

Situasjonen gikk fra vondt til verre. Tilsetting i hjemmelen trakk av forskjellige grunner i langdrag. Tiltredende lege som takket ja til hjemmelen og jeg sto langt fra hverandre, med ca 600 000 i prisforskjell på hjemmelen. Det endte med nemd. Jeg har likevel mye positivt å si om nemdsbehandlingen.

Jeg er glad for å ha lagt denne livsfasen bak meg. Jeg bor fortsatt i det lokalsamfunnet der dette skjedde, og der jeg hadde planlagt en gradvis nedtrapping til pensjonistlivet med deleliste. Jeg er stolt av det legekantoret jeg har vært med på å bygge opp, og glad for at det ikke er nedlagt. Kanskje blir dette til en positiv endring i mitt liv – nye oppgaver jeg jobber med nå er både inspirerende og spennende.

MEN:

• **ADVARSEL TIL KOLLEGER:** Planlegg avtalene ved legekantoret slik at dere ikke kan havne i samme situasjon som jeg gjorde! Sett dere nøye inn i regelverket. Lag gode avtaler når stemningen er god, slik at dere har dem på plass når livet blir vanskeligere (omtrent slik en god samboeravtale eller ektepakt bør lages, mens skilsmissemisjonen fortsatt bare er et eventuelt fjernt mareritt).

• **TIL LEGEFORENINGEN:** Dette hullet i regelverket må tettes, slik at ikke kolleger kan skyves ut i tråd med regelverket når konflikter oppstår (Kommunen kan trekke basistilskuddet etter 16 dager, kollegene kan velge å ikke inngå vikaravtale ved fravær utover åtte uker. Dette gjelder selv om det ikke er mulig å skaffe vikar). Slik fratas legene et reelt oppsigelsesvern, og pasientsikkerheten settes også i fare. For hvem har da ansvaret for at fraværende leges listepasienter får nødvendige konsultasjoner? Og ikke minst: Hvem følger opp innkommende epikriser, henvendelser, kontrollopplegg og viktige beskjeder som kommer inn i fraværende leges (elektroniske) postboks?

FORFATTER: ANONYM

FAKTA – jf. ASA 4310:

Rammeavtale fastlegeordningen KS/Dnlf

- I fastlegeavtalen er de fleste legene private næringsdrivende med fastlegeavtale med kommunen. Legen får sine inntekter fra basistilskudd fra kommunen (avhengig av antall pasienter på listen), refusjon fra Helfo og mellomlegg fra pasientene. Hvis legen blir syk kan kommunen trekke basistilskuddet etter 16 dager. Unntak: dersom legen selv skaffer vikar eller er dekket av kollegiale fraværsordninger. Legen dekker selv sine utgifter til husleie, ansatt hjelpepersonell, utstyr mm.
- Når en fastlege slutter i praksis tildeles fastlegehjemmelen til en ny lege av kommunen etter forutgående utlysning. Når tiltredende lege har takket ja, må fratredende og tiltredende lege bli enige om et vederlag for opparbeidet praksis med pasientgrunnlag (praksispris). Dersom det ikke oppnås enighet går saken til nasjonal nemd for avgjørelse (voldgift).

Pasientjou

■ ARILD FAXVAAG • Professor i helseinformatikk, daglig leder av Norsk senter for elektronisk pasientjournal

I flere utgaver har *Utposten* satt søkelyset på begrensninger og muligheter i pasientjournalssystemer og hva som kan gjøres for å videreutvikle systemene. Hva elektronisk pasientjournal er og kan bli er også et viktig emne for forskning. I denne artikkelen oppsummeres noen av innsiktene vi har oppnådd etter 15 års forskning på informasjons- og kommunikasjonsteknologi i helsetjenesten.

Helseinformatikk handler om utvikling av metoder og teori for å lage, forstå og forbedre de IT-systemene som brukes i helsetjenesten. Ved de fleste universiteter trekker helseinformatikk til seg seg forskere fra mange forskjellige fagdisipliner. Ved NTNUs Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) gjenspeiler dette seg i at både allmennleger, samfunnsmedisinere, sykehusleger, farmasøyter, helsevitere, sykepleiere, organisasjonspsykologer, lingvister, sosiologer, dataingeniører, produksjonsingeniører og industrielle økonomer har drevet og driver forskning ved senteret. Et slikt tverrfaglig forskningsmiljø vil nødvendigvis se på helse-IKT fra flere perspektiv, men også gradvis bygge en felles forståelse. I denne artikkelen oppsummerer jeg noen av de innsiktene vi sitter igjen med.

