



LUNDS UNIVERSITET

Ekonomihögskolan

Institutionen för informatik

Användarmedverkan i systemutvecklingsprocessen av journalssystem i sjukvården

Kandidatuppsats 15 hp, kurs SYSK16 i Informationssystem

Författare: Linus Bratt
Louise Jägerstad

Handledare: Umberto Fiaccadori

Examinatorer: Nicklas Holmberg
Odd Steen

Användarmedverkan i systemutvecklingsprocessen av journalsystem i sjukvården

FÖRFATTARE: Linus Bratt och Louise Jägerstad

UTGIVARE: Institutionen för informatik, Ekonomihögskolan, Lunds universitet

FRAMLAGD: juni, 2018

DOKUMENTTYP: Kandidatuppsats

ANTAL SIDOR: 51

NYCKELORD: Elektroniska patientjournaler, Användarmedverkan, Användarinvolvering, Systemutveckling, IT-system inom vården

SAMMANFATTNING (MAX. 200 ORD):

Trots stora satsningar på system inom sjukvården så finns fortfarande problem, ett av dessa kan ses vara användarnas medverkan vid systemutvecklingen. Att användarna får medverka vid utveckling av system inom vården kan anses vara av stor vikt då utvecklare och ansvariga kan sakna viktig klinisk insikt. Att användarna får medverka kan även leda till ökade kvalitet på systemet och kan vidare leda till ökad produktivitet då system blir mer tidseffektiva. Problem med journalsystem inom sjukvården kan leda till att patientsäkerheten påverkas. Därmed kan användarnas medverkan vara avgörande för patienternas säkerhet. Syftet med denna studie är att belysa om och hur läkare och sjuksköterskor inom vården skulle vilja medverka i systemutvecklingsprocessen av journalsystem i sjukvården. I våra resultat fann vi att användarna skulle vilja medverka då dessa är de som faktiskt använder systemen. De tror att systemen kan bli mer patientsäkra genom att de håller en högre kvalitet ifall deras åsikter tas i beaktning. Vidare skulle de vilja medverka genom konsulativ- och representativt deltagande.

Innehåll

1	Introduktion.....	1
1.1	Bakgrund.....	1
1.2	Problemområde	2
1.3	Forskningsfråga	2
1.4	Syfte	3
1.5	Avgränsningar	3
2	Litteraturgenomgång.....	4
2.1	Elektronisk patientjournal.....	4
2.2	Systemutveckling.....	5
2.2.1	Utbildning vid systemutveckling.....	6
2.3	Användarinvolvering	7
2.3.1	Användare	7
2.3.2	Användarmedverkan	8
2.4	Teoretisk sammanfattning.....	10
3	Metod	12
3.1	Metodval	12
3.2	Urval av respondenter	12
3.3	Intervjuer.....	13
3.4	Bearbetning av data	14
3.5	Validitet och Reliabilitet.....	15
3.6	Etik.....	15
4	Resultat	17
4.1	Upplevelse	17
4.2	Inställning	18
4.3	Utbildning.....	19
4.4	Medverkan	20
4.5	Sammanställning av resultat	22
5	Diskussion.....	23
5.1	Upplevelse	23
5.2	Inställning	23
5.3	Utbildning.....	24
5.4	Medverkan	25
5.5	Sammanställning av diskussion.....	27
6	Slutsats	28

Appendix	30
6.1 Intervjuguide	30
6.2 Respondent 1	31
6.3 Respondent 2	34
6.4 Respondent 3	37
6.5 Respondent 4	42
Referenser	49

Tabeller

Tabell 2.1 Teoretisk sammanfattning	10
Tabell 4.1 Översikt av respondenter	17
Tabell 4.2 Sammanställning av resultat	22

1 Introduktion

I detta avsnitt redogör forskarna för bakgrunden samt problemet med ämnet som belyses i uppsatsen. Vidare redovisas forskningsfrågan som ämnas besvaras samt syftet. Meningen med introduktionen är således att inbringa läsaren insikt till vilken frågeställning som forskarna ämnar besvara.

1.1 Bakgrund

Vårdsektorn kännetecknas idag av komplexitet och snabb utveckling där IT-systemen står inför stor utmaning (Grilo, Lapao, Jardim-Goncalves & Cruz-Machado, 2009). På ett sjukhus behöver vårdpersonal såsom läkare och sjuksköterskor tillgång till flertalet system för att kunna se en patients fullständiga sjukdomsbild (Grilo et al, 2009). Dessa system är sällan integrerade, olika enheter i vården har olika journalsystem som inte kan kommunicera med varandra (Airaksinen, 2015; Grilo et al, 2009). Detta är något som ineffektiviserar användarnas arbetsmoment med anledning av att det finns skillnader mellan systemets funktioner och gränssnitt (Grilo et al, 2009). Att systemen inte är integrerade med varandra innebär även en risk för patienterna då bristfällig information kan leda till att patienter tar skada (Airaksinen, 2015; Lundgren, Stiernstedt & Olofsson, 2014). Av säkerhetsskäl används då post eller fax för att skicka journaler när systemen inte kan kommunicera, vilket ytterligare skapar problem rörande integritet och konfidentialitet (Airaksinen, 2015; Latha et al, 2012). Genom en användning av funktionella elektroniska patientjournaler kan medicinska fel minskas, men kan även leda till högre samtycke och främst fullständiga patientjournaler (Latha et al, 2012). Användning av olika former IT-stöd inom vård och omsorg kan likaledes kraftigt förbättra vårdkvalitén, patientsäkerheten och tillgängligheten (Socialdepartementet, 2006).

Trots stora satsningar på nya tekniska lösningar upplever sjukvården fortfarande problem med att integrera system till den dagliga verksamheten (Chenhui, Huilong & Xudong, 2008). Enligt Scandurra (2013) bör fokus ligga på de som använder systemen, för att sjukvårdens journalsystem måste vara optimerade efter användarens behov. Enligt Socialstyrelsen (2017) är legitimerade och kuratorer inom den allmänna hälso- och sjukvården, samt de som biträder en legitimerad yrkesutövare skyldiga att föra patientjournal. Vidare kan även annan personal som vårdar en patient föra patientjournal (Socialstyrelsen, 2017). Dessa grupper är därför slutanvändare inom vården i Sverige, då de enligt lagstiftning är de enda som får föra patientjournaler (Socialstyrelsen, 2017). Systemen måste således vara anpassade för den aktuella arbetssituationen samt att presentationen av information måste vara anpassad utifrån användarens yrkesgrupp, roll och situation (Scandurra, 2013).

Det finns en bristande kunskap kring vårdens verksamhet, vilket resulterar i ett komplext utvecklingsarbete (Scandurra, 2013). Det saknas en brygga mellan teknik och verksamhet då läkare och IT-specialister talar olika språk (IT i vården, 2014). Utvecklare och ansvariga för implementering av komplexa sjukvårdssystem kan sakna viktiga kliniska insikter likväl insyn

i hur sjukvården fungerar, vilket leder till brist på förståelse för de potentiella konsekvenserna för slutanvändarna, som läkare och sjuksköterskor (Cresswell et al, 2011; Cederberg, 2016). Utvecklingen av system inom hälso- och sjukvården anses likaledes ha svårigheter från start, då variationer av specialitet, arten av behandling och skillnader i klinisk praxis över lokala, regionala och nationella gränser även utgör ett hinder (Kushniruk & Turner, 2012). Vidare menar McLeod & MacDonell (2011) att införande av nya system kan särskilt vara problematiska där användarna har en stark professionell kultur, identitet, autonomi eller hög nivå av facklig organisation. Vilket är uppenbart inom hälso- och sjukvården (MacLeod & MacDonell, 2011).

Tidigare forskning menar att det är av stor vikt att användarna får ha en delaktig roll och därmed medverka i utveckling och implementering av informationssystem, likväl inom Health Information Technology (HIT) (Ives & Olson, 1984; Dickson & Simmons, 1970; Tait & Vessey, 1988; Bano & Zowghi, 2015; McLeod & MacDonell, 2011; Mantzana, Themistocelous, Irani & Morabito 2007; Kushniruk & Turner, 2012; Cresswell et al, 2011). Även specialister inom informatik förespråkar för användarnas medverkan i både design, implementation och utvärdering av HIT (Kushniruk & Turner, 2012). Vidare har undersökningar kring misslyckade implementationer av elektroniska patientjournaler visat att en av nyckelfaktorerna kan härleddas till slutanvändarnas uteblivna medverkan i processen (Cresswell et al, 2011). Trots detta finns svårigheter kring definitionen av användarmedverkan i samband med HIT, eftersom metoderna och kontexten varierar väsentligt (Cresswell, et al, 2011). Bristande kunskap kring vilka aktörer som bör involveras i framtagandet av vårdens journalsystem utgör ytterligare problematik (Mantzana et al, 2007). Vidare uppstår svårigheter kring vetskap om vilka de faktiska användarna är samt vilka utav användarnas åsikter som ska tas hänsyn till (Kushniruk & Turner, 2012). Detta på grund av det större potentiella antalet och olika typer av användare inom vården (Kushniruk & Turner, 2012).

1.2 Problemområde

Slutanvändarna är en av journalsystemens primära intressenter (Kohli & Tan, 2016; Shah & Robinson, 2006). Därmed är dess behov och dess medverkan av vikt när det kommer till systemutveckling inom sjukvården (Kohli & Tan, 2016; Shah & Robinson, 2006). System som möter slutanvändarnas behov ökar patientsäkerheten, medan system som utvecklas utan hänsyn till användarnas behov kan få allvarliga konsekvenser (Latha et al, 2012; Airaksinen, 2015). Att förstå hur slutanvändarna använder systemen är därför av vikt och kan vara avgörande för huruvida systemutvecklingen inom vården lyckas eller misslyckas, samt kvalitén på systemet (Shah & Robinson, 2006). För att kunna utveckla system som stödjer slutanvändarna i deras dagliga verksamhet krävs djup förståelse för alla slutanvändare och dess aktiviteter, arbetsmiljö, funktionella begränsningar och kompetens (Shah & Robinson, 2006). Då användarnas medverkan anses vara av stor vikt ämnar uppsatsen att belysa om och hur slutanvändarna själva vill medverka i systemutvecklingsprocessen.

1.3 Forskningsfråga

Hur skulle slutanvändarna vilja medverka i systemutvecklingsprocessen av journalsystem i sjukvården?

1.4 Syfte

Uppsatsen ämnar belysa om och hur läkare och sjuksköterskor inom sjukvården skulle vilja medverka i systemutvecklingsprocessen av journalsystem i sjukvården. Målet är att bidra till förståelse kring hur slutanvändarna ser sig vilja medverka vid systemutveckling av journalsystem i sjukvården.

1.5 Avgränsningar

Inom hälso- och sjukvården finns många olika yrkesgrupper som enligt lag måste föra patientjournaler. Studien utgår från kategorin legitimerade inom hälso- och sjukvården. Vi valde vidare att enbart utgå ifrån slutanvändarna; läkare och sjuksköterskor. Vidare är läkare och sjuksköterskor inom den svenska hälso- och sjukvården verksamma vid olika vårdgivare. Då sjukhusvården och primärvården är de delar inom sjukvården där vårdcentraler, akutmottagningar och specialistvård infaller valde vi att avgränsa oss till dessa vårdgivare.

En systemprocess kan utgöras av många delar, vi valde att inte specificera exakt vilka delar i intervjufrågorna för att få en övergripande förståelse. Vidare kunde vi även inte anta att läkare och sjuksköterskor hade kunskap om de olika delarna i en systemutvecklingsprocess.

2 Litteraturgenomgång

I detta avsnitt görs en genomgång av litteratur som anses vara av vikt för läsaren. Detta för att läsaren skall få en teoretisk förståelse om de ämnen som ligger till grund för studien. Med utgångspunkt i frågeställningen har nedan teorier satts i fokus. Först ges en teoretisk genomgång av elektroniska patientjournaler, därpå en djupare genomgång av användarnas perspektiv, slutligen sammanfattas teorierna.

2.1 Elektronisk patientjournal

En elektronisk patientjournal syftar till att bevara en patients fullständiga vårdhistoria i ett digitalt format samt tillåta vårdpersonal åtkomst och delning av information rörande en patient (Latha et al, 2012). Enligt International Standards Organization (ISO) definieras elektroniska patientjournaler som en förvaringsplats av patientdata i digital form, samlad och delad på ett säkert sätt, och tillgänglig för auktoriserade användare för att kunna ge en god och säker vård (Häyrinen et al, 2008). Detta genom att göra patientens fullständiga vårdhistoria lättillgänglig för olika typer av vårdpersonal (Latha et al, 2012; Kohli & Tan, 2016).

Genom en papperslös arbetsmiljö, som direkt följd av elektroniska patientjournaler, elimineras enligt Latha et al (2012) många av de problem som uppstår genom användningen av pappersjournaler. Dessa problem är främst rörande integritet och konfidentialitet (Latha et al, 2012). Men andra fördelar med elektroniska patientjournaler anses vara minskningen av medicinska fel, högre samtycke, fullständiga journaler och användningen som beslutsstöd (Latha et al, 2012). Det primära innehållet i journalerna är information om behandlingar, sjukdomshistoria, medicin samt testresultat (Latha et al, 2012). Men det är inte enbart i vårdgivarnas intresse att ha åtkomst till patientjournaler, därmed kan även elektroniska patientjournaler öka samarbetsförmågan mellan flera organisationer (Häyrinen et al, 2008; Latha et al, 2012). Detta eftersom de elektroniska patientjournalerna kan innehålla information om en patients försäkringsbolag, men även information som kan vara av nytta för försäkringsbolagen (Latha et al, 2012). Likaså andra myndigheter och tidigare auktoriserade användare (Häyrinen et al, 2008; Latha et al, 2012).

Intressenter av elektroniska patientjournaler utgörs primärt av tre grupper: patienter, leverantörer och förmedlare (Kohli & Tan, 2016). Detta eftersom dessa tre grupper har auktoriserad åtkomst till en patients journaldata (Kohli & Tan, 2016). Patienter är enligt Kohli & Tan (2016) de som direkt får vård, därmed har tillgång till sina egna journaler. Leverantörer är vårdpersonal och andra som assisterar i patientvårdresan, de som levererar patientdata i journalerna (Kohli & Tan, 2016). Förmedlare är enligt Kohli & Tan (2016) de ansvariga för patientdata, oftast patienter och leverantörer men även vårdgivare. Det kan finnas sekundära intressenter vilket utgörs av de som har indirekt åtkomst till data (Kohli & Tan, 2016). I de länder där centraliserade IT-system utgör de elektroniska patientjournalen kan även nationens regering ses som en primär intressent i form av förmedlare. (Kohli & Tan, 2016). Elektroniska patientjournaler måste enligt Kohli & Tan (2016) stödja de primära intressenternas behov. Detta kan anses vara av stor vikt för att minska de bekymmer intressenterna har kring elektroniska patientjournaler. Dessa bekymmer berör i alla tre intressentgrupper främst integritet, medicinska fel och tillförlitlig patientdata (Kohli & Tan, 2016; Latha et al, 2012).

2.2 Systemutveckling

Systemutveckling handlar om att utveckla IT-system (Valacich & George, 2016). När det kommer till systemutveckling talas det främst om de traditionella och de agila utvecklingsmetoderna (Leau, Loo, Tham & Tan, 2012). Flertalet av de traditionella systemutvecklingsmetoderna grundar sig på den så kallade vattenfallsmodellen (Awad, 2005). Vattenfallsmetoden grundar sig på en sekventiell serie av steg (Awad, 2005; Valacich & George, 2016). Varje steg består av en uppsättning aktiviteter som måste slutföras innan nästa steg kan påbörjas (Awad, 2005). När det gäller att utveckla och få stöd för sina informationssystem finner de flesta verksamheter det väsentligt att utgå från en standarduppsättning av steg, en så kallad systemutvecklingsmetod (Valacich & George, 2016). System Development Life Cycle (SDLC) är ett ramverk för utveckling och implementering av informationssystem som förklarar huvudstegen inom systemutveckling (Valacich & George, 2016). Valacich & George (2016) förklarar att ramverket kan variera mellan verksamheter men att det i grunden består av följande steg:

- **Planering** - I planeringsfasen ses verksamhetens totala behov av informationssystem över. Här identifieras verksamhetens behov för ett nytt eller förbättrat system (Valacich & George, 2016)
- **Analys** - Under analysfasen analyseras verksamhetens redan existerande processer och informationssystem grundligt (Valacich & George, 2016). Analysfasen består av två delfaser. Under första fasen arbetas en kravspecifikation fram tillsammans med användaren. Kravspecifikationen inkluderar vanligtvis en noggrann granskning av alla redan existerande system som kan komma att beröras av systemutvecklingen. Under följande delfas studeras och struktureras kravspecifikationen för att slippa redundans (Valacich & George, 2016).
- **Design** - I designfasen konverteras det rekommenderade systemets beskrivning till en fysisk och en logisk systemspecifikation. Här beskrivs funktioner och system i detalj (Valacich & George, 2016).
- **Implementering** - Implementationsfasen inkluderar kodning, testning och installation av systemet. Implementationen inkluderar även användarstöd i form av utbildningsprogram och fortgående användarassistans (Valacich & George, 2016).
- **Underhåll** - När ett system väl är i drift stöter användare emellanåt på problem med hur systemet ska användas och kommer då ofta på smidigare sätt att utföra sina arbetsuppgifter (Valacich & George, 2016). I underhållsfasen korrigeras även brister och fel som upptäcks i design och kodning och förbättringar och förebyggande åtgärder utförs för att tillgodose de förändringar som uppstår i den miljö som verksamheten existerar (Valacich & George, 2016).

