

MASTEROPPGÅVE

**Mastergrad i organisasjon og leiing – helse- og velferdsleiing og
utdanningsleiing**

**Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar –
ein nøkkel til betre samhandling mellom
sjukehus og sjukeheimar**

Av

Irene Svarstad

Juni 2015



Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00 – post@hisf.no – www.hisf.no

Masteroppgåve i: Organisasjon og leiing- helse – og velferdsleiing og utdanningsleiing

Tittel: Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar – ein nøkkel til betre samhandling mellom sjukehus og sjukeheimar

Engelsk tittel:

Electronic nurse and care messaging – a key to better interaction between hospitals and nursing homes

Forfattar: Irene Svarstad

Emnekode og emnenamn:

MR690 – Master i organisasjon og leiing

Kandidatnummer:

10

Publisering i institusjonelt arkiv, HiSF Biblioteket (set kryss):

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

JA Nei

Dato for innlevering:

17.06.2015

Eventuell prosjekttilknytning ved HiSF

Emneord (minst fire):

Samhandling, elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar, informasjonsflyt, kommunikasjon

Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar – ein nøkkel til betre samhandling mellom sjukehus og sjukeheimar

Føremålet med studien har vore å undersøke korleis innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar har endra samhandlinga om pasient mellom sjukehus og sjukeheim, og korleis leiaren har bidrege i den prosessen.

Det er ein kvantitativ case-studie mellom to sjukeheimar i to ulike kommunar, og ei avdeling på sjukehus. Det har vorte gjennomført intervju med åtte sjukepleiarar og tre leiarar. Datamaterialet er analysert, og funna viser at det i stor grad har skjedd ei endring i kommunikasjonen om pasient mellom sjukehus og sjukeheim. Leiinga i dei ulike organisasjonane har hatt ei aktiv rolle i informasjons- og opplæringsarbeidet.

Hovudfunnet er at innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar i dei tre organisasjonane har ført til kvalitetsforbetring og auka pasienttryggleik. Dette har igjen ført til ein betre samhandlingsflyt om pasient mellom dei ulike helseinstitusjonane.

Electronic nurse and care messaging – a key to better interaction between hospitals and nursing homes

The goal of the present study has been to investigate how the introduction of electronic nurse and care messaging has changed the interaction concerning the patient, between hospital and nursing home, and how the head of the nursing home and hospital ward has contributed in this process.

It is a quantitative case study between two nursing homes in different municipalities and a hospital ward. Interviews with eight nurses and three nursing home and hospital ward heads have been carried out. The data has been analysed, and the findings show that, to a large degree, there has been a change in the communication about the patient between the hospital and nursing home. The leadership in the different organizations have played an active part in the process of informing and training the staff.

The main finding is that the introduction of electronic nurse and care messaging has led to improved quality and increased patient safety. This again has led to a better interaction flow between the different health institutions, concerning the patient.

Figurliste

Figur 1: Ulike typer PLO-meldingar, s. 15.

Figur 2: Rutine for meldingsutveksling i Sogn og Fjordane, s. 16.

Figur 3: Leavitts diamant, s. 24.

Figur 4: Former for kommunikasjon og kunnskapsutvikling, s. 29.

Figur 5: Enkel- og dobbelkretslæring, s. 31.

Innhald

Figurliste	4
Innhald	5
Føreord.....	7
Kapittel 1: Innleiing	9
1.1 Problemstilling, avgrensing og føremål.....	10
Kapittel 2: Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar – nytt samhandlingsverktøy.....	13
2.1 Nasjonal forankring og meldingsutveksling	13
2.2 Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar	14
2.3 Meldingsløftprosjektet i Sogn og Fjordane	17
2.3.1 Tilrettelegging	19
2.4 Samhandling og kommunikasjon	19
2.5 Litteratursøk.....	20
Kapittel 3: Teori	23
3.1 Organisasjonsutvikling	23
3.2 Kunnskapsutvikling.....	27
3.3 Læringsmodellar.....	31
3.4 Oppsummering og avslutting	32
Kapittel 4: Metode og design	35
4.1 Metodeval	36
4.2 Val av informantar.....	37
4.3 Presentasjon av informantar.....	37
4.4 Forskingsmaterialet.....	38
4.5 Intervjuet.....	39
4.6 Gjennomføring av intervju	40
4.7 Analyse og tolking av data.....	41
4.8 Etske refleksjonar knytt til kvalitativ intervju forskning.....	41
4.9 Validitet og reliabilitet.....	42
4.10 Oppsummering.....	42
Kapittel 5: Presentasjon av data	43
5.1 Korleis samhandla de om pasienten før innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?	43

5.1.1	Utfordringar i samhandlinga	44
5.1.2	Oppsummering.....	47
5.2	Korleis skjedde innføringa av elektroniske pleie og omsorgsmeldingar?	47
5.2.1	Organisering – Skildring av case	49
5.2.2	Retningslinjer	49
5.2.3	Informasjon	50
5.2.4	Opplæring.....	51
5.2.5	Oppsummering.....	54
5.3	Korleis samhandla de om pasientar etter innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?	54
5.3.1	Utfordringar	56
5.3.2	Forbetringar.....	60
5.3.3	Oppsummering.....	62
5.4	Korleis har leiaren medverka til at samhandlinga har endra seg?	63
5.4.1	Oppsummering.....	64
5.5	Oppsummering.....	64
	Kapittel 6: Drøfting.....	67
6.1	Innleiing.....	67
6.2	Endringsprosessen	67
6.3	Læring mellom kommunar innanfor og på tvers av fylke	72
6.4	Fasane i organisasjonsendringa	73
6.5	Samhandling.....	76
6.6	Leiarrolla.....	82
6.7	Oppsummering.....	83
	Kapittel 7: Konklusjon	85
7.1	Framlegg til vidare forskning.....	86
	Litteraturliste.....	87
	VEDLEGG A: Førespurnad om datainnsamling i samband med masteroppgåve	90
	VEDLEGG B: Informasjonsbrev til informantane.....	91
	VEDLEGG C: Informert samtykke	92
	VEDLEGG D: Intervjuguide	93

Føreord

Åra på masterstudiet ved Høgskulen i Sogn og Fjordane har gitt meg utruleg mykje kunnskap eg ikkje ville vore forutan, sjølv om det til tider har vore svært utfordrande og krevjande å arbeide med denne oppgåva.

Det var viktig for meg at masteroppgåva mi skulle vere med å få fram ny innsikt og kunnskap innanfor feltet, og at ho kan vere til nytte i ettertid.

Eg vil takke Grete Netteland som har vore rettleiaren min på masteroppgåva, du har vore til stor hjelp med konstruktive tilbakemeldingar og samtaler undervegs, du har vore positiv og motiverande.

Vidare vil eg takke alle informantane som sa seg villige til å dele sin kunnskap og erfaring. De var alle så positive og engasjerte. Eg har lært mykje av dykk!

Eg vil rette ein stor takk til familien min som har heile tida støtta og hatt trua på meg. Ekstra takk til eldste dotter Janne for gode råd og språkvask.

Målet er nådd. Eg er no kjempeglad og stolt over at eg har lukkast med å gjennomføre dette prosjektet.

Vassenden, juni 2015

Kapittel 1: Innleiing

I 2009 vart Stortingsmelding 47 (2008–2009) om samhandlingsreforma vedtatt, og gradvis innført frå 1. januar 2012. Meldinga understrekar behovet for ei samanhengande helseteneste. Kommunane må ta eit større ansvar for førebygging, behandling og omsorg for pasientane. Pasientane får no kortare liggetid på sjukehus, og eit større tal pasientar blir tidlegare i behandlingsforløpet overført til helsetenesta ute i kommunane.

Spesialisthelsetenesta skal ha fokus på sin spesialkompetanse og bruke mindre ressursar på ferdigbehandla pasientar. For at pasientane skal få ei god og heilskapleg oppfølging, er ein avhengig av god pasientsamhandling mellom nivåa i helsetenesta.

Kommunale tenester og særleg kommunehelsetenesta er grunnmuren i samhandlingsreforma. Effektiv bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), både internt og mellom dei ulike organisasjonane er ein føresetnad for å kunne realisere ambisjonane om betre koordinering, meir lokal oppfølging og meir effektive tenester. Stortingsmeldinga legg òg vekt på at det er «en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på» (2009, s. 135).

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) har vore i bruk lenge innan helse- og sosialsektoren, då i helseføretak og hjå allmennlegane. Det er dei siste åra att det er sett fokus på IKT ute i kommunane. Pleie- og omsorgstenestene har no tatt i bruk elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar i samhandlinga med helseføretaka. Pleie- og omsorgsmeldingar (PLO-meldingar) er standardiserte, strukturerte elektroniske meldingar frå et journalsystem til et anna.

Samhandlingsløysningane skal fungere på tvers av verksemd og nivå. Pasientane blir inn- og utskrivne mellom pleie- og omsorgstenesta og sjukehusavdelingar, informasjonen som blir utveksla kan vere rapportar, søknader og medisinalister. Helsepersonell som samhandlar har ansvar for å kvalitetssikre at det faglege innhaldet er tilfredstillande, og at meldingane blir sendt til rette mottakar (KITH- rapport 06/08–2011, s. 5).

Før elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar vart innført var papir, telefon eller faks einaste måten å utveksle viktig pasientinformasjon på mellom sjukehus, lege, sjukeheim og andre. Informasjonen var ikkje standardisert, så det var opp til den enkelte kommune og enkelte sjukehusavdeling og bestemme innhaldet i informasjonen, så det var mange ulike

måtar å skrive overføringsrapportar på. Kva informasjon som var viktig å ha med for at mottakar skulle klare å utføre tilstrekkeleg, forsvarleg hjelp hadde ein ikkje fokus på. I følge tal frå Norsk Helsenett var alle landets kommunar ein del av helsenettet i løpet av 2013, enten direkte eller gjennom ein vertskommune eller eit IKT-samarbeid som kommunen er tilknytta.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie har uttalt at:

«Jeg vil legge forholdene bedre til rette for at IKT blir det verktøyet vi trenger for å innfri våre ambisjoner om enkel og sikker tilgang til digitale tjenester for innbyggere og helsepersonell. Det er også viktig at data blir tilgjengelig i kvalitetsforbedring, helseovervåkning, forskning og innovasjon. Det har vært, og er, store utfordringer på dette feltet, men bit for bit lenkes nå Helse-Norge sammen elektronisk, til det beste for pasienten. Norsk Helsenett SF er en sentral aktør for å nå sektorens samlede målsetninger på IKT-området.» (Norsk Helsenett)

1.1 Problemstilling, avgrensing og føremål

Eit av utgangspunkta for problemformuleringa er interessa eg har for elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar mellom kommunehelsetenesta og helseføretak. I løpet av perioden mellom 2012 og 2014 er alle dei 26 kommunane i Sogn og Fjordane oppe og går med å sende pasientopplysningar via elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar mellom spesialisthelsetenesta og pleie- og omsorgstenesta. Helse Førde skriv i Samhandlingsnytt i august 2014: «I alle kommunane i fylket er ein no i stand til å sende elektroniske meldingar. Dette er ein milepæl, og det inneber at telefaksen sine dagar er talte. Det som no er utvikla gjeld somatikkk. Eit viktig prosjekt er ferdigstilt, men utviklinga av kommunikasjonen må halde fram.» (Helse Førde, 2014).

Gjennom arbeidet som sjukepleiar har eg følgd utviklinga innan teknologi, frå papirjournal til å få digital pasientjournal, og til å få vere med å innføre elektronisk kommunikasjon. Etter å ha fått vere med å innføre PLO-meldingar og sjå kor godt meldingane er mottatt i den kommunen eg jobbar i, ønsker eg å sjå nærare på standardiserte elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar.

Ut frå kunnskap eg sjølv har tileigna meg, ser eg at bruk av PLO-meldingar er meir effektivt og det er ein kvalitetsmessig betre måte å jobbe på, enn kommunikasjon via telefon og handskrivne notat.

Når ein skal implementere ny informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsesektoren, er det mykje nytt som kvar enkelt arbeidar må tileigne seg i form av teknikk og nye applikasjonar. Dette medfører også ein endring i arbeidsprosessane i kvar organisasjon. Det er viktig at dei tilsette får god opplæring og eigarskap til det nye systemet, graden av kor vellykka implementeringa blir, avhenger av at dei tilsette ikkje blir oversett i endringsprosessen.

Eg har formulert følgjande problemstilling:

Korleis har innføringa av elektroniske pleie og omsorgsmeldingar endra samhandlinga om pasient mellom sjukehus og sjukeheim, og korleis har leiaren bidrege i denne prosessen?

For å få svar på problemstillinga har eg valt å stille følgjande forskingsspørsmål:

1. Korleis samhandla de om pasienten før innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?
2. Korleis skjedde innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?
3. Korleis samhandla de om pasientar etter innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?
4. Korleis har leiaren medverka til at samhandlinga har endra seg?

Elektronisk meldingsutveksling er i løpet av kort tid blitt implementert på mange plan mellom ulike helseinstitusjonar. Oppgåva vil eg avgrense til å omhandle samhandlinga som skjer via *digitale, standardiserte* pleie- og omsorgsmeldingar mellom sjukehus (pleieavdeling) og korttidsavdeling på sjukeheim. Eg har valt korttidsavdeling på sjukeheim fordi flest pasientar frå sjukehus blir utskrivne til denne avdelinga. Eg ønskjer å sjå om innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar har endra samhandlinga om pasient mellom to ulike nivå, sjukeheim og sjukehus, kva faktorar har bidrege til å fremje og/eller hemme samhandlinga mellom nivåa.

Eg sit i dag med erfaringar frå arbeidet med elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar i kommunen eg jobbar i, og er nysgjerrig og spent på kva erfaringar og opplevingar andre kommunar og avdelingar på sjukehus har i arbeidet med innføringa av dei digitale

meldingane. Håpet er at funna eg gjer i arbeidet med oppgåva kan nyttast i det vidare arbeidet med kvalitetsutvikling av elektroniske meldingar mellom ulike nivå.

Av eiga erfaring veit eg at endringar i ein organisasjon i form av innføring av nytt informasjonssystem avhenger av om dei tilsette i organisasjonen får vere med og føler eit eigarskap til systemet som skal innførast. Engasjement, interesse, kunnskap, samarbeid og organisasjonskulturen i avdelinga og organisasjonen vil vere viktige element å ha med for å lykkast med innføringa av digitale pleie og omsorgsmeldingar, det vil difor vere viktig for meg å kunne sjå biletet av innføringa av pleie- og omsorgsmeldingar som heilskap. Eg må sjå på korleis samhandlinga gjekk føre seg før innføringa, førebuing og innføringsfasen og korleis samhandlingsflyten er i dag.

I den nemnde stortingsmelding nr. 47 står det «Det er viktig å understreke at innføring av IKT må kombineres med organisasjonsutvikling, endringer av rutiner og nye måter å samarbeide på for å oppnå effektivisering og kvalitetsforbedring» (s. 35).

Kapittel 2: Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar – nytt samhandlingsverktøy

2.1 Nasjonal forankring og meldingsutveksling

Pasientar som treng sjukeheimspalass eller som må innom ein sjukeheim, har ofte samansette problemstillingar som fører til at dei treng tenester frå ulike nivå innanfor helsetenestene våre, spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta. Å ha gode, velfungerande tenester er ikkje nok, ein må også ha god samhandling mellom dei ulike nivåa, slik at pasienten opplever møtet med helsetenestene som eit samordna og samanhengande pasientforeløp med god kvalitet på behandlinga. Som det står i stortingsmeldinga: «Dårlig eller manglende samhandling, gjør at pasienten fort opplever tjenestene som fragmenterte og uoversiktlige og opplever overgangen mellom dem som problematisk» (s. 47).

Gjennom det siste tiåret har det vorte sett fokus på kvalitetsforbetring i helsetenestene. I følge Bukve og Kvåle (2014, s. 27) har Institute of medicine (IOM) sine to rapportar, «To Err is Human» og «Crossing the Quality Chasm» vore viktige i utviklingsarbeidet innanfor kvalitetsforbetring av helsetenestene. Rapportane bidrog til å endre oppfatninga av kva som var årsak til kvalitetsproblema. Dei viser til at det ikkje er enkeltpersonar sin feil, men problemet ligg i sjølve systemet som genererer og produserer tenester.

Rapportane resulterte i ei meir systematisk og målretta utvikling innan kvalitetsforbetring av helsetenestene (Bukve og Kvåle 2014). I Noreg resulterte det i blant anna NOU-en «Frå stykkevis til helt – en sammenhengende helsjetjeneste» (NOU 2005, s. 3) og ein nasjonal strategi for kvalitetsforbetring i helsetenesta: «Og bedre skal det bli» (Sosial- og helsedirektoratet 2005). I 2012 vart samhandlingsreforma innført, og mottoet var: Rett behandling – på rett stad – til rett tid.

I Nasjonal helseplan (2006) vart det framheva at bruk av IKT ville verte eit viktig hjelpemiddel framover for å utvikle ein betre og samanhengande samhandling på tvers i helseorganisasjonane. «Samspill 2.0» vidarefører intensjonane som vart lagt fram i planen. Det vart sett på nye og spennande moglegheiter for å betre samhandling mellom kommunane og spesialisthelsetenesta på IKT-området. Det er blitt lagt ned eit stort stykke arbeid og innsats i å etablere og utvikle ein nødvendig «motorvei» gjennom helsenett. Norsk helsenett

er eit lukka nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling innanfor helse- og sosialsektoren i Noreg.

Den elektroniske samhandlinga er i gang, og trafikken over helsenettet aukar. Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar er ein del av denne trafikken.

Styresmaktene har gjennom lover, føreskrifter og avtalar regulert ein grunnstruktur i samarbeidet og samhandlinga, ved å forplikte helseføretak og kommunane til å inngå samarbeidsavtalar. Innhaldet i avtalene definerast gjennom Helse- og omsorgstjensteloven § 6-1 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Avtalene skal seie kvar ansvaret og oppgåvene skal plasserast, og korleis informasjonsutveksling og kunnskapsoverføring ved pasientoverføring skal skje på ein sikker og effektiv måte. I avtalene vert det presisert at det i avtalen skal komme fram ein plan og seie noko om framdrifta i arbeidet med å legge til rette for elektronisk meldingsutveksling i samsvar med nasjonal standard (St.meld. nr. 47, 2008-2009).

Gjennom det nasjonale ELIN-k-prosjektet, som vart leia av Norsk Sykepleierforbund (NSF) og KS (Kommunesektorens organisasjon), vart det utvikla og pilotert standardiserte, elektroniske meldingar som skal brukast i samhandlinga mellom pleie- og omsorgstenesta i kommunane og viktige samhandlings partnarar som fastlegar, kommunehelseteneste og sjukehus. Namnet på meldingane er pleie- og omsorgsmeldingar, og forkorta til PLO-meldingar. Det er utarbeida nasjonale retningsliner for bruk av PLO-meldingane. Nasjonalt meldingsløft (2008) er eit resultat av langvarig statleg satsing, det hadde som målsetjing å innføre e-meldingar som skulle erstatte papirbasert informasjonsflyt. Dette ville føre til ein betre og meir effektiv samhandling om pasient på tvers av dei ulike helsesektorane. Gjennom «Meldingsløftet» skal alle helseorganisasjonar få hjelp til å etablere og ta i bruk elektronisk meldingsutveksling. Prosjektet «Vestlandsløftet» vart etablert som ein del av Meldingsløftet, og skal gje hjelp og bistand til å komme i gang med elektronisk meldingsutveksling. Som ein del av «Vestlandsløftet» vart prosjektet «Meldingsløftet i Sogn og Fjordane» til.

2.2 Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar

Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar (PLO-meldingar) er som sagt standardiserte meldingar som brukast i samhandlinga mellom sjukehuset og kommunen i samband med inn- og utskriving av pasientar. PLO-meldingar er logistikkmeldingar, fagmeldingar og dialogmeldingar. Meldingane blir sendt av helsepersonell ute i dei ulike helseinstitusjonane,

via ulike EPJ-system (journalssystem) og inneheld naudsynpte pasientopplysingar som er relatert til pasientens helsetilstand. Mottakar av meldinga får ei melding i «meldingsboks» i journalssystemet om at det er kome ei melding om pasienten. Den som sender meldinga får ei elektronisk kvittering (applikasjonskvittering) som viser om meldinga har kome fram til mottakars journalssystem eller ikkje. Dette gir auka tryggleik, slik at papirkopi ikkje er nødvendig. Meldingane sendast kryptert via Norsk helsenett som er ein sikker «motorveg» for meldingane. Det er utvikla fleire typar meldingar til bruk i samhandlinga mellom sjukehus og kommunehelsetenesta. Dei fleste meldingane er standardiserte, medan nokre er opne, slik at ein kan skrive fritt. Følgande meldingar er utvikla til bruk i samhandling frå kommune til sjukehus og frå sjukehus til kommunen:



Figur 1: Ulike typar PLO-meldingar. Henta frå Vestlandsheftet.

Det er utarbeida ei rutine av pilotavdelingane i meldingsløftet i Sogn og Fjordane for sending og mottak av meldingar. Den blir brukt av alle kommunar og sjukehus i fylket. Den illustrerer korleis PLO-meldingane blir sendt mellom sjukehus til kommune og frå kommune til sjukehus. Ho ser slik ut:

E-melding mellom sjukehus og kommune

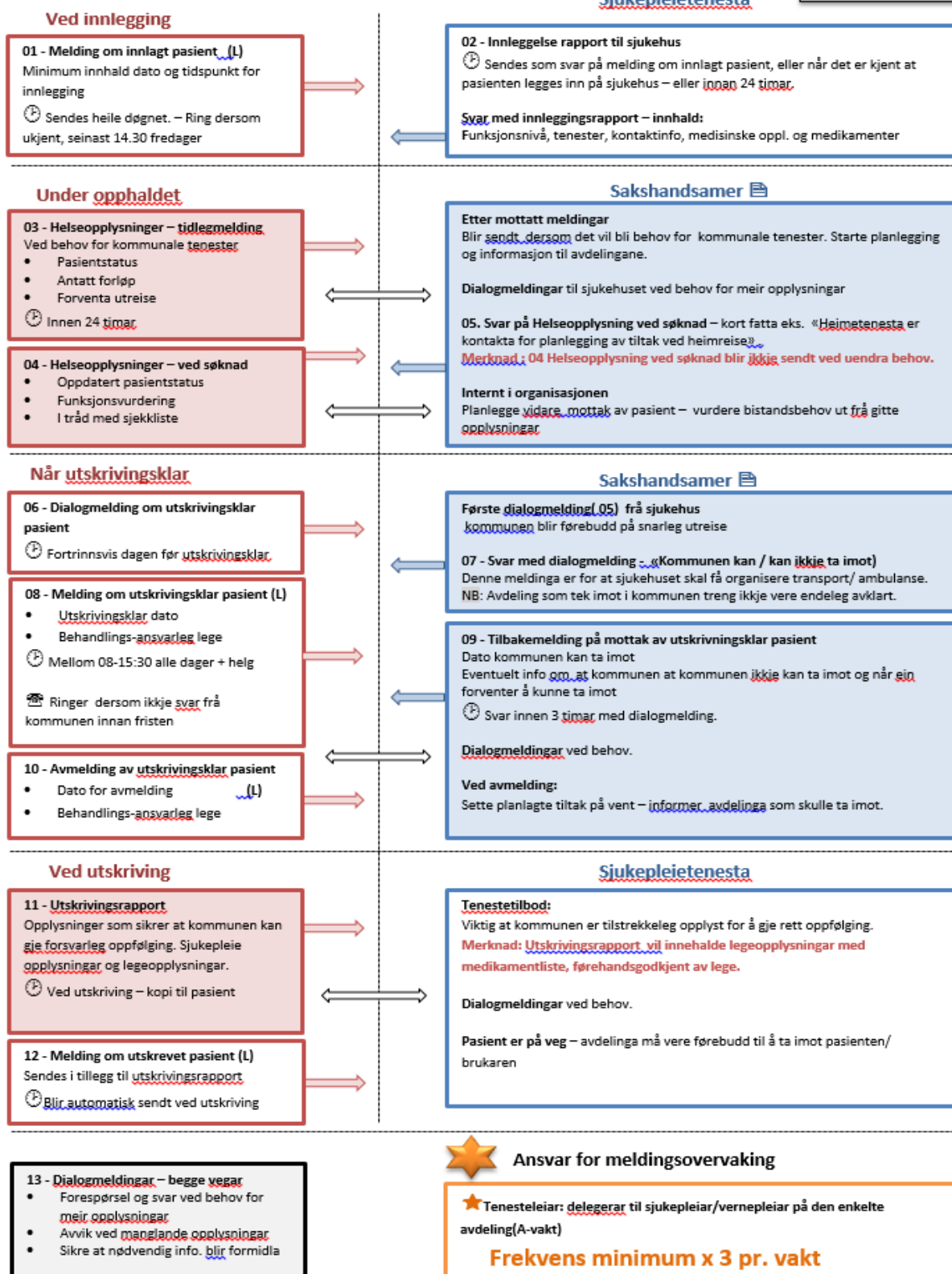


Fig. 2: Rutine for meldingsutveksling i Sogn og Fjordane.

Innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar mellom helseforetak og kommunar får konsekvensar for alle eksisterande samarbeidsrutinar. Eksisterande rutinar må omarbeidast eller avviklast etter innføringa av PLO-meldingane. Det vil fortsatt kunne sendast meldingar på faks eller i brev, men det vil være papirutskrift av PLO-meldingar (Rettleiar for implementering av pleie- og omsorgsmeldingar mellom helseforetak og kommunar, side 11). Det er viktig at alle har felles forståing av korleis samhandlinga skal gå føre seg via PLO-meldingane, kven skal sende kva, kven som skal svare, frist for å svare, frist for å sende osv. Det er utarbeida nasjonale retningsliner for bruk av meldingane, desse var tatt i bruk 1. januar 2012. Ut frå desse retningslinene har kommunar og sjukehus utarbeida egne rutinar som er tilpassa sin organisasjon etter gjeldande samarbeidsavtalar mellom sjukehus og kommune, jmf. figur 2. I tillegg til desse retningslinene må kvar organisasjon utarbeide rutinar for overvaking av PLO-meldingane. Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar er eit komplisert system som krev behov for varsling når noko ikkje fungerer. Naudrutinar må også vere på plass, alle må vite kva som skjer om systemet er ute av drift av ulike årsaker.

