



Johanne Hammerlund & Juni Vådahl

**Mot bedre samhandling i prosjektet “Én
innbygger - én journal”.**

En studie av endringer i styring og organisering.

Masteroppgave i Offentlig administrasjon og styring

OAS5900

OsloMet – storbyuniversitetet

Handelshøyskolen

Fakultet for samfunnsvitenskap

Forord:

Denne masteroppgaven er skrevet som et avsluttende ledd av vår mastergrad i Offentlig administrasjon og styring ved OsloMet. Vi har fått muligheten til å studere et interessant og omfattende felt. Det har vært krevende, men også givende og spennende.

Masterprogrammet har vært preget av en pandemi, med digitale forelesninger og møter, noe som har vært utfordrende til tider. Vi er likevel takknemlige for interessante emner, engasjerte forelesere og nye bekjentskaper. Takk for interessante samtaler og sosiale sammenkomster.

Vi ønsker å rette en stor takk til vår veileder Inger Marie Stigen for grundige tilbakemeldinger og god oppfølging underveis. Videre ønsker vi også å takke våre informanter for at de stilte opp og tok seg tid til å dele erfaringer og meninger. Uten dere ville det ikke blitt et ferdig produkt.

Takk til familie, venner og kjærester som har korrekturlest, støttet og heiet på oss gjennom denne perioden.

Johanne Hammerlund og Juni Vådahl

Mai 2022

Sammendrag:

Helse- og omsorgssektoren i Norge har i stor grad tatt i bruk informasjonsteknologi når det kommer til løsninger for helsepersonell, pasienter, brukere og befolkningen. Likevel har det vært behov for å effektivisere helsesektoren, i form av pasientsikkerhet, god oppfølging gjennom pasientforløpet og tryggere behandling. I stortingsmelding 9 “Én innbygger - én journal” fra 2013 ble det lagt frem tydelige mål for digitaliseringen av helsesektoren.

Arbeidet med “Én innbygger - én journal” har fått mye oppmerksomhet og vært gjenstand for kritikk. I 2021 publiserte Riksrevisjonen en undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med “Én innbygger - én journal”. Riksrevisjonen vurderte flere punkter fra styringen til Helse- og omsorgsdepartementet som svært kritikkverdige. Som følge av kritikken ble det gjennomført endringer i organiseringen av forprosjektet Akson, den nasjonale styringsmodellen er under videreutvikling og statens prosjektmodell har vist seg å ikke egne seg i digitaliseringsprosjekter.

I denne oppgaven har vi sett på hvordan endringene i styringen og organiseringen av arbeidet med å nå målbildet i stortingsmelding 9 har påvirket samhandlingen mellom aktørene. Vår problemstilling i denne oppgaven er følgende: *Hvilke endringer er gjort i organisering og styring av “Én innbygger - én journal”, og hvordan har endringene påvirket samhandlingen?* For å svare på denne problemstillingen har vi tatt utgangspunkt i det teoretiske rammeverket om governance til Ansell og Gash. Ansell og Gash har utviklet en samarbeidsmodell for samstyring, som består av fire sentrale variabler. Disse variablene er innledende betingelser, ledelse, samarbeidsprosessen og institusjonelt design. Denne oppgaven kommer til å ta utgangspunkt i to av de fire variablene, nærmere bestemt samarbeidsprosessen og institusjonelt design. Innenfor samarbeidsprosessen og institusjonelt design, vil variablene kommunikasjon, tillit, delt forståelse og åpenhet og tydelige spilleregler være i fokus. Vi har gjennomført dokumentanalyse av sentrale dokumenter, og hatt semistrukturerte intervjuer med informanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse, Kommunesektorens organisasjon og Oslo kommune.

Samhandlingen i arbeidet med målbildet i “Én innbygger - én journal” har opplevd motstand og vært preget av uenigheter. De fire variablene, kommunikasjon, tillit, delt forståelse og åpenhet og tydelige spilleregler, har vært svekket under forprosjektet Akson. Endringene som følge av oppdelingen av forprosjektet Akson og utviklingen i den nasjonale styringsmodellen

for e-helse har ført til progresjon, større enighet og lavere konfliktnivå i samarbeidet. Dette er med på å styrke samhandlingen og gjennomførelsen av prosjektet. Denne oppgaven viser at endringene som er gjort i arbeidet med “Én innbygger - én journal” har vært med på å endre samhandlingsstrukturen i prosjektet. Variablene kommunikasjon, tillit, delt forståelse og åpenhet og tydelige spilleregler, er sentrale i samstyringsprosjekter.

Abstract:

The health and care sector in Norway has largely adopted information technology when it comes to solutions for healthcare personnel, patients, users, and the population. Nevertheless, there has been a need to streamline the health sector, with regard to patient safety, good follow-up throughout the patient course, and safer treatment. The parliamentary report “One inhabitant – one journal” from 2012 - 2013 presented clear goals for the digitalization of the health sector. The work towards achieving the goals of the report has received a lot of attention and has been the subject to criticism. In 2021, the Office of the Auditor General published an investigation of the Ministry of Health and Care Services’ management of the work on “One inhabitant – one journal”. The Auditor General considered several factors of the governance of the Ministry of Health and Care Services to be highly reprehensible. As a result of the criticism, changes were implemented in the organization of the Akson pre-project, the national governance model for e-health is under development and the state’s project model has proved to not be suitable in digitalization projects

In this thesis, we have researched how the changes in the governance and the organization of the work to achieve the goals of “One inhabitant – one journal” have affected the interaction between the stakeholders. Our research question in this thesis is as follows: *What changes have been made to the organization and management of “One inhabitant – one journal” and how have the changes affected the interaction?* In order to answer this question, we have used Ansell and Gash’s theoretical framework. Ansell and Gash have developed a collaborative model for governance, which consists of four key variables. These variables are initial conditions, management, the collaborative process and institutional design. This thesis will be based on two of the four variables, specifically the collaboration process and institutional design. The variables communication, trust, shared understanding and transparency and clear rules will be in focus.

In addition, we have conducted document analysis of important documents, and semi-structured interviews with informants from the Ministry of Health and Care Services, the Directorate of e-Health, the Municipal Sector’s organization and Oslo Municipality.

The Governance in the work of achieving the goals of “One inhabitant - one journal” has experienced resistance and been affected by disagreements. The four variables,

communication, trust, shared understanding and transparency and clear rules, have been weakened under the Akson pre-project. The changes due to the division of the Akson pre-project and the developments in the national governance model for e-health have led to progression, higher level of agreement and lower conflict levels in the project. This leads to a strengthened interaction and implementation of the project. This thesis shows that the changes made to the work on “One inhabitant – one journal” have helped to change the collaboration structure of the project. Variables of communication, trust, shared understanding and transparency and clear rules are central to governance projects.

Innholdsfortegnelse

KAPITTEL 1: INNLEDNING	1
1.1 TEMA OG PROBLEMSTILLING	2
1.2 BAKGRUNN.....	4
1.2.1 “ <i>Én innbygger - én journal</i> ”	4
1.2.2 <i>Tidslinje over hendelsesforløpet til “Én innbygger - én journal”</i>	5
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR	6
KAPITTEL 2: AKTØRER I HELSE- OG OMSORGSSEKTOREN	7
2.1 HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET	7
2.2 DIREKTORATET FOR E-HELSE.....	8
2.3 KOMMUNER OG KOMMUNESEKTORENS ORGANISASJON	9
KAPITTEL 3: TEORETISK RAMMEVERK	10
3.1 GOVERNANCE OG SAMSTYRING	10
3.2 HVUA ER SAMSTYRING OG HVORDAN FUNGERER DET?	11
3.3 AVGRENSING AV ANSELL OG GASH SIN SAMARBEIDSMODELL FOR SAMSTYRING	12
3.4 DE FIRE FORUTSETNINGENE FOR SAMARBEID	12
3.4.1 <i>Innledende betingelser</i>	12
3.4.2 <i>Ledelse</i>	13
3.4.3 <i>Samarbeidsprosessen</i>	14
3.4.4 <i>Institusjonelt design</i>	18
KAPITTEL 4: METODE	19
4.1 VALG AV METODE	19
4.2 DATAINNSAMLING.....	19
4.3 DOKUMENTSTUDIE	20
4.4 SEMISTRUKTURERTE INTERVJUER	21
4.5 STUDIENS PÅLITELIGHET, GYLDIGHET OG OVERFØRBARHET.....	22
4.5.1 <i>Pålitelighet</i>	22
4.5.2 <i>Gyldighet</i>	23
4.5.3 <i>Overførbarhet</i>	24
4.6 ETIKK	25
KAPITTEL 5: EMPIRI	25
5.1 HVA HANDLER SAMARBEIDET OM?.....	26
5.2 HVEM SAMARBEIDER I PROSJEKTET?	27
5.3 HVORFOR HAR DET VÆRT BEHOV FOR ENDRINGER I PROSJEKTET?.....	28
5.4 HVILKE ENDRINGER ER GJORT I ORGANISERING OG STYRING?	32
5.5 HVORDAN HAR ENDRINGER PÅVIRKET SAMHANDLINGEN OG MULIGHETEN FOR Å NÅ MÅLENE?	34
5.6 OPPSUMMERING AV EMPIRI	36
KAPITTEL 6: DISKUSJON	36
KAPITTEL 7: MOT ET BEDRE SAMARBEID?	41
7.1 VIDERE FORSKNING	42
LITTERATUR	44
VEDLEGG	49

Kapittel 1: Innledning

Behovet for utvikling innenfor e-helse er en viktig forutsetning for å håndtere eksisterende og fremtidige utfordringer i helsesektoren. Faktorer som eldrebølgen, kostnadskutt og fastlegeordningen i distriktene gjør at nye løsninger, ny teknologi og infrastruktur er nødvendig. God samhandling mellom helsepersonell i ulike institusjoner vil kunne gi pasienter og pårørende en bedret og effektivisert opplevelse av pasientforløpet. Satsingen på e-helse gjør det også mulig for pasientene å ta en aktiv del i eget helsetilbud. Helsenorge.no og e-resept er eksempler på nye løsninger og ny teknologi innenfor e-helse som gir pasientene bedre oversikt og kontroll over egne helseopplysninger.

Helse- og omsorgssektoren i Norge har i stor grad tatt i bruk informasjonsteknologi vedrørende løsninger for helsepersonell, pasienter, brukere og befolkningen. Likevel har det vært behov for å effektivisere helsesektoren, i form av pasientsikkerhet, bedre oppfølging gjennom pasientforløpet, og tryggere behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s.9). Sektoren består av flere selvstendige virksomheter, som har resultert i at det finnes mange forskjellige løsninger i de ulike digitale systemene. Stoltenberg II-regjeringen ønsket å samle helsesektoren, slik at man sammen kunne arbeide mot en felles løsning. Dermed ble stortingsmelding 9 (2012 - 2013) utarbeidet, og målet for helsesektoren ble formulert som “Én innbygger - én journal”.

Arbeidet med “Én innbygger - én journal” har pågått siden 2012, og har satt tydelige mål for digitaliseringen av helsesektoren. Prosjektet har gjennomgått flere faser, alt fra en konseptuell fase til en konkretiseringsfase. Forprosjektet Akson ble etablert i 2019, der målet var å lage en nasjonal journalløsning. Omfanget av Akson ble estimert til en kostnad på 22 milliarder kroner, og en tidshorisont til år 2040 (Riksrevisjonen, 2021a, s. 7). Akson ble vurdert til å være en stor investering, og ble i 2020 delt opp i Felles kommunal journal og Program digital samhandling. Dermed sitter man igjen med tre tiltak som sammen jobber for målene i “Én innbygger - én journal” (Direktoratet for e-helse, 2021a). De tre tiltakene er 1) Felles kommunal journal (tidligere Akson), 2) Helseplattformen i Midt- Norge, og 3) Videreutvikling av eksisterende journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse vest og Helse sør-øst.

22. juni 2021 kom Riksrevisjonens rapport om styring og anskaffelser knyttet til “Én innbygger - én journal”. Konklusjonen til Riksrevisjonen er at det er svakheter knyttet til styring og kontroll av arbeidet med “Én innbygger - én journal” (Riksrevisjonen, 2021a, s. 132). Riksrevisjonen anerkjenner at offentlige utredninger kan ta tid og være omfattende. De mener likevel at helsemyndighetene skulle ha vært nærmere målet etter 8 år. Riksrevisjonens rapport har vært med på å belyse flere svakheter ved arbeidet “Én innbygger - én journal”. I denne oppgaven skal vi se nærmere på endringer som er gjort etter forprosjektet Akson og frem til i dag.

1.1 Tema og problemstilling

I stortingsmelding 9 «Én innbygger - én journal» fra 2012 legger regjeringen frem sine mål for utviklingen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 10). Motivasjon for valg av case kommer på bakgrunn av Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med “Én innbygger - én journal”. Vi ønsker derfor å besvare følgende problemstilling:

Hvilke endringer er gjort i organisering og styring av “Én innbygger - én journal”, og hvordan har endringene påvirket samhandlingen?

For å svare på problemstillingen vil vi også fokusere på de fem følgende spørsmålene:

- a) Hva handler samarbeidet om?
- b) Hvem samarbeider i prosjektet?
- c) Hvorfor har det vært behov for endringer i prosjektet?
- d) Hvilke endringer er gjort i organisering og styring?
- e) Hvordan har endringer påvirket samhandlingen og muligheten for å nå målene?

I tillegg til Riksrevisjonens rapport har håndteringen av prosjektet vært omtalt og kritisert i en rekke medier, blant annet Aftenposten, Dagens Næringsliv, Nettavisen, Verdens Gang og Adresseavisen. Her nevnes blant annet dårlig styring og kontroll, dårlig oppfølging fra departementet, liten grad av innflytelse blant aktørene og at omfanget av prosjektet er for stort og komplisert (Klemetzen, 2020). Behovet for en innovativ og sikker helse- og omsorgssektor er nødvendig slik at helsepersonell og helseforetak kan gi bedre oppfølging under pasientforløpet, og sikre et bedre helsetilbud for befolkningen. Disse faktorene er med på å gjøre tematikken for denne oppgaven svært dagsaktuell.

I komplekse utfordringer, som e-helse, er det utviklet en nasjonal styringsmodell, som skal bidra til samstyring mellom aktører i helse- og omsorgssektoren. Samtidig er statens prosjektmodell et sentralt regelverk når staten skal investere i nye og store prosjekter (Finansdepartementet, 2020). Den nasjonale styringsmodellen for e-helse og statens prosjektmodell vil være sentrale i forsøket på å kartlegge og vurdere endringer i styringen og organiseringen av prosjektet “Én innbygger – én journal”.

Samhandlingsorganisering, -prosesser og -utfordringer kan belyses gjennom ulike teoretiske innfallsvinkler. I denne oppgaven tar vi utgangspunkt i Ansell og Gash sin teoretiske vinkling på governance for å svare på vår problemstilling. Governance handler om endringsprosesser i offentlig politikk, der offentlige og private aktører føres sammen for å løse og diskutere problemer (Ansell og Gash, 2008, s. 543). En norsk betegnelse av governance er samstyring (Røiseland og Vabo, 2008, s. 88). Gjensidig avhengighet, forhandlinger og målorientert planlegging er sentrale elementer innenfor samstyring (Røiseland og Vabo, 2008, s. 97). Komplekse utfordringer som globalisering, pandemier og økonomiske kriser gjør behovet for samhandling svært aktuelt. Grunnen til dette er at slike utfordringer trenger kunnskapsdeling på tvers av sektorer for å håndteres på en effektiv måte.

