

MASTEROPPGAVE

Elektronisk meldingsutveksling - et
samhandlingsverktøy ved pasientutskrivelser?

Veronica Eidesgaard

30.04.2020

Masterstudium i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren
Avdeling for helse og velferd



Forord

Da er jeg omsider ved veis ende etter en lang og intens periode over snart tilbakelagt 4 år med studie innen tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren. Elektronisk meldingsutveksling er av mange sett på som et sentralt digitalt verktøy, for overføring av pasientinformasjon ved pasientutskrivelser mellom sykehus og kommune, og for å ivareta helhetlig, koordinerte og forsvarlig helsetjenester mellom tjenestenivåer. Det har vært godt å kunne arbeide med denne oppgaven, som kan bidra til økt satsing om videreutvikling av meldingsutvekslingssystemet, til fordel for de som skal benytte det i den daglige samhandlingen ved pasient utskrivelser.

Det rettes en stor takk til alle respondentene som villig stilt opp til intervju. Uten deres deltagelse ville ikke oppgaven blitt ferdigstilt. Tusen takk for engasjement og flotte beskrivende svar under intervjuene.

Ønsker å takke min veileder Mona Jerdahl Fineide, som har muliggjort gjennomføring av masteroppgaven for god støtte og faglig tyngde. Og ikke minst som hadde stor tro på denne oppgaven. Samtidig som jeg er evig takknemlig, for at min mann og familie har støtte meg gjennom denne tiden, som både har vært krevende, utfordrende og læringsrik. Samt interessant for mitt videre arbeid som sykepleier, og eventuelt kommende nye oppgaver innen helse- og velferd sektoren. Til slutt en stor takk til min venninne for mange flotte faglige diskusjoner og tilbakemeldinger, og ikke minst din støtte underveis i denne prosessen.

Fredrikstad

30. april 2020

Veronica Eidesgaard

Sammendrag

Økt fokus på digitalisering og bruk av IKT har ført til utfordringer for helsepersonell i deres arbeidshverdag. Studien handler om bruk av elektronisk meldingsutveksling som et samhandlingsverktøy ved pasientutskrivelser, fra sykehus til hjemmesykepleie. Dette for å samordne et forsvarlig og helhetlig pasientforløp ved at helsepersonell overfører adekvate pasientopplysninger til neste tjenestenivå. Til tross for at det er innført bruk av pleie- og omsorgsmeldinger, viser det seg imidlertid at man ikke alltid lykkes med dette i praksis. Oppgavens problemstilling er:

"Hvilke erfaringer har ansatte i sykehus og hjemmesykepleie med bruk av elektronisk meldingsutveksling ved pasientutskrivelser, og hvordan påvirker det samhandlingen?"

Dette er en kvalitativ studie, og det ble brukt individuelle intervjuer som datainnsamlingsmetode. Totalt ble syv intervju gjennomført. Utvalget bestod av en fagsykepleier og tre sykepleiere ved det valgte sykehus, og i den valgte hjemmesykepleien en fagsykepleier og to sykepleiere med saksbehandler funksjon. Hensikten med intervjuene var å fremskaffe kunnskap om deres opplevelser ved bruk av PLO- meldingene. Det ble utført en tematisk analyse av datamateriale.

Studien viser at det fortsatt er organisatoriske utfordringer ved overføring av relevant og nødvendig helseopplysning ved pasient utskrivelser. Funn viser at ansatte i sykehus og hjemmesykepleien opplever utfordringer som manglende ressurser i form av tid, manglende brukervennlighet og opplæring, manglende forståelse av hverandres arbeidsområdet og ulike faglige vurderinger. Det kan synes som om mangel på tillit fører til at ansatte ikke stoler på hverandres vurderinger og bruken av selve PLO- meldingssystemet. Viktige temaer som koordinering og standardisering av arbeidsoppgaver, gir en forståelse av hvilke utfordringer de ansatte står ovenfor i den praktiske arbeidshverdagen.

Nøkkelord: elektronisk kommunikasjon, samhandling, tillit, sykepleiere, hjemmesykepleie, sykehus.

Abstract

Increased focus on digitalisation and the use of ICT have presented some challenges to health professionals in their everyday work. The study deals with the use of electronic message exchange as a collaboration tool for patient discharge, from hospital to home nursing. The aim is to co-ordinate prudent and holistic patient care by transferring adequate patient information to the next level of service. However, despite the use of nursing and care messages, it turns out that this is not always successful in practice. The assignment's problem is:

"What experiences do employees in hospitals and home nursing have with the use of electronic message exchange in patient discharge, and how does it affect interaction?".

This is a qualitative study that seeks to present knowledge of employees' experiences using PLO messages when patients are discharged from hospitals and who are then going to the municipal nursinghome. Individual interviews were used as a data collection method, and seven interviews were conducted. The sample consisted of one specialist nurse and three nurses at the selected hospital, and one professional nurse and two nurses with case manager function in the selected nursing home. The purpose of the interviews was to obtain knowledge about their experiences using the PLO messages. A thematic analysis of the data material was performed.

The study shows that there are still organizational challenges in transferring relevant and necessary health information during the process of patient discharge. Findings show that employees in hospitals and home nurses experience shortage of resources in terms of time available, usability and training. There also seems to be a lack of understanding of each other's work area and various professional assessments. Moreover, the findings suggest that a lack of trust causes employees not to trust each other's assessments and the use of the PLO messaging system itself. Important topics such as coordination and standardization of work tasks help to understand the challenges the employees face in the practical workday.

Keywords: electronic communication, interaction, trust, nurses, home care, hospital.

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	3
Abstract	4
1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema	8
1.2 Studiens formål	9
1.3 Kommune- og spesialisthelsetjenesten.....	9
1.4 Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO).....	10
1.4.1 PLO- meldingsflyten mellom sykehus og kommune	10
1.4.2 Helseopplysning	12
1.5 Samhandlingsreformen og iverksatte tiltak	12
1.6 utfordringer i samhandlingen og bruk av pleie- og omsorgsmeldinger.....	13
1.7 Problemstilling og forskningsspørsmål	16
1.8 Avgrensning	16
1.9 Oppgavens oppbygning.....	17
2.0 Teori	18
2.1 Teoretisk rammeverk.....	18
2.2 Systemisk nivå	19
2.2.1 Systemiske faktorer	19
2.3 Organisatorisk nivå	20
2.3.1 Organisasjonsstruktur og strukturelle dilemmaer.....	20
2.3.2 Formell organisasjonsstruktur	20
2.3.3 Arbeidsdeling og spesialisering.....	21
2.3.4 Koordinering	22
2.3.5 Standardisering som koordineringsmekanismer.....	22
2.3.6 Kommunikasjon, IKT og læring i praksis	24
2.3.7 Organisasjonskultur.....	25
2.4 Relasjonelt nivå.....	26
2.4.1 Tillit.....	26
2.4.2 Hva tillit gjør	27
2.4.3 Tillitskjeder	27
3.0 Metode	28
3.1 Metodevalg.....	28
3.2 Utvalg og rekrutteringsprosessen	29

3.3 Individuelle semi strukturerte intervjuer og utforming av intervjuguide	30
3.4 Gjennomføring av forskningsintervju og transkribering	31
3.5 Valg av analysemetode og bearbeiding av data	33
3.5.1 Valg av analyse metode.....	33
3.5.2 Forberedelse, koding, kategorisering og rapportering.....	33
3.6 Forskningsetiske overveielser	35
3.7 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet	36
3.7.1 Gyldighet.....	36
3.7.2 Pålitelighet.....	37
3.7.3 Overførbarhet	38
3.8 Metodisk refleksivitet i praksis	39
4.0 Presentasjon av funn.....	41
4.1 Hvordan er ansvars- og oppgavefordeling av PLO-meldinger i/mellom sykehus og hjemmesykepleien?	41
4.1.1 Hvordan PLO-meldinger sendes fra sykehus til kommunen.....	42
4.1.2 Utfordrende organisering i kommunene.....	42
4.1.3 Hvordan PLO-meldinger fra sykehuset tas imot i kommunen	44
4.1.4 Utfordrende arbeidsoppgave	45
4.1.5 Kort oppsummert.....	46
4.2 Hvilken betydning har meldingens innhold?.....	47
4.2.1 Ulike faglige vurderinger av helsehjelp	47
4.2.2 Tidsfrist påvirker hva som fylles inn av opplysninger	49
4.2.3 Kort oppsummert.....	50
4.3 Hvordan løses integrasjonen av journalsystemer i sykehus og hjemmesykepleien?.....	51
4.3.1 Manglende integrasjon	51
4.3.2 Frivillig å bruke samhandlingsnotat	53
4.3.3 Kort oppsummert.....	54
4.4 Hvilken opplæring gis i organisasjonene?.....	55
4.4.1 Hvordan opplæringsrutiner blir praktisert	55
4.4.2 Uformell opplæring i praksis.....	56
4.4.3 Kort oppsummert.....	57
4.5 Oppsummering av funn.....	57
5.0 Diskusjon.....	59
5.1 Koordineringsmekanismer	59
5.2 Standardisering.....	62
5.3 Integrasjon av journalsystemer.....	66

5.4 Opplæring.....	68
6.0 Avrunding og veien videre.....	71
6.1 Avrunding	71
6.2 Veien videre	73
Litteraturliste.....	74
Vedlegg.....	82
Vedlegg 1 NSD norsk senter for forskningsdata.....	82
Vedlegg 2 Forespørsel om deltagelse i studiet.....	84
Vedlegg 3 Samtykkeerklæring.....	86
Vedlegg 4 Intervjuguide.....	87
Vedlegg 5 Utdrag av håndboken.....	88
Figur liste	
Figur 1 Kort oversikt over PLO- meldingsflyt mellom sykehus og kommune	11
Figur 2 Eksempel fra kodingsfasen.....	34

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Samarbeidsavtaler og forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter legger føringer for hvem som skal gjøre hva når pasienter skrives ut fra sykehus til kommunehelsetjenesten (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011, § 9- 14; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1, 6-2; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1e). Helsepersonell skal bruke pleie- og omsorgsmeldinger som kommunikasjonsform for overføring av helseopplysninger mellom disse tjeneste nivåene (Helsedirektoratet, 2012). Bruk av feil meldingstype kan føre til konsekvenser for mottakeren som feilaktige helseopplysninger eller at informasjonen misforstås. For å sikre en forsvarlig informasjonsutveksling mellom helsepersonell vil det kreves en bevisst bruk av disse meldingene (Norsk helsenett, u.å). Denne studien handler om å se nærmere på ansattes bruk av helse- og omsorgsmeldinger som en kommunikasjonsform eller et verktøy, for overføring av informasjon ved pasient utskrivninger mellom tjenestenivåer.

Mange utskrivningsklare pasienter er i behov av kommunale helse- og omsorgstjenester etter endt sykehusopphold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13- 14).

Utskrivelsesfasen involverer mange ulike aktører og er en kompleks prosess.

Kommunikasjon og samarbeid mellom helsepersonell i sykehus og kommune, pasienter, pårørende og andre ansatte i kommunen kan påvirke utskrivningsprosessen og gjøre den utfordrende. Det kreves gode kommunikasjonsferdigheter, kunnskap, fleksibilitet og forhandlingsevne av helsepersonell for å utføre utskrivning av pasienter, som skal fra sykehus til hjemmesykepleien. Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger gir tilgang til nyttig informasjon. Det blir også supplert med muntlige kommunikasjonsmåter som bruk av telefon og/eller samarbeidsmøter (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016).

I de senere årene har ulike offentlige reformer vært med på å endre organiseringen av helse- og omsorgssektoren i Norge. Omorganisering og økt fokus på digitalisering har ført til flere utfordringer. Informasjon- og kommunikasjons teknologiske løsninger forandrer både arbeidsorganisering, de ansattes arbeidsmåter og arbeidsprosesser og den offentlige sektoren i sin helhet. Den offentlige politikken intensjon med digitalisering er å bidra til effektivisering, frigjøre ressurser og bedre produktiviteten innen den offentlig helse- og

omsorgstjenesten (Bjørkquist, 2019, s. 169- 170; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 35; Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015, s. 13-14).

1.2 Studiens formål

Studiens formål er å få en dypere forståelse og kunnskap om elektronisk meldingsutveksling kan fungere som et samhandlingsverktøy ved pasientutskrivelser. Det handler om å få frem den enkeltes ansattes subjektive opplevelse ved bruk av elektronisk kommunikasjon, og hvordan dette påvirker samhandlingen mellom sykehus og den kommunale hjemmesykepleie. For å få økt kunnskap om fagfeltet trengs det kunnskap fra de som har erfaringer ved bruk av elektronisk meldingsutveksling.

1.3 Kommune- og spesialisthelsetjenesten

I takt med utviklingen i helse Norge har hjemmesykepleie i dag en sentral plass i helsetjenestetilbudet til befolkningen. Stadig flere pasienter mottar pleie i sitt eget hjem enn tidligere, da hjemmesykepleie er et supplement til sykehus. Det er flere eldre og flere mennesker med kroniske og sammensatte sykdomstilstander, og institusjonalisering og desentralisering har vært medvirkende årsaker til at flere får helsehjelp i egen bolig. Institusjoner er avviklet og ansvarsfordelingen er endret. Hjemmesykepleien finansieres av kommunene, og skal i størst mulig grad sørge for å ivareta helhetlige pasientforløp innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON) (Fjørtoft, 2016, s.17- 26; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13- 28).

Staten derimot har det overordnede ansvar for at det ytes nødvendige spesialisthelsetjenester til befolkningen. Spesialisthelsetjenesten i Norge er organisert i fire regionale helseforetak og eies av staten. Spesialisthelsetjenesten er i sin organisering og funksjon, er rettet mot mål om medisinsk behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 15-16; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1, 2-1a). Dette er i tråd med samhandlingsreformen intensjoner i ett forsøk på å forvalte samfunnets ressurser på en bedre og rasjonell måte. Samt at pasienter skal få nødvendig helsehjelp der de bor (Helse-

og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13- 26; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1, 3-2).

1.4 Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)

Pleie- og omsorgsmeldinger er en elektronisk kommunikasjonsform som brukes mellom sykehus, kommunehelsetjenesten og andre aktører (Norsk Helsenett, u. å). Det er ulike meldingstyper og bruksområder og følgende meldinger er utarbeidet for bruk av PLO-meldinger for sykehus med kommunehelsetjenesten. Disse er helseopplysning, utskrivelsesrapport, forespørsel/svar på forespørsel, avvik og logistikkmeldinger (Helsedirektoratet, 2012). Meldingstypene helseopplysning og forespørsel inneholder helsefaglig informasjon som helsepersonell selv må opprette og sende, og som er tilknyttet den elektroniske pasientjournalen (EPJ). Forespørsel eller svar på forespørsel kan brukes for spørsmål tilknyttet tidligere sendte meldinger. Det stilles ikke samme krav til standardisert innhold, og er ikke rettet til en spesiell aktivitet i pasientforløpet. Helseforetak og kommuner er koblet opp mot norsk helsenett som er en sikker digital arena for elektronisk utveksling av personopplysninger mellom ulike aktører i helsesektorene (Norsk Helsenett, u. å).

1.4.1 PLO- meldingsflyten mellom sykehus og kommune

Her vises det til en kort oversikt over PLO-meldingsflyten. I denne studien tar jeg for meg PLO- meldingen *Helseopplysning* som sendes fra sykehus til kommunehelsetjenesten. *Helseopplysning* blir omtalt nærmere i neste avsnitt.

Kort oversikt over PLO-meldingsflyt mellom sykehus og kommune

Kommune PLO	Sendes av	Meldingstype	Sendes til	Sykehuset
Dersom pasienten har kommunale tjenester ved innleggelsen eller det er opplagt at pasienten vil trenge kommunale tjenester		Melding om innlagt pasient (går automatisk)	← Sykepleie-tjenesten	Dersom pasienten har kommunale tjenester
	→ Sykepleie-tjenesten	Innleggelsesrapport Sendes så snart som mulig etter mottak av Melding om innlagt.		
		Helseopplysning (ved Søknad) Info om helsetilstand med antatt forløp.	← Saksbehandler-tjenesten	Innen 24 timer etter innleggelse
Til bruk ved interaktiv samhandling rundt pasienten	→ Alle aktuelle	Dialogmeldinger: Forespørsel, Svar på forespørsel NB: Benytt emnevalg: <ul style="list-style-type: none"> • Status/plan om utskriving • Helseopplysninger • Legemiddelloplysninger • Annen Henvendelse 	← Saksbehandler-tjenesten eller sykepleie-tjenesten.	Til bruk ved interaktiv samhandling rundt pasienten
		Helseopplysning (ved Søknad) I løpet av innleggelsen når endret helsetilstand kan medføre endret hjelpebehov etter utskriving	← Saksbehandler-tjenesten	ved behov for nye eller endrede tjenester fra kommunen
		Melding om Utskrivingsklar pasient (går automatisk)	← Saksbehandler-tjenesten	Når ferdigbehandlet i sykehuset. Må være sendt før kl 14 samme dag som pasienten er utskrivningsklar.
		I tillegg til "Melding om utskrivningsklar" -> Helseopplysninger (ved søknad) ved endringer (M/opplysninger fra lege)		
Kommunen svarer på når Utskrivingsklar pas kan tas i mot	→ saksbehandler-tjenesten	Forespørsel Innen 2 timer etter mottatt melding om utskrivningsklar		
		Avmelding Utskrivingsklar pasient	← Saksbehandler-tjenesten	Dersom pasienten likevel IKKE er ferdigbehandlet
		Utskrivningsrapport	← sykepleie-tjenesten.	Den dagen pasienten skrives ut av sykehus
		Melding om Utskrevet pasient (går automatisk)	← sykepleie-tjenesten.	
		Epikrise og evt kopi av Utskrivningsrapport	← Sendes med pasienten	Epikrise: Den dagen pasienten skrives ut av sjukehus eller noen tid etter.

Figur 1 Kort oversikt over PLO- meldingsflyt mellom sykehus og kommune (Sykehuset Telemark, u.å).

1.4.2 Helseopplysning

I denne studien vektlegges *helseopplysningskjemaet* når sykehuset sender PLO- meldinger til kommunehelsetjenesten. Skjemaet har standardiserte felt som skal fylles ut og kan sendes i to ulike situasjoner ut ifra hvor man er i pasientforløpet. Den første meldingen skal sendes innen 24 timer etter innleggelse, eller underveis i oppholdet for å informere kommunen om at pasient er vurdert, og mulig trenger kommunale helsetjenester etter utskrivning fra døgnopphold i sykehus. Det kan være behov for å svare på forespørsel fra kommune, eller å sende oppdaterte helseopplysninger om endret hjelpebehov selv om pasienten ikke er tenkt utskrivningsklar. Meldingstypen kan brukes flere ganger. Det er alltid den siste meldingen man skal forholde seg til og som er gjeldende. Meldingen skal inneholde obligatoriske opplysninger om pasientens status, antatt forløp, forventet utskrivningstidspunkt (dato), type innhold og kontaktopplysninger. Meldingen skal sendes til sakbehandlertjenesten eller ansvarlig for PLO-meldinger i kommunen. Andre helseopplysninger kan sendes med hvis de er tilgjengelige og relevante. Det forutsettes at pasienten og/eller nærmeste pårørende har fått informasjon om at opplysninger sendes, og om pasienten har noen innvendinger om dette. Samt hvilke mulige konsekvenser av å motsette seg til en slik overføring av informasjon kan medføre (Direktoratet for e-helse, 2014, s. 5- 6; Helsedirektoratet, 2012).

1.5 Samhandlingsreformen og iverksatte tiltak

Samhandlingsreformen, Rett behandling- på rett sted- til rett tid, peker på at samhandlingen mellom tjenester og forvaltningsnivåer, mellom tjenesteytere, eksternt og internt i kommuner og sykehusavdelinger ikke oppleves godt nok ((Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13- 17). Samarbeidsavtaler og informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) blir beskrevet som viktige verktøy for gjennomføring av reformen. Reformen har til hensikt å redusere det stadig økende presset på helsetjenesten, ved blant annet å redusere bruk av sykehustjenester, og å overføre et større ansvar for pasienter over til kommunehelsetjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 28- 35). Det er innført lovpålagte samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommuner for å konkretisere oppgave- og ansvarfordelingen dem imellom for å bidra til å skape gode samarbeidsrutiner (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1, 6-2; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1e). Det er utarbeidet en nasjonal veileder, for krav

til innhold i samarbeidsavtalene, og som beskriver hva som bør avtale reguleres. I dette ligger det også at elektronisk meldingsutveksling skal være den foretrukne formen for kommunikasjon mellom tjenestenivåene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, s. 23). Den delen av samarbeidsavtalene som gjelder utskrivningsklare pasienter, reguleres i større grad av forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter, og retningslinje for samarbeid når det antas at pasienter er i behov av kommunale helsetjenester etter utskrivelse fra sykehus (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011, § 9- 14; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1, 6-2 nr. 5; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, § 1-1, 2-1e).

1.6 utfordringer i samhandlingen og bruk av pleie- og omsorgsmeldinger

Selv etter samhandlings reformens iverksettelse 1. januar 2012, finnes det i dag flere eksempler på at pasienter ikke får nødvendig oppfølging, riktig helse- og omsorgstjenestetilbud på grunn av manglede kommunikasjon, samarbeid og samhandling mellom forskjellige tjenester og tjeneste nivåer. Mange pasienter opplever helsetjenester som fragmenterte. Brudd i pasientforløpet gjør at pasienten opplever at dens behov ikke blir dekket, på en rasjonell og koordinert måte. Spesialisthelsetjenestens mål er rettet mot medisinsk helbredelse. Kommunehelsetjenesten, retter oppmerksomheten mot funksjonsnivå og mestringssevne hos den enkelte pasient. Mange pasienter er avhengig av en gjensidighet mellom disse måloppnåelsene i helsetjenesten. Oppnår man ikke dette kan det føre til samhandlingsutfordringer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke målområder det legges vekt på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 13- 35; Paulsen, Romøren & Grimsmo, 2013; Tønnessen, Kassah & Tingvoll, 2016).