Elektronisk meldingsutveksling i seg sjølv gir ikkje betre informasjon, helsepersonell er avhengig av at det er dokumentasjon av god kvalitet om pasienten i journalen. Det er dokumentasjon som allereie er i journalen som flettast inn i dei standardiserte meldingane som skal sendast. Innhald i elektroniske meldingar må alltid kvalitetssikrast, det er den enkelte sjukepleiar som produserer og sender meldingane som må sjå til at det som blir skrivne er av god kvalitet og at det er tilstrekkeleg med informasjon, slik at mottakar kan gjere seg nytte av innhaldet i det vidare arbeidet med pasienten.

Dokumentasjon har vore praktisert i lang tid, men vart ikkje lovfesta for sjukepleiarar før 2001. Dokumentasjon er regulert gjennom fleire lover, og dei viktigaste er Helsepersonellova, Forskrift om pasientjournal og Pasientrettighetslova. Dei gir føringar for kva som skal dokumenterast i pasientens journal. Dei mest sentrale føringane er knytta til pasientens rett til informasjon og medverking, og helsepersonell si plikt til å dokumentere sjølvstendig helsehjelp (Rettleiar til dokumentasjon av sjukepleie i elektronisk pasientjournal 2007, s. 8)

2.3 Meldingsløftprosjektet i Sogn og Fjordane

Bakgrunnen for at prosjektet vart til, er eit mål i samhandlingsreforma om å oppnå eit betre og meir heilskapleg pasientforløp. Kommunen fekk ei tydeleg rolle i dette arbeidet, fremma

gjennom økonomiske insentiv (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Prosjektet er ein del av «vestlandsløftet» og har som mål å hjelpe alle kommunar i Sogn og Fjordane i gang med elektronisk meldingsutveksling. Prosjektet har vore gjennomført av KS Sogn og Fjordane (prosjektleder) i samarbeid med IT-forum og Vestlandsforskning (prosjektleder). Prosjektet starta i 2012, og arbeidet har gått gjennom to fasar. I første fase av prosjektet vart det gjort eit breitt og omfattande informasjons- og mobiliseringsarbeid i alle 26 kommunar i Sogn og Fjordane, samtlege kommunar bestemte seg for å delta i prosjektet.

Det var mykje som skulle på plass i kommunane før innføringa av PLO-meldingane kunne skje. Det måtte forankrast i kommuneleiinga, innføringa krev at kommunen har ulike tilgangar og avtalar på plass for å kunne få lov å sende elektroniske meldingar, endringar i samarbeidsrutinar og endringar i arbeidsmåtar for dei tilsette. Kommunane måtte gjennom ein endringsprosess før innføringa kunne ta til.

I første fase starta ein opp med innføring av elektroniske meldingar mellom pleie- og omsorgstenesta (PLO) og legekontor. I andre fase mellom PLO og helseføretak, altså Helse Førde i Sogn og Fjordane. Det vart oppretta to pilotkommunar, ein i Nordfjord og ein i Sunnfjord. Ei avdeling i helseføretaket var også pilot. Pilotkommunane starta opp med meldingsutveksling i 2012 opp mot legekontoret i kommunen, og då det gjekk fint, utvida dei til å sende elektroniske meldingar til sjukehusavdelinga. Det vart utarbeida gode retningslinjer og prosedyrar undervegs i pilotprosjektet for å sikre at naudsynte tryggingstiltak skulle bli følgt opp.

Det vart sett ned ei prosjektgruppe i kvar kommune som skulle ha eit større ansvar i innføringa av dei elektroniske meldingane. I regi av meldingsløftet i Sogn og Fjordane og pilotkommunane vart det arrangert fleire samlingar i Nordfjord-regionen og Sunnfjord-regionen, der det vart utveksla erfaringar og kunnskap frå innføringsprosessen til pilotavdelingane. Det vart presentert og utdelt rutinar og prosedyrar som var utarbeida av pilotavdelingane. Ei av rutineane var utarbeida undervegs i utprøvinga og innføringa av PLO-meldingane, den viser kva meldingar sjukehus skal sende til kommunen og kva meldingar kommunen skal sende til sjukehus. Den inneheld også tidsperspektiv på når meldingane skal vere sendt. Den rutinen skal alle kommunar følgje. I tillegg til rutine for elektronisk meldingsutveksling, ligg det føre underskrivne samhandlingsrutinar mellom sjukehus og dei ulike kommunane.

I juni 2014 var alle kommunane i Sogn og Fjordane starta opp med elektronisk meldingsutveksling både mellom legekontor og PLO og mellom PLO og helseføretak. Sogn og Fjordane var eitt av dei første fylka i landet med elektronisk meldingsutveksling i alle kommunane.

2.3.1 Tilrettelegging

Det var mykje som skulle vere på plass i dei ulike kommunane og på sjukehuset før innføringa av dei elektroniske pleie- og omsorgsmeldingane kunne ta til. Det måtte gjerast ulike førebuingar i form av kartlegging av behov og kompetanse, avtalar måtte lagast og forankrast, avklaring av økonomi og gjennomgang av norm. Teknologien måtte ha ein gjennomgang (bruk av norm), ein måtte sjekke funksjonaliteten i eige fagsystem, oppkoplinga til Norsk helsenett, verksemdssertifikat, EDI-adresse (adresse ein sender og mottar meldingar med på Norsk helsenett) og HER-ID (knytt til rolle, sikrar at meldingane blir sendt til rett vedkommande i rett rolle) for at sending av meldingar skal komme til rett plass. Ein måtte òg etablere eit overvakingssystem. Organisasjonen måtte gjere endringar i eksisterande rutinar, og nye rutinar måtte på plass innan samhandling, avvik og nye programvarer. Det måtte etablerast system for mottak, sending og overvaking av meldingar, samt at roller, ansvar og oppgåver måtte avklarast, og det måtte etablerast eit supportsystem.

2.4 Samhandling og kommunikasjon

Ordet kommunikasjon kjem frå det latinske ordet *communicare*, som betyr «gjere felles». Å bruke språk er å skape forståing i *samhandling* med andre menneske, seier Jan Svennevig, som er professor kommunikasjon. Kommunikasjon er ein organisatorisk basisprosess som er naudsynt for å få til god samhandling. For at kommunikasjon skal skje, må det vere minst to personar involvert. Kommunikasjon er ei intensjonell handling, det vil seie at en må ha ein hensikt eller ein intensjon med det du seier og skal gjere eller utføre (Svennevig 2002). Kommunikasjonen er med på å dannar grunnlaget for samhald, det er naudsynt når det skal takast avgjerder, når vi skal skape meiningar om ulike ting og lære ny kunnskap. Jacobsen og Thorsvik skriv at etterkvart som koordineringa aukar og informasjons- og kommunikasjonsteknologien har gjort det mogleg å kommunisere på tvers av ulike

helseorganisasjonar via til dømes pleie og omsorgsmeldingar, utan å møtes fysisk, stiller det særlege krav til kommunikasjonen. (Jacobsen og Thorsvik 2013, s. 278).

I samhandling om pasient er det viktig at det er meining i den budskapen ein sender frå seg, at helsepersonell vel trygge og sikre samhandlingskanalar. Tradisjonelt har det vore vanleg å skilje mellom kanalar for skriftleg og munnleg informasjon, og grunnen til det er skilnaden mellom dei når det gjeld formidling av rik og fyldig informasjon. Munnleg kommunikasjon, andlet til andlet, er rekna for å vere den beste måten å kunne klare å formidle fyldig og god informasjon på, ved skriftleg informasjon er det ikkje alltid lett å uttrykke seg og formidle nok informasjon, og det tar lenger tid før ein får svar. Dei siste tiåra har det vore ei enorm utviding av kommunikasjon- og samhandlingskanalar som IKT har opna for. Det er no utvikla kanalar som ligg i grenseland mellom munnleg og skriftleg kommunikasjon. (Jacobsen og Thorsvik 2013, s. 285).

Ulike IKT-system er blitt stadig meir integrert inn i alle delar av samfunnet. Teknologi utgjer i dag ein grunnmur for all samhandling på tvers av ulike helseorganisasjonar. IKT har dermed blitt ei strategisk tryggleiksutfordring. God, førebyggjande informasjonstryggleik blir difor stadig viktigare for samfunnstryggleiken. Med informasjonssikkerhet meiner vi at informasjonen er beskytta mot uønskt innsyn, at den er tilgjengelig når den trengs, og at den er beskytta mot uønskte endringar. IKT er eit stort og dynamisk fagfelt, og tryggleiksutfordringane er i stadig endring og vil måtte reviderast i takt med utviklinga.

Vi har i dag fått *Nasjonal strategi for informasjonssikkerhet*, ein strategi som har som mål å ivareta informasjonstryggleiken på ein fullgod og sikker måte. All samhandling om pasient som går føre seg digitalt blir sendt kryptert via Norsk helsenett. Alle som er knytt til helsenettet forpliktar seg til å følgje ei norm for informasjonstryggleik.

2.5 Litteratursøk

Eg tok tidleg i prosessen kontakt med prosjektleiar i meldingsløftet i Sogn og Fjordane og fekk gode råd og tips om både pågåande og gjennomførte prosjekt. Ute i kommunane og på sjukehuset fekk eg tilgang til samarbeidsavtalar mellom sjukehus og kommune, retningsliner og prosedyrar som var sentral informasjon i arbeidet med oppgåva.

Eg har nytta organisasjonsteori, statlege meldingar, lovverk og norske forskingsrapportar. Samhandlingsreforma har vore sentral i arbeidet med oppgåva. Eg søkte etter forskning på området, og fann ulike artiklar: «Elektronisk meldingsutveksling mellom

heimetenestene og fastlegar» (K. Borgen, L. Melby, R. Hellesø og A. Steinsbekk), «Sjuepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv» (A. Naustdal og G. Netteland) og «Exploring implementations of electronic nurse and care messaging at municipality level» (G. Netteland).

Eg har vagt å søkje etter både norsk og engelsk litteratur og informasjon om problemformuleringa og dei fem forskningsspørsmåla. Hovudsakleg norsk litteratur vart nytta. Søkjeord som eg har nytta er: Informasjonsutveksling, (elektronisk) meldingsutveksling, samhandling, informasjonsflyt, kommunikasjon, electronic message system, information exchange, cooperation in the health sector, electronic nursing and care messages, interdisciplinary communication og continuity of care.

Ved å nytte desse søkjeorda og kombinasjonar av desse fekk eg mange treff om samhandling og informasjonsutveksling. Det var mykje litteratur å finne på samhandling på tvers av sjukehus og heimesjuepleie, lite på samhandling mellom sjukehus og sjukeheim. Referanselister og sitringar er svært aktivt nytta for kunnskapsinnhenting, og har gitt mange relevante funn.

Kapittel 3: Teori

I dette kapitlet presenterer eg litteratur eg har valt for å kaste lys over funna i studien. Innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar til samhandling om pasient mellom kommunar og sjukehus representerer både utfordringar og eit hav av moglegheiter for den enkelte organisasjon.

Innføringa har vore ein prosess over tid, som har kravd innsats frå både leiinga i kvar organisasjon og den enkelte helsearbeidar. For å svare på korleis PLO-meldingane har endra samhandlinga om pasient mellom sjukehus og sjukeheim må eg sjå på kva faktorar som har i størst grad bidrege til desse endringane.

For å belyse forskingsspørsmåla vil eg nytte meg av fleire teoriar. Innføring av ny digital samhandlingskanal krev at organisasjonane må legge om alle samhandlingsrutinane. Det krev nytenking og nye måtar å arbeide på, organisasjonane må inn i ein organisasjonsutviklingsprosess, denne prosessen vil eg belyse gjennom Leavitts diamant. Innføring av nytt digitalt samhandlingsverktøy på krev at ein må tileigne seg ny kunnskap og læring. Eg vil presentere Nonaka og Takeuchis sine fire grunnleggande kunnskapsutviklingsprosessar. Nonaka og Takeuchis kan utifrå sin modell vise til ulike måtar å utvikle kunnskap på. Det finnast ulike variantar for læring, læring inneheld både ein kunnskapskomponent og ein handlingskomponent. Ved å nytte Argyris og Schön sine læringsprosessar kan ein oppdage manglar ved for eksempel organisasjonens arbeidsmetode ved gjennomføringa og oppstarten av innføring av digital kommunikasjon.

3.1 Organisasjonsutvikling

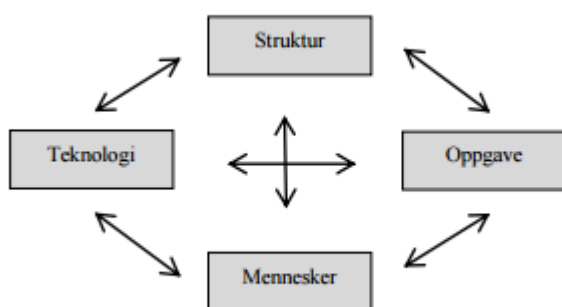
Organisasjonsutvikling er måtar å endre ein organisasjon i heilskap, eller ei organisasjonseining frå den organiseringa ein har i dag til noko betre som vil vere meir hensiktsmessig og effektivt. Framveksten av ny elektronisk basert informasjons- og kommunikasjonsteknologi som til dømes elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar har ikkje berre endra måten samhandlinga fungerer på i dei ulike organisasjonane, det har endra arbeidsplassen og delar av organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik 2014).

Haldningane til bruk av teknologi i helsetenesta har endra seg dei siste 10 åra, det blir ikkje lenger stilt spørsmål ved kor vidt IKT skal brukast, men på kva måte det skal brukast.

Innføringa av ny samhandlingsteknologi gjer til at mange av dei tradisjonelle tankane om og rundt ulike oppgåver, strategiar, struktur og storleik blir overflødige og enkelte gongar oppheva. Det har bidrege til å auke både frekvens og volum på samhandlinga i alle retningar i organisasjonar, noko som forbetrar koordineringa (Jacobsen og Thorsvik, 2014).

For å kunne forstå kva organisasjonsutvikling eigentleg er, og kva moglegheiter og metodar ein kan nytte, er det naudsynt å ha ein modell av sjølve organisasjonen i tankane. Leavitts modell (referert frå Christensen, Grønland og Methlie, 1999, s. 242) blir brukt av mange for å illustrere organisasjonsutvikling og kva som påverkar ein slik prosess. I ein organisasjon inneber det at det er ein viss stabilitet og målretta arbeid mellom alle tilsette.

«Leavitts diamant», som modellen blir kalla, er ei klassifisering av organisasjonsstrukturen der ein reknar med fire komponentar som heng saman og gjensidig justerer seg i tilhøve til kvarandre. Komponentane er teknologi, struktur, menneske og oppgåver.



Figur 3: Leavitts diamant. Henta frå Christensen, Grønland og Methlie, 1999.

Hovudbodskapen vi kan trekke ut frå denne modellen er at skjer det ei endring i ein av komponentane vil det føre med seg eit endringsbehov i ein av dei andre komponentane. Følgjer ikkje dei andre komponentane opp med den endringa som skal til, vil ein ikkje lukkast med endringa. Organisasjonskomponentane blir dermed gjensidig påverka ved endring. Strukturen, eller organisasjonen, refererer til at alle organisasjonar er kjenneteikna av den organisasjonsstrukturen dei har, organisasjonsstrukturen definerer korleis dei ulike

arbeidsoppgåvene i organisasjonen vert fordelte og koordinerte etter medarbeidarane sin kompetanse og korleis mynden for å ta avgjersler er fordelt mellom leiar og medarbeidarar. Det blir ofte skilt mellom formelle og uformelle strukturar. I ein formell organisasjonskultur har ein formelt vedtatt arbeidsfordeling for å fremje spesialisering, det er gjort ei gruppering eller fordeling av oppgåver i ulike organisasjonseiningar for å fremje koordinering mellom ulike oppgåver, og autoritet og myndigheit er fordelt. Uformelle strukturar er strukturar som ikkje blir skapte av organisasjonen sjølv, men som utviklar seg naturleg (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 29). Ein struktur påverkar dei tilsette i ein organisasjon, og dei tilsette sine haldningar, interesser og samhandling påverkar strukturen (Lyngdal, 1992, s. 14).

Oppgåvene som skal utførast i organisasjonen er bestemt av organisasjonen si målsetjing og består av dei arbeidsoppgåvene som organisasjonen skal utføre. Leiinga i organisasjonen har ansvaret for å fordele arbeidsoppgåvene til dei med rett kompetanse og opplæring ut frå målsettinga til organisasjonen (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 77).

Teknologi gjer arbeidsdagen lettare, det kan til dømes vere maskinvare og programvare. Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar inngår i teknologikomponenten i modellen, og er på god veg til å bli den samhandlingskanalen ein hovudsakleg brukar til samhandling om pasient på tvers av ulike helseinstitusjonar.

Då samhandlingsreforma vart innført, var det mange kommunar og sjukehusavdelingar som måtte gjere endringar i organisasjonen for å imøtekomme dei nye krava. Ein av desse var innføring av digitale pleie- og omsorgsmeldingar. Det er menneska som skapar mål, virkemiddel og legg strukturen i ein organisasjon, dei verdiane og haldningane menneska har med seg, er grunnleggande for å forstå organisasjonen. Organisasjonen i hailskap vil prøve å påverke kvar enkel helsearbeidar sine kunnskarar, haldningar, verdiar og kjensler slik at dei kan fungere på ein god og funksjonell måte i samspel med andre.

Det er viktig at kvar enkelt helsearbeidar kjenner seg trygg i utføringa av dei nye arbeidsoppgåvene, i form av god oppfølging og tilrettelagte rutinar. Miljøet og kulturen som blir skapt i organisasjonen er med å gi grunnlag for sosialt fellesskap, og kan vere med å gi den enkelte ei kjensle av tilhøyrslse. Når eit menneske kjenner tilhøyrslse til ei gruppe eller avdeling, blir han eller ho ein del av eit fellesskap som tenkjer og handlar relativt likt. Å få vere ein del av eit fellesskap kan vere med å redusere utryggheit og usikkerheit, det vil også

vere med å definere identiteten. Utviklar personen ein identitet til den jobben ein utfører i organisasjonen, vil ein lett kunne presentere organisasjonen ein jobbar i på ein positiv måte utetter, det skapast ein sterk lojalitet til arbeidsplassen og ein vil oppleve stabilitet i arbeidsforholdet. Opplever ein eit godt sosialt fellesskap og identitet, er dette med å gi motivasjon i utføringa av arbeidet mot organisasjonens mål og verdiar (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 127).

Leavitt (1965) meiner at leiinga i kvar organisasjon har som hovudoppgåve å sørge for at det blir skapt likevekt mellom dei fire komponentane. Når organisasjonar skal innføre ny teknologi, i dette tilfellet elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar, vil det ikkje berre føre til nye oppgåver og moglegheiter, eller endra måte gamle oppgåver blir utført på. Det vil også få konsekvensar for organisasjonsstrukturen og alle organisasjonsmedlemmane som blir berørt av organisasjonsendringa (Christensen, Grønland og Methlie, 1999, s. 241).

Grønland og Methlie (1999, s. 242) deler opp modellen til Leavitt, dei trekkjer liner mellom dei ulike komponentane og kallar dei systemutvikling og organisasjonsutvikling. Den den horisontale linja mellom teknologi og oppgåver som går ut på å kople teknologi til dei aktuelle oppgåvene og problema i organisasjonen kallar dei *systemutvikling*, og den vertikale linja mellom struktur og menneske som går på forholdet mellom menneske og struktur kallar dei *organisasjonsutvikling*.

Ei innføring av eit nytt IKT-verktøy som PLO-meldingar vil vere ein endringsprosess som er karakterisert ved parallell igangsetjing og gjennomføring av desse to prosessane. Prosessane vil ikkje kunne synkroniserast fordi organisasjonsutviklinga vil ta lenger tid, her er arbeidet med å få dei tilsette til å forstå kvifor endring må til, her skal informasjon og opplæringsbiten gå føre seg. For å få til ei vellukka implementering bør system- og organisasjonsutviklinga gjennomførast parallelt, slik at det blir balanse mellom dei fire komponentane (Christensen, Grønland og Methlie, 1999).

Systemutviklinga kan skje hurtigare, her skal systemet settast i produksjon. I nokre tilfelle kan systemutviklinga stoppe opp om det oppstår problem i sjølve organisasjonsprosessen (Grønland og Methlie, 1999, s. 243).

Grunnleggjaren av organisasjonsutviklingstradisjonen, Kurt Lewin, utvikla ein teori om endring i organisasjonar på 1950-talet. Teorien tar utgangspunkt i å få skape ein atmosfære for endring blant dei tilsette i organisasjonen. Han meiner vi må starte med fokus

på å endre haldningar og oppfatningar om endringane som kjem (Jacobsen og Thorsvik, 2014, s. 403). Lewin delar organisasjonsendring inn i tre grunnleggande fasar.

Opptiningsfasen, her skal det skapast motivasjon for endring. Dei tilsette skal få ei forståing for kvifor den endringa må til. I denne fasen skal det skapast tryggleik for endringane og det som blir stabilt i organisasjonen.

Endringsfasen, gjennom god opplæring, ny kunnskap og endra struktur blir dei nye tiltaka satt i verk.

Nedfrysingsfasen, her stabiliserast og rutinerast tiltaka. Tiltaka må sjåast gjennom og evaluerast for så og sjå om det er samsvar mellom dei nye haldningane og faktisk åtferd (Jacobsen og Thorsvik, 2014, s. 403).

For å lukkast, krev det at endringa er planlagd (Jacobsen og Thorsvik, 2014, s. 403). I følgje Christensen, Grønland og Methlie (1999), viser det seg at nokre av fasane her er meir kritiske en andre, nedfrysingsfasen er den som utmerkar seg til å vere den mest kritiske. Dette er fordi det er i den fasen medlemmene i organisasjonen aksepterer og etablerer eit forhold til endringa som skal gå føre seg.

3.2 Kunnskapsutvikling

Kompetanse og kompetanseutvikling er eit omgrep som blir mykje brukt, satsing på kompetanse er svært viktig for alle organisasjonar, då vi er inne i ei tid der utviklinga innan teknologi og spesialisering er aukande. Gjennom dei tilsette sine erfaringar utviklast det kunnskap og gjennom denne kunnskapen oppnår ein kunnskapsutvikling.

I følgje Nonaka (1994, s. 21) handlar kunnskapsutvikling om korleis kunnskap blir handsama i dei ulike organisasjonane og korleis dei utviklar ny kunnskap. Ein klarer ikkje skape organisasjonsspesifikk kunnskap og kompetanse utan ein god kunnskap i botnen, læring er ein prosess der kvar organisasjon skapar og tileignar seg nødvendig kunnskap og kompetanse. Kompetanse er med på å endre tankegangen i samband med fornying, utvikling og invasjon for organisasjonar. Kompetanseutvikling som omgrep ligg tett opp til omgrepet læring.

God kunnskapsutvikling er viktig for mange organisasjonar, spesielt innanfor helsevesenet, der det er stadig pålegg om spesialisering og ei rask utvikling innan teknologi. I samhandlingsreforma, stortingsmelding 47, er det sett fokus på samhandling mellom kommunehelsetenesta og helseføretaka, pasientane skal få rett behandling – på rett stad – til

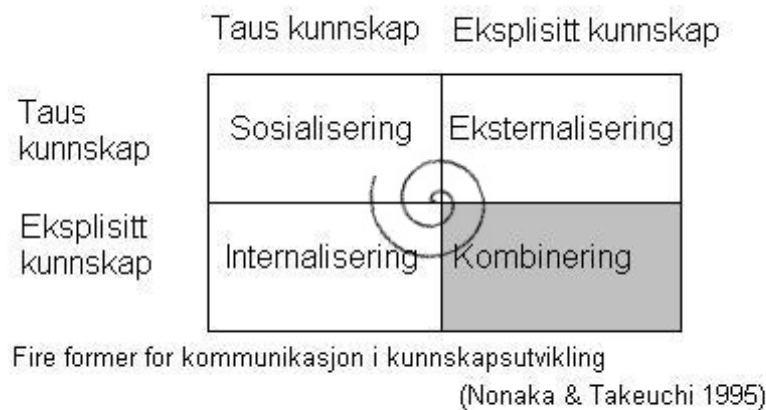
rett tid. Får å klare å nå dette målet prøver ein no ut digitale samhandlingsmetodar. I dette ligg det mange utfordringar.

Ifølgje Nonaka (1994, s. 19) kan kunnskap vere både i taus og eksplisitt form. Taus kunnskap er kunnskap basert på erfaringar, det kan vere erfaringar den enkelte har utvikla over tid som ein veit fungerer, men ikkje er lett å sette ord på. Deling av taus kunnskap kan skje i samtaler, lærlingordningar, demonstrasjonar, metaforar og ulike historier. Denne type kunnskap kan lett takast for gitt, då vi ikkje reflekterer over den subtile kunnskapen vi har i fingrane og som ikkje ofte artikulert. I følgje Nonaka og Takeuchi (2001, s. 21) er taus kunnskap den mest verdifulle kunnskapen for ein organisasjon. Det kan vere vanskeleg for den einskilde tilsette i organisasjonen å kodifisere den tause kunnskapen, det er også vanskeleg for organisasjonen å klare å fange opp den delen av kunnskapen.

Eksplisitt kunnskap kan vere erfaringar og forhold ein kan sette ord på, til dømes i samtaler med andre tilsette kring ulike arbeidsoppgåver. Denne type kunnskap kan skriftleggjerast og settast i system i form av prosedyrar og rutiner (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 361–362). I følgje Nonaka og Takeuchi (2001, s. 22) er denne type kunnskap lett å overføre til andre fordi den er artikulert i eit formelt og systematisk språk. Den er ferdig kommunisert då den er nedfelt i skrift og kan delast via til dømes elektroniske metodar. Nonaka og Takeuchi (1994) seier ikkje noko om ein treng noko form av utdanning for å ta til seg den ferdig kommuniserte kunnskapen. Skal ein til dømes forstå ny teknologi og bruke tekniske apparat, må ein ha ein viss basiskunnskap om IKT i botnen.

