

Bruk av elektroniske meldinger i pleie- og omsorgstjenesten



Vestlandsløftet presenterer historien om de elektroniske meldingene

<http://www.youtube.com/watch?v=MqLyQ8b78tA>

Astrid Margrethe Økland Simonsen

Masteroppgave i
Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring
og helseøkonomi



Universitetet i Bergen
Det medisinsk-odontologiske fakultet
Institutt for global helse og samfunnsmedisin

Høst 2014

*Jeg takker hver og en av dere
som har støttet meg
og bidratt til
at jeg nå leverer
denne masteroppgaven!*

MERCI

-Astrid-



**Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og
helseøkonomi
ved Universitetet i Bergen**

Oppgavens tittel og undertittel				
Bruk av elektroniske meldinger i pleie- og omsorgstjenesten				
Forfatter				
Astrid Margrethe Økland Simonsen				
Forfatterens stilling og arbeidssted				
Prosjektleder IKT konsern, Bergen kommune				
Dato for godkjenning av oppgaven		Veileder		
Desember 2014		Kari Ludvigsen		
Antall sider	Språk oppgave	Språk sammendrag	ISSN-nummer	ISBN-nummer
86	Norsk	Norsk		
<p>Bakgrunn: Informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene er sett på som en kritisk faktor som bidrar til et helhetlig pasientforløp. Myndighetene påpeker at den primære kommunikasjonsformen skal være elektronisk. Innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger pågår over hele landet, og har til intensjon å bedre og lette samhandlingen mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, fastlegen og helseforetaket.</p> <p>Hensikt: Hensikt med oppgaven er å se om hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelinger på sykehjem (institusjon) har klart å normalisere bruken av pleie og omsorgsmeldinger. Disse to pleie- og omsorgstjenestene er de som mottar flest utskrivningsklare pasienter fra helseforetaket med omfattende behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester.</p> <p>Materiale: Dokumentanalyse og intervjudata fra tre avdelingssykepleiere på ulike korttid- og rehabiliteringsavdelinger på institusjon og tre gruppeledere i ulike hjemmesykepleiesoner i Bergen kommune.</p> <p>Metode: Casestudie med individuelle intervju. Analysen er kategorisert og analysert i lys av Normalization Process Theory (NPT).</p> <p>Resultat: Resultatet viser at det er stor variasjon i bruk av pleie- og omsorgsmeldinger mellom hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelinger på sykehjem.</p> <p>Konklusjon: Ved å bruke NPT som teoretisk rammeverk for analysen, kan dette bidra til å klargjøre hvilke faktorer som er mangelfulle der hvor normaliseringsgraden er liten.</p>				
Nøkkelord				
Elektroniske meldinger, PLO-meldinger, innføring av ny teknologi, NPT, hjemmesykepleien, korttids- og rehabiliteringsavdelinger, sykehjem				



**Dissertation submitted for the degree of
Master in Health Management, Quality Improvement and Health
Economics at The University of Bergen**

Title and subtitle of the dissertation				
The usage of electronic messages in primary care				
Author				
Astrid Margrethe Økland Simonsen				
Author's position and address				
Project manager at the municipality of Bergen				
Date of approval			Supervisor	
December 2014			Kari Ludvigsen	
Number of pages	Language dissertation	Language abstract	ISSN-number	ISBN-number
86	Norwegian	English		
<p>Background: Information exchange between healthcare levels is seen upon as a critical factor to contribute to continuity of patient care. Authorities point out that the primary communication form should take place electronically. Introduction of electronic messaging is in progress throughout the country and intends to improve and facilitate continuous collaboration between nursing- and care-services in the municipality, GP's and hospitals.</p> <p>Purpose: The purpose of this study is to see if homecare units and short term- and rehabilitation wards in nursing homes have managed to normalize the use of electronic messages. These two nursing- and care services are those who receive most discharge patients from hospitals with extensive need for nursing- and care-services.</p> <p>Material: Document analysis and interview data from three head nurses in different nursing homes and three group leaders in various homecare units in the municipality of Bergen.</p> <p>Methods: Case study with individual interviews. The analysis is categorized and analyzed in the light of Normalization Process Theory (NPT).</p> <p>Result: The result shows that there is great variation in the use of electronic messaging between homecare units and short term- and rehabilitation wards in nursing homes.</p> <p>Conclusion: By using NPT as a theoretical framework for the analysis, this may help to clarify which factors are deficient where normalization degree is small.</p>				
Keywords				
Electronic messages, introduction of new technology, NPT, primary care, home care, nursing homes, hospital				

Innhold

1. Introduksjon	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Litteratursøk	2
1.3 Presentasjon av problemstilling	4
1.4 Avgrensing	4
1.5 Oppgavens disposisjon.....	5
2. Bruk av elektroniske meldinger i pleie- og omsorg.....	6
2.1 Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger).....	6
2.2 Innføring av elektroniske meldinger i Bergen kommune	8
2.3 Hva innebærer bruk av PLO-meldinger i Bergen kommune	11
3. Teoretisk perspektiv	17
3.1 Normalization Process Theory (NPT).....	17
4. Valg av design og metode.....	24
4.1 Forskningsdesign.....	24
4.2 Utvalg.....	28
4.1 Etske aspekter	28
5. Resultater	31
5.1 Bruk av elektroniske meldinger i hjemmesykepleien	31
5.1.1 Forståelse for bruk av elektroniske meldinger.....	31
5.1.2 Engasjement for å bruke elektroniske meldinger	33

5.1.3	Utførelse av arbeidet knyttet til bruk av elektroniske meldinger.....	34
5.1.4	Vurdering av effekten av elektroniske meldinger (verdsettelse)	37
5.2	Bruk av elektroniske meldinger på institusjon.....	38
5.2.1	Forståelse for bruk av elektroniske meldinger.....	38
5.2.2	Engasjement for å bruke elektroniske meldinger	40
5.2.3	Utførelse av arbeid knyttet til bruk av elektroniske meldinger	41
5.2.4	Vurdering av effekten av elektroniske meldinger (verdsettelse)	42
6.	Diskusjon	44
6.1	Forståelse.....	44
6.2	Engasjement	46
6.3	Utførelse.....	48
6.4	Verdsettelse	51
6.5	Oppsummering av diskusjonen relatert til NPT.....	52
6.6	Denne studien opp mot annen forskning.....	54
6.7	Praktiske konsekvenser av funnene	57
7.	Konklusjon.....	58
7.1	Videre anbefalinger.....	59
7.2	Kritikk til eget arbeid	60
	Referanseliste.....	61

Vedlegg:

Vedlegg 1	Sjekkliste for kommunen	I
Vedlegg 2	ADM SAK 40 – omstrukturering av meldingsansvarlig	II
Vedlegg 3	Organisering av meldingsmottak	V
Vedlegg 4	Rutine for elektronisk meldingsutveksling med fastlege	VII
Vedlegg 5	Rutine for elektronisk meldingsutveksling mellom resultatenheter og helseforetak	VIII
Vedlegg 6	Intervjuguide	XI
Vedlegg 7	Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet	XIII
Vedlegg 8	Godkjenning fra NSD	XIV

1. Introduksjon

Denne oppgaven tar for seg bruk av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (heretter også kalt PLO-meldinger eller elektroniske meldinger), som er standardiserte nasjonale meldinger, som skal brukes i samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlegene og helseforetakene (Helsedirektoratet, 2012b). Disse meldingene er innført i store deler av helsesektoren, og det nasjonale målet er at alle kommuner skal ta dette i bruk mot fastleger og helseforetak innen utgangen av 2014 (Slagsvold and Guttormsen, 2013).

Intensjonen med oppgaven er å se om pleie- og omsorgstjenestene har klart å ta i bruk PLO-meldinger, og integrert disse i det daglige arbeidet. For å kartlegge dette har jeg valgt å bruke en casestudie der jeg ser på pleie- og omsorgstjenesten i Bergen kommune. For å begrense studien har jeg valgt å se på de to tjenestene som mottar flest utskrivningsklare pasienter fra helseforetaket. Det er institusjon (sykehjem) og hjemmesykepleie. I og med at institusjonene har både langtids-, korttidsavdelinger, vil jeg presisere at det er korttidsavdelinger jeg snakker om i denne studien. Forskjellen på tjenestene er beskrevet i kapittel 2. De utvalgte tjenestene har også hyppige innleggelses til helseforetaket. Jeg har derfor valgt å intervju tre avdelingssykepleiere fra korttids- og rehabiliteringsavdelinger i ulike institusjoner, og tre gruppeledere i ulike hjemmesykepleiesoner i Bergen kommune. I analysen bruker jeg perspektivet og kategoriene til Normalization Process Theory (NPT) (Mair et al., 2012) for å finne ut i hvilken grad tjenestene har klart å normalisere bruken av PLO-meldinger i forhold til samhandling med fastlege og helseforetak.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Å ta i bruk ny teknologi eller endre arbeidsmetoder kan være en krevende prosess både for den enkeltansatte, ledelsen og organisasjonen. I 2010 innførte Bergen kommune elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (også kalt e-melding, PLO-melding, melding, elektroniske meldinger blant de ansatte) i de tjenestene som bruker kommunens pleie- og omsorgssystem, Profil. Det betyr at sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykehjemsleger/tilsynsleger som jobber ulike steder i pleie- og

omsorg, fikk mulighet til å kommunisere elektronisk med pasientens fastlege (Sunde-Tveit, 2011).

1.januar 2012 kom samhandlingsreformen som skulle få helsetjenestene til å samhandle bedre på tvers av nivå, for at pasientene skulle få en mer helhetlig og koordinert tjeneste (St. meld nr. 47, 2009). Informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene er sett på som en kritisk faktor som bidrar til et helhetlig pasientforløp. Myndighetene påpeker at den primære kommunikasjonsformen skal være elektronisk. «Teknologien skal legge til rette for at all nødvendig informasjon er tilgjengelig ved behov der hvor pasienten befinner seg for å ivareta sømløse pasientforløp» (St. meld nr. 47, 2009 s.133). Samhandlingsreformen bidro sterk til å få fart på helseforetakets prioritering og implementering av PLO-meldinger, og resulterte i at Helse Bergen og Bergen kommune gikk i pilot i juni 2012, et halvt år etter at reformen trådte i kraft (Byrådssak-144/13, 2013).

1.2 Litteratursøk

For å finne litteratur til denne oppgaven har jeg ikke gjort et systematisk søk, men brukt Bibsys aktivt. Jeg har søkt både i Bibsys Ask, Oria og Google Scholar på tema som elektroniske meldinger, PLO-meldinger, samhandlingsreformen, meldingsutveksling, pleie- og omsorgstjenesten, hjemmesykepleien, institusjon, sykehjem, organisering av pleie- og omsorgstjenesten, Normalization Process Theory. Jeg har søkt både på norsk og engelsk, og ulike kombinasjoner innen for tema.

Det er allerede forsket en del på pleie- og omsorgsmeldinger i Norge de siste årene og hvilke effekter de har på ulike deler av sektoren. Hellesø, Lyngstad, Melby, m fl. har gjort en omfattende studie – BIG prosjektet ¹ i perioden 2010-2014, av betydningen av elektronisk samhandling mellom hjemmesykepleien, fastleger og sykehus. De har publisert flere artikler som omhandler bruk av elektroniske meldinger. Blant annet om erfaringer mellom hjemmesykepleien og fastlegen (Lyngstad et al., 2014), om utveksling av legemiddelinformasjon (Lyngstad et al., 2013, Lyngstad et al., 2012), om utilsiktede konsekvenser (Melby and Hellesø, 2014a) og om erfaringer med

¹ Bridging the information gap in patient transitions in health care.

rutineutvikling (Melby and Helleso, 2014b). Det er også skrevet flere masteroppgaver om pleie- og omsorgsmeldinger, men da med hovedvekt på kvalitet på innhold i meldingene (Bjørlo and Christensen, 2014), og om informasjonsutveksling, både til (Johnsen, 2012) og fra helseforetak (Bue and Fosse, 2012) før implementering av elektroniske meldinger. Foruten forskning er det en rekke nasjonale føringer (Helse and omsorgsdepartementet, 2008, St. meld nr. 47, 2009, nhn.no) og veiledere tilgjengelig i forhold til bruk av elektroniske meldinger (Helsedirektoratet, 2012a, Skavik et al., 2011, Vestlandsløftet, 2012b). Riksrevisjonen har gjennomgått status for elektronisk meldingsutveksling (tall fra 2012) i helse- og omsorgssektoren (Riksrevisjonen, 2014) og la dette frem for stortinget i vår.

I forhold til oppgavens teoretisk rammeverk, har May m. fl. har skrevet flere artikler om NPT og hvordan denne teorien kan anvendes i helsetjenesten (Mair et al., 2012, May and Finch, 2009), og bruk av NPT for å forstå (May, 2012) og evaluere (May et al., 2011) innføring av helseteknologi i ny praksis.

Det er også mange som allerede har forsket på samhandlingsreformen og ulike effekter av den. Grimsmo tar blant annet for seg kommunens utfordring med utskrivningsklare pasienter (Grimsmo, 2013). Danielsen og Fjær tar for seg erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune (Danielsen and Fjær, 2010).

Jeg har søkt etter forskning på organisering av pleie- og omsorgstjenesten og funnet lite som opplevdes nyttig å referere til i denne oppgaven. Det som forekommer av hvordan tjenesten er organisert, er derfor hentet fra byrådssaker i Bergen kommune.

1.3 Presentasjon av problemstilling

Bergen kommune har hatt ulike roller i nasjonale fora, og har vært en pådriver nasjonalt og lokalt (på Vestlandet) i forhold til utvikling og bredding av elektronisk samhandling i helsesektoren. Å ta i bruk de nasjonale standardene for pleie- og omsorgsmeldinger var formelt vedtatt i Bergen kommune i 2010. Det er også avtalesfestet i tjenesteavtale 3 og 5, om inn og utskrivning av pasienter fra helseforetak med behov for pleie- og omsorgstjenester, rutine for meldingsutveksling som både Helseforetak og kommune skal følge (saman.no). Men er det faktisk slik at alle pleie- og omsorgstjenestene har tatt i bruk meldingene? Denne oppgaven tar for seg i hvilken grad hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelingene på institusjon (sykehjem) bruker elektroniske PLO-meldinger i samhandling med fastleger og helseforetak.

Forskningsspørsmål:

I hvilken grad har pleie- og omsorgstjenesten normalisert bruken av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger i samhandling med fastlege og helseforetak?

Forskningsspørsmålet vil bli belyst ved å sammenligne bruk og oppfølging av elektroniske meldinger i hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelingene på institusjon.

1.4 Avgrensning

Denne oppgaven tar ikke for seg innhold i elektroniske meldinger eller samhandlingen som sådan. Den er begrenset til å se på bruk av system (elektroniske meldinger) ut i fra hva som er intensjonen med meldingene og hvilke rutiner og avtaler som regulerer bruken. Selv om jeg har valgt å sammenligne to ulike pleie- og omsorgstjenester, vil jeg bare gjøre dette i lys av PLO-meldingene.

1.5 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1 – Introduksjon: Første del av oppgaven beskriver bakgrunn for valg av tema, litteratursøk med aktuell forskning på feltet, presentasjon av problemstilling og oppgavens avgrensning og disposisjon.

Kapittel 2 – Bruk av elektroniske meldinger i pleie- og omsorg: I dette kapitlet vil jeg presentere casestudiet mitt, Bergen kommune. Her vil jeg trekke frem innføringsprosessen av elektroniske meldinger i pleie- og omsorgstjenesten, og hva dette innebærer for tjenestene, og da spesielt hjemmesykepleien og korttidsavdelinger i institusjon (sykehjem). Jeg kommer også med en kort beskrivelse av tjenestene og bestiller-utførermodellen for å belyse konteksten som PLO-meldingene innføres i.

Kapittel 3 – Teoretisk perspektiv: Her presenterer jeg Normalization Process Theory (NPT) og de viktigste faktorene i denne teorien. Informasjonen om NPT er sammensatt fra ulike forskningsartikler. Dette perspektivet kan bidra til å belyse problemstillingen ved å kategorisere dataene som presenteres i analysen.

Kapittel 4 – Metode: Dette kapitlet tar for seg hvordan oppgaven og datamaterialet er oppbygd og innhentet. Jeg vil spesielt påpeke forskerens egen rolle.

Kapittel 5 – Resultater: Her vil jeg presentere funnene fra de seks intervjuene, analysert og kategorisert i henhold til spørsmål som er utformet basert på presentasjonen av NPT i kapittel 3. I dette kapitlet vil jeg skille på resultatene fra hjemmesykepleien og institusjonene.

Kapittel 6 – Diskusjon: I dette kapitlet vil jeg sammenligne resultatene fra hjemmesykepleien og institusjonene ved å bruke hovedkategoriene i NPT; forståelse, engasjement, utførelse og verdsettelse. Ut i fra dette vil jeg si noe om i hvilken grad de to tjenestene har normalisert bruken av pleie- og omsorgsmeldingene. Jeg vil også belyse denne studien opp mot andre studier som også har relevans eller påvirkning på elektroniske meldinger. Helt til slutt i dette kapitlet vil jeg fremheve studiens relevans.

Kapittel 7 – Konklusjon: Her vil jeg trekke frem hovedfunnene fra studien, videre anbefalinger og kritikk til eget arbeid.

2. Bruk av elektroniske meldinger i pleie- og omsorg

Innføring av ny teknologi i helsetjenesten, spesielt løsninger som går på tvers av sektoren, krever tid og samtidighet. Dette utfordrer og kompliserer implementeringsprosessen i den enkelte organisasjon, også for min casestudie Bergen kommune. Ved å beskrive innføringsprosessen av elektroniske meldinger i Bergen kommune, hva dette innebærer for pleie- og omsorgstjenestene, og hvilken kontekst meldingene innføres i, prøver jeg å belyse påvirkningsfaktorene som har innvirkning på innføringsprosessen.

2.1 Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger)

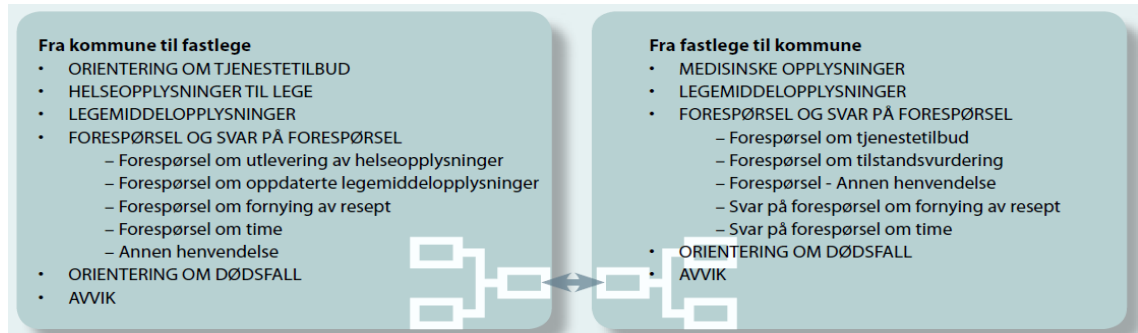
Målet med PLO-meldingene er å sikre pasienten helhetlige forløp i helse- og omsorgskjeden ved å kommunisere elektronisk. For å oppnå dette må aktørene bruke nasjonale standarder for meldingsutveksling mellom fastlege, kommune og helseforetak. Dette er da tenkt at vil bidra til å frigi mer tid til direkte pasientarbeid, øke kvaliteten og sikkerheten for pasientene, samt å skape økt og bedre samhandling og effektivitet i helsetjenesten (Skarsgaard and Lyngstad, 2011).

KS og Norsk Sykepleierforbund (NSF) tok, igjennom ELIN-k² prosjektet i 2005, initiativ til å utvikle og standardisere elektroniske løsninger for å ivareta pleie- og omsorgstjenestens behov for elektroniske samhandlingsløsninger. ELIN-k prosjektet var et ledd i realiseringen av de nasjonale e-helse strategiene, S@mspill 2007 og Samspill 2.0. Intensjonen var å skape en felles omforent nasjonal standard for å effektivisere og kvalitetssikre informasjonsoverføring og kommunikasjon mellom pleie- og omsorgstjenesten, fastlegen og helseforetaket. Det ble lagt stor vekt på å ivareta nødvendig helsefaglig innhold og struktur, høy brukervennlighet og funksjonalitet i løsningene. Det ble stilt felles krav til IKT-leverandørene slik at elektronisk samhandling kunne skje uavhengig av hvilket elektronisk pasientjournalssystem den enkelte samhandlingspart brukte (Skarsgaard and Lyngstad, 2011). Resultatet ble to «sett» med pleie- og omsorgsmeldinger utviklet til å passe samhandlingen mellom de ulike aktørene, *pleie og omsorg – fastlege*, og *pleie og omsorg – helseforetak*.

² Elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene

Ulike sett med PLO-meldinger

Sett 1: Mellom pleie- og omsorg og fastlege – Fase 1



Figur I PLO-meldinger mellom pleie- og omsorg og fastlege (Vestlandsløftet, 2012b)

PLO-meldingene (sett1) er tenkt benyttet i forbindelse med den løpende kontakten mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlegen, til å utveksle nødvendig helseinformasjon for å sikre forsvarlig behandling og oppfølging av pasienten.

Sett 2: Mellom pleie- og omsorg og helseforetak – Fase 2



Figur II PLO-meldinger mellom pleie- og omsorg og helseforetak (Vestlandsløftet, 2012b)

PLO-meldingene (sett 2) skal ivareta informasjonsbehovet mellom behandlingsnivåene ved innleggelse og utskriving av pasienter som har behov for oppfølging av kommunens pleie- og omsorgstjeneste. Meldingene er også tilrettelagt for å kunne føre en meldingsbasert dialog under oppholdet. Meldingene som kan sendes fra helseforetak er inndelt i meldinger med faglig innhold (skrevet i store bokstaver i figur II), som helsepersonell må opprette og sende, og logistikk meldinger. Logistikk meldingene benyttes til å overføre administrativ informasjon knyttet til en sykehusinnleggelse, planlegging av utskriving og til selve utskrivelsen. Meldingene inneholder ingen helseinformasjon om pasienten og genereres automatisk basert på handlinger gjort i fagsystemet til helseforetaket (Vestlandsløftet, 2012b, Helsedirektoratet, 2012a).

2.2 Innføring av elektroniske meldinger i Bergen kommune

Bergen kommune har i flere år (siden 2007) vært pilot i ELIN-k prosjektet. I den forbindelse fikk Bergen kommune tilbud fra Helsedirektoratets «Nasjonalt Meldingsløft» om å delta som hovedsamarbeidskommune i «Meldingsløftet i kommunene» i 2010. Bergen kommune takket ja, og gikk dermed i gang med og bredde de nasjonale føringene og standardene for elektronisk samhandling i hele kommunen. Første fase omhandlet kommunikasjon mellom pleie- og omsorgstjenesten og fastlege (sett 1 av PLO-meldingen). Når helseforetaket var klart i juni 2012, utvidet kommunen den elektroniske samhandlingen til å gjelde PLO-meldinger med helseforetaket også (sett 2 av PLO-meldingene).