Det vises i en landsoppfattende tilsynsrapport fra helsetilsynet (2016, s. 7- 24) at svikt skjer der ulike helsetjenester og tjenesteytere skal samhandle. Et utsatt risikoområde som nevnes i rapporten er når pasientene overflyttes fra spesialisthelsetjeneste til kommune. Rapporten viser til at alle virksomhetene hadde inngått samarbeidsavtaler og avklart samarbeid om utskrivningsklare pasienter etter retningslinjer. Det fremkom store variasjoner i hvor godt helsepersonell hadde kjennskap, omkring inngått samarbeidsavtale og retningslinjer, og hvor godt implementert det var i det daglige arbeidet. Ved mangelfull kunnskap blant helsepersonell om betydningen av samarbeidsavtalen, kan det medføre

svikt i samhandlingen ved utskrivning av pasienter mellom forvaltningsnivåene. Avtalene inneholdt også hva slags informasjon som skulle videreformidles ved utskrivning. Rapporten konkluderer med at mangelfull informasjon, ofte kan føre til alvorlige konsekvenser for pasientens tjenestetilbud og oppfølging i hjemmet. Faktorer som ble nevnt var ufullstendig medisinsoversikt og mangelfull informasjon om funksjonsvurderinger. Dette medførte merarbeid for helsepersonell i hjemmesykepleien, som igjen får konsekvenser for pasientbehandlingen (Helsetilsynet, 2016, s. 7- 24). I en rapport fra riksrevisjonen nevnes det at informasjonen som overføres fra sykehus til kommunehelsetjenesten ved pasient utskrivelser, har mangler som ikke alltid sikrer koordinerte og helhetlige pasientforløp (Riksrevisjonen, 2017, s. 27- 28). Kommunikasjon og informasjon er avgjørende for å opprettholde pasientsikkerheten, både mellom helsepersonell og pasienter som ytes helsehjelp samt deres pårørende (Helsepersonelloven, 1999, § 39- 40).

Det nevnes ulike utfordringer med IKT. På den ene siden, at de teknologiske mulighetene ikke utnyttes bra nok. På en annen side, at mange selvstendige aktører innen helse- og omsorgssektoren forholder seg til ulike styringslinjer som hindrer nasjonal koordinering og styring av IKT (Hauge, 2017, s. 30- 63). Det innebærer mange systemer og liten integrasjon, og oppleves krevende for helsepersonell å innhente nødvendige opplysninger om pasientene. Når informasjonen lagres på forskjellige journalsystemer, er det stor risiko for at viktig pasientopplysninger kan gå tapt, noe som kan påvirke kvaliteten av helsehjelpen som ytes den enkelte. Den elektroniske samhandlingen som brukes i dag er basert på meldingsutveksling mellom de forskjellige fagsystemene, ofte beskrevet som mange-til-mange kommunikasjon. Det forutsettes at hver enkelt aktør kjenner til rett adresse til mottaker, og vet at den blir tatt imot og behandlet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 9- 12). Sykepleiere etterspør å få vite om motparten har lest og behandlet meldingene, noe de anså som viktig. En mulig forklaring som nevnes i studien til Brattheim, Hellesø & Melbye (2016) er om PLO- meldingssystemet har en kvitterings funksjonen for mottatt melding, og hvor kjent denne er for sykepleierne. Mangelfull planlegging, opplæring og brukermedvirkning viser til at måloppnåelse ved innføring av IKT kan forsinkes (Christiansen, Fagerstrøm & Nilsson, 2017; Huemer & Eriksen, 2017; Lyngstad, Hofoss, Grimsmo & Hellesø, 2015). Betydningen av brukermedvirkning kan føre til forbedring av brukergrensesnittutforming og identifisere

eventuelle programvarefeil, ved utvikling av elektronisk informasjons- og kommunikasjonsverktøy (Tang, Lim, Mansfield, McLachlan & Quan, 2018).

Organisatoriske faktorer som mangel på tid og ulik forståelse av pasientens behov for videre oppfølging av helse- og omsorgstjenester, kan hindre relevant og tilstrekkelig informasjonsoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, er godt dokumentert (Flateland, Nesheim, Riiser & Söderhamn, 2015; Hellesø & Fagermoen, 2010; Paulsen et al., 2013; Tønnessen et al., 2016). Imidlertid fremkommer det at PLO-meldinger er ett effektivt kommunikasjonsverktøy for overføring av pasientinformasjon. Forutsetningen er at sykepleiere benytter systemet slik det er tenkt (Melby, Brattheim & Hellesø, 2015). Selv om det er utviklet formelle systemer, deriblant retningslinjer for bruk av helse- og omsorgsmeldinger ved overflytting av pasienter, viser studien til Slaatsveen, Stavnesli, Halestrønning & Andre (2018) at den muntlige ikke formaliserte kommunikasjonen også er av stor betydning. Sykepleierne mente at telefonen fortsatt var den mest effektive måten å kommunisere og innhente informasjon på. Den standardiserte kommunikasjonsformen dekker ikke alltid informasjonsbehovet (Melby et al., 2015). Dette sett i kontrast til tidligere praksis der man sendte med informasjon i papirform/utgave med pasienten (Hellesø, Sørensen & Lorensen, 2005).

Formelle strukturer, ulikt perspektiv på pasientbehandling og ulik forståelse av betydningen utskrivningsklar kan påvirke kulturen og den informasjonen som videreformidles til neste tjenestenivå (Hellesø & Fagermoen, 2010). Sett i tilknytning til dette skal samarbeidsavtalene og retningslinjer for utskrivningsklar pasient være en organisatorisk ramme for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, men på en annen side kan den ikke alltid erstatte den daglige kommunikasjonen om pasienter som skrives ut til den kommunale helsetjenesten (Gautun, Martens & Veenstra, 2016). Organisering og arbeidsprosesser omkring digitale løsninger, er vel så viktig, som den teknologiske løsningen. Det vil være sentralt å ha kjennskap til helsepersonells arbeidsoppgaver og arbeidskontekst, for å finne ut hva som er viktigst å prioritere, for å kvalitets forbedre informasjonsutvekslingen (Melby, Hellesø, Brattheim & Toussaint, 2019). Studier viser til at helsepersonell som benytter PLO-meldinger ved pasient utskrivninger, opplever at relevant og nødvendig pasientopplysninger til neste behandlingsnivå, ikke alltid er tilfredsstillende (Brattheim et al., 2016; Melby et al., 2015).

1.7 Problemstilling og forskningsspørsmål

Forskning viser at organisatoriske faktorer som blant annet arbeidsfordeling, standardiserte arbeidsprosesser, kunnskap og tillit kan være utfordrende ved bruk av elektronisk meldingsutveksling på tvers av tjenestenivåer. Det kan få konsekvenser for informasjonsoverføringen og den videre oppfølgingen av helse- og omsorgstjenestetilbudet i den kommunale hjemmesykepleien. Ut fra min erfaring med og interesse for bruk av elektronisk meldingsutveksling ved pasient utskrivelser, forskningsstatus på fagfeltet, har jeg kommet frem til følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

«Hvilke erfaringer har ansatte i sykehus og hjemmesykepleie med bruk av elektronisk meldingsutveksling ved pasientutskrivelser, og hvordan påvirker det samhandlingen?»

Det er utarbeidet fire forskningsspørsmål. Dette for å konkretisere og avgrense området som skal undersøkes nærmere (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016, s. 58- 59)

- 1) Hvordan er ansvars- og oppgavefordeling av PLO-meldinger i/mellom sykehus og hjemmesykepleien?
- 2) Hvilken betydning har meldingens innhold?
- 3) Hvordan løses integrasjonen av datasystemene i sykehus og hjemmesykepleien?
- 4) Hvilken opplæring gis i organisasjonene?

1.8 Avgrensning

På grunn av begrenset tidsramme og ressurser for gjennomføring av masteroppgaven har det vært nødvendig å avgrense. Oppgaven omhandler sykepleieres perspektiver ved bruk av PLO-meldinger. Det er den enkelte sykepleier som utformer og sender meldingen som skal kvalitetssikre at innholdet er relevant og tilstrekkelig, slik at mottager kan gjøre seg nytte av innholdet for å iverksette den videre tjenesteytingen for pasienten. Den valgt meldingstypen er *helseopplysning* på grunn av dens betydning for overføring av relevant og nødvendig pasientinformasjon, under opphold, og ved pasient utskrivninger fra sykehus til den kommunale hjemmesykepleien. Det er den sykepleierne forholder seg mest til, fordi

epikriser ofte blir ferdigstilt og sendt, etter at pasienter er utskrevet. Kontekstene avgrenses til en valgt kommune virksomhet for helse og velferd avdeling hjemmesykepleie (et avgrenset område) og et sykehus, begge fra Østlandsdistriktet. Det er valgt to somatiske avdelinger på sykehus, hvor mange av pasientene har et sammensatt sykdomsbildet med flere diagnoser, og som er i behov av hjelp fra flere instanser innen helse- og omsorgssektoren. Omhandler ikke pasienter med psykiatriske hoveddiagnoser da disse avdelingene ikke benytter elektroniske meldinger i den grad det gjøres ved somatiske avdelinger. Den interne elektroniske samhandlingen mellom avdelingene i valgt sykehus, vil ikke bli tatt med, men blir omtalt i den valgte kommune fordi PLO-meldinger blir sendt til inntakskontoret, og videresendt til de respektive enhetene internt i kommunen. Jeg velger det organisatoriske perspektivet som er av stor betydning for hvordan organisasjoner legger til rette for de ansattes handlingsrom i organisasjonene.

1.9 Oppgavens oppbygning

Videre i kapittel to, presenteres relevant teori for undersøkelsen. I kapittel tre redegjøres det for valg av metode som er brukt, hvilke metodiske avveielser som er tatt, og fremgangsmåten for undersøkelsen fremkommer her. Avslutningsvis i dette kapitlet blir tilnærmingen om etiske overveielser, gyldighet, pålitelighet og overførbarhet gjort, og avsluttes med metodisk refleksivitet i praksis. I kapittel fire presenteres funn basert fra analysen av datamateriale. Kapitlet deles i fire der forskningsspørsmålene brukes som overskrifter for avsnittene, og ulike temaer igjen som underoverskrifter. Hensikten er å få en god og systematisk oversikt, og til slutt i dette kapitlet en kort oppsummering av mine hovedfunn i undersøkelsen. I kapittel fem diskuteres hovedtemaer ut ifra funnene for å systematisere diskusjonen. Avslutningsvis en avrunding og veien videre i kapittel seks.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for teori som er relevant for å belyse min problemstilling:

«Hvilke erfaringer har ansatte i sykehus og hjemmesykepleie med bruk av elektronisk meldingsutveksling ved pasientutskrivelser, og hvordan påvirker det samhandlingen?»

Bakgrunnen for mitt valg av tema er en antakelse om hvordan offentlig politikk og juridiske krav, påvirker utformingen av formelle organisasjoner og samordningen av helse- og omsorgstjenester. Organisasjonsteorien retter søkelyset på mennesker som utfører oppgaver. Menneskets atferd blir derfor studieobjektet. Atferden dannes av konteksten eller situasjonen den er i (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 20- 33). I et organisatorisk perspektiv ser man etter mønstre og forklaringer, både for å forstå og forklare hva som skjer i organisasjoner. Organisasjoner består av mennesker som kommuniserer, samarbeider og samhandler med hverandre, der oppgaveløsning og realisering av felles mål er sentralt. Hvordan organisasjoner utformes av formelle- og uformelle strukturer kan ha betydning for hvordan helsepersonell handler, og for tjenestene pasientene mottar (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 7- 9; Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 16- 33). I denne studien ser jeg nærmere på det organisatoriske nivået. Hvordan arbeidsdeling, arbeidsprosesser og tillit påvirker ansattes bruk av PLO-meldinger ved pasient utskrivelser, og for samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleien.

2.1 Teoretisk rammeverk

I den litterære oversiktsartikkel til San Martin- Roderiguez, Beaulieu, D'Amour & Ferrada –Videla (2005) om tverrfaglig samarbeid ble funnene inndelt i tre hierarkiske nivåer, systemisk-, organisatorisk- og relasjonell nivå. Jeg velger å inndele teorikapittelet i de tre nivåene, med vekt på det organisatoriske nivået, der formaliserte prosedyrer omdannes til praktisk arbeid, og hvordan den enkelte ansatte løser arbeidsoppgaven. Artikkelen er godt beskrivende for hvordan organisasjoner er satt sammen av ulike faktorer som er gjensidige avhengige av hverandre, for å oppnå strategier og målsettinger for virksomhetene som for eksempel bruk av PLO-meldinger ved pasientutskrivelser. Det systemiske nivå består av faktorer utenfor organisasjonen som for eksempel lovverk, utdannings- og projeksjonssystemet og reformer. På organisatorisk nivå omhandler det faktorer som

strukturer, lederskap og formelle føringer og regler. Det relasjonelle nivå handler om mellommenneskelige relasjoner som tillit, gjensidig respekt, kommunikasjon og vilje til samarbeid (Roderiques et al., 2005).

2.2 Systemisk nivå

Det systemiske nivået i denne oppgaven omhandler politiske føringer som samhandlingsreformen, juridiske virkemidler nedfelt i lovverk, finansieringssystemer, det nasjonale rammeverket for meldingsutveksling og utdannings- og profesjonssystemet som danner rammen for det organisatoriske- og relasjonelle nivået i organisasjonen. Dette er faktorer som dannes utenfor organisasjonene (Roderiques et al., 2005).

2.2.1 Systemiske faktorer

Samordning av helse- og omsorgstjenester på systemnivå, innebærer at politiske og juridiske føringer utformer strategi og målsetting for organisasjonene. Organisasjoner er avhengig av menneskelig ressurser. Profesjoner som gjennom en spesialisert formell utdanning, på et område skal bidra til at organisasjoner kan oppnå fastsatte mål (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s.18- 38). Retten til autonomi eller jurisdiksjon, viser til at det politiske fellesskapet har tillit til at profesjonsgruppen, ivaretar allmenn interesse og utøvelse i henhold til standarder for god profesjonsutøvelse. Dette innebærer at det til et yrke tilføyes bestemte normative forventninger (Molander & Trenum, 2008, s. 16- 18). Jurisdiksjon er sentralt i Abbotts (1998) beskrivelse av en profesjon. Det handler om hvilken rett forskjellige profesjoner innehar til å utføre arbeidsoppgaver (Abbott, 1998). Sett i sammenheng til problemsstillingen, er det en forventning om at ansatte utøver bruk av PLO-meldinger i henhold til standarder.

IKT er et verktøy for overføring av informasjon, på tvers av organisatoriske grenser. Det stiller krav til teknologiske løsninger og opplæringsrutiner for bruk av IKT. Utvikling av formelle rammer, for å tilpasse organisering, rolle, arbeidsprosess og tilgjengelighet av mobile løsninger slik at helsepersonell uavhengig av behandlingssituasjon, kan nå informasjon der hvor man befinner seg (Hauge, 2017, s. 195- 197). Det bør legges til rette for individuell og kollegial læring gjennom organisering, styring og ledelse, noe som er

avgjørende for opplæring og forbedring (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-1, 4-2; Vabo, 2014, s. 195).

2.3 Organisatorisk nivå

Det organisatoriske nivået består av faktorer som omhandler formelle- og uformelle strukturer, lederskap, formelle føringer og regler (Roderiques et al., 2005). Disse er styrende for hvordan mennesker arbeider i organisasjonen, og hvordan organisasjoner samordner de ulike aktiviteter og ansatte for å kunne oppfylle fastsatte strategier og målsetninger for organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 70- 121).

2.3.1 Organisasjonsstruktur og strukturelle dilemmaer

I mange av dagens organisasjoner er oppgaver spesialiserte, og ønske om ytterligere spesialisering for å kunne bli bedre. Valget mellom mangfold og enhet er to viktige spørsmål som må vurderes. Utfordringen er at hvor mer mangfoldig en organisasjon blir, jo mer oppdelt og fragmentert blir den. Dette innebærer utfordringer med å koordinere det spesialiserte, både stillinger, avdelinger og grupper. Ved utforming av organisasjonsstrukturen, må man ta høyde for gevinster med spesialisering, opp mot kostnader som kan medføre økt behov for koordinering. Det andre spørsmålet er, valget mellom stabilitet og forutsigbarhet kontra fleksibilitet og innovasjon. Organisasjoner må være åpne for at endringer kan skje. Samfunnet kan endre etterspørsel etter helsetjenester, og organisasjoner må da være tilpasningsdyktige for å kunne imøtekomme nye behov. Det som kan være stabilt og forutsigbart for en organisasjon, bør ikke passe for en annen organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 71-72). Hva som er den riktige strukturen forutsetter organisasjonens mål, strategier, teknologi, omgivelser og kompetanse, men det er ikke dermed sagt at det bare finnes en måte å organisere på (Bolman & Deal, 2014, s. 89- 95).

2.3.2 Formell organisasjonsstruktur

Det er vanlig å betrakte organisasjoner som et middel/verktøy for å kunne løse ett sett av oppgaver, for å virkeliggjøre bestemte mål. Formelle strategier og målsettinger, ligger til

grunn for hvordan organisasjonsstrukturen formes. Og er bestemmende for oppgavefordeling, koordinering og beslutningsmyndigheten mellom ansatte i organisasjoner (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 63-70). Sett i sammenheng til problemstillingen, er de politiske og juridiske krav ved bruk av pleie- og omsorgsmeldinger, eksempel på en formell standardisert arbeidsoppgave som må løses for å realisere og oppnå fastsatte mål i organisasjonene.

2.3.3 Arbeidsdeling og spesialisering

Arbeidsdeling i organisasjoner skjer ved at en helhetlig arbeidsoppgave deles opp i mindre deler, og hvor man spesialiserer seg innenfor de enkelte arbeidsoppgavene. Store formelle organisasjoner, som sykehus og hjemmesykepleie, preges av oppdeling av tjenester for at de skal være håndterbare (Jacobsen, 2004, s. 76). Spesialiserte arbeidsoppgaver fokuserer og begrenser hva den enkelte ansatte skal arbeide med. Det øker behovet for koordinering som man ikke mestrer å gjøre alene (Thorsvik & Jacobsen, 2013, s. 72-74). Glouberman & Mintzberg (2001) beskriver i sin artikkel om koordineringsproblemer og integrasjonsbehov i helsetjenestene, der helsetjenestene representerer fire ulike «verdener». Forfatterne betegner de ulike «verdener» med Cure, Care, Control og Community. Eksempel som at sykehus rettes mot Cure, kortvarig behandling, kommunehelsetjenesten rettes mot Care, varig omsorg og støtte, og offentlige myndigheter som en ytre regulering av tjenesteyting, Control. På utsiden har vi politikere, media, pasientorganisasjoner som kan innvirke på helsetjenestens virksomhet, rettet mot befolkningen interesser, Community. Disse «verdene» kjennetegnes gjennom sine egne aktiviteter, ulike organisasjonsformer, forståelse, tanke- og ledelsesmåter (Glouberman & Mintzberg, 2001). Denne differensiering av helsetjenester byr ofte på horisontale og vertikale barrierer. Dette kan innebære at ressurser ikke utnyttes godt nok og at befolkningen ikke får den helhetlig koordinerte helsehjelpen de har krav på ifølge lovverket (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-1). Når de forskjellige «verdener» skal integreres til den kliniske og sosial kontekst byr det ofte på kommunikasjons-, samarbeids-, og samhandlingsutfordringer når det er uavklart hvem som har ansvar for hva (Glouberman & Mintzberg, 2001). Dette kan medfører dobbeltarbeid og gråsoner, som innebærer ved enten at flere gjør oppgaven flere ganger, eller at ingen har ansvaret for oppgaven. Koordineringsproblemene kan knyttes til at arbeids- og oppgavefordeling er uklar (Bjørkquist & Fineide, 2019, s. 10; Jacobsen, 2004, s. 78). Den organisatoriske strukturen har stor betydning for standardisering av

arbeidsprosesser, for eksempel knyttet til de formaliserte samarbeidsavtaler og tilhørende retningslinjer ved pasientutskrivelse (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 70- 71). Sett i tilknytning til min problemstilling, er arbeidsdeling og spesialisering av arbeidsoppgaver et eksempel på hvordan de ansattes handlingsrom kan påvirke bruken av pleie- og omsorgsmeldinger.

2.3.4 Koordinering

Mange organisasjoner har spesialiserte deloppgaver, som fører til behov for koordinering av de enkelte delene. Den formelle organisasjonsstrukturen innebærer også faktorer, som skal sikre at forsvarlig og nødvendig koordinering blir utført. For eksempel i et sykehus, hvor man som skal koordinere pasienter og pasientinformasjon til kommunehelsetjenesten. Mange ansatte konsentrerer seg om sine deloppgaver, og kan av den grunn miste oversikten over helheten. Det er sentralt å lage formelle strukturelle ordninger, som kan sikre at dette faktisk skjer. Det er ulike måter å koordinere arbeidet på, som for eksempel ved gjensidig tilpasning og direkte ordre (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 80- 86). Den mest direkte formen for koordinering, er gjensidig tilpasning der to eller flere mennesker tilpasser seg etter hverandres arbeidsoppgaver, vanligvis ved bruk av uformell kommunikasjon. Både i de enkleste situasjoner som i de mest komplekse (Glouberman & Mintzberg, 2001). Det forutsetter at man ser sammenhenger, og har oversikt slik at man kan følge med på hva de andre gjør. Under komplekse forhold hvor det er mange ansatte, kreves det andre koordineringsmekanismer enn gjensidig tilpasning (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 80- 81). En annen måten å koordinere arbeidsoppgaver på, kan være ved bruk av direkte ordre, for eksempel ved at en leder ut ifra sin autoritet gir instruksjoner til de forskjellige menneskene som skal utføre arbeidet. Koordinering kan også skje ved hjelp av fire former for standardisering (Glouberman & Mintzberg, 2001).

2.3.5 Standardisering som koordineringsmekanismer

Standardisering er en viktig metode for samordning og koordinering av arbeidsoppgaver i organisasjoner (Brunsson & Jacobsson, 1998, s. 13- 6). Det er flere mulige koordineringsmekanismer for standardisering av arbeidsoppgaver, resultater, kunnskap og normer, og hvilke av disse, organisasjoner velger å benytte (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 82- 85). Bruk av regler, skriftlige rutiner og prosedyrer er sentralt for koordinering av

standardiserte arbeidsoppgaver. Formålet er å tilrettelegge for at arbeidsoppgaver blir gjort likt fra gang til gang. Dette kan føre til forutsigbarhet og være ressursbesparende (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 82- 83). Når arbeidet i seg selv er standardisert i spesifikke prosedyrer, som for eksempel pleie- og omsorgsmeldinger, skjer koordineringen i utformingen av arbeidet (Glouberman & Mintzberg, 2001). Når organisasjoner spesifiserer hvilke resultater man ønsker å oppnå med arbeidet, for eksempel forskrift om utskrivningsklare pasienter, blir resultatene eller konsekvensen av arbeidet standardisert (Glouberman & Mintzberg, 2001). Kunnskap og ferdigheter, som en koordineringsmekanisme, kan gjøre arbeidet lettere, når de ulike profesjonene vet hvordan andre profesjonene handler, da ulike oppgaver utføres på en gitt måte, ut fra utdanning og opplæring. Et eksempel er, ved traume/akutt situasjon er det en forventning om at de ulike profesjonene handler etter gitt prosedyrer. I slike situasjoner er standardisert kunnskaper særs viktig, og hvor skrevne prosedyrer og rutiner er avgjørende for utførelsen av arbeidet. Ingen akutt situasjon er lik, og her må alle stole på den spesialiserte kunnskapen hver enkelt profesjon innehar (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 83- 84).

