



Nasjonalt innført! Nasjonalt behov?

Ekspertene i et innbyggerpanels forventninger og opplevelser
til Nasjonal kjernejournal – Et Delphistudie

MARIANNE RAFFAELA LETIZIA
JANNIKE HENRIKSEN NYIREDY

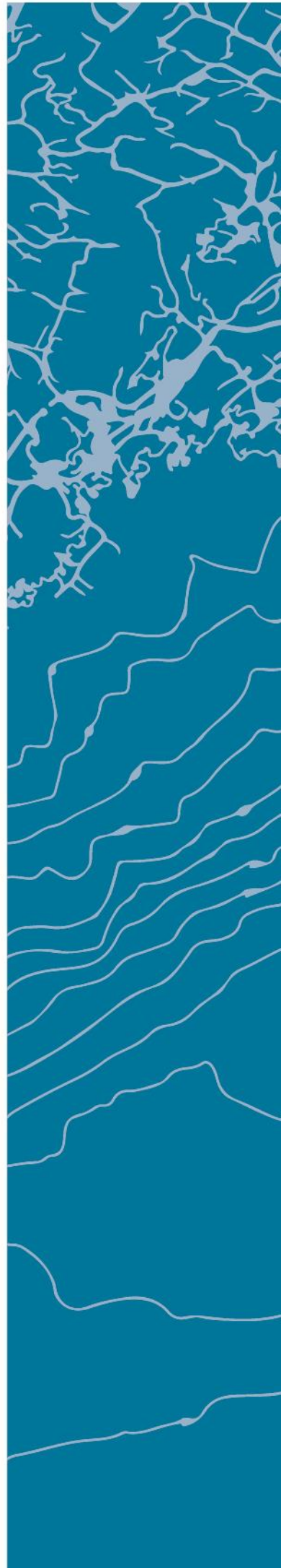
VEILEDER

Rune Fensli

Universitetet i Agder, 2017

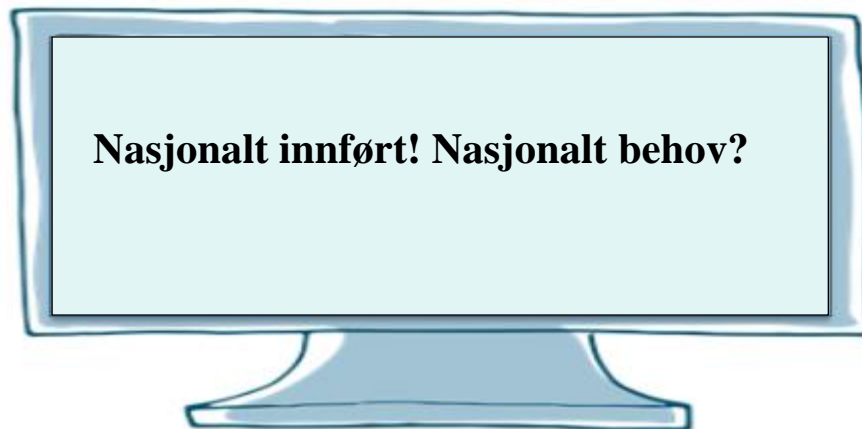
Fakultet for helse- og idrettsfag

Institutt for helseinformatikk





UNIVERSITETET I AGDER
FAKULTETET FOR HELSE-OG IDRETTSVITENSKAP



(Direktoratet for e-helse, 2017)

Ekspertene i et innbyggerpanels forventninger og opplevelser til Nasjonal
kjernejournal - Et Delphistudie

Marianne Raffaella Letizia
Jannike Henriksen Nyireddy

Mai, 2017

Antall ord: 20 755

Førord

Først og fremst vil vi få takke vår veileder Rune Fensli for å løse oss gjennom sjø og skjær, trygt i havn med gode råd og tilbakemeldinger.

En stor takk går til Ane Kristin Garbrandt som gjennom Helfo har stilt sitt brukerpanel til disposisjon for oss. Du har fra første kontakt vært engasjert, imøtekommende, fasiliterende, rådgivende, støttende, oppmuntrende og tålmodige med oss hele veien.

Tusen takk til Mariannes kolleger i Direktoratet for e-helse som velvillig har bidratt inn i oppgaven med dokumentasjon, sin erfaring, innspill og tilbakemeldinger.

Det rettes også en stor takk til dere som har lest igjennom utkastene våre, og som med kritisk røst og rød penn har gitt oss verdifulle tilbakemeldinger.

Andre viktige støttespillere underveis som fortjener en takk er våre kjære menn, våre elskede barn og våre gode foreldre som har støttet oss, stilt opp og oppmuntret oss til å bli ferdige. Uten dere hadde det faktisk ikke vært mulig.

Takk til våre medstudenter for innspill og ideer gjennom disse tre årene.

Marianne R. Letizia & Jannike Nyiredy

Oslo, 4 mai 2017

Sammendrag

Teknologien speiler seg i nærmest alt vi foretar oss. Og elektroniske selvbetjeningsløsninger som nettbank, kontrollere selvangivelsen eller søke om byggetillatelse er daglige handlinger som gjøres på internett. Helsemyndighetenes følger etter, og deres siste tilskudd er Nasjonal kjernejournal. Innbyggernes adopsjon av løsningen synes fraværende på bakgrunn av tall som indikerer lav bruk. Hensikten med denne studien er å undersøke hvilke forventninger og opplevelser innbyggerne har til kjernejournalen. Problemstillingen for studien er,

Hvilke faktorer er de viktigste for å øke innbyggernes bruk av kjernejournal?

Gjennom en Delphi-undersøkelse, har til sammen 98 respondenter deltatt gjennom fire repeterende undersøkelser.

Siden kjernejournal er en offentlig digital løsning er resultatene diskutert med støtte i et rammeverk for e-government adopsjon, og Expectations -disconfirmation web-customer satisfaction modell for måling av brukertilfredshet av web-systemer.

Respondentene uttrykker tillit til myndighetene og løsningen ved at de opplever den som sikker og at den ivaretar deres personvern. Brukervennligheten har fått gode skussmål da mange opplever den som enkel å bruke. At de opplever nytte med å ha en slik løsning er også et vesentlig funn. Det er grunnlag for å anta at enkelte respondenter har høye forventninger til innholdet i kjernejournalen, og at disse forventningene ikke har blitt innfridd. Likevel kan det tyde på at de som har forstått dens hensikt er tilfredse med innholdet.

Nøkkelord: kjernejournal, innbygger, opplevelse, forventninger og Delphi

Abstract

Technology plays a part in nearly every aspect of life. Electronic self-services such as online banking, control of tax returns, or application for construction permits are daily events unfolding online. Health services are coming along, and their last addition is the national medical core journal.

Based on numbers that indicate a low utilization, full adoption by the citizens of the solution seems absent. The purpose of this study is to research what expectations and experiences the citizens have to the national medical core journal.

The issue for the study is,

"What are the most important factors to contribute to increase usage of the core journal among the citizens?"

Through the use of a Delphi study, a total of 98 respondents have participated through four repeating questionnaires. Since the core health journal is a public digital service, the results are discussed in the context of a framework for e-government adoption, and expectations-disconfirmation web-customer satisfaction model for measuring user content of web systems.

The respondents express a high degree of trust in the authorities, and to the service itself by perceiving it as secure and maintaining their need for privacy. The user friendliness is in high regard, as many experience it being easy to use. The high perceived usefulness of such a service is also a substantial finding. There is reason to assume that certain respondents have had high expectations to the content, and that these expectations have not been met. Yet, this study suggest that those who have understood its true purpose is satisfied with its content.

Key words: core journal, citizens, experience, expectations and Delphi method

Innholdsfortegnelse

1	Bakgrunn.....	1
1.1	Oppbygging av oppgaven.....	1
1.2	Digital hverdag.....	1
1.2.1	Samhandling på tvers av virksomheter, før og nå.....	2
1.3	En kort innføring i Nasjonal kjernejournal.....	4
1.4	Personlige tilpasninger for å øke personvern.....	7
1.5	Systemoppdateringer og videre utvikling av kjernejournal.....	7
1.6	Forskjellen på kjernejournal og pasientjournal.....	8
1.7	Lignende systemer i utlandet.....	8
2	Problemanalyse.....	9
2.1	Nasjonalt innført. Nasjonalt behov.....	9
2.1.1	Innbyggernes kjennskap til kjernejournalen.....	9
2.1.2	Skepsis hos innbyggere ved bruk av digitale løsninger.....	11
2.1.3	Opplæringen av innbyggeren i kjernejournal.....	12
2.1.4	Informasjon gir verdi.....	12
2.1.5	Oppfordrer innbyggeren til å kvalitetssikre informasjonen i kjernejournal 14	
2.1.6	Sørger for riktig behandling i akutte eller kritiske situasjoner.....	15
2.2	Avgrensning og problemstilling.....	16
2.2.1	Avgrensning.....	16
2.2.2	Problemformulering og forskningsspørsmål.....	16
3	Teoretisk grunnlag.....	17
3.1	Offentlige digitale løsninger til folket.....	17
3.2	E-government.....	18
3.3	Rammeverket til Kumar, Mukerji, Butt og Persaud.....	18
3.3.1	E-government adopsjon.....	19
3.4	Brukeregenskaper.....	20
3.5	Kundetilfredshet.....	21
3.6	Servicekvalitet.....	22
3.7	Nettsidedesign.....	22
3.8	Utviklingstrinn innenfor E-government.....	23
3.9	Expectation-disconfirmation effects on web-customer satisfaction.....	24
3.10	Oversikt over teorigrunnlaget.....	27
4	Metode.....	28
4.1	Kvalitativ metode.....	28
4.2	Delphi.....	29

4.2.1	Ekspertutvalg.....	30
4.2.2	Utvelgelse og rekruttering av eksperter	30
4.2.3	Utforming og gjennomføring av undersøkelsen.....	32
4.2.4	Gjennomføringen av undersøkelsene.....	34
4.3	Litteratursøk og kilder til innsikt.....	37
4.4	Etiske overveielser	38
4.5	Metodiske overveielser.....	39
4.5.1	Validitet.....	39
4.5.2	Reliabilitet.....	41
5	Gjennomgang av resultatet	43
5.1	Enklere tilgang for de som trenger opplysninger	45
5.1.1	Andre tilbakemeldinger fra respondenten.....	46
5.2	Diagnoser, sykdommer, epikriser og journaler.....	47
5.2.1	Andre tilbakemeldinger	49
5.3	Enkel å bruke og alt på ett sted.....	49
5.3.1	Andre tilbakemeldinger.....	51
5.4	Selvkontroll, viktig informasjon og ikke oppdatert.....	51
5.4.1	Andre tilbakemeldinger	53
5.5	Viktig for meg hvis jeg ikke kan gjøre rede for meg	53
5.6	Andre tilbakemeldinger.....	55
5.7	Analyse knyttet til opplevelsen av kjernejournal.....	55
5.8	Sammenligning av studiets tolkning av viktige faktorer og kjernejournalens innhold.....	56
6	Diskusjon.....	59
6.1	Brukeregenskaper	59
6.1.1	Trygg og sikker digital selvbetjeningsløsning.....	60
6.1.2	Personvern og konfidensialitet ivaretatt	62
6.2	Nettsidedesign	63
6.2.1	Brukervennlighet i kjernejournalen	63
6.2.2	Kjernejournalen er viktig hvis jeg ikke kan gjøre rede for meg	65
6.2.3	Egenregistrering av helseopplysninger.....	67
6.3	Servicekvalitet.....	68
6.3.1	Forventninger til kjernejournalens innhold	69
6.3.2	Opplevelsen av innholdet i kjernejournalen.....	70
6.4	Oppsummering	73
6.5	Begrensninger og videre forskning.....	73
7	KONKLUSJON.....	75

LITTERATURLISTE	1
VEDLEGG 1 GODKJENNING NSD.....	15
VEDLEGG 2 GODKJENNING FEK.....	16
VEDLEGG 3 GODKJENNING HELFO	17
VEDLEGG 4 INFORMASJONSBREV FRA HELFO.....	18
VEDLEGG 5 INFORMASJONSBREV FRA STUDENTENE	19
VEDLEGG 6 E-POST FRA DIREKTORATET FOR E-HELSE.....	20
VEDLEGG 7 RESULTAT FRA IDÉMYLDRINGSFASEN.....	22
VEDLEGG 8 KENDALLS W UTREGNING FRA RANGERINGSFASEN	35
VEDLEGG 9 EKSEMPEL PÅ VARIANSANALYSE	38

Tabell oversikt

Tabell 1 Begrepsavklaring	9
Tabell 2. Hvilken informasjon som registreres i kjernejournalen.....	6
Tabell 3 Beskrivelse av nøkkelbegreper	25
Tabell 4. Variabler som måler informasjonskvalitet	25
Tabell 5. Variabler som måler systemkvalitet.....	26
Tabell 6. Oppsummering av litteraturen brukt i teorikapittelet.....	27
Tabell 7. Oversikt over nøkkelfaktorene i et klassisk Delphi-studie.....	30
Tabell 8. De demografiske spørsmålene.....	33
Tabell 9. De viktigste faktorene på hvilken informasjon som var viktig for at du skulle åpne og bruke din kjernejournal	45
Tabell 10. De viktigste faktorene på hvilken informasjon som du forventet å finne i din kjernejournal.....	48
Tabell 11. De viktigste faktorene på opplevelsen av brukervennlighet.....	50
Tabell 12. De viktigste faktorene på opplevelsen av viktig og riktig informasjon	52
Tabell 13. De viktigste faktorene på opplevelsen av hvorfor kjernejournalen er viktig for respondentene.....	54
Tabell 14. De viktigste faktorene med tolkning, studiens forståelse og funnene i studien- Brukeregenskap	56
Tabell 15. De viktigste faktorene med tolkning, studiens forståelse og funnene i studien- Nettsidedesign	57
Tabell 16. De viktigste faktorene med tolkning, studiens forståelse og funnene i studien- Servicekvalitet	58

Figur oversikt

Figur 1 Uttalelsene til nyhetssak om hva kjernejournal er	10
Figur 2 . Eksempler på situasjoner hvor kjernejournal har sørget for riktig behandling i akutte eller kritiske situasjoner.....	15
Figur 3 Konseptuell modell av e-government adopsjon	19
Figur 4 Dimensjoner og nivåer i e-government utvikling	23
Figur 5 Oversikt over denne studiens gjennomføring av Delphis faser	34

Figur 6 Viser frafallet av respondenter gjennom undersøkelsene.....	37
Figur 7 Oversikt over demografiske data til ekspertpanelet.....	43
Figur 8 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 1.....	47
Figur 9 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 2.....	49
Figur 10 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 3.....	51
Figur 11 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 4.....	53
Figur 12 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 5.....	55

Bildeoversikt

Bilde 1 Behovet for kjernejournal (fase1)	2
Bilde 2 Løsning med kjernejournal (fase 1).....	4
Bilde 3 Utklipp av nyhets sak om kjernejournal.	10
Bilde 4 Nøkkelinformasjon om innbyggerpanelet.....	31
Bilde 5 Oversikt over funnene i studiet	59
Bilde 6 Oversikt over faktorene under funnet på sikkerhet og kontroll.....	60
Bilde 7 Oversikt over faktorene under funnet brukervennlighet.....	63
Bilde 8 Oversikt over faktorene under funnet brukervennlighet.....	65
Bilde 9 Oversikt over faktorene under funnet egenregistrering	67
Bilde 10 Oversikt over faktorene under funnet forventninger, opplevelse og mangelfull	68

Begrepsavklaring

Tabell 1 inneholder ord og begreper som brukes i teksten. Øvrig begrepsavklaringer er gjort underveis i studiet.

Tabell 1 Begrepsavklaring

Ord/uttrykk	Hva det er/betyr
Helfo	Helseøkonomiforvaltningen
Innbygger	De personene som har fått kjernejournal
Bruker	De som benytter seg av et informasjons- og kommunikasjonssystem (IKS)
Pasient	I forbindelse med at innbygger er i kontakt med helsevesenet
Summary Care record (SCR)	Englands Summary Care Record - britisk helsepersonells svar på kjernejournal
HealthSpace Account	Britiske innbyggers svar på kjernejournal
Health information exchange (HIE)	Helseinformasjon som går på tvers av organisasjonsnivåer
Personal health record (PHR)	Pasientstyrt journal. Sørger for en komplett og nøyaktig sammenstilling av pasientens helsehistorikk som er tilgjengelig online.
Electronic health records	Electronic health record (EHR), og/eller electronic medical record (EMR), er en sammenstilling av pasientens helsehistorikk som er tilgjengelig for helsepersonell.
Forventninger	Forventning, en kognitiv innstilling overfor noe eller noen (andre personer, en selv, et medikament). Forventninger etableres gjerne gjennom informasjon («Denne tablett hjelper mot hodepine») og/eller erfaring (etter lyn forventer vi torden) (Forventning psykologi, 2017).
Opplevelser	Opplevelse, innholdet av en persons subjektive erfaring (Opplevelse, 2016)
Løsning	Referer til kjernejournalen som system
Adopsjon	Kjennskap og bruk av et system
Helseopplysninger	Opplysninger rundt innbyggernes helse som sykdom, medisiner, behandlinger, diagnoser, og besøkshistorikk

1 Bakgrunn

Denne studierapporten er avslutningen på en treårig master i helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Innovasjonen innen dette faget er i konstant utvikling og endring. En av de nyervervede digitale løsningene innen e-helse, er Nasjonal kjernejournal. Kostnadene og prosjektet rundt en slik løsning har vært omfattende. Dersom ikke Nasjonal kjernejournal blir bruk, eller brukes hensiktsmessig kan konsekvensene påvirke helsepersonell, innbyggerne og samfunnet. Derfor er det hensiktsmessig å se på opplevelser og forventninger knyttet til bruken av Nasjonal kjernejournal. Gjennom arbeidet med denne studien, er det nærmest daglig, i møte med andre blitt stilt spørsmålet “Har du vært inne i kjernejournalen din?”

1.1 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven består av 7 kapitler, innledning, Nasjonal kjernejournal, problemanalyse, teori, metode, funn, diskusjon med oppsummering, samt konklusjon.

I innledningen forklares det hvorfor Nasjonal kjernejournal er innført og kort om kjernejournalen, før det i problemanalysen sees nærmere på hva, hvorfor, og hvem dette kan være et problem for, og hvilke konsekvenser det fører med seg. Avgrensning og problemstilling med forskningsspørsmål blir også gitt der. Kapittel tre beskriver teorigrunnet i form av en rammemodell for e-government og en modell for kundetilfredshet. Metodekapittelet inneholder valg av metode, gjennomgang av undersøkelsen og analyse, litteratursøk og kilder til innsikt, samt etiske og metodiske overveielser. I kapittel fem blir resultat og funn presentert, for så å bli diskutert og oppsummert med forslag til videre forskning i kapittel seks. Oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel syv.

1.2 Digital hverdag

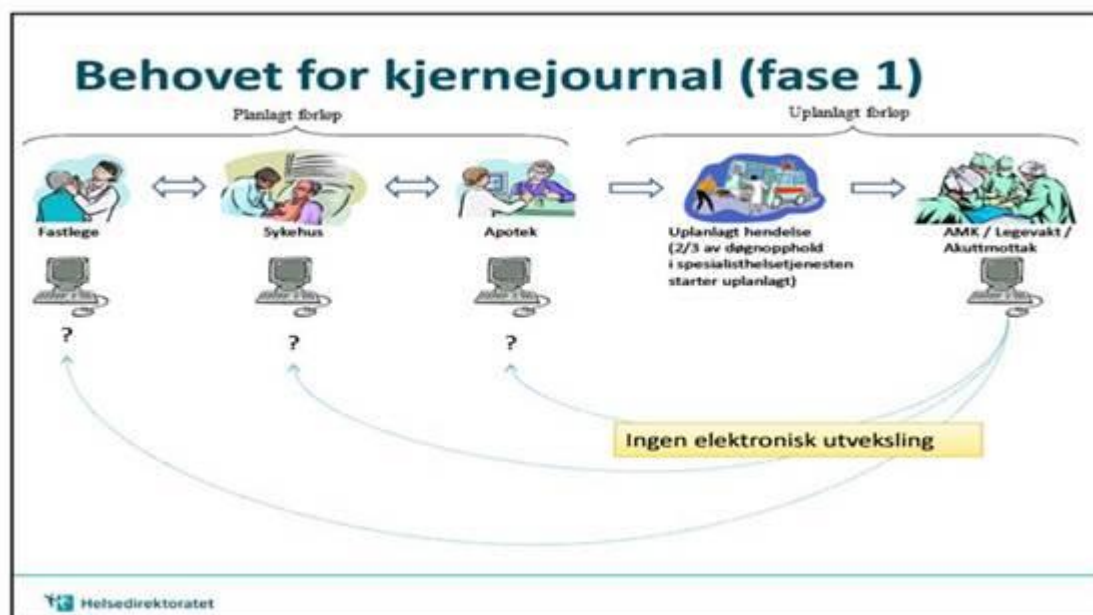
Med digitale innbyggertjenester på den offentlige helseportalen helsenorge.no får innbyggerne oversikt over, og mulighet for innflytelse på egen helse og eventuelle behandlinger (Direktoratet for e-helse, 2016, 02.12). Her får alle innbyggerne tilgang til helsefaglig informasjon og ulike

selvbetjeningsløsninger på en enkel og sikker måte (Meld. St. 26 (2014-2015), 2015. s. 47). I Nasjonal handlingsplan for e-helse er målet for innbyggertjenester beskrevet slik:

Det er et mål at hver enkelt skal ha mulighet til å involveres i prosesser og beslutninger om egen helse. Enkle og sikre digitale tjenester skal gjøre kontakten med helse- og omsorgstjenesten enklere og bidra til at innbyggerne opplever tjenesten som tilgjengelig og helhetlig (Helsedirektoratet, 2014).

1.2.1 Samhandling på tvers av virksomheter, før og nå.

Helse- og omsorgstjenestene behandler til enhver tid svært mye informasjon og kunnskap, men mulighetsrommet som teknologi representerer utnyttes ikke i tilstrekkelig grad. Helse- og omsorgstjenesten og innbyggere mangler løsninger for informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) som gir tilgang til relevant pasientinformasjon og oppdatert kunnskap, som gir sikker deling av informasjon på tvers av virksomheter og nivåer i helsetjenesten (Helsedirektoratet & Direktoratet for e-helse, 2015).



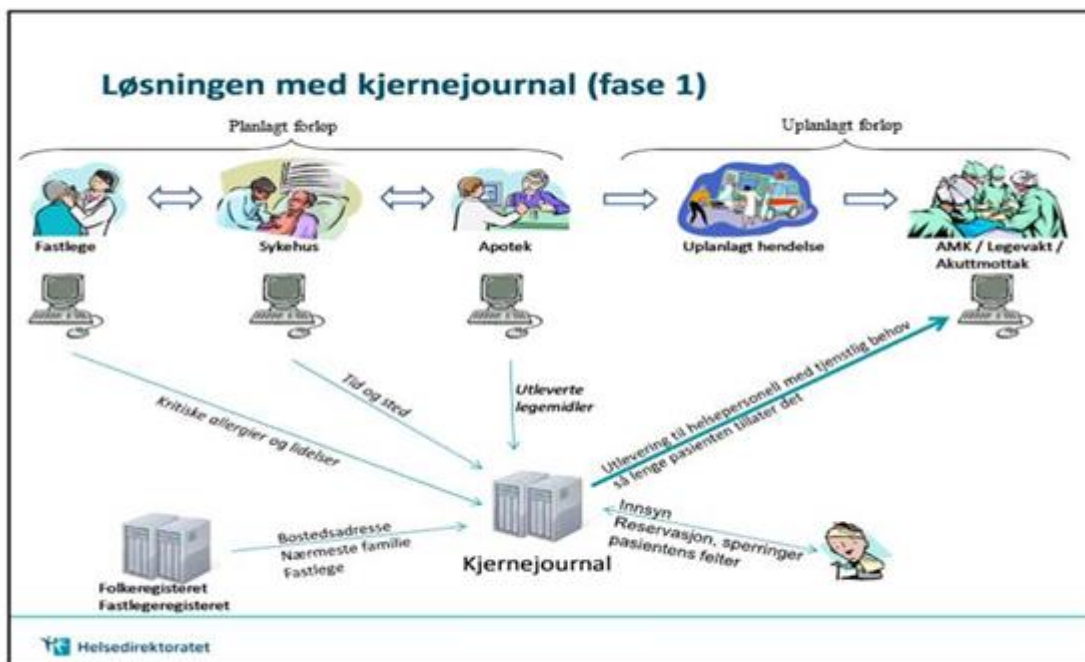
Bilde 1 Behovet for kjernejournal (fase1)

(Direktoratet for e-helse, 2017a).

Figur 1 illustrerer dette behovet. Ved innleggelse i sykehus kan behandlende helsepersonell trenge helseopplysninger om pasienten for å gjøre en riktig vurdering på kortest mulig tid.

Pasientopplysninger kan være fraværende eller utdaterte, da systemet til innleggelsesykehuset ikke alltid er primærsykehuset til pasienten. Da må informasjonen innhentes fra andre virksomheter (for eksempel fastlege eller andre sykehus). Det er spesielt aktuelt i akutte situasjoner som på legevakt, i sykehusenes akuttmottak eller ved utrykning av legevakt eller ambulanse. Pasienten selv er den viktigste kilden til informasjon, men for mange kan det være utfordrende å ha god oversikt over egen sykdomshistorie og legemiddelbruk (Prop.nr 89 L. (2011-2012). 2012, s. 10). Noen pasienter vil heller ikke kunne gjøre rede for seg i en akutt situasjon, og det kan derfor være vanskelig og tidkrevende å innhente oppdaterte opplysninger om pasientene. At viktig og kritisk helseinformasjon ikke er tilgjengelig kan føre til utilsiktede hendelser i diagnostikk og behandling, i verste fall pasientskade eller dødsfall (Direktoratet for e-helse, 2016, 12.12), som for eksempel å gi feil antibiotika til pasient med legemiddelallergi.

Med Nasjonal kjernejournal (heretter kalt kjernejournal) er denne virkeligheten nå endret. Etableringen skjedde på bakgrunn av at systemer for informasjonsutveksling mellom ulike virksomheter og nivåer i helsetjenesten ikke fantes, og dermed ble ikke pasientsikkerheten godt nok ivaretatt (Prop. 89 L (2011–2012) s. 10). Hensikten med å innføre kjernejournalen er derfor å øke pasientsikkerheten og behandlingskvaliteten. Fordi den enkeltes pasientjournal er tilgjengelig kun på det sykehuset den ble opprettet (Direktoratet for e-helse, 2016, 12.12). Kjernejournalen vil ikke erstatte de journaler innbyggerne har på sykehuset eller hos fastlegen, men være et supplement spesielt utviklet for akutte situasjoner hvor det haster å få tak i personens aktuelle helseopplysninger (Prop. 89 L (2011–2012) s. 25).



Bilde 2 Løsning med kjernejournal (fase 1)

(Direktoratet for e-helse, 2017b).

Figur 2 illustrerer hvordan informasjonsflyten er blitt etter at kjernejournal ble innført. I akutte situasjoner der pasienten kan ha vanskeligheter for å uttrykke seg eller huske, kan helsepersonellet nå få tilgang til kritiske opplysninger fra kjernejournalen som kan bidra til å gi en mer sikker diagnostisering og behandling.

For at kjernejournalen skal gi nytte for den enkelte pasient må informasjonen og helseopplysningene som er dokumentert i kjernejournalen være pålitelige og korrekte. Slik at helsepersonell får et bedre beslutningsgrunnlag i en akutt situasjon.

1.3 En kort innføring i Nasjonal kjernejournal

Nasjonal kjernejournal utvikles av Direktoratet for e-helse (Kjernejournalforskriften, 2013).

Formålet med etableringen av kjernejournal er: å øke pasientsikkerhet ved å gi bedre beslutningsgrunnlag for helsehjelp og å forhindre skade på pasienten som følge av for eksempel feilmedisinering. En nasjonal kjernejournal skal bidra til å dekke behovet i

helsesektoren for rask og sikker tilgang til korrekt og oppdatert informasjon (Prop. 89 L (2011–2012) s. 10).

Både innbyggeren selv og helsepersonell har tilgang til opplysningene i kjernejournalen (helsenorge.no. 2017, 03.03). Hensikten er å samle kritisk og viktig informasjon om innbyggere og gjøre den tilgjengelig for helsepersonell og innbyggerne. Medisinskfaglig rådgiver i Direktoratet for e-helse, Bent Asgeir Larsen, sier til Dagens Medisin (Moe, 2016) at det er viktig at de legene som har tilgang til kjernejournal, registrerer kritisk informasjon i den. Legene er de eneste som kan bidra til at denne informasjonen følger pasienten. I hovedprinsippet skal kritisk informasjon kun registreres av lege, og da fortrinnsvis av den legen som har behandlingsansvar på det tidspunktet det er naturlig å registrere opplysningen (Helsedirektoratet, 2015). I de fleste situasjoner vil dette være innbyggernes fastlege, men det kan også være behandlende lege ved legevakt eller i spesialisthelsetjenesten. Dette er i tillegg til den informasjon som kjernejournalen automatisk innhenter fra ulike offentlige registre (Kjernejournalforskriften, 2013) og registreringer innbyggeren selv utfører. At innbyggeren selv kan legge inn informasjon i kjernejournalen kan bidra til å gjøre den bedre (Holthe, 2016). I tabell 2 følger en oversikt over innhenting av opplysningene til kjernejournalen.

Tabell 2. Hvilken informasjon som registreres i kjernejournalen

(Kjernejournalforskriften, 2013; Direktoratet for e-helse, 2017. 09.03)

Type informasjon	Hvordan registreres/fra hvilket register
Navn og fødselsnummer eller D-nummer	Det sentrale folkeregisteret
Kontaktinformasjon til den registrerte	Det sentrale folkeregisteret
Kontaktinformasjon til pårørende	Egenregistrering
Fastlege	Fastlegeregisteret
Aktuelle kommunale helse- og omsorgstjenester	Egenregistrering
Andre behandlere (legespesialist, fysioterapeut etc.)	Egenregistrering
Legemidler utlevert på resept fra apotek og gyldige e-septer	Reseptformidleren
Kritisk informasjon <ul style="list-style-type: none"> ○ overfølsomhetsreaksjoner ○ komplikasjoner ved anestesi ○ kritiske medisinske tilstander ○ pågående behandlinger/implantater ○ smitte 	Føres inn av lege
Tid og sted for kontakt med spesialisthelsetjenesten	Norsk pasientregister
Pasientens egen sykdomshistorie, tidligere behandlinger som helsepersonell bør kjenne til. Kommunikasjonsbehov - opplysninger om utfordringer med syn, hørsel, tale eller språk.	Egenregistreringer

Accenture vant konkurransen om å lage den tekniske løsningen av kjernejournalen. Verdien av kontrakten er 85-150 millioner kroner. Prosessen startet i 2011 og ble avsluttet høsten 2012 (Schreurs, 2012). Kjernejournal er utviklet i samarbeid med leverandøren, og det er brukt mye tid og ressurser på oppbygging, innhold og brukervennlighet i løsningen (Røren, 2017, 20.04).

1.4 Personlige tilpasninger for å øke personvern

Kjernejournal opprettes automatisk for alle innbyggere med fødselsnummer (helsenorge.no, 2017, 03.03). Informasjonssikkerheten i kjernejournal er ivaretatt med sikkerhetsnivå 4 (helsenorge.no, 2017, 15.03; Direktoratet for forvaltning og IKT. 2015). Imidlertid har innbyggerne mulighet for å gjøre ulike personlige tilpasninger for å øke sitt personvern. Blant annet kan de sperre hele eller deler av kjernejournal for innsyn fra helsepersonell, og enkelte utvalgte helsepersonell kan blokkeres fra å se kjernejournal. Innbyggeren kan også reservere seg mot å ha kjernejournal i det hele tatt. En slik reservasjon er reversibel (helsenorge.no, 2017, 15.03). Per. mars 2017 er det 0,1 % av innbyggerne som har reservert seg mot å ha kjernejournal (Styringstallrapport, uke 13. 2017). Pasienten kan se logg over oppslag som gjøres av helsepersonell i kjernejournalen (helsenorge.no, 2017, 15.03).

1.5 Systemoppdateringer og videre utvikling av kjernejournal

Kjernejournal er nå i en forvaltningsfase der forbedringer og mindre endringer gjøres kvartalsvis. Forslag til endringer kommer fra helsetjenesten, innbyggere og direktoratet selv. Videreutvikling av kjernejournal prioriteres årlig av Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT), opp mot andre e-helseinitiativ (Røren, 2017).

1.6 Forskjellen på kjernejournal og pasientjournal.

Kjernejournalen erstatter ikke pasientjournalen hos fastlege eller i sykehus, men er et helseregister som kommer i tillegg til den. En pasientjournal er et arbeidsverktøy for helsepersonellet. En vesentlig forskjell på disse to er at innbyggerne kan reservere seg mot kjernejournal, mens en pasientjournal vil en innbygger alltid ha (helsenorge.no, 2017, 03.03).

1.7 Lignende systemer i utlandet.

I Sverige ble innføringsarbeidet med deres Nationell Pasientöversikt (NPö) startet i 2009, mens i Danmark ble deres Nasjonal Pasient Indeks lansert på sundhed.dk i 2010. Skottland startet utrulling av sitt Emergency Care Summary i 2006, og Englands Summary Care Record (SCR) startet i 2009 (Prop.nr 89 L. (2011-2012), s. 24). Andre lands systemer er ikke alle direkte sammenlignbare med kjernejournalen, siden deres journaler enten er pasientkontrollert, slik som i Estonia og Frankrike, eller at de ikke er nasjonale løsninger som i Romania, Kroatia og Hellas (Lusignan, Ross, Shifrin, Hercigonja-Szekeres & Seroussi, 2013. s. 397).

2 Problemanalyse

I problemanalysen beskrives innbyggernes mulige skepsis og interesse for kjernejournalen. Det nevnes flere mulige årsaker til hvorfor ikke flere innbyggere er inne i kjernejournalen. Det gis også en beskrivelse på hvorfor det er viktig at innbyggeren har en interesse og forståelse for den. Kapittelet avsluttes med presentasjon av problemformulering og forskningsspørsmål, samt avgrensning av oppgavens omfang.

2.1 Nasjonalt innført. Nasjonalt behov.

Kjernejournalens første utprøvinger ble gjort i Trondheim høsten 2013 og senere Stavanger (Meld. St 9, (2012-2013), 2012 s. 52). I følge Larsen (Moe, 2016) er det omtrent 100 000 personer i Norge med en eller annen alvorlig tilstand som bør være registrert med kritisk informasjon. Det antas at mange lever med for eksempel sine alvorlige allergier uten hyppige legebesøk, og derfor får de ikke oppdatert sin kjernejournal, siden de ikke konsulterer fastlegen så ofte. Ikke alle innbyggere vet at deres helseinformasjon kun er lagret lokalt i de ulike pasientjournalene hos fastlegen, på sykehuset eller hos andre instanser i helsevesenet. Dermed får innbyggerne heller ikke påvirket registreringen av sin kritiske informasjon når de er hos legen. Befolkningen blir stadig eldre, og i takt med alderen blir antallet som lever med kroniske sykdommer høyere (Major, 2013), i tillegg til at nordmenn reiser mye (Statistisk sentralbyrå, 2017a), slik at ved akutt innleggelse får ikke helsetjenesten tilgang til helseopplysningene. Sammen understreker disse faktorene behovet for kjernejournal, spesielt når det er kjent at pasientjournalene i de ulike virksomhetene bare er tilgjengelig lokalt og ikke “snakker sammen”. Behovet er til stede. Hvorfor er ikke da flere interessert?

2.1.1 Innbyggernes kjennskap til kjernejournalen.

Per. november 2017 har alle innbyggere fått kjernejournal, men kun 12 % har vært pålogget ifølge Direktoratet for e-helse. Av disse 12 % er det rundt 17 % som selv har registrert opplysninger inne i sin kjernejournal (Styringstallrapport, uke 45 2016).

I 2015 gjorde Bergensavisa en uformell spørreundersøkelse (“5 på gata”) som viste at det var flere som ikke hadde kjennskap til kjernejournal (Ferguson, 2015).

Kjernejournal? Nei, det aner jeg ikke hva er

Bilde 3 Utklipp av nyhetssak om kjernejournal.

(Ferguson, 2015)

Jente (29) – Jeg har fått en e-post om at jeg har fått kjernejournal, og har vært inne og sett på den. Men jeg har ikke helt forstått poenget med kjernejournal.