Pasientjournalen er et verktøy for helsepersonell

Et verktøy er en teknisk innretning som først og fremst har den funksjon at det skal hjelpe brukeren å gjøre jobben. Det ideelle verktøyet er enkelt å lære seg å bruke og lett å ta i bruk på nytt når man har vært borte fra det i en periode. Et annet viktig aspekt ved bruken av et verktøy er at brukeren skal kunne konsentrere seg fullt og helt mot den oppgaven som skal gjennomføres. Verktøyet skal med andre ord ikke stjele brukerens oppmerksomhet. Forskning på bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ) som verktøy hører inn under fagområdet menneske-maskin-interaksjon (Human-computer interaction) (1). Fagfolkene kalles interaksjonsdesignere. Apple, firmaet som utvikler iPhone og iPad, har mange interaksjonsdesignere. Firmaene som leverer e-Helse-systemer i Norge har nesten ingen, og de har heller ikke ansatt noen av dem som har fått sin utdanning hos oss. Vår forskning på helse-

IT-utviklingsprosesser har vist at interaksjonsdesign og brukbarhetstesting fortsatt blir prioritert ned og vekk (2). Analyser av klinikerens bruk av pasientjournal viser at dagens systemer ikke har god nok brukskvalitet. Alt for ofte tvinges brukerne til å ta omveier i systemet, og bare på denne måten blir jobben gjort. Siden det er gått mange år siden den grunnleggende kunnskapen innen menneske-maskin-interaksjon ble utviklet er jeg fristet til å konkludere med at dagens utviklingspraksis ikke er kunnskapsbasert.

Pasientjournalen er også et verktøy for mange andre

Utvikling av pasientjournalssystem for sykehus er påvirket av langt flere forhold enn behovet for å tilby klinikere egnede arbeidsverktøy. Helsetjenester har alltid hatt sin kerne i møtene mellom kliniker og pasient. Å yte helsehjelp i slike møter er klinikerens fremste oppgave. I denne sammenhengen er sykehusets oppgave å legge til rette for at slike møter skal finne sted. En rekke forhold gjør imidlertid at slik tilrettelegging blir mer og mer kompleks. Stikkord her er den raske kunnskaps- og teknologiutviklingen, oppbygging av nødvendig kompetanse, dimensjonering av kapasitet samt prioritering av knappe medisinsk-tekniske ressurser. For å imøtekomme dette har sykehus begynt å se på pasientjournalssystemet som en brikke i et «helsetjenesteproduksjonssystem», og dermed også som et verktøy for de som har som oppgave å kapasitetsberegne, programmere, monitorere og kvalitetskontrollere helsetjenester. Etablering av standardiserte pasientforløp, digitale retningslinjer, strukturert dokumentasjon og elektronisk arbeidsflyt må ses i sammenheng med dette.

Også på helsepolitisk nivå er situasjonen preget av ønsket om å bruke et IT-

Journalen i endring

system som verktøy og virkemiddel. Mange endringer implementeres gjennom lov og forskrift. Dette gjelder for eksempel informasjonssikkerhet, og reglene for inntak og utskrivning fra sykehus. Reglene er i praksis utformet slik at de ikke blir levende før de er implementert i et IT-system. Mange norske EPJ-systemleverandører mener at implementeringen av slike «myndighetskrav» krever så mye av utviklerne at det går på bekostning av videreutviklingen av selve EPJ-systemet.

