

Holdningsforskjeller til organisasjonsendring

Holdninger til innføringen av elektronisk pasientjournal på sykehus blant leger og ledere



Prosjektoppgave i Offentlig administrasjon og ledelse
v/ Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Antall ord: 6987

Kandidatnummer: 310 og 315

Universitetet i Oslo, Våren 2017

Sammendrag

Oppgaven tar sikte på å studere hvorvidt holdninger til innføringen av elektronisk pasientjournal varierer mellom leger og ledere med medisinsk bakgrunn. Tidligere forskning antyder at det vil være store forskjeller mellom leger og ledere, der leger vil ha et negativt syn og ledere et positivt syn på endringer. Metoden som ble anvendt var kvalitative intervjuer av to leger og to klinikkledere fra et sykehus. Den empiriske analysen som ble utført i denne oppgaven viser at det finnes noen holdningsforskjeller. Funnene strider imidlertid mot tidligere forskning, da forskjellene i større grad er mellom de to klinikkene snarere enn leger og ledere.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
2. Fakta og bakgrunn	5
2.1 Elektronisk pasientjournal (EPJ)	5
2.2 Riksrevisjonsundersøkelsen	5
3. Teori	6
3.1 Organisasjonsendringer	6
3.2 Profesjonelle byråkratier	7
3.3 Forholdet mellom ledere og leger	8
3.4 Tidligere forskning	9
Subkulturer på sykehus	9
Adopsjon av ledelsesverdier	9
4. Data og metode	11
4.1 Forskningsopplegg	11
4.2 Validitet	13
4.3 Reliabilitet	13
5. Empirisk analyse	14
5.1 Lederutdanning og -erfaring	14
5.2 Forventninger til EPJ	14
5.3 utfordringer	15
Tekniske problemer	15
Ulike EPJ-systemer	15
Brukervennlighet	15
5.4 Suksesskriterier	16
Teknisk	16
Opplæring	17

5.5 Holdninger blant leger og ledere	17
5.6 Oppfatning av resultatene av EPJ	19
6. Diskusjon	20
6.1 Ingen systematiske forskjeller mellom leger og ledere	20
6.2 Tydelige forskjeller mellom klinikkene	22
7. Konklusjon	23
8. Referanser	24
8.1 Bøker	24
8.2 Internettartikler	24
Vedlegg	26
Intervjuguide: Ledere	26
Intervjuguide: Leger	27

1. Innledning

Stortinget har de siste årene hatt et økt fokus på at helsetjenesten skal ta i bruk teknologi i større grad, da dette bidrar til å skape enklere og mer effektive løsninger som minimerer både tid og kostnader. Helsesektoren har derfor gjennomgått en omfattende digitaliseringsprosess hvor innføringen av elektronisk pasientjournal (heretter EPJ) ble fremhevet som et av tiltakene med størst gevinstpotensial av alle de teknologiske satsingene innenfor i helse- og sosialsektoren i Norge (Riksrevisjonen, s. 7). Det har siden innføringen av EPJ i 2005 blitt gjennomført undersøkelser som viser ulike oppfatninger blant ledere og leger hva angår EPJs gevinstutbytte.

På sykehus ligger mye av makten hos legene ettersom de besitter den kompetansen som kreves for å ta de nødvendige beslutningene knyttet til helsehjelp. Samtidig har lederne et overordnet ansvar for å ta beslutninger vedrørende økonomi og organisering. Ulike interesser mellom legene og lederne kan føre til splittelser mellom disse gruppene når det kommer til implementering av endringer. Sykehusledelsen, spesielt klinikklederne, er ofte utdannet som leger i utgangspunktet. Det er derfor nærliggende å tro at de vil ha en liknende oppfatning av endringer som legene, men dette er ikke nødvendigvis tilfellet. Det er nemlig ikke uvanlig at lederne tar videreutdanning i forbindelse med lederrollen. Med dypere forståelse for organisasjonstenkning og ledererfaring kan man anta at de tilegner seg andre perspektiver og vektlegger andre verdier enn legene, som påvirker deres oppfatning av endringsprosesser. Spørsmålet er derfor om adopsjonen av ledelsesverdier vil undergrave de medisinske verdiene, og om dette resulterer i ulike holdninger.

For å studere dette skal vi se nærmere på hvordan klinikkledere og leger vurderer effekten av innføringen av EPJ. Problemstillingen vi ønsker å finne svar på i denne prosjektoppgaven blir derfor: "I hvilken grad er det variasjoner i holdninger til innføringen av elektronisk pasientjournal blant ledere og leger, og hva kan eventuelt forklare denne forskjellen?"

2. Fakta og bakgrunn

2.1 Elektronisk pasientjournal (EPJ)

Elektronisk pasientjournal er en digital samling av registrerte opplysninger om en pasient som brukes i forbindelse med helsehjelp (ehelse.no, 2017). Før innføringen av EPJ var disse opplysningene i papirformat, noe som kunne skape utfordringer på flere områder og vanskeliggjorde samarbeid mellom ulike helseforetak. Det å erstatte papirjournalen med EPJ var derfor et konkret tiltak som Stortinget fremmet på veien mot bedre samhandling (Riksrevisjonen, s. 7).

Pasientjournalen skal inneholde alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, og alle andre forhold av betydning. Dette inkluderer bakgrunnen for helsehjelp, tidligere sykdomshistorie, pågående behandling herunder foreløpig diagnose, observasjoner, undersøkelser og behandling (Helsedirektoratet, 2015). Pasientjournalen skal tas i bruk av all helsepersonell som yter helsehjelp, og brukes videre som en kommunikasjonsplattform mellom helsepersonell og andre aktører i helsevesenet. I dette ligger det både utveksling av informasjon mellom helsepersonell som er involvert i det daglige arbeidet med en pasient og pålagt meldingsutveksling fra helsevesenet til NAV og andre helseregistre (Helsedirektoratet, 2015). IT-systemer som brukes av helsepersonell til å registrere, søke frem, presentere og kommunisere opplysninger kalles EPJ-systemer (ehelse.no, 2017).

2.2 Riksrevisjonsundersøkelsen

Riksrevisjonen gjennomførte i perioden 2007-2008 en undersøkelse om bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (heretter IKT) i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten. Målet var å undersøke hvorvidt bruken av IKT fungerte som et virkemiddel for bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse i helsetjenesten (Riksrevisjonen, 2007-2008). Undersøkelsen er relevant for denne oppgaven ettersom den kartla holdninger ved innføringen av EPJ, og gir dermed et godt grunnlag for videre undersøkelse av dette teamet.

I undersøkelsen trekker legene frem at EPJ har sørget for lettere tilgjengelighet til pasientinformasjon, men at dette kan forbedres ytterligere gjennom bedre strukturering av

journalene. Undersøkelsen viser videre at EPJ bare i begrenset grad har bidratt til bedre samhandling, og har vist seg å ha størst nytteverdi i informasjonsflyt i egen institusjon. Det avdekkes imidlertid store forskjeller i oppfatninger mellom leger og ledere på dette området. Legene mener i liten grad at EPJ har ført til bedre samhandling både internt og eksternt, mens ledelsen i større grad er enig i at EPJ har bedret samhandlingen.