Normer kan bidra til hvilken informasjon som er viktig, og hva som kan være en passende atferd når mennesker skal ta valg for organisasjonen. Et systematisk holdnings- og verdiskapende arbeide, som bidrar til tradisjon for hvordan forskjellige hensyn skal tas og vektlegges i arbeidet, er en viktig koordineringsmekanisme. I mange tilfeller kan situasjoner være svært komplekse, der standardisering av kunnskap og normer ikke er nok, men hvor det er nødvendig med samarbeid mellom mennesker med forskjellig kompetanse. Gjensidig tilpasning og organisasjonsstruktur, må tilrettelegge for at det kan skje. Horisontale ordninger for samarbeid, mellom enheter i samme nivå i organisasjonen, kan bedre kommunikasjonen og koordineringen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 80- 85). Det er allikevel en ytre grense for hvor langt man kan standardisere oppgaver og prosesser (Brunsson & Jacobsson, 1998, s.13- 26). utfordringer profesjoner ofte står ovenfor ved pasient utskrivelse, er komplekse og uklare problemstillinger, der standardisering ikke nødvendigvis dekker informasjonsbehovet i det videre pasientforløpet (Brunsson & Jacobsson, 1998, s. 13- 26; Vikkelsø, 2004, s. 122- 123). I tilknytning til min problemsstilling, når pasienter skrives ut, kan det medføre raske omskiftninger og høy grad av kompleksitet, både for pasienter og for helse- og omsorgssektoren som skal ivareta forsvarlig helsetjenester. Standardisering av arbeidsoppgaver, kan imidlertid også hemme fleksibilitet og omstilling og passivisere de ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 82- 83).

2.3.6 Kommunikasjon, IKT og læring i praksis

Kommunikasjon er en grunnleggende organisatorisk prosess, for overføring av tegn/signaler mellom to eller flere mennesker. Den danner grunnlaget for koordinering av arbeidsoppgaver og aktiviteter i organisasjoner. Hvordan informasjonsinnhenting og informasjonsformidling i organisasjoner kan påvirke ansattes beslutningsevne og læring, er avhengig av omgivelser og tilpasninger. Kommunikasjonen er viktig for samspillet for intern og ekstern tilpasning (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 278- 279). Organisasjoner i helse- og omsorgssektoren, blant annet sykehus og hjemmesykepleie, benytter IKT (PLO-meldinger) som et organisatorisk virkemiddel, for kommunikasjon mellom ulike aktører. Bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi gir mulighet for rask og effektiv overføring av informasjon, for eksempel ved pasient utskrivelser. Tids- og romuavhengighet gjør at to eller flere mennesker kan kommunisere med hverandre, uten å være tilstede i samme organisasjon eller enhet (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 285- 291). Selve kommunikasjonsprosessen innebærer et sett av mange handlinger der hvor informasjonen overføres, fra en sender til en mottaker. I denne prosessen har sender og mottaker kjennskap til hverandre. Både språk, uttrykk, kjennskap til mottakers kontekst og arbeidshverdag, er viktige faktorer for at sender og mottaker overfører riktig informasjon. Formell status, troverdighet og tillit er i tillegg sentrale faktorer for utveksling av informasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 280- 284).

PLO-meldinger er en formell standardisert rutine for elektronisk kommunikasjonsform. Hensikten er at ansatte skal bruke, og gjøre informasjonen tilgjengelig, for andre aktører som er involvert i pasientbehandlingen (Helsedirektoratet, 2012). Det er sentralt at organisasjoner tilrettelegger for gode brukervennlige løsninger for bruk av IKT. Manglende kunnskap om IKT blant helsepersonell, kan føre til misforståelser og konsekvenser for pasientbehandlingen (Hauge, 2017, s. 195- 197; Huemer & Eriksen, 2017). Organisasjoner skal legge til rette for at ansatte mottar tilstrekkelig informasjon og opplæring, for å utføre sitt arbeid (Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-1, 4-2). Samt at sykepleiere i form av sin profesjon holde seg faglig oppdatert (Kunnskapsdepartementet, 2005; Norsk sykepleieforbund, 2011). Dette kan bidra til å heve kompetanse på bruk av IKT systemer (Huemer & Eriksen, 2017).

Læring kan beskrives som en prosess, der ansatte og organisasjoner tilegner seg kunnskap som fører til at man endrer praksis, ut ifra denne kunnskapen. Ofte er kunnskap taus. Det kan for eksempel være erfaringer som den enkelte ansatte har ervervet over tid, kunnskap man bare vet fungerer, men som man ikke alltid mestrer å sette ord på. Gjennom sosialisering i organisasjoner, kan man observere og dra nytte av taus kunnskap fra andre kollegaer. Mestrer ansatte å sette ord på den tause kunnskapen, eller gjennom muntlig overføring og gjøre det tilgjengelige for andre, oppnår man en læringsspiral i organisasjonene (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 353- 364). Teoretisk kunnskap anses som en viktig forutsetning, der kunnskapen man har anskaffet seg gjennom utdanning kan omsettes i arbeidspraksis (Smeby, 2008, s. 87). Ett eksempel på dette kan være, bruk av kollegial kunnskap når man trenger hjelp når man står fast ved bruk av PLO-meldinger, noe som bidrar til overføring av kunnskap i praksis (Huemer & Eriksen, 2017).

2.3.7 Organisasjonskultur

Den formelle strukturen legger føringer og forventninger til hvordan det enkelte menneske skal utføre sine arbeidsprosesser. Den uformelle strukturen derimot, er en prosess der mennesker utvikler felles mønstre, meninger og holdninger som fører til bestemte måter å handle på i en organisasjon (Jacobsen & Thorvik, 2013, s.126- 127).

Edgar Schein definisjon av organisasjonskultur (siteret i Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 130).

«Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon- som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene»

Antakelser, normer og verdier påvirker hverandre gjensidig. Antakelser står i sterk motsetning til mål og strategier, samt den formelle strukturen som er nedfelt skriftlig. De grunnleggende antakelsene som finnes "inne i hodet" på mennesket, og som man selv ikke alltid er klar over at man har med seg. Normer, er uskrevne regler, som viser til hva som er passende å gjøre i forskjellige sosiale settinger, noe som er forventet at mennesker følger. Verdier, innebærer at mennesket tar et valg om hva som er rett og galt. Fysiske gjenstander, språk, atferd og tekst er uttrykk for kultur som kan observeres i praksis

(Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 132- 136). Et eksempel på organisasjonskultur i sykehus og hjemmesykepleie, kan gjenspeiles i deres måte å snakke og samarbeide på, som ikke nødvendigvis er tydelig, men som kan tolkes. Det er viktig å understreke at disse uttrykkene må tolkes, og at de kan tolkes forskjellig av ulike mennesker (Bolamn & Deal, 2014, s. 313; Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 131- 137).

Selv om formelle- og uformelle normer i organisasjoner har forskjellig bakgrunn og virkemåte, kan de gjensidig påvirke den enkelte ansattes atferd og prosesser i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 159). Et viktig poeng er at organisasjoner mestrer å skape en felles kultur. Det vil si at ansatte forstår at de inngår i en større sammenheng, ved å se helheten av organisasjonen for å oppnå overordnede organisasjonsmessige mål og strategier (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 146 - 147). Det er et faktum at menneskelige systemer ikke kan fungere effektivt, uten vilje til samarbeid. Holdninger, forståelse, gjensidig respekt og tillit må knyttes til hele organisasjonen (egen oversettelse) (Gloubermann & Mintzberg, 2001)

2.4 Relasjonelt nivå

Relasjonelle nivået handler om mellommenneskelige relasjoner. Eksempler på relasjonelle faktorer kan være vilje til samarbeid, tillit og gjensidig forståelse. Disse faktorene påvirkes også av systemiske- og organisatoriske faktorer (Roderiques et al., 2005). Jeg tar for meg tillit, for å forstå hvilken betydningen det kan ha for utøvelse av elektronisk kommunikasjon og samarbeid, mellom sykepleiere i sykehus og hjemmesykepleie når de utveksler informasjon om pasienter. Dette for å sikre at pasienter ivaretas på en best mulig måte, når de skrives ut fra sykehus til hjemmesykepleie.

2.4.1 Tillit

Tillit blir av flere forskere beskrevet som, en av de viktigste faktorene som kreves for å utvikle samarbeid (Grimen, 2009, s. 72- 89; Knudsen, 2004, s. 24; Roderiques et al, 2005., s. 141). " Tillit er en forutsetning for vellykket samarbeid, men kommer ikke av seg selv " (Willumsen, 2009, s. 73). For å skape tillit kreves krefter, tid, tålmodighet og tidligere erfaringer. Selvtillit til ens profesjonelle rolle er viktig, som tillit til andre fagpersoner. Tillit til ens egne evner og stole på andre forutsetter kompetanse, ferdigheter, kunnskap og

på erfaringer. Tillit anses som uunnværlig hvis det skal etableres samarbeidsrelasjoner (Roderiguez et al., 2005).

2.4.2 Hva tillit gjør

Grimen (2009, s. 19) skriver at å stole på noen er å handle med få forholdsregler. Tillitt letter overføring av informasjon og kunnskap, ved å stole på avsenderen. Da er man ikke i behov av å undersøke om det som blir sagt eller skrevet er sant. Denne tilliten kan gjøre samarbeidet lettere, og åpne for handlingsrom for tillitsgiveren og tillittsmottageren. Dette skaper rom for tillitsgiveren og tillittsmottager til å gjøre ting som han/hun ikke kunne ha gjort. Derimot hvis man mistror mottageren, har man grunn til å ikke videreføre informasjon. Dette innebærer for det første at kommunikasjonskjeder kan bli brutt, tar lengre tid eller ikke blir opprettet. For det andre kan det skape mistillit til relasjoner man ofte trenger, for å kunne utføre sitt arbeid. For det tredje, kan det føre til økt bruk av ressurser (Grimen, 2009, s. 72- 75).

2.4.3 Tillitskjeder

Grimen (2008, s. 205) beskriver tillitskjeder ut ifra en tese. Tesen er at samarbeidet mellom profesjonelle, enten yrkesutøvere fra samme profesjon eller ulike profesjoner med liknende faglig bakgrunn, er preget av tillitskjeder. Tillitskjeder kan for eksempel være at sykepleiere stoler på hverandres kompetanse, eller at partene stoler på hverandres teknologiske hjelpemidler, eller at de stoler på hverandres intensjoner (Grimen, 2008, s. 205). Et eksempel på tillitskjeder kan være kommunikasjonsprosessen når sykehus viderefører helseopplysninger til kommunene ved pasientutskrivelser, ved å stole på motpartens faglige vurderinger.

3.0 Metode

I denne oppgaven er jeg interessert i å få svar på min problemstilling:

«Hvilke erfaringer har ansatte i sykehus og hjemmesykepleie med bruk av elektronisk meldingsutveksling ved pasientutskrivelser, og hvordan påvirker det samhandlingen?»

Her vil jeg redegjøre for hvilke metodevalg jeg har tatt og hvorfor. Det samfunnsvitenskapelige studieobjektet er den hverdagsvirkeligheten mennesker opplever. De kommunisere og tolker både seg selv og andre. Deres meninger og oppfatninger inngår i et mangfold som stadig er under endring. Når man skal forske på mennesker innen samfunnsvitenskapen må man ta stilling til fremgangsmåte og metode for undersøkelsen (Johannessen et al., 2016, s. 27- 31).

3.1 Metodevalg

Undersøkelsens problemstilling er styrende for valg av metode (Johannessen et al., 2016, s. 54). Problemstilling retter seg mot å utforske og beskrive selve fenomenet får å frem nyansert beskrivelser (Jacobsen, 2015, s. 82- 83). Jeg har av den grunn valgt en kvalitativ fenomenologisk induktiv metode. Kvalitativ metode innebærer å se etter spesielle mønstre og /eller egenskaper, for å forstå og få bedre kunnskap om fenomenet som undersøkes. Utvalget er som regel lite. Fenomenologi beskrives som «læren om fenomenene». Det betyr å utforske og beskrive menneskers væremåte og subjektive virkelighetsoppfatning. Deres egne perspektiver, opplevelser og forståelseshorisonter hvordan verden erfares. Hensikten er å få en dypere forståelse av et menneskets hverdagsvirkelighet, og hvordan det opplever et spesielt fenomen (Johannessen et al., 2016, s. 28; s. 78). Induktiv i denne sammenheng er å undersøke det spesielle ved fenomenet, for så å trekke slutninger til det mer generelle (fra empiri til teori) (Johannessen, et al., 2016, s. 47). Kvalitative intervjuer er en hensiktsmessig metode å bruke for innhenting av egne data på. Det er en fleksibel metode, som muliggjør å få tak i fylldige, utdypende og detaljerte beskrivelser av det man studerer (Johannessen at al., 2016, s. 145). Jeg har valgt individuelle semi-strukturerte intervjuer. Dette blir nærmere omtalt under avsnitt (3.3).

3.2 Utvalg og rekrutteringsprosessen

Med kvalitativ forskning, forsøker forsker å innhente mye data, om et begrenset antall deltagere. Hva som menes med tilstrekkelig utvalg, er det ikke noe entydig svar på. Det sentrale er, at utvalget kan belyse problemstillingen og kvaliteten på intervjuene som gjennomføres (Johannessen et al., 2016, s. 114). Utvalget blir betegnet som respondenter/ansatte, siden de er medlem av en gruppe som direkte har kjennskap til fenomenet. I motsetning til betegnelsen informant, som ikke representerer selve gruppen, men som kan ha god kunnskap om fenomenet (Jacobsen, 2015, s. 178- 181).

Det første steget var å bestemme seg for hvilke utvalg jeg skulle velge. Kontekstene utvalget ble valgt ut ifra, var to avdelinger i sykehus og en enhet i den kommunale hjemmesykepleie, begge tilhørighet på østlandsdistriktet. Det var et hensiktsmessig strategisk valg fordi utvalget hadde god kjennskap til fenomenet som ble undersøkt, og for å få gjennomført intervjuene innenfor det satte tidsperspektivet (Johannessen et al., 2016, s. 114- 123). Det var også viktig at utvalget ikke hadde tilknytning til meg, som undersøker. Siden jeg arbeider som samhandlingssykepleier og har god kunnskap om fenomenet/PLO-meldinger, kan jeg lett oppfattes som en representant for undersøkelsen. Derfor valgte jeg en annen kommune, enn den kommunen jeg arbeider i til daglig.

Rekrutteringen ble foretatt strategisk på deres respektive arbeidsplass, ved direkte henvendelse til ledere i sykehus og enhet hjemmesykepleie, etter godkjenning fra Norsk senter for data forskning (NSD). Jeg henvendte meg først, til enheten hjemmesykepleie. Informerte lederen kort om undersøkelsen, og om det var interesse for å være med. Avtalte at jeg sendte informasjonsskriv på mail. Etter en ukes tid, fikk jeg tilbakemelding om at lederen hadde tre respondenter som var interessert i å stille til intervju. Det ble fastsatt en dato og tidspunkt, for alle tre intervjuene. Det ble avtalt oppmøte på respondentenes arbeidsplass, av hensyn til planlegging og tilrettelegging for gjennomføring av intervjuene.

Når jeg skulle innhente respondenter på utvalgt sykehus derimot, visste det seg å være en mer tidkrevende prosess. Her valgte jeg to somatiske avdelinger, uavhengige av hverandre. Jeg tok kontakt med de respektive lederne. Presenterte og fortalte også her i korte trekk om undersøkelsen, og hvorfor jeg ønsket hjelp til utvelgelse av respondenter. Sendte informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 2, 3). Her var responsen dårlig i starten.

Det jeg måtte purre på begge lederne. Omsider fikk jeg tilsendt mail adresser til de utvalgte respondentene, for å avtale tid og møte sted med dem. Jeg sendte først en oversikt over forslag til datoer og tidspunkt på mail. Den første respondenten ønsket av ulike årsaker ett nøytralt intervjusted, de tre andre intervjuene ble utført på sykehuset i et lukket rom bestilt av de respektive lederne.

Kriterier for utvelgelse av respondenter var at de hadde 2-3 års arbeidserfaring og erfaring med bruk av elektronisk meldingsutveksling ved pasientutskrivelser, og at de ønsket å delta. Det ble valgt en fagutviklingssykepleier både i fra hjemmesykepleie og sykehus, samt to sykepleiere med saksbehandler rolle i hjemmesykepleie og tre sykepleiere i sykehus. Av den grunn var alle respondentene innenfor min målgruppe. Formålet med undersøkelsen var å få frem deres erfaringer. Slik jeg anså det, var det viktigere å skaffe et relevant utvalg av respondenter enn mange, både i forhold til gjennomføring av intervju og tidsaspektet og at datamaterialet ikke ble for omfattende.

3.3 Individuelle semi strukturerte intervjuer og utforming av intervjuguide

Dataene i min undersøkelse ble samlet inn, ved bruk av individuelle intervjuer ansikt- til – ansikt hvor undersøker og respondent snakket sammen, som i en vanlig samtale.

Individuelle og åpne intervjuer, har sine styrker og svakheter. Det egner seg best når få enheter undersøkes, både på grunn av tidsrammen for intervjusettingen, og bearbeiding av datamaterialet i form av transkribering. Det begrenser antall respondenter man kan intervju, uten å miste oversikten med alt for mye datainformasjon (Jacobsen, 2015, s. 146-147). Ved bruk av semi- eller middels strukturert intervjuguide, søker man å innhente beskrivelser av respondentenes erfarte livsverden om fenomenet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 46). I motsetning til helt lukket- eller helt åpne strukturerte intervjuer, bidrar middels strukturingsgraden. til at man kommer inn på de temaene som man ønsker å undersøke (Jacobsen, 2015, s. 159- 160). Denne kvalitative formen for intervju, gir også større frihet i rekkefølgen man stiller spørsmål, og det åpner opp for å stille tilleggsspørsmål der det faller seg naturlig, for mer utdypende beskrivelse av fenomenet (Johannessen et al., 2016, s. 148-149). Det var viktig å lage en intervjuguide med åpne spørsmål. Dette for å få gode data fra respondentene (Brottveit, 2018, s. 92- 93; Johannessen et al., 2016, s. 148-149; Tjora, 2018, s. 267). Det var krevende å lage åpne spørsmål. Underveis i utformings prosessen testet jeg ut intervjuguiden på en medstudent,

for å undersøke om jeg fikk gode og informasjonsrike svar. Jeg justerte et par spørsmål, og satte inn noen enkelte ord under spørsmålene som oppfølgingsspørsmål. Disse ble ikke utlevert til respondentene, kun intervjuguiden med seks fastsatte spørsmål (vedlegg 4). De fastsatte spørsmålene ble stilt til alle respondentene (Brottveit, 2018, s, 92). Videre tar jeg for meg selve gjennomføring av forskningsintervjuene.

3.4 Gjennomføring av forskningsintervju og transkribering

Før start av datainnsamling, ble det søkt om godkjenning av planlagt undersøkelsesstudie til NSD. Det ble sendte ut ett informasjonsskriv til respondentene, før intervjuene ble gjennomført. Ved oppstart av hvert enkelt intervju gikk jeg igjennom informasjonsskrivet og samtykkeskjema (vedlegg 2, 3) for å forsikre at vedkommende hadde forstått hva undersøkelsen og deltakelse gikk ut på. Det ble opplyst om bruk av diktafon /app under intervjuene. Hensikten var å få dataene korrekt lagret, for å transkribere det i etterkant av intervjuet, og at samtalene ville bli slettet etter avsluttet studie. Jeg gjentok i korte trekk bakgrunn for valg av tema. Presiserte at respondenten ville bli anonymisert, og ikke kan gjenkjennes i det ferdigstilte arbeidet. Samt at etiske retningslinjer for forskning ble overholdt (De nasjonale Forskningsetiske komiteene, 2016). Selve intervjusamtalene ble gjennomført på de respektives arbeidsplasser, etter avtale om dato, tidspunkt og på en plass hvor undersøker og respondent fikk være i fred uten avbrytelser. Dette var på forhånd avtalt med lederne for sykehus avdelingene og virksomhet hjemmesykepleie. Dette med et unntak der en av respondentene valgte et nøytralt sted. Mange foretrekker å utføre undersøkelser der respondentene til daglig oppholder seg. Svakheten kan være elementer av forstyrrelser, som at kollegaer avbryter eller at telefonen ringer. I motsetning til fremmede steder som ikke er tilknyttet respondentenes daglige arbeidsrutiner kan påvirke for eksempel deres atferd når de befinner seg i ukjente omgivelser (Jacobsen, 2015, s. 243-244).

Nærhet til egen arbeidsplass opplevde jeg noe som positivt, men observerte spesielt i ett intervju, at respondenten gjennom sitt kroppsspråk og holdning viste at hun var tydelig presset tidsmessig, på grunn av stor arbeidsmengde denne aktuelle dagen. Selve intervjuet bar preg av det til å begynne med, men respondenten slappet av etter hvert som intervjuet skred frem. Mitt inntrykk var at intervjustedet opplevdes riktig, men uvisst om andre

møtesteder ville ha påvirket mine data på annen måte. Det sentrale er at jeg reflekterte over valg av kontekster, og hvordan dette kan ha innvirket på mine resultater.

Relasjonen mellom meg og respondentene, det opplevdes som en atmosfære og vi hadde god øyekontakt. Jeg hadde med en notisblokk i intervjuene, som ikke ble tatt i bruk, fordi jeg ønsket å ha blikk kontakt med respondentene. Og dermed ble ett forstyrrende element utelukket i samtalene. Respondentene i hjemmesykepleien tok meg godt imot. Det som var utfordrende, er at jeg jobber i en annen kommune med samme arbeidsoppgaver som respondentene. Det ble enkelte ganger vanskelig, å ikke trekke likheter med min egen kommune, selv om det ble gjort i enkelte tilfeller, ved at respondentene stilte mot spørsmål til meg for å sammenlikne kommunene. Dette opplevde jeg også blant respondentene i sykehuset, men her var det mer rettet mot hvordan jeg, erfarte PLO-meldinger med sykehuset, og ikke hvordan jeg selv utførte bruken av disse. I intervjuene svarte enkelte respondenter med ja eller nei, og hvor de virket nølende eller tenkende over spørsmålet, selv om det ble valgt åpne spørsmål. Dette resulterte i at jeg enkelte ganger stilte spørsmålene annerledes, ved hjelp de ordene jeg selv hadde utformet, for å få frem nettopp nyanser og gode beskrivelser. Om det har hatt innvirkning på respondentenes opplevelser og meninger, kan jeg ikke med sikkerhet vite. Mennesker er forskjellige både ut ifra personlige egenskaper og kunnskap. Hvordan enkelt individer oppfatter og tolker andre, har betydning for hvordan resultater blir til (Tjora, 2017, s. 235- 238).