Gutt (33) – Kjernejournal? Nei, det vet jeg ikke noe om hva er. Har alle fått det?

Jentet (35) – Jeg har ikke fått med meg at jeg har fått kjernejournal eller hva det er, jeg har det så travelt med en liten baby. Men det er jo viktig at alt kommer frem om det skjer noe.

Jentet (19) – Jeg har fått en e-post om at jeg har fått kjernejournal, og leste fort gjennom den men har ikke vært inne og sjekket den ennå.

Gutt (39) – Jeg vet ikke hva kjernejournal er, har ikke fått med meg at jeg har fått det. Så lenge jeg ikke er syk har jeg ikke noe interesse av å sjekke journalen min, tenker jeg.

Figur 1 Uttalelsene til nyhetssak om hva kjernejournal er

(Ferguson, 2015).

En antakelse er at denne uformelle undersøkelsen gir et virkelig bilde av situasjonen. I en undersøkelse gjennomført av Ipsos MMI i 2016, på vegne av Direktoratet for e-helse (2016, 17.06), sier drøyt halvparten av de 1 000 spurte, at de kjenner til kjernejournalen, men bare 27 % oppgir at de har logget seg inn (Bordvik, 2016). De som hadde hørt om kjernejournalen, hadde fått informasjon på e-post eller lest om den i media. En lignende undersøkelse ble gjort av Helfo i oktober 2016, hvor 792 respondenter deltok. Her svarte 16 % at de hadde brukt tjenesten kjernejournal, og 12 % svarte at de hadde tilgang til kjernejournal, men at de ikke hadde benyttet den (Garbrandt, 2017). I undersøkelser gjort i utlandet synes kjennskapen til, og bruken av lignende systemer å være tilsvarende. I Danmark ble deres e-journal undersøkt i 2010, der 1115 informanter i aldersgruppen 18-74 år deltok. På spørsmålet: "Kjenner du e-journal på Sundhed.dk?", svarte 73 % nei, og det var kun 13 %, som hadde brukt e-journalen en gang eller mer. Studien konkluderte blant annet med at kjennskapen til e-journalen var liten (Pedersen, Mossing & Mundbjerg, 2011, s. 28-29).

England har et lignende digitalt informasjonsutvekslingssystem som heter HealthSpace account (HSA). I årene mellom 2007 og 2010, var det kun 172 950 personer som hadde åpnet sin HSA.

Totalt sett oppfattet pasientene HSA som verken nyttig eller lett å bruke, og dens funksjonalitet svarte ikke til deres forventninger. Færre enn 100 av 30 000 pasienter uttrykte interesse. Ønske om at bruk av systemet blant annet skulle føre til aktiv deltakelse i egen helse (empowerment) hos pasientene ble ikke innfridd (Greenhalgh, Hinder, Stramer, Bratan, & Russell, 2010). I en tidligere undersøkelse gjort av Greenhalgh, Wood, Bratan, Stramer, og Hinder (2008a) ble over 100 informanter intervjuet i England om sitt syn på Summary Care Record (SCR), og HSA. De fleste respondentene var ikke klar over at de hadde fått SCR, og kunne heller ikke huske at de hadde fått informasjon om dette. I et sammenligningsstudium (Lusignan et al., 2013, s. 397) av åtte europeiske land konkluderte de med en svært lav utnyttelse av bruken med lignende systemer, som kjernejournalen. Årsakene til det, kunne være at helsepersonell ikke utveksler data til pasientenes egne oversikter, tvil om sikkerheten og dårlig kjennskap til løsningene.

2.1.2 Skepsis hos innbyggere ved bruk av digitale løsninger

Innbyggeren må oppsøke sin fastlege for å få kritisk informasjon registrert i kjernejournal. En forutsetning for at dette skal skje er god informasjon og forståelse. I en engelsk undersøkelse kom det frem at informantene var skeptiske til sikkerheten i SCR, og til hvordan systemet skulle brukes. De var engstelige for at informasjonen skulle selges, eller at familiemedlemmer kunne få tilgang til mer informasjon enn nødvendig. Og dersom den inneholdt for lite, eller ukorrekte opplysninger, kunne det føre til fatale feil (Greenhalgh et al., 2008) Informantene i et annet studium om HSA uttrykte også en skepsis rundt sikkerheten og konfidensialiteten i SCR, som også studiet til Lusignan et al (2013, s. 400) kunne vise til. Innbyggerne var også engstelige for at forsikringsselskapene ville innhente informasjon uten godkjenning og at staten skulle ha styring over deres aktiviteter (Mwachofi, Khaliq, Carillo, & Winfree, 2015, s. 262). Studier viser at manglende forståelse for hvorfor et system blir innført kan være et hinder for implementeringen av systemet (Ancker, Miller, Patel, & Kaushal, 2014; Brender, Ammenwerth, Nykanen & Talmon, 2006). Det er nærliggende å tro at nordmenn også kan ha slike tanker knyttet til sikkerhet og ivaretagelse av sitt personvern.

2.1.3 Opplæringen av innbyggeren i kjernejournal

Mangelfull opplæring er en annen faktor som påvirker deltakelsen og bruken av et system. I en studie gjort i 2014 i Louisiana ble faktorer som påvirket deltakelse og bruken i et Health Information Exchange system (HIE) undersøkt. Studien viste at mangel på opplæring var en barriere for bruken. Uten opplæring vil pasientene muligens ikke forstå fordelene med et slikt system, og som et resultat av dette vil færre pasienter dele sin helseinformasjon i systemet (Yeager, Walker, Cole, Mora, & Diana, 2014, s. 4). Det er et krav til helsepersonell at de skal ha bestått en godkjenningssprøve før de får tilgang til kjernejournal (Direktoratet for e-helse, 2017, 10.03). I tillegg til godkjenningssprøven har flere helseforetak fått tilbud om opplæring. Direktoratet for e-helse har gitt tilbud om informasjon og opplæringen til helsepersonell med superbrukerfunksjon i sykehusene, på legevaktene og i møte med fastleger i forbindelse med innføringen. Disse superbrukerne har bidratt med å bringe opplæringen videre inn i virksomhetene (Røren, 2017). Innbyggerne får informasjon om at det er blitt opprettet kjernejournal for dem i en e-post fra Direktoratet for e-helse (helsenorge.no, 2016) (se vedlegg 6). I tillegg legges det ut informasjonsmateriell om kjernejournal på venterom i sykehusene, hos fastleger, på apotek og andre steder det er naturlig å distribuere slikt informasjonsmateriell. Andre kommunikasjonstiltak går gjennom medieoppslag og -innslag (aviser, radio og TV). Direktoratet for e-helse ga høsten 2016 ut mye informasjon, først og fremst rettet mot helsepersonell, men også mot innbyggerne. På spørsmål til Direktoratet for e-helses kommunikasjonssjef Helene Lund om foranledningen til denne kommunikasjonskampanjen svarer hun: “Vi tror innbygger er en vei inn for å øke bruken av kjernejournal blant helsepersonell. Målet er å øke kunnskapen til innbygger når det gjelder kjernejournal, slik at de vil snakke med sin lege, eventuelt annet helsepersonell om kjernejournal” (Lund, 2017).

2.1.4 Informasjon gir verdi

Kjernejournalen skal være et oppslagsverk for helsepersonell i akutte situasjoner, men for at den skal fungere etter hensikt må det ligge relevant informasjon i den. Dette kan innbyggerne bidra til ved å etterspørre eller undersøke hva som ligger inne av informasjon om en selv, slik Kari Dyb, seniorforsker ved Nasjonalt senter for e-helseforskning anbefaler: “Neste gang du er hos fastlegen din bør du rett og slett spørre hva han eller hun har lagt inn av informasjon om deg i kjernejournalen.” Det er et enkelt virkemiddel som kan gjøre behandlingen lettere for helsepersonell, og som også i enkelte tilfeller kan redde liv (Johnsen, 2017). Brender et al (2006) påpeker at dersom brukeren av et system opplever det som mangelfullt, irrelevant eller

uforståelig kan dette føre til at systemet ikke tas i bruk. Greenhalgh et al (2010) beskriver at der innbyggeren selv har en opplevelse av nytte er det enklere å implementere og skape en endring i bruk.

I artikkelen til Finbråten og Pettersen (2012, s. 47) finnes det flere eksempler fra forskning som viser at pasienter kan ha vanskeligheter med å forstå helseinformasjon de får fra helsepersonell. Det å kunne lese og forstå instruksjoner og ha innsikt i sitt eget sykdomsbilde kan være problematisk for mange. Også det å kunne avgjøre sitt eget beste når en skal involveres og bli mer delaktig i sin egen behandling kan være utfordrende (Finbråten & Pettersen, 2012). Konsekvensene kan bli store, slik at pasientene ikke følger instruksjoner eller forstår hvordan de skal forholde seg til informasjon de mottar fra helsepersonell. En EU-undersøkelse viste at nesten halvparten av de spurte ikke forstod den helseinformasjonen som ble gitt (Sørensen et al., 2015, s.1053). Når informasjonen fra helsepersonell ikke blir forstått, og innhenting av helseinformasjon over internett blir gjort på egenhånd, kan skaden bli verre (Øvreberg, 2015, 21.07). Det går ikke bare ut over pasienten selv, men kan også få samfunnsøkonomiske konsekvenser. En studie fra Analyse i Danmark viste at blant de 144 som hadde brukt e-journalen mente 56,1 % at det ikke var noen problem å forstå språket i e-journalen, mens 36,3 % mente det var vanskelig (Pedersen et al., 2010, s. 29). Bruk av pasientportaler eller liknende har vist seg også i andre land å være langsom (Wynia & Dunn, 2010, s.65) der antatte problem har vært informasjon, forståelse og at innbyggerne ikke har sett hensikten da de ikke har hatt noe helseproblem, noe som også ble funnet i studiet til Greenhalgh et al (2008b, s.74). Det er først når man har en kritisk tilstand som vil kunne påvirke valg av helsehjelp, at man kanskje ser nytten av å få kjernejournal.

Andre land har latt den digitale løsningen være frivillig slik at en selv må registrere seg eller åpne sin portal. Frivillighet til å ha kjernejournal er bevisst valgt vekk for kjernejournal, fordi man vet at det er liten oppslutning i andre land med frivillige ordninger (Prop.nr 89 L. (2011-2012), 2012, s. 34). I en annen studie fra Danmark av Zurita og Nøhr (2004, s.1335) hadde pasientene en forventning til at all informasjon skrevet i journal på sykehus var tilgjengelig også for fastlegen. I studien til Greenhalgh et al (2008b s.42) antok også flere av informantene at helseopplysningene deres allerede var delt mellom tjenestene. Informantene var også interessert i å ha tilgang til sin egen data for å sjekke opp feil, da enkelte hadde opplevd tidlige feil i sin journal. Greenhalgh et al (2010) konkluderte med, at dersom ikke beslutningstagerne tok hensyn til innbyggernes holdninger, identifisere riktig informasjonsgrunnlag og lage en riktig og innholdsrik

omsorgspakke, var risikoen stor for at SCR ikke ville bli tatt i bruk. Vest, Kern, Campion Jr., Silver og Kaushal (2013, s. 219) forklarer at deling av journal/helseinformasjon økte kvaliteten på behandlingen, reduserte innleggelses og behandlingstidspunkter ved en akuttavdeling. Pasienter har en positiv opplevelse av åpenhet rundt sine helsedata. Å ha tilgang til sine helsedata skaper en involvert pasient, og øker deres forståelse rundt sin egen helse (Woods et al., 2013, s. 1). I rapporten til Warth (2016, s. 23) konkluderte informanter om at aktive pasienter som etterspør kjernejournalen antageligvis påvirker bruken av den. Pasienter og legfolk har optimistiske forventninger og positive holdninger til e-helse (Andreassen, 2010, s. 521).

2.1.5 Oppfordrer innbyggeren til å kvalitetssikre informasjonen i kjernejournal

Noe av det som er nytt og innovativt med kjernejournal, er at innbyggerne selv får tilgang til og enkelt kan registrere informasjon om seg selv. På den måten kan de være med på å påvirke sin egen behandling. Hvorfor er det da ikke flere enn 500 000 innbyggere som har åpnet kjernejournalen sin (Styringtallsrapport uke 45.2016)? Om ikke annet enn for å kvalitetssikre informasjonen som er registrert om dem selv? Selv om mye av informasjonen i kjernejournalen blir hentet inn automatisk fra ulike offentlige registre, kan feil forekomme. Kritisk informasjon i kjernejournalen blir manuelt ført inn slik at dette også kan inneholde uriktige opplysninger eller mangler. I forbindelse med at kjernejournal var innført nasjonalt per. 1. mars 2017, informerte helseminister Bent Høie om at alle bør logge seg inn i sin kjernejournal for å sikre seg mot at det står informasjon som er feil i den (NRK, 2017). Høsten 2015 var det innrapportert i underkant av 100 feil i kjernejournalen, da hadde 2,4 millioner innbyggere fått tjenesten. En kan anta at det har blitt en økning nå som dobbelt så mange har fått tilgang. Feilene som var innrapportert var misforståelser og noen feilregistreringer (Dolonen, 2015). Ingen av feilene som er oppdaget har ført til alvorlige hendelser, da det har dreid seg om innleggelsessted, sier Anne-Lise Härter i Helsedirektoratet (Sunnmørsposten 2015, 31.08). Feilene er oppdaget ved at innbyggeren selv har oppdaget dem og rapportert inn. Konsekvensene har heller ikke her vært livstruende, men oppleves som ubehagelige og urovekkende for vedkommende, bekrefter Anne-Lise Härter. I et innlegg av Nard Schreurs (31.08.2015) skriver han at den beste måten å ha kontroll på dine egne opplysninger er at du selv har tilgang til dem og kan sjekke om de er riktige. Uoverensstemmelser og ufullstendig innhold i electronic health records er også rapportert i utlandet. I USA ble det beskrevet at ca. 1/3 av respondentene opplevde at informasjonen ikke var fullstendig og rundt 25 % opplevde at informasjonen inneholdt feil (Hassol et al., 2004).

2.1.6 Sørger for riktig behandling i akutte eller kritiske situasjoner

Kjernejournalen har allerede vist seg å redde liv og mediene har begynt å opplyse innbyggerne om gevinsten med å ha en kjernejournal (Skogstrøm, 2015; NRK, 2017). Likevel kan det tyde på at ikke alle innbyggerne synes dette er like viktig ut i fra Direktoratet for e-helse sine styringstall. I figur 2 følger noen eksempler på situasjoner hvor kjernejournal har sørget for riktig behandling i akutte eller kritiske situasjoner (Røren, 2016).

- Liten hjerneblødning ble avdekket etter mistanke pga. marevan i legemiddellisten
- Pasient som hadde tatt en overdose, ble behandlet basert på opplysninger om utlevert legemiddel
- Tilkalt lege fikk opplysninger om kritisk informasjon for en ukjent, akutt syk pasient
- Pasient husket ikke hvilke legemidler hun bruker, men det står i kjernejournal
- Penicillinallergiker unngikk å få penicillin

Figur 2 . Eksempler på situasjoner hvor kjernejournal har sørget for riktig behandling i akutte eller kritiske situasjoner

(Røren, 2016).

Direktoratet for e-helse har investert mye tid og ressurser for å utvikle og innføre kjernejournalen som skal øke informasjonsdeling av kritisk informasjon i helsevesenet. Kjernejournal gir også innbyggeren en unik mulighet til å være med og påvirke egen helse.

At innbyggerne ikke har kjernejournalen og dens nytte i fokus, kan få konsekvenser for bruken av løsningen og pasientsikkerheten. Studier viser at det tar tid å innføre nye systemer, men i dette tilfellet kan innbyggerne hjelpe til med raskere innføring ved å etterspørre og være aktive i besøk hos fastlege og sykehus. Dersom ikke kjernejournalen blir brukt vil den miste mye av sin verdi og det offentlige har investert mye for at vi som innbyggeren skal få en tryggere helsehverdag. Hvorfor kjenner ikke flere til kjernejournalen? Hva kan innbyggeren selv gjøre for å bruke kjernejournal, og kan innbyggeren påvirke bruken? Dersom kjernejournal blir brukt, og adoptert av helsepersonellet, og innbyggeren får kunnskap om den vil kjernejournal kunne oppnå sine effekt og gevinstmål. Ellers kan det gå utover helsepersonell, innbyggeren og samfunnet, ved at investeringen blir nok en av pengeslukene for offentlige IKT-prosjekter i Norge. Det er derfor hensiktsmessig å undersøke innbyggernes opplevelse av og forventninger til kjernejournalen for å se på faktorer som kan påvirke mulighetene for suksessfull innføring.

2.2 Avgrensning og problemstilling

Under følger studiens avgrensning og problemformulering, samt forskningsspørsmål.

2.2.1 Avgrensning

Det vil ikke være fokus på det organisatoriske rundt innføringen av kjernejournalen og bruken blant helsepersonell. Det vil heller ikke bli satt fokus på kjernejournalens tekniske og arkitektoniske oppbygging, da dette ansees å være et eget studie i seg selv. Tilgangen på feltet og tid til studiet har også satt avgrensninger.

2.2.2 Problemformulering og forskningsspørsmål

Tema for denne studien vil derfor være hvilke forventninger, opplevelser og forståelse innbyggerne har ved å ha fått en digital løsning som gjør at de kan sitte hjemme i sin egen stue og få oversikt over sine kritiske helseopplysninger og gjøre egenregistreringer direkte inn i løsningen. Kjernejournalen er heller ikke tatt i bruk i stor skala av helsepersonell i Norge (Ikoev, 2016), men det pågår pr. 2016-2017 en kvalitativ studie på helsepersonell (Warth, 2016-2017), så derfor vil det være hensiktsmessig og interessant å undersøke hvordan innbyggerne opplever kjernejournalen, da ingen har sett på dette tidligere i Norge. Problemstillingen for oppgaven blir derfor:

Hvilke faktorer er de viktigste for (å øke?) innbyggernes bruk av kjernejournal?

For å få svar på problemformuleringen er det utarbeidet følgende forskningsspørsmål:

- Hva er viktig informasjon for at du skal åpne og ta i bruk kjernejournalen din?
- Hvilke forventninger har du til informasjon i kjernejournalen?
- Hva synes du er viktige for brukervennligheten i kjernejournalen?
- Hva synes du om informasjonen/innholdet i kjernejournalen din?
- Hvorfor kan kjernejournalen være viktig for deg?

3 Teoretisk grunnlag

I dette kapitlet redegjøres for det teoretiske rammeverket for studien. Det er valgt å bruke rammeverket for e-government av Kumar, Mukerji, Butt og Persaud (2007). Rammeverket benyttes i studien til å strukturere diskusjonen og funnene fra undersøkelsen. I tillegg er McKinney, Yoon og Zaheids (2002) Expectation-disconfirmation effects on web-customer satisfaction- modell brukt.

3.1 Offentlige digitale løsninger til folket

Internett har endret samfunnet ved blant annet å åpne for en ny måte å tilegne seg informasjon og å kommunisere på (Kumar et al., 2007. s. 63). Dette medfører nye digitale tjenester til innbyggerne, og nye måter å forholde seg til offentlige etater på. Nye teorier, rammeverk og modeller kommer til, for å studere, forske og evaluere bruken av informasjonssystemene. Dette har ført med seg nye teorier for å tilegne seg kunnskap om disse systemene (Kumar et al., 2007, s. 63; Shankar, Smith & Rangaswam, 2003; Almahamid, McAdams, Kaladeh & Seeed, 2010; Shareef, Kumar, Kumar & Dwivedi, 2010; Carter, Weerakkody, Phillips & Dwivedi, 2016). Men, rammeverk og teorier for e-government er fortsatt prematur (Shareef et al., 2011, s 17).

Davis (1989) Technology Acceptance Model (TAM) er mye brukt for å forklare brukernes aksept av nye systemer. Modellen viser at aksept alene ikke er nok for å oppnå suksess, men er et viktig bidrag. Nyttien ved teknologien er den sterkeste påvirkningen på om teknologien tas i bruk, mens hvor enkel teknologien er å bruke har mindre betydning. Tidlige forsøk på å beskrive informasjonssystemers suksess har vært vanskelig, da kompleksiteten og de mange dimensjonene rundt et informasjonssystem er vanskelig å definere. Mange teorier bygger på hverandre og er videreutviklet etter TAM. Det meste av tidligere forskning på informasjonssystem er teoriene til blant annet Delone og McLean (2003), Taylor og Todd (1995) og Davis (1989). Disse teoriene har primært hatt sitt utgangspunkt i arbeidstakerne i en organisasjon, og deres arbeidsmiljø (Xu, Benbasat & Cenfetelli, 2013 s. 788; Gilbert, Balestrini & Littleboy, 2004 s. 287).

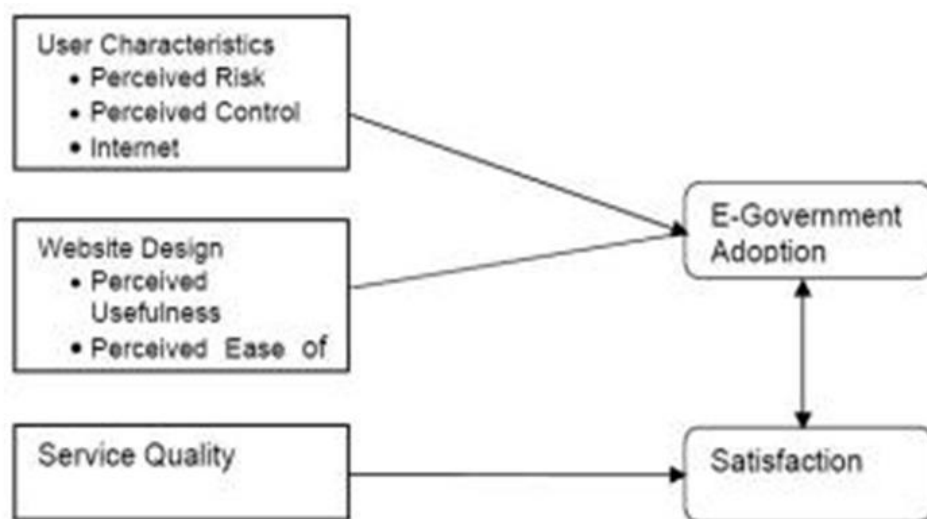
På grunn av dette vil det være hensiktsmessig å bruke et rammeverk som har sitt utgangspunkt i kunder og innbyggere, da det antas som nærliggende å si at respondentene i studien kan sees på som kunder av kjernejournal.

3.2 E-government

Offentlige virksomheter har benyttet informasjonsteknologi i over et halvt århundre (Flak et al., 2009), men de siste tiårene har det blitt en økning av investering og bruk av offentlige digitale tjenester som blant annet skatteopplysninger, Nav-tjenester og digital postkasse. Dette bidrar til å sette fokus på e-government. E-government er ikke lengre et alternativ, men en nødvendighet for det offentlige (Gupta & Jana, 2003, s.365). Det er derfor viktig at systemene er tilpasset innbyggerne og ikke bare for det offentlige, hvis ikke vil de digitale tjenestene ikke bli brukt, fordi de da ikke er tilpasset behovet til innbyggeren (Kumar et al., 2007 s. 69). Med e-government menes adopsjon av informasjon og kommunikasjonsteknologi (IKT) av offentlige etater for å tilby bedre offentlige tjenester, ved å forbedre tilgangen til og levering av offentlig informasjon og tjenester til innbyggerne, andre organisasjoner og offentlige virksomheter (Almahamid et al., 2010. s. 31). Formålet med e-government bør være frekvensen av bruk, og gjentatt bruk av de digitale tjenestene, ikke bare for å få informasjon, men også for å samhandle og forhandle med det offentlige for innbyggerne (Kumar et al., 2007. s. 64). Ved at innbyggerne i Norge nå får tilgang til sine kritiske helseopplysninger gjennom kjernejournal kan det bidra til å styrke pasient- og brukerrollen, gi en mulighet for brukermedvirkning, og en mer åpen og tilgjengelig helsetjeneste (Meld. St. 26 (2014-2015), 2015. s. 47). Kontakten mellom helsepersonell og innbygger kan styrkes og innbyggeren kan få en opplevelse av et helhetlig og tilgjengelig helsevesen (Meld. St. 9 (2012-2013), s.10).

3.3 Rammeverket til Kumar, Mukerji, Butt og Persaud

Kumar et al (2007 s. 63-64) intensjon med studien er for det første å presentere en utvidet modell bestående av et sett med variabler som bygger på markedsføringsteori, for det andre fylle på å lage en teoretisk modell som etter, at den er testet empirisk, vil kunne hjelpe andre land å bli mer effektive i sin e-government. For å oppnå dette må en del faktorer ligge til grunn. Kumar et al (2007, s. 68) antar at dimensjonen brukeregenskaper som inneholder elementene oppfattet risiko, oppfattet kontroll og internetterfaring sammen med dimensjonen webside-oppbygging, med sine elementer oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet vil føre til adopsjon av e-government. I tillegg må også innbyggeren oppleve servicekvalitet. Dette er den siste dimensjonen i rammeverket, som fører til tilfredshet, som har gjensidig påvirkning på adopsjonen. Se figur 6.



Figur 3 Konseptuell modell av e-government adopsjon

(Kumar et al., 2007. s.68)

3.3.1 E-government adopsjon

I følge Kumar et al (2007, s 64) har ikke andre modeller beskrevet tydelig hva adopsjon av et system innebærer. De ser adopsjon som intensjonen innbyggeren har til å engasjere seg i de offentlige tjenestene for å få informasjon, gi informasjon og be om tjenester. Gilbert et al (2004) beskriver adopsjon som, viljen til å bruke de digitale tjenestene, og viljen vil være til stede hvis det offentlige utvikler tillit, forsikrer dem om at deres finansielle detaljer er sikre, gir informasjon som er relevant, nøyaktig og “up-to-date”, og spare enkeltpersoner tid og penger. Som følge av dette vil innbyggerne ta i bruk tjenestene.

Adopsjonsprosessen er en utviklingsprosess der den enkelte går igjennom flere faser for så å ende opp med å ta i bruk den nye tjenesten eller ikke.

- Oppmerksomhet av produktet/systemet
- Skape interesse for å motivere å se nærmere på produktet/systemet
- Evaluere vekke interesse for å prøve
- Test, prøve ut produktet/systemet
- Adopsjon, dersom produktet/systemet er interessant og gir et godt inntrykk

(Sander, 2016, 19.10)

Kumar et al (2007) beskriver adopsjon som flere dimensjoner. Noen vil si adopsjon er å bruke et informasjonssystem en gang i året, mens for andre vil dette ikke bli anerkjent som adopsjon av det samme systemet. Et annet eksempel på ulike dimensjoner er hvordan informasjonssystemet benyttes for å hente ut informasjon, og selve bruken av systemet. Ytterligere en dimensjon er hvordan innbyggeren opplever ulike websider, og hvordan de foretrekkes framfor hverandre. I rammeverket forklarer Kumar et al (2007, s 65) hva de mener påvirker adopsjonen av e-government. De mener at oppfattet brukervennlighet, oppfattet nytte, brukeregenskaper som opplevd risiko, følelse av kontroll, tidligere erfaring med internett og innbyggernes tilfredshet med kvaliteten av tjenesten påvirker adopsjonen av e-government. Innledende bruk av et system er et suksesskriterier, men det blir ikke nødvendigvis den forventede effekten før et større antall innbyggere bruker systemet (Wangpipatwong, Chutimaskul, & Papsatorn, 2008. s. 55). Videre kan også adopsjonen opphøre dersom ikke systemet møter behovet til innbyggeren over tid (Sander, 2016, 19.10).

3.4 Brukeregenskaper

Hva Kumar et al (2007, s. 71) kaller for User characteristics, er i denne studien oversatt til brukeregenskaper. Brukeregenskaper handler om oppfattet risiko, oppfattet kontroll og erfaring med internett, og kan ha påvirkning på internettadopsjonen (Kumar et al., 2007). I studiet til Warkentin, Gefen, Pavlou & Rose (2002) er også innbyggernes tillit til systemet med på å påvirke adopsjonen av e-government. Brukere med positiv erfaring vil enklere ta i bruk tjenestene som leveres gjennom e-government. Kumar et al (2007, s. 71) definerer

oppfattet risiko som, risikoen det er å utsette og å miste personlig informasjon via elektronisk samhandling.

Oppfattet risiko er innbyggernes opplevelse av om informasjonen er trygg i systemet eller at ikke uvedkommende kan komme til opplysningene. Infrastruktur og sikkerhet må tas hensyn til når myndighetene utvikler digitale løsninger. Styrte tilganger og autentisering er viktige tiltak for å minimere risikoen og øke tilliten for innbyggerne (Kumar et al., 2007 s 71). Dersom innbyggeren har kontroll over informasjonen; over hvem som har tilgang til den, og med hvilken hensikt informasjonen blir brukt kan dette øke deres tillit, og samtidig gi dem følelsen av kontroll.

I studien til Shareef et al (2011) er oppfattet sikkerhet en kritisk faktor for å ha tillit til sikkerheten på en webside. Som et resultat av interaksjon med private opplysninger opplever innbyggerne mangel på personvern Carter et al (2016, s. 133) fant også at tillit var en avgjørende faktor for e-government adopsjon. I tillegg fant de at innbyggerne måtte kjenne til mulighetene og gevinstene i systemet for at de skulle adoptere e-government.

3.5 Kundetilfredshet

I e- government rammeverket bygger kundetilfredshet på forskningen til Shankar et al., (2003). De framstiller at lojalitet og tilfredshet har et gjensidig forhold som blir ytterligere forsterket ved bruk av internett. De definerer tilfredshet som oppfatningen av en fordelaktig utførelse av en tjeneste, og lojalitet som dyp forpliktelse til tjenesteleverandøren. Videre deler Shankar et al (2003 s. 156) kundetilfredshet i to, transactional satisfaction som bygger på en enkel opplevelse i samhandling med en online-tjeneste. Den opplevelsen kan være forskjellig fra gang til gang, men dersom en serie av hendelsene er positive kan dette føre til overall satisfaction. Kumar et al (2007 s. 69) mener at desto høyere og dypere kundetilfredshet kunden har, desto mer øker mulighetene for adopsjon av offentlige tjenester. Accenture (Masson & Al-Yahya, 2014) har funnet at et viktig aspekt av en vellykket bærekraftig digital offentlig tjeneste, er at de samkjører tiltak med sine innbyggere, og dermed forbedrer generell tilfredshet, og bygger tillit og engasjement hos innbyggerne. Accenture undersøker innbyggeren, og det er naturlig å tenke seg at innbyggere er kunder store deler av tiden sin og derfor anses det som at kunde- og innbyggertilfredshet går ut på det samme for denne studien. Kumar et al (2007, s. 69) sin påstand i rammeverket er at høy kundetilfredshet vil øke

adopsjonen for e-government. Det antas at innbyggernes tilfredshet med kjernejournalen kan påvirker deres adopsjon.

3.6 Servicekvalitet

Det er viktig å forstå behovet til kundene, og å skreddersy informasjonssystemet for å dekke disse (Kumar et al., 2007 s, 69). Innbyggernes behov skal prioriteres fremfor det offentlige behov når innhold og oppbyggingen av et informasjonssystemet planlegges. Som allerede nevnt er mye av det tidligere arbeidet med modeller og rammeverk innenfor informasjonssystemer primært vært rettet mot arbeidstakere. Disse systemene, og deres tilsvarende modeller har ikke vurdert kundespektet. Derfor har faktoren med servicekvalitet blitt et viktig og uunnværlig mål for å evaluere informasjonssystemer. Kumar et al (2007, s. 69) tok med servicekvalitet i sitt rammeverk fordi de innså viktigheten i påvirkningen av brukertilfredshet. Tilgjengeligheten av relevant og pålitelig informasjon skaper en høy tilfredshet. Kumar et al (2007. s.70) påstår at høy kvalitet på service vil føre til høyere nivå av kundertilfredshet.

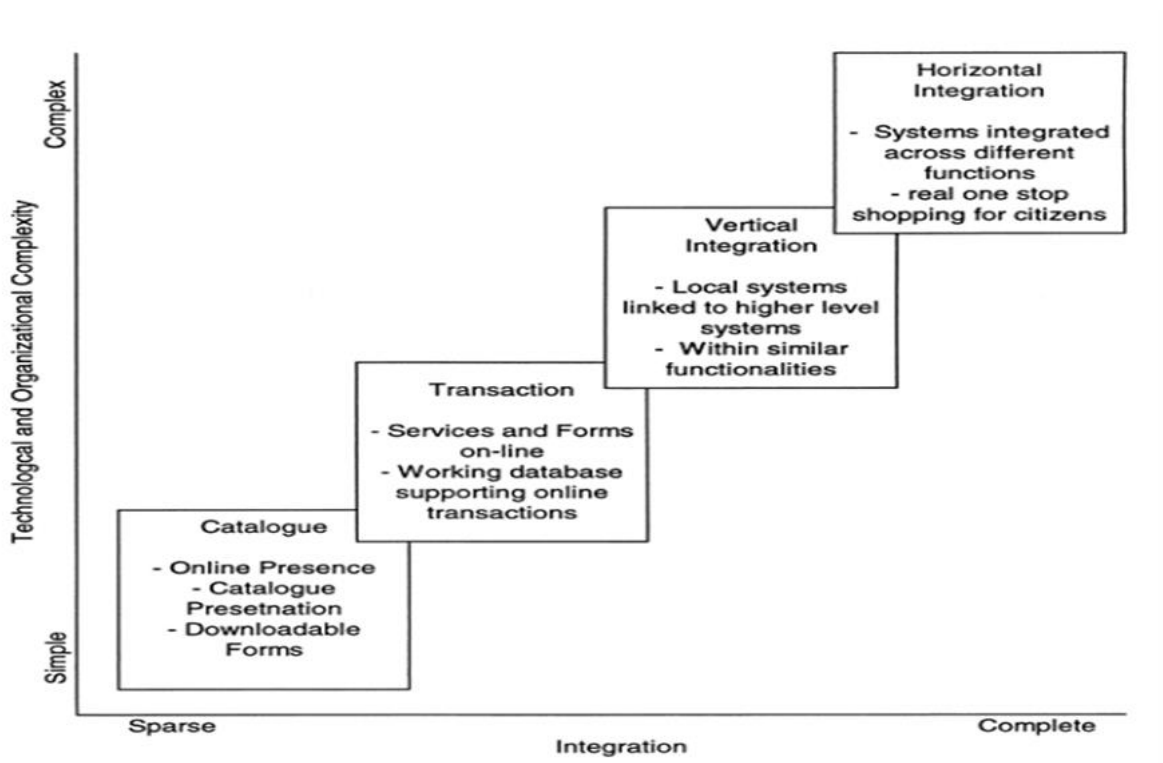
3.7 Nettsidedesign

Kumar et al (2007, s. 70) sier at informasjonssystemet eller websiden er en nøkkelkomponent for markedsføring på nett. Det betyr at det er særdeles viktig at siden adresserer målet med informasjonen effektivt og tilstrekkelig. Websiden bør bygges opp brukervennlig ved at den er lett å navigere seg rundt i, at den er estetisk utformet, lett tilgjengelig, riktig innhold og gir mulighet for personlige tilpasninger. Kombinert vil disse elementene påvirke brukerens opplevelse av systemet og tilslutt deres tilfredshet og adopsjon av det (Kumar et al., 2007). Effektiviteten av en webside fra innbyggernes perspektiv kan bli målt etter oppfattet nytte og oppfattet brukervennlighet. Davis (1989, s. 320) definerte oppfattet nytte som “the degree to which a person believes that using a particular system would enhance his or her job performance.” Dette kan oversettes til, graden en person tror at et bestemt system vil forbedre han eller hennes prestasjon. Han beskriver det som hvor raskt en jobb kan bli gjort med hensyn til produktivitet og effektivitet. I Kumar et als (2007) rammeverk påvirker oppfattet nytte e-government adopsjon direkte. Davis (1989, s. 320) har definert oppfattet brukervennlighet som “the degree to which a person believes that using a particular system would be free of effort.” Dette kan oversettes til, hvor raskt en jobb kan bli utført, forbedre en jobbprestasjon og øke produktivitet og effektivitet. TAM-modellen til Davis (1989) foreslår at

oppfattet nytte påvirker brukervennligheten fordi jo enklere et system er å bruke, desto nyttigere er det. I tillegg påpeker Kumar et al (2007, s. 71) at høy opplevelse av nytte og oppfattet brukervennlighet påvirker adopsjon.