Forbedring av ressursutnyttelsen som følge av EPJ viser seg å være begrenset. Det fremkommer at et fåtall leger og ledere mener at EPJ har bidratt til bedre ressursutnyttelse, dog varierer dette fra helseforetak til helseforetak. Undersøkelsen viser at selv om de fleste helseforetakene hadde innført EPJ innen utgangen av 2005, ble papirjournalen likevel brukt som et supplement til EPJ (Riksrevisjonen, 2007-2008). En grunn til at utnyttelsen av EPJ-systemet er begrenset er at mange leger fortsatt tar i bruk manuelle rutiner, der EPJ kan brukes. Det oppgis for eksempel at mer enn hver tredje lege ikke tar i bruk EPJ til å skrive resepter.

Undersøkelsen viser videre at det varierer mellom foretakene hvorvidt EPJ-innføringen var godt forankret i ledelsen. Dette er avgjørende for en vellykket innføring av systemet, særlig med tanke på ressursfordeling, planlegging og oppfølging. Det er også nødvendig at endringsprosessen er forankret i ledelsen for å skape oppslutning blant ansatte gjennom motivasjon, opplæring og informasjon. Dersom dette ikke er på plass kan det føre til at utnyttelsen av EPJ-systemene ikke er optimal.

3. Teori

3.1 Organisasjonsendringer

Endring kan defineres som en "empirisk observasjon av forskjeller i form, kvalitet eller tilstand over tid i en organisasjon" (Jacobsen, 2012, s. 23). En organisasjon har altså endret seg når den viser ulike trekk på to ulike tidspunkt. Endringer kan være alt fra omfattende og radikale til små og inkrementelle. Organisasjonsendringer er en prosess hvor en organisasjon bevisst går fra en stabil og trygg situasjon til en ustabil og ukjent situasjon (Jacobsen, 2013, s. 411).

Ifølge Jacobsen (2013, s. 391) er motstand mot endring rasjonelt og et uttrykk for å forsvare noe kjent og riktig. Mennesker gjennomgår ofte noen typiske reaksjonsfaser i endringsprosesser som blant annet inkluderer sjokk og benektning, før man går over til

motvillig aksept og tilpasning til endringen (Jacobsen, 2013, s. 392). I mange organisasjoner kan beslutninger om å investere i ny teknologi risikere å bli utsatt, nettopp fordi det kan oppleves som skummelt, det er kostbart og vil føre til en stor omstillingsprosess (Jacobsen, 2012, s.94).

I mange tilfeller drives en endring frem av en sammensetning av ytre og indre drivkrefter. Det kan for eksempel være at det foreligger et endringsbehov innad i organisasjonen som ikke blir identifisert før en ytre drivkraft, som teknologi, belyser det (Jacobsen, 2012, s. 54). Teknologiske endringer kan innebære et brudd med tidligere måter å produsere tjenester på. I slike tilfeller blir endringen betraktet som radikal. Teknologiske endringer kan også være mindre dramatiske hvis teknologien som implementeres kun forbedrer eksisterende arbeidsprosesser (Jacobsen, 2012, s. 81).

3.2 Profesjonelle byråkratier

Alle organisasjoner håndterer endringer på ulike måter. Noen er svært tilbøyelige for endringer og klarer å implementere nye tiltak raskt og på en god måte, mens andre opplever endringer som uhåndterbare. Det er mange faktorer som kan påvirke endringsvilligheten i en organisasjon, slik som strukturen, beslutningsarenaene og kulturen. For å forstå hvorfor organisasjoner har ulik oppfatning og tilnærming til endringer er det derfor viktig å ta disse faktorene med i betraktningen. Henry Mintzberg (referert i Jacobsen, 2012, s. 70) har utviklet en oversikt over ulike organisasjonstyper basert på strukturelle dimensjoner. En av disse er det profesjonelle byråkratiet som blant annet kjennetegnes av lavt hierarki, fagspesialisering og mange ansatte med profesjonsutdanning (Strand, 2007, s. 269-270). Et klassisk eksempel på et profesjonelt byråkrati er sykehus. Utgangspunktet for denne oppgaven er å undersøke de interne forholdene på sykehus, og det profesjonelle byråkratiet vil derfor bli belyst ytterligere for å få et bedre innblikk i hvordan et sykehus fungerer.

Profesjonelle byråkratier er arenaer for fagspesialisering som for eksempel medisin eller jus og arbeider ofte med å løse komplekse oppgaver for eksterne parter (Strand, 2007, s. 270). Mye av arbeidet som gjøres i slike organisasjoner krever spesiell kompetanse, noe som fører til at mye av beslutningsmyndigheten blir desentralisert til de som utfører selve arbeidet. Dette resulterer i at beslutningsmyndigheten til toppledelsen begrenses (Jacobsen, 2012, s. 71). I et profesjonelt byråkrati som et sykehus ligger altså mye av den uformelle makten og i

noen grad den formelle makten, i den operative kjernen (Jacobsen, 2012, s. 107).

Et annet kjennetegn er at de ansatte ofte har stor autonomi i utøvelsen av yrket sitt og trenger derfor lite instruksjoner og veiledning fra ledelsen, men er likevel tilbøyelig til å benytte seg av vurderinger og innspill fra kollegaer. Tradisjonelle ledelsesoppgaver som opplæring, arbeidsfordeling og instruering er verken ønsket eller nødvendig. Lederne har isteden ansvar for andre oppgaver som ligger utenfor utøvelsen av profesjonsfagene, som budsjett, målstyring og internkontroller (Strand, 2007, s. 272).

3.3 Forholdet mellom ledere og leger

Karakteristisk for sykehus er forholdet mellom leger og ledere. For leger vil det profesjonelle aspektet med klinisk arbeid og pasienter naturlig nok alltid komme i første rekke. Lederne har derfor oppgaven med å ivareta andre forhold, som økonomi, struktur og teknologiske løsninger. De ulike gruppene på sykehus har dermed ulike oppgaver og kompetanse, noe som kan føre til interessenmotsetninger og tillitsproblemer mellom leger og ledere (Strand, 2007, s. 197).

Profesjonelle byråkratier er ofte store og gamle med en godt etablert struktur og kultur (Jacobsen, 2012, s. 71). Disse organisasjonene har derfor vanskeligheter med omfattende endringer, men kan være i stand til å endres gradvis over tid. Det er generelt motstand blant leger når det kommer til endringer i strukturen eller prosesser de er vant til (Strand, 2007, s. 197). Lederne har et gitt handlingsrom og styrer innenfor faste rammer. Deres styringsmulighet kan bli begrenset fordi det er vanskelig å skape oppslutning rundt regler og systemer gitt av eksterne aktører, eksempelvis EPJ (Strand, 2007, s. 270). Det kan derfor være utfordrende for lederne å forsøke og innføre nye rutiner eller standardiseringer i sykehusene, selv om slike endringer potensielt kan føre til positive konsekvenser som mer tid og penger (Strand, 2007, 198). På grunn av dette forholdet mellom leger og ledere er mulighetene for at ledelsen skal kunne gjennomføre en endring sterkt avhengig av støtte fra den operative kjernen (Jacobsen, 2012, s. 108).

