnen for at det var motstand innad i kommunestyret var hovedsakelig på grunnlag av det økonomiske tidsaspektet, og hadde ikke noe med selve teknologien å gjøre. Det har blitt tolket slik at det var en felles forståelse innad i kommunestyret at for å nå målet med "én journal - én innbygger", måtte "løsningen" helseplattformen tas i bruk (Nye Ålesund kommune, 2022b). Dette forsterker inntrykket av at det var lite konflikt rundt implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune.

Inntrykket forsterkes av flere positive vinklede nyhetsartikler om Helseplattformen i Ålesund kommune. Blant annet viser en nyhetsartikkel til at sykepleiere som arbeider i hjemmetjenesten sier at det nå tar mindre tid å sjekke og dobbeltsjekke at legemiddellistene er korrekte. Nå kan de logge seg inn i reseptformidleren og få direkte tilgang til legemiddellista, samt at ansvarlig sykepleier nå har mer oversikt over hvordan medkollegaer ligger an når de er ute i felten (Stige, 2024). Flere av dem som vi intervjuet har også vist seg fornøyd med det nye systemet, der ene sykepleier blant annet sa,

"Ja, du kan si så mangt. Det jeg tenker da, er at for vårt vedkommende har det kanskje fått litt ufortjent rykte. Til vårt bruk og slik som vi bruker det, så fungerer det bra og det er egentlig et godt verktøy." (AH1).

Slik man kan se ut ifra det som allerede er skrevet, avhenger valget av hvilke aspekter fra Matland (1995) sin konflikt- og tvetydighets modell av perspektivet man velger å vektlegge. Det kan argumenteres for at det er elementer av både politisk og administrativ implementering som er relevante, og at begge aspektene kan bidra til å forstå den komplekse dynamikken i implementeringsprosessen av Helseplattformen i Ålesund kommune.

6.1.2 Hva med de andre modell alternativene?

Innføringen av Helseplattformen i Ålesund kommune kan sees i sammenheng med samhandlingsreformen (St. Meld. 47 (2008-2009) og stortingsmeldingen "én innbygger-én journal" (Meld. St. 9 (2012-2013)). Teknologien som skulle utvikles for å få et felles journalsystem, Helseplattformen, var på dette tidspunktet ikke kjent. Modellalternativet "eksperimentell implementering" viser ofte til det at politikken først blir utformet, før teknologien utvikles på grunnlag av politikken. Dette er en type implementering som har høy grad av tvetydighet om politiske mål, men lavt konfliktnivå om målene. Videre legger modellalternativet en politisk nedenfra-opp prosess til grunn, som ikke er tilfellet i vår case. Dette tydeliggjøres også i intervjuene vi gjennomførte med ansatte og øvrig helsepersonell, i perioden fra tjenesteavtalen ble signert og til perioden etter go-live. Det ble i intervjuene spurt om informantene hadde oversikt over de overordnede målene til hvorfor helseplattformen skulle innføres, og hvordan de eventuelt hadde fått beskjed om disse. Flere av informantene forstod ikke spørsmålet, eller hadde hørt noe om hva målene med å implementere helseplattformen var. I ene intervjuet ble dette sagt,

"Det er jeg ikke helt sikker på, om hvorfor de valgte å innføre helseplattformen" (AH4).

"Symbolsk implementering" har i følge Matland (1995) høy grad tvetydighet og høy grad av konflikt. Våre funn tyder på at implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune i liten grad kan plasseres/forstås innenfor dette modellalternativet, gitt det vi allerede har gjort rede for innledningsvis i dette kapittelet.

6.2 Hvordan erfarer ledere og øvrig helsepersonell endringen som fulgte med implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune ?

6.2.1 Håndtering av implementeringen fra overordnet nivå

Basert på intervjuer av mellomledere og helsepersonell samt politiske dokumenter er det tydelig at denne endringen erfarer på forskjellige måter ut ifra hvilken posisjon man har i prosessen. Der den overordna ledelsen virker å benytte en bestemt strategi og lederstil for innføringen, har mellomlederne en annen tilnærming. For å skape en bredere forståelse for hvordan mellomledere og øvrig helsepersonell har erfart endringen vil vi først drøfte hvordan den overordna ledelsen har håndtert implementeringsfasen. Dette gjør vi basert på politiske dokumenter og informasjon fra virksomhetsledere og avdelingsledere som er presentert i kapittel 5.

Vi har sett sammenhenger mellom implementeringen av Helseplattformen og konflikt- og tvetydighets modellen til Matland (1995). Vi ser at flere av eksemplene om administrativ og politisk implementering har sammenheng med det som kalles top-down tilnærming. Dette fordi beslutningen om innføring er tatt på et overordna nivå uten innvirkning fra de på lavere nivå. Det kan virke som om de ansatte i helsesektoren i Ålesund kommune, i denne sammenhengen, har blitt pålagt å gjennomføre en endring som er bestemt på politisk nivå, uten å ha noen påvirkning, annet enn å prøve å gjøre motstand om de er uenig i endringen. Vi kan se at innføringen har likhetstrekk med det Jacobsen (2018) kaller Strategi E, og kan blant annet trekke paralleller ved å se på målet med endringen. Noen av helseplattformen sine overordna mål er blant annet bedre pasientflyt, økt pasientsikkerhet og optimalisering av arbeidsprosesser. Med tiden skal disse målene kunne gi en positiv virkning for både ansatte i kommunen og befolkningen ellers. Det kan også tenkes at endringen vil skape en økonomisk gevinst for Ålesund kommune i

lengden, ved effektivisering av helsetjenester og mindre pasientskader. En av hovedkarakteristikkene til Jacobsen (2018) sin strategi E er at endringen settes i gang for å skape en økonomisk gevinst for bedrifter eller organisasjoner. Da Ålesund kommune ikke tilhører et marked ser man primært på endringer som kan gi en gevinst til befolkningen, men som sekundært vil kunne tenkes å gi en økonomisk gevinst til kommunen. Tjenesteavtalen mellom Helseplattformen og Ålesund kommune viser til flere gevinstrealiseringer og hvordan Helseplattformen skal bidra til at disse gevinstene blir realisert (Nye Ålesund kommune, 2022b). Gevinstene som er ramset opp ser trolig lukrative ut for både Ålesund kommune, ansatte og brukere av helsetjenester i kommunen, og siden tjenesteavtalen svarer for de fleste av risikoene som er nevnt virker disse gevinstene å være innen rekkevidde. Det nevnes dog ikke hvor lang tid det kan ta før man oppnår disse gevinstene, eller om det kan by på utfordringer før gevinstene blir en realitet. I studien til (Hertzum et al., 2022) fant de at administrerende direktør av Apotti uttalte i 2020, at fordelene ved systemet kanskje ikke ville bli synlig før etter flere års bruk.