Bruken av pasientjournalen gjenspeiler praksis

I sin kjerne er et journalnotat en beskrivelse av den helsehjelp som ble gitt, nedtegnet som bevis for hva som ble tenkt, sagt og gjort. Hvis det er noe som virkelig har blitt enklere med den elektroniske pasientjournalen så er det å opprette og skrive et lite journalnotat. Fordi det er blitt enklere å notere, noteres det mer og oftere. Og fordi notatet er lagret i et digitalt format kan det søkes opp og for eksempel sammenstilles med andre notater om den samme pasienten. Et resultat av dette er at det som står i pasientjournalen er bedre i overensstemmelse med praksis enn hva tilfallet var med den papirbaserte journalen, noe som er til hjelp ved tilsynsbesøk og avvik. Et annet, og kanskje utilsikt resultat er at helsepersonell må bruke mer tid for å skaffe seg oversikt over situasjonen til pasienten. Det at pasientjournalen nå gjenspeiler praksis peker mot en framtid der det blir lettere å dokumentere resultatene av helsehjelp, men også mot en situasjon der de som betaler for helsetjenestene forlanger at slike data legges på bordet.

Pasientjournalen er den tredje stemmen i en konsultasjon

15 års forskning innen helseinformatikk har ikke overbevist meg om at en Dr. Google eller Dr. Watson, litt utstyr for selvmåling og tilgang på selvhjelpsgrupper på Internett er det som pasientene egentlig behøver. Tvert i mot tror jeg at helsetjenester alltid vil være en relasjonell aktivitet der mennesker må inngå på begge sider. På denne måten ligner helsetjenester på det å være foreldre eller pårørende: Relasjonen

får ikke substans uten at personer er involvert. I denne konteksten ligger potensialet i et IT-system først og fremst i at det kan forenkle og støtte opp under personene som har en relasjon og det som skjer i relasjonene. Her må vi imidlertid skille mellom det å levere helsetjenester «gjennom» et IT-system og det å bruke et pasientjournalssystem under en vanlig konsultasjon. Det å levere helsetjenester gjennom et IT-system er et område som er i rivende utvikling. Stikkord er telemedisin, smarte hjem, sensorer og tingenes internett.

De viktige, vanlige møtene mellom helsepersonell og pasient er gjenstand for forskning på lege-pasient-kommunikasjon. Denne viser at pasientjournalssystemene «blander seg inn» i konsultasjonene. Hvordan legen bruker systemet virker inn på pasientens opplevelse av konsultasjonen (3, 4). Et pasientjournalssystem kan også brukes til å gi pasientene bedre innsikt i egen situasjon og som pedagogisk virkemiddel.

Pasientjournalen er et verktøy for kunnskapsbasert praksis

Mye kan sies om den, men evidensbasert medisin-bevegelsen er kommet for å bli. Det som nok også er kommet for å bli er IT-systemer for lagring av evidensbasert kunnskap og systemer som bruker slik digitalt lagret kunnskap til å gi råd til klinikere, såkalte beslutningsstøttesystemer (Engelsk: Clinical decision-support systems). Stortingsmeldingen «En innbygger – én journal» fra 2012 slår fast at neste generasjons journalssystem skal ha slik funksjonalitet (5). Forskning i USA viser at bruk av slike systemer bedrer pasientsikkerheten (6), men at en slik effekt avhenger av at systemet blir innført på den rette måten. Forskning viser også at klinikere opplever mange former for beslutningsstøtte som direkte forstyrrende (7).

Et annet perspektiv på bruken av evidensbasert medisin i beslutningsstøttesystemer er at kunnskapsbegrepet kanskje er for snevert. Grovt sett bruker vi to former for kunnskap når vi praktiserer: Deklarativ kunnskap er kunnskap som kan brukes til å forstå eller forklare et problem, mens prosedyral kunnskap er den kunnskapen som kan brukes til å fikse problemet. Vi peker på

deklarativ kunnskap når vi slår fast at årsaken til en stiv og smertefull rygg mest sannsynlig er en revmatisk betennelse i iliosacralleddene; Vi peker på prosedyral kunnskap når vi foreslår å prøve ut effekten av et TNF-hemmende medikament. En lege er en person som har brukt seks år av sitt liv på å skaffe seg innblikk i den biomedisinske kunnskapsbasen og øve seg på å bruke den til å løse de problemer som pasientene måtte legge fram. Men forholdet mellom legen, som kunnskapsarbeider, og legens bruk av kunnskap i klinisk praksis ender ikke der. Når studier og kunnskapspugg erstattes av klinisk praksis oppstår etterhvert det som kalles erfaringsbasert kunnskap. Erfaringsbasert kunnskap er den kunnskapen som en erfaren spesialist bruker når han kjenner igjen en sjelden sykdom. Andre former for erfaringsbasert kunnskap er den som kan knyttes til praktisk gjennomføring av kliniske prosedyrer. Den erfaringsbaserte kunnskapen legger seg på toppen av den man kan lese seg til, og brukes altså på lik linje med boklig lærdom.

