

MASTEROPPGAVE

Digitale legemiddellister som samordningsverktøy: en scoping studie

Evyn Thorne

15.05.23

Masterstudium i samordning av helse- og velferdstjenester
(HSSHV40517)

Avdeling for helse og velferd



Sammendrag

Bakgrunn: Digitale samordningsverktøy fremmes som viktige og avgjørende virkemidler for effektivisering, kvalitetsforbedring og sikkerhet i helsetjenesten, og nye systemer er stadig under utvikling og implementering. Et aktuelt samordningsverktøy som er under utprøving i Helse Vest RHF er den digitale legemiddellisten «Pasientens legemiddelliste» (PLL) som skal formidle informasjon om pasientens legemiddelbruk på tvers av helsevirksomheter.

Forskning viser at implementering av digitale systemer har vist seg utfordrende i helsevesenet bl.a. ved at de ikke blir tatt i bruk i den grad de er tenkt, og dermed ikke medfører tilsiktede gevinster i form av forbedret samhandling, effektivitet og kvalitet i helsetjenesten.

Formål: Formålet med denne studien er å oppsummere kunnskapsgrunnlaget om hvordan delte digitale legemiddellister kan bidra til samordning og samhandling mellom helseprofesjoner. Det vil gjøres ved å kartlegge og analysere forskning om helseprofesjoners erfaringer med en delt digital legemiddelliste, samt studere egenskaper ved PLL som samordningsverktøy. Ved å drøfte forskningsfunn i lys av teori om samhandling, organisasjonskultur og profesjon er målet å kunne si noe om hvilke mer underliggende faktorer som er av betydning for hvordan helseprofesjonene erfarer de delte legemiddellistene.

Metode: Dette prosjektet er en scoping studie. Datainnsamling ble gjort ved systematisk litteratursøk og innsamling av dokumenter via PLL-prosjektets styringsgruppe.

Resultat: Digitale legemiddellister har potensiale til å bidra til samhandling og samordning blant helseprofesjoner, men har ikke blitt implementert i den grad som var hensikten. Empiriske studier viser årsaker til dette i form av bl.a. uklare ansvarsforhold og tidkrevende arbeidsprosesser. Den teoridrevne drøftingen underbygger at det krever komplekse samarbeidsprosesser mellom alle aktørene for at implementering av digitale legemiddellister skal bli vellykket.

Abstract

Background: Digital coordination tools are promoted as important and decisive tools for efficiency, quality improvement and safety in the health service, and new systems are constantly being developed and implemented. A current coordination tool that is being tested at Helse Vest RHF is the digital medication list "Pasientens legemiddelliste" (PLL), which will convey information about the patient's medication use across health care facilities. Research shows that implementation of digital systems has proved to be challenging in the healthcare system, i.a. in that they are not used to the extent intended, and thus do not result in intended gains in the form of improved interaction, efficiency and quality in the health service.

Purpose: The purpose of this study is to summarize the knowledge on how shared digital medication lists can contribute to coordination and interaction between healthcare professions. This will be done by surveying and analyzing research on health professionals' experiences with a shared digital medication list, as well as studying the characteristics of PLL as a coordination tool. By discussing research findings in the light of theory about interaction, organizational culture and profession, the aim is to be able to say something about which more underlying factors are important for how the healthcare professions experience the shared medication list.

Method: This project is a scoping study. Data collection was done by a systematic literature search and collection of documents via the PLL project group.

Result: Digital medication lists have the potential to contribute to interaction and coordination among healthcare professions, but have not been implemented to the extent intended. Empirical studies show reasons for this in the form of unclear responsibilities and time-consuming work processes. The theory-driven discussion substantiates that it requires complex collaborative processes between all actors for the implementation of digital medication lists to be successful.

Forord

Innlevering av denne masteroppgaven i Samordning av helse- og velferdstjenesten markerer endepunktet på et fireårig deltidsstudium som har vært både utfordrende og spennende. Forelesninger, gruppearbeid, arbeidskrav og eksamener har fått meg til å heve blikket fra den kliniske hverdagen på sykehus til å forstå så mye mer om hvordan samordning og samhandling er avgjørende forutsetninger for at vi som helseprofesjoner skal kunne levere helsetjenester av god kvalitet. Det har vært et utfordrende prosjekt både faglig og mer praktisk i sammenheng med små barn og lang reisevei til studiestedet. Men mest av alt har det vært inspirerende og veldig lærerikt.

Tusen takk til arbeidsgiver ved gastrokirurgisk avdeling, Haugesund sjukehus, som har lagt til rette for at dette studiet ble mulig for meg å gjennomføre. Jeg vil også takke Norsk Sykepleierforbund som har bidratt med økonomisk støtte. Og sist, men ikke minst; en stor takk til min gode veileder Catharina Bjørquist som har veiledet meg på en så fin måte gjennom både opp- og nedturer i skriveprosessen. Takk for alle gode råd og motivasjon på veien!

Nå ser jeg frem til å fortsette å bruke min tillærte kunnskap gjennom disse fire årene i praksis, og med det forsøke å bidra til bedre samhandling mellom både profesjoner og organisasjoner.

Haugesund, mai 2023

Evvy Thornes

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Behovet for digital samhandling	1
1.2 Pasientens legemiddelliste	2
1.3 Digitale samordningsverktøy i et sosioteknisk perspektiv	4
1.4 Presentasjon av problemstilling	5
1.5 Begrepsavklaring og valg av teori	6
1.6 Disposisjon over oppgaven	7
2. Teori	8
2.1 Samhandlingsteori	8
2.1.1 Forutsetninger for samhandling	9
2.1.2 Integrerte helsetjenester	10
2.2 Organisasjonskultur	15
2.2.1 Kulturnivåer	16
2.3 Profesjon	19
2.3.1 Profesjonelle relasjoner	20
2.3.2 Profesjonelle byråkratier	21
3. Metode: Scoping studie	24
3.1 Søkestrategi: Systematisk litteratursøk	25
3.2 Inklusjon	28
3.3 Datainnsamling: PLL-dokumenter	29
3.4 Dataanalyse	30
3.4.1 Kartleggingsanalyse	31
3.4.2 Tematisk analyse	31
3.4.3 Kvalitativ innholdsanalyse av PLL dokumenter	34
3.5 Vurdering av studiens kvalitet	35
3.5.1 Pålitelighet	35
3.5.3 Gyldighet	37
4. Resultat	39
4.1 Kartleggingsanalyse	39
4.1.1 Kvantitative studier	40
4.1.2 Mixed method studier	41
4.1.3 Kvalitative studier	42

4.2 Tematisk analyse.....	43
4.2.1 Implikasjoner av digitalisering.....	43
4.2.2 Helseprofesjoners holdninger	49
4.2.3 Systemenes tekniske egenskaper.....	52
4.2.4 Anbefalinger for fremtidig implementering av digitale legemiddellister	53
4.3 Kvalitativ innholdsanalyse	56
4.3.1 Implikasjoner av PLL som samordningssystem	56
4.3.2 Aktørenes holdninger og behov ved innføring av PLL	57
5. Drøfting	59
5.1 Digitale legemiddellister som samordningssystem i et profesjonsteoretisk perspektiv	59
5.1.1 Ansvar i en spesialisert helsetjeneste.....	60
5.1.2 Profesjonenes ulike holdninger og behov.....	62
5.1.3 Innføring av digitale legemiddellister i profesjonelle byråkratier	65
5.2 Organisasjonskultur som forståelsesramme for bruken av digitale legemiddellister som samordningssystem.....	68
5.2.1 Organisasjonsmedlemmenes antakelser	68
5.2.2 Ledelsens rolle ved innføring av digitale legemiddellister i organisasjonen.....	70
5.3 Studiens gyldighet og pålitelighet	72
5.3.1 Studiens overføringsverdi	73
6. Avslutning.....	75
6.1 Veien videre.....	77
Referanseliste.....	78
Vedlegg 1.....	85
Vedlegg 2.....	86
Figur 1: Oversikt over brukere og sentrale roller i legemiddelkjeden ved utprøving av PLL	3
Figur 2: Organiseringsprosessen.....	11
Figur 3: Koordineringsproblemer og deres årsaker	13
Figur 4: Sammenheng mellom differensiering, fragmentering og behov for integrering.....	14
Figur 5: Organisasjonskulturens ulike nivåer.....	18
Figur 6: Anbefalinger av tiltak ved innføring av digitale systemer	55
Tabell 1: Søkeresultat mai/juni- 2021	26
Tabell 2: Utvikling av koder og temanavn	33

1. Innledning

Denne studien handler om hvordan digitale legemiddellister kan fungere som samordningsverktøy mellom profesjoner og organisasjoner, og hvordan helseprofesjoner har erfart innføring og bruk av slike systemer. Studien er en litteraturstudie i form av en scoping studie. Den tar sikte på å forklare noe av det utfordringsbildet som har vist seg å oppstå i forbindelse med implementering av digitale systemer i helsevesenet ved å drøfte dette i lys av teori om samhandling, organisasjonskultur og profesjon. Jeg starter med å beskrive bakgrunnen for valg av tema ut fra behovet for digital samhandling i det norske helsevesen, før jeg kort presenterer det pågående pilotprosjektet «Pasientens legemiddelliste» som er med på å aktualisere temaet for denne studien. Videre følger et avsnitt om digitale samordningsverktøy i et sosioteknisk perspektiv som er med på å styre retning for valg av teori, før problemstillingen presenteres. Begrepsavklaring, valg av teori og disposisjon over studien presenteres avslutningsvis i dette kapitlet.

1.1 Behovet for digital samhandling

Samhandling og helhetlige tjenester er sentrale mål i det norske helsevesenet og beskrives som en forutsetning for gode helsetjenester. Pasienters helseutfordringer kan være komplekse og krever kompetanse fra ulike aktører for å kunne behandles. Helsepersonell på tvers av profesjoner og organisasjoner må dele kunnskap og samarbeide, og samhandling ligger på den måten til grunn for praksis. Utfordringene er derimot store når aktører med ulike systemer, kulturer og prioriteringer skal samhandle (Melby & Tjora, 2013).

En aktuell samhandlingsutfordring er knyttet til at IKT-landskapet i norsk helsevesen er fragmentert. En konsekvens av dette er at digitale systemer i begrenset grad understøtter arbeidsflyt på tvers av virksomhetsgrenser og påvirker dermed muligheten til å etablere gode samarbeidsrutiner (Hauge, 2017). Det medfører at ulike helsevirksomheter ikke har tilgang til samme oppdaterte pasientinformasjon som igjen fører med seg betydelige

effektivitetsutfordringer og kvalitetsutfordringer knyttet til koordinering, informasjonsflyt og informasjonstap (Christie et al., 2018).

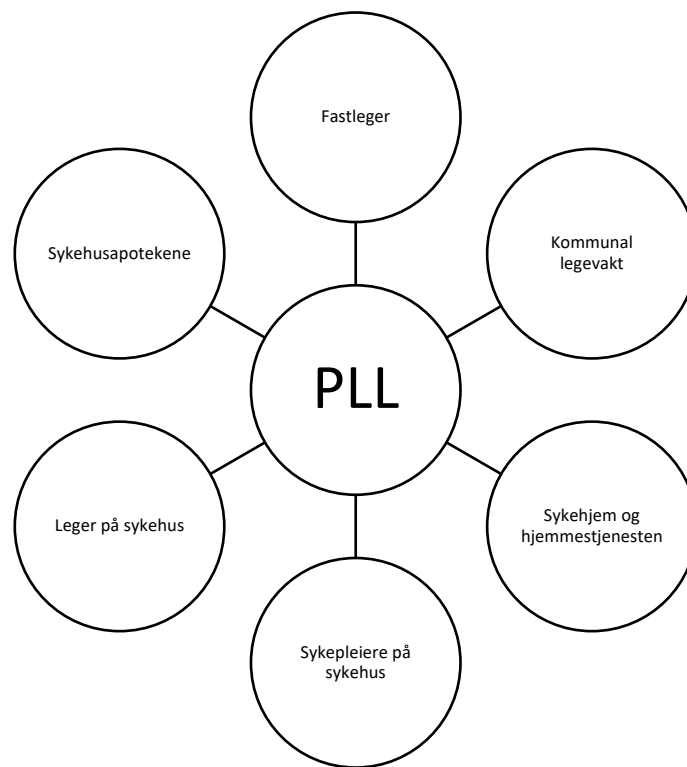
En viktig form for pasientinformasjon er informasjon om pasientens legemiddelbruk. At det ikke eksisterer en felles sanntids medikamentoversikt på tvers av behandlingsnivå representerer en stor utfordring. Å samle inn legemiddelopplysninger fra ulike kilder er tidkrevende og forbundet med risiko for feil. Ufullstendig medikamentoversikt vil svekke pasientsikkerheten ved å gi et dårligere kunnskaps- og beslutningsgrunnlag i pasientbehandling (Meld. St. 28 (2014-2015) s. 49). Det antas at prosessene rundt legemiddelbruk utgjør en av de største truslene for pasientsikkerhet. Kvalitetssikret og effektiv legemiddelhåndtering forutsetter koordinert og omforent informasjonsutveksling mellom involverte aktører (Hamre et al., 2010). Uten slik informasjonsutveksling vil pasienter oppleve å måtte koordinere egen helsehjelp, og selv sørge for at oppdatert informasjon videreføres. Det medfører en opplevelse av et helsevesen bestående av separate siloer som ikke samhandler, og sammenfaller ikke med myndighetenes mål om en sammenhengende helsetjeneste preget av kontinuitet og trygghet (Hellesø et al., 2019).

Gjennom Samhandlingsreformen skisserer regjeringen flere hovedgrep for å sikre bedre koordinering av helsetjenester. Deriblant skal utvikling av IKT-baserte verktøy bidra til å realisere mål om helhet og samhandling, bl.a. mellom primær- og spesialisthelsetjenesten (Christie et al., 2018; Melby & Tjora, 2013). Et pågående tiltak i den forbindelse er piloteringen av det digitale verktøyet «Pasientens legemiddelliste» (PLL) i Helse Vest RHF.

1.2 Pasientens legemiddelliste

PLL er for tiden under utprøving i Helse Vest RHF. Det er planlagt nasjonal innføring av legemiddellisten fra 2024. PLL skal gjøre pasientens oppdaterte medisinliste tilgjengelig for både primær- og spesialisthelsetjenesten. Den digitale legemiddellisten skal deles mellom alt helsepersonell med tjenstlig behov som sykehusleger, fastleger, legevakt, sykehjem og hjemmesykepleie. I tillegg til å øke kvaliteten på legemiddellisten ved å formidle oppdatert informasjon er det antatt at PLL vil redusere tidsbruken helsepersonell bruker på å innhente

informasjon om pasientens legemiddelbruk i overgang mellom helsevirksomheter, og på den måten også bidra til effektivisering (Slørstad, 2020).



Figur 1: Oversikt over brukere og sentrale roller i legemiddelkjeden ved utprøving av PLL

Interorganisatorisk koordinering er en fellesbetegnelse på fenomener som samarbeid, kontakt og kommunikasjon mellom organisatoriske enheter og har som siktemål å effektivisere strømmen av samhandling. En slik koordinering mellom virksomheter er en måte å samordne helsetjenester på (Knudsen, 2004). I denne studien legges til grunn en forståelsen av at digitale legemiddellister skal bidra til interorganisatorisk koordinering og samhandling, og benevnes på bakgrunn av dette i denne studien som digitale samordningsverktøy.

1.3 Digitale samordningsverktøy i et sosioteknisk perspektiv

Innføring av digitale systemer for samhandling og samordning i helsevesenet har vist seg utfordrende. En hovedutfordring er at de digitale systemene ikke blir tatt i bruk eller ikke brukt i det omfang som er tilsiktet (Aanestad, 2010; Grol, 2021; Melby et al., 2019). Studier viser at helsepersonell opplever økt tidsbruk knyttet til nye digitale systemer (Carayon et al., 2015; Lagsten & Andersson, 2018; Lotherington & Obstfelder, 2015), og helsepersonell har ikke nødvendigvis opplevd at hverdagen har blitt enklere og mer effektiv som følge av innføring av nye IKT-systemer, snarere tvert i mot (Hauge, 2017).

Dette samsvarer med erfaringer fra eget arbeid som sykepleier på en kirurgisk avdeling på sykehus der jeg har arbeidet i 17 år. Som fagutviklingssykepleier har jeg deltatt i innføringsprosessen av flere digitale systemer som alle har mål om å bedre samhandling på tvers av avdelinger og virksomhetsgrenser. Jeg har bidratt med opplæring til klinisk personell på egen avdeling i innføringsfasen samt veiledning i videre bruk. Denne rollen har også gitt meg mulighet til å være med å evaluere systemene og å videreutvikle dem, og dermed har interessen for bruken av digitale samordningsløsninger økt. Min stilling medfører også klinisk arbeid i avdelingen. Egen erfaring tilsier at de digitale systemene kan bidra til samhandling og øke kvalitet og effektivitet i den kliniske hverdagen. Men egen erfaring tilsier også at systemene kan oppleves tidkrevende i bruk, og at det er helt avgjørende at alle aktørene bruker systemene på riktig måte for at de skal føre til kvalitet og effektivitet. Det er derfor en utfordring i de tilfeller der systemene ikke blir implementerte på en vellykket måte. I hvilken grad systemene blir tatt i bruk varierer, og graden av bruk oppleves å være påvirket av den sosiale og kulturelle konteksten som er gjeldende i organisasjonen, på den enkelte avdeling og innad i profesjonsgruppene. Jeg har i løpet av min arbeidskarriere bemerket meg hvordan profesjonenes holdninger påvirker grad av bruk, og hvordan jeg som fagutviklingssykepleier kan bidra til å øke bruken av- og interessen for digitale systemer som verktøy, ved å bidra med opplæring og motivere kollegaer og nyansatte til å se nytteverdien i systemene.

Fra å tidligere ha mest fokus på de enkelte systemenes tekniske egenskaper har forskning omkring implementeringsutfordringer med digitale systemer etterhvert fått mer fokus på å studere betydningen av de såkalte sosiotekniske aspektene (Cucciniello et al., 2015). Studier

vektlegger at både tekniske, organisatoriske og sosiale/kulturelle faktorer må sees i sammenheng og er avgjørende for vellykket implementering (Christie et al. 2018; Cresswell & Sheikh, 2012; Cucciniello, 2015; Eden, 2016; Grol, 2013; Lluch, 2011). Implementering av digitale systemer må således forstås i det som Aanestad & Olaussen (2010) beskriver som et sosioteknisk perspektiv, og kombineres med organisasjonsutvikling, endring av rutiner og nye måter å samarbeide på for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring. Å innføre et nytt IKT-system for samhandling kan således ikke ses på som ren digitalisering eller automatisering av arbeidsprosesser, men som en transformasjon som betyr endring av både innhold og organisering av arbeidet. Mangelfull forståelse for det såkalte sosiotekniske samspillet gjør at kompleksiteten rundt implementering av digitale systemer ofte blir undervurdert (Aanestad, 2010).

1.4 Presentasjon av problemstilling

I forbindelse med planlegging og innføring av PLL er det fremmet behov for en oversikt over eksisterende forskning omkring bruken av delte digitale legemiddellister for å kunne observere og lære av andres erfaringer med bruken av et tilsvarende system. I primærhelsetjenesten i Norge er dette utført i form av et litteraturstudie som viser til ytterligere forskningsbehov omkring både erfaringer og effekter av digitale legemiddellister både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Bl.a. fremkommer det kunnskapshull omkring hvordan informasjonsdeling og kommunikasjon påvirkes av en delt digital legemiddelliste (Manskow et al., 2019).

Dette kunnskapshullet sammen med det aktuelle piloteringsprosjektet PLL er med på å danne bakgrunnen for denne studien som har følgende overordnede problemstilling:

Hvordan kan digitale legemiddellister bidra til samordning og samhandling blant helseprofesjoner?

Studien reiser følgende forskningsspørsmål:

1. Hva kjennetegner forskning om implementering av digitale legemiddellister?

2. Hvilke erfaringer har helseprofesjoner med implementering av en delt digital legemiddelliste som samordningssystem?
3. Hvordan kan bruken av PLL hemme og fremme samhandling?

Hensikten med studien er å belyse kunnskapsstatus om hvordan digitale legemiddellister kan bidra til samordning og samhandling mellom helseprofesjoner. For å studere dette vil jeg ta utgangspunkt i forskning som sier noe om hvordan helseprofesjoner har erfart de digitale legemiddellistene som samordningssystem. Gjeldende for denne studien er at det er helseprofesjoner i både primær- og spesialisthelsetjenesten som studeres gjennomgående.

Ved å besvare det første forskningsspørsmålet vil jeg først skaffe en oversikt over eksisterende forskning med mål om å identifisere kunnskapshull eller områder med ytterligere forskningsbehov. Resultater fra det andre forskningsspørsmålet vil danne grunnlaget for en teoridrevet drøfting. Ved å heve blikket fra de empiriske resultatene vil jeg ved hjelp av valgt teori drøfte mer generelt hva erfaringene med implementering av digitale legemiddellister egentlig handler om i et profesjonelt system. I siste forskningsspørsmål vil jeg studere egenskaper ved PLL som i sammenheng med empiri og teori kan si noe om hvilke forutsetninger som ligger til grunn for samhandling ved bruk av denne legemiddellisten. Forskningsspørsmålene bidrar således til å belyse problemstillingen på ulike måter.

1.5 Begrepsavklaring og valg av teori

Implementeringsbegrepet er omfattende og preget av kompleksitet. Roland (2017) beskriver implementeringsprosessen i flere faser: planlegging, innføring, evaluering og videreføring av en endring. Implementeringsutfordringer kan tenkes å oppstå i alle faser og på flere nivåer i helsetjenesten. Begrepet implementering sikter i denne studien til innføring og bruk av digitale legemiddellister.

Det sosiotechniske perspektivet beskrevet tidligere viser viktigheten av å ha kjennskap til forutsetninger for samhandling mellom både profesjonene og organisasjonene som skal bruke systemet. Profesjonene ansees som særlig interessante å studere på bakgrunn av at det er deres måte å agere på som i siste instans bestemmer politikken utfall (Vabø, 2014), i

denne sammenheng i hvilken grad en oppnår vellykket implementering av den digitale legemiddellisten. I tillegg har jeg valgt å ha et kulturelt perspektiv på organisasjonene. Organisasjonskultur kan bidra til å forklare hvordan organisasjonen egentlig fungerer, fordi det fokuserer på menneskene som jobber der sine felles mønstre av meninger og holdninger som igjen preger deres handlinger (Jacobsen & Thorsvik, 2019). På bakgrunn av dette vil teori om samhandling, organisasjonskultur og profesjon ligge til grunn for denne studien.

1.6 Disposisjon over oppgaven

Denne innledningen har presentert bakgrunn for valg av tema. Så fulgte presentasjon av problemstilling, forskningsspørsmål og begrepsavklaring før jeg begrunnet valg av teoretisk perspektiv. Kapittel to vil presentere de tre teoretiske perspektivene samhandling, organisasjonskultur og profesjon som siden skal benyttes både som bakgrunn for tematisk analyse og drøfting. I kapittel tre vil metodisk tilnærming i form av scoping studie begrunnes og beskrives stegvis, fra søkestrategi, inklusjonsprosess til dataanalyse. Dataanalysen vil være tredelt i form av en kartleggingsanalyse av forskningsområdet, en tematisk analyse av de empiriske funnene samt en kvalitativ innholdsanalyse av dokumenter knyttet til PLL prosjektet. Fremgangsmåten for analysene presenteres i metodekapitlet, og her vil jeg også presentere grep som er tatt for å øke studiens gyldighet og pålitelighet. Presentasjon av analyseresultatene følger i kapittel fire. I kapittel fem vil resultatene drøftes i lys av valgt teori, og jeg vil her også drøfte studiens gyldighet, pålitelighet og overføringsverdi. Avslutningsvis vil jeg oppsummere hovedfunn og si noe om veien videre.

2. Teori

Dette kapitlet gir en oversikt over teori om samhandling, organisasjonskultur og profesjon som skal brukes som bakgrunn for drøfting av resultatene i kapittel fem.

2.1 Samhandlingsteori

Koordinering, samarbeid, samordning og samhandling er alle begreper som ofte brukes om hverandre i litteraturen. Det er utfordrende å være konsistent i begrepsbruken fordi fenomenene benyttes noe ulikt i faglitteratur og er komplekse i seg selv (Knudsen, 2004). Det medfører behov for en avklaring om hvordan begrepene forstås i denne studien.

Koordinering sees på som «en prosess hvorved to eller flere organisasjoner skaper/bruker beslutningsregler som er utformet med sikte på kollektiv opptreden i et felles handlingsmiljø» (Knudsen, 2004, s. 24). Koordinering er mer formalisert enn samarbeid og medfører betydelig trussel mot enhetenes autonomi (Knudsen, 2004).