3.8 Utviklingstrinn innenfor E-government

Layne og Lee (2001) beskriver fire utviklingsnivåer av e-government (1) katalogisering, (2) transaksjon, (3) loddrett integrering, og (4) horisontal integrering. Disse fire nivåene er forklart i form av kompleksiteten involvert i service i e-government systemer og ulike nivåer av integrering mellom systemene i e-government til innbyggerne som vist i figur 4.



Figur 4 Dimensjoner og nivåer i e-government utvikling

(Layne og Lee, 2001)

I sammenheng med kjernejournal kan modellen forstås ved at nivå 1 blant annet gir en oversikt over innbyggernes resepter, nivå 2 er når innbyggeren kan legge til informasjon (egenregistreringer), samhandle med helsevesenet, nivå 3 handler om at kjernejournal innhenter opplysninger fra ulike databaser (vertikalt), og gjør dette tilgjengelig for innbygger (og helsepersonell). Til sist vil nivå 4 handle om full integrasjon (horisontalt), det vil si mellom alle de offentlige helsesystemer fra pasientjournal både fra spesialist- og

primærhelsetjenesten, røntgenbeskrivelser, laboratoriesvar, journal fra tannlege, og så videre, på alle forvaltningsnivåer som foreslått i utredningen til én innbygger - én journal. Layne og Lee (2001) vektlegger at ved innføring av e-government må det offentlige være innbyggerfokuset, det skal være frivillig å bruke, og at systemene skal være innbyggerorienterte.

3.9 Expectation-disconfirmation effects on web-customer satisfaction

I denne studien er det spurt etter respondentenes forventninger og opplevelser til kjernejournal. Kumar et al (2007) sitt rammeverk beskriver ikke tilstrekkelig forventninger, og det er derfor valgt å bruke McKinney, Yoon og Zahedi (2002) sin modell for måling av brukertilfredshet av websystemer, kalt Expectation-disconfirmation effects on web-customer satisfaction (EDEWS). Modellen måler ulike momenter av kundetilfredsheten i forbindelse med online-shopping. For denne studien vil kundene her være innbyggere som bruker kjernejournalen. EDEWS bygger videre på modellen som DeLone og McLean (2003) har utviklet for å måle brukertilfredshet. McKinney et al. (2002.s 297). Forklarer at den digitale brukeropplevelsen avhenger av at websiden kompenserer for mangelen på fysisk kontakt med selger, og forårsaker at kunden må stole mye på teknologien og systemkvaliteten for å holde dem interessert, og tilfredsstilt mens de utforsker websiden med letthet og glede. Kundene gjør

beslutninger vedrørende produktets attraktivitet på basis av

- 1) informasjon gitt av forhandlere
- 2) designelementene på websiden, slik som hvor lett det er å navigere på websiden.

Basert på litteratur fra informasjonsteknologi argumenterte Delone og McLean (2003, s 11) at web-tilfredsheten med informasjonskvaliteten og systemkvaliteten gir innsikt i en kundes tilfredshet med en webside. På samme måte, foreslår også McKinney et al (2002, s. 297) at web-tilfredsheten består av lignende to nivåer som de velger å kalle for informasjonskvalitet og systemkvalitet. De forklarer at forventninger, oppfattet ytelse og avkrefning er begreper som brukes for å måle tilfredsheten i et system.

Under er McKinney et al (2002) nøkkelbegreper og variablene for å måle informasjonskvalitet og systemkvalitet satt inn i tabellene for å gi en oversikt over EDEWS.

Tabell 3 Beskrivelse av nøkkelbegreper

Nøkkelbegrepene	
<i>Begrep</i>	<i>Definisjon</i>
Expectations/forventinger	Forventningene brukeren har formet seg forut om produktet (i denne studien, av kjernejournal). Oppfatninger om et systems ytelse, oppfatninger om brukerens egen ytelse når de bruker systemet
Perceived performance/Oppfattet ytelse	Kundens oppfatning av hvordan et produkts ytelse innfrir deres behov og ønsker
Disconfirmation/Avkrefting	Kundens subjektive vurderinger som et resultat av å ha sammenlignet deres forventninger og deres oppfatninger av ytelse. Avkreftelse skjer når kunden vurderer produktets kvaliteter til å være ulikt fra deres forhåndsbestemte forventninger

(McKinney et al, 2002)

Tabell 4. Variabler som måler informasjonskvalitet

Informasjonskvalitet	
<i>Variabel</i>	<i>Definisjon</i>
Relevance/Relevans	Er informasjonen anvendbar, relevant, klar og god?
Understandability/Forståelse	Informasjonen er klar, enkel og lett å lese
Reliability/Troverdig	Graden av hvor nøyaktig, pålitelig og konsekvent informasjonen er. Troverdig informasjon. Oppdatert.
Adequacy/Tilstrekkelig	Informasjonen er tilstrekkelig, fullstendig og inneholder nødvendige emner.
Scope/Omfang	Evaluerer rekkevidden av informasjonen, graden av informasjon, og detaljnivået på websiden. Er informasjonen tilstrekkelig, komplett, detaljert og tilstrekkelig?
Usefulness/ Nytteverdi	Oppfattelsen av hvorvidt informasjonen er informativ og verdifull.

(McKinney et al, 2002)

Tabell 5. Variabler som måler systemkvalitet

Systemkvalitet	
Variabel	Definisjon
Access/tilgang	Er websiden tilgjengelig til alle tider og laster informasjon med en tilfredsstillende hastighet.
Usability/bukervennlighet	Har websiden enkelt og tydelig design? Er den enkel å bruke og godt organisert?
Entertainment/underholdning	Er websiden visuelt attraktiv, underholdene og interessant å bruke?
Navigation/Navigering	Er det lett å gå frem/tilbake på websiden, kreves det få klikk?
Interactivity/interaktivitet	Har websiden en god søkemotor og kan websiden brukertilpasset/skreddersys brukerens ønsker (personlig design)?

(McKinney et al, 2002)

McKinney et al (2002, s. 308) forklarer at kunder som er misfornøyde med informasjonsinnholdet vil forlate websiden uten å gjennomføre et kjøp. Omvendt, uansett hvor god kvaliteten er i informasjonen på websiden vil kunden forlate den hvis de finner den vanskelig å søke i, navigere seg rundt på og skaffe seg den informasjonen de trenger for å gjennomføre en handling. Derfor kan det settes en verdi på og skape innsikt om brukertilfredshet ved å undersøke tilfredsheten med informasjonsinnholdet, så vel som systemkvaliteten. Overført til denne studien om innbyggere og kjernejournal er det interessant å forsøke å finne teoretisk forankring hva gjelder innbyggernes tilbakemeldinger på informasjonskvalitet og systemkvalitet, og med det se hvorvidt de er tilfredse eller ikke.

3.10 Oversikt over teorigrunnet

Tabell 6 viser en oversikt over litteraturen og teorien benyttet i dette studiet. Diskusjonen er strukturert etter studiens funn og teoriens inndeling i oversikten. Litteraturen nederst i tabellen diskuterer underveis i funnkapitlene.

Tabell 6. Oppsummering av litteraturen brukt i teorikapittelet

	Oversettelse bruk i oppgaven	Artikler
User characteristics	Brukeregenskaper	Kumar et al., (2007) Warkentin et al., (2002) Carter et al., (2016)
Webside design - perceived ease of use - perceived usefulness	Nettsidedesign Brukervennlighet Nytte	Kumar et al., (2007) Davis, (1989)
Service quality	Servicekvalitet	Kumar et al., (2007) Xu og Confetelli (2013)
Expectations	Forventinger	McKinney et al (2002)
Adoption	Adopsjon	Kumar et al., (2007) Gilbert, Balestrini & Littleboy (2004)
Satisfaction	Tilfredshet	Kumar et al., (2007) Shankar et al., (2003)
Information quality	Informasjonskvalitet	McKinney et al (2002)
E-government	E-government	Shareef et al.,(2011) Layne & Lee, (2011) Wangpipatwong et al., (2008) Gupta & Jana ()

4 Metode

I dette kapitlet redegjøres det for det metodiske valget, fremgangsmåten for utvelgelse av respondenter, gjennomføring av undersøkelsen og analysearbeidet mellom undersøkelsens faser. Studiens forskningsdesign, etiske og metodiske overveielser blir også redegjort for her.

4.1 Kvalitativ metode

Metoden skal være hensiktsmessig valgt til problemet studien søker svar på. Det er metoden som skal gi studien resultater, og resultatene skal i sin tur gi svar på forskningsspørsmålene og kunne ut i en konklusjon (Ellis & Nova, 2008. s. 20 og 21). Kvalitativ metode gir ny kunnskap om menneskelige egenskaper som erfaring, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. (Malterud, 2013. s. 27). Kvalitativ forskning vektlegger forståelse og analyse av sammenhenger i en prosess hos den enkelte, og den brukes for å søke bedre forståelse av individer (Kvalitativ, 2015).

Formålet med studien er å finne de faktorene som er viktige for at innbyggerne skal ta i bruk kjernejournalen, og som i sin tur kan bidra til å øke forståelsen. Ønske med studien er å kunne bidra med ny kunnskap for hva som må vurderes når myndighetene i framtiden skal lage nye digitale løsninger til innbyggerne. Det er definert forskningsspørsmål for studien, som hjelper til med å begrense målet med studien. Forskningsspørsmål er spesifikke spørsmål som forskeren ønsker besvart eller få adressert (Creswell, 2005, sitert i Ellis & Nova, 2007. s. 20). Ved å få svar på forskningsspørsmålene er studien et skritt nærmere en løsning på problemet (Leedy & Ormrod, 2005, sitert i Ellis & Nova 2008. s. 20). Kriterier for valg av metode er gjort ut i fra hva som kan gi best svar til studien, men også med tanke på hva som er mulig å gjennomføre innenfor studiens tidsramme og omfang. Kjernejournal treffer bredt, og er en nasjonal løsning. Det finnes lite forskning og empiri på dette.

Metoden er fremgangsmåten for å få svar som har reliabilitet og validitet (Ellis & Nova, 2008. s. 21). For denne studien er Delphi-metoden (heretter kalt Delphi) valgt som forskningsmetode. Delphi er en iterativ prosess for å samle inn og sammenstille vurderingene til eksperter (se avsnitt 3.2.1) gjennom flere undersøkelser (Skulmoski, Hartman & Krahn, 2007. s. 1). Delphi passer godt som metode i studier hvor det er lite eller ufullstendig informasjon om fenomenet eller problemet. Og den fungerer spesielt godt som metode når målet er å øke kunnskapen om problemet, foreslå løsninger, se muligheter eller kunne komme

med forutsetninger (Skulmoski et al., 2007. s. 1). Delphi er valgt for denne studien av følgende årsaker:

1. Studien skal undersøke innbyggers opplevelser og forventninger til kjernejournal. I og med at kjernejournal er en nasjonal løsning som skal brukes av mange er det et komplekst problem å få svar på (Okoli & Pawlowski, 2004. s. 18). Kjernejournal er en relativt ny digital løsning, og det finnes lite forskning på innbyggernes opplevelser av den.
2. Gjennom et ekspertpanel kan studien få svar på forskningsspørsmålene fra flere på en gang, istedenfor å få svar fra en enkelt ekspert (Okoli & Pawlowski, 2004. s. 18). Det antas derfor å være hensiktsmessig å få tak i mange eksperter som kan komme med sine meninger til studiens forskningsspørsmål. Delphi tillater dette, fordi den ikke krever at ekspertene må møtes fysisk (Okoli & Pawlowski, 2004. s. 18).
3. På grunn av at kjernejournal berører over 5 millioner innbyggere, ble det søkt om bredde i utvalget for å gjenspeile det mangfoldet innbyggerne representerer. Det ble derfor antatt at utvalget måtte være stort. Størrelsen på utvalget avhenger av formålet med hva studien skal undersøke, valg av design og tid (Keeney, Hasson & McKenna, 2001. s. 197).

4.2 Delphi

Delphi er en metode som ble utviklet i 1950-årene. Dens mål var å utvikle en teknikk for å oppnå konsensus i en gruppe med eksperter (Okoli & Pawlowski, 2004. s. 16) og for å belyse og organisere meningene til et ekspertpanel gjennom repeterende og kontrollerte tilbakemeldinger (Schmidt, Lyttinen, Keil, & Cule. 2001. s. 6). En beskrivelse av Delphis karakter av Linstone & Turoff sitert i Okoli & Pawlowakis (2004. s. 16) er som følger:

Delphi may be characterized as a method for structuring a group communication process so that the process is effective in allowing a group of individuals, as a whole to deal with a complex problem (Linstone & Turoff sitert i Okoli & Pawlowski, 2004. s. 16).

Skulmoski et al (2007) forklarer at metoden er designet for å fokusere på problemer, muligheter, løsninger og framtidsutsikter. Den er fleksibel og effektiv, godt utviklet og svært tilpassningsdyktig. I tillegg er den brukt på ulike forskningsarenaer over hele verden

(Skulmoski et al., 2007. s. 1-2). Rowe & Wright sitert i Skulmoski et al (2007. s. 2) forklarer at en klassisk Delphi karakteriseres gjennom fire nøkkelfaktorer; anonymitet, repetisjon, kontrollerte tilbakemeldinger og strategisk bearbeiding (tabell 7).

Tabell 7. Oversikt over nøkkelfaktorene i et klassisk Delphi-studie

Anonymitet av deltakerne	Ved å være anonyme får ekspertene mulighet til å uttrykke seg fritt uten å føle seg bundet, eller påvirket av andre i gruppen.
Repeterende	Tillater ekspertene å endre sine tilbakemeldinger underveis i undersøkelsen.
Kontrollerte tilbakemeldinger	Innkommne svar sammenstilles etter hver runde, før den sendes ut på nytt. Gir ekspertene informasjon om de andre ekspertenes perspektiver, og gir dem også mulighetene til å utdype eller endre deres tilbakemeldinger.
Statistisk bearbeiding	Tillater en kvantitativ analyse og tolkning av datamaterialet.

(Skulmoski et al., 2007. s. 2).

4.2.1 Ekspertutvalg

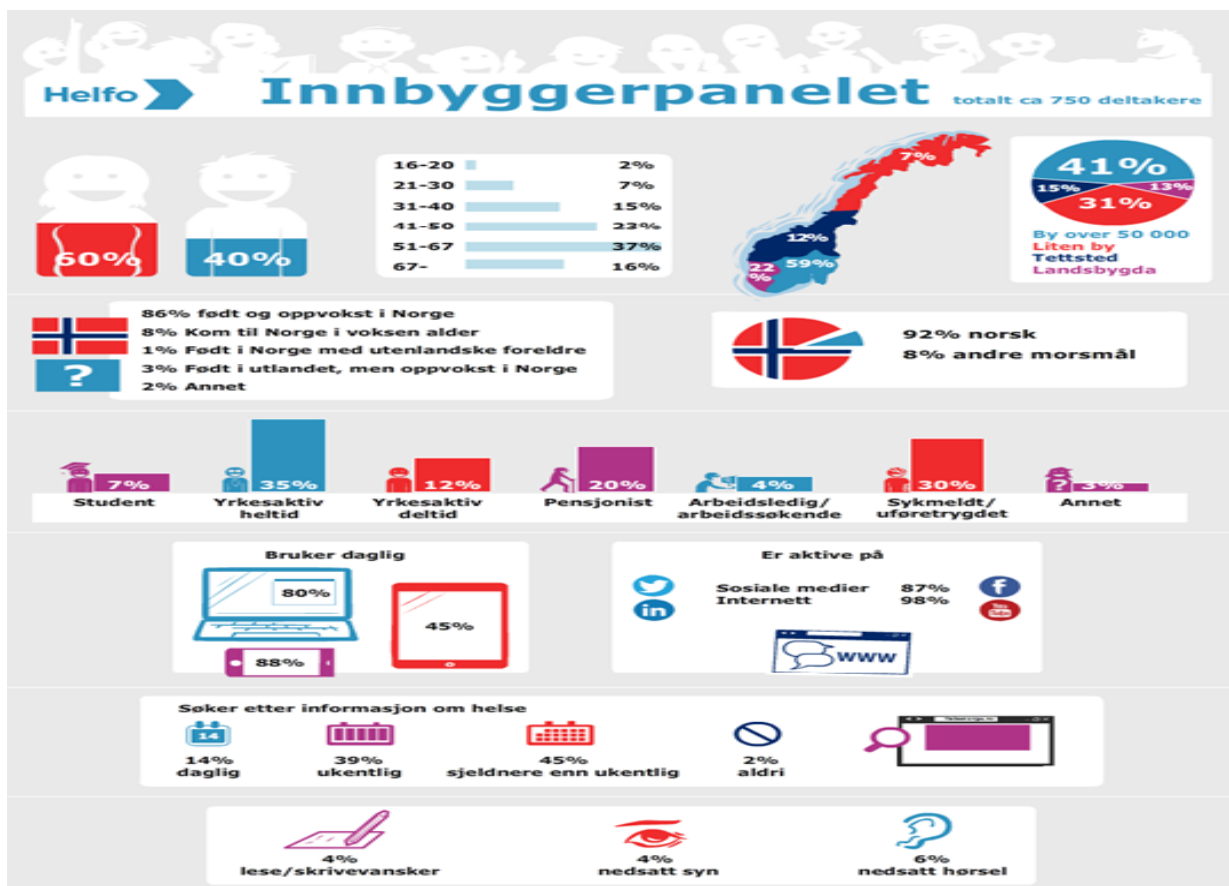
I en Delphi-undersøkelse behøver ikke deltakerne være representative for en populasjon. Det søkes heller etter et utvalg som inneholder kvalifiserte eksperter, deltakere som har inngående forståelse og kunnskap om temaet som undersøkes (Okoli & Pawlowski 2004. s. 20). Størrelsen på utvalget kan variere fra fire til over 170 deltakere (Skulmoski et al., 2007. s. 5), samtidig som Okoli og Pawlowski forklarer at det kreves et beskjedent antall (Okoli & Pawlowski 2004. s. 18). Utvelgelsen av deltakere er en kritisk del i en Delphi siden dens resultatet avhenger av ekspertenes meninger om temaet som undersøkes (Skulmoski et al., 2007. s. 3). Adler og Ziglio, referert i Skulmoski et al (2007. s. 4) sier det er fire krav som må oppfylles for å kunne kalles en ekspert:

- Kunnskap og erfaring med problemet som undersøkes
- Kapasitet til, og ønske om å delta
- Tilstrekkelig med tid til å delta
- Inneha gode kommunikasjonsferdigheter

4.2.2 Utvelgelse og rekruttering av eksperter

Kjernejournal var per. 1. september 2016 opprettet for 4.1 millioner nordmenn (Styringstallrapport, uke 45. 2016), i alle aldersgrupper med ulike funksjonsnivå,

sykdomshistorie, geografi, utdanning og digital erfaring. Basert på dette, samt mangel på empiri om innbyggere og deres erfaring med kjernejournal antas det at det ikke finnes en “typisk” bruker av kjernejournal. Hensikten med kvalitative studier er å få mest mulig kunnskap om et fenomen (Johannessen, Tuft, & Christoffersen. 2011. s. 106 - 107). Det er vanlig at rekrutteringen skjer gjennom strategisk utvelgelse. Dette skjer ved å først tenke igjennom hvilken målgruppe som må rekrutteres for å få samlet inn nødvendige data, og i neste steg velge personer fra målgruppen som skal delta i undersøkelsen. Utvalget i kvalitative studier er ikke representativt, men hensiktsmessig (Johannessen et al., 2011. s. 106 - 107). Rekrutteringen av ekspertene til undersøkelsen foregikk gjennom Helfos innbyggerpanel (vedlegg 4). Helfo bruker sitt innbyggerpanel til blant annet å undersøke utvikling av selvbetjeningsløsninger på helsenor.no, utvikling og test av ny funksjonalitet, brosjyrer og digitalt/skriftlig informasjonsmateriell og Helfos nettsider på helsenor.no (helsenor.no. u.å). Dette bidro til at mulighetene til å få relevante respondenter ble ansett som store. Bilde 4 beskriver Helfos innbyggerpanel.



Bilde 4 Nøkkelinformasjon om innbyggerpanelet

(Helfo, 2017).

Innbyggerpanelet består av cirka 750 deltakere, hvor 60 % er kvinner og 40 % består av menn. Responsraten pr. undersøkelse til panelet er cirka 50 - 60 %, avhengig av interesse og aktualitet for temaet som undersøkes (Garbrandt., 2017. 21.03). Inklusjonskriteriet for deltakelse til studiens undersøkelse var at:

- Respondenten kjente til kjernejournal, og vært innlogget, lest og/eller gjort egenregistreringer.
- Tid, mulighet og interesse av å delta i undersøkelsen

Med dette antas det at respondentene har forhåndskunnskap om kjernejournalen, og har på det grunnlaget formet seg noen forventninger og opplevelser til kjernejournal. Det er disse erfaringene denne undersøkelsen søker å få tak i for å kunne finne mulige faktorer som kan bidra til økt bruk av kjernejournal hos innbyggerne.

4.2.3 Utforming og gjennomføring av undersøkelsen

Før undersøkelsen

Respondentene fikk informasjon om hvem studentene bak studien var og formålet med undersøkelsen. De ble samtidig informert om at besvarelser behandles anonymt og at deltakelsen er frivillig (vedlegg 5). Spørsmål om samtykke til å delta i en studie om kjernejournal, demografiske spørsmål (tabell 8) og registrering av deres e-postadresse som undersøkelsene skulle sendes til ble gjort med hjelp av Questback. Questback er et elektronisk datainnsamlingsverktøyet, som sørger for rask og enkel behandling av datamaterialet (Questback, 2017, 04.20). En kodet fil fra Questback med respondentenes e-postadresser og demografiske data ble deretter importert til SurveyXact. Videre i undersøkelsen ble SurveyXact brukt, et lignende elektronisk datainnsamlingsverktøy, som Questback. Også dette datainnsamlingsverktøyet sørger for rask og enkel behandling av datamaterialet (SurveyXact, 2017, 20.04). I SurveyXact ble det til sammen laget fire undersøkelser.

Tabell 8. De demografiske spørsmålene

Demografiske spørsmål	
1	Hvor mange ganger har du vært inne i kjernejournal på helsenorge.no?
2	Hvor ofte har du søkt etter helserelatert informasjon på internett de siste 12 månedene?
3	Jeg er i følgende aldersgruppe
4	Mitt bosted er:

(Letizia & Nyireddy (2017))

Ved utarbeidelse av undersøkelsen i SurveyXact ble den strukturert etter tre faser som beskrevet i Johannessen et al (2011). I først fase ble det tatt hensyn til forskningsspørsmålene, kreativitet og brainstorming rundt temaet. I neste fase ble spørsmålene strukturert som en brukerhistorie, for å sette respondentene inn i tankene og temaet de skulle svare på. Spørsmålene ble formulert slik:

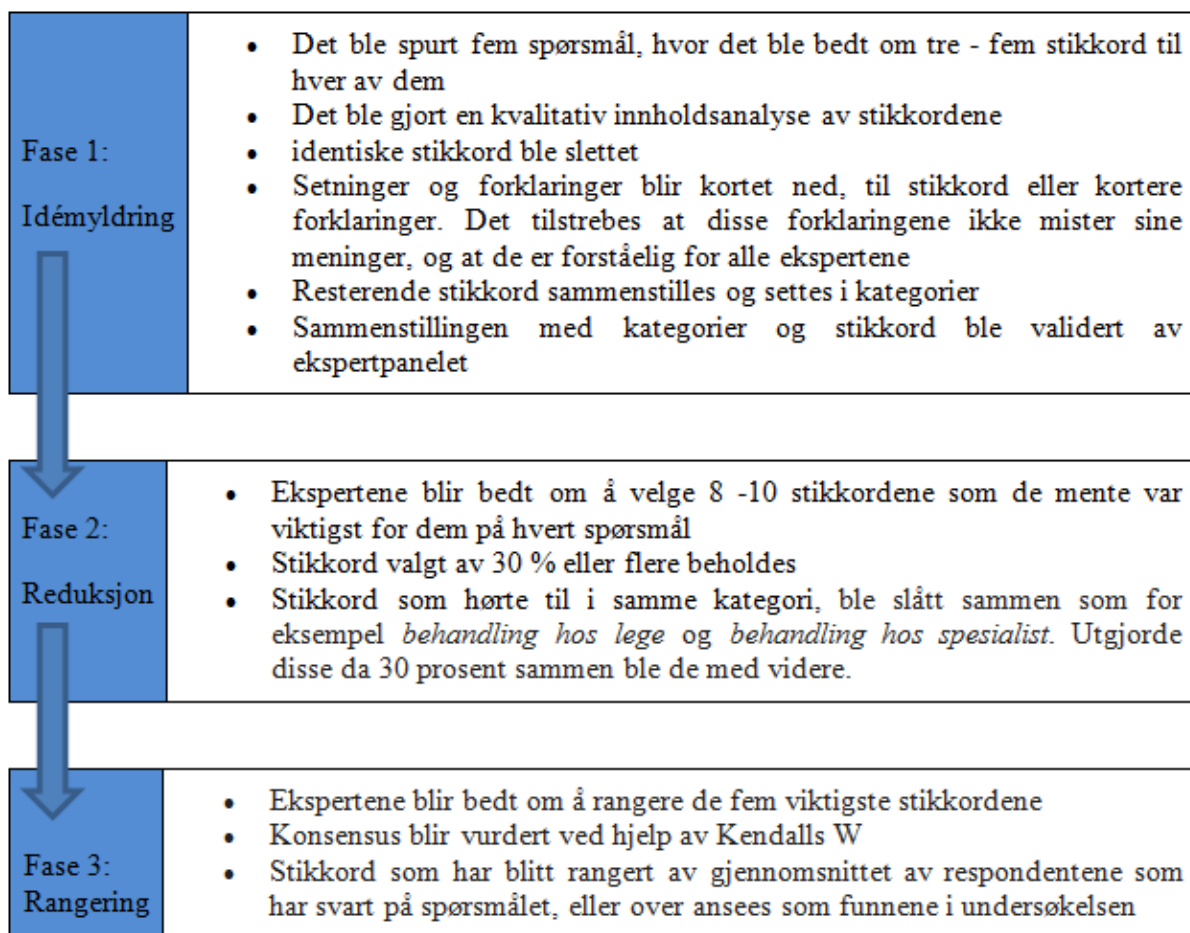
1. Da du fikk opprettet din kjernejournal ble det sendt ut informasjon til deg på e-post. Oppgi tre til fem stikkord for hva som var viktig informasjon for at du skulle åpne, lese og/eller skrive i din kjernejournal?
2. Vi har fått kjernejournalen for at helsepersonell raskt og enkelt skal få oversikt over kritisk informasjon som kan redde liv. Oppgi tre til fem stikkord som beskriver typen informasjon du forventet å finne i din kjernejournal?
3. Hvordan kan du beskrive din opplevelse av å bruke kjernejournal? Oppgi tre til fem stikkord satt i sammenheng med brukervennlighet; hvor lett det er å finne frem og hvor enkelt det er å forstå.
4. Informasjonen du finner i kjernejournalen skal gi viktig og riktig informasjon om deg. Oppgi tre til fem stikkord på hvordan du opplevde den informasjonen du fant i kjernejournalen din?
5. Oppgi tre til fem stikkord om hvorfor kjernejournalen kan være viktig for deg.

At surveyen fremstår som ryddig, har en god flyt og bidrar til at informantene opplever undersøkelsen som gjennomarbeidet er av stor betydning for dem som gjennomfører den (Johannessen et al., 2011. s. 272-274). Hver undersøkelse ble sendt via SurveyXact på e-post. E-posten inneholdt informasjon om den aktuelle fasen for undersøkelsen samt, link til selve

undersøkelsen. Undersøkelsene ble testet gjentatte ganger av kolleger, helsepersonell og av andre uten helsefaglig bakgrunn for å sikre at undersøkelsene var brukervennlige og forståelige. Undersøkelsene ble testet med tanke på språk, og forståelige informasjon og instruksjoner, utseende ble testet, og til slutt ble det angitt hvor lang tid testpersonene brukte på undersøkelsen(e) (Johannessen et al., 2011. s. 274).

4.2.4 Gjennomføringen av undersøkelsene

Datainnsamlingen ble gjennomført etter Schmidts metode (Schmidt et al., 2001. s. 13), som er delt opp i tre faser, som vist i figur 5.



Figur 5 Oversikt over denne studiens gjennomføring av Delphis faser

(tilpasset etter Schmidt et al., 2001).

Fase 1, Idémyldring starter det med åpne spørsmål og hensikten er at respondentene skal fritt få komme med sine meninger og ideer (Keeney et al., 2001). Undersøkelsen ble sendt til 152 respondenter. I denne fasen kom 118 respondenter med sine tilbakemeldinger. Analyse ble gjort med en kvalitativ innholdsanalyse av svarene

(Skulmoski et al., 2007. s. 4; Graneheim & Lundman, 2003). Dette er en metode som Graneheim og Lundman (2003. s. 106) anbefaler å bruke ved analyse av observasjoner eller intervjuer som er av en viss størrelse. På grunn av omfanget av datamaterialet ble det antatt at en innholdsanalyse var en formålstjenlig måte å kategorisere og sammenstille innkomne stikkord på. Etter at alle stikkordene var gjennomgått ble identiske svar slettet (Schmidt et al., 2001. s. 13). Flere av svarene var i setninger og med forklaringer. Disse ble forsøkt kortet ned, og det ble tilstrebet at stikkordene gav respondentene lik mening, slik at alle skulle ha lik forståelse av stikkordet eller meningen (Schmidt, 1997 s. 769). Keeney et al (2001) beskriver at antallet stikkord kan bli enormt, Proctor og Hunt sitert i Keeney et al (2001) støtter dette ved å forklare et Delphi-prosessen kan produsere en stor og u håndterlig mengde med informasjon, spesielt hvis forskeren bruker en kvalitativ tilnærming og ikke er villig til å slå sammen kategorier. På grunn av dette kan neste fase generere flere sider med tekst til respondentene, noe som kan gjøre det utfordrende å motivere respondentene til å bli med videre i undersøkelsen (Keeney et al., 2001. s. 197). Selv om datamaterialet som kom inn etter idémyldringsfasen var stort, ble ingen kategorier eller meninger slått sammen i denne fasen.

Kategoriene med dertil svar ble presentert under hvert spørsmål på nytt i SurveyXact for validering (Schmidt et al., 2001. s. 13), og dermed sendt ut til 118 respondentene fra første runde. Okoli og Pawlowski (2004. s. 25) sier at de ba sine respondenter om å bekrefte at svarene deres var riktig tolket, og plassert i riktig kategori. På grunn av den store mengden tekst som skulle valideres, og frykten for at respondentene skulle bli umotiverte som følge av dette, ble de i denne undersøkelsen kun bedt om å kontrollere at deres stikkord var kommet med. De fikk likevel muligheten til å komme med tilføyelser eller andre kommentarer. Schmidt, (1997) forklarer dette om valideringsprosessen “Without this step, there is no basis to claim that a valid, consolidated list has been produced.” (Schmidt, 1997). Det kom ingen korrigeringer fra respondentene, derimot kom det tilføyelser, og disse ble tatt med videre.

I neste fase, reduksjon er hensikten å innskrenke meningene til en mer håndterlig mengde. Resultatet av dette skal reflektere meningene til flestparten av respondentene (Schmidt, et al. 2001. s. 11). Fase to ble sendt ut til 118 respondenter, og 102 bekreftet stikkordene og meningene. Respondentene ble nå bedt om å velge de stikkordene som de mente var viktigst for dem på hvert spørsmål. De ble oppfordret til å velge 8-10 stikkord, men det var ikke satt noen begrensning, slik at de i praksis kunne velge så mange stikkord de selv ønsket. Okoli og

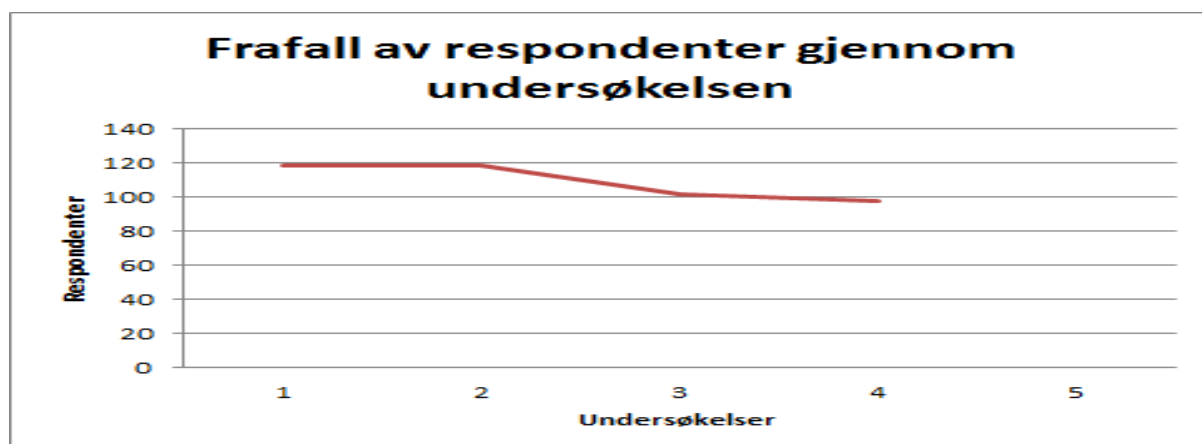
Pawlowski (2000, s. 25) forklarer at de listet opp stikkordene tilfeldig for ikke å påvirke respondentene i verken positiv eller negativ retning.

Okoli og Pawlowski (2004, s. 25) valgte etter denne fasen å ta med stikkord som 50 % av respondentene hadde valgt. Etter reduksjonsfasen var det stor spredning blant stikkordene som var plukket ut som viktige. Om stikkordene skulle blitt valgt ut på samme vilkår som Okoli og Pawlowski gjorde, ville flere faktorer som er ansett som betydningsfulle utgått. En grense på 30 % ble satt som en hensiktsmessig grense for å favne bredden blant stikkordene. Stikkord som hørte til i samme kategori ble slått sammen, som for eksempel, behandling hos lege og behandling hos spesialist. Hvis disse til sammen utgjorde 30 % eller mer, ble de tatt med videre i undersøkelsen.

I den siste fasen skal respondentene rangere faktorene fra reduksjonsfasen (Schmidt, 1997, s. 770). Den siste delen av undersøkelsen ble sendt til 102 respondenter, hvor 98 deltok. Undersøkelsen inneholdt nå stikkord fra reduksjonsfasen som var valgt av 30 % eller flere. Respondentene ble bedt om å velge ut de fem stikkordene de mente var viktigst, deretter skulle disse rangeres, slik at nummer 1 ble viktigst, og nummer 2,3,4 og 5 ble viktige. Respondentene fikk også anledning til å kommentere sine rangeringer, Schmidt (1997, s. 771) forklarer at dette er en måte å få relevante tilbakemeldinger på.

Resultatene fra rangeringsfasen ble sortert i tabeller etter hvor mange som hadde rangert de ulike faktorene. Deretter ble det regnet ut et gjennomsnitt for hvor mange som hadde rangert faktoren. Alle faktorer som var gjennomsnittet, eller over anses som viktige funn. Disse er gjennom en fortolkningsprosess blitt plassert i nye tabeller hvor studiens tolkning er satt sammen med faktoren for å få en overordnet forståelse av faktorene. Denne forståelsen er så diskutert i diskusjonskapitlet. Resultatene etter denne fasen er presentert i kapittel 5.

Generelt for alle fasene i undersøkelsene ble den sendt ut med en svarfrist på fem dager. Etter tre dager ble det sendt en vennlig påminnelse til de som ikke minst mulig for å bevare deltakernes ord og uttrykk, og det har vært minst mulig tolkning i deres stikkord.



Figur 6 Viser frafallet av respondenter gjennom undersøkelsene

(Nyireddy og Letizia, 2017).