Noen av problemene med beslutningsstøttesystemer har altså sin basis i at en lege har innsikt i bredere repertoar av biomedisinsk kunnskap enn det som med dagens teknologi kan representeres i et IT-system. Egnede løsninger for digital lagring av deklarativ kunnskap finnes foreløpig ikke, men her er det store muligheter for framskritt. For min del ser jeg fram til den dagen da fortellingen om pasienten i pasientjournalen er tett integrert med kunnskapen vi valgte å bruke. Først da kan vi snakke om en kunnskapsbasert journal.

Et EPJ er en konstruksjon som har et livsløp

Så langt har artikkelen handlet om hva pasientjournalssystemer er og hva vi ønsker å bruke disse systemene til. Vi leger kan se på pasientjournalen som en samling av opplysninger, men for den som har utviklet programvaren er den en stor teknologisk konstruksjon som må passes på og vedlikeholdes for å holde seg operativ og velfungerende. Akkurat som når vi klinikere praktiserer medisin bruker programvarekonstruktøren egne verktøy og teknikker for å gjøre denne jobben. Men programvarekonstruksjon er en ung disiplin, og fagfeltet ut-

Fastlegene har en nøkkelrolle overfor pasienter med medisinsk

■ AASE AAMLAND



Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet?

Da jeg begynte med forskning hadde jeg arbeidet som fastlege i fem år. Til tross for at jeg forsøkte å være en støttende, respekterende allmennlege preget av ressursorienterte holdninger, følte jeg ofte på manglende egenmestring i møte med pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS). Denne erkjennelsen var utslagsgivende da jeg rimelig impulsivt i januar 2010 svarte «ja» på en åpen invitasjon på Eyr til et forskningsprosjekt om MUPS og sykefravær. Min tanke var at min egen frustrasjon kunne snus til mestring!

Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt?

MUPS er et samlebegrep for uforklarte sykdommer som karakteriseres av subjektive symptomer uten objektive funn. Fibromyalgi, kronisk utmattelsessyndrom og irritable tarmsyndrom er eksempler på langvarige og funksjonsnedsettende MUPS-tilstander.

Det er hevdet at sykefravær både i Norge og andre land i hovedsak skyldes uspesifikke helseplager og MUPS-tilstander. Allmennleger har en nøkkelrolle både overfor pasienter med MUPS og i sykmeldingsarbeid.

Målsettingen for min doktorgradsavhandling var å utvikle ny kunnskap om pasienter med MUPS og sykefravær, med særlig fokus på allmennlegens rolle. Vi gjennomførte tre delprosjekter for å belyse følgende problemstillinger:

- ❶ Hva sier forskningslitteraturen om faktorer som er forbundet med sykefravær hos pasienter med MUPS? (systematisk oversikt)
- ❷ Hvordan er konsultasjonsprevalens, symptom mønster, yrkesdeltakelse og konsultasjonstiltak for pasienter med persisterende MUPS i norsk allmennpraksis? (kartleggingsstudie), og
- ❸ Hva slags marginaliseringserfaringer gjør pasienter med MUPS i forbindelse med langtidssykmelding? (fokusgruppestudie)

Hva fant du?

Resultatene fra oversiktsartikkelen ble delt inn i to kategorier: pasientrelaterte og allmennlegerrelaterte faktorer. For pasientene var psykisk komorbiditet (angst og depresjon), samt en stor total symptombyrde, forbundet med økt sykefravær. Mangelen på objektive funn vanskeliggjorde allmennlegenes sykmeldingsvurderin-