Samarbeid er et mer positivt ladet begrep, og opptrer der koordineringen skjer som følge av frivillig innsats fra alle involverte parter. Samarbeid skjer når det er klart for de involverte partene at de er gjensidig avhengige av hverandre, og at begge parter vil tjene på samarbeidet. Spørsmålet om samarbeid mellom profesjoner, eller mangel på samarbeid, kommer til stadighet opp i diskusjoner som omhandler utfordringer i helsetjenesten (Erichsen, 2003). Tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes ved at flere ulike profesjonsutøvere med en felles oppgave må samarbeide for å oppnå målet. Bruken av PLL forutsetter i tillegg tverretatlig samarbeid, som i praksis betyr samarbeid på organisasjonsnivå (Willumsen, 2016).

Samarbeid vil medføre utfordringer dersom partene ikke ser fordelene med å koordinere sine tjenester med andre. Dette vil begrense det frivillige arbeidet, og det kan føre til at ledelsen må innføre regler og rutiner som kan stå for en mer tvungen koordinering ved hjelp

av samordning. Samordning oppstår når en tredje part pålegger koordinering mellom virksomheter (Jacobsen, 2004).

Samhandlingsbegrepet er komplekst. Det kan beskrives som samarbeid i en situasjon der det ikke finnes en enkelt aktør som har full kontroll over en prosess eller utføringen av en oppgave (Bukve & Kvåle, 2014). En generell definisjon av samhandlingsbegrepet presenteres av Melby & Tjora (2013, s. 32): «Samhandling opptrer når en aktør er avhengig av andre aktørers handlinger for å realisere sine intensjoner, og aktørene tar hensyn til denne gjensidige avhengigheten i beslutningene om å handle».

2.1.1 Forutsetninger for samhandling

Samhandlingsbegrepet har vist seg utfordrende å definere i helsetjenesten, bl.a. fordi det må forstås på ulike nivåer av helse- og omsorgssektoren. Det eksisterer ulike betraktninger, forutsetninger for- og utfordringer med samhandling innad i de ulike nivåene, og man må derfor erkjenne samhandlingens kompleksitet for å kunne forstå begrepet. Hellesø et al. (2019) benevner de ulike nivåene i helsetjenesten som mikro-, meso- og makronivå. På mikronivå handler det bl.a. om å sørge for at informasjon om pasienten er tilgjengelig for helsepersonell slik at helsetjenesten oppfattes som sammenhengende. San Martin-Rodriguez et al. (2005) benevner dette nivået som det relasjonelle nivået. Samhandlingen avhenger her av mellommenneskelige forhold mellom samarbeidsaktørene, som gjensidig tillit, respekt og kommunikasjon. Det må eksistere en forståelse for gjensidig avhengighet mellom partene. Selv om systemer og standarder for samhandling (som digitale legemiddellister er et eksempel på) ofte blir regnet som obligatorisk i bruk fra myndighetenes eller ledes hold, er samarbeid i utgangspunktet basert på frivillighet. Dermed er vilje blant aktørene en sentral forutsetning for samhandling.

På mesonivå, også kalt det organisatoriske nivået, handler det om å utvikle retningslinjer og organisering på en måte som gjør at helsetjenestene kan sikre kontinuitet og helhetlige helsetjenester for pasientene. Det forutsetter en tydelig avklaring av nødvendig kompetanse, roller, mandat og ansvar (Hellesø et al., 2019). Organisatorisk struktur har en

sterk innflytelse på utvikling av praksis for samarbeid og samhandling. Den tradisjonelle hierarkiske strukturen har vist seg å ikke legge til rette for samhandling i form av f.eks. delt beslutningstaking og åpen og direkte kommunikasjon. Det har vært vist til behov for en endring fra denne hierarkiske strukturen som har dominert innenfor helseorganisasjoner, til en mer horisontal og fleksibel struktur, som i større grad understreker viktigheten av samarbeid og delt beslutningstaking. På dette nivået spiller ledelse og organisasjonens filosofi en rolle for graden av samarbeid. En filosofi som verdsetter deltakelse, rettferdighet, ytringsfrihet og gjensidig avhengighet fremmer samarbeid mellom helseprofesjoner og organisasjoner. Det samme gjør ledere som evner å formidle visjon om nye samarbeidsmåter, som motiverer profesjonene til samarbeid og som klarer å sørge for organisatoriske rammer som støtter samarbeid (San Martin-Rodriguez et al., 2005).

Makronivået omhandler bl.a. lovverk og sentrale føringer som skal sikre rammer og system for samhandlingen. Samhandlingsreformen er et eksempel på en slik sentral føring, der bl.a. myndighetenes forventninger til helsetjenesten kommer til uttrykk (Hellesø et al., 2019). Dette nivået ligger utenfor denne studiens ramme som vil studere samhandling på relasjonelt og organisatorisk nivå, og presenteres dermed ikke nærmere her.

Neste avsnitt omhandler en måte å forstå samhandlingsbegrepet på som ligger til grunn for denne studien i form av «integrerte tjenester». Det betyr bl.a. at helsetjenestene skal være integrerte rundt pasientens behov, og det innebærer et særlig søkelys på kommunikasjon og overganger mellom institusjoner og tjenester (Hellesø et al. 2019).

2.1.2 Integrerte helsetjenester

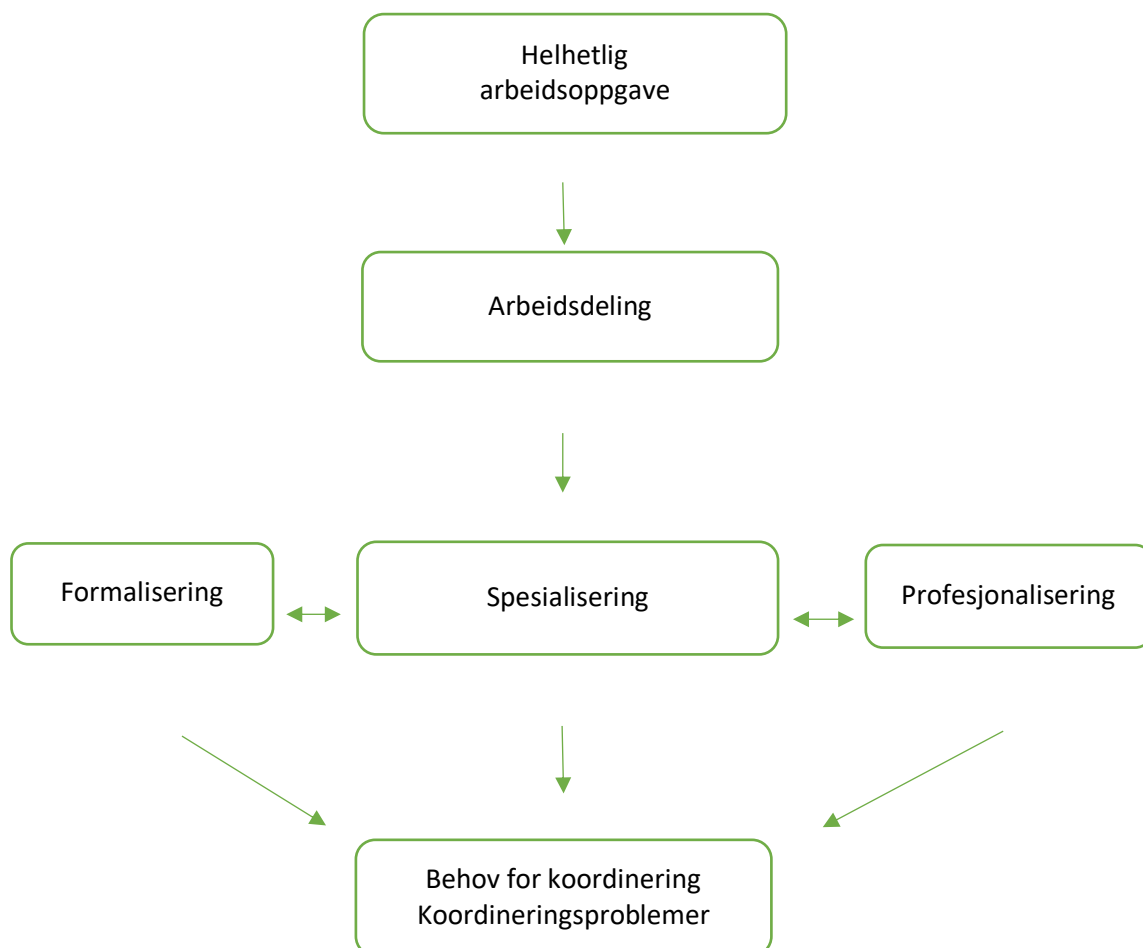
Integrering har blitt et viktig tema i utviklingen av det moderne velferdssamfunnet. En økt differensiering i helsevesenet har ført til økt spesialisering, som igjen fører med seg et økt behov for integrerte tjenester (Axelsson & Axelsson, 2006).

Den norske velferdsstaten er preget av store og formelle organisasjoner. Komplekse oppgaver blir delt inn i deloppgaver, såkalt differensiering, slik at oppgavene blir lettere

håndterbare. Differensieringen fører til behov for spesialisering innenfor enkelte emner, og spesialisering skal fremme effektivisering fordi man da kan konsentrere seg om et avgrenset område (Jacobsen, 2004). Parallelt med denne arbeidsdelingen, eller differensieringen, skjer det to prosesser som både er forutsetninger for spesialisering, men også en konsekvens av spesialisering; profesjonalisering og formalisering. Med profesjonalisering menes spesialisert utdanning som ved profesjonsdannelse, og omtales i avsnitt 2.3 om profesjonsteori.

«Formalisering betyr dannelsen av formelle organisasjoner der de enkelte arbeidsoppgavene settes inn i faste rammer, beslutningsmyndighet fordeles, belønningssystemer utformes og arbeidsoppgaver rutineres og standardiseres gjennom regler og standardprosedyrer»

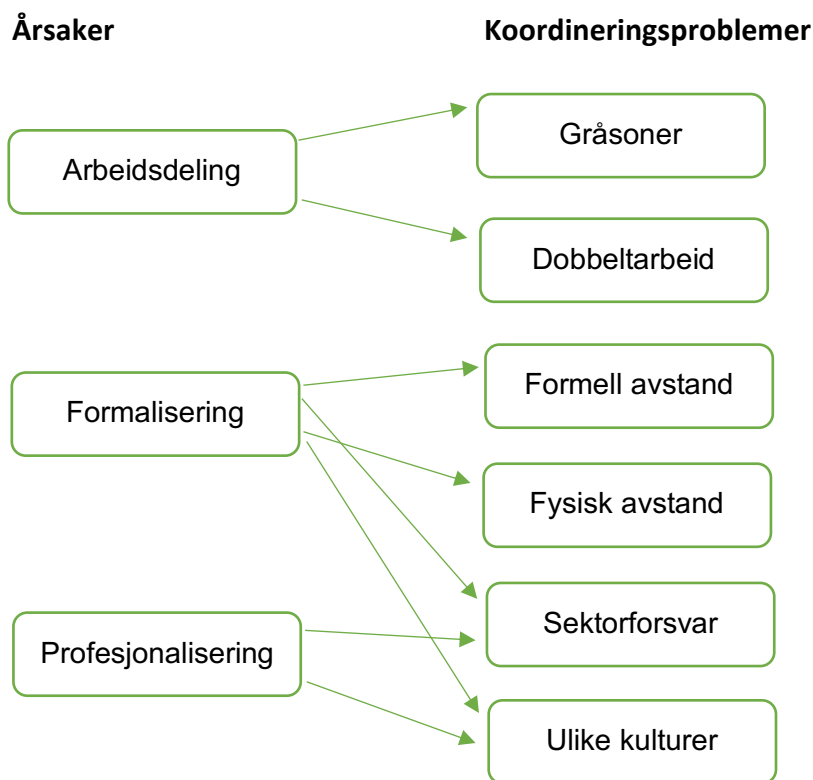
(Jacobsen, 2004 s. 78). Figur 2 er hentet fra Jacobsen (2004, s. 77) og oppsummerer den beskrevne organiseringsprosessen.



Figur 2: Organiseringsprosessen

Offentlig helsevesen har en sterk interorganisatorisk karakter fordi det er mange organisasjoner med ulike orienteringer involvert. Det kan være organisasjoner som arbeider helsefremmende, forebyggende, behandlende eller rehabiliterende (Axelsson & Axelsson, 2006). Utfordringen med differensiering og spesialisering er at alle delene må fungere sammen og er sterkt avhengig av hverandre for at brukeren skal oppleve helhetlige tjenester. Uten å koordinere de spesialiserte oppgavene får en mange delprodukter uten helhet. På denne måten avhenger ikke en organisasjons effektivitet bare av i hvilken grad den er spesialisert, men også i hvilken grad den er samordnet og koordinert (Jacobsen, 2004).

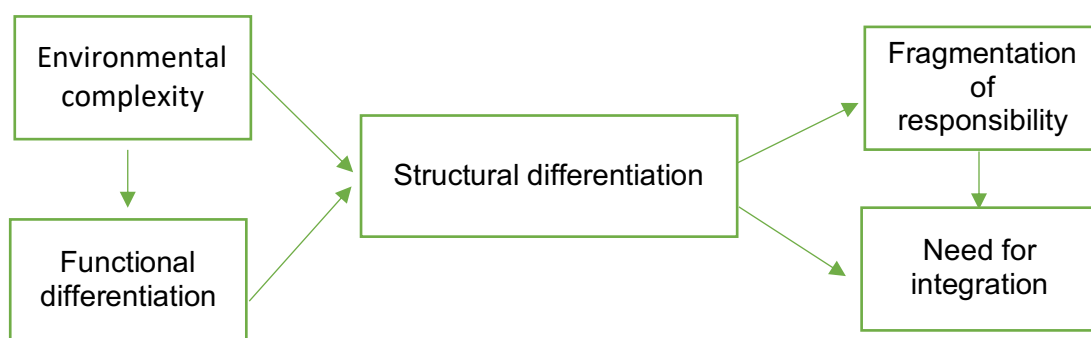
Det har vist seg utfordrende å integrere tjenester og aktiviteter i en organisasjon på tvers av avdelinger, og enda mer utfordrende å integrere disse aktivitetene på tvers av organisasjoner (Axelsson & Axelsson, 2006). Figur 3 er hentet fra Jacobsen (2004, s. 81) og viser at årsakene til koordineringsutfordringer og behovet for koordinering ligger i ulike deler av organiseringsprosessen.



Figur 3: Koordineringsproblemer og deres årsaker

Gråsoner oppstår der ansvaret er uklart, eller ingen har ansvar. Dobbeltarbeid betyr at flere gjør samme oppgave, og er ansett som sløsing med ressurser. Både dobbeltarbeid og gråsoner er konsekvenser av uklar arbeidsdeling. Formalisering medfører at deloppgaver samles i formelle enheter med egne ressurser, regler, rutiner og standarder, og det medfører også fysisk avstand. Når deloppgaver samles på denne måten prioriteres koordinering internt på bekostning av koordinering mellom enheter. En slik fokusering på deloppgaver over tid kan medføre at en mister evnen til å se helheten, fordi man lærer seg en viss måte å se problemer og løsninger på; man blir til en sektorforsvarer. Dette kan også være en konsekvens av profesjonalisering, fordi spesialiseringen fører til en fordypning på et felt. Den enkelte profesjon får egen kunnskap om hvordan forhold henger sammen og hvordan de kan bearbeides. På grunn av dette ser ulike profesjoner problemer og løsninger på ulike måter. Profesjonsverdier tillæres gjennom spesialiseringen og kan lette koordinering innenfor profesjonen, men skape avstand til andre som ikke deler samme verdier (Jacobsen, 2004). Egenskaper ved profesjoner som kan påvirke samhandling utdypes i avsnitt 2.3.

Dette kapitlet har presentert teori som viser hvordan den økende differensieringen medfører økende behov for integrering i offentlig helsevesen. Uten integrering vil det oppstå fragmentering av ansvar mellom de ulike organisasjonene. Fragmentering kan defineres som en tilstand av differensiering uten den integreringen som kreves for å oppnå enhetlig innsats som vist i figur 4 hentet fra Axelsson & Axelsson (2006, s. 78).



Figur 4: Sammenheng mellom differensiering, fragmentering og behov for integrering

Hovedmotivet bak initiativer for å forbedre integrering mellom organisasjoner er å unngå fragmentering av ansvar gjennom en mer holistisk tilnærming til offentlig helsevesen. I det ligger at pasientens behov for helhetlige tjenester i større grad skal tas hensyn til i planlegging og tilrettelegging av helsetjenester (Axelsson & Axelsson, 2006).

Ulike profesjoner og kulturer møtes som resultat av integrering av helsetjenesten. De er kjent for å være forskjellige når det kommer til prioriteringer, målsettinger og idealer. Alle organisasjonene har ulik formell struktur og ulik organisasjonskultur. De kulturelle forskjellene er basert på profesjonelle holdninger og atferd som igjen er relatert til organisasjonenes ulike roller og oppgaver (Axelsson & Axelsson, 2006). Blant sykehuslegene kan f.eks. kunnskap og ekspertise telle langt høyere enn lokale prioriteringer, mens sykepleiere og administrativt personell kan ha en mer byråkratisk orientering og være mer opptatt av lokal drift og ressurser. På en annen side av helsevesenet kan fastleger, som i hovedsak opererer som selvstendig næringsdrivende, ha en mer merkantil prioritering (Melby & Tjora, 2013). Samhandlingsreformen legger til grunn en forutsetning om at alle

disse profesjonene som arbeider innenfor ulike kulturer skal kunne styres til bedre samhandling (Melby & Tjora, 2013). Den mest grunnleggende forutsetningen for å lykkes med samhandling og interorganisatorisk koordinering er at det må eksistere behov for det blant alle disse aktørene. Det må oppleves nyttig for alle parter å samarbeide for at det skal være noe mening i å forsøke (Knudsen, 2004).

Organisasjonskultur vil utdypes i neste kapittel for å kunne forklare hvordan kulturen kan legge føringer for samhandling mellom helseprofesjoner og organisasjoner.

2.2 Organisasjonskultur

Organisasjonskultur fremstilles som et verktøy for effektivisering av organisasjoner og kan sees på som en egenskap og en av de kreftene som virker i organisasjonen (Bang, 2020; Eriksson-Zetterquist et al., 2015). Kulturelle krefter er sterke fordi de opererer utenfor vår bevissthet. Kultur er et abstrakt fenomen som det er viktig å forstå fordi den har stor påvirkningskraft i ulike sosiale og organisatoriske situasjoner. Forståelse for kulturelle faktorer kan dermed være med på å forklare noen av de tilsynelatende uforståelige og irrasjonelle aspektene ved det som foregår i grupper eller organisasjoner som deler en felles historie (Schein, 2010).

I denne studien legges følgende definisjon av kultur til grunn:

The culture of a group can now be defined as a pattern of shared basic assumptions learned by a group as it solved its problems of external adaption and internal integration, which has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the correct way to perceive, think, and feel in relation to those problems. (Schein, 2010, s. 18).

Ut fra denne definisjonen kan en forstå at organisasjonskulturen blir formet over tid, og at erfaringer i form av ulike problemløsninger innad i organisasjonen har dannet grunnlaget for organisasjonen sine formeninger om hvordan f.eks. praksis bør være. Disse formeningene overføres så videre til nye medlemmer som en integrert del av kulturen. Videre beskriver

Eriksson-Zetterquist et al. (2015) og Bang (2020) at for å oppnå felles handlinger, som er noe av det grunnleggende i selve organisasjonen, må medlemmene til en viss grad ha de samme meninger og tolkninger, og kulturen skaper en identitet for medlemmene ved at de gjennom kulturen deler de samme forestillinger om verden. Kulturen bidrar også til kontinuitet, og den fungerer som en veileder til hva som fremmes som riktig måte å tenke på, hva som er passende adferd, hva medlemmene skal mene og hva de skal føle. Kulturen reduserer på den måten usikkerhet med hensyn til omgivelsene som er i stadig endring (Bang, 2020; Eriksson-Zetterquist et al., 2015), og bidrar dermed til den stabilitet og mening som både individer og grupper søker (Schein, 2010).

2.2.1 Kulturnivåer

Schein (2010) beskriver tre nivåer av kultur som kan brukes for å studere organisasjonskultur. Nivåene spenner fra konkrete, åpenbare artefakter til de innebygde mer uklare, grunnleggende antakelsene og verdiene som beskrives som essensen av kultur. Disse nivåene vil ligge til grunn for forståelse av organisasjonskultur i denne studien, med hovedvekt på organisasjonens verdier og grunnleggende antakelser.

Artefakter

Artefaktene innebærer de fenomener en kan se, høre og føle i møte med en ukjent kultur. Det kan være språk, teknologi og fysisk miljø (Schein, 2010). Det fysiske miljøet kan være arkitektur, kontorstørrelser og kleskoder, som alle kan si noe om organisasjonens kultur (Eriksson-Zetterquist et al., 2015). Slike artefakter har den egenskapen til felles at de er lette å observere, men veldig vanskelige å tyde. Med det menes at en observatør kan beskrive og føle noe for hva den ser, men kan ikke ut i fra det rekonstruere hva det betyr for en gitt gruppe. For å kunne gjøre dette kreves dypere innsikt i organisasjonens verdier og antakelser (Schein, 2010).

Verdier og grunnleggende antakelser

Når en organisasjon startes opp, vil verdier og antakelser reflektere noen individer sine verdier og antakelser, som senere vil bli identifisert som grunnleggere eller ledere. Gruppen har derimot ingen felles forståelse og kunnskap før de har tatt en form for felles avgjørelse og sammen observert utfallet av den handlingen. Dersom avgjørelsen viser seg å være riktig og fører med seg suksess, vil den løsningen gradvis bli transformert til en felles verdi, og videre til en felles antakelse. Det er bare felles verdier som kan bli testet empirisk og som fortsetter å være gunstig for å hjelpe gruppen til å løse et problem over tid som vil transformeres til en felles antakelse (Schein, 2010).

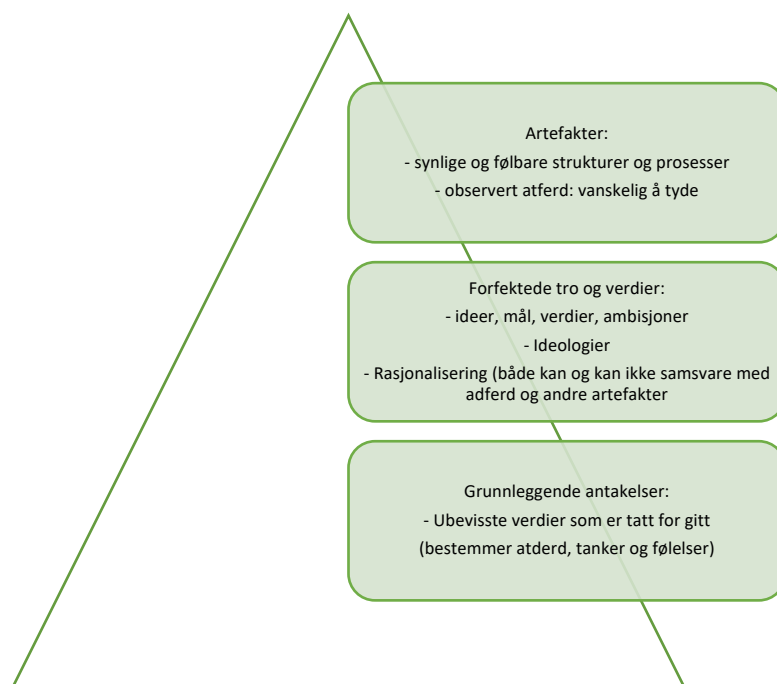
Noen verdier er i større grad integrerte i en kultur på bakgrunn av at ledelsen har kunngjort den som hensiktsmessig, og oppleves av gruppemedlemmene som at den derfor gir mening og støtte (Schein, 2010). Bang (2020) skiller mellom forfekte verdier og bruksverdier. Forfekte verdier er de verdiene som ledelsen i organisasjonen sier de tror på, og de kommer gjerne til uttrykk i organisasjonens strategier, målsettinger og visjoner. Klassiske forfekte verdier kan være profesjonalitet, åpenhet, kvalitet, samarbeid og helhetsorientering. Men i hvilken grad disse verdiene faktisk styrer atferden til de ansatte i hverdagen kan diskuteres. Bruksverdiene er de verdier som faktisk ligger bak de ansattes handlinger. De kan komme til uttrykk gjennom hva organisasjonen faktisk belønner, hva som gir status i gruppen eller gjennom organisasjonsmedlemmenes kollektive atferd. Bruksverdiene er ikke like synlige som de forfekte, og de ansatte har ofte ikke et bevisst forhold til denne formen for verdier. En forklaring til at bruksverdiene kan være ulike de forfekte verdiene beskrives av Schein (2010). Han sier i likhet med Bang (2020) at de forfekte verdier ofte blir en del av organisasjonens filosofi eller ideologi. Men dersom disse verdiene ikke sammenfaller med verdier som korrelerer med effektivitet, vil organisasjonens forfekte verdier reflektere den ønskede oppførsel som ikke nødvendigvis er observert i praksis. På grunn av dette er det viktig å skille mellom hensiktsmessige verdier, og verdier som bare er rasjonaliseringer og ambisjoner (Schein, 2010).