Øvrig helsepersonell som ble intervjuet ga uttrykk for at de ikke hadde noe spesiell innsikt i hvorfor de skulle innføre helseplattformen, mens lederne kunne nevne noen av de overordna måla og hadde en større innsikt, men også de, i ulik grad. Det var tydelig at de som hadde størst innsikt i endringen av informantene var virksomhetslederne, deretter avdelingslederne før de øvrige ansatte. Dette kan kjennetegne en "top down" strategisk endring, der toppledelsen har den overordnede kontrollen og mest tilgang til informasjon (Jacobsen, 2018). At det var mer informasjon fra de som jobbet nærmere toppledelsen kom tydelig frem i intervjuene. Intervjuene med lederne varte betydelig lengre enn hos de øvrige ansatte og det var også behov for færre oppfølgingsspørsmål for å få informasjon. Lederne kunne også nevne ord som "gevinstmål" og "milepæler" som er typisk "Helseplattform uttrykk", noe som kan tyde på at de har vært mer involvert og har god kjennskap til prosessen. De fleste av mellomlederne som ble intervjuet var også svært positive til Helseplattformen, kan en av grunnene til dette være at de har hatt større innblikk i tjenesteavtalen og at avtalen vier mye plass til gevinster og løsninger, men mindre til risikoer?

Gjennom opplæringen var det også milepæler som skulle oppnås, disse milepælene var satt av helseplattformen og dersom de ikke ble oppnådd ble det utarbeidet aksjonsplaner fra overordnet nivå på hvordan det skulle håndteres. Å ha slike milepæler eller delmål kan man også finne som et virkemiddel i Jacobsen (2018) sin strategi E, der man vil holde en overordna kontroll på endringen ved å ha delmål, slik sikrer man en fremgang i endringen og har mulighet til å utøve makt dersom disse delmålene ikke blir nådd.

"Også hadde jo helseplattformen og sann 90 dager, og 60 dager og 30 dager. Da det var 90 dager igjen, så måtte vi svare på en spørreundersøkelse sann rødt og grønn og sånt. Her ligger vi for mye i rødt, hva skal til sånn og sånn. Så alle virksomhetene kom opp og måtte svare hvordan de ligger an. Og legetjenesten kom opp i rødt hele tiden. Det betyr at det er de som sliter nå...."

.....Så det var på en måte kontroll på det. Så 90 dager, så kom det til 60 dager, ligger fremdeles i rødt. Når det er 30 dager igjen, og så var det satt inn aksjonsplan da i forhold til hvordan den enkelte ligger an. Og du måtte levere inn plan for jeg ligger i rødt her...." (L3).

Øvrig helsepersonell ga uttrykk for at de ikke hadde stor innsikt i de overordna måla til helseplattformen eller hvorfor Ålesund kommune valgte å innføre helseplattformen nå.

Mellomlederne kunne også fortelle om lavt engasjement fra mange ansatte. Dette kan også henge sammen med at øvrige ansatte hadde lite innsikt blant annet i tjenesteavtalen og hvilke gevinster helseplattformen potensielt kunne gi, og større tilgang til media og de negative omtalene derfra. Disse funnene kan være med på å underbygge at den formelle ledelsen muligens har benyttet en strategi og lederstil som ikke tar særlig hensyn til de ansatte i selve endringsprosessen, men har fokus på Ålesund kommune sine langsiktige interesser, noe som burde kunne gi beboere og de ansatte en gevinst i fremtiden.

6.2.2 Reaksjoner på endring

Slik som Jacobsen (2018) forklarer strategi E kan man forvente en grad av motstand når det blir introdusert en stor endring der ansatte ikke har hatt særlig medvirkning. Ledelsen har ikke fokus på hvordan man skal unngå motstand, men hvordan man skal forberede seg for å kunne overvinne motstanden. Ingen av informantene ga uttrykk for noen stor grad av motstand mot endringen som helseplattformen brakte med seg. De fleste nevnte at de var skeptiske i forkant og litt usikre på hva endringen innebar for dem, men verken mellomlederne eller de øvrige ansatte hadde gjort noen store grep som tyder på at de motsatte seg endringen.

Det kan tenkes at det er flere faktorer som gjør at de ansatte ikke yter stor motstand mot denne endringen. Som nevnt kan det se ut til at de øvrige ansatte ikke hadde stor tilgang til informasjon og derav liten innsikt i endringens overordnede innhold og omfang. Konsekvensen av å ha lite innsikt kan jo tenkes å påvirke hvilken grad av motstand man viser, ved at man ikke helt vet hvordan eller hva man skal gjøre motstand mot (Matland, 1995). Det kan også tenkes at de ansatte ikke ser på endringen som en stor nok trussel til å ønske eller ville gjøre motstand. Det ble ved flere anledninger nevnt at skepsisen blant mellomledere og øvrig helsepersonell hovedsakelig kom fra media og det de hadde hørt om innføringen av Helseplattformen på St. Olavs hospital, men at de hadde fått mye positive erfaringer fra innføringsprosessen i Trondheim kommune. Denne positive tilbakemeldingen kan synes å bidra til mer optimistiske forventninger for de ansatte. Man kan se noen reaksjoner og form for motstand blant leger i Ålesund kommune, dette gjennom avisoppslag i media. Denne motstanden ble, også gjennom media, besvart med å forsøke å betrygge ansatte på punkter som ble kritisert i utgangspunktet. Men implementeringen ble ikke stoppet eller utsatt slik som motstanderne ønsket. Dette kan være med på å understreke at den formelle ledelsen ikke ville vike for motstand, men ønsker å møte den med så lite skade som mulig. Denne måten å håndtere motstand på kan sees i sammenheng med hvordan man håndterer motstand i Jacobsen (2018) sin strategi E.