Till skillnad från traditionella utvecklingsmetoder förespråkar agila utvecklingsmetoder snabba förändringar och snabba lösningar vid behov genom ett mer flexibelt sätt att arbeta än den traditionella vattenfallsmodellen (Awad, 2005). Agila utvecklingsmetoder används av systemutvecklare för att enklare kunna anpassa sig till kravändringar och fokuserar på utveckling som grundar sig på korta livscyklar där användarna får medverka i processen (Khan, Qurashi & Khan, 2011).

Att användarna får medverka under olika faser av systemutvecklingsprocessen underlättar förståelsen för användarnas arbetsmiljö och kan på så sätt förbättra kvalitén (Bano & Zowghi, 2015). Genom att involvera användarna i ett tidigt skede av utvecklingsprocessen säkerställs

att användarnas krav på systemet tillgodoses. Användarnas önskemål angående användbarhet kan representeras genom att involvera dem under framtagning av den tekniska lösningen (Bano & Zowghi, 2015). Ives & Olsen (1984) menar vidare att användarmedverkan är av större vikt i analysfasen och implementeringsfasen än i de mellanliggande faserna och den fysiska utvecklingen av systemet.

2.2.1 Utbildning vid systemutveckling

Vid införandet av ett nytt system kan en verksamhet antingen välja att köpa in ett standardsystem eller att utveckla ett eget system (Hedman, Nilsson & Westelius, 2009). Att utveckla ett eget system innebär en unik lösning för en specifik verksamhet och utförs oftast av externa konsulter eller en intern IT-avdelning. Medan ett standardsystem istället innebär en lösning framtagen av leverantörer som levererar system till kunder med liknande behov (Hedman, Nilsson & Westelius, 2009). Gemensamt för både standardsystem och egenutvecklade system är att användarna behöver utbildning i det nya systemet (Hedman, Nilsson & Westelius, 2009). Träning och utbildning av slutanvändarna har identifierats som en faktor vars inflytande på systemutvecklingen och implementeringen av IT-projekt kan påverka utfallet (McLeod & MacDonell, 2011; Sharma & Yetton, 2007; Cresswell, Bates & Sheikh, 2013).

Under förhållanden med högt teknisk komplexitet, likt elektroniska patientjournaler, har utbildning en stark inverkan på implementationens framgång (Sharma & Yetton, 2007). Genom att utbilda användarna innan ett nytt system sätts i bruk, samt ge användarna möjligheten att bli införstådda i det nya systemet kan en organisation motverka rädsla och mildra potentiella produktivetsproblem (Valacich & Schneider, 2015). Vidare kan användarnas inställning mot ett system påverkas genom utbildning (McLeod & MacDonell, 2011). Detta eftersom användarna kan få en bättre kunskap och förståelse av systemet, ökad skicklighet samt erfarenhet, som sedan kan influera acceptansen (McLeod & MacDonell, 2011). Idealt sker utbildningen och träningen strax innan implementationen av systemet, eftersom användarna kan glömma bort viktiga funktioner (Cresswell, Bates & Sheikh, 2013).

Att utbilda vårdpersonal för användning av elektroniska journalsystem anses vara en komplex uppgift, vilket kan ses som avgörande för framgången av systemet (Walker et al, 2005; Rahimi, Vimarlund & Timpka, 2009). Effektiv träning hjälper användarna att uppnå den effektivitet och vårdkvalité som ett elektroniskt journalsystem ämnar att inbringa (Walker et al, 2005). Vidare kommunicerar det organisationens åtagande att införa ett effektivt journalsystem (Walker et al, 2005). Utbildade användare tenderar att vara mer tillfredsställda med ny teknologi, jämförelsevis med de som inte fått adekvat utbildning (Walker et al, 2005). Som följd kan systemet användas på oavsiktliga sätt genom att egna användningslösningar uppkommer på grund av brist på förståelse för systemförmågorna (Cresswell, Bates & Sheikh, 2013).

2.3 Användarinvolvering

Tidigare forskning har påvisat att användarnas medverkan är nödvändig för en framgångsrik utveckling av ett informationssystem samt implementationen av denna (Ives & Olson, 1984; Dickson & Simmons, 1970; Tait & Vessey, 1988; Bano & Zowghi, 2015; McLeod & MacDonell, 2011). Undersökningar kring misslyckade implementationer av elektroniska patientjournaler pekar på att en av nyckelfaktorerna kan härledas till slutanvändarnas bortfallna medverkan i processen (Cresswell et al, 2011). Problematiken kring användarnas medverkan i utvecklingen av elektroniska patientjournaler utgörs av komplexiteten i systemen, men även av den organisatoriska strukturen (Tait & Vessey, 1988; Cresswell et al, 2011). Komplexa system definieras som "ett system bestående av ett stort antal delar som interagerar på ett komplicerat sätt" (Tait & Vessey, 1988). Vidare kan problem uppstå i analysen samt kravspecifikationen av komplexa system, vilket således leder till ökad risk av misslyckade utvecklingar och implementationer (Tait & Vessey, 1988).

2.3.1 Användare

Den typiska förståelsen av en användare är denne som ämnar använda systemet, miljön och att arbetet denne utövar direkt blir påverkat av systemet (Bano & Zowghi, 2015). Somliga forskare menar dock att användare av ett system inte nödvändigtvis är en homogen grupp (McLeod & MacDonell, 2011). Snarare kan användare vara grupper av individer från olika funktionella, geografiska, vertikala och horisontella områden inom en organisation med olika egenskaper, intressen av ett system och förmågor att påverka utfallet av en systemutveckling (McLeod & MacDonell, 2011).

Enligt McLeod & MacDonell (2011) kan användare påverka utfallet av en systemutveckling på tre huvudsakliga sätt. Användare kan ha en effekt genom:

1. Deras förväntningar på systemet som utvecklas.
2. Deras inställning till och medverkan i systemets utveckling.
3. Särskilda egenskaper som påverkar deras förmåga att använda systemet.

Användarnas förväntningar är värdebaserade övertygelser och önskemål om hur ett system ska betjäna deras intressen (McLeod & MacDonell, 2011). Somliga förväntningar uttryckta av användarna kan tydligt formuleras som systemmål och krav, medan andra förväntningar förblir vagt yttrade (McLeod & MacDonell, 2011). Således kan det senare ses som ett resultat av den svårfattliga karaktären en förväntan har, det stora antalet och mångfalden av användare, likväl oförmågan eller brist på möjlighet användarna haft att uttrycka sina förväntningar (McLeod & MacDonell, 2011). Ökad mognad av användarnas förståelse av IT bidrar likväl till högre förväntningar på systemen som utvecklas (McLeod & MacDonell, 2011). Till följd har behovet ökat på att hantera användarnas förväntningar, för att undvika att förväntningarna inte är för långt ifrån det levererade systemet (McLeod & MacDonell, 2011). Genom att användarna medverkar i systemutvecklingen kan man skapa mer realistiska förväntningar om systemet (McLeod & MacDonell, 2011). Misslyckande att hantera användarnas förväntningar är en av riskfaktorerna med systemimplementationer (McLeod & MacDonell, 2011).

Användarnas inställning definieras vanligen som ett psykologiskt tillstånd, som återspeglar en bedömning eller en känsla mot ett system (McLeod & MacDonell, 2011). Användarnas

inställning till ett system påverkar deras avsikt att använda, liksom den faktiska användningen (McLeod & MacDonell, 2011). I sådana fall är användningen av ett system inget val, varpå användarnas inställning inte kan påverka den faktiska användningen (Kushniruk & Turner, 2012). Ett exempel på detta är patientjournaler som enligt lag måste föras, varpå användarna av journalhanteringssystem inte kan avstå från användning trots deras inställning (Patientdatalagen, SFS 2008:355). En positiv inställning till ett system kan uppnås genom att användarna uppfattar det som användbart, enkelt att använda eller ifall det är i deras intresse att använda systemet (McLeod & MacDonell, 2011). Negativ användarinställning till ett system resulterar ifrån att användarna inte förstår relevansen av användningen, förändring av arbetsprocesser eller de fall användarna känner sig hotade av de förändringar som associeras med ett nytt system (McLeod & MacDonell, 2011).

2.3.2 Användarmedverkan

Användarmedverkan handlar om att engagera användarna i systemutvecklingsprocessen (Ives & Olson, 1984). Tidig forskning inom området menar att användarmedverkan bör leda till lyckade systemimplementationer. Detta påstående härleddes från teorier och forskning inom organisatoriskt beteende, såsom individuell motivation, gruppdynamik, problemlösning i grupp och kommunikation (Ives & Olson, 1984).

Det finns tydligt mätbara effekter sammankopplade med användarmedverkan under design- och utvecklingsprocessen av IT-system (Kushniruk & Turner, 2012). Dessa inkluderar högre kvalitet då systemet skapats utifrån användarkrav, högre acceptans och högre förståelse, vilket leder till en effektivare användning, och ökat deltagande i beslutsfattande inom organisationen (Damodaran, 1996). Vidare menar Kushniruk & Turner (2012) att en av de största anledningarna till att IT-projekt misslyckas beror på bristen av förståelse för användarnas krav och kontexten inom vilket systemet är tänkt att användas.

För att användarmedverkan ska kunna bidra med positiva effekter i en systemutvecklingsprocess krävs ett nära samarbete mellan användaren och utvecklaren (Damodaran, 1996). Vidare krävs även att rätt användare identifieras för att ovannämnda samarbete skall leda till önskvärda positiva effekter (Damodaran, 1996). Maguire (2001) redogör för att användarmedverkan bidrar till ökad produktivitet då ett användarvänligt system stöttar användaren i det att denne kan utföra sina arbetsuppgifter på ett tidseffektivt sätt. Systemet bör hjälpa användaren att lösa arbetsuppgiften och det gör systemet om det är designat efter användbara principer (Maguire, 2001). Vidare menar Maguire (2001) att ett väl designat system utformat med hjälp av användaren innebär att risken för misstag reduceras, då ett väl designat system hindrar människor från att göra fel.

Vid systemutveckling med hjälp av användare är det viktigt att förstå vad olika representanter kan bidra med och att det krävs representanter från olika delar av verksamheten för att få en mer omfattande bild av åsikter (Damodaran, 1996). Liksom Bano & Zowghi (2015) skriver, klargör även Abras, Maloney-Krichmar & Preece (2004) att användarna är de personer som faktiskt kommer att använda systemet för att utföra sina arbetsuppgifter. Abras, Maloney-Krichmar & Preece (2004) menar även att det finns sekundäranvändare som emellanåt kommer i kontakt med systemet via mellanhänder och tertiära användare som på något sätt påverkas av användningen av systemet. Abras, Maloney-Krichmar & Preece (2004) menar vidare att inte alla användare behöver involveras, men hävdar att det är viktigt att kartlägga

alla typer av användare och deras behov för att systemimplementeringen ska uppnå de tänkta positiva effekterna.

Enligt Ives & Olsen (1984) är användarmedverkan i systemutvecklingen förutsagt att förbättra systemkvalitén genom att:

1. Tillhandahålla en mer noggrann och fullständig bedömning av användarkrav.
2. Ge expertkunskap om organisationen som systemet skall stödja, expertis är vanligtvis inte tillgängligt inom informationssystemgruppen.
3. Undvika utvecklingen av svårhanterade och onödiga systemfunktioner.
4. Förbättra användarens förståelse av systemet.

Två typer av faktorer påverkar användarnas medverkan i utvecklingen (Ives & Olsen, 1984). Den första faktorn berör systemet som utvecklas, somliga system kräver mer användarmedverkan än andra (Ives & Olsen, 1984). Motsatt finns system där användarmedverkan är olämpligt; system som synnerligen kräver teknisk expertis, eller system som är av mindre vikt för användarna (Ives & Olsen, 1984). För system som är mer strukturerade och väldefinierade behövs nödvändigtvis inte användarnas medverkan för att förbättra kvalitén på systemet, men kan inbringa högre systemacceptans (Ives & Olsen, 1984). Användarmedverkan är rekommenderat när acceptans är av större vikt eller när information för utvecklingen av ett system enbart kan tillhandahållas från användarna (Ives & Olsen, 1984). Den andra faktorn som påverkar användarmedverkan är beroende på vilket steg i utvecklingsprocessen systemet befinner sig i, användarmedverkan i definition och designfasen är exempelvis av större vikt än i installationsfasen (Ives & Olsen, 1984).

Enligt Mumford (refererad i Ives & Olsen, 1984) finns det tre generella typer av användarmedverkan. Dessa är:

- **Consultative participation** - Användarna blir enbart konsulterade angående pågående förändringar inom systemutvecklingen. Designbeslut tas av systemgruppen men objektiven och formen av systemet kan bli influerade av användarnas behov genom diskussioner kring förslag om ändringar med systemutvecklarna.
- **Representative participation** - En högre grad av användarmedverkan än consultative participation. Designteamet kan här bestå av både användare och systemutvecklare där båda parter har lika mycket att säga till om. Designteamet får förlita sig på att användarrepresentanterna kommunicerar åsikter som stöds av företagets alla anställda.
- **Consensus participation** - Samstämmig medverkan där alla användare som i slutändan kommer att använda systemet efter implementeringen skall få medverka i utvecklingsprocessen. Negativt med denna typ av användarmedverkan blir att beslutsprocessen blir en långdragen och svår process eftersom det blir många åsikter att ta hänsyn till. Positivt blir å andra sidan att alla åsikter finns representerade i det slutgiltiga systemet och att detta förhoppningsvis leder till en högre grad av användarnöjdhet.

Om än strax ovan beskrivna källa är från 1984 representerar dessa fortfarande den gängse uppfattningen (Damodaran, 1996; Avison & Fitzgerald, 2006).

2.4 Teoretisk sammanfattning

Nedan har vi sammanställt en tabell som visar uppsatsens teman samt deras koppling till teorin.

Teman	Beskrivning	Referenser
Upplevelse	Vikten av användarens upplevelse kring elektroniska patientjournaler	Kohli & Tan, 2016 Latha et al, 2012
Inställning	Betydelsen av användarens uppfattning av journalsystem	McLeod & MacDonell, 2011 Kushniruk & Turner, 2012
Utbildning	Hur utbildning av användare påverkar utfallet av en systemimplementering	Sharma & Yetton, 2007 Valacich & Schneider, 2015 Cresswell, Bates & Sheikh, 2013 Walker et al, 2005
Medverkan	Användarmedverkan i en systemutvecklingsprocess	Ives & Olson, 1984 Dickson & Simmons, 1970 Tait & Vessey, 1988 Bano & Zowghi, 2015 McLeod & MacDonell, 2011 Damodaran, 1996 Maguire, 2001

Tabell 2.1 Teoretisk sammanfattning

Tidigare forskning har påvisat att användarnas medverkan är nödvändig för en framgångsrik utveckling av ett informationssystem samt implementationen av denna (Ives & Olson, 1984; Dickson & Simmons, 1970; Tait & Vessey, 1988; Bano & Zowghi, 2015; McLeod & MacDonell, 2011). Undersökningar kring misslyckade implementationer av elektroniska patientjournaler pekar på att en av nyckelfaktorerna kan härleddas till slutanvändarnas bortfallna medverkan i processen (Cresswell et al, 2011).

Användarmedverkan handlar om att engagera användarna i systemutvecklingsprocessen (Ives & Olson, 1984). Det finns tydligt mätbara effekter sammankopplade med användarmedverkan under design- och utvecklingsprocessen av IT-system (Kushniruk & Turner, 2012). Bland annat högre kvalitet, högre acceptans och högre förståelse, vilket leder till en effektivare användning (Damodaran, 1996). Kushniruk & Turner (2012) menar vidare att en av de största anledningarna till att IT-projekt misslyckas beror på just bristen av förståelse för användarnas krav och kontexten inom vilket systemet är tänkt att användas. Enligt Damodaran (1996) handlar det om att identifiera rätt användare för att användarmedverkan ska leda till önskvärda

positiva effekter. Abras, Maloney-Krichmar & Preece (2004) menar att inte alla användare behöver involveras trots att det är viktigt att kartlägga alla typer av användare och deras behov om systemimplementeringen ska uppnå de tänkta positiva effekterna.