Ansell og Gash har utviklet en samarbeidsmodell for samstyring. Det er fire hovedvariabler som er sentrale i samarbeidsmodellen: innledende betingelser, ledelse, institusjonelt design og samarbeidsprosessen. Denne oppgaven kommer til å ha et hovedfokus på variablene, institusjonelt design og samarbeidsprosessen. Disse to variablene har syv underkategorier. Underkategoriene er inkludering av aktører, tydelige spilleregler og åpenhet, tilknytning til prosessen, kommunikasjon, tillit, forpliktelse og delt forståelse (Ansell og Gash, 2008, s. 544). For å avgrense oppgaven ytterligere kommer vi kun til å belyse fire av de syv underkategoriene. De fire utvalgte underkategoriene er kommunikasjon, tillit, delt forståelse og tydelige spilleregler og åpenhet.

For å forstå samhandlingsprosessen ønsker vi å ta utgangspunkt i primærstrukturen og sekundærstrukturen. Primærstrukturen omfatter organiseringen av aktørene i helsesektoren, og sekundærstrukturen tar for seg plattformene aktørene samhandler i (Hansen, Hovik og Hundere, 2014, s. 156). Sekundærstrukturen vil i denne oppgaven primært omhandle den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

1.2 Bakgrunn

Norge er et av de ledende landene på digitalisering i Europa, i følge DESI-indeksen (Digital Economy and Society Index). Innbyggerne i Norge er godt vant til å benytte seg av digitale tjenester, både når det kommer til å samle inn informasjon og kommunisere (Regjeringen, 2021b). Det finnes store digitale tjenester med et stort volum brukere innenfor en rekke sektorer, eksempelvis bank og finans. Innbyggere og aktører i helsevesenet har også et behov for at helse- og omsorgssektoren skal tilby slike digitale tjenester når det kommer til pasientinformasjon og kontakt med helsevesenet. Om man får til gode digitale løsninger innenfor helsesektoren, vil det kunne gjøre helsesektoren mer effektiv, sikker og gi en bedre opplevelse for sluttbruker (Kommunesektorens organisasjon, 2018). I tillegg vil man kunne gi innbyggerne en mulighet til å påvirke sitt eget helsetilbud.

Særegent for helse- og omsorgssektoren er at den består av flere selvstendige aktører. På grunn av fragmenteringen i sektoren, i tillegg til juridiske rammer, blir ikke ressursene i helse- og omsorgstjenestene godt nok utnyttet. Samhandlingen i sektoren er for dårlig tilrettelagt, noe som ofte fører til dobbeltarbeid og lite effektiv bruk av ressursene (Direktoratet for e-helse, 2017, s. 5).

1.2.1 “Én innbygger - én journal”

I stortingsmelding 9 (2012 - 2013) “Én innbygger - én journal” settes det tydelige mål for digitalisering i norsk helse- og omsorgssektor. Stoltenberg II-regjeringen satte tre hovedmål for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren: 1) Helsepersonell skal ha en enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, 2) Innbyggerne skal ha tilgang til enkle og sikre digitale tjenester, 3) Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 10).

Arbeidet med å nå målene i “Én innbygger - én journal” er langsiktig. Det har blitt gjennomført flere strategiske tiltak, som jobbes aktivt med i dag. De strategiske tiltakene er delt opp i tre: 1) Felles kommunal journal (tidligere Akson journal), 2) Helseplattformen Midt-Norge, 3) Videreutvikling av eksisterende journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest. Parallelt med dette arbeidet, har det blitt etablert flere viktige nasjonale e-helsetjenester. Kjernejournal, helsenorge.no og e-resepter er eksempler på dette. Disse satsningene har gitt gevinster for hele samfunnet. E-resept ble innført i 2013, og har vist seg å være en suksess for både pasienter og helsepersonell. I tillegg

ble det konstatert at innføringen av e-resept ville gi en gevinst på rundt 800 millioner over en tidsperiode på 12 år (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 67).

1.2.2 Tidslinje over hendelsesforløpet til “Én innbygger - én journal”



Figur 1: Tidslinje “Én innbygger - én journal”

Figur 1 er en oversikt over viktige hendelser i prosjektet “Én innbygger - én journal”, siden prosjektets begynnelse. De hvite boksene viser til konseptfasen, fra Stortingsmeldingens godkjenning i statsrådet i slutten av 2012 og frem til forprosjektet, Akson, sin opprettelse i 2019. Et konsept handler om å finne ulike måter man kan løse et problem på. En konseptfase starter når man har identifisert et problem, og har behov for å iverksette løsninger (Digitaliseringsdirektoratet, 2021). I en konseptfase innhenter man mye informasjon rundt det mulige prosjektet, slik at man får en oversikt over blant annet mulige gevinster, omfang og finansiering. Konseptfasen inneholdt konseptvalgutredning og eksterne kvalitetssikringer, ettersom dette er et stort statlig investeringsprosjekt. Statens prosjektmodell blir anvendt ved slike kvalitetssikringer. De grønne boksene viser til overgangen fra en konseptfase til en konkretiseringsfase, og indikerer hvilken periode av “Én innbygger - én journal” oppgaven kommer til å fokusere på.

Stortingsmelding 9 “Én innbygger - én journal” ble godkjent i statsråd i november 2012. Denne stortingsmeldingen etablerte et mål bilde for den nasjonale IT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. I august 2013 fikk Helsedirektoratet i oppgave fra Helse- og omsorgsdepartementet å utføre et utredningsarbeid der hovedmålet var å komme frem til ulike løsninger for videre arbeid med “Én innbygger - én journal”. De to påfølgende årene arbeidet Helsedirektoratet tett sammen med sentrale aktører, som for eksempel kommunesektoren, helsepersonell og spesialisthelsetjenesten (Direktoratet for e-helse, 2021a). Oppgaven gikk ut på å utarbeide en rapport om videre utvikling i prosjektet “Én innbygger - én journal”. I 2015 ble rapporten publisert, og utredningen konkluderte blant

annet med at den beste løsningen ville være å lage én felles nasjonal løsning for hele helse- og omsorgssektoren.

I 2016 ble Direktoratet for e-helse opprettet av Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet for e-helse fikk i 2017 et oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å lage et veikart for videre gjennomføring av prosjektet. Dette veikartet skulle være en videreutvikling av rapporten som ble utredet i 2014 - 2015 av Helsedirektoratet. Veikartet inneholdt utfyllende rapporter om hvordan prosjektet “Én innbygger - én journal” skulle realiseres på best og mest mulig effektiv måte. I 2018 gjennomførte Direktoratet for e-helse en konseptvalgutredning, der ulike konsepter for journalløsninger ble vurdert. Konsept 7 ble den anbefalte utredningen, og var utgangspunktet for Akson. 2019 var året forprosjektet, Akson, ble etablert. Akson var et forprosjekt, der man skulle finne gode løsninger på blant annet finansiering, organisering, realisering og ansvar for en felles nasjonal journal. I 2020 ble imidlertid prosjektet delt opp i ulike delprogrammer kalt Felles kommunal journal (FKJ) og Program digital samhandling (Direktoratet for e-helse, 2021a). Dette skjedde som følge av diskusjoner og kritikk knyttet til forprosjektet Akson.

1.3 Oppgavens struktur

Denne oppgaven studerer samhandlingen mellom aktørene i helsesektoren knyttet til målbildet i stortingsmelding 9 “Én innbygger – én journal”. I kapittel 2 vil vi gå gjennom rollen til Helse- og omsorgsdepartementet, Direktoratet for e-helse, Kommunesektorens organisasjon, kommuner, den nasjonale styringsmodellen for e-helse og statens prosjektmodell. Deretter kommer kapittel 3 som vil redegjøre for samarbeidsmodellen til Ansell og Gash (2008,) som også vil brukes i utviklingen av hypoteser. I kapittel 4 presenterer vi valg av metode og de metodiske avveiningene som er gjort underveis i studien.

Funn og analyse vil komme i kapittel 5 og 6. Her analyserer vi våre funn knyttet opp mot hypotesene som er utarbeidet fra teorien til Ansell og Gash (2008). I kapittel 7 kommer det en oppsummering og konklusjon av våre undersøkelser, samt noen tanker rundt videre forskning.

Kapittel 2: Aktører i helse- og omsorgssektoren

Helsesektoren bærer preg av å inneholde et stort mangfold av aktører. Blant annet finner vi Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Helseregionene, kommuner, Sykepleierforbundet, Legeforeningen, privat næringsliv og flere forskningsmiljøer innen helse. I denne oppgaven har vi intervjuet fire sentrale aktører knyttet til arbeidet med å nå målbildet i “Én innbygger - én journal”. Disse er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Direktoratet for e-helse, Kommunesektorens organisasjon (KS) og Oslo kommune.

Videre i kapittel 2 presenterer vi aktørene som er sentrale som en del av primærstrukturen i helsesektoren. I tillegg kommer det en redegjørelse av rammeverket og plattformene de samhandler i, som er en del av sekundærstrukturen.

2.1 Helse- og omsorgsdepartementet

Det er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) som har det overordnede ansvaret for helse- og omsorgstjenester i Norge. Deres oppgaver går blant annet ut på helsepolitikk, folkehelse og helselovgivning. HOD består av totalt ni avdelinger. Noen av de sentrale avdelingene er: folkehelseavdelingen, helserettsavdelingen, kommunetjenesteavdelingen og e-helseavdelingen (Regjeringen, 2022). Avdelingen for e-helse har hovedansvaret for digitalisering i helse- og omsorgssektoren. Et av ansvarsområdene til avdelingen er oppfølging av prosjektet “Én innbygger - én journal”. Avdelingen for e-helse har etatsstyringsansvar for Direktoratet for e-helse.

Ettersom arbeidet om å nå målbildet i “Én innbygger - én journal” er et statlig investeringsprosjekt, må HOD og de resterende aktørene følge statens prosjektmodell når det kommer til metodikk og kvalitet.



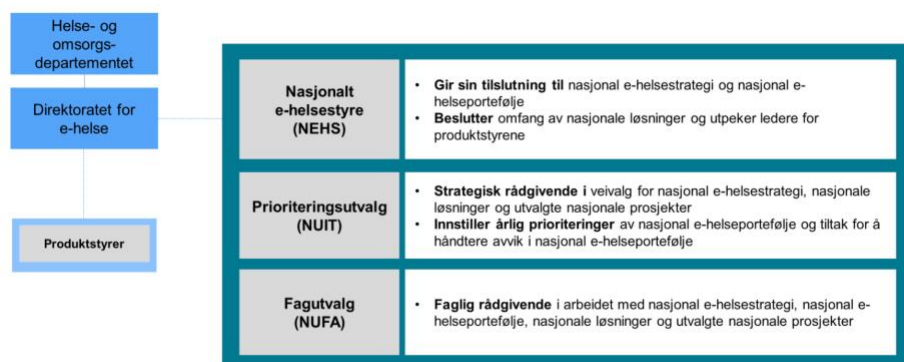
Figur 2: Statens prosjektmodell for statlige investeringsprosjekter (Regjeringen, 2019).

Ved utredning av store statlige investeringsprosjekter skal prosjektene følge statens prosjektmodell. Dette gjelder spesielt statlige prosjekter som har en anslått samlet kostnad på over 300 millioner kroner for digitaliseringsprosjekter, og 1 milliard kroner for øvrige prosjekter. I hovedsak handler det om at prosjektene må tilfredsstille enkelte krav i form av kvalitetssikring, før prosjektet kan presenteres for regjering og Stortinget. Den statlige prosjektmodellen består av fire faser, 1) idefase, 2) konseptfase, 3) forprosjekt, og 4) gjennomføring. Etter fase 2 og 3 vil det være to kontrollfaser, kalt KS1 og KS2. Utgangspunktet for disse kontrollene er at den utarbeidede informasjonen og analysen av prosjektet skal kontrolleres av en tredjepart (Finansdepartementet, 2019).

2.2 Direktoratet for e-helse

I 2016 ble Direktoratet for e-helse etablert av Helse- og omsorgsdepartementet, som et fag- og myndighetsorgan. Formålet til Direktoratet for e-helse er å være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren. Målene fra stortingsmeldingen “Én innbygger - én journal” skal være førende i arbeidet. Hovedmålene til Direktoratet for e-helse er beskrevet i stortingsmelding 27 (2016) “Digital agenda for Norge”: 1) Enkle og sikre digitale tjenester for helsepersonell, 2) Enkle og sikre nasjonale e-helsetjenester for innbyggerne, 3) Oppdaterte og tilgjengelige data for styring, finansiering, beredskap, kvalitetsforbedring, helseanalyse og forskning, 4) Bedre gjennomføringsevne og nasjonal styring av e-helse, 5) Nasjonal IKT-infrastruktur og felleskomponenter ivaretar behovet for sikker digital kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 69).

Nasjonal styringsmodell for e-helse er sentral i utarbeidelsen av nasjonal e-helsestrategi. Direktoratet for e-helse etablerte styringsmodellen for å styrke gjennomførelsen av IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse fungerer som en samhandlingsarena. I tillegg skal den sikre forankring i helsesektoren og være konsensusbasert. Aktørene i den nasjonale styringsmodellen for e-helse er bredt sammensatt. Den består av representanter for statlig helseforvaltning, spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, fagprofesjoner og ulike pasientgrupper.



••• Direktoratet for e-helse

Figur 3: Nasjonal styringsmodell for e-helse og overordnede myndigheter og roller (Direktoratet for e-helse, 2021b).

Modellen fungerer slik at prioriteringsutvalget (NUIT) og fagutvalget (NUFA) skal understøtte Nasjonalt e-helsestyre (NEHS) ved å legge til rette for at vedtak og avgjørelser er basert på godt forankrede grunnlag (Direktoratet for e-helse, 2021b). Dette gjøres for at ledelsen i Nasjonalt e-helsestyre skal være trygge på de avgjørelsene som blir tatt. Forumene i styringsmodellen fungerer rådgivende overfor Direktoratet for e-helse og modellen endrer ikke styringslinjene fra verken Stortinget, regjeringen, departement eller kommuner.

2.3 Kommuner og kommunesektorens organisasjon

Per i dag finnes det 356 kommuner og 11 fylkeskommuner i Norge (Regjeringen, 2021a). En stor del av helsetilbudene og behandlingen i helsesektoren skjer i kommunene.

Kommunehelsetjenesten brukes synonymt med primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenester er de tilbudene som finnes i lokalmiljøer. Kommunene har ansvar for fastlegetjenesten, pleie- og omsorgstjenester og andre helsetilbud som gis over tid i innbyggernes nærmiljø (Helse Midt-Norge, 2017). Primærhelsetjenesten er grunnmuren i norsk helsevesen og svært viktig for å sikre et godt helsetilbud til innbyggerne i kommunene (Regjeringen, 2014). Dersom tilbudet i primærhelsetjenesten svikter, vil hele helsetjenesten bli satt under press.

Alle norske kommuner og fylkeskommuner har organisert seg i kommunesektorens organisasjon (KS), blant annet for å ivareta medlemmene, legge til rette for en effektiv lokalforvaltning og følge med på forberedelse og iverksettelse av lover. Det er kommunene som skal ta i bruk flere av løsningene som jobbes med i Program digital samhandling og Felles kommunal journal.

Kommunesektorens organisasjon (KS) er kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon. KS arbeider for en effektiv og selvstendig kommunesektor som ivaretar innbyggernes behov. Alle norske kommuner og fylkeskommuner er medlemmer i KS (Kommunesektorens organisasjon, 2022a). KS sine arbeidsoppgaver innebærer blant annet å sikre kommunenes interesser, samt å representere arbeidsgiversiden ved lønnsforhandlinger.

KS har et tett samarbeid med regjeringen og Stortinget. KS sørger for at Stortinget og departementene får et innblikk i kommunesektorens prioriteringer og behov. I tillegg har KS og regjeringen møter flere ganger i året for å diskutere økonomi, tjenester og rammebetingelser for den kommunale sektoren (Kommunesektorens organisasjon, 2022a).

Kapittel 3: Teoretisk rammeverk

Denne oppgaven skal studere samhandlingen og styringen av endringer i prosjektet “Én innbygger - én journal” fra 2019 og frem til i dag. Vi vil derfor ta utgangspunkt i det teoretiske rammeverket fra Ansell og Gash sin modell for samarbeid, der vi også har sett på tidligere studier som bruker dette rammeverket. For å støtte opp under det teoretiske rammeverket til Ansell og Gash har vi anvendt forklarende litteratur om governance av Røiseland og Vabo.

