



UiT Norges arktiske universitet

Det helsefaglige fakultet
Institutt for helse- og omsorgsfag

Elektroniske meldinger i spesialist- og kommunehelsetjenesten: Aktører og nettverk i samspill

Silje Skotnes

Master i helsefaglig utviklingsarbeid HEL-3961 Mai-2022

Forord

Da er jeg ved veis ende etter tre lærerike og spennende år. Det har vært stramme prioriteringer og intens masterskriving ved siden av full jobb og familie.

Elektronisk meldingsutveksling er et tema som har interessert meg over flere år. Arbeidet med oppgaven har bidratt til ny og verdifull kunnskap, og jeg innser at elektroniske samhandling er et felt med mange flere aspekt enn jeg trodde.

Ønsker å rette en stor takk til min veileder Marianne Eliassen for faglig tyngde, råd, engasjement og støtte. Til informantene som stilte opp og delte sine opplevelser og erfaringer. Uten deres deltagelse ville ikke studien vært mulig å gjennomføre, tusen takk.

Vil også takke min kjæreste for gode refleksjoner og samtaler. Takk til pappa for korrektur lesing, og til mine døtre for forståelse og hjelp i innspurten.

Til sist en stor takk til familie, venner, medstudenter og kollegaer for engasjement, innspill og støtte gjennom hele studie.

Tromsø 30.04.22

Silje Skotnes

Sammendrag

Samhandlingsreformen er å anse som oppstarten for elektronisk kommunikasjon i helse- og omsorgssektoren. Denne dialogformen skulle bidra til raskere og sikrere informasjonsutveksling og sømløse pasientforløp. Forskning viser likevel utfordringsområder som bidrar til samhandlingsvansker de ulike tjenestenivåene imellom.

Oppgavens problemstilling:

«Hvordan skaper elektroniske meldinger føringer for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i pasientforløpet?»

Studien undersøker samspillet mellom teknologi (ikke mennesket) og det sosiale (mennesket). Aktør- nettverk teori benyttes, ettersom denne befinner seg i en posisjonen mellom sosialkonstruktivisme og teknologi determinisme. Drøftingen vil også bli belyst fra andre STS (Science and Technology Studies) teoretiske perspektiver.

Masteroppgaven er en kvalitativ studie som undersøker hvordan elektroniske meldinger skaper føringer for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Den elektroniske meldingen er hovedaktøren i oppgaven, og det empiriske materialet baserer seg på semistrukturerte intervju med helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Gjennom resultatene og drøftingen fremkommer det at deler av inskripsjonene i meldingens skript legger til rette for fleksibilitet. Dette gir helseaktørene valg omkring informasjonsinnhold og prioriteringer. I tillegg viser studien at ulik kontekst og forforståelse genererer ulikt informasjonsbehov. Disse forskjellene samt meldings fleksibilitet bidrar til implikasjoner for den elektroniske samhandlingen. Studien viser videre at elektroniske meldinger innehar en dobbeltrolle. De skal både ivareta informasjonsoverføringen, men også fungere som pasientenes journal. Denne dobbeltrollen synes å føre til begrensinger omkring hva helseaktørene tillater seg å videreformidle, men også en forpliktelse omkring formalitet i språket. Dette kan betraktes som hinder for dokumentasjonsoverføringen, og et kollegial samhandlingsfellesskap. Tross kommunikasjonsteknologi benyttes telefonen ennå som formidlingsaktør i de tilfeller hvor helseaktørene ikke opplever å kunne overlate hele dialogansvaret til elektroniske meldinger.

Studien viser behov for møteplasser som kan utvide helseaktørens forståelse for hverandres arbeidsfelt. Det vil dessuten være hensiktsmessig å se nærmere på begrensningene teknologiens utforming skaper for utveksling av sensitiv informasjon og kollegialt felleskap.

Nøkkelord: Elektronisk melding, spesialist- og kommunehelsetjenesten, samhandling, helseaktør, aktør-nettverk, Science and Technology Studies (STS), kontekst.

Abstract

The Norwegian interoperability reform (Samhandlingsreformen) is to be regarded as the foundation of electronic communication in Norwegian healthcare sector. This form of dialogue will contribute to faster and more secure information exchange and seamless patient pathways. Nevertheless, research shows areas of challenge that contribute to difficulties of interaction between the various service levels.

Problem descriptions of the thesis:

"How do electronic messages constitute guidelines for the interaction between the specialist and the municipal health service in the patient pathway?"

This study has focus on the interplay between technology (not human) and the social (human). Actor-network theory is used, as it is located in a position between social constructivism and technological determinism. The discussion will also be elucidated from other STS (Science and Technology Studies), and theoretical perspectives.

This master's thesis is a qualitative study that examines how electronic messages create guidelines for the interaction between the specialist and the municipal healthcare service. The electronic message is the main actor in the thesis, and the empirical material is based on semi-structured interviews with health personnel in the specialist and municipal healthcare services.

Throughout the results and the discussion, it appears that parts of the inscriptions in the message's script facilitate flexibility. This gives the health actors choices about information content and priorities. In addition, the study shows that different contexts and preconceptions generate different information needs. These differences as well as the flexibility of messaging contribute to the implications for electronic interaction. The study further shows that electronic messages have a dual role. The electronic message deals with the transfer of information, but also function as the patients' medical records. This dual role seems to lead to restrictions on what the health actors allow themselves to convey, but also an obligation regarding formality in the language. This can be seen as an obstacle towards the need for documentation, and a collegial interaction community. Despite as being a communication technology, the telephone is still used as a communication actor in cases where the health actors do not feel able to hand over the entire dialogue responsibility to electronic messages.

This study elaborates the need for meeting places that can expand the health actors' understanding of each other's fields of work. It will also be appropriate to take a closer look at the limitations created by technology's design for the exchange of sensitive information and collegial fellowship.

Keywords: Electronic message, primary- and secondary healthcare service, interaction, health actor, actor network, Science and Technology Studies (STS), context.

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Innledning..... | 1 |
| 1.1 | Elektronisk samhandling i et politisk perspektiv..... | 1 |
| 1.2 | Kommunen og spesialisthelsetjenesten | 2 |
| 1.3 | Elektronisk meldingsutveksling | 3 |
| 1.4 | Studienes tema, formål og problemstilling..... | 4 |
| 1.5 | Meldingens flyt..... | 5 |
| 1.6 | Meldingstyper..... | 6 |
| 1.6.1 | Epikrise- basismelding | 6 |
| 1.6.2 | Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)..... | 6 |
| 1.6.3 | Innleggelsesrapporten..... | 7 |
| 1.6.4 | Helseopplysningsmeldingen..... | 7 |
| 1.6.5 | Dialogmeldingen | 7 |
| 1.7 | Oppgavens oppbygning | 7 |
| 2 | Teori | 8 |
| 2.1 | STS-studier | 8 |
| 2.2 | Aktør-nettverksteorien..... | 9 |
| 2.2.1 | Translasjoner | 10 |
| 2.2.2 | Nettverkets stabilitet..... | 12 |
| 2.3 | Skript og inskripsjoner..... | 12 |
| 2.3.1 | Antiskript..... | 13 |
| 2.4 | Fortolkningsmessig fleksibilitet | 13 |
| 2.5 | Domestisering..... | 14 |
| 3 | Metode..... | 15 |
| 3.1 | Metodevalg | 15 |
| 3.1.1 | Intervju som metode..... | 15 |
| 3.1.2 | Utvalgsprosessen..... | 16 |

| | | |
|-------|--|----|
| 3.1.3 | Intervjuguiden og intervjuene | 17 |
| 3.2 | Analytisk fremgangsmåte | 20 |
| 3.2.1 | Transkripsjonsprosessen..... | 20 |
| 3.2.2 | Analysen..... | 20 |
| 3.3 | Forskningsetiske overveielser..... | 21 |
| 3.4 | Metodekritikk og kvalitet i kvalitativ forskning..... | 22 |
| 3.4.1 | Andre teoretiske og metodiske retninger | 22 |
| 3.4.2 | Forforståelse og forskning i eget felt..... | 23 |
| 3.4.3 | Overførbarhet | 24 |
| 4 | Resultater..... | 25 |
| 4.1 | Informasjonsbase og samhandlingskanal | 25 |
| 4.2 | Ulik kontekst og forforståelse bidrar til samhandlingsutfordringer | 27 |
| 4.2.1 | Bli ikke møtt på sitt informasjonsbehov | 28 |
| 4.2.2 | Ulike prioriteringer bidrar til utfordringer i samhandlingsnettverket | 30 |
| 4.2.3 | Epikriseutfordringer | 31 |
| 4.2.4 | Pasienten som skadelidende aktør..... | 33 |
| 4.3 | Meldingens dobbeltrolle og tilkortkommenhet | 35 |
| 4.3.1 | Sensitiv informasjon..... | 36 |
| 4.3.2 | Telefonen som sikkerhetsaktør..... | 37 |
| 4.3.3 | Elektroniske meldinger som formell kommunikasjon | 39 |
| 5 | Drøfting | 41 |
| 5.1 | Masteroppgaven i et aktør-nettverksperspektiv..... | 41 |
| 5.2 | Elektroniske meldinger som et selvstyrende hjelpemiddel?..... | 43 |
| 5.3 | Fleksible inskripsjoner bidrar til ubalanse i den elektroniske dialogen..... | 45 |
| 5.4 | Fortolkninger utfordrer den elektroniske dialogen..... | 47 |
| 5.4.1 | Epikriser i et fortolkningsmessig perspektiv | 47 |
| 5.4.2 | IPLOS som kulturell kunnskap | 49 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.4.3 | Forhandlinger om elektroniske meldingers prioritet..... | 50 |
| 5.5 | Meldingens dobbeltrolle | 53 |
| 5.5.1 | Den formelle dialogen preger samhandlingsklimaet..... | 53 |
| 5.5.2 | Sensitive opplysninger i meldingene..... | 55 |
| 5.5.3 | Telefonen som dobbeltkommuniserende sikkerhetsaktør | 56 |
| 5.6 | Elektroniske meldinger i et større nettverk..... | 58 |
| 6 | Oppsummering | 61 |
| | Litteraturoversikt..... | 63 |
| | Vedlegg | 68 |
| | Vedlegg 1 Vurdering fra NSD | 68 |
| | Vedlegg 2 Informasjons- og samtykkeskriv..... | 70 |
| | Vedlegg 3 Intervjuguide..... | 72 |
| | | |
| | Figuroversikt | |
| | Figur 1 Kommunikasjonsflyten en vei | 6 |
| | Figur 2 Samhandlingskjeden..... | 16 |
| | Figur 3 Aktører i nettverk..... | 42 |

1 Innledning

1.1 Elektronisk samhandling i et politisk perspektiv

I de senere år har ulike statlige reformer vært med på å endre organiseringen av helse- og omsorgssektoren i Norge. Økt digitalisering og teknologiutvikling er fremtredende, og det legges stort fokus på fremdrift av tjenesteutvikling, og nye samhandlingsformer de ulike helseaktørene imellom (Kommunal- og distriktsdepartementet, 2016). Veien mot elektronisk samhandling skjot fart, da det i tidsrommet 2006-2010 ble gjennomført piloter omkring nasjonale standardiserte løsninger for elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetakene og kommunene. Prosjektet ble kalt «ELIN-k» og igangsatt for å sikre helsepersonell gode og effektive IKT- verktøy av høy kvalitet. Teknologien skulle dekke behovene i helse- og omsorgssektoren og legge til rette for løsninger som sektoren ønsket å ta i bruk (Norsk sykepleierforbund og KS, 2011).

Når samhandlingsreformen gjorde sitt inntog i 2012 var dette å anse som oppstarten for bruk av elektroniske meldinger i helsesektoren (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Denne typen meldingsutveksling skulle sørge for hensiktsmessig informasjon mellom de ulike leddene, samt smidighet og struktur i forløpene. Reformen skulle bidra til et mer helhetlig og sømløst pasientforløp hvor IKT- løsninger skulle sørge for nødvendig informasjonsutveksling mellom kommunene og helseforetakene. Sektorene skulle jobbe tettere sammen og bidra til kortere liggetid i spesialisthelsetjenesten. Ansvarsforholdene forandret seg og kommunene ble i større grad pliktig til å ivareta oppfølgings- og forebyggingsansvaret. Kommunene ble pålagt døgnbøter for utskrivningsklare pasienter som var innlagt i spesialisthelsetjenesten i påvente av tilrettelagt kommunalt tilbud. Endringer som følge av samhandlingsreformen stilte nye og andre krav til informasjonsutvekslingen mellom kommunene og helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Flere år etter samhandlingsreformen viser Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) at dialogen mellom helseforetakene og kommunene har hatt for stort fokus på deling av ansvar og håndtering av økonomiske utfordringer. Dette fokuset har kommet foran utviklingen av gode og stabile tjenester. Det har vært vanskelig å etablere likeverdighet i samarbeidet, og med bakgrunn i dette er det nå igangsatt opprettelse av helsefelleskap (Helsedirektoratet, u.å.). Disse felleskapene skal bestå av aktører fra helseforetakene og kommunene og skal drive frem felles målsettinger for ansvarlige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Det

skal videre jobbes mot mer helhetlige IKT- løsninger som understøtter samhandlingen mellom kommunene og helseforetakene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

1.2 Kommunen og spesialisthelsetjenesten

De norske helse- og omsorgstjenestene er grovt sett delt inn i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, som videre har ulike prioriteringsområder hva gjelder pasientbehandling og oppfølgingsansvar. Den kommunale helsetjenesten skal ivareta et større og bredere område. Dette innebærer ivaretagelse av pasientens funksjoner, hverdagsmestring og tilrettelegging av en meningsfylt tilværelse. Spesialisthelsetjenesten skal dekke den akutte helsehjelpen og er ansvarlig for pasienten så lenge han/hun er innlagt. Når spesialisthelsetjenesten vurderer pasienten som ferdig behandlet, skal kommunen legge til rette og ta ansvaret for den videre oppfølgingen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Dette er i tråd med samhandlingsreformens intensjoner i et forsøk på å forvalte samfunnets ressurser på en fornuftig og hensiktsmessig måte, samt gi pasienten nødvendige helsetjenester der han bor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