Et annet interessant aspekt er at mange av lederne, spesielt klinikklederne, er utdannet leger. Forholdet mellom leger og ledere er dermed noe paradoksalt, da disse gruppene på mange måter er like med tanke på bakgrunn og utdanning. Spørsmålet er da hvorfor det oppstår motstridende oppfatninger og holdninger mellom to grupper som i utgangspunktet er

like? Et svar på dette er ifølge Strand (2007, s. 275) at med lederrollen kommer nye krav, og de må til en viss grad gi slipp på den tette tilknytningen til faget og pasientene. Lederrollen vil istedenfor innebære møter med andre ansatte, ansvar for ressurser og andre arbeidsoppgaver (Strand, 2007, s. 275). Et nødvendig spørsmål å reise i forbindelse med dette er hvorvidt de nye verdiene vil svekke de medisinske verdiene lederne opprinnelig har og om dette påvirker deres holdninger til endringer.

3.4 Tidligere forskning

Subkulturer på sykehus

Pieter Degeling, John Kennedy og Michael Hill (2001) viser i sin artikkel “Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management - the central challenge in hospital reform” hvordan subkulturer blant ulike profesjoner på et sykehus oppstår og i hvor stor grad det er forskjeller mellom de. Undersøkelsen de gjennomførte klassifiserte fem subkulturer; sykepleiere, ledere for sykepleiere, linjeledere, leger og kliniske ledere. Hovedfunnene som er relevant for denne oppgaven omhandler forskjellen mellom leger og kliniske ledere. Undersøkelsen viste at legene verdsetter individualisme i arbeidet og avviser derfor implementering av systemer som vil føre til en rasjonalisering og standardisering av arbeidsoppgaver og relasjoner til andre (Degeling et al., 2001, s. 43). På den andre siden fokuserer de kliniske lederne mer på økonomiske forhold når det gjelder det kliniske aspektet ved omsorg og ressursfordeling (Degeling et al., 2001, s. 44). Bortsett fra dette viser det seg at de kliniske lederne er nokså like legene. Forskjellene som foreligger mellom gruppene er med andre ord begrenset til holdninger til faktorer som vil rasjonalisere arbeid.

Adopsjon av ledelsesverdier

I Pål Erling Martinussen og Jon Magnussen (2011) sin artikkel “Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine” utføres en undersøkelse som i stor grad er basert på hovedfunnene til Degeling et al. (2001) om at det forekommer forskjeller mellom kliniske ledere og leger. Martinussen og Magnussen (2011) undersøkte den norske Helseforetaksreformen fra 2002, hvor eierskapet av de offentlige sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten (Braut, 2014). Undersøkelsen gikk ut på å kartlegge vurderinger av reformen, og om disse varierte mellom leger med lederansvar

og leger på klinisk nivå. Reformen kan klassifiseres som en *New Public Management* (heretter NPM) reform, hvor økt fokus på ledelsesprinsipper som målstyring og effektivisering blir satt på dagsordenen. Det lå to antakelser til grunn for undersøkelsen. Første antakelse var at klinikkledere ville ha et mer positivt syn på reformen, sammenlignet med legene. Den andre antakelsen baserer seg på at leger som jobber tett på pasienter vil assosieres med et negativt syn på reformen. I tillegg forventet de at leger ville betrakte reformen mer positiv dersom det var en høyere andel klinikkledere med medisinsk bakgrunn (Martinussen & Magnussen 2011, s. 196).

Bekymringene som oppstår når det kommer til endringer innenfor helsetjenester er om adopsjonen av ledelsesverdier vil undergrave de medisinske verdiene. Ledelsesverdier representerer økt fokus på det økonomiske aspektet ved driften av et sykehus, hvor effektivitet og rasjonalisering vektlegges. Medisinske verdier representerer, på den andre siden, fokus på pasientbehandling, hvor autonomi i arbeidet og pasientens beste vektlegges sterkt. Leger antas å yte motstand mot endringer, da de ønsker å beskytte autonomien de har på arbeidsplassen mot rasjonalisering og standardisering. Reformen og endringer er motivert av behovet for å bedre effektivitet og kvalitet på et gitt problemområde, men legene og lederne har altså ulike syn på hva som vil bedre dette.

Martinussen og Magnussen (2011, s. 195) viser videre at introduksjon av ledelsesverdier som følge av en NPM-reform kan føre til to ulike utfall. Kurunmäki (referert i Martinussen & Magnussen, 2011, s. 195) hevder at ett utfall vil være at profesjonen hybridiseres. Med dette menes det at ledelsesverdier vil tilpasses inn i det medisinske arbeidet og med tiden overta for de gjeldende medisinske verdiene. Hybridisering representerer ifølge Jacobs (2005, s. 135) en dyp og fundamental endring av profesjonene. Han mener at for at en profesjon skal regnes som hybridisert må det gjenspeiles i grunnutdanningen og sosiale prosesser, altså at regnskapsføring må inngå som en naturlig del av legeutdanningen.

Det andre utfallet vil være at profesjonen polariseres. Dette innebærer, til forskjell fra at økonomiske ferdigheter blir adoptert av all medisinsk personell, at det dannes ulike undergrupper som tar seg av finansielle og administrative oppgaver og at profesjonen blir mindre enhetlig (Jacobs, 2005, s. 135). De grunnleggende verdiene og praktiseringen av profesjonen forblir dermed uendret. For at legene skal tilegne seg de nødvendige ferdighetene som lederrollen krever, tar de derfor heller etterutdanning i økonomi eller administrasjon (Berg, 2015, s. 222). Klinikere oppfatter ofte ledelsesverdier som en trussel mot autonomien

og de medisinske verdiene. De vil derfor kunne motsette seg implementeringen av økonomiske tiltak fordi de er redde det kan gå på bekostningen av kvaliteten på pasientbehandlingen, da det er en naturlig konflikt mellom økonomisk og medisinsk kultur (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 195).

Funnene Martinussen og Magnussen (2011) kom frem til var at respondenter med lederansvar var signifikant mer positive enn andre, og at de som jobbet tett på pasientene hadde et mer negativt syn på reformen. Undersøkelsen ga også støtte for at klinikkledere var mer enig i at reformen hadde ført til høyere produktivitet, mens respondenter som jobbet tett med pasienter var mer uenig i denne påstanden. Denne forskjellen begrunnes med at lederne har mer ansvar og kompetanse, som fører til bredere forståelse for organisasjonens overordnede mål og verdier, med fokus på det finansielle. De vil derfor være mer positive til reformer som omfatter slike verdier. Funnene gir videre støtte for at det har skjedd en polarisering i adopsjonen av ledelsesverdier. Fremfor at ledelsesverdiene har blitt integrert i det medisinske yrket, har enkelte leger adoptert ledelsesverdiene mens andre har avstått fra de. Det ble videre bekreftet at en høyere andel ledere med medisinsk bakgrunn førte til at legene fikk et mer positivt syn på reformen, noe som gjorde de mer mottakelige til den (Martinussen & Magnussen, 2011, s. 199).