3.1 Governance og samstyring

“Governance” er et begrep som omhandler endringsprosesser i offentlig sektor. Flere forskere anvender det engelske ordet, slik at det ikke blir forvirring rundt bruken av begrepet.

Røiseland og Vabo på sin side bruker “samstyring” som en norsk betegnelse på governance, og definerer det som “den ikke-hierarkiske prosessen hvorved offentlige og private aktører og ressurser koordineres og gis felles retning og mening” (Røiseland og Vabo, 2008, s. 90).

Videre i denne oppgaven kommer vi til å benytte begrepet samstyring synonymt med governance.

Det finnes tre grunnleggende kjennetegn ved samstyring. For det første er det nødvendig med en gjensidig avhengighet mellom aktørene som er involvert. Gjennom gjensidig avhengighet kan man på mange måter si at samstyring er en form for spleiselag. Grunnen til dette er at alle deltakerne bringer noe til samarbeidet. Eksempler på hva de ulike deltakerne kan bidra med er: økonomiske ressurser, kunnskap eller lokale forutsetninger. For det andre bør beslutninger baseres på forhandlinger (Røiseland og Vabo, 2008, s. 97). Uten forhandlinger kan man

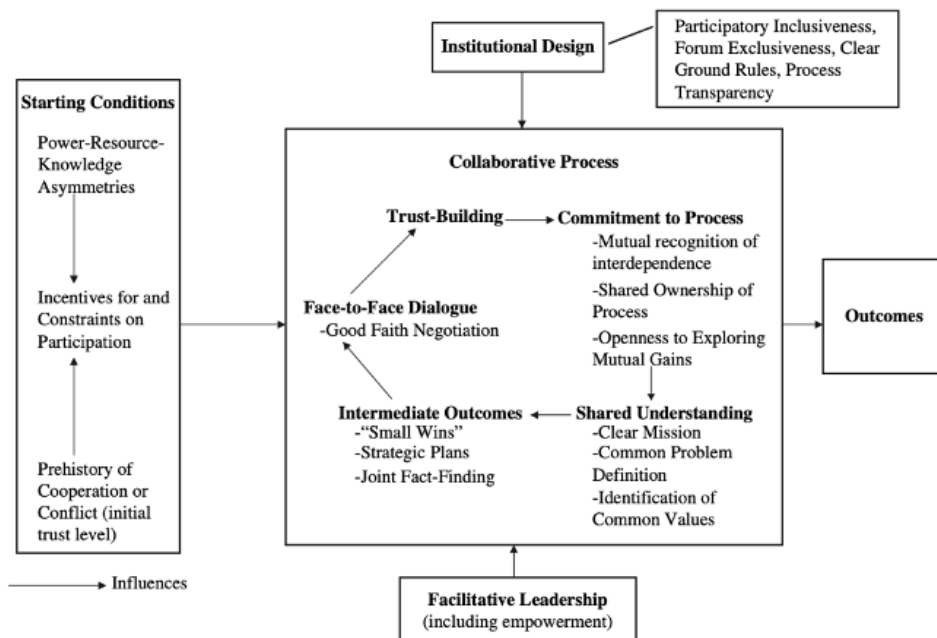
risikere at enkelte deltakere velger å forlate samarbeidet, og derfor vil en samstyringsprosess prøve å styre unna bruk av makt blant aktørene. Til slutt skal samstyring være planlagt og målorientert, som igangsetter planlegging, koordinering og målformulering.

3.2 Hva er samstyring og hvordan fungerer det?

Samstyring er en samarbeidsform, der offentlige og private interessenter føres sammen til et felles forum, slik at man både kan diskutere og løse offentlige problemer (Ansell og Gash, 2008, s. 543). Samstyring har oppstått som en reaksjon på dårlig styring og implementering av offentlig politikk. Ansell og Gash definerer samstyring som en styringsordning, der ikke-statlige interessenter blir engasjert av offentlige etater, til å være med i en beslutningsprosess angående offentlig politikk.

Det ligger seks kriterier til grunn, for å kunne kalle en samstyringsprosess for collaborative governance (Ansell og Gash, 2008, s. 544). Innledningsvis må forumet for diskusjon være iverksatt av en eller flere offentlige etater. For det andre er det et krav om at det skal inkludere ikke-statlige aktører. Deretter må deltakerne være aktivt med i beslutningsprosessen. Et fjerde kriterium er at møtene skal være formelt organisert og at disse helst skal være jevnlig. Det femte kriteriet handler om at beslutningsprosessen må være konsensusorientert. Til slutt skal samarbeidet omhandle offentlig politikk.

Ansell og Gash har utviklet en modell for samarbeid (figur 4), som baseres på en analyse av 137 casestudier. Disse casestudiene var forsøk på å iverksette samstyring i en gitt sektor. Modellen består av fire sentrale variabler, innledende betingelser, institusjonelt design, ledelse og samarbeidsprosessen (Ansell og Gash, 2008, s. 550). Disse variablene kan igjen deles opp i flere kategorier. Denne modellen er ikke-lineær, som betyr at det ikke er en gitt rekkefølge for de ulike stegene.



Figur 4: Modell for samstyring (Ansell og Gash, 2008, s. 550).

3.3 Avgrensning av Ansell og Gash sin samarbeidsmodell for samstyring

Endringer ved oppdelingen av Akson, videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen for e-helse og oppmerksomheten rundt statens prosjektmodell har påvirket variabler i samarbeidsprosessen og institusjonelt design. Det institusjonelle designet og samarbeidsprosessen er derfor sentrale variabler i forsøket på å svare på vår problemstilling om hvordan endringer har påvirket samhandlingen mellom aktørene. Vi har valgt ut til sammen fire underkategorier fra de to variablene. Innenfor institusjonelt design er fokuset på tydelige spilleregler og åpenhet sentrale, da det har vært viktig å følge statens prosjektmodell, ha tydelige rollefordelinger og åpenhet i prosessen. Når det kommer til samarbeidsprosessen er underkategoriene kommunikasjon, tillit og delt forståelse relevante å fokusere på, da de har skapt utfordringer for samarbeidet.

3.4 De fire forutsetningene for samarbeid

3.4.1 Innledende betingelser

Det er en rekke ulike betingelser som kan være med på å legge til rette for samarbeid, men også hindre et godt samarbeid. Ansell og Gash vektlegger tre påvirkningsfaktorer som er sentrale ved de innledende betingelsene i et samarbeid. Disse er: ubalanse i makt eller ressurser hos interessentene, interessentenes insentiver for samarbeid og erfaringer fra tidligere samarbeid (Ansell og Gash, 2008, s. 551).

I et samarbeid er det vanlig at det finnes ubalanse i makt eller ressurser hos deltakerne. Slike ubalanser kan være ulik kapasitet, status eller tilgang på ressurser mellom interessentene (Ansell og Gash, 2008, s. 551). Ulemper ved slik ubalanse er at enkelte aktører får større beslutningsmakt. Dette kan være med på å skape utfordringer for et eventuelt samarbeid.

Ved store samarbeidsprosjekter er det nødvendig å kartlegge aktørenes insentiver for et samarbeid. Ulike insentiver for å delta i et samarbeid kan være med på å påvirke prosjektets fremgang, uenigheter og resultat (Ansell og Gash, 2008, s. 552). En mulig faktor som kan påvirke samarbeidet, er aktørenes maktposisjon eller tilgang til ressurser. Andre insentiver aktører kan ha er blant annet ønske om å sikre eget omdømme ved et eventuelt samarbeid og hvilken tro man har på et vellykket resultat.

Tidligere erfaringer fra samarbeid vil være med på å legge til rette for eller hindre et godt samarbeid (Ansell og Gash, 2008, s. 553). På den ene siden kan konflikt føre til dårlig gjennomføringsevne og dårlige resultater, ettersom man ikke vil komme frem til gode løsninger. På den andre siden kan en konflikt mellom to sterke aktører, nettopp være det som skal til for å legge til rette for et godt samarbeid. Om aktørene har like stor makt, vil den eneste løsningen for partene til å nå sine mål, være å inngå et samarbeid.

3.4.2 Ledelse

Ledelse anses som en viktig faktor når man skal samle aktører og lede dem gjennom en samarbeidsprosess. For å kunne skape gode arenaer for samarbeid, er ledelse en sentral brikke i samarbeidsprosessen. Det er viktig at ledere inkluderer og involverer deltakerne på lik linje (Ansell og Gash, 2008, s. 554). På denne måten vil svakere deltakere kunne få utdype sine meninger, slik at alle aktører blir representert i samarbeidet. Det kan være fornuftig at en leder prøver å balansere makten til deltakerne, slik at de oppleves som like. Dersom dette legges vekt på vil man kunne oppmuntre aktørene til å gi og motta innspill fra hverandre, slik at man sammen kan utforske mulighetene for en felles måloppnåelse.

3.4.3 Samarbeidsprosessen

Samarbeidsprosessen fungerer som en konfliktløsningsprosess der aktørene vil fokusere på å oppnå en gjensidig passende løsning. Samarbeidsprosessen er preget av en gruppebasert tilnærming. En slik tilnærming er basert på ulike prinsipper som er med på å endre dynamikken mellom ulike aktører. På denne måten blir aktørene engasjert i en inkluderende prosess for å finne delte løsninger. Samarbeid ser ofte ut til å være avhengig av å oppnå en velfungerende syklus mellom kommunikasjon, tillit, forpliktelse, forståelse og resultater. Ansell og Gash mener at en modell for samarbeid er viktig når det kommer til å rette oppmerksomhet mot endrede strategier for samarbeid når konteksten endres. Videre presiserer de at kjernen i en samarbeidsprosess er å bygge tillit, skape gjensidig respekt, dele forståelse og engasjement (Ansell og Gash, 2008, s. 557-558).

3.4.3.1 Kommunikasjon

All samstyring bygger på ansikt-til-ansikt dialog mellom aktørene. I følge Ansell og Gash er ansikt-til-ansikt dialog nødvendig, men ikke en tilstrekkelig forutsetning for samarbeid (Ansell og Gash, 2008, s. 558). Med dette mener de at ansikt-til-ansikt dialog kan forsterke stereotypier, statusforskjeller, øke motsetninger eller gjensidig respektløshet. Likevel vil det være utfordrende å forestille seg et effektivt og fruktbart samarbeid uten ansikt-til-ansikt dialog. I litteraturen som finnes for ansikt-til-ansikt dialog vises det til at stereotypier også kan brytes ned, da det skaper mer rom for kunnskap og forståelse ved et samarbeid.

I mange tilfeller opprettes samarbeid som en følge av mangel på kunnskap, og et behov for å kunne lære av hverandre slik at man får den kunnskapen som er tilstrekkelig på alle områder. For å kunne skape gode samarbeidsforhold trenger aktørene å kommunisere. Kommunikasjon mellom deltakerne er nødvendig for å kunne etablere ulike forutsetninger, felles mål, forventninger og synspunkter ved et samarbeid (Røiseland og Vabo, 2016, s. 78). Uten kommunikasjon vil man gå glipp av kunnskapsdeling mellom deltakerne, muligheten til å håndtere ulike utfordringer som oppstår og mangel på gode spørsmål ved problemer og løsninger. Det er nødvendig å opprette gode kommunikasjonskanaler, slik at det er større sannsynlighet for et vellykket samarbeid.

Samhandlingsprosjektet knyttet til oppnåelse av målbildet i stortingsmelding 9 (2012 - 2013) består av et stort omfang aktører. Kommunikasjon mellom aktørene er nødvendig for å innhente informasjon, samt skape felles mål og forventninger knyttet til arbeidet. Målbildet

som ble fremmet i stortingsmeldingen var med på å legge grunnlaget for kommunikasjon mellom aktørene i det videre arbeidet. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse er en plattform der aktørene kan diskutere aktuelle problemstillinger. Den skal sikre forankring i helsesektoren og være konsensusbasert. I tillegg har det blitt opprettet styringsgrupper, konsultasjonsordninger og høringer, der aktører har mulighet til å komme med innspill. Gode kommunikasjonskanaler er nødvendig for et vellykket samarbeid.

Vi har derfor utformet følgende hypotese om kommunikasjon etter endringene i samhandlingsprosjektet “Én innbygger - én journal”:

H1: Samhandlingen mellom aktørene er styrket fordi det gjennom endringer er blitt bedre tilrettelagt for god kommunikasjon mellom aktørene.

3.4.3.2 Tillit

I startfasen av et samarbeid er det vanlig med manglende tillit mellom aktørene.

Forhandlinger er et viktig aspekt ved samarbeidsprosessen, men dette kan være utfordrende uten å ha bygget opp en tillit mellom aktørene. Ansell og Gash presiserer at tillitsbygging er viktig både i oppstarten av et samarbeid og gjennom hele samarbeidsprosessen. Det er derfor viktig å bruke nok ressurser på å bygge opp tillit mellom partene (Ansell og Gash, 2008, s.559). Dersom bruk av nødvendige ressurser ikke kan forsvares, bør det heller ikke inngås et samarbeid.

På mange måter kan man si at tillit mellom deltakerne er en av de viktigste forutsetningene for et godt samarbeid. Alle deltakerne som inngår i et samarbeid har en rekke forventninger, både til prosjektet og til deltakernes engasjement, motivasjon og forpliktelse. Disse forventningene ligger tett knyttet til aspektet om tillit ved et samarbeid. I hovedsak handler tillit om at man vil få gode resultater ved arbeidet som gjøres, i tillegg til felles deltakelse og enighet for å nå resultatene (Røiseland og Vabo, 2016, s. 80). Det er derfor nødvendig å opprette gode rammer for målforutsetninger ved starten av et samarbeid, i tillegg til å opprettholde dette fokuset gjennom hele samarbeidet.

Det er nødvendig at alle deltakerne har tillit til hverandre, og stoler på hverandres avgjørelser. Alle deltakerne må være innforstått med at det er en viss risiko ved å stole på andre aktører, men denne risikoen må være tillitsbasert. Røiseland og Vabo mener at det finnes flere fordeler ved stor grad av tillit mellom deltakerne (Røiseland og Vabo, 2016, s. 81). For det

første kan de økonomiske kostnadene reduseres, på grunn av færre transaksjonskostnader. Tillit vil også være med på å engasjere deltakerne ytterligere, og flere investeringer kan oppstå. Høy grad av tillit vil også kunne være med på å skape gode resultater, fordi deltakerne har god kommunikasjon og deler kunnskap og ressurser seg imellom. I tillegg kan høy grad av tillit være med på å rette fokus mot problemløsning.

Det er vanlig med lav tillit blant aktørene i starten av et samarbeid. Spesielt dersom aktørene ikke kjenner til hverandre fra tidligere. I samarbeidet om å nå målbildet i “Én innbygger - én journal” har aktørene kjennskap til hverandre da de alle tilhører samme sektor. Det er likevel viktig at det er fokus på tillitsbygging gjennom hele prosessen, da tillit kan svekkes selv om aktørene kjenner hverandre. Dette kan gjøres gjennom å opprette gode rammer for målforutsetninger. I samhandlingsprosjektet om å nå målbildet i stortingsmelding 9 (2012 - 2013) har det vært utarbeidet konseptvalgutredning og kvalitetssikringer, og innhentet nødvendig informasjon. Slike utredninger er med på å skape retningslinjer og engasjement fra aktørene. Disse faktorene er sentrale når det kommer til tillit i et samarbeid.

Vi har derfor utformet følgende hypotese om tillit i samhandlingsprosjektet “Én innbygger - én journal”:

H2: Samhandlingen mellom aktørene er styrket fordi det er etablert endringer i organisering og styring som fører til mer tillit mellom aktørene og til gjennomførelsen av prosjektet.