Statens helsetilsyn gjennomførte i 2015 en landsomfattende tilsynsrapport med fokus på elektronisk samhandling for utskrivning av pasienter fra spesialist til kommunehelsetjenesten. Denne rapporten har rukket å bli noen år, men jeg finner den likevel interessant da mange av utfordringsområdene viser seg å være gjeldende, noe som også fremkommer i mitt empiriske materiale. Tilsynsrapporten viste blant annet at svikt skjer når ulike tjenestenivåer skal samhandle. Det ble fremhevet at mangelfull informasjon kan få alvorlige konsekvenser for pasientoppfølgingen. Selv om tilsynsrapporten har hatt hovedfokus på informasjonen fra spesialist til kommunehelsetjenesten, ble det avdekket informasjonsbrudd også andre veien. Det fremkom spesielt fravær av informasjon rundt funksjonsvurderinger og utfyllende medisinsoversikter, og disse manglene gikk begge veier. Videre påpekes det knappe opplysninger omkring pasientens hjelpemidler ved innleggelse, mens det fra spesialisthelsetjenesten kunne mangle tilstrekkelige beskrivelser av pasientens helsetilstand, oppfølgingsplaner og mangelfulle eller sene epikriser. Det viste seg også å være stor variasjon omkring helsepersonells kjennskap til samarbeidsavtalen, og hvor godt samarbeidsrutiner og retningslinjer var implementert i det daglige arbeidet. Samarbeidsavtalen inneholder retningslinjer om ansvarsområder og samhandling i pasientforløpet. Rapporten aktualiserte også bruk av telefonen som kommunikasjonskanal, og påpekte denne dialogformen som

sårbar da telefonisk dialog sjelden dokumenteres i journalsystemet (Helsetilsynet, 2016). De nevnte utfordringsområder viser seg å være i tråd med de mange studier som har kommet til etter samhandlingsreformens oppstart. Noen av disse studiene vil bli presentert nærmere i neste del.

1.3 Elektronisk meldingsutveksling

Brattheim og medarbeidere (2016) viser at elektronisk samhandling skaper effektivitet rundt kommunikasjonen de ulike leddene imellom og sørger for kjappe avklaringer i utskrivningsprosessene. Samtidig preges samhandlingen av ulik faglig tilnærming til pasientens helsetilstand. Sykehuset hadde mer fokus på det akutte og behandling av mer teknisk art, mens kommunen ønsket informasjon omkring pasientens funksjoner og hjelpebehov (Brattheim, Hellesø & Melby, 2016). Ulik terminologi og erfaring kan ifølge Carlile (2002) bidra til utfordringer omkring forståelsen av informasjonsinnholdet (Carlile, 2002). Dette betyr at informasjon som utvikles i en kontekst og utveksles til en annen krever koding. Sykepleierne i sykehuset gir den informasjonen de mener er nødvendig fra et akutt, medisinsk perspektiv. Hjemmetjenesten leser på sin side informasjonen utfra sin kontekstuelle erfaring og med et langsiktig pasientperspektiv for øyet. For utveksling av informasjon benyttes standardiserte elektroniske maler som er designet for å være et kulturfritt informasjonsverktøy. Til tross for standardiserte informasjonsverktøy vil sykepleiernes ulike perspektiver prege informasjonsinnholdet, noe som igjen kan bidra til tolkninger hos mottaker (Hellesto & Fagermoen, 2010). Videre vises det til at telefonen ennå benyttes som supplement til elektroniske dialog i forbindelse med samordning av fleksible løsninger under pasientforløpet (Christie, Hoholm & Mørk, 2018).

Spesialist- og kommunehelsetjenesten har to separate journalsystemer (Helsedirektoratet, 2011), den elektroniske meldingen kan i så måte betraktes som bindeleddet dem imellom. En del av de elektroniske meldingene har som nevnt standardisert innhold, disse vil bli nærmere beskrevet. Ifølge Aanestad & Olaussen (2010) presenteres ofte slike standardiserte løsninger der ulike systemer med forskjellige interesser og ønsker skal samhandle. Når systemene standardiseres blir det enklere for staten og holde kontroll på, og bestemme hvordan ting skal se ut. Det er likevel ikke uproblematisk, og utfordringer oppstår gjerne når det skal samhandles utover den lokale konteksten. Ved innhenting av informasjon fra ulike aktører, i forskjellige systemer melder det seg ofte et behov for felles terminologi, prosedyrer og annet

slik at man bedre forstår hverandre (Aanestad & Olaussen, 2010). Digitalisering handler ifølge Christie og medarbeidere (2018) ikke kun om digitalisering i seg selv. Det må sees i sammenheng med prinsippene for samhandling, tjenestekvalitet og ansvar de ulike tjenestene imellom. Det presiserer videre at skillet mellom de omfattende og kontinuerlige helsetjenestene innen kommunehelsetjenesten, og det kortvarige og konkrete fokuset i spesialisthelsetjenesten alltid vil være til stede. Det som har betydning er hvordan systemet som helhet velger å løse de utfordringer dette skillet skaper (Christie et al., 2018).

1.4 Studienes tema, formål og problemstilling

Min interesse for temaet elektroniske meldinger tilskrives egen erfaring som sykepleier og saksbehandler i kommunen gjennom flere år.

Studiens formål er å få en dypere forståelse og kunnskap omkring hvordan den elektroniske meldingen som aktør påvirker samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Jeg benytter meg av blant annet av aktør- nettverksteorien da dette perspektivet ikke skiller på teknologi (ikke- menneskelig aktør) og det sosiale (menneskelige aktører) (Skjølsvold, 2015). Utfra et slikt perspektiv ønsker jeg å få frem hva teknologien gjør med samspillet sektorene imellom. Jeg har benyttet meg av kvalitativ metode, og intervjuene har bidratt til å få frem informantenes subjektive opplevelser omkring bruk av elektroniske meldinger. For økt kunnskap på fagfeltet har deres erfaringer vært avgjørende for denne studien.

Forskning viser at elektroniske meldinger legger til rette for tidsbesparelser og informasjonsflyt (Brattheim et al., 2016), men også uklar, lite rettet informasjon og forsinkelser (La Rocca & Hoholm, 2017). Det har i årene etter samhandlingsreformen fremkommet flere faktorer som spiller inn og utfordrer elektronisk samhandling. Jeg har i denne oppgaven begrenset meg til den elektroniske meldingen, og det er den som er hovedaktøren i min oppgave. Jeg finner det interessant å undersøke nærmere hva teknologien gjør, hvordan den tilrettelegger for, men også utfordrer samhandlingen mellom aktører i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Ut fra egen erfaring og interesse omkring bruk av elektroniske meldinger, samt forskningsstatus på fagfeltet, har jeg kommet frem til følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

«Hvordan skaper den elektroniske meldingen føringer for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i pasientforløpet?»

Jeg har laget to enkle forskningsspørsmål som har hjulpet meg i analyseprosessen:

-Hva åpner den elektroniske meldingen opp for, og hvordan påvirker dette samhandlingen?

-Hva lukker den elektroniske meldingen for, og hvordan påvirker dette samhandlingen?

Jeg vil i neste del gi en kort innføring av elektroniske meldingers flyt fra avsender til mottaker. Deretter en oversikt over aktuelle elektroniske meldinger.

1.5 Meldingens flyt

Kommunene og spesialisthelsetjenesten har separate fagsystemer, og ved elektronisk meldingsutveksling sendes derfor informasjonen fra et system til et annet (Helsedirektoratet, 2011). Meldingene er standardiserte og transporteres via et kryptert nett (Helsenettet) fra den elektroniske postjournalen (EPJ) hos avsender til mottakers postjournal. En meldingstjener er en server som fungerer som en slags budbringer hvor oppgaven er å motta samt sende fra seg elektroniske meldinger som skal til og fra journalsystemet. Pasientens fødselsnummer legger til rette for at meldingen plasseres i riktig postjournal hos mottaker. De elektroniske meldingene er forskjellige, og det er derfor viktig at aktørene innenfor helsesektoren er bevisst hvilke type meldinger som benyttes til de ulike formålene. Dokumentasjonsinnholdet skal være relevant for samhandlingen, og alt som skrives i meldingene lagres ordrett i pasientjournalene på begge sider (Helsenett, u.å).

Bilde under illustrerer meldingens flyt fra avsender til mottaker.



Figur 1 Kommunikasjonsflyten en vei, hentet fra (Helsenett, u.å).

1.6 Meldingstyper

De ulike meldingene har som nevnt forskjellige formål. Jeg vil i det videre gjøre noen begrepsavklaringer av de elektroniske meldingene som fremkommer relevante for min oppgave.

1.6.1 Epikrise- basismelding

Epikrise er en basismelding som sendes fra spesialist til kommunehelsetjenesten når en pasient som mottar kommunale tjenester har vært innlagt eller fått poliklinisk behandling (Helsenett, u.å). Epikrisen er en kort redegjørelse over pasientens forhistorie, diagnoser, hvordan sykdommen eller skaden har oppstått og forløpt, samt en oversikt over gjennomførte og planlagte behandlinger og undersøkelser (Helsedirektoratet, 2018).

1.6.2 Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)

Pleie og omsorgsmeldinger (PLO) er beskrivelsen av et utvalg meldinger som benyttes i elektronisk samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og innad i kommunehelsetjenesten. PLO- meldingene inneholder standardiserte maler for innleggelsesrapport, helseopplysninger og utskrivningsrapport, og disse skal sikre at relevant strukturert informasjon følger pasienten (Direktoratet for e-helse, 2012). Videre finnes også dialogmeldinger, og disse benyttes i forbindelse med spørsmål eller ved behov for utdypninger omkring tidligere sendte meldinger (Helsenett, u.å).

1.6.3 Innleggelsesrapporten

Innleggelsesrapporten sendes fra den kommunale tjeneste til spesialisthelsetjenesten når en pasient som mottar kommunale tjenester legges inn. Meldingen skal inneholde funksjonsvurderinger, medisinoversikt, tjenester pasienten mottar og andre opplysninger som fremkommer relevante (Direktoratet for e-helse, 2021). Meldingen inneholder også individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLoS) (Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse-og omsorgsstatistikk, 2006). IPLoS er et kommunalt kartleggingsverktøy som ofte følger med i innleggelsesrapporten. Siden kartleggingsverktøyet er kommunalt og består av tall er det viktig at IPLoS-scoren beskrives dersom den skal ha en funksjon for mottaker i spesialisthelsetjenesten (Kompetansebroen, u.å; Universitetssykehuset Nord Norge HF og kommunene, 2017).

1.6.4 Helseopplysningsmeldingen

Helseopplysningsmeldingen benyttes når det vurderes behov for kommunale helsetjenester etter utskrivelse. Meldingen sendes fra spesialisthelsetjenesten til saksbehandler i kommunen når pasienten legges inn, og meldingen skal oppdateres ved behovsendringer underveis i innleggelsen. Opplysninger om forventet utskrivningstidspunkt, pasientens status, antatt forløp og kontaktopplysninger er noe av informasjonen som bør fremkomme i en helseopplysningsmelding. Hvilke opplysninger som legges inn når, avhenger av hvor i innleggelsesforløpet pasienten er. (Direktoratet for e-helse, 2014; Helsedirektoratet, 2012).

1.6.5 Dialogmeldingen

Dialogmeldingen benyttes ved spørsmål eller konkretiseringer under innleggelsen. Det stilles mindre krav til standardisert tekst, og den er ikke knyttet til et spesifikt tidspunkt i pasientforløpet (Helsenett, u.å).

1.7 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i seks hovedkapittel. Jeg vil i kapittel to presentere de valgte teoretiske perspektiv. I kapittel tre kommer en redegjørelse for mine metodiske valg og analyseprosessen. Kapittel fire består av resultatene basert på analysene av mitt empiriske materiale. I kapittel fem drøfter jeg funnene mine opp mot de valgte teoretiske perspektivene, relevant litteratur og forskning. Avslutningsvis en oppsummering i kapittel seks.

2 Teori

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for det teoretiske fundamentet for masteroppgaven. Jeg søker å besvare problemstillingen:

«Hvordan skaper elektroniske meldinger føringer for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i pasientforløpet?»

Det teoretiske rammeverket legger føringer for de videre analytiske stegene. Jeg vil innledningsvis starte med teori om Science and Technology Studies (STS) med fokus på sosial og teknologisk determinisme. Videre utdyper jeg de deler av aktør- nettverksteorien (ANT) som viser seg relevant for mitt studie. Denne teorien egner seg godt for å beskrive samspillet mellom teknologi og samfunn (Skjølsvold, 2015), og er aktuell ettersom den ikke skiller mellom menneskelige og ikke-menneskelige aktører. Mer konkret vil ANT hjelpe meg å forstå hvordan den elektroniske meldingen (ikke- menneskelig aktør) påvirker samhandlingen (det sosiale) mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Avslutningsvis vil jeg belyse andre aktuelle STS teoretiske perspektiver.

De ikke- menneskelige aktørene betegnes innen ANT som aktanter. For å skape flyt i teksten vil jeg i det videre kalle dem ikke- menneskelig eller aktør.