Kunnskap blir skapt av mennesket, ein organisasjon kan leggje til rette og støtte opp under kreativiteten til mennesket slik at det kan skapast kunnskap. På bakgrunn av dette kom Nonaka (1995) med ein modell som viser ulike måtar for utvikling av kunnskap. Han seier at kunnskap skapast i samhandling mellom taus og eksplisitt kunnskap. Han seier at samhandlinga skjer i fire former: frå taus til taus, frå eksplisitt til eksplisitt, taus til eksplisitt og frå eksplisitt til taus.

Ved å illustrere modellen som ein spiral i staden for ein sirkel, vil ein kunne oppnå ei djupare forståing etter kvart som ein bevegar seg rundt. Det vil gå føre seg i ein kontinuerleg syklus der ein vekslar mellom dei forskjellige formene for samhandling. Spiralen i midten viser dynamikken i læring (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 361–363).



Figur 4: Former for kommunikasjon og kunnskapsutvikling.

1. Sosialisering – frå taus til taus kunnskap

Ein kan tileigne seg kunnskap utan at ein snakkar med kvarandre. Døme på dette kan vere: To helsearbeidarar som jobbar saman, dei observerer kvarandre og lærer av å observere kvarandre.

2. Eksternalisering – frå taus til eksplisitt kunnskap

Her blir den tause kunnskapen hjå den tilsette artikulert anten skriftleg eller munnleg, og blir tilgjengeleg for alle andre. Dette kan vere gjennom til dømes prosedyre, rutine, stillingsinstruks, og liknande.

3. Kombinering – frå eksplisitt til eksplisitt kunnskap

Her blir kunnskapen som er tilgjengeleg for organisasjonen systematisert. Det handlar om å setje saman eksisterande kunnskapselement til nye. Kunnskapsbygging med relasjonar til teori som igjen er opptatt av informasjonsprosessering. Eit eksempel på dette er formell utdanning, kreativ bruk av IT og databasar.

4. Internalisering – frå eksplisitt til taus kunnskap

Her blir eksplisitt kunnskap tatt i bruk av fleire tilsette i organisasjonen, dei tilpassar kunnskapen til sin eigen tause kunnskap. Dokumentering av eksplisitt kunnskap vil kunne hjelpe tilsette med å internalisere sine erfaringar og dermed auke sine tause kunnskapsbasar. Døme på dette kan vere at ein ny tilsett får presentert ei ny og ukjent prosedyre om innføring

av IKT-program, set seg inn i prosedyren og etter ei tid vert den ein integrert del av hans eller hennar arbeidsmåte (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 363).

Nonaka og Takeuchi (2001) seier at alle organisasjonar har kunnskap som allereie ligg i organisasjonen, ein treng ikkje skape ny kunnskap. Den kunnskapen finn ein i «organizational memory», organisasjonen sin hukommelse, det kan vere reglar, prosedyrar og kultur.

Det kan vere vanskeleg å styre kunnskapsutviklinga i ein organisasjon. For at kunnskapsutvikling skal bli ein suksess er det viktig at det blir lagt godt til rette for læringsarenaer, eller som Nonaka kallar det, «ba». Han meiner at kunnskap som oftast er knytt til den konteksten den oppstår i og gav konteksten det japanske namnet ba. Ba er først og fremst eit fellesrom som tener som grunnlag for utvikling av kunnskap, det blir ofte definert som nettverk av samhandling. Konteksten er ikkje avgrensa til ein fysisk stad som til dømes fysiske møter eller eit kontor, men ein kan ha kontakt med andre menneske via visuelle kommunikasjonsmiddel som til dømes e-post og elektroniske meldingar via eit journalsystem.

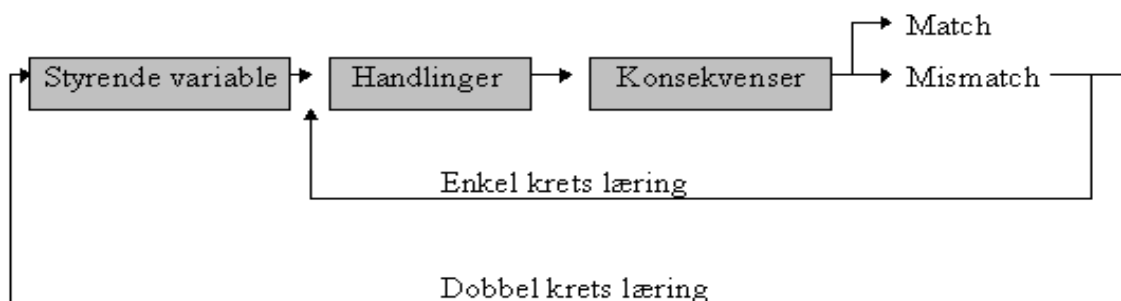
Nonaka snakkar om fire typar ba: Den grunnleggjande læringskonteksten (originating ba) er knytt til den sosiale verda, der individa fysisk møtest og deler kjensler og erfaringar. Samhandlingskonteksten (interacting ba) er meir medvite konstruert, seier Nonaka. Her handlar det om å velje ut den rette samansetjinga av folk med spesifikk kunnskap og dugleik i form av prosjektgrupper, arbeidsgrupper og andre former for funksjonelle team og lag. Den virtuelle læringskonteksten (cyber ba) stør opp under kombineringsprosessar. Oppøvningskonteksten er den mest individuelle av dei fire «ba» Nonaka gjer greie for. «Exercising ba» støttar opp under internaliseringa, den prosessen der eksplisitt kunnskap vert internalisert til taus.

Desse fire typane ba tilsvare dei fire elementa i SEKI-modellen, sosialisering, eksternalisering, kombineringsprosessar, utveksling, vedlikehald eller utvikling av kunnskap kan finne stad, der dei kan påvisast og dermed påverkast. Deltakarane kan ikkje vere tilskodarar – ba treng energi for å fungere (Glosvik 2008).

3.3 Læringsmodellar

I løpet av dei siste tiåra har temaet læring i organisasjonar utvikla seg frå å vere eit lite spesialfelt til å verte det mest sentrale tema i ein organisasjon. Dette skyldast nok utviklinga i form av endra rammevilkår og at ein må stadig meistre utviklinga innan informasjonsteknologi, globalisering og internasjonalisering av marknaden, ein må difor lære seg å bli innovative og meistre omstilling.

Det er skrive mykje om læring i organisasjonar, mange er ulike, men alle har det felles at dei inneheld både ein kunnskaps- og ein handlingskomponent. Chris Argyris har utvikla ein læringsteori som får oss til å stille spørsmål ved kva er det vi eigentleg lærer og korleis er det ein eigentleg endrar praksis. Alle blir motiverte når vi har eit mål vi skal nå fram til, og ut frå erfaring lærer vi korleis vi kan endre åtfærd slik at vi blir flinkare til å realisere måla vi set oss. Til tider kan vi oppleve att vi set oss eit mål og etter kvart oppdagar vi att målet ikkje var det vi ønska å oppnå. Her forskyver vi fokus frå att vi er opptatt av å gjere ting betre til at vi byrjar å stille spørsmål om måla og vil vurdere heile situasjonen på nytt. Argyris viser dette i to ulike modellar som han kallar «enkelkretslæring» og «dobbelkretslæring» (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 360).



Figur 5: Enkel- og dobbelkretslæring

I enkelkretslæringa skjer det ikkje endringar i haldningane eller verdiane i organisasjonen. Her ligg fokuset berre på å forbetre åtfærd, det blir ikkje stilt spørsmål om det er dette ein eigentleg ønskjer, ein tar for gitt at det vi jobbar og strekker oss mot for å oppnå, er både viktig og riktig. Spørsmål av moralsk og etisk art blir neglisjert. Ein finn denne modellen i organisasjonar som har stabile omgjevningar rundt seg med rutineprega oppgåver, og handlingane blir utført utan at ein tenkjer så mykje over det fordi handlingsmønsteret er

innarbeidd. Endrar føresetnadane for rutinane seg, kan det lett skje att ein ikkje merkar endringar fordi rutinane er så innarbeidd att ein ikkje registrerer endring. Modellen har eller gir ingen garanti for att forandringa eller forbetringa blir langvarig. Denne type læring og haldning er svært utbreidd (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s 361).

Dobbelkretslæring vert kjenneteikna av at ein erfarer over tid at resultata som ein oppnår ikkje innfrir det ein har ønske om, slik at ein må stille spørsmål ved det ein gjer. Her avdekker ein og korrigerer feil, gjerne i diskusjon saman med andre. «Deutero», det vil seie det å lære seg å lære, er organisasjonslæring som er overordna både enkel- og dobbelkretslæring. Når ein organisasjon engasjerer seg i deutero-læring, lærar organisasjonen seg korleis den skal lære. Argyris argumenterer for at ein må etterstreve tre ting for å utvikle evnen til å lære. Ein bør legge stor vekt på å få så «sann» informasjon som mogleg, ein bør leggje stor vekt på at val av handlingsalternativ skal vere basert på kunnskap, og ein bør kontinuerleg vurdere konsekvensane av dei handlingane ein gjer, og stille spørsmål ved om det er dette ein eigentleg vil (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 361).

3.4 Oppsummering og avslutting

Når ein skal ta i bruk ny teknologi i samhandlinga, der pasient, behandling og pleie er i fokus, blir det stilt krav til omstillingsevne, kompetanse og læring. Dei nye helselovene seier noko om viktigheita av generell kompetanseutvikling. Leiinga har ansvar for at alle tilsette får den oppføringa og etterutdanninga som er påkravd og må til for å klare å utføre arbeidet forsvarleg. Leiinga og den tilsette har eit felles ansvar for at kvaliteten på tenestene som ystast er tilfredstillande. Eg har valt teoretikarar som eg tykkjer har aspektved seg som gjer til at dei utfyller kvarandre på ein god måte.

Gjennom å presentere Leavitts diamant med teknologi, struktur, menneske og oppgåver, vil eg få fram kor viktig det er å ha ein god organisasjonsstruktur i botnen før ein startar arbeidet med å implementere nye oppgåver inn i ein organisasjon. Dei ulike komponentane vil hjelpe oss til å forstå endringsprosessen som skjer i organisasjonen.

Nonaka og Takeuchis har eit sosialkonstruktivistisk syn, gjennom sine fire grunnleggande kunnskapsutviklingsprosessar. Det sosiale samspelet mellom menneska i organisasjonen er avgjerande for å oppnå ei god kunnskapsutvikling. Dei opnar også opp for viktige funksjonar knytt til leiinga. Dei viktige momenta som blir belyste her ser eg som naudsynte å ha med seg inn i ein endringsprosess for å lukkast.

Argyris og Schön får oss til å stille spørsmål ved kva det er vi egentleg lærer og korleis det er vi endrar praksis ved å ta oss gjennom læringsprosessane, enkel- og dobbelkretslæring. Når ulike organisasjonar skal innføre digital kommunikasjon som skal gå på tvers av organisasjonane, må ein motiverast av mål. Det hender til tider at målet vi først ønska å nå, ikkje vart slik vi egentleg ønska, då er det greitt å ha ein teori som skildrar den læringa som finn stad når ein begynner å tvile. Ved å nytte modellen med «enkelkretslæring» og «doppelkretslæring» kan vi lære å flytte fokuset, stille spørsmål om målet og vurdere situasjonen på nytt (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 361).

Kapittel 4: Metode og design

For å finne svar på problemstillinga i oppgåva har eg valt å nytte kvalitativ metode.

Samhandling om pasientinformasjon via elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar er nyleg blitt innført i Sogn og Fjordane. Det er lite kunnskap om og rundt korleis meldingane blir brukt og kva nytte dei har. Utgangspunktet for studien min er samhandling via pleie- og omsorgsmeldingar mellom ei sjukehusavdeling og to sjukeheimar i forskjellige kommunar.

Problemstillinga mi er i er: *Korleis har innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar endra samhandlinga om pasient mellom sjukehus og sjukeheim, og korleis har leiarane bidrege i denne prosessen?*

Eg har valt å stille følgjande forskingsspørsmål for å få svar på problemstillinga:

- ⤴ Korleis samhandla de om pasienten før innføringa av elektroniske PLO-meldingar?
- ⤴ Korleis skjedde innføringa av elektroniske PLO-meldingar?
- ⤴ Korleis samhandla de om pasienten etter innføringa av elektroniske PLO-meldingar?
- ⤴ Korleis har leiaren din medverka til at samhandlinga har endra seg?

Ein plan, eller retningslinjer, for korleis ein forskar har tenkt å utføre ein studie, kallast ein *design*. Ein forskingsdesign inneheld den faglege konteksten for ei beskriving av undersøkinga si kven, kva, kor og korleis. Ulike typar design kan knytast til føremålet med undersøkinga (Thagaard, 2013, s. 55).

Kvalitative metodar byggjer på teoriar om fortolking (hermeneutikk) og menneskeleg erfaring (fenomenologi). Forskingsprosjektet mitt blir studert i eit fenomenologisk og hermeneutisk perspektiv.

I følge Thagaard (2013, s. 40-42) byggjer fenomenologien på ein underliggande førehandstru på at realitetane er slik folk oppfattar at dei er, og merksemda blir retta mot folk sine egne opplevingar og erfaringar. Fenomenologien vert framstilt som ein måte å samle data på. Hermeneutikken framhevar betydninga av å fortolke folks handlingar gjennom å utforske eit djupare meningsinnhald enn det som er umiddelbart innlysande. For å klare å forstå kva som har meining må vi alltid fortolke delane ut frå ein viss førforståing av heilheita som delane høyrer heime i. Hermeneutikken blir framstilt som ein måte å tolke data på.

Eg har i oppgåva valt å nytte hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming i kombinasjon. På den måten får eg fram både eit beskrivande og eit fortolkande perspektiv på informantane sine opplevingar og erfaringar, og på deira interesse for og haldningar til innføringa og bruken av PLO-meldingane i sjukehusavdelingar og sjukeheimar.

4.1 Metodeval

For å kunne danne meg eit godt grunnlag for forståing rundt samhandling om pasientinformasjon via PLO-meldingar vel eg å nytte kvalitativ metode. Denne metoden stiller særleg store krav til openheit og fleksibilitet, den går i djupna og vektlegg betydinga av deltakarane sine svar. Den avdekkjer deltakarane sine eigne oppfatningar, meiningar, motiv og tenkemåte. Det er viktig at deltakarane får gjengi sine tankar så korrekt og upåverka som mogleg (Thagaard, 2013, s. 12).

Det er viktig for meg at informantane får skildre korleis samhandlinga om pasient via PLO-meldingar forgår og korleis dei opplever bruken og flyten av meldingane. På denne måten meiner eg at eg vil få fram den beste forståinga frå informantane.

Studien er ein case-studie mellom to sjukeheimar og ei avdeling på sjukehus i Sogn og Fjordane. Case-studiar er ein spesiell form for design innanfor kvalitativ forskning, der ein går inn og utforskar ein avgrensa eining eller fleire avgrensa einingar. Einingane utforskast ved intensive analyser basert på ulike datakjelder (Thagaard 2013:56). Ein case-studie er eigna når ein stiller spørsmål om «korleis og kvifor», relatert til fenomen som skjer i ein verkeleg samanheng. Ved å nytte ein case-studie kan ein få detaljert forståing av innsikta som den enkelte sjukeheimsavdeling og sjukehusavdeling har i samhandlinga om pasient via PLO-meldingar.

Det finst fleire moglegheiter for datasamling innanfor kvalitativ metode, og eg har valt intervju. Gjennom intervju etablerer forskaren direkte kontakt med informanten, og relasjonen som utviklast mellom forskar og informant har stor betyding for materialet forskaren får fram (Thagaard, 2013). Ved å nytte intervju kan ein få fram fyldig og omfattande informasjon. Det gir eit godt grunnlag for å få innsikt i informanten sine erfaringar, tankar og kjensler.

4.2 Val av informantar

Informantane er henta frå sjukeheimar i to kommunar og ei sjukehusavdeling. Eg ynskte å snakke med sjukepleiarar, sidan dei har ansvar for å motta, sende og svare på PLO-meldingane. I tillegg ynskte eg å snakke med leiarane som var tilknytt dei ulike avdelingane på sjukeheimane og sjukehusavdelinga. Eg valte å ta med leiarane fordi dei har hatt ein sentral rolle i å planlegge og iverksette innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar.

Åtte sjukepleiarar og tre leiarar vart intervjua. Sju av dei var frå sjukeheim og fire var frå sjukehus. I framstillinga mi vil eg omtale sjukepleiarane som *sjukepleiarinformantar* og leiarane som *leiarinformantar*. Når eg omtalar både sjukepleiarar og leiarar blir dei omtala som *informantar*.

Informantane er plukka ut av leiar i kvar organisasjon. Dei er valt ut frå kven som var på jobb og tilgjengeleg på det tidspunktet eg som forskar kom til avdelinga. Eg stilte nokre kriterium til informantane, nemleg at dei må jobbe i minst 75 % stilling, og at dei har jobba i organisasjonen før, under og etter innføringa av PLO-meldingane. Informantane vil bli omtala med talkodar frå 01 til 011, sjukeheimane som A og B, og sjukehus blir omtala som sjukehusavdeling.

Alle avdelingane er godt i gang med å sende og motta elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar. Dei starta opp på ulike tidspunkt og har hatt ulike rollar i innføringa av meldingane.

4.3 Presentasjon av informantar

Grunnlaget for framstillinga er intervju med åtte sjukepleiarar og tre leiarar. Fem av sjukepleiarane og to av leiarane kom frå sjukeheim i kommunehelsetenesta, og tre av sjukepleiarane og ein av leiarane kom frå sengepostavdeling på sjukehus.

Halvparten av sjukepleiarinformantane gjekk i redusert stilling (75 %), resten gjekk i full stilling. Sjukepleiarinformantane var i alderen 34 år til 56 år. Alle var kvinner, og dei hadde hatt tilsetjingsforhold i organisasjonane i fem år eller meir. Dei tre leiarinformantane var også kvinner, og hadde fulle stillingar. Leiarinformantane var mellom 40 og 55 år. Den yngste var konstituert leiar og hadde vore i jobben vel eit år, og hadde erfaringar frå innføringa gjennom rolla som hovudtillitsvalt. Ho hadde vidareutdanning i leing. Dei to

andre hadde leiarerfaring på mellom 15 og 25 år frå den avdelinga dei var på på intervju tidspunktet, og ingen av dei hadde vidareutdanning.

Av sjukepleiarinformantane som kom frå sjukeheim hadde over halvparten vidareutdanning. To hadde vidareutdanning i akutt sjukepleie, ein i eldre og aldring, ein i lindrande behandling og ein innan demens. Av sjukepleiarane frå sjukehus var det ei som hadde vidareutdanning i lindrande behandling. Ein sjukepleiarinformant frå sjukeheim arbeidde som sakshandsamar, og ein sjukepleiarinformant frå sjukehusavdelinga var tilsett i stilling som fagutviklingssjukepleiar.

Undersøkinga er gjort i tråd med Thagaard (Thagaard, 2013) sine retningslinjer, som seier at tal på informantar ikkje bør vere større enn at det er mogleg å gjennomføre djupe analysar. Eg var heile tida open for å kunne auke eller redusere mengda av informantar. Undervegs i intervju oppdaga eg at den eine kommunen var organisert på ein litt annan måte, ved at dei hadde eit sakshandsamarkontor som tok seg av PLO-meldingane på dagtid. Eg såg det som ein styrke for oppgåva å ha med ein sakshandsamar blant informantane, og opna difor opp for ein ekstra informant. Eg det også som ein styrke å snakke med ein sjukepleiar som jobbar på sjukeheim i den andre pilotkommunen for å høyre om deira organisering. Dei hadde ikkje eige sakshandsamarkontor og var organisert på same måte som kommune B.

4.4 Forskingsmaterialet

For å få tilgang til forskingsmaterialet sendte eg skriftleg førespurnad til avdelingssjefen ved avdelinga på sjukehuset til og helse og sosial-sjefane i kommunane. I førespurnaden informerte eg om tema og føremål for studien, og om korleis eg tenkte å gjennomføre intervju. Eg vart sett i kontakt med leiarane på dei ulike avdelingane, som på førehand hadde sagt seg villige til å delta i studien. Leiarane plukka ut sjukepleiarinformantane, som fekk utdelt skriftleg informasjon om studien. Vidare vart tidspunkt for gjennomføring av intervju avtalt.

Dei to kommunane er strategisk valt fordi eg ønskte å ha med to kommunar av ulik storleik, med ulik organisering og ulike journalsystem. Eg ville sjå på to kommunar som starta opp med innføringa av elektroniske meldingar på ulike tidspunkt. Ein kommune var pilotkommune i prosjektet Meldingsløftet i Sogn og Fjordane. Eg ønska å sjå om desse ulikskapane hadde innverknad på samhandlinga om pasient via PLO-meldingar.

I innleiinga av oppgåva har eg greia ut om bakgrunnen for val av tema og problemstilling. Sidan eg har intim kjennskap til temaet for forskinga gjennom jobben som leiar, var det viktig at eg ikkje identifiserte meg for mykje med informantane mine. Thagaard framhever at hermeneutisk tilnærming gir grunnlag for tolkingar på fleire plan (Thagaard, 2013, 42). Eit plan er forskaren sine tolkingar ut frå kommunikasjonen med deltakarane, eit anna er tolkinga som forskaren finn med utgangspunkt i deltakarane si eiga forståing, men byggjer vidare ved å trekke inn nivå som speglar forskaren si teoretisering.

4.5 Intervjuet

Eg utarbeidde to intervjuguidar, ein til sjukepleiarinformantane og ein til leiarinformantane (vedlegg D). Intervjuguiden til sjukepleiarinformantane var inndelt i tre hovudtema: *før* innføringa av PLO-meldingar, *sjølv* *innføringa* av meldingane, og *etter* innføringa av meldingane. Kwart hovudtema hadde underspørsmål, slik at eg fekk fanga opp alle delar av problemstillinga. Intervjuguiden til leiarinformantane var ikkje så omfattande som til sjukepleiarinformantane, men hadde samanfallande spørsmål.

Spørsmålsformuleringane i guiden var slik at dei starta med spørjeord. Det var for å unngå at informantane svara berre ja eller nei på spørsmåla. Guiden vart brukt som haldepunkt gjennom intervjuet. Intervjuguiden kan verke detaljert, men eg la opp intervjuet slik at alle hadde moglegheit til å ta opp tema som ikkje var planlagde på førehand. Det kunne vere tema og diskusjonar som var viktige for å kaste lys over problemstillinga i oppgåva. Eg hadde under intervjuet fokus på at samtalen skulle gli så naturleg som råd, samtidig som eg sørga for å kome innom alle temaa i guiden.

Eg styrte samtalen slik at han ikkje utvikla seg til å handle om andre ting enn det eg var ute etter å få svar på. Ved å nytte denne intervjuforma hadde eg moglegheit til å oppklare ting som var uklart eller vart mistyda fortløpande. Thagaard skriv at intervjuar har ansvar for å utvikle tillit, vere lyttande og å tilpasse intervjusituasjonen til dei innspela intervjupersonen bidreg med (Thagaard, 2013, s. 98). Eg la opp til at samtalen skulle vere naturleg og var medviten i mi rolle for å oppnå tillit.

Ved å nytte denne metoden og undersøkingsforma, som er open og gir ei brei skildring og forståing, forventar eg å få fram nyanserte data om aktuelle situasjonar informantane opplever i kvardagen, og om kva for haldningar, interesse, styrkar og svakheiter dei har i samband med kommunikasjon og meldingsutveksling via PLO. Dette vil vere med og gi meg

nyttig informasjon om dei ulike organisasjonane sine moglegheiter og begrensningar når det gjeld å vere sosiale berarar av den nyleg implementerte teknologien.

Eg kvalitetssikra intervjuguiden ved at eg gjennomførte eit prøveintervju med ein sjukepleiar på min eigen arbeidsplass. Eg tok opp intervjuet på mobiltelefonen min for å sjå korleis det fungerte. Ved å prøve ut intervjuguiden kunne eg sjå om spørsmåla eg stilte kasta lys over det eg var ute etter å få svar på i oppgåva. Etter prøveintervjuet gjorde eg nokre få endringar i utforminga av spørsmåla i guiden.

4.6 Gjennomføring av intervju

Eg la opp til at informantane fekk velje intervjustad, og alle intervjuva vart gjennomførte på informantane sin arbeidsplass. Dei vart gjennomførte på kontor, tomme pasientrom eller møterom. Målet var å få gjennomført samtalanane så uforstyrre som mogeleg. På den eine sjukeheimen var dette vanskeleg, då det ikkje var ledige rom å sitte uforstyrre på.

Spørsmåla vart ikkje sendt informantane på førehand. Ingen av dei var i kontakt med meg på førehand og spurte kva eg ville spørje om.

For at informantane skulle føle seg trygge i intervjusituasjonen brukte eg tid på innleiande samtaler før eg sette på opptak og gjekk til intervjuguiden. Eg innleia intervjusamtalen ved å presenterte temaet for studien (vedlegg B) og skjema for informert samtykke (vedlegg C), og vi prata litt om avdelinga dei jobba i. Eg informerte ikkje informantane om at eg hadde vore med i innføringsprosessen av PLO-meldingar i eigen kommune og kjende til det nye PLO-systemet frå kommunehelsetenesta sin side. Dette var bevisst, for å prøve å sette mine egne kunnskapar til side.

Eg tok opp samtalanane på mobiltelefon, og rett etter intervjuet blei dei lagra i Dropbox, slik at eg hadde dei tilgjengeleg på min PC. Samstundes som eg lytta tok eg notat i stikkords form. Dette var med på å hjelpe meg å huske kven som meinte kva seinare. Eg stilte oppfølgingsspørsmål der eg følte eg trengte meir informasjon og for å vere sikker på at eg hadde tolka informantane sitt resonnement riktig.

Intervjuva med sjukepleiarinformantane varte frå om lag 45 minutt til ein time. Intervjuva med leiarinformantane varte i om lag 30 minutt. Tidsperspektivet på samtalanane vart avtalt før intervjuet starta.