3.4.3.3 Forpliktelse

Forpliktelse og engasjement er nært knyttet til motivasjonen for å delta i et samarbeid. Aktører kan også ønske å delta i et samarbeid for å sikre at eget perspektiv ikke blir neglisjert, sikre legitimitet eller å oppfylle en juridisk forpliktelse. Forpliktelse til et samarbeid handler i stor grad om at aktørene må handle i god tro for gjensidig gevinst (Ansell og Gash, 2008, s. 559). Det betyr også at forpliktelse til en samarbeidsprosess krever en forhåndsvilje til å følge resultatene av overveielse. Ansell og Gash argumenterer derfor for at strategier for samstyring er spesielt egnet for situasjoner som krever løpende samarbeid (Ansell og Gash, 2008, s. 560).

3.4.3.4 Delt forståelse

Underveis i samarbeidsprosessen må aktørene utvikle en felles forståelse av hva de kan oppnå. Delt forståelse blir også beskrevet som “felles oppdrag” i litteraturen. Det kan innebære felles grunn, felles formål, felles mål, delt ideologi, delt visjon, enighet om definisjon av problemet eller enighet om relevant kunnskap som må til for å løse et problem. Steven Daniels og Gregg B. Walker (2001) finner i sine studier om samarbeid i miljø- og naturressurspolitiske beslutninger og konflikthåndtering at utviklingen av delt forståelse kan ses på som en del av en større “lærende” samarbeidsprosess (Ansell og Gash, 2008, s. 560).

Røiseland og Vabo fokuserer på at nødvendigheten av felles mål blant deltakerne ses på som grunnmuren for handlingen i samarbeidet (Røiseland og Vabo, 2016, s. 79). Ved å ha felles mål har man etablert samarbeidets innhold, relasjon og rollefordeling mellom deltakerne, og fremgangsmåten man vil benytte ved samarbeidet. Det kan være utfordrende å komme frem til felles mål, da alle deltakerne i et samarbeid har ulikt utgangspunkt. Denne ulikheten kan skape konflikter, i form av interessekonflikt eller konflikt i forbindelse med ulik tilgang på ressurser. Det kan være vanskelig å forene ulike aktører med ulike verdier og syn, til å ha et felles mål.

Et felles oppdrag eller en delt forståelse av mål og omfang i et samarbeid er et viktig fundament i et samarbeid. Stortingsmelding 9 (2012 - 2013) ligger til grunn for IKT-utviklingen i helse- og omsorgstjenesten. I “Én innbygger – én journal” blir målbildet for arbeidet tydelig presentert, og disse målene står seg den dag i dag. Ved å etablere et felles mål etablerer man innholdet og fremgangsmåten i et samarbeid. Det kan være utfordrende å enes om et felles mål. I arbeidet om å nå målbildet i stortingsmelding 9 (2012 - 2013) har deltakerne hatt samme ønsker om å nå målet. Det har også blitt gjennomført innholds- og kostnadsanalyser som forklarer omfanget av prosjektet, og hvilke aktører som er involverte. Ved å gjennomføre slike prosedyrer kan man øke aktørenes forståelse for prosjektets visjon, omfang og gjennomføring (Stephens, 2007, s. 222).

Vi har derfor utformet følgende hypotese om delt forståelse i samhandlingsprosjektet “Én innbygger - én journal”:

H3: Samhandlingen mellom aktørene er styrket fordi gjennomførte endringer i prosjektet har ført til større enighet rundt delt forståelse om prosjektets visjon, omfang og gjennomføring.

3.4.4 Institusjonelt design

Ansell og Gash refererer til institusjonelt design som grunnregler og grunnprotokoller for samarbeid. Disse grunnreglene og grunnprotokollene er kritiske for legitimiteten til samarbeidsprosessen. En samarbeidsprosess bør være både inkluderende og åpen, da kun et begrenset antall aktører har en mulighet til å forplikte seg til prosessen (Ansell og Gash, 2008, s. 555). utfordringer knyttet til samarbeid stammer ofte fra de institusjonelle rammene, retningslinjene og betingelsene.

En av de største utfordringene er nettopp hvem som bør inkluderes i samarbeidsprosessen. De aktørene som allerede er med i prosessen, eller som blir berørt av prosessen, bør inkluderes (Ansell og Gash, 2008, s. 555-556). Thom Reilly hevder at ekskludering av aktører er en essensiell årsak til et mislykket samarbeid (Reilly, 2001, s. 71). Videre fant Barbara Gray (1989) i sine studier at det å ekskludere visse interessenter eller aktører kan true legitimiteten til en prosess (Ansell og Gash, 2008, s. 556).

Åpenhet og tydelige spilleregler i samarbeidsprosessen vil være med på å øke både legitimiteten og tilliten i prosessen. En institusjonell rammebetingelse, som fremmer en klar rollefordeling blant aktørene, er viktig. Dette kommer av at de ulike aktørene kan være bekymret for makten de resterende aktørene sitter med, noe som kan svekke muligheten for et vellykket samarbeid (Ansell og Gash, 2008, s. 557). Enighet i samarbeidet er viktig for å minimere konflikter og spenninger mellom aktørene. Videre er det nødvendig at partene kan påvirke beslutnings- og oppfølgingsprosesser i samarbeidet for å skape en tilknytning til prosessen. Til slutt presiserer Chris Ansell og Alison Gash at bruken av tidsfrister er den institusjonelle rammebetingelsen som kan føre til en begrensning i samarbeidet (Ansell og Gash, 2008, s. 557). Dette vil kunne føre til at insentivene for et langsiktig samarbeid reduseres.

Åpenhet og tydelige spilleregler er viktige faktorer som er med på å styrke legitimiteten til et samarbeid. Samhandlingsprosjektet om å nå målbildet i "Én innbygger – én journal" har fulgt rammer og retningslinjer knyttet til statens prosjektmodell. I tillegg har aktørene hatt en tydelig arena for diskurs i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Styret i styringsmodellen består av representanter fra aktørene innenfor helsesektoren. Dette tyder på at man har hatt tydelige retningslinjer for rollefordeling mellom partene.

Vi har derfor utformet følgende hypotese om tydelige spilleregler og åpenhet i samhandlingsprosjektet “Én innbygger - én journal”:

H4: Samhandlingen mellom aktørene er styrket fordi det har blitt etablert mer tydelige spilleregler og åpenhet i gjennomførelsen av prosjektet.

Kapittel 4: Metode

Formålet med denne delen av oppgaven er å redegjøre for valg av forskningsmetode, i tillegg til å se på styrker og svakheter ved denne metoden. Vi vil se på valg av informanter, samt hvordan prosessen før, under og etter intervjuene foregikk. Datainnsamlingens validitet, reliabilitet og overførbarhet vil bli diskutert, og til slutt en vurdering av de etiske betraktningene som har oppstått, og kan oppstå, i denne oppgaven.

4.1 Valg av metode

I denne oppgaven har vi valgt å benytte oss av en kvalitativ forskningsmetode, da vi skal studere en pågående case i helsesektoren. Ved kvalitativ forskningsmetode har man som oftest stort fokus på forståelse, nærhet til forskningen, å hente ut data i form av tekst, og fokusere på en åpen dialog mellom informanten og forskeren (Tjora, 2021, s. 28). Vi har valgt å studere en case om hvilke endringer som er gjort og hvordan endringer har påvirket samhandlingen og styringen av prosjektet “Én innbygger - én journal”. På denne måten har vi allerede satt en begrensning på hvilke aktører det er aktuelt å kontakte, og hvilke områder som må diskuteres nærmere.

4.2 Datainnsamling

Ved innsamling av data har vi valgt å benytte oss av dokumentstudie og semistrukturerte intervjuer. Vår problemstilling handler om å se på samhandlingen mellom sentrale aktører som er involvert i arbeidet med “Én innbygger - én journal”, og det var derfor hensiktsmessig for oss å ta direkte kontakt med kommuner, departementet og organisasjoner som har vært involvert. Vi brukte også eget nettverk til å komme i kontakt med en person fra Oslo kommune som hadde vært involvert i arbeidet med forprosjektet Akson. Her fikk vi kontaktinformasjon til potensielle informanter.

Videre valgte vi å sende ut en e-post med et informasjonsskriv om studien, og en forespørsel om deltakelse til de involverte aktørene. Øvrige informanter ble kontaktet via aktørenes nettside, der vi fant kontaktinformasjon med felles e-post til

organisasjonen/kommunen/departementet. Deretter ble vi videresendt til rett informant, som hadde kunnskap om arbeidet “Én innbygger - én journal”. Etter at informantene hadde godkjent forespørselen om deltakelse, fikk de tilsendt et samtykkeskjema.

Vi hadde et ønske om å snakke med sentrale aktører i samhandlingsprosjektet, mer spesifikt HOD, Direktoratet for e-helse, KS, kommuner av ulike størrelser, spesialisthelsetjenestene og ulike forskningsmiljøer. Ettersom dette er et pågående prosjekt, har det vært noe utfordrende å få avtalt intervju med alle de sentrale aktørene. Vi har støtt på problemer med å komme i kontakt med enkelte aktører, grunnet mangel på tid hos aktørene. Vi har gjennomført 4 intervjuer, med informanter fra HOD, Direktoratet for e-helse, Oslo kommune og KS. Samtlige informanter har de siste årene jobbet tett med prosjektet om å nå målbildet. Informantenes involvering i arbeidet med “Én innbygger - én journal” varierer fra tre til ti år.

4.3 Dokumentstudie

Siden samhandlingen i “Én innbygger - én journal” har pågått over flere år, finnes det allerede flere dokumenter. Dette medfører at vi benyttet oss av dokumenter som sekundærdata, da det allerede finnes flere rapporter, referater fra møter, stortingsmeldinger, og informasjon på aktørens nettsider. Ettersom dokumentene i forbindelse med “Én innbygger - én journal” er offentlige, fikk vi innhentet mye relevant informasjon om historikk og bakgrunn. Fordelen med denne type datainnsamling, er at den virker ikke-påtrengende (Tjora, 2021, s. 195).

Vi har gjennomgått flere sentrale dokumenter. Stortingsmeldingene vi har hatt fokus på er nr. 9 (2012 - 2013), nr. 27 (2015 - 2016) og nr. 7 (2019 - 2020). 28. mars 2022 var det en åpen stortingshøring om Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med “Én innbygger - én journal”, som vi har lyttet til gjennom Stortingets nettsider. I tillegg har vi anvendt referater relatert til høring for den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Andre sentrale rapporter har vært videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse, Riksrevisjonens rapport og sentralt styringsdokument for Akson. Vi har også hentet informasjon fra aktørens nettsider. Etter innhenting av informasjon fra sentrale dokumenter og høringer satt vi likevel igjen med noen spørsmål. Vi ville studere faktorer ved samhandlingen, og valgte derfor i tillegg å gjennomføre intervjuer. I intervjuene hadde vi hovedfokus på variabler fra Ansell og Gash sin samarbeidsmodell, nærmere bestemt institusjonelt design og samarbeidsprosessen.

4.4 Semistrukturerte intervjuer

For å supplere funnene fra ulike dokumenter, gjennomførte vi intervjuer med sentrale aktører. Ved intervjuer er målet å skape en avslappende stemning for informanten, slik at man kan få til en fri samtale om det spesifikke temaet. Det er også vanlig å benytte seg av relativt åpne spørsmål, slik at man gir informanten en mulighet til å kunne utdype enkelte spørsmål (Tjora, 2021, s. 128).

Gjennomføringen av de ulike intervjuene har variert. Vi hadde et ønske å gjennomføre våre intervjuer ved fysisk tilstedeværelse, men på grunn av mangel på tid for våre informanter ble det noen endringer ved intervjuene. Vi har gjennomført et intervju ved fysisk tilstedeværelse, to over digitale møteplattformer og et telefonintervju. Ulempen ved å ikke gjennomføre intervjuene ved fysisk tilstedeværelse, er at man risikerer å miste mye av den non-verbale kommunikasjonen. I tillegg kan det være med på å skape en slags avstand mellom informant og forsker, som igjen kan svekke tilliten (Tjora, 2021, s. 128). Intervjuene varte fra 35-55 minutter avhengig av hvor utfyllende svar informantene har levert eller hvor mye tid informantene hadde tilgjengelig.

Vi har valgt å gjennomføre semistrukturerte intervjuer. Vi har fulgt en intervjuguide, men den har hatt rom for å formes underveis. Intervjuguiden er strukturert i tre faser, oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingspørsmål. Ved starten av hvert intervju ønsket vi å bli bedre kjent med informanten. Derfor valgte vi å stille innledende spørsmål som omhandlet informantens stilling, antall år vedkommende har jobbet der, og hvor lenge informanten har vært involvert i arbeidet med “Én innbygger - én journal”. Deretter beveget vi oss over mot tema som omhandlet organisering og styring av prosjektet. Her stilte vi spørsmål knyttet til den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Videre stilte vi spørsmål knyttet til aktørenes forståelse av prosjektets visjon, omfang og gjennomførelse. Dette knyttes opp til hypotese 3 som er formulert ut fra Ansell og Gash sin teori om samstyring. Statens prosjektmodell ble derfor naturlig å spørre om, da det er ulike forståelser av denne knyttet til digitaliseringsprosjekter. Spørsmål knyttet til variablene kommunikasjon, tillit og etablering av tydelige og åpne spilleregler ble formulert på bakgrunn av hypotese 1, 2 og 4. Disse baserer seg på Ansell og Gash sitt teoretiske rammeverk. I tillegg stilte vi spørsmål om tidligere erfaringer og inkludering av aktører. Vi

avsluttet refleksjonsspørsmålene med spørsmål knyttet til Riksrevisjonens undersøkelse av samhandlingen i “Én innbygger - én journal”. Avslutningsvis stilte vi informantene spørsmål om de hadde noe mer å tilføye, og eventuelt noen tips om andre sentrale aktører vi burde kontakte.

4.5 Studiens pålitelighet, gyldighet og overførbarhet

4.5.1 Pålitelighet

Pålitelighet, også kalt reliabilitet, handler om sammenhengen i selve forskningsprosjektet. Det vil si at man studerer sammenhengen mellom datainnsamling, hvordan man har hentet inn data og hvordan man anvender dataen. Valg av informanter kan være med på å påvirke påliteligheten til forskningsprosjektet (Tjora, 2021, s. 264). For å komme i kontakt med aktuelle og relevante informanter, brukte vi i første omgang eget nettverk. I tillegg sendte vi ut e-post til en rekke aktører der vi ikke hadde en informant, og ble satt i kontakt med personer som satt med mye kunnskap og kjennskap til forskningsområdet.

Intervjuguiden ble utformet for å kartlegge informantenes holdninger og meninger rundt samhandlingen og utredningen knyttet til “Én innbygger – én journal”. I motsetning til annen type datainnsamling, vil det ved bruk av intervju være mulig å observere kroppsspråk som kan være med på å styrke reaksjoner eller følelser knyttet til tematikken. Under datainnsamlingen til denne studien har rammene rundt intervjuene variert. Noen av intervjuene har foregått ansikt-til-ansikt, der andre har foregått over telefonsamtale eller over en digital møteplattform med kamera. Det kan være noe mer utfordrende å skape en tillitsrelasjon mellom intervjuer og informant i slike situasjoner, som igjen kan svekke dataens reliabilitet.

Dersom informantene ikke gir et riktig bilde av sannheten eller pynter på sannheten for å skåne seg selv eller egen arbeidsplass, vil dette også kunne være med på å svekke dataens reliabilitet. Denne studien inneholder ingen sensitive temaer, som kan bety at informasjonen vi henter inn er pålitelig. Noe av tematikken eller spørsmålene kan likevel oppfattes som noe kontroversielle da arbeidet med “Én innbygger - én journal” har vært gjenstand for mye kritikk. Fører dette til at informantene holder tilbake informasjon eller ikke gir et riktig bilde av sannheten, vil dette også kunne påvirke dataens reliabilitet.