Enligt Ives & Olsen (1984) är användarmedverkan i systemutvecklingen förutsagt att förbättra systemkvalitén genom en mer noggrann och fullständig bedömning av användarkrav samt ge expertkunskap om organisationen som systemet är tänkt att stödja. Det finns tre generella typer av användarmedverkan, varpå somliga system kräver mindre användarmedverkan än andra (Ives & Olsen, 1984). Exempel på detta är system som kräver stor teknisk expertis eller system som är av mindre vikt för användarna (Ives & Olsen, 1984).

3 Metod

I detta avsnitt presenteras valet av metod och tillvägagångssätt vid insamling av data. Detta för att en förståelse kring hur den kvalitativa datainsamlingen gått till väga samt analysen av denna. Slutligen belyser detta avsnitt de etiska aspekterna kring studien. Detta för att läsaren skall få en förståelse till valen av forskningsmetodik.

3.1 Metodval

Valet av metod gjordes utifrån problemställningen som är av explorativ karaktär. Enligt Jacobsen (2002) bör en problemställning av explorativ karaktär helst få fram djupare och mer nyanserad data. För att få en djupare förståelse för om och hur användarnas skulle vilja medverka i systemutvecklingsprocessen av journalsystem i sjukvården ämnade vi att diskutera på ett öppet sätt med respondenter. Således valdes den kvalitativa metoden då datainsamlingen krävde ett djup och öppenhet, vilket enligt Jacobsen (2002) är svårare att uppnå med en kvantitativ metod. Enligt Jacobsen (2002) är den kvalitativa metoden ofta förenad med en induktiv ansats. Men för att få fram empiriska data mer relevant till vår problemställning ansågs en teoretisk grund viktig, varpå datainsamlingen skett med en deduktiv ansats. Den deduktiva ansatsen innebär dock en ökad risk för att resultatet skall bli påverkat av forskarna, då de enbart letar efter information som de finner relevant (Jacobsen, 2002). Vi valde därmed att göra semistrukturerade öppna intervjuer, vilket bjuder in till en mer öppen dialog med respondenterna, samtidigt som den låter oss utgå från förutbestämde teman kring områden vi ville få en ökad förståelse för. Detta överensstämmer med vad Jacobsen (2002) säger angående semistrukturerade öppna intervjuer. För att få en närhet till respondenterna gjordes valet att göra öppna individuella intervjuer. Enligt Jacobsen (2002) tillåter öppna individuella intervjuer respondenterna att ge beskrivande och breda svar, vilket kan vara svårare att få genom en kvantitativ enkätundersökning (Jacobsen, 2002). För att förhålla oss till de ämnesområden vi deducerat från den teoretiska grunden, sammanställde vi en intervjuguide som vi utgick ifrån, se Appendix 6.1. Under intervjuerna använde vi intervjuguiden som en utgångspunkt med fasta ordningsföljder och teman, men respondenterna gavs frihet att ge helt öppna svar. Intervjuguiden användes vid behov för att diskussionerna skulle föras kring ämnesområdena. Vid behov ställdes följdfrågor för att få djupare och bredare förståelse, intervjuguiden lämnade utrymme för detta.

3.2 Urval av respondenter

För att samla in empiriska data med hög kvalitet och relevant till vår problemställning utgick vi efter Jacobsens (2002) urvalsprocess, som går igenom ett antal steg. En kvalitativ metod är mer restriktiv mot hur många personer som kan undersökas, då datainsamlingen tar tid men även analysen av sagda data (Jacobsen, 2002). Då en fast tidsram fanns var vi tvungna att begränsa antalet intervjuer, detta val gjordes till fyra intervjuer. Enligt Jacobsen (2002) kan en kvalitativ metod inte undersöka särskilt många individer. Vi ansåg därmed att antalet intervjuer var rimlig med hänsyn till tidsramen, men även då färre djupgående intervjuer var mer relevant för vår studie.

För att få en förståelse kring om och hur slutanvändarna av journalsystem inom vården ser sig vilja medverka vid systemutveckling sattes ett antal kriterier upp. Detta gjorde vi för att finna respondenter som kunde ge oss data som var av relevans för vår problemställning. Men även för att få respondenter som representerar vår studie. Det var av stor vikt för oss att slutanvändarna var kliniskt verksamma och tillhörde den legitimerad yrkesgrupp som har nära kontakt med journalsystem, helst daglig. Ett annat krav var att dessa skulle ha mångårig arbetslivserfarenhet, då vi ansåg att dessa hade god inblick och erfarenhet av journalsystem inom vården. Vi ansåg därmed att läkare och sjuksköterskor kunde ge oss den typ av data som var av intresse för studien. Inom ett landsting finns olika vårdenheter, för att få en bredd relevant till problemställningen ansåg vi även att läkare och sjuksköterskor från både sjukhusvården och primärvården helst skulle involveras.

Det gjorda urvalet betydde att vi var tvungna att få kontakt med läkare och sjuksköterskor, vilket visade sig vara en svår process då denna yrkesgrupp är svåråtkomliga. I våra försök att hitta respondenter inom urvalet använde vi oss av presschefer och verksamhetschefer som föreslagit individer som kunnat vara av relevans för vår problemställning. Detta ledde till respondenter vid vårdcentraler i Lund, därmed inom primärvården samt vid Universitetssjukhuset i Lund, därmed sjukhusvården.

3.3 Intervjuer

Vi valde att göra semistrukturerade intervjuer då vi ansåg att denna typ av datainsamling kan ge oss öppna mer detaljerade svar, men även möjligheten att ställa följdfrågor vilket ger ett ytterligare djup. Enligt Jacobsen (2002) kan den öppna individuella intervjun användas när man är intresserad av vad den enskilda individen säger. Detta tillåter att be respondenterna utveckla och förklara för att ge oss en djupare förståelse i deras svar (Jacobsen, 2002). Problematiken med en helt öppen intervju är enligt Jacobsen (2002) att en ansats utan någon form av strukturering gör att data blir för komplex, nästintill omöjlig att analysera. Vi intervjuade läkare och sjuksköterskor inom både sjukhusvården och primärvården, där vi utgick ifrån en intervjuguide som användes för att hålla intervjun till de förutbestämda ämnen vi ville diskutera. Detta för att hålla intervjun till de ämnen vi ansåg vara av relevans för problemställningen. Intervjuguiden utformades utifrån de kategorier som upprättades vid teorisammanfattningen, se Tabell 2.1.

Samtliga intervjuer har varit besöksintervjuer och har skett på respondentens arbetsplats, vilket är en naturlig plats för respondenterna. Besöksintervjuer bidrar till att lättare kunna genomföra givande öppna samtal, till skillnad från telefonintervjuer (Jacobsen, 2002). Vid en besöksintervju menar Jacobsen (2002) att båda parter i intervjun kan observera varandra, så kallad intervjuareffekt. Däremot har vi genom detta tillvägagångssätt lättare kunnat uppfatta respondenterna. Vi har haft våra kroppsspråk i åtanke under intervjuerna genom att inta lyssnarställning och visat förståelse för respondenternas svar, för att motverka intervjuareffekten. Att använda sig av en naturlig plats kan få respondenterna att känna sig mer bekväma och trygga än konstlade platser (Jacobsen, 2002). Valet av plats kan enligt Jacobsen (2002) påverka innehållet i intervjuerna, så kallad kontexteffekt. Då intervjuerna har skett på respondenternas arbetsplats har de kunnat känna sig stressade av tidspress. Vi påbörjade därför intervjuerna med att försäkra oss om att respondenterna var införstådda med tidsramen för intervjun.

Intervjuerna startade med en kort förklaring om själva studien, vilka vi är samt bakgrunden till studien. Detta för att respondenterna skulle få en förståelse för vad som var ändamålet och hur informationen från intervjun skulle användas. Respondenterna gavs i samband med detta tillfälle att ställa frågor ifall de undrade över något eller ifall något var otydligt. Detta följdes upp med allmänna frågor om intervjuobjektet för att enligt Jacobsen (2002) skapa en trygg miljö för respondenterna men även en öppenhet i intervjusituationen. Vidare användes intervjuguiden för att styra diskussionerna kring de ämnen vi ansåg vara relevanta för problemställningen, där följdfrågor använts vid oklarheter eller där fördjupning krävts. Under intervjuerna använde vi ljudinspelare då vi ville få med allt intervjuobjekten sa ordagrant. Enligt Jacobsen (2002) kan även användningen av en ljudinspelare leda till att en mer naturlig dialog upprätthålls. Intervjuobjekten kan enligt Jacobsen (2002) bli inskränkta och därmed få en negativ reaktion vid inspelningar. Vid samtliga intervjuer säkerställdes samtycke till användning av ljudinspelare, vilket godkändes av samtliga respondenter. Användningen av ljudinspelaren tillät oss att få mer direkta och ordagranna citat, vi förde även anteckningar under intervjuerna över tidsramen för att underlätta bearbetningen av data.

3.4 Bearbetning av data

Enligt Jacobsen (2002) behövs den mängd information som samlats in under intervjuerna reduceras och struktureras för att få en överblick, vilket kan förenkla analysen. Efter att primärdata var insamlad påbörjade vi reduceringen för att enklare kunna analysera intervjuerna. För att få en överblick av vår datainsamling utgick vi utifrån Jacobsens (2002) process för att reducera informationen och förenkla arbetet och analysen av datainsamlingen. Under hela analysprocessen använde vi oss av programmet Nvivo. Transkriberingarna skickades med mail till respondenterna för att de skulle få möjlighet att godkänna och lämna synpunkter ifall de önskat, innan vi färdigställde analysen.

Efter vår primärdata var insamlad transkriberade vi rådata från intervjuerna som vi hade på ljudinspelning, genom att överföra från tal till skriftlig text. Genom att göra detta kan riskerna minimeras för att information från intervjuerna utelämnas från analysen (Jacobsen, 2002). Vid transkriberingen valde vi att inte överföra fyllnadsord och pauser, för att underlätta informationsläsningen och analysen. Vi valde även att bortse från presentationen av studien samt bakgrunden om oss. När samtliga intervjuer översatts till text gjordes kommentarer på varje enskild intervju, för att få en djupare förståelse för vad som sagts. Vi gjorde även en sammanfattning av varje intervju vilket gav oss en mer överskådlig bild och förenklade de nästkommande stegen i analysprocessen.

När sammanfattningen var gjord och transkriberingen därmed gjorts mer överskådlig gjorde vi enligt Jacobsens (2002) analysprocess en kategorisering av datainsamlingen. Denna del i analysprocessen består av två steg: skapa relevanta kategorier och hänföra intervjuerna till kategorierna (Jacobsen, 2002). Kategoriseringen gjordes med utgångspunkt i teorisammanställningen, som även användes vid skapandet av intervjuguiden. Dessa ansåg vi vara relevanta då det är kopplade till teorin som härleds från problemställningen. Vi hänförde sedan data från kontexten ur varje enskild intervju till kategorierna som vi tidigare hade skapat. Detta gjorde att vi fick en överskådlig blick utifrån de kategoriseringar vi gjort och enklare kunde jämföra de olika intervjuerna. Genom en sådan koppling kan man enligt Jacobsen (2002) jämföra resultaten från de enskilda intervjuerna inom en och samma kategori. Slutligen sammanställde vi data utifrån kategorierna vilket gjorde det mer överskådligt och

tillgängligt. Vi kunde då enklare koppla samman informationen från de olika kategorierna men även hitta centrala teman och mönster i datainsamlingen.

3.5 Validitet och Reliabilitet

En studie ska enligt Jacobsen (2002) underkastas en kritisk granskning för att bedöma slutsatsernas giltighet. Vi har vid utformningen av intervjufrågor och forskningsfråga utgått från tidigare forskning och teori som vi sammanställt i teorisammanställningen, se tabell 2.1.

Vi har i studien intervjuat fyra individer i en stor population, varpå generalisering problem kan uppstå. Enligt Jacobsen (2002) kan man dock hävda ett generellt drag om en synpunkt återkommer hos flera respondenter. Vi har under intervjuerna sett att många synpunkter kring användarnas medverkan i systemutvecklingsprocessen av journalsystem är återkommande hos våra respondenter. Vi kan dock inte med säkerhet säga att vårt urval varit representativt, däremot anser vi då deras synpunkter varit återkommande att slutsatser kan dras. Enligt Jacobsen (2002) är inte i regel meningen med kvalitativa metoder att generalisera från urvalet av enheter till en större grupp enheter. Vi har istället försökt få en djupare förståelse kring huruvida användare skulle vilja medverka och i så fall hur, vid systemutveckling av journalsystem inom vården.

Vidare kan utformningen av intervjuguiden och samtliga intervjuer som gjorts utifrån intervjuguiden, se Appendix 6.1, lett till att giltigheten av våra slutsatser påverkats. Detta då intervjuguiden gjorts utifrån en tidigare frågeställning som ändrades efter intervjuerna. Frågorna härleddes dock från den teorisammanställning som används i studien och även till den nya frågeställningen. Den kvalitativa metoden är enligt Jacobsen (2002) interaktiv vilket innebär att man kan gå tillbaka och ändra problemställningen under undersökningens gång. Vi ansåg däremot att vi inte behövde ändra datainsamlingsmetoden eller intervjufrågorna, utan de frågor som inte längre var relevanta (fråga 10 - 14 se Appendix 6.1) användes inte under analysen, diskussionen eller studiens slutsatser. Det förklarande syftet med studien var fortfarande detsamma och intervjuerna var av öppen karaktär, samtliga intervjuer går att se till sin fulla i appendix 6.2–6.5. Slutsatserna som tagits i denna studie anses därför fortfarande vara giltiga, då de generella synpunkterna rörande vår forskningsfråga som åskådliggjorts under intervjuerna varit enhetligt bland respondenterna. De bortfallna frågorna berör ett system som kommer implementeras inom Region Skåne, varpå dessa inte anses ha någon relevans för forskningsfrågan eller syftet med studien.

3.6 Etik

Vid studien har etiska dilemman uppstått då vi varit i kontakt med individer som arbetar inom sjukvården för att kunna samla in empirisk data. Dessa dilemman har vi tagit hänsyn till och utgått utifrån Jacobsens (2002) tre grundkrav som en undersökning bör försöka uppfylla. De tre kraven är informerat samtycke, krav på privatliv och krav på att bli korrekt återgiven (Jacobsen, 2002).

Vid samtliga intervjuer med våra respondenter har vi påbörjat med att kort förklara studiens syfte där vi betonat att deras deltagande varit helt frivilligt. Detta var även något vi

förmedlade vid den första kontakten med samtliga respondenter. Redan innan besöksintervjun var respondenterna därmed införstådda med syftet samt att hela intervjun var frivillig. Innan intervjun påbörjades kontrollerade vi genom att fråga en sista gång så att vi var säkra på att respondenterna hade en förståelse.

Vidare ställdes krav på respondenternas rättighet till ett privatliv, där de gavs möjlighet att vara anonyma om de så ville. Två av våra respondenter valde att vara anonyma av egna anledningar, varpå åtgärder togs för att de skulle förbli anonyma. Vi har därmed eliminerat information som kan bidra till identifiering av dessa två respondenter. Personlig information och namn samt personliga upplysningar har därför maskerats i transkriberingarna för att skydda dessa. Utelämnandet av personlig information om dessa individer anses inte bidra till analysen av studien, då deras personliga information inte är av vikt för själva analysen.

Till sist har vi transkriberat samtliga intervjuer i sin helhet i två av intervjuerna och i den mån det gått vid de fall respondenterna valt att vara anonyma för att säkerställa deras anonymitet. Detta har gjorts för att lämna en presentation för att visa de uttalanden som respondenterna gjort. Vilket enligt Jacobsen (2002) görs för att påvisa sammanhanget uttalandena är gjorda samt att dessa inte är förvrängda. Samtliga transkriberingar skickades även till respondenterna för ett godkännande.

4 Resultat

I detta avsnitt presenteras resultatet av vår empiriska datainsamling. Nedan rubriker presenteras efter de teman vi identifierat. Respondenterna benämns utifrån deras förkortningar, vilket åskådliggörs nedan i parenteserna vid respektive respondent. Samtliga intervjuer återges till fullo i respektive appendix.