Formålet med det nasjonale Meldingsløftet i kommunene 2010-2012, og der av også Meldingsløftet i Bergen kommune (Mik-BK), var utbredelse av elektronisk meldingsutveksling i samhandlingskjeder hvor kommunale helsetjenester inngår. Det betydde at meldingsstandarder som var ferdig utviklet skulle implementeres i de ulike samhandlingskjedene.

Følgende meldingssett skulle prioriteres:

- Basismeldinger (henvisning, epikrise, laboratoriesvar)
- Pleie- og omsorgsmeldinger

Samhandlingskjedene som skulle prioriteres var:

- Pleie- og omsorgstjenesten – Legekontor
- Pleie- og omsorgstjenesten – Helseforetak
- Helsestasjon – Helseforetak (når meldingsstandard for Elin–H var klar)

I tillegg var det forventet at Bergen kommune skulle inneha en koordinator rolle ovenfor andre kommuner i regionen som også skulle ta i bruk elektronisk meldingsutveksling (Helsedirektoratet, 2011).

I 2012 ble imidlertid Meldingsløftet i kommunene overført fra Helsedirektoratet til Norsk Helsenett AS for utbredelse av elektroniske meldinger til alle kommunene i Norge. Dette programmet ble kalt kommunal utbredelse (KomUt) og Bergen kommune, sammen med Stavanger, Florø, Stryn og Karmøy påtok seg ansvaret for å bredde elektroniske meldinger i de tre vestlandsfylkene; Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Prosjektet lever enda og heter Vestlandsløftet (nhn.no).

Innføring

Arbeidet med Meldingsløftet i Bergen kommune besto av koordinering og avtaleinngåelse med samarbeidsparter og leverandører, teknisk oppgradering og installasjon både på legekantor og internt i kommunen, opplæring i bruk av de ulike meldingstypene både for fastleger og for meldingsansvarlige i pleie- og omsorgstjenesten, samt utvikling av rutiner for pleie- og omsorgstjenesten.

Mik-BK hadde som mål å få alle 76 fastlegekantor i Bergen kommune i gang med å bruke de elektroniske PLO-meldingene i samhandling med kommunens helsetjenester. Internt i Bergen kommune var målet å få i gang hele pleie- og omsorgstjenesten bestående av Etat for forvaltning (10 soner), Etat for hjemmesykepleie (10 soner), Etat for tjenester til utviklingshemmede (8 botjenester og 5 kompetanseenheter), Etat for sykehjem (40 sykehjem), Avdeling for psykisk helse (8 enheter), Ergo- og Fysioterapitjenesten (8 enheter). Samt Bergen legevakt og 3 legevaktstasjoner, og helsevernetatens enheter: infeksjonsforebyggende, 31 helsestasjoner og fengselshelsetjenesten.

I Meldingsløftets levetid, var det kun ELIN-k meldingene, bestående av pleie- og omsorgsmeldingene sett 1 (pleie og omsorg- fastlege) og sett 2 (pleie- og omsorg – helseforetak) som var ferdig utviklet og godkjent. Dette hindret altså legevaktstjenesten og helsevernetatens tjenester til å ta i bruk elektronisk samhandling. Basismeldingene var heller ikke godkjent og helseforetaket var ikke klar til å samhandle (Sunde-Tveit, 2011).

Alle etater/enheter som brukte kommunens pleie- og omsorgssystem var derimot teknisk klare til å kommunisere med de fleste fastlegene i løpet av mai 2011. Da hadde Mik-BK vært på de aller fleste legekantorene for å koble de på og kvalitetssikret at dette virket.

Opplæring internt i kommunen

Bergen kommune har ca. 9000 ansatte i pleie- og omsorgstjenesten. Og ut av disse er det de med 3årig-helsefaglig høyskoleutdannelse eller mer (sykepleier, vernepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og lege) som skal sende og motta PLO-meldinger. For å sikre en god opplæring og håndtering av de elektroniske meldingene ble det bestemt at

det enkelte tjenestested skulle ha ansvar for oppfølging. Det ble derfor leders oppgave å velge to som skulle fungere som meldingsansvarlige i den enkelte enhet. Disse ble kurset i bruk og oppfølging av PLO-meldingene (sett 1), og var bindeleddet ut i tjenestene når det gjaldt elektroniske meldinger. De meldingsansvarlige fikk også ansvar for å lære opp egne kollegaer. I tillegg ble det arrangert kurs som alle de ansatte som skulle bruke elektroniske meldinger kunne melde seg.

Oppstart med helseforetaket

Under planlegging av pilot og oppstart med helseforetaket, var det flere felles tiltak som ble iverksatt for å sikre at overgangen til elektroniske meldinger skulle gå bra. Det ble opprettet ukentlige samarbeidsmøter mellom prosjektet i kommunen og i helseforetaket for å sikre felles forståelse og fremdrift. Det ble også sammen med et annet samhandlingsprosjekt, Trygg overføring, utarbeidet et felles flytdiagram for å skissere meldingsforløpet og hvor en burde understøtte med sjekklister for å sikre meldingsflyten henholdsvis hos kommunen og hos helseforetaket. Dette ble vedlegg når Tjenesteavtale 3 og 5 (se side 13) skulle utarbeides høsten 2011. Videre ble det sikret at en hadde felles forståelse av rutiner og hvilke forventninger en skulle ha til hverandre når samhandlingen ble elektronisk. Det ble derfor utarbeidet en sjekklister som skulle hjelpe de ansatte ved innleggelse av pasienter i sykehus (Vedlegg 1). Tilsvarende ble det opprettet en sjekklister på sykehuset som skulle understøtte prosessene og meldingsgangen på sykehuset. Samhandlingsreformen kom i forkant, og medførte at pilotering av elektroniske meldinger mellom kommunen og helseforetaket ikke kom i gang før juni 2012. Dette ble av stor betydning for hvordan de to tjenestenivåene skulle samhandle. «Midlertidige» telefonrutiner ble derfor utarbeidet i mangel på at elektroniske meldinger var implementert i helseforetaket. Disse «midlertidige» rutinene lever enda, men heldigvis i mindre og mindre grad. Kommunikasjonen har derfor i stor grad vært preget av å opprettholde doble rutiner, elektronisk der det var mulig, og telefon der det ikke var/er i gang med elektroniske meldinger. Dette har vært krevende for alle parter (Byrådssak-147/13, 2013).

Under piloten ble det raskt avdekket et behov for å oppfriske ferdighetene i forhold til bruk av PLO-meldinger, samt et større behov for å forankre ansvaret for meldingshåndteringen i ledelsen. Det var stor forskjell på å samhandle med fastlege og

å samhandle med helseforetak. Å gå fra telefonkontakt til elektroniske meldinger, var en stor overgang. Det ble opprettet nye kurs som de ansatte kunne melde seg på, for å lære om hvilke meldinger som skulle utveksles med helseforetaket (sett 2), og hvilke ansvarsforhold og frister som var gjeldende (Vedlegg 2).

Opprettelse av sentralt meldingsmottak

Meldingstrafikken var i utgangspunktet stor – over 6000 meldinger månedlig bare mellom pleie- og omsorg og fastleger. Meldingsvolumet var økende og det var også antall meldinger som ikke ble behandlet. Det at helseforetaket nå også var på vei med sitt meldingsvolum bekymret Mik-BK og spesielt forvaltningsenheten, som sto for største delen av samhandlingen med helseforetaket. Det ble derfor opprettet en arbeidsgruppe med representanter fra alle involverte enheter, som skulle skissere hvordan meldingsflyten skulle foregå internt. Ut i fra det ble det gjort noen organisatoriske endringer som medførte at kommunen fikk et sentralt meldingsmottak. Dette meldingsmottaket fikk ansvar for å overvåke og fordele meldinger i ordinær arbeidstid, til de tjenestene som skulle behandle meldingene. Utenom ordinær arbeidstid, var det tjenestene selv som var ansvarlig for å overvåke og håndtere meldinger til egen enhet (Vedlegg 2 og 3).

2.3 Hva innebærer bruk av PLO-meldinger i Bergen kommune

Bruk av elektronisk meldinger i pleie- og omsorgstjenesten innbefatter både sending og mottak av meldinger. Elektroniske meldinger skal være den foretrukne samhandlingsformen med både fastlege og helseforetak, og dette er regulert gjennom interne rutiner, fastlegeavtalen og tjenesteavtale 3 og 5(saman.no, Vedlegg 4 og 5).

Bergen kommune har et delt ansvarsforhold mellom Sentralt meldingsmottak, forvaltningsenheten og resultatene (hjemmesykepleien og institusjonene m.fl.) rundt fordeling og oppfølging av innkommende elektroniske meldinger. Det vil si at Sentralt meldingsmottak, i ordinær arbeidstid, er første instans for innkommende meldinger – her fordeles meldingene til den tjenesten som skal følge opp meldingen. Meldingen tildeles tjenestens meldingsmottaker (ett navn per resultatenehet – f.eks. institusjonsleder på et sykehjem). Forvaltningsenheten har ansvar for å følge opp meldinger som har med tildeling og endring av pleie- og omsorgstjenester, mens

resultatenhetene har ansvar for å følge opp meldinger som har med pasientens tilstand å gjøre (Vedlegg 3).

Det er utarbeidet ulike rutiner for elektronisk samhandling med henholdsvis helseforetak og fastlege. For fastlege er den samme rutinen gjeldende for hele pleie- og omsorgstjenesten, mens for helseforetaket er den todelt. En som regulerer forvaltningsenhetens samhandling med helseforetaket, og en som regulerer resultatenhetenes samhandling med helseforetaket. Den sistnevnte rutinen, regulerer derfor hjemmesykepleiens og institusjonenes elektroniske samhandling med helseforetaket.

1. Samhandling med fastlege

<i>Meldinger sendt til fastlege:</i>	<i>Meldinger mottatt fra fastlege:</i>
<ul style="list-style-type: none">• Legen skal <u>senest</u> svare innen tre virkedager• Tjenesten som sender melding, er selv ansvarlig for å sjekke at applikasjonskvittering er mottatt	<ul style="list-style-type: none">• Skal meldingen svares på, er fristen 1 virkedag• Den tjenesten som mottar meldingen er ansvarlig for å følge den opp

(Vedlegg 4)

2. Resultatenhetenes samhandling med helseforetak

Ut over det som jeg allerede har nevnt i forbindelse med opprettelse av sentralt meldingsmottak og deres ansvar, skal tjenestene følge samhandlingsreformens krav, og dermed også tjenesteavtale 3 og 5, til inn og utskrivning i somatisk sektor. I korte trekk betyr det at tjenestene er forpliktet til å sende *innleggesrapport* elektronisk. De skal også svare på meldinger som kommer fra helseforetaket som forvaltningsenheten har viderefordelt, og der tjenesten er best egnet til å svare. De skal ta i mot *utskrivningsrapport* og *melding om utskrevet pasient*. Tjenestene er ansvarlig for å sjekke elektroniske meldinger x3 på dagvakt og minimum x2 (ved vaktens begynnelse og midt i) på kveld, natt, helg og helligdag.

Utover ordinær arbeidstid er de også forpliktet til å svare på *melding om utskrivningsklar pasient* innen 3 timer (denne oppgaven har forvaltningsenheten på dagtid). Pasienter som ikke skal ha nye eller endrede tjenester skal kunne tas imot når pasienten er meldt utskrivningsklar og når tjenesten har svart at de kan ta imot pasienten. Det er ansvarsvakt som har ansvaret for å følge opp meldinger (Vedlegg 5).

Samhandlingsreformens påvirkning

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 med iverksetting av flere juridiske, faglige og økonomiske virkemidler. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven 2011c) og Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven 2011b) med forskrifter legger grunnlaget for reformen. I tillegg er det inngått en rekke lokale tjenesteavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Disse avtalene gir detaljerte føringer for lokalt samarbeid. Tjenesteavtale 3 og 5 (saman.no) regulerer inn- og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten av pasienter med behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester. I tillegg regulerer Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (Forskrift om medfinansiering av spesialisthelsetj. , 2011a), de økonomiske insentivene for samhandlingen (Byrådssak-147/13, 2013).

Til nå viser utviklingen av samhandlingsreformen kortere liggetid i sykehus, noe som medfører at pleie- og omsorgstjenesten må ivareta sykere pasienter med mer komplekse tilstander. Samtidig vektlegger samhandlingsreformen i stor grad behovet for en sammenhengende helsetjeneste og forventer at kommunen skal ta en større andel av ansvaret for forebygging, behandling og omsorg for pasientene. Dette er med på å øke samhandlingsbehovet mellom nivåene og for å imøtekomme disse utfordringene er IKT og elektronisk meldingsutveksling sett på som et viktig virkemiddel (Skarsgaard and Lyngstad, 2011, St. meld nr. 47, 2009). Men det som skulle sikre at kommunens pleie-omsorgstjeneste og de statlige helseforetakene kunne samhandle på en trygg og effektiv måte, var ikke på plass. I stedet var det faks og telefon som ble redningen for å håndtere overflytting av pasientinformasjon og sikre at samhandlingsreformens krav ble oppfylt (Grimsmo, 2013).

Samhandlingsreformens første to år har vært krevende for Bergen kommune. Fokuset det første året har primært vært å ta i mot og gi utskrivningsklare pasienter god oppfølging. For å få dette til har kommunen blant annet styrket Etat for forvaltning slik at pasientene skulle få et godt og riktig tilbud. I 2013 har informasjonsflyten mellom helseforetaket og kommunen blitt betydelig forbedret og systematisert. Dette skyldes at hovedkanalen for formidling av pasientinformasjon nå skjer via elektroniske meldinger. Samhandlingsreformen har allikevel medført et større arbeidspress på ansatte, spesielt i

hjemmebaserte tjenester og på institusjonene (Byrådssak-147/13, 2013, Byrådssak-77/14, 2014).

Beskrivelse av tjenestene – hjemmesykepleie og institusjon

Hjemmesykepleie

Etat for hjemmebaserte tjenester er direkte underlagt kommunaldirektøren i Byrådsavdeling for helse og omsorg, og har det overordnede ansvaret for 10 hjemmesykepleiesoner (resultatenheter), Hjelpemiddelhuset og Bergen Hjemmetjeneste KF. Etaten har ansvar for å følge opp enhetenes håndtering av fag, økonomi, personal og administrasjon, og for å sikre at tjenestene gis i henhold til gjeldende lov og forskrifter, retningslinjer fra byrådsavdelingen og økonomiske rammer. Resultatenhetene (sonene) er det utøvende leddet i hjemmesykepleien og har ansvar for den daglige driften av tjenestene (Byrådssak-233/14, 2014).

«Hjemmesykepleie er et tilbud til personer som på grunn av sykdom og/eller funksjonsnedsettelse ikke selv kan oppsøke helsehjelp, og som er avhengig av at denne hjelpen gis i eget hjem. Dette kan være hjelp til personlig hygiene, måltider, medisiner og andre sykepleiefaglige prosedyrer. Målet er at god tilrettelegging i hjemmet skal bidra til at brukere skal kunne klare seg selv i størst mulig grad.» (Byrådssak-233/14, 2014).

Hjemmesykepleien har også ansvar for å organisere og drifte flere ulike tjenester som dagsenter for hjemmeboende eldre, trykghetsalarmer, omsorgsboliger inkludert OmsorgPluss og ordninger med brukerstyrt personlig assistanse for brukere som velger kommunal leverandør.

Tall fra 2013 viser at det er 4339 brukere som er innvilget hjelp fra hjemmesykepleien. I snitt mottar disse brukerne 23,6 timer hjemmesykepleie per uke. Statusrapporten fremhever at det i 2013 fortsatt er en økning i antall brukere, men også at antall tildelte timer har økt per bruker. Dette kan ses i sammenheng med samhandlingsreformens påvirkning på utskrivningsklare pasienter, der pasienten skrives raskere ut med et større behov for tjenester i hjemmet (Byrådssak-233/14, 2014). Pasientene beskrives som dårligere og trenger mer tilsyn og behandling i hjemmet.

Institusjon (sykehjem)

Etat for alders- og sykehjem er organisert direkte under kommunaldirektøren i Byrådsavdeling for helse og omsorg, og har overordnet ansvar for oppfølging og driftsresultat for 22 kommunale institusjoner. I tillegg har etaten ansvar for driftsoppfølging av 19 institusjoner som er privatdrevet og har avtale med kommunen. Hver kommunal institusjon er definert som egen resultatenheter og leder har ansvar for organisering og drift av egen virksomhet innenfor tildelt økonomisk ramme og rapporterer til Etat for alders- og sykehjem. Bergen kommune disponerer dermed syke- og aldershjems plasser i 41 institusjoner, totalt 2480 plasser pr 2012. Ca. 20 % av disse plassene er forbeholdt plasser med tidsbegrenset opphold for vurdering, behandling, avlastning og rehabilitering (Byrådssak-144/13, 2013).

Langtidsplasser i sykehjem

«Langtidsopphold i sykehjem kan tildeles når andre, alternative tjenester er vurdert og/eller prøvd prøv ut, og personen er varig ute av stand til å ta vare på seg selv og ikke lenger kan mestre dagliglivets gjøremål på grunn av mentalt eller fysisk funksjonstap. Langtidsbeboere i sykehjem skal få ivaretatt sitt behov for pleie, medisinsk oppfølging og behandling, samt individuelt tilpasset aktiviteter.» side 6 (Byrådssak-144/13, 2013).

Plasser med tidsbegrenset opphold (Korttids- og rehabiliteringsopphold) i sykehjem

«Korttidsopphold er en samlebetegnelse for flere typer tidsbegrensede opphold. Det kan være opphold som er spesielt innrettet mot rehabilitering, utredning, behandling, observasjon, og som tilbud om avlastning for pårørende.»(Byrådssak-144/13, 2013).

Korttidsavdelingene har i stor grad fått ansvar for å ta imot utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, som ikke kan reise rett hjem. Etter samhandlingsreformen trådte i kraft er pasientene utskrivningsklar på et tidligere tidspunkt og ofte fortsatt under behandling når de ankommer pleie- og omsorgstjenesten. Det betyr at det vil være behov for god fagkompetanse (både sykepleier og lege) og at korttidsavdelingene er særlig tilrettelagt og organisert til å møte dårligere pasienter en før. Det vil derfor være andre krav, oppgaver og kompetansebehov knyttet til en korttidsavdeling, enn det som forventes i en langtidsavdeling. Korttidsavdelingene har også mye hyppigere inn- og utskrivelser.

Bestiller – utfører modell

Bergen kommunes helse- og omsorgstjenester er organisert som en bestiller – utfører modell. Det vil si at det er et klart og tydelig skille mellom forvaltning og myndighetsutøvelse (bestiller), og tjenesteproduksjon (utfører). I Bergen kommune er bestiller-oppgaven tillagt «Etat for forvaltning», som gjør saksutredning og fatter vedtak på kommunale helsetjenester som pasienten har søkt om. Det vil si at de tydeliggjør og bestemmer omfang, innhold og kvalitet på tjenestene etter lovpålagte krav.

Både hjemmesykepleien og institusjonene er begge organisert som utførerledd, som leverer pleie- og omsorgstjenester i henhold til vedtakene (bestillingen) som er fattet av «Etat for forvaltning» (bestiller).

Bergen kommune har også tatt i bruk i Innsatsstyrt finansiering (ISF), det vil si et system for prissetting av tjenesten der «pengene følger brukeren» (vedtaket). Dette er med på å regulere hvilken grunnbemanning utførerleddene kan ha, da finansieringen av tjenestene er avhengig av hva som «bestilles». Det er den enkelte tjenesteyter som er ansvarlig for å ha nødvendig personell og riktig kompetanse til å utføre den aktuelle tjenesten. I svært mange tilfeller er problemene sammensatt og det er behov for raske endringer i tjenestebehovet. Dette fordrer et godt og strukturert samarbeid mellom bestiller og utfører, og bruk av felles pleie- og omsorgssystem og standardisert dokumentasjon skal bidra til dette (Byrådssak-129/07, 2007).

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg beskrevet faktorer som har innvirkning på innføringen av PLO-meldinger i pleie og omsorgstjenesten i Bergen kommune. For å kunne analysere problemstillingen «i hvilken grad har pleie- og omsorgstjenestene klar å normalisere bruken av PLO- meldinger» er informasjonen i dette kapitlet et viktig bakgrunnsteg. Det er også med på å belyse hvilken kontekst meldingene innføres i og gir derfor utfyllende informasjon når jeg konkretiserer problemstillingen til å gjelde hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelinger på institusjon. Å undersøke innføringen av PLO-meldingene i disse tjenestene i Bergen kommune er en god casestudie for å undersøke om meldingene faktisk brukes, og dette vil kunne ha overføringsverdi til andre tjenester og kommuner som også har innført PLO-meldinger.

3. Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet vil jeg presentere et teoretisk perspektiv som kan bidra til å belyse faktorer som har innvirkning på *hvordan* og *hvorfor* ting blir, eller ikke blir, rutine og «normal handling» i det daglige arbeidet. Teorien er utviklet for å forstå hvordan teknologi og innovasjon integreres i eksisterende praksis. Jeg mener derfor at den bidrar til å understøtte problemstillingen og til å belyse det empiriske materialet som er fremstilt i kapittel 5.

3.1 *Normalization Process Theory (NPT)*

Selv om helseteknologi er i vinden som aldri før, skal vi ikke glemme hvor kompleks interaksjonen er i helsesektoren. Skal vi lykkes med implementering, er det ikke nok bare å se på hva vi kan oppnå med teknologien. Vi må også se på hvordan den understøtter arbeidsprosesser og arbeidsflyt i de ulike tjenestene. Vi må se på hva de ansatte faktisk gjør og hvordan de jobber. De senere årene har Carl May med flere utviklet en teori som også er et analyseverktøy – Normalization Process Theory (NPT) som tar for seg implementeringsprosesser i helsesektoren.

Hva er NPT

NPT ble opprinnelig utviklet som en (*anvendt*) *teoretisk modell* for å hjelpe klinikere og forskere til å forstå og vurdere hvilke faktorer som fremmet eller hemmet integrering av komplekse helseintervensjoner i praksis. Den videre empiriske anvendelsen av modellen viste at, selv om den kunne forklare faktorer som fremmet eller hemmet kollektiv handling, var det fortsatt uavklart hvordan deltakerne kom til å engasjere seg og støtte den nye praksisen, og hvordan de reflekterte og evaluerte den. Så gjennom utvikling av ytterligere flere konstruksjoner (komponenter) som tok høyde for hvordan de involverte *ser fornuften* i intervensjonen (praksisen), *deltar i* den og *evaluerer* den, ble modellen til en teori (May et al., 2011).