Transparens knyttet til hvordan dataene er hentet inn kan også være med på å påvirke påliteligheten til studien. I vår studie har vi transkribert intervjuene med informantene. Transkribering er en fortolkningsprosess. Samme setning kan bli transkribert forskjellig avhengig av hvem som transkriberer. I transkriberingen av våre intervjuer valgte vi å transkribere ordrett, slik at transkriberingen bærer preg av et muntlig språk (Tjora, 2021, s.185).

4.5.2 Gyldighet

Gyldighet, også kjent som validitet, handler om å undersøke at de svarene man får i forskningen, faktisk er svar på det vi vil forske på. Ifølge Tjora (2021, s. 262) kan gyldigheten styrkes ved å “tydeliggjøre hvordan vi praktiserer forskningen ut fra spørsmålene vi stiller, og hvordan disse spørsmålene formes med utgangspunkt i temaer vi vil utforske og etablert kunnskap om disse i relevant forskning”.

Intervjuguiden er utformet slik at informanten blir stilt åpne spørsmål. Dette for at informanten kan få mulighet til å utdype sine svar. Spørsmålene er knyttet til problemstillingen, det teoretiske rammeverket til Ansell og Gash samt de fire hypotesene som ligger til grunn for oppgaven. Samtlige informanter hadde like synspunkter når det kom til mål og visjon om å nå målbildet, men synspunktene på blant annet tillit og kommunikasjon spriker i større grad.

Et element som kan være med på å svekke validiteten er forskjellen i intervjuformatet. I tilfellet med telefonintervjuet måtte vi ta en avveining om vi skulle gjennomføre intervjuet over telefon da dette var det eneste informanten hadde mulighet til. Spørsmålet knyttet seg til om vi skulle rekruttere en annen informant. Denne aktuelle informanten var svært sentral i arbeidet, hadde lang erfaring og satt med mye kunnskap. Vi valgte derfor å gjennomføre intervjuet over telefon på tross av at vi mistet flere av elementene som kunne vært med på å styrke validiteten. Et annet aspekt som kan være med på å svekke gyldigheten er representasjon blant informantene. Vi har i vårt arbeid med oppgaven ikke lyktes med å rekruttere informanter fra mindre kommuner, spesialisthelsetjenesten og forskningsmiljøer. Dette kan svekke oppgavens gyldighet da det ikke blir et representativt utvalg.

Dokumentene vi har brukt i studien er stortingsmeldinger og rapporter, blant annet fra riksrevisjonen. Når det kommer til validitet knyttet til bruk av dokumenter er det flere hensyn å ta. For det første er det viktig å være oppmerksom på hvorvidt dokumentet er en gyldig kilde til informasjon. Videre er det viktig å være oppmerksom på troverdigheten. Her er elementer som upartiskhet og hvorvidt dokumentet er en førstehåndskilde avgjørende (Johannessen, Tufte og Christoffersen, 2021, s. 241). Vi har hentet dokumentene brukt i denne studien direkte fra Stortinget og Riksrevisjonens nettsider. Det er helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet som har formulert stortingsmeldingene. Disse kildene styrker derfor oppgavens troverdighet. Riksrevisjonen er Stortingets kontrollorgan, og fungerer som en uavhengig tredjepart. Motivet bak Riksrevisjonens rapport var å kontrollere Helse- og omsorgsdepartementets styring av prosjektet.

4.5.3 Overførbarhet

En form for generaliserbarhet er et mål innenfor det meste av samfunnsvitenskapelig forskning. Der kvantitativ forskning bruker en statistisk form for generaliserbarhet, må man innen kvalitativ forskning tenke på en annen måte. Aksel Tjora benytter seg av to former for generalisering i kvalitativ forskning: moderat generalisering og konseptuell generalisering (Tjora, 2021, s. 268). I moderat generalisering vil det være opp til forskeren å beskrive i hvilke situasjoner resultatene av forskningen kan være gyldige. Ved konseptuell generalisering i kvalitativ forskning kan man utvikle konsepter, typologier eller teorier som vil kunne ha relevans for andre tilfeller/caser enn det som er studert (Tjora, 2021, s. 168).

Resultatene i studien kan ikke overføres direkte til andre store IKT-prosjekter i offentlig sektor. Vi mener likevel at den kan være relevant for andre store samhandlingsprosjekter da resultatene kan være med å skape en forståelse og refleksjon knyttet til elementer som er viktige i et samhandlingsprosjekt. Ettersom resultatene i studien ikke direkte kan overføres har vi valgt å ta i bruk teorien til Ansell og Gash for å styrke overførbarheten. Videre har vi brukt intervju og dokumentstudie som metodevalg. Som følge av dette vil det være mulig å sammenligne resultatene i denne studien med studier av andre lignende caser.

4.6 Etikk

I utførelsen av semistrukturerte intervjuer er det en rekke etiske hensyn forskeren må være bevisst på (Tjora, 2021, s. 187-188). Vi meldte studien inn til til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) som godkjente at vår behandling av personopplysninger i forbindelse med intervjuene var i samsvar med personvernlovgivningen.

Ved forespørsel om deltakelse i intervju sendte vi ut et informasjonsskriv og samtykkeerklæring. Informantene signerte på samtykkeerklæringen dersom de ønsket å delta i studien. Lovverket som regulerer etikken i forskningen, forventer at hver forsker skal ivareta hensynet til informantene (Tjora, 2021, s. 192). Dette vil underbygge profesjonaliteten i forskningen og bidra til at forskeren tar en grundig vurdering før han/hun publiserer innhentet data.

Under gjennomførelsen av intervjuene presiserte vi at intervjuet når som helst kan avsluttes, at informanten kan trekke seg og/eller at informanten kan be om at deler av intervjuet ikke brukes. Videre er det viktig at informanten skal føle seg trygg også etter at intervjuet har funnet sted. Anonymisering er derfor et viktig element. Vi sendte derfor en transkribering av intervjuet i etterkant. Slik kunne informanten gå over sitatene eller andre type utdrag for å selv sjekke at det ikke er mulig å gjenkjenne dem. I tillegg kunne informantene se over om det var noe de ønsket å endre eller slette.

Ved intervjuene har vi hatt fokus på å gi all informasjon til informantene, slik at de føler seg ivaretatt. I tillegg har vi fått samtykke til å benytte oss av lydopptaker under intervjuene, og informantene har godkjent bruk av eventuelle sitater. Vi har sendt alle relevante sitater til informantene, noe de har godkjent. Vi har vært tydelige på at informantene er anonyme i oppgaven, men informantenes arbeidsplass vil bli anvendt ved eventuelle sitater. Dette har informantene godkjent. Slike tiltak er med på å ivareta etiske hensyn i oppgaven.

Kapittel 5: Empiri

I dette kapitlet skal vi presentere funn fra intervjuene med våre informanter, i tillegg til funn fra sentrale rapporter og høringer. Vi har intervjuet informanter fra HOD, Direktoratet for e-helse, KS og Oslo kommune. Funnene som blir presentert er derfor informantenes erfaringer og synspunkter på samarbeidet.

Som vist i teorikapittelet legger Ansell og Gash seks kriterier til grunn for å kalle en samstyringsprosess for collaborative governance (Ansell og Gash, 2008, s. 544).

Innledningsvis må forumet for diskusjon være iverksatt av en eller flere offentlige etater. I arbeidet med å nå målbildet i “Én innbygger - én journal” er arbeidet iverksatt av Helse- og omsorgsdepartementet. For det andre er det et krav om at det skal inkludere ikke-statlige aktører. Eksempler på ikke-statlige aktører i prosjektet er KS, ulike interesseorganisasjoner og forskningsmiljøer. Deretter må deltakerne være aktivt med i beslutningsprosessen. Gjennom den nasjonale styringsmodellen for e-helse har aktørene mulighet til å fremme og diskutere mulige forslag.

Et fjerde kriterium er at møtene skal være formelt organisert og at de skal holdes jevnlig. Aktørene møtes blant annet i den nasjonale styringsmodellen for e-helse som fungerer som en møteplattform. Det femte kriteriet handler om at beslutningsprosessen må være konsensusorientert. Det har vært mulig å komme med innspill, kritikk og endringer, slik at beslutningsprosessen kan holdes konsensusorientert. Til slutt skal samarbeidet omhandle offentlig politikk. Arbeidet om å nå målbildet handler om å digitalisere norsk offentlig helsepolitikk. Dermed oppfylder arbeidet med “Én innbygger - én journal” kriteriene for være en samstyringsprosess i henhold til Ansell og Gash sin definisjon om samstyring.

Videre skal vi se på hvordan utviklingen i prosjektet “Én innbygger - én journal” oppfylder kriteriene til Ansell og Gash om hva som kjennetegner et samstyringsprosjekt.

For å presentere utviklingen av prosjektet, aktører, endringer i prosjektet og aktørenes vurderinger av prosjektet før og etter endringer, strukturer vi formuleringen av følgende spm:

- Hva handler samarbeidet om?
- Hvem samarbeider i prosjektet?
- Hvorfor har det vært behov for endringer i prosjektet?
- Hvilke endringer er gjort i organisering og styring?
- Hvordan har endringer påvirket samhandlingen og muligheten for å nå målene?

5.1 Hva handler samarbeidet om?

Samhandlingen i dette prosjektet handler om å realisere målbildet i “Én innbygger - én journal”. I stortingsmelding 9 (2013) “Én innbygger - én journal” settes det tydelige mål for digitalisering i norsk helse- og omsorgssektor. De tre hovedmålene er som nevnt i kapittel 1.2.1: 1) Helsepersonell skal ha en enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, 2) Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester, 3) Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2013, s. 10). Helse- og omsorgskomiteen sluttet seg til målene og ga med det sin støtte til at det skulle settes i gang et utredningsarbeid for å vurdere flere alternative løsninger.

Arbeidet med å nå målbildet er langsiktig, og det gjennomføres flere strategiske arbeid. Disse er delt opp i tre: 1) Felles kommunal journal (tidligere Akson journal), 2) Helseplattformen Midt-Norge, 3) Videreutvikling av eksisterende journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest.

Disse tre tiltakene vil sammen med andre nasjonale samhandlingsløsninger, blant annet kjernejournal og helsenorge.no, arbeide mot å nå målene i “Én innbygger - én journal”. Denne samhandlingen skal gjennomføres i Program digital samhandling (Direktoratet for e-helse, 2021a). Da denne oppgaven kun vil fokusere på samhandlingen i forprosjektet Akson og overgangen til Felles kommunal journal og Program digital samhandling, vil dette være hovedfokuset. Felles kommunal journal er et samhandlingsprosjekt mellom stat, kommune og KS, men styres av kommunene (Direktoratet for e-helse, 2022a). Det er Direktoratet for e-helse som har ansvaret for Program digital samhandling, men de har også et samarbeid med Norsk Helsennett og andre sentrale aktører.

Informantene fra HOD, Direktoratet for e-helse, KS og Oslo kommune presiserer alle at de er enige i visjonen til prosjektet som blir presentert i stortingsmelding 9. Informanten fra Oslo kommune sier blant annet: *“Ja. Jeg tror at de fleste stiller, eller jeg tror alle stiller seg bak målbildet Én innbygger – en journal”*.

5.2 Hvem samarbeider i prosjektet?

I arbeidet med rekruttering av informanter kom vi i kontakt med informanter fra HOD, Direktoratet for e-helse, KS og Oslo kommune. Dermed vil fokuset rette seg mot disse aktørene i dette kapitlet.

I 2013 startet arbeidet i samhandlingen av “Én innbygger – én journal”, da Helsedirektoratet fikk i oppdrag av HOD, å komme med ulike løsningsalternativer for “Én innbygger - én journal”. Helsedirektoratet arbeidet med å finne ulike løsningsalternativer i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kommunesektoren, helsepersonell, nasjonale helsemyndigheter og pasient – og brukerforeninger (Direktoratet for e-helse, 2015, s. 5).

Det var HOD som utarbeidet stortingsmelding 9 (2013) (Regjeringen, 2022). Det er derfor naturlig at HOD er en av de sentrale aktørene i samarbeidet. En forutsetning for store statlige investeringsprosjekter, er at prosjektene må følge statens prosjektmodell (Finansdepartementet, 2019). Statens prosjektmodell har vært sentral i samarbeidet, da dette er et stort statlig digitaliseringsprosjekt innenfor helsesektoren.

Direktoratet for e-helse ble etablert av HOD i 2016, der formålet var å være en pådriver i utviklingen av digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2016, s. 69). I arbeidet med å nå målbildet i “Én innbygger - én journal”, ble den nasjonale styringsmodellen for e-helse etablert. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse har fungert som en rådgivende modell overfor Direktoratet for e-helse, og består av representanter for statlig helseforvaltning, spesialhelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, fagprofesjoner og ulike pasientgrupper (Direktoratet for e-helse, 2021b).

KS og kommunene har også vært sentral i samarbeidet, da det arbeides med løsninger som kommunene skal ta i bruk. En god samstyring mellom staten og kommunene er derfor nødvendig for å kunne aktualisere målet om “Én innbygger - én journal”. Kommunesektoren har også en plass i den nasjonale styringsmodellen for e-helse (Riksrevisjonen, 2021a, s. 102).

5.3 Hvorfor har det vært behov for endringer i prosjektet?

I 2019 opprettet Direktoratet for e-helse, forprosjektet Akson. Akson skulle være en nasjonal løsning for å realisere målbildet i “Én innbygger – én journal” (Direktoratet for e-helse, 2020, s. 9). Flere kommuner i Norge har kommet med kritikk til forprosjektet Akson, spesielt i 2019. En tidlig forutsetning for Akson, var at alle kommuner i landet måtte være deltakere i samhandlingsprosjektet. Det var derfor en stor diskusjon om hvorvidt dette prosjektet skulle være frivillig for deltakelse, eller i større grad være basert på tvang. Det ble senere besluttet, at deltakelsen skulle være frivillig (Riksrevisjonen, 2021b, s. 8).

Den nasjonale styringsmodellen for e-helse ble opprettet i 2016 for å bidra til nasjonal styring, og styrke utviklingen og gjennomføringen av IKT-løsninger i helse- og omsorgssektoren. Modellen skulle bidra til at aktørene fikk større innflytelse i utviklingen av helse- og omsorgssektoren (Den Norske Legeforening, 2022). Denne modellen har også fått kritikk. Oslo kommune har blant annet påpekt at selv kommuner med store ressurser innenfor e-helse, opplever liten grad av gjennomslag og dialog. Informanten fra Oslo kommune opplevde at innspillene deres ikke ble vektlagt i like stor grad som ønsket, da de følte at Direktoratet for e-helse hadde bestemt seg for en mulig løsning fra start. Informanten utdyper i intervjuet at:

Vi som satt tett på, opplevde ikke at vi ble hørt når vi kom med innspillene våre. Og de innspillene vi ga ble gjerne snudd på hodet til å passe inn i den modellen som de hadde bestemt seg for at de skulle ha, nemlig å kjøre det samme løpet som Midt (...).

Oslo kommune har også kommet med store innvendinger når det kommer til å forplikte seg til én leverandør av journalløsningen. Under intervjuet med informanten fra Oslo kommune forteller vedkommende at:

Slik arbeidet ble lagt opp var vi redde for at vi skulle ende opp med en stor amerikansk leverandør, sånn som i Midt-Norge (...). Direktoratet mente det var viktigst å få på plass en journaløsning først og deretter sørge for at man hadde et nav i midten som bandt de ulike systemene sammen. Vi mente det stikk motsatte, at samhandling mellom forvaltningsnivåene var det som det hastet mest å få på plass, og at samhandlingsløsningen måtte legge premissene for journaløsningen og ikke motsatt.