Respondent	Beskrivning
Respondent 1 (R1) Kristina Tornqvist, Sjukhusvården	Läkare specialiserad inom barnoftalmologi på ögonkliniken i Lund och har arbetat inom sjukvården sedan år 1977.
Respondent 2 (R2) Anonym, Primärvården	Anställd som läkare på vårdcentral i Lund sedan år 1992.
Respondent 3 (R3) Ann Hermansson, Sjukhusvården	Professor och överläkare i öron-, näsa-, halssjukdomar. Anställd av både universitetet och landstinget. Arbetar ungefär hälften med sjukvård och hälften med undervisning och forskning. Har arbetat inom vården sedan år 1987.
Respondent 4 (R4) Anonym, Primärvården/Sjukhusvården	Sjuksköterska och har jobbat inom vården sedan år 1981 på akutmottagningar och vårdcentraler runt om i landet.

Tabell 4.1 Översikt av respondenter

4.1 Upplevelse

Under våra intervjuer har vi frågat respondenterna hur dessa upplever journalhanteringen. Samtliga svarade att de upplever journalhanteringen som svår och tidskrävande. Detta var något som bland annat diskuterades i termer av "klick", det vill säga antalet klick nödvändiga för att lösa en uppgift. R1 beskriver frustrationen kring detta på följande vis:

“Ja, det är ett väldigt klickande [...] Man klickar och klickar och klickar så det är inte klokt. Det är ett himla klickande” - R1

För en läkare som, samtidigt som denne hanterar patienter, måste uträtta en större mängd antal klick för att få fram relevant information kan det resultera i att minuter tas från själva patienthanteringen. Att arbeta med system som inte fungerar som de ska försvårar situationen ytterligare. R2 beskriver problematiken med journalhanteringen med följande ord:

“Själva journalhanteringen är svår därför att det hänger sig ibland och PMO har blivit helt utslaget vid mellanrum [...] Tack och lov händer det inte så ofta, men det är ett stort problem att det överhuvudtaget händer för när det händer kan det stå stilla en hel eftermiddag eller en hel dag och vården slås alltså i princip ut”. - R2

Att systemen inte heller kan kommunicera med varandra menar R3 också är besvärligt. Detta uttrycktes på följande vis:

“Det som är besvärligt är ju det att dels så är systemen inte kompatibla, så vi kan inte se primärvårdens journaler. Vi kan inte se journaler från andra ställen än Skåne. Dels är det så att man inte har lagt ihop de olika databaserna [...] så vi har tre databaser vi kan behöva sök i [...] och det försvårar ju oerhört för oss.” -R3

Denna åsikt stöds även av R4 som vidare menar att det är problematiskt att det inte all sjukvård använder sig av ett nationellt journalsystem. Detta yttras på följande sätt:

“Nackdelen är att det inte är nationellt utan att det bara är vissa delar utav Sverige som har det journalsystemet vi har. Så att jobbar man till exempel i kommunen så kan man inte läsa i journalsystemet om man vill se någonting om det är någon patient som har varit inne på sjukhuset och så. Likadant om jag vill se någonting som händer i kommunen så kan jag inte göra det utan då är jag fast i mitt journalsystem. Det är den stora nackdelen.” -R4

4.2 Inställning

För att få en djupare förståelse för användarnas inställning kring journalsystemen de använder har vi även frågat vad användarnas allmänna uppfattning kring deras nuvarande journalsystem är. Detta för att användarna ställer sig mer positivt till ett system som uppfattas som användbart och enkelt att använda (McLeod & MacDonell, 2011). Under intervjuerna framkom det att användarna upplevde deras nuvarande journalsystem som tidskrävande och svårhanterliga:

“Det tidskrävande och klumpigt då det går en massa tid varje gång man ska klicka sig runt.” - R2

“Det är besvärligt med att systemen inte är kompatibla och att man inte lagt ihop databaserna. Det gör det svårhanterligt och tidskrävande.” - R3

En av respondenterna lyfter även journalsystemets layout och uttalar sig om det journalsystem denne använder på följande sätt:

“PMO tycker jag verkligen är jättedåligt. Det har en dålig journal-layout och är svårhanterligt.” - R2

I och med att journalsystemen uppfattas som svårhanterliga och tidskrävande kan det förekomma att inte all information dokumenteras. R4 yttrar sig på följande vis:

“Det händer att personal inte dokumenterar all information i journalsystemet, svar ja [...] Det kan bero på tidsbrist helt enkelt. Har man för mycket så kanske man bara dokumenterar det så kallade akuta eller mest viktiga som är just för tillfället liksom” - R4

R4 menar vidare att journalsystem som plötsligt lägger ner kan få allvarliga konsekvenser. Detta formuleras följande:

“Systemet kan bara lägga ner helt plötsligt. Att kunna få fram information om patienterna är ju jätteviktigt om man arbetar på en akutmottagning och då måste man ju gå tillbaka till pappersjournaler så att säga [...] och det stökar till det något enormt tidsmässigt alltså [...] Problemet med dessa journaler är bara det att där kan du aldrig se om det kommer in en medvetlös patient, till exempel, så kan man aldrig se om den är allergisk mot penicillin eller någonting sånt eller har några andra sjukdomar sedan tidigare så att säga. Så det kan ju bli väldigt allvarliga konsekvenser.” - R4

4.3 Utbildning

Ett system som slutanvändarna vet hur de ska använda kan stötta dessa i deras dagliga arbete. Vi ville därmed diskutera med alla respondenter kring vilken utbildning dessa erhållit i de system som används. Det som framkom var att utbildning nästintill enbart sker i början av en anställning, men att användarna önskar att utbildning förekom med mer kontinuitet. På följande sätt uttryckte sig R4:

“Utbildning får man när man börjar [...] Jag tycker man ska ha någon slags kontinuitet i det här oavsett om man jobbat tio - femton år eller bara ett år så ska man få utbildning. För det är ju på så sätt man upptäcker saker som man kan påvisa att det här skulle vi vilja ändra på [...] Det är någonting som jag eftersöker faktiskt.” -R4

Även R3 delar åsikten att utbildning inte sker kontinuerligt och menar på att den utbildning som ges inte heller är givande. Detta uttrycks på följande vis:

“Alltså vi fick ju någon slags utbildning i början innan vi gick in i det första journalsystemet, då hade vi någon utbildning men det är jättelänge sedan [...] Sen har vi ju haft några sådana här informationstillfällen men tyvärr är den så dålig att vi ofta får tala om för dem hur det fungerar.” -R3

Att den utbildning som användarna får inte sker tillräckligt ofta eller bidrar med kunskap har resulterat i att användarna får lära sig hur systemet fungerar på egen hand och hur de ska utföra sina arbetsuppgifter. R2 uttryckte sina tankar kring utbildningen på följande sätt:

“Vi får i princip ingen utbildning. Vi är självlärda. Lite learning-by-doing.” -R2

4.4 Medverkan

Under samtliga intervjuer har fokus legat på vad respondenterna själva anser om deras medverkan kring journalsystemen inom vården. Samtliga fyra respondenter anser sig inte ha något att säga till om varken gällande journalhanteringen eller beslut som tas om systemen. Att slutanvändarna får medverka vid systemutvecklingen samt att deras synpunkter tas i beaktning är något samtliga respondenter skulle vilja se mer utav. Samtliga respondenter anser att de som faktiskt använder systemen bör bli tillfrågade innan beslut fattas samt att de bör medverka vid utvecklingen.

”Jag tror att man ska arbeta fram system i samarbete med de som använder dem. Det är som vanligt att man ska lyssna på de som jobbar med det. Det gäller allting. Lyssna på professionen” - R2

”Jag tror det är viktigt att de som jobbar, fotfolket, och läkare och även sekreterare och sådana saker skulle träffas och gå igenom så att det inte bara är några som sitter administrativt, IT-människor och bestämmer hur ett journalsystem ska va.” - R4

Genom att användarna får medverka vid utvecklingen samt att deras synpunkter tas i beaktning anser både R3 och R4 är av vikt när de besvarar frågan ifall de fått medverka. Genom att användarna medverkar kan det enligt dem bli bättre.

”Då hade det blivit mycket bättre.” - R3

”Jag tror det är väldigt viktigt att alla får lägga sin del i det för att det ska bli bra.” - R4

Besluten som tas kring vilket journalsystem som ska användas är inget som varken R1 eller R4 menar att de kan påverka. Dessa beslut kommer från högre orter menar R4, medan R1 påpekar att det är Region Skåne som beslutar samt bestämmer vilket system som de ska använda. R1 belyser även att de som bestämmer och tar besluten kring journalsystemen inte verkar ha någon större förståelse för hur det är att arbeta med systemen.

”För jag är inte säker på, ibland kan man ju undra om de som bestämmer, om de har en aning om hur det är att jobba med systemen.” - R1

Vidare fann vi att användarna inte heller vet vem de ska vända sig till om de skulle vilja få svar på funderingar eller komma med förslag på förändringar. R4 uttrycker att inte ens IT-personalen har mandat att bestämma över systemen, utan detta går så långt att det involverar politiker och att de är dessa man skall vända sig till.

”Nej det vet man inte egentligen. [...] det finns ju alltså sådana som jobbar med journalsystemet och det är mest IT-människor som gör. De har ju inte mandat att bestämma om själva systemet så. Utan det är ju nästan politikerna i kommunen då t.ex. landstingsråd som sitter i kommunen och så vidare, det är dem man måste gå till.” - R4

Mot bakgrund av att användarna skulle vilja se sig själva medverka mer än vad de idag gör, efterfrågades även hur dessa skulle vilja medverka. R1 tyckte att man någon gång kunde förhöra sig om användarnas åsikter genom en enkät, för att ta del av så många åsikter som

möjligt. Ett annat alternativt menar R1 kunde vara att man valde ut några medarbetare på olika kliniker vars åsikter blev hörda. Vi fann att R3 istället hade velat se att en representant som arbetar aktivt inom sjukvården ska medverka i arbetet. Däremot menar R2 att inte alla inom vården är insatta, vilket kan ses som ett krav för att medverka. Vid de fall det finns läkare som är insatta så borde dessa få medverka, eftersom det är dessa som arbetar med systemen. Enligt R2 är det ovanligt att vårdpersonal är intresserade:

“Snarare är det väl mer regel än undantag att man inte är intresserad.” - R2

Vidare menar R2 att problematik vad gäller medverkan inom vården är att användarna, det vill säga sjukvårdspersonalen, är upptagna med sitt eget. Hon förklarar att svårigheterna är att få sjukvårdspersonal att engagera sig utöver sina dagliga aktiviteter. Men vid de fall det finns någon som vill medverka, ska dessa självklart få det.

“Det här är ju sjukvårdspersonalens problem, att man är så fullt upptagen med att göra sitt eget jobb. Det är enormt svårt att få sjukvårdspersonal att engagera sig i någonting utöver vården. Men finns det någon så ska man ju ta tag i det naturligtvis” - R2

Ett problem, som R1 påpekar är antalet användare inom vården. Att involvera samtliga användare inom vården skulle innebära att samtliga användares åsikter och värderingar skulle behöva beaktas. Detta är nästintill omöjligt, och R1 menar att ställning måste tas oavsett.

“ [...] det är svårt att värdera därför att jag menar alla tusen medlemmar på det här bygget har väl olika åsikter så att det... någon måste väl ta ställning” - R1

Två av respondenterna förklarade under intervjuerna att det inte görs någon återkoppling efter det att implementeringen och uppdateringar av journalsystem är gjorda. Då några av respondenterna uttryckt att det föreligger svårigheter att kommunicera feedback samt åsikter, kvarstår ofta problemen med systemen. Dessa problem kan exempelvis vara buggar som efterlämnas i systemen, varpå användarna lär sig att arbeta kring dessa för att vinna tid. Detta även för att användarna inte finner något alternativ, då buggarna inte korrigeras.

“Nej, utan det är det som är lite tråkigt därför när man inför ett sådant här journalsystem så gör man det och sen så återkopplar man inte och gör en utvärdering typ efter tre månader hur går det, vad är det vi skulle kunna förbättra och så vidare. Det finns ju tyvärr inte utan oftast sitter de där buggarna kvar så man liksom får leva med om jag ska säga så och till slut så gör man ju bara [...] Man tycker ju inte det är bra men å andra sidan så vinner man ju tid på att göra det, man bara gör för att det ska vara så. [...] För att det är ändå ingen som lyssnar på det så.” - R4

“Sen tänker jag att när man infört ett nytt system och folk har hunnit jobba ett tag, då kan man samla in synpunkter och så och det gör man ju inte.” - R2

4.5 Sammanställning av resultat

Nedan har vi sammanställt en tabell som visar de teman som presenterats ovan samt de huvudpunkter som tagits upp inom respektive tema.

Teman	Huvudpunkter
Upplevelse	<ul style="list-style-type: none">• Svår och tidskrävande journalhantering.• Mycket klickande.• System som hänger sig.• System som inte är kompatibla med system från andra delar av vården.
Inställning	<ul style="list-style-type: none">• Tidskrävande och besvärliga journalsystem.• Dålig journal-layout.• System som lägger ner kan leda till allvarliga konsekvenser.
Utbildning	<ul style="list-style-type: none">• I princip ingen utbildning.• Learning-by-doing.• Ingen kontinuitet med utbildning.• Undermåliga informationstillfällen.
Medverkan	<ul style="list-style-type: none">• Ingen medverkan.• Det behövs mer fokus på användarmedverkan.• Användare vet ej vart de ska vända sig med funderingar eller förslag på förbättringar.• Enkät eller Representanter.• Svårt att engagera användarna.

Tabell 4.2 Sammanställning av resultat

5 Diskussion

I detta avsnitt för vi diskussion kring det resultat vi funnit från vår empiriska undersökning samt de teoretiska aspekter som går att läsa i tidigare avsnitt. Diskussionen kring hur användarna ser sig vilja medverka vid systemutvecklingen inom vården sammanställs i slutet av avsnittet för en överblick.

5.1 Upplevelse

Samtliga intervjuade användare uppgav under intervjun att journalhanteringen de kommer i kontakt med i sitt arbete inte fungerar på det optimala sätt de hade önskat att den skulle. Detta är ett ogynnsamt resultat då elektroniska patientjournaler enligt Kohli & Tan (2016) ska stödja dess primära intressenters behov. Mot bakgrund av att alla våra respondenter upplevde att journalhanteringen är bristfällig, kan det konstateras att användarna skulle vilja se någon slags förändring inom journalhanteringen i vården idag, sett ur vår studies omfattning.

Vidare fann vi i vårt resultat att mycket kring problematiken med journalhanteringen inom sjukvården grundar sig i att journalsystemen inte är kompatibla. Detta är något som utgör ett hinder då journalsystemen inom olika kommuner och landsting inte kan kommunicera med varandra. Patientinformation finns inte lättillgänglig, vilket försvårar oerhört för vårdpersonalen. Komplexiteten bakom detta kan grunda sig i att ett lands hälso- och sjukvård består av flertalet olika delar. Enligt Kushniruk & Turner (2012) är systemutveckling inom hälso- och sjukvården en invecklad process då det större antalet specialiteter, typer av behandling och skillnader i klinisk praxis över lokala, regionala och nationella gränser försvårar.

5.2 Inställning

I vårt resultat fann vi att samtliga intervjuade användare var av uppfattningen att det fanns delar inom journalsystemen som kunde utvecklas. Att användarna är av denna uppfattning skulle kunna ha en negativ inverkan på användarnas inställning till systemet. Enligt McLeod & MacDonell (2011) återspeglar användarnas inställning vanligtvis en känsla gentemot ett system. Användarnas inställning har en påverkan på både användarnas avsikt att använda samt användarnas faktiska användning av ett system (McLeod & MacDonell, 2011). I somliga fall är användningen av ett system inget val, varpå användarnas inställning inte kan påverka den faktiska användningen (Kushniruk & Turner, 2012). Ett exempel på detta skulle kunna vara ett system som behandlar patientjournaler, då patientjournaler måste föras enligt lag (Patientdatalagen, SFS 2008:355). Vårt resultat visade dock att det händer att vårdpersonal inte dokumenterar all information i journalsystemen på grund av tidsbrist. Detta resultat påvisar därmed att användarnas inställning gentemot journalsystemen faktiskt har negativa konsekvenser då utebliven patientinformation kan leda till att patienters säkerhet äventyras (Latha et al, 2012; Airaksinen, 2015).

Det framkom i vårt resultat att flertalet användare finner deras nuvarande system besvärligt att använda. Enligt Maguire (2001) bör ett system hjälpa användaren att lösa sina arbetsuppgifter.

För att ett system skall kunna stötta användaren i sin dagliga verksamhet menar Maguire (2001) att systemet skall vara designat efter användbara principer tillsammans med användaren. Detta är något som även innebär att risken för misstag reduceras, då ett väl designat system hindrar människor från att göra fel. När det kommer till hälso- och sjukvård är det väsentligt att inte allvarliga fel uppstår på grund av journalsystemen då patienters säkerhet äventyras genom utebliven patientinformation (Latha et al, 2012; Airaksinen, 2015).