Som nevnt så ser vi en betydelig forskjell på måten denne endringen har utspilt seg ut ifra hvilket nivå vi ser den fra. Der det overordna nivået har ledet innføringen med mange fellestrekk til Strategi E, kan vi bare se spor av denne strategien fra mellomledere. Vi kan ikke se at det er noen særlige fellestrekk med Jacobsen (2018) sin strategi O, verken fra overordna nivå eller fra mellomledernivå. Det nærmeste man kommer er at mellomlederne tar til seg tilbakemeldinger fra de ansatte og er fokuserte på at de skal klare denne endringen sammen. Men mellomlederne har uansett lite beslutningsmyndighet i en slik type endring som innføringen av helseplattformen er, derfor er det lite de kan gjøre med tilbakemeldingen. Annet enn å legge til rette på sin enhet eller avdeling. Så hvordan har mellomlederne håndtert endringen?

6.2.3 Leders rolle i endring

Vi har vært innom Jacobsen (2018) sin "Strategi E", denne kan sees i sammenheng med "Lederstil E" som kan ansees som en hard og relativt kompromissløs lederstil, som handler om å analysere prosessen og være klar for motstanden som kommer. I og med at hele prosessen er utarbeidet og lagt opp fra et overordna nivå kan det tyde på at elementer fra denne lederstilen er benyttet. Her tyder det på at man utarbeidet en plan for gjennomføring av innføringen, iverksatt planen og overvåket prosessen. Om det var satt noen klar strategi for hvordan motstand skulle møtes er ukjent. Men ut ifra den motstanden som har kommet, som blant annet fra leger i kommunen eller fra politikere selv som har ønsket å utsette innføringen, kan det tyde på at motstanden har blitt tilsidesatt og den overordnede ledelsen har ønsket å gjennomføre endringen. Det kan tenkes at det er gjort en vurdering på at endringens fordeler er større enn konsekvensene ved å ikke gi etter for motstand.

Når vi ser på lederstil på et underordna nivå, altså på virksomhet- og avdelingsnivå, kan det tyde på at lederstilen har vært noe mildere. Her forteller de ansatte at ledelsen har vært positiv og støttende, og lederne selv forteller at de har prøvd å se den enkelte og tilrettelegge for en så skånsom endring som mulig.

Dette kan minne om det Jacobsen (2018) omtaler som Lederstil O, som handler nettopp om å se den enkelte, motivere, støtte og tilføre ressurser og energi. Om en leder skal benytte seg av Lederstil E bør der være en viss grad av makt, i denne sammenhengen ser man at mellomlederne ikke har den type makt som er nødvendig for å utøve en hard lederstil. Det kan tenkes at ulempene ved at en mellomleder anvender denne type lederstil uten tilstrekkelig makt kan føre til flere negative utfall, som misfornøyde ansatte, svekket tillit, motstand i høy grad og i verste fall oppsigelser og tap av ressurser. I denne endringen tyder det altså på at det er benyttet forskjellig lederstil ut ifra hvilket nivå ledelsen utføres fra og hvilken beslutningsmyndighet som finnes på gitte ledernivå.

Mellomlederne var svært positive til å endre journalsystemet, og det virket som de fleste hadde stor tro på Helseplattformen, selv om de fleste kunne nevne flere utfordringer i forhold til tilpasningen av systemet. Noen av lederne fortalte at en del av de ansatte fremstod lite engasjert til selve endringen, men de fleste sa at de like gjerne kunne være positive når det uansett skulle innføres. Denne positive innstillingen ser ut til å komme fra deres nærmeste leder, og det kommer også fram i intervjuene at det er informasjon fra nærmeste leder de øvrige ansatte har å forholde seg til. Noen av lederne forklarer at de har bevisst holdt tilbake overordna informasjon da de ga uttrykk for at de øvrige ansatte har mer enn nok å tenke på i innføringen. Selv om lederne har jobbet på denne måten for å skåne, kan det også være at denne tilnærmingen har bidratt til lavt engasjement fra ansatte, nemlig fordi de ikke har fått tilstrekkelig informasjon til å forstå at endringen kan ansees som riktig, viktig og god (Jacobsen, 2018). Det kan også tenkes at de ansatte er mindre engasjert i endringen da de ikke har hatt noen påvirkning på hvorvidt endringen skulle gjennomføres eller ikke. Endringen var noe de var pålagt å gjennomføre og ikke noe som kom fra eget initiativ. Det viste seg at enkelte av informantene ikke engang visste hvorfor endringen ble iverksatt og hva målene med endringen var, dette spiller trolig en betydelig rolle med tanke på motivasjon for endringen.

Ingen av lederne la frem noen tydelig strategi for endringen, de fleste svarene gikk ut på at de ikke hadde tenkt på hvordan de skulle forholde seg til endringen og ikke hadde lagt

noen spesiell strategi. Men bare fulgte den strategien som kom fra overordna nivå. Likevel kunne vi se noen lederstrategier som ble benyttet, muligens uten at lederen selv var klar over dette. Lederne hadde fokus på å være positive, støttende og til stede. I intervjuene fant vi at 5 av 6 øvrige ansatte syns lederen var støttende og positiv til endringen og at dette var med på å skape en positiv atmosfære rundt endringen på de forskjellige avdelingene. Denne måten å lede på kan minne om det Jacobsen (2018) kaller lederstil O der man ser den som regel i sammenheng med strategi O, men i denne sammenheng er ikke det tilfelle. Det virker som at lederne bruker denne myke lederstilen for å motivere og hindre mulig motstand. Dette kan sees i sammenheng med at mellomlederne ikke har stor beslutningsmyndighet i denne type endring og må forholde seg til prosessen på samme måte som de ansatte. Da vil man som leder trolig prøve å kontrollere endringen på de måtene man kan, der noen av måtene kan være å forberede personalgruppen på endring ved å se hver enkelt, legge til rette og være til stede, gi ros og oppmerksomhet.