2.1 STS-studier

Science and Technology Studies (STS) vokste frem på 1960 og -70 tallet og er en forholdsvis ny retning innenfor samfunnsvitenskapen. Det tradisjonelle synet på vitenskap var å regne som deterministisk, hvor man anså vitenskapen fungerende i et vakuum uten påvirkning fra verken sosiale eller samfunnsmessige strømninger. Innenfor STS feltet kom det etter hvert reaksjoner på denne teknologideterministisk holdningen. Disse reaksjonene dreide seg om å forstå teknologiutviklingen i lys av det sosiale, og at forskningen burde dreies mot mennesket som premissleverandør for hvordan teknologien skulle utvikles (Skjølsvold, 2015; Aanestad & Olaussen, 2010). Monteiro (2000) peker på to ytterpunkter for å forstå samspillet mellom teknologi og menneske. På den ene siden betraktes teknologien som en deterministisk aktør som legger føringer for menneskers måte å handle på, det vil si at teknologien former mennesket. På den andre siden forstår man mennesket som styrende, hvor teknologien oppfattes som passiv og lar seg lede av de sosiale strømningene (Monteiro, 2000).

Mot slutten av 1980 tallet oppsto en tilnærming som verken favoriserte det sosiale eller teknologi og vitenskap (Aanestad & Olaussen, 2010). Denne teoriretningen ble kalt aktør-nettverksteorien (ANT), med Michel Callon, John Law og Bruno Latour i front. De gikk ikke med på at teknologi og vitenskap var sosialt konstruert. De hevdet at mennesker (aktører) og ikke mennesker (aktanter) inngikk i samme nettverk. I nettverket ble ikke kun det sosiale regnet som styrende og effektfrembringende, de ulike tingenes rolle ble ansett som minst like viktige. For å få en ny teknologi til å fungere var det avgjørende at også ting handlet på riktig måte, det måtte med andre ord legges til rette for symmetri mellom mennesker og ikke-mennesker (Skjølsvold, 2015). Berg & Goorman (1999) viser i sine betraktninger rundt teknologi i helsevesenet til mennesker og teknologi som tett sammenvevd, de forslår at samspillet mellom IT- praksis og helseaktørene bør sees på som en helhet fremfor en oppdeling av to separate systemer (Berg & Goorman, 1999). De fleste av dagens forskere gjør som Berg og Goorman og plasserer seg i en posisjon mellom de to ytterpunktene teknologideterminisme og sosialkonstruktivismen når de skal beskrive anvendelsen av teknologi. Aktør- nettverksteorien er å regne som en av disse mellomposisjonene (Monteiro, 2000).

2.2 Aktør-nettverksteorien

ANT er som nevnt en teori med fokus på samspillet mellom de menneskelige og ikke-menneskelige aktørene. En aktør kan påvirke og handle, og dette uavhengig av om den er en ting eller et menneske. Ting og mennesker blir altså sidestilt. Dette betyr at en ting uten vilje og intelligens kan påvirke mennesket. Teorien henger seg ikke opp i grenser som mikro og makro, levende vesener eller ting, det materielle og det sosiale (Jensen, 2005). Ifølge Latour skal vi følge aktørene, se hvilke redskaper de benytter, hvordan de kobler sammen forskjellige elementer og får ting til å skje. Det er med andre ord prosessen som lager mønstrene som bør være i fokus (Skjølsvold, 2015).

Nettverkene innenfor ANT landskapet tar form ved at aktørene, de menneskelige og ikke menneskelige tilegner seg egenskaper som et resultat av relasjonene dem imellom. ANT peker på at alle objekter blir definert i kraft av sine relasjoner til andre objekter, ingen objekter kan være formet kun i kraft av seg selv (Jensen, 2005). Monteiro & Hanseth (1997) beskriver et samfunn som et sammenvevd sosioteknisk nettverk bestående av menneskelige aktører, tekstlige beskrivelser, tekniske objekter, arbeidsdisipliner og institusjoner (Hanseth &

Monteiro, 1997). På samme måte kan man se et tre, en bil, et menneske eller som i min masteroppgave, en sykehus- eller hjemmetjenesteavdeling som et nettverk, det er ikke begrensninger på nettverkets størrelse (Jensen, 2005). For å ta eksempelet fra denne oppgaven videre, vil en sykehusavdeling som et nettverk bestå av sosiale aktører som; sykepleiere, leger, fysioterapeuter og pasienter, men også ikke- menneskelige aktører som; medisinskteknisk utstyr, lovverk, dokumentasjonssystem, medisiner og så videre. Effekten av et nettverk oppnås når de ulike aktørene påvirker hverandre til å forme/lage noe. Så lenge påvirkningen aktørene imellom fungerer, vil også nettverket holdes stabilt, men om en aktør forsvinner ut av nettverket eller ikke påvirker de andre på «riktige» måten, kan nettverket oppløses eller ikke fungere etter sin hensikt (Jensen, 2005).

Innen ANT består nettverkene av heterogene aktører, menneskelige og ikke- menneskelige, som i utgangspunktet ikke hører naturlig sammen. Det oppnås likevel en sammenheng mellom aktørene når de aktivt innlemmes i et konkret nettverk (Justesen, 2005). Ifølge Law (1992) ansees en aktør som et nettverk i seg selv, og aktørens heterogene egenskaper gjør at den ikke nødvendigvis fremstår entydig for andre aktører i nettverket (Law, 1992). Dette sammenfaller med Aanestad og Olaussen (2010) som viser til Annemarie Mol sin studie av aterosklerose (åreforkalkning). Her pekes det på at aterosklerose kan bli diagnostisert og behandlet ulikt av ulike profesjoner. Dette tolker jeg betyr at en og samme aktør, i dette tilfellet aterosklerose, kan ha ulik betydning i de ulike nettverkene den befinner seg i (Aanestad & Olaussen, 2010 s. 29).

Overført til egen oppgave vil den elektroniske meldingen som en heterogen aktør kunne oppleves ulikt, alt etter hvilken kontekst eller nettverk den befinner seg i. En elektronisk melding kan derfor regnes som både informativ og relevant i nettverket den produseres i, men likevel betraktes mindre sentral i mottagende nettverk. Det handler om meldingsaktørens relasjon til de øvrige aktørene. Dersom meldingen ikke inneholder informasjon av verdi for det mottagende nettverket vil den få vansker med å skape en relasjon til aktørene i dette nettverket. Dette er områder jeg vil komme nærmere inn på i drøftingen.

2.2.1 Translasjoner

ANT viser til begrepet translasjon, som gjengir beskrivelsen av at noe flyttes eller erstattes, og på den måten skaper et mønster som kan bestå av både orden og uorden. Translasjon

illustrerer prosessen hvor en aktør oppnår styrke ved å assosiere seg med andre. Graden av styrke beror på om aktøren kan handle på vegne av en annen aktør. Gjennom sterke nettverk med aktører som drar i samme retning, er det mulig å oppnå gjennomslag for det aktøren ønsker å gjøre. På denne måten skaffer aktøren seg en viss makt i nettverket. Dette er ikke noe aktøren i utgangspunktet har, men det produseres når andre aktører drar lasset i samme retning som den sentrale aktøren (Skjølsvold, 2015).

Translasjonsprosessens kjerne er at det skapes en likhet og forbindelse mellom to ting som før var forskjellige. Jeg siterer Jensen`s eksempel av translasjonsprosessene i forbindelse med en politikers tale:

«Før politikeres utsagn ligger partimedlemskap, valgkamp, valg handlinger, møter med interesseorganisasjoner og mye annet (...) Når politikeren kan tre frem som noenlunde stabil og troverdig er det i kraft av, at det er siste ledd i en lang kjede av translasjoner.» (Jensen, 2005 s. 191-192)

Når sluttproduktet i en translasjonsprosess ender ut i et produkt som fremstår troverdig, er det i kraft av en lang rekke translasjoner. Innenfor ANT dreier det seg ganske enkelt om å følge translasjonene (Jensen, 2005).

Relatert til egen oppgave, vil det ligge mange translasjoner bak den elektroniske meldingen før den sendes. Jeg henviser da til samarbeidet mellom det de menneskelige og ikke-menneskelige aktørene *gjør* for å få meldingen klar til mottakernettet. De menneskelige aktørene kan være sykepleieren, fysioterapeuten, ergoterapeuten, legen, pasienten og portøren som har fraktet pasienten mellom de ulike undersøkelsene. Det er altså mange menneskelige aktører i sving. Videre de ikke- menneskelige aktørene som medisinsk- teknisk utstyr, medisiner, prosedyrer og retningslinjer, samarbeidsavtalen, pc og annen elektronisk dokumentasjon. Alt det som disse aktørene *gjør* bidrar til at de avslutningsvis sitter igjen med et ferdig produkt, den elektroniske meldingen. Hvordan den elektroniske meldingen oppleves av det mottagende nettverket, er avgjørende for om meldingen oppnår suksess eller ikke. Dersom aktøren (den elektroniske meldingen) ikke har et informasjonsinnhold av verdi for det mottagende nettverk, kan dette bety ustabilitet i samhandlingsnettverket. Ustabiliteten oppstår som følge av at en aktør (den elektroniske meldingen) ikke oppnår en sterk nok relasjon til de mottagende aktørene. Nettverkets stabilitet vil jeg komme nærmere inn på i neste del.

2.2.2 Nettverkets stabilitet

Ifølge ANT vil det stadig oppstå forhandlinger mellom aktørene. Disse forhandlingene er sosiale prosesser som skal legge til rette for stabilitet og samordning av aktørenes interesser (Monteiro, 2000). Samtidig er ikke de menneskelige og ikke- menneskelige aktørene passive størrelser. Nettverket er dermed ikke å anse som statisk, og de ulike aktørene kan stadig endre posisjon. Nettverket kan forandre form for å innordne seg ulike kontekster (Justesen, 2005). Law (1992) viser til at nettverkene er komplekse, og at nettverkets styrke avhenger av relasjonene mellom aktørene. Nettverkene kan bli større, mindre, kollapse eller erstattes av helt nye nettverk (Law, 1992). Dette kan bety at om den eller de aktørene som regnes som sentrale, blir «bedratt» av sine medsamsvorne kan maktforholdet i nettverket endres. Hvem som har makten i et nettverk, er dermed aldri å anse som endelig eller garantert (Jensen, 2005). Om vi skal følge Justesen (2005), kan nettverket regnes som stabilt når produktet i form av institusjoner, prosjekter eller annet blir tatt for gitt og avløst med en allmenn aksept (Justesen, 2005 s. 223).

2.3 Skript og inskripsjoner

Akrich (1992) viser til begrepet skript, et metafor fra filmverdenen som gir en beskrivelse av hvordan teknologiske løsninger skal brukes. På den måten definerer skriptet hvordan aktørene skal handle og benytte teknologien (Akrich, 1992). Ifølge Moser & Thygesen (2019) består et skript av flere inskripsjoner. Inskripsjonene spesifiserer hvordan teknologien skal brukes, av hvem og til hva, og disse inskripsjonene kan ansees som teknologiens bruksanvisning (Moser & Thygesen, 2019). Monteiro (2000) peker på at fleksibiliteten i en inskripsjon kan variere, og noen teknologier har en sterk struktur som legger til rette for et bestemt brukermønster, mens andre er svakere. Styrken av inskripsjonen, altså om den følges eller ikke, avhenger av irreversibiliteten eller muligheten til å endre aktør- nettverket utfra det som ligger i inskripsjonen (Monteiro, 2000). Dersom skriptets inskripsjoner legger til rette for fleksibilitet, kan brukerne velge å benytte teknologien på en annen måte. Det er altså ikke opplagt at brukerne anvender teknologien slik som tenkt fra designeres side (Skjølvold, 2015).

For at inskripsjonen i et objekt skal styrkes, er det behov for translasjoner de involverte aktørene imellom. Latour (1991) illustrere denne prosessen med en hotelleier som vil forsikre seg om at hotellets gjester husker å levere nøkkelen fra seg når de forlater hotellet (Latour, 1991). Jeg siterer Monteiro (2000) sin beskrivelse:

«Hotel managers want to ensure that guests deposit their keys at the front desk when they leave (...)The management first tried to inscribe the pattern of behaviour into an artefact, in the form of a sign behind the counter requesting all guests to return the key when they leaving. The inscription, however, was not strong enough. The management then inscribed it into a key with a metal knob of some weight. By gradually increasing the weight of the knob, the desired behaviour was finally achieved.» (Monteiro, 2000 s.78)

Eksempelet med nøkkelen viser hvordan man ved hjelp av translasjoner styrker objektets inskripsjoner. På den måten ledes bruker-aktørene inn i et ønsket handlingsmønster (Monteiro, 2000).

2.3.1 Antiskript

Når teknologien ikke benyttes slik skriptet legger opp til, vil det oppstå antiskript. Dette innebærer at brukeren gjør en tolkning av teknologien utfra sin kontekst. På den måten kan skriptet endres og tilpasses aktørens eget bruksområde (Moser & Thygesen, 2019).

Jeg vil under drøftingen se nærmere på hvordan den elektroniske meldingens skript og dertil innebygde inskripsjoner påvirker samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

2.4 Fortolkningsmessig fleksibilitet

Begrepet fortolkningsmessig fleksibilitet peker på at resultater eller data ikke er å anse som objektive i seg selv, de kan fortolkes forskjellig av ulike forskere, og den sosiale og kulturelle konteksten har betydning for hvordan dataene blir tolket (Skjølsvold, 2015).

Collins viste til at ulike fortolkninger kunne føre til uenigheter omkring hva som var den virkelige sannheten. Når uoverensstemmelsene skulle lukkes, ble dette ifølge Collins gjort av kjernesettet. Det var ingen selvfølge at kjernesettet hadde rett, men de kunne lukke uenigheten i kraft av sin sosiale posisjon (Skjølsvold, 2015 s.19).