4.3 Litteratursøk og kilder til innsikt

Det er søkt etter litteratur i nasjonale, og internasjonale søkemotorer, med norske og engelske søkeord. Søkemotorer som Oria, Swemed, Medline og Pubmed, som er tilgjengelige gjennom hjemmesiden til Universitet i Agder, samt Aura er brukt i stor grad. Det er også gjort søk i Google scholar og Google. Noen av de norske søkeord har vært, adopsjon, informasjon, opplevelse, kjernejournal, forventninger, nytte, Delphi og brukervennlighet. Et utvalg av engelske, Summary care record, personal health records, journal, health portals, e-government, information quality, service quality, trust, expectations, Health informatics exchange, usability og adoption. søkeord

Det er tilstrebet å bruke primærkilder i studien, men noen sekundærkilder forekommer. Det har vært utfordrende å finne mesh-termer som har hatt god nok relevans med tanke på kjernejournal og innbyggere. Mye av litteraturen om kjernejournal er hentet fra nasjonale dokumenter som proposisjoner, NOUer, høringer, forskrifter og stortingsmeldinger, og fra ulike medier (avisartikler, TV og radio), noe som kan understreke oppfatningen av at kjernejournal er et prematurt område å forske på. Det er funnet mye litteratur på pasientjournal (electronic health record- EHR), men den kan ikke sammenliknes med kjernejournalen. De fleste artiklene er oversatt fra engelsk til norsk etter beste evne. Det kan ha påvirkning på forståelsen og innsikten av artiklene. Som oversettelsesverktøy er det brukt ordnett.no og Google translate. Det er tilstrebet at alle artikler skal være fagfellevurdert. Flesteparten av artiklene er referert til av andre. Ny artikler av året er også brukt. Det er

funnet mange eldre artikler og studier, men det ansees at disse fortsatt har gyldighet og er brukt som fundament i studien.

4.4 Etiske overveielser

Før gjennomføringen av undersøkelsene ble det søkt om tillatelse for å gjennomføre studien til fakultetet for helse- og idrettsvitenskap sin etikkkomité (FEK). FEK vurderer og dokumenterer at studien holder den etiske standard som er nødvendig for å oppfylle kravene til publisering i internasjonale forskningstidsskrifter, og sørger for kvalitetssikring og etisk vurdering av masterprosjekter som ikke umiddelbart passer inn under Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) vanlige retningslinjer. Siden datamaterialet kunne spores tilbake til respondentenes e-post ble det søkt Norsk senter for forskningsdata (NSD). NSD behandler søknader med hensyn til personvern, og gir råd om personvern til forskere og studenter (NSD, 2017.24.03). Studiet ble godkjent av FEK 14.11.2016 og NSD 20.12.2016 (vedlegg 1 og 2).

Respondentene fikk informasjon om at deltakelsen var frivillig og at de når som helst kan trekke seg fra undersøkelsen uten å oppgi grunn. De måtte samtykke til deltakelse ved å huke av for dette i survey i Questback.

I informasjonsskrivene ble det opplyst om at det ved deltakelse i undersøkelsen ville bli trukket ut to vinnere av hvert sitt gavekort pålydende 500 norske kroner. Det er en kjent praksis å betale eller belønne personer som stiller seg til disposisjon for forskning, likevel er praksisen kontroversiell (Hovland, 2014. 10.10). Det ble valgt å bruke denne formen for belønning for denne studien fordi det ble ansett som et rettferdig vederlag for deltakernes tidsbruk og innsats i undersøkelsen (Hovland, 2011. 10.10). Beløpet anses som så lavt, at det i seg selv ikke var den utslagsgivende motivasjonsfaktoren til deltakelse.

I denne mastergradsoppgaven undersøker en av studentene en digital løsning som utvikles og implementeres av Direktoratet for e-helse, som også er studentens arbeidssted. Det følger både fordeler og ulemper knyttet til dette. En av fordelene er tilgang på nyttig informasjon, kunnskap og erfaringer fra kolleger. Denne "lokalkunnskapen" er en god kilde til informasjon, men det er samtidig viktig å skape avstand. Det er videre viktig ikke å overse betydningen av bevisst refleksjon over egen praksis. En ulempe kan være at kolleger synes det er vanskelig å være kritiske til tema for studien, og på den måten kan studien "miste" relevant informasjon eller perspektiver, eller at de er positivt innstilt, og tilegner temaet for

studien informasjon av mer positiv art enn hva som reflekterer virkeligheten. Det ideelle er å forsøke å holde forståelsen teoretisk, og forholde seg kritisk til den tause forståelsen som er vokst fram gjennom erfaringer (Kvale & Brinkmann 2009, s. 242). Egne oppfatninger av, holdninger til og egen arbeidsutførelse har bidratt til taus kunnskap. Det kan være utfordrende å formidle denne kunnskapen som egen empiri.

Ved å sikre deltakernes anonymitet legges det også til rette for at respondentene kan være åpne og ærlige i sine svar, uten å la seg påvirke av andre deltakere (Keeney et al., 2001. s. 197). Til tross for respondentenes anonymitet, er det ukjent hvorvidt de endrer sine meninger på grunnlag av at ny informasjon kommer til, eller om det er på grunn av følelsen av å måtte følge “flokken”, altså gruppepress (Keeney et al., 2001. s. 197). Johannessen et al (2011. s. 96 og 97) sier at informantenes anonymitet skal sikres at deres svar ikke kan spores tilbake til dem, og respondentene skal forvisses om at resultatene fra undersøkelsen skal presenteres i anonymisert form. Fra SurveyXact ble undersøkelsene distribuert til respondentene via e-post. SurveyXact krever innlogging med personlig brukernavn og passord. Annen informasjon om deres identitet, som for- og etternavn, fødselsdato, personnummer eller annet ble ikke spurt om. Svarene deres kan i denne rapporten ikke spores tilbake til den enkelte respondent. Deres e-postadresser og datamateriale vil bli permanent slettet fra SurveyXact når mastergradsoppgavens sensur faller i juni 2017.

4.5 Metodiske overveielser

I dette avsnittet diskuteres det fordeler og ulemper med metodevalget, og studiens validitet, reliabilitet og troverdighet. Det ansees at valget av kvalitativ metode for oppgaven har vært et godt valg, da fenomenet som undersøkes er fra tidligere lite studert. Det var derfor viktig å gå bredt ut for å innhente ny kunnskap.

4.5.1 Validitet

Validitet handler om i hvilken grad fremgangsmåten og funn reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten (Johannessen et al., 2010, s. 230).

Identifiseringen av eksperter har lenge vært et omdiskutert tema (Keeney et al., 2001. s. 196). Rekrutteringen av eksperter har kun vært rettet til de som har kjennskap til kjernejournal. Det er de som har brukt, og fått kunnskap om kjernejournalen, sammenlignet med innbyggerne

som ikke har logget seg inn i kjernejournal. Dermed hadde alle et felles utgangspunkt for forståelse av spørsmålene og annen informasjon gjennom undersøkelsen. På den andre side kan det være usikkert om alle respondentene var eksperter i kjernejournalen, da noen av respondentene svarte at de kun hadde vært inne i kjernejournal *en* gang. Det kan likevel antas at de respondentene hadde gjort seg en reflektert oppfatning av kjernejournal, og at de derfor ønsket å være med i undersøkelsen for å si sin mening. En utfordring i Delphi er å beholde respondenter (Keeney et al., 2001, s. 198). I denne undersøkelsen har det vært et frafall på 17 % (figur 6). Antall eksperter som er med i denne undersøkelsen er høyt for en Delphi. Men, det var på grunn av risikoen for at oppslutningen skulle bli lav, samt risikoen for frafall gjennom undersøkelsen som gjorde at det ble spurt et stort antall personer.

Etter rangeringen ble stikkordene som skulle analyseres videre valgt ut i fra en gjennomsnittsberegning av antall respondenter som hadde rangert hvert spørsmål. Alle stikkordene som var like, eller mer enn gjennomsnittet er tatt med videre som resultat. For å sikre at dette var en riktig fremgangsmåte for å analysere stikkordene, ble også gjennomsnittet for antall som hadde valgt de enkelte stikkordene som viktigst regnet ut og sammenlignet. Dette viste at alle stikkordene som var valgt ut på grunnlag av antall respondenter ble med videre, ingen nye stikkord kom til med denne metoden. Resultatet av dette ble det samme. Det er gjennomgående i alle fasene av undersøkelsen at spørsmålene 1, 2, og 5 har blitt gitt flest stikkord. Flere undringer er gjort med tanke på dette:

1. Antall respondenter og mengden datamaterialet er høyt. Datamaterialet som skulle gjennomgå av respondentene var stort, og usikkerhet for at de skulle gå lei, og ikke lese gjennom alt var til stede. At alt datamaterialet inkluderes kan få respondenter til å trekke seg, og det kan være utfordrende å holde på deres motivasjon (Keeney et al., 2001. s. 197).
2. Det antas de store mengdene med stikkord i spørsmål 1 og 2 som at respondentene endelig fikk en arena til å komme med sine tilbakemeldinger om kjernejournal. Som følge av dette kom det inn flest stikkord på disse spørsmålene.

Det observeres også at noen av stikkordene ikke kan logisk kobles til spørsmålet. Det kan være fordi spørsmålet ikke er presist nok formulert, eller at respondentene med sitt engasjement kommer med alle sine meninger på en gang. Et eksempel på dette er stikkordet brukervennlighet, som er rangert som et viktig stikkord til spørsmål 1, hvor det spørres om hva som var viktig informasjon i e-post fra Direktoratet for e-helse for at du skulle åpne, og

lese og/eller skrive i din kjernejournal? Det er utfordrende å tolke brukervennlighet i dette perspektivet, og ikke minst å forsøke å drøfte dette fornuftig. Dette er et eksempel på svar, for akkurat dette spørsmålet, som antas for ikke å være et valid svar i undersøkelsen.

Etter reduksjonsfasen var det flere stikkord som var valgt av over 50 % av respondentene i spørsmål 1 og 2. Det kan antas at utvelgelsen av de 10 viktigste stikkordene i spørsmål 3, 4 og 5 har vært mer tilfeldig. En mulig årsak til det kan være at respondentene har blitt utålmodige på slutten, og dermed huket tilfeldig for stikkord.

Som nevnt var det spredning blant stikkordene, en undring til det er om det kan være på grunn av at flere av stikkordene kan ha hatt samme mening? Om stikkordene var sammenstilt bedre, og på et tidligere tidspunkt, ville spredningen blant respondentene kanskje vært mindre? Eller ville det bidratt til at respondentene ikke kjente igjen sine stikkord? I reduksjonsfasen kom det tilbakemeldinger på at respondentene ikke fant igjen sitt stikkord. For ikke å miste respondenter var det viktig å lytte til dette, og sette stikkordene tilbake i undersøkelsen.

Det har vært komplisert å diskutere viktigheten av at kjernejournalen er ufullstendig og ikke inneholder oppdatert informasjon som en viktig faktor for opplevd brukervennlighet. Studiet har funnet faktorer som er viktige for respondentene, men studiet har ikke diskutert viktigheten i rangeringen til respondentene.

4.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvordan datainnsamlingen foregår og bearbeides. En grundig beskrivelse av sammenhengen og fremgangsmåten i hele studien styrker påliteligheten (Johannessen et al., 2010, s.229-230). Det ble i studien ikke valgt teori før etter undersøkelsen var utført, det kan hatt påvirkning på struktur og design i oppgaven. Det er likevel ansett at teorien ikke skulle styre undringen og er derfor innhentet etter utført undersøkelse for å underbygge funnene.

Datainnsamlingen er gjennomført med en survey. En survey gir muligheter for å samle inn data fra mange individer på forholdsvis kort tid. Faste spørsmål og oppbygging av skjema innebærer en viss betydning av standardisering (Johannessen et al. 2011, s.261). Dette kan gi fordeler ved at det bidrar til nøyaktighet, god struktur og at gjennomføringen blir lik for alle respondentene Dette antas å være fordeler som bidrar til å styrke undersøkelsens reliabilitet.

Prosessen med innhenting av datamaterialet stopper når forskningsspørsmålet er besvart, for eksempel når konsensus er oppnådd, metningspunkt nådd eller tilstrekkelig informasjon er innhentet (Skulmoski et al., 2007. s. 5). Forskeren må spørre seg etter hver runde, om det skal gjennomføres en ny, for å oppnå større konsensus. Belastningen må avveies mot gevinsten ved å gjennomføre flere runder, for å potensielt oppnå konsensus (Schmidt, 1997). Kendalls koefisient ble regnet ut for hvert spørsmål i undersøkelsen. Kendalls W gjør det mulig å se om konsensus er nådd, og hvorvidt enigheten er sterk eller svak (Schmidt, 1997). I denne undersøkelsen var Kendalls W svak for alle spørsmålene, det vil si at det var lav enighet blant ekspertene. Om konsensusen ville blitt høyere ved å gjennomføre flere rangeringsfaser kan tenkes. Flere faktorer ville blitt luket ut, og resultatet kunne blitt spissere. Keeney et al (2001. s. 198) sier at selv om konsensus er oppnådd, betyr ikke det nødvendigvis at det riktige svaret er gitt. Svak konsensus tolkes for denne studien til at det speiler kompleksiteten med innbyggernes opplevelse og forventninger til kjernejournal. Med hensyn til gjentagende belastning på respondentene og tidsbegrensninger med hensyn til studiens rammer uten å oppnå konsensus ble undersøkelsene avsluttet etter fjerde runde.

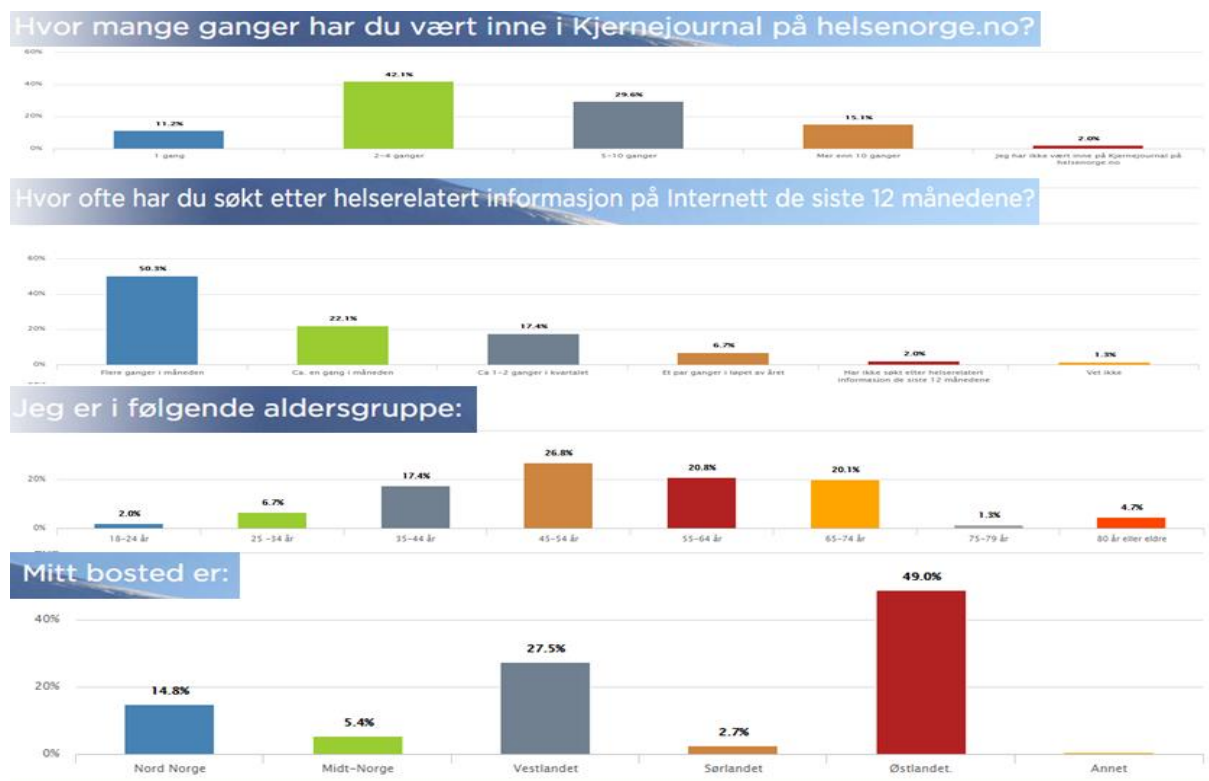
Spørsmål nummer 3 i undersøkelsen, blir det spurt om hvilken opplevelse respondentene har av brukervennligheten i kjernejournal. I tillegg til at det kom inn stikkord hva gjelder nettopp dette, kom det også inn en del stikkord som ble tolket til å handle om respondentenes opplevelse av innholdet eller informasjonen de fant i kjernejournal. I ettertid reflekteres det over at spørsmålet kunne blitt formulert annerledes eller det kunne vært stilt et spørsmål til, som tok for seg opplevelsen av innholdet og informasjonen i kjernejournal.

5 Gjennomgang av resultatet

I dette kapittelet gis det en oversikt over resultatet og analyse av rangeringsfasen. Resultatene blir presentert i tabeller tilhørende spørsmålene i undersøkelsen. Kapitteloverskriftene favner noe av de viktige faktorene respondentene har rangert.

Rekrutteringen av eksperter til undersøkelsen startet 22. desember 2016, og ble avsluttet 30. desember 2016. Forespørselen om deltakelse ble sendt til 455 personer i Helfos innbyggerpanel, som passet til inklusjonskriteriene for undersøkelsen. Av disse samtykket 152.

Første fase av undersøkelsen ble sendt ut 3. januar 2017 og siste runde ble avsluttet 9. februar 2017. Det var til sammen 98 respondenter som deltok i alle fasene. 51 % fra Østlandet, 29 % fra Vestlandet, 7 % fra Midt-Norge og 7 % fra Nord-Norge. Respondentene hadde vært inne i sin kjernejournal i alt fra én til over 10 ganger. Aldersgruppene var spredt fra 18-24 år, til over 80 år. I gjennomsnitt har 50 % av respondentene søkt etter helserelatert informasjon på internett flere ganger i måneden (se figur 7).



Figur 7 Oversikt over demografiske data til ekspertpanelet

(Questback, 2016)

I tabellene under er faktorene fra rangeringsfasen sortert under sitt tilhørende spørsmål. Faktorene springer ut i fra de over 5 000 stikkordene og tilbakemeldingene (vedlegg 7) som kom inn etter idémyldringsfasen. Faktorene er listet opp etter hvor mange respondenter som rangerte faktoren som viktige, og antallet respondenter som har rangert faktorene som 1., 2., 3., 4. og 5. prioritering. Et gjennomsnitt ble regnet ut for hvor mange respondenter som hadde svart på hvert spørsmål. Dette gjennomsnittet ble styrende for hvilke faktorer som blir diskutert som funnene for studien. Disse faktorene er markert i blått. Kendalls W er regnet ut for alle spørsmålene (vedlegg 8), ved hjelp av IBM SPSS Statistics 21.0. Kendalls W bør ligge på rundt 0,7 for å kunne si at det er konsensus blant respondentene (Okolio & Pawlowski, 2004, s. 26).

5.1 Enklere tilgang for de som trenger opplysninger

På første spørsmålet i undersøkelsen skulle respondentene svare med tre til fem stikkord, på hvilken informasjon var viktig for at du skulle åpne og lese i din kjernejournal.

Tabell 9. De viktigste faktorene på hvilken informasjon som var viktig for at du skulle åpne og bruke din kjernejournal

Da du fikk opprettet din kjernejournal ble det sendt ut informasjon til deg på e-post. Oppgi tre til fem stikkord for hva som var viktig informasjon for at du skulle åpne, lese og/eller skrive i din kjernejournal						
Faktor	Viktigst	2.pri	3.pri	4.pri	5.pri	Antall
Enklere tilgang	11	8	9	5	8	41
Helseopplysninger	1	7	15	11	7	41
Diagnoser og sykdommer	10	11	9	5	2	37
Opplysninger om mine medisiner og resepter	4	8	8	11	4	35
Nyttig	7	8	1	7	11	34
Min leges registreringer på meg	6	7	8	5	4	30
Kontrollere at mine helseopplysninger er riktige	11	6	1	1	7	26
Brukervennlighet	11	4	3	3	3	24
Forklaring på hva kjernejournalen inneholder og hvem som får tilgang	7	3	1	4	9	24
Tilgjengelighet	5	1	6	7	5	24
Betydning	3	6	5	4	2	20
Trygghet å vite at mine helseopplysninger er ivaretatt	3	3	5	5	4	20
At mine helseopplysninger er oppdatert og tilgjengelig for meg	2	1	7	6	4	20
Behandlingshistorikk	2	1	6	7	4	20
Muligheten for egenregistrering	0	5	2	4	5	16
Krav til sikkerhet (tilkobling, bruk, innlogging og snoking)	4	3	3	2	2	14
Resultat av undersøkelser	0	2	3	3	4	12
Allergier og allergier for medikamenter (cave)	2	2	2	3	0	9
Vaksinasjonshistorikk	1	1	1	3	3	9
Akutt hjelp	2	4	1	0	0	7
Enklere reseptfornyelser	0	0	0	3	4	7
Forståelig informasjon og språk	0	1	0	2	3	6
Gjennomsnitt:						22,3 %

Tabell 9 viser de 22 faktorene som respondentene har rangert som viktige. 11 av faktorene var over gjennomsnittet på 22,30 % og 11 faktorer var under gjennomsnittet. Faktoren “enklere tilgang til de som trenger opplysninger”, “kontrollere at mine helseopplysninger er riktige” og “brukervennlighet” er det 11 av respondentene som har rangert som de viktigste faktorene for

dette spørsmålet, men det var respektive 41, 26 og 24 respondenter som hadde dem som 2., 3., 4., og 5. prioritering. 37 rangerte “diagnoser og sykdommer” som viktige, mens ti rangerte at denne var viktigst. “Helseopplysninger” ble rangert av 41 som viktig, men bare *en* respondent hadde denne faktoren som viktigst. Videre rangerer 35 respondenter at “opplysninger om mine legemidler og resepter” som viktig, og 30 rangerer “min leges registreringer på meg” som viktig. “Forklaring på hva kjernejournalen inneholder og hvem som får tilgang” og “tilgjengelig” rangeres av 24 respondenter som viktige. “At mine helseopplysninger er oppdatert og tilgjengelige for meg og min lege” og “behandlingshistorikk” var viktigst for 20 av respondentene, der tre rangerte det som viktigst. “Forståelig informasjon og språk” var det ingen som hadde som den viktigste faktoren, men 6 hadde faktoren på enten andre, fjerde og femte prioritering. Det ble regnet ut Kendalls W på 0,075 for dette spørsmålet, noe som tyder på lav konsensus, det vil si liten enighet og stor spredning blant respondentene.

5.1.1 Andre tilbakemeldinger fra respondenten

Figur 8 viser 15 respondenters tilbakemeldinger på sin rangering både for å bekrefte sin rangering, som “dette er rett rangering for meg” og en som uttrykte det slik: “Rangering og rangering, Fru Blom. Skjønner ikke egentlig at jeg har gjort noen rangering. Har egentlig bare klikket av på 5 punkter jeg synes er viktige”. Til en respondent som kommer med tilleggsopplysninger som:

Ofte når vi er på legebesøk og foretar en test eller prøve, får vi beskjeden. "Du hører fra oss dersom vi finner noe". Dersom vi da ikke hører noe mer, er ofte mistanken der - fant de noe og har glemt oss, eller er alt i orden. Derfor hadde det vært greit å kunne sjekke resultatet av undersøkelsen som er foretatt. Det kan være greit å gå tilbake og se "når gjorde jeg hva og hvor". Når det gjelder medisiner, er det fint å kunne ha en oversikt over hva jeg har brukt, historisk sett. Kommentar fra respondent.

Det er viktig å gi respondentene muligheten til å forklare sine rangeringer. Forklaringene kan bidra til å forstå respondentenes rangering bedre (Okoli & Pawlowski, 2004. s. 26).

- *Ble aktuell da jeg ble kronisk syk*
- *Har dessverre vært borti mange tilfeller tidligere hvor sykehus og tidligere fastlege har "glemt" å legge til informasjon og pyntet på og endret epikriser til helt no annet en det bar. Derfor var det viktig for meg å rangere slik jeg har gjort.*
- *ar det viktig for meg å rangere slik jeg har gjort*
- *1. Akutt hjelp - dette forutsetter at all informasjon er korrekt og oppdatert!*
- *dette er rett rangering for meg*
- *vel det var feil jeg ikke visste om så det var ganske viktig å sjekke*
- *Ofta når vi er på legebesøk og foretar en test eller prøve, får vi beskjeden. "Du hører fra oss dersom vi finner noe". Dersom vi da ikke hører noe mer, er ofte mistanken der - fant de noe og har glemt oss, eller er alt i orden. Derfor hadde det vært greit å kunne sjekke resultatet av undersøkelsen som er foretatt. Det kan være greit å gå tilbake og se "når gjorde jeg hva og hvor". Når det gjelder medisiner, er det fint å kunne ha en oversikt over hva jeg har brukt, historisk sett.*
- *Jeg har dessverre sett mye feil i mine journaler så jeg må passe på at det som er skrevet er mest mulig riktig og utfyllende.*
- *Du kan se hele historien med din sykdom*
- *Er vel skuffet at ikke gammel historie er der*
- *Helseopplysningene skal være lett tilgjengelige og lette å forstå. Enkelt språk uten for mye fremmedord - legespråk.*
- *Rangering og rangering, Fru Blom. Skjønner ikke egentlig at jeg har gjort noen rangering. Har egentlig bare klikket av på 5 punkter jeg synes er viktige.*
- *Jeg tenker at det er nyttig og kritisk at informasjonen skal være tilgjengelig hvis den dagen kommer at jeg ikke kan gjøre rede for meg.*
- *Pri.1. Er uten tvil brukervennlighet. Dette er en tjeneste for alle i Norge, "Hvermannsen" der kontrastene er store i form av forståelse og nivå. Da må alle kunne ha mulighet til å forstå innhold og fremgangsmåte.*
- *Som nevnt tidligere har jeg ikke mottatt noe epost om at jeg har en kjernejournal, men fant frem til den av egen nysgjerrighet*

Figur 8 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 1

5.2 Diagnoser, sykdommer, epikriser og journaler

På det andre spørsmålet i undersøkelsen skulle respondentene svare med tre til fem stikkord på hvilken informasjon de forventet å finne i sin kjernejournal.

Tabell 10. De viktigste faktorene på hvilken informasjon som du forventet å finne i din kjernejournal.

Vi har fått kjernejournalen for at helsepersonell raskt og enkelt skal få oversikt over kritisk informasjon som kan redde liv. Oppgi tre til fem stikkord som beskriver typen informasjon du forventet å finne i din kjernejournal?						
Faktor	Viktigst	2.pri	3.pri	4.pri	5.pri	Antall
Diagnoser og sykdommer	31	21	11	6	0	69
Mine epikriser og journaler	6	7	9	15	14	51
Alvorlige og kroniske sykdommer og diagnoser	11	11	10	11	5	48
Oversikt over mine medisiner og resepter	1	8	13	9	14	45
Livsviktig informasjon	20	11	8	3	0	42
Blodtype	1	13	8	10	6	38
Allergier og allergier mot medikamenter	11	10	9	6	1	37
Behandlingshistorikk/forløp	1	8	10	11	3	33
Kontaktinformasjon til fastlege, behandler og pårørende	3	2	4	5	17	31
Tilgang og innsyn i egen journal	4	3	3	7	10	27
Opplysninger om spesielle behov og forhold (pacemaker, implantat og intoleranse)	3	4	7	5	5	24
Organdonasjon	0	0	2	3	12	17
Blodprøvesvar	1	0	2	5	6	14
Generell informasjon om meg som personalia og fødselsdata	3	0	1	1	5	10
Gjenopplivning	2	0	1	1	0	4
Funksjonsnedsettelse	0	0	0	0	0	0
Gjennomsnitt:						30,6 %

Tabell 10 inneholder 16 faktorer. Gjennomsnittet var på 30,60 % og 9 faktorer var over snittet og 7 under. Her er spredningen noe mindre enn hva det var for spørsmål 1. Men, Kendalls W

viser 0,184 som heller ikke tyder på enighet blant respondentene. Likevel er det dette spørsmålet som har høyeste Kendalls W i undersøkelsen. Diagnoser og sykdommer er det 69 av 98 respondenter har rangert som viktig, og 31 har rangert den som viktigst. Videre har 20 respondenter rangert livsviktig informasjon som viktigst, mens 22 har fordelt seg på andre, tredje og fjerde prioritering av den.

5.2.1 Andre tilbakemeldinger

Figur 9 viser 12 respondenters tilbakemeldinger til dette spørsmålet. Flere respondenter ønsket å legge til faktorer ved å skrive: “Svært mange stikkord som kunne vært med i tillegg, mens en annen skriver at “Her synes jeg det var litt lite med bare 5 alternativer. Men har satt opp de jeg synes i alle fall bør være med,“ og en kommenterer slik, “Donorregistrering er super viktig og få elektronisk. Lettere for alle parter.”

- *Prioritet ut fra aktuell helse og livssituasjon*
- *Her synes jeg faktisk alle er like viktige for meg*
- *synes dette er bra rekkefølge for meg*
- *Her synes jeg det var litt lite med bare 5 alternativer. Men har satt opp de jeg synes i alle fall bør være med.*
- *Jeg skjønner ikke helt denne undersøkelsen. Det er ofte IKKE noe som stemmer noe særlig for meg. Jeg liker ikke kjernejournalen.*
- *1. DNR*
- *Donorregistrering er super viktig og få elektronisk. Lettere for alle parter*
- *Ønsker at journalen skal gi behandlere viktig informasjon raskt.*
- *Blir mye synsing, rangeringer er det i liten grad.*
- *Svært mange stikkord som kunne vært med i tillegg.*
- *All info må knyttes til den riktige person. Ellers er jo all seindere info verdiløs. Derfor er denne infoen rangert først. Jeg vet ikke hva som menes med livsviktig info. For meg er dette punktene som følger etter: Alvorlige og kroniske sykdommer og diagnose sa,t Diagnoser og sykdommer.*
- *Jeg rangerer etter at liv alltid skal reddes først. Organdonor informasjon er viktig når den avgjørelsen må tas.*

Figur 9 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 2

5.3 Enkel å bruke og alt på ett sted.

På tredje spørsmålet i undersøkelsen skulle respondentene svare med tre til fem stikkord, på deres opplevelse av brukervennligheten i kjernejournalen.

Tabell 11. De viktigste faktorene på opplevelsen av brukervennlighet

Hvordan kan du beskrive din opplevelse av å bruke kjernejournalen? Oppgi tre til fem stikkord satt i sammenheng med brukervennlighet, hvor lett det er å finne frem og hvor enkelt det er å forstå.						
Faktor	Viktigst	2.pri	3.pri	4.pri	5.pri	Antall
Alt på et sted	42	16	3	5	3	69
Enkelt å bruke (registrere og navigere) for meg som pasient	15	17	11	6	5	54
Tilgang og lett å logge seg inn for den som måtte ha bruk for den	8	12	11	8	4	43
At fastlegens journalnotater og epikriser ikke er registrert	6	10	15	8	1	40
Enkel, tydelig og godt språk	0	8	6	11	11	36
At den er ufullstendig og ikke oppdatert	12	10	4	4	5	35
At det er tydelig for meg hvem som registrerer hvilken informasjon	2	7	8	7	11	35
Sikkerhet ivare tatt med passord	5	4	8	11	5	33
At fastlegen er fraværende	2	3	6	9	4	24
Oversiktlig og logisk brukergrensesnitt med struktur og intuitive overskrifter	0	4	7	11	2	24
Fastlegen har ikke et system hvor han kan registrere min journal	1	1	5	4	12	23
Menyvalg og struktur med tanke på kritisk og annen informasjon	1	2	7	4	5	19
Kort veileder på hva som står hvor	3	0	1	3	8	15
At den ikke er fritt åpen for alt helsepersonell kan oppleves som uttrykt	0	2	3	4	6	15
Ikke mange problemer med tjenesten	0	2	2	2	8	14
Trenger ikke være redd for å gjøre noe feil	1	0	1	1	8	11
Gjennomsnitt:						30,6 %

Tabell 11 inneholder 16 faktorer. Åtte av faktorene var over gjennomsnittet på 30,6 % og åtte under. Alt på ett sted er rangert av 42 respondenter som den viktigste faktoren hva gjelder brukervennlighet. Det er 70 % av respondentene som rangerer denne faktoren som viktig. Det er denne faktoren som er rangert av flest respondenter og flest som har den som viktigst. Videre rangerte 54 av respondentene enkelt å bruke (registrere og navigere) for meg som pasient, hvor 15 synes dette var den viktigste faktoren. 40 respondenter rangerer at fastlegens journalnotater og epikriser ikke er registrert og 35 sier at den er ufullstendig og ikke oppdatert. 12 av de 35 synes dette er den viktigste faktoren. Enigheten for dette spørsmålet ble regnet ut til 0,156 for Kendalls W. Det er stor spredning i respondentenes rangeringer.

5.3.1 Andre tilbakemeldinger

Ti respondenter kom med tilbakemelding eller forklaring på sin rangering av faktorene på spørsmålet om hva som var viktig for dem med hensyn til brukervennlighet i kjernejournalen (figur 10). I tilbakemeldingene på sin tredje rangering skriver enkelte respondenter om brukervennlighet at, “helt topp slik eg vil ha det” og andre skriver, “Regner med at journalen utvikles!”

Enkelte respondenter har også uttrykt at formuleringen på faktorene ikke har vært tilstrekkelige, og har understreket at rangeringen er vanskelig, som “Litt vanskelig å forstå hva dere spør etter Har svart om fastlegen som en mangel ikke som et pluss”.

- *Regner med at journalen Utvikles!*
- *Jeg synes ikke hjemmesidene er særlig brukervennlige, de mangler menystruktur og det blir mye bla-ing ned og opp og frem og tilbake for å finne frem. Dette kan gjøres bedre!*
- *helt topp slik eg vil ha det*
- *Fastlegenes journalnotater burde også vært registrert på en enklere måte*
- *Her var den del punkter jeg ikke forstod betydningen av. Språkbruken var litt forvirrende.*
- *Min journal skal være mest mulig selvforklarende.*
- *Må være ganske glup på datamaskinen for å gjette seg fram til hvordan det skjer.*
- *Ad. punkt 5: lite brukervennlighet ved egen oppdatering av journalen mht. historikk. Blir kasta ut fra registeringsbildet og må begynne på nytt igjen. Denne kritikken av manglende brukervennlighet er framført tidligere i denne undersøkelsen av meg, men det ser ut som mange ikke har forsøkt seg med egneregistrering siden dette punktet ikke er tatt opp nå seinere i undersøkelsen. Hvis det ikke er så at kritikk blir undertrykt da i undersøkelsen?*
- *Her legger jeg lista på de som er “svakest” i samfunnet, men fortsatt må ha muligheten til å bruke tjenesten.*
- *Litt vanskelig å forstå hva dere spør etter Har svart om fastlegen som en mangel ikke som et pluss.*

Figur 10 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 3

5.4 Selvkontroll, viktig informasjon og ikke oppdatert

På fjerde spørsmålet i undersøkelsen skulle respondentene svare med tre til fem stikkord, på deres opplevelse av viktig og riktig informasjon i kjernejournalen.

Tabell 12. De viktigste faktorene på opplevelsen av viktig og riktig informasjon

Informasjonen du finner i kjernejournalen din skal gi viktig og riktig informasjon om deg. Oppgi tre til fem stikkord på hvordan du opplevde den informasjonen du fant i kjernejournalen din.						
Faktor	Viktigst	2.pri	3.pri	4.pri	5.pri	Antall
Betryggende at jeg selv kan kontrollere	7	4	6	16	29	62
Tilgjengelig og alt på et sted	18	20	10	6	5	59
At det er lite informasjon og journalnotater fra fastlegen	6	14	10	11	7	48
Viktig informasjon	13	11	11	9	3	47
At den ikke er oppdatert på min sykdom og helsehistorikk	14	11	11	5	4	45
Primærlegen i spesialisthelsetjenesten bør også registreres	2	4	14	10	9	39
Oppdatert og redigerbar	21	3	6	3	3	36
Ryddig, grei og saklig informasjon	4	6	11	8	5	34
Riktige opplysninger registrert på meg	3	5	5	13	3	29
Oversiktlig og logisk brukergrensesnitt med struktur og intuitive overskrifter	0	4	7	11	2	24
At man kan fjerne det som er registrert feil	5	10	4	5	1	25
Resultat fra henvisninger	3	3	5	2	10	23
Å henvise helsepersonell hit	1	3	2	4	6	16
Forstå viktigheten av hvor, og hva jeg skal registrere	1	3	1	2	8	15
Informativ	0	1	2	4	5	12
Gjennomsnitt:						35 %

I tabell 12 er de 14 faktorene satt opp. Sju av faktorene var over gjennomsnittet på 35 % og sju under. 62 av respondentene synes det er betryggende at de selv kan kontrollere. Sju av de 62 har denne faktoren som den viktigste. 48 og 45 av respondentene rangerer at det er lite informasjon og journalnotater fra fastlegen og at den (kjernejournalen) ikke er oppdatert på min sykdom og helsehistorikk. 47 respondenter rangerer viktig informasjon som viktig, mens 13 rangerer det som det viktigste for hvordan de opplevde informasjonen i kjernejournalen. 29 respondenter rangerer at riktige opplysninger er registrert på meg. Kendalls W for dette spørsmålet var den nest laveste verdien på 0,113 i undersøkelsen, som betyr stor spredning og liten enighet blant respondentene. Det er 51 % forskjell på respondentens rangering fra betryggende at jeg selv kan kontrollere til informativ.