"Ja, jeg håper nå det at de er fornøyde med meg. Skulle jeg til å si, jeg har ikke hørt noe annet i alle fall. Nei så klart, det er nå litt det som jeg sier, å være til stede og være med og drive det fremover som leder, det er alt som er av endring og forandring. I arbeid er det viktig. At man er på ute og på gulvet og viser dem og hjelper dem og støtter når det er vanskelig. Så det er noe av det viktigste, og kanskje ekstra viktig nå da, med dette her, men prøver nå å være det i andre tider også" (L2).

De fleste informantene nevnte at informasjonsflyten var utfordrende, da det var mye informasjon som kom på forskjellige kanaler og som var lite tilpasset mottakerens behov. Dette gjorde at mottakerne ikke leste all informasjonen og kanskje gikk glipp av noe. Dette var programmatisk enveis kommunikasjon som kom fra den overordnede ledelsen. Slik form for kommunikasjon kan sees i sammenheng med Strategi E, og kan være en rot til uro og motstand. Informantene ga uttrykk for at de stort sett hadde fått den informasjonen de trengte med sin nærmeste leder, spesielt når "go-live" nærmet seg. Lederne nevner at de informerte og tok til seg tilbakemeldinger, noe som kan minne på en deltakende kommunikasjon, noe som vil være med å fremme mer blant annet mer likeverdig interaksjon og inkrementelle prosesser (Jacobsen, 2018). Dette kan være med på å understreke at god kommunikasjon mellom leder og ansatt minsker grad av motstand.

Lederne forteller at de prøvde å tilrettelegge arbeidshverdagen slik at de ansatte fikk øve, utover det som var "pålagt" fra øvre hold og de visste hvilke ansatte som trengte mer oppfølging og en mildere tilnærming. De plukket også ut superbrukere som de mente ville mestre oppgaven. Disse tilpasningene merket mange av de ansatte, og det virker som at denne lederstilen var nyttig å bruke i denne sammenhengen. Mellomlederne forteller at de har lyttet og de ansatte føler at de har blitt hørt. Her ser vi noen fellestrekk med lederstil O, ved at leder har analysert endringen i forkant og funnet ut hvem som trolig trenger ekstra oppfølging og hvem som kunne fungere som en superbruker. Lederne var noe beskjeden når de pratet om hvordan de håndterte personalgruppen i endringen, men vi kunne tydelig se at de aller fleste av informantene var fornøyd med hvordan leder hadde opptrådt og at tiltakene som var igangsatt fra leder sin side hadde hatt stor innvirkning på hvordan de ansatte håndterte endringen.

Det var likevel mye misnøye når det kom til opplæringen før go live, dette gikk mest på at kursene var lite tilpasset og fant sted for tidlig i forhold til "go live" datoen, de ansatte så derfor ingen hensikt med denne øvingen, men det er tydelig ikke de ikke bebreider sin

nærmeste leder for dette, da de virker å ha innsikt i at det ikke er deres nærmeste leder som hersker over disse bestemmelsene. Derav ingen motstand. Lederne har tatt imot tilbakemeldinger fra sine ansatte og opplever mye av det samme. I studien til Hertzum et al. (2022) kommer det fram at det var utfordrende å tilpasse systemet til lokale behov og at dette skapte misnøye blant brukerne. I denne studien kom misnøyen fordi opplæringen var for dårlig tilpasset til hver enkelt virksomhet sine behov. Det opplevdes så standardisert at man fikk opplæring i funksjoner som man ikke skulle benytte i arbeidet, og derav opplevdes deler av opplæringen ubrukkelig. Dette nevnte alle informantene som et mulig forbedringsprosjekt. Flere av informantene nevnte også at selve systemet var for lite tilpasset, og at det var så mange forskjellige måter å gjøre ting på at det var lett å "gå seg vill". Noen nevnte at dette potensielt kunne føre til at de gikk glipp av viktig informasjon. Studien av Hertzum et al. (2022) viser at standardisering av prosesser også her var et problem. Der standardisering gjør prosesser enklere å måle på et overordna nivå, blir det mindre brukervennlig på lokalt nivå. En studie fra Tsai et al. (2020) viser at mangelfull opplæring i EPJ systemer kan føre til hindringer for bruk av slike systemer. Både når det kommer til oversikt, forståelse og skriveferdigheter. Dersom opplæringen opplevdes mangelfull og systemet problematisk å bruke, kan det tenkes å potensielt kunne gå ut over pasientsikkerheten. God kjennskap til journalsystemer kan ikke bare bidra til bedre oversikt, men i noen tilfeller vil pasientens journal være en viktig del i det totale behandlingsforløpet ved at man finner detaljer og oppgaver som er nødvendige.

Informantene ble spurt om de følte at innføringen av helseplattformen hadde noe effekt på pasientsikkerheten, her svarte de fleste nei. Det kom dog fram gjennom alle intervjuene forskjellige aspekter ved bruken av helseplattformen som kan kobles til pasientsikkerhet. Det ble blant annet nevnt at Helseplattformen har funksjoner som dobbeltkontroller og bokser som må fylles ut for å kunne gå videre i arbeidet. Informantene forteller at dette har vært en fin endring som gjør at man er sikker på at oppgavene er gjort. Det nevnes også at systemet er så uoversiktlig at viktig informasjon forsvinner, og at man var redd for å ikke få med seg all informasjonen som var nødvendig for å behandle pasientene, dette førte til mye ekstraarbeid. Noen av informantene nevnte at dette kunne gå seg til når man blir bedre kjent med systemet. I studien til Hertzum og Ellingsen (2019) finner man at det var store utfordringer ved implementeringen av Epic-systemet ved Cambridge University Hospitals (CUH), med reduksjon av produktivitet, manglende tilgang til pasienthistorikk m.m. Etter to år hadde situasjonen bedret seg, blant annet takket være økt kjennskap til Epic-systemet. Til tross utfordringer i oppstartsfasen førte systemet til betydelige forbedringer av pasientomsorgen og effektiviteten ved CUH. Om pasientsikkerheten blir påvirket av implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune er for tidlig å si noe om, dette er noe som må studeres og utredes med flere aspekter enn uttalelser fra våre informanter.