Når felles antakelser er oppnådd er det enklere å unngå endring ved fornektelse, projeksjon eller andre forsvarsmekanismer heller enn å endre den grunnleggende antagelsen.

Kulturrendring er dermed en svært vanskelig og tidkrevende prosess som er særlig viktig å ha kunnskap om for ledelse som søker slik endring (Schein, 2010).

I studier om organisasjonskultur legges det mye vekt på det sosiale aspektet, men måten arbeidet organiseres på samt hvordan det kontrolleres og utføres må ikke overses (Eriksson-Zetterquist et al., 2015). Det fremkommer at ledelse og kultur er to sider av samme sak, og at ledere er de første til å starte prosessen med kulturutvikling når grupper eller organisasjoner etableres og startes opp. Videre har ledere i oppgave å oppfatte både fremmende og hemmende elementer i kulturen, og å styre retning for kulturen videre for å kunne sikre at organisasjonene kan klare å håndtere den stadige endringen i miljø. På den måten er kulturell forståelse essensielt for ledere, og mangel på slik forståelse vil gjøre at kulturen styrer ledelsen mer enn motsatt (Schein, 2010).

Å forstå organisasjonskultur på et hvilket som helst nivå krever en viss forståelse for alle nivåene, fordi de alle er sammenkoblet. For ledere er det beskrevet som særlig viktig å forstå de grunnleggende antakelsene i gruppen, for å kunne håndtere utfordringene som oppstår når disse antakelsene utfordres (Schein, 2010). Modellen under illustrerer de ulike nivåene som er beskrevet i dette kapitlet.



Figur 5: Organisasjonskulturens ulike nivåer

Som tidligere nevnt er de kulturelle forskjellene basert på organisasjonsmedlemmenes holdninger og atferd. I den forbindelse er det interessant å studere helseprofesjoner som medlemmer av organisasjoner. Gjennom helseprofesjonene kan en forstå de utfordringene og mulighetene som helsetjenesten står ovenfor når det kommer til samhandling (Vik, 2018).

2.3 Profesjon

I denne studien legges til grunn en forståelse av profesjonsbegrepet med utgangspunkt i noen av profesjonenes egenskaper og kvalifikasjoner som beskrevet av Lauvås og Lauvås (2018):

- Profesjonene benytter kunnskap fra vitenskapen
- Autonomi tilstrebes i praktiseringen av yrket
- Profesjonene tilstreber monopol på yrkesutøvelsen

Generelt kan en si at «profesjoner er en type yrker som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom en spesialisert utdanning» (Molander & Terum, 2008, s. 13).

Profesjonalisering er en måte å hegne om et kunnskapsfelt på. Hver profesjon er bundet til ett sett med oppgaver ved såkalt jurisdiksjon. Jurisdiksjonen definerer bl.a. hva profesjonene får lov til å gjøre og hvilken kodeks knyttet til f.eks. moral og etikk som gjelder innenfor den ulike profesjon. Kontroll eller myndighet over egen kunnskap og dens utførelse er en sentral egenskap ved profesjoner og profesjonene vil på den måten hegne om sin jurisdiksjon (Abbott, 1988).

Helseprofesjonene skal arbeide for klientens beste gjennom behandling og pleie, men har i tillegg krav til å bidra til å iverksette politiske mål, følge lovverk og regler, holde seg innenfor økonomiske rammer og bruke standardiserte prosedyrer. Helseprofesjonene forventes også å samarbeide på tvers av organisasjoner for å løse pasienters behov, og den type samarbeid beskrives som en stadig aktuell utfordring (Gjersøe, 2019). Abbott (1988) sier at hvis en

profesjon tar over andre profesjoners oppgaver (jurisdictional vacancies), eller den dominerende profesjon blir avhengig av andres bidrag (i for eksempel en samarbeidssituasjon) kan det føre til opplevelse av å miste makt. Det økende kravet til samarbeid kan således komme i konflikt med profesjonenes jurisdiksjon og grad av autonomi ved at den dominerende profesjon, som tradisjonelt sett har vært legeyrket, ikke lenger er den eneste som kan løse en bestemt oppgave.

Noe av denne konflikten kan forstås ved å se på utviklingen av profesjonelle relasjoner.

2.3.1 Profesjonelle relasjoner

Som beskrevet i avsnitt 2.1.2 har behovet for økt integrering av tjenester mellom helsevirksomheter satt nye krav til samhandling mellom profesjoner på tvers av virksomhetsgrenser. Erichsen (2003) beskriver institusjonell integrasjon som en historisk endringsprosess som har hatt betydning for utviklingen av relasjonen mellom profesjonene i helsevesenet. Den institusjonelle integrasjonen viser til endringen som har funnet sted ved at organisasjoner som tidligere var isolerte fra hverandre i økende grad er blitt integrerte. (Erichsen, 2003). Det er kjent at profesjonell jurisdiksjon påvirkes av både organisatoriske og teknologiske endringer (Abbot, 1988), men det er noe usikkert hvordan integrasjonsprosessen har påvirket den jurisdiksjonelle konflikten i den daglige, konkrete tjenesteproduksjon. På generelt nivå beskrives at ved full jurisdiksjon har den dominerende profesjon klare fordeler, ved at den kan få utvidet arbeidsdelingen uten at dens posisjon trues. Med dette menes at profesjonen kan delegere arbeid og utføre det arbeidet som den selv ønsker. Men i den konkrete arbeidssituasjonen kan det være en hårfin balansegang, og den kan trues ved såkalt assimilering. Det betyr at det kan oppstå situasjoner i de konkrete oppgavene der det ikke er entydig at det kun er den dominerende profesjon som har kunnskap til å løse oppgaven. Underordnede profesjoner kan være aktuelle til å ta over arbeid. På denne måten kan den institusjonelle integrasjonen over tid følges av at det skjer en endring av jurisdiksjon gjennom den daglige yrkesutøvelsen (Erichsen, 2003).

Profesjoner ønsker ofte å beholde den makt og innflytelse de allerede har. Samarbeid representerer for dem muligheten for tap av autonomi ved at den faglige viten må deles med andre som også skal delta i beslutninger. For å oppnå vellykkede samarbeidssituasjoner må dermed profesjonenes autonomi vike til en viss grad. Det pasientrettede arbeidet må i større grad samordnes, avpasses og utføres med hensyn til andre faggruppers arbeid. På denne måten kan det oppleves som at den profesjonelle gir fra seg noe av de fordelene autonomien representerer som uavhengighet og faglig selvstendighet (Lauvås & Lauvås, 2018).

Selv om profesjonene har monopol på visse oppgaver og autonomi står sterkt i deres yrkesutøvelse forutsetter altså profesjonssystemet en gjensidig avhengighet mellom profesjonene. I dette systemet har hver profesjon sin virksomhet under ulike former for jurisdiksjon. Det vil si at noen ganger har profesjonen full kontroll og styrerett på egne arbeidsoppgaver, mens andre ganger er de underordnet andre profesjoners kontroll. Jurisdiksjongrensene er på den måten hele tiden i endring, både i lokal praksis og i nasjonale krav (Abbot, 1988).

Profesjoner arbeider innenfor ulike organisatoriske kontekster, og organisasjonene vil med sin særegne struktur og kultur i stor grad bidra til å fastsette rammer for tverrfaglig samarbeid (Lauvås & Lauvås, 2018). Dette aspektet ble beskrevet i kapittel 2.2 om organisasjonskultur. Med bakgrunnskunnskap om viktigheten av organisatoriske rammer sin betydning for samhandling, velger jeg å redegjøre for profesjonelt byråkrati som organisasjonsmodell. Der har flere av de sentrale aktørene i denne studien sitt virke, bl.a. leger, sykepleiere og farmasøyter på sykehus, og til en viss grad de kommunale profesjonene.

2.3.2 Profesjonelle byråkratier

Helseprofesjoner er i stor grad ansatt i organisasjoner heller enn hos individuelle aktører. Organisasjonene er over tid blitt større og mer komplekse, og har ofte egenskaper i form av et byråkrati. I et akademisk perspektiv har byråkratier blitt ansett som en effektiv organiseringsmåte pga. dens mulighet for overvåking, kontroll og nøye planlegging av

aktiviteter (Freidson, 1984). Organisasjonsformen er preget av klar arbeidsdeling, et klart hierarki, ledelsessentrert beslutningstaking og et stort omfang med regler og prosedyrer (Døving et al., 2016). Det har på bakgrunn av dette vært konflikt mellom byråkratiske organiseringsprinsipper og profesjonalisering, og klassisk byråkrati har blitt betegnet som en ugunstig organisasjonsform for profesjonell yrkesutøvelse. Profesjonene tilstreber å utføre sitt arbeid i lys av egne standarder, og de kan gjøre motstand mot ordre fra overordnede som i større grad søker mot å oppnå organisasjonens mål og verdier. Organisasjoner der profesjonelle arbeider har andre egenskaper enn det klassiske byråkratiet, og har blitt betegnet som profesjonelle byråkratier (Freidson, 1984).

Profesjonelle byråkratier er preget av stor grad av arbeidsdeling og betydelig desentralisering av beslutningsmyndighet til profesjonsutøverne heller enn til ledelsen (Storvik, 2016). Den møter i større grad behovene til profesjonene. Medarbeidere på lavest nivå har full beslutningsmyndighet i faglige spørsmål, mens beslutningsmyndighet i ressursspørsmål er mer sentralisert. Hva som er faglige og hva som er økonomiske beslutninger er ikke entydig, og det kan variere hvilke vurderinger som veier tyngst (Døving et al., 2016).

Koordinering og kontroll skjer gjennom faglige standarder mer enn ved tilsyn og bruk av regler og rutiner. Profesjonelle byråkratier som organisasjonsform ivaretar dermed profesjonenes autonomi. Den fører derimot også til tilbakevendende utfordringer med samarbeid og ved at faglige standarder settes foran økonomistyring (Storvik, 2016). En profesjonsutøver kan være mer lojal til fag og profesjon heller enn til ledelsen, som primært er knyttet til virksomheten og forpliktet til dens regler, systemer og målsettinger (Freidson, 1984).

Det tradisjonelle synet på profesjoner er at de stort sett er fri for de hierarkiske formene for sosial kontroll som er karakteristiske for andre typer yrker; i stedet er de selvregulerende, kun underlagt uformell kollegial kontroll (Freidson, 1984). På denne måten kan profesjonenes innarbeidede tenkemåte og arbeidsmåte stride mot en logikk som vektlegger hierarkisk kontroll. Profesjoner antar å kunne lede seg selv som et kollegium på grunnlag av felles normer og kunnskapsgrunnlag. Dette stiller egne krav til ledelse av profesjoner, som er et eget aspekt ved det profesjonelle byråkratiet (Storvik, 2016).

Det byr på utfordringer å overføre skillet mellom ledelse og profesjonelt arbeid fordi profesjonelles autoritet er basert på deres kunnskap og ikke på plassering i et organisatorisk definert hierarki (Freidson, 1984). Å lede høyt utdannede profesjonsarbeidere beskrives på bakgrunn av dette som et av de vanskeligste temaene i dagens organisasjonsliv. De profesjonelle har utstrakt grad av autonomi og vet i utgangspunktet selv hva som er den beste måten å løse egne arbeidsoppgaver. Ledelse av profesjonelle har blitt beskrevet som å gjete katter eller praktisk talt å guide og overbevise de ansatte om hva de skal gjøre (Skjølsvik et al., 2016). Høy grad av selvledelse fremmes som den eneste praktiske muligheten når det gjelder profesjonelle yrkesutøvere, og at den profesjonelle selv må bestemme hvordan arbeidet skal utføres (Freidson, 1984). Men selv om profesjonelle vil ha autonomi i egen praksis, har de liten kontroll over de økonomiske rammene for virksomheten og prioriteringene som også har konsekvenser for deres yrkesutførelse. På bakgrunn av dette går ledelsens maktutøvelse ut på ressursallokering i virksomheten, og ikke på hvordan yrkesutøvelsen foretas (Storvik, 2016).

3. Metode: Scoping studie

Scoping studie er valgt som metode. Metoden er en form for litteraturstudie, og har egenskaper som gjør at den kan brukes til ulike formål. Den vurderes som hensiktsmessig av tre årsaker. For det første egner scoping studier seg til å kartlegge forskningsområder (Peters et al. 2020). Metoden vurderes således som hensiktsmessig i sammenheng med det første forskningsspørsmålet, der målet er å danne et oversiktsbilde over hva som kjennetegner forskning om implementering av digitale legemiddellister for å identifisere eventuelle kunnskapshull. For det andre kan metoden også ha en mer oppsummerende og formidlende form med hensikt å presentere selve forskningsresultatene (Rumrill et al., 2010). Metoden åpner på den måten opp for å kunne gå mer i dybden av forskningsfunnene enn en kartlegging vil gjøre, og den gir mulighet for å analysere resultatene på bakgrunn av problemstillingens formål (Peters et al., 2020). Denne egenskapen ved metoden vurderes således som særlig hensiktsmessig i forbindelse med det andre forskningsspørsmålet, der helseprofesjonenes erfaringer med en delt digital legemiddelliste skal analyseres. For det tredje ønsker jeg å studere hvordan PLL kan hemme og fremme samhandling ved å gjennomgå dokumenter fra pilotprosjektets styringsgruppe. I denne sammenheng vurderes scoping studie som en gunstig metode fordi den åpner opp for å inkludere både publisert, men også upublisert datamateriale i form av bl.a. ulike dokumenter (Forsberg & Wengstrøm, 2015).

Scoping studier har mange likhetstrekk med systematiske litteraturstudier og følger de samme hovedprinsippene for en systematisk tilnærming. Jeg har benyttet meg av et rammeverk for scoping studier presentert av Peters et al. (2020). Rammeverket er basert på det originale rammeverket for scoping studier presentert av Arksey og O'Malley (2005) som også vil benyttes som referanser. Videre følger beskrivelse av datainnsamling i form av systematisk litteratursøk, inklusjonsprosess og metode for dataanalyse.

3.1 Søkestrategi: Systematisk litteratursøk

For å innhente datamateriale til studien benyttet jeg meg av systematisk litteratursøk i databaser. Den systematiske tilnærmingen er brukt for å øke resultatenes pålitelighet og kvalitet (Aveyard, 2019; Forsberg & Wengstrøm, 2015). Scoping studier åpner opp for å innhente datamateriale også på andre måter. Dokumenter som omhandlet PLL ble innhentet via pilotprosjektets styringsgruppe og beskrives i avsnitt 3.3.

Sentrale begreper fra forskningsspørsmålene ble utvalgt i samråd med bibliotekar og dannet grunnlaget for oppbygging av søkestrategi. Utvelgelsen resulterte i søkeord som er presentert i tabell 1. Innledende søk ble utført i perioden 27/5 – 4/6- 21 i de fire fagspesifikke databasene Scopus, Medline, Cinahl og Embase som også var valgt i samråd med bibliotekar. Databasene inneholder i hovedsak helseforskning, og valgt på bakgrunn av at digitale legemiddellister implisitt er knyttet til helseforskning som fagområde. Det ble søkt etter alle former for publisert forskningslitteratur som primærstudier, systematiske oversiktsartikler, metaanalyser, retningslinjer og upublisert materiale. Det ble ikke gjort andre spesifikke begrensninger som språk og årstall, for å få en best mulig oversikt over omfanget av eksisterende forskning som i seg selv er et sentralt poeng i scoping studier (Arksey & O'Malley, 2005).

Tabell 1: Søkeresultat mai/juni- 2021

Søkeord	Scopus	Medline	Embase	Cinahl
#1 "shared electronic medication list" OR "shared electronic medication record" OR "shared medication record" OR "shared medication list" OR "national medication list" OR "national medication record" OR "regional medication list" OR "regional medication record" OR "kjernejournal" OR "summary care record"	66	28	82	36
#2 "implementering" OR "implementation" OR "introduction"	2 671 158	647 308	1 768 232	281 303
#1 AND 2	15	12	31	6

Omfanget av søkeresultat for #1 og #1 AND #2 resulterte i 276 studier. Det var et håndterbart datamateriale for tittelgjennomgang. Funnene ble gjennomgått for å i første omgang vurdere tematisk relevans ut fra tittel. Tematisk relevans ble vurdert som studier som omhandlet bruken av digitale legemiddellister i helsevesenet.

Det var få studier som omhandlet digitale legemiddellister spesielt. Derfor ble også noen studier som omhandlet begrepene «electronic health record» og «health information systems» vurdert. De ble i utgangspunktet vurdert som for generelle til å belyse problemstillingen, fordi systemene ikke nødvendigvis hadde en integrert legemiddelliste. Men de som enten presenterte helseprofesjoners erfaringer med digitale informasjonssystemer eller var systematiske litteraturgjennomganger som omhandlet

implementering av digitale informasjonssystemer i helsevesenet ble allikevel tatt videre for å øke datagrunnlaget.

Studienes relevans ble i dette trinnet vurdert ut fra tittel, og duplikater ble ekskludert. Jeg valgte å ekskludere artikler på andre språk enn norsk, engelsk, dansk og svensk på bakgrunn av egen språkkunnskap. Antall studier for videre vurdering ble 34. Studiene som ikke var tilgjengelige i fulltekst ble bestilt via biblioteket. Åtte studier ble ekskludert da de ikke var tilgjengelige i norske biblioteker. Antall tilgjengelige studier i fulltekst fra det innledende søket i mai/juni- 21 var 26, og sammendraget i disse studiene ble gjennomgått.

Søkeprosessen ble gjentakende etterhvert som nye begreper og søkeord ble oppdaget og innlemmet i søkestrategien, som er i henhold til rammeverket til Peters et al. (2020). De gjentakende søkeprosessene beskrives her i fire trinn:

1.

Ett nytt søk basert på begreper identifisert ved gjennomgang av tittel og sammendrag av de 26 studiene ble utført i de samme databasene. Søkeordene «shared medical record», «national medical record», «regional medical record» og «medical information sharing» ble kombinert med “OR” , og resulterte i 279 treff. Temaer for disse studiene var i stor grad vurdert som ikke relevante, da de omhandlet bruken av digitale systemer blant spesifikke pasientgrupper, som f.eks. oppfølging av diabetespasienter. Søkeresultatet innebar derimot flere duplikater fra innledende søk. Søket førte ikke til nye studier av interesse.

2.

Jeg foretok en gjennomgang av referanselistene i de 26 studiene fra innledende søk. Det er anbefalt som en del av søkeprosessen (Arksey & O’Malley, 2005). Gjennomgangen førte til 21 studier av interesse på bakgrunn av tematisk relevans ved at de omhandlet bruken av digitale legemiddellister i helsevesenet. Det totale antall studier fra søkeprosess i mai/juni- 21 ble da 47.

3.

Fordi prosessen med studien strakk seg over tid ble det 12/10-22 gjort et søk basert på samme søkestrategi som vist i tabell 1 for å identifisere studier av nyere dato. Antall identifiserte studier ble 334, som var 58 flere enn i søket fra 2021. Studier på andre språk enn norsk, engelsk, svensk og dansk, samt duplikater fra første søk ble ekskludert. Søket resulterte i fire nye funn av interesse på bakgrunn av tematisk relevans. Videre ble referanselistene i de fire studiene gjennomgått, og identifiserte ytterligere ni studier med tematisk relevans på bakgrunn av tittel. Antall funn for videre gjennomgang ble da 60. Alle studiene var tilgjengelige i fulltekst.

4.

Siden problemstillingen skal belyses ved å studere hvordan helseprofesjoner har erfart digitale legemiddellister som samordningssystem, gjorde jeg et søk 14/10-22 basert på begreper fra de empiriske studiene som fremkom i løpet av søkeprosessen. #1 ble kombinert med søkeordene «experiences» OR «perceptions» OR «attitudes» OR «views» AND «nurses» OR «doctors» OR «physicians» OR «healthcare professionals» med mål om å spisse søket mot helseprofesjoner og deres erfaringer. Sammenlagt i de fire databasene ga søket 33 treff, der 22 studier var duplikater fra innledende søk og allerede vurdert som interessante for videre gjennomlesing. De resterende 11 studiene omhandlet ikke erfaringer med delte digitale systemer. Søket førte dermed ikke med seg nye funn som kan indikere at søkeord benyttet i det innledende søket var mer egnet for denne studien.

Dette avsnittet har gjort rede for den gjentakende systematiske søkeprosessen som resulterte i 60 studier. Inklusjonsprosess presenteres i neste avsnitt. Oversikt over søkeprosess og inklusjon er presentert som flytdiagram i vedlegg 1.

3.2 Inklusjon

Sammendrag av de 60 studiene ble gjennomgått. 18 av disse ble ekskludert fordi de hadde til hensikt å presentere generell informasjon om digitale informasjonssystemers spesifikke egenskaper. 42 studier gjensto. 27 av disse var ulike studier av både kvalitativ og kvantitativ karakter som i hovedsak omhandlet digitale informasjonssystemers egenskaper og

utfordringer, samt ulike aktører sine betraktninger om systemene. Både helseprofesjoner, ledere, IT-aktører og pasienter sine perspektiver var representert. De resterende 15 studiene var enten systematiske oversiktsartikler om utfordringsbildet med implementering av ulike digitale informasjonssystemer i helsevesenet, eller presentasjoner av rammeverk og sjekklister til bruk for å forbedre slike implementeringsprosesser.

Inklusjonskriterier ble fastsatt på bakgrunn av det rammeverket benevner som PCC-kriterier (population, concept, context). Det vil si at studier ble inkludert ut fra hvilke aktører sine erfaringer, hvilken type system og hvilken kontekst studien presenterte (Peters et al. 2020).

Knyttet til forskningsspørsmålene som omhandler helseprofesjoner i primær- og spesialisthelsetjenesten sine erfaringer med innføring og bruk av en delt digital legemiddelliste ble videre inklusjon dermed gjort etter følgende kriterier:

- Studiene skulle omhandle erfaringer fra helseprofesjoner i primær- og/eller spesialisthelsetjenesten
- Legemiddelliste skulle være en integrert, men ikke nødvendigvis eneste funksjon i det digitale systemet
- Det digitale systemet skulle være delt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

På bakgrunn av disse inklusjonskriteriene ble 11 av de 42 studiene inkludert, derav fire kvalitative studier, tre kvantitative studier og fire mixed method studier. Studiene var publisert i tidsrommet 2010 – 2019.

3.3 Datainnsamling: PLL-dokumenter

Jeg tok kontakt med regional systemansvarlig for EPJ i Helse Vest RHF per e-mail på bakgrunn av at det var i dette regionshelseforetaket PLL skulle piloteres. Jeg ble henvist videre til nasjonal prosjektleder for PLL som ga meg tilgang til Direktoratet for e-helses samhandlingsløsning (SharePoint). Slik kunne jeg få fortløpende lesetilgang til prosjektgruppens dokumenter og leveranser, og tilgangen ble gitt på bakgrunn av at dokumentene kunne være interessante å studere i forbindelse med denne masteroppgaven.

Denne tilgangen krevde at jeg signerte en «Bruker- og taushetserklæring for innleide», og den ble signert i april 2021. Dette var nødvendig for å sikre at opplysninger som tilkom meg via dokumentene ikke kom uvedkommende i hende og at eventuelle konfidensielle opplysninger ikke ble brukt på andre måter enn det som var avtalt med Direktoratet for e-helse. Prosjektleder bekreftet at de dokumenter som var sendt ut til styringsgruppen på SharePoint i prinsippet var åpne for offentligheten og kunne brukes i studien uten behov for andre avklaringer.

Følgende dokumenter ble tilgjengelige for meg via prosjektgruppen:

- Styringsdokument: utprøving av PLL i praksis
- PLL i praksis
- Endrings- og innføringsstrategi for utprøving av pasientens legemiddelliste

Disse dokumentene beskrev bakgrunn for PLL, egenskaper med systemet samt plan for innføring i helsevirksomheter, og ble på bakgrunn av dette vurdert som hensiktsmessige å inkludere. Datainnsamling fra prosjektets styringsgruppe ble utført mellom januar 2021 og november 2022.

3.4 Dataanalyse

I en scoping studie står forfatter relativt fritt til å velge analysemetode ut fra hensikten med studien og egen vurdering (Peters et al., 2020). For å besvare de tre forskningsspørsmålene måtte jeg tilnærme meg datamaterialet på ulike måter. På bakgrunn av dette ble analysedelen tredelt i form av kartleggingsanalyse, tematisk analyse og kvalitativ innholdsanalyse.