Med bakgrunn i denne teoretiske innføringen i organisasjonsendringer og spesielle forhold ved sykehus og dets ansatte, vil problemstillingen kunne utdypes ytterligere: Kan adopsjonen av ledelsesverdier hos kliniske ledere forklare eventuelle variasjoner i leger og lederes holdninger til EPJ?

4. Data og metode

4.1 Forskningsopplegg

Forskningsopplegg kan deles inn i to kategorier, kvantitativ og kvalitativ. Ved kvalitativ metode ønsker man å fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfeste, som den kvantitative gjør (Malt, 2015). Forskningsopplegget i denne oppgaven er av kvalitativ karakter, da vi har gjennomført dybdeintervjuer med fire informanter. Informantene jobber alle på samme sykehus og består av to kvinnelige klinikkledere, og en mannlig og en kvinnelig lege fra de to klinikkene. Informantene i denne oppgaven er anonyme, og klinikklederne omtales derfor som K1 og K2 og legene omtales som L1 og L2. Begge

klinikklederne har erfaring med bruk av EPJ, men bruker det imidlertid i liten grad i jobben som leder ettersom EPJ først og fremst anvendes i forbindelse med pasientbehandling. Legene har gjennom sin karriere i all hovedsak brukt EPJ, og har bare i begrenset grad benyttet papirjournal, men har litt erfaring med det. Informantene K1 og L1 tilhører klinikk 1, mens K2 og L2 tilhører klinikken 2. Klinik 2 er betydelig større enn klinikk 1.

Klinikklederne ble valgt ut systematisk på bakgrunn av at de hadde jobbet som leger i mange år og tatt lederutdanning da de begynte som klinikkledere. Med utgangspunkt i Magnussen og Martinussen (2011) sin artikkel, hvor de fant ut at leger med ledelsesansvar fikk et annet verdisyn, ønsket vi å undersøke om lederutdanning ville ha en forsterket effekt når det kommer til holdningene blant ledere. Utvalget av legene ble gjort ved bruk av "snowballing" (Heckathorn, 2011), ved at klinikklederne anbefalte leger i hver sin klinikk som kunne stille opp som informanter.

Intervjuet var av semistrukturert karakter og tok utgangspunkt i en intervjuguide som forelå på forhånd, denne er vedlagt i oppgaven. Fordelen med et semistrukturert intervju er fleksibiliteten man har til å forme og stille ytterligere spørsmål underveis for å få frem informantens subjektive meninger og holdninger om det man ønsker å få svar på. Ulempen er derimot at intervjuene kan bli uformelle og man risikerer at intervjueren er for lite konsekvente i spørsmålsstillingen og informantene snakker løst om andre ting enn det aktuelle temaet (Wilson, 2014).

Noen av spørsmålene i intervjuguiden var basert på spørsmål som ble brukt i Riksrevisjonsundersøkelsen, mens andre tok utgangspunkt i teoriene til Martinussen og Magnussen (2011) og Degeling et al. (2001). Intervjuene var todelte, hvor første del var generell og inneholdt spørsmål om informantens bakgrunn og arbeidsoppgaver, mens andre del var mer spesifikk og omhandlet deres synspunkter og holdninger til EPJ. Den spesifikke delen inkluderte også en spørreundersøkelse hvor informantene fikk oppgitt flere arbeidsområder og ble bedt om å angi i hvor stor grad EPJ hadde forbedret disse områdene. Dette ble gjort for å sikre konkrete svar som var enkle å sammenligne. Det ble stilt ytterligere spørsmål underveis i intervjuene dersom det var nødvendig og naturlig.

4.2 Validitet

Hvor valid et forskningsopplegg er beskriver hvor gyldig den er for å svare på problemstillingen og dette avhenger av i hvor stor grad undersøkelsen måler det problemstillingen faktisk legger opp til å måle. Validitet kan deles inn i ytre og indre validitet for å skille mellom ulike typer av generalisering. Begrepet indre validitet brukes for å vurdere om resultatene har sammenheng med problemstillingen. Med ytre validitet menes det at resultatene kan generaliseres og ha betydning utenfor oppgavens egentlige formål (Dahlum, 2015).

Det er noen svakheter ved undersøkelsen som kan svekke den indre validiteten. Først og fremst kan det ikke med sikkerhet sies at informantene svarte oppriktig på spørsmålene. Det kan tenkes at lederne ønsket å gi et best mulig inntrykk av sin klinikk, og ettersom de anbefalte legene selv kan vi verken bekrefte eller avkrefte at lederne har lagt noen føringer på hva legene skulle si. Tatt i betraktning at intervjuet var semistrukturert ble informantene i noen grad stilt ulike spørsmål og dette kan gjøre det vanskeligere å trekke generaliserende slutninger (Wilson, 2014). Oppgaven vil også kunne tenkes ha svakheter knyttet til ytre validitet da det kun er fire informanter i undersøkelsen, hvorav alle er fra samme sykehus. Resultatene er derfor ikke generaliserbare for leger og klinikkledere på alle sykehus i Norge.

4.3 Reliabilitet

Hvor reliabel en undersøkelse er avhenger av hvor pålitelig den er. Hvis oppgaven har lav reliabilitet vil resultatene variere med andre undersøkelser under like betingelser, mens høy reliabilitet vil bety at undersøkelsene får samme resultat. Ettersom det alltid vil være mulighet for variasjoner i undersøkelser, er det i denne sammenhengen avgjørende hvorvidt disse variasjonene er systematiske eller tilfeldige (Tønnessen, 2016).

Undersøkelsen er til en viss grad reliabel ettersom dataene ble tolket objektivt. Det er likevel kun effekten av ledelsesutdanning og adopsjonen av ledelsesverdier som undersøkes som mulige kilder til holdningsforskjeller. I virkeligheten vil det trolig være ytterligere faktorer som er av betydning, slik som alder, utdanning, erfaring og personlige egenskaper. Disse faktorene vil derfor kunne føre til at resultatene blir forskjellig fra undersøkelse til undersøkelse.

5. Empirisk analyse

5.1 Lederutdanning og -erfaring

Begge klinikklederne har tatt en erfaringsbasert mastergrad i Helseadministrasjon. Begrunnelsen for dette var ifølge K1 at hun var interessert i ledelse og ville lære mer om det, mens K2 følte hun trengte å lære mer om ledelse, da hun så på det som et nytt fagområde. Informantene understreket at utdanningen påvirket dem i en viss grad, men at erfaring også har bidratt til å forme dem som ledere. På spørsmål om de tror utdanning og ledelseserfaringen deres har påvirket synet på organisasjonstenking, svarte K2 at:

Jeg har en helt annen måte å se på hvordan man jobber med ting og et annet perspektiv. Det er jo veldig forskjellig [fra å være lege] fordi som lege er du jo veldig konsentrert om den ene pasienten eller pasientgruppen, mens som leder er du nødt til å se helhet og systemperspektiv på en helt annen måte.