Jeg tolker at kjernesettet i mange tilfeller blir avsender av den digitale meldingen. Jeg har i drøftingen sett på legene som kjernesettet da de i kraft av sin sosiale posisjon kan velge å prioritere andre oppgaver foran epikrisen. Dette medfører forsinkelser av viktig pasientinformasjon til neste samhandlende ledd, kommunen. Samtidig er det slik at

kjernesettet liksom gjerne kan være kommunale aktører som i kraft av sin sosiale posisjon får «siste ordet» i en sak. Jeg tolker eksempelvis at forvaltningen kan fremstå som kjernenettet fra et kommunalt perspektiv. De skal vurdere pasientens kommunale tilbud etter utskrivelse, og tar derfor den siste avgjørelsen omkring pasienttilbud basert på forliggende dokumentasjon.

2.5 Domestisering

Møtet mellom mennesket og teknologien kan belyses med metaforen domestisering. I historisk sammenheng ble begrepet benyttet for å illustrere hvordan mennesker temmet ville dyr, og hvordan dyrene etter hvert preget menneskenes liv og hverdag. Perspektivet fremstiller hvordan mennesker former teknologien, men også hvordan teknologien former menneskers måte å leve sitt liv. Begrepet viser i så måte til samproduksjon mellom to aktive parter, mennesket og teknologien. Domestiseringsperspektivet peker på at brukerne av teknologi ikke forholder seg passivt og underkaster seg ikke nødvendigvis teknologiens skript. Om teknologien oppnår suksess eller ikke, beror på om brukerne tar den i bruk og innlemmer den i sin hverdag (Skjølvold, 2015).

I denne oppgaven tolker jeg at elektroniske meldinger påvirker ulike aspekter ved helseaktørenes måte å samhandle på. Når de skal kommuniseres via en teknologi som også fungerer som pasientens journal, vil det oppstå en del begrensninger for hva og hvordan helseaktørene velger å «snakke» sammen. På den måten preger teknologien helseaktørenes måte å samhandle på. Samtidig kan helseaktørene påvirke teknologien ved at de anlegger praksis for bruk av andre kommunikasjonsverktøy, som telefonen. Dette gjør de for å sikre videreformidling av informasjon som innehar en karakter de ikke ønsker skal nedfelles i pasientens journal. Andre tilfeller er utskrivningsprosesser, hvor telefonen benyttes for å sikre at informasjonen når mottaker. Helseaktørene stoler i slike tilfeller ikke på at teknologien får det hele og fulle formidlingsansvaret. Disse eksemplene belyser domestiseringsperspektivet, hvordan det sosiale påvirker teknologien, og hvordan teknologien påvirker det sosiale.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for den valgte forskningsmetode, hvordan oppgaven er gjennomført og hva jeg har undersøkt. Ifølge Polit & Beck (2020) er forskningsmetoden en overordnet plan for innhenting data som skal besvare en bestemt problemstilling (Polit & Beck, 2020).

Jeg vil starte med de metodiske valg, rekrutteringsprosessen og intervjuene. Deretter presenteres analyseprosessen før jeg avslutter med etiske betraktninger, metodekritikk og studiens overførbarhet.

3.1 Metodevalg

I denne oppgaven undersøker jeg hvordan den elektroniske meldingen som aktør påvirker samhandlingen mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Jeg ønsker og innhente hvilke opplevelser og erfaringer helseaktørene i disse sektorene har omkring bruk av elektronisk meldingsutveksling. For å besvare min problemstilling ble det naturlig å benytte kvalitativ metode. De vanligste formene for datainnsamling i kvalitativ forskning er intervjuer, observasjoner eller dokumentanalyse. Teksten er ofte det mest fremtredende grunnlaget for analyse av datamaterialet (Polit & Beck, 2020). Kvalitativ metode egner seg til å beskrive erfaringer og opplevelser omkring et fenomen. Metoden kan bidra til å presentere dybdekunnskap og mangfold (Malterud, 2003). Målet med kvalitativ metode er å få nyanserte beskrivelser fra informantens livsverden gjennom ord og ikke tall. I min oppgave vil det være sentralt å få frem de mer dyptgående erfaringene helsepersonell på ulike nivåer i samhandlingskjeden har omkring bruk av denne typen teknologi i samhandlingen.

3.1.1 Intervju som metode

Jeg gjennomførte fem semistrukturerte individuelle intervjuer i perioden september til desember 2021. Intervjuer som gjennomføres med individuelle informanter kalles semistrukturerte intervjuer eller dybdeintervjuer (Matlerud, s.129). Intervju er å regne som en utveksling av meninger omkring et tema som oppleves relevant for begge parter. Intervjueren fortolker og registrerer meninger omkring det som sies og hvordan det formildes. Og det er viktig at intervjueren har satt seg godt inn i temaet for intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015). Elektronisk meldingsutveksling er et tema som har interessert meg i mange år. Jeg har erfaring med elektronisk meldingsutveksling fra et kommunalt ståsted, men noe mer

begrenset innsikt fra spesialisthelsetjenesten. Jeg opplevde det som nødvendig å sette meg litt inn i de ulike meldingstypene i forkant av intervjuene. For meg var det essensielt å få en dypere forståelse av hvordan helseaktører på ulike tjenestenivå håndterer og opplever bruk av elektroniske meldinger i sitt arbeid.

3.1.2 Utvalgsprosessen

Ifølge Malterud (2003) bør utvalget være sammensatt av informanter som kan gi data omkring det man som forsker ønsker å si noe om når intervjuene er gjennomført (Malterud, 2003). For meg var det viktig at informantene representerte de tre leddene (spesialisthelsetjenesten, forvaltningen og kommunehelsetjenesten) i samhandlingskjeden . Informantene kom fra fem arbeidssteder i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Tre av intervjuene ble gjennomført i kommunehelsetjenesten, henholdsvis forvaltningen, hjemmetjenesten og en korttidsavdeling, og to intervju ble gjennomført ved to ulike avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Ikke alle kommuner har sitt eget forvaltningsorgan, men i den kommunen som jeg gjorde intervjuene, er forvaltningen organisert som en egen instans som har ansvaret for saksbehandling og tildeling av helse- og omsorgstjenester. Saksbehandler i forvaltningen er derfor å regne som en kommunal aktør, som gjør vurderinger av kommunale helsetjenester ved utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten. Jeg ser på disse tre leddene som en kjede hvor forvaltningen sitter i midten og gjør de nødvendige tjenestevurderingene utfra informasjonsinnholdet i de elektroniske meldingene.

Figuren under illustrerer de tre leddene i samhandlingskjeden.



Figur 2 Samhandlingskjeden

I kvalitativ forskning er det vanlig å gjøre et strategisk utvalg hvor målet er at utvalget i så stor grad som mulig bidrar til et datamateriale som kan belyse problemstillingen. For å sikre intern validitet bør en spørre seg selv hvilket datamateriale som kan gi ny kunnskap omkring det man undrer seg over. Det vil i den sammenheng være en fordel om forskeren har kunnskap på feltet, slik at hun/han gjør et strategisk utvalg som kan gi data av relevans for forskningen. Et tilfeldig utvalg som ofte benyttes i kvantitativ forskning, kan i kvalitative studier true studiens gyldighet da det kan oppstå mangel på tilstrekkelige data for å besvare problemstillingen (Malterud, 2003). Jeg gjorde et strategisk utvalg hvor inklusjonskriteriet var at informanter måtte ha erfaring omkring samhandling via elektroniske meldinger, og benytte dette verktøyet i sin arbeidshverdag.

Jeg startet rekrutteringsprosessen med å sende mail til avdelings- eller enhetsleder ved de aktuelle helseinstitusjonene. Jeg beskrev kort mitt prosjekt og la ved informasjonsskrivet. Jeg fikk jevnt over rask tilbakemelding fra lederne, og navn på informant jeg kunne ha videre kontakt med. Prosessen rundt å få fastsatt dato for intervjuene opplevde jeg noe krevende. Jeg sendte flere mailer hvor jeg etterspurte tidspunkt for intervjuene, men det tok opptil 3-4 uker før vi landet konkrete datoer. Jeg var bevisst å stille meg disponibel for intervju uansett når det skulle passe informantene. Når dette er sagt, har jeg stor forståelse for at informantene ikke opplevde intervjuet som det mest prekære i en hektisk arbeidshverdag.

Jeg er selv sykepleier/saksbehandler i forvaltningen og intervjuet dermed en av mine arbeidskollegaer. Jeg har av den grunn forsøkt å være bevisst at min egen forforståelse og kjennskap til informantene verken skulle prege intervjusituasjonen eller de etterfølgende analyser. Malterud (2003) viser til at målet ikke trenger å være en eliminering av utvalgsbias. Hun mener man heller kan reduseres utvalgsbias ved å bruke tid på å bli bevisst sin egen forforståelse og de forhold som kan bidra til å innsnevre utviklingen av ny kunnskap. Det er med andre ord viktig å utvise refleksivitet også i utvalgsprosessen (Malterud, 2003).

3.1.3 Intervjuguiden og intervjuene

Intervjuguiden (vedlegg 3) har spørsmål som retter seg mot PLO-meldinger, men i problemstillingen har jeg valgt å holde meg til elektroniske meldinger. Dette er et valg jeg har gjort for å omfavne epikrisen. Under intervjuene framkom det at forskjellige elektroniske meldinger var av sentral verdi for de ulike informantene. Det viste seg at deres arbeidssted

avgjorde hvilken melding som ble ansett som viktigst. Epikrisen som er fremtredende for de kommunale aktørene, går ikke under kategorien PLO-meldinger. For å inkludere også epikrisen ble problemstillingen endret fra å inneholde PLO-meldinger til elektroniske meldinger. Jeg ble gjort oppmerksom på at epikriser ikke hører under PLO-meldinger helt på slutten av intervjurundene. Dette bidro til at intervjuguiden inneholder spørsmål om PLO-meldinger og ikke elektroniske meldinger. Jeg opplevde at informantene vekslet mellom å bruke ordet «elektronisk melding» og «PLO-melding». De snakket også om epikriser i PLO-sammenheng. Det virker som de omfavnet alle typer elektronisk kommunikasjon under PLO-meldinger. Dette har jeg forståelse for da benevnelsen PLO-melding går for å inkludere all elektronisk dialog også i min arbeidshverdag. Jeg hadde dessuten et spørsmål som rettet seg mot «Helseopplysningsmeldingen» under de tre første intervjuene. Dette spørsmålet opplevde jeg ikke relevant når jeg fikk bedre oversikt over de ulike meldingenes relevans for informantene. Jeg fjernet derfor dette spørsmålet under det fjerde og femte intervjuet. Malterud (2003) viser til at det verken er hensiktsmessig eller obligatorisk å standardisere intervjusettingen. Intervjuguiden kan endres underveis ettersom forskeren får mer kunnskap om temaet. Det er også viktig å tilpasse intervju spørsmålene i møtet med hver enkelt informant (Malterud, 2003).

Jeg valgte å gjøre et prøveintervju med en arbeidskollega som selv har skrevet en masteroppgave med kvalitativ metode. Hun ga meg noen nyttige tilbakemeldinger som jeg brukte i de videre intervjurundene.

Dybdeintervju tilrettelegger gjerne for uformelle og frie samtaler. Samtidig er det slik at intervjuobjektene forventer å svare på noen oppsatte spørsmål, slike ferdig formulerte spørsmål skaper dessuten en seriøsitet omkring intervjusituasjonen. Etter hvert som forskeren har gjort noen intervjuer og blitt mer kjent med intervjuguiden, oppnås det som regel en større flyt og tilstedeværelse i samtalen (Tjora, 2012). Rekkefølgen og formuleringene kan endres, og forskeren står fritt til å følge opp på de ulike historiene og svarene informantene gir. Spørsmålene bør være tilpasset den enkeltes bakgrunn og ordforråd, og tester av hypoteser og fortolkninger bør gjennomføres i selve intervjuet slik at det ikke oppstår uklarheter i etterkant (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg deler Tjoras beskrivelse og opplevde en utvikling underveis i intervjuene. Etter hvert som jeg ble mer kjent med intervjuguiden, evnet jeg å i større grad å slippe fokuset på intervjuguiden, være mer til stede og be om utdypende svar der dette var

nødvendig. Det dukket også opp noen nye spørsmål i lys av de allerede gjennomførte intervjuene. Dette kunne være interessante utsagn andre informanter hadde kommet med, som skapte undring hos meg, og som jeg ønsket å ta med til neste intervjurunde. På den måten endret intervjuguiden seg litt underveis. Stort sett alle informantene snakket godt rundt de ferdigformulerte spørsmålene, noe som ga meg flere interessante beskrivelser omkring temaet.

Konteksten intervjuene gjennomføres i, har betydning for det som sies og gjøres i forskningsintervjuet. Både menneskelige og ikke- menneskelige faktorer kan påvirke intervjuet, dette bør forskeren ha et bevisst forhold til når sted for intervjuet planlegges (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle informantene fikk selv velge hvor intervjuene skulle gjennomføres. Jeg ønsket at intervjusituasjonen skulle oppleves trygg, og at informantene ikke skulle belastes ved eksempelvis å måtte reise for å møte meg. Tre av informantene valgte sitt eget arbeidssted, mens to av informantene ønsket å møte meg utenom arbeidstid av praktiske årsaker som vansker med å finne tid i en fullpakket jobbkalender. Noen av informantene utviste både verbalt og non-verbalt at de hadde det travelt. Jeg opplevde likevel at samtlige informanter var fokusert under selve intervjuet.

Intervjuene bør starte med en kort sekvens hvor forskeren forteller om formålet med intervjuet, hva lydopptakeren benyttes til, og om informanten har noen spørsmål før intervjuet starter. Dette gjøres for å skape kontakt mellom informant og forsker, men også for å utvise respekt ovenfor informanten som skal fremlegge sine opplevelser og følelser til forskeren (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg startet alle intervjuene med å fortelle kort hva prosjektet gikk ut på, hvilke rettigheter de hadde i forhold til intervjumaterialet, og om de hadde noen spørsmål før start. Jeg ga tydelig beskjed om når intervjuet startet og sluttet. Jeg hadde på forhånd lastet ned Nettskjema-diktafonappen (Universitetet i Oslo, u.å) på min egen telefon . Denne benyttet jeg som båndopptaker under intervjuene. Intervjuene ble kryptert og overført til nettskjemaet som ansees som et sikkert lagringssted for intervjuer. Jeg opplevde lyd kvaliteten på intervjuene god, og det oppsto derfor ingen uklarheter i forbindelse med transkripsjonene.