I de neste avsnittene vil rammeverkene til Peters et al. (2020) og Braun og Clarke (2006) beskrives og benyttes som fremgangsmåte for henholdsvis kartleggingsanalyse og tematisk analyse. Å benytte eksisterende rammeverk for å analysere data i en scoping studie beskrives av Peters et al. (2020) som hensiktsmessig, og er et grep som er tatt for å styrke analysedelen av denne studien. De identifiserte temaene som fremkommer i den tematiske

analysen vil videre benyttes som grunnlag for en kvalitativ innholdsanalyse av PLL-dokumentene.

3.4.1 Kartleggingsanalyse

Kartlegging av data var første del av analysen og ble benyttet for å identifisere de dominerende egenskaper ved forskningen. Analysemetoden er således rettet mot første forskningsspørsmål. En kartleggingstabell ble utviklet for å registrere følgende grunnleggende informasjon om studiene: forfatter, årstall, navn på studie, formål, metode, populasjon, land, type samhandlingssystem og hovedfunn relatert til helseprofesjoners erfaringer med innføring og bruk av delte digitale legemiddellister. Den fullstendige kartleggingstabellen presenterer resultatene av analysen på en skjematisk måte i vedlegg 2. Den deskriptive fremstillingen av kartleggingsanalysen fremkommer i avsnitt 4.1 i resultatkapitlet.

3.4.2 Tematisk analyse

Hensikten med det andre forskningsspørsmålet var å gå mer i dybden på resultatene angående helseprofesjoners erfaringer med delt, digital legemiddelliste. I henhold til rammeverket kan jeg velge en slik tilnærming ved å utføre mer dyptgående analyser ved å identifisere, tematisere og rapportere gjentakende funn i datamaterialet (Peters et al., 2020). Det sammenfaller således med en del av prinsippet for tematisk analyse presentert av Braun og Clarke (2006), og deres rammeverk for å analysere data ble vurdert som hensiktsmessig fordi det var beskrevet som retningsgivende og dermed kunne tilpasses denne studiens mål og hensikt. Jeg valgte derfor å benytte utvalgte prinsipper fra dette rammeverket som legger føringer for hvordan en gjennomgår datamaterialet, koder data og definerer temaer.

Tematisk analyse er regnet som en metode for å analysere i utgangspunktet kvalitative data (Braun & Clarke, 2006). De inkluderte studiene hadde derimot både kvalitative og kvantitative tilnærminger. Det kan være utfordrende å finne rammeverk for å analysere

studier av ulik metodisk karakter (Arksey & O'Malley, 2005). For å håndtere denne utfordringen valgte jeg å inkludere også de kvantitative studiene i den tematiske analysen ved å analysere de beskrivende resultatene heller enn det numeriske datamaterialet.

Basert på trinnene i rammeverket til Braun og Clarke (2006) benyttet jeg meg av en prosess i fire trinn for å analysere de inkluderte studiene. Et eksempel på hvordan denne fremgangsmåten ble brukt i en av studiene presenteres i tabell 2. Etter gjentatte gjennomlesinger utarbeidet jeg først et sammendrag i stikkordsform av hver enkelt studie. Dette er i samsvar med første trinn av tematisk analyse som viser til viktigheten av å bli kjent med datamaterialet og notere ned de første ideene om temaer som gjenspeiler hovedfunn. Første trinn baserte seg på induktiv tilnærming ved at funn i datamaterialet fremkom etterhvert som datamaterialet ble studert (Braun & Clarke, 2006).

Jeg foretok i andre trinn en deduktiv tilnærming til datamaterialet, som betyr at utvelgelse av data ble styrt av studiens problemstilling og teoretiske perspektiver (Braun & Clarke, 2006). Kodene sa enten noe om de rent konkrete erfaringer med bruken av systemet i form av bl.a. tekniske egenskaper, eller de sa noe mer implisitt om erfaringer med digitale legemiddellister, knyttet til for eksempel profesjonenes holdninger eller forventninger til systemet. I denne prosessen var jeg bevisst på å ikke bare kode dominerende funn og på den måten overse funn som er mindre hyppig presentert. Det vil potensielt kunne jevne ut og ignorere spenninger og diskrepans i datamaterialet og er ikke hensiktsmessig i en tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

I tredje trinn ble kodene sortert i grupper. Dette kan utføres på ulike måter som for eksempel ved hjelp av tankekart eller tabell (Braun & Clarke, 2006). Jeg valgte å lage en liste for å få en visuell oversikt over alle kodene som fremkom i studiene. Jeg noterte meg hvor mange av studiene som omhandlet de ulike kodene for å få et inntrykk av hvilke koder som var de mest hyppig rapporterte i datamaterialet. Basert på de hyppigst rapporterte kodene definerte jeg temaer jeg anså som representative for kodene som fjerde trinn i analysen. Temanavnet skal tydelig reflektere essensen av hva temaet omhandler (Braun & Clarke, 2006). For eksempel var kodene varierende holdninger, motivasjon og forventninger blant helseprofesjonene hyppig rapportert. Disse kodene ble gruppert under temaet

«Helseprofesjoners holdninger». Andre hyppig rapporterte koder var endring i ansvarsforhold og tidsbruk. Disse kodene ble samlet under temaet «Implikasjoner av økt digitalisering».

Tabell 2 viser hvordan jeg brukte den beskrevne fremgangsmåten for å gjennomgå en studie, kode data, sortere og definere temaer for en av studiene. Fremgangsmåten ble brukt for alle de 11 studiene.

Tabell 2: Utvikling av koder og temanavn

Tematisk analyse av artikkelen til Dyb & Warth (2018): The Norwegian national summary care record: a qualitative analysis of doctors' use of and trust in shared patient information.			
1. Utarbeidelse av sammendrag/stikkord basert på gjentakende lesing.	2. Koding av datamaterialet	3. Sortere kodene	4. Definere temaer
-Kun en del av systemet var tatt i bruk, men i liten grad -Legene hadde ikke tillit til at informasjon var oppdatert, listene var ufullstendige -Profesjonene var positive i utgangspunktet -Økt tilgang til informasjon ble sett på som nyttig for å forhindre feil i medisinalister -Mest nyttig i akuttinntak på sykehus -Mest nyttig for noen typer pasienter, eks. eldre eller bevisstløse -Legene er lei av nye datasystemer -Dobbeltføring	Lav tillit til informasjon Ulik nytteverdi Positive til systemet i utgangspunktet Økt tilgang til informasjon Varierende holdninger og forventninger Merarbeid Dobbeltføring Tidsbruk	1. Profesjonene erfarer at bruken av systemet medfører: -Merarbeid -Dobbeltføring -Endring i tidsbruk -Tidspress -Endring i arbeidsrutiner -Dataoverload -Økt tilgang til informasjon -Varierende tillit til informasjon -Ulik nytteverdi 2. Det eksisterer holdninger blant helseprofesjonene til systemet i form av:	1. Implikasjoner av digitalisering 2. Helseprofesjoners holdninger 3. Systemenes tekniske egenskaper

-Tidspress i arbeidsdagen -Ulike funksjoner i systemet har ulik nytteverdi -Ingen opplevd automatisk forbedring som følge av systemet -Endring i arbeidsrutiner -Dataoverload -Vilje, forpliktelse og ansvarsfølelse er avgjørende faktorer for bruk -Programvare legger ikke til rette for automatisk innhenting av informasjon -Tekniske utfordringer	Tidspress Varierende vilje, forpliktelse og ansvarsfølelse blant profesjonene Endring i arbeidsrutiner Dataoverload Utfordringer med programvare	- Positiv holdning til systemet i utgangspunktet - Ulike forventninger - Varierende grad av vilje, forpliktelse og ansvarsfølelse - De har ulik kompetanse 3. Profesjonene erfarer at systemenes tekniske egenskaper er av stor betydning for bruken: -Programvare	
--	--	--	--

Arbeidet med tematisk analyse er ikke en lineær, men en iterativ prosess (Braun & Clarke, 2006). Jeg beveget meg dermed frem og tilbake i prosessen med å gjennomgå datamateriale og kode det, for så å utvikle temaer. Prosessen ble avsluttet når følgende fire temaer ble ansett som dekkende for datamaterialet i alle de inkluderte studiene: «Implikasjoner av økt digitalisering», «Helseprofesjoners holdninger», «Systemenes tekniske egenskaper» og «Anbefalinger for implementering av fremtidige systemer».

3.4.3 Kvalitativ innholdsanalyse av PLL dokumenter

Det tredje forskningsspørsmålet hadde til hensikt å svare på hvordan bruken av PLL kan hemme og fremme samhandling. For å kunne svare på dette gjorde jeg en gjennomgang av PLL dokumentene basert på kvalitativ innholdsanalyse. Det innebar en systematisk gjennomgang av dokumentene som tok sikte på å finne relevant informasjon om de forhold som skal studeres (Grønmo, 2016). Jeg brukte de fire temaene identifisert ved tematisk analyse som grunnlag for den kvalitative innholdsanalysen: «Implikasjoner av økt

digitalisering», «Helseprofesjoners holdninger», «Systemenes tekniske egenskaper» og «Anbefalinger for implementering av fremtidige systemer». Kategoriene var således definert på forhånd, og analysen besto i å relatere innholdet i dokumentene til disse kategoriene (Grønmo, 2016). Det gjorde jeg ved å gjennomgå dokumentene gjentatte ganger. Fargekoder ble brukt for å markere funn relatert til de fire temaene. Ved å studere PLL dokumentene i lys av disse temaene var målet å identifisere det innholdet som var relevant for problemstillingen og forskningsspørsmålet (Grønmo, 2016). Det ville i denne studiens sammenheng si å identifisere faktorer som sa noe om hvordan den digitale legemiddellisten PLL kan hemme og fremme samhandling.

Etter å ha gjennomgått PLL dokumentene valgte jeg å sammenfatte resultatene i to kategorier som jeg anså som dekkende for datamaterialet: «Implikasjoner av PLL som samordningssystem» og «Aktørenes holdninger og behov ved innføring av PLL». Resultatene fra analysen presenteres deskriptivt i avsnitt 4.3.

3.5 Vurdering av studiens kvalitet

For å sikre kvalitet i forskningsprosessen har jeg gjennom hele studien forholdt meg til et sett grunnleggende forskningsetiske normer presentert av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. De legger bl.a. til grunn sannhetssøken, sannhetsforpliktelse, redelighet og ærlighet som forutsetninger for forskningens kvalitet. I tillegg har jeg tatt hensyn til metodologiske normer som skal sikre at den vitenskapelige metoden følges på en faglig forsvarlig måte. Det innebærer at metodiske prinsipper beskrives og etterleves for å øke studiens kvalitet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). Pålitelighet og gyldighet er to kriterier som indikerer kvaliteten i forskning (Tjora, 2018). Videre presenteres vurderinger og grep jeg har tatt i forhold til disse kriteriene for å øke studiens kvalitet.

3.5.1 Pålitelighet

For å sikre pålitelighet er det sentralt å redegjøre for hvordan ens egen posisjon kan prege forskningsarbeidet. Selv om idealet er nøytrale eller objektive observatører har en innenfor

den fortolkende tradisjonen som kvalitativ forskning er basert på innsett at en fullstendig nøytralitet ikke kan eksistere (Tjora, 2018). Mine erfaringer med innføring av digitale systemer som presentert innledningsvis, både positive og mer utfordrende, gjorde at jeg lettere kunne ha en åpen tilnærming til datamaterialet enn hvis mine erfaringer pekte i en spesiell retning. På den måten kan mitt engasjement ansees som en ressurs, gitt at det gjøres eksplisitt hvordan min personlige interesse brukes i studien (Tjora, 2018). Gjennom hele studien var jeg bevisst på å belyse alle funn med relevans for problemstillingen, både de som støttet og ikke støttet eget syn og oppfatning, noe som Forsberg og Wengstrøm (2015) viser til viktigheten av.

Min faglige bakgrunn kan ha vært med på å styre valg av teori mot profesjon og organisasjonskultur, heller enn mot f.eks. samfunnsteori. Slike teorier kunne gitt andre perspektiver på implementering- og samhandlingsutfordringer, som teorier om f.eks. motstand eller ulike styringslogikker. På samme måte kan min fagbakgrunn ha vært med på å påvirke valg av databaser. Bibliotekar fra høyskolebibliotek bisto med veiledning for å utvikle søkestrategi og valg av databaser, og kan styrke kvaliteten i den delen av prosessen. Det bemerkes at databaser knyttet til andre forskningsfelt kunne vært av interesse slik at implementeringsbegrepet ikke bare ble tilknyttet helsefaglig forskning. En styrke i denne sammenheng kan være at databasen Scopus som inneholder samfunnsvitenskapelig forskning ble benyttet, og dermed gav grunnlag for andre søkeresultater enn helsefaglig forskning.

Pålitelighet underbygges ved å ha tydelige kriterier for hvordan studien utvikles. En sikrer transparens ved å synliggjøre hvordan undersøkelsen er utført og ved å begrunne ulike valg som er tatt i forskningsprosessen (Tjora, 2018). For å øke transparens har jeg beskrevet og begrunnet fremgangsmåte for datainnsamling (søkestrategi, inklusjon og analyse) fortløpende i metodekapitlet. Søkestrategi og inklusjon er fremstilt deskriptivt og som flytdiagram for å sikre etterprøvbarehet. En utfordring i denne sammenheng var å utvikle et detaljert nok flytdiagram for å oppsummere en søkeprosess som var gjentakende. For å oppsummere prosessen på en mest mulig oversiktlig måte, valgte jeg å tilpasse flytdiagrammet som presentert av Peters et.al (2020) til denne søkeprosessen. For å støtte dokumentasjon av alle trinn som ble tatt i både søkeprosess, inklusjon og analyse har jeg

benyttet to etablerte rammeverk som verktøy, som også er med på å bidra til transparens (Tjora, 2018).

Scoping studier baserer seg på gjengivelse av andres arbeid (Aveyard, 2019). Manglende henvisninger kan tolkes som plagiat ved at andres arbeid er fremstilt som eget, og riktig referansebruk er dermed et avgjørende prinsipp for å ivareta studiens gyldighet og pålitelighet (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2021). For å ivareta god henvisningsskikk har jeg tilstrebet å anvende APA7 som gjennomgående referansestil.

3.5.3 Gyldighet

Gyldighet handler om den valgte tilnærmingen er den mest relevante for å utforske det man ønsker å finne svar på, såkalt metodisk treffsikkerhet (Tjora, 2018). Betraktninger rundt dette vil drøftes i avsnitt 5.3. Der vil også Tjora (2018) sin beskrivelse av konseptuell generaliserbarhet ligge til grunn for å drøfte denne studiens generaliserbarhet og overføringsverdi.

For å øke gyldigheten av studien har jeg begrunnet mine valg av metode og analysemetoder tidligere i dette kapitlet. To egenskaper ved scoping studie som jeg i tillegg mener gjør den hensiktsmessig for denne studien er at det ikke stilles krav til utarbeidelse av søkestrategi samt gjennomgang av datamaterialet av flere forskere (Forsberg & Wengstrøm, 2015). Denne egenskapen er en fordel i forbindelse med denne studiens krav til individuell besvarelse. I tillegg er scoping studier regnet som en effektiv metode for kunnskapsoppsummering, fordi den ikke legger opp til krav om kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene (Peters et al. 2020). Således er metoden mer gjennomførbar for dette mastergradsprosjektet med tilhørende tidsrammer enn for eksempel en systematisk litteraturgjennomgang ville vært.

På en annen side har scoping studie som metode fått kritikk for ikke å være systematisk nok, nettopp fordi den ikke stiller krav til kvalitetsvurdering av inkluderte studier. Etter det originale rammeverket for scoping studier ble utviklet av Arksey og O'Malley (2005) har metoden blitt videre avansert og utviklet. Levac et al. (2010) fremmet behov for et mer

definert rammeverk for å legitimere metoden ved å tydeliggjøre de ulike prosessene i en scoping studie. Som svar på dette videreutviklet Peters et al. (2020) det originale rammeverket. Det fremstår dermed som tilpasset de økende krav til metodisk kvalitet som har oppstått i sammenheng med en økning i utviklingen av metoder for å sammenfatte eksisterende forskning (Aveyard, 2019). Et grep for å styrke denne studiens gyldighet har vært å bruke dette rammeverket.

4. Resultat

Dette kapitlet starter med en deskriptiv fremstilling av kartleggingsanalysen presentert i kapittel 3.4.1. Fremstillingen gir en oppsummering over den identifiserte forskningens egenskaper og hovedfunn, og har således til hensikt å besvare første del av problemstillingen: Hva kjennetegner forskning om implementering av digitale legemiddellister?

Videre følger en presentasjon av resultater fra den tematiske analysen beskrevet i kapittel 3.4.2, som er rettet mot å besvare det andre forskningsspørsmålet: Hvilke erfaringer har helseprofesjoner med implementering av en delt digital legemiddelliste som samordningssystem?

Deskriptiv kvalitativ innholdsanalyse av PLL-dokumentene presenteres avslutningsvis i dette kapitlet og skal bidra til å besvare tredje forskningsspørsmål: Hvordan kan bruken av PLL hemme og fremme samhandling?

4.1 Kartleggingsanalyse

11 studier ble inkludert. De var publisert i tidsrommet 2010 – 2019. Tre av studiene ble utført i Norge, tre i Østerrike, to i Sverige, to i England og en i Danmark. Fem digitale samordningssystemer var representerte i forskningen. Tre studier omhandlet innføringen av «e-Medikation» i Østerrike, fire studier omhandlet Kjernejournal/Summary Care Record (SCR) i Norge og England, to studier omhandlet regional elektronisk pasientjournal m/ integrert legemiddelliste i Sverige, en studie så på bruken av PLL i Norge mens en studie presenterte erfaringer med Fælles Medicinkort (FMK) i Danmark. De digitale systemene hadde ulike egenskaper som f.eks om de var delt regionalt eller nasjonalt, og det varierte hvor mye informasjon som ble delt. Felles var at legemiddelliste var en integrert del av systemet og ble delt på tvers av virksomheter i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Alle de beskrevne systemene medførte store organisasjonsovergrepene prosesser.

Ni av studiene baserte seg på erfaringer fra leger og farmasøyter fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, en studie studerte leger og farmasøyter på sykehus, mens en studie presenterte erfaringer fra leger, sykepleiere og apotekpersonell i primærhelsetjenesten. Tre studier var kvantitative, fire studier var mixed method studier og fire studier var av kvalitativ karakter. For å strukturere presentasjonen av studienes hovedfunn vil jeg gruppere denne deskriptive fremstillingen ut fra metodisk tilnærming.

4.1.1 Kvantitative studier

De tre kvantitative studiene presenterte i hovedsak resultater fra prosjekter og evalueringer vedrørende implementering av delte legemiddellister blant helseprofesjoner (Ammenwerth et al., 2014; Hackl et al., 2014; Janzek-Hawlat et al., 2013). Disse studiene omhandlet systemet «e-Medikation» som ble pilotert i Østerrike i 2009. Systemet skulle sørge for å dele komplett og oppdatert informasjon om pasienters legemiddelbruk på nasjonalt nivå mellom fastleger, sykehus, apotek og pasienter. Disse studiene benyttet spørreskjemaer som metode for å kartlegge helseprofesjoners syn på, og bruk av, en nasjonal legemiddelliste. Leger og farmasøyter fra primær- og spesialisthelsetjenesten var de sentrale helseprofesjonene i de tre studiene som hadde sammenfallende mål om å:

- oppsummere erfaringer med den delte legemiddellisten etter pilotering
- presentere avgjørende faktorer for vellykket implementering
- presentere anbefalinger for fremtidige implementeringsprosjekter knyttet til delt legemiddelinformasjon.

Ammenwerth et al. (2014) viste til at både leger og farmasøyter var motiverte for en delt legemiddelliste, men legene i noe mindre grad enn farmasøytene. Samarbeid mellom aktørene ble trukket fram som avgjørende for å lykkes med bruken av systemet, i tillegg til betydningen av faktorer som profesjonenes holdninger, motivasjon og grad av motstand. Flere tekniske og organisatoriske grep ble anbefalt for å møte utfordringsbildet. Hackl et al. (2014) og Janzek- Hawlat et al. (2013) viste til samsvarende funn, og trakk særlig fram

kompleksiteten i samhandling som følger av at leger og farmasøyter hadde ulike behov og ulik nytteverdi av systemet.

4.1.2 Mixed method studier

Fire studier var mixed method studier. Den kvantitative delen av studiene presenterte i hovedsak i hvilken grad systemene var blitt tatt i bruk, mens den kvalitative forskningen i form av intervjuer og observasjon ga en dypere forståelse av de kvantitative funnene. Eason & Waterson (2013) gjorde en analyse av både kvalitative og kvantitative data innhentet fra evalueringsrapporter fra innføringen av Summary Care Record (SCR) i England i 2010. SCR er et nasjonalt digitalt system som skal inneholde kritisk pasientinformasjon, deriblant pasientens medisinske liste. Kvalitative data ble hentet fra intervjuer med klinikere (bl.a. leger) og administrativt personell fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Den fullstendige rapporten var ikke tilgjengelig i fulltekst som gjorde at jeg ikke fikk innsikt i hvilke spesifikke profesjoner som var studert. Ved intervjuer ble menneskelige og organisatoriske implikasjoner av SCR og andre ulike tekniske strategier for deling av pasientinformasjon presentert og diskutert. Studien viste til at det var variasjoner knyttet til de ulike strategiene når det kom til graden av bruk, og at SCR hadde egenskaper som gjorde at systemet ble integrert i praksis i høyere grad enn andre strategier.

Greenhalgh et al. (2010) og Christensen et al. (2013) brukte både kvalitativ og kvantitativ metode i sine studier om henholdsvis SCR i England og Fælles Medicinkort (FMK) i Danmark. SCR ble beskrevet i forrige avsnitt. FMK ble innført som et pilotprosjekt i 2012 og skulle gi en oversikt over pasienters aktuelle legemiddelbruk i en nasjonal database. Studiene anvendte kvantitativ metode for å studere i hvilken grad systemene ble brukt. Begge studiene konkluderte med lav grad av bruk blant legene, og kvalitative metoder ble så benyttet for å innhente informasjon fra aktørene som kunne si noe om hvorfor det var slik. Greenhalgh et al. (2010) innhentet kvalitative data fra både intervjuer og observasjoner av klinikere (bl.a. leger) og administrativt personell fra tre regioner i England, mens Christensen et al. (2013) utførte intervjuer av leger og farmasøyter på sykehus. Begge studiene presenterte funn knyttet til hvordan ulike profesjoners holdninger, motivasjon, prioriteringer og verdier

påvirket bruken av systemene, og hvordan systemenes tekniske egenskaper påvirker graden av bruk.

Jøsendal & Bergmo (2019) kombinerte kvalitativ og kvantitativ metode for å studere hvordan feil i eksisterende papirbaserte legemiddellister påvirket opprettelsen av, og tillit til, en nasjonal digital legemiddelliste (Pasientens legemiddelliste/PLL) i Norge. PLL var under pilotering fra 2014 og skulle formidle informasjon om pasientens legemiddelbruk mellom fastleger, farmasøyter og sykepleiere i hjemmetjenesten for pasienter som mottok multidose. Den kvantitative delen tok sikte på å studere omfanget av avvik i eksisterende legemiddelliste, mens kvalitative data ble innhentet ved intervju for å avdekke hvordan disse avvikene påvirket fastleger, apotekansatte samt sykepleiere og farmasøyter i primærhelsetjenesten sin bruk av PLL. Studien viste høy forekomst av feil i eksisterende legemiddellister, og at dette påvirket opprettelsen av PLL. Studien påpekte at aktørene hadde ulike erfaringer og forventninger, og at implikasjonene av økt digitalisering var mange.

4.1.3 Kvalitative studier

Fire studier var av kvalitativ karakter der intervju var benyttet som metode. Dyb & Warth (2018) og Warth & Dyb (2017) intervjuet leger fra primær- og spesialisthelsetjenesten for å identifisere erfaringer med innføringen og bruk av Kjernejournal i Norge, som ble innført fra 2013. Kjernejournal er tilsvarende SCR i England, og skal dele kritisk informasjon, bl.a. legemiddelliste på tvers av helsevirksomheter. Studiene viste at kun en av systemets seks funksjoner var i bruk, og det var den digitale legemiddellisten. Den var derimot kun i bruk for et fåtall av pasientene. Det var lav tillit til at informasjonen i systemet var korrekt, og tekniske forhold samt ulike holdninger og egenskaper blant sykehuslegene og fastlegene var med å påvirke grad av bruk. Warth & Dyb (2017) påpekte også at lokale arbeidsforhold påvirket bruken av systemet. Hammar et al. (2014) og Tully et al. (2013) intervjuet leger i primær- og spesialisthelsetjenesten for å kartlegge deres erfaringer med en regional legemiddelliste som var innført i Sverige fra 2007. Denne legemiddellisten var integrert i et regionalt digitalt pasientjournalssystem. Disse studiene viste til høyere grad av bruk av

systemet enn de andre studiene og relaterte dette til at systemet ga økt tilgang til informasjon og kunnskap. De presenterte allikevel et omfattende utfordringsbilde basert på forhold knyttet til personvern og tekniske egenskaper, og satte særlig fokus på at legene i primær- og spesialisthelsetjenesten hadde ulike behov og erfaringer. Studiene ga ikke inntrykk av et tydelig mønster knyttet til om det eksisterte ulike erfaringer innad i legegruppene.