K1 trakk i likhet med K2 frem at forskjellen mellom å være lege og klinikkleder er fokuset man må ha på henholdsvis pasienten og organisasjonen som helhet. K1 vektla også at det økonomiske ansvaret som følger med lederjobben avgjør hva hennes fokus og prioriteringer er. "Det kan av og til være vanskelig å skape forståelse for at vi må prioritere, vi har ikke mulighet eller penger til å ansette en lege til, kanskje vi må ha en sykepleier i stedet" (K1).

5.2 Forventninger til EPJ

Alle informantene svarte at de hadde høye forventninger til EPJ og regnet med at systemet ville føre til raskere og enklere prosesser i forbindelse med journalføring. Legene påpekte også at tategjenkjenning kunne være et nyttig verktøy, og så frem til å kunne benytte seg av dette. K2 svarte at: "Jeg hadde forventninger om at det skulle bli et lettere, bedre verktøy i forhold til journaldokumentasjon på papir (...), at en del arbeidsprosesser skulle gå lettere og at det skulle bli mindre feil".

Flere la også vekt på at mange leger synes papirjournal var et tungvint system, og at

de derfor så frem til lettere tilgang på informasjon. “Hvis en pasient ringte, måtte vi ringe arkivet og be dem om å slå opp journalen. Vi kunne aldri svare på et spørsmål direkte, vi måtte alltid ringe tilbake. Det kunne ta flere dager før vi hadde opplysningene” (K1).

5.3 utfordringer

Tekniske problemer

Informantene var enige om at det oppstod en rekke utfordringer i forbindelse med innføringen av EPJ. En utfordring som går igjen i svarene er tekniske problemer knyttet til systemet. Alle nevner at pålogging på journalsystemet kan ta lang tid, og at dette kan bli spesielt tidkrevende ettersom man må logge av og på systemet ganske ofte på grunn av hensyn til pasientsikkerhet. “Det største innføringsproblemet var tekniske problemer, pålogging og så videre. Det overtok litt gleden av å begynne med det, folk var litt irriterte” (K1).

L2, som er relativt nyutdannet, støtter opp om dette. Han forklarer at han selv har opplevd det som vanskelig å få tilgang til systemet og pålogging, og oppfatter også at nye kollegaer erfarer det samme. Han understreker at dette ikke er feil ved systemet, men at ansvaret ligger på lederne fordi de ikke har klargjort tilgangene til nyansatte. I tillegg nevner han at systemet kan være svært ustabil: “Det er jo ikke sjelden at det krasjer mens man sitter og skriver en journal, så alt man har skrevet plutselig er borte. Da lærer man seg å mellomlagre relativt ofte.”

Ulike EPJ-systemer

Et annet element som fører til en rekke utfordringer ifølge informantene, er at ulike foretak bruker ulike EPJ-systemer, og at ulike systemer innad på sykehusene heller ikke samarbeider optimalt. L1 forklarer at: “Man må ha pasienter på flere systemer, og det er unødvendig. Det blir dobbeltføring og vi må føre samme parameter flere steder”. Alle informantene er enige om at dette blir forbedret innad på sykehuset, men at det varierer fra avdeling til avdeling på hvor langt de har kommet i utarbeidelsen av like systemer.

Brukervennlighet

Både klinikklederne og legene nevner brukervennlighet som en tredje utfordring. EPJ er bygget opp som en tradisjonell papirjournal, noe som skaper et komplisert og uoversiktlig

oppsett som det kan ta tid å finne frem i. Flere nevner også at systemet ikke følger dagens digitale standard og ikke kan sammenliknes med andre teknologiske løsninger vi har på PC-er og mobiler i dag. Som K1 påpeker: “[EPJ] er ikke som iphonen som har apper, det er ikke logisk inndelt. Så man bruker kanskje litt ekstra tid på å bla i den. Systemet er ikke tilpasset digital hverdag i 2017”.

Informantene peker på at EPJ, spesielt systemet med talegjenkjenning, kan føre til en del feil. Før ble båndene sendt til legesekretærer som rettet opp i eventuelle feil, men med EPJ er det legene selv som skal ha ansvaret for journalføring og riktig dokumentasjon. At legene nå skal være sine egne sekretærer fører til både frustrasjon og en del feil. K2 trekker frem at:

EPJ er ikke et intuitivt enkelt system å bruke da det er mange muligheter for feil. Så det er en del spesielle pasient-administrative oppgaver som ikke blir gjort godt nok. Det gjør at vi har fått masse åpne henvisninger. Noen ganger er det usikkert om en pasient fortsatt er på sykehuset eller om han er utskrevet.

Informantene understreker at flere av disse utfordringene ikke lenger er like fremtredende. Legene har etter hvert lært seg å kjenne systemet bedre, samtidig som at systemet har blitt forbedret siden innføringen. De setter likevel fokus på at systemet fortsatt kan bli bedre på mange områder. Slike endringer er imidlertid en tidkrevende prosess. “Når du ser at det er feil i systemet er det en lang vei å gå for å endre ting. Det er forferdelig frustrerende” (L1).

5.4 Suksesskriterier

Teknisk

Når informantene skulle svare på hvilke suksesskriterier de anså som viktig, tok mange utgangspunkt i egne erfaringer og baserte svarene på hva de mente burde blitt forbedret. Et suksesskriterium som informantene trekker frem er at det tekniske må være på plass. Spesielt at det burde være et enhetlig system som implementeres i alle helseforetakene, slik at det blant annet vil bli enklere å kommunisere og at all pasientinformasjonen er lagret på ett sted.

Opplæring

K2 og L2 trekker frem grundigere opplæring som en viktig faktor, men det varierer hvordan de mener det burde gjøres. K2 påpeker at opplæringen ikke bare burde ta utgangspunkt i antall timer, men at det må fokuseres på at man faktisk lærer noe av det. Hun nevner også at tematisk undervisning underveis kan være veien å gå. “Man burde ha et system for at vanskelige spørsmål blir tatt opp som en tematisk undervisning underveis. (...) Jeg tror det der med mye opplæring over litt tid er et kjempeviktig suksesskriterium” (K2).

L2 mener heller at opplæringen burde gis av de som jobber tett på systemet, og ikke som et kurs.

Jeg fikk opplæring med et halvdags kurs. Der lærte man hvor man måtte trykke for å finne en pasient og en del basic ting som kanskje ikke alle kan, men som kan bli litt vel banalt. (...) Jeg tror opplæring burde komme fra de som bruker det. Det er jo sånn jeg lærer meg ulike snarveier, at man hører fra en kollega.

K1 og L1 synes derimot at opplæringen var tilstrekkelig, og anser dette verken som en utfordring eller et viktig suksesskriterium. Dog nevner K1 at: “(...) det var noen som var 70 år som brukte lang tid på å skjønne et sånt system. For noen var det vanskelig og de lærte egentlig aldri det”.