Eg hadde varierende opplevingar med sjølve intervjusamtalane. Dette hadde å gjere med kor opne informantane var og kor førebudde dei var. Dei fleste fortalte at dei hadde lese

informasjonen eg hadde sendt og var førebudde til samtalen med meg. Eg opplevde at guiden min fungerte som ein rettesnor i samtalen, og sjølv om eg syntest samtalanane var variable så flaut dei fleste samtalanane lett etter att det hadde gått om lag ti minutt til eit kvarter. Informantane gav intrykk av å vere oppriktig opptekne av det dei snakka om.

4.7 Analyse og tolking av data

Analysen startar ved innsamling av data, og går parallelt som ein kontinuerleg prosess til studien er ferdig. Analyser av samtalar er ein prosess der forskar går inn i datasamlinga og får fram forståinga av det informantene har formidla gjennom måten han har ordlagt seg på i interjuvet (Thaagard, 2013, s. 125).

Etter at eg var ferdig med intervjuet må resultatene gjerast tilgjengeleg for analyse ved transkribering. Å transkribere betyr å transformere, å skifte frå ei form til ei anna (Kvaale, 2012, s. 104).

Eg transkriberte materialet så raskt som mogeleg etter sjølve intervjuet. Eg skreiv det ut ordrett slik det låg føre i opptak. Eg brukte tid på å lese gjennom intervjuet etter at dei var transkribert og bli kjend med innhaldet.

For å kunne gå gjennom teksten på ein oversiktleg måte tok eg utskrift av alle intervjuet. Eg sorterte dei etter tema og limte dei opp på eit stort gråpapirark. På denne måten greidde eg å meiningsfortette funna. Eg såg etter årsaker og ulike meiningar, og fann struktur i datamaterialet.

4.8 Ethiske refleksjonar knytt til kvalitativ intervju forskning

Når ein skal utforme problemstillinga og planlegg eit prosjekt er det viktig å vurdere det etiske aspektet.

Det er viktig at forskar viser respekt for intervjupersonane sine grenser, slik at dei ikkje gir frå seg informasjon dei vil angre på i ettertid.

Et anna etisk dilemma som kan oppstå er situasjonar kor informantane sender motstridande budskap. For eksempel kan tonefall og kroppsspråk gi uttrykk for noko anna enn det som blir sagt med ord. Her er det ikkje etisk forsvarlig av forskar å påpeke dette, sidan det kan skape problem for informantene etter intervjuet. Her er det viktig å ha i tankane at

prinsippet om at informanten ikkje skal ta skade av å delta i forskingsprosjektet er ledande for kor nærgåande ein kan vere i intervjusituasjonen (Thaagard, 2013, s. 120).

Gjennomføringa av intervju har eg opplevd som etisk forsvarleg. Ingen har gitt uttrykk for at det har vore ubehageleg å bli intervju, korkje verbalt eller nonverbalt. Nokon gav tilbakemelding på at dei kvitte seg på førehand, men intervjusituasjonen gjekk fint.

4.9 Validitet og reliabilitet

Reliabilitet og validitet er to kriterier som omhandlar datakvaliteten. Validitet er knytt til undersøkinga som heilskap, og reliabilitet er knytt til målingar.

I følge Thagaard er validitet knytt til tolking av data (Thagaard, 2013, s. 204-205). Forskaren må stille spørsmål om dei tolkingane han kjem fram til er gyldige i samband med den verkelegheita han har studert. Eg har gjennom mine arbeidskollegaer og rettleiar for studiet prøvd å gjere greie for korleis analysen i arbeidet gir grunnlag for dei konklusjonane eg er kommen fram til, og dei har kome med ulike innspel undervegs. Å få slike innspel er med på å styrke truverdet i forskinga.

Reliabilitet dreier seg om kor vidt datamaterialet i forskinga er påliteleg. Pålitelegheit kan demonstrerast ved å gjere greie for korleis dataa blir utvikla, kunne skile mellom informasjon frå feltet og eigne vurderingar, og kunne gjere greie for relasjonar til informanten og eigne erfaringar i feltet (Thagaard, 2013, s. 202). Det betyr *at andre forskarar skal kunne gjennomføre same undersøking og komme fram til same resultat. Det at eg nyttar kvalitativ metode betyr at resultatet av forskinga er eit resultat av kommunikasjonen mellom meg og informant. Eg kan difor ikkje med sikkerheit seie om ein anna forskar hadde fått identiske svar. Men eg merkar meg at svara eg har fått samsvarar med andre evalueringsundersøkingar knytt til PLO-meldingar.*

4.10 Oppsummering

Metodekapittelet har hatt som hovudmål å gi ein presis og grundig framstilling av forskingsprosessen. Eg har gjort greie for val av metode, utveljing av informantar, forskingsmateriale, analyse og tolking. Eg har presentert intervjuguiden, og forklart korleis han vart laga og nytta, saman med eigne erfaringar i prosessen. Eg har til slutt reflektert kring etikk, validitet og reliabilitet.

Kapittel 5: Presentasjon av data

I dette kapitlet vil eg presentere funna frå intervju med sjukepleiarar og leiarar frå sjukehus- og sjukeheimsavdelingar. Føremålet med intervju er å svare på problemstillinga som vart presentert i kapittel 1. Først presenterer eg informantane, og den vidare framstillinga av funna blir delt inn etter dei 5 forskingsspørsmåla som er gjort greie for i kapittel 1.1:

1. Korleis samhandla sjukehus og sjukeheim om pasienten før innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?
2. Korleis skjedde innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?
3. Korleis samhandla de om pasientar etter innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?
4. Korleis har leiaren medverka til at samhandlinga har endra seg?

Funna blir oppsummert etter kvart, og under punkt 5.6 vert det gitt ei samla oppsummering av kapitlet.

5.1 Korleis samhandla de om pasienten før innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?

Felles for alle informantane frå sjukehus og sjukeheimane (A og B) var at den første samhandlinga om pasient gjekk føre seg via telefonkontakt på tvers av dei ulike organisasjonane, ofte som førebuing til innlegging frå sjukeheim til sjukehus og utskrivning frå sjukehus til sjukeheim. Ein av sjukepleiarinformantane (02) frå sjukeheim B beskriv samhandlinga slik:

«Førstegongskontakt med sjukehus om pasient gjekk alltid føre seg via telefon, i tillegg vart sjukepleiesamanfatning sendt med pasient, fax brukte vi ikkje til pasientinformasjon».

To av sjukeheimsinformantane (frå sjukeheim A og B) sa at fax ikkje er brukt som samhandlingskanal om pasient til sjukehus, men dei fekk søknad om institusjonsplass til

pasientar frå sjukehus på fax. Frå fleire av sjukepleiarinformantane frå sjukehus, kom det fram at sjukepleiarane på sjukehusavdelinga fekk sekretær til å sende søknad om institusjonsplass til sjukeheimane via fax, elles vart fax sjeldan nytta som samhandlingskanal.

Dei tre sjukepleieinformantane frå sjukehus sa dei alltid brukte telefonen for samhandling om pasient under opphaldet og rett før heimreise, det vart alltid sendt med pasientutskrivingsrapport i form av brev og førebels epikrise. Epikrise vart sendt med post til pasient eller sjukeheim om lag ei veke etter utskrivning.

5.1.1 Utfordringar i samhandlinga

Sjukepleiar- og leiarinformantane på sjukehusavdeling og sjukeheimane (A og B) viste til fleire utfordringar i denne samhandlinga. For det første opplevde dei *informasjonssikkerheita* i samhandling om pasient via telefon, brev og fax som *svak*. Fleire av sjukepleiarinformantane (A og B) fortalde om usikkerheit rundt pasientinformasjon som vart ringt inn til vaktrom på sjukeheim. Spørsmål som melde seg var mellom andre: Vart beskjeden tolka riktig og nedskreven i journal? Var det rett pasient det vart snakka om? Vart det oppgitt rette prøvesvar, og var medikamentopplysingane riktige? Ein informant (05) frå sjukeheim A beskreiv det slik:

«Kommunikasjonen var veldig personavhengig. Vi er forskjellige, og beskjedar blir ulikt oppfatta, eg har ein måte og oppfatte ting på og du ein måte og oppfatte på.»

Fleire av sjukepleieinformantane frå sjukeheim A og B fortel at det dei siste åra er blitt fleire utanlandske sjukepleiarar i jobb ved sjukeheimane og på sjukehus, som ikkje har norsk som førstespråk. Dei kan beherske skriftleg norsk greitt, men det kan vere ei utfordring å gje og forstå munnleg kommunikasjon, særleg over telefon. Dette vart ei problemstilling som gjekk att frå fleire av sjukehusinformantane. Ein av sjukehusinformantane sa ho hadde opplevd at den pasientinformasjonen ho hadde ringt inn til ein sjukeheim ikkje vart nedskrive i journal og bringa vidare til andre sjukepleiarar. Ein sjukepleiarinformant (03) frå sjukeheim B fortalte at ho fleire gonger opplevde at det hang post-it-lappar på pc-en med pasientinformasjon som skulle førast inn i journal, nokon hadde mottatt informasjon og ikkje hatt tid å føre det i journal med ein gang. Assistentane var heller ikkje flinke til å føre inn i journal.

Det kom fram frå fleire av sjukepleiarinformantane frå sjukehuset at det ikkje alltid følgde med innleggingsskriv frå sjukeheimane ved innlegging av pasient på sjukehus, dette gav ei utfordring for sjukepleiarane i avdelinga som måtte bruke tid på å ringe etter informasjon. Det vart ved fleire høve påpeika frå sjukehusinformantane at det var ei utfordring å treffe dei rette personane som kunne gi dei informasjon om pasient ute på sjukeheimane. Ein av sjukehusinformantane (010) uttrykte seg slik:

«Det var ofte ei utfordring å treffe rett person å snakke med om pasient ute på sjukeheimane, skulle pasienten tilbake til kommunen var det leiar vi måtte snakke med, ho var vanskeleg å treffe».

Dette samsvarte med noko ein sjukepleiarinformant frå sjukeheim B (02) fortalde. Når ein pasient blir sjuk, blir han ofte sendt til legevakta og rett til sjukehus. Det tar ei tid før dei får informasjon frå lege om at pasienten er sendt til sjukehus, og dei får då ikkje sendt med sjukepleiedokumentasjon. Ein sjukehusinformant (09) trekte fram ulik organisering i kommunane som ei utfordring når ein skal samhandle om pasient. I ein kommune er det sjukepleiar på vaktrom ein skal samhandle med, i ei anna kommune er det leiar eller eit sakshandsamarkontor.

Eit fleirtal av sjukepleiarinformantane i A og B fortalte at dei hadde ved fleire høve opplevd at ein sjukepleier rapport gitt via telefon frå sjukehusavdeling ikkje stemte med pasientane som kom til sjukeheimsavdelinga frå sjukehus. Pasientane var ofte friskare enn rapportert. Det vart påpeika at utskrivingsrapporten frå sjukehusavdelinga ikkje inneheldt god nok informasjon om pasienten sitt funksjonsnivå og behandlinga som var gitt på sjukehus var lite spesifisert. Epikrisa inneheld ikkje alltid god nok informasjon om medisinar, spesielt medisinar som til dømes maravan. Ein av sjukeheiminformantane (A) sa det slik:

«Det var ikkje alltid like enkelt å tyde epikrisa, då den var handskriven. Då måtte vi ringe til sjukehuset for ikkje å gje til dømes feil medisin.»

Leiarinformant frå sjukeheim A seier ho ser at sjukepleiarane før ikkje var så flinke til å etterspørje informasjon om pasientane medan dei låg inne på sjukehuset. Hadde det vore samhandling under opphaldet hadde nok det ikkje vore så mykje «styr» ved utskriving av

pasient frå sjukehuset til sjukeheim. Dette samsvara med det sjukehusinformant (08) sa, at sjukeheimane tar så å seie ikkje kontakt med dei før dei ringer og informerer om at pasienten er ferdigbehandla.

Dei fleste av sjukepleiarinformantane frå A og B var usikre på om dei hadde faktiske formelle retningslinjer eller prosedyrer å gå etter i samhandlinga med sjukehuset. Ein informant (01) frå sjukeheim A understreka at etter at samhandlingsreforma trådde i kraft hadde dei laga ein mal for samhandling med sjukehuset i journalsystemet, dei hadde ei journalfane som heitte «kommunikasjon med sjukehuset», der kom det opp forslag til kva ein skulle spørje etter. Leiarinformant frå sjukeheim A sa at dei hadde retningslinjer på kva spørsmål som skulle stillast og problemstillingar som skulle belyst i journalsystemet. Leiarinformant frå sjukeheim B var usikker, men meinte avdelingane brukte samhandlingsavtala som var inngått mellom kommunane og helseføretaket. Informant (06) frå sjukeheim A seier:

«Vi hadde ikkje noko rutine på kva som skulle vere med i sjukepleieskrivet, kom mykje an på personen som skreiv det.»

Tre av sjukepleiarinformantane frå sjukehusavdelinga var usikre på om dei hadde retningslinjer, ein av sjukepleiarinformantane meinte det var ei retningslinjer, men kunne ikkje seie noko om kva den inneheldt. Leiarinformanten meinte derimot at dei brukte vestlandsløftet sine retningslinjer i samhandlinga om pasient med sjukeheimane.

Det som gjekk igjen frå dei fleste sjukepleiarinformantane frå både A, B og sjukehusavdelinga, var at sjølv om dei ikkje hugsa om dei hadde noko form for retningslinjer i samhandlinga, visste dei kva dei skulle spørje etter i samhandlinga rundt pasient, det var ein del av jobben dei skulle utføre dagleg. Som sjukepleiarar visste dei kva som var viktig å informere om rundt pasienten og kva informasjon dei skulle etterspørje.

Det kom fram av intervjuet at avvik knytt til samhandling var underrapportert. Fleire informantar frå sjukeheim A, B og sjukehus tok opp tidsperspektiv som grunn til at avvik ikkje vart prioritert og skrive. Ein sjukepleiarinformant (06) frå sjukeheim A sa ho trur det er mykje usikkerheit rundt det med avvik. Spørsmål ho stilte seg var mellom andre: Når er situasjonen slik at det skal skrivast avvik? Ein annan informant frå sjukeheim B (08) formulerte seg slik:

«Når andre ikkje skriv avvik blir det til at ikkje eg heller skriv.»

5.1.2 Oppsummering

Den mest brukte samhandlingsmåten før innføringa av PLO-meldingar for både sjukehusavdeling og sjukeheim A og B var telefon og brev. Sjukehuset brukte fax innimellom i samband med sending av søknader til omsorgstenesta i kommunen. Sjukehusavdelinga var mykje i kontakt med sjukeheimane på telefon i samband med innhenting av pasientinformasjon ved innlegging av pasient på sjukehusavdeling. Ved utskriving av pasient frå sjukehus var det mest skriftlege utskrivingsskriv og epikrise som vart nytta. Sjukeheimane meinte det var under utskrivingprosessen dei var mest i kontakt med sjukehuset, då ringte dei for å få avklaringar rundt pasient og enkelte gongar etter utskriving for å få stadfesting på ukklarheiter i utskrivingspapira.

Med omsyn til utfordringar ga informantar frå sjukehus og sjukeheim A og B uttrykk for att det var knytt usikkerheit til pasientinformasjonen som blir formidla munnleg via telefon på tvers av sjukehus og sjukeheim, dei var usikre på om informasjonen vart rett oppfatta og nedskreven rett i journal av den som mottar beskjeden. Språkvanskar mellom dei med norsk som førstespråk og dei med norsk som andrespråk vart trekt fram som ein kompliserande faktor. Det er utfordringar i form av manglande og feil informasjon i både innskrivingsrapportar frå sjukeheim til sjukehus og utskrivingsskriv frå sjukehus til sjukeheim. Epikrise frå sjukehuset inneheldt ikkje alltid god nok informasjon om medisinar. Det kom fram utfordringar knytt til ulik organisering i kommunane.

Retningslinjer og prosedyrar til bruk i samhandlinga var det få som kjente til av sjukepleiarinformantane i dei ulike organisasjonane. Leiarane kunne vise til at dei kjente til retningslinjer og innhaldet i dei. Avvik knytt til samhandling var underrapportert på sjukehusavdelinga og på begge sjukeheimane, og informantane var usikre på når dei skulle rapportere avvik.

5.2 Korleis skjedde innføringa av elektroniske pleie og omsorgsmeldingar?

Fylkesprosjektet «Meldingsløftet i Sogn og Fjordane» hadde stor betydning i arbeidet med innføringa av PLO-meldingane i form av å utruste kommunane til å kunne sende og motta PLO-meldingar.

Sjukeheim A og sjukehusavdelinga var pilotar i prosjektet, og dei hadde tidleg danna kvar si prosjektgruppe som hadde tett dialog med prosjekt. Gjennom meldingsløftet fekk dei kontakt med andre kommunar og helseføretak som hadde starta opp med PLO-meldingar. Prosjektgruppene besto av leiar, lege, IT-ansvarleg, tilsett frå avdeling (superbrukar i journalsystemet) og tillitsvalt. Som pilot fekk dei tilført midlar frå «Vestlandsløftet» til planlegging, opplæring og gjennomføring av arbeidet med å innføre PLO-meldingar i organisasjonen.

Sjukeheim A starta opp i 2012, dei starta med å sende og få meldingar frå legekontora. Når det fungerte, «rulla» dei det vidare ut mot sjukehusavdelinga. Sjukehuset starta opp med å sende og få meldingar mot pilotsjukeheim A i 2012. Når alt fungerte som det skulle vart fleire kommunar ein etter ein kopla opp med PLO-meldingar mot sjukehuset.

For sjukeheim B skjedde innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar i samarbeid med nærliggande kommunar som hadde same EPJ-system. Meldingsløftet hadde ei sentral rolle i dette arbeidet, som gjennom nettverkssamlingar bidrog med spreiding av kunnskap og erfaringar frå pilotkommunane. Leiar på sjukeheimsavdelinga og konsulent på sjukeheimen deltok på desse samlingane og hadde ansvar for vidareformidling av det dei lærte til alle tilsette på sjukeheimen. Kommunen starta opp med sending av pleie- og omsorgsmeldingar tidleg i 2014 mot legekontor, deretter mot sjukehuset våren 2014. Oppstart med PLO-meldingane gjekk i følgje leiaren fortare enn forventa, dei hadde fått eit godt grunnmateriale frå pilotkommunane som dei kunne nytte i både informasjons- og opplæringsprosessen. Dei standardiserte elektroniske pleie- og omsorgsmeldingane vart utvikla gjennom «Elin-k prosjektet» som på gjekk frå 2005–2011. Innføringa av meldingane følgde malar utarbeidd i dette prosjektet og statlege føringar, men tilpassa den enkelte organisasjonen. Gjennom meldingsløftet vart det signert forpliktande avtalar mellom partane som sikra parallell innføring.

Alle rutinar og prosedyrar er frå byrjinga av utarbeida i tråd med retningsliner og føringar frå staten. I tillegg er det utarbeida samhandlingsavtalar mellom sjukehus og kommunar, det er også utarbeida delavtalar knytt opp mot IKT-samarbeid. Dette for å sikre felles forplikting og framdrift.

5.2.1 Organisering – Skildring av case

Kommune A har ein sjukeheim med kortids- og rehabiliteringsavdeling med 25 plassar og eit akuttrom. Kommunen har eige sakshandsamarkontor som har ansvar for koordinering av alle pasientar internt i kommunen og eksternt – ut frå sjukehus. Sakshandsamar har ansvar for at PLO-meldingane blir opna og importert inn i journalsystemet slik at dei er tilgjengelege for alle tilsette på sjukeheimsavdelinga, og dei har ansvar for å svare på spørsmål knytt til PLO-meldingane. Sakshandsamarkontoret er opne kvardagar frå 08.00 til 15.30. Etter opningstid er det kortidsavdelinga på sjukeheimen som har ansvar for å passe PLO-meldingane.

Sakshandsamarane på sakshandsamarkontoret er utdanna sjukepleiarar. På sjukeheimsavdelinga har alle tilsette lesetilgang til PLO-meldingane men, berre sjukepleiarar har tilgang til å svare, sende og få meldingane. Dei nyttar CosDoc som fagsystem.

Sjukeheimen i kommune B har integrert kortidsavdeling og langtidsavdeling og har om lag 20 plassar. All samhandling om pasient går føre seg på vaktrommet ved sjukeheimen. Kommunen har eiga tildelingsnemnd som har møte kvar 14. dag som koordinerer pasientar inn og ut av kommunen og tildeler kort- og langtids plassar ved sjukeheimen. Alle tilsette har lesetilgang til PLO-meldingane i pasientjournalen, men berre sjukepleiarane har tilgang til å importere inn meldingane og skrive og svare dei ut. Konsulent på sjukeheimen som var aktiv med i innføringsprosessen er inne og hjelper til med å opne og importere PLO-meldingane inn i journalsystemet. Fagsystemet dei nyttar heiter Profil.

Sjukehusavdelinga er ei somatisk avdeling delt inn i 3 grupper med til saman 39 pasientar, gruppene er inndelt etter diagnosar. Alle tilsette har lesetilgang til PLO-meldingane i pasientjournalen, sjukepleiarane har tilgang til å importere inn meldingane og skrive og svare dei ut. Hjelpepleiarar som går i høge stillingsprosentar har tilgang til å sende melding om innlagde pasientar. Gruppeleiar på kvar vakt har ansvar for alle PLO-meldingane. Dei nyttar Dips som fagsystem.

5.2.2 Retningslinjer

Rutine for samhandling med sjukehuset vart regulert i ein avtale mellom kvar kommune og sjukehuset i forkant av samhandlingsreforma. I avtalen er det fleire delavtaler, deriblant ei som går på informasjonsutveksling og ei på elektroniske meldingar. Det er gjort forpliktingar frå begge sider i å bruke PLO-meldingar.

I intervjua kom det fram at sjukehusinformantane kjente til samhandlingsavtala, og fleire av informantane gav uttrykk for at den inneheldt viktig informasjon om bruken av PLO-meldingane og tidsperspektiv på når det forventast at dei ulike typane skal sendast og svarast på. Berre halvparten av informantane frå sjukeheimane kjente til innhaldet i avtalane, nokre gav uttrykk for at ja, der var avtalar, men kunne ikkje seie kva dei inneheldt.

To av leiarane (sjukehus og sjukeheim A) fortalte at avtalen var tilgjengeleg på vaktrom og hadde vore ei god hjelp i utarbeidinga av rutinar.

Alle informantane fortalte om ei laminert sjekklister som dei kan nytte når dei skal sende og svare på meldingar. Eg skriv «kan» fordi tre sjukepleiarinformantar svarte at dei brukte den berre i starten, dei ga uttrykk for at dei veit kva meldingar som skal sendast når og kva dei skal innehalde. Leiar frå sjukehuset fortalte at desse laminerte rutinane var laga av pilotkommune ut frå standardoppsett på korleis ein skal sende meldingar og tidsperspektiv på kor tid ein skal svare og sende meldingane henta ut frå delavtale mellom sjukehus og kommune.

5.2.3 Informasjon

Det kom fram i intervjua at informasjonen om PLO-meldingane har vorte formidla bortimot likt i dei ulike organisasjonane. Det vart tidleg i prosessen gitt ut skriftleg og munnleg informasjon til alle yrkesgrupper på eige informasjonsmøte, vidare vart det formidla informasjon på avdelingsmøte og personalmøter. Dei som var pilotar fekk informasjon om kva det innebar å vere i pilotprosjekt, at dei måtte køyre parallelt med to samhandlingsrutinar ein kort periode. På sjukeheim B vart informasjonen gitt av leiar, medan på sjukeheim A og på sjukehus vart den gitt av ei intern prosjektgruppe med representantar frå meldingsløftet. Leiarane i dei ulikeorganisasjonane fortalte at dei første informasjonsmøta var obligatoriske og måtte gå over to dagar for å fange opp alle som gjekk i turnus. I informasjonsmøta var det lagt opp til gruppearbeid der ein såg på prosedyrar og rutinar. I intervju med leiarane kom det fram at alle hadde fokus på att informasjonen måtte nå fram til alle. Dei som var i permisjon og sjukmelde var også invitert på informasjonsmøta.

Det var ulike meininger frå sjukepleiarinformantane om informasjonen var tilstrekkeleg og god, om det var lagt opp til informasjonsmøter slik att alle hadde moglegheit til å delta.

Sjukepleiarinformantane frå sjukeheim B meinte at alle yrkesgrupper fekk grei informasjon om PLO-meldingane på eit felles informasjonsmøte ei tid før innføringa starta. Ein sjukepleiar (02) meinte leiar hadde vore aktiv og engasjert i dette arbeidet. Ut i intervjuet nemnte ein sjukepleiarinformant (03) at ho hadde ønska seg litt meir informasjon om kva som var forventa av sjukepleiarane før sjølve opplæringa starta. Ho var ikkje førebudd på at sjukepleiarane skulle ha eit større ansvar med PLO-meldingar enn andre yrkesgrupper før sjølve opplæringa starta opp.

Frå sjukeheim A meinte alle sjukepleiarinformantane utanom ein at det var gitt god og informastiv informasjon til alle tilsette før innføringa på fellesmøtet der det var representantar frå IT-avdelinga, lege og leiar til stades. Ein sjukepleiar (05) sa det slik:

«Informasjonen var grei, vi fekk den både munnleg og skriftleg. Vi blir engasjerte når både leiar og legen snakkar fram PLO-meldingane»

Den eine sjukepleiarinformanten (06) som var usikker på om informasjonen var god, kunne ikkje huske at det vart halde informasjonsmøte. På sjukehusavdelinga var det berre gode ord som vart sagt frå 3 av 4 sjukepleiarinformantar om informasjonen som var gitt og tidspunktet for når den var gitt. Seksjonsleiaren vart dratt fram som ei engasjert dame i formidlingsarbeidet. Ein informant (010) meinte dei hadde fått ekstra god informasjon på sjukehusavdelinga fordi dei var med i ei pilotavdeling.