5.4.1 Andre tilbakemeldinger

Til spørsmålet om riktig og viktig informasjon i kjernejournalen var det 6 respondenter som benyttet muligheten til å kommentere sine rangeringer med, “Jeg finner nesten ingenting! Bare hvem som er min fastlege og mine resepter, ingen info om min helsetilstand, kroniske sykdommer etc.” En av respondentene gir tilbakemelding på, “Viktig for meg at jeg har litt kontroll på helsejournalen, hva som står der og hvem som legger det inn.” Denne tilbakemeldingen kan sees sammen med faktoren betryggende at jeg selv kan kontrollere, som var den faktoren flest respondenter har rangerte som viktig. Figur 11 viser respondentenes kommentarer til rangering av spørsmål 4.

- *Jeg finner nesten ingenting! Bare hvem som er min fastlege og mine resepter, ingen info om min helsetilstand, kroniske sykdommer etc.*
- *Her var det også ønskelig med mer informasjon om hvert enkelt punkt, vanskelig å svare uten muntlig kontakt.*
- *Til pkt 5 - helsepersonell bør drilles på å registrere i kjernejournal. Har ennå ikke møtt en lege som ser nytten i å bruke kjernejournal*
- *Savner journalnotater fra fastlegen. Skulle vært enklere å sperre for enkelte helsepersonell eller for avdelinger*
- *Viktig for meg at jeg har litt kontroll på helsejournalen, hva som står der og hvem som legger det inn.*
- *Jeg opplever tjenesten som oversiktlig, men mangler min region. Da føler jeg at tjenesten er noe ufullstendig enn så lenge.*

Figur 11 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 4

5.5 Viktig for meg hvis jeg ikke kan gjøre rede for meg

På femte spørsmålet i undersøkelsen skulle respondentene svare med tre til fem stikkord, på deres opplevelse av hvorfor kjernejournalens kan være viktig for deg.

Tabell 13. De viktigste faktorene på opplevelsen av hvorfor kjernejournalen er viktig for respondentene

Oppgi tre til fem stikkord om hvorfor kjernejournalen kan være viktig for deg.						
Faktor	Viktigst	2.pri	3.pri	4.pri	5.pri	Antall
Viktig for meg hvis jeg ikke kan gjøre rede for meg	35	16	6	1	1	59
Mine epikriser og journaler	11	13	9	9	7	49
Trygghet ved at helsepersonell har tilgang til min helseinformasjon ved akutt innleggelse	13	7	7	6	11	44
Oversikt over mine medisiner	4	10	13	9	6	42
Diagnoser og sykdommer	19	11	5	1	2	38
Informasjonsutveksling mellom alle sykehus og helsepersonell	2	3	9	11	8	33
At jeg med informasjon i kjernejournalen skal slippe å gjenta meg/ta med egne papirer	2	7	8	8	7	32
Behandlingshistorikk/forløp	3	3	11	11	2	30
Tilgang til min journal hos fastlege	1	4	3	8	6	22
Alvorlige allergier og allergier mot medikamenter (cave)	2	14	3	3	0	22
Ha kontroll over kritiske opplysninger og kunne registrere tilleggsopplysninger	2	2	4	4	8	20
Behandlinger utenfor eget regionalt helseforetak	0	1	6	4	6	17
At jeg kan påvirke min behandling i samråd med behandlere	2	3	3	2	4	14
Få varsel når ny informasjon registreres i kjernejournal	1	1	1	5	6	14
Gir meg en trygghet ved å kjenne til min helsehistorikk	1	0	3	2	7	13
Kunne kommunisere med fastlege og helsevesenet	0	0	1	6	6	13
Tidsbesparende for helsepersonell	0	0	1	4	5	10
Kontrollere feilinformasjon	0	0	1	3	5	9
Få oppdatert informasjon	0	3	3	0	1	7
Allergier	0	0	1	1	0	2
Gjennomsnitt:						24,5 %

Tabell 13 inneholder 20 faktorer. Åtte av faktorene var over gjennomsnittet på 24,50 % og 12 var under. Viktig for meg hvis jeg ikke kan gjøre rede for meg er den viktigste faktoren for respondentene for hvilken nytte kjernejournalen kan ha. Videre er det 38 respondenter som rangerer diagnoser og sykdommer, hvorav 19 rangerer den som viktigste faktor. 42 har rangert oversikt over mine medisiner som viktig, der det er fire som har rangert den som viktigst. Kendalls W ble regnet ut dette spørsmålet til 0,154.

5.6 Andre tilbakemeldinger

Det kom inn tre kommentarer knyttet til dette spørsmålet, sammenlignet med undersøkelsens første spørsmål hvor det kom inn 15 kommentarer (figur 12). Her uttrykker en respondent det som vanskelig å bare velge ut fem stikkord, og en annen ser stor nytte av det på grunn av sin sykdomshistorie.

- *Har egentlig bare den kommentaren at det er vanskelig å velge ut bare 5 stikkord.*
- *Viktig at helsepersonell som ikke kjenner meg kan få oversikt over min helse.*
- *Av egen erfaring med nylig blødning på hjernen. Ser jeg nytten av dette. Når mnd er innom mange avdelinger, undersøkelser kan det lett mistes oversikt. Her ser jeg en unik måte å hente tilbake informasjon.*

Figur 12 Respondentenes tilbakemeldinger spørsmål 5

5.7 Analyse knyttet til opplevelsen av kjernejournal

Det er gjennomført variansanalyse av alder og opplevelse på mangelfull informasjon, alt på ett sted, fravær av fastlegen og nytte for å se på sammenhenger eller antydninger til signifikans, mellom aldersgruppene. Med tanke på om yngre og eldre hadde ulike opplevelser. Det er også gjennomført en analyse av bostedsområdet og opplevelsen av mangelfull informasjon, alt på ett sted og fravær til fastlegen for å se på sammenhenger eller antydninger til signifikans mellom landsdelene. Dette med hensyn til hvor i landet den enkelte respondent bor i forhold til hvor lenge de har hatt tilgang til kjernejournalen. Det fremkom ikke noen signifikans verken på bostedsområde eller alder knyttet til opplevelsen av de nevnte faktorene (vedlegg 9).

5.8 Sammenligning av studiets tolkning av viktige faktorer og kjernejournalens innhold

Tabellene under viser faktorene som er valgt å ta med videre i diskusjonen. Det er valgt å presentere disse her fordi flere av faktorene kan tolkes på forskjellige måter. Den ene kolonnen viser hvilken tolkning studien har til faktoren. Den neste kolonnen viser hva som er fakta knyttet til faktorene og den siste viser funnet. Enkelte av faktorene som er rangert tolkes å ha lik betydning, slik at de overlapper hverandre. For disse faktorene er det gjort ytterligere en sammenstilling. Det er kommentert i tabellen for de faktorene dette gjelder.

Tabell 14. De viktigste faktorene med tolkning, studiens forståelse og funnene i studien-Brukeregenskap

Brukeregenskaper				
Nr	Viktige faktorer	Studiens forståelse eller tolkning av faktoren	Hva som er riktig	Diskutert under:
1	Sikkerheten ivaretatt med passord	Det tolkes at respondentene opplever kjernejournalen som trygg og sikker	Kjernejournal krever sikkerhetsnivå 4 for innlogging	Oppfattet sikkerhet
2	Forklaringer på hva kjernejournalen inneholder, og hvem som har tilgang	Respondentene føler seg informerte	E-posten som Direktoratet for e-helse sender ut når kjernejournal er blitt opprettet inneholder opplysninger om kjernejournalens hensikt og formål (vedlegg 4)	Oppfattet kontroll
3	At det er tydelig for meg hvem som registrerer hvilken informasjon	Respondentene opplever at kjernejournalen legger til rette for at de får kontroll over sine opplysninger	Alle oppslag loggføres, og informasjon om hvem som har åpnet kjernejournalen, tidspunkt og bakgrunn for at kjernejournalen ble åpnet dokumenteres og tilgjengeliggjøres for innbyggeren (helsenorge.no, 2017. 03.03). (lastet 23 april)	Oppfattet kontroll
4	Kontrollere riktige opplysninger	At respondentene nå har fått en enklere mulighet til å se sine opplysninger og kontrollere dette ved at det er gitt elektronisk tilgang til kjernejournalen og loggføringen i den. Opplever sin integritet som ivaretatt.	Kjernejournal gir innbyggere elektronisk tilgang til innbyggere, over kjernejournalens innhold, og loggføringen (helsenorge.no, 2017, 03.03).	Oppfattet kontroll
5	Betryggende at jeg selv kan kontrollere	Denne faktoren anses å bekrefte foregående tolkning om at innbyggerne er fornøyde med å kunne kontrollere sine opplysninger. Oppfatter sin integritet som ivaretatt.	Lik som faktor 4	Oppfattet kontroll
6	Kontrollere at mine helseopplysninger er riktige	Samme forståelse for denne som faktor nr 4 og 5	Lik som faktor 4	Anses som overlappende med nr 4 og 5. Denne faktoren er ikke diskutert som en enkelt faktor.

(helsenorge.no, 2017, 03.03).

Tabell 15. De viktigste faktorene med tolkning, studiens forståelse og funnene i studien-Nettsidedesign

Nettsidedesign				
Nr	Viktige faktorer	Studiets tolkning av faktoren	Hva som er riktig	Funn
7	Alt på ett sted	De opplever at alle opplysningene om seg selv ligger lett tilgjengelig på et sted	Kontaktinformasjon, behandlingshistorikk, kritisk informasjon og egne registreringer	Brukervennlighet
8	Enkelt å bruke for meg som pasient	Enkelt å navigere, skrive i, finne informasjon.	Studien tolker faktoren likt	Brukervennlighet
9	Tilgang og lett å logge inn for den som måtte ha bruk for den	Enkelt å logge seg inn, tar ikke lang tid. Tilgjengelig til enhver tid.	Studien tolker faktoren likt	Brukervennlighet
10	Enkelt og godt språk	Forståelig og enkel å lese. At den ikke inneholde for mye fagterminologi	Studien tolker faktoren likt	Brukervennlighet
11	Brukervennlig	At kjernejournalen er brukervennlig	Studien tolker faktoren likt	Brukervennlighet
12	Enklere tilgang for de som trenger opplysninger	Enkelt å logge seg inn for helsepersonell	Enkelt pålogging for helsepersonell og innbygger	Brukervennlighet
13	Nyttig	Anvendelig, brukbar, egnet, hensiktsmessig og som gjør nytte	Studien tolker faktoren likt	Nyttig
14	Tilgjengelig	Alle kan logge seg inn til enhver tid	Studien tolker faktoren likt	Nyttig
15	At jeg med informasjon i kjernejournalen skal slippe å gjenta meg selv	respondenten slipper å fortelle hele sin helsehistorikk gjentatte anledninger	Kritisk og viktig helseinformasjon	Nyttig
16	Oppdatert og redigerbar	inneholder de opplysningene som var forventet og at det går an å egenregistrere	Studien tolker faktoren likt	Egenregistrering
17	Viktig for meg hvis jeg ikke kan gjøre rede for meg	dersom respondentene er bevisstløse eller av annen grunn ikke kan gjøre rede for så har helsepersonell tilgang til sin helseinformasjonen	Kjernejournal er tiltenkt å inneholde informasjon som kan ha betydning i en akuttmedisinsk situasjon	Nyttig
18	Trygghet å vite at helsepersonell har tilgang til min helseinformasjon ved akutt innleggelse	vite at alt helsepersonell har til enhver tid tilgang til innbyggernes helseopplysninger	Lik som faktor Nr 17	Nyttig

Tabell 16. De viktigste faktorene med tolkning, studiens forståelse og funnene i studien-Servicekvalitet

Servicekvalitet				
Nr	Viktige faktorer	Studiets tolkning av faktoren	Hva som er riktig	Funn:
19	Alvorlige og kritiske sykdommer og diagnoser	Kritisk og viktig helseinformasjon	Lik som faktor nr 17	Forventninger
20	Livsviktig informasjon	Kritisk og viktig helseinformasjon	Lik som faktor nr 17	Forventninger og opplevelser
21	Oversikt over mine legemidler og resepter	Oversikt over respondentenes legemidler og resepter	Utleverte legemidler på resept og e-resepter også uten utlevering	Forventninger og opplevelser
22	Kontaktinformasjon til fastlegen, behandler og pårørende	Respondenten forventet å finne kontaktinformasjon til fastlegen, behandler og pårørende	Informasjon om fastleger innhentes automatisk fra fastlegeregisteret, informasjon om behandlere og pårørende må egenregistreres	Forventninger og opplevelser
23	Diagnoser og sykdommer	Alle diagnoser og sykdommer som den enkelte respondenten har eller har hatt	Kritisk og viktig helseinformasjon	Forventninger og opplevelser
24	Mine epikriser og journaler	All dokumentasjon om respondentens helse i kommunal- og spesialisthelsetjenesten	Kritisk og viktig helseinformasjon Legemidler utlevert fra apotek i hele landet, alle former for resepter fra da kjernejournal ble opprettet for pasienten. Innbyggers egenregistrerte sykdommer	Forventninger og opplevelser
25	Blodtype	Informasjon om hvilken blodtype respondenten har.	Kjernejournal inneholder ikke informasjon om innbyggers blodtype	Forventninger og opplevelser
26	Behandlingshistorikk/-forløp	Respondentenes behandlingshistorikk og -forløp relatert til informasjon om utredning, epikriser, resultater fra ulike undersøkelser som følger behandlingen, tiltak og lignende i kommunal- og spesialisthelsetjenesten.	Behandlinger som for eksempel dialyse, eller endringer i behandlingsrutiner og beslutninger som avviker fra vanlig rutine (for eksempel, blodtransfusjon og livsforlengende behandling). Besøkshistorikk i spesialisthelsetjenesten.	Forventninger og opplevelser
27	Allergier og cave (legemiddelallergi)	Alle mulige typer allergier og cave respondentene har eller har hatt.	Kjernejournal er tiltenkt å inneholde reaksjoner som kan ha betydning i en akuttmedisinsk situasjon	Forventninger og opplevelser
28	Ufullstendig og ikke oppdatert	At den ikke inneholder informasjonen som var forventet. Slik som journalnotater, epikriser, sykdommer og diagnoser	Kritisk og viktig helseinformasjon . Legemidler utlevert fra apotek i hele landet, alle former for resepter fra da kjernejournal ble opprettet for pasienten. Innbyggers egenregistrerte sykdommer	Mangelfull
29	At fastlegens journalnotater og epikriser ikke er registrert	Lik som faktor 28	Lik som faktor nr 28	Mangelfull
30	Primærlege i spesialisthelsetjenesten bør også registreres	Respondentene ser for seg at kjernejournalen bør inneholde mer informasjon	Innbygger kan registrere selv inn kontaktpersoner i sin kjernejournal som for eksempel behandler i spesialisthelsetjenesten	Mangelfull
31	At den ikke er oppdatert på min sykdom og helsehistorikk	Lik som faktor nr 28	Lik som faktor nr 28	Mangelfull

6 Diskusjon

Hensikten med denne studien har vært å forstå innbyggernes opplevelser og forventninger til kjernejournalen. Innbyggerne selv har fått tilgang til kjernejournalen, men styringstall antyder at bruken er lav. Studien har oppnådd å få mye kunnskap fra respondentene. Faktorer som anses å ha gitt interessant informasjon og ny kunnskap er inkludert i diskusjonen. Kapitlet er strukturert etter studiens funn, med støtte fra Kumar et al (2007) sitt rammeverk med brukeregenskaper, nettsidedesign og servicekvalitet. Det trekkes også inn elementer fra Expectation-disconfirmation effects on web-customer satisfaction modellen (EDEWS). Bilde 5 viser funnene som blir diskutert videre i kapitlet.



Bilde 5 Oversikt over funnene i studiet

(Direktoratet for e-helse, 2017)

6.1 Brukeregenskaper

Erfaringer og tidligere opplevelser har en tendens til å styre våre antakelser og våre første inntrykk når vi møter noe nytt. Dersom vi får en positiv opplevelse vil dette kunne prege våre videre handlinger og tilfredshet med systemet. Hvordan kjernejournalen oppleves ved første pålogging kan være med å påvirke adopsjonen av løsningen.

6.1.1 Trygg og sikker digital selvbetjeningsløsning.



Bilde 6 Oversikt over faktorene under funnet på sikkerhet og kontroll

(Direktoratet for e-helse, 2017)

Bilde 6 viser oversikt over faktorene som kommer inn under sikkerhet og kontroll. Kjernejournalen inneholder personsensitive opplysninger. Dette er opplysninger mange ønsker skal forbli private, og kun ønsker å dele med de mest nødvendige (Prop. 89 L, 2012). Tilbakemeldingene fra respondentene hva gjelder sikkerheten i kjernejournalen er få, og det er overraskende at det kun er *en* faktor som handler om sikkerhet, som er rangert som viktig. Hvis bekymringen knyttet til sikkerheten var stor, kan det tenkes at flere faktorer ville blitt med videre. Det reflekteres rundt mulige årsaker til at kun denne faktoren er fremhevet av respondentene. En årsak kan være at respondentene erfarer at deres sensitive personopplysninger er godt ivaretatt av myndighetene. En annen tolkning kan være at respondentene ikke har kjennskap til lovverk og reguleringer for hvordan slike opplysninger skal behandles av myndighetene, slik at de ikke reflekterer over at dette kan gi grunnlag for usikkerhet eller bekymring. Eller det kan være at det har etablert seg en "det får staten ta seg av"- holdning. Det er også nærliggende å tro at respondentene har lang erfaring med internett på grunn av deres deltakelse i Helfos innbyggerpanel. Dette er relevant, fordi det kan tenkes at respondentene har tilegnet seg kunnskap om hvordan internett og sikkerhet henger sammen.

De fleste har en eller annen form for elektronisk ID som gir tilgang til ulike offentlige digitale tjenester (Meld. St. 27. s. 78), for eksempel nettbank. For mange er bruk av elektronisk ID kjente måter å logge seg inn med, og det oppleves derfor ikke som noen stor risiko (Meld. St.

27. s. 78). Det er nærliggende å tro at den erfaringen de har gjort seg med elektronisk ID overføres når de skal logge seg på kjernejournal. Kumar et al (2007. s. 71) sier at erfaring med internett påvirker innbyggernes adopsjon av e-government, og at innbyggere som har gode erfaringer har størst sannsynlighet for å fortsette å bruke e-government. Dette kan forklare hvorfor respondentene overlater sikkerhetsaspektet til myndighetene Deres tidligere erfaringer kan i sin tur, ha skapt et grunnlag for at de oppfatter kjernejournal som en sikker løsning, og at de har tillit til myndighetene som står bak den.

Datatilsynet (2013) fant at befolkningen har svært høy tillit til hvordan helsevesenet behandler personopplysninger, hele 85 % har stor eller noe tillit til dette. Kun to prosent av de spurte hadde ingen tillit til helsevesenets behandling av personopplysninger (Datatilsynet, 2013). Dette kan være med på å belyse tolkningen om at respondentene har høy tillit til myndighetene, og at de derfor ikke ser behovet for å fremheve dette ytterligere i undersøkelsen. Tillitt hos innbyggere er med på å påvirke adopsjonen av e-government (Warkentin et al., 2002). Med at innbyggeren kan reservere seg mot, blokkere den, eller begrense tilgangen for helsepersonell (helsenorge.no, 2017, 15.03), legger kjernejournal til rette for at innbyggerne skal oppleve å være delaktige, og at de har en medbestemmelsesrett. På denne måten oppfylles Personopplysningslovens (2001) krav til opplysningenes konfidensialitet, tilgjengelighet og integritet i kjernejournal. Dette antas å være viktige bidrag for at respondentene skal få tillit til kjernejournal, og at respondentene på bakgrunn av dette forsikres om at opplysningene deres er sikret og blir holdt konfidensielle, noe som Kumar et al (2007, s. 71) støtter ved å beskrive at gjennom denne forsikringen øker nivået av tillit, som kan bidra til at adopsjon av e-government kan skje.

Med dette er det forsøkt å forstå respondentenes opplevelse av sikkerheten i kjernejournal. Rammeverket til Kumar et al (2007. s. 71) fremstiller oppfattet risiko som et viktig element for adopsjonen av e-government. På bakgrunn av respondentenes tidligere erfaringer med bruk av elektronisk ID offentlige selvbetjeningsløsninger, personvern, og med deres internett-erfaring antas det at respondentene ikke oppfatter noen risiko med kjernejournal.

6.1.2 Personvern og konfidensialitet ivaretatt

-Det kan være greit å gå tilbake å se “når gjorde jeg hva og hvor”.

Kommentar fra respondent

Alle mennesker liker å ha kontroll, og det er nærliggende å tro at dette også er betydningsfullt for respondentene. Kumar et al (2007, s. 71) forklarer at en av de store hindringene for å bruke elektroniske tjenester er mangelen på kontroll over hvor informasjonen blir sendt eller hvor den kommer fra, hvem som bruker den og til hvilket formål. Innbyggerne har tilgang til en logg over hvem, og når det er blitt gjort oppslag i kjernejournal-(Prop. 89 L, 2011 - 2012. s. 72; Kjernejournalforskriften, 2013). Slik får innbyggeren hele tiden informasjon om hva som skjer med deres kjernejournal, og slik legges det til rette for at de kan oppleve kontroll. I e-posten (vedlegg 6) innbyggerne får ved opprettelse av kjernejournal informeres det om dette. Selv om flere kommenterer i idémyldringsfasen at de ikke husker hva som stod i e-posten. Til tross for dette kan det, på grunn av deres rangering tyde på at de allikevel har tilegnet seg denne informasjonen.

vel, det var feil jeg ikke visste om så det var ganske viktig å sjekke

Kommentar fra respondent

En viktig mulighet i kjernejournal er at innbyggerne nå har en elektronisk tilgang til alle opplysningene som er lagret i deres kjernejournal (Prop. 89 L, 2011-2012. s. 72), således kan de nå oppdage eventuelle uriktige opplysninger. Media har referert til episoder hvor innbyggere har oppdaget uriktige opplysninger i sin kjernejournal. Dette har vært opplysninger som har handlet om feil i primærkilden, altså i kilder som kjernejournal speiler opplysninger fra (Prop L89. s. 70). Feilaktige opplysninger kan oppleves som ubehagelig, og det antas at det ikke har stor påvirkning i en akutt situasjon, er det allikevel opplysninger som skal være riktige. En ting er at det er ubehagelig å oppdage, en annen er at det kan gi en følelse av avmakt. Innbyggeren kan føle at ens integritet er truet. Det er naturlig å tenke at det kan gi en opplevelse av å ikke ha kontroll, og tilliten til et system kan svekkes. Direktoratet for e-helse, har i disse sakene uttalt seg i media. De har da oppfordret innbyggerne til å logge seg inn for å kontrollere sine opplysninger, og informert om hva innbyggerne kan gjøre om feil oppdages (NRK, 2017. 01.03). Det er laget et system for å rette opp i feilene når

innbygger melder ifra. Dette kan bidra til å sende positive signaler om at myndighetene tar disse feilene på alvor. Dette vil inngi tillit, og kan bidra til å gjenopprette innbyggernes opplevelse av å ha kontroll.

6.2 Nettsidedesign



Bilde 7 Oversikt over faktorene under funnet brukervennlighet

(Direktoratet for e-helse, 2017)

Bilde 7 viser oversikt over faktorene som kommer inn under brukervennlighet. Dersom opplevelsen av brukervennligheten er høy vil det være positivt med tanke på adopsjonen av et system (Kumar et al., 2007).

6.2.1 Brukervennlighet i kjernejournalen

Brukergrensesnitt og brukervennlighet må ligge til rette for at et system skal tas i bruk og integreres inn i daglige rutiner. Det at systemer er konstruert intuitivt, har gode overskrifter, god søkestruktur og er gjenkjennbart kan være med å påvirke tilfredsheten rundt bruken av det. Respondentene ser for seg at kjernejournalen må ha godt design og relevant innhold på plass for å oppnå god brukervennlighet, og oppleve løsningen som en ressurs. Det at løsningen er tilgjengelig og at det ikke trengs å navigere mellom flere filtre, eller vinduer for å se helheten av informasjon er viktig. Dette vil spare respondentene for tid og frustrasjon, og de vil kunne oppleve en tilfredshet med systemet. Davis (1989) beskriver brukervennlighet som viktig for at den enkelte skal begynne å benytte systemet. Løsningen skal gi brukeren noe ekstra, som at kjernejournalen kan bidra til bedre akuttbehandling (Helseinfo, 2014, 28.12).

Lett å navigere, lett tilgjengelig, riktig innhold og utformingen av nettsiden henger også nøye sammen med bruken av et system. Det å oppleve forståelse og mestring ved å bruke løsningen kan gi respondentene en opplevelse av nytte og det kan føre til adopsjon, ifølge Kumar et al (2007). Ved å adoptere systemet benyttes, og utnyttes systemet som en helhetlig løsning. Når løsningen er så enkelt at det ikke trengs hjelp eller veiledning for å komme i gang, vil dette bidra til en positiv opplevelse, og følelse av tilfredshet. Kumar et al (2007) beskriver at brukervennlighet kan føre direkte til adopsjon av et system, mens tilfredshet oppleves gjennom servicekvalitet av systemet. Shankar et al (2003, s. 156) beskriver at gjentatte gode opplevelser av løsningen vil også føre til at innbyggeren oppsøker løsningen igjen.

Det antas at respondentene opplever at kjernejournalen er enkelt å få tilgang til, logge seg på og bruke. Dette kan påvirke den opplevde nytten av systemet (Davis, 1989) som igjen påvirker adopsjon som Kumar et al (2007) beskriver. Det var også viktig for dem å vite at den som måtte ha bruk for kjernejournal, enkelt kan logge seg inn. Det kan forstås som at, hvis det skulle skje noe akutt, opplever respondentene at løsningen gir helsepersonellet tilgang, uten at de selv må foreta seg noe. Det er jobbet mye med løsningen fra det offentliges side, og de har hatt fokus på brukertester og brukermedvirkning fra starten av, slik at systemet skal ha en høy brukervennlighet for å tilpasse seg den enkelte innbyggers behov (Refsum, 2013).

Antall innbyggere som benytter eller har vært innlogget i kjernejournal er rundt 800.000 per. 4 april 2017, sammenlignet med digital postkasse, som har fått over 1,5 million brukere (Direktoratet for forvaltning og IKT, 2017). Kan det være noe med behovet digital postkasse dekker hos innbyggeren, og dermed skaper økt interesse for systemet? Eller er det nytten av systemet? Opplevd nytte spiller inn på adopsjon (Kumar et al., 2007) og relevant, forståelig og tilstrekkelig innhold som påvirker tilfredsheten med systemet (Shankar et al., 2003). Kjernejournalen gir en oversikt og en innsikt i respondentenes helseopplysninger, men den oppfyller kanskje ikke en daglig nytteverdi på lik linje med digital postkasse. Denne løsningen kan benyttes flere ganger i uken, mens kjernejournalen er en løsning respondentene nødvendigvis ikke må benytte seg av. Til tross for dette, så har kjernejournalen den verdien at den bidrar til å kunne hjelpe respondentene i en kritisk eller akutt situasjon. I Gilbert et als (2004) studie opplevde respondentene at redusert tid, og en effektiv tjeneste skapte vilje til å bruke systemet. Innføringen av flere digitale tjenester samtidig kan vise seg å være vanskelig (Warth, 2016), da nytten i løsningen kan ha betydning på adopsjonen av systemet.

Kumar et al (2007) antar at opplevelsen av et system påvirker tilfredsheten med systemet. Førsteintrykket har mye å si. Opplevs systemet slik som forventet eller ikke? Et system kan oppleves som lite brukervennlige, likevel velger brukere å benytte seg av det, siden det ikke finnes noe alternativ (Kumar et al., 2007). Brukeren vil fortsatt bruke systemet, men tilfredsheten vil aldri øke. Opplevelsen av nytte påvirker bruken av systemet (Wangpipatwong et al. 2008 s. 62). I undringen rundt opplevelsen og erfaringen til respondentene på hva som var viktig for brukervennligheten har studien fått en formodning om at respondentene opplever kjernejournalen som brukervennlig. Men, det kan likevel tenkes at siden ikke mange snakker om kjernejournalen, har heller ikke kjennskapen til kjernejournalen nådd ut til alle, slik at brukervennligheten i et system ikke er den eneste faktoren som motiverer til bruk. Kan det antas at kjernejournalen ville bli mer interessant dersom det var en applikasjon. Hva om den kritiske informasjonen ble animert? Nettsidens utseende og layout har betydning for brukerens ønske og vilje for å komme tilbake å se mer.

6.2.2 Kjernejournalen er viktig hvis jeg ikke kan gjøre rede for meg



Bilde 8 Oversikt over faktorene under funnet brukervennlighet

(Direktoratet for e-helse, 2017)

Bilde 8 viser oversikt over faktorene som kommer inn under brukervennlighet. Dersom en innbygger opplever nytte med systemet vil det sannsynligvis føre til at vedkommende ønsker å bruke systemet. Wangpipatwong et al (2008) kom frem til, at nytten av et system hadde

ulik påvirkning på den enkelte brukeren. Det kan derfor tenkes at noen kan ha større nytte av kjernejournalen enn andre, slik som kronikere og de med mye oppfølging på sykehuset. På den andre siden er det flere årsaker til hvorfor alle innbyggere burde kontrollere sin kjernejournal, og blant annet registrerer sine pårørende. Dersom det skulle skje noe akutt vil kjernejournalen være oppdatert.

Det kan forstås som at respondentene opplever kjernejournalen som nyttig når de ikke kan gjøre rede for seg, og trygghet ved at helsepersonell har tilgang til helseinformasjon i en akutsituasjon. Ved at systemet oppleves som nyttig, vil det kunne bli adoptert (Davis, 1989). Det kan tenkes at innbyggere med høy sannsynlighet for å trenge akutt helsehjelp vil ha størst nytte av systemet. Visse sykdommer rammer i større grad eldre i alderen 60 år og oppover. Pasienter med helseproblemer logget seg inn i systemet oftere enn de som anså seg selv som friske (Fisher, Bhavnani & Winfield, 2009). Det kunne derfor antas at eldre skulle reflektere mer over nytten av kjernejournalen, enn yngre. På den andre siden rammer skader i større grad yngre, noe som kan skyldes at de er mer aktive og utsetter seg selv for større risiko enn eldre (Statistisk sentralbyrå, 2016). Det fremkommer likevel ingen forskjell på opplevd nytte med hensyn til alder i undersøkelsen.

Nytte alene førte ikke til adopsjon ved innføring av PHR, først da kommunikasjon og informasjon ble benyttet for å skape forståelse, ble systemet tatt i bruk (Agarwal, Anderson, Zarate & Ward, 2013). Dette samsvarer med teorien til Shareef et al (2011) som beskriver at bevisstgjøring og beskrivelse av nytte rundt systemet skaper en forankring som fører til at innbyggerne tar i bruk systemet. På spørsmål om hva det var som var viktig informasjon for at respondentene skulle åpne og lese i kjernejournal har de rangert nyttig. Det antas at informasjonen i e-posten fra Direktoratet for e-helse samlet sett opplevdes som nyttig, nettopp for at innbyggeren skulle logge seg inn i kjernejournal. Men, det var også respondenter som ikke hadde mottatt e-posten, eller husket at de hadde mottatt den. Dette tyder på at e-posten alene ikke førte til at respondentene logget seg inn i kjernejournalen. Det antas at deres bevisstgjøring om kjernejournal kan ha kommet fra en av de andre kommunikasjonskanalene som Direktoratet for e-helse benytter.

Kjernejournalen er en akuttjournal som kun skal inneholde kritisk informasjon, og det regnes å være ca. 2 % av befolkningen som har kritisk informasjon (Moe, 2016). Er da sannsynligheten stor for at innbyggerne skal oppleve den som nyttig? På den andre siden er

det mange som har medisiner og resepter inne i kjernejournalen og tilgang til disse opplysningene kan påvirke og hjelpe legene til å få et riktig beslutningsgrunnlag.

Når systemet svarer til forventningene kan det føre til adopsjon. Informasjon ut til brukerne av kjernejournalen har vært e-posten, og informasjonsmaterialet gjennom sosiale medier, helsenorge.no og øvrige medier.

6.2.3 Egenregistrering av helseopplysninger



Bilde 9 Oversikt over faktorene under funnet egenregistrering

(Direktoratet for e-helse, 2017)

Bilde 9 viser oversikt over faktorene som kommer inn under egenregistrering. Det er et mål at alle skal ha en god brukeropplevelse når de benytter digitale tjenester fra offentlig sektor. Med egenregistrering kan innbyggerne selv legge til opplysninger de ønsker skal vises for helsepersonell. Det betyr at de selv kan påvirke informasjonen som ligger tilgjengelig, og tilpasse den. Gevinstene ved digitalisering av forvaltningen kan ikke realiseres uten at brukerne benytter de tjenestene som tilbys. Offentlige tjenester må derfor gi det innbyggerne har behov for, for å gi gode brukeropplevelser (Meld. St. 9 (2012-2013), 2012, s. 9). Kumar et al (2007) antyder at dersom behovet blir dekket, vil innbyggerne oppleve større tilfredsstillelse og nytten av systemet vil øke. Egenregistrering fremheves av respondentene som viktig med flere av faktorene, noe som tyder på at dette er en funksjonalitet de opplever som nyttig. Det å kunne registrere egne helseopplysninger, og oppleve eierskap til disse antas

å virke positivt på brukeropplevelsen. Enkelte respondenter ytrer likevel et ønske om muligheten til å legge inn kontakter fra spesialisthelsetjenesten. Selv om ønsket tolkes til at de mener automatisk innhenting av opplysninger, så kan det likevel tyde på at de ikke er klar over mulighetene de selv har med egenregistrering.

På dette grunnlaget antas det at informasjonen om egenregistrering ikke er tydelig nok kommunisert for enkelte av respondentene. Det kan antas at respondentene forstår at de kan gjøre mye med kjernejournalen, men at de ikke vet hvordan. Ved at ikke respondentene kan benytte systemet optimal vil det heller ikke oppfylle sin fulle nytte.

6.3 Servicekvalitet

På spørsmål om hvilke forventninger respondentene hadde til innholdet i kjernejournal kom det inn flere faktorer. Mange av disse faktorene faller inn under rammemodellens element, innhold (Kumar et al., 2007). Bilde 10 viser oversikt over faktorene som kommer inn under forventninger, opplevelse og mangelfull.



Bilde 10 Oversikt over faktorene under funnet forventninger, opplevelse og mangelfull

(Direktoratet for e-helse, 2017)

6.3.1 Forventninger til kjernejournalens innhold

Faktorene som kan knyttes til respondentenes forventninger til innholdet i kjernejournalen er mange, og flere av disse handler om informasjon som kjernejournalen ikke er tenkt å inneholde. Det er interessant å se nærmere på hvor disse forventningene kommer fra, og hvorfor respondentene har disse forventningene.

I en hverdag hvor de fleste bruker teknologi og utnytter dens muligheter, sitter nok mange med forventninger til at helse- og omsorgstjenesten både skal, og bør følge med den digitale utviklingen. En årsak til hvorfor respondentene har rangert disse faktorene som viktige kan være at Direktoratet for e-helse ikke har informert tydelig nok hvilken hensikt kjernejournalen har. Eller så kan det være at respondentene har vanskeligheter for å forstå budskapet i informasjonen fra Direktoratet for e-helse.