4.2 Tematisk analyse

Forskningsgjennomgang viste til et bredt spekter av erfaringer med en delt digital legemiddelliste. På bakgrunn av den tematiske analysen ble erfaringene kategorisert i følgende fire overordnede temaer: Implikasjoner av digitalisering, helseprofesjoners holdninger, systemenes tekniske egenskaper og anbefalinger for fremtidig implementering av digitale legemiddellister.

4.2.1 Implikasjoner av digitalisering

Et sentralt funn i studiene var at helseprofesjoner opplevde at de digitale legemiddellistene påvirket ulike deler av praksis. De mest hyppig rapporterte implikasjonene var knyttet til:

1. at systemene påvirket ansvarsforhold
2. at systemene medførte tidkrevende feilsøking og dobbeltføring
3. usikkerhet omkring ivaretagelse av personvern
4. usikkerhet knyttet til informasjonens pålitelighet/gyldighet

Ansvarsforhold

Flere studier påpekte at helseprofesjonene erfarte usikkerhet rundt hvem som hadde det overordnede ansvaret for at den digitale legemiddellisten både var korrekt og hensiktsmessig (Christensen et al., 2013; Hammar et al., 2014; Jøsendal & Bergmo, 2019; Tully et al., 2013; Warth & Dyb, 2017). Selv om bruken av legemiddellistene ikke hadde ført

med seg en formell endring i ansvar for pasientens legemiddelbruk, tydet disse funnene på at innføring av digital legemiddelliste hadde ført til større bevissthet rundt prosessene legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang, og at det var uklarheter omkring hvem som hadde ansvar for disse prosessene og hva de innebar. Hammar et al. (2014, s. 935) uttrykte dette slik: «Physicians have various opinions concerning their responsibility for performing medication reconciliation, providing an accurate medication list, or reviewing whether the treatment is suitable or appropriate».

Som beskrevet i dokumentet «PLL i praksis» (2022) er legemiddelsamstemming en prosess som skal sikre at pasientens legemiddelliste er i henhold til den nyeste medisinnoppdateringen, mens en legemiddelgjennomgang er en mer omfattende prosess der legen skal vurdere om alle medikamentene er hensiktsmessige i bruk for pasienten.

Sykehuslegene i studien til Christensen et al. (2013) opplevde en økt følelse av ansvar for å gjennomføre legemiddelgjennomgang ved overgang til FMK på bakgrunn av at de nå skulle stå som godkjenningsansvarlige for hele legemiddellisten, ikke bare egne ordinasjoner. Sykehuslegene argumenterte derimot for å ikke kunne ta dette ansvaret på grunn av at de var spesialiserte innenfor eget fagfelt, og de så det som urimelig å ta stilling til om medisiner utenfor sitt fagområde var hensiktsmessig. Følgende sitat er beskrivende for utfordringsbildet: «(...) han (legen) ikke ville gøres ansvarlig for ordinationer af nonsteroidale antiinflammatoriske stoffer eller benzodiazepiner, hvis han blot havde fortsat en anden læges ordination. Det ville kræve innsigt i journalopplysninger, som ikke var gjort tilgjengelige» (Christensen et al., 2013, s. 3).

Hammar et al. (2014) og Tully et al. (2013) beskrev på sin side hvordan legenes økte tilgang til både journalopplysninger og legemiddelliste åpnet opp en mulighet for alle legene til å ta et større ansvar for å utføre nettopp legemiddelgjennomgang. Denne muligheten opplevdes derimot som belastende og kompleks. Å gjennomgå all tilgjengelig informasjon for å sikre at data i legemiddellisten var oppdatert og hensiktsmessig ble sett på som for tidkrevende til å gjennomføre i praksis.

Warth & Dyb (2017) beskrev at fastlegene hadde et særlig ansvar fra myndighetenes side for å gjøre kritisk informasjon inkludert legemiddelliste tilgjengelig i Kjernejournal. Det tildelte ansvaret ble satt i sammenheng med at fastlegen var ansett som den aktøren som hadde tettest samarbeid med pasienten over tid, og hadde den mest tilgjengelige, oppsummerte kunnskapen om pasientens helse. Fastlegene var derimot de aktørene som anså Kjernejournal som minst nyttig for egen praksis, noe som medførte at den ikke ble prioritert oppdatert i en travel arbeidsdag.

Også sykepleiere og farmasøyter i primærhelsetjenesten kjente på et økt ansvar for at legemiddellisten var korrekt ved bruk av PLL for pasienter som mottok multidoser. De erfarte at medisinalisten inneholdt feilinformasjon samt medisinalendringer som ikke var begrunnet. Dette førte til usikkerhet fulgt av et økt behov for å kontrollere at medisinalisten stemte overens med det faktiske innholdet i multidosen før medisinaladministrering. På denne måten opplevde sykepleiere og farmasøyter å bli pålagt et økt ansvar for å kontrollere både medisinaliste og innholdet i multidosen før administrering. Den ekstra kontrollen ble gjort for å sikre kvalitet i egen yrkesutøvelse (Jøsendal & Bergmo, 2019).

Tidkrevende feilsøking og dobbeltføring

Det var ulike funn knyttet til hvordan de ulike digitale systemene kunne bidra til effektivitet i praksis. I studiene til Greenhalgh et al. (2010), Hammar et al. (2014) og Tully et al. (2013) fremkom at siden systemene ga økt tilgang til informasjon, var de tidsbesparende i form av at det ble brukt mindre tid enn tidligere på å innhente aktuelle dokumenter fra andre kilder. Jøsendal og Bergmo (2018) rapporterte om at i de tilfeller legemiddellistene var korrekte medførte de økt sikkerhet og effektivitet i arbeidet i forhold til de tidligere papirbaserte foreskrivningene. Utfordringen var at i mange tilfeller var medisinalistene preget av feil og avvik som måtte rettes opp i, og systemet opplevdes dermed ikke tidsbesparende.

Andre studier rapporterte også om økt tidsbruk i arbeidsprosesser på grunn av de digitale legemiddellistene. I forholdt til SCR og Kjernejournal fremkom det at systemet ikke kunne benyttes som eneste kilde til informasjon, og det medførte behov for å innhente informasjon om pasientens legemiddelbruk fra flere kilder, som pasienten selv eller andre

journaldokumenter. Dersom disse kildene oppgav ulik informasjon kunne det føre til et tidkrevende forsøk på å innsamle korrekt informasjon (Dyb & Warth, 2018; Greenhalgh et al., 2010).

Bruken av SCR medførte i følge Dyb og Warth (2018) behov for dobbeltføring av informasjon, både pga. manglende automatisk informasjonsoverføring fra andre systemer, og fordi det kunne være behov for å dokumentere samme informasjon i ytterligere journalsystemer og kvalitetsregistre. Problemet med dobbeltføring ble påpekt av en av sykehuslegene i studien som sa: «(...) you drop the parallell systems, which are a double workload and repetitive work. The existing computer systems requires a double workload, when it theoretically should be possible to simplify the work...». (Dyb & Warth, 2018, s. 7).

Dette medførte at legene gjorde prioriteringer for å spare tid, som å la være å bruke systemet. På denne måten ble ikke nye digitale systemer sett på som en automatisk effektivisering av arbeidsprosesser, men heller som et krav til tilleggsdokumentasjon som måtte inn i en allerede tidspresset arbeidshverdag (Dyb & Warth, 2018). På generelt grunnlag viste både Ammenwerth et al. (2014) og Christensen et al. (2013) til at både leger og farmasøyter erfarte at bruken av de digitale legemiddellistene krevde betydelig tidsinnsats, og at dette var en utfordring i en travel arbeidsdag.

Jøsendal og Bergmo (2019) viste til legemiddelsamstemming som en avgjørende faktor for at legemiddellisten PLL skulle være oppdatert. På sin side erfarte ikke legene selve legemiddelsamstemmingen som problematisk, utenom at det ble beskrevet som en tidkrevende prosess. Sykepleiere og farmasøyter i primærhelsetjenesten erfarte derimot et høyt antall avvik i PLL på grunn av mangelfull legemiddelsamstemming. For de ble det en tidkrevende prosess å kontrollere at multidosene samsvarte med legemiddellisten, bl.a. i form av behov for hyppigere kommunikasjon mellom særlig farmasøyter og hjemmesykepleien.

Personvern

Faren for at personvern kunne bli svekket ble av Greenhalgh et al. (2010) beskrevet som en risiko ved ethvert informasjonssystem som er nasjonalt tilgjengelig. Risikoen for manglende ivaretagelse av personvern ble beskrevet av både Ammenwerth et al., (2014), Dyb og Warth (2018), Eason og Waterson (2012), Hammar et al. (2014), Tully et al., (2013) og Warth og Dyb (2017).

Flere studier rapporterte at fastlegene var generelt bekymret for at personsensitive data skulle komme på avveie. Fastlegene hadde en stor følelse av ansvar når det gjaldt å behandle konfidensiell informasjon på en sikker måte. Både Dyb og Warth (2017) og Warth og Dyb (2018) påpekte at tillitsforholdet mellom fastlege og pasient kunne svekkes dersom personlig informasjon skulle bli delt videre på nasjonal basis. Fastlegene var av den oppfatning at Kjernejournal krevde opplysninger om pasienten som de selv ikke anså som relevante i en akutt situasjon. Dette førte til at fastlegene holdt tilbake informasjon de ikke anså nødvendig i akuttsituasjoner for å sikre konfidensialitet. Eason og Waterson (2012) fant også at fastlegene uttrykket skepsis til at et så stort teknisk system som SCR kunne ivareta garantien for konfidensialitet. Følgende sitat beskrev legenes bekymring:

It (SCR) required data to be uploaded from GP patient records to a national database, and the evaluation study reported that many GPs were concerned that confidential information was being transferred to a system where they had no control over its subsequent use. (Eason & Waterson, 2012, s. 101).

De erfarte således manglende kontroll over hvordan «egen» informasjon om pasientene ville bli brukt videre og ønsket en forsikring om at informasjonen ville bli lagret på en sikker måte, og kun ble brukt i den hensikt den var ment. Ikke alle legene opplevde en slik forsikring som tilstrekkelig. Som et resultat av dette lot mange leger være å dele informasjon via SCR.

Tully et al. (2013) beskrev hvordan tilgang til informasjon om legemiddelbruk ga økt kunnskap om pasientene. Legene ble satt i en utfordrende situasjon knyttet til konfidensialitet i pasientbehandling i de tilfeller der legemiddelinformasjon ga kunnskap om

pasienten på en måte som mange, inkludert pasienten, ikke hadde tenkt over. En fastlege beskrev følgende utfordring:

When I take the list of medications to write prescriptions for the patients, yes, there are the medications that we are working with at the moment. But in that list of medications there is also Antabuse. Well, the patient hasn't told me or talked about that. (Tully et al., 2013, s. 969).

At pasienten brukte et medikament mot alkoholoverforbruk satte nåværende utredning og behandling i et helt nytt lys, og legen var nødt til å forholde seg til den informasjonen, til tross for at pasienten i utgangspunktet ikke hadde ønske om å dele denne informasjonen på tvers av behandlingsnivåer.

Greenhalgh et al. (2010) relaterte risikoen for uautorisert tilgang til personsensitive opplysninger til både teknisk og menneskelig svikt. Detaljert informasjonsstyring ble introdusert for å overvåke ytelse og generere varsler om eventuelle forsøk på uautorisert tilgang. Klinikere reagerte ulikt på denne informasjonsstyringen. Noen var enige i tiltakene, mens andre fant dem byråkratiske og påtrengende. Frykten for overvåking hindret noe av personalet i å i det hele tatt forsøke og få tilgang til SCR. Noen av de samme funnene ble rapportert av Ammenwerth et al. (2014), som beskrev bekymringer blant et flertall av legene knyttet til muligheten for misbruk av data lagret i e-Medikation. Denne bekymringen omfattet faktorer som at data kunne bli gjort tilgjengelig for kommersiell bruk og/eller bli brukt til å overvåke legenes foreskrivingsmønstre, som igjen kunne oppleves som en begrensning av deres profesjonelle autonomi. Det var derimot bare et fåtall av farmasøytene som delte de samme bekymringene.

Tillit til informasjon

Å ha tillit til informasjonen i den digitale legemiddellisten var avgjørende for at legemiddellisten skulle bli tatt i bruk. Flere forhold påvirket i hvilken grad helseprofesjonene opplevde tillit til at legemiddellistene var korrekte. En fordel med medisinalisten i Kjernejournal var at den ikke krevde manuelle oppdateringer, men var basert på automatisk

synkronisert informasjon som økte tilliten til informasjonen i legemiddellisten (Dyb & Warth, 2018). Allikevel fremkom det i studiene til Greenhalgh et al. (2010), Eason og Waterson (2013) og Dyb og Warth (2018) at legemiddellisten i SCR og Kjernejournal til tross for automatisk innhenting av data ikke kunne regnes som en fullverdig informasjonskilde.

Også legene i Sverige oppga at de hadde begrenset tillit til informasjonen i legemiddellisten. Legene erfarte legemiddellisten som mangelfull fordi den ikke formidlet informasjon om begrunnelse for endring i legemiddelbruk. Det kunne være både utfordrende og tidkrevende å følge endringer i medisinsordinasjoner som kun fantes i pasientjournalen og ikke i legemiddellisten (Hammar et al. 2014; Tully et al. 2013). I følge Tully et al. (2013) var ikke de ulike elementene i journalsystemet sammenkoblet, og førte til forvirring og usikkerhet omkring faktisk legemiddelbruk. De beskrev følgende:

One purpose of the system was to create an accessible list of medicines, but the data in the medicine list were neither up-to-date nor trustworthy. As the system was not fully interconnected, different information could be found, for example in the medication list in the discharge summary and the medicine list in the EMR... (Tully et al., 2013, s. 972.)

Denne problematikken førte til at andre systemer som ble ansett som bedre for informasjonsdeling ble tatt i bruk i stedet for den integrerte legemiddellisten, for å i større grad oppnå målet om effektiv informasjonsdeling.

4.2.2 Helseprofesjoners holdninger

Et gjennomgående funn i de 11 inkluderte studiene var at helseprofesjonene i utgangspunktet var positive til prinsippet med en delt digital legemiddelliste. Dette var begrunnet med systemenes potensiale til å gi økt tilgang til informasjon på tvers av helsevirksomheter, og dermed føre til forbedret oversikt over pasientenes legemiddelbruk. Til tross for den positive holdningen til ideen om delt digital legemiddelliste viste flere av studiene sammenfallende funn om at systemene i liten grad var blitt tatt i bruk

(Ammenwerth et al. 2014; Christensen et al, 2013, Dyb & Warth, 2018; Greenhalgh et al, 2010; Hackl et al. 2014; Janzec-Hawlat et al. 2013; Warth & Dyb, 2017).

I følge Greenhalgh et al. (2010) mislykkes de fleste implementeringsprosesser knyttet til IKT-systemer til tross for høye investeringer av både tid og økonomiske ressurser fordi systemene ikke blir brukt. Studien viste at den største faktoren som kunne forklare den lave graden av bruk av SCR var knyttet til klinikernes egenskaper og identitet, der motivasjon var en av disse egenskapene. Motivasjonen blant legene var preget av deres tidligere erfaringer med digitale systemer som tilsa at de medførte ekstra arbeid til deres allerede travle arbeidshverdag (Dyb & Warth, 2018).

Tidligere erfaringer preget også legene i Christensen et al. (2014) sin studie, som viste til at halvparten av de spurte legene ikke var motivert for å bruke FMK, og at de kun brukte det av plikt. Deres manglende motivasjon ble betegnet som en av de mest sentrale barrierer for bruken av FMK i Danmark. Noen oppga å være likegyldige til bruken så lenge systemet enda ikke var implementert nasjonalt. Den lave bruken førte videre til at de ikke så noen fordeler i form av forbedring av arbeidsflyt eller pasientsikkerhet. Det ble trukket fram at nytteverdien var liten for sykehuslegene, og det eksisterte holdninger blant dem som tilsa at FMK ikke ville få effekt på verken pasientsikkerhet, reinnleggelser, feilmedisinering eller tidsbesparing, før det ble fullt implementert ved at legene ble pålagt å bruke det. Motivasjonen til å bruke systemene ble også påvirket negativt i de tilfeller der helseprofesjonene oppga motstand mot systemene, som beskrevet av både Greenhalgh et al. (2010), Ammenwerth et al. (2014) og Christensen et al. (2013). Motstand i forbindelse med utrulling av SCR, e-Medikation og FMK var i følge disse studiene bl.a. knyttet til en generell skepsis til fordelene, risikoen samt de økonomiske kostnadene med prosjektene.

Som nevnt i avsnittet om personvern, hadde et flertall av legene i studien til Ammenwerth et al. (2014) holdninger som tilsa at legemiddellisten ville kunne begrense deres profesjonelle autonomi. Dette kunne føre til motstand mot systemet blant legene, mens dette synet kun var rapportert blant et fåtall av farmasøytene. Legenes holdninger var et resultat av den potensielle overvåkingen av praksis som systemene medførte, som opplevdes motstridende med prinsipper for profesjonell autonomi. Legene oppga derimot også fordeler med

systemet knyttet til det å få en fullstendig legemiddelliste samt å forbedre sikkerheten rundt medisinordinasjoner. Systemet kunne bidra med dette i form av å varsle om uhensiktsmessige foreskrivingsmønstre. I tillegg til forbedring av sikkerheten rundt medisinordinasjoner oppga farmasøytene potensielle fordeler knyttet til sine egne arbeidsoppgaver, i form av bl.a. økt sikkerhet i ekspederingsprosessen. Hackl et al. (2014) viste til hvordan slike ulike holdninger blant legene og farmasøytene virket inn på deres aksept av den delte legemiddellisten. Legene erfarte bekymringer knyttet til datasikkerhet og systemstøtte under pilotprosjektet. Farmasøytene delte ikke denne bekymringen. De oppga heller verdien av felles informasjonsdeling, en forbedret oversikt over medisinbruk samt bedring av pasientens etterlevelse som faktorer som motiverte dem til å bruke systemet. Disse eksemplene viste hvordan ulike profesjoner kunne ha ulike holdninger til samme legemiddelliste på bakgrunn av ulike behov og forventninger til nytteverdi.

At de digitale legemiddellistene hadde ulik nytteverdi blant helseprofesjonene var sentrale funn også i studiene til Eason & Waterson (2013) og Dyb & Warth (2018). SCR og Kjernejournal var et system som i utgangspunktet skulle være et verktøy for legene på sykehus som skulle behandle pasientene i en akuttsituasjon. Systemene ble brukt i et fåtall av pasientinnleggelser på sykehus, men de ble vurdert som et verdifullt verktøy blant sykehuslegene i de situasjonene der pasienten ikke kunne oppgi kritisk informasjon selv. Nytteverdien blant fastlegene var derimot ansett som liten, og det var derfor en utfordring at det var de som var forventet å etterkomme systemkrav for å dekke andre legers informasjonsbehov (Eason & Waterson, 2013; Dyb & Warth, 2018). Dette beskrives på følgende måte i en av studiene:

...the success of the system depends on the cooperation of stakeholders, in this case the GPs, who get very little benefit from the system. The beneficiaries are elsewhere in the system (...). It is made doubly difficult in this case because the GPs are expected to comply with systems requirements in order to serve the needs of many other potential users (Eason & Waterson, 2013, s. 101).

De fire studiene som omhandlet Kjernejournal og SCR fant derimot at det eksisterte en felles holdning blant sykehuslegene og fastlegene til at den integrerte legemiddellisten var den

delen av systemet som potensielt hadde mest nytteverdi og dermed ble hyppigst brukt. Dette til tross for at systemet ikke ga en fullstendig oversikt over legemidler i bruk (Dyb & Warth, 2018; Eason & Waterson, 2013; Greenhalgh et al., 2010; Warth & Dyb, 2017)

4.2.3 Systemenes tekniske egenskaper

I forhold til e-Medikation i Østerrike fant både Janzec-Hawlat et al. (2013), Ammenwerth et al. (2014) og Hackl et al. (2014) at tekniske utfordringer i stor grad var med på å påvirke bruken av og erfaringen med den nasjonale legemiddellisten. Det var rapportert generelt lav tilfredshet med programvarens kvalitet og brukervennlighet blant leger og farmasøyter, som medførte at programvaren ikke var egnet for rutinemessig bruk. F.eks. hadde systemet en tendens til å i for stor grad varsle, som medførte en såkalt «alert overload» og en negativ brukeropplevelse for legene. Noen varsler ble derimot ansett som nyttige for både leger og farmasøyter, som interaksjonsvarsler og duplikatvarsler, og systemet kunne således virke både nyttig og forstyrrende i bruk på samme tid. Christensen et al. (2013) viste på sin side til tekniske barrierer som en av hovedutfordringene med innføringen av den delte legemiddellisten FMK i Danmark, der lav serverkapasitet forhindret samtlige av legene i å bruke systemet.

Hammar et al. (2014) påpekte at informasjonsteknologi spilte en viktig rolle i å redusere legemiddelfeil ved å sikre tilgang til nødvendig informasjon. Systemsvikt og -brudd kunne derimot begrense denne informasjonstilgangen, med påfølgende risiko for pasientsikkerheten. Ved piloteringen av PLL i primærhelsetjenesten for pasienter som mottok multidose var tekniske problemer den største utfordringen ved oppstarten. Det førte til at noen funksjoner var ute av drift, systemet var generelt veldig sakte og dermed tidkrevende i bruk. Det var også rapportert om at det ikke fantes tilstrekkelig systemstøtte i oppstarten (Jøsendal & Bergmo, 2018).

4.2.4 Anbefalinger for fremtidig implementering av digitale legemiddellister

En stor andel av anbefalingene for fremtidige implementeringsprosesser av digitale legemiddellister eller tilsvarende systemer var knyttet til utvikling av systemenes tekniske egenskaper for at de i høyere grad skulle imøtekomme de ulike helseprofesjonenes behov. Ammenwerth et al., (2014), Janzec-Hawlat et al., (2013) og Hammar et al., (2014) viste til behovet for å videreutvikle de spesifikke systemene for å forbedre brukervennlighet, systemytelse og IT-sikkerhet. En teknisk løsning som baserte seg på automatiske oppdateringer var en forutsetning for at systemet ble tatt i bruk, mens manuelle oppdateringer ble ansett som merarbeid. Automatiske oppdateringer ble dermed fremmet som et viktig grep for videreutvikling av systemet, og var også ansett å bidra til økt tillit til informasjonen i legemiddellisten (Dyb og Warth., 2018; Greenhalgh et al., 2010).

Det ble fremmet behov for en mer fullstendig medisinliste som helseprofesjonene kunne ha tillit til. Et annet grep for å sikre tillit til informasjonen var at bruken av legemiddellisten burde bli obligatorisk blant alt helsepersonell på nasjonal basis (Ammenwerth, 2014; Christensen et al., 2013; Dyb & Warth, 2018; Janzec-Hawlat, 2013).

En utfordring i forbindelse med innføring av de digitale legemiddellistene var manglende opplæring i systemet. Ammenwerth et al. (2014) påpekte at nær halvparten av legene og farmasøytene ikke var tilfredse med informasjonen de hadde fått i forkant av pilotprosjektet, og at brukeropplæringen var mangelfull. Bedre opplæring i forkant av innføring samt forbedret brukerstøtte ble trukket frem som viktige grep for å sikre vellykkede implementeringsprosesser (Ammenwerth et al., 2013; Christensen et al. 2013; Hackl et al. 2014; Jøsendal & Bergmo, 2019).

Hackl et al. (2014) satte fokus på at det var avgjørende å ta hensyn til aktørene sine ulike behov ved planlagt utrulling av e-Medikation eller lignende systemer. At systemet måtte kunne tilpasses lokale behov var klare anbefalinger fra Hammar et al. (2014), Eason og Waterson (2013) og Christensen et al. (2013). I følge Hammar et al. (2014) var det anbefalt å la helseprofesjonenes behov styre utviklingen av systemet, samt å sikre tydelig beskrivelse av ansvar og rutiner for bruken av systemet. Eason & Waterson (2013) viste til at bruken av digitale informasjonsdelingssystemer var mer vellykket i de tilfeller der systemene kunne

tilpasses lokale behov, og ble derfor en del av deres anbefalinger for videre utvikling av strategier for informasjonsdeling.