I dag er NPT betraktet som en sosiologisk *handlingsteori*, noe som betyr at den er opptatt av å forklare hva folk *gjør* og ikke hvilke holdninger og meninger de har (May, 2012).

Elementer³ i NPT

- NPT fokuserer på *fire teoretiske konstruksjoner (komponenter)*
 - Coherence (forståelse)
 - Cognitive participation (engasjement)
 - Collective Action (innsats)
 - Reflective Monitoring (vurdering/verdsettelse)
- NPT gir grunnlag for å forstå og vurdere *prosessene* knyttet til de fire komponentene. Disse prosessene refererer til mønstre av organisert, dynamisk og betinget interaksjon mellom:
 - Agenter (individer eller grupper som deltar i handlingen eller utførelsen)
 - Objekter (elektroniske meldinger som benyttes av agenter)
 - Kontekst (de tekniske og organisatoriske strukturene som agenter og objekter er en del av)

Det å forstå hvordan disse prosessene blir operasjonalisert og integrert i praksis er viktig både for beslutningstakere, klinikere, helseledere og forskere.

- Hver av de fire komponentene har også en *mekanisme, eller drivkraft*, som utløses av *investeringer* gjort av deltakerne (de ansatte). Disse menneskelige investeringene bidrar enten til å fremme eller hemme implementering, ved å se på forholdene mellom normer og konvensjoner (May et al., 2011). Dette tolker jeg som hva som er forventet oppnådd og hva som faktisk er oppnådd i praksis.

NPT trekker frem tre hovedutfordringer knyttet til disse mekanismene (drivkreftene) som sier noe om *grad av «normalisering»*.

1. Implementering – å ta i bruk ny praksis (elektroniske meldinger)
2. Embedding – (rutinemessig forankret) hos den enkelte og i gruppen
3. Integrering – når den nye praksisen opprettholdes i organisasjonen (når dette er den «vanlige» måten å kommunisere på).

³ Jeg har oversatt elementene i NPT fra engelsk til norsk og diskutert disse med andre, for å kvalitetssikre oversettelsen.

Det vil si at det er de ansattes innsats for å ta i bruk den nye teknologien eller praksisen som avgjør om integreringsprosessen blir vellykket eller ikke. Det er også de ansattes innsats som avgjør i hvilken grad den nye praksisen er normalisert. De ansattes innsats må ses i sammenheng med hva som skal integreres (objektet) og hvilken kontekst dette gjøres i. For å operasjonalisere teorien er den inndelt i fire komponenter som belyser de handlingene (jobben som blir gjort for å normalisere den nye praksisen) som May et al mener er avgjørende for å lykkes. De hevder også at disse handlingene ikke trenger å foregå kronologisk, men kan oppstå uavhengig av hverandre (May and Finch, 2009).

I denne konteksten betyr normalisering at elektroniske meldinger er den vanlige måten å kommunisere med fastlege og helseforetak på. Rutiner og bruk av elektroniske meldinger er innarbeidet i tjenesten på en sånn måte at de ikke tenker over at de bruker elektroniske meldinger. Det handler om beviste og gjentatte handlinger som utøves over tid for at ny praksis til slutt blir det normale.

De fire komponentene i NPT

Alle de fire komponentene er inndelt i ytterligere fire kategorier for å understøtte og operasjonalisere handlingen. Jeg har tatt utgangspunkt i en av May (Mair et al., 2012) sine artikler i oversettelsen av disse komponentene.

1. Coherence (forankring – forståelse)

Coherence definerer og organiserer komponentene av en praksis (intervensjon). I denne prosessen handler det om å se fornuft i arbeidet som skal gjøres.

- ***Differentiation (differensiering)***: Definerer en intervensjon og organiserer relasjonen med andre praksiser og kontekster
 - *For å få til dette må deltakerne skille mellom dagens metode (telefon, papir) og den nye praksisen (elektroniske meldinger)*
- ***Communal specification (felles forståelse)***: Skape en felles forståelse og kunnskap om intensjonen med den nye praksisen (felles forståelse av mål, «teknologien» og forventet resultat)

- *For å få til dette må deltakerne ha en felles forståelse av målet og fordelene med den nye praksisen (elektroniske meldinger)*
- **Individual specification (individuell forståelse):** Den individuelle forståelsen og kunnskapen om kravene til den nye praksisen. Den enkelte må se sin rolle og sitt ansvar
 - *For å få til dette må den enkelte deltaker forstå hva som kreves av dem i forhold til elektroniske meldinger*
- **Internalization (internalisere):** Definere verdien, fordelene og viktigheten av den nye praksisen for brukerne
 - *For å få til dette må deltakerne se verdien av å gjøre dette arbeidet og endre praksis*

2. Cognitive Participation (Engasjement)

Dette er **relasjonsarbeidet** som deltakerne gjør for å bygge og opprettholde et fellesskap av praksis rundt ny teknologi eller komplekse intervensjoner.

- **Initiation (initiering):** Setter i gang (initierer) intervensjonen. Når et «sett av praksiser», nytt eller endret, tas i bruk er det viktig at sentrale aktører bidrar til å drive dette fremover
 - *For å få dette til må deltakerne jobbe for å sette i gang den nye praksisen og sikre at de har de rette medspillerne med på laget*
- **Enrolment (innrulling):** Former og organiserer hvordan deltakerne deltar i den nye praksisen. Dette kan være omorganisering av deltakere, arbeidsoppgaver eller relasjoner mellom arbeidstakere, for kunne bidra til arbeid med ny praksis
 - *For å få dette til må deltakerne være villig til å delta i intervensjonen*
- **Legitimation (legitimitet):** Former og organiserer felles forståelse av validiteten av å delta i den nye praksisen. En viktig del av relasjonsarbeidet rundt deltakelse er å sikre at det oppleves som meningsfullt å delta og at en føler at en har noe å bidra med

- *For å få dette til må deltakerne enes om at praksisen er en legitim del av arbeidet deres*
- **Activation (aktivering):** Former og organiserer hvordan deltakerne fortsetter å støtte intervensjonen. Når prosessen er i gang må deltakerne kollektivt definere tiltak og prosedyrer som trengs for å opprettholde en praksis og sørge for å trekke inn de som skal bruke den nye praksisen
 - *For å få til dette må deltakerne fortsette å støtte intervensjonen og bidra til at den holdes i live*

3. Collective Action (kollektiv handling – utførelse)

Dette er det **operasjonelle arbeidet** som deltakerne gjør for å vedta et sett av praksis.

- **Interactional Workability (samspill):** Henviser til samspillet mellom deltakere og arbeidsoppgaver når dette skal operasjonaliseres i det daglige arbeidet
 - *for å få til dette må deltakerne fordele arbeidet hensiktsmessig mellom seg*
- **Relational Integration (relasjonsintegrasjon):** Dette er den kompetansehevingen som gjøres for å bygge opp og opprettholde troverdighet og tillit både til praksisen og til hverandre ved å bruke elektroniske meldinger
 - *For å få dette til må deltakerne opprettholde tillit til hverandres arbeid og ekspertise gjennom den nye praksisen*
- **Skill sett Workability (arbeidsferdigheter):** Ferdigheter tilknyttet arbeidet med tildeling og utførelse av oppgaver knyttet til den nye praksisen. Hvilken kompetanse har de som skal bruke praksisen
 - *For å få til dette må deltakerne tilegne seg de ferdighetene som er nødvendig, for å utføre de oppgavene som er forventet i forhold til elektroniske meldinger*
- **Contextual Integration (ressursfordeling):** Tildele de rette, og nok ressurser til å implementere en ny praksis slik at praksisen blir «normalisert» i organisasjonen.
 - *For å få til dette må deltakerne ha nok støtte i organisasjonen*

4. Reflexive Monitoring (vurdering - verdsettelse)

Dette er **evalueringsarbeidet** på hvordan ny praksis påvirker deltakerne og de rundt dem.

- **Systematization (systematisering):** Dette former og organiserer kunnskapen om effektene av den nye praksisen. Dette kan være både formelle og uformelle registreringer
 - *For å få dette til trenger deltakerne tilgang på informasjon om effektene av integrasjonen*
- **Communal appraisal (felles tilnærming):** Felles tilnærming for å vurdere om effektene av ny praksis er verdifull for andre. Dette kan være både formelle og uformelle settinger
 - *For å få dette til trenger deltakerne å gjøre en felles vurdering om den nye praksisen er verdifull for andre*
- **Individual appraisal (individuell tilnærming):** Den individuelle vurderingen om effektene av den nye praksisen er «verdt det» i seg selv, men også i relasjon til andre arbeidsoppgaver – helheten. Synet på «ny teknologi» vil også spille inn på vurderingen
 - *For å få til dette trenger den enkelte deltaker å reflektere over egennytte av den nye praksisen*
- **Reconfiguration (omkonfigurering):** Etter vurderingsfasen kan det forekomme forsøk på å redefinere og tilpasse rutiner eller praksis, og til og med endre formen på en ny teknologi, for å gjøre det gjennomførbart i praksis (normalisere praksisen)
 - *For å få til dette må deltakerne tilpasse arbeidet til å passe både med den nye praksisen og daglig drift*

Oppsummering

I dette kapitlet har jeg presentert de viktigste hovedpunktene i Normalization Process Theory. Teorien er også et omfattende analyseredskap som definerer handlinger, altså hva de ansatte gjør, og ikke nødvendigvis hva de sier at de gjør. Ut i fra disse

dimensjonene jeg har presentert, de fire komponentene og tilhørende kategorier, har jeg utledet konkrete spørsmål til hver av de 16 kategoriene i analysen. Jeg har klart å rydde og analysere intervjumaterialet mitt i henhold til de 16 spørsmålene som jeg presenterer i kapittel 5. Jeg hadde opprinnelig ikke lagt NPT til grunn når jeg innhentet dataene mine, men jeg har allikevel klart å bruke spørsmålene jeg utformet fra denne teorien. I og med at jeg hadde mye kunnskap om PLO-meldinger på forhånd, har jeg klart å stille utdypende spørsmål som viser handling. Dette har til dels vært noe motstridende fra det de opprinnelig har sagt, og bidrar til at mine analyser baserer seg både på helhetsinntrykk og enkeltutsagn. Når jeg tar disse resultatene videre i kapittel 6, forholder jeg meg til å bruke de fire komponentene eller grunnpilarer som jeg velger å kalle dem da. Disse er forståelse, engasjement, utførelse og verdsettelse, og representerer handlingene som de ansatte må understøtte (gjøre) for at PLO-meldingene skal normaliseres i tjenesten.

4. Valg av design og metode

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for hvordan prosjektet er gjennomført og hvilke metodiske valg jeg har gjort i oppgaven. Innledningsvis vil jeg beskrive valg av forskningsdesign og metode, og bruke dette til å understøtte hvilke valg som er tatt når jeg beskriver hvordan intervjuene er gjennomført og analysert. Validitet diskuteres før jeg belyser utvalg og hvilke kriterier som forelå for valg av informanter. Tilslutt beskrives etiske aspekter og forskerens rolle og forforståelse for tema.

4.1 Forskningsdesign

En metode er en fremgangsmåte som forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å løse problemer eller skaffe oss ny kunnskap. Vi velger en bestemt metode fordi vi mener at den vil gi oss gode data som kan hjelpe oss å belyse spørsmålet vårt på en faglig god måte (Dalland, 1998). Innenfor samfunnsvitenskapen skiller en gjerne på *kvantitativ metode*, som søker å bruke (store mengder) målbare enheter som lar seg tallfeste, og *kvalitativ metode*, som søker mening og opplevelser i mindre forhold, og som ikke lar seg tallfeste. Felles for begge metodene er at de bidrar til økt forståelse for hvordan individer, grupper og institusjoner handler og samhandler i samfunnet (Dalland, 1998).

Jeg har vært opptatt av å få frem informantenes egne erfaringer og opplevelser med å bruke elektroniske meldinger, og deres forståelse for hvordan dette fungerer på deres arbeidsplass. Jeg valgte derfor å foreta en kvalitativ intervjustudie, der jeg intervjuet sykepleiernes nærmeste leder (mellomleder- også sykepleier), altså gruppeledere i hjemmesykepleien og avdelingssykepleiere på institusjon. Metoden ble derfor valgt på bakgrunn av informasjonsbehovet og problemstillingen.

Dalland fremhever at kvalitative metoder er *følsomme* for variasjon, går i *dybden* ved å innhente mye opplysninger om få undersøkelsesenheter, fremmer det *særegne*, er *fleksibelt* og har ikke fastsatte svaralternativer, har *nærhet* til feltet ved at datainnsamlingen skjer der, fremmer *helhet* og *sammenheng* i datainnsamlingen som formidler *forståelse*, forskeren er *delaktig* og *erkjenner påvirkning* på hele forskningsprosessen og av den grunn oppnår et *jeg/du-forhold* til undersøkelsespersonen (Dalland, 1998). Intervju er et eksempel på kvalitativ metode.

Formålet med å velge intervju i denne studien var å få fyldig og omfattende informasjon om hvordan informanten opplever sin situasjon, og hvilke synspunkter og perspektiver de hadde på bruk av elektroniske meldinger. I og med at forskeren etablerer direkte kontakt med informanten, er relasjonen som utvikles av betydning for hvilke datamateriale forskeren får tilgang på. Det er derfor viktig at intervjusituasjonen oppleves som trygg og at informanten opplever tillitt til forskeren (Dalland, 1998). Det var god stemning i alle intervjusituasjonene og disse ble foretatt på informantens arbeidssted etter deres ønske. Gjennomføringen av intervjuene foregikk over en periode på 6 uker, der de fem første var unnagjort i løpet av tre uker. Det ble benyttet semi-strukturerte intervju, der intervjuguidens hovedtema var bruk av elektroniske meldinger, organisering av tjenesten og ledelse (Vedlegg 6). Under intervjuene var det kun informant og forsker til stede. Intervjuene varte fra 30 – 60 minutter og for å sikre at alle utsagn ble ivarettatt, ble det gjort opptak av alle intervjuene. For å ivareta undersøkelsens kvalitet ble det i intervjusituasjonen stilt oppfølgende og utdypende spørsmål for å sikre at informantens utsagn og begreper ble oppfattet korrekt.

Opprinnelig var jeg ute etter å se om tjenestens organisering og tilgang på lege hadde innvirkning på hvordan og om de ulike tjenestene brukte elektroniske meldinger. Etter hvert som jeg ble ferdig med intervjuene, opplevde jeg at fokuset mitt endret seg i takt med svarene jeg høstet. Ved å velge kvalitativ forskning, har jeg valgt å være fleksibel i forhold til prosjektets design. Jeg må da kunne endre fremgangsmåte på grunnlag av det dataene frembringer og vurdere dataenes relevans i forhold til funn og problemstilling. Jeg var lenge usikker på hvilken teoretisk ramme jeg skulle velge og hvordan jeg skulle presentere dataene mine. Etter deltagelse på flere konferanser og foredrag der NPT var brukt som teoretisk ramme for andre studier, var jeg overbevist om at dette var rett for min studie.

Jeg endte til slutt opp med å bruke Bergen kommune som en case-studie for å undersøke om bruken av elektroniske meldinger var normalisert i pleie- og omsorgstjenesten. Det vil si om elektroniske meldinger er blitt en del av arbeidshverdagen og den vanlige måten å samhandle på. En *case-studie* betraktes som kunnskapsutvikling på en eller flere enkeltstående historier, og er ikke i seg selv generaliserbar. Dette blir gjenstand for forskeren å redegjøre for hvilken plass den aktuelle historien har i en større

sammenheng (Malterud, 2006). Et intervju kan betraktes som en case, men det kan også omfavne en organisasjon, en hendelse eller en beslutning. Forskeren må kunne redegjøre for hvorfor akkurat denne historien er valgt som grunnlag for valg og analyse. I min case har jeg gjort en *dataanalyse* om innføringsprosessen av elektroniske meldinger i Bergen kommune, hvilke påvirkning samhandlingsreformen har på tjenestene, hvordan kommunen har organisert meldingsansvaret og pleie- og omsorgstjenesten. Dette ble grunnlaget for å forstå intervjumaterialet mitt når jeg analyserte disse dataene i forhold til Normalization Process Theory.

Alle intervjuene ble transkribert etter hvert som de var gjennomført og bidro til å danne et førsteinntrykk av datamaterialet og god kjennskap til tjenestenes hverdag.

For å tolke og analysere intervjuene tok jeg som forsker utgangspunkt i en hermeneutisk tilnærming. Det er en humanistisk orientert retning innenfor vitenskapsteorien, som har fokus på å fortolke og forstå kunnskapen som kommer frem, i lys av forskerens antakelser og begreper (forforståelse og forståelse av forskningsfeltet/tema). Det blir derfor viktig å beskrive min forforståelse for elektroniske meldinger, da dette vil ha stor innvirkning på hvor godt metoden lar seg intersubjektivt testes (Thuren, 2009).

Kvalitativ metode bygger også på menneskelig erfaring (fenomenologi), som er en filosofisk retning som ønsker å belyse fenomenet som det er og unngå å se det i lys av forskerens forforståelse. Dette skaper et visst spenningsforhold mellom de teoretiske vinklingene, men vil også kunne fremskaffe mangfold og nyanser ved å beskrive virkeligheten ut fra ulike perspektiver (Malterud, 2006).

Intervjuene ble først analysert med bakgrunn i de ulike kategoriene som er beskrevet i intervjuguiden (Vedlegg 6). Deretter ble intervjuene oppsummert basert på helhetsinntrykk, for å se om det forelå store variasjoner mellom disse to analyseformene. Jeg kategoriserte og oppsummerte hvert intervju for seg, før jeg så det i relasjon til samme tjeneste. Deretter sammenlignet jeg resultatene fra hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelingene på institusjonene. Analysene viste forskjeller mellom helhetsinntrykk og mellom enkelt svar (hvor jeg prøvde å bevare det fenomenologiske). Oppfølgingsspørsmålene var en hermeneutisk tilnærming og ble noe ulik avhengig av hva respondenten hadde fortalt selv. Det ble derfor vanskelig å kategorisere tydelig nok ut i fra intervjuguiden. Helhetsinntrykket får

i stor grad frem handlingen til de ansatte, hva de faktisk gjør eller ikke gjør og dette stemte godt overens med den teoretiske rammen jeg til slutt fant. Jeg valgte derfor å analysere og kategorisere dataene på nytt basert på NPT vinkling og rammeverk.

Studiens validitet

Validitet handler om studiens gyldighet. *Intern validitet* skal si noe om hva metoden og materialet gir anledning til å si noe om, og om vi har brukt relevante kartleggingsmetoder. *Ekstern validitet* skal si noe om hvilken overførbarhet funnene har til andre kontekster (Malterud, 2006). Datamaterialet i denne studien tar for seg hvordan tjenestene bruker elektroniske meldinger, hvordan tjenesten er organisert og hvilke ansvarsforhold de har rundt oppfølging av elektroniske meldinger. Datamaterialet inneholder også informasjon om ledelsens rolle i forhold til elektroniske meldinger. Ved å bruke intervju som metode har jeg fått mye data som understøtter faktiske forhold i tjenestene fra informantens ståsted. Min forkunnskap på tema og at jeg har vært opptatt av å få frem handling, har også bidratt til at jeg kunne stille de rette oppfølgingsspørsmålene for å få frem hva de ansatte faktisk gjør. Dette har bidratt til at jeg sitter med en noe ulik oppfatning av helhetsinntrykket og enkelt svar. Dette mener jeg har økt validiteten på datamaterialet. Rammeverket som er brukt for å analysere dataene, NPT, er ganske konkrete spørsmål og datamaterialet inneholdt i stor grad opplysninger om dette. Jeg vil allikevel trekke frem at analysering ved hjelp av NPT med fordel kunne vært gjort i kombinasjon av observasjonsstudier og intervju, da NPT vektlegger handling og er opptatt av hva de ansatte gjør og hvordan de jobber. Det kunne gitt noe større validitet til datamaterialet. På tross av dette vil jeg hevde at metoden har vært god nok til å få frem i hvilken grad de har normalisert bruken av elektroniske meldinger. Studiens eksterne validitet kan tenkes å være andre tilsvarende kommuner som har bestiller-utfører modell og som nylig har innført elektroniske meldinger. Det teoretiske rammeverket vil kunne overføres til andre innføringsprosjekter, uavhengig av hva som skal innføres. Dette handler om hvordan de ansatte jobber for å ta i bruk ny praksis.

4.2 Utvalg

Mitt kjennskap til forskningsfeltet var en viktig forutsetning for å samle data fra relevante kilder. Det ble derfor foretatt et *strategisk utvalg*, det vil si at informantene er valgt ut basert på deres egenskaper eller kvalifikasjoner som er strategisk i forhold til problemstillingen (Malterud, 2006). Informantene ble valgt ut av egne ledere på bakgrunn av deres stilling som avdelingssykepleier/gruppeleder i hjemmesykepleien eller på korttids- og rehabiliteringsavdeling på institusjon. Alle respondentene fikk selv velge om de ville delta, og i to av tilfellene ble jeg oppringt etter at de hadde fått forespørsel om å delta fra sin leder. De fire andre tok jeg kontakt med etter at jeg hadde fått opplyst hvem som ville delta. Det ble valgt ut 3 informanter fra hjemmesykepleien og 3 informanter fra korttids/rehabiliteringsavdeling på institusjon. For hele utvalget ble det tatt hensyn til at tjenestens geografiske tilhørighet ikke tilhørte Haraldsplass Diakonale sykehus, da dette sykehuset ikke var i gang med elektroniske meldinger. Årsaken til at jeg valgte mellomledere som intervjuobjekter var min forforståelse om at de burde ha god kjennskap til elektroniske meldinger, hva som foregår i tjenesten, og hva som foregår høyere oppe i organisasjonen. I og med at det var ledere fra ulike tjenester og ulik geografisk tilhørighet vil jeg hevde at det var god variasjonsbredde blant utvalget, og dette gav mulighet for å beskrive flere nyanser av samme fenomen (Malterud, 2006).

Det var ingen frafall fra utvalget og alle har muntlig informert om samtykke til å delta i undersøkelsen.

4.1 Etiske aspekter

Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) (Vedlegg 7 og 8). Og jeg har fulgt NSD sine retningslinjer for innsamling og behandling av data.

Det var frivillig å delta i studien og samtykke ble hentet inn muntlig før intervjuet startet. Informantene fikk opplyst at de når som helst kunne trekke sitt samtykke og avslutte intervjuet uten å oppgi noen grunn. I forhold til intervjumaterialet er alle personopplysningene anonymisert og behandlet konfidensielt. Det er kun meg som forsker som har hatt tilgang til intervjudataene før de er anonymisert. Det skal ikke være

mulig å gjenkjenne deltakerne i studien og alle opplysninger som er innhentet vil bli slettet etter prosjektets slutt.