Voksne nordmenn som hører til den eldre aldersgruppen (55 - 65 år), innvandrere, voksne med lav utdanning, og de som av ulike årsaker står på utsiden av arbeidslivet, er de med svakest leseferdigheter relatert til helseinformasjon. Også gruppen som selv vurderer sin helse som svak, leser dårligere enn de som vurderer sin helse som god (Gabrielsen & Lundetræ, 2014). Like fullt har det vist seg at høy alder virker hemmende på viljen hos folk til å adoptere ny teknologi. Den eldre delen av befolkningen opplever en større usikkerhet og ubehag til det å ta i bruk teknologi, samtidig som de er opptatt av teknologisk innovasjon (Andreassen, Olsen & Calabretta, 2010). Videre understreker de at utdanning og inntekt ikke var hemmende for adopsjonen. Direktoratet for e-helse informerer innbyggerne først og fremst skriftlig om kjernejournal, men det har også blitt informert muntlig, blant annet med en reklamefilm (helsenorge.no, 2017, 03.03), og gjennom ulike sendinger i TV og radio. Allikevel kan det være at denne informasjonen ikke har blitt kommunisert tydelig nok for innbyggerne. Samtidig må informasjonen ta hensyn til de ulike målgruppene som befolkning representerer, ved at informasjonen i forkant av en lansering av en ny løsning er tilpasset de ulike målgruppene, hva gjelder form og innhold (Andreassen et al., 2010). Dette støttes også av Gabrielsen og Lundetræ (2014) som anbefaler at det er viktig å ta hensyn til at det er mange brukere med lave leseferdigheter og at det i utformingen av helseinformasjon bør besørges for klar og enkel kommunikasjon, som kan gi tilgang til informasjon. Forståelsen respondentene hadde til kjernejournalens hensikt kan være lav på grunn av utydelig eller uklare

informasjon. Dette kan ha vært en medvirkende årsak til hvorfor respondentene hadde dannet seg andre forventningene til innholdet i kjernejournal.

Innbyggernes møter med helsevesenet skjer både i kommune - og spesialisthelsetjenesten. Ansvar og oppgavene er fordelt mellom disse to forvaltningsnivåene (Meld. St 47, 2009, s. 22). Det har vært gjenstand for kritikk at pasienter opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige. Dette bunner i at spesialisthelsetjenesten ikke har den samme informasjonen som fastlegen og omvendt. Pasienten stiller seg nok undrende til hvorfor de to forvaltningsnivåene ikke har den samme informasjonen. DIPS ASA (Opinion, 2016) gjennomførte en undersøkelse med over 2000 respondenter, hvor de fant at 68 % av disse hadde forventninger til at behandleren kan lese alt, som alle andre behandlere har skrevet om dem.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi er tatt i bruk av innbyggerne i utstrakt form (NOU 2011:11. 2011. s. 108). Både private og offentlige virksomheter sørger for å gi innbyggerne mye informasjon og tilgang til flere selvbetjeningsløsninger. Forventningene til gode, elektroniske helsetjenester døgnet rundt, på lik linje med nettbanks og nettbutikker er tilstede (NOU 2011:11. 2011. s. 108). Ut i fra disse forventningene kan det antas at innbyggerne har formet seg forventninger til kjernejournalens ytelse ved å sammenligne denne med de andre selvbetjeningsløsningene

40 prosent av befolkningen er svært modne for å ta i bruk ny teknologi, mens 60 prosent er avventende og til dels skeptiske. De vil se fordelene med teknologien før de adopterer den (Andreassen et al., 2010).

6.3.2 Opplevelsen av innholdet i kjernejournalen

Jeg finner nesten ingenting! Bare hvem som er min fastlege og mine resepter, ingen info om min helsetilstand, kroniske sykdommer etc. Kommentar fra respondent.

Savner journalnotater fra fastlegen. Kommentar fra respondent.

Enkelte av respondentenes rangeringer kan oppsummeres med at de opplevde den som mangelfull. Forventningene deres ble altså ikke bekreftet. Hvis respondentene ikke er fornøyde med innholdet, kan det påvirke tilfredsheten, og dermed adopsjonen av systemet

(Kumar et al., 2007, s. 69). Er det på grunn av at innholdet i kjernejournalen ikke svarte til respondentenes forventninger, at bruken er lav? Kan tilfredsheten øke, om respondentene får tilstrekkelig med informasjon om hva kjernejournal er, og hvordan den kan brukes? McKinney et al (2002, s. 308) forklarer i sin teori at om det er misnøye relatert til innholdet i en nettside vil kunden mest sannsynlig forlate nettsiden uten å gjennomføre et kjøp. Det antas at dette også vil gjelde for respondentene og kjernejournalen. I rapporten til Accenture (Safavi, 2016) har innbyggerne store forventninger til innholdet de skal ha tilgang til i forhold til hva legenes oppfatning er. 74 % av innbyggerne vil ha samme tilgang som legen, mens kun 26 % av legene mener det samme. Når et misforhold mellom brukeres opplevelse og forventninger skjer, kan det føre til skuffelse og irritasjon når de finner en “tom” kjernejournal (Greenhalgh et al., 2010, s. 6), Dette kan føre til at respondentene distanserer seg og motsetter seg bruk av løsningen. Cirka 40 % av respondentene oppgir at de har vært inne i kjernejournalen to til fire ganger. Ved at respondentene har vært logget inn i kjernejournalen gjentatte ganger, kan muligens være fordi de har ønsket å se om det har skjedd en endring eller oppdatering av innholdet. Dette behøver imidlertid ikke bety at de er tilfredse med løsningen.

Ut i fra rangeringene tyder det på at respondentene ønsker seg mer informasjon i kjernejournalen. Også brukere av HSA ønsker seg mer innhold registrert i den, flere funksjoner og ulike fleksible måter å dele sin informasjon med helsepersonell på (Greenhalgh et al., 2010, s. 9). Det reflekteres med forsiktighet rundt antakelsen om at budskapet i informasjonen om kjernejournal ikke har blitt kommunisert tydelig nok. Konsekvensen av det kan ha vært at respondentene ikke forstår hva som forventes av dem når har fått en kjernejournal, for eksempel forventningen om at de må gå til fastlegen sin for å få registrert kritisk informasjon. Britiske myndigheter har presentert HSA som en “plug and play”-løsning. De har antatt at dens brukere ikke trenger å overbevises for å ta den i bruk og heller ingen spesifikk opplæring, støtte eller insentiver for å bruke den Greenhalgh (2010, s. 9). Det kan virke som britiske myndigheter har sett på dette med for stor letthet. Kan norske myndigheter å tenkt det samme? Ved å forstå hva innbyggere vil ha av informasjon, og ved å forsikre dem om at informasjonen er tilgjengelig, og presentert slik de vil er med på å forbedre pasientopplevelsen (Large & Arnold, 2005, s. 54). Dette kan lede til økt tilfredshet.

Shankar et al (2003) beskriver tilfredshet med at brukeren kan være fornøyd med systemet ved enkelt pålogginger. Dersom denne tilfredsheten gjentar seg ved flere pålogginger, kan

brukeren få en god brukeropplevelse, og adopsjonen av systemet kan øke. Ved at respondentene har vært inne i kjernejournalen ulikt antall ganger kan tyde på ulike behov, opplevelser og forventninger, slik Greenhalgh et al (2010) viser til i sitt studie at innholdet i HSA hadde innvirkning på bruken og tilfredsheten med systemet.

At respondentene opplever kjernejournalen som ufullstendig kan også tyde på at respondenten ikke har vært ofte i kontakt med helsevesenet og dermed ikke har registrerte opplysninger i for eksempel i besøkshistorikken, eller mine resepter, i kjernejournal? Kan det bety at enkelte respondenter ikke har forstått i hva kjernejournalen skal inneholde? Eller at de er friske og ikke har besøkshistorikk. Respondentene har ikke sagt noe om sin sykdomshistorie i undersøkelsen foruten om det som er kommet fram i tilbakemeldinger eller forklaringer til rangeringen av faktorer, slik at studien kan ikke antyde noe, men av de respondentene som opplever kjernejournalen som ufullstendig og ikke oppdatert er det 31 % som er mellom 65-74 år og 40 % som er mellom 45-64 år.

Mange av respondentene opplever at fastlegen var fraværende (mangler journalnotater og epikriser) eller at han/hun ikke var registrert. Dette kan tyde på at fastlegen ikke har tatt i bruk kjernejournalen. Dersom ikke innbyggerne selv etterspør eller setter krav til fastlegen kan det påvirke innholdet i kjernejournalen. På den andre siden skal kjernejournalen kun inneholde informasjon som kan gi et bedre beslutningsgrunnlag i en kritisk eller akutt situasjon. I praksis vil det si at innholdet er egentlig relativt sparsommelig i kjernejournalen. Er da forventningene deres for høye eller urealistiske? Kan informasjonen rettet mot innbyggeren være uklar, siden så mange respondenter hadde andre forventninger?

Ved å lese e-posten, så handler det også om forståelse og innsikt i hva som stod forklart i den. Dersom respondentene ikke umiddelbart opplevde dette som nyttig, så kan det være en tolkning hvorfor mange ikke har åpnet kjernejournalen. Respondentene i undersøkelsen var valgt ut etter utvalgs-kriterier, slik at de satt med en dypere kunnskap og forståelse for kjernejournalen enn de som ikke har åpnet og lese i kjernejournalen. Flere respondenter i idémyldringsfasen uttrykte nysgjerrighet etter å ha lest e-posten og det førte til at de åpnet og undersøkte hva kjernejournalen var. Enkelte var fornøyd med å endelig ha viktig informasjon på en plass og kunne slippe å gjenta seg eller huske å ta med viktig dokumentasjon hver gang de skulle på sykehuset, en kan anta at de opplevde en tilfredshet og effektivitet.

Om det er slik at Direktoratet for e-helse tenker at veien inn for å øke bruken av kjernejournal blant helsepersonell er gjennom innbyggerne må kanskje informasjon om kjernejournalen bli kommunisert til innbyggerne slik at deres forståelse av den øker.

6.4 Oppsummering

En generell oppfatning for denne studien er at respondentene er tilfredse og ønsker kjernejournalen velkommen. Det er allikevel viktig å belyse hvorfor forventninger deres ikke er innfridd og at opplevelsen ble deretter. Spesielt med tanke på at opplysningsarbeidet mot innbyggere muligens kan styrkes, slik at viktig og nyttig informasjon om bruk av kjernejournal kommer frem, til riktige mottakere, som er deg og meg.

Rangeringen av de viktige faktorene er gjort etter deres beste evne. Men, det har kommet tilbakemeldinger på at undersøkelsen har til tider vært vanskelig. Respondentene har likevel beskrevet og konkretisert sine viktige faktorer, noe som tyder på at de er engasjerte i kjernejournalen, men også i videreutviklingen av den. De vet hva de ønsker seg av brukervennlighet i løsninger og har også klare forventninger til innholdet de forventet skulle være i løsningen. Nivåene den enkelte respondenter har i forhold til e-government er ulik i forhold til opplevelse, forventning og forståelse av kjernejournalen. Det antas at flere av respondentene er på nederste nivået på e-government stigen til Layne og Lee (2001). På dette nivået handler det mest om å innhente informasjon. Respondentene som ligger på nivå 2 har forstått og engasjert seg for egenregistrering. De respondentene som har forventninger på vaksinasjonshistorikk, blodtype, resultater av undersøkelser og kommunikasjon med helsevesenet kan tenke at de ser for seg nivå 3-4, der integrasjonen mellom systemene vertikal er kommet lengre enn dagen dato som kan tyde på en innbygger- en journal (Meld. St 9, (2012-2013)).

6.5 Begrensninger og videre forskning

Tid og ressurser har gjort at ikke alle faktorene som er kommet fram i undersøkelsen er tatt med i diskusjonen. Vektlegging på de demografiske dataene kunne kanskje gitt studien en dypere forståelse med hensyn til alder, bosted og erfaringer med pålogging i systemet, men da det ikke viser noen signifikant kan det heller ikke trekkes noen slutninger. Det har ikke vært spurt om hvorfor respondentene åpnet kjernejournalen eller hvordan de fikk høre om

kjernejournalen for første gang. Det hadde gitt studien ytterlige ny kunnskap, men det hadde fordret en annen type undersøkelse og flere respondenter.

Hvorvidt informasjonen i kjernejournalen er klar og tydelig er heller ikke undersøkt i denne studien. Studiet har ikke sett på universell utforming, det vil si innbyggeren som ikke er online, men som må ha informasjonen via tradisjonelle informasjonskanaler. Det ville også gitt studien en annen retning. Respondentene har mange forventninger til innholdet i kjernejournalen og med flere prosjekter pågående samtidig som Vestlandspasienten (Helse Vest, 2017) og min helse (helsenorge.no, 2017) kan det være utfordrende å skille alle digitale løsninger fra hverandre. Flere av faktorene fra undersøkelsen kan bli ivaretatt av andre løsninger som kun er tilgjengelige som prosjekter i deler av landet. Innføringen av e-government kan sees som nasjonale føringer.

Det er ikke tatt hensyn til innbyggernes health literacy, kunnskap om internett og bruk. Dette kan være en bidragende årsak til hvorfor ikke flere har vært inne i kjernejournalen, men på den andre side er Norge et av de land som har høy andel av innbyggere på nett og som etterspør mer effektive tjenester. Det er ikke sett på den tekniske løsningen med integrasjoner og virksomhetsarkitektur som kan ha en medvirkende årsak til hvordan den manuell innføring av kritisk informasjon påvirker opplevelsene til respondentene.

Videre studie eller granskning av empirien kunne muligens bidratt til mer grundig og dypere kunnskap. Ingen av respondentene har nevnt opplæring. Når det gjelder å undersøke opplæring og informasjon er dette grundig forsket på tidligere. Det er derfor ikke tatt med i denne undersøkelsen, men det reflekteres rundt at det kan ha en medvirkende årsak til lite bruk. Noen av faktorer som var under gjennomsnittet hadde vært interessant å studert videre, slik som

- Kort veileder på hva som skal stå hvor
- At jeg kan påvirke min behandling i samråd med behandler
- Gi meg trygghet ved å kjenne min helsehistorikk
- Kommunisere med fastlege og helsevesen
- Få oppdatert informasjon
- Organdonasjon
- Gjenoppliving

Videre er det interessant å se på hvordan resten av befolkningen opplever kjernejournalen, slik at Direktoratet for e-helse holder fokus på innbyggernes tilbakemeldinger også når de videreutvikler systemet og fortsetter innføringen ved pleie og omsorgstjenesten.

7 KONKLUSJON

Studien har kommet frem til viktige faktorer for ekspertpanelets opplevelser av og forventninger til kjernejournalen gjennom en iterativ utvelgelse og rangering med Delphi-metoden. Det kan ikke trekkes noen slutninger ut fra funnene i studien og det er ikke oppnådd konsensus. Det kan derfor tenkes at undersøkelsen har fått inn tilbakemeldinger som speiler at kjernejournalen berører mange, og dertil stor spredning i respondentenes meninger om den. Kunnskapen studien har kommet fram til er ikke unik i forhold til informasjonssystemer og bruken av dem, men studien har fått ny unik kunnskap om respondentenes erfaringer med kjernejournalen, da ingen har, så vidt kjent undersøkt dette før. Kunnskapen kan gi innspill til videre fokus på innføringen av digitale løsninger.

Hovedfunnene i studien er,

- Tilgang til viktige opplysninger
- Stor tillit til sikkerheten i kjernejournalløsningen
- Opplever at deres personvern og integritet er ivaretatt
- Har høye forventninger til innholdet
- Opplever kjernejournal som brukervennlig
- Kan gi nytte for de i en akutt situasjon
- Savner flere helseopplysninger
- Opplever at den inneholder viktig og riktig informasjon
- Opplever nytte med egenregistreringer og innsyn i egen journal som viktig for informasjon

Kan kritiske suksessfaktorer for videre implementering av kjernejournalen være flere påminnelser med informasjonskampanjer og brev. Fokus på integrasjon av de ulike journalsystemer slik at legene slipper å dobbeltregistrerte og å gi innbyggerne tilgang til mer informasjon slik at de opplever mer nytte av løsninger? Videre forskning vil kanskje gi svar på dette.

LITTERATURLISTE

Agarwal, R., Anderson, C., Zarate, J., & Ward, C. (2013). If we offer it, will they accept? Factors affecting patient use intentions of personal health records and secure messaging. *Journal of medical Internet research*, 15(2), e43. doi:[10.2196/jmir.2243](https://doi.org/10.2196/jmir.2243)

Almahamid, S. O. U. D., McAdams, A. C., Al Kalaldehy, T. A. H. E. R., & Al-Sa'eed, M. T. (2010). The relationship between perceived usefulness, perceived ease of use, perceived information quality, and intention to use e-government. *Journal of Theoretical and Applied Information Technology*, 11(1), 30-44. Hentet fra <https://pdfs.semanticscholar.org/f4eb/d3c58226492f7a999fef75a8b9e237a6f3b0.pdf>

Ancker, J., Miller, M., Patel, V., og Kaushal, R (2014). Sociotechnical challenges to developing technologies for patient access to health information exchange data. *A scholarly journal of informatics in health and biomedicine*. 21 (4.) 664-670. Hentet fra <https://doi.org/10.1136/amiajnl-2013-002073>

Andreassen, H. K. (2010) What does an e-mail address add? - Doing health and technology at home. *Social Science & Medicine*, 72, 521-528 doi <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.026>

Andreassen, T. W., Olsen, L. L., & Calabretta, G. (2010). Elektroniske offentlige tjenester. *MAGMA*. Hentet fra <http://www.magma.no/elektroniske-offentlige-tjenester>

Bordvik, M. (2016.07.16). Flere vil dele helseopplysninger. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/06/17/flere-vil-dele-helseopplysningene-sine/>

Brender J, Ammenwerth E, Nykänen, P og Talmon J. (2006). Factors influencing success and failure of health informatics systems--a pilot Delphi study. *Methods Inf Med*. 45 (1.), 125-36 Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16482383>

Carter, L., Weerakkody, V., Phillips, B., & Dwivedi, Y. K. (2016). Citizen Adoption of E-Government Services: Exploring Citizen Perceptions of Online Services in the United States and United Kingdom. *Information Systems Management*, 33(2), 124-140. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10580530.2016.1155948>

Datatilsynet. (2013). *Personvernundersøkelsen*. Hentet fra https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/04_planer_rapporter/personvernundersokelsen-2013-14/samlerapport-personvernundersokelsen.pdf

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS quarterly*, 319-340. Hentet fra http://www.jstor.org/stable/249008?seq=1#page_scan_tab_contents

Delone, W., H. & McLean, E.R., (2003) The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update, *Journal of Management Information Systems*, 2003 (19.) 9-30 doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07421222.2003.11045748>

Direktoratet for e-helse, (2017a). [Bilde] Behovet for kjernejournal (fase 1).

Direktoratet for e-helse, (2017) [Illustrasjon] Dataskjerm.

Direktoratet for e-helse (2017b). [Bilde] Løsningen med kjernejournal (fase 1).

Direktoratet for e-helse, (2016, 17.06). Flere logger seg på kjernejournal. Lastet 26.03. 2017 Hentet fra <https://ehelse.no/nyheter/flere-logger-seg-pa-kjernejournal>

Direktoratet for e-helse. (2016, 02.12). Digitale innbyggertjenester. Lastet 2017, 13.02. Hentet fra <https://ehelse.no/digitale-innbyggertjenester>

Direktoratet for e-helse. (2016, 12. 12). Hva er kjernejournal? Lastet 2017, 18.04. Hentet fra <https://ehelse.no/e-resept-kjernejournal-og-helsenorgeno/kjernejournal/hva-er-kjernejournal>

Direktoratet for e-helse, (2017, 09.03). Innhold og funksjoner i kjernejournal. Hentet fra <https://ehelse.no/e-resept-kjernejournal-og-helsenorgeno/kjernejournal/innhold-og-funksjoner-i-kjernejournal>

Direktoratet for e-helse. (2017, 10.03). Godkjenningssprøve og opplæring i kjernejournal. Lastet 2017, 18.04. Hentet fra <https://ehelse.no/e-resept-kjernejournal-og-helsenorgeno/kjernejournal/godkjenningssprøve-og-opplering-i-kjernejournal>

Direktoratet for forvaltning og IKT. (2017). Digitalisering. Lastet 04.05.2017 Hentet fra <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/nokkeltall-og-statistikk/digitalisering>

Direktoratet for forvaltning og IKT. (2015). Ulike sikkerhetsnivå. Lastet 09.04.2017. Hentet fra <http://eid.difi.no/nb/sikkerhet-og-informasjonskapsler/ulike-sikkerhetsniva>

Dolonen. K A. (10.09.2015). Når du finner feil i kjernejournalen. *Sykepleien*. Hentet fra <https://sykepleien.no/2015/09/nar-du-finner-feil-i-kjernejournalen>

Ellis, Timothy, J. og Nova, Yair, L. (2008). Framework of Problem-Based Research: A Guide for Novice Researchers on the Development of a Research-Worthy Problem. *The International Journal of an Emerging Transdiscipline*. 2008 (11.), 17-33. Hentet fra <http://ai2-s2-pdfs.s3.amazonaws.com/383f/395642dbd1bd96f4b828d8174e6344560699.pdf>

Ferguson. K.(2015. 19.06). Kjernejournal? Nei, det aner jeg ikke hva er. *Bergensavisen* Hentet fra <https://www.ba.no/nyheter/nyhet/kjernejournal-nei-det-aner-jeg-ikke-hva-er/s/5-8-97637>

Finbråten, H. S., og Pettersen, K. S. (2012). Diabetessykepleiere i Norge sine oppfatninger av pasienters "health literacy". *Vård i Norden*, 32 (3.), 47-52. Hentet fra: <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/134454/finbr%c3%a5ten%20og%20pettersen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Fisher, B., Bhavnani, V., & Winfield, M. (2009). How patients use access to their full health records: a qualitative study of patients in general practice. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 102(12), 539-544. Hentet fra <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1258/jrsm.2009.090328>

Flak L. S., Dertz, W Jansen, A.J., Krogstie, J., Ølnes, S., Spjelkavik, I. (2009). What is the value of eGovernment - and how can we actually realize it. *Transforming Government: People, Process and Policy* 3, 3, 220-226. Hentet fra </doi/abs/10.1108/17506160910979333?journalCode=tg>

Forventninger/Svartdal, F. (2017). I *Store norske leksikon*. Frode Svartdal (Fagkonsulent for kognitiv psykologi). Lastet 03.05.2017. Hentet fra https://snl.no/forventning_-_psykologi

Gabrielsen, E. & Lundetræ, K. (2014). Hvor godt forstår voksne nordmenn skriftlig helseinformasjon? *Sykepleien Forskning*. 1 (9), 26-34. doi: [10.4220/sykepleienf.2014.0029](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2014.0029)

Garbrandt, A. K., 2017. Ansvarlig for innbyggerpanelet til Helfo.

Gilbert, D., Balestrini, P., & Littleboy, D. (2004). Barriers and benefits in the adoption of e-government. *International Journal of Public Sector Management*, 17(4), 286-301. Hentet fra <http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/09513550410539794>

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 2004 (24), 105-112. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Greenhalgh, T., Hinder, S., Stramer, K., Bratan, T. & Russell, J. (2010). Adoption, non-adoption, and abandonment of a personal electronic health record: case study of HealthSpace. *BMJ* 2010; 341 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.c5814>

Greenhalgh, T., Wood, G., Bratan, T., Stramer, K. & Hinder, S. (2008a). Patients attitudes to the summary care record and HealthSpace: qualitative study. *BMJ* 2008, elocator a114. doi:[10.1136/bmj.a114](https://doi.org/10.1136/bmj.a114)

Greenhalgh, T., Stramer, K., Bratan, T., Byrne, E., Russell, J., Mohammad, Y., Wood, G & Hinder, S. (2008b). Summary care record early adopter programme: an independent evaluation by University College London. Hentet fra <http://discovery.ucl.ac.uk/6602/1/6602.pdf>

Gupta, M. P., & Jana, D. (2003). E-government evaluation: A framework and case study. *Government information quarterly*, 20(4), 365-387. Hentet fra <http://doi.org/10.1016/j.giq.2003.08.002>

Hassol, A., Walker, J. M., Kidder, D., Rokita, K., Young, D., Pierdon, S., Deitz, D., Kuch, S. & Ortiz, E. (2004). Patient experiences and attitudes about access to a patient electronic health care record and linked web messaging. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 11(6), 505-513. Hentet fra <https://doi.org/10.1197/jamia.M1593>

Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal handlingsplan for e-helse*. IS-2179. Hentet fra <https://ehelse.no/Documents/Nasjonale%20prosjekter/Nasjonale%20handlingsplan%20for%20e-helse.pdf>

Helsedirektoratet. (2015). *Kritisk og viktig helseinformasjon i kjernejournalen*. (Rapport IS-2405). Hentet fra https://ehelse.no/Documents/Kjernejournal/Publikasjoner/IS-2405%20Kritisk%20og%20viktig%20helseinformasjon%20i%20kjernejournal_Versjon%203%200.pdf

Helsedirektoratet & Direktoratet for e-helse. (2015). *Utredning av "Én innbygger - én journal"*. Hentet fra https://ehelse.no/Documents/Sammendrag%20Utredning%20av%20%C3%89n%20innbygger%20%C3%A9n%20journal_1.0.pdf

Helseinfo (2014. 28.12). Bedre behandling med kjernejournal. Hentet fra www.helseinfornett.no/bedre-behandling-med-kjernejournal

helsenorge.no. (2017, 03.03). Hva er kjernejournal? Lastet 2017, 23.03. Hentet fra <https://helsenorge.no/kjernejournal/hva-er-kjernejournal>

helsenorge.no. (2016). Hva er kjernejournal? Lastet 2016, 12.12. Hentet fra <https://helsenorge.no/kjernejournal/hva-er-kjernejournal>

helsenorge.no. (2017. 15.03) Sikkerhet og personvern i kjernejournal. Lastet 2017, 23.03. Hentet fra <https://helsenorge.no/kjernejournal/sikkerhet-og-personvern-i-kjernejournal>

helsenorge.no (2017). Min helse. Lastet 2017, 01.05. Hentet fra <https://helsenorge.no/min-helse/>

helsenorge.no (u.å). Bli med i Helfos innbyggerpanel. Lastet 20.03.2017 Hentet fra <https://helsenorge.no/bli-med-i-helfos-innbyggerpanel>

Helse Vest (2017, 01.05). Om vestlandspasienten. Hentet fra <http://vestlandspasienten.no/om-vestlandspasienten>

Holthe, H. (2016). *Nettbaserte helsetjenester for alle*. (NSE-rapport 03.2016). Hentet fra <https://ehealthresearch.no/prosjektrapporter/nettbaserte-helsetjenester-for-alle>

Hovland, I, B. (2014, 10.10) Betaling av forskningsdeltakere. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Personvern-og-ansvar-for-den-enkelte/Betaling-av-forskningsdeltakere/>

Johannessen, A., Tufte, P. A. og Christoffersen, L. (2011). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. Oslo:abstrakt forlag.

Ikoev, V. (2016). *Factors affecting the use of "Kjernejournal" in the Norwegian healthcare system.* (Master thesis, University of Oslo) Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/54513/THESIS-VITALII-IKOEV--Factors-affecting-the-use-of--Kjernejournal--in-the-Norwegian-healthcare-system.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Johnsen, O. (2017, 26.01). Vanskelig å få leger til å bruke kjernejournal. *Forskning*. Hentet fra <http://forskning.no/2017/01/pasientene-ma-kreve-mer-e-helse/produsert-og-finansiert-av/nasjonalt-senter-e-helseforskning>

Keeney, S., Hasson, F., og McKenna, P. H. (2001). A critical review of the Delphi technique as a research methodology for nursing. *International Journal of Nursing Studies*. 2001, (38). 195-200. doi: [http://doi.org/10.1016/S0020-7489\(00\)00044-4](http://doi.org/10.1016/S0020-7489(00)00044-4)

Kjernejournalforskriften. (2013). *Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2013-05-31-563>

Kumar, V., Mukerji, B., Butt, I., & Persaud, A. (2007). Factors for successful e-government adoption: a conceptual framework. *The electronic journal of e-Government*, 5(1), 63-76. Hentet fra http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45930074/Factors_for_successful_e-government_adop20160524-10158-wsag89.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1493936512&Signature=IiCT16IYoD09uhDMBxrPyHEVbHA%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DFactors_for_Successful_E-Government_Adop.pdf

Kvalitativ/Malt, Ulrik. (2015) I S. Dahlum (Fagansvarlig for forskningsmetode); *Store norske leksikon*. Lastet 2017. 27.03, Hentet fra <https://snl.no/kvalitativ>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal akademisk.

Large, S. & Arnold, K. (2005). Evaluating how users interact with NHS Direct Online - 1st International Workshop on Personalisation for e-Health. Hentet fra <http://cgi.csc.liv.ac.uk/~floriana/UM05-eHealth/UM05-W6.pdf#page=73>

Layne, K., & Lee, J. (2001). Developing fully functional E-government: A four stage model. *Government information quarterly*, 18(2), 122-136. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740624X01000661>

Lund, H. 2017. 20.02. Kommunikasjonsrådgiver, Direktoratet for e-helse

Lusignan, S., Ross, P., Shifrin, M. A., Hercigonja-Szekeres, M., & Seroussi, B. (2013). A comparison of approaches to providing patients access to summary care records across old and new europe: an exploration of facilitators and barriers to implementation. *MedInfo*, 397-401. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Simon_De_Lusignan/publication/255693872_Comparison_of_Approaches_to_Providing_Patients_Access_to_Summary_Care_Records_Across_Old_and_New_Europe_An_Exploration_of_Facilitators_and_Barriers_to_Implementation/links/02e7e5296eb96bb443000000.pdf

Major, E. F. (2013. 18.02). Er vi sykere enn før? Noen refleksjoner og paradokser knyttet til oppfatninger av egen helse. *Farmatid*. Hentet fra <http://www.farmatid.no/artikler/fag/vi-sykere-enn>

Malterud, K. (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Masson, B. Le, Al-Yahya, K. (2014). Digital Government. Pathways to Delivering Public Services for the Future. A comparative study of digital government performance across 10 countries (Accenture 2014). Hentet fra https://www.accenture.com/us-en/~/_media/Accenture/Conversion-Assets/DotCom/Documents/Global/PDF/Industries_7/Accenture-Digital-Government-Pathways-to-Delivering-Public-Services-for-the-Future.pdf

McKinney, V., Yoon, K., & Zahedi, F. M. (2002). The measurement of web-customer satisfaction: An expectation and disconfirmation approach. *Information systems research*,

13(3), 296-315. Hentet fra <http://pubsonline.informs.org/doi/abs/10.1287/isre.13.3.296.76>

Meld. St. 9 (2012–2013), 2012, *Én innbygger – én journal Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>

Meld. St. 26 (2014–2015). (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 27 (2015-2016), 2016, *Digital agenda for Norge- IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/sec1>

Meld. St. 47 (2008–2009) 2009. *Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Moe, Lasse. (2016, 28.01). Ny standard for kritisk informasjon. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/01/28/ny-standard-for-kritisk-informasjon/?acceptCookies=true>

Mwachofi, A., Khaliq, A., Carrillo, E. og Winfree, W. (2015). *Technology versus humanism: how patients perceive the use of electronic health records in physicians' offices—a qualitative study*. *Health communications*. 31 (3.), 257-264. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2014.947467>

NOU 2011:11. (2011) *Innovasjon i omsorg*. Oslo:Helse- og omsorgsdepartementet

NRK. (01.03, 2017). *Nyheter [Nett-TV]*. Hentet fra <https://tv.nrk.no/serie/nyheter/NNFA10030117/01-03-2017>

NSD. (2017, 24.03). Norsk senter for forskningsdata. Hentet fra http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html

Okoli, C., & Pawlowski, S. D., (2004) The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. *Information & management*. (42.) 15 - 29 Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0378720603001794>

Opplevelse/Teigen, K. H. (2016) I *Store norske leksikon*. Karl Halvor Teigen (Fagkonsulent) Lastet 03.05.2017. Hentet fra <https://snl.no/opplevelse>

Opinion, 2016. *Norsk e-helsebarometer 2016 Nasjonal befolkningsundersøkelse*. Hentet fra https://www.dips.no/sites/default/files/ehelse_befolkning.pdf

Pedersen, L. Y, Mossing, H, & Mundbjerg, A. (2011). *Patient empowerment – fra RSI pejlemærke til handling*. (Master of Information Technology med spesialisering i Sundhedsinformatik, Aalborg Universitet). Hentet fra: http://projekter.aau.dk/projekter/files/52552917/Patient_empowerment_endelig.pdf

Personopplysningsloven (2001) *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>

Prop 89 L (2011 - 2012). *Endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.: Tilråding fra Helse- og omsorgsdepartementet 20. april 2012, godkjent i statsråd samme dag. (Regjeringen Stoltenberg II)*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-89-l-20112012/id678828/sec1>

Questback. (2017). Markedsundersøkelse- og analyse. Lastet 20.04 Hentet fra <https://www.questback.com/no/markedsundersokelse-og-markedsanalyse>

Refsum, N. (2013. 21.01). Kjernejournal-for tryggere helsehjelp. *Farmasifag*. Hentet fra <http://www.farmatid.no/artikler/fag/nasjonal-kjernejournal-utvikles-na>

Røren, R. (2016). *En innbygger, en journal og kjernejournal*. Fylkesmannen i Telemark, Høstkonferansen 2016. Hentet fra <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMTE/Helse%20og%20omsorg/2016%20kurs/H%c3%b8stkonferansen/Lysark/14%20En%20journal%20og%20kjernejournal.%20Rune%20R%c3%b8ren.pdf>

Røren, R., 2017. Avdelingsdirektør for avdeling Innføring i Direktoratet for e-helse,

Safavi, K (2016), *Accenture 2016. Consumer survey on Patient Engagement*. ehealth week, Amsterdam. Hentet fra https://www.eiseverywhere.com/file_uploads/ebcaa8060c650bb28dbbfdcd7a275911_Kaveh-Safavi_2016-Consumer-survey-on-Patient-Engagement.pdf

Sander, K. (2016, 19.10). Adopsjonsprosessen. Hentet fra <https://estudie.no/adopsjonsprosessen/>

Schreurs. N. (31.08.2015). Derfor trenger vi kjernejournal. *IKT-Norge*. Hentet fra <https://www.ikt-norge.no/kommentar/derfor-trenger-vi-kjernejournal/>

Schreurs. N. (2012, 20.08). Accenture vant kjernejournal. *Computerworld*. Hentet fra <http://www.cw.no/artikkel/it-helse/accenture-vant-kjernejournal>

Schmidt, C. R. (1997) Managing Delphi surveys using nonparametric statistical techniques. *Decision Sciences*. 1997. (28). doi: [10.1111/j.1540-5915.1997.tb01330.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-5915.1997.tb01330.x)

Schmidt, R., Lyytinen, K., Keil, M. og Cule, P. (2001). Identifying Software Project Risks: An International Delphi Study. *Journal of Management Information Systems*. 2001. (17:4) doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07421222.2001.11045662>

Shankar, V., Smith, A. K., & Rangaswamy, A. (2003). Customer satisfaction and loyalty in online and offline environments. *International journal of research in marketing*, 20(2), 153-175. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167811603000168>

Shareef, M. A., Kumar, V., Kumar, U., & Dwivedi, Y. K. (2011). e-Government Adoption Model (GAM): Differing service maturity levels. *Government Information Quarterly*, 28(1), 17-35. Hentet fra <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740624X10000985>

Skulmoski, Gregory J., Hartman, Francis T. og Krahn, Jennifer. (2007). Delphi Method for Graduate Research. *Journal of Information Technology Education*. 2007. (6.) Hentet fra http://wiki.cbrnecc.ca/images/e/ef/JITEv6p001-021Skulmoski212_Delphi.pdf

SurveyXact. (2017). Helse/forskning. Lastet 20.04 Hentet fra <http://www.surveyxact.no/bruksomraader/helse-forskning>

Skogstrøm, L. (18.08.2015). Nå får de første østlendingene kjernejournal. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/norge/Na-far-de-forste-ostlendingene-kjernejournal-30705b.html>

Statistisk sentralbyrå, (2017a, 14. 03). Reiseundersøkelsen, 4. kvartal 2016.

Hentet fra <https://www.ssb.no/transport-og-reiseliv/statistikker/reise/kvartal/2017-03-14#content>

Statistisk sentralbyrå, (2017b, 17.04). Pasienter på sykehus, 2015. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pasient/aar/2016-04-07>

Styringstallrapport, uke 45, 2016. Direktoratet for e-helse

Styringstallrapport, Uke 13, 2017. Direktoratet for e-helse

Sunnmørsposten. (2015 31.08.). Feil avdekket i folks kjernejournaler. Hentet fra <http://www.smp.no/nyheter/innenriks/article11488201.ece>

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, G., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., Broucke van den, S., og Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 25(6.) 1053–1058.