Christensen et al. (2013) trakk frem at leders holdning ble avspeilet i den generelle holdningen til systemet på avdelingene, og påpekte behov for at ledelsen fremmet systemet som en del av den enkelte arbeidsplass sin lokalvisjon. På den måten kunne nytteverdien bli tydelig for de enkelte legene, deres spesialfelt og deres arbeidsflyt. Nytteverdien ville først være gjeldende når det kunne vises til at FMK forbedret pasientsikkerheten ved å redusere feilmedisinering, som igjen krevde at FMK var fullt implementert på tvers av helsesektorer. Studien konkluderte med at FMK ikke var implementert på en vellykket måte. Det ble vurdert som helt nødvendig at ledelsen tok noen skritt tilbake i implementeringsprosessen og inkluderte medarbeiderne/ profesjonene i implementeringsarbeidet for å sikre en bedre innføring av systemet i neste omgang. Dette peker på viktigheten av lederstøtte i implementeringsprosessen. Det støttes av studien til Greenhalgh et al. (2010) som viste til at de stedene der SCR ble hyppigst brukt var det vist et sterkt engasjement og støtte fra alle ledernivåer. Warth & Dyb (2017) påpekte at større nasjonale digitaliseringstiltak fordret mer langsiktige strategier som en tydelig overordnet implementeringsstrategi, som var avhengig av solid ledelsesforankring.

Korrekt legemiddelsamstemming var en avgjørende faktor for vellykket bruk av PLL. En unøyaktig legemiddelsamstemming i forkant av opprettelsen av PLL førte til feil i legemiddellister. Studien konkluderte dermed med at prosedyre for legemiddelsamstemming og kommunikasjon mellom aktørene i samstemmingsprosessen måtte forbedres (Jøsendal & Bergmo, 2019).

Figur 6 oppsummerer de presenterte anbefalingene i form av konkrete tiltak for at fremtidige digitale legemiddellister skal kunne møte profesjonenes behov.

BEHOV	TILTAK/ANBEFALINGER
Økt brukervennlighet Forbedret systemytelse	• Videreutvikle systemenes tekniske egenskaper
Tillit til informasjon og en fullstendig legemiddelliste	• Obligatorisk bruk på nasjonalt nivå • Sikre tydelig beskrivelse av ansvar • Automatisk synkronisering/ innhenting av data • Forbedre prosedyre for legemiddelsamstemming
Økt kunnskap om systemet	• Øke tilgang på brukerstøtte • Forbedre opplæring i forkant av innføring
Hensyn til profesjoners ulike forventninger og behov	• Systemene må tilpasses lokale behov • Brukernes behov må avdekkes og styre utviklingen av systemet
Systemet blir en del av arbeidsplassens lokalvisjon	• Medarbeidere må inkluderes i implementeringsprosessen • Ledelse må vise engasjement og støtte • Implementeringen må være ledelsesforankret

Figur 6: Anbefalinger av tiltak ved innføring av digitale systemer

4.3 Kvalitativ innholdsanalyse

PLL dokumentene ble analysert med hensikt å svare på det tredje forskningsspørsmålet: Hvordan kan bruken av PLL hemme og fremme samhandling?

4.3.1 Implikasjoner av PLL som samordningssystem

PLL er i stor grad endring i arbeidsprosesser og innebærer en kompleksitet i samhandling som gjør det til et utfordrende endringsprosjekt for helsesektoren. Endringen i arbeidsprosesser omhandler bl.a. ny funksjonalitet i virksomhetenes medisinalisteløsning med tilhørende endring av arbeidsdeling mellom legene (Slørstad, 2020). Bl.a. må det utføres legemiddelsamstemming ved første oppretting av PLL som sikrer at legemiddellisten er korrekt. Legemiddelsamstemming skal gjenspeile pasientens faktiske legemiddelbruk, men krever ikke klinisk vurdering om det er korrekt rent medisinsk, slik som kreves i en fullstendig legemiddelgjennomgang. Det er i utgangspunktet fastlege og sykehjemslege som har et forskriftsfestet ansvar for legemiddelgjennomgang, men det anbefales at legen gjennomfører legemiddelgjennomgang for pasienter med mange legemidler ved førstegangs opprettelse av PLL. Den som først oppretter PLL er ofte fastlegen, men kan være alle leger som har tilstrekkelig informasjon om pasientens legemiddelbruk (Bjordal et al., 2022).

Utprøvingen av PLL skal bidra med ny kunnskap om ressursbruk bl.a. ved å verifisere om konseptet fungerer i helsepersonells arbeidsprosesser og i et samhandlingsperspektiv. PLL er tenkt å skulle redusere tidsbruken helsepersonell bruker på å innhente informasjon om pasientenes legemiddelbehandling og på legemiddelsamstemming, på bakgrunn av at informasjon er lettere tilgjengelig. Det må forventes noe økt tidsbruk på disse prosessene i en innføringsfase, og at effektiviteten går noe ned i denne fasen (Slørstad, 2020).

Innføring av PLL endrer ikke ansvaret legene allerede har for pasientens legemiddelbehandling, men forskriftsendring i Reseptformidlerforskriften medfører at legen er forpliktet til å sende en oppdatert PLL ved endringer i legemiddellisten, og at PLL skal oppdateres av alle leger slik at en oppdatert medisinaliste er tilgjengelig for alt behandlende personell (Bjordal et al., 2022). Ved utprøving av PLL er det behov for avklaring om hvem

som har ansvar for legemiddellisten ved endring av omsorgsnivå, og leger må i større grad ta aktivt eierskap til PLL ved å holde den oppdatert og samstemt. På denne måten innebærer innføring av PLL i tillegg til endring i arbeidsprosesser og ansvar en endring i kultur og samhandling på tvers av helsetjenestenivåer. Prosjektet har definert ulike virkemidler for hvordan dette kan skje, bl.a. ved å benytte såkalte praksiskoordinatorer (leger med særlig ansvar for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten) som lokale endringsagenter mellom sykehusleger og fastleger, samarbeid mellom ressurspersoner på tvers av sykehusene som skal inngå i prosjektet samt lederforankring blant virksomhetsledelse og klinisk ledelse i berørte virksomheter (Kullmann, 2021).

Et hovedprinsipp for utprøving av PLL er at andelen helsepersonell som har tatt i bruk løsningen er høy nok for å oppnå tillit til legemiddellisten (Kullmann, 2021). For å sikre ytterligere tillit til informasjonen som formidles via PLL blir det vurdert om deler av opplæringen må være obligatorisk (Slørstad, 2020).

Personvern nevnes i dokumentene i forbindelse med lover og forskrifter som styrer behandling av helseopplysninger og dokumentasjonsplikt. Ellers fremkommer at pasienten skal ha innsyn i egen PLL og ha mulighet for bruk av låst resept. Det er en personvern mekanisme i PLL for å ivareta pasientens interesser der han/hun ønsker at informasjon kun skal være tilgjengelig for et utvalg av helsepersonell (Bjordal et al., 2022).

4.3.2 Aktørenes holdninger og behov ved innføring av PLL

PLL er et konsept som krever involvering av mange aktører som må gjøre endringer på samme tid for at konseptet skal fungere. For å lykkes er prosjektet avhengig av at sentrale interessenter støtter opp om prosjektets målsettinger og aktivt bidrar til at målene nås. Brukere av PLL er beskrevet som fastleger, kommunal legevakt, sykehjem, hjemmetjeneste, sykehusapotekene og sykepleiere og leger på sykehus. Interesseoversikten er lang, men det er disse nevnte aktørene som skal ta i bruk PLL som samordningsverktøy i sin arbeidspraksis. Risikofaktorer som kan påvirke implementering av PLL kan være ulikt ambisjonsnivå og rolleforståelse blant aktørene, at fastleger ikke setter av tid til å opprette første PLL og/eller

endrer sine arbeidsrutiner for å få dette til eller manglende kompetanse (Slørstad, 2020).

Det er videre antatt at graden av innsats vil være avhengig av aktørenes makt, innflytelse og interesse i form av vilje og evne til samarbeid. Et hovedprinsipp for utprøvingen av PLL er at det skal være stor oppmerksomhet rundt endring av holdninger og kultur angående hva en oppdatert PLL innebærer i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette grepet er basert på erfaringer fra studier omkring innføring av delt digital legemiddelliste i Danmark. Fokus på at ulike aktører har ulike behov for- og nytteverdi av systemene står sentralt (Kullmann, 2021).

I forbindelse med innføring av PLL er det planlagt ulike tiltak for å sikre at veiledning i og kunnskap om systemet er lett tilgjengelig. Det omhandler både teknisk og funksjonell support. Eksempler på aktuelle virkemidler er en nasjonal webside og systemstøtte via app og podcast. På sykehus er også PLL-telefon et aktuelt tiltak som skal betjenes av et PLL-team. For fastlegene, sykehjem og hjemmetjeneste planlegges teknisk støtte i form av hjelpemodul i eget pasientjournalssystem (Kullmann, 2021).

5. Drøfting

Innføring og bruk av digitale legemiddellister har medført utfordringer for samhandling mellom helseprofesjoner og helsevirksomheter. Studier om helseprofesjoners erfaringer med en delt digital legemiddelliste beskriver et sammensatt utfordringsbilde. I denne drøftingen vil jeg argumentere for at samhandlingsutfordringene kan forklares ut fra teori om samhandling, profesjon og organisasjonskultur.

Dette kapitlet er todelt. I første del tar jeg sikte på å drøfte hvordan utfordringsbildet presentert i resultatdelen kan forklares i lys av profesjonsteori. Andre del ser resultatene i lys av organisasjonskultur. Flere av resultatene kan sees i lys av begge teoriene. For eksempel kan profesjonenes nedarvede motstand mot endring som beskrevet av Abbott (1988) sees i sammenheng med profesjon, men like gjerne opp mot endring innenfor kulturperspektivet. Jeg har tatt valg underveis om resultatene skal drøftes i sammenheng med enten profesjon eller organisasjon for å unngå å repetere resultater, men i noen tilfeller kan det være noe overlapp av drøftingen mellom avsnittene. Drøftingen vil i begge tilnærmingene knyttes opp til teori om samhandling samt til resultater fra PLL dokumentene.

5.1 Digitale legemiddellister som samordningssystem i et profesjonsteoretisk perspektiv

Digitale legemiddellister sees i denne studien på som et samordnings- eller koordineringverktøy for å møte behovet for økt integrering av helsetjenester som spesialisering og profesjonalisering medfører. Koordineringsutfordringer i integreringsprosesser er høyst reelle og kan være en følge av uklar arbeidsdeling. På bakgrunn av dette kan gråsoner oppstå og medføre uklare ansvarsforhold (Axelsson & Axelsson, 2006; Jacobsen, 2004).

5.1.1 Ansvar i en spesialisert helsetjeneste

Forskningsfunn viste at uklarhet omkring ansvarsforhold var en medvirkende faktor til at de digitale legemiddellistene ikke ble tatt i bruk i den grad og på den måten de var tenkt (Christensen et al., 2013; Hammar et al., 2014; Jøsendal & Bergmo, 2019; Tully et al., 2013; Warth & Dyb, 2017). Usikkerhet om hvem som hadde det overordnede ansvaret for legemiddellisten viste seg bl.a. i studien til Christensen et al. (2013) som rapporterte at sykehuslegene ikke følte seg compatible til å ha ansvar for at legemiddellisten både var oppdatert og hensiktsmessig. De ønsket å ha fokus på eget fagfelt og mente at fastlegene burde ha det overordnede ansvaret for legemiddellisten. Legene i studiene til Tully et al. (2013) og Hammar et al. (2014) opplevde det økende ansvaret for den totale legemiddellisten som komplekst og belastende, og det fremkom uklart hvor mye ansvar den enkelte legen skulle ha. Disse uklarhetene omkring ansvarsforhold kan være en konsekvens av det Axelsson & Axelsson (2006) beskriver som uklar arbeidsdeling som medfører fragmentering av ansvar.

Uklarheter rundt ansvarsforhold kan til dels forklares med at profesjonene hadde manglende kunnskap om systemet. Flere studier rapporterte om at helseprofesjoner erfarte nettopp manglende informasjon om og opplæring i systemene (Ammenwerth et al., 2014; Christensen et al., 2013; Hackl et al., 2014; Jøsendal & Bergmo, 2019). Men uklarheter rundt ansvarsfordeling kan også slik jeg ser det forklares ut fra mer underliggende prosesser relatert til den økende tendensen til spesialisering som skjer i helsevesenet, med tilhørende behov for integrering. Uten integrering kan det oppstå nettopp fragmentering av ansvar som beskrevet over, og da vil en ikke kunne oppnå helhetlig innsats (Axelsson & Axelsson, 2006).

Spesialiseringen medfører en oppdeling av arbeidsoppgaver som gjør at den enkelte helseprofesjon skal forholde seg til sin spesialitet. Fordi spesialisering og profesjonalisering fører til fordypning på et fagfelt kan prosessene på noen måter føre til manglende evne til å se helheten (Axelsson & Axelsson, 2006; Jacobsen, 2004). En kan på bakgrunn av dette spørre seg hvem som skal ha ansvaret for helheten i en spesialisert helsetjeneste. Dette kommer til uttrykk i studiene i form av nettopp uklarheter omkring hvem som skulle ha ansvaret for at legemiddellisten både var oppdatert, men også hensiktsmessig.

I forbindelse med innføring av PLL skal alle legene, både fra primær- og spesialisthelsetjenesten, ha ansvar for å oppdatere, godkjenne og å videresende legemiddellisten til neste behandler i behandlingskjeden, mens det er fastleger og sykehjemsleger som har det lovfestede ansvar for den fullstendige legemiddelgjennomgang (Bjordal et al., 2022). I studien til Warth & Dyb (2017) oppga fastlegene å ha fått et økt ansvar fra myndighetenes side for å holde bl.a. legemiddellisten i Kjernejournal oppdatert. Fastlegene rapporterte derimot at de kun oppdaterte Kjernejournal for å dekke sykehuslegenes informasjonsbehov uten at de selv opplevde at systemet ga nytteverdi i egen praksis (Dyb & Warth, 2018; Eason & Waterson, 2013). Også Christensen et al. (2013) beskrev at legene ikke så nytteverdien av legemiddellisten i egen praksis. At systemet hadde lav nytteverdi for noen av aktørene kan forstås som å komme i konflikt med det som Knudsen (2004) beskriver som den mest grunnleggende forutsetning for å lykkes med samhandling og interorganisatorisk koordinering; det må foreligge behov blant alle aktørene for at en samarbeidssituasjon skal bli vellykket.

Christensen et al. (2013) viste til at legene først ville oppnå en felles forståelse av at den digitale legemiddellisten var nyttig når det kunne vises til at systemet forbedret pasientsikkerheten ved å redusere feilmedisinering. Legemiddellisten krevde derimot full implementering for at dette skulle skje. At legemiddellisten ikke var fullt implementert og dermed ikke hadde nytteverdi hindret legene i å ta den i bruk. Den lave nytteverdien kan på denne måten være en konsekvens av at legene ikke var bevisste nok på å anerkjenne både eget og andres bidrag i samarbeidsprosessen som er en forutsetning for samhandling (San Martin-Rodriguez et al. 2005). På bakgrunn av dette kan det argumenteres for at aktørene i denne studien hadde mindre fokus på en helhetlig tilnærming enn det som er nødvendig for en vellykket samarbeidsprosess. Mangel på slik helhetlig tankegang strider i mot hovedmotivet bak integreringsinitiativer som nettopp er en mer holistisk tilnærming i tilrettelegging og utførelse av helsetjenesten (Axelsson & Axelsson, 2006). Dette støttes av Jacobsen (2004) som sier at alle delene i en spesialisert helsetjeneste må fungere sammen og er sterkt avhengig av hverandre for at brukeren skal oppleve helhetlige tjenester. På samme måte beskrives PLL som et konsept som krever involvering av mange aktører for at det skal fungere, og at aktørene aktivt må bidra til at målene nås (Slørstad, 2020).

Tully et al. (2013) beskrev derimot at det forelå en bevissthet blant legene rundt nettopp viktigheten av gjensidig avhengighet som forutsetning for samarbeid. Studien rapporterte om at dersom alle legene brukte den digitale legemiddellisten og journalsystemet som tiltenkt, hadde systemet stor nytteverdi for neste ledd i behandlingskjeden. Selv om legene så fordelene med å tenke helhetlig i denne sammenheng, ble systemet allikevel ikke oppdatert i den grad det var tenkt, mye knyttet til at det medførte tidkrevende arbeidsprosesser. I neste avsnitt drøftes dette aspektet opp mot teori om profesjonenes autonomi og beslutningsmyndighet i praksis.

Med bakgrunn i at utviklingen av samarbeidspraksis avhenger av profesjonenes gjensidige anerkjennelse og aksept av andres bidrag, kan en forstå at bruken av digitale legemiddellister først vil kunne gi tilsiktede gevinster med effektiv informasjonsdeling når profesjonene evner å se helheten og alle tar ansvar for å bidra i samhandlingsprosessen.

5.1.2 Profesjonenes ulike holdninger og behov

Profesjonaliseringsprosessen medfører at den enkelte profesjon lærer seg en viss måte å se problemer og løsninger på, hvordan forhold henger sammen og hvordan de kan bearbeides. Dette kan lette koordinering innenfor profesjonen, men skape avstand til andre som ikke deler samme verdier (Jacobsen, 2004). Et gjennomgående forskningsfunn var at det i utgangspunktet eksisterte positive forventninger blant alle aktørene til digitale legemiddellister som samordningssystem, og til det potensialet systemet kunne gi i form av mer effektiv informasjonsutveksling og samhandling. Til tross for dette medførte de digitale legemiddellistene samhandlingsutfordringer fordi farmasøyter, leger og sykepleiere hadde ulike holdninger til legemiddellisten. Holdningene var basert på profesjonenes egenskaper og behov, bl.a. hvordan de selv ønsket å bruke systemet og dermed egen kunnskap i praksis.

For eksempel viste sykehuslegene til et behov for rask tilgang til kritisk informasjon, inkludert legemiddelliste, i en akuttsituasjon. Kjernejournal/SCR kunne på den måten være nyttig for dem. Fastlegene så derimot ikke dette systemet som nødvendig i egen praksis (Dyb

& Warth, 2018; Eason & Waterson, 2013). Mens legene var mest opptatt av den tilgangen til informasjon legemiddellisten ga og hvordan systemet fungerte i ordineringsprosessen, var farmasøytene mer interesserte i hvordan legemiddellisten kunne forenkle ekspederingsprosessen av medikamenter og forbedre den totale oversikten over pasientens medisinerbruk (Ammenwerth et al., 2014). Sykepleiere på sin side vektla hvordan de kunne bruke den digitale legemiddellisten i sin arbeidsdag, og forventet et verktøy som kunne forbedre pasientsikkerheten i prosessen med utlevering/administrering av medisiner (Jøsendal & Bergmo, 2019). Hackl et al. (2014) og Janzec-Hawlat et al. (2013) påpekte at aktørenes ulike behov medførte en kompleksitet i samhandling, og at det kunne virke inn på deres aksept av digitale legemiddellister.

Profesjonalisering kan på den måten forklare noen av de samhandlingsutfordringene som oppstår på bakgrunn av at profesjonene har ulike egenskaper og behov i en samhandlingsprosess. Profesjonalisering er karakterisert av oppnåelse av dominans, autonomi og kontroll. Det profesjonelle systemet har på den måten en betydelig effekt på utviklingen av samarbeidspraksis, fordi det fremmer et perspektiv som står i direkte motsetning til selve begrunnelsen for samarbeid som forutsetter kollegial støtte og tillit (San Martin-Rodriguez et al., 2005). Også Kullmann (2021) påpeker i forbindelse med PLL at graden av innsats blant aktørene vil avhenge av hvilken makt og innflytelse de har i en samarbeidsprosess, og også hvilken interesse og vilje de har for samarbeid. Profesjonalisering kan således tenkes å skape samhandlingskonflikter både mellom profesjoner og innad i profesjonsgrupper.

Et eksempel på en samhandlingskonflikt som oppsto på grunn av sykepleiere og legers ulike oppgaver sees i studien til Jøsendal & Bergmo (2019). I denne studien erfarte sykepleierne store utfordringer med feil og avvik i legemiddellisten på bakgrunn av manglende legemiddelsamstemming ved oppretting av PLL. For å utføre sine arbeidsoppgaver på en forsvarlig måte, i dette tilfellet å administrere riktige medisiner til pasientene, var sykepleierne avhengige av at legene utførte korrekt legemiddelsamstemming. Legene på sin side rapporterte derimot at legemiddellisten la til rette for en forbedret legemiddelsamstemming i forhold til tidligere, og de oppga ingen utfordringer knyttet til dette utenom at det var en tidkrevende prosess. Dette samsvarer med tidligere presenterte

funn om at legene hadde fokus på systemets funksjonalitet for ordinering (Ammenwerth et al., 2014), mens sykepleiere var mer opptatt av hvordan de skulle bruke systemene i medisinutleveringsprosessen (Jøsendal & Bergmo, 2019).

Abbott (1988) beskriver at profesjonalisering er en måte å hegne om et kunnskapsfelt på, og legeyrket har tradisjonelt sett vært den dominerende profesjon som har satt premissene for utvikling av helsetjenesten. I lys av slik kunnskap illustrerer eksemplet over hvordan sykepleieren er underordnet legenes kontroll, fordi legene har full kontroll og styrerett på oppgaver knyttet til medisinordinasjoner og legemiddelsamstemming. På en annen side hevder Erichsen (2003) at arbeidssituasjoner kan trues ved såkalt assimilering, som betyr at det ikke alltid er kun den dominerende profesjon som har kunnskap til å løse en oppgave. En konsekvens av assimilering beskrives av Abbott (1988) som sier at hvis noen tar over andre profesjoners oppgaver (jurisdictional vacancies), eller den dominerende profesjon blir avhengig av andres bidrag kan det føre til opplevelse av å miste makt. Slik kunnskap kan sees i sammenheng med samarbeidsprosessen som må ligge til grunn for at legemiddellisten skal bidra til kvalitet og effektivitet i alle ledd helt fra ordinering til administrering. Her vil legene være avhengig av bidrag fra både sykepleiere og farmasøyter for å oppnå kvalitet i pasientbehandlingen.

På denne måten viser eksemplet til både hvordan samarbeid kan medføre tap av kontroll over egen jurisdiksjon for legene, men også hvordan profesjonssystemet forutsetter en gjensidig avhengighet mellom profesjonene (Abbott, 1988). I tillegg sier det noe om hvordan det kan skje en endring av jurisdiksjon gjennom den daglige yrkesutøvelsen som følge av integrasjonsprosesser og samarbeid (Erichsen, 2003) som digitale legemiddellister er et eksempel på.

Forskning viste til en felles opplevelse blant aktørene av at de digitale legemiddellistene enten var tidkrevende i bruk eller medførte tidkrevende arbeidsprosesser på andre måter (Ammenwerth et al., 2014; Christensen et al., 2013; Dyb & Warth, 2018; Greenhalgh et al., 2010; Hammar et al., 2014; Jøsendal & Bergmo, 2019; Tully et al., 2013). Digitale legemiddellister som samordningssystem kan som beskrevet i teorikapitlet sees på som en form for tvungen koordinering, og koordinering er en samhandlingsform som er beskrevet

som en betydelig trussel mot profesjonenes autonomi (Knudsen, 2004). Innføring av PLL medfører endring i Reseptformidlerforskriften som medfører at legen er forpliktet til å sende oppdatert PLL ved endringer i legemiddellisten. Dette medfører at legene i større grad må ta aktivt eierskap til PLL ved å holde den oppdatert og samstemt (Kullmann, 2021). Slik sett kan bruken av de digitale legemiddellistene komme i konflikt med profesjonenes autonomi ved at tidsbruk i praksis må prioriteres på nye måter, enten det er i samsvar med profesjonenes ønsker og behov eller ikke. Profesjonene er vant til å være selvstendige, og tilstreber å utføre sitt arbeid i lys av egne standarder. De kan dermed gjøre motstand mot ordre fra overordnede (Freidson, 1984). Normalt sett har profesjonene full beslutningsmyndighet i faglige spørsmål, mens andre spørsmål er mer sentralisert (Døving et al., 2016). Innføringen av PLL vil på denne måten kunne tenkes å utfordre i hvilken grad profesjonene opplever å ha beslutningsmyndighet i egen praksis, ved at systemet krever at legene tar aktivt eierskap til legemiddellisten og oppdaterer den (Kullmann, 2021). Neste kapittel vil drøfte hvordan egenskaper ved profesjonelle byråkratier kan danne forutsetninger for innføring av digitale legemiddellister.

5.1.3 Innføring av digitale legemiddellister i profesjonelle byråkratier

Profesjonelle byråkratier møter i større grad behovene til profesjonene enn den klassiske byråkratiske organiseringsmåten. Dette skjer bl.a. ved at profesjonenes autonomi ivaretas ved at de har full beslutningsmyndighet i faglige spørsmål. Dette medfører derimot tilbakevendende utfordringer for samarbeid ved at profesjonenes faglige og profesjonelle interesser blir høyere prioritert enn ledelsens mål og visjon (Freidson, 1984). PLL og de andre digitale legemiddellistene som er studert i denne oppgaven er alle systemer som er innført i organisasjonen fra myndighetenes hold. De er således eksempler på det som Jacobsen (2004) beskriver som samordningstiltak som er pålagt fra en tredje part med mål om å bedre koordinering av helsetjenester. Dette kan tenkes å komme i konflikt med profesjonenes tradisjonelle autonomi og beslutningsmyndighet.