Intervjua syner at dei fleste av sjukepleiarinformantane i etterkant av denne informasjonsrunda vart skeptiske og urolege. Nokre gav utrykk for redsel for ikkje å klare å sette seg inn i PLO-meldingane, men mest av alt kom det fram usikkerheit om ein får sett av nok tid og ressursar til å få skikkeleg opplæring og om kor mykje ekstra ressursar og tid det ville bli sett av etter innføringa.

5.2.4. Opplæring

Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar krev opplæring som blir tilpassa den enkelte brukargruppa. I følge leiarane vart det tidleg i innføringsprosjektet definert at sjukepleiarane skulle ha ein viktig rolle i mottak og sending av PLO-meldingar. Det er mykje helse- og medisinrelaterte opplysningar som skal sendast og det er mange spørsmål om helsetilstand og medikament som skal svarast på, denne kompetansen er det sjukepleiarane som sit med.

Det kom fram ulike meiningar rundt opplæringa i intervjuet. Mellom anna fortalde to av sjukepleiarinformantane frå sjukeheim A om ein positiv og god opplæringsperiode, det vart utdelt ei retningslinje som skulle vere ei rettesnor som dei hadde fått frå ein anna kommune som allereie hadde starta opp med PLO-meldingar, som dei skulle tilpasse sin organisasjon. Det var lagt opp til at dei fekk prøve å ta i mot og sende ulike typar meldingar mellom sjukeheim og sjukehusavdeling (pilotavdelinga). Alle typar meldingar vart prøvd sendt. Informant (05) frå sjukeheim A sa det slik:

«Vi fekk øve oss med testperson til vi var trygge. I byrjinga brukte vi også telefon for å sikre informasjon, etter kvart som vi var trygge på at systemet fungerte datt telefonen vekk».

På denne sjukeheimen understreka dei fleste sjukepleiarinformantane (3 av 4) at prosjektet var også godt forankra internt. Dette vart stadfesta av leiar som sa at den interne prosjektgruppa som var danna i oppstartsfasen var aktiv med i opplæringsbiten.

Ein av sjukepleiarinformantane frå denne sjukeheim A (06) var ikkje like positiv, ho sa det slik:

«Vi hadde vel ei kort innføring, det er mogleg der var teknisk opplæring med det var ikkje eg med på».

Ho la også til at ho tidlegare hadde jobba på ei anna avdeling og kom til denne avdelinga midt i innføringa av PLO-meldingane, kanskje ho hadde gått glipp av noko.

Også på sjukeheim B hadde sjukepleiarane delte meiningar om korleis opplæringa i avdelinga hadde gått føre seg. Ei meinte det var god teknisk opplæring der dei fekk prøve å sende og ta imot ulike meldingar før ein starta med å sende på ekte pasientar. Same informant fortalte at deira leiar og konsulent hadde vore på fleire samlingar saman med pilotkommunane og fått gode råd for korleis innføring og opplæring skulle gå føre seg. Ein sjukepleiar (03) frå sjukeheim B kunne likevel ikkje hugse at det hadde vore noko formell opplæring:

«[eg] hugsa at vi fekk utlevert eit skriv som beskrev korleis det skulle gjerast, blei glad når eg greidde å sende melding.»

Same informant informerte seinare om at ho ikkje kjende seg heilt trygg enno, men at ho nok hadde nok eit ansvar sjølv med å lære seg det betre.

Alle sjukepleiarinformantane på denne sjukeheimen (B) snakka dessutan positivt om eit laminert ark med retningsliner dei hadde fått om kva meldingar som skulle sendast til kven og kva meldingar skulle en svare med.

Også på sjukehusavdelinga hadde dei fleste sjukepleiarane gode tilbakemeldingar på korleis opplæringa var gjennomført. Dei fortalte at her fekk alle sjukepleiarar, men og nokre av hjelpepleiarane prøvesende og prøvemotta meldingar til dei kjende seg trygge.

Opplæringa vart gitt til alle sjukepleiar og dei hjelpepleiarane som gjekk i bortimot full stilling. Hjelpepleiar kan sende meldingar om innlagt pasient, men meldingar som inneheld sjukepleiedokumentasjon er det berre sjukepleiarar som får sende. Dei fortalte om ein engasjert leiar og IT-koordinator. Ein sjukehusinformant (08) sa det slik:

«Vi fekk mykje undervisning, skriftleg og munnleg, det kan ha med at leiaren vår har vore med i ei prosjektgruppe. Vi øvde oss på testperson før vi sette i gang».

Ein sjukepleiarinformant (011) meinte ho hadde fått litt lite opplæring i å sende meldingar og var ikkje trygg på å den biten, ho sa ho måtte «hive» seg ut i det, det var skummelt, men det gjekk bra. Også ho var skeptisk til endringane som skulle komme, var redd ho ikkje greidde å henge med. I intervjuet med alle organisasjonane vart ordet «superbrukar» nemnd av nokre informantar. I følgje desse informantane er superbrukar ein person som har ekstra ansvar for journalsystemet og har fått eit utvida ansvar for PLO-meldingane. Var det problem, tok dei kontakt med denne personen.

Leiarane frå dei tre organisasjonane gav uttrykk for at dei hadde fått grundig og god opplæring slik at dei var trygge på å kunne handtere alle typar meldingar. Leiar frå sjukeheim A hadde vore med på opplæringa gjennom arbeidet som sjukepleiar og tillitsvalt. Leiar frå sjukeheim B fekk opplæring gjennom nettverk med pilotkommunane i regi av meldingsløftet. Leiar frå sjukehuset hadde fått opplæringa si gjennom Vestlandsløftet og Meldingsløftet.

5.2.5 Oppsummering

Caset er to sjukeheimar av ulik storleik og ei sjukehusavdeling. Organisasjonane har ulik organisering. Intervjua avdekkjer at alle informantane har fått god informasjon i førekant av innføringa av PLO-meldingane. Over halvparten av sjukepleiarinformantane og alle leiarane var godt nøgde med opplæringa dei fekk. Dei fleste informantane hadde forståing for at ei endring måtte til, dei såg at å arbeide slik dei gjorde før verken var sikkert eller gav kvalitet. Alle sjukepleiarinformantane frå både sjukehus og sjukeheim A og B uttrykte ei forståing for at endringa måtte komme, men at det var uklart for dei kva dette skulle innebære, og kva det skulle ende opp med.

5.3 Korleis samhandla de om pasientar etter innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar?

Overgangen frå papir til elektronisk mottak av helseopplysningar er eit viktig steg vidare i det praktiske samarbeidet mellom sjukeheim og sjukehus. Så snart opplæringa var ferdig, skulle alle ta dei elektroniske pleie- og omsorgsmeldingane i bruk. Første steg for sjukeheimane var informasjonsutveksling med PLO-meldingar mellom legekantora i kommunen, så vart det utvida til å sende og motta PLO-meldingar mellom sjukehus og sjukeheim.

Helseopplysningane om pasient som no utvekslast digitalt er dei same opplysningane som før vart utveksla i brevsform. Å utveksle helseopplysningar digitalt opplevast for mange som nytt og utfordrande. Før kunne ein fysisk halde brevet med helseinformasjon i handa og legge det i konvolutt og sende det til mottakaren som igjen opnar brevet med helseopplysningar og legg informasjonen fysisk inn i pasientjournalen. I ei elektronisk pleie- og omsorgsmelding har ikkje den tilsette same kontroll over sendinga. Meldingane som blir produsert i avsendaren sitt journalsystem er ukrypterte og manglar signatur. Under sending blir meldingane kryptert, når meldinga kjem til mottakar sitt fagsystem havnar den i ein innboks, og ei kvittering sendast til avsendarens fagsystem. Etter at meldingane er komne i innboksen må meldinga importerast inn i pasienten sin journal, meldinga blir då tilgjengeleg for alle som har lesetilgang til journalen. I meldinga kjem det klårt fram kva avdeling som sendte meldinga og avsendar sit namn. PLO-meldingane inneheld både standardiserte meldingar og meldingar som er opne for dialog, jmf. kapittel 2.2. Meldingane blir trygt sendt

over Norsk helsenett. Det er sett strenge krav til sikkerheit og kvalitet samt gode rutinar til overvaking av meldingane gjennom nasjonal standard.

Alle informantane frå sjukeheimane (A og B) og sjukehus fortalte at etter innføringa av digitale pleie-og omsorgsmeldingar føregjekk hovudsakleg all samhandling om pasient via PLO-meldingar. Det blir sendet både standardiserte meldingar i form av innleggingsskriv med helseopplysningar frå sjukeheim og sjukepleieopplysningar og legeopplysningar ved utskriving av pasient frå sjukehus. Undervegs i opphaldet på sjukehuset blir det skrivi meir opne dialogmeldingar. Det er utarbeida ei avtale på korleis meldingane skal sendast, når dei skal sendast og når dei skal svarast på. Det er fristar på når du skal sende og svare på meldingane. Informantane frå sjukehus og sjukeheim A fortalte at den første tida etter innføringa måtte dei forhalde seg til både nye samhandlingsrutinar og gamle. Når ein såg at alt fungerte som det skulle vart dei gamle rutinane lagt vekk.

Ein sjukeheimsinformant (08) fortalte at der var fem ulike meldingar dei kunne bruke (jmf. punkt 2.2). Ho refererte til at på hennar avdeling var det mest innleggingsrapportar, helseopplysningar og førespurnad og svar på førespurnad dei brukte når dei skulle sende melding, i tillegg svara dei på meldingar som sjukehuse sendte. Det kunne vere til dømes innlagt pasient eller utskrivingsklar pasient. Ho fortalte også at dei følgde retningslinene for kva type melding skulle dei sende eller svare ut med. Dette vart bekrefta av fleire sjukeheimsinformantar (A og B).

Hjå sjukehusinformantane var samtlege samde i at dei brukte alle meldingstypane (åtte stykk) som sjukehus kunne sende, dei nytta også utarbeida retningsliner for sending av meldingar. Det var ulike svar på kva meldingar dei brukte mest. Ein sjukepleiarinformant (011) meinte det var melding om innlagt pasient og utskrivingsrapport som var mest brukt, medan ein anna informant meinte det var dialogmeldingane som var mest brukt, førespurnad og svar på førespurnad. Dette formulerte informant 010 slik:

«Eg opplever det lett blir mykje sending av dialogmeldingar mellom sjukeheim og sjukehusavdeling når pasient skal utskrivast frå avdelinga».

Sjukepleiarinformantane frå sjukeheim A og B gav utrykk for at telefon vart no lite brukt i samhandlinga om pasient, om den vart brukt var det i samband med utskriving av pasient frå sjukhus, det var for å få fyldigare informasjon rundt pasient eller spørsmål om medisinalister.

Sjukepleiarinformantane frå sjukehus meinte også at telefonen var mindre i bruk til samhandling om pasient. Fleire av sjukepleiarinformantane påpeika at det hente at dei ringte sjukeheimen om det var opplysningar om pasient dei måtte ha svar på raskt pga. behandlinga. Leiarinformant frå sjukeheim B sa det slik:

«Telefon vil alltid vere her som ein supplerande samhandlingsmåte. Telefon er nødvendig om datasystema skulle vere ute av drift eller om det er informasjon som hastar å få sendt vidare».

Ein informant frå same sjukeheim fortalte at bruk av pasientinformasjon på papir ikkje lenger eksisterer på sjukeheimen. Før vart innleggingsrapport og medikamentliste sendt med pasienten, no sendast det i ei PLO-melding. Informantar på sjukehusavdelinga seier at slik er det med dei også, alle helseopplysningar som dei sendte med pasienten ved utskrivning frå avdelinga før, blir no sendt i PLO-melding. Søknad om sjukeheim blir også sendt via PLO-meldingar. Ein sjukepleiarinformant (09) frå sjukehus påpeika at dei innimellom hadde kurver som inneheld blodtrykk/puls/respirasjon som vart sendt med i papirform.

I intervjuet kjem det fram overgangen til PLO-meldingar har ført til betre og sikrere informasjonsutveksling, ein sjukepleiar (01) frå sjukeheim A seier:

«Meldingane som blir sendt frå sjukehuset legg seg rett i pasientjournalen, dei er tydelege og vi slepp og engste oss for om informasjonen er rett oppfatta og nedskreven i journal»

5.3.1 Utfordringar

Alle informantane gir uttrykk for at dei er svært nøgde med pleie- og omsorgsmeldingane, men det kom fram nokre utfordringar og forbetningspunkt knytt til PLO-meldingane. Ei av utfordringane er at meldingane legg seg i to journalar. Alle sjukepleiarinformantane frå sjukeheim B gjev uttrykk for utfordringar knytt til å opne enkelte meldingar som legg seg i ei annan journal i pasientjournalen. Sjukepleiarinformantane fortel at det i journalsystemet er ulike journaltypar ein kan få tilgang til. Sjukepleiarjournal som dei brukar til dagleg, sakshandsamarjournal, psykiatrijournal og fysioterapeutjournal. Etter innføringa av PLO-meldingane har sjukeheimspersonalet på Sjukeheim B fått tilgang til sakshandsamarjournal

fordi ulike PLO-meldingar legg seg der. Det er meldingar sendt under opphaldet på sjukehuset og meldingar om utskrivingsklar pasient som blir liggande i denne journalen. Ein sjukepleiarinformant (02) beskriv det slik:

«Det hender at sjukehusavdelingar enno må ringe å etterlyse svar fordi sakshandsamarjournalen ikkje er blitt opna, vi som går i fulle stillingar har nok innarbeida oss ei rutine for å opne begge journaltypane, ikkje like lett for dei sjukepleiarane som går i redusert stilling».

Same sjukepleiarinformant fortel at retningslinene ein har for sending og mottak av meldingar er delt opp i to, på høgresida står kva sjukehuset gjer ved innlegging, under opphaldet, ved utskrivingsklar og ved utskrivning. Til venstre står kva sjukeheim skal gjere når pasient blir innlagt på sjukhus, under opphaldet på sjukehuset, når pasient blir meldt utskrivingsklar og ved utskrivning frå sjukehusavdeling.

Ho seier òg at rutinane blir følgt når PLO-melding blir sendt frå avdelinga og ein ser kva meldingar som legg seg i sakshandsamarjournalen, men i ein travel kvardag har dei opplevd meir en ein gong at meldingar om pasient som har lagt seg i sakshandsamarjournalen ikkje har vorte lesne. Dette er noko som blir bekrefta av sjukepleiar (010) på sjukehuset som seier:

«Vi sender ut til kommunen utskrivingsklar melding og opplever innimellom å ikkje få svar, vi må rett og slett ta ein telefon. Det viser seg at meldinga er importert inn i journal, men ingen har gjort noko med den. I sommar opplevde vi at innboksen ikkje vart opna i ein kommune, ferevikarar hadde ikkje tilgang til å opne å importere meldingane inn i journal, frustrerande.»

Ein anna informant (03) frå sjukeheim B fortel at avdelinga har rutinar på at ansvarleg sjukepleiar på vakt skal opne innboksen i journalsystemet, der står det om ein har fått PLO-melding. Dette samsvarar med det sjukepleiar informant frå sjukeheim A sa:

« Det er alltid ein ansvarleg sjukepleiar på vakt på kveld, natt og helg som har ansvar for å sjekke meldingspostkassa og opne og importere meldingane inn i journalen slik at alle ser dei, vi har rutinar på dette».

Informantane (05) frå sjukeheim A fortel at dei har to journaltypar PLO-meldingane legg seg i også, men opplever ikkje dette som ei utfordring då meldingane som legg seg i sakshandsamarjournalen tek sakshandsamarkontoret seg av. I intervjuet med sjukepleiarinformantane på sjukehuset kjem det fram at dei har ei journalfane å forhalde seg til, og det er sjukepleiarjournalen – alle PLO-meldingane blir importert inn i sjukepleiarjournalen. Men når dei sender PLO-meldingar ut til kommunane sender dei meldingane etter standardisert rutine, nokon går til sjukepleiarjournal og andre til sakshandsamarjournal. Det kjem også fram at dei har rutine på at sjukepleiar som har gruppa har ansvar for PLO-meldingane. Sjukeheimane A, B og sjukehusavdelinga hadde ulike EPJ-system, dette gav ingen spesielle utfordringar.

Fleire sjukepleiar frå begge sjukeheimane fortel at det *framleis førekjem at utskrivingsrapportane med sjukepleie- og legeopplysningar frå sjukehus har manglar*. Når sjukepleiar oppdagar manglar og ønskjer kontakt med sjukehusavdelinga, kan dei ikkje sende PLO-melding. Når sjukehusavdelinga har skriva ut pasienten, blir journalen avslutta og det då vekk frå lista over pasientar i journalsystemet. Sjukehusavdelinga vil då ikkje få opp at det er kome PLO-melding på nyleg utskriven pasient. Ein sjukepleiar (011) frå sjukehuset fortalde at *pasientjournalen blir automatisk avslutta* når det blir sendt melding om utskriven pasient, den burde nok ha vore i systemet vårt nokre timar etter at pasienten er utskriven, då kunne sjukeheimane sende PLO-melding om det er noko dei lurar på angående pasienten og vil kunne lett finne opplysningane i journalen.

Sjukeheimsleiar (07) fortel at i journalsystemet dei har, fører dei *kurver og målingar* (registrering for blodtrykk, puls, temperatur og respirasjon), desse blir sendt med i PLO-meldingane når pasient blir innlagt på sjukehus. Når pasient kjem ut frå sjukehus får ein ofte ikkje kurver og målingar med. Følgjer dei med pasienten, er dei skrivne for hand og kan til tider vere utfordrande å tyde. Dette vart stadfesta av ein sjukepleiar frå sjukehuset som fortalde at dei ikkje har digitale kurver og må sende det med i papirform.

I utskrivingsrutinane og delavtalane står det at sjukehuset skal varsle om at pasienten er utskrivingsklar og kan reise ut til sjukeheim 24 timar før utreise. *Kommunen/sjukeheimen skal*

svare 3 timar før pasienten skal utskrivast. Fleire av sjukepleiarane på sjukehuset fortalde at kommunen/sjukeheimen ofte ventar med å svare tilbake med dialogmelding heilt fram til tre timar før pasienten skal reise. Ein sjukepleiar (09) seier det slik:

«Det er knapp tid å snu seg rundt å bestille transport og gjere all skriftleg dokumentasjon klar på så kort tid, i tillegg er pasient opprørt som ikkje veit om han skal heim eller på sjukeheim for kortidsopphald før nokre timar før avreise.»

Både sjukepleiar og leiarinformant frå sjukehusavdelinga tok opp ei utfordring knytt til å forstå IPLOS-variablar/tal som innleggingsrapportane frå sjukeheimane inneheld no etter at PLO-meldingane vart innført. Sjukeheimane nyttar IPLOS-variablar/tal i sjukepleiesamanfatninga om funksjonsnivået til pasienten. Ein sjukepleiar (09) sa:

«Ikkje lett å skjønne kva hjelpebehov pasienten har når det står at pasienten har behov for bistand: skår 4, bevege seg innadørs: skår 3 og så vidare. Har hørt at dette er noko dei registrerer ute i kommunane og det flettar seg inn i dei standardiserte meldingane.»

Same sjukepleiar sa det vanskeleg å forhalde seg til eit skår-system i form av eit tal om ikkje andre opplysningar gis i tillegg. Det blir påpeika av fleire av informantane at sjukeheimane er blitt flinkare å skrive skriftleg melding i tillegg til IPLOS. IPLOS er eit lovbestemt helseregister som dannar eit grunnlag for nasjonal statistikk for helse- og omsorgssektoren. Det er eit verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunane og for statlege myndigheiter (IPLOS-rettleiar) Leiarinformanten frå sjukehuset påpeika at det er no i gang eit arbeid med å revidere delavtale om elektroniske PLO-meldingar, fleire forbettringspunkt er meldt inn frå både kommunar og sjukehuset.

Om PLO-meldingane var tidssparande, var noko fleire av sjukepleiarinformantane tok opp, og det kom fram ulike meiningar blant informantane. Dei var svært usikre på om meldingane hadde gitt innsparing i tid. Ein sjukepleiar (011) frå sjukehuset sa:

«Vi sparar nok tid på å sleppe å sitte i telefonen, vi brukte mykje tid på å finne fram til rett person, vart over sett hit og dit og det enda med at vi måtte ringe oppatt. Men no

brukar vi mykje tid på å kommunisere om pasient gjennom PLO-meldingane, det er blitt rett og slett meir kommunikasjon med PLO-meldingane».

Sjukepleiar (03) frå sjukeheim sa det slik:

«Etter at PLO-meldingane kom har det vorte brukt meir tid på dokumentasjon i pasientjournal, pasientopplysningar som blir sendt med i PLO-meldingane må vere oppdatert og av god kvalitet».

Sjukehusleiaren stadfesta at tidsbruk vart nemnd som ein gevinst av å effektivisere samhandlinga ved å innføre pleie- og omsorgsmeldingar, dette har mange «hengt seg opp i» og tar opp som ei utfordring at dei meiner at tidsbruken ikkje er endra, nokre meiner til og med at den har ført til meirarbeid. Dette kjem fram frå ein sjukepleiar (011) frå sjukehus som seier det er blitt meirarbeid for grupeleiar som har ansvar for PLO-meldingane, ein informant (03) frå sjukeheim B fortalte at dei måtte ha hjelp av ein konsulent på sjukeheimen med å opne postkassa med meldingar og importere meldingane inn i journal når det var travelt i avdelinga. Leiarane gav alle uttrykk for at PLO-meldingane truleg ikkje gav gevinst i form av tidssparing, ein leiar sa ho trudde ein brukte omtrent same tid som før, men hadde fått ein tettare dialog.

5.3.2. Forbetringar

Den viktigaste forbetringa er at det er innført ein ny digital samhandlingskanal, PLO-meldingar. Denne innføringa har ført til endringar i dei ulike organisasjonane i form av måten å jobbe på, kunnskapsutvikling og oppgradering av IT-utstyr.

Både sjukepleiar og leiarane frå sjukehus og sjukeheim A og B viste alle til at det er blitt både *tryggare og sikrare å samhandle om pasient via PLO-meldingane*. All informasjon og dokumentasjon blir utveksla via EPJ-systemet og legg seg rett i journalen til pasient. Ein av sjukepleiarinformant frå sjukeheim A seier det slik:

«Eg kjenner meg tryggare på at all informasjon om pasient er rett etter at PLO-meldingane vart innførde, det som blir samhandla om pasient på tvers av sjukeheim og sjukehus legg seg rett i pasientjournalen».

Ein annan av sjukepleiarinformantane (010) trekker fram at informasjonen har blitt meir heilskapleg:

«No når all samhandling vi har rundt pasient legg seg rett i journal får vi ein heilskap vi ikkje hadde før. Sjukepleiar frå sjukeheim kopierer og klipper viktig informasjon frå pasienten sin journal og sender oss».

I tillegg til at informasjonen er opplevd å bli meir heilskapleg, viser ein av sjukepleiarane frå sjukeheim A til at PLO-meldingane også har vorte tidssparande. Ho meiner det er lettare å sende melding enn å sitte i telefon, og prøve å finne rette vedkommande som kan gje ho den informasjonen ho treng. Dette punktet var det delte meiningar om blant sjukepleiarane frå både sjukeheim og sjukehus, som eg har vist til tidlegare.

Alle sjukepleiar framheva i intervjuet at innføringa av pleie- og omsorgsmeldingar hadde ført til ein har fått *tettare dialog* om pasient ved innlegging på sjukehus. Ein sjukepleiar (08) frå sjukehus sa:

«Før var det lite vi høyrde frå sjukeheimane når ein pasient var innlagt hjå oss, no har vi dialog med dei fleire gangar under opphaldet»

Ein sjukepleiar frå kommunen (05) sa det slik:

«PLO-meldingane forpliktar oss å samhandle meir om pasienten, meldingane er enkelt å sende om vi lurar på noko og vi får raskt svar tilbake. Vi er trygge på informasjonen som kjem då den legg seg rett i pasientjournalen».

Leiar frå sjukeheim A fortalte at det vart mange gonger framheva på avdelingsmøta at PLO-meldingane var kjærkomne i form av at det var lett å kommunisere med og dei fekk raskt tilgang til viktig og informativ pasientinformasjon. Dette vart igjen stadfesta frå sjukepleiarar frå same sjukeheim som sa:

«Kvaliteten på informasjonen som blir sendt om pasient i PLO-meldingane er blitt tydelig fylldigare. Her på sjukeheimen ser eg at alle er blitt meir observant på kva dei skriv i journalen, at det skal vere informativt og av god kvalitet».

To av sjukepleiarinformantane frå sjukeheim A meinte at i forkant av innføringa av PLO-meldingane fekk eit betydeleg løft innan IT på avdelinga, det vart blant anna innkjøpt betre og fleire pc-ar. Sjukepleiarar frå sjukehuset hadde også ei oppleving at det vart fokus på at IT-utstyret skulle vere skikkeleg. Ein sjukepleiarar (010) frå sjukehuset fortalde at det var no blitt lettare å skrive avvik knytt direkte til pasient, til dømes feil i medikamentføreskrivinga og liknande. Avvika kunne no sendast direkte i PLO-meldingane.

5.3.3 Oppsummering

Så snart opplæringa var ferdig, starta sjukeheimane opp med å sende PLO-meldingar med legekontora, etter kvart starta dei òg opp med å sende og motta meldingar frå sjukehusavdelingar. Sjukeheim A var først ute med å sende PLO-meldingar i 2012 som ein del av pilotprosjektet saman med sjukehuset, sjukeheim B starta opp våren 2014.

Etter innføringa av PLO-meldingar vart det endringar i samhandlinga mellom sjukehus og sjukeheim, no går hovudsakleg all kommunikasjon føre seg gjennom PLO-meldingar i alle organisasjonane. Pasientopplysningar i form av papir var det ikkje noko att av på sjukeheimane, men på sjukehus hende det at det vart sendt med kurver i papirform då kurver ikkje ligg elektronisk i journal. Telefon vart brukt av alle organisasjonane innimellom om det var viktig informasjon som skulle innhentast eller formidlast.

Det kom fram fleire forbetringar i kommunikasjonen etter innføringa av PLO-meldingane, meldingane legg seg rett i pasientjournal som gjer at informasjonen er tryggare og sikrare. Det er blitt tettare dialog om pasientar på tvers av organisasjonane, rask tilgang til pasientinformasjon, mange meinte at det var blitt lettare å sende pasientopplysningar og kjappare å få svar, lettare var det også blitt å skrive og sende avvik. I to av organisasjonane kom det fram at det var blitt eit tydeleg løft av kvaliteten på IT-utstyret i avdelinga.