3.2 Analytisk fremgangsmåte

Jeg valgte å benytte meg av tematisk analyse ettersom denne analyseformen egner seg godt for å analysere kvalitativt datamateriale. Johannessen og medarbeidere har tatt utgangspunkt i Virginia Braun og Victoria Clarkes (Braun & Clarke, 2006) fremstilling av tematisk analyse. Jeg valgte å forholde meg til (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018) sin tematiske fremgangsmåte.

3.2.1 Transkripsjonsprosessen

Jeg opplevde at analyseprosessen startet allerede under intervjuene og de videre transkripsjonene, noe som også gjenspeiles i Kvale og Brinkmann (2015) sine beskrivelser av transkriberingsprosessen. De viser til at når materialet struktureres i form av tekst, er dette å regne som starten på analysen (Kvale & Brinkmann, 2015). Transkripsjonene gikk greit da det som nevnt var god lyd kvalitet på opptakene. Intervjuene hadde varighet på mellom 45 til 70 minutter, og dette utgjorde flere titalls sider med transkribert materiale. Jeg gjorde små notater underveis i transkripsjonsprosessen. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker at oversettelse fra muntlig til skriftform medfører tap av non-verbalt språk og ironi og at dette kan svekke den opprinnelige intervjusamtalen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte å ta med «fyllord» som «ehh», «hehe», «hmm» og så videre. Disse ordene opplevde jeg som sentrale å ha med i den videre analyseprosessen da jeg enklere kunne sette meg inn i atmosfæren under intervjuene. Jeg valgte imidlertid å fjerne «fyllordene» når resultatene skulle skrives frem. Dette gjorde jeg for at teksten skulle fremstå mer oversiktlig og lesbar. Jeg regnet det som viktig at informantenes uttalelser ikke bidro til å sette dem i et dårlig lys, og at sitatene var lette å forstå. Jeg vurderte det derfor som nødvendig å gjøre noen få redigeringer på setningsoppbyggingen, men var påpasselig med at det ikke rokket ved selve budskapet. Malterud (2003) påpeker at det i noen tilfeller kan være nødvendig å gjøre redigeringer dersom den ordrette transkripsjonen er usammenhengende og lite forståelig. Dette gjøres for å hindre at informanten latterliggjøres, men også for å sikre at utdragene blir lette å lese (Malterud, 2003).

3.2.2 Analysen

Etter transkripsjonene gikk jeg i gang med den tematiske analysen. Jeg leste gjennom det transkriberte råmaterialet flere ganger og gjorde meg små notater underveis i dokumentene. Kodingen er ifølge Johannessen og medarbeidere (2018) spørsmålsdrevet, og det lønner seg å

være grundig i kodingen og heller markere litt for mye enn litt for lite. Det kan også være lurt å notere spørsmål og refleksjoner som dukker opp. I denne prosessen hadde jeg problemstillingen og de to forskningsspørsmålene foran meg. Jeg kodet datanært, og ifølge Johannessen kan en slik fremgangsmåte gjøre det lettere å se nyanser, sammenhenger og mønstre i datamaterialet (Johannesen et.al., 2018). Jeg opplevde denne måten og kode på svært tidkrevende, men også nyttig da alle små nyanser i datamaterialet fremkom. Siden jeg har hovedfokus på en teknologi bestemte jeg meg tidlig for å bruke aktør- nettverksteorien. Jeg gikk under kode-prosessen frem og tilbake mellom empiri og teori, mens jeg hadde problemstillingen og forskningsspørsmålene som rettesnor.

Jeg benyttet post-it-lapper hvor jeg noterte kode og empiri på samme lapp. Etter hvert samlet jeg de post-it-lappene som kunne høre sammen og plasserte dem under ulike temaer. I første runde fremkom det mange temaer. Disse ble i neste omgang redusert til færre temaer, noen temaer ble fjernet ettersom de ikke ble regnet som relevante i forhold til problemstillingen. Dette er i tråd med Johannesen og medarbeidere (2018) som viser til at det ikke er uvanlig å starte ut med mange temaer som etter hvert slås sammen til færre temaer. Videre kan det også være hensiktsmessig å ha noen hovedtemaer med flere undertemaer, og man bør ikke sitte igjen med mer enn 3 til 5 temaer til sist, disse skrives frem i resultatdelen. I resultatdelen skrives de aktuelle temaene frem for å vise at funnene er gyldige til å besvare problemstillingen. Over- og undertemaer presenteres i en forståelig og strukturert rekkefølge hvor det gis en dyp og nyansert presentasjon av funnene. Sentrale poenger presenteres i utdrag, som benyttes til å illustrere det man ønsker å belyse (Johannessen et.al., 2018). Jeg opplevde det innimellom utfordrende å plassere de ulike kategoriene i temaer da noen av kategoriene kunne plasseres under flere temaer. Jeg fikk god veiledning i denne prosessen, og da jeg etter hvert ble ferdig med kategoriseringen, satt jeg igjen med 3 hovedtemaer og tilhørende 3 til 4 undertemaer. Disse vil bli presentert under resultater i kapittel fire. Jeg opplevde ikke analyseprosessen som en lineær prosess. Det ble mye frem og tilbake mellom trinnene, fra det transkriberte materialet til koder og temaer og visa versa. Dette sammenfaller med Johannessen og medarbeidere (2018) sine beskrivelser av analyseprosessen.

3.3 Forskningsetiske overveielser

Før oppstart søkte jeg godkjenning og tillatelse fra Norsk senter for forskningsdata (Norsk senter for forskningsdata, u.å) for innhenting av data og gjennomføring av prosjektet (vedlegg

1). Datamaterialet er behandlet i tråd med gjeldende krav til personvern og de forskningsetiske retningslinjene er fulgt gjennom hele oppgaven (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2019).

Jeg henvendte som nevnt via mail til de utvalgte avdelinger/enheter jeg ønsket å rekruttere informant fra. Jeg la ved en kort informasjon om meg selv, tema for prosjektet og informasjons- og samtykkeskrivet (vedlegg 2). Samtlige avdelinger ønsket å delta, og jeg fikk navn på informant for videre mailkontakt. Informasjonsskrivet inneholder også betegnelsen PLO og ikke elektroniske meldinger, dette av samme grunn som beskrevet under intervjuguiden.

Jeg har overholdt kravet til taushetsplikt gjennom hele prosjektet og aidentifisert informantene. De ble også informert om at de når som helst kan trekke seg fra studien uten at dette vil ha noen konsekvenser for dem. Intervjuene ble som nevnt gjort via Nettskjema-diktafonappen og lagret på et sikkert lagringssted for intervjuer (Universitetet i Oslo, u.å). Det transkriberte materialet har blitt oppbevart i skyløsning med 2-faktor autentisering for innlogging, i tråd med UiT`s retningslinjer for sikker lagring av sensitiv data, fortrolighetsgrad gul. Videre ble det i forkant av masteroppgaven utarbeidet en risikoanalyse. ROS-analysen ble gjennomført i samråd med veileder og godkjent av studieleder. Jeg har også lest og satt meg inn i UiT sine etiske retningslinjer for forskningsdata (UiT Norges arktiske universitet, u.å).

3.4 Metodekritikk og kvalitet i kvalitativ forskning

I denne delene vil jeg redegjøre for andre teoretiske og metodiske retninger som er valgt bort, men som kunne vært aktuelle. Videre tar jeg for meg forforståelse og forskning i eget felt, hvilke implikasjoner dette kan medføre og hvilke hensyn som bør tas. Til sist ser jeg på studiens overførbarhet.

3.4.1 Andre teoretiske og metodiske retninger

Malterud (2003) viser til at den teoretiske referanserammen har betydning for hvordan man som forsker går inn og tolker datamaterialet (Malterud, 2003). Jeg har som nevnt fokus på hvordan teknologien, elektroniske meldinger påvirker samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og har valgt å se dette i lys av STS teoretiske perspektiver. Oppgaven ville sett annerledes ut dersom jeg eksempelvis hadde valgt teknologiens

påvirkning fra pasientperspektivet, eller et annet teoretisk perspektiv som etikk og/eller organisasjonsteori. Det kunne også vært relevant og spennende å gjøre et observasjonsstudie. Siden jeg benytter ANT perspektivet ville et slik studie belyst hva som egentlig skjer mellom helseaktørene og teknologien elektroniske meldinger i samhandlingssituasjonene. Da ville jeg som Skjølvold (2015) viser til gått inn i situasjoner og sett hva aktørene (de menneskelige og ikke- menneskelige) *gjør* for å nå sine mål. Samtidig har jeg vært nødt til å gjøre noen valg grunnet tidsmessige begrensinger. Tjora (2012) viser til nettopp dette, og utdyper at man i all forskning må gjøre noen pragmatiske valg, hva angår tid og ressurser (Tjora, 2012).

3.4.2 Forforståelse og forskning i eget felt

Ifølge Gadamer er forforståelse avhengig av enkelte fordommer. Vi oppfatter verden og oss selv utfra en mer omfattende helhet. Vi tar avgjørelser utfra vår forforståelse, og denne forforståelsen preger hvordan vi ser og oppfatter en situasjon (Wifstad, 2019). Kvale og Brinkmann (2015) viser til at forskeren bør tilstrebe og oppnå innsikt i sine fordommer slik at de blir belyst når det er nødvendig. De peker videre på refleksiv objektivitet, og at forskeren til enhver tid bør reflekterer over sine bidrag til forskningen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg har som nevnt mitt arbeidssted i en kommunal forvaltningstjeneste, og har derfor egenerfaring omkring bruk av elektroniske meldinger. Det har vært utfordrende å være helt objektiv, og min forforståelse kan ha preget de resultatene jeg har kommet frem til. Samtidig har jeg etter beste evne forsøkt å stille åpent i møte med alle informantene. Jeg har lagt vekt på å utvise refleksivitet rundt alle prosessene, fra utvelgelse, til intervjuene, analyseprosessen og den videre drøftingen. Skjølvold (2015) peker på at en teknologi kan, i likhet med vitenskapelig data, fortolkes ulikt av ulike forskere (Skjølvold, 2015). Skjølvold's bemerkning er spesielt viktig siden jeg ikke har erfaring med elektroniske meldinger fra spesialisthelsetjenesten. Jeg har i den sammenheng opplevd det sentralt å være bevisst min kommunale forhåndserfaring slik at jeg ikke setter informantene fra spesialisthelsetjenesten i et dårlig lys. Jeg vet at informantene, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten preges av tidsknapphet, og jeg er derfor klar over at dette kan være en bakenforliggende årsak for deres prioriteringer omkring elektroniske meldinger. Denne forståelsen har jeg forsøkt å legge frem i resultatene og den videre drøftingen.

Alle fem informantene kommer fra samme kommune, og et av intervjuene ble som nevnt gjennomført med en av mine arbeidskollegaer. Siden jeg har jobbet i kommunen gjennom

flere år og har møter i den kommunale korttidsavdelingen, har jeg også kjennskap til informantene derfra. De tre andre informantene har jeg ingen kjennskap til. Jeg opplevde intervjusituasjonene med de to informantene jeg har kjennskap til som fokusert, og det var ingen utenomstakk under selve intervjuene. Hvorvidt mitt kjennskap til informantene har preget deres svar er vanskelig å si. Mulig var de mer avslappet, og kanskje har de utdypet og fortalt mer til meg enn de ville gjort dersom jeg var ukjent for dem. Det viktigste er, som tidligere beskrevet, at jeg har forsøkt å være refleksiv i alle mine overveielser gjennom hele oppgaven.

Til sist skal det nevnes at jeg aldri har gjort en kvalitativ forskningsstudie før. Jeg anser meg derfor som en novise på dette feltet. Min begrensede erfaring kan ha bidratt til at jeg i noen tilfeller eksempelvis har vært litt for ledende i mine oppfølgings spørsmål under intervjuene.

3.4.3 Overførbarhet

Kvale og Brinkmann viser til at vi må spørre om kunnskapen kan overføres til andre lignende situasjoner dersom vi er interessert i å generalisere (Kvale & Brinkmann, 2015). Kunnskap utviklet i spesifikke kontekster kan ha overføringsverdi til andre mere allmenne forhold (Malterud, 2003). Jeg ønsker i denne studien å undersøke hvordan helseaktørene på de tre nivåene i samhandlingskjeden oppfatter og bruker teknologien elektronisk melding i sin arbeidshverdag. Studien er liten, med kun fem informanter. Men utfra de teoretiske valg, resultatene, drøftingen og den videre oppsummeringen tolker jeg at studien kan ha overføringsverdi, og være et bidrag til andre nærliggende kontekster hvor teknologi benyttes i forbindelse med samhandling.

4 Resultater

For at det skal være enklere for leseren og holde oversikt på de ulike informantene, vil jeg omtale dem som; informant kommunal korttidsavdeleling, informant hjemmetjeneste, informant forvaltningen og informant sykehus.

Jeg har valgt å benytte pasientbetegnelsen gjennom hele oppgaven. «Bruker» omtalen som ofte knyttes til den kommunale tjenesten er valgt bort, dette for å skape flyt og struktur i oppgaven.

Jeg vil videre presentere de funn som etter analysen fremtrer relevante for å besvare problemstillingen:

«Hvordan skaper elektroniske meldinger føringer for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i pasientforløpet?»

4.1 Informasjonsbase og samhandlingskanal

Funnene viser at informantene opplevde elektroniske meldinger som en samhandlingskanal hvor de kunne dele informasjon omkring pasientforløpene. Dette kunne være informasjon om pasientens opplevelser av egen helsetilstand, beskrivelser av funksjoner, habituell- tilstanden, medikamenter eller informasjon av mer teknisk art som ulike avanserte hjelpeapparat.