Forskerens egen rolle:

Jeg har siden januar 2011 jobbet med innføring av elektroniske meldinger. I Bergen kommune har jeg hatt en rolle i prosjektgruppen. Jeg er utdannet sykepleier og har erfaring både fra sykehus, sykehjem og hjemmesykepleien. Da jeg kom inn i prosjektet Meldingsløftet i Bergen kommune, var jeg nylig utpekt av min leder til å være meldingsansvarlig i forbindelse med oppstart av elektroniske meldinger i hjemmesykepleien. Jeg hadde deltatt på meldingsansvarligkurs og var godt i gang med opplæring av kollegaer. Dette var min erfaring med elektroniske meldinger ute i tjenesten.

I første del av prosjektiden var det stort fokus på å koble opp fastlegene, slik at «alle» hadde noen å kommunisere med. Videre var det stor fokus internt på opplæring av meldingsansvarlige og tjenestens oppfølging av meldingene. Jeg holdt derfor kurs i bruk av meldinger og rutiner/retningslinjer for alle som meldte seg på kurs.

I 2012 gikk prosjektet over til å hete Vestlandsløftet, og fikk det nasjonale ansvaret for å bredde elektroniske meldinger til vestlandfylkene, Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. Prosjektet ble sammensatt av representanter fra flere kommuner og skulle være en kompetanseorganisasjon som bidro til at alle kommunene i vest kom i gang med meldingsutveksling. Det interne arbeidet i kommunen fortsatte under Vestlandsløftets lokale prosjektgruppe. Ut i fra dette har jeg tilegnet meg mye kunnskap om elektroniske meldinger både på tvers av organisasjoner og fagsystem. Jeg deltar også nasjonalt i revidering av PLO-meldingene, et forbedringsarbeid som pågår nå på vegne av hele sektoren.

Det kan være en utfordring når jeg nå har valgt å «se tilbake» på min egen organisasjon, da mitt fokus på elektroniske meldinger kan hindre meg i å se andre sider av driften som er like viktig for tjenestene å utføre. Dette vil kunne bidra til å gjøre meg blind for egen forskning. Primært vil jeg se på det som en styrke for oppgaven, da mine forkunnskaper om elektroniske meldinger og hvordan dette er tenkt brukt både internt og nasjonalt har gitt med muligheten til å stille de «rette» og supplerende spørsmålene i intervjuene.

Samtidig har jeg ikke hatt nærhet til tjenestene og vil derfor ikke være påvirket av deres utsagn. Jeg hadde ingen tidligere kjennskap til teorien som jeg har valgt og denne vinklingen kom på plass etter at jeg var ferdig med intervjuene. Når jeg fant teorien, opplevde jeg at den gav meg rammer på det jeg allerede var opptatt av å finne ut av. Bruk av intervju i forskningsøyemed hadde jeg liten erfaring med. Derfor leste jeg meg opp i forkant av intervjuperioden, for å sikre at jeg gikk frem på en forskningsmessig måte.

5. Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene fra de seks intervjuene. Ut i fra det har jeg nevnt avslutningsvis i kapittel 3, har jeg utledet konkrete spørsmål som jeg bruker til å analysere og kategorisere funnene. Jeg definerer *agenter* som sykepleier eller lege i denne sammenheng. *Objektet* i denne oppgaven er elektroniske meldinger. Kapittel 2 er rammen elektroniske meldinger innføres i og blir derfor definert som *kontekst*. Jeg vil presisere at organisering av tjenestene – hjemmesykepleie og institusjon har ulike kontekst, mens innføringen generelt i Bergen kommune oppfattes som felles kontekst.

Resultatene er en blanding av helhetsinntrykk og enkeltutsagn som understøtter handling fra de ansatte. Jeg har valgt å presentere resultatene fra hjemmesykepleien og institusjonene i hvert sitt delkapittel, for lettere å kunne sammenligne funnene i kapittel 6 - diskusjonskapitlet. R1 = respondent 1 osv., (R1-R3) = respondent 1, 2 og 3.

5.1 *Bruk av elektroniske meldinger i hjemmesykepleien*

Hjemmesykepleien har brukt elektroniske meldinger siden våren 2011, i dialog med fastlegene. Respondentene i hjemmesykepleien (R1-R3) er alle gruppeledere og har personalansvar og ansvar for sitt geografiske område. Alle sier de har store områder og mye dårlige pasienter. Alle respondentene er unisont enige om at de har god helsefaglig dekning, også sykepleiere. Med tanke på at det er sykepleierne som bruker og følger opp elektroniske meldinger, er det derfor en avgjørende faktor at de har nok sykepleiere til å utføre oppgaven. Respondentene sier også at pasientene er mye dårligere når de kommer fra sykehuset etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. Dette genererer et større behov for dialog med samarbeidende helsepersonell og bidrar til at det er enda viktigere at informasjon overføres til neste ledd i pasient/behandlings-forløpet.

5.1.1 **Forståelse for bruk av elektroniske meldinger**

Har de ansatte en klar forståelse av hvordan elektroniske meldinger er forskjellig fra telefon/papir?

Alle respondentene (R1-3) i hjemmesykepleien viser en klar forståelse av hvordan elektroniske meldinger skiller seg fra bruk av telefon, brev og personlig oppmøte. De elektroniske meldingene brukes daglig av sykepleierne i kommunikasjon med fastlege og helseforetak. En respondent (R3) fremhever at «*de er vi helt avhengig av, de*

elektroniske meldingene». En annen respondent (R2) sier at å kommunisere med fastlegene på «gamle måten» er helt håpløst, «*tenk at før satt vi sånn med alle*». De er alle enige i at det er en mye enklere måte å få kontakt med fastlegen på, i forhold til å sitte i lange telefonkøer innenfor legekontorets telefontid.

Har deltakerne en klar felles forståelse av målene og fordelene med elektroniske meldinger?

Respondentene viser at de har god forståelse av målene og fordelene med elektroniske meldinger. Både R1 og R3 bruker meldinger daglig mot fastlege og mot helseforetak. R2 bruker meldinger daglig i dialog med fastlege og ved henvendelser fra helseforetaket. R1 sier «*nå er det blitt en del av hverdagen, så man tenker ikke så mye over det*»

Har de ansatte en klar forståelse av oppgavene og ansvaret i forhold til elektroniske meldinger?

Alle respondentene (R1-3) har en klar forståelse for at oppgaven skal utføres og hvilket ansvar som foreligger. De er entydige i at de har ansvar for å følge opp og behandle meldinger som er fordelt til tjenesten. På kveldsvakt, helg og helligdager, er arbeidsoppgaven med å følge opp elektroniske meldinger forankret i arbeidsinstruksen til ansvarsvakten. I forhold til dagvakt er det litt ulik oppfatning i hvordan oppgaven skal løses. R1 er tydelig på at meldinger skal «hentes» av den sykepleieren som skal behandle meldingen. Dette er i tråd med rutine og begrunnes med at tjenestene vil ha oversikt og kontroll med hvilke meldinger som er behandlet og hvilke som fortsatt er ubehandlet. R1 sier også at de ansatte er blitt flinkere til å ta meldinger som tilhører primærgruppene, og ikke bare «sine egne». «*De tenker at meldingen tilhører oss, vi må jo ta den*» Dette viser også en klar forståelse for hvordan mottaker ser på seg selv som en tjeneste – og ikke som enkeltpersoner. R2 opplyser om at assisterende gruppeleder primært fordeler meldingene til den sykepleieren som skal følge den opp, uten helt å vite om vedkommende gjør dette. De har nylig oppdaget at det er litt ulik praksis intern i hvordan meldinger «hentes». «*Noen så på det som naturlig å gå inn og plukke sine meldinger, men i stor grad tror jeg nok assisterende fordeler til de ansatte*» (R2). Dette er med på å øke risikoen for at meldinger kan bli glemt og en mister oversikten over hva som er behandlet. R3 har også en ordning der assisterende fordeler meldinger til

sykepleierne. Men for å sikre seg at alle husker å gå inn, har de også laget «oppdrag» på listene til alle sykepleierne, der de skal følge opp elektroniske meldinger.

Forstår deltakerne verdiene, fordelene og viktigheten av elektroniske meldinger?

«Vi ser det er en nødvendighet å ha det i utøvelse av det vi gjør i arbeidet vårt.» «Så de er vi helt avhengige av, de elektroniske meldingene» (R3). Alle respondentene (R1-R3) er tydelige på at de ikke kunne tenke seg å gå tilbake til telefonrutiner. De er godt fornøyde med å få opplysninger elektronisk både fra fastlege og fra helseforetak. Elektroniske meldinger sparer de ansatte for mye tid som de tidligere brukte på å få tak i fastlegen. «Det har forenklet hverdagen veldig» (R2). Respondentene ser ut til å forstå verdien og fordelene med å samhandle elektronisk. De ser også viktigheten av at de følger opp innkomne meldinger, men jeg er litt usikker på om de klarer å se seg selv i en samhandlingskjede. Det vil si at informasjonsflyten må følge pasienten. Det innebærer også å være bevisst på at en sender fra seg informasjon når pasienten overflyttes til en annen instans. «Vi sender bare når vi får henvendelse fra de (sykehuset)», « hvis de etterlyser eller spør oss om noe» (R2).

5.1.2 Engasjement for å bruke elektroniske meldinger

Er nøkkelpersoner interessert i å drive innføringen?

I hjemmesykepleien er opplevelsen av nytte stor for brukerne av meldingene. Dette har bidratt til at nøkkelpersonene i stor grad er de som bruker meldingene. Respondentene oppgir at det er assisterende gruppeleder som i stor grad har ansvar for å følge opp meldinger daglig, dermed anses vedkommende til å være en pådriver for at tjenesten «leser posten sin». I ledelsen nevner også R1 at fagkonsulenten har en aktiv rolle i følge opp meldinger og de ulike gruppene. R3 og R2 nevner også fagkonsulent og superbruker som deltakende, men i mindre grad enn R1.

«Kjøper» de ansatte idéen om elektroniske meldinger?

Alle respondentene er tydelige på at de ansatte ikke vil være foruten elektroniske meldinger. De ser på det som en effektiv samhandlingsform som bidrar til at de klarer å få unna arbeidsoppgaver.

Opplever den enkelte at det er rett for dem å være involvert?

Det oppleves som rett, da de faktisk bruker elektroniske meldinger daglig. Det vil alltid være unntak, men hovedinntrykket er at både ledelsen og sykepleierne er engasjerte. R1 og R3 er de enhetene som viser sterkest forankring og fokus hos ledelsen. Der er elektroniske meldinger fast tema på sykepleiermøter.

Klarer den enkelte å opprettholde engasjement i forhold til elektroniske meldinger?

I og med at elektroniske meldinger brukes flere ganger daglig, av de enkelte sykepleierne, er inntrykket at de klarer å opprettholde engasjement i det daglige arbeidet. Men, R1 sier også at det kan være krevende å følge opp ved mye sykdom og høyt arbeidspress ute. Dette betyr ikke at elektroniske meldinger nedprioriteres, for hun presiserer at det fortsatt er like viktig å følge opp.

5.1.3 Utførelse av arbeidet knyttet til bruk av elektroniske meldinger

Bidrar elektroniske meldinger til at de ansatte jobber lettere?

«Det er enormt med fastleger vi skal forholde oss til, og hvis man skulle hatt en dialog utenom meldinger, så hadde det jo blitt enda verre» (R1). Alle respondentene tydeliggjør at elektroniske meldinger sparer dem for mye tid. I tillegg opplever respondentene elektroniske meldinger som kvalitetshevende, da de får mer og utfyllende opplysninger rett inn i pasientjournalen. «Det er både tidsbesparende og du får dokumentert ting skriftlig. Kvaliteten blir bedre på det vi gjør» (R2). Alle respondentene fremhevet viktigheten av at samhandlende parter (enten fastlegen eller helseforetaket) også må være flinke til å svare på henvendelsene. Det er spesielt noen fastleger som ikke er flinke til å svare, eller ikke svarer i det hele tatt. Dette oppleves som frustrerende og gjelder for alle respondentene. I forhold til samhandling med helseforetak og utskrivelser spesielt, sier R1 at hjemmesykepleien har en struktur og arbeidsform som ikke alltid lar seg kombinere med «sene» tilbakemeldinger på at pasienten er utskrivningsklar. Med dette mener hun at arbeidslister for kveld og neste dagvakt gjerne er ferdig før de får melding om at pasienten er klar til å reise hjem. Dette er gjerne når meldinger kommer etter lunsj. Da er de avhengige av å få et lite hint fra forvaltningsenheten, siden meldingen er sendt der og forvaltningen svarer på vegne av hjemmesykepleien.

Hvordan er elektroniske meldinger forstått på arbeidsplassen? -har de ansatte tro på at elektroniske meldinger virker?

Siden bruk av elektroniske meldinger er den foretrukne samhandlingsformen viser det at de ansatte i stor grad har tro på at elektroniske meldinger virker. De ansatte vil bruke dette! De vil ikke bruke noe som de ikke har tro på at virker. De har også i relativt stor grad forstått bruken av elektroniske meldinger. Det som skiller seg ut er ikke hvordan meldinger brukes, men hvordan rutiner følges opp, og forståelse for pasientforløpet. Både R2 og R3 opplyser om at meldinger fordeles til de enkelte sykepleier uten at det er sikret i hvilken grad disse sykepleierne følger opp meldingene. I de fleste tilfellene går jo dette greit, men «glemmer» den sykepleieren å sjekke av en eller annen grunn så er det ikke lett å fange opp. Rutinen tilsier at meldinger skal hentes av den som «tar saken», akkurat for å sikre at meldingen blir lest og fulgt opp.

Hvordan påvirker elektroniske meldinger roller, ansvar eller opplæringsbehov?

Håndtering av elektroniske meldinger er lagt til sykepleierrollen, dette medfører at sykepleierne er ansvarlig for å følge opp elektroniske meldinger på sine pasienter og de er ansvarlig for å ha dialogen med både fastlege og helseforetak. Alle respondentene opplyste om at de ansatte var inndelt i primærgrupper. R1 formidlet at primærgruppene nå var begynt å ta ansvar for gruppens pasienter når det gjaldt elektroniske meldinger. De to andre respondentene (R2 og R3) hadde ikke samme inntrykk. R3 sier at assisterende fordeler innkommende melding (svar) til den som opprinnelig har sendt den, uavhengig av om vedkommende er på jobb. Dette følges opp med å skrive «huskeliste» til vedkommende at det ligger en melding. Denne huskelisten er lagt til første vakt vedkommende står oppført med. Assisterende har allikevel lest meldingen, og dersom det er informasjon som haster, er dette håndtert. Dette tyder på at den enkelte sykepleier har dette som sin oppgave. På kveld, helg og helligdager er alle respondentene entydige på at ansvaret ligger hos ansvarsvakten «*det er de forpliktet til og det er satt av tid til å gjøre det*» (R3).

Det er behov for opplæring i bruk av elektroniske meldinger og rutiner for samhandling. Respondentene sier at tjenestene har gjennomført både internopplæring og at enkeltansatte har vært på kurs i bruk av elektroniske meldinger. Når samhandlingen med helseforetaket ble elektronisk, sier R1 at de hang opp laminerte plakater ved datamaskinene for å veilede de ansatte i sende innleggsrapport. Alle respondentene

(R1-R3) formidler at de opplever det som om de fleste kan dette. «Kommer det frem at de er usikker, så blir det jo tatt tak i» (R2). Både R1 og R3 er tydelige på at alle sykepleierne har fått opplæring og R3 presiserer at «De blir aldri satt alene til å gjøre dette på seinvakt, hvis ikke de kan det» og «det er veldig viktig for meg at alle kan det». I forhold til kunnskap om rutiner opplever jeg at respondentene har kontroll på fastlegesamhandlingen. Her er det R3 som avviker fra at meldinger skal svares på innen en virkedag, i og med at de fordeler meldinger til sykepleiere som ikke er på jobb. Det kommer ikke frem at de meldingene som fordeles, faktisk skal svares på. Helhetlig tror jeg tjenestene «venter» på meldinger og svar fra fastlegen, og i og med at R3 har assisterende gruppeleder som leser og tar seg av meldinger som haster, har de sikret at meldingene kan svares på ved behov. Når det gjelder rutinen mot helseforetaket er deler av denne mindre kjent eller forstått av R2 og R3. Det som utpeker seg, er hvem som «henter» meldinger fra leders initialer. Rutinen tilsier at den enkelte som skal følge opp meldingen, skal hente den selv. Både R2 og R3 har en person, assisterende gruppeleder, som fordeler meldingene utover på sykepleierne. «på dagtid tenker jeg at da blir det gjerne sånn at det er hun som fordeler de» R2 og rollen til assisterende. Det betyr ikke at de ikke vet hva de skal følge opp av meldingsutveksling, men de mangler kanskje forståelse eller kunnskap om hvorfor rutinen presiserer dette. «Det er vel lett for at ting glipper når det er turnus og det er reduserte stillinger, så da er det veldig greit at det er en som har hovedoversikten, som bør ha sett meldingen» R2 om hvorfor assisterende fordeler meldingene. Det er tydelig at respondenten er redd for at noe skal glippe. Dette kommer også frem hos de to andre respondentene, men R1 har forstått at selv om de ansatte henter meldingen selv, er den «like» tilgjengelig for de andre kollegaene.

Er det støtte i organisasjonen?

Elektroniske meldinger er forankret i ledelsen «vi har jo en leder som er veldig sånn, at vi skal bruke dette her som er nytt» og «vi jublet jo når det begynte» (R3). Der er også fokus i gruppene og på sykepleiemøter. Dette viser at det er støtte i organisasjonen (tjenesten) og gjennom bruk av meldingene viser de ansatte at meldingene også støttes av brukerne (sykepleierne). I forhold til organisatorisk forankring, er bruk av elektroniske meldinger også forankret i byrådsavdeling for helse- og omsorg og hos de ulike etatslederne.

5.1.4 Vurdering av effekten av elektroniske meldinger (verdsettelse)

Hvordan er fordeler og ulemper identifisert eller målt?

Gjennom bruk av de elektroniske meldingene har de ansatte indentifisert fordeler og ulemper. Noen tilbakemeldinger er av teknisk karakter, mens andre går direkte på samhandlende part og innhold. Respondentene sier at det er lettere å få informasjon som en tidligere ikke fikk, men at du kan ikke forvente å få informasjonen i samme øyeblikk som du sendte meldingen. Alle respondentene sier at sykepleierne derfor har funnet rutiner som fungerer i forhold til når de sender meldinger til fastlegene. Dersom tilbakemelding haster, ringer de i tillegg for å informere om at det ligger en melding legen må svare på. R3 savner fraværsmelding når legen ikke er til stede på kontoret (f.eks. ved ferie). Og alle respondentene opplyser at dersom en fastlege ikke svarer eller har elektroniske meldinger er dette et stort irritasjonsmoment.

Hvordan vurderer gruppen verdien av elektroniske meldinger?

Det er tydelig at elektroniske meldinger er høyt verdsatt som et kommunikasjonsmiddel. Det er ingen av respondentene som kunne tenkt seg å være foruten eller å gå tilbake til «gamle» rutiner. De er også tydelige på at dette er hovedkanalen for kommunikasjon, men fremhever at det ikke kan erstatte alt. De opplever fortsatt behov for samarbeidsmøter i store og krevende saker, spesielt med helseforetaket. I forhold til intern samhandling (mellom hjemmesykepleien og forvaltningen) er det også et behov for å kommunisere på telefon, for å sikre at ting ikke glipper. Dette gjelder i forhold til dialogen med helseforetak, der kommunen opererer med flere mottakere (forvaltningsenhet og utførerledd).

Hvordan vurderer den enkelte effekten av elektroniske meldinger for seg selv og omgivelsene, også sett i forhold til andre arbeidsoppgaver?

I og med at respondentene opplyser om at dette er en del av den daglige rutinen og at de ikke tenker så mye på det lenger, vil jeg tro at effekten oppleves som god. Dette understøttes også av at oppfølging av meldinger alltid prioriteres.

Prøver den enkelte å endre den nye arbeidsmetoden?

De ansatte bruker elektroniske meldinger for det det er verdt og at dette er den foretrukne kommunikasjonsformen. Det er også gitt at dette ikke kan være den eneste kommunikasjonsformen, og det er heller ikke intensjonen. Respondentene har tilpasset

bruk av elektroniske meldinger til å passe inn med egne arbeidsrutiner og forventet responstid fra fastlegen.

5.2 Bruk av elektroniske meldinger på institusjon

Respondentene (R4-R6) er alle avdelingssykepleiere på korttid eller rehabiliteringsposter på ulike institusjoner i Bergen kommune. De har alle hatt samme mulighet til å samhandle elektronisk med fastlege og helseforetak som hjemmesykepleien. Alle respondentene har opplyst at de har hyppige innleggelses eller utskrivninger fra helseforetak. Respondentene opplever at de alle har god sykepleiedekning på avdelingen og at de har god tilgang på sykehjemslege/tilsynslege. Andre felles trekk for disse respondentene er at sykehjemslegen/tilsynslegen er ansvarlig for å registrere legemiddelopplysninger i pleie- og omsorgssystemet. Det er sykepleierne og legene som leser elektroniske meldinger. R4 opplyser at hun har ansvar for to rehabiliteringsgrupper med totalt 16 pasienter. R5 opplyser at hun har ansvar for 32 pasienter og har to gruppeledere som har det sykepleiefaglige ansvaret for hver sin fløy med 16 pasienter. R6 opplyser at hun har ansvar for 20 pasienter og dagsenter. Hun har også to assisterende avdelingssykepleiere tilknyttet seg. Den ene respondenten (R5) opplyser om at de primært bruker et annet journalsystem når pasienten er inneliggende. De overfører kun informasjon i pleie- og omsorgssystemet når pasienten reiser ut. Elektroniske meldinger følges opp i pleie- og omsorgssystemet.

5.2.1 Forståelse for bruk av elektroniske meldinger

Har de ansatte en klar forståelse av hvordan elektroniske meldinger er forskjellig fra telefon/brev?

Alle respondentene (R4-R6) har en forståelse for hvordan elektroniske meldinger er forskjellig fra andre kommunikasjonsformer. «Vi kjenner ganske godt til elektroniske meldinger, i hvert fall lederne» (R6). Det kommer ikke tydelig frem at de ansatte har samme forståelsen, uten om hos R5 der hun uttalte «vi kjenner de veldig godt, for vi er jo en korttidsavdeling. Og vi må jo ha kjennskap til det, så det vil jeg si at alle sykepleierne har godt kjennskap til.» Jeg er usikker på i hvilken grad sykepleierne samhandler med fastlegen og helseforetaket, da dette oppleves som en legeoppgave på institusjonene, med unntak av R4 hvor avdelingssykepleier sier hun samhandler med fastlegen elektronisk.

Har deltakerne en klar felles forståelse av målene og fordelene med elektroniske meldinger?