Utfordringar følgde også med innføringa av PLO-meldingane. Sjukeheim B fekk problem med å forhalde seg til to journaltypar, PLO-meldingane sendt frå sjukehuset la seg i

to journalar og det hadde skjedd at dei ikkje hadde lest meldingane frå sjukehuset om utskrivingsklar pasient. Sjukehuset sender framleis med handskrivne kurver i papirformat. Informantane frå sjukehuset var fortvila over at sjukeheimane sin innleggingsrapport inneheld IPLOS-variablar, noko dei ikkje heilt greidde å tyde. Tidsperspektiv på når sjukeheimane gir tilbakemelding til sjukehuset blir knapt. Om innføringa av det nye elektroniske systemet for meldingar har vore tidssparande er det delte meiningar om, dei fleste meiner at dette ikkje har vore noko gevinst.

5.4 Korleis har leiaren medverka til at samhandlinga har endra seg?

Som eg viser i underkappittel 5.2, har leiaren fått opplæring gjennom meldingsløftet, leiarane har fått ei nøkkelrolle i innføringsarbeidet der dei har ansvar for informasjon, opplæring og oppfølginga etter at PLO-meldingane er innførte i avdelinga.

Det har i samtlege intervju med sjukepleiarinformantane frå både sjukeheim A, B og sjukehus kome fram at leiar på avdelingane har vore aktive med i arbeide med å få PLO-meldingane opp å gå. Ein sjukepleiar frå sjukeheim A fortalte at ved å høyre leiaren fortelje om erfaringar andre kommunar hadde gjort seg ved bruk med PLO-meldingar vart ho vart «gira» på å prøve ut meldingane. Ein anna sjukepleiar frå same sjukeheim tok fram at *tilsette ute i avdelingane vart tatt med i arbeidet* med å komme med forslag for korleis dei skulle starte arbeide for å kunne lykkast. Det låg føre føringar på korleis arbeidet skulle gjennomførast, men dei fekk vere med å spikre det til si avdeling. Vidare sa ho:

«Når eg får vere delaktig med i arbeidet, føler eg at eg eig litt det som blir bestemt og då blir eg litt ivrig på å lukkast».

Ein av sjukepleiarane frå sjukeheim B trekte fram leiar sin *eigenskap til å gi ros* til dei tilsette under opplæringa. Det gav dei ei stadfesting på at ho meite dei var flinke og kom til å klare å sende PLO-meldingane på ein sikker og god måte. Ho trakk òg fram at det er så fint at det er mange kommunar som jobbar med innføring av PLO-meldingar samtidig, då lærer kommunane av kvarandre. Ein sjukepleiarinformant (010) frå sjukehuset seier:

«...vi fekk vere deltakande i innføringsprosessen og med ein så engasjert og til stades værande leiar i avdelinga, måtte berre PLO meldingane verte ein suksess».

Ein anna sjukepleiar (010) frå sjukehuset fortalde om at leiaren informerte stort sett om PLO-meldingar kvar dag på morgonmøta, dette tykte ho var bra, då fikk alle informasjon om PLO-meldingane. Då opplæringa gjekk føre seg, var det høve til å ta opp utfordringar og ros om det gjekk fint. No i ettertid blir det etterspurt korleis det går i samhandlinga. Leiarane fortel at dei har hatt god støtte frå kommunalsjefar, rådmenn og avdelingssjefar og frå meldingsløftet som har lagt tiltrette med tips om korleis innføringa og opplæringa skulle gå føre seg. Leiar frå sjukeheim B sa:

«Dei tilsette og eg kunne berre klippe og lime og tilpasse ulike planar til vår organisasjon».

5.4.1 Oppsummering

Leiarane har hatt ei nøkkelrolle i innføringsarbeidet som har gått føre seg i tett samarbeid med Meldingsløftet i Sogn og Fjordane. Leiarane inkluderte medarbeidarane inn i innføringsarbeidet på ein god måte.

5.5 Oppsummering

Det er mykje som skal vere på plass i ein organisasjon før ein kan innføre eit nytt digitalt samhandlingsverktøy – PLO-meldingar. Å kunne ta i bruk PLO-meldingar kravde endring av både organisasjon og tilsette, dei tilsette var nøydde til å tenke nytt og utføre arbeidet på ein anna måte.

Flesteparten av sjukepleiarinformantane var nógde med måten informasjonsarbeidet og opplæringa har gått føre seg. Det kom fram ønske om meir informasjon, spesielt at sjukepleiarane kom til å få eit større ansvar. Etter innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar går hovudsakleg all samhandling føre seg gjennom desse meldingane, telefon blir likevel brukt til nødvendig informasjonshenting og formidling av pasientopplysningar. Sending av pasientinformasjon på papir førekjem ein sjeldan gong på sjukehuset.

Det viser at alle er svært nógde med innføringa av dei elektroniske meldingane, og gjer tilbakemeldingar på at det er både tryggare, sikrare og raskare å sende

pasientopplysningar som PLO-meldingar, sidan informasjonen legg seg rett i pasientjournalen. Det er blitt ein tettare dialog om pasient på tvers av sektorane. Lettare er det også å føre avvik om pasient, det kan gjerast som PLO-melding. I to av organisasjonane kom det fram at dei hadde fått tilgang på betre IT-utstyr.

Det kom også fram utfordringar som kom etter opp start med PLO-meldingane. Sjukeheim B har fått utfordring med at PLO meldingane so blir sendt frå sjukehus legg seg i to forskjellige journalar, sjukepleiar- og sakshandsamarjournal. Informantane på sjukehus er fortvila over at sjukeheimane sin innleggingsrapport inneheld IPLOS-variablar, noko dei ikkje heilt greidde å tyde. Sjukheimane gir tilbakemelding til sjukehuset om at dei kan ta imot pasient vel seint, tre timar før heimreisetidspunkt, sjukeheimane overheld tidsfristen som er sett, men sjukehuset ønsker endring. Etter innføringa av PLO-meldingane blir det framleis meldt om handskrivne kurver frå sjukehuset i papirformat.

Det blir gjeve tilbakemelding frå bortimot alle sjukepleiarinformantane at leiarane på avdelingane har medverka positivt i innføringsarbeidet med PLO-meldingane i form av godt tilrettelagte informasjonsarenaer, tilrettelagt opplæring, dei har vore synlege i avdelinga, gjeve ros og støtte. Det som ikkje alle var samde i var innhaldet i informasjonen den kunne vore litt fylldigare. I ettertid har leiarar vore interesserte i korleis det går i arbeidet med sending og mottak av meldingar.

Kapittel 6: Drøfting

6.1 Innleiing

I dette kapitlet skal eg freiste å svare på problemstillinga mi: Korleis har innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar endra samhandlinga om pasient mellom sjukehus og sjukeheim, og korleis har leiarane bidrege i denne prosessen? Eg skal drøfte funna frå kapittel 5 opp mot relevante teoriar (jmf. kapittel 3) og tidlegare forskning (sjå kapittel 2.5).

Eg vil i drøftingsdelen først undersøke og diskutere endringsprosessane som er vist til i kap. 5 gjennom Leavitts diamant (sjå pkt. 3.1). Deretter vil eg sjå på læring på tvers av kommunar ut frå Nonaka og Takeuchi sin lærings- og kunnskapsteori (sjå pkt 3.2). For å kaste lys over dei ulike fasane dei tilsette måtte gjennom i endringsprosessen brukar eg Levitt sine grunnleggande fasar i ein organisasjonsutviklingsprosess: Opptining, endring og nedfrysing. Til slutt tar eg for meg samhandlinga og leiarrollen der eg viser til Christensen, Grønland og Methlie (1999).

6.2 Endringsprosessen

Innføringa av ny teknologi i organisasjonar vil i stor grad føre med seg endringar i organisasjonane (Jacobsen og Thorsvik, 2014). Dette vil også skje ved innføring av elektroniske PLO-meldingar. Organisasjonane blir alle utfordra til å legge til rette for nye måtar å samhandle om pasienten på. Samhandling har alltid funne stad mellom aktørane, men no skal delar av denne samhandlinga gjerast via elektroniske meldingar. Dei tilsette må få tilført ny kunnskap og læring, både om den nye teknologien, om korleis eksisterande arbeidsoppgåver skal løysast med bruk av den nye teknologien, og om eventuelle nye oppgåvene. Det skjer ein endringsprosess i organisasjonen.

I kapittel 3 har eg skrive om Leavitts diamant, som er ein modell som ofte blir nytta for å studere endringar i organisasjonar der IKT vert tatt i bruk. I modellen tar han for seg dei forskjellige komponentane i ein endringsprosess: Teknologi, menneske, oppgåve og struktur. Teknologien kan vere eit nytt digitalt system som blir tatt bruk, til dømes nye elektroniske PLO-meldingar. Oppgåver er arbeidsoppgåver som skal utførast, til dømes samhandling om pasientar mellom sjukehus og pleie- og omsorgsinstitusjonar. Menneske er dei som skal

utføre arbeidsoppgåvene, som sjukepleiarar og leiarar, alle med sine normer, haldningar, osv. Strukturen i organisasjonen er råma som menneske, oppgåver og teknologi skal utførast under, det kan t.d. vere organisasjonsstruktur, retningslinjer og reglement (Christensen, Grønland og Methlie, 1999, s. 242).

Eg vil no prøve å plassere den endringsprosessen som gjekk føre seg i samband med innføringa av PLO- meldingar inn i denne modellen med grunnlag i datamaterialet mitt.

Teknologi: Før gjekk hovudtyngda av kommunikasjonen om pasient føre seg gjennom telefon og papir i forma av innleggingsskriv og utskrivingspapir frå sjukehus. Fax vart brukt innimellom. Etter at elektroniske pleie og omsorgsmeldingar vart innført går hovudtyngda av kommunikasjon om pasient digitalt. Dei tilsette var tidlegare vande med teknologi i form av digitale fagsystem – pasientjournal. No skal dette systemet utvidast til at dei tilsette skal sende meldingar direkte frå pasientjournalen i fagsystemet. Det vert oppretta EDI-adresser, ei adresse ein sender og mottar meldingar med på Norsk helsenett, altså ei slags e-postadresse. Alle som nyttar systemet har ein HER-ID, den er knytt til rolle, sjukepleiarane på sjukeheimen har ein HER-ID, legane ein anna HER-ID. Etter innføringa av PLO-meldingane skal telefonen primært nyttast ved meldingar som hastar, og informasjon på papir førekjem berre av og til.

Struktur: Endringsprosessen med å innføre ny digital samhandlings kanal kravde at organisasjonane måtte gjennom eit «modningsniva», ei forankring på toppleiarnivå, kartleggingar og avtalar måtte på plass i alle organisasjonane. Alle organisasjonar var pålagt å følgje informasjonssikkerhetsnormen før innføringa av PLO-meldingar. Føremålet med normen er att alle organisasjonar skal etterleve og innrette seg slik at informasjonstryggleiken for behandling av helse- og personopplysningar er ivaretatt. Normen krev att kvar enkel organisasjon utarbeidar ein rekke skriftlege dokument for si eining. Dokumenta skal syte for at naudsynte tryggingstiltak blir følgt. Desse dokumenta vart utarbeida av pilotavdelingane og gjort tilgjengeleg for andre kommunar, sjukeheim B nytta seg av desse.

Organiseringa i dei to kommunane er forskjellige, eine kommunen (A) har eige sakshandsamarkontor, der all samhandling om interne og eksterne innleggingar på sjukeheim går gjennom. Den andre kommunen (B) har ikkje dette, der går all kommunikasjon gjennom vaktrom på sjukeheimen, men søknad om fast sjukeheimplass og kortids/rehabiliteringsplass går gjennom eiga nemnd i kommunen. På sjukehus føregår all samhandling frå vaktrom ut til alle helseinstitusjonar. Organiseringa har ikkje endra seg. I sjukeheim B sin

organisering/struktur har det skjedd ei endring, truleg som følgje av at sjukeheim A som var pilot hadde ei anna organisering. Innføringa av ny teknologi har gjort til at ein i sjukeheim B har introdusert ein ny funksjon, ein ekstra person, konsulenten som må inn og ta over «postkassa» i meldingssystemet og importere meldingane inn i journalen, for så å ringe sjukepleiar som er ansvarleg på vakt og fortelje kva personen har gjort slik at sjukepleiar kan svare på meldinga. Dette er ikkje ei fast oppgåve konsulenten er tildelt, men noko personen gjer for å kvalitetssikre at meldingane blir sett og opna.

Menneska: Før innføringa av PLO-meldingane måtte dei tilsette gjennom ein prosess der dei måtte forsonse seg med at eit nytt samhandlingsverktøy skulle innførast. Eit haldningsskapande arbeid starta, det vart informasjonsmøter, gamle rutinar måtte revurderast og nye kom til. Ny kunnskap skulle tilegnast og nye oppgåver lærast gjennom opplæring. Sjukeheimane hadde forskjellig innføringstidspunkt, sjukeheim A var pilot og gjennomførte innføringa i tett dialog med Meldingsløftet i Sogn og Fjordane, dei brukte ei tid på dette arbeidet då dei skulle lage alle planar og rutinar. Dei heldt fram med gamle og nye rutinar ei tid i oppstartsperioden. Sjukeheim B brukte mindre tid på innføringsarbeidet, fordi dei fekk bruke utarbeida innføringsprogram frå pilotkommune. Dei trong heller ikkje køyre dobbel innføring med gamle og nye rutinar, då pilotavdeling hadde gjort dette arbeidet med å kvalitetssikre at PLO-meldingane fungerte opp mot sjukehuset. Innføringsarbeidet med PLO-meldingar inn i sjukehusavdeling føregjekk i tett samarbeid med pilotkommune. Dei tilsette hadde same innføringsprosess som kommune A.

Oppgåver: I etterkant av innføringa blir hovudtyngda av all pasientinformasjon sendt gjennom PLO-meldingar i journalsystemet. Oppgåvene er endra, før føregjekk hovudtyngda av pasientinformasjon gjennom telefon og papir, dei tilsette brukte mykje tid i telefon. Arbeidsfordelinga er også endra, no er det sjukepleiarane som har hovudansvar og tilgangar til å kunne sende, motta og svare på meldingar. På sjukehuset har hjelpepleiarar avgrensa tilgang til å sende to typar meldingar. Tidlegare kunne alle som jobba ved avdelinga få ein telefon om pasientinformasjon, ringe og innhente informasjon eller opne brev med informasjon. Alle tilsette på avdelinga kunne ta ut informasjon frå journalsystemet og sende med sjukepleiardokumentasjon om pasient vart innlagt frå sjukeheim til sjukehus. Før var det lite kontakt mellom helseinstitusjonane når pasient var innlagt på sjukehus, dette har endra seg, oppgåva med å sende PLO har ført til tettare dialog.

Hovudbodskapen til Leavitt er at om det skjer endringar i ein av desse fire komponentane vil det føre med seg endringsbehov også i dei andre komponentane. Innføringa av ein ny teknologi, til dømes PLO-meldingar, fører med seg ei endring i oppgåvene som dei tilsette må lære seg å utføre, det er organisasjonen som set opp strukturen på korleis desse oppgåvene skal utførast. Dei tilsette sine haldningar og engasjement er avgjerande for at oppgåvene med å innføre PLO-meldingar lukkast og organisasjonen klarer å nå sine mål. Her har leiinga ei viktig rolle med å få dei tilsette tidleg med i prosessen slik at dei får eit eigarskap til det nye som skal skje.

Som eg nemnde i kapittel 3, tar Christensen, Grønland og Methlie (1999) utgangspunkt i Leavitts diamant og skisserer to prosessar, *systemutvikling* og *organisasjonsutvikling*. Skal ein lukkast med å tilføre eit nytt digitalt IT-verktøy inn i ein organisasjon, bør det skje ved parallell igangsetjing og tydelig gjennomføring av begge prosessane. Systemutviklinga, eller systemimplementasjonen, handlar om å kople arbeidsoppgåvene som skal utførast til teknologien. Etter innføringa skal samhandlingsoppgåva utførast gjennom bruk av digitale PLO-meldingar. Opplæringa er ferdig og ein er klar til å ta i bruk det nye systemet.

Organisasjonsutviklingsprosessen går på forholdet mellom dei tilsette og strukturen, det vil seie korleis organisasjonen legg til rette for at ein gjennom struktur (til dømes reglar, organisering og opplæring) og påverknad av dei tilsette (til dømes haldningar, normer og kultur) får til ei tilpassing mellom det nye systemet og menneska som no skal utføre arbeidsoppgåvene sine på nye måtar. I undersøkinga kom det fram frå leiarane at PLO-meldingane tidleg i prosessen vart forankra høgt oppe i leiinga i alle organisasjonane. Dette er i tråd med det det Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 416) seier, at god forankring i leiinga er viktig i en kvar endringsprosess. Det er leiinga i organisasjonen som set mål, dei skal motivere medarbeidarane til å nå målet, så difor er det kjempeviktig med god forankring. Det har vore deltaking og medverknad frå dei tilsette frå starten av, dette er med på å skape gode haldningar i avdelingane.

Når eg går inn i dei ulike organisasjonane, ser eg at prosessane har vore ulike, samtidig som dei har vore like. Med det meiner eg at sjukeheim A som har vore pilotkommune har brukt lang tid på både organisasjonsprosessen og systemutviklingsprosessen. Dei har utarbeidd ulike planar og retningslinjer som måtte forankrast i ei informasjonstryggleiksnorm og ein samarbeidsavtale som både sjukehuset og

kommunane har skrive under på. I tillegg har det vore informasjonsarbeid og opplæring av alle tilsette. Kvar meldingstype måtte grundig utprøvast og kvalitetssikrast opp mot sjukehuset. Også flyten av meldingar mellom sjukehuset og sjukeheim måtte kvalitetssikrast. Samstundes som dei gjekk gjennom ein omfattande prosess der dei sjølve aktivt fekk påverke, bana dei veg for dei andre kommunane som kom etter. Sjukeheim B fekk difor ein mindre omfattande organisasjonsutviklingsprosess fordi dei gjennom nettverksarbeid med pilotkommunane utveksla planar og rutinar og slik kom fortare i gang. For dei var det berre å starte med informasjonsarbeid og opplæring, utan nokon breiare intern prosess i førekant.

Systemutviklingsprosessen gjekk også raskare fordi dei slapp å kvalitetssikre utprøvinga av PLO-meldingane, den hadde pilotkommunen tatt. Også sjukehusavdelinga hadde ein organisasjonsprosess på lik linje med sjukeheim A, dei var saman om å utvikle felles rutinar for sending av meldingar med forankring i norm og avtale. Informasjons- og opplæringsarbeidet av tilsette føregjekk på same tid, då dei måtte sette i gang utprøvingar av meldingane parallelt.

På bakgrunn av dette ser eg at sjukeheim A og sjukehusavdelinga hadde ein parallell igangsetjing av organisasjonsprosessen og systemutviklingsprosessen i kvar sine avdelingar og på tvers av organisasjonane. Dei prøvesendte meldingane, samstundes som dei laga rutinane. Det var tydeleg fokus på teknologi, arbeidsoppgåver, menneske og organisasjon/struktur. Dette samsvar med det Christensen, Grønland og Methlie (1999) seier, at det må vere parallell igangsetjing og tydeleg gjennomføring av begge prosessane. Sjukeheim B hadde også ei parallell i gangsetting, dei hadde informasjons- og opplæringsdelen lik pilotkommunen. Det parallelle arbeidet med laging av rutinar medan dei sendte meldingar hadde dei ikkje, fordi dette hadde pilotavdelingane laga, men opplæringa knytt til sending og mottak av meldingar, skjedde parallelt med at dei innførte meldingane. Også dei hadde eit tydeleg fokus på menneske og organisasjon/struktur, men merksemda retta mot samanhengen mellom teknologi og oppgåve har ikkje vore optimal. Ein av konsekvensane her, er som vist til i kapittel 6.5, at meldingane som vert sendt frå sjukehusavdeling legg seg i to journaltypar, noko som svar grobotn for intern frustrasjon. Dette blir nærmare drøfta også i punkt 6.4. Ved å bruke Leavitts modell, ser vi endringane som skjer i organisasjonen på ein god måte og kor viktig det er at dei ulike komponentane heng saman og blir gjensidig justert med kvarandre.

6.3 Læring mellom kommunar innanfor og på tvers av fylke

Innføringa av PLO-meldingane har vore eit stort prosjekt i regi av Meldingsløftet i Sogn og Fjordane. Dei har hatt som mål at alle 26 kommunar i fylket skal innføre desse meldingane. Dette har ført til at kommunane har hatt ulike tidspunkt for oppstart med meldingane. Det kom tidleg fram av intervjua att det hadde vore ei lærings- og kompetanseoverføring mellom pilotkommunen og Stavanger kommune som hadde innført PLO-meldingar på eit tidlegare tidspunkt. Gjennom den regionale prosjektgruppa for Vestlandsløftet vart det utveksla erfaringsbasert kunnskap om korleis innføringsprosessen på ein god måte kunne innførast der alle tilsette fekk ta del i prosessen. Det ligg mykje god læring i å overføre kunnskap frå tidlegare kommunar som har erfaring med det pilotkommunen etter kvart skal inn i, då kan ein unngå å gjere feil vurderingar og val. I følgje Nonaka og Takeuchi er dette ein fin måte å dele det dei kallar eksplisitt kunnskap på. Dette er erfaringar og forhold ein kan sette ord på, til dømes gjennom samtalar med andre kring ulike arbeidsoppgåver (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 361).

Innføringa med informasjonsmøter og opplæring på sjukeheim A føregjekk mykje etter same planar som Stavanger hadde. Planane trong ikkje mykje justering, då dei hadde same organisering. I opplæringsarbeidet med dei tilsette, der dei fekk prøve å sende og få meldingar, vart det undervegs tilpassa og laga retningsliner for korleis sende meldingar, kven sender meldingane, tidspunkt for sending etter delavtalane (samarbeid) som var underteikna av sjukehus og kommune. At dei tilsette får vere med å justere og tilpasse meldingane medan dei prøvar dei ut, gir dei tilsette eigarforhold til retningslinjene som blir til. Desse rutinane vart igjen delt med dei andre kommunane i Sogn og Fjordane. Internt i Sogn og Fjordane organiserte lokal prosjektet Meldingsløftet i Sogn og Fjordane nettverksamlingar der kommunar med like fagprogram vart samla, og det vart utveksla erfaringar frå innføringsarbeidet og opplæringsarbeidet med pilotkommune. Rutinar og prosedyrar vart utveksla. Funna frå sjukeheim B viser at det var positivt for innføringsarbeidet å få vere med i nettverksamlingane. Det var også besparande i form av arbeid med å utarbeide nye retningsliner og prosedyrar, nokon av retningslinene vart brukt utan å endre dei, andre vart justert etter strukturen i avdelinga saman med dei tilsette. At grunnmuren vart lagt av pilotkommune gjorde at innføringsarbeidet frå informasjonsmøte med medarbeidarane til oppstart med å sende meldingane gjekk fortare enn sjukeheim B hadde forventa (sjå punkt 5.2).

Nonaka og Takeuchi meiner at skal kunnskapsutvikling og læring bli ein suksess, må det leggest til rette for gode læringsarenaer, eller som Nonaka kallar det, «ba». Ba er eit fellesrom som tener som grunnlag for å utvikling av kunnskap, det blir ofte også definert som nettverk av samhandling. Dette viser at det som er gjort i regi av Meldingsløftet i Sogn og Fjordane er forankra i teori. Å kunne møte andre med erfaringar frå innføringsarbeid med PLO-meldingar gjer til at ein kan dele erfaringar den enkelte har utvikla, men ikkje lett å sette ord på, dette kallar Nonaka og Takeuchi for taus kunnskap som kan delast i samtalar, møter og liknande. I følgje Nonaka og Takeuchi er taus kunnskap den mest verdifulle kunnskapen for ein organisasjon.

På sjukehuset hadde dei på eit tidlegare tidspunkt innført digitale meldingar opp mot legekontor, så den tekniske delen var på plass. Sjukehusavdelinga var kjent med digitale meldingar, men PL- meldingar var nytt for dei. Avdelinga henta kunnskap og erfaringar frå andre vestlandssjukehus som hadde innført PLO-meldingar på eit tidlegare tidspunkt. Som pilotavdeling hadde dei ein tett dialog med sjukeheim A, i opplæringsperioden sendte dei meldingar til kvarandre for å prøve ut systemet og fange opp eventuelle feil.

6.4 Fasane i organisasjonsendringa

Eg tek utgangspunkt i dei tre grunnleggande fasane i ein organisasjonsutviklingsprosess: Opptining, endring og nedfrysing. Desse fasane, som er vist til i kapittel 3.1, må i følgje Lewin alle organisasjonar gå gjennom for å klare å få til ei vellukka endring. Dei tre organisasjonane eg har undersøkt i denne oppgåva gjennomgjekk kvar for seg ein innføringsdel med informasjon og ein opplæringsdel før innføringa av PLO-meldingane. Leiinga i kvar organisasjon hadde ei aktiv rolle i dette arbeidet. Dei skulle drive og utvikle systemet i tett samarbeid med dei tilsette ut frå organisasjonen sine mål.

Det første steget i endringsarbeidet var å motivere dei tilsette til endring, gi dei ei forståing på det positive PLO-meldingane ville føre med seg inn i organisasjonen. Det var og viktig å vere ærlege på kva arbeid som låg framfor dei tilsette, at organisasjonen var avhengige av deira vilje og engasjement for å nå målet. Det vart ikkje snakka om utfordringar knytt til PLO-meldingane. Det vart gitt lik informasjon og opplæring ute i kommunane fordi kommunane var saman i nettverk og fekk lik kunnskap om korleis desse prosessane skulle gå føre seg. Også sjukehusavdelinga hadde tett samarbeid med pilotkommune i innføringsprosessen og hadde lik informasjon. Det vart sett opp fleire obligatoriske møter på

lik linje som i kommunane, slik at alle i organisasjonen kunne få moglegheit til å få med seg informasjonen. Dette er ein fin måte å kunne nå alle på, då mange jobbar to- og tredelt turnus.