5.5 Holdninger blant leger og ledere

Det fremkommer av intervjuene at legene og lederne har et godt samarbeid og forhold til hverandre. Intervjuet inneholdt spørsmål om hvorvidt legene oppfattet at lederne var fornøyd med EPJ og vice versa. Noen hadde oppfatning av at alle var fornøyde, mens andre hadde motsatt oppfatning. Lederen på klinikk 1 uttalte at: “Jeg tror legene er sånn 80 % fornøyde. De blir aldri helt fornøyde, det er alltid noe som kan forbedres. Men de er rimelig fornøyde, også har man skjönt at man har ikke noe valg” (K1).

K1 forteller videre at hun er fornøyd med systemet, og tenker at utfordringene er å regne med når man innfører et nytt system. Hun jobber tett med legene og har god oversikt

over klinikken. L1 som er lege i klinikken til K1, delte samme oppfatning og hadde inntrykk av at legene der var grunnleggende positive. L1 nevner imidlertid at det var generell skepsis ved oppstarten, men at den tidligere lederen hadde innstilt avdelingen på at de var nødt til å endre seg. Hun understreker at dette var en viktig årsak til at legene i klinikken hadde en positiv innstilling til EPJ. "Ellers er det viktig at det er forankret i ledelsen og at de fremsnakker endringen. Hvis de ikke gjør det, blir det en negativ holdning til den" (L1).

Videre mener L1 at noen klarer å venne seg fortere til nye ting enn andre og at hun opplever at det er stor forskjell på dette innad på sykehuset.

Jeg var på avdeling [x] da de akkurat hadde innført talegjenkjenning, og der nektet legene å bruke det. De sa de hadde så lange og kompliserte behandlinger at det ble vanskelig for de å rette talegjenkjenningen selv. De ville at sekretæren skulle gjøre det. Det slo meg at det var store kulturelle forskjeller. Vi var lojale overfor ledelsen og samarbeidet. På avdeling [x] er de mer individualister og sier nei dette skal vi ikke gjøre (L1).

Lederen av klinikk 2 og legen som tilhører denne klinikken hadde et motstridende syn på tilfredsheten med systemet. K2 sier selv at hun er nokså negativ til hvordan EPJ i dag fungerer, men begrunner dette med at hun har vært svært sentral i oppryddingen av feil forårsaket av systemet, og sett hvor vanskelig det er å få til. Hun understreker dog at hun var svært positiv til selve endringen, men at hun ikke ville trodd at det fortsatt ville være store problemer etter 10 år. Hun tror også at legene deler samme syn som henne om prosessen:

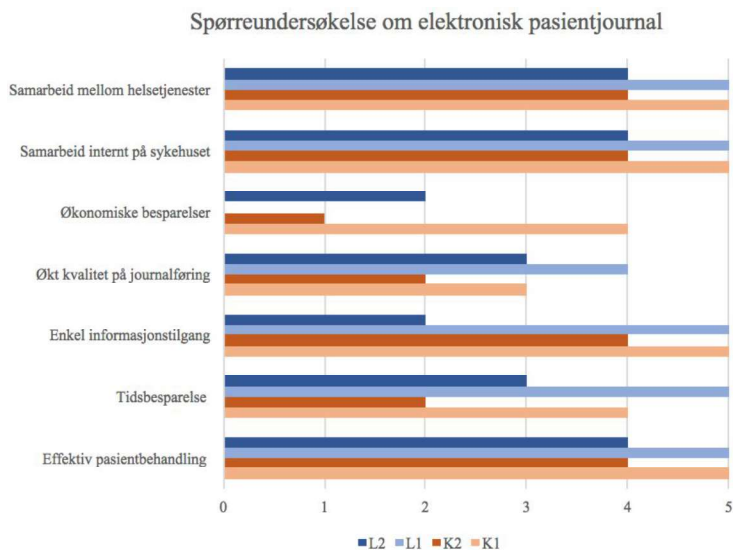
Jeg vet at mange av legene opplever at de heller har fått et merarbeid. Det har jo etter en viss tid oppstått en diskusjon om man har forflyttet arbeidsoppgaver fra dårligere betalt og mindre kvalifisert arbeidskraft over til høyt kompetente og veldig dyre folk, som det er knapphet på, og som må sitte med administrative oppgaver (K2).

L2 deler oppfatningen om at legene i klinikken er misfornøyd med hvordan EPJ systemet fungerer, men understreker at frustrasjonen i hovedsak gjelder tekniske problemer ved systemet og at legene ellers er fornøyd med selve ideen om EPJ. Ifølge L2 deler lederne samme oppfatning og er frustrerte over det som ikke fungerer. L2 avslutter med å si at han tror både legene og lederne er opptatt av å finne best mulig løsninger for pasientbehandling, hvor håndtering av pasientinformasjon og EPJ spiller en sentral rolle.

Vi [legene] vil bruke tiden vår på pasientbehandling for at det skal være mest mulig effektivt og best for pasienten. Vi vil absolutt effektivisere, og hadde talegjennkjenningen fungert, så hadde det vært helt fint. Men, når du leser inn og du må rette annenhver setning er det lite effektivt, så da skjønner jeg at noen syntes det var bedre å lese inn, også skrev en sekretær det inn for hånd dagen etter (L2).

5.6 Oppfatning av resultatene av EPJ

Illustrert i Figur 1 er svarene fra spørreundersøkelsen hvor informantene ble bedt om å angi i hvor stor grad de var enige i at EPJ har hatt påvirkning på spesifikke områder.



Figur 1. Skalaen går fra 1-5, hvor 1 er helt uenig og 5 er helt enig. Der 0 er oppgitt som verdi har ikke informanten besvart spørsmålet.

Det er stor enighet blant informantene om at EPJ har bidratt til effektiv pasientbehandling og samarbeid både internt på sykehuset og mellom helsetjenester. Angående EPJs bidrag til økonomiske besparelser, tidsbesparelser og kvalitet på journalføringen er det derimot sprikende svar. Informantene fra klinikk 1 var generelt mer enig i at EPJ hadde positive virkninger enn informantene fra klinikk 2. Mellom henholdsvis legene og lederne var det derimot ikke nevneverdig samsvar mellom svarene, bortsett fra på de områdene hvor alle informantene var enige. K1 uttaler at: “Det ble betydelig enklere at vi kunne bruke elektronisk journal, det var en kjempestor overgang, det var virkelig en revolusjon egentlig”.

6. Diskusjon

Tidligere forskningen viser at leger verdsetter individualisme i arbeidet og vil derfor avvise implementering av systemer som vil føre til rasjonalisering av arbeidsoppgaver og relasjoner til andre. Samt at kliniske ledere vil ha et positivt syn på endringer fordi de adopterer et finansielt verdsett når de blir ledere. En relevant faktor å påpeke her er at profesjonen på sykehuset vi undersøkte var gjenstand for polarisering. Det er altså kun lederne som har tilegnet seg ledelseskompetanse, og legene har ikke denne formelle kompetansen. Innføringen av EPJ kan klassifiseres som et rasjonaliseringstiltak, da målet bak EPJ blant annet var effektivisering av samhandling mellom helsetjenester og at legene skulle spare tid på dokumentering. Det kan, basert på den tidligere forskningen, antas at legene vil ha et negativt syn og lederne et positivt syn på EPJ. Problemstillingen som undersøkes i denne oppgaven omhandler i hvilken grad det er variasjoner i holdninger til innføringen av EPJ blant ledere og leger, og hva som eventuelt kan forklare denne forskjellen.