Innen juli 2020 fikk kommuner i Norge tilbud om å signere en intensjonserklæring i forbindelse med videre deltakelse i Akson. Denne intensjonserklæringen var raskt forhandlet, med mangel på god informasjon rundt videre samarbeid (Riksrevisjonen, 2021b, s. 8). I overgangsfasen til forprosjektet Akson, opplevde aktørene en prosess med liten tid, og behov for raske avgjørelser fra Direktoratet for e-helse. Informanten fra KS nevner:

De prøvde så godt de kunne, men tiden var knapp. Men når du ikke er med på å utforme en sak, så blir det fort det at ting skjer veldig mye på bakrommet. Så du gir innspill, men du kjenner kanskje ikke igjen produktet du får tilbake (...) Og det som har vært en av våre store utfordringer er jo å bevege oss, altså når vi får en problemstilling på bordet som vi skal drøfte i en nasjonal styringsmodell så må jeg kunne snu meg bakover til kommunene og si hva synes dere? Og det er veldig ofte ikke tid nok til (...).

Kritikken rundt den nasjonale styringsmodellen for e-helse har også vært dens manglende styring. Flere aktører synes det er misvisende å kalle det en styringsmodell, da det i all hovedsak er en rådgivende plattform. Informanten fra Direktoratet for e-helse utdyper at: *“Men det er klart at det som er krevende med den nasjonale styringsmodellen, (...), er at den er jo i praksis en rådsmodell.”* På den andre siden ser flere aktører viktigheten av å ha en styringsmodell. Informanten fra HOD presiserer også at det ikke er en styringsmodell i HOD’s definisjon av styring, men forklarer: *“Styringsmodellen har vært viktig for oss (...) for å sørge for at alle aktørene i sektoren har et sted hvor de kan møtes og diskutere felles utfordringer eh, mulighet for felles prioriteringer eh (...) og gjøre avklaringer.”*

Statens prosjektmodell fungerer som et regelverk, der statlige prosjekter må forholde seg til kvalitetssikringer av eksterne tredjeparter, slik at gjennomføringsevnen av prosjektet styrkes. Digitaliseringsprosjekter skiller seg fra øvrige statlige prosjekter når det kommer til oppfølging og strategi, og har derfor behov for mer fleksibilitet. Det er nødvendig at IT-prosjekter deles opp i mindre delprosjekter, slik at man øker sannsynligheten for et vellykket prosjekt (Riksrevisjonen, 2021a, s. 71).

Under intervjuene har samtlige aktører kommentert bruken av statens prosjektmodell i arbeidet om å nå målbildet i stortingsmelding 9. Informanten fra Direktoratet for e-helse sier følgende:

Og det som selvfølgelig gjør at den fungerer, er jo at når staten skal investere mye penger i et prosjekt, uansett om det er å bygge en bro eller være med på å finansiere et ikt-system, så må man jo ha en tilstrekkelig god utredning og tilstrekkelig godt businesscase eller forretningsmodell for den beslutningen.

Informanten fra Oslo kommune er enig i at man bør ha rammer ved store prosjekt, men sier at: *“Så jeg mener heller at statens prosjektmodell hemmer digitalisering, fremfor å fremme digitalisering”*. Noe av grunnen til dette er at man har møtt på noen begrensninger ved modellen. Informanten fra Direktoratet for e-helse forklarer:

For et ikt-utviklingsprosjekt, i sin natur, er jo ... utvikles jo mere stegvis enn kanskje hvis man skal lage en bro eller tunnel, da vet man jo ganske klart og tydelig over hva man skal gjøre, og det er jo begrenset med endringer underveis.

Kritikken rundt forprosjektet Akson, den nasjonale styringsmodellen for e-helse og bruken av statens prosjektmodell har også blitt vurdert i Riksrevisjonens rapport om undersøkelse av helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med “Én innbygger - én journal”. Den konstaterer at det finnes flere svakheter ved helsemyndighetenes styring og kontroll av prosjektet. Videre mener de det er sterkt kritikkverdig at 1) utredningen av “Én innbygger - én journal” har hatt betydelige svakheter, 2) Helse- og omsorgsdepartementet ikke har fulgt opp, kvalitetssikret og rapportert på en god måte, 3) Direktoratet for e-helse i 2020 nedprioriterte samhandlingsløsningen i forprosjektet for Akson, selv om behovet da hadde vært godt kjent i fem år, 4) Direktoratet for e-helse har brutt anskaffelsesregelverket, ikke har hatt tilstrekkelig kostnadskontroll og er avhengig av enkeltkonsulenter og enkeltleverandører (Riksrevisjonen, 2021a, s. 132-142). Riksrevisjonen mener også at det er kritikkverdig at mange aktører i helsesektoren opplever at de ikke har tilstrekkelig innflytelse på nasjonale prioriteringer.

Riksrevisjonen har også vurdert bruken av statens prosjektmodell i arbeidet med “Én innbygger - én journal”. En fellesnevner er at IT-prosjekter ofte er for store, og ender som regel opp med store kostnader uten gode resultater. Årsakene til dette kan være mangel på kompetanse ved gjennomføring og anskaffelse, prosjektene går som regel over flere år og risikerer å bruke utdatert teknologi, og det er som regel for ambisiøse mål i startfasen.

Riksrevisjonen mente at statens prosjektmodell, er en modell som ikke egner seg godt for IT-prosjekter (Riksrevisjonen, 2021, s. 72).

5.4 Hvilke endringer er gjort i organisering og styring?

Akson ble opprettet som følge av konseptvalgutredningen og den eksterne kvalitetssikringen (KS1) fra 2018. Kvalitetssikringen (KS1) var gjennomført ved å følge statens prosjektmodell. Det var konsept 7 fra konseptvalgutredningen i 2018, som var utgangspunktet for opprettelsen av forprosjektet Akson (Direktoratet for e-helse, 2020, s. 3). Senere i 2020 ble det gjennomgått en ekstern kvalitetssikring (KS2) av forprosjektet Akson. KS2 sin vurdering gir blant annet uttrykk for liten grad av samhandling mellom kommuner, fastleger og andre sentrale aktører. Det ble blant annet anbefalt å dele opp Akson i to separate prosjekter: Felles kommunal journal og Program digital samhandling.

Etter oppdelingen av forprosjektet Akson, har KS gjort endringer i strukturen. Informanten fra HOD forteller at KS har:

De har kommunisert et behov for å endre og ta avstand fra eller reorientere seg bort fra det som var. (...) og i tillegg til det, så har de konkretisert hva de ønsker å gjøre. Og med en gang de begynner å konkretisere så blir tolkningsrommet mindre og tydeligere, og mer forståelig hva de skal gjøre. Og det har jo forenkla diskusjonen mye.

Informanten fra KS forklarer at de har fokusert på å endre strukturen i samhandlingen. KS har etablert selskapet Felles kommunal journal interim AS (FKJI) for å drive arbeidet. FKJI ble etablert i oktober 2021. Ved stiftelsen av selskapet ble det inngått en samarbeidsavtale mellom KS og Helse- og omsorgsdepartementet i tillegg til en samarbeidsavtale mellom KS og åtte samarbeidskommuner (Kommunesektorens organisasjon, 2022). Hen forklarer:

Men vi har jo nå gjennom Felles kommunal journal Interim, så har vi jo endret innledningen på hvordan vi snakker med markedet for eksempel. Nå har vi en bred base for å diskutere med leverandørene og andre interessenter. Man inviterer til flere dialogmøter. (...) Så innretningen nå er mye mer inkluderende enn tidligere.

I 2021 fikk Direktoratet for e-helse i tildelingsbrev i oppgave å levere forslag til hvordan den nasjonale styringsmodellen for e-helse kan videreutvikles for å sikre en helhetlig og forpliktende e-helseutvikling (Direktoratet for e-helse, 2022d, s. 9). Aktører fra helse- og omsorgssektoren og medlemmene i de nasjonale utvalgene har drevet evalueringen og fremmet anbefalinger om den nasjonale styringsmodellen. I tillegg er anbefalingene fra Riksrevisjonens rapport om styringen av “Én innbygger - én journal”, som omhandler hvordan styringsmodellen burde innrettes, også tatt med i anbefalingene.

Det blir i evalueringen lagt vekt på at det finnes en rekke utfordringer og forbedringsområder som må løses for å øke gjennomføringskraften i helsesektoren. Det pekes blant annet på at den nasjonale styringsmodellen i dag oppleves mer rådgivende enn styrende. Videre viser evalueringen at det er utfordrende å drive samstyring når fullmaktene ligger hos den enkelte aktør (Direktoratet for e-helse, 2022b). Det understrekes også at det ikke er tydelig hvor beslutningen tas og at aktørene opplever å ha manglende innflytelse på prioriteringene.

Helsesektoren er, på tross av utfordringene, enige om at den nasjonale styringsmodellen for e-helse er viktig når det kommer til koordinering og samkjøring. Direktoratet for e-helse presiserer at aktørene skal gis innflytelse på e-helseutviklingen i videreutviklingen av styringsmodellen. Et av målene er å sikre at HOD og Direktoratet for e-helse skal ha en grunnleggende god oversikt over behovene og prioriteringen i helsesektoren, samt sikre bredt forankrede prosesser.

Den nasjonale styringsmodellen for e-helse er nå under videreutvikling, og et nytt forslag til styringsmodell er ute på høring. Høringsfristen var 11. april 2022. Direktoratet for e-helse understreker at det var en åpen høring, slik at alle aktørene hadde mulighet til å komme med innspill (Direktoratet for e-helse, 2022b). Aktørene ser positivt på endringer i den nasjonale styringsmodellen for e-helse, da det har oppstått misforståelser og forvirring knyttet til blant annet beslutninger. Likevel sier informanten fra Oslo kommune følgende: *“Ja, nå har de jo gjort noen endringer, men de er jo ikke spesielt store. Tidligere het det øverste organet nasjonalt e-helsestyre, nå endres det jo til nasjonalt e-helseråd”*. Direktoratet for e-helse har kommet med innspill til hva som burde gjøres i den nasjonale styringsmodellen for e-helse:

Men vi har jo ønsket å tydeliggjøre, eh (...) på en måte tydeliggjøre begrensningene som ligger i modellen, men samtidig tydeliggjøre hvordan beslutninger, eh (...) tas. Eh (...) og slik at vi kanskje kan unngå en del misforståelse eller at ting er uavklart, at man tror ting er besluttet, når det egentlig ikke er besluttet osv.

5.5 Hvordan har endringer påvirket samhandlingen og muligheten for å nå målene?

Samhandlingen mellom aktørene har variert under arbeidet med “Én innbygger - én journal”. I perioden med arbeidet av konseptvalgutredningen var tilliten mellom aktørene og til prosjektet god ifølge informanten fra KS: *Tilliten var bra under konseptvalgutredningen, også synes at vi kanskje fikk en dipp i forbindelse med Akson-prosjektet. Det gikk for fort av gårde, og vi opplevde vel ikke at vi helt traff hverandre.*

At tilliten mellom aktørene endret seg ved forprosjektet Akson, var det flere aktører som kjente på. Informanten fra Oslo kommune sa: *«Nei, gjennom forprosjektet for Akson så var ikke tilliten mellom stat og kommune særlig bra»*. Dette er utsagn Direktoratet for e-helse også kjenner igjen; *“det er nok riktig å si at det siste året i, eller forprosjektperioden i 2019/2020, så utviklet tilliten seg i negativ retningen i den perioden”*.

Når man jobber rundt en styringsmodell, så er det til syvende og sist den som sitter med oppdraget som tar de endelige avgjørelsene. I dette tilfellet var det først Direktoratet for e-helse som hadde oppdraget, og de velger derfor hvilke innspill som bør tas med i vurderingen. Kommunesektoren opplevde det som uheldig at de ikke ble hørt under forprosjektet Akson. Informanten fra KS sa følgende: *“Når prosjektet heter helhetlig samhandling og Felles kommunal journal hvor halvparten av prosjektet gjelder hvordan kommunene skal ta i bruk løsningen, så er det veldig dumt og ikke høre på kommunene”*.

Informanten fra HOD presiserer hvor vanskelig det er å jobbe konseptuelt, da det lett oppstår uenigheter. Og sa følgende:

Det var jo en konseptvalgutredning som ehh, forsøkte å være på et konseptuelt nivå (...) men utover ble tolket og konkretisert i flere ulike retninger av forskjellige i sektoren. Så det var bare en liten rolle den klarte og virkelig være på et konseptuelt nivå, og det er vanskelig å bare jobbe konseptuelt, så det er forståelig det.

Dette har riktignok endret seg etter oppdelingen av forprosjektet Akson. I forbindelse med Felles kommunal journal opplever aktørene at tilliten har snudd i positiv retning, og at det i dag oppleves som delt forståelse blant aktørene om videre prosess. Informanten fra Oslo kommune sa følgende:

Men hvis man tenker på det som heter Program for digital samhandling og Felles kommunal journal, så er det jo på en måte en ny struktur da, der det er større tillit. Så det var vel akkurat mens forprosjektet foregikk at det var dårligst. Og så er det blitt bedre etter det.

Dette mener også informanten fra KS, da det er etablert en tydeligere struktur i prosessen.

Informanten fra KS poengter også at dialogen med Direktoratet for e-helse er forbedret, og sier følgende:

Vi har veldig god dialog med Direktoratet for e-helse, og jeg synes jo det de nå gjør med styringsmodellen for e-helse, eller samstyringsmodellen som vi har anbefalt de å kalle den, men at jeg synes det tegner seg bra. Jeg synes de lytter veldig til hvilke behov vi har (...).

Etter oppdelingen av forprosjektet Akson har arbeidet gått fra å være på et konseptuelt nivå, til å bli mer konkretisert. I tillegg opplever kommunene at det er større nærhet til driveren av Felles kommunal journal, som nå er KS. Ved å gjøre endringer rundt styringsmodellen og strukturen av arbeidet med "Én innbygger - én journal", kan det føre til endringer i samhandlingen og påvirke gjennomføringskraften ved arbeidet. Informanten fra Oslo kommune sa: *Som sagt så opplever jeg jo at samhandlingsklimaet ble bedre etter at forprosjektet var levert, og vedtaket var dokumentert. Og at man da sa at kommunalsektor nå skulle få ansvaret for Felles kommunal journal (...).*

I tillegg opplever de i dag at: *"Så som sagt konfliktnivået gikk jo veldig ned. Og vi opplevde da at HOD var lydhør. Og at de ønsket at kommunalsektor skulle lykkes".* Lavere konfliktnivå og større åpenhet mellom aktørene, kan være med på å styrke gjennomføringskraften for å nå målene i "Én innbygger - én journal".

5.6 Oppsummering av empiri

Samarbeidsprosjektet handler om å realisere målbildet i stortingsmelding 9 “Én innbygger – én journal”. I denne stortingsmeldingen settes det klare mål for IKT-utviklingen i norsk helse- og omsorgssektor. Arbeidet om å nå målbildet er et statlig investeringsprosjekt som involverer et stort omfang av aktører fra helse- og omsorgssektoren. Etter oppdelingen av prosjektet er Felles kommunal journal et samarbeid mellom nasjonale myndigheter, KS og kommunene.

Styringen og organiseringen av forprosjektet Akson har vært gjenstand for mye kritikk. Den nasjonale styringsmodellen for e-helse og statens prosjektmodell er også blitt kritisert, der aktørene i helsesektoren mener at de ikke har opplevd en god dialog og innflytelse i arbeidet med prosjektet. I 2021 kom også Riksrevisjonens rapport om helse- og omsorgsdepartementets styring og kontroll av arbeidet, som viser til flere svakheter.

KS2 anbefalte å dele opp Akson i to separate prosjekter. Anbefalingen kom på bakgrunn av KS2 sin vurdering av at det var liten grad av samhandling mellom sentrale aktører. Akson ble til Program digital samhandling og Felles kommunal journal. Videre fikk Direktoratet for e-helse i oppgave å levere forslag til hvordan den nasjonale styringsmodellen for e-helse kunne videreutvikles på bakgrunn av tilbakemeldingene. Helsesektoren er enige om at den nasjonale styringsmodellen for e-helse er viktig når det kommer til koordinering og samkjøring. Men den er i all hovedsak rådgivende og ikke styrende.