Umiddelbart sier de at dette har de oversikt over, men når jeg ser på helheten og spør litt annerledes kommer dette frem: Inntrykket er at elektroniske meldinger er noe «vi må gjøre», men avdelingen/institusjonen har ikke helt funnet ut hva og hvordan de skal løse oppgaven. Inntrykket er at ledelsen har «gjort noe» med det, men mangler forankring hos de ansatte. «*Det er noe med at «gammel vane er vond å vende», og at man er vant til å ringe og det føles som tryggest»*. Samtidig sier R6 «*Jeg opplever jo at det brukes veldig godt fra sykehuset sin del. Jeg syntes de er flinke til å sende meldinger fortløpende, nesten litt mye»*, samtidig opplyser hun at meldingene blir liggende til hun er tilbake på jobb. «*Jeg kan ikke svare på hvorfor ikke de gjør det»*, om hvorfor sykepleierne ikke bruker elektroniske meldinger. Noe som underbygger at de ansatte ikke ser målet eller fordelene med de elektroniske meldingene, siden de ikke klarer å følge dette opp utover ordinær arbeidstid.

Har de ansatte en klar forståelse av oppgavene og ansvaret i forhold til elektroniske meldinger?

Det kan tyde på at de ansatte generelt ikke har en forståelse av oppgavene og ansvarsforholdet rundt elektroniske meldinger. R4 og R6 opplyser at det primært er avdelingssykepleier (respondentene) som følger med på meldinger som kommer inn og opplever dette som deres ansvar. Når de ikke er på jobb er ansvaret plassert hos ansvarsvakt. Opplevelsen er at meldinger blir liggende til avdelingssykepleier er tilbake på jobb. R5 sier at «*i og med at vi har så god sykepleier og legedekning, så blir ansvaret litt sånn på alle.»* Selv om gruppelederne skal følge litt med, kan dette tyde på en pulverisering av ansvarsforhold og faren for at meldinger kan bli liggende øker. R6 sier også at det kun er sykehjemslegen som sender elektroniske meldinger, «*det er nok en hvilepute for oss at begge våre sykehjemsleger tar så stort ansvar.»*

Forstår deltakerne verdiene, fordelene og viktigheten av elektroniske meldinger?

Det oppleves som det bare er et fåtall som forstår verdien og viktigheten av elektroniske meldinger. R4 prøver å formidle til de ansatte at hun heller sender en elektronisk melding frem for å sitte i telefonkø. «*Jeg gidder ikke sitte i telefonkø når jeg kan sende en elektronisk melding, og da får jeg det i tillegg skriftlig tilbake»* R4. Det skal sies at

R4 har jobbet i hjemmesykepleien tidligere og har erfaring med elektroniske meldinger derfra. Det kan godt hende at verdien av elektroniske meldinger ikke oppleves som stor på institusjonene, men at informasjonsbehovet, spesielt fra helseforetaket, er tilstede. Det kan være mangel på kunnskap og forståelse på bruk av fagsystemet «*det er jo noen som syntes at det er skummelt med Profil, sant, vi har liksom akkurat fått folk til å begynne å være flinke til å skrive rapport hver dag*» R4. Og R5 bruker ikke dette som hoved-journalsystem.

5.2.2 Engasjement for å bruke elektroniske meldinger

Er nøkkelpersoner interessert i å drive innføringen?

Det kommer ikke tydelig frem at det er noen som er veldig interessert i å drive innføringen av elektroniske meldinger på institusjonene, men samtidig virker det som det er ildsjeler som kan vekkes litt, spesielt R4 og gjerne legene til R6. Begge disse respondentene innser at det kanskje er nødvendig at de fortsetter å jobbe med å få meldingene implementert i avdelingen. «*Det blir jo på en måte «å gud» hva gjorde jeg nå liksom. Så jeg har laget en mal til de «at sånn gjør vi det»*» R4 om hvordan hun prøver å trygge og engasjere sykepleierne.

«Kjøper» de ansatte idéen om elektroniske meldinger?

Ut i fra intervjuene oppleves det som om respondentene er mest opptatt av å følge opp meldinger som kommer inn (mottatte meldinger), og det har avdelingssykepleierne tatt ansvar for (respondent R4 og R6) når de er på jobb. R5 opplever at de ansatte syntes at det er tungvint og sliter med å bruke flere systemer. «*Vi har jo en del av de (pasientene) fra sykehuset, så kommer de her i fem-seks tiden. Og da er det ofte at vi må ringe opp, vi stoler gjerne ikke på å sende elektroniske meldinger*» R5. R4 sier at de ansatte «*syntes jo dette er «genialt», men er ikke vant til å bruke det.*» Det kan tyde på at de ansatte ikke kjøper ideen om å bruke elektroniske meldinger eller mangler kunnskap og forståelse for hvorfor og hvordan dette skal gjøres. Det er viktig å trekke frem at så lenge helseforetaket fortsetter å ringe (vel å merke fordi at de ikke har fått svar elektronisk?), så er det vanskelig å selge inn en mer proaktiv arbeidsform. R4 poengterte også at «*er vi fullbooket, så er vi fullbooket liksom – da trenger vi ikke ha så mye fokus på den biten.*»

Opplever den enkelte at det er rett for dem å være involvert?

Som nevnt i punktet over, oppleves det ikke som de enkeltansatte har forstått intensjonen eller hvordan elektroniske meldinger kan utnyttes på deres arbeidsplass og som et kommunikasjonsmiddel i pasientforløpet. De som allerede bruker elektroniske meldinger gjør nok dette av ulike årsaker, både for å følge rutinene, men også nytteverdien av å kommunisere elektronisk.

Klarer den enkelte å opprettholde engasjement i forhold til elektroniske meldinger?

Her er materialet begrenset, men det de sier kan tyde på at det kan være vanskelig for avdelingssykepleierne å opprettholde engasjement i avdelingen. Som nevnt tidligere oppleves det at det er fåtallet som bruker meldinger, og de som gjør det, forholder seg primært til det som kommer inn. De som allerede bruker meldinger, gjør dette uavhengig av kollegaers involvering.

5.2.3 Utførelse av arbeid knyttet til bruk av elektroniske meldinger

Bidrar elektroniske meldinger til at de ansatte jobber lettere?

For de få som bruker elektroniske meldinger oppleves det som om dette bidrar til at de jobber lettere. For de andre som ikke bruker elektroniske meldinger, kunne de unngått situasjoner som «*Av og til så kommer disse pasientene litt flytende på en fjøl, fordi de ikke har tatt opp telefonen i tillegg liksom*» (R4). For R5 oppleves det tungvint å forholde seg til flere systemer og kunnskapen om elektroniske meldinger blir vanskelig å opprettholde da de ellers ikke bruker systemet.

Hvordan er elektroniske meldinger forstått på arbeidsplassen? -har de ansatte tro på at elektroniske meldinger virker?

Generelt oppleves det som om elektroniske meldinger er noe som «noen gjør». Både R4 og R6 sier at de ansatte ikke forholder seg til elektroniske meldinger. R6 sier at avdelingssykepleier fordeler meldingen til sykehjemslegen og de andre sykepleierne har ikke eierskap til elektroniske meldinger «*det er på en måte ikke implementert enda.*» R5 sier «*jeg har sagt at dette er noe dere må gjøre, det er et system, og vi skal bruke det*», «*jeg har inntrykk av at mange liksom har skjøvet det litt fra seg.*»

Hvordan påvirker elektroniske meldinger roller, ansvar eller opplæringsbehov?

Elektroniske meldinger krever et klart og tydelig ansvarsforhold. Det virker som avdelingssykepleier på korttid/rehabiliteringsavdeling har ansvar for å sjekke innkommende meldinger på vegne av institusjonen, da de har flest inn- og utskrivninger. R5 sier at alle sykepleierne og legene har et ansvar for å følge med innkommende meldinger. Når gruppelederne er på jobb, har disse en «overvåkningsfunksjon». Ansvarsvakt på kveld og helg skal sjekke meldinger, men er usikker på om dette er lagt til stillingsinstruksen. R6 sier at på kveld, helg og helligdager er det ingen som sjekker elektroniske meldinger. Da kan det ligge elektroniske meldinger som er ubehandlet, frem til neste ordinære virkedag.

I forhold til opplæring kan det virke som de ansatte ikke har forstått intensjonen med elektroniske meldinger eller hvordan man bruker dem. R5 sier at sykepleierne «*de har nettopp vært på kurs alle sammen. Det viser seg jo det, at de ikke har hatt den kunnskapen de skulle hatt.*» R6 sier at hun og to andre var på kurs for tre år siden. De som har vært på kurs har ansvar for å lære det videre til kollegaer. R4 opplyser om at hennes «sykepleiere» har vært på kurs og at de er interessert, men det er bare hun selv (R4) som har sendt «en» melding til helseforetaket siden de startet med elektroniske meldinger.

Er det støtte i organisasjonen?

Det oppleves som at det er støtte for å bruke elektroniske meldinger, men at fokus på at de ansatte faktisk tar dette i bruk er fraværende. «*Selv om vi har tatt opp dette med elektroniske meldinger, og hvor viktig det er at de går inn og sjekker, så ser jeg at de ikke gjør det*» (R6). Her gjelder også det samme som for hjemmesykepleien, at dette er vedtatt innført i Bergen kommune i 2010.

5.2.4 Vurdering av effekten av elektroniske meldinger (verdsettelse)

Hvordan er fordeler og ulemper identifisert eller målt?

Jeg har ikke konkret spurt etter hvordan de måler eller identifiserer fordeler og ulemper. Men R4 kommenterer at informasjonsflyten fungerer bra og at de får nesten full epikrise og sykepleiesammenfatning før pasienten kommer. Ut i fra dette tolker jeg at «i den grad» de leser meldinger oppleves dette som nyttig, men jeg tror allikevel at de færreste har fått dette med seg før pasienten kommer. Da har pasienten også med seg en epikrise

på papir og mest sannsynlig har de også blitt varslet per telefon. R4 kommenterer at det er litt uoversiktlig at all dialog og meldingsutveksling havner i samme «mølja». Alle respondentene fremhever også at det ikke er godt nok for dem når sykepleiere sender legemiddelopplysninger.

Hvordan vurderer gruppen verdien av elektroniske meldinger?

R4 sier at hun syntes at de elektroniske meldingene er veldig nyttige «*Du treffer rette vedkommende og slipper å gå igjennom silen til kontordamen.*» Som avdeling, oppleves det at de ansatte ikke forholder seg til meldingene og vurderer det derfor slik at de ikke ser nytteverdien i å bruke elektroniske meldinger. R5 opplyser at «*det er jo tidsbesparende*» og «*det har jo vært sånn der 'pain in the ass' frem til nå*». Fremdeles opplever de ansatte det som «*tungvint og vanskelig å bruke*». R6 sier at der forenkler hverdagen til sykehjemslegen men «*jeg tror ikke de ansatte merker det, altså de forholder seg ikke til det.*» Helhetsinntrykket er at noen enkeltpersoner ser verdien av å bruke elektroniske meldinger, mens hovedtyngden ikke ser denne verdien. Som avdeling og institusjon klarer de ikke å formidle denne verdien videre til de ansatte.

Hvordan vurderer den enkelte effekten av elektroniske meldinger for seg selv og omgivelsene, også sett i forhold til andre arbeidsoppgaver?

«*Jeg vet at når folk ikke liker noe eller syntes det er vanskelig, så vegrer de seg. Og det har jeg sett en del av*» (R5). «*Jeg syntes personlig at det er veldig greit å snakke med folk da*» (R6). Dette understøtter inntrykket av at de ansatte ikke opplever elektroniske meldinger som et redskap de velger å bruke. Ergo ser ikke den enkelte effekter av å bruke elektroniske meldinger. Det er igjen, bare noen få enkeltpersoner som ser en effekt av dette.

Prøver den enkelte å endre den nye arbeidsmetoden?

I forhold til at de færreste av de ansatte forholder seg til elektronisk meldinger og velger telefon og papir, tyder dette på at de ulike institusjonene utnytter muligheten til å samhandle «*på gamle måten*». Meldinger skrives også ut «*Jeg tror de printer de ut, hvert fall de viktigste opplysningene*», «*for det er jo ikke alle som har tilgang til Profil*» (R5).

6. Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg sammenligne resultatene mellom hjemmesykepleien og institusjonene innenfor de fire kategoriene – forståelse – engasjement – utførelse – verdsettelse – som NPT beskriver i kapittel 3 og som er hovedkategoriene i analysen – kapittel 5. Der det er naturlig, vil jeg prøve å trekke inn elementer fra kapittel 2. I utgangspunktet vil både samhandlingsreformen, hvordan meldingsflyten i Bergen kommune er organisert og tjenestenes organisering påvirke alle kategoriene i diskusjonen, men jeg velger å trekke det frem mest mulig samlet. Etterpå oppsummerer jeg i hvilken grad jeg mener hjemmesykepleien og institusjonene har normalisert bruken av elektroniske meldinger i samhandling med fastlege og helseforetak. Jeg vil også belyse denne studien opp mot andre studier som også er relevant eller påvirker elektroniske meldinger. Helt til slutt i dette kapitlet vil jeg fremheve studiens relevans.

Jeg har ut i fra de dataene jeg har innhentet, prøvd å kategorisere svarene til enten å understøtte eller avkrefte de ulike spørsmålene som er stilt i analysen. Spørsmålene er utarbeidet basert på handlinger som de ansatte gjør, og ikke nødvendigvis hva de sier. Jeg har derfor vekslet mellom å bruke helhetsinntrykket av intervjuene og å bruke direkte sitater fra respondentene når jeg har svart på spørsmålene. Mange av spørsmålene og derav også inndelingen min, kan flyte litt i hverandre.

6.1 Forståelse

En av grunnpilarene i NPT er *forståelse* for hvordan den nye praksisen fungerer og er forskjellig fra tidligere praksis. Dette er en av de fire faktorene som NPT mener er avgjørende for om en lykkes med å ta i bruk ny praksis. Ut i fra analysen mener jeg å kunne trekke slutninger som understøtter i hvilken grad de ulike tjenestene har forstått elektroniske meldinger. Der hvor jeg mener respondentene skiller seg ut innen for sin «gruppe»/ tjeneste, vil jeg poengtere dette spesifikt. Men ellers er jeg ute etter å sammenligne tjenestene og ikke nødvendigvis den enkelte respondent.

Hjemmesykepleien (R1-R3) viser i stor grad at de har forstått hva elektroniske meldinger er og hvordan dette brukes. Mot fastlege er dette blitt en standardisert kommunikasjonsform, og de ansatte er frustrert når det er fastleger de ikke kan

kommunisere elektronisk med, eller som ikke svarer på meldinger som hjemmesykepleien sender.

I forhold til elektronisk samhandling med helseforetak, kom dette i gang på et senere tidspunkt, etter samhandlingsreformen, noe som medførte at andre midlertidige telefonrutiner allerede var implementert. R1 uttalte at «før måtte de ha dialog med oss for å avtale hjemreise - det har de ikke lenger» - Endringen kom når helseforetaket også kom på elektroniske meldinger. Men «i de fleste tilfellene går det jo greit å kommunisere elektronisk» (R1). I de tilfellene det ikke er tilstrekkelig med elektronisk kommunikasjon, refereres det til kompliserte tilfeller, hvor det kan være snakk om opplæring eller andre krevende tiltak. Da henvises det til at samarbeidsmøter også bør forekomme som en supplerende samarbeidsform. De ulike tjenestestedene (R1-R3) følger samme rutine ulikt. Enten dette skyldes respondentens manglende kjennskap, eller at tjenesten faktisk ikke er flink til å sende «innleggelsesrapport» elektronisk, kommer ikke helt tydelig frem. Men ut i fra opplysningene som foreligger fra R2, kan det tyde på at det kan være begge deler. R1 og R3 formidler at de sender innleggelsesrapport og følger rutinene som foreligger. Dette understøttes med at de viser klar forståelse av hva som forventes av dem (tjenesten). Det at ledelsen er godt involvert forsterker inntrykket. R2 viser også denne forståelsen, men er usikker på om den følges opp i praksis. Her oppleves det som at ledelsen ikke er like sterkt involvert, og har dermed mindre oversikt over hva tjenesten (de ansatte) faktisk gjør.

R4-R6 som representerer *institusjonene* er også ganske entydige i sine beskrivelser. Ut i fra enkeltkommentarer og helhetsinntrykk oppleves det som at noen har forstått hva elektroniske meldinger er. R4 sier at hun foretrekker å bruke elektroniske meldinger fremfor å sitte i telefonkø, i samhandling med fastlege. Samtidig er det bare hun som følger med på innkommende meldinger på hennes avdeling og institusjon. Alle respondentene påpeker at sykepleierne vet hva de skal gjøre, allikevel sliter tjenesten (eller respondenten) med å få de til å gjøre det i praksis. Telefon og papir er den primære samhandlingsformen på alle tre institusjonene. Ut i fra manglende handling fra sykepleierne og valg av kommunikasjonsløsninger, kan det være begrenset forståelse for hvordan elektroniske meldinger fungerer. I tillegg til R4, opplyser også R6 at hun leser innkommende meldinger, men bruker ikke dette til annet en informasjon «inn».

Det er legen som samhandler elektronisk med fastlege og helseforetak, og i hvilken grad, er respondenten litt usikker på. Selv foretrekker R6 telefon. R5 opplyser at de kjenner godt til elektroniske meldinger, men selv her har jeg inntrykk av at dette kun gjelder hvordan de forholder seg til meldinger som kommer inn. Dette viser at de har forstått hva de skal gjøre med innkommende meldinger, og fremhever vel også at de har begrenset forståelse for hvordan meldingene brukes i samhandling (inn og ut).

6.2 Engasjement

Den andre grunnpilaren i NPT er *engasjement* for å delta, og understøtte prosessen med å innføre ny teknologi eller endret praksis. Dette er av stor betydning for at elektroniske meldinger tas i bruk i organisasjonen. Hvis ingen «gjør noe» så skjer det heller ikke noe. Det er viktig i denne sammenheng, som for øvrig i denne oppgaven, å presisere at kartleggingen har foregått i april 2014, mens elektroniske meldinger ble innført i 2010/11 mot fastleger og 2012/13 mot helseforetak. Resultatene må derfor ses i lys av denne faktoren, men skal ikke bidra til vesentlige forskjeller på tjenesteområdenes utfall.

Igjen så vil jeg trekke frem hjemmesykepleien (R1-R3) og deres unisone tilbakemelding på at de ansatte ikke vil være foruten elektroniske meldinger. Dette gjelder både i samhandling med fastlege og helseforetak, selv om det i perioder med stort fravær kan være krevende å følge opp innkomne meldinger. De ansatte ser i stor grad nytte av å bruke meldingene, både for seg selv, tjenesten og pasienten. Dette er med på å drive frem et engasjement fra de ansatte, som faktisk er hovedbrukerne av meldingene. Ledelsen, spesielt R1 og R3 viser tydelig engasjement og fokus, noe jeg også tror er med på å understøtte prosessen med å normalisere bruken i tjenesten.

Når det kommer til institusjonene (R4-R6) klarer jeg ikke se tjenestens samlede engasjement. Her er vi avhengig av enkeltpersoner igjen, og ingen skiller seg tydelig ut på å være pådriver for at de ansatte skal bruke elektroniske meldinger. Men jeg har inntrykk av at det er noen «ildsjeler», spesielt R4, som med ytterligere støtte og kunnskap, kan brukes til å engasjere kollegaer. Det er viktig at ledelsen går foran med et godt eksempel, spesielt når det er få andre ansatte som er engasjerte. Det er lett å si at dette skal vi bruke og den som trenger opplæring skal få det, men uten pådriv fra ledelsen eller ildsjeler blir det vanskelig å få det implementert. Jeg vil tro at en mer

aktiv og etterspørrende oppfølging kan bidra til at fokuset hos de ansatte forbedres. Å tilknytte seg ressurser som har påvirkningskraft er også et godt tiltak. De ansattes forståelse av hva elektroniske meldinger er, påvirker i stor grad hvor engasjert de klarer å være. De ansatte bruker generelt ikke meldingene, foruten noen få. Om dette skyldes manglende oppmerksomhet og engasjement eller om det skyldes at andre arbeidsoppgaver er krevende kommer ikke tydelig frem. Å engasjere seg i noe en ikke ser hensikten med, er vanskelig å få til.

Basmo (Basmo, 2010) hevder at når en gjør endringer i en organisasjon som får konsekvenser for de ansatte, enten i form av endrede arbeidsoppgaver eller endrede arbeidsmetoder (som for eksempel det å ta i bruk elektroniske meldinger), må dette forankres i organisasjonen og i ledelsen. Dette innebærer ikke bare et «ja» fra ledelsen, men også *involvering* og *tilstrekkelig oppmerksomhet* i organisasjonen og ledergruppen. Dette fordrer at toppledelsen setter de aktuelle endringene på dagsorden, sikrer rammebetingelsene og etterspør aktivitet og resultater. Enhetsledernes ansvar er å synliggjøre og støtte endringsarbeidet i de enkelte enhetene. De skal bruke det aktivt som et ledd i sin ledelse av enheten, og etterspørre progresjon og status. Medarbeiderne skal trekkes inn gjennom løpende dialog med enhetens ledelse, enten via deltakelse i prosesser eller gjennom informasjons- og undervisningsmøter.

I hvilken grad ledelsens engasjement har påvirket, vet jeg ikke. Jeg tror fokuset er økende, på grunn av samhandlingsreformens insentiver. Informasjonsbehovet har økt, da pasientene er sykere, og det er viktig å ha informasjonen på et tidligere tidspunkt, da pasienten fortsatt er under behandling. Jeg kan ikke understøtte dette med mitt datagrunnlag, men dokumenter fra byrådet kan kanskje understøtte dette.

«Innføring av samhandlingsreformen 01.01.12, har gitt sykehjemmene utfordringer knyttet til endret utskrivningspraksis, pasientene utskrives tidligere i sykdomsforløpet, og er derfor noe sykere enn tidligere» (Byrådssak-144/13, 2013).

Et av hovedmålene for samhandlingsreformen har vært et mer helhetlig pasientforløp (St. meld nr. 47, 2009), men Grimsmo (Grimsmo, 2013) hevder at enkelte pasienter har fått et mer oppstykket behandlingsforløp etter samhandlingsreformen. Pasientene skrives tidligere ut og må gjerne innom korttidsopphold på sykehjem før de kan reise

hjem. Tidligere ble pasientene liggende lengre på sykehus (og var ferdig behandlet) og kunne reise rett hjem etterpå. Travelhet og raskere pasientgjennomstrømning vil også bidra til manglende fokus og engasjement i tjenestene. Jeg vil anta at samhandlingsreformen i stor grad har flyttet «flaskehalsen» fra sykehusets korridorer til sykehjemmenes korridorer (Grimsmo, 2013). Samhandlingsreformen trådte i kraft før elektroniske meldinger var på plass i samhandlingen med helseforetakene, dette virker som om det har vært med på å hemme innføringen av elektroniske meldinger i institusjonene. Å gå fra telefonkontakt, der du blir oppringt, til å måtte sjekke elektroniske meldinger, blir en ekstra oppgave som en helst vil unngå i en ellers så travel hverdag. Dette tror jeg også har hatt påvirkning på hvor mye «nye» oppgaver, spesielt korttidsavdelingene, har klart å ta inn over seg.