Alle intervjuene ble utført i tidsperioden sist i mars og frem til sist i mai 2019, med en varighet på sikra 45 til 50 minutter. Intervjuene ble transkribert fortløpende, rett etter gjennomføring av intervjusamtalene. Det finnes ikke noen allmenn form for transkripsjon av forskningsintervjuer, men det er allikevel noen valg som skal tas når man skal omdanne muntlig tale til en skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207- 214). Jeg ønsket å få frem nyanser og detaljer, som for eksempel uttrykk som eh, og dialekt sjanger som satte særpreg på mitt datamateriale. Det gav meg også mulighet for å reflektere over svarene de gav, og om de kunne være nølende, klare i talen og/ eller om de faktisk hadde forstått spørsmålene mine. Jeg hørte også over intervjuene etter transkriberingen var utført. Andre uttrykk og kroppsspråk ble ikke transkribert, men jeg noterte etter hvert intervju et kort resume for å danne meg et bildet av selve intervjusettingen. Hvordan intervjueren beskriver sine valg, vil ha innvirkning på transkripsjonens intersubjektive reliabilitet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 207- 214).

3.5 Valg av analysemetode og bearbeiding av data

3.5.1 Valg av analyse metode

Etter transkriberingen av intervjuene satte jeg igjen med mange titalls sider med fortettet tekst. Mitt neste steg var å analysere dette råmaterialet, og valgte en tematisk analyse. En tematisk analyse innebærer å lete i data etter svar på spørsmål, ved hjelp av en stegvis prosess inndelt i fire faser. Fasene forberedelse, koding, kategorisering og rapportering. Det er viktig å være klar over at begrepet tema slik det benyttes her skiller seg fra dagligtalen (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 282- 303). «Et tema er en gruppering av data som har viktige fellestrekk» (Johannessen et al., 2018, s. 280).

3.5.2 Forberedelse, koding, kategorisering og rapportering.

Jeg begynte *forberedelse* ved å skrive ut alle intervjuene i papirformat. Videre leste jeg over de ferdig transkriberte intervjuene en etter en. Etter hvert intervju, oppsummerte jeg kort hva dette handlet om, og i tillegg hørte jeg på intervjuene på nytt. Deretter gikk jeg over til *kodfasen*. Ved neste gjennomlesning fremhevet jeg setninger med strek under, deretter noterte jeg meg stikkord i marginen. Videre benyttet jeg fargekoder til å begynne med knyttet til forskningsspørsmålene, men fokuserte etter hvert på temaer. I tillegg noterte jeg meg refleksjoner underveis. Dette beskriver Johannessen et al., (2018, s. 290-291) som datanær koding som kan føre til at man får enklere øye på nyanser, sammenhenger og/eller mønstre. Denne prosessen gjennomgikk jeg flere ganger for å ikke overse viktig data og poenger. Dette samsvarer med hvordan Johannessen et al., (2018, s. 284- 294) beskriver koding. Og at dette gjøres av tre grunner; for det første for å få en bedre oversikt over data, for det andre ved å frembringe ny og dypere forståelse i dataene, og for det tredje for å kunne tilrettelegge dataene for den følgende kategoriseringsfasen (Johannessen et al., 2018, s. 287- 293). Selve kodingsfasen var svært krevende, frustrerende og samtidig spennende.

Figur 2 Eksempel fra kodingsfasen

Respondent	Kontekst	Transkribering av tekst	Koding av sitat
Sykepleier (2)	Helseopplysninger <i>Innhente opplysninger</i> <i>Samhandling</i>	Åsså vi må faktisk være på og oppleves kanskje som krevende og vanskelige noen ganger når vi spør om alle de opplysningene. Men vi må være det for det er jo pasienten som skal ha hjelp. Faktisk for at vi skal kunne gi en bra tjeneste.	Krevende og vanskelige Ulik forståelse av pasientens behov for hjelp Forsvarlig helsehjelp
Sykepleier (4)	Arbeidsfordeling <i>Koordinering av oppgaver</i> <i>Ressurser</i>	Ja, ja. Det er ikke det at vi er nødt til å sette oss ned ved dataen for å skrive som er utfordringa. Det er det at vi har fjorten hundre andre gjøremål liksom også. Så når det blir så korte meldinger så et det masse andre presserende ting at det er om å gjøre å få haka av ting på lista.	Administrative oppgaver Praktiske oppgaver Prioritering

Neste steg var *kategoriseringsfasen*. Her skal dataene sorteres i temaer (funn). Det kan enklest gjøres ved å tenke temaer som bokser eller som jeg gjorde kjøkkenskuffer (Johannessen et al., 2018, s. 294- 206). Først skrev jeg data og utsagn på post- it lapper etter at kodingsfasen var ferdig. Videre sorterte jeg dataene mine inn i *kategorier*. Disse skulle jeg benytte som temaer i min analyse. Det jeg gjorde var å tenke på "kjøkkenskuff" og at den igjen hadde flere rom der jeg samlet data som hadde fellestrekk i en skuff, og som også inneholdt underkategorier av temaet. Kriteriene for hvordan jeg valgte å systematisere temaene gjorde jeg etter forskningsspørsmålene. Underveis i denne prosessen ble forskningsspørsmålene justert noe. En naturlig prosess i dette stadiet er at man ikke nødvendigvis har ferdige forskningsspørsmål, men har et bevisst forhold til

hvilke spørsmål man ønsker svar på (Johannessen et al., 2018, s. 196). Jeg merket skuffene etter forskningsspørsmålene. Det viset seg at flere temaer var overlappende for mer enn ett av forskningsspørsmålene. Det ble laget to ekstra skuffer til hvor jeg la post-it lapper som jeg ikke helt visste om jeg skulle anvende eller plassere ved første øyekast. Selve kategoriseringsfasen var utfordrende, men også spennende ved å få en oversikt over temaer som respondentene var opptatt av. Det viste seg at dataene jeg satt igjen med etter kategoriseringen kunne knyttes til flere av forskningsspørsmålene. Dette tok jeg nærmere stilling til når jeg kom til rapporteringsfasen.

Når dette var gjort gikk jeg videre til rapporteringsfasen. Denne fasen innebar å skrive frem temaene og deres innhold, på en ryddig og nyansert måte i presentasjon av funn. Dette ved å benytte intervjuutsagn, for å poengterer temaer som viser at disse er relevante for forskningsspørsmålene (Johannessen et al., 2018, s. 301- 303). Først lagde jeg fire dokumenter med hvert sitt forskningsspørsmål, deretter satte jeg inn undertemaer for å lage meg en oversikt. Det neste jeg gjorde, var å lage underoverskrifter og begynte å skrive frem mine funn. Etter at jeg var ferdig med de første utkastene, la jeg det bort litt før jeg leste igjennom. Her begynte den store jobben med å finne de rette utsagnene for å få frem nyanser og bedre forståelse av funnene. Utvelgelse av utsagn opplevdes litt vanskelige til tider. Det var en ny krevende fase av analysen. Jeg søkte råd og tips fra veileder underveis i prosessen når det stoppet opp og for å reflektere over mine funn. Utkastene og underoverskrifter, ble gjort om flere ganger før jeg endelig var ferdig. Dette er vanlig at temaene revurderes underveis, og at man går frem og tilbake mellom disse fire stegene (Johannessen et al, 2018, s. 305). Til slutt en oppsummering av funn i analysen. Selve analyseprosessen av datamateriale var en svært krevende og lærerik prosess, der jeg for hver gang fant nye spennende og interessante måter å forstå svarene deres på.

3.6 Forskningsetiske overveielser

Forut for studien ble det søkt om tillatelse og godkjenning, av Norsk senter for dataforskning (NSD) for innhenting av data og gjennomføring av undersøkelsen (vedlegg 1). Datamaterialet er behandlet i tråd med gjeldende krav til personvern og de forskningsetiske retningslinjer er overholdt gjennom hele masteroppgave prosessen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016).

Det ble benyttet et informasjonsskriv hvor jeg informerte om formålet med undersøkelsen. Ved henvendelse om hjelp til utvelgelse av respondenter opplyste jeg ledere om at jeg arbeider som sykepleier i hjemmesykepleie, og i forkant av intervjuene til respondentene for å hindre misforståelser og usikkerhet. Samt ivaretatt og respektert det grunnleggende menneskeverdet ved å sikre frihet og selvbestemmelse, personlig integritet, privatliv og hindre skade og uheldige belastninger for respondentene. Jeg har overholdt taushetsplikten og krav til anonymisering av respondentene i hele undersøkelsesprosessen. I forhold til behandling og presentasjon av data har jeg tatt hensyn til og ivaretatt respondentene ved å gjengi dem korrekt både ved bruk av utsagn og i innhold. Det er blitt innhentet skriftlig samtykkeerklæring (vedlegg nr. 3) fra respondentene om å lov til å gjennomføre intervjuene, og for å bruke deres utsagn i en eventuelt fremtidig skriftlig publikasjon. Det ble opplyst om at de til enhver tid kan trekke seg fra undersøkelsen, uten nærmere forklaringer. Respondentene ble informert om bruk av digital diktafon/ mobil app, som hjelpemiddel for å registrere datamaterialet under intervjuet og for å få svarene riktig registret i etterkant av samtalene (Brottveit, 2018, s. 95- 96).

3.7 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

3.7.1 Gyldighet

Gyldighet innebærer en logisk sammenheng mellom undersøkelsens design og funn, samt de spørsmål det ønskes svar på. Å styrke gyldigheten ved at forsker tydeliggjør hvordan undersøkelsen blir praktisert ut fra spørsmål som stilles, og hvordan disse lages med utgangspunkt i forskningsspørsmål. Ved å begrunne relevansen av forskerens valg i forskningen betyr også å ta konsekvensen av hvordan valgene kan føre med seg nødvendige justeringer av problemstilling og forskningsspørsmål. Den sentrale kilden til høy gyldighet, er at undersøkelsen skjer innenfor faglige rammer knyttet til annen relevant forskning på feltet (Tjora, 2017, s. 231- 234). Samt viktigheten av forsker utformer klart, hvilke metoder som er benyttet, og synliggjør refleksjoner over hvordan dette kan ha hatt innvirkning på resultatene (Jacobsen, 2015, s. 247) Jeg har evaluert min undersøkelse og resultater opp imot teori og andre relevante studier på fagfeltet. Diskutert mine funn med veileder, medstudenter og andre innen samme fagområdet. Jeg har reflektert og vurdert om mitt utvalg av respondenter var rett, og om den informasjonen som ble formidlet under

intervjuene ble oppfattet riktig. Utvalget og informasjonen anser jeg som relevant. Vurderte svarene underveis i samtalene med respondentene, når respondentene ikke svarte utfyllende ble spørsmål stilt med andre ord. I tillegg reflekterte jeg over om mine spørsmål kunne oppfattes som ledende, selv om jeg var bevisst på dette kan jeg allikevel i interaksjon med respondentene ha gjort dette ubevisst. Fagfeltet/området og begreper kan forstås ulikt og ha forskjellig betydning for respondentene. En fordel er at jeg selv arbeider innom samme fagfelt og har kjennskap til fagterminologien spesielt i den ene konteksten. Ulempen kan være at man kan stå i fare for å feiltolke informasjonen.

Jeg ønsket mer kunnskap og forståelse om ansattes bruk av PLO-meldinger ved pasientutskrivelser. Dette fikk jeg gode data på, og derfor anser jeg at mitt utvalg av respondenter var riktig i forhold til problemstillingen. Deres erfaringer og kunnskap om fenomenet, gav meg tilgang på førstehåndskilder. Dataene ble behandlet i tråd med krav til personvern, og de forskningsetiske retningslinjer for oppgaveskriving gjennom hele undersøkelsesprosessen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016; Norsk senter for dataforskning). Samtidig kan jeg ikke utelukke at utsagn eller data kan ha blitt feiltolket. Sett ut ifra dette begrunner jeg at mine funn kan knyttes til annen relevant forskning og teori på fagfeltet.

3.7.2 Pålitelighet

Å redegjøre for forskerens egen posisjon og interesse, innebærer å forklare om eget personlige engasjement kan komme til å påvirke undersøkelsesarbeidet, eller hvordan forskers erfaringer og kunnskaper benyttes i analyse og diskusjon av resultatene (Tjora, 2017, s. 235- 238). Forskerens evne til å synliggjøre sin rolle i undersøkelsessituasjonen gjennom åpenhet, bidrar til troverdighet for leseren og andre. Både åpenhet og hvor reflektert forskeren er, jo mer troverdig vil undersøkelsen bli (Jacobsen, 2015, s. 246- 247). Det er viktig å reflektere over undersøkelsens intervjukontekst. Svakheten med semi strukturert intervjuer er at de blir forskjellige. Men min hensikt var å få frem nyanser og detaljrik empiri om få utvalgte temaer, og av den grunn egnet for mitt formål. Intervjuguiden er utformet slik at respondentene får mulighet for å svare på hovedtemaene, slik at det er mulig å kategorisere temaer og undertemaer. Strukturen på intervjuene med seks hovedspørsmål, førte til at jeg kunne gå i dybden for å få frem nyanser og detaljer jeg ikke var klar over på forhånd, noe som er formålet med kvalitative intervju. En mulig

feilkilde kan være interaksjonen mellom respondentene og meg, samt om spørsmålene som ble stilt opplevdes ledende eller ikke. Jeg opplevde at respondentene var ærlige og ønsket ikke å oppgi feilaktige beskrivelser av deres egne opplevelser. Av den grunn, anser jeg at respondentene har gitt meg ærlig og oppriktige svar i intervjuene.

Det er sentralt å reflektere og vurdere hvordan man tolker egne data, og hvordan dette påvirker resultater, noe jeg har beskrevet tidligere. Det er allikevel min forståelse og tolkning som bidrar til at jeg vurderte hvilket utsagn som illustrerer, for eksempel et tungrodd system.

Jeg arbeider som sykepleier i hjemmesykepleie, og utfører selv elektronisk meldingsutveksling i samhandling med sykehus. Det var viktig å være bevisst min nære posisjonering til valgt tema og problemstilling, siden jeg utenom studien arbeider med denne prosessen daglig. Jeg er også kjent med en del av konteksten som undersøkes, selv om det er valgt en annen kommune. Derimot er det valgte sykehuset, et arbeidsområdet der jeg personlig har liten kunnskap om, utenom samhandlingen tilknyttet mitt arbeidet. Dette er noe jeg har vært klar over og tatt hensyn til, gjennom hele undersøkelsesprosessen. Mange forskere foretrekker å utføre undersøkelser der respondentene til daglig oppholder seg. Svakheten kan være elementer av forstyrrelser. I motsetning til en plass som ikke er tilknyttet respondentenes daglige arbeidsrutiner kan påvirke for eksempel deres atferd (Jacobsen, 2015, s. 243- 244). Det sentrale er at jeg reflekterte over valg av intervjusteder og hvordan dette kan ha innvirket på mine resultater.

3.7.3 Overførbarhet

"Man kan ved kvalitativ forskning utvikle konsepter, typologier eller teorier som vil ha relevans for andre tilfeller (caser) enn det (eller de) som er studert (Sitert i Tjora, 2017, s. 239). Generalisering er avhengig av to forhold antall enheter og hvordan disse er blitt valgt ut. Og om disse få enhetene og kriterier for utvelgelse til undersøkelsen være generaliserbar til andre nærliggende fagfelt og organisasjoner (Jacobsen, 2015, s. 237- 241).

Jeg var på leting etter mer kunnskap, knyttet til ansattes erfaringer om bruk av PLO-meldinger ved pasientutskrivninger. Det er tidligere i kapittelet blitt redegjort for forskingsprosessen, fra metodevalg til analyse av data. Etter diskusjon av funn og

oppsummering, tolker jeg at min studie kan være til nytte for andre innen nærliggende fagfelt og ha en viss overføringsverdi.

3.8 Metodisk refleksivitet i praksis

Refleksivitet kan beskrives som en kritisk bevisstgjøringsprosess, der forsker vurderer sine aspekter ved seg selv, i rollen som både forsker og sin egen levde erfaring. Og ikke bare refleksjoner over metodiske valg som er benyttet i undersøkelsen (Brottveit, 2018, s. 124-127; Thornquist, 2018, s. 245). Jeg har hele veien fra begynnelse til slutt i denne studien, tatt hensyn til mine respondenter ved å overholde de forskningsetiske retningslinjer, og ivaretatt dem på en så god måte som mulig, noe jeg har nevnt tidligere. Underveis i undersøkelsesprosessen har jeg i samråd med min veileder, flere ganger reflektert over hvordan jeg fremlegger mine respondenter i studien. Jeg har spesielt reflektert over hvordan jeg skulle det å fremstille sykehusrespondentenes svar, og ikke skulle stille dem i et dårlig lys, da de ansatte for eksempel opplever å ha for mange arbeidsoppgaver som hele tiden må prioriteres og at tiden må prioriteres og at tidspresset for å sende meldinger kan føre til mangelfull overføring av adekvate helseopplysninger. Dilemmaet viser til tidsnød på grunn av mange formaliserte oppgaver. Dette var et området jeg spesielt følte meg ukomfortabel med uansett om jeg har fulgt de forskningsetiske retningslinjer for undersøkelsen min.

Mitt faglige ståsted ble enkelte ganger utfordret som jeg har nevnt tidligere. Om min forforståelse kan ha hatt påvirkning på respondentene svar er usikkert. Og være objektiv var krevende spesielt i den valgte kommunen. Utsagn fra datamaterialet er brukt, for at leseren skal kunne komme tettere på dataene, enn bare gjennom forskerens tolkning. Gjennom beskrivelse av utsagn, som er systematisk beskrevet, slik at leseren skal kunne skille mellom respondentene, og gjøre seg opp sin egen mening/tolkning av empirien (Tjora, 2017, s. 248- 254). Selv om det er mine tolkninger av fenomenet som undersøkes, tilsier det ikke at jeg kan fritas for feilkilder. Min bevisstgjøring av rolle som forsker og intervjuer anså jeg som viktig. Både ved å ta hensyn til respondentene, få økt innsikt i deres opplevelse av livsverden, og skape en ivaretagende forskingsprosess, noe jeg kontinuerlig har reflektert over i hele prosessen. Jeg har formidlet mine valg, for at leserne skal få innsyn i undersøkelsen og for å ta stilling til kvaliteten på forskningen (Tjora, 2017, s. 248).

Her har jeg nå begrunnet mine metodiske valg. I neste kapittel vil jeg presentere mine funn ut ifra den tematiske analysen.

4.0 Presentasjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere funnene som er basert ut ifra de fire forskningsspørsmålene.

- 1) Hvordan er ansvars- og oppgavefordeling av PLO-meldinger i/mellom sykehus og hjemmesykepleien?
- 2) Hvilken betydning har meldingens innhold?
- 3) Hvordan løses integrasjonen av datasystemene i sykehus og hjemmesykepleien?
- 4) Hvilken opplæring gis i organisasjonene?

Oppgavens problemstilling retter søkelyset på erfaringer ansatte har ved bruk av elektronisk meldingsutveksling i pasientutskrivelse. Funnene bygger på det som beskrives i intervjuene. Når jeg gjengir intervjupersonene benytter jeg fellesbetegnelsen sykepleier med tallkode fra 1 til 7, 1-3 hjemmesykepleie og 4-7 sykehus. Begrepet respondent/ansatte brukes på grunn av deres nære kjennskap ved bruk av PLO-meldinger. Funnene beskrives ut ifra forskningsspørsmålene i den rekkefølgen som de er presentert ovenfor.

4.1 Hvordan er ansvars- og oppgavefordeling av PLO-meldinger i/mellom sykehus og hjemmesykepleien?

I dette avsnittet tar jeg for meg funn knyttet til ansvars- og oppgavefordeling. På sykehuset er det mange avdelinger og mange pasienter som er medisinsk ferdig behandlet. Flere av pasientene trenger oppfølging av helse- og omsorgstjenesten etter sykehusopphold, og skrives ut til den kommunale helsetjenesten, i dette tilfellet hjemmesykepleie. Det er utarbeidet egne standardiserte prosedyrer for inn – og utskrivning av pasienter, for hvem gjør hva og når. Samt bruk av pleie- og omsorgsmeldinger, for overføring av pasientopplysninger (Helsedirektoratet, 2012). Den valgte kommunen har laget en håndbok (vedlegg 5) som et oppslagsverk for kommunikasjon og samhandling med sykehus via elektronisk meldingsutveksling. Den er ment som ett verktøy, for å sikre at man får med hvilke opplysninger og vurderinger, som skal være vurdert og dokumentert i meldingen.

Det som forventes være med av opplysninger i en slik melding er følgende: problemstilling ved innleggelse, diagnose, en videre plan og oppfølging av pasienten, redegjørelse for enkelte spørsmål som ikke kan avklares, pasientens funksjonsnivå etter innleggelse, og forventet utvikling skal være vurdert. Dette for å avklare og sikre bedre planlegging i forhold til pasientens videre behov for helsehjelp i kommunen (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011 § 9; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1, 6-2 nr. 5). Fokus har vært på de ansattes opplevelser og meninger, om ansvars- og oppgavedeling i pasientoverganger i/mellom disse tjenestenivåene.

4.1.1 Hvordan PLO-meldinger sendes fra sykehus til kommunen

De ansatte ved sykehuset beskrev at den enkelte sykepleier har ansvar for å sende PLO-meldinger til kommunehelsetjenesten på de pasientene man har ansvaret for på sin vakt. I tillegg kan sykepleier også ha gruppeansvar og det som medfølger av oppgaver. Noen av dem kom inn på, at i enkelte avdelinger har helsefagarbeidere begynt å hjelpe til med å fylle ut opplysninger, spesielt vedrørende pleiebehovet i PLO-meldinger, men at hovedansvaret fortsatt ligger hos sykepleieren. Sykepleier (6) uttaler seg slik:

Nei, altså så blir det vel bare mer og mer oppgaveflyt fra sykepleiere til hjelpepleiere i sykehus. Akkurat det med PLO så føler jeg at hjelpepleiere har mye å komme med fordi de er jo mye rundt pasienten enn det sykepleierne er. [...] vi har jo flere hjelpepleiere som er flinke til å være tidlig ute å fylle inn da og lager PLO- dokumentet. Så ser vi over å sender dokumentet.

Min forståelse av dette utsagnet kan antyde at det her blir en dobbeloppgave, i stedet for oppgavefordeling siden sykepleier fortsatt har ansvaret for å kvalitetssikre innholdet i PLO-meldingen.