7 Konklusjon

Den 28.april 2023 ble Helseplattformen AS med formål om å løse utfordringer og forbedre helsetjenestene i regionen implementert i Ålesund kommune (Ålesund kommune, 2024).

Formålet med studien var å undersøke hvordan mellomledere og helsepersonell erfarte endringen som implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune bragte med seg. Samtidig ville vi se på hvordan man kunne forstå implementeringen på et overordna nivå i lys av Matland (1995) sin konflikt- og tvetydighetsmodell. Vi ønsket også å se på strategier for endring og om lederne hadde noen forutbestemte planer for hvordan endringen skulle håndteres. I studien har vi anvendt teori innenfor komplekse endringer, endringsprosesser, ledelse gjennom endring og implementering. Dette teoretiske grunnlaget samt tidligere forskning, resultat og funn fra intervjuer og dokumentstudier er brukt for å besvare forskningsspørsmålene:

1. *Hvordan kan implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune sees i lys av Matland (1995)?*
2. *Hvordan erfarte mellomledere og øvrig helsepersonell endringen som kom med implementeringen av Helseplattformen i Ålesund kommune?*

Analysen og drøftingen viser at implementeringen kan sees på som en administrativ implementering (Matland, 1995), fordi målene for implementeringen var tydelige og konfliktnivået lavt. Det var tydelig at implementeringen bar preg av en top-down strategi som forplantet seg nedover i organisasjonsstrukturen. Dette kom også tydelig fram gjennom analysen av data fra intervjuene. Vi finner at de overordna målene til Helseplattformen er underkommunisert desto lenger ned i organisasjonsstrukturen vi undersøker, og at dette kan være en av faktorene som spiller inn på det lave engasjementet vi fant blant de ansatte.

Ett funn er at mellomledere og øvrige ansatte erfarer endringen som positiv. På mellomledernivå virker dette å skyldes positive innspill fra overordna nivå og erfaringen fra Trondheim kommune. For øvrig helsepersonell virker den positive holdningen å være adoptert fra nærmeste leder.

Dette bringer oss videre til hvorvidt lederne hadde klare strategier for endring. Selv om de fleste mellomlederne ikke hadde noen bestemt plan på hvordan de ville håndtere endringen viste det seg at det allikevel ble benyttet en støttende, tilpasset og tilstedeværende lederstil. Denne lederstilen virket å være hensiktsmessig for mellomleder å bruke i en top-down implementering, da det var minimalt med motstand fra de ansatte gjennom prosessen.

Før "go-live" uttrykte øvrig helsepersonell en bekymring for at opplæringen skulle være for dårlig og det ble i etterkant av "go-live" uttrykt stor misnøye fra både mellomledere og øvrig helsepersonell med opplæringen og hvordan denne delen av prosessen ble håndtert. Det som ble forklart som en manglende opplæring forplantet seg til bruken av helseplattformen etter innføringen.

Informantene erfarte helseplattformen som uoversiktlig og at mangelen på kunnskap rundt bruk potensielt kunne føre til uønskede hendelser eller pasientskade. Hvorvidt innføringen av helseplattformen har hatt innvirkning på pasientsikkerheten er ikke del av denne studien og er trolig for tidlig å si noe om.

7.1 Forslag til videre forskning

Implementeringen av Helseplattformen i Helse Midt-Norge skjedde for litt over ett år siden og ansees som en svært omfattende og pågående endringsprosess. Det vil fremover være hensiktsmessig å forske på flere aspekter av implementeringsprosessen.

I denne studien ble informantene intervjuet mellom 2 og 5 måneder etter at de tok i bruk helseplattformen. Dette kan som tidligere nevnt gjøre at informantene ikke hadde hatt nok tid til å prosessere endringen og svarene kunne muligens vært annerledes om man gjorde den samme studien for eksempel et år frem i tid. Masteroppgaven kan da brukes til sammenligning i fremtidige studier som har som formål å se på implementeringsprosessen og erfaringer knyttet til dette.

Fremtidig forskning kan også være studier i lignende kontekster andre steder, der blant annet perioden etter innføringen evalueres. Slike studier kan også benytte en annen metodisk tilnærming, for eksempel en kombinasjon av kvantitative og kvalitative metoder for å utarbeide et bredere perspektiv på ulike faser av implementeringen.

Videre kunne det vært interessant å studere hvorvidt gevinstmålene til Helseplattformen blir realisert. Noen av disse tiltenkte gevinstene er etterprøvbare, men må studeres og analyseres over tid. Slike studier vil kunne bidra til å si noe om Helseplattformen kan ansees som en løsning på utfordringene helsesektoren i Norge står ovenfor eller ei. Dette burde trolig gjøres gjennom en kvantitativ studie der for eksempel faktabaserte tall og statistiske analyser bidrar til å finne et svar. Denne type undersøkelser eller studier er trolig noe helseforetaket selv bør utføre for å etterprøve målene som er satt.

Spesielt gevinstmålet som handler om pasientsikkerhet er noe som er av interesse å belyse som oppfølging av denne studien. Vår studie er basert på 12 informanter. Dette for lite data til å dra en konklusjon og dataene ble samlet tidlig i implementeringsprosessen. Informantene mente at mange av utfordringene trolig ville forsvinne når de ble bedre kjent med systemet, men hvorvidt dette er tilfelle er ikke kjent. Det er et nøkkelspørsmål for både politikere, ledelse, helsepersonell og befolkningen ellers å finne ut hvorvidt helseplattformen påvirker pasientsikkerheten i negativ eller positiv retning.