Leiarane i dei tre organisasjonane meinte det vart gitt god informasjon til alle tilsette i organisasjonen. Det var ikkje alle sjukepleiarane samde i, det var to som meinte at informasjonen kunne vore betre, ei meinte det kunne ha vore gitt betre informasjon om kva rolle sjukepleiarane fekk i PLO-meldingane. Der var også ein sjukepleiar som ikkje kunne hugse om det var halde informasjonsmøte. Eg såg her eit mønster som viste at det var dei eldste sjukepleiarane som ikkje var heilt nøgde med informasjonen. Det er vanskeleg å ha ei meining om kvifor det vart slik, men det kan hende det var dei var skeptiske i utgangspunktet og ikkje greidde heilt å ta inn over seg informasjonen som vart gitt.

Fleire av sjukepleiarane i denne sjukehusavdelinga gav også uttrykk for at dei etter informasjonsmøtet vart prega av usikkerheit og litt redsel for korleis innføringa av PLO-meldingane skulle gå. Dette samsvarar med det Jacobsen og Thorsvik (2013, s. 398) seier, at endring betyr at ein går frå ein sikker tilstand, til noko ein ikkje veit så mykje om og då blir situasjonen ofte prega av usikkerheit.

Nokre av sjukepleiarane vart nok i informasjonsmøta konfrontert med noko ukjent som representerer usikkerheit og for mange kan kjennast «skummelt». Kva vil bli forventa av oss etter at vi får PLO-meldingane? Kan vi meistre dei nye oppgåvene og krava som stilles til oss? Dette er vanlege spørsmål å stille seg. Lewin seier at usikkerheit og misnøye kan lett føre til motstand mot endring som igjen fører til at endringsprosessen ikkje blir vellukka. Eg meiner at usikkerheita her ikkje representerer noko negativt, det er sunt for organisasjonen at det stillast spørsmål til forventningar. Slik eg ser det, og med utgangspunkt i funna, meiner eg det er grunn til å meine at alle dei tre organisasjonane har gjennomført *opptiningsfasen i tråd med det Lewin skisserar*.

I etterkant av informasjonsarbeidet skulle dei tilsette lære korleis PLO-meldingane skulle sendast. Opplæringa føregjekk bortimot likt både i kommunane og på sjukehusavdelinga fordi pilotavdelingane hadde utarbeida ei retningsline på korleis meldingane skulle sendast, svarast på og mottakast. Dei hadde laga ein slags «brukarmanual», og denne vart brukt i alle kommunane. Det som var ulikt var på kva måte organisasjonane la opp opplæringa, all opplæring gjekk føre seg på vaktrom i kommunane, på sjukehuset var opplæringa i grupper på IT-rom. Det var berre sjukepleiarane som fekk opplæring og tilgang til å sende PLO-meldingar, fordi det er dei som har ansvaret for pasientane på vakt og kjenner

til medikamentell behandling. På sjukehuset derimot, fekk også nokre hjelpepleiarar tilgang, men ein avgrensa tilgang. Leiar på sjukehuset fortalt at dei hadde gruppearbeid i fellsmøta som vart arrangert, der dei gjekk gjennom rutinar og prosedyrar ilag med alle tilsette.

Nonaka og Takeuchi (1995) har sett på kva taus og eksplisitt kunnskap kan bety for læring i organisasjonar og enda opp med fire former for læring (jmf. pkt. 3.2). Når dei tilsette sit saman i grupper under opplæringa, kan dei lære av kvarandre og prøve ut kvarandre sine erfaringar (taus kunnskap), dette blir kalla *sosialisering*. Når taus kunnskap vert uttrykt konkret, blir det kalla *eksternalisering*. Når dei tilsette har møter og gruppearbeid kan dei knytte eksplisitt kunnskap til eksplisitt kunnskap og dei kan setje saman eksisterande kunnskapselement til nye. Her blir rutinane laga. Dette blir kalla *kombinering*. Når rutinane er utarbeida og ein tilsett får ei ny og ukjent rutine, set seg inn i den gjennom opplæring. Etter ei tid vil rutina verte ein integrert del av den tilsette sin arbeidsmåte og kunnskapen har dermed gått frå å vere eksplisitt til taus. Dette blir kalla *internalisering*. Når eg ser opplæringa på den måten Nonaka skisserer den, ser eg at like mykje som å finne på noko «nytt», handlar det om å setje saman eksisterande kunnskapsbidrag som ikkje har vore sett i samanheng før. Dette er ein fin måte å sjå utviklingsarbeid på (Glosvik 2008).

Leiarane i alle organisasjonane fortalde òg at i førekant av opplæringa fekk dei munnleg og skriftleg informasjon om korleis sende, svare og få meldingane. Dette vart stadfesta av sjukepleiar frå sjukeheim. Leiarrolla vart trekt fram positivt av fleire sjukepleiarar, noko som tyder at leiar har vore tydleg framme i gjennomføringa av opplæringa. Det kom fram ulike syn på korleis opplæringa har vore både i kommunane og på sjukehusavdelinga. Dei fleste var nøgde, men det viser seg at dei som ikkje var nøgde med informasjonen, var heller ikkje nøgde med opplæringa som hadde vore. Ein sjukepleiar sa ho fekk litt hjelp av ein anna sjukepleiar første gangen, og så var det berre forsette å gjere det. Det er ikkje enkelt å gje ei opplæring som alle er fullt ut samde om er god. Alle tilsette har ulike måtar å lære og oppfatte kunnskap på, noko tar nye ting lett og andre treng litt lenger tid. Ein sjukepleiar sa det var ein fordel å ha god kunnskap om journalsystemet når ein skal lære å sende PLO-meldingar, då alle meldingar blir sendt ut frå pasienten sin journal. Fleire av sjukepleiarane nemnte at dei hadde ein superbrukar i avdelinga, denne personen er ein som er god på sjølve fagsystemet og PL- meldingane. Å ha ein ressursperson i avdelinga som alle veit kan systemet vil kunne gjere til at dei tilsette lettare tar kontakt om det er noko dei lurar på eller ikkje får til.

Slik eg ser det ut frå funna har dei ulike organisasjonane gjennomført ei strukturert og god opplæring. Dei tre leiarane og fem av åtte sjukepleiarar meiner dei har fått god opplæring i form av å sette seg inn i rutinar, sette seg inn i dei nye arbeidsoppgåvene ved få elektronisk kommunikasjonstrening, dette er i *tråd med endringsfasen* til Lewin. Det vil alltid vere nye tilsette som startar i ein organisasjon, så endringsfasen med opplæring vil vere ein prosess som går kontinuerleg.

Etter at rutinar er tilpassa og opplæringa er gjennomført, må leiinga i organisasjonane og dei tilsette gå gjennom tiltaka som er gjort og sjå om dei samsvarar med målet som vart sett. Oppfyller dei nye PLO-meldingane dei kriteria som var tenkt, er dei betre enn det førre systemet dei hadde. I *nedfrysingsfasen* stabiliserast rutinane og tiltaka. Lewin seier dette er ein prosess som går langsamt og i rykk og napp. Eg ser at innføringa av PLO-meldingar er ein prosess som vil ta tid å stabilisere seg heilt, PLO-meldingane er noko nytt, det vil følgje utfordringar med som kan ta tid å utbetre, når utbetringa er på plass er det vidareutviklingar av systemet som må utførast.

6.5 Samhandling

Samhandlinga om pasienten mellom sjukehuset og sjukeheimane skjer i dag gjennom digitale pleie- og omsorgsmeldingar som i løpet av 2013 og 2014 har vorte innført i heile Sogn og Fjordane. Då sjukeheim A og sjukehusavdelinga var ferdige med informasjonsarbeidet og opplæringa, starta dei å bruke PLO-meldingane. Som pilotavdeling var dei først ute og måtte gjennom ein periode der dei måtte bruke både gamle og nye samhandlingsrutinar, dette fordi dei måtte vere sikre på at alle meldingstypene kunne sendast og svarast på, og at flyten av meldingar ikkje stoppa opp. Medan dette på gjekk brukte dei telefon og papir for å vere sikker på at all informasjon om pasient kom fram. Fleire sjukepleiarar sa dette var ei travel tid fordi dei måtte sende PLO-meldingar og så ringe, det vart mykje dobbeltarbeid. I følgje Jacobsen og Thorsvik (2014) er det ikkje så uvanleg at ein må forholde seg til to ulike rutinar i starten av ein endringsprosess. Ein må sjå til at den nye rutinen fungerer før ein legg heilt vekk den gamle. På denne måten kvalitetssikrar ein at pasientinformasjonen kjem fram til rett avdeling. Funna viser at alle er svært nøgde med den nye måten å sende pasientinformasjon på mellom dei ulike helseinstitusjonane. All informasjon og dokumentasjon blir utveksla frå pasientjournalssystem til den eine institusjonen (t.d. sjukehuset) til pasientjournalssystemet til den andre (t.d. sjukeheim B). Det kjem tydeleg fram kva avdeling meldingane kjem frå og

kven har sendt informasjonen. Dei tilsette er no blitt trygge på at den informasjonen som blir gitt er rett. Som vist til i kapittel 5.3.2 var det knytt mykje usikkerheit og utryggheit til om den informasjonen som vart gitt om pasient var rett oppfatta og rett nedskriven. Informasjonen om pasient som blir utveksla kjem no raskt i hende til mottakar si avdeling, ein har informasjonen før pasienten kjem i avdelinga. På den måte har sjukepleiarar moglegheit til å sette seg inn i pasienten si sjukehistorie og problemstilling.

Vidare skjer samhandlinga no i strukturerte former som gjer til at sjukepleiarane opplever ein betre flyt i samhandlinga om pasient. Sjukehus og sjukeheim har fått ein tettare dialog medan pasient er innlagt på sjukehusavdeling. God og tett dialog gjer at ein får eit hailskapleg bilete på kva som skjer med pasient under opphaldet på sjukehuset, samstundes kan sjukehusavdelinga få eit betre bilde av korleis pasienten hadde det før innlegging i sjukehus. Dette er i tråd med måla i stortingsmelding nr. 47, og programdirektiv for meldingsløftet, om at elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar skulle bidra til betre informasjonsflyt mellom helseinstitusjonar som sikrar at pasienten får rett behandling på rett stad, til rett tid. Ein av grunnane til at samhandlinga er blitt betre, er truleg samhandlingsavtalane som sjukehuset og kommunane har signert. I tillegg kjem gode rutinar for samhandling med PLO-meldingar som er utarbeida av pilotavdelingane. Alle sjukepleiarane snakka om eit laminert ark med rutinar som viser når dei skal sende og svare på meldingar, den viser også oversikt over kva journal meldingane legg seg i. Dette heng på vaktromma i kvar organisasjon og er i bruk når dei sender og svarar på meldingar.

Fleire av sjukeleiarane gav likevel uttrykk for at det manglar formelle rutinar i samhandling mellom sjukehusavdelingar og sjukeheimar. Difor vart det ulik fylde og ulik informasjon i innleggingsrapportane frå sjukeheimane og utskrivingsrapportane frå sjukehus. Ein sjukepleiar hevda at det ikkje var naudsynt med rutinar på kva informasjon ein skulle sende med pasienten, alle som var sjukepleiarar visste kva som var viktig å ha med i sjukepleiesamanfatning om pasient. Ein artikkel skrive av Anne Grete Naustdal og Grete Netteland, «Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk perspektiv» (Naustdal og Netteland 2012), viser derimot at den skriftlege dokumentasjonen som vart sendt med om pasient på tvers av forvaltningsnivå nettopp ikkje vart opplevd som tilstrekkeleg. Når sjukepleiarane sender PLO-meldingar er dei avhengig av at den dokumentasjonen som blir skriven i journalen til pasienten er rett og informativ. Ein sjukepleiar sa at no brukar ho meir tid til å dokumentere om pasient i journal, då det var viktig at all informasjon vart dokumentert. Eg

ser at sjukepleiarane no har fått ein betre kunnskap og forståing for dei informasjonsbehova som aktørane dei samhandla med treng. Difor har nok også informasjonen som blir sendt med i PLO-meldingane blitt betre. Dette betyr at det er blitt betre kvalitet i dokumentasjonen om pasient og i tråd med mål i Samspill 2.0 (Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013) der elektronisk samhandling skal bidra til betre kvalitet i tenestene.

Når ny teknologi i form av PLO-meldingar skal innførast, er det både moglegheiter, forbettringspunkt og nye utfordringar. Til dømes fekk sjukeheim B utfordringar med at PLO-meldingar sendt frå sjukehuset la seg i to forskjellige journaltypar. Alle inn- og utskrivingsrapportar og meldingar kjem rett i sjukepleiarjournal, dei andre går i sakshandsamarjournal. Konsekvensen vart at dei ikkje svarte på meldingane om når dei kunne ta imot pasient som var ferdigbehandla, og sjukehuset måtte ringe. Det er grunn til å spørje seg om kvifor må ein ha to journaltypar å forhalde seg til, mi forklaring er at dette problemet kan skrive seg frå då rutinane og malen vart lagt på korleis ein skulle samhandle med PLO-meldingar. Pilotavdelinga som utarbeidde alle rutinar tilpassa nok meldingane slik at dei legg seg i to journalar, fordi dei hadde ein organisering i kommunen som gjorde til at det var naturleg at kommunikasjonen med sjukehuset gjekk gjennom sakshandsamarkontoret. Ein sjukepleiar frå sjukehuset sa at dei sender meldingar ut til kommunane etter rutine på kva som skal sendast i sjukepleiarjournal og kva som skal sendast i sakshandsamarjournal (jmf. pkt. 5.3.1). Dette tyder på at det er mogeleg for sjukehusavdeling å sende alle meldingane i ein journal.

Sjukepleiarane frå sjukeheim B har eit ønskje om å ha berre ein journal å forholde seg til, dette var tatt opp med leiar. Det eg ser i funna, er at sjukepleiarane har etter innføringa av PLO-meldingar byrja å stille spørsmål ved om den rutinen og meldingsoppsettet dei har for mottak av meldingar, der meldingane legg seg i to journalar, er rett for deira organisasjon. Dette kan sjåast på som ei svakheit ved det å lære og kopiere av kvarandre på tvers. Med utgangspunkt i Leavitts diamant, har det ikkje her vore tydelegheit i teknologi–oppgåve (Christensen, Grønland og Methlie, 1999).

Dei har no byrja å få hjelp av konsulenten på sjukeheimen til å opne postkassa med meldingane i, og importere dei inn i journalen. Konsulent ringer så ansvarleg sjukepleiar på vakt og informerer om kva meldingar som er komne, slik at sjukepleiaren kan svare på meldinga. Dette blir gjort for å kvalitetssikre at dei får med seg alle meldingane som kjem i

dei forskjellige journalane. Min meining er at skal dette vere ei løysing, må denne oppgåva vere fast for konsulenten. Då vil det vere kvalitetssikring, alle veit at å opne meldingsboks er oppgåva til konsulent. I følgje Nonaka kan ein her knyte eksplisitt kunnskap til anna eksplisitt kunnskap utan å gå vegen om den tause erfaringa. Sjukeheim B kan her setje saman eksisterande kunnskapselement til nye, dei kan bruke den kunnskapen og rutinane dei har og endre på kven skal ha ansvar for dei ulike oppgåvene (Glosvik 2008).

Ut frå Argyris (Jacobsen og Thorsvik, 2013, s. 361) sin læringsmodell, har det gått føre seg ei dobbelkretslæring, ein erfarte over tid at resultata som ein oppnår ikkje innfrir det ein har hatt ønske om, her: ein journal å forhalde seg til. I innføringsfasen og i oppstartinga av innføringa av PLO-meldingane føregjekk det ein enkelkretslæring, det vart ikkje stilt spørsmål ved rutinen eller om meldingsoppsettet for mottak av meldingar skulle vore annleis. Argyris meiner at det er viktig at ein må kontinuerleg vurdere konsekvensane på dei handlingane ein gjer, og stille om det er dette ein eigentleg ønske.

Eg ser at leiinga på sjukeheim B burde etterspurt kva det innebar med at meldingane legg seg i to journaltypar, det kan tyde at leiar har lite kunnskap om IKT eller dei ikkje har involvert seg nok i den tekniske biten. Dei tilsette såg nok ikkje at dette kom til å bli ei utfordring, mykje var nytt og dei valte å gå for det pilotkommunen hadde gjort, fordi dei hadde lykkast med å innføre PLO-meldingane og samhandlinga med dei gjekk fint. Det var to pilotkommunar i Sogn og Fjordane, ein sjukepleiar frå den andre pilotsjukeheimen fortalte at dei ikkje hadde eige sakshandsamarkontor med eigen sakshandsamar, men hadde organisert det slik at leiar hadde ansvar for postkassa og opna meldingane som la seg i sakshandsamar journalen på dagtid, elles var det ansvarleg sjukepleiar på sjukeheimen som hadde ansvaret for meldingane. Leiar hadde også oversikt over pasientar inn og ut av sjukeheimen, då ho sat i ei nemnd som bestemte kven som fekk plass på sjukeheimen i kommunen. Dette var eit system som fungerte. Det kan sjå ut som at innføringa av PLO-meldingar har ført med seg ei ekstra oppgåve for leiar eller konsulent for dei som ikkje har sakshandsamarkontor. Kanskje løysninga for sjukeheim B blir å organisere oppgåvene med å opne meldingsboks med innkomne PLO-meldingar til ein fast jobb. Eg vil også tru at dette er noko som kan takast opp med leverandørane av fagsystema, det burde vere ei innstilling i EPJ-systemet som gjorde til at ein kunne velje kva journal typar ein ønskte at meldingane skulle legge seg i. Informantane på sjukehuset hadde dei berre ein journaltype og forhalde seg til, alt vart sendt og mottatt i sjukepleiejournalen. Eg går utifrå at dette er noko som blir ordna opp i.

Ei anna utfordring som kom fram, var at informantane frå sjukehus beskriv rapportane frå sjukeheimane som lite forstålege. Dei skildra pasientens funksjonsnivå gjennom individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS). IPLOS skildrar pasientens ressurs- og bistandsbehov gjennom bistandsvariablar som graderast frå 1 – 5. Eg ser heilt klart utfordringa sjukehusinformantane står overfor, ein må kjenne til kva tala betyr og kva dei står for, og korleis dei blir brukt av sjukeheimspersonalet.

Ein sjukepleiar fortalte at i fagsystemet CosDoc blir innleggingsrapporten «fletta» inn i PLO-meldinga, det kjem opp kva den skal innhalde og kva vi kan i tillegg ta med ved å hake av for det, deretter blir rapporten fletta saman. Sjukepleiaren fortalte at ho brukte å skrive ned ei melding i notatfeltet dersom sjukehuset ikkje forstod tala. Sjukehuset har ikkje desse variablane i sitt fagsystem og kan difor ikkje tyde dei. Når ikkje sjukeheim og sjukehus sit inne med same kunnskap om IPLOS, blir informasjonen meningslaus. Fleire sjukepleiarar frå sjukehuset sa at sjukepleiarane ute på sjukeheimane no var blitt flinkare å skrive om funksjonsnivået til pasienten i meldingsfeltet. Dette kan skape meirarbeid, alternativ løysning vere å klippe og lime frå journalnotat. Det er ulik praksis på sjukeheimane om kven som brukar feltet til å skrive inn tilleggsdata. Viss ikkje ein får relevant informasjon relatert til sjukepleie, må sjukepleiarane bruke tid på å etterspørje informasjonen via PLO-melding eller telefon, noko som får konsekvensar på tidsressursen som ein sjukepleiar kunne ha brukt på pasientnært arbeid. Er det slik også i dei andre fagsystema (profil og dips) som er i bruk, ser eg at dette er endringar som må gjerast på eit høgare, nasjonalt nivå. Dette viser at vi ikkje er heilt i mål med å sende rapportar som er forstålege for alle, det er ein rapport som automatisk flettar uforståeleg informasjon inn i innleggingsrapporten frå sjukeheim.

I denne oppgåva har det òg kome fram delte meiningar om tidsbruk. Nokre sjukepleiarar sa klart frå at det var blitt betre etter at PLO-meldingane var innført. Til dømes sa ein av sjukepleiarane på sjukehuset at den tida ho før brukte på å få tak i rette personan som kunne fortelje ho om pasient, brukte ho no på pasientretta arbeid. Ein anna sjukepleiar meinte at den tida ho før brukte på å sitte i telefonen brukte ho på å dokumentere i journal. Ut frå funna meiner eg at det ikkje utan vidare er muleg å hevde at innføring av elektroniske PLO-meldingar i desse tre organisasjonane har vore tidssparande, men, og det er viktig, dei brukar heller ikkje meir tid. Slik eg ser det brukar sjukepleiarane no meir tid på pasientdokumentasjon og samhandling med PLO-meldingar. Faktisk reduksjon i telefontid

vart og påvist i ei undersøking utført av den sjukehusavdelinga som inngår i min studie. På sjukehusavdelinga vart det målt kor mykje tid sjukepleiarane brukte på telefon før innføringa av PLO-meldingar, så vart det tatt ein ny måling hausten 2014 for å sjå kor mykje tid dei brukar på telefon etter at PLO-meldingane var innført. Funna viser at dei set betydeleg mindre i telefonen no, dette stadfestar funna eg har kome fram til. Dette er positivt og i tråd med det politikarane tenkte når dei fremja meir satsing på digitale meldingar (Samspill 2.0). Eit par sjukepleiarar på sjukehus og sjukeheim meinte motsett, at den nye løysinga tok lenger tid. Desse ønskte seg ein person som kunne ta seg av meldingsflyten av omsorgsmeldingane. Frå min ståstad, er dette ikkje noko god løysing. Slik eg ser det, bør all kommunikasjon om pasient skal gå føre seg i avdelinga der dei kjenner pasienten. Det er sjukepleiar som steller pasienten og ser han kvar dag som kjenner behova til pasienten, ikkje ein sakshandsamar eller sjukepleiar som ikkje har kontakt med pasient i det daglege.

Studien har vist til utfordringar knytt til at kommunane gir sein tilbakemelding til sjukehusavdeling på om pasienten som skal utskrivast, har fått korttidsplass eller ikkje. I delavtalen mellom sjukehuset og sjukeheimen står det at sjukeheimen kan svare inntil tre timar før han skal utskrivast. Denne fristen blir heldt, men det er eit sterkt ønskje om at sjukeheimen gir beskjed tidlegare. Sein tilbakemelding (men innan 3 timar) fører nemleg både til utryggheit for pasient og pårørande som ikkje veit om pasienten skal heim eller på kortidsopphald. Eg ser at dette ikkje er optimalt, og at det påfører pasient og pårørande unødig bekymring. Leiar på sjukehuset utalte at dette er noko som er innmeld til gruppa som sit og skal revurdere samhandlingsavtala mellom sjukehus og kommune. Det vart også nemnt at sjukehuset ikkje har elektroniske kurver inn i deira Dips-system. Leiar på sjukehuset sa at det er ei gruppe som jobbar med å få kurver inn i fagprogrammet, då vil papirkurvane forsvinne.

Ut frå funna i denne undersøkinga kjem det fram at samhandlinga har endra seg til det betre, mange av utfordringane dei hadde før er borte, nokre nye har kome til, med det er tidleg i innføringsprosessen og dei utfordringane som har kjemme fram her vil nok bli løyst. Spesielt viktig er det å få løyst innleggingsrapporten slik det ikkje flettar seg inn uforståeleg data om pasient til sjukehusavdeling. Dette er løfta opp på høgre leiarnivå i sjukehuset og vil nok derfrå verte løfta opp nasjonalt, då meldingstypane er nasjonalt forankra.

Det kan sjå ut til at innføringane av PLO-meldingane har ført med seg endringar i dei kommunane det ikkje er eige sakshandsamarkontor. Her har ein ekstra person fått tildelt oppgåver knytt til PLO-meldingane. Det bør sjekkast ut om dette ei problemstilling som

fleire kommunar opplever i Sogn og Fjordane. Kanskje dette kunne vore eit tema på nettverksmøter der alle kommunane er samla, som til dømes dei Fylkesmannen arrangerer.

6.6 Leiarrolla

Leiarane i dei ulike organisasjonane har hatt ei viktig rolle i innføringsarbeidet gjennom å planlegge og gjennomføre informasjon og opplæring knytt til PLO-meldingane. Det skal kommuniserast slik at medarbeidarane blir motiverte og engasjerte i arbeidet. Som leiar i sjukeheim og sjukehusavdeling ligg det inne som ein del av jobben å få arbeidarane til å arbeide for å realisere måla organisasjonen set seg. Med god hjelp frå Meldingsløftet i Sogn og Fjordane hadde leiarane eit godt utgangspunkt, då dei kunne få praktisk hjelp av personar og rettleiing gjennom heile innføringsprosessen. Det vart bestemt tidleg i innføringsarbeidet at dei tilsette skulle vere med frå byrjinga av. Dette kan vere tidkrevjande arbeid, men nødvendig for å få deltaking og medverknad. For å oppnå at dei tilsette blir aktivt med i arbeidet må leiaren, ifølgje Leavitt (Christensen) leggje til rette for dette. Fleire sjukepleiarar sa at leiar hadde spesielt fokus på at medarbeidarane skulle vere delaktige i arbeidet. Medarbeidarane vart spurt til råds på møter og liknande. Likevel viste det seg at det fanst sjukepleiarar som ikkje var heilt einige med det informasjons- og opplæringsarbeidet som vart gjort. Dette skjedde sjølv om leiarane var sikre på alle sjukepleiarane hadde fått den informasjonen og opplæringa dei trong, både gjennom obligatoriske møter og opplæring der alle fekk moglegheit til å prøve å sende og motta meldingar på prøveperson. I studien kjem det også fram eit tydeleg mønster; dei som var mest negative til informasjon og opplæring, var dei med høgst alder. Dette kan skuldast at dei ikkje var så motiverte for endringa som kom eller dei sette større krav enn dei andre. Ei anna forklaring kan vere at leiar ikkje greidde å fange opp at ikkje alle greidde å ta inn den type informasjon som vart gitt. Alle leiarane la opp til gruppearbeid der dei tilsette skulle sjå på ny samhandlingsrutine, eg tykkjer det er ein fin måte til å involvere alle medarbeidarane på. Her kan eksplisitt kunnskap delast. Dette samsvarar med det Nonaka seier, skal kunnskapsutvikling bli ein suksess er det viktig at det blir lagt til rette for læringsarenaer. Ein sjukepleiar var opptatt at det var så kjekt at leiar var raus med ros under opplæringa med PLO-meldingane, dette er ein god eigenskap som er viktig at leiar har, ros er med på å fremje kjensle av at ein duger og dette får ein til. Det kom fram i studien at etter at PLO-meldingane var innført, har leiarane i alle organisasjonane etterspurt korleis det går i avdelinga med sending av meldingane, det viser at leiar er opptatt

av at medarbeidarane skal kjenne at dei meistrar oppgåva med å sende og motta meldingar. Leavitt (Lyngdal, 1992) seier at leiaren er sentral då det er dei som tar viktige standpunkt i organisasjonen og passar på at det er likevekt i alle dei fire komponentar som inngår i Levitts diamant. Eg meiner alle leiarane i har handtert denne endringsprosessen på ein god måte. Dei har vist at dei tar ansvar, lagt opp til ein god innføringsprosess der dei har hatt aktivt med medarbeidarane slik at dei har fått eigarskap i innføringa med PLO-meldingane. Måten meldingane har vorte innført på har gjort til at det er likevekt i alle komponentane. Dette er viktig det blir bygt vidare på dette fundamentet for framtidige prosessar. Eg meiner at det har det vore fleire faktorar som har virka inn på at ein har lukkast med innføringane av PLO-meldingane i dei tre organisasjonane. At leiar i avdelingane har vore medverkande gjennom heile prosessen har ført til engasjerte og motiverte medarbeidarar, er ein viktig faktor, god forankring høgt opp i leiinga i kommune og sjukehus og at legar og IKT-personell eg involvert frå første stund.