4.1.2 Utfordrende organisering i kommunene

Flesteparten av de jeg snakket med i sykehuset, uttrykte i en eller annen form, at det ikke alltid er like lett å vite hvem som har PLO- ansvaret, innen de forskjellige kommunene. De opplevde at dette ansvaret er fordelt ulikt i kommunene, og at de er ulikt organisert. En av

informantene fortalte at det er to kommuner i dette fylket, som har pasientkoordinatorer utplassert på sykehuset og som er PLO ansvarlig i de kommunene. De videresender meldinger til saksbehandlerne i sin kommune som igjen sender til de aktuelle virksomhetene, for eksempel hjemmesykepleien og tilhørende enheter. Men det viser seg at ikke alle kommuner som har denne ordningen. Sykepleier (6) formulerte seg slik:

Vi regner med at meldingene blir sendt til inntakskontoret og at de videresender til den sonen hvor pasienten tilhører.

Videre beskriver denne sykepleieren ved sykehuset, at det også er utfordrende å vite om PLO- meldinger er lest og behandlet av motparten. Sykepleier (5) er usikker på hvem som er mottakeren, og forteller det på denne måten:

Nei, hva står det egentlig, er usikker her om det står saksbehandler eller kommune bare. Eller hjemmesykepleie.

Respondentene i sykehuset kom inn på at man hele tiden må inn å sjekke, om motparten (hjemmesykepleien/kommunen) har svart på meldingen. Sykepleieren (5) beskriver:

Vi vet ikke om det er tildelingskontoret eller hjemmesykepleien vi venter svar fra. Vi tenker bare kommunene. Det er jo de på motsatt side som skal ha ansvar for pasienten. [...].

De fleste jeg snakket med i sykehuset, fortalte at de også ringer i tillegg til å sende pleie- og omsorgsmeldinger. Årsaker til dette, er at de får beskjed fra kommunen via dialogmeldinger, om å ta kontakt per telefon med korttidsavdelinger og/eller med hjemmesykepleien. Andre tar kontakt, for selv å føle trygghet på at PLO- meldinger er mottatt, lest og behandlet. Det beskrives her av sykepleier (4):

[...] Men fortsatt så vet vi jo ikke om den er blitt lest og ivaretatt eller gjort noe med. Det kan hende at det ligger i min natur å ringe å si at nå har vi bestilt drosje til den og den personen og kommer hjem da og da. Er det noe dere lurer på, har dere fått lest meldingen. Jeg kan ikke huske at jeg har sendt i fra meg noen uten å ha gjort det. [...] Men det føles som en trygghet i så fall.

Sykepleier (3) har en annen formening:

Vel, man kan sende meldingen og på en måte gjøre andre ting imellom ikke sant. Er du i telefonen så må du jo holde tråden. Det er enklere å gå litt til og fra med PLO- meldinger.

4.1.3 Hvordan PLO-meldinger fra sykehuset tas imot i kommunen

De som ble intervjuet i hjemmesykepleien nevnte det er inntakskontoret som mottar alle PLO - meldinger fra sykehuset, når pasienter er utskrivningsklare og i behov av helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Dette for at inntakskontoret skal ha oversikt, over hvem som trenger korttidsopphold/sykehjemsplass eller hjemmesykepleie. Disse meldingene blir videreført internt til de ulike gruppene/enhetene som pasientene tilhører, for oppfølging og videre behandling. Sykepleier (1) beskrev inntakskontorets ansvarsfordeling slik:

[..] for det dem gjør inne på inntakskontoret er at dem får melding om alle de nye, og de på en måte siler ikke ut. Egentlig burde de ikke sett på de vi kjenner allerede, dem vi har en dialog med selv.

Slik jeg forstår utsagnet kan dette innebære merarbeid for enhetene, og at sykepleieren antyder at det kunne vært løst på en annen måte.

Hjemmesykepleiens respondenter nevner at det alltid er en PLO-ansvarlig for enheten, som mottar og sjekker opp PLO-meldingene fra inntakskontoret. I ukedagene er det fagsykepleier, og på kveldstid og i helger, er det en eller flere sykepleiere som har dette ansvaret. Sykepleieren (1) i hjemmesykepleien fortalte at de har fire saksbehandlere som kalles sykepleier 1, disse har også en ansvarsrolle i forhold til PLO-meldinger, som behandler og oppretter tjenester og lager tiltak. Sykepleieren (1) uttrykte hvordan hun fordeler ansvarsrollen innad i sin enheten:

[..] Så har jeg rosa laminerte lapper når jeg ikke er på kontoret. Legger dem ut på hvert bord, fire team om jeg er på møte til for eksempel kl 14.00 i dag liksom. Da vet dem at de må følge med selv. Er det sykepleiere på hvert team bør de ikke åpne tilgang til alle teamene. [..].

De ansatte i hjemmesykepleien gav også uttrykk for at de ble dratt mellom det administrative ansvaret med PLO-meldinger, og den praktiske helsehjelpen som ytes den

enkelte pasient i deres hjem. Man kan få en internmelding fra, en pasientkoordinator med påminnelse om å lese PLO- melding på PDA telefonen. Da man ikke har tilgang til disse meldingene i felten, er fokuset rettet mot å ivareta pasientene når man er ute fra enheten, for så å sjekke og behandle PLO når man er inne på enheten. Men som sykepleier (3) sa:

[..] får fortsatt ikke sjekket ut før man kommer inn.

Respondentene erfarte, at da de kom tilbake til enheten, ventet det flere oppgaver før man fikk tatt fatt på meldingene, og mistet da dyrebar tid som kunne ha vært brukt til å sjekke ut ting med en gang.

Det erfares av ansatte i hjemmesykepleien, at de også til tider avventer svar fra sykehuset i situasjoner som er uavklarte. Eller at de plutselig kan få en utskrivningsklar pasient uten at man har fått en innleggelsesrapport. Mange pasienter har ikke helse- og omsorgstjenester fra før, men har kun trygghetsalarm. Sykepleier (2) kommer med et eksempel:

Hvis det er for eksempel en pasient som bare har en trygghetsalarm så er ikke vi inne daglig eller har noe med innleggelsen å gjøre. Da kan vi plutselig få en melding om en utskrivningsklar pasient som vi ikke visste var innlagt. Så det er en utfordring.

4.1.4 Utfordrende arbeidsoppgave

De jeg snakket med i sykehuset fortalte at de opplever å stadig få flere oppgaver, samt ansvaret for meldingsutvekslingen. Det er ikke alltid tid til å gjøre alle satte oppgaver, og man må prioritere. Sykepleieren (4) kommer med dette utsagnet:

Det er ikke det at vi er nødt til å sette oss ned ved dataen for å skrive skriftlig som er utfordringa, det er det at vi har fjorten hundre andre gjøremål liksom. Så når det blir så korte meldinger så er det mange andre presserende ting at det er om å gjøre å få haka av ting på lista.

Respondentene i sykehuset gav i en eller annen form uttrykk for, at det er mange faglige vurderinger og samtaler man må ta, for å kunne vurdere pasientens behov for helsehjelp før en utskrivelse. Denne uttalelsen fra sykepleier (6) understreker dette på en slik måte:

[..] det er jo ikke sånn at du setter deg ned også kommer alt til deg med en gang, så du har jo gjort noen vurderinger når du er inne hos pasienten, du vurderer, du snakker med pasienten, hva synes pårørende, du hører med legen [..]. Det er ganske mye forarbeid for å lage og ha ansvar for det dokumentet.

Dilemmaet og utfordringen, viser seg å være at respondentene i sykehus opplever ofte å bli dratt mellom hva lege, helsefagarbeidere/assistenter og pasient anser som den viktigste oppgaven. For eksempel er legen i behov av nødvendige pasientopplysninger, pasienten derimot ønsker en ren skjorte og/eller at sykepleier trenger å få videreformidlet opplysninger i PLO-melding til kommunen. Uttalelsen fra denne sykepleier (4) beskriver utfordringer med å ha dette ansvaret:

Har ofte gruppeansvarsrollen, må lese meg opp på alle pasienter, har 27 pasienter når avdelingen er full, dele ut medisiner klokken åtte. Har jeg ikke den rollen så skal jeg forta MEWS av fem pasienter, blodprøver og lignende som grunnlag for legevisitten og som skal legges inn i systemet. [..] det skal komme systemet til gode, men det kommer ikke den enkelte pasient eller medarbeider til gode at vi får flere oppgaver, det er systemet som sådan.

Tidligere i avsnittet vises det også til funn hos hjemmesykepleiens ansatte, om at den administrative- og praktiske delen av PLO- ansvaret opplevdes utfordrende.

4.1.5 Kort oppsummert

Det ble trukket fram ulike eksempler på opplevelser av ansvars- og oppgavefordeling, både innad i hjemmesykepleie og sykehus, og utad mellom tjenestenivåene. Respondentene i sykehus gav uttrykk for at det kunne være vanskelig, når dem ikke visste hvem som hadde PLO- ansvaret i de ulike kommunene. Samtidig forteller de at det administrative ansvaret for disse meldingene, er en ekstra oppgave for sykepleieren i sykehus, i tillegg til alle andre daglige gjøremål. Dette er felles trekk også hos respondentene i hjemmesykepleie når sykepleierne er ute for å utføre helsetjenester til pasienter i deres hjem, samtidig som de skal ha det administrative ansvaret for PLO- meldinger som må utføres inne på enheten.

4.2 Hvilken betydning har meldingens innhold?

Det er utarbeidet egne standarder og krav til/for hva pleie og omsorgsmeldingene skal inneholde av opplysninger ved pasientutskrivelse. Disse er regulert i samarbeidsavtalen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2012; Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, § 6.1, 6.2). Helsepersonell som yter helsehjelp er pålagt å føre journal og det stilles krav til innhold. Den skal være enkel å forstå for annet helsepersonell (Helsepersonelloven, 1999, § 39-40; Norsk sykepleieforbund, 2011). Her i dette avsnittet beskrives respondentenes meninger om, opplevelse av, samt forståelsen for og bruk av PLO-meldinger. Funnene er både fra dem som skriver PLO- meldingene og de som mottar og behandler dem. Jeg har hatt fokus på hva respondentene anså som relevant og nødvendig opplysninger, når pasienter overflyttes fra sykehus til hjemmesykepleie.

4.2.1 Ulike faglige vurderinger av helsehjelp

Alle de ansatte som ble intervjuet, fortalte om store variasjoner om hva som er relevant og nødvendig informasjon, i overføring av *helseopplysning* ved utskrivelse, fra sykehus til den kommunale hjemmesykepleie. Sykehus respondentene mente det var viktig med faglige vurderinger, sett ut ifra hvordan pasientens medisinske tilstand er på sykehuset, og at helsetilstanden kan føre til endringer i omsorgsnivået etter utskrivelsen. Sykepleieren (5) beskriver eksempel på punkter i meldingens innhold slik:

Hva er funksjonsnivå, hva er ressurskrevende, trenger pasienten hjelpemidler, hjelp til medikamenthåndtering, personlig hygiene, ernæring, eliminasjon, sirkulasjon sårbehandling, videre oppfølgingsplan og så videre.

Sykepleieren her (4) beskrev et annet eksempel, på hvordan innholdet i en melding kan være:

Økt falltendens grunnet reduserte almenntilstand, i behov av hjelp i forflytning, slapp, vekttap og ut ifra pasientens diagnoser ble det vurdert til at pasienten ikke vil ikke klare seg på egenhånd rett etter sykehusoppholdet, selv om pasienten er medisinsk avklart.

Slikt utsagn ble ofte begrunnet som økt omsorgsnivå og behov for korttids-rehabiliteringsopphold, kontra det å sende pasient hjem med hjelp av hjemmesykepleie.

Derimot beskrev respondentene i hjemmesykepleien, at de hadde fokuset på en helhetsvurdering med vekt på mestrings- og funksjonsnivå, samt en videre plan for oppfølging. Hjemmesykepleien har som mantra at når pasienter er utskrivelsesklare er det viktig med gode nok opplysninger til at pasienter skal kunne komme hjem ved hjelp av tilrettelegging og hjemmesykepleie. Sykepleieren (2) synligjør det ved en slik uttalelse:

Korttids- og rehabiliteringsopphold er beregnet til pasienter som faktisk er i behov av døgnkontinuerlig bemanning.

De ansatte i sykehuset uttrykte i en eller annen form, at det er mange faglige vurderinger som ligger til grunn, for at man skal kunne fylle/skrive ut en god PLO-melding. Det fremkom at respondentene i hjemmesykepleien opplevde at respondentene i sykehuset hadde varierende forståelse og forventninger, om hvor pasienten burde skrives ut til i kommunen. Sykepleier (2) fortalte dette slik:

[..] Det vi ofte opplever er at PLO meldingene kommer også står det trenger korttidsopphold. Eller at pasienten ønsker ett korttidsopphold. Eh, åsså ser jeg i opplysningene, så tenker jeg at han kan egentlig komme hjem med tilrettelegging av hjelpemidler og så videre. [..] jeg tror kanskje at forventningsavklaringene på sykehuset kunne vært litt bedre.

Felles for respondentene i sykehuset, var at de vurderte pasientens helsesituasjon ut ifra status que. Uttalelsen fra sykepleier (5) viser til hennes formening om hva som er viktig vurdering, når det skal fylles ut opplysninger:

Hvordan er pasienten her og nå når vi skriver helseopplysnings skjemaet. Det tas ikke hensyn til hvordan pasienten var hjemme. Fordi det er det jeg tenker er interessant for kommunen.

Det ble også nevnt at sykehuset ikke får lov til å bestille korttids- eller sykehjemsplass, det er det kommunen som bestemmer. Men som sykepleieren (4) uttaler seg:

[..] Men allikevel så er det stor variasjon på om meldingene er tynt eller godt nok utfylt slik at de kommer til gode for pasienten eller ei. Eller om de kommer saksbehandler til gode i en så stor grad at vedkommende klarer å gjøre seg eller ha ett godt nok vurderingsgrunnlag da for å tildele plass eller hva pasienten er i behov for når den kommer hjem.

4.2.2 Tidsfrist påvirker hva som fylles inn av opplysninger

En mulig årsak til mangelfull informasjon, kan være når hjemmesykepleiens- og sykehusets respondenter opplever at tidsfristen for utskrivningsklar pasient, klokken 12.00, kan påvirke hvor godt utfylt meldingsinnholdet er, når pasienter skrives ut til hjemmet. Noen av de fortalt om frustrasjon omkring utfylling av *helseopplysnings skjemaet*, når presset var stort for å skrive pasienter ut før tidsfristen, herunder ligger det også et økonomisk ansvar. Uttalelse som sykepleieren (6) kommer med her er godt beskrivende:

Hvis ikke så kan vi bare glemme å få ham hjem.

Respondentene i hjemmesykepleien uttrykte at de må være veldig på, og oppleves som krevende og vanskelig til tider når de spør om flere opplysninger. Det medførte merarbeid, i den form av at de måtte innhente flere konkrete *helseopplysninger*, blant annet ved at man benyttet seg av et eget oppslagsverktøy, håndboken. Den er utarbeidet for at ansatte skal innhente konkrete opplysninger, som de er i behov av for å tilrettelegge helsehjelpen videre i hjemmesykepleien. Dette kan oppleves som en tidstyv.

Det nevnes at behovet for en mer detaljert beskrivelse av hva pasienten trenger hjelp til, hva som skal settes i gang av tiltak og hva det vil ta av ressurser ofte manglet i meldingens innhold. Respondentene kom inn på at de brukte unødvendig mye tid på å etterspørre konkrete helseopplysninger. Sykepleier (2) kommer med en slik uttalelse:

Jeg syns ofte det kommer en sånn avhandling som egentlig ikke sier noe om hjelpebehovet. Sier på en måte noe om hendelsesforløpet, men egentlig ikke hva pasienten vil trenge av oss.

Det ble også sagt av respondentene, at de leser mellom linjene og forstår hva vedkommende mener, selv om det ikke nødvendigvis står i *helseopplysningen*. Mangler i

informasjonen om medisiner og/eller forventninger til hva hjemmesykepleien kan bistå med i hjemmet er mest frustrerende. Sykepleieren (2) i hjemmesykepleien uttalte dette slik når de etterspør mer utfyllende opplysninger som kan mangle ved en utskrivelse:

Vi spør jo ikke hvis vi ikke lurere på det. Men vi vet jo også at ting ikke er i orden når de kommer hjem. Vi skriver alltid husk sende med medisiner, oppdatert medisinark/liste vi har ikke lager. Sikkert en setning alle bruker.

Dette for at pasienten skal få hjelp, og for at hjemmesykepleien skal kunne gi en forsvarlig tjeneste. Slik jeg forstår dette utsagnet kan det se ut til at hjemmesykepleien ikke stoler på sykehusets ansatte, noe som kan føre til mistillit mellom partene.

I tillegg til andre praktiske og administrative oppgaver, medfører det tidspress og stress. Det kan også sees i sammenheng til skjev arbeidsfordeling som er nevnt tidligere i ansvars- og oppgavefordeling. Flesteparten av de jeg snakket med i sykehuset fortalte at det hadde vært essensielt å vite hva hjemmesykepleien mener er viktig å ha med av opplysninger. Som denne sykepleieren (4) beskrev:

[..] som vi kunne puttet inn i vårt elektroniske system eller kvalitetssystemet som gjorde at vi hadde noe å hente frem.

Dette ble også nevnt av ansatte i hjemmesykepleien, at de uttrykte ønske om en felles møte arena, for å snakke sammen om hva som er relevant å ha med, av innholdet i meldingene for de ulike tjenestenivåene.

4.2.3 Kort oppsummert

Respondentene gav uttrykk for at det er ulike faglige vurderinger, og ulik forståelse av meldingens standardiserte skjema som skal fylles i. Dette kan påvirke hva den som fyller ut skjemaet, anser som relevant og nødvendig *helseopplysning*, hva som er medisinsk behandling opp mot funksjons- og mestringsnivå. Dette blir ekstra utfordrende med økt tidspress. Respondentene i sykehuset tydeliggjorde at tidsfristen for utskrivningsklar pasient, kl.12.00, og økonomisk ansvar i tillegg til stor arbeidsmengde, bidrar til hva som tilfeldig kommer inn i meldingsskjemaet. Dilemmaet hjemmesykepleien opplever, er hva

sykehuset antar er riktig helsehjelp når pasienter skrives ut til kommunene, noe som igjen ga kommunene merarbeid. Det kan tolkes som at de ansatte ikke har en felles forståelse og kunnskap, om hva som skal være med av opplysninger ved pasient utskrivelse. Dette kan føre til mistillit ved at man ikke stoler på motparten.

4.3 Hvordan løses integrasjonen av journalsystemer i sykehus og hjemmesykepleien?

Her vil jeg presentere funn som kobles til bruken av ulike journalsystemer i den daglige meldingsutvekslingen, mellom sykehus og kommune. PLO-meldingssystemet er koblet til den enkelte pasientjournal, og brukes på tvers av helse- og omsorgstjenesten. Forskjellige journalsystemer i organisasjoner fører til utfordringer når sykepleiere skal benytte systemene til å skrive/sende/motta og behandle PLO-meldinger (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015).

4.3.1 Manglende integrasjon

Det er tidligere beskrevet i ansvars- og oppgavefordelingen, at respondentene har flere roller og mange arbeidsoppgaver og ansvar i løpet av en vakt. Sykehus respondentene beskrev journalsystemet som tungrodd, fordi det er mange journalsystemer i et system som ikke kommuniserer sammen. Det medfører merarbeid når man skal bruke disse journalsystemene, blant annet til utfylling av *helseopplysninger*, og som innebærer unødvendig bruk av tid. Og som sykepleieren (5) her beskriver det:

Du må skrive alt på nytt. Ja det er kjempetungvindt.

De ansatte i sykehuset uttrykte i en eller annen form at 'kopier og lim' funksjonen i journalsystemet, ikke kan brukes i PLO-systemet. Dette er en mangel som er blitt etterspurt over en lengre periode. Det ble fortalt at ett av målene før den siste oppgraderingen av datasystemet, senhøsten 2018, var å få til at man kunne få til 'kopier og lim' fra sykehusets journalsystem og over i PLO- systemet. I følge sykepleieren (5):

Det har dem ikke klart. Så sånn sett er det kjempetungvindt.

Her beskriver sykepleieren (6) hvordan journalsystemet fungerer uten 'kopier og lim' funksjonen, når man skal ta fatt på utfylling av en PLO-melding:

Det jeg pleier å gjøre er å ha hoveddokumentet for eksempel inntakjournalnotat tidligere sykdommer og aktuell behandling, legenotat og så videre som bakhånd og så har jeg det nye dokumentet da som jeg må skrive etter de bakhåndsopplysningene. Det tar veldig lang tid, veldig tidskrevende.

Slik jeg forstår denne beskrivelsen, vitner det om et tungrodd datasystem og som oppleves lite brukervennlig, men svært ressurskrevende. Både i form av tid for sykepleierne og for effektiviteten i organisasjonen. Under spørsmål om ansvars- og oppgavefordeling, forteller sykehusets informanter om at de ikke har oversikt, over hvem som mottar meldingene de sender til kommunene. Når det gjelder integrasjonen av systemene, er det flere som etterlyser at det kunne være en annen applikasjonsfunksjon her, som viser at meldinger var lest og hvem som hadde lest og behandlet dem. Derimot finnes det i oversikten over sendte meldinger, en applikasjonskvittering for at meldingen er kommet frem til den rette adressanten/respektive kommune. Men som sykepleier (4) her beskriver journalsystemet:

Jeg vil beskrive systemet som en effektiv måte å kommunisere med kommunehelsetjenesten på. Samtidig som det ikke er tydelig hvem som sitter i den andre enden. [...] og det er liksom jeg holdt på å si at jeg føler at jeg sitter og prater med ett spøkelse. [...] Det blir litt sånn uvisst hvem som sitter på den andre enden [...].

Hjemmesykepleiens respondenter, fortalte om 'kopier og lim' funksjonen som de benytter seg av i sitt journalsystem, når de behandler PLO- meldinger inne på enheten. Sykepleieren (1) beskrev det slik:

Rydder litt i utskrivelsesmeldingen, kopierer og limer inn i journal. Dette skal vi egentlig ikke gjøre det er en del av pasientjournalen. Men det gjør vi for at da får vi det inn i rapporten og i vaktskiftet, tar ut brukerkort i papir. Gir beskjed i egne bøker på teamrommene [...]. Gammeldags 'klipp og lim' for å holde tråden.

De ansatte i hjemmesykepleien kom inn på, at bruker tilgjengeligheten av journalsystemet utenfor enheten var tungvint. Sykepleierne får ikke lest PLO- meldinger på det

elektroniske verktøyet PDA (personlig digitale assistent) før inntakskontoret har kopiert inn *helseopplysninger* i pasientens journal, og får ikke behandlet eller gjort noe med disse meldingene før man er inne på enheten. Respondentene kom inn på at man da mistet verdifull tid, som kunne vært brukt til å sjekke ut og eventuelt planlegge en hjemkomst.