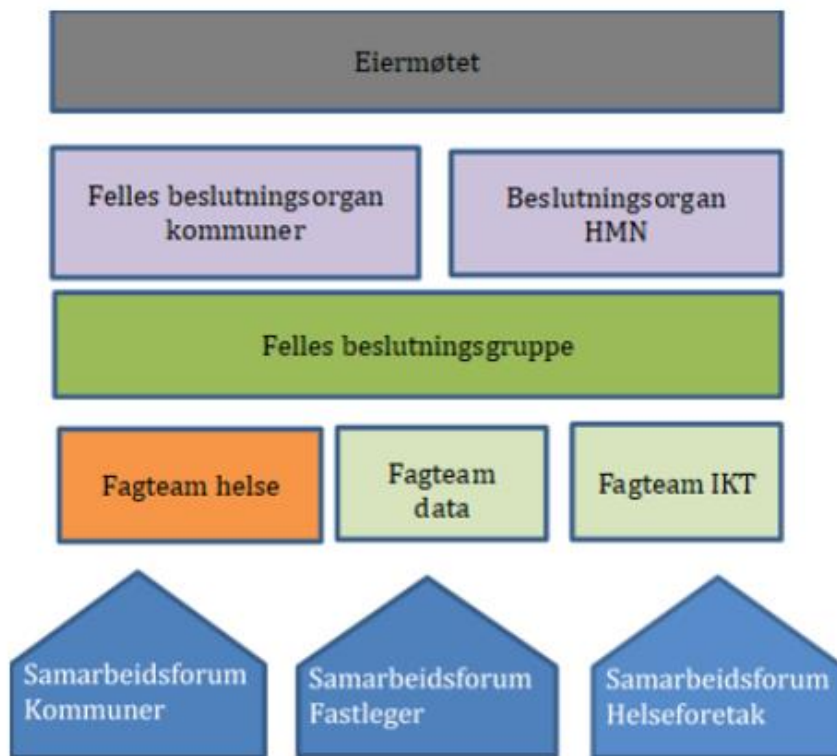
Referanser

- Aase, K. (2015). Introduksjon. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (3.utg., s.15-22). Oslo: Universitetsforlaget.
- Bansler, J-P. (2021). Challenges in user-driven optimization of EHR: A case study of a large Epic implementation in Denmark. *International Journal of Medical Informatics*, 148, 104394-104403.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104394>
- Bass, M.B. (2021). Lederskap. I Ø.L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (5.utg., 21-34). Gyldendal.
- Ellingsen, G., & Hertzum, M. (2019). User participation in the implementation of large-scale suite systems in healthcare. In *Proceedings of the 7th International Conference on Infrastructures in Healthcare European Society for Socially Embedded Technologies. Reports of the European Society for Socially Embedded Technologies*, 3(4) https://doi.org/10.18420/ihc2019_002
- Ellingsen, G., Hertzum, M., & Melby, L. (2022). The Tension between National and Local Concerns in Preparing for Large-Scale Generic Systems in Healthcare. *Comput Supported Coop Work*, 31, 411-441.
<https://doi.org/10.1007/s10606-022-09424-9>
- Epic. (u.å.). *In a nutshell*. Hentet 28.januar 2023 fra <https://www.epic.com/about>
- Helseplattformen. (2022, 15.mai). *Prosjektet*. <https://helseplattformen.no/om-oss/prosjektet>
- Helseplattformen. (2023a, 17.januar). *Om oss*.
<https://www.helseplattformen.no/om-oss/>
- Helseplattformen. (2023b, 6.februar). *Teknologien i Helseplattformen*. <https://www.helseplattformen.no/leverandorene>
- Helseplattformen. (2019, 24.september). *Effekt mål*.
<https://www.helseplattformen.no/om-oss/prosjektet/effektmal>
- Hertzum, M., Ellingsen, G., & Cajander, Å. (2022). Implementing Large-Scale Electronic Health Records: Experiences from implementation of Epic in Denmark and Finland. *International Journal of Medical Informatics*, 167, 104868-104868. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2022.104868>
- Hertzum, M., Ellingsen, G. (2019). The implementation of an electronic health record: Comparing preparations for Epic in Norway with experiences from the

- UK and Denmark. *International Journal of Medical Informatics*, 129, 312-317.
<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2019.06.026>
- Jacobsen D.I. (2016). *Engangsorganisasjonen: Organisering og ledelse av prosjekter*. Fagbokforlaget.
- Jacobsen, D.I. (2018). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Jensen, C., Johansson, S, & Løfstrøm, M. (2017). Policy implementation in the era of accelerating projectification: Synthesizing Matland's conflict-ambiguity model and research on temporary organizations. *SAGE Publications*, 33(4), 447-465.https://doi.org/10.1177/0952076717702957open_in_new
- Korsnes, M.K., Reite, T. (2023, 23.april) *Nær 500 legar har signert bekymringsbrev om Helseplattforma*. NRK. <https://www.nrk.no/mr/naer-500-legar-har-signert-bekymringsbrev-om-helseplattformen--ber-styret-vurdere-utrullinga-1.16381385>
- Martinsen, Ø.L. (2021). Lederstil. I Ø.L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (5.utg., 142-165). Gyldendal.
- Matland, R. E. (1995). Synthesizing the Implementation Literature: The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, 5 (2), 145-174.
<http://www.jstor.org/stable/1181674>
- Meld. St. 9 (2012-2013). *Én innbygger – én journal: Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Helse- og omsorgsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
- Mintzberg, H. (2021). Å jobbe som leder: Myter og fakta. I Ø.L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (5.utg., 38-63). Gyldendal.
- NRK. (2022, 17.oktober) *Demonstrerte mot Helseplattformen*.
<https://www.nrk.no/trondelag/demonstrerte-mot-helseplattformen-1.16142412>
- Nye Ålesund kommune. (2022a). *Bilag 3 – Felles faglig beslutningsstruktur*.
<https://innsyn.nyealesund.no/wfdocument.ashx?journalpostid=2021141663&dokid=1960919&versjon=1&variant=A&>
- Nye Ålesund kommune. (2022b). *Helseplattformen- Tenesteavtale*.
<https://innsyn.nyealesund.no/wfdocument.ashx?journalpostid=2021141663&dokid=1959316&versjon=10&variant=A&>
- Nye Ålesund kommune. (2022c). *Samarbeidsavtale om et helhetlig og samordnet helsetibud (Helseplattformen) i region Midt-Norge*.
<https://innsyn.nyealesund.no/wfdocument.ashx?journalpostid=2021141663&dokid=1961223&versjon=1&variant=A&>