DOI: [10.1093/eurpub/ckv043](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043)

Taylor, S., & Todd, P. A. (1995). Understanding information technology usage: A test of competing models. *Information systems research*, 6(2), 144-176. Hentet fra <http://home.business.utah.edu/actme/7410/TaylorTodd.pdf>

Vest, J.R., Kern L.M, Campion Jr. T.R., Silver, M.D, Kaushal, R (2013). Association between use of a health information exchange system and hospital admissions. *Appl Clin Inform* 2014 (5.) 219–231 DOI: [10.4338/ACI-2013-10-RA-0083](https://doi.org/10.4338/ACI-2013-10-RA-0083)

Wangpipatwong, S., Chutimaskul, W., & Papasratorn, B. (2008). Understanding citizen's continuance intention to use e-government website: A composite view of technology acceptance model and computer self-efficacy. *The electronic journal of e-government*, 6(1), 55-64. Hentet fra <https://pdfs.semanticscholar.org/8207/de2d333ab56e855e0875e8d5d31202fae91f.pdf>

Warkentin, M., Gefen, D., Pavlou, P. A., & Rose, G. M. (2002). Encouraging citizen adoption of e-government by building trust. *Electronic markets*, 12(3), 157-162. Hentet fra <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/101967802320245929>

Warth, L. L. (2016). *Innføring av kjernejournal i de fire helseregionene*. (NSE-rapport 06.2016). Hentet fra <https://ehealthresearch.no/prosjektrapporter/innforing-av-kjernejournal-i-de-fire-helseregionene>

Warth, LL. (2016-2017). Mer og bedre bruk av kjernejournal: Faktorer som hemmer og fremmer bruk av e-helse (NSE-rapport-pågående). Hentet fra <https://ehealthresearch.no/prosjekter/mer-og-bedre-bruk-av-kjernejournal-faktorer-som-hemmer-og-fremmer-bruk-av-e-helse>

Woods, S. S., Schwartz, E., Tuepker, A., Press, N. A., Nazi, K. M., Turvey, C. L., & Nichol, W. P. (2013). Patient experiences with full electronic access to health records and clinical notes through the My HealthVet Personal Health Record Pilot: qualitative study. *Journal of medical Internet research*, 15(3), e65. Hentet fra <http://www.jmir.org/2013/3/e65/>

Wynia, M. Dunn, K. (2010). Dreams and nightmares: practical and ethical issues for patients and physicians using personal health records- *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. Hentet fra <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1748-720X.2010.00467.x>

Xu, J. D., Benbasat, I., & Cenfetelli, R. T. (2013). Integrating service quality with system and information quality: an empirical test in the e-service context. *Mis Quarterly*, 37(3), 777-794. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/257645087_Integrating_Service_Quality_with_System_and_Information_Quality_An_Empirical_Test_in_the_E-Service_Context

Yeager, V, Walker, D, Cole, E, .Mora, A.M og Diana, M. (2014). Factors Related to Health Information Exchange Participation and Use. *Journal of Medical Systems* 38:78. Hentet fra <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10916-014-0078-1>

Zurita, L., Nøhr, C. (2004) Patient opinion – EHR assessment from the users perspective. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15361031>

Øvreberg, E. (2015, 21.07). Halvparten av oss forstår ikke helseinformasjon. *Forskning.no* Hentet fra <http://forskning.no/forebyggende-helse-helsetjeneste-helseadministrasjon/2015/07/halvparten-av-oss-forstar-ikke>

VEDLEGG 1 GODKJENNING NSD



Rune Fensli
Institutt for helse- og sykepleievitenskap Universitetet i Agder
Postboks 422
4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 20.12.2016

Vår ref: 51108 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.11.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>51108</i>	<i>Ekspertutvalgets opplevelse og forventning til kjernejournalen</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Rune Fensli</i>
<i>Student</i>	<i>Jannike Nyiredy</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 16.06.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

VEDLEGG 2 GODKJENNING FEK

Detaljert

Innlevering skjema

Beskrivelse:

Fra: 15-10-2016 13:07

Til: 15-11-2016 14:00

<input type="checkbox"/> Fornavn	Etternavn	Tittel	Levert inn	Status	Karakter	Filstørrelse
----------------------------------	-----------	--------	------------	--------	----------	--------------

 Opp et nivå

<input type="checkbox"/> Marianne Rafaëla Letizia			2016-11-14	✓		178.1 kB
---	--	--	------------	---	--	----------

Kommentar: Fek behandlet deres søknad om etisk godkjenning av prosjektet "Eksperpanelets opplevelse og forventninger til kjørnejournalen" 21.11.16. Prosjektet godkjennes under forutsetning av at det gjennomføres som beskrevet.

Lykke til!

På vegne av Fek

Tonje Holte Stea

Kommentar

VEDLEGG 3 GODKJENNING HELFO

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

I forbindelse med prosjektarbeid i helse- og sosialinformatikk er det noen ganger ønskelig å innhente opplysninger. I den anledning søker undertegnede student(er) om tillatelse til å gjennomføre datainnsamling ved:

Sted:	Helfo
-------	-------

Tema og foreløpig problemformulering på oppgaven min er:

Tema:	Innbyggernes forventninger og opplevelse til kjernejournal.
Problemformulering:	Hvilke faktorer er viktig for innbyggernes bruk av kjernejournal?
Veileder ved universitetet: E-post / Telefon:	Rune Fensli, rune.fensli@uia.no, tlf: 913 05 222

Hensikt med datainnsamling:	Vi ønsker å foreta en kartlegging av innbyggerene i brukerpanelets opplevelser og forventninger. Vi håper å finne faktorer som kan være med på å øke bruken av kjernejournal blant innbyggerne, som igjen fører til økt bruk av helsepersonell som i sin tur kan være med på å redde liv.
Metode for datainnsamling: (intervju, spørreskjema, observasjon)	Delphi-metode, spørreskjema i Surveyexact.

Presiseringer i forhold til datainnsamlingen:

Populasjon/utvalg:	Deltakere som kjenner til eller har vært innlogget i sin kjernejournal.
Ønsket antall respondenter:	30
Tidspunkt/varighet:	Spørreundersøkelsen vil foregå over en periode på 3-4 uker.. De ulike undersøkelsene vil ta fra fem til 15 minutter å besvare.

Vedlegg:

Kopi av datainnsamlingsinstrument / samtykkeerklæring / ev. informasjonsskriv godkjent av veileder.

Ved ønske om utfyllende informasjon, og ved bekreftelse/avslag på denne søknaden, vennligst ta kontakt med: (Navn, E-post, Tlf)	Jannike Nyiredy / jannike.nyiredy@hotmail.com / Mobil: 936 26 047 eller Marianne Letizia / letiziamarianne@hotmail.com / 970 31 036
--	--

Dato: 29.november 2016

Fakultet for helse og idrettsfag – Helse- og sosialinformatikkutdanningen
GRIMSTAD: Postboks 509, 4898 Grimstad Tlf: 37233000
KRISTIANSAND: Servicboks 422, 4604 Kristiansand Tlf: 38141000
http://www.uia.no/no/portaler/om_universitetet/helse_og_idrettsvitenskap/helse_og_sosialinformatikk

VEDLEGG 4 INFORMASJONSBREV FRA HELFO



Takk for at du deltar i Helfos innbyggerpanel.

På vegne av to masterstudenter ved Universitetet i Agder inviterer vi deg til å delta i en undersøkelse om kjernejournal.

De søker deltagere som har tilgang til og har brukt tjenesten [kjernejournal](#) på [helsenorge.no](#).

- Undersøkelsen gjennomføres i fire runder, og du vil motta en undersøkelse på e-post i uke 1,2,3 og 4.
- Hver undersøkelse vil ta ca. tre - fem minutter å gjennomføre.
- Alle som deltar i hele studien er med i trekningen av to gavekort til en verdi av 500 kroner.

Under finner du invitasjonsbrevet fra studentene.

Hvis du ønsker å delta i deres studie. Klikk på den grønne knappen under for å melde din interesse.

Frist for påmelding: 30 desember 2016

VEDLEGG 5 INFORMASJONSBREV FRA STUDENTENE

Informasjon fra studentene

Vi er to masterstudenter i helse-og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. I vår masteroppgave vil vi forsøke å finne de faktorene som gjør kjernejournal viktig for deg og meg. Vi håper også å finne frem til det som kan bidra til å påvirke at flere innbyggere tar i bruk kjernejournal.

Din deltagelse er viktig! Ved hjelp av dine synspunkter og tilbakemeldinger, bidrar du til å finne og belyse faktorer som er nyttig for videre fokus og utbredelse av kjernejournal.

Kjernejournal er et av de nyeste tilskuddene i vår digitale helsehverdag. Den skal gi helsepersonell rask tilgang til kritisk informasjon som kan redde liv. Kjernejournal er også et viktig bidrag i helsemyndighetenes mål om at vi som innbyggere skal være mer delaktige i egen helse.

Hensikten med studien er å kartlegge de faktorene som gjør at kjernejournal oppleves viktig for deg og meg. Vi håper også å finne frem til det som kan bidra til å påvirke at flere innbyggere tar i bruk kjernejournal.

Oppgave og omfang

- Du får tilsendt fire undersøkelser - en pr. uke i uke 1, 2, 3 og 4.
- Det tar ca. fem minutter å delta i hver undersøkelse.
- Hver undersøkelse vil være tilgjengelig i fem dager.

Datamaterialet blir presentert anonymt i masteroppgaven. Materialet blir behandlet anonymt og sikkert lagret underveis i studiet og makulert ved innlevert og godkjent oppgave ca 15 juni 2017. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS og følger deres retningslinjer, da vi får tilgang til din epostadresse.

Undersøkelsen er frivillig og du kan når som helst trekke deg fra studiet uten å oppgi noen grunn.

Alle som deltar i hele studien er med i trekningen av to gavekort til en verdi av 500 kroner.

VEDLEGG 6 E-POST FRA DIREKTORATET FOR E-HELSE

Fra: Direktoratet for e-helse <ikkesvar@helsenorge.no>

Dato: 5. september 2016 kl. 12.00.59 CEST

Til: olanordmann@hotmail.com

Emne: Beskjed til deg fra Direktoratet for e-helse

Til Ola Nordmann

Du har fått kjernejournal

Du mottar denne e-posten fordi Direktoratet for e-helse har opprettet en kjernejournal for deg.

Kjernejournalen er laget for at helsepersonell skal kunne gi deg bedre behandling. Kjernejournal viser utvalgte helseopplysninger hentet fra offentlige registre og noen opplysninger som du eller legen din legger inn. Kjernejournal er ikke en fullstendig journal, og erstatter ikke pasientjournalen du har hos legen.

Ved bruk av din kjernejournal får legevakt, sykehus og fastleger raskt tilgang til de samme oppdaterte opplysningene om deg. Har du ikke kjernejournal, ligger opplysningene om deg bare lagret i journaler ved hvert sted du har fått behandling.

Kjernejournal ivaretar strenge krav til sikkerhet og personvern. Det er kun helsepersonell som får tilgang til din kjernejournal, via sitt journalsystem.

Du kan selv finne din kjernejournal ved å gå til helsenorge.no og logge deg inn på Min helse. Her kan du se all informasjon som er lagret om deg, endre dine personverninnstillinger, legge inn egne opplysninger og se hvilket helsepersonell som har åpnet din kjernejournal. Du kan også lese mer om kjernejournal.

Hvis du ikke ønsker å ha en kjernejournal, kan du registrere dette ved å reservere deg på helsenorge.no. Da vil det ikke finnes noen kjernejournal for deg. Det kan bety at viktig informasjon ikke blir tilgjengelig for helsepersonell.

Slik kan du bidra

De fleste av opplysningene i kjernejournalen blir hentet inn automatisk. Noe kan du også registrere selv slik at kjernejournalen din blir mer utfyllende og nyttig. Du kan registrere kontaktpersoner, sykdomshistorikk og spesielle kommunikasjonsbehov (svekket syn, hørsel eller behov for tolk).

Snakk med legen neste gang du har time

Har du alvorlige allergier, en sjelden lidelse eller annet som det er viktig for helsepersonell å kjenne til, kan du be legen din registrere dette slik at helsetjenesten blir spesielt oppmerksom på det.

I kjernejournalen vil helsepersonell se følgende opplysninger:

- Din folkeregistrerte adresse og nærmeste familie (Kilde: Folkeregisteret)
- Foreldreansvar for barn under 18 år (Kilde: Folkeregisteret)
- Mobiltelefonnummer til deg og din familie (Kilde: Difi kontaktregister)
- Din fastlege (Kilde: Fastlegeregisteret)
- Legemidler og annet du har fått på resept etter at du fikk kjernejournal (Kilde: Apotek/Reseptformidleren)
- Gyldige e-resepter (Kilde: Reseptformidleren)

- Tid og sted for dine sykehusopphold (tilbake til 2008, kilde: Norsk pasientregister)
- Kritisk informasjon som allergier, sjeldne lidelser eller annet (Kilde: Legen, i samråd med deg)
- Dine egne registreringer om sykdommer, kommunikasjonsbehov og kontaktpersoner

Hvem har laget kjernejournal?

Helsedirektoratet laget kjernejournal på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utviklingen har skjedd i samarbeid med helsepersonell og pasientorganisasjoner. Helsedirektoratets divisjon e-helse gikk fra 1. januar 2016 over til å bli et eget direktorat: Direktoratet for e-helse, som har overtatt ansvaret for kjernejournal. Innbyggere får kjernejournal når den innføres i nye områder. Dette gjøres i samarbeid med din kommune og sykehuset i ditt nærområde.

Hvordan fant vi din e-postadresse?

E-postadressen din er registrert i det felles nasjonale kontaktregisteret for offentlige tjenester. Du kan oppdatere din kontaktinformasjon og lese mer om registeret på Norge.no.

Dette er en automatisk e-post. Svar blir ikke lest.

Har du spørsmål, kan du kontakte 800HELSE (telefon 800 43 573) eller din lege.

Med vennlig hilsen

Direktoratet for e-helse

NB! Direktoratet for e-helse vil aldri be deg om passord eller annen privat informasjon på e-post, SMS eller pr. telefon. Klikk aldri på lenker som du mottar i e-post eller SMS eller som legges ut på sosiale medier, men skriv adressen på nytt i nettleseren.

Innholdet i denne e-posten er ment å skulle gjelde for mottakeren som nevnt over.

Dersom du ikke er rett mottaker av denne e-posten ber vi deg vennligst om å videresende e-posten til rette mottaker. Direktoratet for e-helse påtar seg ikke ansvar for endringer av innholdet etter at meldingen er sendt. E-posten ble sjekket for skadelig kode før utsendelse fra Direktoratet for e-helse.

VEDLEGG 7 RESULTAT FRA IDÉMYLDRINGSFASEN

Da du fikk opprettet din kjernejournal ble det sendt ut informasjon til deg på e-post. Oppgi tre til fem stikkord for hva som var viktig informasjon for at du skulle åpne, lese og/eller skrive i din kjernejournal?

- Få lagt inn allergier, Se hva legen har skrevet, Sjekke om jeg har gått glipp av noe
- Rettigheter, muligheter og trygghet journalen gir via i helsesystemet.
- Kan ikke huske at jeg har fått en mail om det
- Tilgang, åpenhet,lett
- Lettvint, Tilgjengelig, Dialog, Medbestemmelse, Toveisinformasjon
- Kontroll av innhold, Komplettere innhold., Viktig at helsepersonell på sykehus hadde tilgang til min historie.
- Nysgjerrig, få oversikt, nytt,
- Relevant, viktig, bidra
- -trygt-informativt -enkelt -tilgjengelig
- Helseinformasjon, allergier og om den var oppdatert
- Informasjon, nysgjerrighet, nytte
- Som helsearbeider fikk jeg info gjennom jobben. Sikkerhet mot smoking var viktig. Nytteverdien var uklart. Valgte å gå inn for å sjekke om det så ut til å være noe vits. Siste dyttet var gjennom offentlig "pågått"
- Jeg fikk ikke epost, var kjent med kjernejournal ved å følge med på helsedirektoratet.no Men for meg var det viktig da jeg har en kronisk sykdom, og en rekke langvarige sykdommer som plutselig kan få oppbluss
- tilgjengelighet, samlet informasjon om meg, felles
- Personopplysninger, vaksinasjonshistorikk, resultat av undersøkelser (blodprøver m.m.), kommunikasjon med helsevesenet, min journal hos fastlege og sykehus.
- Alt på ett sted. Enkelt å bruke - i fht de andre sykehussidene. Samlet informasjon
- Egen helse, Sykehusjournaler, Medisinliste
- Jeg fikk ingen mail men opprettet på eget initiativ da jeg var inne på mine sider...
- Info, pårørende, medisiner, sykdommer
- Sentral tilgjengelig helseinformasjon for behandlende leger
- Min informasjon, Samla på ein stad, Akutt hjelp
- Sikkert og trygt å bruke, Enkelt, Forståelig språk
- Helsetilstanden,hvor mye en kan skrive,oppdatert pr dag dato fra lege
- -Mine resepter- Min helsehistorikk
- Ivaretatt informasjonssikkerhet, Konfidensialitet, Forståelig informasjon
- oppdatert, basisinformasjon, forskning, brukervennlighet
- sykehistorien, informasjon mellom leger, informasjon til pårørende
- Personlig informasjon, Ryddig e-post (e.g. design), Viktigheten av tjenesten
- Kjernejournal, tilgjengelig, informasjon
- nysgjerrighet, oppdatert, riktighet
- konkret innhold, enklere prosedyrer, slipper å gå veien om telefon, enklere reseptfornyelse
- Fikk plutselig en oversikt over mine egne helse-opplysninger. Det gjorde det mye enklere å følge med resepter, sjekke epikrise og finne pasientrettigheter. Som kroniker, med behov for div helsetjenester fikk jeg en oversikt.
- Vet ikke
- helseinformasjon, viktig, tilgjengelighet for helsepersonell
- Har ikke fått gjeldende epost
- Det å kunne få ting ut som jeg har fått vite av mine foreldre, Hva mine søsken har fortalt Og ting som jeg selv synes skal med
- familie legen personligdata
- 1. oversikt over diagnoser etc.2. Oversikt over medisiner.3. Oversikt over avtaler om legebesøk.
- Informasjon, oppdatering, egenmedvirkning
- Allergisk reaksjon medisiner, Medisinbruk, Kronisk sykdom
- viktig informasjon, Oppdatere journalen med den kjerneinformasjonen du sitter på
- praktisk, personlig, tilgjengelig
- Egne registreringer, pårørenderegistrering, medisinliste, epikriser, journaler
- Få oversikt og se hva som var registrert

- Jeg har logget meg inn på helsenorge for å sjekke e-resepter o.l i mer enn to år. Jeg kan ikke huske at jeg fikk noen e-post om dette i forkant. Har ellers fulgt med utviklingen med økt innsikt i egen journal. Bruker denne regelmessig.
- Nyskjerrighet, innhold, utforming
- Ny informasjon. Viste ikke at kjernejournal fantes.
- ONyttig informasjon, interessant søkende
- lettvint, relevant informasjon samlet på ett sted, trygghet å vite at kritiske opplysninger var ivaretatt i en evt fremtidig situasjon med behov for øyeblikkelig hjelp
- Informasjon, viktige diagnoser
- Jeg fikk ikke informasjon.
- Sykdom, medisiner, legekontakt
- enkelt, betryggende, raskere, oversiktlig
- Tilgang til egen journal på enkel måte. Lett å åpne/få tilgang. All informasjon samlet på et sted
- Oppdatere informasjon. Lese hva som står der. Riktige opplysninger
- ha alt på samme sted, lett å få tak i,
- Må bare tilstå at dette er så lenge siden at det husker jeg ikke
- Krav til Sikkerhet. Reservere meg mot..Registrere selv.
- Tilgjengelig helseinformasjon for alle behandlere er viktig.
- Kortfattet informasjon om hva Kjernejournal er. Hvorfor kjernejournal er viktig for meg. Om det er noe jeg burde gjøre. Var svært mye informasjon i mailen vi mottok så disse tre tingene druknet.
- Helse, informasjon, innhold
- Huske ikke e posten, nysjerrig. Lettere
- Ja. Forkant, Link til siden, Opprettelse beskrivelse
- For å eventuelt oppdatere, for å være tilgjengelig for helsevesenet
- nysgjerrighet
- Tilgjengelighet, sikkerhet, tidsbesparelse
- Hva, hvem, kilder, adgang og skrive.
- Praktisk, nyttig og smart
- Innsyn. Informasjon fra meg også. Nysgjerrighet
- Innhold, nytte, tilganger
- rett behandling, hensyn til tidligere behandling
- Enkelt tilgjengelig informasjon. Sikker tilkobling. Oversiktlig
- Mottok ingen e-post! Opprettet på eget initiativ da jeg var inne på siden for å sjekke en resept.
- Koordinering av helseopplysninger. Effektivisering. Brukermedvirkning
- Nyttig, sikkerhet, forbedring, enkelt
- ENKEL, INNBYDENDE, INTERRESANT
- Sikkerhet, hvem har innsyn og oppdatering
- Nyskjerrig på hvilken info som var lagret. Info om min helse kan være tilgjengelig for helse personell ellers i Norge. Kunne legge til info som ikke var der.
- Jeg tror jeg var inne å tittet på kjernejournal før jeg fikk mail
- Fullstendig, Sikker, Oppdatert, Privat
- tilgjengelighet, oversiktlig,
- Vare informert om helse tilstand og historien.
- Pårørende (kunne legge inn), Allergier (kunne legge inn), Historikk (hva har hvem lagt inn tidligere)
- Nysgjerrig-skeptisk-sykdom-tilgang
- nettadressen, helseopplysninger, resepter
- Nyhet, mulighet, viktig, samle, kjernejournal
- Nysgjerrig på hvordan den så ut. Hvem hadde skrevet den Hva sto det i den
- Har ikke fått epost fra kjernejournal. Men viktig må være: Påloggingsinfo, endringsmuligheter, viktighet av korrekt informasjon blant annet kontaktpersoner og allergier / sykdommer som ikke allerede er innført
- Nysgjerrighet. Interesse for innholdet i kjernejournal. Hva ville den bety for meg og min helse. Var så interessert at jeg åpnet den ca 1 år før jeg fikk mail (leste om kjernejournal på Helsenorge)
- 1) Ved kontakt med legene/spesialister spør jeg dem om de har tilgang til min kjernejournalen min, for å slippe å ramse opp det jeg mener de bør ha lett tilgang til selv. (Endokrinologisk, ambulanspersonell, Luftambulansen, legevakt, fastlege, tannlege, fysioterapeut, tannlege, øyelege osv.) 2) Holde meg og helsepersonell oppdatert. 3) Holde familien oppdatert.
- Helseopplysninger på nett, enkelt, praktisk å finne din elektroniske journal.
- Har nok ikke mottatt denne e-posten...
- Fremgangsmåte, Hvordan kan jeg få frem.
- Plass til tilbakemelding og spørsmål.
- At jeg kan bruke lett og rask.

- Kan åpnes på iPad.All info med, inkl fra fastlege. Enkelt stenge for enkeltpersoner/ grupper/sted innen helse
- Oversikt-Korrekt informasjon-Oppdatering
- Nyskjerrig , hvilken info som skal være og av hvem. Hvordan gå fram.
- hva står i journalen min?
- Informasjon om hva helsepersonell får av info i akuttsituasjon. Oversikt over egen historikk
- Innsikt i hvordan helsepersonell vurderer min helse
- Hva hadde dem fått med seg i kjernejournalen? å hvor mange år tilbake i tid den gikk? Kunne jeg få vite hva legen min heter,noen år tilb.i tid ?
- Nyskjerrig på hvor nyttig kjernejournal kan være for meg. Husker ikke e-posten, lenge siden-
- Husker ikke hva
- Jeg kan ikke huske å ha fått e-post om min tilgang til kjernejournal, men jeg jobber i helsevesenet, og har fått informasjon om kjernejournal via jobben. Svarer likevel på spørsmålet:1. Tildeling av time2. behandling/informasjon3. medikamenter4. spørsmål til behandler
- lett å logge seg på-historikk om legebek-søk-historikk om resepter
- tilgjengelighet, informasjon, enkelt
- Inf. om hvorfor kjernejournal var opprettet. Innhold. Mulighetene som ligger i kjernejournal. Egen mulighet til å kunne være inf. og påvirke
- Husker ikke noe fra mailen, Jeg husker likevel jeg åpnet, og blei skuffet over at ikke noe lå inne.
- lett tilgjengelig for meg og de som trenger den. Elektronisk. Lett å ajourføre.
- Usikkerhet, nysjerrighet og informasjonsnyttighet
- Innsikt i egne helseopplysninger. Kontrollere at opplysninger er riktige. Mulighet for egne tilføyelser
- Sikre at korrekt/viktig info om min helse historisk er tilgjengelig for framtidige behandlere, spesielt mtp. akuttsituasjoner
- Oppdaterte opplysninger om min helse. Enkel tilgang for de som trenger de opplysningene. Strengt krav til sikkerhet. Selvbetjeningsløsning på egne opplysninger feks
- Nysgjerrig, endelig en online tjeneste som jeg selv kan fylle på/ut,
- Personvern, rask hjelp, egne opplysninger, inkluderende, lett vint
- Jeg kan ikke huske at jeg fikk en slik epost med informasjon. Jeg mener jeg fant fram til den sjøl i forbindelse med innleggelse på Rikshospitalet. De har jo egen side for noe lignende. Mitt anliggende var å finne ut hva som fantes på nettet.
- sikkerhet nysgjerrig helse

Vi har fått kjernejournalen for at helsepersonell raskt og enkelt skal få oversikt over kritisk informasjon som kan redde liv. Oppgi tre til fem stikkord som beskriver typen informasjon du forventet å finne i din kjernejournal?

- Allergier, Blodtype, Tidligere sykdommer, Medisinering
- 0 Min behandling hos fastlege og øvrige behandlinger/undersøkelser. Allergier og spesielle behov. Kontaktinformasjon til meg og nærmeste pårørende.
- Allergier/intoleranser-Diagnoser-Pårørende-Medisiner-Fødselsdato/år-Fastlege/behandler
- Journal, medisinsk info, informasjon
- Diagnoser-Medisin-Behandling
- Informasjon om min sykehistorie. Liste over medisiner.
- Viktige opplysninger som helsepersonell må ha om meg.
- Medisineroversikt, allergier, blodtype, kroniske sykdommer, nærmeste pårørende
- Relevant, kritiskinformasjon, medisinliste, kontaktpersoner
- -alder-tidligere sykdommer-medisiner -blodtype
- Allergier, sykdommer, medisiner
- Medisiner, behandlinger, personinfo
- Allergier generelt. Livstruende allergier spesielt. Oversikt over medisinbruk. Pågående medisinsk behandling med kontaktinfo til ansvarlig lege. Nærmeste pårørende med kontaktinfo.
- Gjeldene diagnoser i "Nå tid" (Sanntid) uavhengig om dem er kritiske eller ikke. Oppdatert medisinliste, for god samhandling med spesialisthelsetjeneste og primærtjenesten og på tvers av helseregionene. Besøksliste over besøk på sykehus. Funksjonsnedsettelse (Døv, blind, stum, rullestolbruker, utviklingshemmelser osv)
- diagnoseoversikt, legemiddeloversikt, epikriser, behandlingsforløp
- Personalia, sykehusjournal, vaksinasjonshistorikk, allergier, medisinbruk
- Mine journaler/epikriser fra ALLE ulike sykehus og leger samlet. Oversikt over medisinbruk. Oversikt over helsetilstand og evt allergier. At jeg er organdonor. Pårørende
- Fullstendig heseoversikt. Alle journaler, også historiske
- Oppdaterte diagnoser. Oppdatert info om medisiner. Generel info om meg selv
- Allergier-sykdommer-pårørende-medisiner

- Livsviktig behandling - for eksempel strålebehandling
- Kven eg er. Mine pårørende. Medisinliste. Sjukdommar
- Litt meir frå fastlegen. Tidligere saker
- generelt om min sydom. type medesiner. hva som står om mine sykdommer
- Oversikt og mine diagnoser-Beskrivelse av behandlingen av dem.-Tid og sted for behandlingen
- - Tid og sted for innleggelser.
- Viktige persondata. Opplysninger om fastlege. Eventuelle kroniske sykdommer. Blodtype. Spesielle helsemessige forhold
- vepseallergi, operasjoner, fastlege, pårørende
- medisinbruk-diagnose-sammenheng mellom ulike tilstander/sykdommer-kontaktinfo nærmeste pårørende-må oppdateres av alle, både fastlege, akuttbehandlere og spesialister
- Pasientjournal (ble skuffet der), Nødkontakt (pårørende), Informasjon om mine (eventuelt) mest kritiske sykdommer/tilstander
- skader, inngrep, diagnoser
- kols, psykisk, innleggelse
- blodtype, nødvendige behandlinger, tidligere sykdommer, medisiner
- Pårørende, allergier, medisibering jeg står på. Samt et helhetlig bilde av sykdom og diagnoser.
- - medisiner jeg bruket- evt allergier- tidligere sykehus innleggelser - navn og kontakt info på evt behandlere
- epikriser, medikamentlister, allergier
- Diabetes, hjerteoperert, høyt kolestrol
- Intensjonen bak opprettelsen er sikkert bra. . Jeg er pt innlagt på Lovisenberg sykehus pgr.av lungebetennelse og får ganske mye antibiotika intervenøst. Jeg har tatt det opp med legen og sykepleier, det virker som helsepersonell sjennerelt vet lite eller ingenting om kjernejournal og det er synd at et så fint forsøk skal strande på manglende informasjon
- Oblodtype evt allergi tidlige sykdom
- 1.Å finna konklusjonar frå prøver og konsultasjonar frå fastlege og sjukehuslege.2." datoar frå konsultasjonar og sjukehusinnleggingar.3. " opplysningar om helsetilstanden som har vore ukjende for meg.
- Diagnoser-prøvesvar-behandlere
- Penicillinallergi, livstruende. Faste medisiner. Alvorlig kronisk sykdom
- Egen sykdomshistorie, Familiens/forfedres sykdomshistorie, Faste medisiner,Sykdommer utredet
- Blodtype/Rhesus +/- Tidligere allergiske sjokkreaksjoner , GRaviditetshistorikk/spontanaborter
- legetimer, diagnoser, medisiner
- Epikriser/journalnotater, kritisk informasjon, undersøkelsesresultater, prøvesvar
- Når, hvor og hvilken sykehus
- For min del er det viktigst at jeg selv har mulighet for å lese hva helsepersonell dokumenterer.
- - oppdatert medisinliste - hvem og hvilken informasjon kan leses av andre enn meg
- journal,legebesøk, medisinbruk
- Min helsetilstand-Mine medikamenter
- Diagnoseoversikt. kritisk informasjon ifht allergier. oppdatert medikamentoversikt. pårørendeopplysninger
- Tidligere operasjoner, alvorlige sykdommer
- Medisin, diagnose, fast lege
- Sykdom, legekontakt, medisin
- Pårørende, sykehistorikk, medisinhistorikk
- Journalnotater både fra spesialist og fastlege. Allergier. Nærmeste pårørende
- Diagnoser-Behandling-Medikamenter, oppdatert liste-Fastlege-Nærmeste pårørende
- sykdommer, blodtype, familie historie,
- Min helsesituasjon - Tidligere behandlinger - Min journal fra lege/sykehusbesøk
- Behandlinger. Medisinering. Forhåpninger. Legemidler/alternative.
- Tidligere alvorlige helseproblem. Mine medisiner.(resepter). Opplysninger som er viktige i en akutsituasjon.
- Informasjon om kritiske tilstander eks allergier, diagnoser og legemiddelliste.
- Sykdommer, medisiner, allergier,
- Diagnoser-prøvesvar-utfyllende
- Nyretransptert dato-Medisiner-Kontaktinfo lege Ullevål sykehus-Pårørende
- Allergier. Diagnoser. Tidligere innleggelser
- Vet ikke
- Allergier, medisiner, særlige hensyn
- 0Medisiner, diagnoser, innleggelser, kontaklinformasjon.
- Allergier, sykdommer, medisiner,

- Allergier, Medisinbruk, Diagnoser, Pårørende
- Faste medisiner. Tidligere sykdommer. Cave. Pårørende
- allergi, operasjoner, kreft, diabetes, hjertesykdom
- Medisiner-Diagnoser-Behandlinger
- Diagnoser, behandling, behandlende leger og sykehus, sykehistorie,
- Koordinert pasientinformasjon mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.
- Bedre informasjonsflyt. Informasjon om medikasjon ordinert fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Info om pasientreiser, refusjon reiseutgifter. Kunne ønske meg at regninger ble koordinert der også
- Allergi-medisiner-nærmeste pårørende-sykdommer
- DIAGNOSE, BEHANDLING, NÅR, HVOR
- Medisiner, innleggelser, pårørende og oppfølging
- Sykehus innleggelser. Hvilke inngrep som er gjort. Medisin som du måtte være avhengig av
- vaksiner, resept, besøk
- Legebesøk-Sykehusopphold-Medisinering-Nære slektninger
- blodtype, om du har diabetes og and helse kondisjoner som er viktig for behandling .
- Medisiner jeg bruker. Allergiske reaksjoner. Viktig helseinfo - så som høy blodtrykk
- Sykdom-medisiner-historikk-journaltilgang
- viktige sykdommer, blodtype, allergi, smittefare, vaksinasjoner
- allergier, tidligere behandling, medisiner, totalt bidle
- Personlige opplysninger. Opplysninger ang. Eventuelle allergier for blant annet medisoner. Sykehistorie historikk
- Medisiner-Diagnoser-Allergier
- Kontaktinformasjon til en/ flere pårørende.
- Informasjon om allergier, intoleranse og medisinbruk. (også intoleranser vi kan legge til selv)
- Organdonor avkrysningsfelt. Annen spesiell informasjon som man ønsker å dele; feks ang gjennomplivning, religion, blodoverføring mv
- Diagnose(r), mulighet for tilgang til journal, fastlege
- 1) Kroniske sykdommer2) Medisinbruk3) Nødvendig info til behandler.
- Blodtype, sykdommer, status etter konsultasjoner, fremtidige timer
- - Generell informasjon om min helsetilstand, og hvilke diagnoser jeg dessverre sliter med. "Kritisk informasjon" gjør ikke jobben der. Det kan være alvorlig nok selv om det ikke er kritisk...
- - Hvilke medisiner jeg bruker fast. Ikke akkurat mulig å se det på reseptene, på noen står det ikke, og det som står på noen resepter gjelder ikke lenger. Og, jeg kan ikke registrere det selv.
- - Alle helsekontakter, ikke bare fastlegen. (Men, her kan jeg registrere selv under Egne registreringer.)
- Ut fra diagnose og sykdommen hvilke hensyn må jeg ta. Rapport/journal fra fastlegen også skal være tilgjengelig. Kritiske informasjon skal være varsom informert. At det er plass til chat eller gi tilbakemeldinger. At man kan kommunisere hvis det er spørsmål.
- Medisiner-Diagnoser -Pårørende
- Medisinlister. Allergier. Kroniske sykdommer. Viktig helseinformasjon
- Allergier, viktige sykdommer og viktige medisiner
- livsviktig informasjon, medisinbruk
- Kort oversikt over historikk
- Jeg forventet å finne, den gangen jeg ble sendt til sykehus. Samt andre ting som burde hvert registret men det var det ikke som mr undersøkelse..
- Informasjon om helse, sykdommer, behandlinger, medisiner.
- Tidligere og nåværende sykdomsbilder
- samme som for spørsmål 1.0
- - legebesøk- spesialistbesøk-medikamenter
- allergier, kroniske sykdommer
- Type sykdom/er. Medikamenter. Event. reaksjoner på medikamenter (spesifikke bivirkninger for pas.). Medikament intoleranse. Behandling som har vært prøvd tidligere som fungerte evnt. ikke fungerte
- Sykdomshistorie, Gjeldende medisinbruk, Epikriser, Fastlegens referater
- Oversikt over hvilke medisiner jeg bruker. Eventuell informasjon om kritiske sykdommer som helsepersonell ville kunne få tilgang til.
- 0Sykdomstilfeller, behandling, medisinbruk og sykehusinnleggelser
- Mine hjerteproblem
- Opplysninger om min pacemaker
- Opplysninger om at jeg IKKE skal inn i MR-maskin, opplysning som må skrives inn av fastlegen0
- Tidligere/eksisterende viktige sykdommer og viktige behandlinger (operasjoner).
- Medisinbruk. Allergier. Pårørende
- Min sykdomshistorikk, egne valg/opplysninger om pårørende, Spesielle behov ved bevilsløshet

- Diagnoser, allergier, familiehistorie, bakgrunn, medisinoversikt
- Jeg forventet lite siden alt var nytt. Var spendt på hvor langt tilbake i tid den gikk og fra hvem sjournalene kom. Har sett at det kommer inn mer og mer uten at jeg blir informert om det.
- medisin diagnoser blodprøvesvar

Hvordan kan du beskrive din opplevelse av å bruke kjernejournal? Oppgi tre til fem stikkord satt i sammenheng med brukervennlighet; hvor lett det er å finne frem og hvor enkelt det er å forstå.