Endringene som har skjedd i samhandlingen mellom aktørene har bedret dialogen og styrket tilliten mellom aktørene. Aktørene opplever at et bedret samarbeidsklima ved styrket tillit, åpen dialog og en delt forståelse av prosjektets fremdrift og mål kan føre til endringer i samhandlingen og påvirke gjennomføringskraften til arbeidet.

Kapittel 6: Diskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi analysere og diskutere våre funn opp mot teorien til Ansell og Gash. Vi vil starte med en kort redegjørelse av hovedpunktene i vår oppgave. Funnene vil bli analysert opp mot hypotesene og teorien for å svare på problemstillingen: *Hvilke endringer er gjort i organisering og styring av “Én innbygger - én journal”, og hvordan har endringene påvirket samhandlingen?*

Hypotese 1: *Samhandlingen mellom aktørene er styrket fordi det gjennom endringer er blitt bedre tilrettelagt for god kommunikasjon mellom aktørene.*

Kommunikasjon mellom aktørene er nødvendig for å innhente informasjon, samt skape felles mål og forventninger knyttet til arbeidet om å nå målbildet i stortingsmelding 9 (2013).

Målbildet var med på å legge grunnlaget for kommunikasjon mellom aktørene i det videre arbeidet.

Ansell og Gash (2008) poengterer at mangelfull kommunikasjon vil kunne føre til at kunnskapsdelingen mellom deltakerne går tapt. Det vil også kunne føre til at muligheten til å håndtere utfordringer og problemer blir komplisert. Dette opplevde Oslo kommune i arbeidet i den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Den ble etablert for å styrke utviklingen og gjennomføringen av IKT-løsninger og har hatt en rekke svakheter. Informanten fra Oslo kommune understreker at selv kommuner med store ressurser har opplevd liten grad av dialog i styringsmodellen. Oslo kommune opplevde at de ikke ble hørt eller at innspillene de kom med ble formet til å passe inn i modellen som Direktoratet for e-helse hadde bestemt seg for.

Kommunesektoren opplevde på sin side at det var ugunstig at de ikke ble hørt under arbeidet med forprosjektet Akson, nettopp fordi det er kommunene som skal ta i bruk løsningene. Røiseland og Vabo (2016) legger kommunikasjon til grunn som en nødvendig faktor for å kunne etablere felles mål, forventninger og synspunkter i et samarbeid. Under forprosjektet Akson opplevde aktørene manglende kommunikasjon med Direktoratet for e-helse, som førte til forvirring om felles mål og gjennomføring, samt lav tillit mellom aktørene.

Gode kommunikasjonskanaler er en viktig forutsetning for et vellykket samarbeid. Etter oppdelingen av forprosjektet Akson og ny utredning av den nasjonale styringsmodellen for e-helse, opplever flere av aktørene at kommunikasjonen er bedret. Aktørene har tatt med seg erfaringene fra arbeidet med forprosjektet Akson for å styrke kommunikasjonen inn Felles kommunal journal og Program digital samhandling. Informanten fra KS forklarer at de i dag har en god dialog med Direktoratet for e-helse i arbeidet med utviklingen av styringsmodellen for e-helse. I tillegg mener vedkommende at FKJI, som ble etablert etter oppdelingen av Akson, har ført til et mer inkluderende klima med flere dialogmøter.

Informanten fra HOD mener også at tolkningsrommet har blitt mindre og tydeligere etter oppdelingen. KS har konkretisert og forenklet diskusjonen rundt arbeidet med å nå målbildet i stortingsmeldingen. Dette kan tyde på at det har vært fokus på å opprette gode kommunikasjonskanaler, gjennom dialogmøter og utviklingen av den nasjonale styringsmodellen for e-helse som en samhandlingsarena. Dette er faktorer som fører til at det er større sannsynlighet for et vellykket samarbeid. Aktørene opplever i større grad å bli inkludert i beslutningsprosessen. Etter oppdelingen av forprosjektet Akson og utviklingen av den nasjonale styringsmodellen for e-helse er det større mulighet for å fremme egne forslag, komme med innspill og kritikk. Dette er med på å endre samhandlingsstrukturen i prosjektet.

Endringene som har skjedd i organiseringen og styringen av samhandlingsprosjektet når det kommer til å legge til rette for en god dialog mellom aktørene, er med på å styrke vår hypotese om kommunikasjon.

Hypotese 2: Samhandlingen mellom aktørene er styrket fordi det er etablert endringer i organisering og styring som fører til mer tillit mellom aktørene og til gjennomføringen av prosjektet.

Det er ikke uvanlig at tilliten mellom aktører er lav i begynnelsen av et samarbeid. Derfor poengterer Ansell og Gash (2008) at tillit er et viktig aspekt å ha fokus på gjennom samarbeidsprosessen. I samhandlingen om “Én innbygger – én journal” har aktørene opplevd ulik grad av tillit. Våre informanter opplevde svært god tillit til både prosjektet og andre aktører tidlig i prosjektet, spesielt under konseptvalgutredningen. Dette er en viktig forutsetning, slik at man lettere kan etablere gode rammer for videre gjennomføring av prosjektet.

På den andre siden ble tilliten svekket under arbeidet med forprosjektet Akson. Informanten fra Oslo kommune poengterer at tillitsforholdet mellom stat og kommune fungerte dårlig. Ved forprosjektet Akson opplevde flere aktører at raske avgjørelser ble tatt og at de hadde liten innflytelse på prosessen. I et samarbeid er det nødvendig at aktører stoler på hverandre, og hvilke avgjørelser som blir tatt. Det er en tillitsbasert øvelse, og er sentralt i et samarbeid. Informanten fra KS poengterer blant annet at det ble tatt raske avgjørelser under forprosjektet Akson, noe som førte til at man ikke kjente igjen enkelte resultat underveis i prosjektet.

Tilliten mellom aktørene har variert. Etter oppdelingen av Akson har aktørene opplevd bedret tillit mellom aktørene og til gjennomføringen av prosjektet. Ved å dele opp Akson i Felles kommunal journal og Program digital samhandling, har man endret strukturen på samarbeidet, som har ført til større tillit blant aktørene. Aktørene støtter i større grad avgjørelser som blir tatt og det er større enighet om videre prosesser. Endringene som er gjort ved oppdelingen av forprosjektet Akson har styrket tilliten mellom aktørene og til prosjektet, og dette styrker vår hypotese.

Hypotese 3: Samhandlingen mellom aktørene er styrket fordi gjennomførte endringer i prosjektet har ført til større enighet rundt delt forståelse om prosjektets visjon, omfang og gjennomførelse.

Delt forståelse av mål og omfang i et samarbeid er et viktig fundament i et samarbeid. I “Én innbygger – én journal” blir målbildet for arbeidet presentert, og disse målene er fremdeles aktuelle i dag. Ved å etablere et felles mål etablerer man innholdet og fremgangsmåten i et samarbeid. Målbildet i stortingsmelding 9 (2013), som er prosjektets visjon, er alle aktørene enige om.

Når det kommer til omfang og gjennomførelse av prosjektet spriker erfaringene i større grad. Røiseland og Vabo (2016) mener at det kan være utfordrende å komme frem til en delt forståelse fordi aktørene ofte har et ulikt utgangspunkt. Dette kan skape konflikter, som igjen vil gjøre det utfordrende å enes. I forprosjektet Akson var det sprikende forståelse når det kom til hvordan prosjektet skulle gjennomføres og omfanget. Oslo kommune mente blant annet at det var viktig å få på plass samhandling mellom forvaltningsnivåene, og at samhandlingsløsningen skulle legge premisset for journalløsningene. Direktoratet for e-helse arbeidet på sin side for å få på plass en journaløsning, for så å fokusere på samhandling mellom forvaltningsnivåene som skulle binde dette sammen.

Den nasjonale styringsmodellen for e-helse har også vært en medvirkende faktor til sprikende forståelse blant aktørene. Informanten fra Oslo kommune ønsket en utredning og utvikling av styringsmodellen for å unngå misforståelser og minske sjansen for at elementer skulle være uavklart.

Endringene som har blitt gjort i arbeidet, både når det kommer til oppdelingen av prosjektet, men også utviklingen av styringsmodellen, har vært med på å skape en økt felles forståelse av prosjektets gjennomførelse og omfang. Det har også blitt gjennomført innholds- og kostnadsanalyser som beskriver omfanget av prosjektet, og hvilke aktører som er involvert i arbeidet. Ved å tydeliggjøre samarbeidets innhold, samt relasjon og rollefordeling etableres det også felles mål (Røiseland og Vabo, 2016, s.79). Informanten fra Direktoratet for e-helse mener at disse faktorene har vært med på å gi en avklaring og bedre forståelse på hva som faktisk var mulighetsrommet eller handlingsrommet i det som lå bak forprosjektet Akson.

Endringene som ble gjort ved oppdelingen av forprosjektet Akson og utviklingen av den nasjonale styringsmodellen for e-helse har vært med på å øke forståelsen knyttet til prosjektets visjon, omfang og gjennomføring. Dette er med på å styrke vår hypotese om delt forståelse.

Hypotese 4: Samhandlingen mellom aktørene er styrket fordi det har blitt etablert mer tydelige spilleregler og åpenhet i gjennomførelsen av prosjektet.

Det institusjonelle designet er definert som grunnregler og grunnprotokoller i et samarbeid. Om man har åpne og tydelige regler og protokoller, er dette med på å øke legitimiteten og tilliten i samarbeidet. I samarbeidet om “Én innbygger – én journal” har aktører fulgt retningslinjer og rammer som statens prosjektmodell og den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Ved å følge slike regler og rammer, vil man tydeliggjøre prosessen og rollefordelingen blant aktørene.

Dette er riktignok ikke noe informanten fra Oslo kommune eller KS mener har vært tydelig i samarbeidet. Når det kommer til åpenhet følte informanten fra KS at Direktoratet for e-helse ikke informerte om avgjørelser eller lyttet til innspill. Informanten fra Oslo kommune mente heller at premissene for journalløsningen la grunnlaget for samarbeidet, og ikke at samarbeidet la grunnlaget for journalløsningen. Dette vil svekke legitimiteten til samarbeidet, da det ikke er enighet i samarbeidet.

Det har vært mye diskusjoner og uenigheter rundt den nasjonale styringsmodellen for e-helse. Det har ikke vært klare rollefordelinger, og flere aktører mener det er en rådsmodell, og ikke en styringsmodell. På den andre siden ser flere aktører viktigheten av modellen, der aktørene får mulighet til å møtes og diskutere felles utfordringer. I 2021 fikk Direktoratet for e-helse et

tildelingsbrev, som sa at den nasjonale styringsmodellen for e-helse måtte videreutvikles. Denne endringen har ført til at det er større åpenhet om ny modell, og alle aktører har hatt mulighet til å komme med innspill under høringen som fant sted i mars 2022. Slike endringer av den nasjonale styringsmodellen for e-helse, er med på å styrke vår hypotese.

Statens prosjektmodell er også et rammeverk som blir fulgt ved store statlige investeringsprosjekter. Ved å følge en slik modell vil man ha klare retningslinjer over hva som skal gjøres og utvikles. Denne modellen har likevel blitt kritisert i forbindelse med dette digitaliseringsprosjektet. Informanten fra Oslo kommune forteller at modellen hemmer digitalisering, mer enn den fremmer. Dette er uheldig for samarbeidet, da konflikter vil oppstå ved stor uenighet om gjennomførelse. Det er viktig å tenke på at digitaliseringsprosjekter har en annen utviklingsprosess enn ordinære samferdselsprosjekter. Dette er noe som har blitt tatt med i betraktning i videre prosess av Felles kommunal journal. Slike betraktninger, er med på å skape mer åpenhet og etablerte tydelige spilleregler for videre samarbeid. Dette styrker vår hypotese.

Kapittel 7: Mot et bedre samarbeid?

I denne oppgaven har vi undersøkt problemstillingen: *Hvilke endringer er gjort i organisering og styring av “Én innbygger - én journal”, og hvordan har endringene påvirket samhandlingen?* Vi har forsøkt å besvare problemstillingen ved hjelp av fem underspørsmål. Disse underspørsmålene har lagt grunnlaget for å besvare hva samarbeidet handler om, hvem som samarbeider i prosjektet, hvorfor det har vært behov for endringer, hvilke endringer som er gjort i organisering og styring og hvordan endringene har påvirket samhandlingen og mulighetene for å nå målene.

Det teoretiske utgangspunktet for oppgaven vår har vært samarbeidsmodellen til Ansell og Gash. Vi har utarbeidet 4 hypoteser, der de to variablene institusjonelt design og samarbeidsprosessen har vært sentrale for å besvare vår problemstilling. I de fire hypotesene er variablene kommunikasjon, tillit, delt forståelse, og åpenhet og tydelige spilleregler sentrale.

Arbeidet med “Én innbygger - én journal” har gått gjennom flere endringer som har vært med på å endre samhandlingsstrukturen. Endringene har omhandlet oppdeling av forprosjektet Akson, videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen for e-helse og hvorvidt statens

prosjektmodell er riktig å bruke i store IT-prosjekter. Ansell og Gash legger seks kriterier til grunn for å kalle et samarbeid for collaborative governance. Etter endringer ved oppdeling av Akson og videreutvikling av den nasjonale styringsmodellen for e-helse har aktørene opplevd større inkludering i beslutningsprosessen. Aktørene opplever i dag bedre muligheter til å fremme egne forslag, komme med innspill og kritikk. Endringene har ført til en bedre samhandlingsstruktur for videre samarbeid.

Samarbeidet har opplevd utfordringer knyttet til statens prosjektmodell. Statens prosjektmodell brukes normalt ved store samferdselsprosjekter, som har en konkret og lineær utvikling. Samferdselsprosjekter skiller seg fra digitaliseringsprosjekter, da digitaliseringsprosjekter behøver en mer stegvis tilnærming. Flere aktører har dermed opplevd at statens prosjektmodell har hindret progresjonen i arbeidet om å nå målbildet i “Én innbygger - én journal”. Dette kan ha ført til ytterligere forvirring i samarbeidsprosessen, når det kommer til kommunikasjon, tillit og delt forståelse mellom aktørene.

Uten fokus på endringer i organisering og styring av prosjektet, ville arbeidet med å nå målbildet, med stor sannsynlighet fortsatt vært preget av store uenigheter. Om dette hadde vært tilfellet, ville det fortsatt vært store utfordringer knyttet til å nå målbildet i “Én innbygger - én journal”. Endringene har ført til progresjon, enighet og lavere konfliktnivå i samarbeidet, som videre styrker samhandlingen og gjennomførelsen av prosjektet. Denne oppgaven viser at endringene som er gjort i arbeidet med “Én innbygger - én journal” har vært sentrale for å kunne lykkes med prosjektet. Arbeidet om å nå målbildet i stortingsmelding 9 er ikke avsluttet, og det gjenstår videre samhandling mellom aktørene før prosjektet når ønsket resultat. Det er tydelig at variabler som god kommunikasjon, høy grad av tillit, delt forståelse og åpenhet og tydelige spilleregler, er sentrale variabler i samstyringsprosjekter.

7.1 Videre forskning

Våre funn tyder på at samhandlingen mellom aktørene har endret seg i positiv retning etter gjennomførte endringer. Endringene har vært i forbindelse med oppdelingen av forprosjektet Akson, utviklingen av den nasjonale styringsmodellen for e-helse og evalueringen knyttet til bruk av statens prosjektmodell i IT-prosjekter. I vår innhenting av data ved bruk av intervju, fikk vi kun kontakt med fire aktører og gjennomførte intervju med disse. Det hadde vært interessant og fått intervjuet enda flere aktører, slik at vi kunne kommet frem til en mer

representativ fremstilling av samhandlingen. Dette er noe man kunne studert nærmere i videre forskning.