Kohli och Tan (2016) menar att elektroniska patientjournaler måste stödja de primära intressenternas behov, då dessa är av stor vikt för att minska intressenternas bekymmer rörande medicinska fel och tillförlitlig patientdata. Vid diskussion med respondenterna framkom det att systemen emellanåt lägger ner, något som förorsakar att vårdpersonal inte får fram all nödvändig patientinformation. När detta uppstår krävs att vårdpersonalen återgår till pappersjournaler. Latha et al (2012) menar att en papperslös arbetsmiljö skall eliminera många av de problem som uppstår genom användningen av pappersjournaler. Däribland minska medicinska fel och bidra till mer fullständiga journaler genom information om behandlingar, sjukdomshistoria, medicin samt testresultat. Att system lägger ner och att vårdpersonal inte får fram all relevant patientinformation är både tidskrävande och kan få allvarliga konsekvenser då pappersjournaler inte innehåller all information om exempelvis en patients allergier och tidigare sjukdomar.

5.3 Utbildning

Oavsett om det används standardsystem eller egenutvecklade system inom vården är det gemensamt för båda att användarna behöver utbildning i systemet (Hedman, Nilsson & Westelius, 2009). Samtliga respondenter vi intervjuade belyser att utbildning i systemanvändningen är något som de anser inte är vanligt förekommande. Utbildning i systemen sker nästintill enbart i början av anställningen eller i princip inte alls. Detta resultat kan onekligen anses vara problematiskt, då enligt Sharma & Yetton (2007) utbildning av användare har en stark inverkan på implementationens framgång under förhållanden med en hög teknisk komplexitet, likt elektroniska patientjournaler. Men att utbilda vårdpersonalen för användning av elektroniska patientjournaler är något som Walker et al (2005) samt Rahimi et al (2009) menar är en komplex uppgift, men likväl är en avgörande aspekt för framgången av systemet. Det kan därför vara av stor vikt att utbildningen som ges till slutanvändarna är kunskapsgivande samt att de får en förståelse för hur systemet fungerar. Enligt McLeod & MacDonell (2011) är ett av syftet med användarutbildning att de ska få en bättre kunskap, förståelse av systemet, ökad skicklighet samt erfarenhet, vilket sedan kan influera acceptansen.

I våra resultat fann vi att två av respondenterna önskar se mer kontinuerlig utbildning, då detta inte förekommer. En av respondenterna menar att en kontinuerlig utbildning kan ses som ett sätt för användarna att medverka. Detta då det ger användarna ett slags forum där de kan påvisa ändringar som de önskar skulle införlivas. Vidare fördel med en kontinuerlig utbildning där användarna kan påvisa ändringar är även att utbildarna får en förståelse för hur användarna faktiskt använder systemet. Denna förståelse kan sedan föras vidare i hierarkin så att ändringar kan ske som förbättrar arbetsmiljön och förbättrar kvalitén på systemet. Att användarna kan bidra med en insikt och förståelse kring deras arbetsmiljö och användning kan enligt Bano & Zowghi (2015) leda till förbättrad kvalitet på systemet. En annan respondent

belyser att kontinuerlig utbildning förekommer i form av informationstillfällen samt kurser som erbjuds. Under informationstillfällena påpekar användarna de problem de haft med systemen, men då utbildarna inte har någon större kunskap för hur systemet fungerar slutar det med att användarna talar om hur de använder systemen. Kurserna som ges har de slutat gå på då de anser att det inte är någon mening, då dessa inte bidrar med kunskap. Att få effektiv träning hjälper enligt Walker et al (2005) användarna inom vården att uppnå den effektivitet och vårdkvalité som ett elektroniskt journalsystem ämnar inbringa. Även vårdgivarnas åtagande att införa ett effektivt journalsystem kan kommuniceras till användarna genom utbildning (Walker et al, 2005).

Utbildningen som enligt vårt resultat inte sker tillräckligt ofta eller effektivt, i form av svag undervisning, har resulterat i att användarna blir självlärd. De lär sig själva att arbeta runt de problem som finns i systemen samt utbildar sig själva i hur systemen fungerar, genom att testa sig fram. Enligt Cresswell et al (2013) är en av påföljderna av utebliven adekvat utbildning att systemen används på oavsiktliga sätt genom att egna användningslösningar uppstår på grund av brist på förståelse för systemförmågorna. Att användarna inte får adekvat utbildning kan vidare ses problematiskt då utebliven utbildning och träning av slutanvändarna är en av de faktorer som har inflytande att påverka utfallet av en systemutveckling och implementering (McLeod & MacDonell, 2011; Sharma & Yetton, 2007; Cresswell, Bates & Sheikh, 2013).

5.4 Medverkan

En av nyckelfaktorerna kring misslyckade implementationer av elektroniska patientjournaler har enligt Cresswell et al (2011) visat sig vara användarnas uteblivna medverkan i systemutvecklingen. I resultaten från våra intervjuer fann vi att användarna inte känner sig ha något att säga till om gällande journalhanteringen eller beslut kring journalsystem. Samtliga respondenter ansåg att de inte får medverka vid systemutvecklingen av journalsystem. Att användarna får medverka kan vara av vikt vid implementeringen av sjukvårdssystem då utvecklare och ansvariga för implementeringen enligt Cresswell et al (2011) kan sakna viktiga kliniska insikter, likväl insyn i hur sjukvården fungerar. Detta kan enligt Cresswell et al (2011) och Cederberg (2016) leda till brist på förståelse för de potentiella konsekvenserna för slutanvändarna. Dessa konsekvenser berör patientsäkerheten menar två av våra respondenter, vilket bör vara av största tänkbara vikt då patienter kan komma till skada.

Vi fann i vårt resultat att användarna skulle vilja medverka. Våra respondenter anser att de som faktiskt använder systemet bör bli tillfrågade innan beslut fattas och bör få medverka. Detta gäller inte enbart vid utvecklingen av sjukvårdssystem, utan man ska lyssna professionen menar en av våra respondenter. Genom att användarna medverkar kan systemet därmed, enligt två av våra respondenter, bli bättre. Enligt Maguire (2001) så kan användarmedverkan bidra till ökad produktivitet då ett användarvänligt system stöttar användarna på det sätt att de kan utföra sina arbetsuppgifter på ett mer tidseffektivt sätt. Ett av problemen som en av våra respondenter belyste var att det var mycket klickande i journalsystemet denne använde. Det kan därför vara lämpligt att användarna får medverka vid uppdateringar av just detta system, då det kan leda till ett effektivare system.

Abras, Maloney-Krichmar & Preece (2004) menar att alla användare inte behöver involveras men att det således är viktigt att kartlägga alla typer av användare och deras behov för att en systemimplementation ska uppnå de tänkta positiva effekterna. Utifrån våra resultat är det

enhetligt bland våra respondenter att alla användare inte involveras, vare sig detta är på grund av antalet eller att de helt enkelt inte får medverka. Vi fann även att användarna skulle se sig vilja medverka på olika sätt. Ett sätt att medverka på kan vara genom enkäter, detta för att samla in så många åsikter som möjligt. Ett annat sätt är att några medarbetare på olika kliniker får sina åsikter hörda. Detta var även den typen av medverkan ytterligare respondent vill se, att representanter som aktivt arbetar inom sjukvården ska medverka. Genom att dessa kommer från olika kliniker kan en bättre förståelse fås. Enligt Damodaran (1996) är det även viktigt att förstå vad olika representanter kan bidra med och att det krävs representanter från olika delar av verksamheten. Genom en kontinuerlig utbildning kan användarnas medverkan främjas menar en av respondenterna. Utbildningstillfällena kan därför ses som ett forum, där användarna kan få sina åsikter hörda och påvisa ändringar som behövs göras i systemen. Vidare kan dessa tillfällen även ses som ett sätt att bli av med de buggar som kvarstår efter implementeringen och uppdateringar, som två av våra respondenter menar att det inte återkopplas efter. Detta gör att buggar kvarstår i systemen, som sedan användarna lär sig arbeta runt på egen hand.

Några av de sätt som användarna ser sig vilja medverka tillhör den lägsta formen av medverkan, consultative participation vilket innebär att användarna enbart blir konsulterade genom diskussion (Ives & Olsen, 1984). Ifall att representanter aktivt får vara delaktiga under hela systemutvecklingsprocessen kan en högre nivå av användarmedverkan uppnås. En högre grad kan vara representative participation där användarna känner att de har lika mycket att säga till om som utvecklarna. Att uppnå den högsta graden, consensus participation, kan vara problematiskt inom vården då samtliga slutanvändares skall få medverka i utvecklingsprocessen. Att involvera representanter som aktivt arbetar inom vården från olika kliniker och involvera dessa i hela systemutvecklingen kan leda till att en högre nivå av medverkan uppnås. Att sedan skapa en enkät som en av våra respondenter menade kan inbringa en känsla av consultative participation för de användare som vill medverka inom vården. Det kan även ses vara av vikt att användarna får medverka i olika faser av systemutvecklingsprocessen, likväl som efter implementeringen eller vid uppdateringar. Att användarna får medverka under olika faser fann Bano & Zowghi (2015) gynna förståelsen för användarnas arbetsmiljö och på så sätt förbättra kvalitén på systemet. På grund av komplexiteten inom vården kan det vara av vikt, för att få en insyn i de olika arbetssätten, att användarna får medverka genom hela systemutvecklingsprocessen. Det framkommer i vårt resultat att besluten som fattas kring vilka system som ska användas och beslut gällande själva journalhanteringen tas på högre orter. Besluten kan därför tas utan en klar förståelse för hur det är att arbeta med systemen, menar en av våra respondenter. Vilket vidare kan visa att den kliniska insynen inte finns vid systemutvecklingen inom vården.

Ett problem som vi fann är antalet användare inom vården, att ta hänsyn till samtliga användares åsikter och värderingar kan vara svårt. Beslutfattarna måste samtidigt ta beslut rörande journalhanteringen och de system som ska användas, ställning måste tas menar en av våra respondenter. Även Kushniruk & Turner (2012) fann att det större potentiella antalet och de olika typer användarna inom vården gör att det uppstår svårigheter. Dessa svårigheter berör vilka användares åsikter som ska tas hänsyn till samt vetenskapen kring vilka de faktiska användarna är (Kushniruk & Turner, 2012). Antalet användare inom vården kan därför ses som ett problem vid systemutvecklingen inom vården. En av våra respondenter menar även att sjukvårdspersonal är väldigt upptagna med sina arbetsuppgifter. Att därmed få dessa att engagera sig utöver sina dagliga aktiviteter kan vara svårt. Alla inom vården är därför inte insatta i hur journalsystemen fungerar, mer än de funktioner som de behöver för att utföra sina

dagliga aktiviteter. Att då hitta de användare som är tillräckligt insatta och har en förståelse för systemen och även har tid kan ytterligare vara svårigheter kring användarna.

5.5 Sammanställning av diskussion

Punkterna besvarar hur användarna ser sig vilja medverka vid systemimplementering inom vårdsektorn:

- Användarna anser att de som faktiskt använder systemen bör få medverka.
- Användarna ser sig vilja medverka genom representative participation.
- Användarmedverkan kan utvecklas genom enkäter och aktiva representanter från olika delar i verksamheten.
- Genom kontinuerlig utbildning kan användarnas medverkan främjas.
- Viktigt att kartlägga alla användare och deras behov för att en systemimplementation skall uppnå de tänkta positiva effekterna.
- Att involvera representanter som aktivt arbetar inom vården i systemutvecklingen kan leda till att en högre nivå av medverkan uppnås.

6 Slutsats

Vi ställde frågan: Hur skulle slutanvändarna vilja medverka i systemutvecklingsprocessen av journalsystem i sjukvården?

Genom empirin och med stöd av vetenskapliga artiklar och litteratur har vi kunnat dra följande slutsatser:

- Användarna skulle vilja se en ökad medverkan i systemutveckling av journalsystem inom sjukvården för att säkerställa att deras dagliga behov tillgodoses.
- Användarna hade velat medverka genom enkäter eller aktiva representanter.

Under studiens gång har vi sett att användarna inte känner att de har något att säga till om gällande journalhanteringen eller beslut kring journalsystem. Att användarna får medverka i systemutvecklingsprocessen är viktigt, då utvecklare och ansvariga för implementeringen inte alltid besitter kliniska insikter, likväl insyn i hur vården fungerar. Brist på förståelse för de potentiella konsekvenserna för slutanvändarna kan innebära att patienter kan komma till skada.

Genomgående under studien har varit att användarna skulle vilja medverka. Användarna anser att de som faktiskt använder systemet bör bli tillfrågade innan beslut tas kring systemutvecklingsprocessen av journalsystem. Detta för att de är av uppfattningen att systemen bättre kommer stötta deras dagliga verksamhet om de skulle få medverka. De sätt att få medverka som efterfrågades av respondenterna var enkäter och genom att låta representanter från olika kliniker få sina åsikter hörda. Detta för att delvis samla in så många åsikter som möjligt och delvis för att få en bättre och bredare förståelse för vad olika verksamhetsområden efterfrågar. Att användarna får medverka genom hela systemutvecklingsprocessen kan ses som sätt att uppnå en högre användarmedverkan i form av representative participation. Genom en enkät kan känslan av användarmedverkan uppnås, likväl som användarnas åsikter och förslag kan tas till vara på. Men som vi fann så finns det även användare som inte engagerar sig utöver sina dagliga aktiviteter, varpå dessa då inte behöver, men de som vill samtidigt får medverka.

Studiens största begränsningar grundar sig i att intervjuguiden skapats utefter en annan frågeställning än den studien är baserad på nu. Detta kan eventuellt ha påverkat de svar respondenterna givit. Ett fåtal frågor har på grund av detta inte använts i analysen. Däremot är studiens syfte detsamma för båda frågeställningarna och svaren bör därför inte ha påverkats i någon vidare utsträckning. En fråga som ställdes i intervjun med respondent 1 kan vidare upplevas som ledande då vi frågade "Upplever du att journalhanteringen är ett problem?" varpå svaret vi fick var ja. Otydligt är om svaret på den frågan sett annorlunda ut om frågan varit formulerat på ett annat sätt. Mot bakgrund av tidsbrist grundar sig studien på fyra respondenter som givit sin syn på användarmedverkan vid systemutveckling inom sjukvården. Fallet skulle kunna vara sådant att åsikter från fyra respondenter är för smalt för att kunna dra några generella slutsatser med.

Denna studie har fokuserat på hur användarna skulle vilja medverka i systemutvecklingsprocessen av journalsystem i sjukvården. Då vi har gjort en kvalitativ studie skulle framtida forskning kunna grunda sig på en kvantitativ longitudinell studie på hur

användarna faktiskt kan medverka. Framtida forskning skulle även kunna studera vilka andra faktorer, exempelvis politiska och organisatoriska aspekter, som också har en inverkan på hur användarmedverkan kan och får se ut inom sjukvården.

Appendix

6.1 Intervjuguide

Bakgrund:

1. Kort bakgrund om personen, vem är hen, vad är hens arbetsuppgifter, hur länge har hen haft sin position osv.
2. Vilka/Vilket journalsystem använder ni?

Upplevelse:

3. Hur är din upplevelse av journalhanteringen?
 - Fördelar?
 - Nackdelar?
 - Problematik?
4. I vilken utsträckning upplever du att informationen i journalsystemen är tillförlitlig?
5. Händer det att information inte dokumenteras i journalsystemet? Anledningar?

Inställning:

6. Vad är din allmänna uppfattning av ert nuvarande journalsystem?
 - a. Smidighet/tidskrävande?
 - b. Svårigheter och påstådda problem?

Utbildning:

7. Vilken utbildning i systemet har ni fått?
8. Hur mycket känner du att du har haft att säga till om gällande journalhanteringen?
9. Tycker du att ni användare har fått vara delaktiga i beslut gällande journalsystem?
 - a. Åsikter?
 - b. Feedback?
 - c. Användning?
 - d. Utformning?
10. Känner ni till att ni skall få ett nytt system som heter Cerner?
11. Hur och vilken typ av information?
12. Anser du att ni användare har kunnat påverka detta beslut?
13. Har ni fått information om hur ni kan påverka beslutet?
14. Har ni några förväntningar på det nya systemet Cerner?
15. Hur ställer ni er till ett nationellt gemensamt journalsystem?
16. Möjligheter/ Risker?
17. Hur ser du helst att den svenska sjukvårdens framtiden ser ut gällande journalsystem och informationsöverföring mellan län, kommuner och landsting?
 - a. Varför?
 - b. Vad skulle vara bättre?

6.2 Respondent 1

LL = Louise Jägerstad & Linus Bratt

R1= Kristina Tornqvist

LL: Då ska vi se. Ja, då kan du börja med att berätta vem du är, vad dina arbetsuppgifter och hur länge du har varit här.