En måte dette kunne vise seg i praksis var ved at helseprofesjoner gjorde motstand mot de digitale legemiddellistene. Et eksempel var studien til Christensen et al. (2013) som fant at

over halvparten av legene brukte den digitale legemiddellisten kun av plikt. De var ikke motiverte for å bruke systemet fordi det hadde lav nytteverdi, og noen oppga å være likegyldige til systemet. Helseprofesjonenes motstand mot de digitale legemiddellistene ble også beskrevet av Greenhalgh et al. (2010) og Ammenwerth et al. (2014), og var knyttet til skepsis rundt fordeler, risiko samt økonomiske kostnader med prosjektene. På bakgrunn av det tradisjonelle synet på profesjoner som sier de er fri for hierarkiske former for sosial kontroll og i stedet er selvregulerende (Freidson, 1984), kan en forstå at helseprofesjonene gjør motstand når ledelsen bestemmer at organisasjonen skal innføre systemer som erfaringsmessig har vist seg lite effektive (Ammenwerth et al., 2014; Christensen et al., 2013; Dyb & Warth, 2018; Greenhalgh et al., 2010; Hammar et al., 2014; Jøsendal & Bergmo, 2019; Tully et al. 2013) og som ikke nødvendigvis er tilpasset profesjonenes og de lokale behov (Christensen et al., 2013; Eason & Waterson et al. 2013; Hackl et al., 2014; Hammar et al., 2014). Sammen med Freidson (1984) sin teori om at profesjoner kan motsette seg endringer ved å prioritere egne interesser heller enn ledelsens mål og visjon, kan dette utfordringsbildet også sees i sammenheng med den nedarvede motstand mot endring som ligger til grunn for profesjonssystemet (Abbott, 1988).

I tillegg til at profesjonenes beslutningsmyndighet kunne reduseres ved å bli pålagt å bruke nye systemer, viser studier at også andre forhold knyttet til bruken av digitale legemiddellister kan komme i konflikt med profesjonell autonomi. Greenhalgh et al. (2010) og Ammenwerth et al. (2014) viste hvordan dette kunne gjelde i forbindelse med den risiko som digitale legemiddellister kunne utgjøre for personvern. Informasjonsstyring ble innført for å overvåke bruken av systemene for å hindre uautorisert tilgang. Noen leger var enige i tiltakene, mens andre fant dem byråkratiske og påtrengende og så på dem som en form for overvåking av foreskrivingspraksis. Andre leger var skeptiske til at data kunne bli gjort tilgjengelig for kommersiell bruk, og dermed ikke brukt i den hensikt den var ment fra legens side. At legene mistet kontroll på eget bidrag i samordningssystemet fremkom også i studien til Eason & Waterson (2013) som fant at fastlegene uttrykket skepsis til hvordan «egen» informasjon om pasienten ville bli brukt videre. Legene var usikre på om systemet kunne ivareta garantien for konfidensialitet, og dette tapet av kontroll kan komme i konflikt med at profesjoner ønsker å beholde den makt og kontroll de har, de hegger om sine egne oppgaver og sin egen kunnskap ved jurisdiksjon (Abbott, 1988).

I følge Ammenwerth et al. (2014) var det kun et fåtall av farmasøytene som delte de samme bekymringene om at legemiddellisten kunne begrense deres profesjonelle autonomi. Dette kan delvis forklares med de ulike praktiske behov og forventninger til systemet som eksisterte blant legene og farmasøytene, som beskrevet i avsnitt 5.1.2. Men det kan også forklares av mer underliggende forhold knyttet til jurisdiksjon som definerer de ulike profesjonene, bl.a. ved hvilken moralske og etiske kodeks som gjelder for profesjonsgruppen (Abbott, 1988). Dette kan sees i sammenheng med det tillitsbaserte forholdet som eksisterer mellom fastlege og pasient.

Fastlegene rapporterte at de hadde en stor følelse av ansvar når det gjaldt å behandle konfidensiell informasjon, og begrunnet sin bekymring omkring personvern med at tillitsforholdet til pasientene kunne bli svekket som følge av at de mistet kontroll over personsensitive opplysninger i et nasjonalt system (Dyb & Warth, 2018; Warth & Dyb, 2017). Dette tapet av kontroll kan bidra til å forklare hvorfor legemiddellistene kunne oppleves som at de begrenset legenes profesjonelle autonomi. En kan tenke seg at tilsvarende tillitsforhold ikke eksisterer mellom farmasøyt og pasient, sett i sammenheng med at det er fastlegen som har det tetteste samarbeidet med pasienten over tid og som på bakgrunn av det etablerer et tillitsforhold (Warth & Dyb, 2017). Dette kan tenkes å være med å forklare hvorfor farmasøytene ikke delte legenes bekymring på dette området. Også Tully et al. (2013) viste til at konfidensialitet kunne svekkes ved bruk av legemiddellisten som igjen kunne gå ut over det tillitsbaserte forholdet mellom lege og pasient. Det var begrunnet med at legemiddellisten delte kunnskap om pasientens helse, uten at pasienten var klar over det, eller hadde mulighet til å begrense hvilken informasjon som ble delt. Det var leger fra primærhelsetjenesten som fremmet dette synspunktet, i likhet med i studien til Warth & Dyb (2017). En kan på bakgrunn av dette spørre seg om dette var spesielt for primærlegene eller om sykehuslegene også delte samme oppfatning, men det fantes ikke informasjon i studiene til at dette kunne drøftes ytterligere. Et grep for å sikre konfidensialitet ved bruken av PLL er at pasientene skal ha innsyn i legemiddellisten, og mulighet for å bruke såkalt låst resept for å begrense hvem som får tilgang til informasjonen (Bjordal et al., 2022).

Freidson (1984) beskriver at profesjonenes autoritet er basert på deres kunnskap, og at høy grad av selvledelse dermed er den eneste praktiske muligheten når det gjelder profesjonelle yrkesutøvere. De profesjonelle må som Storvik (2016) sier selv bestemme hvordan arbeidet skal utføres. Dette medfører store utfordringer for ledelsen i profesjonelle byråkratier. Schein (2010) beskriver at ledelse og kultur er to sider av samme sak, og neste avsnitt vil drøfte resultater i lys av teori om organisasjonskultur.

5.2 Organisasjonskultur som forståelsesramme for bruken av digitale legemiddellister som samordningssystem

Digitale legemiddellister skal være et samordningssystem til bruk på tvers av organisasjoner. Alle organisasjoner har ulik organisasjonskultur og ulike kulturer kan føre til koordineringsproblemer (Jacobsen, 2004). Basert på Schein (2010) sin definisjon av kulturbegrepet forstår jeg at problemløsninger over tid er med på å påvirke og danne grunnlag for organisasjonens antakelser om hvordan praksis bør være, og videre om disse antakelsene utvikler seg til å bli en del av organisasjonskulturen.

5.2.1 Organisasjonsmedlemmenes antakelser

Digitale systemer fremmes som et verktøy for å bidra til å realisere mål om helhet, samhandling og effektivisering i helsevesenet (Christie et al. 2018; Melby & Tjora, 2013). Et av hovedmålene med PLL er at systemet skal bidra til effektivitet ved å redusere tidsbruken helsepersonell bruker på å innhente informasjon (Slørstad, 2020). Tidligere forskning har derimot vist at digitale systemer i helsetjenesten er tidkrevende i bruk (Carayon et al., 2015; Lagsten & Andersson, 2018; Lotherington & Obstfelder, 2015) og at helseprofesjonene ikke har opplevd en mer effektiv arbeidsdag etter innføring av digitale systemer (Hauge, 2017). Manglende opplevelse av effektivitet ved bruken av digitale legemiddellister var et sentralt funn også i denne studien. De digitale legemiddellistene hadde tilført tidkrevende arbeidsprosesser i helsevirksomhetene i både primær- og spesialisthelsetjenesten i form av bl.a. feilsøking og dobbeltføring (Ammenwerth et al., 2014; Christensen et al., 2013; Dyb & Warth, 2018; Greenhalgh et al., 2010; Jøsendal & Bergmo, 2019).

Ut fra forståelsen av kulturbegrepet presentert av Schein (2010) kan det argumenteres for at helseprofesjoners erfaringer over tid er med å danne grunnlaget for organisasjonens kultur. I denne studiens sammenheng kan det knyttes til i hvilken grad digitale systemer blir sett på som en hensiktsmessig og effektiv måte å samhandle på, og om dette synet blir en del av organisasjonens antakelser.

De digitale legemiddellistene viste seg å være lite effektive på forskjellige måter. Bl.a. var de i flere tilfeller ikke eneste kilde til data, og medførte således tidkrevende forsøk på å innsamle korrekt informasjon (Dyb & Warth, 2018; Greenhalgh et al., 2010). Både Christensen et al. (2013), Dyb og Warth (2018) og Jøsendal og Bergmo (2019) rapporterte om at legemiddellistene krevde dobbeltføring av informasjon. Dobbeltføring er ansett som sløsing med ressurser og beskrives som en av konsekvensene av uklar arbeidsdeling (Jacobsen, 2004) som ble drøftet i avsnitt 5.1.1. Videre viste åtte av de elleve studiene til tekniske egenskaper ved systemene som ikke var forenelige med effektivitet i praksis. I følge Schein (2010) er det lite sannsynlig at en antakelse om at digitalisering fører til effektivitet vil gjelde i praksis så lenge de digitale systemene ikke korrelerer med effektivitet. På bakgrunn av dette argumenterer jeg for at digitale systemer som effektiviseringsverktøy vil være utfordrende å etablere som en av organisasjonsmedlemmenes antakelse og verdi.

På en annen side viste også forskning til positive erfaringer med de digitale legemiddellistene. Det viste seg i noen tilfeller at informasjonsinnhenting ble effektivisert (Greenhalgh et al., 2010; Hammar et al., 2014; Jøsendal & Bergmo, 2019; Tully et al., 2013). Tekniske løsninger som baserte seg på automatiske oppdateringer og synkronisert informasjon førte til både effektivisering og til at helseprofesjonene kunne ha tillit til informasjonen i større grad enn ved manuelle oppdateringer (Dyb & Warth, 2018; Greenhalgh et al., 2010). PLL baserer seg på eksisterende nasjonale e-helseløsninger, og informasjon vil således innhentes automatisk på tvers av systemer (Slørstad, 2020). På bakgrunn av disse forskningsfunnene kan denne funksjonen således øke tilliten til informasjonen i legemiddellisten. Noen studier viste til at enkelte varsler i systemene var nyttige, selv om det også fremkom at andre varsler kunne være forstyrrende (Ammenwerth et al., 2014; Hackl et al., 2014; Janzec-Hawlat et al., 2013). Selv om det eksisterte noen positive erfaringer med systemene, beskrev Christensen et al. (2013) at det var først når

legemiddellistene viste seg å bidra til pasientsikkerhet i form av reduserte legemiddelfeil at det kunne oppstå en felles forståelse av at de digitale legemiddellistene var nyttige i praksis. Det samsvarer således med det Schein (2010) sier om at bare felles verdier som kan bli testes empirisk og som fortsetter å være gunstig for å hjelpe gruppen til å løse et problem over tid vil transformeres til en felles antakelse.

Det kan være en utfordring at mål, verdier og behov er ulike blant ledelse og organisasjonsmedlemmene (Freidson, 1984), som også ble drøftet i avsnitt 5.1.3. Dersom det ikke foreligger enighet om slike forhold vil tiltaket som foreslås, i dette tilfellet digitale legemiddellister, kun bli oppfattet som noe som er pålagt fra ledelsen (Schein, 2010). Til tross for at organisasjonens overordnede filosofi støtter opp under verdier som kvalitet, helhetsorientering og samarbeid, såkalte forfektete verdier, kan organisasjonsmedlemmenes antakelser om digitalisering på denne måten bli en form for det Schein (2010) kaller for verdier basert på rasjonaliseringer og ambisjoner heller enn hensiktsmessige bruksverdier. Med bakgrunn i slik kunnskap kan det argumenteres for at digitale legemiddellister ikke vil tas i bruk dersom de kun er et pålegg fra ledelsen, og dermed heller ikke forbedre samordning og samhandling.

Ut fra denne drøftingen kan en tenke seg at organisasjonen må ha gjentatte positive erfaringer med digitale systemer før digitalisering kan bli en anbefalt måte å løse oppgaver på, en felles antakelse og en del av organisasjonens kultur.

5.2.2 Ledelsens rolle ved innføring av digitale legemiddellister i organisasjonen

Dersom organisasjonens antakelser støtter opp under at digitale systemer er en lite effektiv måte å samhandle på, er det slik Schein (2010) beskriver enklere for profesjonene å unngå endring ved projeksjon eller fornektelse heller enn å endre den grunnleggende antakelsen. Kulturendring er således beskrevet som en vanskelig og tidkrevende prosess. Et hovedprinsipp for utprøvingen av PLL er at det skal være stor oppmerksomhet rundt endring av holdninger og kultur omkring hva PLL innebærer for de ulike aktørene for å sikre en vellykket implementering. Et av virkemidlene for hvordan dette skal skje er å sikre

ledelsesforankring blant både virksomhetsledere og klinisk ledelse i de berørte virksomheter (Kullmann, 2021).

Studiene presenterer ulike anbefalinger for at innføring av fremtidige digitale legemiddellister og tilsvarende systemer skal bli vellykket. Flere anbefalinger var knyttet til utvikling av systemenes tekniske egenskaper og økt fokus på brukerstøtte for å i større grad kunne møte de ulike aktørenes behov (Ammenwerth et al., 2014; Janzec-Hawlat et al., 2013 & Hammar et al., 2014). Lett tilgjengelig brukerstøtte i form av veiledning, teknisk og funksjonell support fremkom som tiltak i PLL dokumentene for å sikre støtte til aktørene (Kullmann, 2021). Videre beskrev Ammenwerth et. al (2014) og Hackl et al. (2014) at nær halvparten av legene og farmasøytene ikke var fornøyde med opplæring, og fremmet bedre opplæring som et viktig grep for å sikre vellykkede implementeringsprosesser i fremtiden. I forhold til dette ble det i forbindelse med PLL vurdert om deler av opplæringen burde være obligatorisk, og på den måten argumenteres det også for at brukere på ulike steder i behandlingskjeden skal kunne ha tillit til at informasjonen i PLL er av tilstrekkelig kvalitet (Slørstad, 2020). Det ble også fremmet behov for økt forbedring av prosedyre for legemiddelsamstemming for å sikre korrekt informasjon i legemiddellisten (Jøsendal & Bergmo, 2019).

Alle disse anbefalingene kan sees i sammenheng med behovet for ledelsesforankring i implementeringsprosessen som fremkom i studiene til både Christensen et al. (2013), Greenhalgh et al. (2010) og Warth & Dyb (2017). Siden det må forventes noe økt tidsbruk på prosessene med legemiddellisten og legemiddelsamstemming i en innføringsfase av PLL, og at effektiviteten i drift vil gå noe ned i denne fasen (Slørstad, 2020), ser en viktigheten av at leder legger til rette for implementering. I denne sammenheng er dermed ressursallokering i organisasjonen en sentral lederoppgave, som beskrives som en av lederens viktigste oppgave når det kommer til ledelse i profesjonelle byråkratier (Storvik, 2016).

To av anbefalingene for vellykket implementering var at legemiddellisten og arbeidsprosessene rundt måtte tilpasses lokale behov (Eason & Waterson 2013; Hammar et al., 2014) og fremmes som en del av organisasjonens lokalvisjon (Christensen et al., 2013). En forutsetning for å legge til rette for lokale tilpasninger i en organisasjon vil i følge Schein

(2010) være at leder må oppfatte elementer i kulturen som fremmer og hemmer endringsprosesser, samt styrer retning for kulturen. Særlig er det viktig at ledelsen forstår antakelsene som ligger til grunn for gruppens handlinger. Anbefalinger i denne sammenheng var å inkludere medarbeidere i implementeringsprosessen (Christensen et al. 2013) og at en kartlegging av de enkelte aktørenes behov burde styre utviklingen av systemene (Hammar et al. 2014). Ledere som evner å formidle visjon om nye samarbeidsmåter, som motiverer profesjonene til samarbeid og som klarer å sørge for organisatoriske rammer som støtter samarbeid vil fremme samarbeid mellom både profesjoner og organisasjoner (San Martin-Rodriguez et al. 2005).

5.3 Studiens gyldighet og pålitelighet

Scoping studie ble vurdert som en hensiktsmessig metode fordi den kunne benyttes både for å kartlegge, analysere og oppsummere kunnskapsstatus. Den passet således til formålet med denne studien. Den viste seg hensiktsmessig i bruk ved at den på en systematisk måte bidro til gjennomføring av datainnsamling, inklusjon og analyse av resultatene. Selv om den systematiske fremgangsmåten betraktes som en styrke i studien kan metoden ha svakheter, bl.a. i form av valgt søkestrategi og valg av databaser. Til tross for at studien hadde en omfattende og gjentakende søkeprosess, kan det argumenteres for at andre søkeord som samhandling eller samordning kunne ha bidratt til flere funn knyttet opp til samhandlingsperspektivet som kunne ha vært gunstig.

Å presentere en gjentakende søkeprosess på en oversiktlig måte opplevdes noe utfordrende, særlig i forbindelse med å lage flytdiagrammet. Et grep som ble gjort i denne sammenheng var å tilpasse PRISMA flytdiagram som presentert av Peters et al. (2020) til min søkeprosess for å presentere en så god oversikt som mulig. Det bemerkes at andre databaser kunne vært av interesse for å utvide søkene til å omhandle mer samfunnsvitenskapelig forskning knyttet til implementeringsbegrepet. På bakgrunn av at jeg har begrunnet vurderinger og valg som er tatt fortløpende i metodekapitlet, argumenterer jeg for at det har bidratt til å styrke studiens reliabilitet og pålitelighet.

Alle de inkluderte studiene ble ansett hensiktsmessige for å kunne si noe om hvordan de digitale legemiddellistene hadde bidratt til samordning og samhandling, ved at de presenterte helseprofesjoners erfaringer med systemet. Fordelingen av kvalitative og kvantitative funn i datamaterialet var tilnærmet likt. De kvantitative studiene hadde til hensikt å studere i hvilken grad systemene var blitt tatt i bruk. Det fremkom i en av studiene at legemiddellisten ikke ville bli tatt i bruk før det kunne vises til at systemet hadde effekt på pasientsikkerhet og effektivitet (Christensen et al. 2013). Jeg bemerket meg at kvantitative studier om systemenes effekter kunne vært interessante å studere med bakgrunn i dette.

Det bemerkes at de inkluderte studiene presenterte funn fra fem ulike systemer i fem land. Jeg har valgt å ikke vurdere og drøfte hva dette kan ha å si for resultatene i denne studien da det ville gått utover denne studiens rammer. Det kan allikevel tenkes å være av betydning for tolkning av resultater. Et interessant generelt funn i denne sammenheng var at helseprofesjonenes erfaringer i stor grad var like på tvers av både land og system. Det kan tyde på at mye av erfaringene er knyttet til generelle implementeringsutfordringer som kan oppstå uavhengig av hvilket samordningssystem som skal innføres.

5.3.1 Studiens overføringsverdi

Mangelen på kvalitetsvurdering av de inkluderte studiene gjør at resultatene fra scoping studier kan være utfordrende å tolke. Dermed er de vanskelig overførbare til praksis i samme grad som resultatene i for eksempel en systematisk litteraturgjennomgang kunne ha vært (Levac et al., 2010; Peters et al., 2020). Mitt mål er derimot ikke å overføre forskningsfunn til praksis, men å oppsummere kunnskap. Som Tjora (2018) sier er alle kvalitative studier drevet av et mål om en eller annen form for generalisering; et mål om å kunne si noe om et fenomen på generelt grunnlag. For å kunne si noe om hvilke implikasjoner mine forskningsfunn kan ha for praksis vil jeg argumentere for at min studie har en form for analytisk overførbarhet fordi jeg har gjort en teoridrevet drøfting av resultater. Tjora (2018) beskriver en stegvis deduktiv-induktiv metode for å utvikle for eksempel en typologi eller modell som kan danne grunnlag for såkalt konseptuell

generaliserbarhet. Selv om dette ikke var målet i min studie, har jeg på noe av den samme måten utviklet temaer ved hjelp av tematisk analyse. Ved relasjon til forskning og teori kan disse temaene underbygge større gyldighet og generaliserbarhet, på lignende måte som Tjora (2018) beskriver målet med konsepter. På bakgrunn av dette vil jeg argumentere for at min kunnskapsoppsummering kan være generaliserbar og overførbar som kunnskapsstatus ved innføring av digitale legemiddellister, og også i forbindelse med tilsvarende digitale samordningssystemer i helsevesenet.

6. Avslutning

Denne studien har hatt til hensikt å presentere en kunnskapsoppsummering om hvordan digitale legemiddellister kan bidra til samhandling og samordning blant helseprofesjoner. For å svare på problemstillingen valgte jeg å kartlegge og analysere helseprofesjoners erfaringer med delte digitale legemiddellister som samordningssystem for å kunne si noe om hvordan systemet har fungert i et samhandlingsperspektiv. Resultater viste at de digitale legemiddellistene hadde potensiale til å bidra til både samhandling, effektivitet og kvalitet på grunn av den økte tilgangen til informasjon de medførte. Leger, farmasøyter og sykepleiere var på bakgrunn av dette i utgangspunktet positive til prinsippet med en delt digital legemiddelliste. Allikevel var det utfordringsbildet ved innføring og bruk av digitale legemiddellister som var det dominerende forskningsfunnet. De digitale legemiddellistene ble bare delvis tatt i bruk, og de kunne dermed ikke bidra til samordning og samhandling blant helseprofesjoner i den grad som var målet. Tidligere forskning viser at implementering av digitale systemer i helsevesenet generelt sett er utfordrende, og at systemene ofte ikke blir tatt i bruk. Denne studiens kunnskapsoppsummering kan tyde på at de samme utfordringene også gjelder for digitale legemiddellister, som samsvarer med tidligere forskning på området.

De 11 inkluderte studiene viste til faktorer som kunne forklare hvorfor legemiddellistene i begrenset grad var blitt tatt i bruk. Det eksisterte usikkerhet blant legene omkring hvem som hadde ansvaret for å oppdatere legemiddellisten. Nytteverdien av systemet varierte mellom profesjonene og innad i profesjonsgruppene. Legemiddellistene var tidkrevende i bruk, og det var lav tillit til at informasjonen i systemet var korrekt. Det var bekymringer knyttet til om systemene kunne ivareta konfidensialitet, og systemenes tekniske egenskaper viste seg i mange tilfeller å være lite forenelige med effektivitet. Alle disse faktorene var medvirkende årsaker til at helseprofesjonene enten valgte vekk eller ikke brukte legemiddellistene i den grad som var nødvendig for at de skulle kunne bidra til forbedret samordning og samhandling.

Ved å studere PLL dokumentene fant jeg at alle disse faktorene var trukket frem som viktige å ta hensyn til for en vellykket implementering av PLL. Tiltak for å sikre bl.a. tydelig ansvarsfordeling, tillit til informasjon, konfidensialitet og effektivitet i informasjonsutveksling var beskrevet i dokumentene. Således kan dette tyde på at prosjektet er forberedt på å møte det utfordringsbildet som er beskrevet i forskning. Men ut fra den teoridrevne drøftingen som beskriver at utfordringsbildet er enda mer sammensatt, kan det tenkes at det er her de største utfordringene ligger når det kommer til innføring og bruk av PLL.

I lys av teori om samhandling, profesjon og organisasjonskultur har jeg drøftet hvordan mer underliggende prosesser kan forklare utfordringsbildet. Utfordringer med uklare ansvarsforhold er sett i sammenheng med samhandlingsteori, og den fragmentering av ansvar som skjer som en konsekvens av spesialisering- og differensieringsprosessene i helsevesenet. Forskningsfunn knyttet til profesjonenes ulike holdninger til og behov for digitale legemiddellister ble drøftet opp mot profesjonsteori, og viser hvordan profesjonenes jurisdiksjon både påvirker og påvirkes av samhandlingsprosesser. Selv om autonomi står sterkt blant profesjonene er profesjonssystemet avhengig av gjensidig avhengighet og anerkjennelse av både eget og andres bidrag i samarbeidsprosesser. At innføring av de digitale legemiddellistene er en form for tvungen koordinering kan forklare noe av den motstand profesjonene har mot digitale systemer, ved at deres beslutningsmyndighet og autonomi blir redusert. Dette utfordringsbildet ble drøftet opp mot forutsetninger for samhandling i profesjonelle byråkratier, der ivaretagelse av profesjonenes autonomi og beslutningsmyndighet er et sentralt prinsipp. Diskusjonen rundt profesjonelle byråkratier ledet over til lederens sentrale rolle i implementeringsprosessen som fremkom særlig i forskningsfunn knyttet til anbefalinger for fremtidige implementeringsprosesser. Leder har en viktig rolle med å tilrettelegge for endring i arbeidsprosesser som digitale legemiddellister medfører, og dette aspektet ble drøftet opp mot organisasjonskultur. Det ble trukket frem behov for at leder la til rette for og bidro til kulturendring dersom digitale samordningsverktøy skulle etableres i organisasjonen som en hensiktsmessig måte å samhandle på.