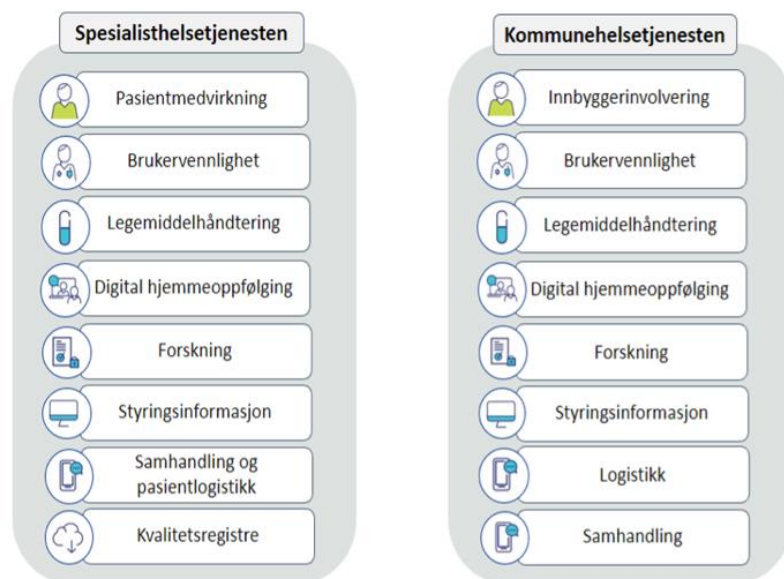
- Nylenna, M. (2020). *Helsetjenesten i Norge: Et overblikk* (2.utg.). Gyldendal.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4.utg.). Fagbokforlaget.
- Sikt. (u.å.). Sikt: Kunnskapssektorens tjenesteleverandør. Hentet 25.april 2024 fra <https://sikt.no/>
- Statistisk sentralbyrå. (u.å.). Ålesund: Kommunefakta. SSB. Hentet 2.april 2024 fra <https://www.ssb.no/kommunefakta/alesund>
- Stige, P.O. (2024, 20.februar) *Slik sparer de tid på Helseplattformen*. SMP. <https://www.smp.no/nyheter/i/pQ3jao/slik-sparer-de-tid-paa-helseplattformen>
- St.meld. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Svendsen, M., Toftaker, J., Thobroe, G., & Johannesen, B. (2022, 25.november) *To uker etter innføringen av St.Olavs: - Kommer til å ta knekken på oss*. NRK. https://www.nrk.no/trondelag/to-uker-etter-innforing-av-helseplattformen-pa-st.-olav_-_sover-darlig-om-natta-1.16194674
- Thompson, G. (2021). Situasjonstilpasning som ledelsesstrategi. I Ø.L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (5.utg., 169-194). Gyldendal.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4.utg.). Gyldendal.
- Tsai, C.H., Eghdam, A., Davoody, N., Wright, G., Flowerday, S., & Koch, S. (2020). Effects of Electronic Health Record Implementation and Barriers to Adoption and Use: A Scoping Review and Qualitative Analysis of the Content. *Life (Basel)*, 10(12). <https://doi.org/10.3390/life10120327>
- Yin, R. K. (2018). *Case study research and application: Design and methods* (6.utg.). SAGE Publishing.
- Yukl, G. (2021). Å lede organisasjonsendringer. I Ø.L. Martinsen (Red.), *Perspektiver på ledelse* (5.utg., 297-308). Gyldendal. Ålesund kommune (2024, 31.Mai) *Helseplattforma*. [Helseplattforma - Ålesund kommune \(alesund.kommune.no\)](https://alesund.kommune.no)

Vedlegg 1: Beslutningsstruktur



Kilde: Nye Ålesund kommune (2022b).

Vedlegg 2: Gevinstmal for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten



Kilde: Nye Ålesund kommune (2022b).

Vedlegg 3: Prosessdokument

At vi har vært to om denne masteroppgaven har gitt oss både motivasjon, nyanse og utfordringer. Vi er begge fornøyd med hvordan samarbeidet med oppgaven har vært, og begge føler et eierskap og en tilknytning til oppgaven. Anna hadde et ønske om å se nærmere på Helseplattformen og innføringen av denne, Karoline var også interessert i å se på ledelse i endringsprosesser, og siden vi begge ville bli berørt av endringen som Helseplattformen brakte med, ble vi fort enig om at dette var et passende tema.

Metodevalg brukte vi noe lengre tid på å slå fast, vi drøftet både kvantitative og kvalitative metoder, men kom fram til at en kvalitativ studie, med dybdeintervjuer, ville passe best til å svare på oppgaven. Det ble senere, sammen med veilederen vår, bestemt at vi utførte et case studie, for å få frem flere aspekter av innføringen og få et tydeligere bilde av fenomenet. En intervjuguide ble dannet i fellesskap før vi gjennomførte halvparten av intervjuene sammen. Resten av intervjuene delte vi likt mellom oss og gjennomførte separat, dette for å spare tid, samt at det var vanskelig å planlegge tidspunkt med informantene som passet oss begge. Vi har jobbet med ett og ett kapittel om gangen og har pratet oss gjennom hvert kapittel i fellesskap flere ganger. Det har vært viktig for oss å alltid ha en felles forståelse for hva vi driver med og hvilken retning oppgaven beveger seg i. Vi har brukt mye tid på å diskutere og snakke rundt forskjellige deler av oppgaven før vi har fordelt gjøremål og jobbet periodevis separat. Vi har begge vært involvert i alle kapitler, et eksempel på hvordan vi har gjort det er at Karoline hadde ansvar for å skrive teori rundt Matland sin studie, mens Anna skrev teori fra fagbøker. Men vi var i forkant enig i hvilken teori vi ville ha med. Vi møtte på utfordringer og uklarhet hver for oss også, da var vi flink til å møtes å prate gjennom utfordringene og kom i fellesskap fram til en løsning og hvordan vi skulle jobbe videre. Dette gjorde vi gjennom alle kapitlene, derfor føler vi begge at vi har vært involvert i alle delene av oppgaven i større eller mindre grad.