ger. Ingen av intervensjonene som søkte å gi allmennleger økt kunnskap og bedre ferdigheter i å håndtere pasienter med MUPS, resulterte i redusert sykefravær. Gjennom kartleggingsstudien fant vi en konsultasjonsprevalens på tre prosent med en overvekt av kvinnelige pasienter med MUPS. Så mange som 45 prosent av pasientene var i arbeid, signifikant flere menn. Allmennlegene rapporterte at støttesamtaler var det hyppigste konsultasjonstiltaket. Deltakerne i fokusgruppestudien beskrev i hovedsak bare negative erfaringer av å gå sykmeldt. Det at plagene og symptomene var usynlige ble beskrevet som en ekstra byrde utover selve sykmeldingen. Negative marginaliseringserfaringer kunne motvirkes med ulike personlige mestringsstrategier, positiv oppmerksomhet og støtte fra familie og venner, samt tillit og forståelse fra personer i hjelpeapparatet. Analysen viste at allmennlegen kan være en viktig støttespiller og motvirke ytterligere marginalisering i oppfølgingen av langtidssykmeldte pasienter med MUPS.

Oppsummert har avhandlingen min følgende hovedfunn:

- Pasienter med persisterende MUPS er blant de hyppigst forekommende pasientgrupper i norsk allmennpraksis.
- Allmennlegen kan ha en viktig, støttende rolle som motvirker ytterligere marginalisering hos langtidssykmeldte pasienter med MUPS.
- Ingen intervensjonsstudier i allmenn-

Pasientjournalen vil fortsatt være i endring og noen endringer vil true det bestående

Jeg har prøvd å få fram at det ligger mange muligheter i videreutvikling av pasientjournalssystemer. Det ligger uante muligheter i å koble systemene tettere sammen, i å integrere dem med kunnskap og i å gi pasientene tilgang til sine egne opplysninger. Det ligger muligheter i å la pasientene bidra med sine egne opplysninger og preferanser, og i å la skritt-telleren de kjøpte seg til jul rapportere til ditt journalsystem og

vikler seg raskt. Etter noen år er det ofte mer lønnsomt å vrake gammel programvare og skrive den på nytt med moderne verktøy. Flere bransjer har i dag store problemer med å bytte ut programvare de kan ha hatt siden 60- eller 70-tallet. De som laget programvaren kan ha gått av med pensjon, og uten dem kan det være umulig å forstå hva programmet gjør. Mange programmeringsspråk er i ferd med å gå i glemmeboken. Det er lite stas å måtte hente fram pensjonerte IT-ingeniører fordi man ikke har avsatt penger til å fornye en aldrende IT-system-

portefølje, men likefullt ser vi fortsatt slik praksis i norsk helse-it-sektor. En lærdom å ta med seg er at man må velge sine IT-systemleverandører med omhu. Det beste som kan skje er at leverandøren og kunden spiller hverandre gode. Leverandøren må få mulighet til å lære av bruken av systemet i organisasjonen, og organisasjonen må få dele sine tanker om hvordan programvaren kan få enda større betydning. Så handler et kunde-leverandørforhold også om respekt for et fag som vi klinikere nå er fullstendig avhengige av.

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Uforklarte plager og symptomer

praksis har imidlertid vist å påvirke sykefraværet.

- Det eksisterer både likheter og mangfold blant pasienter med MUPS når det gjelder demografi, psykiatrisk komorbiditet og yrkesdeltakelse.
- Allmennlegenes hyppigste tiltak i konsultasjonen for pasientgruppen er støttesamtaler.

Hva har dette å bety for den jevne allmennlege?

- Uheldig stereotypisering av «MUPS-pasienter» kan resultere i forenklet tenkning som fører til ytterligere marginalisering på legekantoret og ute i samfunnet.
- Allmennleger har en nøkkelrolle i utredning og oppfølging av pasienter med MUPS.
- MUPS bør implementeres som eget tema i legers utdanning, særlig i allmennlegers videre- og etterutdanning ettersom kunnskap påvirker holdninger, strategier og mestringsfølelse i møter med pasienter med MUPS.

Hvilke utfordringer møtte du underveis?

Mange, men utfordringer er til for å løses. Det har vært mye nytt å lære og sette seg inn i. Av og til har jeg vært langt utenfor komfortsonen min, som for eksempel da jeg første gang måtte holde en presenta-

sjon på engelsk om egne forskningsfunn på en stor kongress.

Heldigvis har Uni Research Helse vært en særdeles fleksibel arbeidsgiver, slik at jeg har kunnet justere stillingsprosenten min opp og ned i perioder for å få det hele til å gå i hop med drift av praksis og gjennomføring av sideutdanningsår underveis.