6.1 Ingen systematiske forskjeller mellom leger og ledere

Undersøkelsen avdekket ingen systematiske forskjeller mellom legene og lederne sine holdninger, ei heller funn om at legene er mer negative enn lederne, som tidligere forskning antydte. Det er flere årsaker til at resultatene i denne undersøkelsen varierer fra tidligere forskning. Forskningen til Degeling et al. (2001) og Martinussen og Magnussen (2011) tar utgangspunkt i mer omfattende reformer, slik som Helseforetaksreformen, og grunnlaget for

undersøkelsene baseres derfor på forskjellige premisser. Det er grunn til å forvente at en slik omfattende endring, som i større grad påvirker lederne og legenes hverdag, vil skape sterkere motstand og distinkte forskjeller (Aasland, Hagen og Martinussen, 2007). Tatt i betraktning at innføringen av EPJ var et resultat av Helseforetaksreformen, ble mange endringer implementert parallelt med denne. EPJ ble muligens derfor ikke oppfattet som en så drastisk og omfattende endring isolert sett, og genererte dermed heller ikke like tydelige reaksjoner som reformen gjorde.

Jacobsen (2012, s. 82) viser til at teknologiske endringer ofte er radikale. En annen årsak til at denne undersøkelsen varierer er dermed at innføringen av EPJ ble oppfattet som en moderat endring, da prosessen gikk over et tiår og innebar en forbedring av papirjournalen. På bakgrunn av dette er det, i tråd med reaksjonsfasene som Jacobsen (2013, s. 392) presenterer, grunn til å tro at motstanden blant legene har blitt redusert med tiden fordi de har hatt tid til å tilpasse seg endringen. En faktor som kan gi støtte for dette argumentet er at undersøkelser som ble gjennomført for lang tid siden, slik som Riksrevisjonsundersøkelsen, fant flere forskjeller mellom legers og lederes holdninger på noen områder. Vår undersøkelse som nylig ble gjennomført viser derimot mindre forskjeller mellom de to gruppene. I tillegg har EPJ-systemet blitt forbedret og bruken av det har blitt mer utbredt i løpet av denne perioden, noe som også kan føre til mer enighet.

En tredje årsak kan være at legene vi intervjuet i hovedsak har erfaring med EPJ. De ble introdusert til systemet tidlig i karrieren, og opplevde antakeligvis ikke EPJ som en endring. Det er derfor naturlig at de har en mer positiv holdning til systemet ettersom det er dette de har mest erfaring med og at det ikke er ukjent for dem. De forklarer imidlertid at de har observert at det i andre klinikker har vært større motstand, spesielt når det gjelder eldre medarbeidere som har jobbet lenge med papirjournal.

Videre kan en årsak være at lederne selv mente deres ledelsesutdanning ikke hadde påvirket deres holdninger og verdier i så stor grad, men at de hadde lært like mye av erfaring. Det ser derfor ikke ut til at nye ledelsesverdier har overtatt for de medisinske verdiene. Lederne var også involvert i legenes arbeid i tillegg til å ha ansvar for lederoppgaver som budsjettstyring og lignende. K1 forklarte at hun jevnlig er innom klinikken, og K2 hadde arbeidet mye med å forbedre EPJ. Begge var derfor kjent med utfordringene fra deres eget ståsted så vel som fra legenes. I tillegg beskrev både lederne og legene at de hadde et tett og godt samarbeid. Dette gir grunn til å tro at ledernes oppfatning av EPJ var tilsvarende legenes,

og at deres holdninger til endringen derfor ikke var så ulike. Denne beskrivelsen gir altså et ganske annet bilde av situasjonen enn det tidligere teori og forskning gir, hvor det antydes at lederne og legenes arbeidshverdag er nokså adskilt og at de i liten grad har forståelse for hverandres synspunkt.

Det kan også nevnes at legene vi intervjuet generelt viste lite motstand mot endring. Begge legene uttrykte at de hadde et positivt syn på EPJ, og så verdien av å ha journalen elektronisk fremfor på papir. Magnussen og Martinussen (2011, s. 196) konstaterer i deres artikkel at legene vil være mer positive til endring dersom det er en høyere andel klinikkledere med medisinsk bakgrunn. På sykehuset hvor vi foretok intervjuene var begge klinikklederne utdannet leger, noe som kan ha bidratt til legenes positive innstilling til endring. Som L2 sa, så ønsker legene på lik linje med lederne å effektivisere arbeidsprosesser, men de er opptatt av at dette ikke skal gå på bekostning av kvaliteten på pasientbehandlingen. Han mener at årsaken til uenighet mellom ledere og leger først og fremst ikke handler om målene, men hvordan de skal nås.

6.2 Tydelige forskjeller mellom klinikkene

Selv om undersøkelsen ikke viser systematiske forskjeller mellom leger og ledere, avdekkes det likevel ulike holdninger mellom informantene på bakgrunn av hvilken klinikk de tilhører. Ulikhetene vises gjennom større oppslutning om EPJ i klinikk 1 enn i klinikk 2, noe som fremkommer av Figur 1 så vel som gjennom hele intervjuet. Det kan være flere årsaker til dette. Først og fremst kan det argumenteres for at endringen er mer forankret i klinikk 1 enn i klinikk 2. Riksrevisjonsundersøkelsen påpeker at en vellykket endring avhenger av forankring i ledelsen gjennom tilrettelegging, opplæring og oppfølging. K1 er gjennomgående mer positiv til endringen enn K2, og det kom også frem at tidligere klinikkleder ved klinikk 1 var positivt innstilt til endringen. Selv om K2 ikke var ansatt ved sykehuset da EPJ ble innført, er det likevel nærliggende å anta at endringen ikke var godt forankret i klinikk 2. En grunn til dette er fordi K2 i stor grad fikk ansvar for å rydde opp en rekke feil med systemet da hun ble ansatt. K2 og L2 forteller om mangel på opplæring som også kan tyde på at endringen ikke var forankret i ledelsen. L2 nevner videre at det har vært utfordringer i forbindelse med tilgang på systemet, og begrunner dette med at ledelsen ikke har tilrettelagt godt nok for nyansatte. Størrelsesforskjellen mellom klinikkene kan også ha bidratt til at implementeringen

av EPJ i klinikk 2 har vært mer utfordrende enn i klinikk 1. Samlet sett har informantene i klinikk 1 mer positive holdninger og er fornøyd med opplæringen, mens informantene i klinikk 2 gjennomgående har mer negative holdninger og peker på manglende opplæring og tilrettelegging.