Det mest interessante ved samarbeidet var nok når vi i analysearbeidet skulle opprette koder. Her fikk vi utformet mange koder og flere nyanser enn vi trolig ville hatt om vi jobbet med oppgaven individuelt. Det tok nok lengre tid en det ville tatt å gjøre jobben alene, men vi anså denne fasen som viktig å gjøre sammen for å få en felles forståelse av hverandres tankesett og hvordan forstå oppgaven og svarene som ble avgitt på best mulig måte. Vi har forskjellig skrivemåte, noe som kanskje kommer til uttrykk i teksten, men vi har forsøkt å standardisere skrivemåten så langt det lot seg gjøre.

Karoline har hatt ansvar for å søke opp tidligere forskning, men hvilke artikler som ble med i oppgaven har vi bestemt i fellesskap. Anna hadde ansvar for å få frem funn fra tjenesteavtalen, men også denne har vi sett mye på i fellesskap. Det optimale ville være å dele opp oppgaven i større grad enn det vi har gjort, med tanke på tid. Men vi syns oppgaven har vært såpass kompleks at vi har hatt god hjelp av hverandre til å forstå og komme videre i arbeidet når vi stod fast. Selv om vi har delt opp tekst som er skrevet, har vi sammen gjennomgått, rettet, lagt til og tatt vekk tekst slik at vi begge var fornøyd med resultatet.

Drøftingen har også vært preget av mye samarbeid for å oppnå den røde tråden i oppgaven. Der har Anna hatt mest fokus på å drøfte funn fra intervjurundene og tjenstedokumentet, mens Karoline har jobbet med drøfting opp mot studien til Matland og tjenstedokumentet. Men også her har vi gjort oss kjent med teksten og blitt enig om hvordan drøftingen skulle vinkles.

Vi har møtt på få store uenigheter, muligens fordi resultatene har vært tydelige og det har vært lite rom for å misforstå disse og hva konklusjonen etterhvert utformet seg til å bli.

Vi synes som sagt at det har vært en kompleks oppgave, men store utfordringer og mye læring for to som aldri har skrevet en slik type oppgave før. Vi har dratt inn flere komponenter for å svare på forskningsspørsmålene, dette har krevd mye tid og tanker, og ideene har vært mange. Vi har både tvilt og vært veldig stolt. Vi har dessverre møtt på mange personlige utfordringer parallelt med oppgaveskrivingen, dette har tidvis gjort samarbeidet vanskeligere. Utfordringene har dog rammet oss begge på forskjellige tidspunkter, så der den ene har vært litt mer fraværende har den andre jobbet mer, og omvendt. Vi føler derfor at oppgaven er godt fordelt og ingen av oss sitter igjen med noen tanke om at fordelingen har vært skeiv. Vi er glade for at vi fikk gjennomføre dette sammen, og har lært utrolig mye. Som nevnt så føler vi begge en eierskap og stolthet over oppgaven og håper dere som leser vil finne den interessant.

Anna Omenås & Karoline Endresen

Vedlegg 4: Meldeskjema



Meldeskjema

Referansenummer

118427

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

Beskriv bakgrunnsopplysningene

Kommune, stilling, alder, kjønn.

Prosjektinformasjon

Tittel

Helseplattformen - Helseledere og helsearbeideres opplevelser med innføring av et nytt journalsystem

Sammendrag

En kvalitativ studie hvor problemstillingen vil bli besvart ved hjelp av dybde intervjuer og dokumenter. Fokuset vil være å finne erfaringer og opplevelser helseledere og helsearbeidere har gjort seg gjennom Helseplattformens implementerings prosess i Ålesund kommune.

Hva er formålet med behandlingen av personopplysninger?

Det er relevant å vite hvilken stilling, tid i stilling og alder den enkelte deltaker har for å se nærmere på om dette har en sammenheng i hvordan de opplever en endring.

Prosjektbeskrivelse

[PROSJEKTPLAN_HL.docx](#)

Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

Type prosjekt

Master

Kontaktinformasjon, student

Anna Omenås, abomenaa@stud.ntnu.no, tlf: 45282976

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for helsevitenskap i Ålesund

Prosjektansvarlig

Ralf Kirchhoff, rk@ntnu.no, tlf: 93037991

Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Helseledere i Ålesund kommune

Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

En kontaktperson i kommunen vil sende ut informasjonsskriv som gir helseledere mulighet til å melde seg direkte til studiens forfattere.

Aldersgruppe

25 - 65

Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 1

- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?

Personlig intervju

Vedlegg

[INTERVJUGUIDE ledere.pdf](#)

Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

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

Informasjon til utvalg 1

Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

[Informasjonsskriv 3.docx](#)

Utvalg 2

Beskriv utvalget

Helsearbeidere, sykepleiere, leger som benytter seg av helseplattformen i arbeidshverdagen.

Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

Alle får utdelt informasjonsskriv fra kontaktperson i Ålesund kommune, de som er interessert melder seg direkte til forfatterne av studien.

Aldersgruppe

19 - 70

Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 2

- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 2?

Personlig intervju

Vedlegg

[INTERVJUGUIDE spl,hfb,lege.pdf](#)

Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

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

Informasjon til utvalg 2

Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

Informasjonsskriv

Tredjepersoner

Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?

Nei

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Manuelt (papir)

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykket kan trekkes muntlig ved å kontakte forfatterne av studien.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet personopplysninger om seg selv?

Kontakte forfatterne av studien

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?

Ikke utfyllt

Sikkerhetstiltak

Vil personopplysningene lagres atskilt fra øvrige data?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Fortløpende anonymisering

Hvor blir personopplysningene behandlet?

- Mobile enheter

Hvem har tilgang til personopplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

Overføres personopplysninger til et tredjeland?

Nei

Avslutning

Prosjektperiode

14.12.2022 - 21.12.2023

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data slettes (sletter rådataene)

Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publikasjon?

Nei

Tilleggsopplysninger