Elektroniske meldinger ble også trukket frem som en tids besparende aktør i arbeidshverdagen. En av informantene med arbeidssted i hjemmetjenesten uttrykte det slik:

« Dersom ikke PLO hadde eksistert, så hadde jeg brukt halve dagen min på å sitte i telefon ».

I det videre vil jeg presentere noen av funnene som løfter frem elektroniske meldinger som informasjons- og samhandlingskanal.

Saksbehandler i forvaltningen anså det som viktig med informasjon om pasientens opplevelser av egen helsetilstand. Informanten viste til at det var nødvendig å forstå pasienten samt motta beskrivelse av funksjoner. Dette var informasjon som gjorde det lettere og vurdere videre tiltak for pasienten etter utskrivelse. Informanten beskrev en situasjon hvor hun mottok en helseopplysningsmelding med informasjon av relevant karakter.

«(..) Følte jeg hadde vært med i samtalen fordi meldingen var så godt beskrevet, hvordan pasient og pårørende hadde reagert på diagnosen, og hva de ønsket (...) Lettere for meg å svare med engang, at dette får vi til (...) Beste helseopplysningene er der jeg sitter igjen med en følelse av å forstå pasienten og ikke bare situasjonen pasienten er i (...) Funksjon og gjerne følelser, det er best.» Informant forvaltningen

Flere av informantene hadde fokus på pasientens habituelle tilstand (normal tilstand). Slik informasjon ble beskrevet som viktig for den videre pasientbehandlingen i innleggelsessituasjoner. En av informantene mente denne typen informasjon kunne bidra til å gi spesialisthelsetjenesten en oversikt over hvordan pasienten fungerte i sin normale hverdag og danne grunnlaget for vurderinger av eventuelle utredninger. Informanten beskrev hva som var viktig å motta i en innleggesrapport fra kommunen.

«Den habituelle tilstanden er ofte utgangspunktet for vår utredning i forhold til funksjonssvikt og kognitiv svikt. Informasjon om endringer i medisinene kan også umiddelbart hjelpe pasienten (...) Hadde pasienten en funksjonssvikt tidligere eller ikke, det har betydning for hvilken utredning man gjør hos pasienten. Kanskje ble det ingen MR for det viste seg at det var en normaltilstand.» Informant sykehus

Informant fra kommunal korttidsavdeling løftet frem informasjon omkring pasientens medikamenter, hjelpemidler, funksjoner og diagnoser. Korttidsavdelingen fikk overført de pasienter som hadde behov for kartlegging og oppfølging i et korttidsopphold før de eventuelt kunne komme hjem.

«Det er jo kjempeviktig å vite hvilke medikamenter pasienten bruker, hvordan funksjonsnivået er og diagnoser (...) Hva som er viktig for pasienten, hva som er formålet med at de skal til oss (...) Beskrivelse av om de benytter noen hjelpemidler (...) At vi får samlet hva slags pasient som kommer til oss så vi får forberedt oss godt, eller best mulig. For vi møter jo ikke pasienten på forhånd, vi er helt avhengig av at de opplysningene som står der er riktige».

Informant kommunal korttidsavdeling

De nevnte sitatene beskriver hvordan elektroniske meldinger kan legge til rette for informasjonsutveksling og samhandling spesialist- og kommunehelsetjenesten imellom. Samtidig viser sitatene forskjeller på hva som ansees som relevant informasjon.

Noen informanter trakk frem funksjonsbeskrivelser, andre habituell- tilstanden eller pasientens opplevelse av å være syk. Informanten fra hjemmetjenesten siterte: «*Jeg tenker jo at alt som har med pasienten å gjøre, bør vel kanskje komme frem.*» Men hva er all informasjon om pasienten, og er den informasjonen kommunen anser som viktigst mest betydningsfull for spesialisthelsetjenesten og omvendt? Og forstår aktørene i samhandlingsnettverket hverandres informasjonsbehov?

Ut fra datamaterialet fremkom det ulikheter omkring informasjonsbehovet. Jeg tolker at disse forskjellene henger sammen med ulik arbeidskontest og forforståelse hos den enkelte helseaktør. Informantene beskrev dobbeltarbeid, frustrasjon og ekstra belastning for pasienten som følger av forsinket eller mangelfull informasjon. Jeg vil i det videre vise til de funn som beskriver hvilke utfordringer disse variasjonene kan skape for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og implikasjoner dette kan ha for pasientforløpet og informasjonsflyten.

4.2 Ulik kontekst og forforståelse bidrar til samhandlingsutfordringer

I denne delen viser jeg til hvordan den elektroniske meldingens utforming gir rom for fortolkninger. Avsender kan velge hvor ufyllende meldingsinnholdet skal være, og hvilken informasjon som ansees relevant å overføre til mottaker. Funnene viser forskjeller omkring hva informantene vurderte som viktig å motta samt sende fra seg, og at de ikke alltid forsto hvorfor informasjon ble etterspurt. Jeg tolker dette gjenspeiler utfordringer som kan oppstå når arbeidskontekst og forforståelse er ulik. Når meldingens utforming i tillegg åpner opp for variasjoner omkring innholdet, kan dette skape konsekvenser for den videre meldingsdialogen.

Jeg vil videre presentere funn som beskriver situasjoner hvor informantene ikke forsto hverandres informasjonsbehov. Deretter se på hvordan ulike prioriteringer i arbeidshverdagen kunne skape utfordringer for samhandlingen. Ulik forståelse og behov rundt epikriseforsendelsen kunne også være kime til ekstraarbeid og samhandlingskonflikter. Til sist tar jeg for meg beskrivelser som peker mot pasientoppfølgingen og hvilke problemer som kunne oppstå når de elektroniske meldingene var mangelfulle.

4.2.1 Blir ikke møtt på sitt informasjonsbehov

Ulike oppfatninger om hva som ble ansett som relevant informasjon å sende fra seg, gikk igjen hos informantene. En av informantene beskrev at hun ikke alltid forsto hvorfor kommunen etterspurte opplysninger. Slik vekslende forståelse av hva som ansees som relevant informasjon, kan skape situasjoner hvor helseaktørene oppfatter spørsmålene som ekstraarbeid i en hektisk hverdag. Sitatet belyser at det kan oppstå tolkning om hva som regnes som relevant informasjon, da meldingens utforming åpner opp for fleksibilitet omkring innholdet.

«Det er ikke alltid det er like lett og fylle ut alt (i helseopplysningsmeldingen) og det oppleves heller ikke alltid nødvendig (...) Det er ganske vanskelig noen ganger når vi har pasienter som er ganske oppegående, som bare skal ha en Hickman (sentralt venekateter) eller kontakt med en kreftsykepleier, også ber kommunen om utfyllende helseopplysninger. Da er det i mine øyne ofte ikke nødvendig med en utfyllende helseopplysning (...) Jeg skulle gjerne likt å vite hvorfor de etterspør nye helseopplysninger så mye (...) «Hva er forandret? at antibiotika seponeres i morgen?», men ingen blir jo sendt hjem med antibiotika så jeg forstår ikke hvorfor de etterspør.» Informant sykehus

Noen ganger mottok ikke kommunen elektronisk melding etter at pasienten hadde vært innlagt i spesialisthelsetjenesten. De måtte i slike tilfeller ringe og etterspørre informasjon og be om å få den tilsendt elektronisk. Det var ikke alltid forståelse for at kommunen hadde behov for denne informasjonen, og sitatet viser uoverensstemmelsen rundt forståelsen av hva som ansees som viktig og relevant informasjon for den samhandlende aktøren.

«Det skjer at vi er nødt til å ringe fordi vi ikke har mottatt elektronisk melding på pasienten etter han har vært innlagt. Da kan vi ofte få til svar at det ikke er noen endringer, men vi er nødt til å ha et skriv på det også. Selv om pasienten kun har vært inne til væskebehandling så er vi nødt til å få en epikrise på det også. Selv om ikke de anser det som viktig, er det veldig greit å vite for oss.» Informant hjemmetjenesten

Informanten fra forvaltningen viste til at når hun vurderte å ha for lite informasjon om en pasient, eller hadde behov for oppdaterte helseopplysninger måtte dette etterspørres. Det ble av informanten presisert som viktig å vite hvorfor pasienten hadde behov for de ulike hjelpetiltakene. Hun opplevde ikke alltid å møte forståelse for sitt informasjonsbehov og det

neste sitatet belyser en slags konflikt mellom det å måtte etterspørre informasjon og samtidig vite at det skaper frustrasjon hos motparten.

«Det blir kanskje frustrasjon for at vi ikke forstår (...) Vi kan få melding om at pasienten trenger hjelp til medisiner(...) Også sitter jeg og maser om hvorfor (...) Jeg tror ikke sykehuset ser viktigheten av det de må formidle til oss (...) Samtidig er det en felle og hele tiden måtte spørre fordi det skaper frustrasjon der ute» Informant forvaltningen

Behovet for beskrivelser av pasientens funksjoner gikk igjen hos alle informantene. Informanten fra forvaltningen som gjør vurderinger av pasienttilbudet etter utskrivelse, beskrev det som ekstra viktig med informasjon omkring pasientens funksjoner og opplevelsen av å bli syk. Sitatet gjenspeiler et eksempel på hvor ulikt de samhandlende aktørene vurderer hva som regnes som relevant informasjon.

«Det å få kreft, kanskje kort forventet levetid, hvordan tar pasienten det? Hvis vi får beskjed om at pasienten har kreft, og behov for kreftsykepleier og tilrettelegging av mat sier det meg ingenting (...) Det er viktig at det er utfyllende (...) En funksjonsbeskrivelse og hva som er viktig for vedkommende» Informant forvaltningen

Det kunne også oppstå utfordringer omkring forståelsen av pasient-kartleggingsverktøyet individbasert helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS). Dette er et kommunalt kartleggingsverktøy, og dermed ikke like kjent for spesialisthelsetjenesten. For hjemmetjenesten blir det ofte naturlig å innlemme IPLOS, som en del av funksjonsbeskrivelsen i innleggelsesrapporten, som sendes til spesialisthelsetjenesten. IPLOS består i utgangspunktet av tall som skal indikere pasientens funksjoner og hjelpebehov. Informanten beskrev i det neste sitatet at de sjelden visste når IPLOS- vurderingen var gjort, og at det ikke alltid ble gitt en nærmere beskrivelse av den.

«Jeg synes denne standard innleggelsesrapporten med bare IPLOS og en medisinliste er litt lite (...) Meldinger som kun kommer med standard IPLOS og medisinoversikt kan jeg ikke umiddelbart nyttiggjøre meg så mye av, for jeg vet ikke akkurat når IPLOS`en var oppdatert, og om endringene som har vært siste dagene, og utgangspunktet hos pasienten (...) IPLOS scoren forteller meg ikke sånn hundre prosent hvorvidt pasienten går med prekestol eller

rullator, alene eller med følge. Det er ikke helt klart for meg og det har betydning for oss.»

Informant sykehus

Sitatene belyser informantenes beskrivelser av ikke å bli møtt på sitt informasjonsbehov og hvilke implikasjoner dette kan få for den videre samhandlingen.

4.2.2 Ulike prioriteringer bidrar til utfordringer i samhandlingsnettverket

I en hverdag hvor det skal balanseres mellom pasientoppfølging og dokumentasjon, kan det sistnevnte bli prioritert bort. Dette er naturlig da pasienten bør komme i første rekke. Samtidig kan det gi utfordringer for de øvrige aktørene i samhandlingsnettverket, som er helt avhengige av informasjon dersom de skal klare å tilrettelegge et tilbud for pasienten ved utskrivelse. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten beskrev hvordan hun prioriterte i en hektisk arbeidshverdag.

«Jeg synes det er viktig å skrive gode elektroniske meldinger, men jeg prioriterer det ikke hvis det er andre ting som krever meg, og det er jo veldig dumt hvis du har en pasient som skal ut og trenger god oppfølging fra kommunen. Så det er jo litt sånn og gjøre seg en bjørnetjeneste, for du får det travlere når det faktisk er utskrivningsdag hvis du ikke har forberedt kommunen godt nok» Informant sykehus

Når den elektroniske informasjonsutvekslingen prioriteres ned vil det som nevnt kunne få konsekvenser for andre aktører i samhandlingsnettverket. For mottaker som da får meldingen for sent kan det oppstå en følelse av frustrasjon og lite forståelse for hva som kreves av forberedelser når tjenestebehovet skal vurderes.

«De verste PLOene er der du får melding om at pasienten er innlagt og utskrivningsklar samtidig (...) Pasienten er meldt utskrivningsklar så jeg må jo gi et tilbud (...) Jeg må koordinere tjenester som burde vært avklart før. Hvis det er noen som kan hjem er vi allerede på etterskudd, da ligger de og oppholder en plass unødvendig (...) Det virker som sykehuset har vært så opptatt med egen behandling at de ikke har tenkt på systemet rundt før pasienten er ferdig(...) Man blir litt sånn frustrert og irritert fordi andre ikke forstår min side av saken»

Informant forvaltningen

De to overnevnte sitatene viser hvordan prioriteringer i arbeidshverdagen kan prege neste ledd i samhandlingskjeden. Jeg tolker dette som utfordringer som kan oppstå når forståelsen for hverandres arbeidskontekst er mangelfull.

En av informantene beskrev en situasjon hvor motstridende vurderinger omkring pasienttilbudet etter utskrivelse førte til uenigheter. Sitatet gir et innblikk i hvordan samhandlingen kan utarte seg når aktørene ikke klarer å sette seg inn i hverandres vurderinger, og fortrinnsvis avveier situasjonen ut fra egen kontekst.