- Lite informasjon, gitt opp å bruke, virker ikke som leger leser info må alltid repetere det de burde lest seg frem til
- Lett og oversiktlig søkerrstruktur. Tydelig lesbarhet. Kan bli bedre på informasjon om rettigheter i helsesystemet.
- Enkelt-Lettlest-Skulle vært en app
- Oversiktlig, alltid tilgang, godt forklart
- Enkelt. Lettvint. AltPåEttSted
- Veldig enkel i bruk. Funksjonell (enkel å legge til egne opplysninger). Totalt sett god brukervennlighet.
- Uferdig da alle helseregioner ikke er med ennå med alle funksjoner, lett å navigere på sidene, kan legge inn info selv
- Enkel i bruk, lett å finne fram
- - litt uoversiktlig - mye info mangler - rotete
- Ikke oppdatert fra noen, dette er synd fordi viktig informasjon blir ikke kjent for helsepersonellet. Burde vært mye mer fokus på at legene som behandler deg er med og fyller inn opplysninger.
- Enkelt. Oversiktlig. tidsbesparende
- Enkel i bruk dersom en ønsker å ta den i bruk. Litt for lite strukturert i forhold til kritisk informasjon og annen informasjon. Bør kanskje ha kort veiledningstjeneste om hva som skal stå hvor.
- veldig enkelt. Trygt, trenger ikke være redd for å gjøre noe feil.
- Vanskelig med utskrift av del av journal. Oversiktlig. ikke fullstendig
- Lite brukervennlig, mangler menystruktur, må bla nedover for å finne frem, lettfattelig språk, hjelpefunksjoner mangler
- Greit. Ukomplisert. Ikke alle journaler er med
- Noe mangelfull. Grei å forstå
- Oversiktlig. Lettfattelig. Lett å komme inn
- Oversiktlig-informativ-lettlest
- Lett å benytte men savner registrering av livsviktig behandling for eksempel strålebehandling
- Det var enkelt og greit!
- Har berre lest i den et par ganger, visste ikkje at eg kunne skrive....
- grei,forholdsvis enkel,å oversiktelig
- Det er lett å finne fram,men det blir i enkelte deler alt for mye innledende "prat" før jeg får komme til det jeg egentlig er ute etter, f.eks. "Innsyn i min pasientjournal" Der kunne det ha vært lettere for meg å kunne gå mer rett på.
- Grei brukervennlighet. Lettforståelig. Mindre informasjon enn forventet
- ingen info eller oppdatering. bra brukervennlighet
- Ikke alt er med ennå. brukervennlighet som forventet
- Vanskelig å forstå viktigheten av egenregistrerte sykdommer (står ikke alt i pasientjournalen?),
- Litt vanskelig å vite om man skal kun registrere kritiske sykdommer/tilstander eller alle (er det nødvendig å registrere inkontinensen min?), Fint design, Har ikke opplevd mange problemer med tjenesten, Bra at HelseNorge endelig får flere tjenester elektronisk, selv om det tar lang tid, og selv om (jeg tror) vi er bak andre skandinaviske land.
- brukarvenleg, tydeleg, lett å finne fram.
- Enkelt, oversiktlig, språk
- har ikke hatt bruk for den til annet enn legekonsultasjon og fornyelse av resept, fungerer utmerket og enkelt å finne fram
- Kjernejournalen er enkel å fylle ut, endre og manøvrere seg rundt i. Logisk og godt brukergrensesnitt.
- - Fortidlig å si. - Har ikke brukt den så mye ennå. - Siden jeg ikke har brukt den, så er den kanskje ikke lett å forstå og bruke. - Pleier å like nye ting.
- grei nok nettside. litt knotete til å begynne med, men etter litt prøving og feiling finner man ut av det. Vanskelig å finne epikriser
- Ikke brukt ennå
- **Jeg har ikke møtt noen som har kjennskap til måten det er tenkt brukt på.**
- All helsepersonell må få hvite hvordan det enkelt kan taes i bruk
- min lege vet han?
- 1. Kunne vore lettere å finna fram i.

- Oversiktlig. Tydelig. lettfattelig
- Har aldri brukt kjernejournalen. For mye arbeid å legge inn alle opplysningene.
- Syntes det var for lite mulighet til å skrive inn egen informasjon
- praktisk, nyttig, oversiktlig
- Lett å finne frem, men ingen lege som registrert noe om meg.
- Mulighet for å søke. Mangler noe data
- Middels brukervennlighet. Nå har jeg brukt helsenorge/min side regelmessig, og har kommet inn i navigering, men det er tungvint fortsatt. Jeg må stadig lete meg frem i systemet.
- enkel, oversiktlig, godt forståelig
- Lett å finne frem og ganske lett forståelig informasjon. Oversiktlig
- liker ikke å bruke selve kjernejournalen. syns den er rotete. er opplysninger der som jeg mener ikke trenger å være i en kjernejournal, som f.eks. besøk i spes.helsetjenesten.
- Grei, oversiktlig, enkel
- det er ganske lett å forstå.
- Litt lett, litt lett, lett
- Trygghet, enklere, oversiktlig, fantastisk
- Lett å finne fram. Savner fastlegens journalnotater (?). Fosterbarn har ikke tilgang - stort minus
- Enkel å finne fram i. Lite informasjon enda. Enkelt og lettfattelig språk.
- Veldig greit og enkelt
- Synes den ser grei ut - oversiktlig - ingen spesielle problemer
- Enkelt og finne frem. Men kunne vert opplysninger om behandling og ikke bare tid og sted for sykehusopphold. Hadde vert mer utfyllende med opplysninger slik som Pasientjournalen har
- Lett å finne frem. Enkelt å navigere. Hva jeg syns om brukervennligheten er kanskje ikke så viktig, de som trenger dette i en akutsituasjon er de som må i svar på spørsmålet kanskje?
- Noe forvirrende, intuitive overskrifter, får en grei oversikt når man går inn på overskriftene.
- Brukervennlig, enkel og grei
- Vanskelig finne frem. uoversiktlig. Står lite
- Legge inn egen info. Oversiktlig. Oversikt alle medisiner og innleggelser
- Det står ingenting der, kun navn og nærmeste familie
- Uønsket
- Lite brukt så langt.
- Komite, enkel, snau.
- Nyttig, mangelfull, enkel
- Lett å finne Detaljert liste over besøk hos spesialisthelsetjenesten. Oversiktlig. Sikkert
- Oversiktlig-Lesbar-Forståelig-Intuitiv
- Enkelt å bruke for meg som pasient, virker ikke som det er like enkelt for helsepersonell å finne fram. Den er heller ikke fritt åpen for alt helsepersonell, så kan gi falsk trygghet for pasient som tror at helsepersonell vet mer enn de gjør.
- Forståelig språk. Grei navigasjon. Kunne vært mer oversiktlig
- Enkelt å finne fram, lett å forstå, opplever at noen opplysninger jeg selv har lagt inn er blitt forenklet/utelatt, veldig greit for å kunne gå tilbake og sjekke datoer og behandling
- Jeg tilhører helse Midt. Så pr i dag får jeg ikke brukt kjernejournal til feks å få opp innkalling til sykehusoppfølging. Jeg har kun sørget for at korrekte opplysninger står der. Om fastlege. Ca ved. Medisinsk tilstand og historikk. Min kjernejournal er derfor klar til bruk.
- lett å forstå-enkel-nyttig
- VANSKELIG,UFULSTENDIG, IKKE POENG
- Jeg synest den ikke er så lett å forstå
- Rekkefølgen på opplysningene er lite praktisk. Det er gjentakelse av samme medisin flere ganger, også etter at de er gått på tid. Utgått medisin bør beskrive som utgått og legges inn siste for å vise historikk.
- enkelt og greit
- Mangelfulle data. Uferdig lay-out. Et visst potensiale
- Enkelt og oversiktig
- Oversiktlig. Sikkerhet med passord. Historikk, viser også avsluttede resepter, og tidligere spesialistbesøk. Ryddig med identifikasjon av meg på hver side
- Enkelt. oversiktlig (bedre før dere endret utseende på nettsiden). ettvint
- Lett å bruke, lett å forstå, dystre farger
- enkel, visuell, nyttig, men oppleves som utilgjengelig
- Den virket litt "tynn"
- Litt lite opplysninger/ innhold, så det var lett å finne frem
- ?
- Helt greit å finne frem, forståelig.

- Mangler felt for egen info som vi vil at helsepersonell skal se straks de åpner mappa.
- Skuffet over hvor lite den inneholder. Ordet journal antyder noe annet enn en oversikt over hvor du har vært i helsevesenet. Håper at dette bedrer seg.
- 1) Enkel å oppdatere 2) Utskriftsvennlig 3) God forklaring til meg som bruker.
- Ganske enkelt å finne frem, svært enkelt å forstå det som står der.
- Greit nok å finne fram og forstå.
- Jeg finner ikke informasjon når jeg har vært hos spesialist. for eksempel Øre,nese hals-lege eller når man har vært hos manuelt fysioterapeut. Når det gjelder brukervennlighet er det greit for moderne generasjoner som er kjent med datasystemer. Det skal være lettere for generasjoner som er over 55 år.
- Enkelt å finne fram. Enkel å forstå. Inni mellom litt vansker med innlogging
- Ikke oppdatert. Mangelfulle opplysninger. Enkelt å forstå. Uferdig. Lite nyttig
- Synes det var vanskelig å finne ut hva som skal fylles ut av hvem.
- enkelt, lettfattelig, forståelig
- Lett å finne frem og forstå
- Den er enkel..en ser hvordan den er bygget opp..som kort kan forklares som enkel oppført hvor du en er ut etter..
- Mye informasjon, oversiktlig, lett å klikke seg frem.
- Har ikke brukt kjernejournal særlig mye
- Min kjernejournal er kort og lettfattelig.
- Er trent til å lese journal.
- - Lett å bruke- ufullstendig informasjon- ikke alle besøk er registrert
- forståelig, enkelt, lett å navigere
- Kan være vanskelig å finne, så mange nettstedet som har med helse/medikamenter/helsereiser etc. å gjøre. Enkelt å forstå. Kan virke mangelfull for de som bor i grenseområder for helseregioner da ikke alle regioner er med ennå
- God oversikt,lett å finne fram, god sikkerhet, (men foreløpig svært lite innhold: Jeg savner aktiv informasjon, f eks via flere mailer med en tid i mellom hver, med info om hvilke initiativ jeg kan gjøre for å få innhold fra andre, og fra meg selv.)
- Det er lett tilgjengelig. Den er alltid tilgjengelig for den som måtte ha bruk for den. Den er også lett justerbar.
- Oversiktlig, informativ stort sett forståelig
- Ganske greit å finne fram. Systematisk opplistet, oversiktlig. Ikke alle opplysninger er pr.dato, det gjelder medikament som brukes daglig, kanskje legens ansvar å ajourføre?
- Sant å si så er det krøkkete lagt opp for egen innlegging av informasjon. Og for justering/supplering av denne.Blir kasta ut fra innleggingsbildet etter å trykka for lagring. Og må begynne på nytt for å komme tilbake til bildet som viser egen info som er lagt inn. Dette er lite brukervennlig, ja irriterende rett og slett.
- Oversiktelige –Systematisk-Passe forståelig
- enkel, oversiktlig, raskt å fylle ut,
- Lettvint, enkelt, oversiktlig, informativt
- Primitivt opplegg. Tilfeldig hva som står der. Ingen informasjon om hvor journalene hentes fra og hva som bure stå der. Overasket over at del legges en pdf-kopi på maskinen som du bruker hver gang du ønsker å se på den.
- oversiktlig. for lite info

Informasjonen du finner i kjernejournalen skal gi viktig og riktig informasjon om deg. Oppgi tre til fem stikkord på hvordan du opplevde den informasjonen du fant i kjernejournalen din?

- Lite informativt, mangler kritisk informasjon
- Kunne no hatt enda mer av informasjon om mine besøk og resultater hos fastlege. Og resultater fra henvisninger. Vil være gunstig å ha tilgjengelig og føles viktig for meg som pasient.
- Mangelfull-Lite-Knapt det nødvendigste
- Sjokkert, artig,
- Supert-Lettvint-AltPåEttSted-Tilgjengelig
- Korrekt.-Lett og finne frem i journalen.-Oppdatert.
- Medisin oversikten rotete da det gjaldt resepter og ikke oversikt hva jeg står på. Lite info selvom jeg har vært mye på sykehus, må evt legge det inn selv. Står ingenting om blodtype eller organodonasjon ol.
- Mye informasjon mangler, ikke alt relevant
- -korrekt -noen mangler - litt rotete
- Dårlig, rotete og uoversiktlig

- lite informasjon-nyttig-lett å finne
- Sitter egentlig ikke med noe inntrykk om det var den mest viktige og riktige informasjonen. Usikker på hva jeg skal svare på spørsmålet.
- Ryddig, ufullstendig, oversiktlig
- Oversiktlig, sortert på dato - nyeste øverst på siden, relevant, redigerbar
- Noen journaler mangler
- Noen behandlere/sykehus mangler
- Medisinlisten ikke helt oppdatert
- Mangelfull!
- Vesentlige mangler, Feil info, Medisiner manglet
- mangelfull (på enkelte punkter), riktig
- Noe er greit, men den er mangelfull
- Korrekt, Viktig, Mangelfull
- Info var riktig, men savner tidligere sykehistorie
- Kanskje det er her eg skal skrive sjølv...
- fant ikke så my info
- -Interessant-Mangelfull i forhold til det jeg forventet. -Ikke alltid samsvar mellom link og innhold.
- Mindre informasjon enn forventet. Korrekt, men bare helt grunnleggende informasjon
- Lite interessant for meg som bruker
- ingenting!
- som forventet-noe mangelfull-må oppdateres av alle, både fastlege, akuttbehandlerne og spesialister-jeg ønsker ikke fylle ut medisinsk informasjon, kun fakta om min person
- Ryddig, Enkelt å forstå hva alle felt betydde, Ikke alltid lett å forstå viktighetsgraden av å fylle ut enkelte felt.
- klar, tydeleg og riktig.
- Ajourføring, dato, tidsperspektiv
- fant lite og ingenting. Har ingen sykdomshistorie
- Den sa lite før jeg fylte den ut. Bl.a. feil kontaktpersoner. Ufullstendig.
- - Ingen svar. - Vet for lite. - Må bruke den mer.
- Litt mangelfull. Kun få epikriser tilgjengelig
- Jeg opplever det som jeg fant var korrekt, men mangelfull
- bra viktig opplysende enkel
- sparsom-nyttig-informativ
- Jeg har ikke studert den.
- Ikke tilstrekkelig
- Fant ikke mye info annet enn besøkshistorikk i helsetjenesten, min adresse oa fastlege.
- Helt greit.
- Den informasjonen jeg finner har jeg for det meste lagt inn selv. Jeg har valgt å sperre for innsyn i e-respt for annet personell. Dette på grunn av manglende oppdateringer av denne hos fastlegen.
- Lett å se medisinbruk, og legebesøk.
- Korrekt-sannferdig
- lite informasjon, info om cave for medikament er eksempelvis ikke å finne
- urelevant informasjon, ref til forrige svar om besøk i spes.helsetjenesten
- Interessant, nyttig
- Bra, oversiktlig, Lett
- Ikke så mye informasjon.
- overraskende, oversiktlig, tryggere
- OK
- Ikke fullstendig - fastlege? Ifht. fosterbarn er det vanskelig - verken tilgang som selvstendig barn eller koblet sammen på noen måte
- Riktig informasjon -Kortfattet -Oppdatert
- helt greit,
- Relevant - oppdatert - oversiktlig
- 0Den viser ikke annet enn Mit navn og navner på resten av familien. Viser liste med resepter o viser tid for opphold på sykehus. Etter og ha begynt kreftbehandling i starten av 2015 og hjerneslag i starten av 2016 ser jeg ikke noen opplysninger om min helsetilstand eller behandling.
- 0Syns det var overraskende lite opplysninger, men antar at dette bygges ut videre.
- Korrekt, mangler kritisk informasjon
- Manglende, ufullstendig og skuffende
- Ingenting sto der , Står 0 diagnose , dårlig
- Oversiktlig. Lett å forstå. Fastlege er OK bør komme frem også primærlefe Ullevål Sykehus
- Ingen viktig informasjon i min

- Ufullstendig, mangelfull og feil.
- Mangelfull, lite informativ, skuffende
- Rett informasjon registrert. Mangler fata fra fastlege. Vanskelig å legge inn noe selv
- Knapp. Korrekt men ufullstendig
- mangelfull, ufullstendig, ikke oppdatert
- Ufullstendig
- sammenfattende og i det store og hele presis, skulle gjerne hatt litt mer utfyllende opplysninger om behandlinger gjennomgått,
- Jeg har gått gjennom alt. Vet at det stemmer. Det oppleves trygt. Ryddig. Lett å finne fram.
- Korrekt-tilstrekkelig-samlet
- MANGELFULL, UINTERESANN, UFULSTENDIG
- dårlig informasjon
- Rekkefølge bør omarbeides. Det viktigste først.
- Rotete med hensyn på medisin.
- helt grei
- Foreldet-Mangelfull-Upresis
- ryddig og grei informasjons informasjon
- Tydelig -med opprettelse- og utskrifts-dato. Sidenr- og ant.sider), Sikkert -med id og barkode, Min alder (i tillegg til f.dato)
- Mangelfull (viktige faste medisiner/sykdommer manglet). Tilgjengelig. Oppdaterbar
- god, riktig, litt lite eldre informasjon
- riktig, nyttig, oversiktlig
- Fakta OK. Lite info. Ingen "overraskelser"
- Informasjonen i min kjernejournal var mangelfull fra helsevesenets side. Lite og dårlig med relevant informasjon. Fikk innført endel selv
- Lite oversiktlig. Vanskelig å vite hva som er viktig å registrere selv, og dårlig kjennskap i helsevesenet til å få lagt til f.eks. viktige diagnoser og generelt bruk av kjernejournal.
- 1) Må kontrolleres jevnlig av utfyller (meg)2) Enkelt å henvise helsepersonell hit3) En nødvendig sikkerhet for meg og familie/pårørende
- Mangler noe opplysninger som eks blodtype og diagnoser.
- Skrev endel om det under spørsmålet om den "typen informasjon du forventet å finne i din kjernejournal".
- At man kan fjerne det som er registrert feil. At lege har skrevet noe som er resultat av misforståelse i kommunikasjonen.
- Som forventet. Ingen overraskelser. Trodde det var mere info
- Ikke oppdatert. Svært mangelfull. Unyttig
- Greit, forvirrende og uoversiktlig.
- rett, medisinforbruk, lettlest
- OK oversikt
- Innholdsrik,med tanke på alt som der var kommet med,som blandt annet min mamma eller sønn.
- Greit, nyttig, mye info., informativt.
- har ikke undersøkt mye ennå
- Kortfattet.0
- -Greit å logge inn-savnet at ikke alle besøk hos spesialist var registrert
- Var mangelfull, kunne vært bedre
- Mangelfull. Det som sto var greit å forstå. Kan være en måte å oppfatte at lege ikke har forstått hva pas. egentlig mener
- mangelfull, lite og derfor ikke av særlig nytte
- Korrekt. Lett tilgjengelig og lettfattelig.
- relevant, riktig, oversiktlig
- Ikke alt er ajourført. Bortsett fra ikke ajourført, er opplysninger riktige. Betyggende og greit at jeg selv kan kontrollere
- OK
- Saklig-Riktig-Aha-opplevelse
- Bra, selv fylt på ekstra,
- Manglende men også utfyllende, oversiktlig
- Det som ligger der er greit så lenge du forstår legespråket. Hvorfor det heter kjernejournal forstår jeg ikke. Det er riktig det som ligger der, men om det ligger alt er åpent. Viktigheten ligger i at alt er på ett sted. Det må klargjøres hva som ikke er tatt med.
- Litt for lite info

Oppgi tre til fem stikkord om hvorfor kjernejournalen kan være viktig for deg.

- Slippe å repetere meg selv

- Trygghet på hva, hvilke og når jeg har gjort ulike prøver, tester, resultater av disse. Lett å glemme som pasient. Når jeg skal sjekke hva som skjedde for år tilbake er det bra å ha en slik base med informasjon. Dessuten viktig når vi har behov for å vise til hva vi har gjort tidligere og selv vurdere hva vi bør gjøre. Kjennes trygt og riktig og vite hva vi har gjort relatert til vår helse.
- All informasjon på ett sted. Tilgjengelig for all helsepersonell. Kontroll på min egen informasjon
- Finne frem info, godt og vite at helsepersonell lett kan finne info, jeg kan se hva som har blitt gjort
- Tilgjengelig. Diagnoser. Medisiner. Allergier
- Viktig med hensyn til medisin. Viktig med hensyn til sykehistorie. Jeg trenger ikke ta med mitt eget dokument som omhandler det som jeg føler er viktig for sykehuset.
- Kan gi leger info som er viktig, jeg kan ha oversikt over min helse, info på kryss av sykehus/helseregioner
- Ved akutte innleggelser
- - perfekt hvis jeg ikke er i stand til å gi opplysninger selv - gå tilbake å se om det er sammenheng med tidligere sykdom-sammenheng med barnas sykdom -alt på ett sted
- Medisin allergier, psykiske helsen min, tidligere operasjoner
- Medisinbruk, oversiktighet, enkelt
- Den gir meg rask og gi informasjon (oppsummering / oversikt) over det jeg vet - spesielt når jeg vet hva jeg skal se etter.
- akutt sykdom, opphold utenom egen helseregion, kompleks diagnose
- helsehistorikk, vaksinehistorikk, info til fastlege, info om nærmeste pårørende til helsepersonell
- Jeg behandles/har kontakt med tre sykehus (Radium/Aker urologisk/Diakonhjemmet) + fastlege. Jeg forventer egentlig at hver av dem har et helhetssyn på meg, men dessverre er det vel slik at de bare behandler diagnoser.
- Ved tilfeldige hendelser. Syk i utlandet
- Akutt sykdom, Reise, Egen oversikt
- Betyggende, informativ, sikker
- Som kreftpasient og med min alder er den viktig
- Akutthjelp, Pårørende, Samla på ein stad
- Hvis eg blir innlagt på sjukehus er info om mi sjukehistorie lett tilgjengeleg
- kan legge inn tillegg opplysning. kan ha oversikt på forskjellige ting
- I og med at jeg har kronisk lidelse og bruker medisiner, er det viktig for meg at helsepersonell kan gå i kjernejournalen og eventuelt også i pasientjournalen og lese om min helsehistorikk.
- Viktig i forbindelse med eventuell behandling. Sikrer at behandlere har grunnleggende informasjon tilgjengelig. Viktig i en mulig krisesituasjon. Gir trygghet for best mulig behandling ved sykdom eller ulykke
- basisinfo om allergier, operasjoner, sykdommer som kan være viktig å vite om som diabetes, ms, tidlige slag osv.
- bilde av sykehistorien over lang tid, medisinbruken over lang tid, slippe å ta vare på papir
- må oppdateres av alle, både fastlege, akuttbehandlerne og spesialister
- Enkelt å komme i kontakt med pårørende,. Ha kontroll om hvilke kritiske opplysninger helsepersonell har om deg, Motiverer meg til å logge inn et par ganger i året for å se om alt er oppdatert, og for å sjekke andre elektroniske helsetjenester (e-reseptar, vaksiner o.l.).
- Informasjon, behandling, forståing frå behandlara.
- Alder, referanse, fastlege
- forhåpentligvis om jeg i framtiden skulle oppleve sykdom så vil jeg og behandler kunne holde oss oppdatert via denne
- Den gir helsepersonell tilgang til viktig info. Helhetlig medisiner, behandlere jeg bruker - gir meg en trygghet.
- - Jeg bor alene og i kjernejournalen finnes det informasjon om meg som andre trenger å vite.
- - Helse info
- Viktig pga 3 alvorlige sykdomstilfeller i løpet av de siste 14 årene. Viktig ved evt. ny sykdom, og bytte av fastlege
- Viktig helse informasjon
- Alder, helsetilstand og egenistrek .Jeg liker å kunne finne flest mulig opplysninger samme sted
- min sikkerhet ved sykdom
- 1. Kan betre finna fram i min sjukehistorie.2. Hjelper meg til å hugsa meir langsiktige avtalar.
- 3.Kan vera til hjelp for å kontrollera evt. feilføringar.
- Historikk, diagnoser, prøvesvar
- Livstruende allergi, Medisiner, Sykdommer
- Ved legebytte, i livsviktige situasjoner der du selv ikke kan gi denne informasjonen
- Multimorbiditet, flere diagnoser, omfattende anamnese.
- Få oversikt , hvor, hvem

- For mulighet for innsyn i journalnotater etter innleggelse og polikliniske behandlingsavtaler
- For oversikt over resepter/medisiner, for kontakt med fastlege og bestilling av timeavtale
- sjekke medisinbruk, helsepersonell har god oversikt.
- Informasjon om mine medikamenter hvis det skulle skje noe
- kan være nyttig ved akutt sykdom, der en gjerne ikke kan redegjøre for seg selv.
- betinger at korrekt informasjon er der, betinger at relevant/nyttig informasjon er der; mer relevant med diagnoseoversikt f.eks enn besøkshistorikk i spes.helsetjenesten. Det sier jo ikke noe om hva som feiler personen om du eks har vært på ort.pol i 2011.....
- Tidligere operasjoner og alvorlige tilstander/sykdommer
- Den gir en rask oppsummering av helsesituasjon.
- Følge med på helsesituasjonen min.
- alvorlig syk, flerdiagnose, kroniker, oversiktligheten
- Alt samlet på et sted, Tilgang uansett hvor man er,"Alt" kan ordnes på en plass
- Har en kronisk sykdom, Lett for ulike instanser (fastlege/legevakt etc) å finne info om medisiner etc
- Nærmeste pårørende
- komplisert sykehistorie
- Kan se tilbake på tidligere hendelser - kan evt. skrive ut og ta med til lege som kanskje ikke har tilgang - kan følge med for å se helsemessige endringer over tid
- Viser kun resepter og tid for sykehusopphold.
- Bør være til hjelp i akutte situasjoner. Vi reiser mye, antar dette er tilgjengelig også for utenlandsk helsepersonell?
- Tilgjengelig på tvers
- SLE, mye medisiner, mye plager, ofte akutt
- epikrise raskt, innkallinger
- Nyretransplantert så viktig kommer til rett behandler, Medisiner livsviktige så må komme frem
- Sykehus er under oppfølging er viktig
- For å se om alt stemmer
- Nei
- Anser den som viktigere for helsepersonell enn for meg selv. Inntil jeg havner på sykehus da....
- Pårørende, død, drap og ulykker
- Nyttig, praktisk, smart
- For riktig behandling, Alt samlet, Historikk
- Opplysninger ett sted, Enkelt oppslag, Tilgjengelig for alle som trenger det
- økt risiko for tarmslyng, allergi
- Ved sykehusbesøk, Oversikt over medisiner, Historie
- behandlinger utenfor eget regionalt helseforetak, krisesituasjoner hvor jeg kan være ute av stand til å kommunisere, egenkontroll,
- Jeg har vært syk ei stund. Har hatt mye helseoppfølging. Viktig for meg at det er god informasjonsflyt mellom primær-og spesialisthelsetjenesten. Ønsker rett helseoppfølging, og kortere ventetider. Ønsker å i mindre grad repetere meg selv for hver lege eller avdeling jeg møter. Det er slitsomt. Dersom alle kan lese det samme, kan man fokusere på rett behandling framover. Unngå at ulike leger har ulike vurderinger, og setter igang ulik medisinsk behandling.
- Trygg, sikker, lett å bruke, alt på en plass
- OPPDATERT, NÅR, HVOR, HVEM
- Kritiske situasjoner, akutt innleggelse og medisinbruk som jeg ikke må ha
- Helse personell i Norge kan få lettere tilgang på kritisk info.
- Tidsbesparende for helse personell
- jeg vil gjerne ha hele min journal, men kan nok være nyttig om jeg blir veldig syk
- Oversikt, Tilstandsrapport, Vurderinger, Fremtidig opplegg
- Ha kontroll med din egen helse historie
- Samlet, viktig helseinfo ett sted, Pårørende oppført, Info tilgjengelig for helsevesenet (ved evt ulykker etc)
- Sykehusinnleggelse, Medisiner, Krisesituasjoner, Informativ
- lett tilgjengelig, kan oppdatere selv, oversiktlig, nytt helsepersonell kan få rask oversikt
- komplett bilde, nyttig, historikk, allergier
- Pr nu ser jeg ikke viktigheten av kjernejournalen.
- Blir kanskje mer viktig når den er kommet mer i bruk
- Siden jeg har kraftige reaksjoner på enkelte legemidler, produkter o.l vil det være mer til skade enn til nytte om helsepersonell gir meg disse, selv om jeg "trenger" den typen behandling i en akutt situasjon. Se bare på Plaster, limet på standard sykehusplaster gir meg større sår etter to timers bruk enn det opprinnelige såret. Og i tillegg allergisk reaksjon. Dette må jeg få videreformidlet helsepersonell selv i akutt situasjon

- Rask tilgang til viktige opplysninger om sykdom, diagnose dersom jeg skulle bli akutt syk uten å kunne gjøre rede for meg. Opplysninger om fastlege og kontaktpersoner.
- 1) Nødvendig info for eget bruk 2) Nødvendig info for helsepersonell 3) Nødvendig info for familie/pårørende
- Ønsker elektronisk tilgang til mine helseopplysninger for enkelt å kunne finne frem.
- At helsepersonell kan finne viktig informasjon om meg ved (akutt) behov. At jeg har en god samlet oversikt over min kontakt med helsevesenet.
- Jeg ser historikken i min tilstand. Hvordan tilstanden utvikler seg og forandrer seg. At jeg kan se sammenhengen mellom forskjellige plager og ubehag som har jeg. At jeg kan påvirke behandling i samarbeid med lege og helsepersonell. Følelse av å ha kontroll på min helse.
- Lett tilgjengelig info, Kanskje for lett....Kan selv følge med
- Tilgang til viktige medisinske opplysninger ved ulykker etc, Sikkerhet, Oversikt, Kommunikasjon med helsevesenet
- tilgang i hele landet. Også i ambulanse.
- livsviktig medisin informasjon
- Dersom jeg trenger å sjekke tidsrom for tidligere undersøkelser, Se om de er avsluttet eller under vurdering
- Skulle det hende meg noe, så vil det stå eventuelt ting og tang i kjernejournalen som kan hjelpe en lege, om jeg selv var ute av stand til å forklare alt..og mye annet som der kan stå oppskrevet som kan være til hjelp i en nødsituasjon, det ser jeg som veldig viktig.
- Kan sjekke det som har hendt, får bedre kontroll.
- Leger og sykehus finner ut om meg
- 1. Ved behov for avklaring av behandlingsforløp 2. Ved behov for oppfølging
- - flott å ha alt informasjon om besøk samlet på et sted både for meg som bruker, og for helsepersonell.
- Viktig at eventuelle allergier og sykdommer kommer frem
- Grei måte å kontrollere hva som er journalført -om legen har forstått hva som er problemet
- -om legen har oppfattet pas. sine symptomer og tolket disse på rett måte utfra hva pas. opplever
- -kunne korrigere misforståelser/uriktige opplysninger
- Helsepersonell vil kunne se komplett oversikt over mine sykdommer, medisinoversikt, kontaktliste for mine pårørende som helsevesenet kan kontakte
- Jeg liker å være i forkant når elektroniske muligheter blir tatt i bruk. Den er lett tilgjengelig for meg og for evt. helsepersonell.
- informativ, lett tilgjengelig, huskeliste
- Ved akutt sykdom, viktig, Hvis kjernejournalen blir brukt ved akutt innleggelse/innleggelse, slipper pasienten å gjenta og gjenta til skiftende leger! Merk! det siste punktet, det er det mange pasienter som er oppgitt over, det å gjenta samme sykehistorie flere ganger.
- Er besvart allerede.
- Følge utvikling på egen helse, Hvor mye tid bruker jeg hos legen, Tilbakeblikk, Symtoner
- Sykdom som hindrer meg i å snakke. Dødsfall. Savnet
- Opplysninger, åpenhet, nyttig, lærerikt, hjelpsomt
- Alt på et sted. Lett å finne frem. Beskjed når det legges inn noe nytt.
- lett tilgjengelig, lett å skifte lege, info hvis noe skjer

VEDLEGG 8 KENDALLS W UTREGNING FRA RANGERINGSFASEN

Spørsmål 1

Da du fikk opprettet din kjernejournal ble det sendt ut informasjon til deg på e-post. Oppgi tre til fem stikkord for hva som var viktig informasjon for at du skulle åpne, lese og/eller skrive i din kjernejournal?

Kendalls W

Test Statistics

N	97
Kendall's W ^a	,075
Chi-Square	153,313
df	21
Asymp. Sig.	,000

a. Kendall's
Coefficient of
Concordance

Spørsmål 2

Vi har fått kjernejournalen for at helsepersonell raskt og enkelt skal få oversikt over kritisk informasjon som kan redde liv. Oppgi tre til fem stikkord som beskriver typen informasjon du forventet å finne i din kjernejournal?

Kendalls W

Test Statistics

N	97
Kendall's W ^a	,183
Chi-Square	266,432
df	15
Asymp. Sig.	,000

a. Kendall's
Coefficient of
Concordance

Spørsmål 3

Hvordan kan du beskrive din opplevelse av å bruke kjernejournal? Oppgi tre til fem stikkord satt i sammenheng med brukervennlighet; hvor lett det er å finne frem og hvor enkelt det er å forstå

Kendalls W

Test Statistics

N	98
Kendall's W ^a	,156
Chi-Square	229,073
df	15
Asymp. Sig.	,000

a. Kendall's
Coefficient of
Concordance

Spørsmål 4

Informasjonen du finner i kjernejournalen skal gi viktig og riktig informasjon om deg. Oppgi tre til fem stikkord på hvordan du opplevde den informasjonen du fant i kjernejournalen din?

Kendalls W

Test Statistics

N	98
Kendall's W ^a	,113
Chi-Square	144,286
df	13
Asymp. Sig.	,000

a. Kendall's
Coefficient of
Concordance

Spørsmål 5

Oppgi tre til fem stikkord om hvorfor kjernejournalen kan være viktig for deg.

Kendalls W

Test Statistics

N	98
Kendall's W ^a	,154
Chi-Square	286,936
df	19
Asymp. Sig.	,000

a. Kendall's
Coefficient of
Concordance

VEDLEGG 9 EKSEMPEL PÅ VARIANSANALYSE

Oneway

Descriptives

Oppgave 1. 5 - Nyttig

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
18-24	11	3,09	1,514	,456	2,07	4,11	1	5
45-54	15	2,93	1,580	,408	2,06	3,81	1	5
65-74	8	3,88	1,808	,639	2,36	5,39	1	5
Total	34	3,21	1,610	,276	2,64	3,77	1	5

Test of Homogeneity of Variances

Oppgave 1. 5 - Nyttig

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,033	2	31	,968

ANOVA

Oppgave 1. 5 - Nyttig

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,841	2	2,421	,930	,405
Within Groups	80,717	31	2,604		
Total	85,559	33			

Oppgave 1. 5 - Nyttig

	Statistic ^a	df1	df2	Sig.
Welch	,762	2	16,983	,482
Brown-Forsythe	,889	2	23,307	,424

a. Asymptotically F distributed.

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: Oppgave 1. 5 - Nyttig

Tukey HSD

(I) Alder	(J) Alder	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
18-24	45-54	,158	,641	,967	-1,42	1,73
	65-74	-,784	,750	,554	-2,63	1,06
45-54	18-24	-,158	,641	,967	-1,73	1,42
	65-74	-,942	,706	,388	-2,68	,80
65-74	18-24	,784	,750	,554	-1,06	2,63
	45-54	,942	,706	,388	-,80	2,68