6.3 Utførelse

Den tredje grunnpilaren i NPT er *utførelse*, eller bruk av, den nye teknologien eller endrede praksisen. Dersom elektroniske meldinger ikke tas i bruk av deltakerne vil en ikke lykkes med integreringsarbeidet. Bare for å komplisere bruk av elektroniske meldinger enda litt, både for den enkelte og for tjenesten som helhet, så påvirker kommunens organisering hvordan informasjonsflyten og meldingsflyten fungerer. Med dette mener jeg at både forvaltningsenheten og tjenesten (hjemmesykepleien eller institusjonene) forholder seg til ulike meldinger i samme meldingsforløp. De deler altså både ansvar og oppgaver i forhold til kommunikasjonen med helseforetaket. Dette har selvfølgelig innvirkning på hele integreringsprosessen i tjenestene, og ikke bare på utførelsen. Men igjen, det er likt for både hjemmesykepleien og institusjonene og skal dermed ikke bidra til store variasjoner mellom tjenestenes grad av normalisering.

Som fremstilt i kapittel 2 er pleie- og omsorgstjenesten til Bergen kommune organisert som en bestiller- utfører modell, noe som tilsier at de har et forvaltningsnivå som tildeler tjenester, og «utførerledd» som utfører de tildelte tjenestene. Både hjemmesykepleien og institusjonene er «utførerledd». Dette har også innvirkning på hvordan elektroniske meldinger følges opp i forhold til dialogen med helseforetak om inneliggende pasienter. Kommunikasjon angående nye eller endrede tjenester skal rettes til forvaltningsenheten, mens uendrede tjenestebehov skal rettes direkte til hjemmesykepleien eller institusjonene (utførerleddene). Men i praksis, er det

forvaltningsenheten som styrer dialogen i ordinær arbeidstid og viderefordeler meldinger når tjenestene skal svare. Dette bidrar til å komplisere bruken av elektroniske meldinger, og vil i mange tilfeller bidra til at hjemmesykepleien kommer senere inn i dialogen om pasienten. For institusjonenes del, der de allerede har ansvar for pasienten, skal samhandlingen foregå direkte mellom partene. Men som jeg sa, så er det forvaltningsenheten som skal føre dialogen dersom vilkårene for tildeling av tjenestene er endret. Det kan være at vilkårene for et rehabiliteringsopphold ikke lenger oppfylles, og pasienten tildeles et korttidsopphold i stedet. Da skal pasienten kanskje et annet sted etter utskrivelse fra sykehus. Dialogen med fastlegene derimot, står de helt fritt til å korrespondere. Her er det ikke knyttet betalingsforskrifter til og ofte er det tjenestene selv som initierer kontakt. Bergen kommunes organisering (bestiller- utførermodell) spiller derfor en viktig rolle i hvordan elektroniske meldinger implementeres i de ulike tjenestene og jeg tror at i denne sammenheng hemmer dette utførerleddene, både på implementering men også på meldingsflyt og informasjonsutveksling.

Respondentene i hjemmesykepleien (R1-R3) er alle enige i at elektronisk meldinger sparer dem for mye tid. Meldingene kan opprettes og sendes når avsender har anledning, og sykepleierne er ikke avhengig av «å ta» telefonen der og da. Elektroniske meldinger har også gjort det mulig for sykepleiere og ansvarsvakt på kveld, helg og natt å sende meldinger, og dermed bidra til at det er førstehåndsinformasjon som kommer frem til fastlegen, og ikke informasjon som har gått via gule lapper og rapporter til ansvarlig sykepleier på neste ordinære virkedag. Dette er med på å øke kvaliteten, både på kommunikasjonen, men også på dokumentasjonen og til slutt pasientbehandlingen. R2 uttaler «*Det er både tidsbesparende og du får dokumentert ting skriftlig. Kvaliteten blir bedre på det vi gjør.*» Men da er en også avhengig av at samhandlingspartene (både fastlege og helseforetak) er flinke til å svare på meldinger, slik at informasjonsflyten ikke stopper opp. Hjemmesykepleiens kjennskap og bruk av elektroniske meldinger i samhandling med fastlege er i stor grad normalisert, det er den foretrukne samhandlingsformen og R1 uttrykker det slik «*Det er enormt med fastleger vi skal forholde oss til, og hvis man skulle hatt en dialog utenom meldinger, så hadde det jo blitt enda verre.*» og med «enda verre» påpekte respondenten på hvordan samhandlingen var før elektroniske meldinger.

Det kommer også frem ulike former for organisering av meldingsoppfølging i de ulike hjemmesykepleiesonene. Dette påvirker *spesielt* hvordan sykepleierne håndterer meldingene fra helseforetaket. Her er det bare R1 som følger rutinene i henhold til oppfølging av meldinger, men det betyr ikke at de andre tjenestene ikke håndterer meldingene fra helseforetaket. Dette bidrar til at de mister oversikt over hvilke meldinger som faktisk er tatt hånd om, og understøtter at de ikke helt har forstått risikoen det medfører å fordele meldinger til ansatte som ikke selv har «tatt ansvar» for en melding. Jeg mener allikevel at de i middels grad har forstått bruken av elektroniske meldinger i dialog med helseforetaket. Jeg har ikke konkrete data som understøtter om de faktisk sender «innleggelsesrapport» på *alle* pasientene som skal ha dette.

Tjenesteavtale 3 regulerer hvilken informasjon som skal sendes til helseforetaket når en pasient legges inn og dette er gjenspeilet i rutinen for meldingsoppfølging (vedlegg 6).

Når det gjelder institusjonene (R4-R6) sier både R4 og R6 at de ansatte ikke forholder seg til elektroniske meldinger. R6 utdyper at hun fordeler meldinger til sykehjemslegen og om sykepleierne sier hun at de ikke har eierskap til elektroniske meldinger «*det er på en måte ikke implementert enda.*» R5 sier både at «*jeg har inntrykk av at mange liksom har skjøvet det litt fra seg*», men poengterer at dette er noe de må gjøre. Som jeg har nevnt tidligere i dette kapitlet er det bare enkeltpersoner som forholder seg til meldinger, og da primært i forhold til mottak av meldinger. Dette kvalifiserer ikke til at tjenestene bruker elektroniske meldinger, men at til dels klarer å følge opp innkommende «post» (elektroniske meldinger). Dette gjelder både i dialog med fastlege og helseforetak. I og med at alle tjenester i Bergen kommune har fått tilbud om samme opplæring i å bruke elektroniske meldinger, kan dette tyde på tjenestene enten ikke har sett behovet for elektroniske meldinger, enten som følge av at de har tilgang på lege, som følge av telefondialogen de har med helseforetaket eller som følge av hvordan meldingsflyten fungerer internt i kommune. Mangelfull opplæring, forståelse og lite meldinger i starten trekker jeg også frem som mulige årsaker. Uansett hvorfor eller hvorfor ikke, så vil jeg fremheve at tjenestene, på grunnlag av både behov og organisatoriske rammer (kontekst) har behov for opplæring tilpasset sin hverdag. Konteksten som elektroniske meldinger implementeres i, er en viktig faktor som må tas hensyn til ved alle former for implementeringsprosjekter. Dette bidrar enten til å

fremme eller hemme de ulike handlingene de ansatte gjør for å ta i bruk ny teknologi eller endre arbeidsformer.

6.4 Verdssettelse

Den fjerde og siste grunnpilaren i NPT er *vrderingsarbeid* eller *verdssettelse* av den nye teknologien eller endrede praksisen. Dersom deltakerne verdsetter elektroniske meldinger vil disse lettere integreres i det daglige arbeidet og oppfattes som den normale praksisen for samhandling.

Hjemmesykepleien (R1-R3) er enda en gang samstemt på at de ikke kunne tenke seg en hverdag uten elektroniske meldinger. De ser på dette som en god kommunikasjonskanal og er den foretrukne samhandlingsformen. De presiserer allikevel at de av og til har behov for å bruke telefon (når spesielt legen ikke svarer på meldinger), og de ønsker seg noe hyppigere samarbeidsmøter med helseforetaket når det er omfattende hjelpebehov som skal tilrettelegges, men da i supplement til elektroniske meldinger. Dette er forståelig, og elektroniske meldinger erstatter ikke all annen kommunikasjon. Når det også er kjent at økt risiko for feil oppstår i overgangen mellom to tjenestetilbud, er det viktig at rett og nok informasjon overføres til den som skal ta over ansvaret for behandling/oppfølging av pasienten. Hensikten med elektroniske meldinger har hele tiden vært å sikre at pasienten får et helhetlig informasjonsforløp mellom tjenestenivåene, ved at informasjonen utveksles skriftlig mellom aktørene – og da også i forkant av at pasienten skrives ut. Det er spesielt informasjonsutvekslingen mellom pleie- og omsorg og helseforetak som krever rask respons etter samhandlingsreformen kom i 2012. Kommunikasjonen med fastlegen, og da spesielt for hjemmesykepleien som ikke har lege tilgjengelig, er også av stor betydning når tjenesten opplever en økning av dårligere og sykere pasienter. Samhandlingsreformen er derfor med på å forsterke bruken av elektronisk meldinger i hjemmesykepleien. Det oppleves som at hjemmesykepleien verdsetter elektroniske meldinger både med fastleger og helseforetak. De har identifisert både fordeler og ulemper med meldingene og har tilpasset arbeidsmetoder som understøtter bruk av elektronisk samhandling, noe som indikerer at de er godt kjent med dem og foretrekker å bruke dette.

Institusjonene (R4-R6) som helhet oppleves å har lite grunnlag for å vurdere elektroniske meldinger og hvilken effekt dette kunne hatt på tjenestens informasjonsutveksling, men at noen få ser verdien av å bruke elektroniske meldinger i begrenset omfang kan studien tyde på. Det de sier om elektroniske meldinger er at det er «*tidsbesparende*» R5 og «*du treffer rette vedkommende*» R4. Men også «*jeg tror ikke de ansatte merker det, altså de forholder seg ikke til det*» og «*jeg syntes personlig at det er veldig greit å snakke med folk da*» R6. En viktig faktor for R5 er også at de ikke bruker pleie- og omsorgssystemet som primærsystem for journalføring, mens elektroniske meldinger følges og sendes fra pleie- og omsorgssystemet. Dette kan være med på å hemme verdien på elektroniske meldinger for sykepleierne, da det blir enda et fagsystem å forholde seg til. Hovedslutningen er at det virker som elektroniske meldinger i liten grad verdsettes og at det oppleves som enda en oppgave som må gjøres.

6.5 Oppsummering av diskusjonen relatert til NPT

Til nå har jeg sammenlignet hjemmesykepleien og institusjonene ved å bruke NPT som grunnlag for å vurdere i hvilken grad de har normalisert bruken av elektroniske meldinger. NPT fremhever at disse fire grunnpilarene eller komponentene er avgjørende for om en lykkes med integreringsarbeid eller normalisering av ny praksis. For å oppfriske og konkludere er dette gradene av normalisering:

1. **Implementering** – å ta i bruk ny praksis (*elektroniske meldinger*)
2. **Embedding** – (*rutinemessig forankring*) i hverdagen til den enkelte og i gruppen
3. **Integrering** – når den nye praksisen opprettholdes i organisasjonen (*når dette er den «vanlige» måten å kommunisere på*).

Det vises til at det kan være flere indre og ytre faktorer som enten hemmer eller fremmer ny praksis. Dette vil si at det er et sprik mellom det som forventes at «blir gjort» og det som faktisk blir gjort. Faktorer som er med på å hemme om elektroniske meldinger normaliseres (integreres) i tjenestene (utførerleddene) er flere, spesielt vil jeg trekke frem hvordan meldingsflyten fungerer, det at tjenestene bare får deler av et meldingsforløp fra helseforetaket gjør det vanskelig å følge opp. Det samme gjelder for hvordan samhandlingsreformen påvirker samhandlingen mellom tjenestenivåene, det at

pasienter i større grad kommer ut med et større oppfølgingsbehov, senere tidspunkt for utskrivelser og en hurtig dialog, passer ikke inn med hvordan pleie- og omsorgstjenesten er organisert og bemannet. I tillegg antar jeg at sykehjemmet som bruker to journalsystemer, også vil ha større utfordringer med å normalisere bruken av elektroniske meldinger. Det som er med på å fremme normaliseringen, spesielt for hjemmesykepleien, er behovet for dialog med fastlegen og helseforetaket for å sikre oppfølgingen av pasienten. I tillegg oppleves ledelsesforankring, spesielt i hjemmesykepleien, som fremmede på bruk av meldingene.

I hvilken grad er elektroniske meldinger normalisert i hjemmesykepleien?

I forhold til bruk av elektroniske meldinger i samhandling med fastlege, oppleves det at meldingene er en integrert del av hverdagen og *i høyeste grad normalisert*. Dette gjelder for de tjenestene som respondentene representerer. I forhold til bruk av elektroniske meldinger i samhandling med helseforetak, oppleves det at meldingene *i nok så stor grad er forankret og delvis integrert*. Med dette mener jeg at tjenestene har litt arbeid igjen med å bruke meldingene for det de er verdt, og bli flinkere til å se «neste ledd» sitt behov for informasjon og seg selv som et ledd i samhandlingskjeden. Det vil alltid være noen ansatte som faller utenfor og bruker elektroniske meldinger i mindre eller ingen grad. Dette har jeg ikke opplysninger om og så lenge det ikke påvirker tjenesten som helhet, vil jeg si at det er av mindre betydning i denne vurderingen.

I hvilken grad er elektroniske meldinger normalisert i korttids- og rehabiliteringsavdelinger på institusjon?

I samhandling med fastlege oppleves det at elektroniske meldinger er *implementert i noen grad*. Det vil si at enkeltpersoner innenfor tjenesten har tatt i bruk meldinger i begrenset omfang. Det gjenstår en god del arbeid for at meldingene skal være normalisert og oppleves som en integrert del av hverdagen. Det sendes fortsatt primært brev fra avdelingene og telefon er også fortsatt å foretrekke. Det samme gjelder for bruk av elektroniske meldinger i samhandling med helseforetak. Innkommende meldinger følges til dels opp elektronisk, men hovedformen for kommunikasjon skjer per telefon og papir. I motsetning til hjemmesykepleien vil jeg trekke frem de få aktørene som faktisk prøver å bruke elektroniske meldinger som den foretrukne samhandlingsformen. Dessverre er ikke disse enkeltpersonene tilstrekkelig representert til å løfte inntrykket av tjenesten som helhet.

6.6 Denne studien opp mot annen forskning

Denne studien er relevant for å belyse hvordan elektroniske meldinger faktisk tas i bruk i pleie- og omsorgstjenesten. Dette er foreløpig den eneste studien som sammenligner bruk av elektroniske meldinger i hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelinger på institusjon innenfor samme pleie- og omsorgstjeneste. Og som etterspør *handling* som de ansatte gjør eller ikke gjør for å ta i bruk elektroniske meldinger. Den viser at tjenestene tar i bruk elektroniske meldinger i ulik grad, selv etter at dette er vedtatt sentralt i organisasjonen. Det gjøres også antydninger på hvordan organisering av pleie- og omsorgstjenesten kan være med å påvirke bruken av elektroniske meldinger.

Studien vil også være relevant for andre implementeringsprosjekter. Elektroniske meldinger innføres over hele landet som den primære samhandlingsformen mellom pleie- og omsorg og fastlege, og mellom pleie- og omsorg og helseforetak. Denne studien er derfor av betydning for flere kommuner, selv om en kvalitativ casestudie som dette ikke lett lar seg generalisere. Funnene i seg selv er grunn nok til å reflektere over egen organisasjon.

Annen forskning sier blant annet at kvaliteten på innhold i meldingene er varierende og kan derfor spille en rolle i hvorfor en ikke tar dette i bruk slik intensjonen var. Bjørlo og Christensen (Bjørlo and Christensen, 2014) har sett på «Innleggelsesrapport» og «Helseopplysninger», (Figur II PLO-meldinger mellom pleie- og omsorg og helseforetak (Vestlandsløftet, 2012b)) og finner at ca. halvparten av meldingene inneholder feil eller mangler. Dette betyr at elektroniske meldinger ikke alltid tilfredstiller mottakers behov for informasjon. Som kompensasjon sendes det ytterligere flere meldinger, eller sykepleierne bruker telefon for å innhente nødvendig informasjon. Grimsmo (Grimsmo, 2013) finner også at det er mangelfullt eller for lite informasjon om pasienter som skrives ut. Samtidig som pasienten varsles utskrivningsklar flere dager på rad, og når pasienten kommer er den dårligere en først antatt. Jeg vet ikke om dette var noe bedre før samhandlingsreformen eller elektroniske meldinger, men det er blitt synlig for tjenesteutøverne (og myndighetene) at informasjonsutvekslingen er for dårlig. I tillegg er pasientene dårligere når de skrives ut og det bidrar også til økt informasjons- og samhandlingsbehov. Myndighetene fremhever behovet for elektroniske kommunikasjonsløsninger som understøtter

behovene for informasjonsutveksling mellom tjenestenivåene. Samhandlingsreformens påvirkning på pasientflyten mellom tjenestenivåene krever at informasjon utveksles raskt.

Min erfaring, etter å ha snakket med de ulike kommunene på Vestlandet, er at dette gjelder de fleste kommunene. En annen erfaring at aktørene har en mangelfull forståelse for informasjonsflyten i samhandlingskjeden. Det vil si at den enkelte primært ser «sin tjeneste» når det gjelder å motta informasjon, og det oppleves som det er manglende forståelse for hva neste tjenestenivå har behov for av informasjon om pasienten. Jeg vil si at det kan være mange ulike årsaker til dette, men forståelse og opplæring er viktige brikker for å bedre informasjonsflyten gjennom elektroniske meldinger. Vestlandsløftet har av den grunn laget en opplæringsvideo med fokus på forståelse av meldingsflyt som understøtter pasientforløpet, og som kan brukes av både fastlege, helseforetak og kommunen (Vestlandsløftet, 2012a).

Melby og Hellesø (Melby and Hellesø, 2014b) har brukt NPT for å se på innføring av rutiner knyttet til elektroniske meldinger, og finner at dersom rutinene ikke understøtter arbeidsprosessene, blir rutinene heller ikke fulgt og meldingene følges ikke tilstrekkelig opp. Jeg har ikke mye data som sier noe om elektroniske meldinger understøtter arbeidsprosessene, men hjemmesykepleien trekker frem at når melding om utskrivningsklar pasient kommer etter lunsj, er ofte kveldens arbeidslister skrevet ut. De er da avhengig av å få et lite hint fra forvaltningsenheten om at pasienten kommer hjem. I dette tilfelle understøtter ikke meldingsflyten eller ansvarsdelingen mellom bestiller-utfører, arbeidsprosessen til hjemmesykepleien og dette blir derfor et sårbart punkt i pasientoverføringen. For institusjonene er elektroniske meldinger av mindre betydning når de har fullt belegg og ikke venter andre pasienter. Dette bidrar kanskje til at elektroniske meldinger og rutiner ikke følges daglig.

I følge (Basmo, 2010) siterer Berwick (1991) Senge fra «The Fifth Discipline» *“from a very early age, we are taught to break apart problems, to fragment the world. This apparently makes complex tasks and subjects more manageable, but we pay a hidden, enormous price. We can no longer see the consequence of our actions; we lose our intrinsic sense of connection to the larger whole.”* Røft oversatt betyr det at vi fra vi var liten, har lært oss å fragmentere verden for lettere å kunne håndtere den, med de

konsekvenser at vi ikke lenger ser helheten. Overført til helsetjenesten betyr dette at vi i stor grad er tapt i «vår egen verden» og klarer ikke å se helheten fra pasientens ståsted. Berwick sier at vi har fått mye ny kunnskap om helse og dens problemer, som følge av denne fragmenteringen. Men han sier også at *“Information is lost in the gaps between primary care and specialists and among specialists, themselves.”* Disse fragmenterte drivkreftene kan være til hinder for utvikling og endring i «eget hus». Slik fragmentering kan beskrives i tre dimensjoner (Basmo, 2010):

1. Strukturell fragmentering (tjenesteoppdeling i administrative enheter/nivåer, ulike systemer)
2. Klinisk fragmentering (pasientgrupper eller profesjoners spesialisering)
3. Kulturell fragmentering (ulike vurderinger, prioriteringer og ideologier)

Det er viktig å ha kunnskap om og evne til å gjenkjenne disse fragmenteringene, slik at de ikke er til hinder for å se helheten i relasjon til innføring og bruk av elektroniske meldinger. Det er en viktig forutsetning at ledelsen og de ansatte ikke bare ser sitt eget informasjonsbehov, men også fastlegens og helseforetakets behov for informasjon, til best mulig å kunne ivareta pasienten. I pleie- og omsorgstjenesten i Bergen kommune vil disse tre fragmenterings-dimensjonene i en eller annen form være fremtredende på grunn av hvordan tjenestene er organisert, og bidra til å hemme informasjonsflyten mellom tjenestene. Samhandlingsreformen understøtter denne organisatoriske kompleksiteten *«Det er krevende å tilrettelegge nye rutiner og arbeidsprosesser, sikre nødvendig kompetanse samt interesse og tid hos helsepersonell. Det har til en viss grad vært vanskelig å forene fag- og IKT-interessene»* (s. 133 St. meld nr. 47, 2009).

6.7 Praktiske konsekvenser av funnene

Funnene i denne studien viser at pleie- og omsorgstjenestene bruker elektroniske meldinger i varierende grad. Samhandlingsavtaler og interne rutiner tilsier at elektroniske meldinger skal være hovedkanalen for samhandling og informasjonsutveksling. Hjemmesykepleien tilfredsstillende dette i stor grad. Derimot kan det se ut som det er utfordringer for institusjonene å bruke elektroniske meldinger slik det er beskrevet i interne rutiner (vedlegg 4 og 5). Funnene tilsier også at kommunens valg av meldingsflyt og «tre-trinns» ansvarsmodell (meldingsmottak, forvaltningsenhet og resultatenehet) bidrar til å komplisere oppfølgingen av elektroniske meldinger og samhandlingen mellom tjenestenivåene, spesielt mot helseforetak. Utfordringen ser ut til å være størst mellom forvaltningsenhet og resultatenehet, da utførerleddene kommer sent inn i meldingsdialogen. Dette bidrar til at tjenestenes naturlige arbeidsflyt blir påvirket. For hjemmesykepleien har dette for eksempel innvirkning på hvilke tidspunkt de lager arbeidslister for neste dag og hvordan de håndterer pasienter som er meldt utskrivningsklar etter dette.