«Vi kan klø oss i hodet over svarene vi noen ganger får fra kommunene når vi har en kjempekompleks pasient som trenger døgnkontinuerlig tilsyn, angst og kanskje masse pleura og metastaser i lungene og er tungpustet. Så er det liksom (svar fra kommunen) , kan pasienten ha trygghetsalarm og tilsyn x 2 natt? (...) Det kan jo være tungt for en pasient som er 80 år, og dårlig også skal han hjem (...) Vi mente det ville bli reinnleggelse uka etter dersom pasienten skulle ha dratt hjem) (...) Det er synd at så skjøre gamle pasienter skal bli en sånn kasteball» Informant sykehus

De nevnte sitatene gjenspeiler at helseaktørene i samhandlingsnettverket ikke alltid forstår hverandres arbeidsområde, og hva som ligger til grunn for ulike prioriteringer og vurderinger.

4.2.3 Epikriseutfordringer

Forsinkede epikriser ble av flere informanter beskrevet som et problem som bidro til uklarheter omkring pasientbehandlingen. Sitatet gjenspeiler avsenders manglende forståelse omkring betydningen epikrisen har for tjenesten som blir gitt ansvaret for pasientoppfølgingen.

«Jeg har til og med sagt på telefonen at vi må ha epikrise før pasienten kommer, likevel kommer foreløpig epikrise, og vi opplever jo da at epikrisen ikke kommer før flere dager etter innleggelsen hos oss (...) Fra de er meldt utskrivningsklar til de kommer til oss skjer det masse (...) Det kan være endringer fra å bruke vanlig O2 til å måtte være avhengig av Airvo 2 (high flow oksygenbehandling), eller at de har endret medisiner (...) Det er også sånn at vi får ikke epikrise fra poliklinikkene før det har gått flere dager, de kan ha gjort endringer på medisinene uten at vi har fått beskjed om det (...) Da må vi kanskje bare stole på noen

pårørende som kommer med en lapp (...) Så akkurat det med poliklinikkene og samhandlingen der, det kan ta dager før vi får det oppdatert.» Informant kommunal korttidsavdeling

Det ble også beskrevet som tidkrevende å etterlyse epikrisen. Sitatet belyser ekstraarbeidet som oppstår når hjemmetjenesten må bruke tid på å etterspørre informasjon. Det bevitner også manglende kjennskap til de samhandlende aktørenes informasjonsbehov og oppfølgingsansvaret de har ovenfor pasienten.

« Hvis en av mine pasienter har vært på en poliklinisk time på sykehuset og startet opp med nye medisiner, så får ikke vi automatisk en elektronisk melding fra sykehuset om den informasjonen. Da bruker vi gjerne veldig mye tid på å finne ut av dette og ringer til sykehuset» Informant hjemmetjenesten

Sitatene over beskriver utfordringer forsinkede epikriser kan skape for den kommunale helsetjenesten. En av informantene fra spesialisthelsetjenesten bekreftet at de ofte mottok henvendelser som dreide seg om forsinkede epikriseforsendelser etter utskrivelse. Når det kan ta flere dager før informasjonen sendes til den aktuelle tjenesten, illustrerer det manglende forståelse for epikrisens betydning for ansatte som skal følge pasienten opp i hjemmet. Sitatet belyser også en fleksibilitet i systemet. Det finnes ingen «deadline» som bidrar til at epikrisen sendes ut tidsnok.

«Det er ofte vi får tilbakemelding når epikrise ikke er tidsnok, det er faktisk et problem vil jeg si, og det skjønner jeg er et problem for kommunen også. Epikrise blir jo sendt ut elektronisk når pasienten skrives ut, men legene har det travelt, så da er det fort gjort at de ikke godkjenner epikrisen før etter noen dager» Informant sykehus

En av informantene beskrev en samhandlingsepisode hvor epikrisen var kilden til en konflikt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten. Eksemplet viser hvordan motstridende behov og et system som ikke er rigget til å sende epikrisen før pasienten utskrives, kan skape samhandlingsutfordringer. Informanten opplevde kommunen som vanskelig, men sitatet gjenspeiler at kommunen sannsynligvis opplevde sykehuset som like utfordrende å samhandle med. Sitatet kan tyde på at det kjempes en slags kamp på tvers av organisasjonene som belyser manglende forståelse for hverandres informasjonsbehov, men også et fravær av fleksibilitet i meldingssystemet.

«Vi hadde en PLO konflikt med en kommune der vi hadde sendt helseopplysningsmelding om at pasienten trengte institusjonsopphold, og spurte om de hadde plass til pasienten i et korttidsopphold (...) Vi fikk til svar at de måtte ha epikrise før de kunne vurdere institusjonsplass. Men systemet er jo slik at epikrisen kommer når pasienten skrives ut (...) Vi kunne jo ikke ha pasienten her fordi kommunen var vanskelig, så det endte med at vi overflyttet pasienten til lokalsykehuset i kommunen» Informant sykehus

Resultatene viser hvordan ulik forståelse av epikrisens betydning, kan skape samhandlingsutfordringer i form av forsinkelser, uklarheter eller konflikter kommunen og spesialisthelsetjenesten imellom.

4.2.4 Pasienten som skadelidende aktør

For at pasienten skal unngå unødige undersøkelser ved innleggelse, fordrer det at innleggelsesrapporten fra kommunen er utfyllende og inneholder informasjon om pasientens habituelle tilstand. Meldingenes informasjonsinnhold er derfor av stor betydning for pasienten. Det neste sitatet illustrerer et eksempel som tar for seg en pasient som ikke kunne snakke. I slike tilfeller blir det ekstra viktig med informasjon om pasientens normale tilstand og hverdagslige behov for å unngå unødige undersøkelser som MR av hodet.

«Enkelte opplysninger kunne forklart mye, en kort statusrapport om eventuelle endringer og en funksjonsbeskrivelse, det hadde jeg likt å motta i en innleggelsesmeldingen fra kommunen. At det er veldig tydelig, det trenger ikke være veldig mye, men en funksjonsbeskrivelse om habituell tilstanden og eventuelle endringer. Det ville hjulpet oss og ikke minst pasienten, at de slapp unna en del testing og prøver. Hvis de ikke har en familie eller hjemmetjeneste tilgjengelig må vi jo ta utgangspunkt i det vi ser. Da er det godt å vite at pasienten ikke kunne prate så mye før, ellers blir det en MR av hodet.» Informant sykehus

Beskrivelsen over eksemplifiserer hvordan innleggelsesrapportens innhold kan styre pasientoppfølgingen. En annen informant beskrev et uheldig pasientmottak hvor det oppstod en situasjon som potensielt sett kunne vært farlig for pasienten. Sitatet viser hvordan et pasientmottak kan utarte seg når partene har ulike oppfatninger av hva som er tilstrekkelig informasjon.

«Pasienten kom tilbake rett før en helg, uten at vi fikk noen slags oppdatering på hva som hadde skjedd på sykehuset (...) Vi fikk bare helt kort, jeg tror det var tre linjer, pasienten kommer tilbake, bestilt ambulanse til klokka 14, det pågår væske. Det sto ikke oversikt over medisinene engang (...) De hadde ikke beskrevet hvor mye O2 pasienten skulle ha, eller hvordan maskinen skulle stilles inn, så det ble et veldig kaotisk mottak der pasienten ble sittende lenge uten å få det han skulle ha av O2, pasienten var sint (...) Det sto ingenting om hva som hadde skjedd og epikrisen kom jo ikke før uken etter, for dette var jo mot en helg (...) Vi måtte ringe til sykehuset og spørre direkte om det var endringer på medisinene (...) Det sto forutsettes kjent (...) Men nå hadde jo pasienten vært innlagt i over en uke, og ting skjer jo på sykehuset, det vet vi jo (...) Det blir litt sånn dårlig førsteinntrykk, både for pasient og pårørende(...) og potensielt farlig for pasienten.» Informant kommunal korttidsavdeling

Sitatet over viser at manglende informasjon kan bidra til å sette pasienten i en utfordrende situasjon. Manglende informasjon kan også frembringe uenigheter mellom pasienten og tjenesten. Det neste sitatet belyser en hendelse hvor pasienten mente å ha fått informasjon som ikke samsvarte med det hjemmetjenesten hadde mottatt. Uenigheten førte til fortvilelse hos pasienten og en opplevelse av å ikke bli trodd. Eksemplet illustrerer hvordan informasjonen er preget av konteksten den sendes fra. Det utvises ikke forståelse for hva som blir riktig informasjon for mottaker. Og som eksemplet viser, skaper dette mye ekstraarbeid for tjenesten som må etterspørre informasjon i flere omganger.

«Vi hadde en pasient som har vært plaget med urinveiene, urin og væskeansamling, sånn at pasienten hadde vært veldig mange ganger inne i spesialisthelsetjenesten (...) pasienten kom til oss etter vedkommende hadde vært på sykehuset og sa at vi skulle starte opp med kateterisering (tømme blæren med kateter) fire ganger per dag (...) Vi fikk epikrisen og der var det opplysninger om tidligere sykdommer og hvor lenge pasienten hadde vært plaget med dette, men det var ingen konkrete opplysninger om hvorfor pasienten skulle kateteriseres fire ganger om dagen (...) Vi ringte urologen flere ganger i uken, men fikk ingen konkrete svar. Pasienten på sin side følte at vi ikke trodde på vedkommende, så det ble veldig mye styr frem og tilbake.» Informant hjemmetjenesten

Når pasientens fysiske og psykiske tilstand blir underkommunisert i den elektroniske meldingsdialogen, kan de kommunale tiltakene etter utskrivelse bli utilstrekkelige og ikke

imøtekomme det reelle pasientbehovet. Dette kan føre til uheldige pasientmottak som kunne vært unngått dersom informasjonen hadde vært tydeligere eller mer korrekt beskrevet. En av informantene beskrev det slik.

«Alle PLOer som ikke gir tilstrekkelig informasjon går utover pasienten (...) Kanskje ble det satt opp for lite tid fordi vi ikke visste hvor mye hjelp de trengte (...) Vi visste ikke hvor stort angstnivået for å komme hjem var (...) Kanskje skulle hjemmetjenesten vært der når pasienten kom hjem for å trygge på at det går bra(...) Selv om de er ferdig behandlet er de jo ikke friske, de kommer jo til kommunen med et behov for videre oppfølging av sin sykdom og helseproblematikk (...) Det verste er jo når de skrives hjem uten at vi har fått det med oss, fordi de kanskje kun har signalisert på PLO, kanskje signalisert for dårlig, for lite direkte, det er jo de verste.» Informant forvaltningen

De nevnte funnene er informantenes beskrivelser av elektronisk samhandling som ga negative konsekvenser for pasienten. I det videre vil jeg vise til funn som beskriver hvordan meldingens dobbeltrolle kan skape utfordringer for den elektroniske dialogen.

4.3 Meldingens dobbeltrolle og tilkortkommenhet

Ut fra analysen fremkom det at de elektroniske meldingene hadde ulike funksjoner og hensikter. Informantene beskrev et behov hvor meldingen skulle opptre som en informasjons- og samhandlingskanal, som beskrevet i tidligere tema. Samtidig kom det frem at meldingen hadde en annen viktig funksjon ved at den skulle fungere som en sentral del av pasientens journal. Det har i materialet til denne studien kommet frem at disse to rollene ofte stod i kontrast til hverandre og kunne medføre konfliktfylte praksiser.

Jeg vil vise til funn hvor informantene opplevde det vanskelig å videreformidle elektronisk informasjon som inneholdt sensitiv eller mistanke-basert informasjon om pasienten. I slike tilfeller benyttet de ofte telefonen som formidlingskanal. Informantene oppga også telefonisk kontakt som supplement eller i istedenfor elektronisk dialog under utskrivelsesprosessene. Til sist tar jeg for meg de funn som beskriver informantenes oppfatning av dagligdags tone i elektroniske meldinger.

4.3.1 Sensitiv informasjon

Informantene viste i sine betraktninger til at den elektroniske meldingen ble innlemmet pasientens journal. Dette begrenset deres rom for hva de tillot seg å skrive. En av informantene beskrev.

«Det er jo ikke en dialog mellom oss helsepersonell, dette er jo pasienten sin journal (...) Så jeg kan jo ikke skrive hva som helst (...) Jeg tenker at man hele tiden må ha i hodet at det er pasienten sin journal, og at det er viktig at det vi skriver der er relevant.» Informant kommunal korttidsavdeling

Siden alt som skrives i meldingsdialogen er å anse som pasientens journal og dermed dokumentasjon som pasienten har tilgang til, beskrev informantene en slags vegring for å dokumentere mistanker i elektroniske meldinger. Dette kunne dreie seg om bekymringer som ikke var stadfestet som annet enn mistanker. Informanten beskrev hvordan hun forholdt seg til slik informasjon.

«Det jeg ikke skriver er personlige opplysninger som kanskje har betydning for pasienten, men som ikke bør dokumenteres i en journalen. Det kan være sensitive familie-opplysninger eller mistanke om alkoholmisbruk. Man skal være forsiktige med å skrive ting man ikke vet (...) Sensitive eller uklare ting (...) Selv om det kan være ting vi bekymrer oss for, det kan være ting som jeg vil formidle, men som ikke skal dokumenteres i en journal» Informant sykehus

En av de andre informantene viste til en lignende beskrivelse, hvor hun omtalte det som skummelt og skulle skrive om magefølelsen. Samtidig trakk hun frem at magefølellesstyrt informasjon burde videreformidles. Informantens beskrivelser gjenspeiler dilemmaet som oppstår når hun på den ene siden mener det bør videreformidles, men på den andre siden unngår å dokumentere det elektronisk ettersom pasienten har tilgang til å lese det.