7. Konklusjon

I denne oppgaven har vi forsøkt å kartlegge ulike oppfatninger og holdninger om elektronisk pasientjournal gjennom intervjuer av klinikkledere og leger. Spørsmålet som er forsøkt besvart har bakgrunn i tidligere teori og forskning som legger til grunn at det vil forekomme systematiske holdningsforskjeller mellom ledere og leger i synet på en endring. Forskningen tilsa at eventuelle forskjeller ville komme av adopsjonen av ledelsesverdier.

Undersøkelsen viser ingen tydelige funn på at det finansielle verdisetet dominerer ledernes syn, som teorien til Degeling et al. (2001) antydte. Ledelsesutdanning ser heller ikke ut til å ha en forsterkende effekt på dannelsen av holdningsforskjeller i denne studien, da verdiene fra tiden som lege fortsatt er av stor betydning for lederne. Dette regnes som en faktor av sentral betydning for at funnene i denne undersøkelsen ikke viser systematiske forskjeller mellom holdningene til leger og ledere i forbindelse med EPJ. Vi fant likevel forskjeller i holdninger mellom de ansatte ved sykehuset. Disse forskjellene var riktignok ikke basert på ledernes adopsjon av ledelsesverdier, men hvilken klinikk de tilhørte. Undersøkelsen viste at informantene fra klinikk 2 var betydelig mer negative til EPJ enn de fra klinikk 1.

Denne undersøkelsen kan til en viss grad gi et bilde av hvordan endringsprosesser blir oppfattet av leger og ledere på et sykehus. Et spesielt interessant funn var at legene var positive til endringer. Dette var noe overraskende ettersom tidligere forskning tilsier at det vil være motstand til endring blant leger. Det kunne derfor vært interessant å rette videre forskning mot de bakenforliggende årsakene til dette funnet.

8. Referanser

8.1 Bøker

Jacobsen, D. I. (2012). *Organisasjonsendringer og endringsledelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Oslo: Fagbokforlaget.

8.2 Internettartikler

Aasland, O. G., Hagen, T. P., og Martinussen, P. (2007). Sykehuslegenes syn på sykehusreformen. *Medisin og vitenskap*, 17, 2218-2221. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/2007/09/originalartikkel/sykehuslegenes-syn-pa-sykehusreformen>

Berg, L. (2015). *Multifaglig ledelse: Hybridisering i sykehusledelse etter NPM-reformer*. (Doktoravhandling). Universitetet i Bergen.

Braut, G. S. (2014). Sykehusreformen. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/sykehusreformen>

Dahlum, S. (2015). Validitet. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/validitet>

Degeling P., Kennedy J., og Hill M. (2001). Mediating the cultural boundaries between medicine, nursing and management - the central challenge in hospital reform. *Health Services Management Research*, 14, 36-48. doi: [10.1258/0951484011912519](https://doi.org/10.1258/0951484011912519)

Heckathorn, D. D. (2011, 1. August). Snowball versus respondent-driven sampling. doi: [10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x)

- Helsedirektoratet. (2015). *EPJ Standard del 1: Introduksjon til EPJ standard*. Hentet fra https://ehelse.no/Documents/Standarder/HIS_80505_2015%20EPJ%20standard%20del%201%20introduksjon.pdf
- Jacobs, K. (2005). Hybridisation or polarisation: Doctors and accounting in the UK, Germany and Italy. *Financial Accountability & Management*, 21(2), 135-162. doi: 10.1111/j.1468-0408.2005.00213.x
- Malt, U. (2015). Kvalitativ. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/kvalitativ>
- Martinussen, P. E. og Magnussen, J. (2011). Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine. *Social Science & Medicine*, 73, 193-200. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.04.025>
- Riksrevisjonen. (2007-2008). *Riksrevisjonens undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten*. (Dokument nr. 3:7). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/SiteCollectionDocuments/Dokumentbasen/Dokument3/2007-2008/Dok_3_7_2007_2008.pdf
- Stortinget. (2007-2008). *Innstilling til Stortinget fra kontroll- og konstitusjonskomiteen* (Innst. S. nr. 291). Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2007-2008/inns-200708-291/1/>
- Tønnessen, S. (2016). Reliabilitet. I *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/reliabilitet>
- Wilson, C. (2014). Semi-Structured Interviews. *Interview Techniques for UX Practitioners: A User-Centered Design Method*. USA: Elsevier. Hentet fra: http://ac.els-cdn.com/B9780124103931000028/3-s2.0-B9780124103931000028-main.pdf?_tid=c3701d44-46a9-11e7-92ec-00000aab0f6c&acdnat=1496308240_212733c5ac4345116ed518d3adf1ed71

Vedlegg

Intervjuguide: Ledere

Generelt

Hva slags utdannelse har du?

Har du noen type for videreutdanning/lederutdanning?

Evt.: Hvorfor valgte du og ta denne utdannelsen?

Hvor lenge har du jobbet som klinikkleder?

Kan du nevne kort hva dine kjerneoppgaver som klinikkleder er?

Bruker du EPJ som et verktøy for noen av arbeidsoppgavene dine?

Har du inntrykk av at legene bruker EPJ til alle formål EPJ kan brukes til?

(skrive resept/henviser pasient til andre institusjoner/skrive epikrise/lete frem enkeltopplysninger fra pasientjournalen/erstattet papirjournalen)

Jobber du i tett samarbeid med legene i din klinikk?

Spesifikt

Hvilke forventninger hadde du i utgangspunktet til innføringen av EPJ?

* Her kommer spørreundersøkelsen

Har du møtt på noen utfordringer knyttet til bruk av EPJ i din klinikk?

(Tekniske problemer/motstand/mangel på opplæring og informasjon om systemene)

I hvor stor grad ble legene involvert/opplært, og senere oppdatert på resultatene av bruk av EPJ?

Hva mener du er de viktigste suksesskriteriene for å få nytte av EPJ?

Hvor fornøyd oppfatter du at legene er med EPJ i dag?

Har forventningene du hadde på forhånd blitt innfridd?

Hvis tid: I hvor stor grad har din lederutdanning gitt deg bedre forståelse for organisasjonstenkning og er det noen aspekter du tar i betraktning nå som du ikke tenkte på tidligere?

Intervjuguide: Leger

Generelt

Hvor lenge har du jobbet som lege?

I hvor stor grad bruker du EPJ som et verktøy for noen av arbeidsoppgavene dine?

Har du inntrykk av at de andre legene bruker EPJ til alle formål EPJ kan brukes til?

(skrive resept/henvise pasient til andre institusjoner/skrive epikrise/lete frem enkeltopplysninger fra pasientjournalen/erstattet papirjournalen)

Har du et tett samarbeid med din klinikkleder?

Spesifikt

Hvilke forventninger hadde du i utgangspunktet til innføringen?

*Her kommer spørreundersøkelsen

Har du møtt på noen utfordringer knyttet til bruk av EPJ?

(Tekniske problemer/motstand/mangel på opplæring/informasjon om systemene)

I hvor stor grad ble du involvert/opplært, og senere oppdatert på resultatene av bruk av EPJ?

Hva mener du er de viktigste suksesskriteriene for å få nytte av EPJ?

Hvor fornøyd oppfatter du at lederne er med EPJ i dag?

Har forventningene du hadde på forhånd blitt innfridd?