På bakgrunn av den teoridrevne drøftingen argumenterer jeg for at de valgte teoretiske perspektivene har vært med på å avdekke hva som er de grunnleggende utfordringene ved innføring av digitale systemer i helsevesenet.

6.1 Veien videre

Denne studien har vist at delte digitale legemiddellister kan bidra til samordning og samhandling i helsetjenesten, men det krever komplekse samarbeidsprosesser for å innføre et slikt system på en vellykket måte. Det sosiotekniske perspektivet beskrevet innledningsvis i studien har vist seg å være sentralt, fordi både systemenes tekniske egenskaper sammen med profesjonenes og organisasjonenes egenskaper og behov må tas hensyn til. I studieprosessen erfarte jeg at empiriske studier ga god oversikt over utfordringsbildet sett fra helseprofesjonenes ståsted, som i stor grad beskrev egenskaper ved systemet som årsak til lav grad av bruk. Drøftingen bidro på en annen måte til å understreke at for å øke sjansen for en vellykket implementering må en forstå og ta hensyn til de underliggende prosessene som skjer blant profesjonene og organisasjonene der implementeringen skal skje. Denne studien har fokusert på samhandling mellom profesjoner, men kunne også slik jeg ser det vært et godt utgangspunkt for å rette mer fokus på samhandling mellom organisasjoner også. Som beskrevet i metodekapitlet kunne andre teorier gitt andre perspektiver på resultatene, som teorier om f.eks. motstand eller ulike styringslogikker. Slike teorier kunne bidratt med andre interessante vinklinger for å enda bedre kunne forstå det komplekse utfordringsbildet som har vist seg ved innføring og bruk av digitale samordningssystemer i helsevesenet, og kunne vært interessante å studere i en annen sammenheng. Det samme kunne kvantitative studier omkring systemenes effekt på pasientsikkerhet og effektivitet. Slike studier kan ha stor betydning for om helseprofesjoner vil ta i bruk digitale samordningssystemer i høyere grad i fremtiden, og om de dermed i større grad kan kunne bidra til samordning og samhandling blant helseprofesjoner.

Referanseliste

- Aanestad, M.(2010). IKT for bedre samhandling: løsning eller problem? I: M. Aanestad & I. Olaussen (Red.), *IKT og samhandling i helsesektoren: digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* (s. 9-17). Tapir Akademiske Forlag.
- Aanestad, M. og Olaussen, I. (2010). Tverrfaglig teknologiforskning. I: M. Aanestad & I. Olaussen (Red.) *IKT og samhandling i helsesektoren: digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* (s. 19-37). Tapir Akademiske Forlag.
- Abbott, A. (1988). *The system of professions*. The University of Chicago Press.
- Ammenwerth, E., Duftschmid, G., Gall, W., Hackl, W. O., Hoerbst, A., Janzek-Hawlat, S. Jeske, M., Jung, M., Woertz, K., & Dorda, W. (2014). A nationwide computerized patient medication history: Evaluation of the Austrian pilot project “e-Medikation”. *International Journal of Medical Informatics*, 83(9), 655–669. [S, C., L.d, J., S, K., K.I, V., & J, P. \(2014\). Implementation of the shared medication record is difficult. \[Danish\]. Ugeskrift for læger. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.06.004>](#)
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32.
- Aveyard, Helen (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. London: Open University Press.
- Axelsson R., & Axelsson, S. B. (2006). Integration and collaboration in public health: a conceptual framework. *The International Journal of Health Planning and Management*, 21(1), 75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
- Bang, H. (2020). *Organisasjonskultur*. 5. utgave. Universitetsforlaget.
- Bjordal, O. A., Svane, K. & Botten, S. (2022). *PLL i praksis*. Direktoratet for e-helse. Hentet fra styringsgruppens SharePoint.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3:2, 77–101.
- Bukve, O. & Kvåle, G. (2014). Eit lokalt helse- og velferdssystem under press. I: Bukve, O. & Kvåle, G. (Red.) *Samhandling og kvalitet i helseorganisasjonar* (117-134). Universitetsforlaget.

Carayon, P., Wetterneck, T. B., Alyousef, B., Brown, R. L., Cartmill, R. S., McGuire, K., Hoonakker, P. L. T., Slagle, J., Van Roy, K. S., Walker, J. M., Weinger, M. B., Xie, A. & Wood, K. E., (2015). Impact of electronic health record technology on the work and workflow of physicians in the intensive care unit. *Int J Med Inform*, 84(8), 578–594. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.04.002>

Christensen, L. D., Vinding, K., Kaae, S. & Petersen, J. (2013). Implementation of the shared medication record is difficult. *Ugeskrift for læger*. <https://ugeskriftet.dk/videnskab/implementering-af-faelles-medicinkort-er-vanskeligt>

Christie, W., Hoholm, T., & Mørk, B. E. (2018). Innovasjon og samhandling i helsevesenet. *Praktisk økonomi og finans*, 34(1), (s. 32–46). <https://doi.org/10.18261/issn.1504-2871-2018-01-04>

Cresswell, K. & Sheikh, A. (2013). Organizational issues in the implementation and adoption of health information technology innovations: An interpretative review. *International Journal of Medical Informatics*, 82(5), (s.73–86).

Cucciniello, M., Lapsley, I. Nasi, G. & Pagliari, C. (2015). Understanding key factors affecting electronic medical record implementation: A sociotechnical approach. *BMC Health Services Research* 15 (268).

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora* (19.12.22). <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Dyb, K., & Warth, L. (2018). The Norwegian National Summary Care Record: A qualitative analysis of doctors' use of and trust in shared patient information. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3069-y>

Døving E., Elstad, B. og Storvik, Aa. (2016). Profesjon, ledelse og organisasjon: perspektiver og begreper. I: Døving, Elstad, B., & Storvik, A. E. (Red.) *Profesjon og ledelse*. (s. 31 – 60). Fagbokforlaget.

Eden, K. B., Totten, A. M., Kassakian, S. Z., Gorman, P. N., McDonagh, M. S., Devine, B., Pappas, M., Daeges, M., Woods, S., & Hersh, W. R. (2016). Barriers and facilitators to exchanging health information: a systematic review. *International Journal of Medical Informatics* 88, 44–51. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.01.004>

Eason, K., & Waterson, P. (2013). The implications of e-health system delivery strategies for integrated healthcare: Lessons from England. *International Journal of Medical Informatics*, 82(5), s.96–106. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.11.004>

Erichsen, V. (2003). *Profesjonsmakt : på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug.

Eriksson-Zetterquist, U., Kalling, T., Styhre, A. & Woll, K., (2015). *Organisasjonsteori*. Cappelen Damm AS.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Freidson, E. (1984). The changing nature of professional control. *Annual Review of Sociology*, (10), s.1–20. <https://www.jstor.org/stable/2083165>

Gjersøe, H. M. (2019). Profesjoner. I: E. Brodtkorb, & M. Rugkåsa (Red). *Mellom mennesker og samfunn: sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene* (3. utgave) (s. 41-62). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Grol, R. & Wensing, M. (2013). Implementation of change in health care: a complex problem. I: R. Grol, M. Wensing, M. Eccles & D. David (Red.) *Improving Patient Care: The Implementation of Change in Health Care*, 2 utgave. (s. 4 – 17). Wiley Online Library.

Grønmo, Sigurd (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. (2. utgave). Fagbokforlaget.

Greenhalgh, T., Stramer, K., Bratan, T., Byrne, E., Russell, J. & Potts, H. (2010). Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: A mixed-method case study. *BMJ Online*. <https://doi.org/10.1136/bmj.c3111>

Hackl, W. O., Hoerbst, A., Duftschmid, G., Gall, W., Janzek-Hawlat, S., Jung, M., Woertz, K., Dorda, W., & Ammenwerth, E. (2014). Crucial factors for the acceptance of a computerized national medication list: Insights into findings from the evaluation of the Austrian e-medikation pilot. *Applied Clinical Informatics*, 5(2), 527–537. <https://doi.org/10.4338/ACI-2014-04-RA-0032>

Hammar, T., Ekedahl, A., & Petersson, G. (2014). Implementation of a shared medication list: Physicians' views on availability, accuracy and confidentiality. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36(5), 933–942. <https://doi.org/10.1007/s11096-014-0012-0>

Hamre, G. A., Monteiro, E., & Berntsen, K. E. (2010). Kvalitetssikring av legemiddelhåndtering i et samhandlingsperspektiv. I: M. Aanestad & I. Olaussen (Red.) *IKT og samhandling i helsesektoren : digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* (s. 119 - 133). Tapir Akademiske Forlag.

Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Gyldendal akademiske forlag.

Hellesø, R., Lyngstad, M., Brattheim, B. & Melby, L. (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I: R. Hellesø & M. Olsen (Red). *Digitalisering i sykepleiertjenesten: en arbeidshverdag i endring* (s. 15 – 32). Cappelen Damm Akademisk.

Jacobsen, D. I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I: P. Repstad (Red). *Dugnadsånd og forsvarsverker : tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utgave) s. 75- 114. Universitetsforlaget.

Jacobsen, D. I & Thorsvik, J (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer*. (5. utgave). Fagbokforlaget.

Janzek-Hawlat, S., Ammenwerth, E., Dorda, W., Duftschmid, G., Hackl, W., Hörbst, A., Jung, M., Woertz, K., & Gall, W. (2013). The Austrian e-Medication pilot evaluation: Lessons learned from a national medication list. *Studies in Health Technology and Informatics*, 192(1–2), s. 347–351. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-289-9-347>

Jøsendal, A. V., & Bergmo, T. S. (2019). How discrepancies in medication records affect the creation and trust in a shared electronic medication list in Norway. *Proceedings of the 17th Scandinavian Conference on Health Informatics 2019*, Oslo.

Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I: P. Repstad (Red). *Dugnadsånd og forsvarsverker : tverretattlig samarbeid i teori og praksis* (2. utgave) s. 19 – 74. Universitetsforlaget.

Kullmann, H. (2021). *Endrings- og innføringsstrategi for utprøving av pasientens legemiddelliste*. Direktoratet for e-helse. Hentet fra styringsgruppens SharePoint.

Lagsten J. & Andersson, A. (2018) Use of information systems in social work: challenges and an agenda for future research. *European Journal of Social Work*, 21(6), 850-862, DOI: [10.1080/13691457.2018.1423554](https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1423554)

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2012). *Tverrfaglig samarbeid : perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget.

Levac D., Colquhoun, H. og O'Brian, K (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science* 5 (69) <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>

Lluch, M. (2011). Healthcare professionals' organisational barriers to health information technologies: A literature review. *International Journal of Medical Informatics* 80(12), 849–862. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2011.09.005>

Lotherington, A. T. & Obstfelder, A. (2015). Digitalisering av arbeidsflyt på sykehus: konsekvenser for legers arbeidshverdag. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 11 (1), 66 – 76. <https://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/3480/3372>

Manskow, U. S., Lind, K. F. & Bergmo, T. (2019). Digital solutions for a shared medication list; a narrative literature review. *Proceedings of the 17th Scandinavian Conference on Health Informatics 2019*, Oslo.

Warth, L., & Dyb, K. (2017). A qualitative study of the implementation and use of a national information system. *International conference e-health* s. 3 – 10. <https://ehealthresearch.no/publikasjoner/a-qualitative-study-of-the-implementation-and-use-of-a-national-information-system>

Melby, L. & Tjora, A. (2013). Samhandlingens mange ansikter. I: A. Tjora & L. Melby (Red.) *Samhandling for helse*. (s.13 - 30). Gyldendal Norsk Forlag.

Melby, L., Sand, K., Midtgård, T., Toussaint, P. og Karlstrøm, H. (2019). Digitaliseringens konsekvenser for samhandlingen og kvaliteten på helse-, velferds- og omsorgstjenestene. *Forskningsrådet*. https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/kunnskapsnotater/trykkeklart-notat_digitaliseringens_konsekvenser-25.10.2019.pdf

Meld. St. 28 (2014-2015). *Legemiddelmeldingen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-28-20142015/id2412810/?q=legemiddelbruk%20medikamenter>

Molander A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier: en introduksjon. I: A. Molander & Terum. L. I (Red). *Profesjonsstudier*. s. 13 – 27. Universitetsforlaget.

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC & Khalil, H. (2020). Scoping Reviews I: Aromataris E, Munn Z (Red). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, 2020. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Roland, P. (2017). Hva er implementering? I: P. Roland & E. Westergård (Red.), *Implementering. Å omsette teorier, aktiviteter og strukturer i praksis* (s. 19 – 39). Universitetsforlaget.

Rumrill, P. D., Fitzgerald, S. & Merchant, W. M. (2010). Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work* 35, 399 – 404.
<https://content.iospress.com/download/work/wor00998?id=work%2Fwor00998>

Schein, E. H., (2010). *Organizational culture and leadership* (4. utgave). John Wiley & Sons.

San Martín-Rodríguez, Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada-Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 132–147.
<https://doi.org/10.1080/13561820500082677>

Skjølsvik, T., Breunig, K. J., & Strønen, F. (2016). Hjelp- ledelsen kommer! Fra partnerskap til spesialisert ledelse. I: Døving, E., Elstad, B., & Storvik, A. E. (Red). *Profesjon og ledelse*. (s. 77 – 98). Fagbokforlaget.

Slørstad, M. D. (2020). *Styringsdokument utprøving av pasientens legemiddelliste*. Direktoratet for e-helse. Hentet fra styringsgruppens SharePoint.

Storvik, Aa. (2016). Tidligere forskning om profesjon, ledelse og organisering. I: Døving, E., Elstad, B., & Storvik, A. E. (red). *Profesjon og ledelse*. (s. 61 – 76). Fagbokforlaget.

Tjora, A. (2018). *Viten skapt: Kvalitativ analyse og teoriutvikling*. Cappelen Damm Akademisk.

Tully, M. P., Kettis, A., Höglund, A. T., Mörlin, C., Schwan, A., & Ljungberg, C. (2013). Transfer of data or re-creation of knowledge: Experiences of a shared electronic patient medical records system. *Research in Social & Administrative Pharmacy* 9(6), 965–974.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.02.004>

Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I: M. Vabø & S. Vabo (Red.) *Velferdens organisering* (s. 11 – 28). Universitetsforlaget.

Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling – en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>

Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I: Willumsen, E. & Ødegård, A. (Red). *Tverrprofesjonelt samarbeid : et samfunnsoppdrag* (2. utgave) (s.33-52). Universitetsforlaget.

Vedlegg 1: Flytdiagram

Identifisering av studier via databaser

Søk i databaser 2021 og 2022: 922

Studier ekskludert pga. språk, duplikater, manglende relevans ut fra tittel og ikke tilgjengelig i fulltekst: 892

Studier identifisert fra gjennomgang av referanselister: 30

Identifiserte studier: 60

Studier gjennomgått (tittel og sammendrag): 60

Studier ekskludert på bakgrunn av manglende relevans: 18

Studier gjennomgått (tittel, sammendrag og innledning): 42

Studier ekskludert på bakgrunn av inklusjonskriterier (PCC): 31

Inkluderte studier: 11

Identifisering av dokumenter via andre kanaler

Regional systemansvarlig EPJ Helse Vest

Nasjonal prosjektleder for PLL

Direktoratet for e-helses samhandlingsløsning (SharePoint)

Inkluderte dokumenter: 3
Styringsdokument m/vedlegg
PLL i praksis
Endrings- og innføringsstrategi for utprøving av PLL

Identification

Screening

Included

Vedlegg 2: Kartleggingsanalyse

Forfatter, årstall og navn på studie	Formål	Metode	Populasjon, land og samhandlingssystem	Hovedfunn relatert til helseprofesjoners erfaringer med delt legemiddelliste
Ammenwerth et al., (2014): A nationwide computerized patient medication history: Evaluation of the Austrian pilot project "e-Medikation"	Presentere resultater og lærdommer basert på evalueringen av pilotprosjektet om «e-Medikation»	Kvantitativ metode: spørreskjema	Leger og farmasøyter innenfor ulike deler av helsevesenet i Østerrike E-Medikation: en nasjonal legemiddelliste	Leger og farmasøyter var positive til systemet, farmasøytene i noe høyere grad enn legene. Studien viser utfordringsbilde knyttet til både det tekniske aspektet, samt at holdninger, motivasjon og motstand blant profesjonene var avgjørende for grad av bruk. Det var rapportert misnøye med opplæringen og systemstøtte.
Christensen et al., (2014): Implementering av fælles medicinkort er vanskelig	Undersøke implementeringen av og erfaringer med «Fælles medicinkort»	Mixed method: Kvantitativ metode: tværsnittstudie Kvalitativ metode: intervju	Leger og farmasøyter på sykehus i Danmark «Fælles Medicinkort» (FMK): en nasjonal legemiddelliste	Systemet var i liten grad tatt i bruk til tross for at legene i utgangspunktet var positive til en delt legemiddelliste. Legene erfarte manglende opplevelse av nytteverdi. Generelle utfordringer var motivasjon, tidsbruk og ferdigheter blant legene, samt tekniske problemer. Leders rolle var beskrevet som avgjørende for videre implementering.
Dyb & Warth (2018): The Norwegian national summary care record: a qualitative analysis of doctors' use of and trust in shared patient information	Undersøke leger sin erfaring med Kjernejournal	Kvalitativ metode: Intervju	Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge Kjernejournal: et nasjonalt system for deling av kritisk informasjon, bl.a. pasientens legemiddelliste	Systemet var i liten grad tatt i bruk til tross for positiv holdning blant legene i utgangspunktet. Skyldtes bl.a. manglende tillit til at opplysningene var oppdaterte samt tekniske utfordringer. Egenskaper blant profesjonene som motivasjon, vilje og ansvarsfølelse påvirket innføring og bruk. Lav erfart nytteverdi blant fastlegene som hadde et hovedansvar for å oppdatere systemet var en utfordring.

Forfatter, årstall og navn på studie	Formål	Metode	Populasjon, land og samhandlingssystem	Hovedfunn relatert til helseprofesjoners erfaringer med delt legemiddelliste
Eason & Waterson (2013): The implications of e-health system delivery strategies for integrated healthcare: Lessons from England	Undersøke menneskelige og organisatoriske implikasjoner av ulike nasjonale, tekniske strategier for deling av pasientinformasjon (bla. Summary care record)	Analyse av kvalitative og kvantitative data fra: 1:evalueringsrapporter av Summary Care Record 2: resultater fra et prosjekt som studerte i hvilken grad digitale systemer (bl.a. SCR) støttet deling av pasientinformasjon på tvers av helsevirksomheter.	Helseprofesjoner, bl.a. leger, i primær- og spesialisthelsetjenesten i England Ulike strategier, bl.a. Summary Care Record: et nasjonalt system for deling av kritisk informasjon, bl.a. pasientens legemiddelliste	Det var skepsis rundt systemenes mulighet til å ivareta personvern. Ulike holdninger og nytteverdier var av betydning for grad av bruk. Den tekniske strategien bak SCR påvirket grad av bruk, og studien viste at SCR ble brukt i større grad enn andre strategier pga at systemet delte en begrenset mengde informasjon, og at det kunne tilpasses lokale behov.
Greenhalgh et al., (2010): Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed method case-study	Evaluerer utvikling og implementering av Summary Care Record	Mixed method: Kvantitativ metode: Statistisk analyse Kvalitativ metode: Intervju og observasjon	Helseprofesjoner, bl.a. leger i England Summary Care Record: et nasjonalt system for deling av kritisk informasjon, bl.a. pasientens legemiddelliste	Systemet var i liten grad tatt i bruk av leger. Årsaker var knyttet til tekniske utfordringer og egenskaper, samt holdninger, prioriteringer og verdier blant aktørene.
Hackl et al., (2014): Crucial factors for the acceptance of a computerized national medication list	Undersøke hvilke avgjørende faktorer som er av betydning for aksept og bruk av «e-Medikation»	Kvantitativ metode: spørreskjema	Leger og farmasøytter i primær- og spesialisthelsetjenesten i Østerrike «E-Medikation»: en nasjonal legemiddelliste	Ulike holdninger til og nytte av systemene blant aktører påvirket grad av bruk. Legene var mer skeptiske til systemet enn farmasøytene. Leger oppgav faktorer rundt datasikkerhet og support som betydningsfulle, mens farmasøytene i høyere grad vektla de forventede fordelene av systemet.

Forfatter, årstall og navn på studie	Formål	Metode	Populasjon, land og samhandlingssystem	Hovedfunn relatert til helseprofesjoners erfaringer med delt legemiddelliste
Hammar et al., (2014): Implementation of a shared medication list: physicians' views on availability, accuracy and confidentiality	Å beskrive legers syn på endring av informasjonens nøyaktighet, tilgjengelighet og konfidensialitet i overgangen fra lokal medisinliste til en regional legemiddelliste	Kvalitativ metode: intervju	Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten i Sverige Regional digital pasientjournal med integrert legemiddelliste	Legene var i utgangspunktet positive til en delt digital legemiddelliste fordi legemiddellisten ga økt tilgang til informasjon og muligens mer korrekt informasjon. Den økte informasjonen førte derimot til uklarhet rundt hvem som hadde hovedansvar for den totale legemiddellisten. Erfaringene varierte mellom leger i primær- og spesialisthelsetjenesten. Bekymringer rundt personvern og datasikkerhet var tilstede.
Janzek-Hawlat et al., (2013): The Austrian e-Medikation pilot evaluation: lessons learned from a national medication list	Presentere resultater og anbefalinger basert på evalueringen av pilotprosjektet om E-Medikation	Kvantitativ metode: spørreskjema	Leger og farmasøyter i primær- og spesialisthelsetjenesten i Østerrike «E-Medikation»: en nasjonal legemiddelliste	Aktørene var i utgangspunktet positive til systemet, men erfarte at programvaren opplevdes lite brukervennlig. Tekniske egenskaper var avgjørende for om systemet ble tatt i bruk i den grad det var tenkt. Manglende opplæring var også en hemmende faktor for bruk.
Jøsendal & Bergmo (2019): How discrepancies in medication records affect the creation and trust in a shared medication list in Norway	Undersøke hvordan feil i eksisterende papirbaserte medisinlister påvirker oppretting og bruk av PLL	Mixed method: Kvantitativ metode: datainnsamling fra papirbaserte legemiddellister Kvalitativ metode: intervju	Fastleger, apotekansatte, sykepleiere og farmasøyter i primærhelsetjenesten i Norge PLL: delt nasjonal legemiddelliste	Studien viste til høy forekomst av feil/avvik i eksisterende legemiddellister. Det eksisterte ulike holdninger blant profesjonene og systemet ble i varierende grad tatt i bruk. Systemet førte til økt følelse av ansvar blant sykepleiere, og behov for ekstra kontrollrutiner. Tekniske utfordringer var også hyppig rapportert.
Tully et al., (2013): Transfer of data or re-creation of knowledge- Experiences of a shared electronic patient medical records system	Å undersøke leger fra primær- og spesialisthelsetjenesten sine erfaringer med delt, regional legemiddelliste	Kvalitativ metode: Intervju	Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten i Sverige Regional digital pasientjournal med integrert legemiddelliste	Legene opplevde økt og effektiv tilgang til kunnskap og informasjon. Det var rapportert utfordringer knyttet både til tekniske forhold og personvern, og systemet førte til endring i ansvarsforhold, økt krav til kvalitet i arbeidet og endring i arbeidsrutiner. Ulike aktører hadde ulike erfaringer og ulike behov.

Forfatter, årstall og navn på studie	Formål	Metode	Populasjon, land og samhandlingssystem	Hovedfunn relatert til helseprofesjoners erfaringer med delt legemiddelliste
Warth & Dyb (2017): A qualitative study of the implementation and use of a national information system	Å undersøke hvordan Kjernejournal ble implementert og anvendt i praksis	Kvalitativ metode: Intervju	Leger i primær- og spesialisthelsetjenesten i Norge Kjernejournal: et nasjonalt system for deling av kritisk informasjon, bl.a. pasientens legemiddelliste	Brukt i liten grad av legene, men medisinalisten var vurdert som den mest hensiktsmessige delen av systemet. Lokale arbeidsforhold påvirker hvordan systemet blir brukt, og ulike aktører hadde ulike behov og forventninger.