7. Konklusjon

I denne studien har jeg tatt for meg bruk av elektroniske meldinger og i hvilken grad disse har blitt normalisert i hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelinger på institusjon. Å innføre ny teknologi eller å endre praksis har vist seg å være krevende for pleie- og omsorgstjenesten og organisasjonen som sådan. Det er mange aktører intern i kommunen som er en del av meldingsflyten, og sammen med høyt press på å ta i mot utskrivningsklare pasienter fra helseforetaket bidrar dette til krevende samhandlingsforhold mellom tjenestenivåene. Bruk av Normalization Process Theory har vært en spennende ramme for oppgaven og har bidratt til å belyse problemstillingen på en god måte. Teorien er opptatt av hvilke handlinger de ansatte gjør for å ta i bruk ny teknologi eller endrede arbeidsformer. Disse handlingene er inndelt i fire hovedkomponenter; forståelse, engasjement, utførelse og verdsettelse.

Funnene i denne studien viser at de seks respondentene har ulik kunnskap om tjenestens bruk av elektroniske meldinger. Funnene viser også at det er ulik forankring av elektroniske meldinger i hjemmesykepleien og på institusjonene.

Hovedfunnene av det empiriske materialet er oppsummert i kapittel 6.5 men konklusjonen finner du her:

Hjemmesykepleien er godt på vei med å normalisere bruken av elektroniske meldinger og med litt mer fokus på interne rutiner vil tjenesten få det til å fungere enda bedre.

Konklusjonen er at meldingene er integrert og oppleves som den normale samhandlingsformen.

Når det gjelder korttids- og rehabiliteringsavdelingene, har de et godt stykke arbeid frem for seg for å kunne hevde at elektroniske meldinger er normalisert og den foretrukne kommunikasjonsformen. Meldingene er så vidt implementert i denne tjenesten, og det er primært enkeltansattes oppfølging og ikke tjenesten som helhet.

Konklusjonen er at elektroniske meldinger til dels er implementert i tjenesten.

Det er ikke gjort tilsvarende studier, så å sammenligne denne med andre studier rettet seg derfor mot elementer som kan ha innvirkning på om elektroniske meldinger tas i bruk eller ikke. Av den grunn er kvalitet på innhold av meldingene trukket frem, sammen med understøttelse av arbeidsprosesser, forståelse for informasjonsutveksling og fragmentering av helsetjenesten.

7.1 Videre anbefalinger

Det gjenstår en god del arbeid med å integrere elektroniske meldinger i pleie- og omsorgstjenesten, og da spesielt for institusjonene, slik at disse oppleves som normalisert og den vanlige samhandlingsformen. Det kan være hensiktsmessig å kartlegge arbeidsprosessene i korttids- og rehabiliteringsavdelingene for å se hvordan elektroniske meldinger kan brukes til å understøtte samhandlingen med fastlege og helseforetak. Da denne studien kun har hatt fokus på hjemmesykepleien og korttids- og rehabiliteringsavdelinger, som i utgangspunktet har et bra volum av elektroniske meldinger, anbefaler jeg også å kartlegge de resterende utførerleddene i pleie- og omsorgstjenesten som ikke har like mye meldinger. NPT oppleves som et godt verktøy til denne type kartlegging og anbefales brukt i kombinasjon med observasjonsstudier og intervju.

Meldingsflyten internt i pleie- og omsorg anbefales det også å se litt nærmere på. Bestiller – utførermodellen har sin misjon på ulike områder, men for meldingsflyten oppleves den til å være et hinder for god informasjonsoverføring i utførerleddene. Delt ansvar mellom ulike etater (bestiller-utfører) på et meldingsforløp, bidrar til å fragmentere meldingsflyten, da de ulike etatene (tjenestene) har ulikt informasjonsbehov. Forvaltningsenheten (bestiller) er i stor grad ute etter å vite hvilket tjenestenivå og omsorgsbehov pasienten har etter utskrivelse fra helseforetak, slik at de tildeler rette tjenester. Tjenestene (utførerleddene) der i mot er i stor grad ute etter informasjon om hvordan de skal følge opp og behandle pasienten videre.

Til Universitetet i Bergen og dette masterprogrammet vil jeg anbefale dere å vurdere om NPT kan inngå som en del av kurslitteraturen som et anbefalt rammeverk/teoretisk vinkling innen helseledelse. Det er blant annet leders oppgave og ansvarsområde å påse at nye og endrede arbeidsformer gjennomføres blant de ansatte.

7.2 Kritikk til eget arbeid

Studien ville vært utført litt annerledes dersom teoretisk vinkling hadde vært klar før intervjuene ble gjennomført. Normalization Process Theory fokuserer på handling og er ikke bare en teori, men også et verktøy som kan brukes gjennom hele implementeringsprosessen og evalueringen av den. For å kartlegge handling og hva de ansatte faktisk gjør, ville jeg nok fortsatt valgt en kvalitativ studie, men da i kombinasjon av observasjonsstudier og intervju. Jeg ville da fått flere vinkler på handling og forståelse av elektroniske meldinger og tilhørende rutiner og avtaler. Spørsmålsformuleringen i intervjuguiden ville også vært noe ulik og mer i tråd med hvilke opplysninger NPT vektlegger.

Opprinnelig var jeg også ute etter et større ledelsesperspektiv, men det ble vanskelig å finne rett vinkling på oppgaven da.

Referanseliste

- 2011a. Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Helse- og omsorgsdepartementet
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115?q=lov+om+medfinansiering+av+spesialisthelsetjenesten>
- 2011b. Lov om folkehelsearbeid. Helse- og omsorgsdepartementet
www.lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=lov+om+folkehelse
- 2011c. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Helse- og omsorgsdepartementet www.lovdata.no/dokument/NL/lov/22-06-24-30
- BASMO, H. R. 2010. Forankring i ledelsen. Helsebiblioteket.no.
- BJØRLO, A. R. B. & CHRISTENSEN, H. 2014. *Elektronisk meldingsutveksling- et bidrag til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige, sømløse, koordinerte og trygge tjenester? : to delstudier for å identifisere og vurdere kvalitet i elektroniske PLO-meldinger mellom kommunehelsetjeneste og helseforetak*. Master, Universitetet i Agder
- BUE, G. B. O. & FOSSE, G. A. G. 2012. *Kartlegging av dagens rutiner for informasjonsutveksling ved utskrivning av pasienter som trenger kommunale helse- og omsorgstjenester*. Master, Universitetet i Agder
- BYRÅDSSAK-77/14 2014. Samhandlingsreformen - erfaringer og oppsummering 2013:Bergen kommune
http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/2014/BEBY/2014075242-4383653.pdf
- BYRÅDSSAK-129/07 2007. Plan for videreutvikling av pleie og omsorgstjenestene. Bergen kommune
<http://www3.bergen.kommune.no/bksak/default.asp?c=47291&d=&day=117&u=BEBY&y=21.05.2007>
- BYRÅDSSAK-144/13 2013. Statusmelding for aldersinstitusjonene i Bergen 2012. Bergen kommune
http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/2013/BEBY/2013153635-3921855.pdf
- BYRÅDSSAK-147/13 2013. Samhandlingsreformen - erfaringer og oppsummering 2012. Bergen kommune
http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/2013/BEBY/2013158342-3906709.pdf

- BYRÅDSSAK-233/14 2014. Statusrapport for hjemmesykepleien i Bergen 2013.
Bergen kommune
http://www3.bergen.kommune.no/BKSAK_filer/bksak/2014/BEBY/2014235826-4613348.pdf
- DALLAND, O. 1998. *Metode og oppgaveskriving for studenter*, Oslo, Universitetsforlaget AS
- DANIELSEN, B. V. & FJÆR, S. 2010. Erfaringer med å overføre syke eldre pasienter fra sykehus til kommune. *forskning1*, 28-34
- GRIMSMO, A. 2013. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning*, 2
- HELSE & OMSORGSDEPARTEMENTET 2008. Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- HELSEDIREKTORATET 2011. Handlingsplan 2011 – Meldingsløftet i kommunene 2010–2011. In: HELSEDIREKTORATET (ed.).
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/handlingsplan-2011---meldingsloftet-i-kommunene-2010-2011/Publikasjoner/handlingsplan2011-meldingsl%c3%b8ftet-i-kommunene2010-2011.pdf>
- HELSEDIREKTORATET 2012a. Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere. *KITH-rapport 06/08:2012*. Helsedirektoratet
http://kith.no/upload/6653/KITH_R06-08-2012-v2.1-Veiviser-PLO-meldinger.pdf
- HELSEDIREKTORATET 2012b. Standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenesten. *KITH-rapport 04/07:2012*.
http://www.kith.no/upload/6655/R04-07-2012-Pleie-og-omsorg-melding-v1.6_%20juli-2012.pdf
- JOHNSEN, H. M. 2012. *Hvordan foregår informasjonsutveksling fra kommunale deltjenester ved akutt innleggelse av pasienter i sykehus? Hva eksisterer av viktige utfordringer ved dagens praksis før innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger?* Master, Universitetet i Agder
- LYNGSTAD, M., GRIMSMO, A., HOFLOSS, D. & HELLESO, R. 2014. Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *J Clin Nurs*, 23, 3424-33
- LYNGSTAD, M., MELBY, L., GRIMSMO, A. & HELLESO, R. 2013. Toward Increased Patient Safety? Electronic Communication of Medication Information Between Nurses in Home Health Care and General Practitioners. *Home Health Care Management & Practice*, 25, 203-211

- LYNGSTAD, M., MELBY, L. & HELLESO, R. 2012. Standardised electronic information exchange between nurses in home care and GPs - the medication information processes. *Nurs Inform*, 2012, 253
- MAIR, F. S., MAY, C. R., O'DONNELL, C., FINCH, T., SULLIVAND, F. & MURRAYE, E. 2012. Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bull World Health Organ* 90, 357-364
- MALTERUD, K. 2006. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*, Oslo, Universitetsforlaget AS
- MAY, C. & FINCH, T. 2009. Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. *Sociology*, 43 535
- MAY, C. R. 2012. Agency and implementation: Understanding the embedding of healthcare innovations in practice. *Social Science & Medicine* 78 (2013) 26e33, 78, 26-33
- MAY, C. R., FINCH, T., BALLINI, L., MACFARLANE, A., MAIR, F., MURRAY, E., TREWEEK, S. & RAPLEY, T. 2011. Evaluating complex interventions and health technologies using normalization process theory: development of a simplified approach and webenabled toolkit. *BMC Health Services Research*, 11
- MELBY, L. & HELLESO, R. 2014a. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: unintended consequences for interprofessional collaboration. *Int J Med Inform*, 83, 343-53
- MELBY, L. & HELLESO, R. Normalizing E-messaging in Healthcare: Experiences with Routine Development among Healthcare Workers in Two Municipalities. In: E.A.A. JAATUN, E. B., K.E. BERNTSEN, H. GILSTAD, M. G. JAATUN (EDS.), ed. Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics (PAHI 2014), 2014b Trondheim Norway. <http://ceur-ws.org>
- NHN.NO. *Prosjekt Kommunal utbredelse (KomUt)* [Online]. <https://nhn.no/oppgaver-og-prosjekter/digital-samhandling/Sider/Prosjekter/Kommunal-utbredelse.aspx>
- RIKSREVISJONEN 2014. Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren 3:6 (2013–2014). Bergen: Fagbokforlaget AS
- SAMAN.NO. *Tjenesteavtale for samarbeid om innleggelse i og utskrivning fra spesialisthelsetjenesten innen somatisk sektor for Helse Bergen HF og Haraldsplass Diakonale Sykehus AS* [Online]. <http://saman.no/file=2444>
- SKARSGAARD, S. & LYNGSTAD, M. 2011. Elin-k prosjektet Sluttrapport http://www.kith.no/upload/6313/elin-k_sluttrapport_v1.0.pdf

- SKAVIK, K., JAMEDARI, N. A., OFIGSBØ, M. H., SCHULTZ, C. R., PETERSEN, K. & NORMANNSETH, E. 2011. Veiviser – Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen. Oslo: Helsedirektoratet
- SLAGSVOLD, H. & GUTTORMSEN, L. 2013. Meldingsutbredelse i kommunehelsetjenesten - Statusrapport 2013.
<https://nhn.no/oppgaver-og-prosjekter/digital-samhandling/Documents/2013-Statusrapport-Meldingsutbredelse-i-kommunehelsetjenesten.pdf>
- ST. MELD NR. 47, -. 2009. Samhandlingsreformen, Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- SUNDE-TVEIT, S. 2011. Sluttrapport Meldingsløftet i Bergen kommune. Bergen kommune
- THUREN, T. 2009. *Vitenskapsteori for nybegynnere*, Oslo, Gyldendal Akademisk. *Historien om de elektroniske meldingene*, 2012a. Directed by VESTLANDSLØFTET.
<http://www.youtube.com/watch?v=MqLyQ8b78tA>
- VESTLANDSLØFTET 2012b. Vestlandsheftet - Veileder for utbredelse av elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og helseforetak på Vestlandet.
https://www.bergen.kommune.no/bk/multimedia/archive/00152/Veilederen_p_bokm_152543a.pdf

Vedlegg 1 Sjekkliste for kommunen



Sjekkliste for kommunen når pasient legges inn på sykehus

Pasient legges inn på sykehus	
<ul style="list-style-type: none"> - av fastlege eller legevakt, evt. 113 innleggelse - informasjon utveksles mellom fastlege/lege og hjemmesykepleie/aktuell tjeneste 	
«Melding om innlagt pasient» fra sykehuset	Mottatt <input type="checkbox"/>
Den tjenesten som har hovedansvar for pasienten sender meldingen «Innleggelsesrapport» som svar på «Melding om innlagt pasient»	UTFØRT DATO
<input type="checkbox"/> Oversikt over pårørende (Arkfane Roller)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oversikt over relevante tjenester (Arkfane Tjenester)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diagnoser når disse foreligger (Arkfane Diagnoser)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Legemidler når tjenesten har ansvaret (Arkfane Medikamenter)	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sjekk at styrke og dosering kommer med i meldingen (forhåndsvisning) <input type="checkbox"/> Obs Marevan og detaljdosering (skriv dette under dokumentasjon) <input type="checkbox"/> Husk å skrive hva som er gitt i dag (skives under innleggelsesårsak) 	
<input type="checkbox"/> Sykepleiedokumentasjon (Arkfane Sykepleiedokumentasjon):	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Innleggelsesårsak: beskriv hendelsesforløp <input type="checkbox"/> Hvilke legemidler som er gitt i dag 	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sykepleiesammenfatning: aktuell situasjon før innleggelse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beskriv kort hva slags hjelp pasient mottar	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beskriv bosituasjon/nettverk	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Er pårørende informert? Skriv navn og telefon nr. til vedkommende	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beskriv evt. spesielle prosedyrer	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Har pasient hjelpemidler?	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Evt. hvilke 	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Navn og tlf nr til den som skriver innleggelsesrapport 	<input type="checkbox"/>
«Helseopplysninger ved søknad» (tidligmelding fra sykehuset)	Mottatt <input type="checkbox"/>
Sykehusets beskrivelse (v/ sykepleier) av pasientens situasjon og forventet forløp/tidspunkt for utskrivelse	
VED BEHOV: «Forespørsel»/ «Svar på forespørsel» for å avklare:	Utført
<input type="checkbox"/> Endret hjelpebehov	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medisinske opplysninger <input type="checkbox"/> Funksjonsvurderinger 	
<input type="checkbox"/> Hjelpemidler	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Legemidler:	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Overta ansvar <input type="checkbox"/> Endringer <input type="checkbox"/> Resepter: OBS! Medisiner med refusjonskrav <input type="checkbox"/> Legemiddel med hjem 	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Avklare behov for transport:	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pårørende? <input type="checkbox"/> Type transport <input type="checkbox"/> Tidspunkt <input type="checkbox"/> Må noen være tilstede ved hjemkomst? 	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet – f.eks endret tidspunkt for utskrivelse	<input type="checkbox"/>
«Helseopplysninger ved søknad» (evt. ved behov for legeopplysninger ved søknad om tjenester, f.eks rehabilitering) – fra sykehuset	Mottatt <input type="checkbox"/>
«Melding om utskrivningsklar pasient» – fra sykehuset	Mottatt <input type="checkbox"/>
Informasjon om tidspunkt for utskrivelse må avklares i «Forespørsel»	
Send tilbake «Svar på forespørsel» med bekreftelse på når kommunen kan ta i mot pasienten. SVARFRIST: innen 2 timer	<input type="checkbox"/>
«Utskrivningsrapport» fra sykehuset	Mottatt <input type="checkbox"/>
Evt. «Avmelding utskrivningsklar pasient» – fra sykehuset	Mottatt <input type="checkbox"/>
«Melding om utskrevet pasient» – fra sykehuset	Mottatt <input type="checkbox"/>

Vedlegg 2 ADM SAK 40 – omstrukturering av meldingsansvarlig

Dato: 17.01.12

Administrativ sak

Omstrukturering av meldingsansvarlig

Byrådsavdeling for finans, eiendom og eierskap SITV SARK-40 201001606-84

Hva saken gjelder:

Bergen kommune valgt som utgangspunkt å ha desentralt meldingsansvar. Rundt 450 personer er lært opp til å følge opp og ha ansvar for «Innboks» (inngående elektronisk post til Profil fra eksterne samarbeidspartnere) og «Avvik sendte» (all utgående meldinger som mangler kvittering eller er avvist). Begge disse meldingsboksene er kun synlig for meldingsansvarlige og superbrukere, og dette utgjør derfor en stor risiko ved fravær.

For å kunne samhandle elektronisk må hele samhandlingskjeden fungere. Mottaker overtar ikke ansvar for innholdet i meldingen før applikasjonskvittering foreligger. Prosjektgruppen har erfart at rutinene rundt meldingsmottak og sending ikke fungerer tilfredsstillende, særlig med tanke på pasientsikkerhet. Det ligger til enhver tid mellom 100 og 150 uleste meldinger i «Innboks» (ansvaret overført Bergen kommune – men ikke tatt), og mange meldinger i «Avvik sendte» (altså er ikke ansvaret overført til mottaker). Erfaringen vår er at dette har vært en trend i hele 2011, selv om prosjektgruppen har purret meldingsansvarlige/tjenestenes postmottak etter faste rutiner. Prosjektet har hatt opplæring i bruk av elektroniske meldinger, og senere bydelsvis oppfølging – uten stor endring i handlingsmønsteret. Prosjektgruppen fant dette uforsvarlig og tok det derfor opp med styringsgruppen.

Prosjektet fikk da mandat til å lage en innstilling/anbefaling til Styringsgruppen i Meldingsløftet om hvordan fordeling av elektroniske meldinger skal organiseres.

Den 5. januar ble det arrangert en workshop hvor alle involverte etater var representert. Sentralisering av ansvaret og fordeling av «Innboks» og «Avvik sendte» var gruppens entydige konklusjon.

Oppsummering fra diskusjonen:

- Sentralisering til en sentral enhet med tilknytning til Profil brukerstøtte.
 - Ved å tilknytte den nye funksjonen til en etablert enhet, vil man kunne ha jobbrotasjon og alle ansatte i enheten skal ha nødvendig kompetanse (Helsefaglig 3-årig høyskolekompetanse + god Profil og datakompetanse)
 - Anbefaler 2 fulle stillinger til brukerstøtten.
- Viktig at ansvaret følger linjeorganiseringen.
- Sentral enhet fordeler alle meldinger i «Innboks» og «Avvik sendte» etter en helsefaglig vurdering av meldingens innhold, adressering og ut i fra hvilke tjenester bruker mottar. Dette vil sikre at meldingen kommer til rett instans (f eks brukere på korttidsopphold som mottar hjemmesykepleie – eller får bistand av privat hjemmesykepleie).
- Etaten må fremskaffe oversikt over hvem som skal være melingsmottaker i de ulike avdelinger. De vil være direkte mottakere for alle meldinger som blir fordelt til egen enhet. Alle meldinger vil være synlig for alle ansatte som er autorisert til å ha tilgang til meldingene på denne avdelingen.
 - Intensjonen er at meldingene fordeles til gruppen, via disse personene. Dermed vil avdelingsleder være ansvarlig for at egne ansatte henter og ferdigstiller meldingene. Dette vil gi avdelingsleder og gruppen kontroll over hvilke meldinger som er behandlet eller ikke.
- Sentraliseringen minsker sårbarheten ute i tjenesten med hensyn til tilstedeværelse, sykdom/generelt fravær, ferie etc.
- Arbeidsgruppen kom med gode innspill til tiltak som bør gjennomføres i forbindelse med endringen i organiseringen. Prosjektgruppen har notert seg disse.
- I forbindelse med Samhandlingsreformen må Forvaltningen være tilgjengelig også i helgene for å kunne ta i mot meldinger (telefoner og elektronisk post fra helseforetakene). Anbefalingen vil da være at Forvaltningen også påtar seg ansvaret for å fordele «Innboks» i Profil på lørdag og søndag. Dette vil være kostnadseffektivt for kommunen og lett å organisere.
 - Rutine for vaktordningen må etableres.

Økonomi

Finansieringsmodell for den sentrale funksjonen må de involverte byrådsavdelingene ta ansvar for. De 2 stillingen som er skissert opprettet tar høyde for å dekke dagens meldingstrafikk med fastlegene og pilotdrift med Helse Bergen (2- 3 poster på medisinsk avdeling). Erfaringen fra pilot må resultere i en vurdering av om den sentrale gruppen må styrkes ytterligere. Vi forventer ikke full utrulling på helseforetakene de første årene.

Vedtak:

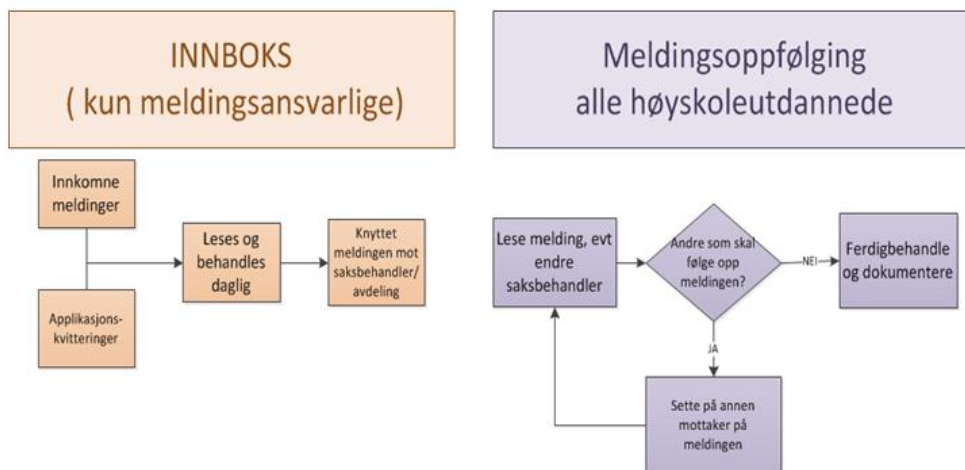
Det etableres og finansieres 2 (to) nye 100 %-stillinger organisert i tilknytning til Profil Brukerstøtte som overtar ansvaret for å fordele meldingene ut av «Innboks» og «Avvik sendte».