4.3.2 Frivillig å bruke samhandlingsnotat

Når det gjelder bruk av meldingstypen *helseopplysning* i de ulike journalsystemene, uttrykker respondentene i sykehus, at de er usikre på hva tidligere kollegaer har skrevet og sendt av *helseopplysninger* til kommunehelsetjenesten. Det fremkommer flere utfordringer omkring dette. En oppfatning de har er at det som nå heter helseopplysninger skaper mer arbeid, enn det som tidligere het meldeskjema 1,2,3, der notatoversikten skilte mellom tidlig- og mer utfyllende melding kom tydeligere frem. Slik det er nå, etter den siste oppgraderingen, kommer det ikke tydelig frem hva som er sendt tidligere av opplysninger, og man må fysisk inn i journalnotatet for å undersøke dette. Sykepleieren (4) beskriver ett eksempel slik:

Okei så er det sendt helseopplysninger, men som den kontrollfriken jeg er så går jeg inn i det dokumentet å ser hva som står der. [...] det kan stå at pasienten ble operert, en dato for en navngitt operasjon, sendt avgårde. Da er det bare sånn da, det sa jo ingenting. Så må man allikevel gjøre jobben på nytt da.

Dette eksemplet forstår jeg slik at journalsystemet virker tungrodd for sykepleieren, som skal ha oversikten over alle journalnotater i pasientens journal til enhver tid, og at dette innebærer merarbeid. Derimot, blir det nevnt at man kan bruke et samhandlingsnotat, i journalsystemet til sykehuset. Dette het tidligere 'Plan for utskrivelse'. Her dokumenteres alt som er gjort med pasienten, men man må huske å endre dato slik at notatet legger seg øverst i notatoversikten, slik at neste kollega kan gå inn å lese hva som gjort og en plan videre. Men det er frivillig å bruke, ikke alle benytter seg av dette. Sykepleieren (6) fortalte:

At man på avdelingen bruker samhandlingsnotatet spesielt der det er et komplekst og sammensatt sykdomsbilde. Fordelen er jo at man slipper å lete igjennom alle journalnotater og innimellom disse ligger da PLO-meldinger.

Dette samhandlingsnotatet er til hjelp, i det ellers tungrodde journalsystemet. Men som det her sies av sykepleieren (6) her sier:

Det forutsetter at man tar det i bruk, og at alle gjør det.

Selv om PLO-meldinger er den mest brukte formen for informasjonsoverføring mellom sykehus og hjemmesykepleie, forteller respondentene om at de fortsatt bruker telefonen i tillegg til å sende meldinger. En mulig årsak kan være situasjoner som oppleves komplekse, hvor det er behov for både muntlig og skriftlig informasjon, dette blir nærmere utdypet under meldingens innhold. Muntlig informasjon er ikke en del av det elektronisk systemet. Det innebærer mer tid og bruk av ressurser. Ansatte ved sykehuset forteller at denne tiden kunne ha vært brukt på pasientkontakt.

For å oppsummer dette avsnittet svarer sykepleieren (4) på hvordan organiseringen av det elektroniske PLO-meldingsutveksling systemet oppleves:

Ja det fungerer jo skulle jeg tru. Jeg vet ikke hvordan vi ellers kunne ha gjort det.

4.3.3 Kort oppsummert

Her fremkommer det at respondentene i sykehuset opplevde datasystemene som tungrodde. Det medførte merarbeid ved at man ikke kan benytte 'kopier og lim' funksjonen fra sykehusets journalsystem over til PLO- systemet. Samt uoversiktlig journalnotatoversikt. Både manglende 'kopier og lim' funksjon og andre applikasjonskvitteringer for mottatt melding blir påpekt som viktig å integrere i journalsystemene. Det ble trukket fram at PLO- systemet ikke alltid fungerer optimalt, selv om man har det, men får ikke brukt det ordentlig. Tid og manglende funksjoner, er faktorer som oppleves utfordrende. Slik jeg oppfatter dette, kan de se ut til at ansatte ikke alltid stoler på meldingsutvekslingssystemet. Det nevnes ikke her at opplæring burde være en viktig faktor, for bruk av de ulike journalsystemene. Opplæring ble stilt som et oppfølgingsspørsmål og som jeg tar for meg nærmere i neste avsnitt.

4.4 Hvilken opplæring gis i organisasjonene?

Sykehus og hjemmesykepleie skal legge til rette for at det gis nødvendig opplæring av ansatte (Arbeidsmiljøloven, årstall §;4-2). Sykepleierne har i sin profesjonsutøvelse plikt til å overholde yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund, 2011). Her tar jeg for meg opplæring sykehuset og hjemmesykepleie gir om/ved bruk av PLO-meldinger. Hvordan dette har innvirkning på respondentenes opplevelser av det elektroniske meldingsutvekslingssystemet, som et kommunikasjonsverktøy for å overføre informasjon når pasienter skrives ut fra sykehus til hjemmesykepleie.

4.4.1 Hvordan opplæringsrutiner blir praktisert

De jeg intervjuet i sykehuset, forklarte at det finnes opplæringsprogram for bruk av journalsystemer og PLO-meldinger for nyansatte. Det er egne linker i det elektroniske kvalitetssystemet, hvor den enkelte ansatte må inn å lese igjennom. Den praktiske opplæringen, blir gjort i avdelingen gjennom det informantene kaller ‘shoulder to shoulder’. Slik jeg forstår dette begrepet, legges det her opp til at det er praktisk kollegial opplæring i bruk av journalsystemene. Opplæringstiden er tre til fire uker. Etter endt opplæringstid, blir rutiner og prosedyrer gjennom gått med fagutviklingsrådgiver/sykepleier eller PLO-ansvarlig for å kvalitetssikre opplæringen, og at vedkommende har fått god nok innføring i journalsystemene og PLO-meldinger, eventuelt om det er behov for mer tid og opplæring. Som sykepleieren (4) uttalte det:

Vi har en kjempedyktig fagsykepleier og som tar tak i det her med opplæringsplan og som ofte etterspør om det er noe vi trenger med opplæring i og sånn. Og vi har heldigvis en sånn kultur at vi har høy takhøyde for å spørre, og gode kollegaer som videreformidler egen kunnskap.

Det ble også nevnt fra de ansatte at man hver 6.uke har undervisningsdager i sin turnus, og den enkelte ansatte mottar e-post når det er endringer i prosedyrer og slikt. Og i september 2019, ble det gjennomført en egen undervisningsdag, med gjennomgang av PLO-meldinger for den ene av to avdelingene ved sykehuset.

De ansatte jeg snakket med i hjemmesykepleien, fortalte at man har en muntlig gjennomgang av PLO-meldinger, og man lærer de nyansatte måten man selv utfører disse

meldingene på. Det finnes dokumenter i det elektroniske kvalitetssystemet om bruk av elektroniske meldinger. Dette er prosedyre beskrivelser, på hvordan meldingene skal utføres inn mot journalsystemet i hjemmesykepleien. Som vist tidligere har denne kommunen også utarbeidet en egen håndbok for samhandling mellom sykehus og kommune, som kan benyttes som et praktisk oppslagsverktøy. Spørsmål utover dette, kan stilles til fagsykepleier eller sykepleier, med god erfaring i bruk av disse meldingene. Sykepleieren (3) sier det på denne måten:

[..] men vet ikke hvor i dybden man går da. Men en kort innføring, ja. Har jo håndboka å da, den burde nok ligge framme.

4.4.2 Uformell opplæring i praksis

De ansatte jeg snakket med i hjemmesykepleien, uttrykte at man sitter sammen og snakker om PLO-meldinger, og at det faktisk må gjøres i praksis, slik at man får mengdetrening, og man lærer av å se hvordan kollegaer gjør det. Her fortalte sykepleier (2) sin mening omkring opplæring:

[..] Alle nye som begynner hos oss vil jo få opplæring på en måte. [..] Man vil jo alltid tilse på en måte lære opp kollegaene våre til å gjøre det enklest mulig for oss alle da. Eller at vi lærer dem vår rytme, vår måte å svare på ting og hvordan vi spør og hvordan vi har funnet ut at det er lett å få frem mest mulig opplysninger [..].

Den praktisk opplæring ble beskrevet slik av sykepleier (4):

Og har jeg en opplevelse av at forutsetningen er at man lærer seg det her i praksis enn når man sitter 25 personer og ser på en stor skjerm. Det er litt mer kotymen hos oss at man lærer i praksis.

Alle respondentene nevnte at den praktiske delen av opplæringen var viktig, og at det er en treningssak, mengdetrening.

4.4.3 Kort oppsummert

I dette kapitlet har de jeg intervjuet gitt uttrykk for at den praktiske opplæringen vektlegges mer, enn den teoretiske opplæringen. Det kom frem at respondentene i sykehuset opplevde at man ble fulgt opp av en PLO-ansvarlig i avdelingen, som har en kvalitetsvurdering etter opplæringstiden på tre til fire uker. Derimot fremkom det blant respondentene hos hjemmesykepleien, at PLO- opplæringen bestod av at man sammen snakker om dette. Alle de ansatte kom inn på at man tok kontakt med en annen kollega, når man trenger mer opplæring, eller når det oppstår utfordringer knyttet til bruk av disse meldingene.

4.5 Oppsummering av funn

Respondentene gav uttrykk for at elektronisk meldingsutveksling er viktig, for overføring av informasjon og for samhandlingen mellom sykehus og hjemmesykepleie. På tross av at de erfarte PLO-meldinger som et godt kommunikasjonsverktøy, er det allikevel utfordringene som er fremtredende i intervjuene. De var opptatt av å gi og motta tilstrekkelig pasientopplysninger ved pasientutskrivelser. Imidlertid kan det synes som at denne kommunikasjonsformen, ikke nødvendigvis er optimal i enhver pasientutskrivelse/samhandlingssituasjon. Det ble fortalt at man også brukte telefon, og enkelte ganger innkalte de til samarbeidsmøter der det var komplekst sykdomsbilde.

Ansvars- og oppgavefordelingen rundt inn- og utskrivninger av pasienter, som er nedfelt i formelle samarbeidsavtaler mellom sykehus og kommunene, viser til usikkerhet for hvem gjør hva og når. Det kan antydes at respondentene har manglende kjennskap til avtalen, med tilhørende prosedyrer og som knyttes til opplæring. Det gis uttrykk for at oppgaver knyttet til meldingsutvekslingen, både den administrative og den praktiske utførelsen, er svært tidkrevende i tillegg til den store arbeidsbelastningen de har fra før. Tidsfristen klokken 12.00 for utskrivningsklar pasient, viser seg å være ekstra utfordrende å overholde i en allerede tidspresset arbeidshverdag. Det kan av den grunn se ut til at verken sykehus eller kommunene er rusta for å benytte meldingsutvekslingssystemet etter intensjonen.

Betydningen av meldingens standardiserte skjema, om hva som skal fylles i, viser til varierende forståelse og faglig forskjeller, om hva som anses som relevante opplysninger

når pasienter skrives ut til hjemmet. Det kan se ut til at ansatte har liten kjennskap til statlige føringer, som ligger til grunn for standarder og dets innhold. Hjemmesykepleie opplever at informasjonen i meldingen fra sykehuset, til tider var utilstrekkelig for å utforme tjenester og tiltak. Imidlertid gir sykehuset uttrykk for at vurderinger, set fra deres ståsted, tids- og betalingsfrist for utskrivningsklar pasient, var forhold som resulterte i at meldingens innhold ikke alltid var tilstrekkelig utfyllt. Den faglige uenigheten, ser det ut til å være lite rom for å ta opp, og det viser seg at man ikke stoler på hverandres faglige vurderinger. Respondentene i hjemmesykepleie og sykehus, etterlyser noen mer håndfaste punkter som kan gjøre utfyllingen enklere. Det kan se ut til, at det standardiserte skjema alene, ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å overføre tilstrekkelig informasjon. Det gis imidlertid uttrykk for at man bruker andre kommunikasjonsformer, som telefon og samarbeidsmøter i tillegg til PLO-meldinger.

Når det gjelder integrasjon av journalsystemer er respondentene i sykehus og hjemmesykepleie, opptatt av at systemene ikke snakker sammen. Det betyr at hver enkelt tar et ansvar, for å få inn relevant informasjon i journalsystemene, ved å finne egne måter å løse manglende funksjonalitet i de ulike datasystemene på. Dette skaper mistillit, da respondentene erfarer tungrodd og tidkrevende journalsystemer. Det kan av den grunn se ut til at integrasjon av journalsystemer, og brukervennligheten vanskeliggjør bruken av meldingsutvekslingssystemet.

I tilknytting til bruk av elektronisk meldingssystemet, viser ansatte til viktigheten av praktisk opplæring av journalsystemer og PLO-meldinger. Dette er gjenkjennelig både i sykehus og hjemmesykepleie, hvor de forteller om at det er en treningssak og at man bruker kollegial kunnskap. Det kan tyde på den enkelte tar ansvar, for å lære nyansatte og kollegaer på den måten man selv tenker det er enklest å bruke. Når det gjelder den formelle delen av opplæringen, vises det til ulike måter for hvordan dette løses i sykehus og hjemmesykepleie. Det kan av den grunn tenkes at manglende rutiner omkring formelle prosedyre, tilknyttet opplæring, ikke oppleves tilfredsstillende i hjemmesykepleie, i motsetning til sykehus.

I neste kapittel diskuterer jeg funnene opp imot teori og tidligere forskning.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil jeg diskutere funn fra de fire forskningsspørsmålene, i lys av teori og tidligere forskning på fagfeltet. For å finne ut om meldingsutveksling er et godt eller dårlig samhandlingsverktøy, ved pasient utskrivelser. I teorien kan være det være et veldig godt verktøy, hvis alle bruker det slik det er tenkt at man skal gjøre. Allikevel gjør man det nødvendigvis ikke slik, og det viser seg å være flere grunner til det. Grunner som blant annet tidspress, manglende ressurser, ulik forståelse og faglige vurderinger for pasienters behov for helse- og omsorgstjenester etter endt sykehusopphold, integrasjon av journalsystemer i deres arbeidshverdag og opplæring i organisasjonene. For å forstå hvorfor de ikke alltid følger prosedyren, skal jeg diskutere nedenfor.

Organisatoriske faktorer som hvilke koordineringsmekanismer organisasjoner bruker, kan ha innvirkning på arbeidsfordeling og ressursutnyttelse, på hvordan oppgaver løses mellom sykehus og hjemmesykepleien (Glouberman & Mintzberg, 2001; Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 72- 84). Formaliserte prosedyrer, for hva som skal medfølge av opplysninger og hvordan disse prosedyrene er integrert, og hvilken opplæring som gis, kan ha innvirkning på ansattes bruk av PLO-meldinger når pasienter skrives ut fra sykehus og som skal til hjemmesykepleien.

For å diskutere funnene vil jeg se nærmere etter mønstre og forklaringer, for å forstå hvordan organisatoriske faktorer påvirker bruk av standardiserte arbeidsprosesser, som en form for oppgaveløsning, og på tilliten til hverandre i samhandlingen. Videre tar jeg for meg noen hovedutfordringer, som fremkom i presentasjonen av funnene i kapittel fire. Disse benyttes i avsnittene som temaoverskrifter for å systematisere diskusjonen.

5.1. Koordineringsmekanismer

I samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, når pasienter skrives ut fra sykehus, er det mange utfordringer. Respondentene forteller om usikkerhet omkring praktisering av samarbeidsavtalen, ved overføring av ansvar for pasienter ved bruk av pleie- og omsorgsmeldinger. Funnene i min studie er i tråd med flere andre studier (Hellesø et al., 2016; Melby et al., 2015; Paulsen et al., 2013; Tønnessen et al., 2016). Disse studiene viser til forskjellige organisatoriske utfordringer, både med hensyn til samarbeid,

kommunikasjon, forståelse og viktighet av hvilket informasjonsbehov neste tjenesteyter trenger, for oppfølging av pasientbehandling etter endt sykehusopphold. Koordinering av de ulike arbeidsoppgavene mellom sykehus og kommuner, trenger ett større fokus konkluderer Flateland et al., (2015) i sin studie, noe som også antydes i min undersøkelse. Jacobsen (2004, s. 78) nevner, i likhet med Jacobsen & Thorsvik, (2013, s. 80), at arbeidsdeling kan medføre koordineringsproblemer. Mine funn viser til utfordringer omkring ansvars- og oppgavedeling når alle PLO-meldinger fra sykehuset sendes til inntakskontoret i kommunen. Glouberman & Mintzberg (2001) skriver at bruk av prosedyrer er en koordineringsmekanisme, hvor hensikten er å tilrettelegge for at oppgaver blir utført likt hver gang. Dette kan ifølge Jacobsen & Thorsvik, (2013, s. 82-83) skape forutsigbarhet og minske behovet for bruk av ressurser. Imidlertid kan det være lite hensiktsmessig med disse standardiserte arbeidsoppgavene i uforutsette situasjoner. Det hevdes av Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 82-83), i likhet med Glouberman & Mintzberg (2001), at dette kan hemme evnen til fleksibilitet og omstilling. Respondenter i hjemmesykepleien viser til en slik utfordring, om pasienter de hadde kjennskap til fra tidligere, som forsinket deres arbeide og førte til dobbeltarbeid. Dette underbygges av Jacobsen (2004, s. 78) som blant annet påpeker at når flere gjør den samme oppgaven gjentatte ganger, er det sløsing av tid. En mulig forklaring kan være at arbeidsfordelingen eller arbeidsområdet ikke er klart nok definert og/eller vanskelig å dele opp, noe som samsvarer med funn i min studie, og i tråd med Bjørkquist & Fineide (2019, s. 10). Det kan virke som om den formelle ansvars- og arbeidsfordelingen, slik dette er nedfelt i prosedyrene, skal bidra til at inntakskontoret kan holde oversikt, i tildeling av tjenester og holde tråden i pasientflyten, som understøttes i lovverket (Forskrift om kommunal betaling, 2011, § 9- 15; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 6-1, 6-2; Specialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1 e). Det kan også tenkes, at en uklar arbeidsfordeling skyldes kamp om egenrådighet over oppgaven, noe som støttes av Jacobsen (2004, s. 78) og i mitt datamateriale.

Sykehus og hjemmesykepleien har flere arbeidsoppgaver som er komplekse, eller endrer seg over tid. Både standardisering av oppgaver og dirkede ordre fra en leder, kan være utilstrekkelig som koordineringsmekanismer for å løse disse arbeidsoppgavene. Dette er i tråd med Gloubermann & Mintzbergs (2001) som nevner, i likhet med Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 83), at standardisering av resultater, kan føre til at ansatte selv finner ut hvordan oppgavene kan løses best mulig, ut ifra de kravene som stilles til resultater. Men

er det virkelig slik, at ansatte i sykehus og hjemmesykepleie har den friheten til å bestemme selv, hvordan de løser for eksempel den fastsatte tidsfristen for utskrivningsklare pasienter. Eller kan det også tenkes at de ansatte blir så opptatt av å vise til resultater, at det kan føre til målforskyvning i virksomhetene, slik at man mister oversikten over de overordnede målsettingene sykehus og hjemmesykepleien har. Dette kan tolkes i min undersøkelse som en underliggende faktor, for hvordan respondentene i sykehuset forteller om tidspress for å rekke å skrive og sende PLO-meldinger, innen tidsfristen, i tillegg til andre daglige arbeidsoppgaver, og at det kan forskyve respondentenes oppmerksomhet fra hvordan oppgaver blir utført, til bare å få oppgaven gjort. Dette er i tråd med Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 83) som nevner at standardisering av resultater ikke nødvendigvis fører til tilfredsstillende resultater, sett i sammenheng til organisasjonens målsetting, når ansatte ikke mestrer å se helheten av arbeidsoppgaven man arbeider med.

Hvis man derimot antar at koordinering ved bruk av PLO-meldinger, kan skje ved gjensidig tilpasning hvor man mestrer å ha en oversikt og arbeide sammen, kontra å få en dirkede ordre fra ledelsen om å utføre arbeidet etter standarden. Et argument er at ansatte følger instruksjonen, ett annet argument er at det kan føre til en rigid atferd der ansatte blir innsnevret omkring egne oppgaver og ser ikke motpartens arbeidsområdet. Jacobsen & Thorsvik (2013, s.80- 82) og Glouberman & Mintzberg (2001), viser at hvilke strukturelle former for koordineringsmekanismer som brukes kan påvirke samhandlingen mellom tjenestenivåer. Profesjoners jurisdiksjon/myndighet over spesielle arbeidsoppgaver kan utspille seg i en profesjonskamp, der arbeidsfordeling skaper klare grenser mellom profesjonene (Abbott, 1998). Det kan eksemplifiseres fra funn i min undersøkelse, hvor helsefagarbeidere på den ene siden får lov til å fylle inn informasjon i PLO-meldinger, men på en annen side er det sykepleieren som har det overordnede ansvaret for å kontrollere og sjekke opplysningene før den sendes.

Kan det være slik at de standardiserte arbeidsoppgavene bidrar til en ensartet kultur, eller kan det tenkes at de forhindrer fleksibilitet. Funn i min studie viser til at de formaliserte føringene omkring utskrivningsklare pasienter, kan tolkes som om respondentene tenker ut ifra sin egen organisasjon og ikke sett i sammenheng med motpartens/andre organisasjoners/organisatoriske betingelser. Statlige føringer og krav viser til at sykehuset og hjemmesykepleien er underlagt ulike lovverk og målsettinger, med hensyn til

pasientbehandling og økonomiske ressurser, som kan medføre utfordringer i forhold til sykepleiernes faglige ståsted (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011, § 13; Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 21- 38; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-1, 3-2; Specialisthelsetjenesteloven, 1999, § 2-1, 2-1 e). Disse forskjellene kan være utfordrende for ansattes faglige tilnærming av pasientens behov for helsehjelp ved overføring av informasjon mellom tjenestenivåer. Funn i mine data, i likhet med studien til Flateland et al.,(2015), nevner at det er viktig med økt forståelse for sykehuset og hjemmesykepleiens organisatoriske betingelser og utveksling av felles erfaringer i forhold til pasientens tilstand og hjelpebehov. Det fremkommer imidlertid ikke i intervjuene med respondentene at dette er noe nytt og kan sees i sammenheng med funn fra andre studier (Gautun et al., 2016; Paulsen et al., 2013). Disse studiene påpeker nettopp dette, at ulik forståelse av hverandres arbeidsområdet, kan føre til konsekvenser for pasientbehandlingen og for samhandlingen mellom tjenestenivåene. I en rapport fra helsetilsynet (2016) kan det tydes, i likhet med Gautun et al., (2016), at det bør undersøkes nærmere om ansatte kjenner godt nok til formelle krav og retningslinjer omkring samarbeidsavtaler og utskrivningsklare pasienter. Rapporten viser også at det var store variasjoner blant de ansatte om deres kjennskap til inngåtte avtaler og retningslinjer, samt at dette ikke var innarbeidet godt nok i praksis, nevnes også i rapporten fra Helsetilsynet (2016, s. 13- 14). Dette gjenspeiles også i mitt datamateriale, men hvordan man velger å tolke det kan være ulikt. På den ene siden kan mine funn være i tråd med tidligere studier (Gautun et al., 2016; Paulsen et al., 2013). På den andre siden kan det tenkes at visse organisatoriske betingelser, påvirker ansattes handlingsrom og at det ikke nødvendigvis er mangel på kunnskap om de formaliserte prosedyrene som ligger til grunn, noe som vises i mine undersøkelser.