6.7 Oppsummering

Denne studien viser at Meldingsløftet i Sogn og Fjordane har hatt ei aktiv rolle i innføringsarbeidet med å få implementert PLO-meldingar inn i kommunane og i helseføretaka. Pilotprosjekta har vore til god hjelp i form av informasjonsspreiing og kunnskapsbasert erfaring. Innføringa av PLO-meldingane på avdelingsnivå har føregått på ein god måte, der medarbeidarane har fått delteke aktivt i form av gruppearbeid og i stor grad fått komme med synspunkt som blir tatt med i prosessen. Som vist til i dette og føregående kapittel, gjekk oppstarten med PLO-meldingane fint i alle organisasjonane, medarbeidarane vart etter kvart trygge i rolla med å bruke meldingane. Dei såg fort at det var eit system som gav tryggleik og sikkerheit i form av at meldingane trygt vart sendt frå pasientjournal til pasientjournal. Dei tilsette vart trygge på at informasjonen som kom var rett. Informasjonen vart overført fort og dei tilsette fekk fort tilgang på pasientinformasjonen og kunne sette seg inn i pasienten sin sjukehistorie og no situasjon. Studien har likevel identifisert nokre forbettringsområder. Som vist til ovanfor, fekk den kommunen som ikkje var organisert med sakshandsamarkontor utfordringar med at PLO-meldingane frå sjukehus la seg i to forskjellige journalar, ein sjukepleiarjournal og ein sakshandsamarjournal. Denne utfordringa hadde også ein anna kommune som ikkje var organisert med sakshandsamarkontor, men dei hadde valt å løyse problemet med at dei på dagtid hadde ein fast person som hadde ansvar for

sakshandsamarmeldingane. Utfordringar hadde dei også på sjukehuset, mellom anna på grunn av at innskrivingsrapportane inneheldt IPLOS-komponentar som beskriv pasientens ressurs- og bistandsbehov gjennom ulike variablar frå 1-5. Dette er eit system sjukehuset ikkje har og difor ikkje forstår, når ikkje sjukeheim og sjukehus set inne med same kunnskap om IPLOS blir informasjonen meningslaus. Det kom på sjukehusavdelinga også opp utfordring knytt til at kommunane gir sein tilbakemelding til sjukehusavdeling på til kvar pasienten skal skrivast ut, om han skal tilbake til heimen eller på kortidsopphald på sjukeheimen. Kommunane held seg innan fristen som står i samarbeidsavtalen, men det vert opplevd som vel tett opp under utreisetidspunkt å få beskjed 3 timar før utreise. Så vidt eg er informert, vil dette blir tatt opp når samarbeidsavtalen skal revurderast. For kommunane er det dessutan framleis ei utfordringa at sjukehuset sender med kurver i papirform som til tider kan vere vanskeleg å forstå, då dei er skrivne for hand. Dette jobbar dei med å få digitalt inn i journalsystemet. Studien viser dessutan at leiar i dei ulike avdelingane gjennomgåande har hatt ein sentral rolle i utviklingsarbeidet med å få PLO-meldingane på plass i dei ulike organisasjonane, ho har på ein god måte medverka til at medarbeidarane har fått vore aktivt med i prosessen, som igjen syner seg i at medarbeidarane har fått eit godt forhold til PLO meldingane.

Kapittel 7: Konklusjon

Som vist til i oppgåva, er elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar i Sogn og Fjordane generelt, og dei tre organisasjonane spesielt, tatt i bruk for å betre samhandlinga, informasjonsflyten og effektivisere kommunikasjonen mellom aktørane i helsesektoren.

Funna eg har gjort i denne studien viser att det i stor grad har skjedd ei endring i kommunikasjonen om pasient mellom sjukehus og sjukeheim. Før vart det hovudsakleg kommunisert gjennom telefon og papir, dette var lite sikkert og vart opplevd som utrygt. Det var usikkert om beskjedar hadde komme fram, vart tolka rett eller nedskrive i rett journal. Samhandlinga om pasient føregjekk kunn ved innlegging på sjukehus og utskriving frå sjukehus. No går denne kommunikasjonen gjennom standardiserte pleie- og omsorgsmeldingar. Meldingar blir sendt frå pasientjournal til pasientjournal, det kjem tydeleg fram kva avdeling den er sendt frå og kven som har sendt meldinga. Informasjonen er lett å lese, kjem hurtig fram til mottakar og opplevast både sikker og trygg. Samhandlinga om pasient føregår gjennom heile pasientforløpet.

Det vart gjort funn av forbetringar knytt til PLO-meldingane. Meldingar sendt frå sjukehuset til sjukeheim legg seg i to forskjellige journaltypar, sjukepleiarjournal og sakshandsamarjournal. Dette kan føre til at dei ikkje alltid blir lest og svart på. Det kom også fram at dei elektroniske pleie- og omsorgsmeldingane ikkje alltid tilfredstilte mottakars behov for informasjon, då det fletta seg IPLOS-variablar inn i innkomstrapport frå sjukeheim. Forbettringsområder vil det alltid vere, det er ikkje noko som er heilt fullstendig perfekt. Elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar var innført i minst ½ til 1 år på intervjutidspunktet, og det vil vere rom for forbetringar og vidareutvikling lenge framover. Men slike forbetringar bør ein starte med allereie no, før dagens praksis vert altfor fastfrost.

Innføringa av PLO- meldingane skjedde i tett samarbeid med Meldingsløftet i Sogn og Fjordane. PLO-meldingane vart tidleg i innføringsfasen forankra godt i leiinga i dei tre organisasjonane. Leiarane har hatt ei viktig rolle i informasjons- og opplæringsarbeid, fått dei tilsette i avdelinga delaktige og engasjerte i arbeidet med å innføre PLO-meldingane.

Før ein starta innføringsarbeidet, kunne det ha vore gjort ein grundigare kartlegging på organiseringa i dei ulike kommunane. Det viser seg at dei kommunane som ikkje er organisert med eige sakshandsamar kontor har fått ei utfordring med mottak av PLO-meldingar frå sjukehuset.

Hovudeffekten er at innføringa av elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar i dei tre organisasjonane er knytt til kvalitetsforbetring og auka pasientsikkerhet. Dette har igjen ført til ein betre samhandlingsflyt om pasient mellom dei ulike helseinstitusjonane. Dette er med å innfri mål i samhandlingsreforma, betre og meir effektiv samhandling mellom ulike helseaktørar.

Dei tre helseorganisasjonane eg har sett på i studien, har dei seinare åra vore gjennom fleire omstillingar og endring, anten fordi det kjem føringar frå staten som pålegg dei å endre dagens praksis, eller fordi organisasjonen sjølv innfører nye tiltak for å effektivisere.

Dei tilsette innan helse og omsorg er alle vande med utfordringar og endringar, då organisasjonane er stadig i utvikling til det betre. Innføringa av PLO-meldingar er, slik eg ser det, eit steg i riktig retning for desse helseorganisasjonane.

7.1 Framlegg til vidare forskning

På bakgrunn av funn i studien er det fleire områder som hadde vore spennande å sett vidare på ved vidare forskning, då elektroniske pleie- og omsorgsmeldingar er ganske nytt i Sogn og Fjordane:

- **Organiseringa i kommunen:** Har innføringa av PLO-meldingar ført til at det er behov for ein anna struktur/organisering ute i kommunane? Ein av kommunane i denne oppgåva hadde ein organisasjon med sakshandsamarkontor og ein hadde det ikkje. Vil det framover tvinge seg fram sakshandsamarkontor i andre kommunar også? Korleis løyser dei utfordringane med to journaltypar framover?
- **Kvalitet på dei standardiserte meldingstypane:** Er alle sjukepleiarane nøgde med innhaldet som blir sendt i meldingane? Funn i studien viser at det er utfordringar i innskrivingsrapporten frå sjukeheim.
- **Kva seier pasientar og sjukepleiarar om pasientflyten etter innføringa av PLO meldingar:** Merkar pasientane at det er ei endring? Kva seier sjukepleiarane på avdelingane?

Litteraturliste

Aanestad, Margunn og Olaussen, Irene (red.). (2010). *IKT og samhandling i helsesektoren. Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* Trondheim: Tapir Akademisk forlag.

Akershus universitetssykehus HF et al. (2012). *Veileder for implementering av pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetak og kommuner. Et samhandlingsprosjekt mellom Akershus universitetssykehus HF og 20 kommuner på Romerike og i Follo.* Henta frå <https://www.nhn.no/oppgaver-og-prosjekter/digital-samhandling/Documents/Veiledere/VeilederPLO-meldinger.pdf>

Almenning, Grethe et al. (2012). *VESTLANDSHEFTET. Veileder for utbredelse av elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og helseforetak på Vestlandet.* Henta frå <https://www.nhn.no/oppgaver-og-prosjekter/digital-samhandling/Documents/Veiledere/Vestlandshefte.pdf>

Alsaker, Magnus og Askevold, Annebeth. (2007). *Standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenesten.* (KITH-rapport 04/07). Henta frå http://www.kith.no/upload/3757/R04-07-Pleie-og-omsorg-melding-v1.4_20-02-2008.pdf

Aune, Irene Henriksen. (2007). *IKT for helsepersonell. Intruduksjon til bruk av IKT i helsesektoren.* 1. utgave, 1. opplag. Oslo: Akribe.

Christensen, Gunnar E., Grønland, Stein Erik og Methlie, Leif B. (1999). *Informasjonsteknologi: Strategi, organisasjon, styring.* 3. utgave. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Dahlen, Monica. (2011). *Intervju som forskningsmetode.* 2.utgåve. Oslo: Universitetsforlaget.

ELIN-k prosjektet. (2011). *Sluttrapport. Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene.* Oslo: Norsk sykepleierforbund og KS. Henta frå http://www.kith.no/upload/6313/ELIN-K_SLUTTRAPPORT_v1.0.pdf

Glosvik, Øyvind et al. (2008). *Nokre teoretiske perspektiv på læring og leiing i helse- og sosialsektoren: undervegstekstar.* Sogn og Fjordane: Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Groth, Lars. (2005). *Lederen, organisasjonen og informasjonsteknologien.* Bergen: Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2011). *Handlingsplan 2011 – Meldingsløftet i kommunene 2010–2011.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie.* (KITH-rapport 14/03). Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2014). *IPLOS-registeret. Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjeneste.* Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet. (2013). *Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013*. Henta 27.11.13 frå <http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Dokumenter%20ADA/Samhandlingsplan>

Helse Førde. (2014). *Samhandlingsnytt*. Henta frå <http://helseforde.no/no/FagOgSamarbeid/samhandling/PublishingImages/Sider/Samhandlingsnytt/2014%20-%202008%20-%20Samhandlingsnytt.pdf>

Jacobsen, Dag og Thorsvik, Jan. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Krogh, Georg Von. (2013). *Towards Organizational Knowledge. The pioneering work of Ikujiro Nonaka*. London: Basingstoke Palgrave Macmillan.

Krogh, Georg et al. (2013). *Towards Organizational Knowledge. The Pioneering Work of Ikujiro Nonaka*. London: Basingstoke Palgrave Macmillan.

Krogh, Georg, Ichijo, Kazuo og Nonaka, Ikujiro. (2001). *Slik skapes kunnskap. Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner*. Oslo: Cappelen Damm.

Lyngdal, Lars Erik. (1992). *Organisasjonsutvikling i teori og praksis*. 2. utgave. Oslo: Tano

Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreforma. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Netteland, Grethe og Naustdal, Anne Grethe. (2012). *Sjuepleiedokumentasjon i eit elektronisk perspektiv. Sykepleien Forskning*, 7(3), 270–277.

Netteland Grethe. (2015). *Exploring implementations of electronic nurse and care messaging at municipality level*. Paper presentert på SHI 2015-seminaret, Tromsø.

NOU 2005:3. (2005). *Fra stykkevis til helt*. Helse- og omsorgsdepartementet. Henta frå <http://www.regjeringen.no/Rpub/NOU/20052005/003/PDFS/NOU200520050003000DDDDPD FS.pdf>

Nonaka, Ikujiro. (1994). A Dynamic Theory of Organizational Knowledge Creation. *Organization Science*, 5(1), 14–37.

Nonaka, Ikujiro og Takeuchi, Hirotaka. (1995). *The Knowledge-Creating Company. How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Oxford: Oxford University Press.

Norsk helsenett. (2015). Om oss. Hentet fra <https://www.nhn.no/om-oss/Sider/default.aspx>

Ringdal, Kristen. (2013). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

Strand, Torodd. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur*. Bergen: Fagbokforlaget.

Svennevig, Jan. (2002). *Språklig samhandling. Innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse*. Oslo: Landslaget for norskundervisning.

VEDLEGG A: Førespurnad om datainnsamling i samband med masteroppgåve

FØRESPURNAD OM DATAINNSAMLING I SAMBAND MED MASTEROPPGÅVE

I samband med masterstudiet i organisasjon og leiing ved høgskulen i Sogn og Fjordane, skal eg i løpet av hausten 2014 gjennomføre nokre intervju som skal vere grunnlag for data i masteroppgåva. Førebels arbeidstittel på oppgåva er:

Elektronisk pleie og omsorgsmeldingar – nøkkel til betre samhandling mellom sjukehus og sjukeheim?

Korleis har innføringa av elektroniske pleie og omsorgsmeldingar endra samhandlinga mellom sjukehus og sjukeheim?

Er det faktorar som bidreg til å fremje/hemme samhandlinga etter innføringa av elektroniske pleie og omsorgsmeldingar?

Føremålet med studiet er å sjå om innføringa av digitale pleie- og omsorgsmeldingar har endra samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og avdelingar på sjukehus. Er det faktorar som er avgjerande for eit godt resultat. For å finne svaret vil eg samanlikne samhandlinga **før** innføringa av elektronisk meldingsutveksling **og etterpå**. Eg vil gjennomføre studien i to kommunar av ulik storleik og medisinsk avdeling i Helse Førde.

Datainnsamlinga vil føregå ved kvalitative forskingsintervju. Intervjuet vil ha form av samtale. Opplysingane som kjem fram vil bli anonymisert og presentert i masteroppgåva. Konkrete brukarsaker vert ikkje drøfta og materiale som vert presentert skal ikkje kunne førast attende til einskildpersonar. Dersom det ikkje vert avtalt endringar undervegs, skal opplysingane slettast innan utgangen av 2015. For å kunne gjennomføre studiet er eg avhengig av å kome i kontakt med to sjukepleiarar og ein leiar frå kommune helsetenesta og fire sjukepleiarar og ein leiar frå medisinsk avdeling i Helse Førde.

Eg håpar de er villige til å late meg få tilgang på ein informant i dykkar organisasjon. Dersom eg ikkje høyrer noko innan to veker, går eg ut frå at eg kan starte prosjektet.

Rettleier på masteroppgåva er førsteamanuensis Grete Netteland ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Prosjektet er meldt til Norsk samfunnsvitenskaplig datateneste AS.

På førehand takk !

Med venleg helsing
Irene Svarstad
Telefon: 99227711
E-post: irenesva@online.no

VEDLEGG B: Informasjonsbrev til informantane

Informasjonsbrev til informantane

Studie om elektronisk samhandling.

Mitt namn er Irene Svarstad og eg er student ved masterstudiet i administrasjon og leiing ved Høgskulen i Sogn og Fjordane. Dette er ei deltidsstudie over 4 år. I tillegg til å vere student jobbar eg som tenesteleiar i heimetenesta i Jølster kommune.

Eg er no i gang med masteroppgåva mi, og vil gjerne invitere deg til å delta i ei undersøking der temaet er: ***Elektronisk pleie og omsorgsmeldingar – nøkkel til betre samhandling mellom sjukehus og sjukeheim?***

Føremålet med studiet er å sjå om innføringa av digitale pleie- og omsorgsmeldingar har endra samhandlinga mellom kommunehelsetenesta og avdelingar på sjukehus. Er det faktorar som er avgjerande for eit godt resultat. For å finne svaret vil eg samanlikne samhandlinga **før** innføringa av elektronisk meldingsutveksling **og etterpå**. Eg vil gjennomføre studien i to kommunar av ulik storleik og medisinsk avdeling i Helse Førde. Prosjektet har følgjande problemstilling:

Korleis har innføringa av elektroniske pleie og omsorgsmeldingar endra samhandlinga mellom sjukehus og sjukeheim?

Er det faktorar som bidreg til å fremje/hemme samhandlinga etter innføringa av elektroniske pleie og omsorgsmeldingar?

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Deltaking i undersøkinga inneber eit individuelt intervju med varigheit på ein time. Intervjuet kan bli gjennomført på din arbeidsplass i eit eigna rom eller på ein eigna stad utanfor arbeidsplassen. Intervjuet vil bli tatt opp og lagra på lydfil på min pc. Alt av data vil bli oppbevart forsvarleg og innelåst utan tilgang for andre. Lydopptak vil bli sletta og data materialet vil bli anonymisert ved prosjektslutt.

Masterstudien skal etter planen avsluttast 12.juni 2015.

Ønsker du å delta i studien kan du ringe/sende sms eller gi tilbakemelding via e-post.

Rettleiar på masteroppgåva er førsteamanuensis Grete Netteland ved Høgskulen i Sogn og Fjordane.

Ta gjerne kontakt om du har spørsmål:

Telefon: 99227711

E-post: irenesva@online.no

Med Vennleg helsing

Irene Svarstad

VEDLEGG C: Informert samtykke

Informert samtykke

Eg gjev med dette mitt samtykke til å delta i individuelt intervju i ein studie om elektronisk kommunikasjon utført av Irene Svarstad.

Eg har lese ei kort beskriving av prosjektet og er innforstått med formålet av studien er å sjå om innføringa av digital kommunikasjon har endra samhandling mellom kommunehelsetenesta og helseføretaket.

Eg er kjend med att opplysningane som eg gir blir handsama fortrulig og at prosjektet er vurdert av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste)

Å delta i masterprosjektet er frivillig.

Eg godkjenner at:

1. Eg har fått informasjon og forklaring om mål, metode, og forventet nytte av studien.
2. Eg gjev med dette frivillig mitt samtykke til å delta i denne studien.
3. Eg forstår og aksepterer at dei samla resultata vil bli nytta som ledd i eit forskingsarbeid og kan offentleggjerast gjennom konferansar, i vitenskaplege og akademiske tidsskrift og gjennom publikasjon av masteroppgåva.
4. Eg kan trekke mitt samtykke til å delta i studiet tilbake, mi deltaking i prosjektet vil opphøre og informasjon eg har gjeve vil ikkje bli nytta. Det vil ikkje få konsekvensar for arbeidssituasjonen.

Arbeidsstad:_____ Telefon_____

e-post_____

Dato/Stad:_____

Signatur:_____

Intervjuguide - Sjukehus og sjukeheim

Litt om deg sjølv og avdelinga

1. Kan du fortelje litt om deg sjølv
 - Kva utdanning har du utover sjukepleieutdanninga?
2. I kva grad legg EPJ – systemet til rette for bruk av elektroniske meldingar?
3. Korleis er avdelinga di (sjukeheim/sjukehus) organisert i høve leiing, arbeids- og ansvarsfordeling (spesialområde/fag/oppgåve/leiarstruktur)?

Før innføringa av digitale PLO-meldingar på sjukeheim og sjukehus avd.

1. Korleis samhandla de om pasientar mellom sjukeheim og sjukehus før innføringa av elektronisk meldingsutveksling?
2. Kva for utfordringar hadde de i samhandlinga om pasientar mellom sjukeheim og sjukehus i før innføringa av elektronisk meldingsutveksling?
3. Kva type pasientinformasjon utveksla de mellom sjukeheim og sjukehus?
4. Opplevde du informasjonsflyten mellom sjukeheim og sjukehusavdelingane som sikker? Dersom nei - kvifor ikkje? Vart det registrert avvik? Korleis vart avvik registrert?
5. Korleis var kulturen(reglar-skrivne og uskrivne, normer, verdiar) blant tilsette i di avdeling i før innføringa av PLO meldingar?
6. Korleis var holdningane(kreativitet, sjå muligheiter) blant dei tilsette i di avdeling i før innføringa av PLO meldingar?

Førebuing og innføringsfasen til PLO-meldingar

1. Når vart elektronisk meiningsutveksling innført i di avdeling?
2. Kva informasjon fekk du i førekant av innføringa av elektronisk meldingsutveksling?
3. Når starta de opplæringa i bruk av elektroniske meldingar?
4. Kva førebuingar blei gjort i førekant av innføringane?
5. Utvekslar de *kompetanse* på tvers av samhandlande institusjonar /avdelingar i høve førebuingssarbeidet og innføringa av PLO meldingar?
6. Utvekslar de *erfaringar* på tvers av samhandlande institusjonar /avdelingar i høve førebuingssarbeidet og innføringa av PLO meldingar?
7. Kva krav stiller di avdeling til kunnskap og ferdigheiter hjå den som skal handtere PLO-meldingar?
8. Kan du fortelje om korleis ansvar blir fordelt når det gjeld digital informasjonsutveksling i din avdeling?

9. Kva rolle hadde leiar i din avdeling i førebuingssarbeidet til innføringa av PLO meldingar?

Etter innføringa av digitale PLO-meldingar på sjukeheim og i sjukehusavd.

1. Kva type meldingar brukar de i kommunikasjonen om pasientar mellom sjukeheim og sjukhus?
2. Nyttar de sjekklister før sending av PLO-meldingar?
 - Er det spesifikke krav til innhald i meldingane?
3. Kor ofte sjekkar de om de har motteke PLO-meldingar?
 - Førelegg det rutine eller avtale på frist for kor fort ein skal svare på meldingane.
4. Inneheld e-meldingane nok informasjon?
5. Er det knytt utfordringar til PLO-meldingar? Kva for utfordringar?
6. Føre kjem det att meldingar kjem på avvege? Visst ja, kor ofte skjer det? Kva rutinar har de på det når det skjer?
7. Når avvik oppstår brukar de avviksmeldingar? Korleis og kor ofte?
8. Korleis fangar de opp om flyten av meldingar har stoppa opp?
9. Det er inngått ei rekke samarbeidsavtalar mellom Helse Førde og kommunane i Sogn og Fjordane kjenner de til dei i din avdeling?
10. Kva er dine erfaringar med bruken av elektronisk meldingsutveksling?
11. Om du tenkjer elektronisk samhandling fungerer optimalt, korleis vil det vere då?
12. Kva meiner du er god samhandling om pasientar – internt og eksternt?
13. Kva fordelar har du opplevd med innføringa av elektroniske pleie – og omsorgsmeldingar?
14. Har kulturen (reglar-skrivne og uskrivne, normer, verdiar) endra seg blant tilsette i di avdeling etter innføringa av PLO meldingar?
15. Har holdningane (kreativitet, sjå muligheiter) blant dei tilsette i di avdeling endra seg etter innføringa av PLO meldingar?
16. Kva oppfølging får de i avdelinga av leiar etter innføringa av PLO meldingar?

Intervjuguide til leiar

1. Var det utarbeida interne og eksterne retningslinjer for samhandling mellom sjukeheim og sjukehus før innføringa av PLO meldingar?
 - Var samhandlinga etterspurt?
2. Korleis opplevde du informasjonsflyten mellom sjukeheim og sjukehusavdelingane før innføringa av digitale PLO meldingar? Var den sikker? Dersom nei - kvifor ikkje? Vart det registrert avvik? Korleis vart avvik registrert?
3. Kva rolle hadde du som leiar i førebuingssarbeidet til innføringa av PLO meldingar i din avdeling?

- Var du med i utarbeidinga av samarbeidsavtalane mellom Helse Førde og kommunane?
 - Var du med i utarbeidinga av retningslinjer/rutinar mellom Helse Førde og kommunane og i eiga avdeling?
 - Hadde du ansvar for informasjon og opplæring i forkant av innføringa? Kven fekk informasjon, fekk alle lik informasjon, på kva måte ble det informert.
4. Kva oppfølging får dei tilsette i din avdelinga frå leiar etter innføringa av PLO meldingar?
 5. Kva erfaringar har du som leiar gjort deg med tanke på bruken av elektronisk meldingsutveksling?
 6. Har kulturen(reglar-skrivne og uskrivne, normer, verdiar) endra seg blant tilsette i di avdeling etter innføringa av PLO meldingar?
 7. Har holdningane(kreativitet, sjå muligheiter) blant dei tilsette i di avdeling endra seg etter innføringa av PLO meldingar?