R1: Ja, jag heter Kristina Tornqvist och jag har jobbat här på ögonkliniken i Lund sedan 1977 och jag är barnoftalmolog, jag jobbar mest med barn efterhand, ja.

LL: Bra, och vilka journalsystem använder ni idag?

R1: Vi använder här i Lund Melior. Vi blev datoriserade 2007 och använder Melior och har för diktamen MedSpeech, vi dikterar.

LL: Upplever du idag att journalhanteringen är ett problem?

R1: Ja, det är ett väldigt klickande. Om man till exempel skall... dels ska man då komma in och sen så kanske man väljer en... så har man en patient på sin lista och sen skriver man in personnummer och så klickar man och så kommer det inte upp... och så väljer man journal och så klickar man och så är det helt blankt. Jaha, då ska man gissa sig till att det kanske finns en remiss. Och då, ska man klicka på en ny grej, på skannade dokument och sen kommer det upp en lista i sidan och så ska man välja ögonsjukvård och sök och sen så kommer det upp då olika remissdatum längst upp och ska man välja på det och så ska man klicka. Så man klickar och klickar och klickar så det är inte klokt. Det är ett himla klickande.

LL: Man klickar mycket, så det är nackdelen med systemet?

R1: Ja, det är det.

LL: Finns det några fördelar med systemet?

R1: Ja, det är ju att man är van vid det skulle jag vilja säga, för jag har ju jobbat på lite andra ställen också och det är klart att det som man ändå jobbar med och har jobbat med i många år är man ju mest van vid. Men det väl inte det mest praktiska journalsystemet, det tycker jag inte. Alltså det är mycket ut och in och så... jaha, så ska man kanske skriva ett recept och då måste man gå ur journalen och gå in i något som heter aktuella ordinationer och så kommer det upp och så det är... ja.

LL: Okej, skulle du säga att informationen i journalsystemen är tillförlitlig?

R1: Ja, det tycker jag, absolut. Det tycker jag och det som också är dumt tycker jag är att nu måste vi liksom påbörja en ny mapp varje år så då är det också så att om det här patienten... vad är vi nu i, april...ja, då säger vi att den här patienten har varit här i februari så då kan man ju, på årets mapp, få fram data från det besöket men sen kanske man vill hur det var i november 2017 ja, då måste man liksom gå in... ur det och in i en 2017 års mapp och få upp det.

LL: Jag förstår, då tycker du ändå att... det är ingen information som saknas?

R1: Nej, det tycker jag inte. Inte för vårt behov, nej.

LL: Det är bra. Hur mycket... nu ska vi se var vi var...där...din allmänna uppfattning kring journalsystemet...upplever du att journalhanteringen är tidskrävande?

R1: Ja, det blir det ju för att det går ju någon sekund hela tiden va, ja, så det är lite klumpigt.

LL: Ja, det förstår jag. Vad har ni fått för utbildning i systemet?

R1: Ja, då när det introducerades 2007 så fick vi ju utbildning och sen var det väl någon...ja, och sen jobbar man med det och i samband med någon uppdatering för några år sen så kunde... ja, det var nog faktiskt kanske någon liten utbildningsfilm på skärmen. Ja, men vi fick utbildning då för 10–11 år sedan. Absolut.

LL: Hur mycket känner du att du har haft att säga till om gällande journalsystemen?

R1: Absolut ingenting.

LL: Ingenting?

R1: Nej. Utan det är det Region Skåne har bestämt sig för att ha.

LL: Och ni användare ni har inte fått vara delaktiga?

R1: Som medarbetare?

LL: Ja, exakt.

R1: Nej, ingenting.

LL: Är det något du skulle vilja se mer av?

R1: Jag vet inte, det är klart, det är svårt att värdera därför att jag menar alla tusen medlemmar på det här bygget har väl olika åsikter så att det... någon måste väl ta ställning men jag tror att den allmänna meningen är väl att Melior är ett lite klumpigt system att jobba med, tycker jag. Jag har varit i Sundsvall och jobbat och där var det ett som var ännu värre, tycker jag personligen.

LL: Kommer du ihåg vad det hette?

R1: Det hette systemcross tror jag.

LL: Okej.

R1: Och sen har jag jobbat i Karlstad också och där var det mera smidigt, tyckte jag nog, för där fick man också upp sin lista för dagen och så kunde man se vilka patienter som hade kommit och så, väldigt lätt i journalsystemet och det tyckte jag var väldigt praktiskt. Men jag kommer inte ihåg vad det hette.

LL: Jag förstår. Känner du till att ni ska få ett system som heter Cerner?

R1: Här?

LL: Ja, i Region Skåne

R1: Ja, det vet vi att det kommer om ett par år. Och det vet jag därför att vår tidigare chef på ögon som nu är lite högre upp i hierarkin var involverad i det.

LL: Okej, så det har inte kommit ut någon allmän information?

R1: Nej, utan det har han berättat.

LL: Och det är ingenting, kan jag tänka mig, som ni känner att ni har fått vara delaktiga i?

R1: Nej, utan det är en grupp som har tittat på lite olika system och valt det.

LL: Okej. Har du hört talas om visionen en patient, en journal?

R1: Nej, det kan jag inte säga att jag har.

LL: Nej okej. Själva idén är då att det ska finnas ett nationellt gångbart journalsystem.

R1: Jaja, så att man ska kunna...om patienten blir akut sjuk i Stockholm så ska man kunna få fram det?

LL: Exakt. Tror du att det är en möjlighet?

R1: Ja... alltså i en avlägsen framtid men jag tror inte att det kommer under min livstid men kanske i en avlägsen framtid. Sen är det...nu är vi ju så upptagna med GDPR så att då undrar man ju liksom om någonting ska kunna gå att dela.

LL: Ja, det förstår jag. Så vad tror du om ett nationellt gemensamt journalsystem, tror du att det skulle vara bra?

R1: Ja.. jag måste tänka efter...hur mobila är folk? Jo, det är klart att det kunde vara praktiskt. Vi har ju det problemet här i Skåne att det är ju primärvården kan ju inte läsa våra journaler och vise versa. Så att vi är ju långt, väldigt långt, ifrån det så att det är ju klart att vi kan tycka att det vore väldigt skönt om man tog det steget i första hand.

LL: Och som en sista fråga, hur skulle du vilja se att den svenska sjukvårdens framtid gällande journalsystem och journalhantering såg ut? Är det något du har funderat på?

R1: Nej inte så mycket men jag skulle ju vilja ha ett smidigare system. Jag skulle till exempel, när vi fick Melior en gång i världen så var det så att då om man slog upp det här med journalen och det kanske inte fanns något skrivet så fanns det ju ändå liksom en liten rad om att det hade kommit en remiss och då kunde man klicka på den och då kom remissen fram. Sen togs den funktionen bort, det var en ganska praktisk funktion, men den togs bort, vilket ju var synd. Så att jag skulle vilja ha något som är lite smidigare, inte så många klick. Kanske lite mera... vi är ju vana när vi ska klicka ner någonting att vi klickar på krysset där uppe men här ska man då, i vänstra hörnet, och klicka på avbryt, alltså jag vilja ha haft det lite mera likt allting annat man jobbar med.

LL: Okej. Önskar du att ni hade mer att säga till om? Att det kollades med er och togs reda på vilka funktioner ni vill ha?

R1: Ja, man hade kunnat göra en enkät i och för sig om man nu känner för det. Det är klart att det hade varit trevligt om de någon gång förhörde sig om användarnas åsikter eller att man gjorde en punkt, alltså valde ut några medarbetare på olika klinker. Man kan ju kanske fråga alla men man kunde ju fråga några om lite input. För jag är inte säker på, ibland kan man ju undra om de som bestämmer, om de har liksom en aning om hur det är att jobba med systemen.

LL: Ja men exakt, det är väl det som är problemet. Det är det lite vi vill ta reda på också. Om användarna känner att de har någonting att säga till om och lite hur beslutsprocessen ser ut.

R1: Ja, nej, beslutsprocessen där är det bara att acceptera fait accompli.

6.3 Respondent 2

LL = Louise Jägerstad & Linus Bratt

R2 = Anonym

LL: Kan inte du börja med att berätta vem du är, vad du har för arbetsuppgifter och hur länge du har suttit på din position?

R2: Jag jobbar som läkare på en vårdcentral i Lund och här har jag jobbat sedan 1992.

LL: Vilka journalsystem använder du idag?

R2: PMO som journalsystem och sen har vi en del olika system men det var journalsystemet du frågade efter?

LL: Ja, precis

R2: Ja, då är det PMO vi använder.

LL: Hur är din upplevelse av journalhanteringen idag?

R2: Alltså det digitala det är ju... själva journalhanteringen är svår därför att det hänger sig ibland och PMO har blivit helt utslaget vid mellanrum. Då finns det en speciell läskopia man kan gå in i för att se vad det är för patient man har framför sig men ibland har inte den heller fungerat och då när patienten kommer in har man inte en susning om vem patienten ska till, vilken tid, varför och så får man liksom... Ja, "vill du berätta vem du är och vad du gör här". Tack och lov händer det här inte så ofta, men det är ett stort problem att det överhuvudtaget händer för när det händer kan det stå stilla en hel eftermiddag eller en hel dag och vården slås alltså i princip ut.

LL: Vad är din allmänna uppfattning av ert nuvarande journalsystem?

R2: PMO tycker jag verkligen är jättedåligt. Det har en dålig journal-layout och är svårhanterligt. Dessutom är det tidskrävande och klumpigt då det går en massa tid varje gång man ska klicka sig runt. Enda fördelen med PMO är att man kan ha två journaler uppe samtidigt.

LL: Okej, så PMO tycker du inte är något vidare?

R2: Nej precis, den enda fördelen är som sagt att man kan ha två journaler uppe samtidigt. Sen är det så att PMO kopplar man inte heller till kvalitetsregister. Det finns hur många kvalitetsregister i Sveriges sjukvård som helst inom alla specialiteter och organ.

LL: Jag förstår. Okej, upplever du att patientinformationen du får från PMO är tillförlitlig?

R2: Ja, det gör jag.

LL: Det är ingenting som du någonsin känt att du saknat informationsmässigt?

I2: Nej, det har jag aldrig upplevt. Jag har kunnat hitta den information jag har behov av.

LL: Okej och vilken utbildning har ni fått i systemet?

R2: Vi får i princip ingen utbildning. Vi är självlärda.

LL: Ja, okej och om man inte är självlärd?

R2: Uppriktigt sagt så vet inte jag det. Jag antar att vi fick någon sorts information. Annars är det rätt självinstruerande. Lite "learning-by-doing".

LL: Så det är inte så mycket utbildning alls?

R2: Nej.

LL: Är det något underhåll?

R2: Jo, men det gör dem. Ibland uppdaterar de olika saker och då brukar vår IT-chef skicka ut ett mail där hon vidarebefordrar från någon högre instans vad de gör, men det där förstår jag aldrig så att jag brukar alltid låta det passera.

LL: Okej, jag förstår. Hur mycket känner du att du har haft att säga till om när det kommer till val av journalsystem?

R2: Ingenting. Absolut noll.

LL: Är det något du tycker att ni borde få vara med och påverka?

R2: Om det finns läkare som är insatta så ja, absolut, för att det är ju vi som jobbar med systemet. Men det kräver ju att man själv är insatt och vet vad man väljer emellan.

LL: Och det är inte all vårdpersonal?

R2: Oh nej, långt ifrån. Snarare är det väl mer regel än undantag att man inte är intresserad. Jag tror att man ska arbeta fram system och sånt i samarbete med de som använder dem. Det är som vanligt att man ska lyssna på de som jobbar med det. Det gäller allting. Lyssna på professionen. Sen tänker jag att när man infört ett nytt system och folk har hunnit jobba ett tag, då kan man samla in synpunkter och så och det gör man ju inte.

LL: Ja, det är väl en klok synpunkt. Har du fått någon information om att ni ska byta till ett nytt system som heter Cerner?

R2: Nej, det tror jag inte.

LL: Ja okej. Har du hört om någon som skulle vilja vara med och påverka kring val av system?

R2: Nej, det har jag inte hört. Alltså det här är ju sjukvårdpersonalens problem att man är så fullt upptagen med att göra sitt eget jobb. Det är enormt svårt att få sjukvårdspersonal att engagera sig i någonting utöver vården.

LL: Ja, okej.

R2: Men finns det någon så ska man ju ta tag i det naturligtvis. Och sen kan inte jag bedöma vad man går på när man gör sina upphandlingar och vem som bestämmer. Det kanske är kostnadsfrågor och att man ska vara överens på olika ställen och så.

LL: Ja, precis. Vad har du för förväntningar på ett journalsystem?

R2: Ja alltså, det har ju blivit för mycket dokumentation och det skrivs för mycket i journalsystemen. Ofta en massa text som är helt onödig och tar mycket plats och faktiskt blir en fråga om patientsäkerhet eftersom man har svårt att sälla ut vad som egentligen är viktigt. Då är det väl bra om man inte behöver upprepa allting varenda gång. Utan om det finns en grund med någon sjukhistoria första gången och sen kan man bara skriva det som är aktuellt och det blir inte så. Det är väl egentligen inte journalsystemens fel utan de som skriver i systemens fel. Men jag tycker det är bra att man kan ha två journaler uppe samtidigt, framförallt om det är en person med kopplad id så att den har ett reservnummer och ett riktigt personnummer, då vill man kunna läsa journalerna samtidigt. Men sen har jag inte så mycket att komma med. Jag är bara användare och är så otroligt anpassningsbar så att jag bara anpassar mig.

LL: Hur skulle du ställa dig till ett nationellt gemensamt journalsystem?

R2: Just det, det är väldigt bra men får jag bara avbryta för nu kom jag nämligen på en sak som är jätteviktig och som inte fungerar. Om man ska göra forskning och följa upp hur det har gått med operationer och så går det inte att ta fram. Vi har haft våra gamla pappersjournaler att leta i och så har IT-chefen försökt få fram och hon får fram en tredjedel av allt som finns. Det är en jättestor brist.

LL: Varför får man inte fram dem tror du?

R2: Jag vet inte och det vet ingen annan heller. Men det måste man kunna och jag förstår inte varför det inte fungerar. Och där har vi alltså haft hjälp från vår IT-chef och hon kan inte heller lösa det.

LL: Nej okej. Och om vi går tillbaka till ett nationellt gemensamt system. Vad ser du för möjligheter, risker med det?

R2: Alltså jag ser väl inga risker alls utan jag tror att det skulle vara otroligt underlättande att man får veta om patienten har några andra diagnoser, eller vad de står på för mediciner eller alltså det handlar ju om patientsäkerhet så några risker ser jag inte alls.

LL: Okej, så du ser främst möjligheter?

R2: Ja det gör jag definitivt. Säg att vi får in ett barn som kommer på en remiss från BVC, en fyraåring och så ser man på barnet att det inte ser fullt normalt ut och då frågar man "är barnet friskt för övrigt". Ja, får man till svar då. "Förlossningen, var det några komplikationer?" "Nej". "Någon barnläkarkontakt?" "Nej" och så ser man att det är ett skadat barn. Då sitter föräldrarna och håller inne på information för att de inte tror att den informationen spelar någon roll. Men sen när man öppnar journalen så ser man att det visst går hos en barnläkare och kanske att det har några diagnoser och sådana saker och då tycker jag att det är så himla bra att man får gå in olika läsa journaler för att det hjälper ju mig i min bedömning där föräldrarna förnekar.

LL: och då skulle ett gemensamt journalsystem hjälpa då eller?

R2: Ja, då får man ju hjälp att förstå patientens vårdhistoria.

LL: Jag förstår. Sista frågan är hur ser du helst att den svenska sjukvårdens framtid ser ut gällande journalsystem och informationsöverföring mellan län, kommuner och landsting?

R2: Att det är samma journalsystem på alla enheter i Sverige. Annars får man hålla på att posta journalkopior och det är ju inte alls säkert och faxa. Då ska man dölja personnumret och faxar finns ju knappt längre. Det är väl en målsättning, tror jag att hela Sverige ska ha samma journalsystem. För då kan få digital överföring av allting och det är oerhört värdefullt.

6.4 Respondent 3

LL = Louise Jägerstad & Linus Bratt

R3 = Ann Hermansson

LL: Då om du vill börja med att berätta vem du är och vad du jobbar med och hur länge du varit anställd här?

R3: Ann Hermansson, jag har jobbat här i massa med år, jag är professor och överläkare i öron, näsa och halssjukdomar. Anställd till 70 % av universitetet och 30 % av landstinget. Arbetar ungefär hälften med sjukvård och hälften med undervisning och forskning.

LL: Okej, och ni har varit här sen?

R3: 1987

LL: Det är bra, då har ni lite erfarenhet och så. Vilka journalsystem använder ni idag?