I denne oppgaven har vi sett på én del av arbeidet med “Én innbygger – én journal”, nærmere bestemt Felles kommunal journal (tidligere Akson). En annen interessant innfallsvinkel kunne vært å se på samhandlingen mellom de tre delmålene i “Én innbygger – én journal”. Da ville man kunne studere hvordan de tre delmålene, 1) Felles kommunal journal (tidligere Akson journal), 2) Helseplattformen Midt-Norge, 3) Videreutvikling av eksisterende journalløsninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest, jobber sammen mot målbildet i stortingsmelding 9 (2013).

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i fire variabler fra modellen til Ansell og Gash, kommunikasjon, tillit, delt forståelse, og åpenhet og tydelige spilleregler. Det kunne vært interessant å undersøke andre variabler fra samarbeidsmodellen, for eksempel involvering av aktører og asymmetri i makt og ressurser hos aktører. På den måten kunne man ha fått en bredere forståelse av samhandlingsprosjektet.

Til slutt kunne det også vært interessant å sammenligne arbeidet “Én innbygger – én journal” med andre liknende internasjonale digitaliseringsprosjekter. Ved å gjennomføre en komparativ studie som ser på likheter og forskjeller, kunne man undersøkt hvordan de ulike prosjektene kan nå sine respektive mål. På denne måten kan man ta med seg erfaringer, slik at man øker sannsynligheten for en god gjennomførelse av digitaliseringsprosjektet.

Litteratur

Ansell, C. og Gash, A. (2008). Collaborative Governance in Theory and Practice. *Journal of public administration research and theory*, 18(4), 543-571.

<https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>

Daniels, S. og Walker, G. B. (2001). *Working through environmental conflict: The collaborative learning approach*. Westport CT: Praeger.

Digitaliseringsdirektoratet. (2021, 22. februar) Hva er prosjektveiviseren? Hentet fra

<https://www.prosjektveiviseren.no/hva-er-prosjektveiviseren/konsept>

Direktoratet for e-helse (2015). *Utredning av "Én innbygger - én journal": sammendrag*.

Hentet fra [https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-](https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal/Sammendrag%20Utredning%20av%20Én%20innbygger%20%20én%20journal_1.0.pdf)

[journal/Sammendrag%20Utredning%20av%20Én%20innbygger%20%20én%20journal_1.0.pdf](https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal/Sammendrag%20Utredning%20av%20Én%20innbygger%20%20én%20journal_1.0.pdf)

Direktoratet for e-helse. (2017). *Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022*. Hentet fra

<https://www.ehelse.no/publikasjoner/nasjonal-e-helsestrategi-og-mal-2017-2022>

Direktoratet for e-helse (2020). *Sentralt styringsdokument. Akson: Helhetlig samhandling og felles kommunal journalløsning*. Hentet fra [https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-](https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning)

[styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning](https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning)

Direktoratet for e-helse (2021a, 24. august). *Én innbygger - én journal*. Hentet fra

<https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal>

Direktoratet for e-helse (2021b, 01. november). *Nasjonal styringsmodell*. Hentet fra

<https://www.ehelse.no/styrer-og-utvalg/nasjonal-styringsmodell>

Direktoratet for e-helse (2022a, 06. januar). *Dette er program digital samhandling*. Hentet fra

<https://www.ehelse.no/programmer/samhandling/dette-er-program-digital-samhandling>

Direktoratet for e-helse. (2022b). *Høring: nasjonal styringsmodell for e-helse*. Hentet fra

<https://www.ehelse.no/horinger/horing-nasjonal-styringsmodell-for-e-helse>

Direktoratet for e-helse. (2022c, 02. februar). Inviterer til høring: nasjonal styringsmodell for e-helse videreutvikles. Hentet fra <https://www.ehelse.no/aktuelt/inviterer-til-horing-nasjonal-styringsmodell-for-e-helse-videreutvikles>

Direktoratet for e-helse (2022d). *Videreutvikling av nasjonal styringsmodell for e-helse.*

Hentet fra

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/04ce967fb60545d3980519ac2e00be27/hoering-videreutvikling-av-nasjonal-styringsmodell.pdf>

Finansdepartementet (2020, 31.januar). Digitaliseringsprosjekter i statens prosjektmodell.

Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/statlig-okonomistyring/ekstern-kvalitetssikring2/digitaliseringsprosjekter-i-statens-prosjektmodell/id2688320/>

Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding common ground for multi-party problems*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hansen, G.S., Hovik, S. og Hundere, G. C. (2014). Den nye vannforvaltningen:

Nettverksstyring i skyggen av hierarki. *Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift*, 30(3), 155-180

<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2936-2014-03-01>

Helse Midt-Norge (2017). Hva er oppdraget? Hentet fra <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/hva-er-oppdraget>

Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Én innbygger - én journal: Digitale tjenester i*

helse- og omsorgssektoren (Meld. St. 9 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan: 2020-2023* (Meld.

St. 7 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Helseplattformen. (2022, 17. januar). Prosjektet. Hentet fra <https://helseplattformen.no/om-oss/prosjektet>

Johannessen, A., Tufte, P. A., og Christoffersen, L. (2021). *Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode* (utg. 6). Oslo: Abstrakt forlag.

Klemetzen, K. H. (2020, 18. juli). Få oversikt: Dette er avsløringene og krangelen om Kommune-Norges nye journalsystem. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/norge/i/e8b7pM/faa-oversikt-dette-er-avsloringene-og-krangelen-om-kommune-norges-nye>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2016). *Digital agenda for Norge: IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* (Meld. St. 27 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no>

Kommunesektorens organisasjon. (2018, 27. september). Om e-helse. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/digitalisering-i-helse-og-omsorgsektoren-e-helse/om-e-helse/>

Kommunesektorens organisasjon (2022a, 14.februar). Om KS. Hentet fra <https://www.ks.no/om-ks/om-ks/>.

Kommunesektorens organisasjon (2022b, 01. mars). Organisering av arbeidet. Hentet fra <https://www.ks.no/fagomrader/digitalisering/felleslosninger/fkj/hvordan-er-arbeidet-organisert/>

Legeforeningen (2022, 09.februar). Høring - Nasjonal styringsmodell for e-helse. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/hoeringer/interne/2022/hoering-nasjonal-styringsmodell-for-e-helse/hoeringsgrunnlag/>.

Regjeringen (2014, 30.oktober). Grunnstrukturen i helsetjenesten. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/vurderes/grunnstrukturen-i-helsetjenesten/id227440/>

Regjeringen (2019, 30.oktober). Hva er statens prosjektmodell? Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/statlig-okonomistyring/ekstern-kvalitetssikring2/hva-er-ks-ordningen/id2523897/>

Regjeringen (2021a, 12.oktober). Historisk utvikling: Den norske kommunestrukturen opp gjennom tidene. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunestruktur/utviklingen-av-den-norske-kommunestruktu/id751352/>

Regjeringen (2021b, 12. november). Norge fortsatt blant de ledende landene i Europa på digitalisering. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/norge-fortsatt-blant-de-ledende-landene-i-europa-pa-digitalisering/id2886756/>

Regjeringen (2022). Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/id421/>

Reilly, T. (2001). Collaboration in Action: An Uncertain Process. *Routledge*, 25(1), 53-74. Hentet fra https://doi.org/10.1300/J147v25n01_06

Riksrevisjonen (2021a). *Riksrevisjonens undersøkelse av Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med En innbygger, én journal*. Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2020-2021/undersokelser-av-en-innbygger---en-journal-styring-og-anskaffelser/?fbclid=IwAR3qb1REDWLkjGJy0uvNAkaqbBC-WSNoIXrTpve2ud_oM9GVTduQBMI1B6I

Riksrevisjonen (2021b). *Riksrevisjonens undersøkelser av: sak 1: Helse- og omsorgsdepartementets styring av arbeidet med En innbygger- én journal, sak 2: anskaffelser av konsulenttenester i direktoratet for e-helse*. (Dokument 3:14). Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2020-2021/undersokelser-av-helse--og-omsorgsdepartementets-styring-av-arbeidet-med-en-innbygger--en-journal-og-anskaffelser-av-konsulenttenester-i-direktoratet-for-e-helse.pdf>

Riksrevisjonen (2022, 9.februar). Slik jobber vi. Hentet fra <https://www.riksrevisjonen.no/om-riksrevisjonen/slik-jobber-vi/>

Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 24(1-02), 86-107. <https://doi.org/10.18261/ISSN1504-2936-2008-01-02-05>

Røiseland, A. og Vabo, S. I. (2016). *Styring og samstyring- governance på norsk* (Utg. 2). Bergen: Fagbokforlaget.

Stephens, J. B. (2007). Consensus building and Leadership. I R.S. Morse, T.F Buss og C.M. Kinghorn (Red.), *Transforming public leadership for the 21st century* (s.221-242). Armonk, NY: Routledge.

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (Utg. 4). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vedlegg

Vedlegg 1:

Informasjonsskriv og samtykkeerklæring

Forespørsel om deltakelse i masteroppgaveprosjektet

Vi er to masterstudenter ved OsloMet storbyuniversitetet som denne våren skriver en avsluttende masteroppgave om samhandling og digitalisering i helsesektoren. I dette skrivet finner du informasjon om målene for prosjektet og hva en deltakelse vil innebære for deg.

Vil du delta i forskningsprosjektet

Mellom nasjonal styring og lokal påvirkning i prosjektet «Én innbygger - én journal».

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge styring og organisering av prosjektet “Én innbygger- én journal” mellom de involverte aktørene. I tillegg studere hvordan endringer i prosjektet kan bidra til en vellykket gjennomføring av prosjektet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å studere samhandlingen mellom sentrale aktører i prosjektet «Én innbygger- én journal». Vårt ønske er å studere hvordan endringer i organisering og styring har påvirket samhandlingsprosessen mellom aktørene.

Vår problemstilling for dette prosjektet er følgende:

Hvilke endringer er gjort i organisering og styring av «Én innbygger – én journal», og hvordan har endringene påvirket samhandlingen?

Dette forskningsprosjektet er en masteroppgave, og opplysningene vil ikke bli brukt til andre formål.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

OsloMet Storbyuniversitetet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å undersøke dette, vil vi gjerne kontakte et representativt utvalg av de sentrale aktørene som er involvert i prosjektet “Én innbygger- én journal”. Vi ønsker å intervju 6 aktører.

Vi har fått beskjed om at du har god kjennskap og kunnskap til prosjektets omfang, og vil derfor gjerne spørre deg om du vil delta.

Vi har fått dine kontaktopplysninger fra *** i Oslo Kommune.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i prosjektet, innebærer det et intervju på ca. 45 minutter. Vi vil sende deg en link i forkant av intervjuet. Underveis i intervjuet vil vi notere på PC. Dersom vi har din godkjennelse er det ønskelig å ta opp intervjuet med en digitalopptaker, for å senere transkribere.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Opplysningene som fremkommer av intervjuet vil bli behandlet konfidensielt og anonymt, da vi er underlagt taushetsplikt. Det vil derfor ikke være mulig å identifisere deg eller din arbeidsplass i resultatene av studien.

Ditt personvern:

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Opplysningene som fremkommer i intervjuet, vil kun være tilgjengelig for oss og veileder. I tillegg vil vi benytte oss av tiltak der vi har mulighet til å erstatte både navnet og kontaktopplysningene dine med en kode som vil lagres på en separat navneliste adskilt fra øvrige data.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er 30. juni 2022.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter:

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

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

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

- OsloMet storbyuniversitet ved Johanne Hammerlund på +47 95211720 (s351614@oslomet.no) eller Juni Vådahl +47 98657330 (s351597@oslomet.no). Du kan også kontakte vår veileder, Inger Marie Stigen på ingest@oslomet.no.
- Vårt personvernombud: Ingrid S. Jacobsen. E-post: personvernombud@oslomet.no.

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

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Inger Marie Stigen
(Forsker/veileder)

Juni Vådahl & Johanne Hammerlund

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, Mot bedre samhandling i prosjektet «Én innbygger – én journal», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg ønsker å stille på intervju.

Navn:

Telefonnummer:

E-postadresse:

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2:
Intervjuguide

1.0	Informasjon om respondenten
1.1	Hvor lenge har du jobbet i organisasjonen/kommunen?
Svar:	
1.2	Hvilken stilling har du i organisasjonen/kommunen?
Svar:	
1.3	Hvilken rolle har du hatt i arbeidet med å nå målbildet i “Én innbygger- én journal”?
Svar:	
1.4	Hvor lenge har du vært involvert i utredningen og arbeidet med “Én innbygger - én journal”?
Svar:	
1.5	Hva har vært organisasjonens/kommunens holdning til prosjektet?
Svar:	
1.6	Hvorfor er deres organisasjon/kommune sentrale i prosjektet?
Svar:	

2.0	Organisering og styring
2.1	Hva er din erfaring av den nasjonale styringsmodellen for e-helse?

Svar:	
2.2	Hvordan synes du at styringsmodellen har fungert i praksis fra opprettelsen av forprosjektet Akson og frem til dens videreutvikling i 2021?
Svar:	
2.3	Hva er fordelene/ulempene ved styringsmodellen?
Svar:	
2.4	Hva er din forståelse av utredningen til den endrede styringsmodellen for prosjektet som kom i 2021?
Svar:	
2.5	I evalueringen av den nasjonale styringsmodellen blir det lagt frem at det har vært en rekke utfordringer og problemer som må løses. <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan kan man øke gjennomføringskraften til den nasjonale styringsmodellen? 2. Hva kunne vært en alternativ styringsmodell? Hvilke elementer er viktig å implementere i den “nye” styringsmodellen?
Svar:	

3.0	Utfordringer i tidsrommet 2019- i dag
3.1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Opplever du at partene har hatt samme visjon når det kommer til gjennomførelsen av prosjektet? 2. Har aktørenes visjon om gjennomførelsen av prosjektet endret seg etter opprettelsen av FKJ? <p>Kan du utdype?</p>
Svar:	

3.2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Synes du det har vært lik forståelse hos alle aktører av prosjektets omfang? Kan du utdype? 2. Har dette endret seg ved opprettelsen av FKJ?
Svar:	
3.3	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan har statens prosjektmodell fungert under utredningen av forprosjektet Akson? 2. Har dere noen tanker om denne modellen etter opprettelsen av FKJ?
Svar:	
3.4	<p>Hvordan har du opplevd kommunikasjonen mellom de ulike aktørene? Underspørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Opplever du at det har vært rom for tilbakemeldinger, kommentarer eller andre innspill mellom aktørene? 2) Hvordan blir uenigheter og konflikter håndtert i samarbeidet? 3) Kan stilles ved behov: Hvordan kan det skapes et miljø der aktørene opplever eierskap og muligheten til innflytelse i prosjektet?
Svar:	
3.5	Hvordan vil du karakterisere maktbalansen mellom ulike aktører i prosjektet?
Svar:	
3.6	<p>Har prosjektet tatt med seg læring/erfaring fra liknende prosjekter? Underspørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) I så fall hvilke og hvordan?
Svar:	
3.7	Hvordan vurderer du omfanget av involverte aktører?
Svar:	

3.8	Tillit er en viktig faktor når det kommer til samarbeid. 1. Hvordan opplever du at tilliten mellom aktører har utviklet seg? 2. Hvordan har tilliten til prosjektet utviklet seg?
Svar:	
3.9	Hvordan vurderer du konklusjonene i rapporten til Riksrevisjonen fra 2021?
Svar:	

4.0	Tiltak/strategier
4.1	Prosjektet har gjennomgått en del endringer i forbindelse med styring og organisering. Har endringer ført til forbedringer i prosjektet?
Svar:	
4.2	Hvilke tiltak må/burde settes i gang fremover for å nå målbildet om “Èn innbygger - én journal”?
Svar:	
4.3	Hva mener du er viktige elementer i et offentlig samstyringsprosjekt for å oppnå et godt samarbeid mellom aktørene?
Svar:	

5.0	Øvrige spørsmål
5.1	Noe vi ikke har nevnt?
Svar:	

5.2	Burde vi ha snakket med noen andre på din arbeidsplass, eventuelt noen andre aktører?
Svar:	