Sidse Sunde-Tveit

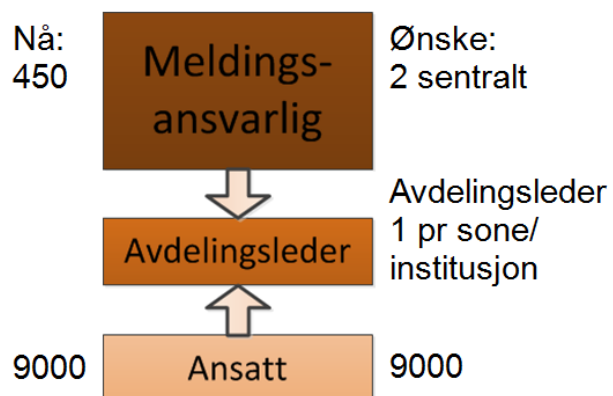
Vedlegg 1: Prosess for meldingshåndtering

Vedlegg 2: Dagens og ønsket organisering

Vedlegg 1: Prosess for meldingshåndtering



Vedlegg 2 Dagens og ønsket organisering



Vedlegg 3 Organisering av meldingsmottak

Hentet fra Retningslinjer for bruk av elektroniske meldinger i Bergen kommune



4.0 Organisering av meldingsmottak i kommunen

Adresser	Håndtering i mottakssystem
<ul style="list-style-type: none">• SENTRALT MOTTAK• Hjemmesykepleie• Tjenester til utviklingshemmede• Sykehjem• Avdeling for psykisk helse• Saksbehandler – forvaltningsenhet• Fysio-ergoterapitjeneste• Ergoterapitjeneste• Tilsynslege sykehjem	<ul style="list-style-type: none">• Alle meldinger mottas først i Innboks, og kun Sentralt meldingsmottak har tilgang til denne. Mottaket fordeler meldinger utfra tjenesteadresse og innhold.• Elektroniske meldinger skal behandles² fra Gruppens ubehandlede meldinger, leses og følges opp av meldingsansvarlig/sykepleier/vernepleier/fysioterapeut/ergoterapeut/saksbehandler samme dag som meldingen mottas.• Meldinger som ligger til forfall under <i>Gruppens ubehandlede meldinger</i> og/eller <i>Mine ubehandlede meldinger</i> skal også behandles umiddelbart, enten ved å sette lengre forfallsdato eller ferdigbehandle den.• Alle meldinger journalføres automatisk når de ferdigbehandles, slik at de blir underlagt EPJ-regimet. Det betyr at elementet låses for sletting og redigering 8 timer etter journalføring.• Meldingsansvarlig/sykepleier/vernepleier/fysioterapeut/ergoterapeut/saksbehandler kan fordele meldingen til behandling til annen saksbehandler eller helsepersonell (eksempelvis tilsynslege) dersom behov.• For de som er autorisert for å ha tilgang til informasjon om aktuell pasient, får følgende funksjonsgruppe opp <i>meldingsvarsel</i> i Profil om at det ligger elektroniske meldinger med forfall. De har tilgang til <i>Gruppens ubehandlede meldinger</i>, <i>Mine ubehandlede meldinger</i>, <i>Alle meldinger</i> og <i>Avvik sendte</i><ul style="list-style-type: none">○ Lege○ Meldingsansvarlig• For de som er autorisert for å ha tilgang til informasjon om aktuell pasient, kan meldingene i pasientjournalen under <i>Elektroniske meldinger</i>, i brukers mappe under <i>Meldinger</i> og i meldingsboksen under <i>Mine ubehandlede meldinger</i>, <i>Grps ubehandlede meldinger</i> og <i>Alle meldinger</i> leses av følgende funksjonsgruppe i Profil:<ul style="list-style-type: none">○ Lege○ Avdelingsleder○ Sykepleier/vernepleier○ Fysio/ergo○ Saksbehandler <p>² Behandling innebærer at en godkjenner at rapporten er kommet til korrekt pasient/journal, og at meldingen er lest og fulgt opp</p> <ul style="list-style-type: none">• Meldinger som gjelder pasienter som tidligere ikke har mottatt tjenester fra Bergen kommune blir kun synlig for enkelte i forvaltningsenheten og i fysio-ergo, i tillegg til systemansvarlige. Forvaltningsenheten sørger for opprettelse av brukermappe så snart som mulig for å få meldingen rutet riktig, og viderefremidler deretter mottak av meldingen til aktuell enhet/saksbehandler.• Ulike valg ved behandling av meldingene:<ul style="list-style-type: none">○ <i>Behandlingsstatus "Under oppfølging"</i>



	<p>Settes dersom meldingen ikke gjøres ferdig straks, men skal følges opp senere. Meldingen vil nå legge seg i <i>Gruppens ubehandlede meldinger</i> i tillegg til i pasientjournalen under <i>Elektroniske meldinger</i> og i brukers mappe under <i>Meldinger</i>. I tillegg vil meldingen også bli liggende under <i>Mine ubehandlede meldinger</i> til operatøren som er satt som saksbehandler på meldingen. Det kan skrives inn tekst i feltet Saksutredning over meldingen for evn å klargjøre hva som gjenstår.</p> <ul style="list-style-type: none">o <i>Behandlingsstatus "Fordelt til ansvarlig"</i> Settes dersom andre har ansvar for å ferdigbehandle og journalføre meldingen. En må da skrive inn initialene til vedkommende som har ansvar for å følge opp meldingen når behandlingsstatusen settes. Meldingen vil nå legge seg i <i>Gruppens ubehandlede meldinger</i> i tillegg til i pasientjournalen under <i>Elektroniske meldinger</i> og brukers mappe under <i>Meldinger</i>. Meldingen blir også liggende under <i>Mine ubehandlede meldinger</i> til operatøren som er satt som saksbehandler på meldingen. Det kan skrives inn tekst i feltet Saksutredning over meldingen for evn å klargjøre hva som gjenstår.• <i>Behandlingsstatus "Ferdig behandlet"</i> Settes når en ferdigbehandler meldingen. Journalføring skjer automatisk. Etter lagring vil meldingen kun finnes igjen i pasientjournalen under <i>Elektroniske meldinger</i> og i brukers mappe under <i>Meldinger</i>. Evn innskrevet tekst i feltet for Saksutredning over meldingen vil låses for redigering etter 8 timer.
--	--

Vedlegg 4 Rutine for elektronisk meldingsutveksling med fastlege



Fagområde: Helse

Dok. type: Rutine

Dok. nr.: BKDOK – 2012-00868.01

BERGEN KOMMUNE

Rev. dato: 06.11.12

Gyldig til: 31.10.13

Side 1 av 2

Rutine for elektronisk meldingsutveksling med fastlege

Hensikt: Sikre at elektroniske meldinger i Profil blir lest og fulgt opp i henhold til gjeldene rutine, slik at pasientene får riktige tjenester og behandling følges opp.
Bruksområde Rutinen gjelder for all elektronisk meldingsutveksling mellom fastleger og resultatenheter i Bergen kommune
Ansvar og myndighet Den enkelte resultatenhetsleder har ansvar for at rutinen gjøres kjent og følges opp på det enkelte tjenestested. Resultatenhetsleder skal sørge for at den som yter hjelp til bruker/pasient gis nødvendig opplæring av rutinen.
Reglement: Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp
Referanse: Veileder i bruk av elektroniske meldinger i Profil, Bergen kommune Liste over angitte initialer Legemiddelhåndtering uten for institusjon

Nr.	BESKRIVELSE	FRIST	ANSVARLIG
1.0	Fordele meldinger fra «Innboks» til «Gruppens ubeh. mld.» mandag-fredag innen ordinær arbeidstid. 1. Meldinger fordeles etter tjenesteaadressering til utøvende tjenestested når pasienten har aktive tjenester. 2. Meldinger fordels i henhold til liste av angitte initialer. 3. Ukjent bruker registreres i Profil i dialog med FVE.	Fortløpende	Sentralt meldingsmottak
2.0	Følge opp meldinger i «Gruppens ubeh. mld.» 1. Søk etter meldinger som er fordelt til initialer på eget tjenestested 2. Endre status på meldinger som DU følger opp til: «under behandling». Legg inn dine Profilinitialer som ansvarlig (evt bruk mikrosøk – mellomromtast + tabulator) 3. Endre status til «ferdigbehandlet» når du har fulgt opp meldingen 4. Sendte meldinger som feiler, eller mangler kvittering, følges opp i henhold til veileder Legemiddelending i henhold til informasjon fra lege skal umiddelbart føres i legemiddel-modulen i Profil.	Meldinger følges opp fortløpende og innen 1 virkedag Oppdatering av journal gjøres fortløpende.	Ansatte som sender og følger opp meldinger.
3.0	Ferdigbehandling av melding under «Gruppens ubeh. mld» • Endre status til «ferdig behandlet»	Snarest og innen 14 dager	Ansatte som sender og følger opp meldinger
4.0	Oppfølging av eget tjenestested • Kontroller om meldinger blir fulgt opp i henhold til gjeldende rutine	Ukentlig	Leder

Vedlegg 5 Rutine for elektronisk meldingsutveksling mellom resultatenhets og helseforetak



BERGEN KOMMUNE

Fagområde: Helse

Rev. dato: 071112
Godkjent av:
Nina Solberg Nygaard

Dok. type: Rutine

Gyldig til: 311214

Godkjent 071112

Dok. nr.: BKDOK-2012-00869.01

Side 1 av 3

Elektronisk meldingsutveksling mellom resultatenhets og helseforetak- rutine

Formål

Sikre at elektroniske meldinger i Profil blir lest og fulgt opp i henhold til gjeldene rutine, slik at pasientene får riktige tjenester og at igangsatt behandling følges opp.

Bruksområde

Rutinen gjelder for all elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak og resultatenheter i:

- Etat for hjemmesykepleie
- Etat for tjenester til utviklingshemmede, inkludert privat drevne enheter
- Etat for alders- og sykehjem, inkludert private institusjoner
- Etat for psykisk helse og rustjenester
- Private leverandører av HSY (hjemmesykepleie)
- Etat for helsetjenester- (ergo/ fysioterapi)

Ansvar og myndighet

Den enkelte resultatenhetsleder har ansvar for at rutinen gjøres kjent og følges opp på det enkelte tjenestested. Resultatenhetsleder skal sørge for at den som yter hjelp til bruker/pasient gis nødvendig opplæring rutinen.

Reglement:

- Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp
- Samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten - inn- og utskrivning somatisk sektor

Referanse:

- Veileder i bruk av elektroniske meldinger i Profil, Bergen kommune
- Liste over angitte initialer
- Rutine for elektronisk meldingsutveksling mellom Forvaltningsenhetene og helseforetak

Definisjoner

- Utførerledd: de som yter hjelp til bruker/pasient, det vil si det aktuelle tjenestestedet
- HSY: Hjemmesykepleie
- PSS: Psykiatrisk sykepleie
- UTVH: tjenester til utviklingshemmede
- INST: alders- og sykehjem

Handling

Nr	Beskrivelse av tiltak	Frist	ANSVAR
1.0	<p>Fordele meldinger fra «Innboks» til «Gruppens ubeh. mld.» mandag -fredag innen ordinær arbeidstid. Meldinger fordeles i henhold til liste av angitte initialer.</p> <p>Sentralt meldingsmottak fordeler alle meldinger til FVE med unntak av:</p> <ul style="list-style-type: none"> • «Melding om innlagt pasient» • «Utskrivningsrapport» • «Melding om utskrevet pasient» <p>Disse fordeles til utøvende tjenestested når pasienten har aktive tjenester av typen HSY, PSS, UTVH, INST.</p> <p>Ukjent bruker registreres i Profil i telefondialog med FVE.</p>	Fortløpende	Sentralt meldingsmottak
1.1	<p>Oppfølging etter ordinær arbeidstid, helg og helligdager av alle meldinger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvarsvakten dag-kveld-natt fordeler meldinger fra «Innboks» på eget tjenestested og følger opp de aktuelle meldingene. Disse er: <ul style="list-style-type: none"> ○ «Melding om innlagt pasient» ○ «Melding om utskrivningsklar pasient» på kjent bruker uten endret hjelpebehov ○ «Utskrivningsrapport» og «melding om utskrevet pasient»- tilsvarende som i vanlig arbeidstid • Sykepleier/vernepleier som har ansvarsvakt skal ha tilgang til «Innboks» • Innboksen sjekkes ved begynnelse av hver vakt og midt i vekten (dag-kveld-natt) 	Ved vaktens begynnelse og midt i vekten (dag-kveld-natt) Melding skal være fulgt opp innen vaktens slutt.	Utførerledd
2.0	<p>Følge opp meldinger i «Gruppens ubeh. mld.» mandag-fredag kl.08 00- 15 00:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Søk etter meldinger som er fordelt til initialer på eget tjenestested 2. <u>Endre status</u> på meldinger som DU følger opp til: «under behandling». Dine initialer vil da bli satt inn som saksbehandler. 3. Endre status til «ferdigbehandlet» når du har fulgt opp meldingen 4. Sendte meldinger som feiler, eller mangler kvittering, følges opp i henhold til veileder 	Fortløpende kontroll og oppfølging i henhold til avtalte tidsfrister, og <u>minimum tre ganger på hver dagvakt</u>	Utførerledd
2.1	<p>«Melding om innlagt pasient»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle aktive tjenester må legges i «Midlertidig opphør».(unntak: bolig, TRÅ(trygghetsalarm), SOP (serviceoppdrag) • Melding skal svares på med «Innleggelsesrapport» 	Fortløpende og senest innen 1 døgn	FVE/ Utførerledd
2.2	<p>«Innleggelsesrapport» – som respons på « Melding om innlagt pasient»</p> <p>OBS: sjekk at opplysninger er korrekte- bruk «vis melding»</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dersom pasienten har aktive tjenester • Dersom pasienten ikke har aktive tjenester 	Snarest og senest innen 1 døgn	Utførerledd

	Dersom bruker ikke mottar hjelp til medikamenthåndtering, skal det IKKE følge med opplysninger om legemidler. Dette må hakes av inne i meldingsbildet under arkfanen medikamenter. Andre opplysninger kan også hakes bort, dette må vurderes.		FVE
2.3	«Helseopplysning ved søknad» <ul style="list-style-type: none"> Som TIDLIGMELDING – til orientering Som endring av tidligmelding – til orientering Som søknad eller annen informasjon – til behandling 	Leses snarest og <u>senest innen ett døgn</u> . Oppfølging etter innhold	FVE
2.4	«Forespørsel»/«svar på forespørsel» – mottak og sending <ul style="list-style-type: none"> Ved ny/endring av tjeneste, skal FVE følge opp Der utøvende tjeneste kan svare, skal FVE omfordele meldingen etter liste over initialer Dersom FVE eller tjenestested ønsker ytterligere opplysninger kan «Forespørsel» benyttes inntil «Melding om utskrevet pasient» er mottatt 	Fortløpende og etter innhold	FVE/ utførerledd
2.5	«Melding om utskrivningsklar pasient» <ul style="list-style-type: none"> Bekreftelse på om og når pasienten kan tas i mot av kommunen 	Meldingen skal svares på <u>snarest og innen 2 timer</u>	FVE
2.6	«Utskrivningsrapport» <ul style="list-style-type: none"> Følges opp av utøvende tjenestested Justeringer i pasientjournalen etter behov 	Leses og følges opp snarest, og senest innen vaktens slutt	Utførerledd
2.7	«Melding om utskrevet pasient» <ul style="list-style-type: none"> Ferdigbehandles av utøvende tjenestested 	Følges opp snarest, og senest innen vaktens slutt	Utførerledd
3.0	Oppfølging av eget tjenestested <ul style="list-style-type: none"> Kontroller om meldinger blir fulgt opp i henhold til gjeldende rutine 	Ukentlig	Resultat- enhetsleder
4.0	Opplæring Opplæring av ansatte vedrørende elektronisk meldingsutveksling mellom resultatenheter og helseforetak, skal skje internt på det enkelte tjenestested.		Resultat- enhetsleder

Avvik: Når et eller flere punkter under Handling ikke er fulgt, følges gjeldende retningslinje

Vedlegg 6 Intervjuguide

Innledning:

- Hvem jeg er
- Greit at jeg tar opp samtalen
- Bekreftelse på at de vil delta og at de kan trekke seg når som helst uten videre begrunnelse
- Anonymiserer dataene – ikke gjenkjennbare opplysninger
- Mulighet for oppfølgingsintervju dersom jeg kommer på noe annet eller har glemt å spørre om noe?
- Fokusområdet er elektroniske meldinger, organisering av tjenesten og ledelse
- Når jeg snakker om elektroniske meldinger betyr det PLO-mld. og ingen andre typer elektroniske meldinger

Elektroniske meldinger:

1. Hvor godt kjenner dere til elektroniske meldinger?
(er alle i gruppen like godt kjent med meldinger)
2. Hva er gruppens erfaringer med bruk av elektroniske meldinger?
 - Hva fungerer bra?
 - Hva er utfordrende?
3. Hvem er det som primært bruker elektroniske meldinger?
4. Hvor mye og hvor ofte bruker dere elektroniske meldinger i samhandling med fastlegen?
5. Hvor mye og hvor ofte bruker dere elektroniske meldinger i samhandling med HF?
6. Opplever dere at elektroniske meldinger er en dekkende kommunikasjonsform med fastlegen og HF? hvis ikke hvilke andre måter kommuniserer dere på? Og hva er årsaken til det?
7. Hvilken nytte opplever dere av å bruke elektroniske meldinger? Og hvem er det som opplever dette?
8. Er det andre ting du vil si om elektroniske meldinger?

Organisering av tjenesten:

1. Kan du beskrive hvordan tjenesten deres er organisert?

Da tenker jeg spesielt på:

- De ansattes tilgang til «pasienten»
(Muligheten til å observere, måle, hjelpe, antall pasienter, spl.dekning, avstand)
- Ansvarsforhold og oppgavefordeling mellom de ulike faggruppene
- Ansvarsforhold rundt elektroniske meldinger
- Ansvarsforhold rundt legemiddelhåndtering

2. Hvilken betydning har denne organiseringen for hvordan dere bruker elektroniske meldinger? (bruker ikke, bruker mer/mindre/annen måte?)

3. Hvem har det medisinske ansvaret for pasientene og hvordan kommuniserer dere sammen? Er det andre involverte i denne sammenheng? (hvordan følger dere opp når det medisinske ansvaret overflyttes til fastlegen?)

4. Er det andre ting du vil si om hvordan dere er organisert som kan påvirke hvordan og om dere bruker elektroniske meldinger?

Ledelse:

Med ledelsen mener jeg den som er ansvarlig for driften av tjenesten

(Soneleder/Institusjonsleder evt. ledergruppe der avdelingssykepleier/gruppeleder inngår).

1. Kan du beskrive ledelsens rolle i forhold til elektroniske meldinger? (hvordan følger de opp?)

2. Hvem har det daglige ansvaret for elektroniske meldinger hos dere?

3. Hvor ofte har ledelsen fokus på elektroniske meldinger og hvilket fokus har de?

4. Opplever dere at elektroniske meldinger forenkler hverdagen for de ansatte og for ledelsen?

5. Beskriv hvordan dere har organisert opplæring av de ansatte i forhold til elektroniske meldinger (også nyansatte)

Vedlegg 7 Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

«Bruk av elektroniske meldinger i pleie- og omsorgstjenesten»

Bakgrunn og formål

Jeg heter Astrid Margrethe Økland Simonsen og holder på med en Erfaringsbasert master i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi på Universitetet i Bergen. Oppgaven skal leveres innen utgangen av 2014 og i den forbindelse ønsker jeg å innhente erfaringer fra bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i hjemmesykepleien og på sykehjem i Bergen kommune.

Du er invitert til å delta i studien på bakgrunn av din stilling som avdelingsleder/gruppeleder. Kriterier for utvalg i sykehjem er basert på at institusjonen har korttidsplasser/rehabiliteringsplasser. For hele utvalget er det tatt hensyn til at tjenestens geografiske tilhørighet ikke tilhører Haraldsplass Diakonale sykehus. Dere er alle utnevnt av deres leder til å være aktuelle kandidater.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Studien går ut på hvordan ulike faktorer påvirker bruken av pleie- og omsorgsmeldinger i hjemmesykepleien og på sykehjem.

Datainnsamling hentes gjennom individuelle intervju der jeg benytter en semistrukturert intervjuguide. Intervjuene er beregnet til om lag 30-45 minutter. Dersom det er i orden for deg vil jeg benytte en opptaker for å sikre at svarene blir oppfattet riktig. Opptak blir transkribert og siden slettet.

Det kan bli aktuelt å innhente ytterligere opplysninger på et senere tidspunkt. Dette vil da foregå ved hjelp av en elektronisk spørreundersøkelse og vil inkludere et større utvalg av samme brukergruppe. Spørreskjema vil i stor grad innhente samme informasjon som intervjuene. Det vil derfor ikke være nødvendig for deltakere som har deltatt i intervju å svare på spørreundersøkelsen.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt og anonymisert. Det er kun student som vil ha tilgang til intervjudataene før de er anonymisert. Det skal ikke være mulig å gjenkjenne deltakerne i studien.

Ved en eventuell spørreundersøkelse er det kun student og eventuelt databehandler som vil ha tilgang til informasjon om hvilken epostadresse spørreundersøkelsen er sendt til. Alle opplysninger som kan kobles til deltaker vil bli slettet umiddelbart etter at spørreundersøkelsen er gjennomført.

Alle opplysninger som innhentes vil bli slettet innen utgangen av 2014.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

Masterstudent Astrid Simonsen på mobil: [REDACTED] eller veileder Kari Ludvigsen på tlf: [REDACTED]

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Vedlegg 8 Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårtages gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fac: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Kari Ludvigsen
Uni Rokkansenteret
Nygårdsgaten 5
5015 BERGEN

Vår dato: 25.04.2014

Vår ref: 38528 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 11.04.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38528</i>	<i>Bruk av elektroniske meldinger i pleie- og omsorgstjenesten</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kari Ludvigsen</i>
<i>Student</i>	<i>Astrid Margrethe Økland Simonsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeeskjemaet, 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.

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Astrid Margrethe Økland Simonsen astrid.simonsen@bergen.kommune.no

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

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kjre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVE, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsd@uivt.no



Informasjonsskrivet til utvalget er godt utformet.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Bergen sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på mobile enheter, bør opplysningene krypteres.

Forventet prosjektslutt er 31.12.2014. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Data slettes.