5.2 Standardisering

Det er klare formelle prosedyrer for hva man skal gjøre, ved bruk av elektroniske meldinger (Helsedirektoratet, 2012). Respondentene i min undersøkelse viser til erfaring og opplevelser, ved bruk av PLO prosedyrer som avgjørende for overføring av helseopplysninger ved utskrivelse av pasienter, og for samhandlingen mellom sykehus og kommunen. Ved pasient utskrivelser hvor informasjonen er ufullstendig, for eksempel mangelfull medisinliste, kan det føre til merarbeid for hjemmesykepleien og konsekvenser

for den videre pasientbehandlingen. Brattheim et al., (2016) nevner at selve merarbeidet, ved en eksempelvis mangelfull medisinliste, fører til at hjemmesykepleien må ta kontakt med sykehusavdelingen og/eller fastlege vedrørende medisiner, og for pasienten kan utfallet være et forlenget sykdomsforløp. Det er ikke nødvendigvis slik, at man kan standardisere arbeidsoppgaver som er komplekse og/eller har uklare problemstillinger (Brunsson & Jacobsson, 1998, s. 13- 26). Funn i min undersøkelse vektla, som Brattheim et al., (2016) hevder, at det kan sees i sammenheng med viktigheten av en felles forståelse, for hvilket informasjonsbehov neste tjenesteyter trenger for oppfølging av pasientbehandling. Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 82- 84) nevner at den standardiserte kunnskapen, informasjonssystemet er bygget på, som en koordineringsmekanisme for en arbeidsprosess, kan være til fordel ved at alle vet hva man gjør og være til nytte for mottakeren og forhindre dobbeltarbeidet. Derimot når ansatte ulikt fortolker hva de skal legge vekt på i meldeskjemaet, kan konsekvensen bli feil og mangler og ulik forståelse av innholdet, noe som påpekes i mine data. Imidlertid kan organisasjonskulturen ifølge Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 126- 136) bidra til at ansatte finner sine egne måter å løse den standardiserte kunnskapen på, gjennom tidligere arbeidserfaring og felles verdier og normer i organisasjonen. Dette vises i min undersøkelse der respondentene fikser, kopierer og limer ved bruk av journalsystemer og PLO-meldinger, og det ser ut til at det er blitt en norm på arbeidsplassen.

Hensikten med å oppnå forsvarlig pasientutskrivelser er at annet helsepersonell skal kunne motta relevante og adekvate pasientopplysninger slik at rette tiltak kan iverksettes (Helsepersonelloven, 1999, § 4, 39, 40; Sykepleieforbundet, 2011). Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 282- 283) nevner at for å sende og motta relevant informasjon må man være mottakelig for dette. På den ene siden kan mine funn knyttes til verdier som felles forståelse og tillit som avgjørende faktorer, for at dette skal kunne fungere optimalt i praksis. På en annen siden viser mitt datamateriale, at manglende forståelse og mistillit, medfører merarbeid og kan få konsekvenser for pasientbehandlingen. Behovet for elektronisk meldingsutveksling, handler om å sørge for at helsepersonell mottar nødvendig informasjon om pasienter, som skal bidra til forsvarlig helsehjelp. Dette er gjenkjennelig i lovverket og retningslinjer for bruk av pleie- og omsorgsmeldinger (Helsedirektoratet, 2012; Helsepersonelloven 1999, § 39, 40; Norsk helsenett, u.å).

Det fremkommer i en rapport fra helsetilsynet (2016) at svikt i overføring av informasjon fra sykehus til kommunehelsetjenesten, kunne være måten den ble oversendt på, og/eller feil og mangler i pasientopplysninger som for eksempel medisiner eller funksjonsbeskrivelser (Helsetilsynet, 2016). Dette er gjenkjennelig i min undersøkelse, at det som for sykehus respondentene betegnes som relevant informasjon, sett fra deres faglige perspektiv, kan oppfattes som mangelfull, for hjemmesykepleie ved bruk av PLO-meldinger. I Flateland et al., (2015), Melby et al., (2015) og Tønnessen et al., (2016) sine studier, nevnes det at helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten ikke alltid har tilstrekkelig kunnskap om motpartens behov for informasjon, noe som faktisk påvirker overføring av relevante opplysninger, og kan få konsekvenser for samhandlingen. I tråd med dette vises det i en rapport fra Helsetilsynet (2016), i likhet med Paulsen & Romøren (2013), at mangelfull informasjon, kan få store konsekvenser for pasientbehandlingen og den videre oppfølgingen. Medisinmangler blir nevnt som den mest fremtredende feilkilden ved pasientutskrivelser. Og at dette ofte skjer i den sårbare overgangen mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, noe som også vises i mine funn. Imidlertid fremkommer det i studien til Melby et al., (2015) at informasjons- og kommunikasjonsteknologi kan være et nyttig verktøy for sykepleieren ved pasientutskrivelser, men forutsetningen er at man bruker det slik det er tenkt. Man kan undre seg over, om et standardisert skjema kan bygge bro over informasjonsgapet mellom sykehus og hjemmesykepleie når pasienter skrives ut. Vikkelsø (2004, s. 123) skriver at "Standardisering er ikke en garanti for at information produceret et sted vil være brukbar i et andet". Melby et al., (2019, s. 150-151) konkluderer i sin undersøkelse på den ene siden at, IKT mellom sykehus og kommuner er blitt betydelig enklere og mer effektiv, ved sikrere informasjonskvalitet og økt tilgjengelighet for informasjon blant helsepersonell. Men på en annen side ser man behovet og viktigheten av, å ha god kunnskap om ansattes arbeidsoppgaver og bruksområdet. Dette for å velge rett omkring hvilke elementer av informasjon som er sentralt å forbedre, når informasjonen fortsatt oppleves å komme for sent og være irrelevant og ustrukturert (Melby et al., 2019, s. 150-151). Dette underbygges i studier av Flateland et al., (2015), Hellesø et al., (2004), Hellesø et al., (2005) og Melby et al., (2015) både før og etter at den elektronisk meldingsutveksling ble tatt i bruk.

Mine funn i undersøkelsen viser at den satte tidsfristen for å melde pasienten utskrivningsklar, klokken 12.00, gjør at ansatte i sykehus skynder seg med å sende helseopplysninger. Når tidsfrister presses, må de prioritere hva som er viktigst, og noen

ganger sendes kun en setning eller to som pasientinformasjon. Det vil gi konsekvenser ved at sykehuset får økonomisk medansvar for pasienten om tidsfristen ikke holdes. Det samme gjelder for hjemmesykepleien, som overtar det økonomiske ansvaret når pasienten er meldt utskrivningsklar (Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklare pasienter, 2011, §1). Dette blir også påpekt begge veier i mine intervjuer. En annen forklaring kan være ansvars- og oppgavefordelingen mellom sykehus og kommune, om hvem som bestemmer når en pasient er klar til å utskrives. Det vises til ulik forståelse og tolkning omkring dette i min undersøkelse. Gautun et al., (2016) diskuterer dette i sin studie, og påpeker at det må undersøkes i hvilken grad samarbeidsavtalenes hensikt, er godt nok kjent for de ansatte. Det konkluderes i studien til Tønnessen et al., (2016) at samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og hjemmesykepleie ikke fungerer optimalt etter hensikten når pasienter skrives ut fra sykehus til hjemmet. Det kan se ut til at en skjev ansvars- og oppgavedeling dem imellom, om hva og hvordan de skal samhandle, når det ikke er en felles forståelse omkring dette. På den ene siden belyses det i studien at i enkelte situasjoner fungerer samhandlingen om kreftpasienter godt. På en annen side må hjemmesykepleie bare ta imot pasienter, så lenge de er medisinsk avklart på sykehuset (Tønnessen et al., 2016). Dette er i tråd med mine data, hvor hjemmesykepleie respondenter stiller seg undrende til, enkelte avgjørelser for når pasient er utskrivningsklar. Slik jeg kan tyde dataene fra sykehus respondentene, er det tydelig en kulturell formening om at er pasienten medisinsk avklart skal den sendes hjem.

Mine funn viser at alle respondentene gav uttrykk for å ville dele sine erfaringer, mellom tjenestenivåene, for å forhindre mangelfull informasjonsutveksling. Manglende faste møtearenaer, mellom hjemmesykepleien og sykehuset, nevnes i studien til Tønnessen et al., (2016) som en ulempe, fordi en del av informasjonen kan her falle bort. Dette tydeliggjøres av alle respondentene i min undersøkelse, og av den grunn ytrer de ønske om felles samhandlingsarenaer. Imidlertid nevnes den uformelle muntlige kommunikasjonsutvekslingen, å være av stor betydning, i tillegg til den formelle skriftlige informasjonsutvekslingen i studiene til Hellesø et al., (2005) og Slaatsveen et al., (2018). Funnt fra undersøkelsen min viste at, ved et sammensatt og komplekst sykdomsbildet, ble den muntlige kommunikasjonen ansett som nødvendig for pasientbehandlingen og samhandlingen. Det ble sett på som positivt at kommunikasjonen ble utført ved at man snakket sammen i telefonen og enkelte ganger ansikt-til-ansikt blant annet med pasientkoordinator eller samarbeidsmøter på sykehuset. Det erfartes godt å ha en stemme å

forholde seg til, noe som førte til tillit og forståelse for de man samhandlet med. Dette understøttes og påpekes i studien til Flateland et al., (2015) at sykepleierstudenter opplevde positive erfaringer ved at sykepleiere i palliativt team, var fleksible til å bruke uformelle kommunikasjonsformer, i tillegg til formelle systemer for informasjonsutveksling. Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 280- 284) argumenterer for at kommunikasjon er en overføring av informasjon, men også holdninger og følelser som påvirker hvordan den blir tolket av de som kommuniserer. På den ene siden, ved å stole på at sender og mottaker forstår hverandre og gir tilbakemelding, og på en annen side, at sender og mottaker utvikler en felles forståelse. Imidlertid viser studien til Brattheim et al., (2016) at manglende kjennskap til mottakerens arbeidsområde, kan sender ordlegge seg slik, at mottaker ikke forstår eller stiller seg nølende til meldingen, som fører til mistillit til senderen. Personlige egenskaper som erfaringer, tillit og gjensidig forståelse, er faktorer som er viktig for kommunikasjonen og samarbeid ifølge Jacobsen & Thorsvik, (2013, s. 280- 284) og studien til Roderiques et al., (2005). Knudsen (2004, s. 24) og Willumsen (2009, s, 73) neverer at tillit er en viktig faktor for å utvikle samarbeid. Det er sentralt at ansatte stoler på hverandres kompetanse og intensjoner, når de overfører informasjon til neste tjenesteyter slik at man oppnår tillit til hverandre, noe som underbygges av Grimen (2009, s. 19) og Grimen (2008, s. 205). Motsetningen vises i mine funn, som mistillit og at tillitskjeden blir brutt, for eksempel når respondentene ikke stoler på hverandres intensjoner når pasienter skrives ut fra sykehus. Sett fra en annen synsvinkel påpekes det i studien til Flateland et al., (2015) og av Hellesø & Olsen (2019, s. 7) at det er i tillegg viktig med informasjonssystemer, som dekker de behovene helsepersonell har for oppfølging og god utøvelse av sykepleie til pasienter.

5.3 Integrasjon av journalsystemer

For å få en god flyt av pasientinformasjon mellom de ulike behandlingsnivåer, er de digitale kommunikasjonssystemene viktige elementer for ansatte som skal sende PLO-meldinger. Funn i min undersøkelsen vektla, som Hauge (2017, s. 195- 196) og Huemer & Eriksen, (2017) hevder, manglende funksjonalitet og digital kompetanse i forhold til bruk av de ulike journalsystemene. Brukervennlighet og tilpassede digitale løsninger oppleves som tungrodd, noe som påpekes av alle respondentene i min undersøkelse. I kontrast til dette nevner Hauge (2017, s. 195) betydningen av at helsepersonell involveres i utvikling

av manglende IKT, da de lettere ser løsninger i sin arbeidshverdag. I tråd med dette viser resultater i studien til Tang et al., (2018) at brukerinvolvering kan føre til forbedring av brukergrensesnittutforming, og identifisere eventuelle programvarefeil, slik at nye moduler kan opprettes for å lette arbeidsflyt (Tang et al., 2018). Dette kan sees i sammenheng med funn i min undersøkelse, hvor respondentene har manglende tiltro til egne journalsystemer, da all erfaring viser liten funksjonalitet, og at dette hindrer god arbeidsflyt. For respondentene kan det se ut til at det handlet om tillit til journalsystemet, og tillit til mottakeren av PLO-meldinger. Imidlertid konkluderer Hellesø et al., (2016) i sin studie at selv om PLO-meldinger er et nyttig kommunikasjonsverktøy, må det allikevel suppleres med andre muntlige kommunikasjonsformer, for å ivareta informasjonsbehovet i overføring av pasienter etter endt sykehusopphold.

Melby et al., (2015) derimot hevder i sin studie at det er avgjørende, at sykepleierne bruker journalsystemet slik det er tenkt. Men på en annen side nevner Hellesø et al., (2016) hvorvidt PLO-meldingssystemet har en funksjon for tilbakemelding på mottatt melding, og om den er kjent i de ulike organisasjonene. Dette er likhetstrekk ved min undersøkelse, der sykehusrespondentene etterspør en slik funksjon i journalsystemet, selv om det finnes applikasjonskvittering når meldinger er sendt og mottatt av mottakeren. Det kan tyde på mistillit til PLO-meldingssystemet, når manglende funksjonalitet oppleves uoversiktlig og tungrodd. Samt tiltro til kollegaer, hvordan de benytter journalnotater og kunne stole på at vedkommende sender tilstrekkelige opplysninger. Dette er gjenkjennelig i funn fra sykehusrespondentene i min undersøkelse. Det kan handle om teknologisk integrasjon av journalsystemer, som vil føre til at systemene passer sammen i et helhetlig system, og at ansattes arbeidshverdag og personlige preferanser involveres i videreutvikling av nye funksjonsløsninger. Brukervennlig informasjon- og kommunikasjonsteknologi kan ifølge Hauge (2017, s. 195) lette ansattes arbeidshverdag, for eksempel ved bruk av elektronisk kommunikasjon og tilliten til journalsystemer kan bedres. I kontrast påpeker Hellesø et al., (2016) at PLO- systemet ikke alltid ivaretar informasjonsbehovet, og av den grunn bruker sykepleierne telefonen i tillegg. Sett fra en annen synsvinkel viser Melby et al., (2015) til resultater at elektronisk meldingsutveksling forbedrer informasjons- og pasientsikkerheten, men poengterer at systemet må tas i bruk slik det er tiltenkt. Dette kan sees i sammenheng med studien til Huemer & Eriksen (2017) som nevner at manglende opplæring, kan gi individuelle ulikheter i hvordan den enkelte ansatte bruker journalsystemene på. Det kan få konsekvenser for overføring av riktig pasientinformasjon til neste tjenesteyter, noe som

påpekes i mine funn. Sykepleiere skal holde seg faglige oppdatert, og at tjenester tilpasses den enkelte på en god måte (Norsk sykepleieforbund, 2011). Det kan se ut som at integrasjonen av ulike journalsystemer, kan være en forklaring på at PLO-meldingsutvekslingssystemet ikke alltid erfares som et optimalt kommunikasjonsverktøy, og at det påvirker samhandlingen mellom tjenestenivåene i min undersøkelse. Sett fra ett annet perspektiv vises det til funn i mine intervjuer, at både sykehus og hjemmesykepleien fortsatt bruker andre kommunikasjonsformer enn elektroniske meldinger, noe som er i tråd med studier til Flateland et al., (2015), Hellesø et al., (2016) og Lyngstad et al., 2014. Hauge (2017, s. 195-197) og Huemer & Eriksen (2017) nevner, i likhet med funn i min undersøkelse, viktigheten av at sykehus og hjemmesykepleie tilrettelegger for brukervennlige teknologiske løsninger ved bruk av PLO-meldinger. Hvis ikke kan det lett bli misforståelser, ved overføring av pasientopplysninger, og videre pasientbehandling ved utskrivelse fra sykehus til hjemmesykepleien. Dette gjenspeiler seg i min funn hvor det stadig nevnes om tungrodd journalsystemer, og ikke optimale digitale løsninger for respondentene i hjemmesykepleien når de arbeider hjemme hos pasienter. Huemer & Eriksen (2017) påpeker i sin studie, i likhet med Hauge (2017, s.196- 197) viktigheten av at ansatte har tilgjengelig brukervennlig IKT utsyr som dekker deres behov i arbeidshverdagen. I tillegg nevner Huemer & Eriksen (2017) at opplæring av IKT er viktig, for å øke den digitale kompetansen blant ansatte.

5.4 Opplæring

Hvordan sykehus og hjemmesykepleie har løst den formelle og uformelle opplæringen, viser i mine data å være noe ulik. Det kan tolkes som at sykehuset har opplæringssystemer, der den formelle opplæringen er satt i system ved at den blir kvalitetssikret. I motsetning til hjemmepleie hvor man sitter og snakker om det. Det fremkommer at det er lite rom for å sette seg ned å lese den formelle informasjonen, eller at det blir tilrettelagt for undervisning. Det antydes imidlertid at den praktiske opplæringen har større betydning, ved at man tar i bruk journalsystemer og PLO-meldinger. Men er det virkelig slik som studien til Huemer og Eriksen (2017) påpeker, at må man bruke PLO-meldinger for å lære og opprettholde praktiske ferdigheter. Eller kan det også tenkes at ansatte bør ha, både den formelle og praktiske opplæringen, for å forstå betydningen av elektronisk meldingsutveksling, slik det kan antydes i studien til Christiansen et al., (2017). Smebye

(2008, s. 87) nevner at den teoretiske kunnskapen ervervet gjennom utdanning, er en forutsetning for profesjonell utøvelse i praksis. Huemer & Eriksen (2017) påpeker, i tråd med Smebye (2008, s. 97), at kunnskap overføres og videreutvikles i et kollegialt felleskap.

Det kommer ikke tydelig frem, hvorfor den formelle opplæringen ikke omtales i like stor grad som den praktiske opplæringen i mitt datamateriale. Men en mulig forklaring kan være, at samspillet mellom ledere og ansatte er viktig, for å kunne legge til rette for både individuell og kollegial opplæring nevner Vabo (2014, s. 194-195). I følge arbeidsmiljøloven (2005, §§ 4-1, 4-2) og kunnskapsdepartementet (2005) er det et krav og en forventning, til hvordan formelle opplæringsrutiner skal gjennomføres i organisasjoner. Slik jeg tolker mine data, kan manglende opplæring være uttrykk for at det ikke, har blitt lagt til rette for den formelle delen av opplæringen i hjemmesykepleien. Dette støttes i en rapport fra riksrevisjonen, hvor det vises til at prosedyrer ikke er gjort godt nok tilgjengelig, for ansatte som arbeider med pasientutskrivelser til daglig (Riksrevisjonen, 2017, s. 28). Derimot kan den tause kunnskapen den enkelte sykepleier har utviklet over tid, og som man vet fungerer ved at man fysisk må gjøre det i praksis, være den mest foretrukne måten å lære opp nyansatte på.

Respondentene i undersøkelsen vektla, som Huemer & Eriksen (2017), mengdetrening i praksis. Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 363- 364) nevner at det er viktig å fremme den tause kunnskapen i organisasjonene, ved at ansatte viderefører den til andre i praksis. Dette er gjenkjennelig fra mine data, der respondentene viser til ulike måter å løse funksjonaliteten i journalsystemer, ved at man sitter '*shoulder to shoulder*'. Imidlertid kan også mine funn antyde, at organisasjonskulturen påvirker hvordan sykepleierne lærer opp de nyansatte, ved at de selv har en formening om at den enkleste måten, er å la den nyansatte skrive en PLO-melding selv. Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 131- 137) skriver at normer kan vise til hva som er passende og forventet, at den ansatte følger. Eller at organisasjonens verdier om hva som er rett og galt, kan påvirke hvilke valg man tar. Bolman & Deal (2014, 298- 299) nevner organisasjonskultur som et produkt og en prosess, der kunnskap tilegnet gjennom erfaring blir videreført og fornyet, hver gang nyansatte lærer måten man gjør ting på som man selv igjen lærer bort. Dette er i tråd med min undersøkelse, når de ansatte gjennom bruk av kunnskap og erfaringer lærer opp kollegaer.

Hvordan man tilegner seg kunnskap, avhenger blant annet av relasjonelle faktorer som personlige egenskaper, gjensidig forståelse, tillit og vilje til samarbeid ifølge studien til San Martin Roderiques et al, (2005). Grimen (2008, s. 205) påpeker viktigheten av at man stoler på hverandres kunnskap og intensjoner. I tråd med dette nevner Huemer & Eriksen (2017) at god opplæring vil ha stor betydning for hvordan helsepersonell ser nytten av PLO-meldinger. Imidlertid kan det begrense helsepersonells handlingsrom, når opplæring ikke er tilfredsstillende ifølge studien til Christiansen et al., (2017) og Huemer & Eriksen (2017). Det kan eksemplifiseres gjennom funn i mine data, at sykepleiere må etterspørre og finne noen som kan hjelpe dem når de står fast. Det fremkommer i studien til Huemer & Eriksen (2017) at organisasjonsstruktur og kultur, kan påvirke opplæring i organisasjoner. Dette understøttes av Jacobsen & Thorsvik (2013, s. 361-364), i tråd med funn i mitt datamaterialet, som nevner hvordan nedskrevet- og taus kunnskap kan forsteke hverandre i praksis.

6.0 Avrunding og veien videre

Jeg har diskutert mine funn opp imot teori og forskning på fagfeltet. Det viser seg at de ansatte i sykehus og hjemmesykepleien som deltok i undersøkelsen, opplever utfordringer ved bruk av elektronisk meldingsutveksling. Jeg skal nå runde av denne studien ved å samle trådene for å svare på problemstillingen:

«Hvilke erfaringer har ansatte i sykehus og hjemmesykepleie med bruk av elektronisk meldingsutveksling ved pasientutskrivelser, og hvordan påvirker det samhandlingen?».