Hvor går veien videre?

Jeg ønsker å forske videre. For eksempel på implementering av ulike behandlingstiltak for pasienter med MUPS i primærhelsetjenesten. Jeg er i gang med planlegging av et slikt prosjekt allerede. Imidlertid har jeg ikke tenkt å redusere praksisen min med det første, så enn så lenge, blir forskningen min som en bi-stilling å regne. Dersom jeg på sikt vil inn i mer forpliktende forskningsroller, bør jeg nok justere ned listestørrelsen min. Ellers er jeg leder i Norsk forening for allmennmedisin sin referansegruppe for MUPS, er med og arrangerer emnekurs om MUPS og bidrar ellers med formidling på feltet.

Avsluttende kommentar/tips til andre allmennleger som vil forske?

Foruten økt kunnskap og mestringsfølelse i møte med pasienter med MUPS, har reises stopp underveis bidratt til flere nye erfaringer som for eksempel presentasjonsfremlegg, kongressdeltakelser og nettverks-

bygging med utenlandske forskere. Under arbeidet med denne avhandlingen har jeg særlig satt pris på muligheten til å reflektere over tema som i mindre grad ble berørt i løpet av tiden som legestudent og lege i spesialisering i allmennmedisin. Det å kunne kombinere travle og krevende praksisdager med rolig artikkellese og varm (!) kaffe hjemme på kjøkkenbordet i beste arbeidstid, har følt som et privilegium. Forskning og praksis side om side kan virke gjensidig inspirerende.

- **Avhandlingens tittel:** Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) og sykefravær. Allmennlegens rolle.
- **Disputasdato:** 16. januar 2015
- **Veiledere:** Seniorforsker Erik Lønnmark Werner og professor Kirsti Malterud Tilknytning/universitet: Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen (Uni Research Helse) og Forskningsgruppen for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (Det medisinsk-odontologiske fakultet ved Universitetet i Bergen).
- **Finansiering:** Lønnsmidler fra Den norske legeforening først gjennom Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU), deretter Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF).
- **Sammenfatningen** er skrevet på norsk og lett tilgjengelig på nett ved å google «BORA and Aamland»

■ AASE.AAMLAND@GMAIL.COM

ikke bare til VGs vektklubb. Det er et tilsvarende mulighetsrom når det gjelder helseforskning og helseutdanning. Men det er ikke automatisk gitt at utviklingen vil gå den veien. Som utøvende klinikere har vi et ansvar når det gjelder rollen som krevende kunde. Vi har et ansvar for å beskrive hva vi bruker helseopplysninger til og hva vi mener er mangler med dagens system. Som kunnskapsarbeidere har vi også et ansvar for å kjempe for et kunnskapsbasert helsesystem og kjempe mot de som ser på IT-system som et middel til

makt og kontroll, for slike krefter finnes også.

REFERANSER

1. Dix A, Finlay JE, Abowd GD, Beale R. Human-Computer Interaction. 3rd ed. London: Prentice-Hall; 2003.
2. Sørby ID, Seland G, Nytrø Ø. The avoidable misfortune of a computerized patient chart. *Stud Health Technol Inform.* 2010;160 (Pt 1): 131-5.
3. Swinglehurst D. Displays of authority in the clinical consultation: a linguistic ethnographic study of the electronic patient record. *Soc Sci Med.* 2014a Oct;118:17-26.
4. Swinglehurst D, Roberts C, Li S, Weber O, Singy P. Beyond the «dyad»: a qualitative re-evaluation of

the changing clinical consultation. *BMJ Open.* 2014b;4(9):e006017.

5. Stortingsmelding nr. 9, 2012. Én innbygger – én journal, Tilgjengelig fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>
6. Wolfstadt JI, Gurwitz JH, Field TS, et al. The effect of computerized physician order entry with clinical decision support on the rates of adverse drug events: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2008; 23(4): 451-8.
7. Ash JS, Sittig DF, Campbell EM, Guappone KP, Dykstra RH. Some unintended consequences of clinical decision support systems. *AMIA Annu Symp Proc.* 2007 Oct 11: 26-30.

■ ARILD.FAXVAAG@NTNU.NO