R3: Vi har Melior

LL: Hur är din upplevelse av journalhanteringen, ser ni någon problematik, fördelar eller nackdelar?

R3: Ja, men visst finns det ju saker i journalhanteringen som är problematiskt.

LL: Vad tänker ni att det är då?

R3: Vad som är besvärligt?

LL: Ja om ni kan ge några exempel på vad ni anser är besvärligt?

R3: Nej men det som är besvärligt är ju det att dels så är systemen inte kompatibla, så vi kan inte se primärvårdens journaler. Vi kan inte se journaler från andra ställen än Skåne. Dels är det så att man inte har lagt ihop de olika databaserna. Öronkliniken var en av de första klinikerna som gick in i elektroniskt datasystem, när man sen inkluderade ytterligare kliniker så gjorde man en ny databas, och när man sen gjorde om uppgraderade Melior så gjorde man ytterligare en ny databas, så vi har tre databaser som man kan behöva söka i om man ska se alla journalanteckningar från öronkliniken efter det att vi gick in. Sen finns det de som kallas för SIEview, jag vet inte hur insatta ni är har ni sett det, som alltså är en sammanfattande sammanläggning av alla journalsystemen i Skåne. Där vi även kan se då Kristianstad, Helsingborg, Trelleborg, Ängelholm och i det kan vi se alla våra tre databaser. Men då kommer de osorterade så att det kan, det är liksom jobbigare att se. Så att man kan gå via SIEview och se allihopa eller också kan man välja att byta mellan de här tre databaserna om man vill se alla anteckningar ifrån öronkliniken. Och det försvårar ju oerhört för oss. Och det gör att många aldrig öppnar SIEview eller de gamla databaserna, och så tappar man bort allting som har hänt efter senaste bytet.

LL: Ah okej, det låter inte så bra?

R3: Nej, och det är ju egentligen inte svårt att fixa. Om dem bara tog nån som gjorde det så att säga.

LL: Exakt, kan du se några fördelar med sättet ni jobbar idag? Finns det något positivt med systemen ni arbetar med?

R3: Nej men alltså... så kan man inte riktigt ställa frågan, därför att...det är självklart vi skall arbeta i ett elektroniskt journalsystem. Det finns ju liksom ingen...det är ingen diskussionsfråga om man skall ha pappersjournal eller om man ska ha elektronisk journal, den frågan har vi ju passerat för länge sen. Så det är inte bara frågan om finns det någon fördel, det är ju enda alternativet idag. Så att där kan jag ju liksom... där kan du rada upp femhundra tusen fördelar. Men det skulle funka bättre än det gör så att säga.

LL: Hur är din allmänna uppfattning om ert nuvarande journalsystem?

R3: Det är samma sak där. Det är att det är besvärligt med att systemen inte är kompatibla och att man inte lagt ihop databaserna. Det gör det svårhanterligt och tidskrävande.

LL: Upplever du att informationen som finns i journalsystemen är tillförlitlig?

R3: Det har ju inte med journalsystemen och göra om de är tillförlitligt eller inte, det är ju lika otillförlitligt i alla journalsystem. Det som är ett problem är ju tillgängligheten och

svårigheten möjligen att hitta saker som kan göra det otillförlitligt liksom att det... sen finns det ju en annan dimension av den och de är ju om det som matas in i datasystemet är tillförlitligt. Men det har ju inte med de elektroniska datasystemen å göra. Det skulle ju bli precis lika otillförlitligt om du hade en pappersjournal på gammalt sätt. Så att tillförlitligheten ligger ju i hur åtkomligt det är och problemet då är ju det här att det är lite svåråtkomligt.

LL: Okej.

R3: Jag kan visa er sen hur man gör då när man letar i olika journal... så ni får se.

LL: Ja gärna, händer det tror du eller har ni själv undvikit att mata in information i journalsystemet för att det är svårt åtkomligt?

R3: Nej men alltså de...det handlar det ju inte om. Undviker att stoppa in information i journalsystemen gör man ju ibland av etiska sekretessmässiga skäl. Så att det är klart att alla gör och det måste alla göra. Nu har vi ju det här att journalerna ligger ju öppet på nätet också va, så patienterna kan ju se sin egen journal och det innebär ju att det finns ju information som man ogärna lägger i journalen. Därför att det kan... inte så att man inte vill tala om allting för patienterna, men det kan verka förvirrande och det kan vara svårtydbart om man inte har tillräcklig medicinsk kompetens. Och då undviker man ju att lägga det i journalen när det inte tillför någonting... alltså att man måste inte och det kan då verka besvärlig i en sån situation. Så det är klart där gör ju alla övervägningar, ska man lägga in det här i journalen så att alla andra doktorer och patienten själv kan se det. Eller är det någonting man kanske inte ska föra i journalen. Men det har ju ånyo inte med att göra om det är en elektronisk journal eller om det är en pappersjournal för att om patienterna kunde komma och hämta sin pappersjournal så är det ju samma sak så att säga. Men det är ju klart att man måste göra sådana överväganden... för oss är det inget stort problem på öron men vissa andra specialiteter har jättemycket problem med det här med känslig information om du går till gyn och psyk och sådana saker. Folk är ju inte generade för en öroninflammation.

LL: Nej det är klart

R3: Nej, det är liksom ingen som bryr sig om alla får reda på det liksom. Men det kan finnas enstaka tillfällen om man tillexempel vill diskutera att det kan finnas en psykogen bakgrund till yrsel eller någonting sånt. Att man kanske undviker att skriva psykogen bakgrund till yrsel för då kan ju patienterna ha negativ effekt av det så att säga.

LL: Vilken utbildning har ni fått i det systemet som ni använder er av nu?

R3: Här hos oss?

LL: Mm

R3: Alltså vi fick ju någon slags utbildning i början innan vi gick in i det första journalsystemet, då hade vi någon utbildning men det är jättelänge sedan. Det var ju 80... när var det... det var innan sekelskiftet i alla fall.

LL: Okej

R3: Mm så att... vi kan titta sen så kan vi se precis när det var. Och då fick vi ju någon slags kort utbildning så där. Sen har vi ju haft några sådana här informationstillfällen men tyvärr är den så dålig att vi ofta får tala om för dem hur det fungerar.

LL: Är det så?

R3: Ja, vi frågar dem hur gör man för att göra det här för det har vi ju haft problem med och så ska dem visa det så kan de inte. Så får vi visa dem va att så här brukar vi göra. Kan man göra så. Ja det kan man nog säger de då. Så att nej det är väldigt dålig information. Och de här datakurserna som de haft, de är värdelösa.

LL: Det är så?

R3: Ja det är de.

LL: Är de anpassade för hur ni på denna institution använder systemet eller är det någon form av gemensam kurs?

R3: Det finns ju någon form... det erbjuds ju sådana här kurser. Men det är ju ingen som går på de längre för det har vi ju upptäckt att det är ingen mening. Det är liksom helt värdelöst.

LL: Hur mycket känner du att du har haft att säga till om gällande val av journalsystem och journalhanteringen?

R3: Absolut ingenting.

LL: Absolut ingenting?

R3: Nej absolut ingenting.

LL: Tycker du ni användare borde få vara mer delaktiga än vad ni är?

R3: Ja absolut då hade det blivit mycket bättre.

LL: På vilket sätt tänker du att ni kan vara delaktiga? Hur hade du helst sätt att ni var delaktiga?

R3: Nej men det är klart. Att de skulle frågat de som ska använda systemet.

LL: Med någon form av enkät eller hur tänker ni att det görs?

R3: Nej. Ett får man på att någon är med i arbetet någon som aktivt arbetar med just det här.

LL: Så egentligen bara någon individ som representerar er användare?

R3: Ja.

LL: Känner du till att ni i Region Skåne ska få ett nytt system som heter Cerner?

R3: Ja

LL: Hur har ni fått information om det?

R3: Via fackligt arbete, jag är fackledarrepresentant i sjukhusläkarföreningen. Där fick jag reda på det.

LL: Vilken typ av information fick ni då?

R3: Nej det var bara en som sa, att det ska bli så.

LL: Ingen mer information än de?

R3: Nej haha. Men därför vet jag det.

LL: Är det någonting ni har fått vara delaktiga i anser du?

R3: Jag hade ingen aning om det förens de sa det här om veckan när jag var på ett möte. Och det är ingenting som har meddelats på kliniken eller så. Utom att jag sa det när jag kom. Hallå visste ni det haha och då var det ingen som visste det.

LL: Men då kan jag tänkte mig eftersom ni inte har så mycket information om Cerner att det kan vara svårt att ha förväntningar på ett nytt system. Men har ni några förväntningar?

R3: Haha nej.

LL: Vid ett drömscenario hur skulle det systemet fungera?

R3: Nej men ett drömscenario är ju att ha ett system där man kan se alla... hela Sverige och både öppen- och slutenvård och helst också privatsjukvård. Därför att det skulle ju göra det... Patienterna blir ju jätteförvånade, de säger jag var hos min distriktsläkare kan du inte se det där säger dom. Nä det kan jag inte säger jag så blir de förbannade då för att jag inte kan se det där. De tycker ju att det är uppenbart. Jag var ju på vårdcentralen i Gävle förra året liksom, ser du inte det där? Nä det gör jag inte liksom och det tycker de är jättekonstigt.

LL: Hur man fram sådan information?

R3: Ja då får man ju skriva dit och be dem skicka en journalkopia.

LL: Okej, så då ligger det på patienten att tala om för dig?

R3: Ja.

LL: Men det är ju inte alla tillfällen det går, säg om man behöver operera sig och inte är vid medvetandet.

R3: Nä exakt.

LL: Hur skickas journalkopiorna över då? Är det gammal hederlig fax som gäller?

R3: Nej fax kan det skickas med men det brukas oftast försöka skickas med posten av sekretesskäl. Ska du faxa det måste du faxa det avidentifierat och så måste du identifiera det via någon annan form och du kan inte heller... du kan kryptera och skicka på datorn men de flesta har ju inte krypterade datorer så att det funkar. Utan det man brukar göra är att man faktiskt skickar det på posten.

LL: Det tar väl några dagar?

R3: Ja.

LL: Det är ju inte så effektivt.

R3: Nej precis. Och sen så scannar de in det och lägger det i journalen under scannat där aldrig någon tittar. Så det scannas inte in i journalen, utan det scannas under en flik med scannade saker som är jättejobbig att öppna så där öppnar ingen.

LL: Som en sista fråga så har vi hur du helst skulle se att den svenska sjukvårdens framtid ser ut vad gäller journalsystem och journalhantering.

R3: Ett nationellt journalsystem hade ju varit bra. Sen är det ju förstås jättestort arbete att göra det överskådligt. Så att då måste man ju liksom göra... men det är ju inte omöjligt på något sätt. Man får ju göra det på ett sätt så att det är sökbart och överskådligt. Att man inte varje gång får upp alla anteckningar överallt utan att man fortfarande har sin domän som man vanligtvis bara jobbar i. Så man inte blir översköld med femtusen anteckningar från alla möjliga ställen och alla möjliga håll och sånt liksom. Men det är ju bara en hanteringsfråga. Men det är självklart tycker jag att det ska vara ett nationellt system.

LL: Det var alla frågor vi hade.

R3: Ja, men jag kan visa er hur det är i Melior.

6.5 Respondent 4

LL = Louise Jägerstad & Linus Bratt

R4 = Anonym

LL: Vi tänkte starta med om ni först skulle kunna berätta kort om er själv, vem ni är, vad era arbetsuppgifter är och hur länge ni jobbat inom sjukvården?

R4: Jag heter XXX, jag jobbar som sjuksköterska och har jobbat inom vården sedan 1981 på akutmottagningar och vårdcentraler runt om i landet.

LL: Okej, vilket journalsystem använder ni idag?

R4: Jag använder PMO och ibland även Melior beroende på vart jag befinner mig.

LL: Vart ni befinner er?

R4: Ja, ifall jag är på akuten eller om jag är på vårdcentralen.

LL: Så menade ni, då förstår vi, hur skulle ni säga att er upplevelse av journalhanteringen är?

R4: Både och.

LL: Har ni några fördelar, nackdelar?

R4: Fördelarna är att det är ganska lätthanterligt system med bra sökord och sånt som man skriver. Nackdelen är att det inte är nationellt utan att det bara är vissa delar utav Sverige som har det journalsystemet vi har. Så att jobbar man till exempel i kommunen så kan man inte läsa i journalsystemet om man vill se någonting om det är någon patient som har varit inne på sjukhuset och så. Likadant om jag vill se någonting som händer i kommunen så kan jag inte göra det utan då är jag fast i mitt journalsystem. Det är den stora nackdelen.

LL: Men hur gör du då om det är så att du vill få tag på information över de gränserna?

R4: Då måste jag ringa och höra ifall det är någon som kan läsa upp någonting.

LL: Och det är så det fungerar, då får någon läsa upp journalen eller informationen som man söker?

R4: Det finns också ett system så att man kan gå in och titta som heter NPÖ, men det är oftast... fungerar väldigt dåligt liksom... det är oftast nerläckt... så att vill man ha tag i någonting, speciellt när jag jobbar akut då och jag vill ha reda på någonting som är här och nu då måste jag ringa och höra om det är någon som kan läsa upp vad som finns i det journalsystemet. Så att det är inte patientsäkert.

LL: Men vilken utsträckning upplever du att informationen i journalsystemen som ni använder är tillförlitlig?

R4: Förlåt nu uppfattade jag inte frågan.

LL: Litar ni till fullo på informationen som står om en patient i journalsystemen?

R4: Svar ja.

LL: Händer det att du personligen eller har du hört talats om någon som inte dokumenterar information i journalsystemet.

R4: Det händer att personal inte dokumenterar all information i journalsystemet, svar ja.

LL: Har ni möjligtvis lust att utveckla det? Vilka anledningar det kan bero på eller vilka fall det kan vara så?

R4: Det kan bero på tidsbrist helt enkelt. Har man för mycket att göra så kanske man bara dokumenterar det så kallade akuta eller mest viktiga som är just för tillfället liksom. Men... ja jag skulle nog vilja säga tidsbristen att sitta och dokumentera då.

LL: Och då dokumenterar man det som är viktigast för att man måste enligt patientdatalagen och sen går man tillbaka och ändra eller fyller på?

R4: Det beror på vart man är, är man på en akutmottagning då skriver man bara det som är akut. Kommer patienten till en vårdavdelning därefter från akutmottagningen då kan sköterskorna på vårdavdelningen eller läkarna komplettera i journalsystemet med sådana saker. Det är ju väldigt viktigt att man frågar patienten om de samtycker till att man får skriva i journalen och så vidare, om deras saker så att säga. Det är ju svår... till exempel om en patient har psykisk ohälsa då är det ju låst, då får inte jag gå in om det står någonting. Då måste jag fråga den patienten om jag får gå in och läsa i journalen och så.

LL: Vad skulle du säga att din allmänna uppfattning är av journalsystem?

R4: Det som är viktigast för mig är att det ska vara nationellt. Att det inte är kommunerna som ska bestämma egentligen, utan det är faktiskt staten som ska bestämma vilka journalsystem vi ska ha. Så att man måste kunna... ha lätt att komma in och läsa. Jag tycker ju att man skulle kunna göra hela tiden uppdateringar i journalsystemet vad det är man kan förbättra.

LL: Okej, men då tänker du bara med journalsystemet som ni har idag att ni enklare skulle kunna delge information om hur ni skulle vilja att det fungerar eller ändringar?

R4: Jag tror det är viktigt att de som jobbar, fotfolket, och läkare och även sekreterare och sådana saker skulle liksom träffas och gå igenom så att det inte bara är några som sitter administrativt IT människor och bestämmer hur ett journalsystem ska va. Utan jag tror det är väldigt viktigt att alla får lägga sin del i det för att det ska bli bra.

LL: Men vad är din uppfattning av systemet som ni använder idag? Är det smidigt eller tidskrävande och så vidare?

R4: Ja, det fungerar bra men däremot så är ju i och med att journalsystemet är ganska stort så är det väldigt segt att komma in ibland alltså är det för många som håller på samtidigt i journalsystemet så får man stå och vänta.

LL: Det är så, vet ni möjligtvis varför det är så?

R4: Varför det är så?

LL: Ja?

R4: Det vet inte jag, för jag har inte IT kunskaper, men däremot tro jag att det är för att det blir för hög belastning helt enkelt på systemen och det klarar inte journalsystemet. Och likadant att systemet kan bara lägga ner helt plötsligt. Att kunna få fram information om patienterna är ju jätteviktigt om man arbetar på en akutmottagning och då måste man ju gå tillbaka till pappersjournaler så att säga.

LL: Så att det finns någon form av backup?

R4: Ja, ja. Och det stökar till det något enormt tidsmässigt alltså.