Jeg ser nærmere på mine hovedfunn og forståelsen av disse. Dette for å finne ut hvordan de ansatte opplever å bruke PLO-meldinger i sin arbeidshverdag, og betydningen av dette i det organisatoriske systemet, arbeidsplassene og samhandlingen. Kapittelet avrundes med veien videre.

6.1 Avrunding

Det fremkommer i mine funn at visse organisatoriske forutsetninger bør være på plass, for at PLO- meldinger skal fungere etter intensjonen. Det kommer frem at det er manglede kjennskap til samarbeidsavtalen og de tilhørende prosedyrene, som er utslagsgivende for resultatene i min undersøkelse og i relevant forskning jeg har brukt. Disse avtalene synes i liten grad å være godt nok forankret i sykehus og hjemmesykepleien. Til tross for at ansvars- og oppgavefordelingen er klar, oppstår det dobbeltarbeid og økt bruk av ressurser i form av tid. Samarbeidsavtalen stiller krav til fordeling av ressurser, både av helsetjenester og økonomiske føringer. Den formelle tidsfristen som er omtalt i intervjuene ved sykehuset, påpeker dette som en hemmende organisatorisk faktor, da de ansatte opplever dette som tidspress, som igjen påvirker andre daglige gjøremål i løpet av arbeidsdagen. Slik jeg ser det, kan valg av koordineringsmekanismer ved fordeling av arbeidsoppgaver, påvirker de ansattes handlingsrom. Både ledelse og ansatte burde finne felles løsninger for koordinering av arbeidsoppgaver, og forbedre kunnskapen om samarbeidsavtalen. Det må gjøres på en slik måte, at dette kan la seg gjennomføre i praksis.

Viktigheten av riktige og nok *helseopplysninger* ved bruk av PLO-meldinger, er av stor betydning for ansatte, som skal ivareta og yte forsvarlig helsehjelp til pasienter. Det viser seg at det standardiserte *helseopplysningsskjemaet*, tidspress og ulike faglige vurderinger av pasientens helsehjelp, påvirker hvordan overføring av opplysninger blir utført. For å forbedre ansattes kompetanse om hvilken informasjon motparten har behov for, burde organisasjonene, ledelsen og ansatte komme sammen, for å finne ut felles løsninger, som dermed kan bidra til at ansatte får bedre forutsetninger, for å forstå og gjøre den satte arbeidsoppgaven. Noe av problematikken viser seg også å være, at man ikke alltid stoler på hverandres faglige vurderinger og tolkninger av pasienters helsehjelp. Funnene viser at svekket tillit, kan få konsekvenser for overføring av *helseopplysninger* og for samhandlingen.

Pleie- og omsorgsmeldinger som er en del av informasjon og kommunikasjonsteknologien, kan vanskeliggjøre bruken av disse meldingene. Det er ikke nødvendigvis bare menneskelig svikt, som påvirker informasjonsoverføringen. Men det viser seg at det også er dårlig utviklet og tilpasset IKT til de ansattes bruksområde, som er et av de største problemene i den daglige bruken av journalsystemene. Det vil dermed være sentralt at organisasjoner tilrettelegger og gjør tilgjengelig både prosedyrer, opplæring og brukervennlig digitale løsninger. Organisasjoner bør av den grunn, kunne ha frihet for å være fleksible når det er situasjoner som tilsier det, og legge til rette for bedre brukervennlig journalsystemer i deres arbeidsmiljø.

Selve PLO- meldingssystemet er i utgangspunktet et godt samhandlingsverktøy, om alle hadde fulgt intensjonen. Men forskning viser at det ikke er tilstrekkelig integrert, og mine funn viser en varierende opplæring. Det er viktig at ansatte som skal bruke dette verktøyet har journalsystemer som fungerer i, og mellom tjenestenivåene. Det vises til mangelfull opplæring både i bruken av PLO-meldinger, og at dens hensikt ikke er godt nok kjent for de ansatte. Dette burde ledelsen legge til rette for, sette av ressurser til, slik at rutiner blir tilgjengelig og satt i ett system, slik at ansatte for mulighet for å skaffe seg kompetanse, og etterutdanning.

Formelle krav til organisasjoner om opplæringsrutiner, og den kulturen som er i den enkelte organisasjon, har stor betydning for hvordan enkelt individet erfarer opplæringen. Opplæring er viktig for at helsepersonell skal kunne bruke PLO-meldinger riktig i samhandlingen ved pasient utskrivelse. Tillært kunnskap/erfaring og den formelle

kunnskapen, er gjensidig avhengig av hverandre for å kunne forstå hensikten og betydningen, ved bruk av PLO-meldinger mellom tjenestenivåer.

Jeg har også funnet mistillit til hvordan PLO-meldingssystemet fungerer i praksis, og at det bærer preg av en kultur der man ikke alltid stoler på hverandres faglige vurderinger. Og det å ha tillit til hverandre, ser ut til å være en de større utfordringene i samhandlingen. Slik jeg anser det kan PLO- meldingsutvekslingssystemet være et godt samhandlingsverktøy ved pasientutskrivelser, under optimale forhold. Selv om det i denne studien viser til flere utfordringer, er det også muligheter til forbedringer, når organisasjoner tilrettelegger for opplæring og bruk av PLO-meldinger i den praktiske arbeidshverdagen.

6.2 Veien videre

Mine funn kan sees i sammenheng til tidligere studier på fagfeltet, og kan bidra til å sette søkelyset på kunnskap om samarbeidsavtalen og tilhørende retningslinjer, bedre brukervennlighet, utvikling av journalsystemer og behovet for opplæring. Selv om mitt utvalg og datamateriale er lite, kan det være et godt bidrag for å utforske det i ett større perspektiv. Slik jeg ser det hadde det vært spennende med deltagende observasjonsstudier, for å observere hvordan den enkelte ansatte faktisk handler i de ulike situasjonene. Ved å søke bedre forståelse av selve handlingsdimensjonen sammenliknet med kvalitative intervjuer. I tillegg hvordan man kan forbedre kunnskapen omkring samarbeidsavtale og tilhørende prosedyrer.

I samfunnet er det økt fokus på digitalisering, derfor bør det også være økt fokus på opplæring og nytenkning innen helsevesenet, omkring teknologisk funksjonalitet i brukerutstyr og ett felles nasjonalt journalsystem. Dette kunne være svært interessante og varierende tema å utforske nærmere, både for meg, helsevesenet og samfunnet for øvrig.

Litteraturliste

Abbot, A. (1988). *The system of professions: an essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (LOV-2005-06-17-62). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Bjørkquist, C. (2019). Digitalisering- løsninger og problemer. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide (Red.), *Organisasjonsperspektiver på samordning av helse- og velferdstjenester* (s. 169-191). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bjørkquist, C & Fineide, M. J. (2019). Introduksjon: Behovet for samordning og samarbeid. I C. Bjørkquist & M. J. Fineide, M. J. (Red.), *Organisasjonsperspektiver på samordning av helse- og velferdstjenester* (7-17). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Bolman, L. G. & Deal, T. E. (2014). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse: struktur, sosiale relasjoner, politikk og symboler* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskriving av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleie Forskning*, 11(1), 26-33. Hentet fra: <http://dx.doi.org/0.4220/Sykepleief.2016.56830>

Brottveit, G. (2018). Den kvalitative forskningsprosessen og kvalitative forskningsmetoder. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (s. 84- 105). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brunsson, N. & Jacobsson, B. (1998). *Standardisering*. Stockholm: Nerenius & Santerus Forlag.

Christiansen, L., Fagerstrøm, C., & Nilsson, L. (2017). Nurses' use and perception of an information and communication technology system for improving coordination during hospital discharges: A survey of Swedish Primary Healthcare. *CIN: Computers,*

Informatics, Nursing, 35(7), 358-363. Hentet fra
<https://doi/10.1097/CIN.0000000000000335>

De nasjonale forskningsetiske komiteene (2016). Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. Hentet fra
<https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/a.-forskning-samfunn-og-etikk/>

Del Busso, L. (2018). Å bli en etisk forsker. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder: om å arbeide forskningsrelatert* (s.118-128). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Direktoratet for e-helse (2014). *Helseopplysninger v.1.6. Profil av standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- omsorgstjenesten v.1.6* (HIS 1144: 2014, oppdatert 02/2020). Hentet fra: <https://ehelse.no/standarder/helseopplysninger-v1.6>

Fjørtoft, A.K. (2016). *Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen Fagbokforlaget.

Flateland, S., Nesheim, T. M., Riiser, A-B. & Söderhamn, U. (2015). Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjeneste. *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 1(2), 145-53.

Forskrift om kommunal betaling, utskrivningsklar pasient. (2011). Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (FOR-2011-11-18-1115). Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115>

Gautun, H., Martens, C.T. & Veenstra, M. (2016). Samarbeidsavtaler og samarbeid om utskrivning av pasienter. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(2), 88-93. Hentet fra
<https://dx.doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2016-02-03>

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of Disease- Part I: Differentiation *Health Care Management Review*. 26(1), 56-59.

Glouberman, S. & Mintzberg, H. (2001). Managing the care of health and the cure of Disease- Part II: Integration. *Health Care Management Review*. 26(1), 70-84.

Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.

Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L. i. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 197- 212). Oslo: Universitetsforlaget.

Hauge, H. N. (2017). *Den digitale helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Hellesø, R. & Fagermoen, M.S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *International Journal of Integrated*, 10(1). Hentet fra <https://doi.org/10.5334/ijic.508>

Hellesø, R., Melby, L., Brattheim, B., & Toussaint, P. (2016). Exchange of information between hospital and home health care: A longitudinal perspective. *Studies in Health Technology and Informatics*, (225), 349-353. Hentet fra <https://dx.doi.org/10.3233/978-1-61499-658-3-349>

Hellesø, R. & Olsen, R. M. (Red.). (2019). *Digitalisering i sykepleietjenesten: en arbeidshverdag i endring*. NOASP Cappelen Damm akademisk Hentet fra <https://press.nordicopenaccess.no/index.php/noasp/catalog/book/71>

Hellesø, R., Sørensen, L. & Lorensen, M. (2005). Nurses information management at patients discharge from hospital to home care. *International Journal of Integrated Care* 5(3). Hentet fra <https://doi/10.5334/ijic.133>

Helsedirektoratet (2012). *Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere*. Hentet fra [https://ehelse.no/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-hisd-80806-2012/ /attachment/inline/0905a496-f5a1-4006-9816-2d8bd2f841e9:2d43b36db2ae820665d9daaefcf3163ada459e43/Bruk%20av%20pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20\(HISD%20808062012\).pdf](https://ehelse.no/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-hisd-80806-2012/ /attachment/inline/0905a496-f5a1-4006-9816-2d8bd2f841e9:2d43b36db2ae820665d9daaefcf3163ada459e43/Bruk%20av%20pleie-%20og%20omsorgsmeldinger%20(HISD%20808062012).pdf)

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Samhandlingsreformen - lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/dokumenter-sam/nasjonal-veileder-samarbeidsavtaler-mellom-kommuner.pdf>

Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samhandlingsreformen- Rett behandling- på rett sted- til rett tid.* (Meld. St. nr. 47 2008- 2009). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2012). *En innbygger- en journal.* (Meld. St. nr. 9 2012-2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-9-20122013/id708609/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om helse- og omsorgstjenester (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsetilsynet. (2016). *Informasjon var mangelfull og kom ofte for sent: oppsummering av landsomfattende tilsyn 2015 med samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.* (Rapport fra Helsetilsynet 1/2016). Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2016/informasjonen-var-mangelfull-og-kom-ofte-for-sent-oppsummering-av-landsomfattande-tilsyn-i-2015/>

Huemer, J. & Eriksen, L. (2017). Teknologi i Samhandlingsreformen. utfordringer ved implementering av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i kommunehelsetjenesten. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(01), 48-62.

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk

Jacobsen, D. I. (2004). Hvorfor er samarbeid så vanskelig? I D. I. Jacobsen & P. Repstad, (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (2.utg.). (s.75- 112). Oslo: Universitetsforlaget.

Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4.utg.). Bergen bokforlaget.

Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P.A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5.utg.). Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori?: nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Knudsen, H. (2004). Samarbeid på tvers av organisasjonsgrenser. I D. I. Jacobsen & P. Repstad (Red.), *Dugnadsånd og forsvarsverker: tverretatlig samarbeid i teori og praksis* (2.utg.). (s.19- 70). Oslo: Universitetsforlaget.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015). *Digital agenda for Norge- IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* (Meldt. St. 27 (2015-20169)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/?ch=1>

Kunnskapsdepartementet. (2008). Forskrift til rammeplan for sykepleierutdanning (FOR-2008-01-25-128). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-01-25-128>

Kvale, S. & Brinkman, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lyngstad, M., Hofoss, D., Grimsmo, A. & Hellesø, R. (2015). Predictors for assessing electronic messaging between nurses and general practitioners as a useful tool for communication in home health care services: a cross- sectional study. *Journal of Medical Internet Resarch*, 17(2). Hentet fra Hentet fra <https://10.2196/jmir.4056>

Melby, L., Brattheim, B. J. & Hellesø, R. (2015). Patients in transition- improving hospital – home care collaboration through electronic messaging; providers perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23-24), 3389-3399. Hentet fra <https://doi.org/10.1111/jocn.12991>

Melby, L., Hellesø, R., Brattheim, B. & Toussaint, P. (2019). Irrelevant, dårlig strukturert og forsinket informasjon – en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner. I R. Hellesø & R. M. Olsen (Red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring* (s. 131–152). Oslo: Cappelen Damm Akademisk. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch7>

Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier- en introduksjon. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13- 26). Oslo: Universitetsforlaget.

Norsk helsenett (u.å). *Veileder for elektronisk meldingsutveksling*. Hentet fra <https://www.nhn.no/veileder-for-elektronisk-meldingsutveksling/del-1-elektronisk-meldingsutveksling/elektronisk-meldingsutveksling/>

Norsk sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/2182990/seefile>

Paulsen, B., Romøren, T. I. & Grimsmo, A. (2013). A collaboration chain out of phase. *International Journal of Integrated Care*, 13(1). Hentet fra <https://doi.org/10.5334/ijic.858>

Riksrevisjonen (2017). *Helseforetakenes praksis for utskrivning av somatiske pasienter kommunehelsetjenesten* (Dokument 3:2 (2017-2018)). Hentet fra https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/helseforetak_pasienter_-kommunehelsetjeneste.pdf

Tang, T., Lim, M. E., McLachlan, A. & Quan, S. D. (2018). Clinician user involment in the real world: Designing an electronic tool to improve interporfessional communicatio and collaboration in a hospital setting. *International Journal of Medical Informatics*, 110, 90-97. Hentet fra <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2017.11.011>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2. utg.). Bergen: Bokforlaget.

Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder* (3.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tønnessen, S., Kassah, B. L. L. & Tingvoll, W.-A. (2016). Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten. *Sykepleien forskning*(1), 16-24. Hentet fra <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>

San Martin- Roderiguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada –Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboratin: a review of theoretical and empirical studies. *Journal of interprofessional care*, 19suppl 1,132-147.

Slaatsveen, I., Stavnesli, I., Halestrønning, J. & André, B. (2018). Elektroniske omsorgsmeldinger gir bedre og sikrere dokumentasjon. *Sykepleien forskning*. Hentet fra <http://dx.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70599>

Smeby, C.- J. (2008). Profesjon og utdanning. I A. Molander & L. I. Treum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 87- 99). Oslo: Universitetsforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten (LOV-1999-07-02-61). Hentet fra <https://www.lovdatab.no/dokument/NL/lov/199-07-02-61>

Sykehuset Telemark. (u.å). *Kort oversikt over PLO- meldingsflyt mellom sykehus og kommune*. Hentet fra <https://www.sthf.no/SiteCollectionDocuments/Samhandling-avtaler/Vedlegg%206%20-%20Delavtale%204%203%201%20Flytskjema%20pleie%20og%20omsorgsmeldinger.pdf>

Vabo, S. I. (2014). Velferdens organisering- mellom styring, ledelse og læring. I S. I. Vabo (Red.) & M. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s. 175- 197). Oslo: Universitetsforlaget.

Vikkelsø, S. (2004). Brobygning med papir: «Den gode epikrise» og den svære koordinering. I S. Vikkelsø & S. Vinge (Red.), *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet* (s. 97- 124). København: Handelshøjskolens forlag.

Willumsen, E. (Red.). (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Oslo: Universitetsforlaget.

Vedlegg

Vedlegg 1 NSD norsk senter for forskningsdata



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Hvilke erfaringer har ansatte i sykehus og hjemmesykepleie med elektronisk meldingsutveksling i pasientutskrivelser?

Referansenummer

501828

Registrert

20.02.2019 av Veronica Eidesgaard - veronica.eidesgaard@hiof.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Mona Jerndahl Fineide, mona.j.fineide@hiof.no, tlf

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Veronica Eidesgaard, veronicaeide@hotmail.no, tlf:

Prosjektperiode

08.01.2019 - 01.06.2020

Status

26.02.2019 – Vurdert

Vurdering (1)

26.02.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 26.02.2019, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

Forespørsel om deltagelse i studiet

Bakgrunn og formål

Jeg tar et masterstudie i tverrfaglig samarbeid i helse- og sosialsektoren. Det er høghskolen i Østfold som er ansvarlig for studiet. Dette er en forespørsel til deg om å delta i forskningsstudie der jeg ønsker å undersøke "Hvilke erfaringer har ansatte i sykehus og hjemmesykepleie med elektronisk meldingsutveksling i pasientutskrivelser, og hvordan det påvirker samhandlingen?". Det handler om å møte den enkelte ansatte og få høre hva de har å fortelle om tema.

Kriterier for å delta i studien og utvelgelse av deltagere

Ett kriterium er at informantene bør ha arbeidet i minst 2-3 år for å ha opparbeidet seg erfaringer om elektronisk meldingsutveksling. Informanter blir utvalgt gjennom avdelingsledere.

Hva innebærer det for deg å delta i studien.

Deltakelse i studien betyr at du stiller deg positiv til å bli intervjuet av studenten ved høghskolen.

Intervjuet vil handle om dine opplevelser og meninger med elektronisk meldingsutveksling i pasientutskrivelser. Intervjuet vil ha en varighet på 1- 1.5 time og vil finne sted etter nærmere avtale. Det vil bli tatt lydopptak og notater under intervjuet. Opptaket vil bli lagret midlertidig i OneDrive og blir slettet når transkriberingen er ferdig. I etterkant kan du få lese gjennom intervjuet og korrigere eventuelle feil.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Alle personidentifiserbare opplysninger vil bli fjernet under transkribering og i den videre presentasjon av resultater. Du vil ikke kunne gjenkjenne deg selv når resultatene publiseres. Det er kun studenten som vil gjennomføre intervju, transkribere og analysere data. Prosjektet skal etter planen avsluttes juni 2020.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet. Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du velger å trekke deg vil alle opplysninger om deg bli slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med meg på telefon: eller på mail: veronicaeide@hotmail.no. Eller min veileder: Mona Jerndahl Fineide på telefon: eller mail:

Vårt personvernombud: Martin Gautestad Jakobsen, mail: eller telefon:

NSD- Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 17

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD- Norsk senter for forskningsdata AS, prosjektnummer 501828.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Student

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring til deltakelse i studien

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien "Hvilke erfaringer har ansatte i sykehus og hjemmesykepleie med bruk av elektronisk meldingsutveksling ved pasientutskrivelse, og hvordan det påvirker samhandlingen?", og er villig til å delta i intervju.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

- 1) Hvordan vil du beskrive det elektroniske meldingsutveksling systemet?
- 2) Hvordan bruker du e- meldinger med hjemmesykepleie/sykehus?
- 3) Hvordan oppleves kommunikasjonen mellom sykehus og hjemmesykepleie?
- 4) Hva er viktig for pasienten?
- 5) Hvilken kunnskap har du om sykehuset/hjemmesykepleiens kommunikasjons- og informasjonsbehov ved pasientutskrivelse?
- 6) Hvordan opplever du det tverrfaglig samarbeidet med sykehus/hjemmesykepleie?



Innledning

Håndboka skal kvalitetssikre vår kommunikasjon med sykehus i forbindelse med utskrivningsklare pasienter. Den inneholder noen spørsmål og vurderinger som bør utveksles og besvares i utskrivelsesprosessen.

God samhandling bidrar til raskere avklaringer og bedre planlegging i forhold til pasientens behov og kommunens tjenester.

Det er viktig hvor raskt og på hvilken måte vi besvarer elektroniske meldinger. Mye avhenger av om vi kjenner pasienten og hjemmesituasjonen fra tidligere. Det er også avgjørende hvilke helseopplysninger som er beskrevet i forkant. Der det er flere ting vi ønsker svar og avklaringer på, kan for eksempel spørsmålene nummereres.

Vi skal alltid være bevisst på hvilke tjenester som etterspørres.

Er dette en tjeneste pasienten har krav på i henhold til gjeldende lovverk?

Er det forsvarlig at tjenestene utføres i hjemmet?

Er pasienten egentlig ferdig behandlet jmf. retningslinje 5?

3. utgave

Nedsatt gangfunksjon på grunn av for eksempel brudd, operasjon, protese, hjerneslag, skader

- **Hvordan er funksjonsnivå nå kontra før innleggelse?**

Er pasienten mobilisert og kan reise seg fra seng/stol/WC selv?

Hva mestrer pasienten selv og hva trenger han/hun bistand til?

Kan for eksempel rygg/ben belastes eller foreligger det restriksjoner?

Kognitiv funksjon/uro?

Ustøhet/ falltendens?

Dersom vi kjenner pasienten fra tidligere bør vi skrive en oppsummering av situasjonen slik vi kjenner den.

- **Er det gjort en kartlegging av hjemmeforhold?**

Er boligen på ett eller flere plan, trapper, terskler, toalett, soverom, trangt/romslig osv.?

Dersom bolig er på flere plan, kan man allikevel tilrettelegge for at pasienten kan oppholde seg på ett plan i en periode?

- **Hvilke hjelpemidler har pasienten fra tidligere?**

Der det er behov for hjelpemidler må disse bestilles så snart som mulig.

Kom eventuelt med forslag som toalettstol, toalettforhøyer, rullator, EVA-stol, sengeklosser, sykehusseng/ luftmadrass/ skilaken, rullestol osv.

Ved behov for krykker, gripetang og urinflaske bør det informeres at pasienten må kaste dette selv.

- **Bor pas. alene og/eller er det pårørende som kan bistå?**

Er pårørende orientert om situasjonen og planene om utskriving?