LL: Men hur fungerar det då, på akutmottagningar så sköts även pappersjournaler. Så det är pappersjournaler och elektroniska journaler?

R4: Ja då får man använda så kallade akutjournaler, problemet med dessa journaler är bara det att där kan du aldrig se om det kommer in en medvetlös patient, till exempel, så kan man aldrig se om den är allergisk mot penicillin eller någonting sånt eller har några andra sjukdomar sedan tidigare så att säga. Så det kan ju bli väldigt allvarliga konsekvenser.

LL: Och det är då med de här akutjournalerna?

R4: Ja juste.

LL: Okej, men tillbaka till journalsystemet ni använder idag. Om det är så att ni har några funderingar eller förslag på ändringar vet ni hur ni går tillväga för att föra fram de då? Vet ni vem ni ska prata med om ni har inputs?

R4: Nej det vet man inte egentligen.

LL: Man går runt och stör sig då egentligen?

R4: Ja men däremot så kan det ju bli... man kan ju se om det blir några avvikelser och alltså sådana här lexmaria fall eller någonting sådant här. Då kommer det ju upp så går man igenom att det kanske berodde på att man inte hade journalsystemet riktigt intakt liksom. Förstår du. Men vem man skall egentligen vända sig till, det finns ju alltså sådana som jobbar med journalsystemet alltså och det är mest IT människor som gör. De har ju inte mandat att bestämma om själva systemet så. Utan det är ju nästan politikerna i kommunen då liksom till exempel landstingsråd som sitter i kommunen och så vidare det är dem man måste gå till.

LL: Okej, men vilken utbildning har ni fått i systemet? När det var nytt då eller om ni får med jämna mellanrum utbildning.

R4: Utbildning får man när man börjar så får man, då är det en grupp som utbildar nyanställda så att säga som inte har jobbat med det journalsystemet, då får man gå och lära sig det. Och det är ju oftast till exempel läkarsekreterare och sådant som är speciellt utbildade på själva journalsystemet.

LL: Okej, och det är enda utbildningen man får? Det är inga utbildningar med jämna mellanrum om det blir någon uppdatering eller uppgradering?

R4: Nej det är ju det... det tycker jag är dåligt. Jag tycker man ska ha någon slags kontinuitet i det här oavsett om man jobbat tio - femton år eller bara ett år så ska man få utbildning. För det är ju på så sätt man upptäcker saker som man kan påvisa att det här skulle vi vilja ändra på om man hela tiden får en kontinuitet i själva journalsystemet att de som jobbar i det så att säga. Det är någonting som jag eftersöker faktiskt.

LL: Okej, men hur mycket känner du att du haft att säga till om gällande journalhanteringen?

R4: Det kan jag nog inte säga att jag har... Nu var ju jag med och gjorde ett triagesystemet i ett journalsystem. Och då var ju jag delaktig i vad jag ville ha med i journalsystemet så då var ju jag... då la man ju in så att säga via en IT människa så la man in det jag ville att det skulle vara i journalsystemet.

LL: Så då hade ni egentligen full kontroll över vad som lades in?

R4: Då hade vi helt full kontroll.

LL: Och det var bara ni i den gruppen, det var inga andra som lades sig i?

R4: Nej utan då var de vi som utbildade läkare och andra sjuksköterskor och sånt i hur de skulle göra och titta i journalsystemet

LL: Och då hade ni mycket att säga till om självklart eftersom det var ni som skapade det?

R4: Ja då hade vi mycket att säga till om.

LL: Men i övrigt, utanför det triagesystem som ni utvecklade då?

R4: Ja, då är man inte delaktig.

LL: Okej, men tycker du ni användare har fått vara delaktiga i beslut som tas gällande journalsystemen?

R4: Nej.

LL: Exempelvis om ett beslut tas om ett nytt system ska införskaffas eller ett beslut om en uppdatering/uppgradering av ett system

R4: Nej, utan det är bestämt på högre ort så att säga.

LL: Kan ni på något sätt lämna åsikter, feedback?

R4: Nej, utan det är det som är lite tråkigt därför när man inför ett sådant här journalsystem så gör man det och sen så återkopplar man inte och gör en utvärdering typ efter tre månader hur går det, vad är det vi skulle kunna förbättra och så vidare. Det finns ju tyvärr inte utan oftast sitter de där buggarna kvar så man liksom får leva med om jag ska säga så och till slut så gör man ju bara... man gör ju de för att.... Man tycker ju inte det är bra men å andra sidan så vinner man ju tid på att göra det, man bara gör för att det ska vara så.

LL: Hur tänker ni då med att man bara gör?

R4: Nej man alltså om vi säger att det är en grej man måste kryssa i som vi tycker är onödigt att kryssa i så får vi inget gehör på att vi tycker att den kan man ta bort. Så då gör man det, man kryssar i den där och så går man vidare bara och får det gjort. För att det är ändå ingen som lyssnar på det så.

LL: Har ni varit med vid många uppgraderingar/uppdateringar eller implementeringar av journalsystem tidigare?

R4: Ja det är nog en tre-fyra stycken.

LL: Och har ni vid alla de känt att ni inte kunnat lämna någon feedback och ingen som återkopplat efter tag som exempel tre månader då?

R4: Nej inte när det är nya grejer så att säga. Sen finns det ju journalsystem som är ganska gamla som de flesta är nöjda med eller vad jag ska säga, som ingen... de bara finns där, man gör inte så mycket åt det mer att kanske datamässigt det ska gå lite snabbare eller sådana saker liksom. Men ja...

LL: Okej, känner du till att ni ska få ett nytt system i Region Skåne som heter Cerner?

R4: Nej

LL: Okej, men då är kanske nästkommande frågor lite svåra att svara på. Men anser du att ni användare kunnat påverka det här beslutet?

R4: Nej det kan jag väl inte påstå, jag vet som sagt inte om något om det här.

LL: Vet du om ni fått någon information om hur ni kan påverka beslutet?

R4: Nej

LL: Okej, vidare vilket också kanske är svårt att svara på då eftersom ni inte vet om det, men det är ifall ni har några förväntningar på det nya systemet Cerner som kommer vara ett sammanhållet system för hela Regionen?

R4: Nej, men det är väl i så fall att hela Regionen kommer att använda det, det är ju väldigt positivt. Det är ju verkligen eftersökt så det är ju positivt.

LL: Lite mer allmänna frågor för att runda av, vilket är hur ni ställer er till ett nationellt gemensamt journalsystem?

R4: Nej men det är ju det jag vill ha.

LL: Kan ni se några risker eller möjligheter med det?

R4: Ja riskerna är ju att man måste säkerställa för patientens skull, deras integritet, så att man inte... så att någon kan sitta och läsa kanske just om... vissa sjukdomar är känsliga att prata om och det måste man respektera, så det måste finnas klausuler som gör att man måste fråga patienten om det är okej att man går in, precis som man gör idag, men jag tror att det kan bli ännu mera, för att man liksom riktar in sig på säkerheten för patientens skull, mer när det blir nationellt. Men liksom med dagens teknik borde det vara lätt att göra det om man satt och fundera på hur man skulle kunna göra på ett bra sätt. Och sen att... jag tycker ju att läkarsekreterarna som jobbar idag med journalsystem, vissa läkare sitter ju och dikterar, det måste gå fortare på något vis, och det kan jag se som en nackdel om det skulle bli nationellt, att det måste gå fortare så att det kommer in. För säg att det är någon som sitter uppe i Norrland och så ska de läsa något som händer här nere i Skåne då, då måste den sekreteraren vara på tårna så att det inte tar två till tre dagar innan den texten är inskriven så att säga i systemet. Det kan bli en nackdel.

LL: Okej, och sista frågan då, hur ser du helst att den svenska sjukvårdens framtid ser ut gällande journalsystem och informationsöverföring mellan län, kommuner och landsting?

R4: Jag tycker ju att det ska vara ett och samma, där tycker jag att det är staten som ska gå in och bestämma vilket journalsystem som ska användas. Det ska inte vara beroende av vilket som är billigast att föra in i en kommun för att man ska spara pengar eller så vidare. För det tror jag inte ett dugg på. Utan jag tror det ska vara ett journalsystem, där som jag sa tidigare, där själva fotfolket får vara med och bestämma också.

LL: Men bara för att utveckla det då så skulle något form av centralt styre från regeringen göras men att fotfolket skulle involveras också?

R4: Ja att man bildar som en grupp i regeringen nästan som håller på med journalsystemet, med hälsa- och sjukvård så att säga. Det tycker jag det skulle vara. Då kanske man skulle välja in folk så att säga, precis som man gör med politiker. Men det viktiga är att det finns en närhet till dem som jobbar i systemet dagligen som får vara med och bestämma i det här. Det finns jättebra journalsystem, det är inte själva journalsystemet som är dåligt på något vis utan

det går ju att utveckla beroende på vem det är som bestämmer. Men det är ju frågan om kostnaden, man märker ju det när... ta som Cosmic som jag arbetade med innan jag kom till Skåne, det är väldigt dyrt, hade Cosmic varit lite billigare så hade vi redan haft det i hela Sverige idag. Men i och med att Cosmic är mycket dyrare så vill vissa landsting ta in det som här i Skåne. Och det tycker jag är fel, jag tycker inte det ska vara beroende av pengar när det gäller sådana här saker.

LL: Men tycker ni då att det är problematiskt att alla landsting och/eller regioner bestämmer själva över vilka eller vilket system som de ska använda sig av?

R4: Ja, jag tycker hälso- och sjukvård överhuvudtaget inte ska styras av landsting och kommuner utan det ska vara statligt

LL: Så decentraliseringen av sjukvården anser ni är mindre bra?

R4: Ja man kan bara ta ett exempel att vissa kommuner använder inte ett visst såromläggningsmaterial därför att det är för dyrt, då köper man in något som är billigare, men åker jag till en annan kommun då kanske de har lite mer pengar när det gäller det här och då får jag den där såromläggningen som är mycket bättre för mitt sår. Det tycker inte jag är rätt, det ska inte vara beroende på var du bor i Sverige i vårt lilla land, det ska inte vara beroende på vad för slags kvalité på vården du får. Och det enda sättet att få ordning på det är att det blir statligt. Det var min slutplädering.

LL: Då har jag inga mer frågor, tack.

Referenser

- Abras, C., Maloney-Krichmar, D., Preece, J. (2004) User-Centered Design. *Encyclopedia of Human-Computer Interaction*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Airaksinen, K. (2015). Det här innebär en risk för patienterna. Hämtad 2018-05-04 från <https://www.svt.se/nyheter/inrikes/det-har-innebar-en-risk-for-patienterna>
- Avison, D & Fitzgerald, G (2006) *Information System Development methodologies, techniques & tools* (4 uppl). Maidenhead, Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Awad, M. A. (2005). *A comparison between agile and traditional software development methodologies*. (Honours Thesis, University of Western Australia, Australia). Hämtad från: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.464.6090&rep=rep1&type=pdf>
- Bano, M., & Zowghi, D. (2015) A systematic review on the relationship between user involvement and system success. *Information and Software Technology*, 58, 148–169.
- Cederberg, J. (2016). It Skifte på gång i nästan hela Sverige. Hämtad: 2018-04-10 från <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/11/30/it-skifte-pa-gang-i-nastan-hela-sverige>
- Chenhui, Z., Huilong, D., & Xudong, L. (2008). An Integration Approach of Healthcare Information System. *International Conference on BioMedical Engineering and Informatics*, Sanya, 606-609.
- Cresswell, K.M., Bates, D.W., Sheikh, A. (2013). Ten key considerations for the successful implementation and adoption of large-scale health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(e1), e9-e13.
- Cresswell, K., Morrison, Z., Crowe, S., Robertson, A., & Sheikh, A. (2011). Anything but engaged: user involvement in the context of national electronic health record implementation. *Informatics in Primary Care*, 19(4), 191-206.
- Damodaran, L. (1996). User involvement in the systems designprocess – a practical guide for users. *Behaviour & Information Technology*, 15(6), 363-377.
- Dickson, G.W., & Simmons, J.K. (1970). The Behavioral Side of MIS. *Business Horizons*, 13(4), 1–13.
- Hedman J, Nilsson F, Westelius A (2009) *Temperaturen på affärssystem i Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Häyrinen, K., Saranto, K., & Nykänen, P. (2008). Definition, Structure, Content, Use and Impacts of Electronic Health Records: A Review of the Research Literature. *International Journal of Medical Informatics*, 77(5), 291-304.
- Grilo, A., Lapao L.V., Jardim-Goncalves, R., & Cruz-Machado, V. (2009) Challenges for the Development of Interoperable Information Systems in Healthcare Organizations. *International Conference on Interoperability for Enterprise Software and Applications China*, Beijing, 297-301.

Ives, B., & Olson, M. H. (1984). User Involvement and MIS Success: A Review of Research. *Management Science*, 30(5), 586–603.

IT i vården. (2014). Här är distriktsläkares krav på IT-utvecklingen. Hämtad 2018-05-02 från: <https://itivarden.idg.se/2.2898/1.544746/har-ar-distriktslakarnas-krav-pa-it-utvecklingen>

Jacobsen, D.I. (2002). *Vad, hur och varför? Om metodval i företagsekonomi och andra samhällsvetenskapliga ämnen*. Lund: Studentlitteratur.

Khan, A. I., Qurashi, R. J., & Khan, U. A. (2011). Comprehensive Study of Commonly Practiced Heavy & Light Weight Software Methodologies. *International Journal of Computer Science Issues*, 8(2) 441-450.

Kohli, R., & Tan, S.S. (2016). Electronic Health Records: How can IS researchers contribute to transforming healthcare? *MIS Quarterly Volume*, 40(3), 553-573.

Kushniruk, A., & Turner, P. (2012). A Framework for User Involvement and Context in the Design and Development of Sage e-Health Systems. *Quality of Life through Quality of Information*, 353-357.

Latha, A.N., Murthy, R.B., & Sunitha, U. (2012). Electronic Health Record. *International Journal of Engineering Research & Technology*, 1(10), 1-8.

Leau, Y. B., Loo, W. K., Tham, W. Y., & Tan, S. F. (2012). Software development life cycle AGILE vs traditional approaches. *International Conference on Information and Network technology*, 37(1), 162-167.

Lundgren, L., Stiernstedt, G., & Olofsson, S. (2014). Brister inom IT en fara för patienter. Hämtad 2018-04-17 från <https://www.svd.se/brister-inom-it-en-fara-for-patienter>

Maguire.M. (2001) Methods to support human-centred design. *International Journal of Human-Computer Studies*, 55(4), 587-634.

Mantzana, V., Themistocleous, M., Irani, Z., & Morabito, V. (2007). Identifying healthcare actors involved in the adoption of information systems. *European Journal of Information Systems*, 16(1), 91–102.

McLeod, L., & MacDonell, S.G. (2011). Factors that affect software systems development project outcomes: a survey of research. *ACM Computing Surveys* 43(4), 24-56.

Patientdatalagen (SFS 2008:355). Stockholm: Socialdepartementet.

Rahimi, B., Vimarlund, V., & Timpka, T. (2009). Health Information System Implementation: A Qualitative Meta-analysis. *Journal of Medical Systems*, 33, 359–368.

Scandurra, I. (2013). *Störande eller stödjande?: Om eHälsosystemens användbarhet 2013*. Hämtad från https://www.vardforbundet.se/siteassets/engagemang-och-paverkan/sa-gor-vi-varden-battre/storande-el-stodjande_eha-slutrapport_rev2.pdf

Shah, S. Robinson, I. (2006) User involvement in healthcare technology development and assessment: Structured literature review. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(6), 500-515.

Sharma, R., & Yetton, P. (2007). The Contingent Effects of Training, Technical Complexity, and Task Interdependence on Successful Information Systems Implementation. *MIS Quarterly*, 31(2), 219–238.

Socialstyrelsen. (2017). *Vem får föra patientjournal?* Hämtad 2018-05-15 från: <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/arbetsuppgifter/vem-far-fora-patientjournal>

Socialdepartementet. (2006). *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*. Hämtad 2018-05-05 från: <http://www.regeringen.se/49b69c/contentassets/fe0a1492f548c2ab1451e45b7f6463/nationell-it-strategi-for-var-d-och-omsorg-skr.-200506139>

Tait, P., & Vessey, I. (1988) The Effect of User Involvement on System Success: A Contingency Approach. *MIS Quarterly*, 12(1), 91-108.

Valacich, J., & George, J. (2016) *Modern systems Analysis and Design* (8.ed.). Pearson.

Valacich, J., & Schneider, C. (2015). *Information Systems Today: Managing in the Digital World, Global Edition* (7. Ed.). Essex: Pearson.

Walker, J.M., Bieber, E.J., Richards, F., & Buckley, S. (2005). *Implementing an Electronic Health Record System* (1. Ed.). London: Springer.