«Hvis vi har en dårlig magefølelse angående oppfølgingen av et barn eller en far, så er det ikke noe du kan drive og skrive (...) Så den formidlingen utgår jo (...) Alle har tilgang til journalen sin nå så det er jo kjempeskummelt (...) Det er jo liksom et sånn minefelt (...) Men det er viktig å få informasjonen frem dersom man har kartlagt noe som bør formidles videre (...) Så da ringer man» Informant sykehus

De nevnte sitatene illustrer hvordan informantene opplevde begrensinger på hva de kunne tillate seg å skrive i den elektroniske dialogen. Disse begrensningene førte til at informantene ofte måtte benytte andre kanaler når denne typen informasjon skulle kommuniseres ut til samhandlende aktører.

4.3.2 Telefonen som sikkerhetsaktør

Informantene oppga telefonen som formidlingskanal når de opplevde å ikke kunne skrive om sensitive eller uklare ting i den elektroniske meldingsdialogen. Som tidligere nevnt, ble det ikke oppfattet som riktig å dokumentere slik informasjon i elektroniske meldinger.

Det kan være vi tar en telefon til hjemmetjenesten om at de bør være oppmerksomme på det (en mistanke spesialisthelsetjenesten har) (...) Vi har jo en opplysningsplikt også. Men det er slik at det som står i en journal blir der for alltid, og journalen kan være tilgjengelig for flere enn pasienten, og det er ikke alltid det skal være slik at alle skal kunne lese alt» Informant sykehus

En av informantene beskrev at telefonen ble benyttet når noe ble oppfattet uetisk å viderefordre i en elektronisk melding. Informanten beskrev at telefonisk formidling kunne gå begge veier.

«Det er ikke etisk riktig å formidle det (uklare ting, mistanker) i en elektronisk melding, så da ringer man. Det skjer motsatt også, vi kan bli oppringt av en hjemmetjeneste som vil få frem et budskap som ikke gjør seg i journalen» Informant sykehus

Telefonen ble også trukket frem som en sikkerhetsaktør, spesielt i forbindelse med utskrivelser. Utskrivelser er et kritisk punkt hvor spesialisthelsetjenesten skal overlate ansvaret for pasienten til kommunen. Informantens utsagn tyder på at de ikke stolte på den elektroniske meldingen alene, de ringte for å sikre at pasientinformasjonen var mottatt og lest. Informantene beskrev det slik.

«Vi avtaler aldri en utskrivelse elektronisk, vi vil alltid snakke med de som skal ta imot pasienten, forsikre oss om at meldingen er mottatt, og ikke bare godkjent fra en som kanskje er syk neste dag, vi ringer som regel alltid og avklarer ting i forkant, selv om det er en elektronisk melding så bruker vi som regel telefonen ja, det er rart med det men.» Informant sykehus

Informanten fra forvaltningen beskrev hvorfor hun ikke oppfattet den elektroniske meldingsdialogen som sikker nok i utskrivelsesprosessen. Hun trakk frem at det for flere hjemmetjenesteavdelinger var etablert rutiner på at de ble oppringt i forbindelse med utskrivelse, og at det dermed ikke var nok å basere seg på elektronisk dialog alene. Slike innarbeidede rutiner er å anse som en sikkerhet, men også en form for dobbeltkommunikasjon hvor informasjonen formildes både elektronisk og per telefon.

«En PLO kan ikke være fasiten, det går ikke. De viktige tingene må være med når meldingen sendes ut, men man må jo ringe for å kontrollere at de som skal ha beskjeden har fått den (...) det skal jo ringes hjemmetjenesten, det er en del soner (hjemmetjenesteavdelinger) som tenker at så lenge sykehuset ikke har ringt så er ikke pasienten sendt hjem (...) Så PLO er viktig, men også farlig hvis man lener seg for mye på den» Informant forvaltningen

Informativ tilbakemelding som sikrer spesialisthelsetjenesten at pasienten blir fulgt opp etter utskrivelse, ble trukket frem som viktig. Dersom tilbakemeldingen uteble eller var kortfattet ble det ikke alltid opplevd som trygt å sende pasienten hjem. I slike tilfeller ble den aktuelle hjemmetjenesten oppringt. Det neste sitatet signaliserer at informanten ikke bare hadde behov for å sende eller motta informasjon gjennom det digitale meldingssystemet. Det belyser også et behov for dialog med mottakeren for å forsikre seg om at informasjonen kommer frem og blir tolket i tråd med avsenders intensjon. Sitatet kan tyde på at meldingssystemene ikke er tilrettelagt for denne type dialog, og at det derfor kan bli nødvendig å supplere samhandlingen på andre måter, som for eksempel gjennom telefon.

«Dette med PLO meldinger forutsetter jo at folk leser meldingene, og forholder seg til det som spørres om, og at de klarer å få en god forståelse av pasienten gjennom meldingene. Av og til føler jeg vel kanskje at jeg ikke får den tilbakemeldingen fra kommunen, det kommer ikke noe svar eller bare et kort svar, eller det gir meg ingen informasjon om pasienten eller det jeg har spurt om (...) Det holder ikke for meg å få en dag, en dato og et klokkeslett (...) Da blir jeg nødt til å ringe eller spørre på nytt (...) Altså helt tydelig, hvor mange ganger tenker dere at dere skal gå inn til pasienten, hva tenker dere bistå pasienten med? Er det tenkt teknologi eller trygghetsalarm? Det skjer vi får sånne, bare svar, og det er nok godt ment å være hurtig og effektiv, men jeg vet ikke hvilke rammer pasienten kommer hjem til, så det må vi få avklart (...) Vi kunne selvfølgelig bare sendt pasienten hjem, men det er jo vårt ansvar å

tilse at mottaker er kjent med behovene og at de bekrefter det, og at pasienten er gjort kjent med hva de kan forvente når de kommer hjem.» Informant sykehus

Informantene viser i de oppgitte sitatene at telefonisk dialog ble benyttet når de opplevde informasjonen som usikker og mistankebasert. Informantene beskrev også til at de ikke alltid stolte på at elektroniske meldinger ble lest, og at de spesielt i utskrivelsesprosesser valgte å benytte telefonen som en sikkerhet. Telefonbruken kan betraktes som et supplement, men også som en mistillit til det elektroniske meldingssystemets evne til alene å være ansvarlig for videreføring av informasjon.

4.3.3 Elektroniske meldinger som formell kommunikasjon

Flere av informantene beskrev at de reagerte negativt dersom de leste meldinger med et uformelt språk, eller en mer hverdagslig formidlingsform. For noen kunne svar uten «smileys» oppleves som en slags avvisning, og dermed prege den videre dialogen. Sitatet viser hvordan en dialog kan utarte seg når det ikke tillates å ta i bruk digitale bekræftelsesverktøy i samhandlingen. I en elektronisk verden faller den mellommenneskelige delen vekk, du får ikke et smil, en latter eller andre tegn på hvordan den samhandlende aktøren opplever dialogen. For enkelte kan dette oppleves utfordrende, noe sitatet belyser.

«Jeg vet at dette er et journalsystem, det legges ut på Helsenorge (...) Og når vi da ikke sender «smileys» og ikke skriver «hallais» så blir det til at vi er sur (...) Vi gir ingen følelser i en PLO melding annet enn når du har fått en veldig god helseopplysning da takker du for den (...) man er i det dagligdagse og sosiale livet så avhengig av å få en «smileys» på det man gjør og det får man ikke her. Man får sjeldent et takk, det vil jo ikke si at vi er utakknemlige eller at vi ikke synes at jobben er god, eller at vi ikke setter pris på det, for det gjør vi. Det formuleres bare ikke og da blir det en unødvendig sur undertone med en gang, før man egentlig har begynt.» Informant forvaltningen

En av de andre informantene presiserte det som viktig at selv om man kjente mottaker av meldingen personlig, burde det aldri forekomme «smileys». Hun mente å ha lært at «smileys» ikke skulle benyttes i elektronisk kommunikasjon.

«Selv om du har en personlig relasjon til personen i andre enden kan du ikke gå over i en vennskapelig kommunikasjon når du er i pasientens journal (...) Jeg tenker ikke det er greit at

man skal være hyggelig og setter inn en «smileys» (...) Jeg mener det er noe vi har lært (...) «smileys» hører ikke til i en elektronisk melding.» Informant hjemmetjenesten

Informanten fra forvaltningen trakk også frem det elektroniske meldingssystemet som chatt. Hun regnet det som viktig at de samhandlende aktørene ikke håndterte systemet som en chatt av hensyn til pasientens journal. Sitatet belyser et behov for en mer hverdagslig tone slik man kjenner det fra normal, daglige kommunikasjon, og informanten etterlyser et dialogfora hvor den uformelle kommunikasjonen kunne foregått. Jeg tolker at dette handler om grunnleggende mellommenneskelige behov for å bli bekreftet som kollegaer i samhandlingsnettverket, men også et behov for en kommunikasjonskanal som er mer tilpasset den sosiale mediainfluerte hverdagen vi lever i.

«Det er ikke en chatt (elektroniske meldinger) (...) De skriver til meg, jeg skriver til dem, sånn som vi gjør på messenger, facebook, i en chatt. Men det er jo ikke det, pasienten kan lese det (...) Noen kan skrive god helg eller god påske, det er hyggelig, men kanskje man må få et annet dialogfora da enn pasientens journal, for jeg tror nok ofte man kan forveksle PLO systemet med en chatt» Informant forvaltningen

De oppgitte sitatene viser informantenes beskrivelser av hvorfor bruk av «smileys» og en uformell dialog ikke burde forekomme i elektronisk meldinger. Det belyses også hvilke konsekvenser det kan skape for dialogutvekslingen når mottaker ikke blir møtt med samme uformelle språk. Når all dialog skal forgå elektronisk, og det ikke tillates «smileys» for å tolke motparten, kan det oppstå unødige mistolkninger. Basert på dette oppfatter jeg at sitatene beskriver et behov for et dialogforum som ikke innlemmes i pasientens journal.

5 Drøfting

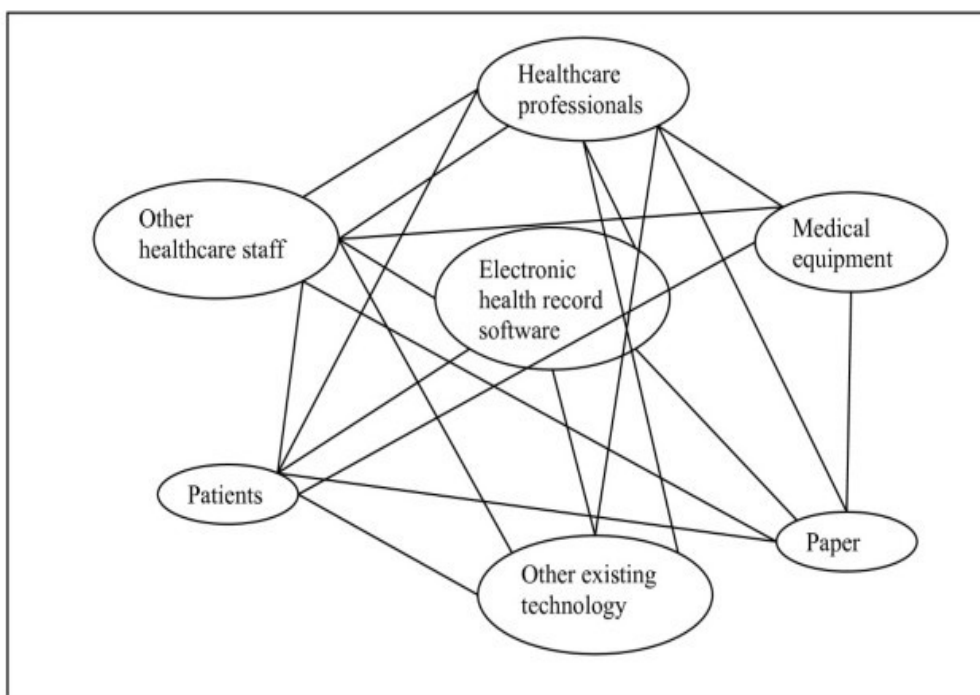
I dette kapittelet skal jeg drøfte mine funn i lys av teori og annen relevant forskning på feltet. Jeg vil se nærmere på hva den elektroniske meldingen gjør, og hvordan den påvirker samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

5.1 Masteroppgaven i et aktør-nettverksperspektiv

Jeg ønsker innledningsvis å presentere prosjektet sett fra et aktør-nettverk (ANT) perspektiv. På den måten introduseres leseren for de involverte aktørene, nettverkene, og hvordan aktørene påvirker hverandre. I metodekapittelet ga jeg en oversikt over de ulike informantene. Disse vil bli omtalt som informant, helseaktør eller sykepleier i den videre drøftingen. Den elektroniske meldingen er, som jeg har vært innom, en sentral aktør i prosjektet. Meldingsaktøren har en fremtredende posisjon i problemstillingen, og i drøftingen vil jeg fremheve hvordan den påvirker samhandlingen mellom aktørene i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Jeg vil i det videre omtale den som elektronisk melding eller aktør.

Fra et ANT perspektiv tolker jeg samhandlingsarenaen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten som samhandlingsnettverket. Dette nettverket kan bestå av flere små nettverk, som en avdeling i sykehuset eller hjemmetjenesten. Denne oppdelingen av nettverk samsvarer med (Cresswell, Worth & Sheikh, 2010) som viser til at flere små nettverk kan være en del av et større nettverk. Dette betyr at samhandlingsnettverket holdes sammen av flere nettverk eller kontekster som skal interagere med hverandre.

Figuren under illustrerer koblingen mellom de ulike aktørene i et nettverk. Dette nettverket kan igjen innlemmes i et større nettverk bestående av andre nettverk fra mikro til makronivå (Cresswell et al., 2010).



Figur 3 Aktører i nettverk, hentet fra (Cresswell et al., 2010).

Den elektroniske meldingen kan ansees som en informasjonskanal mellom de ulike nettverkene. Den skal skape forbindelse mellom aktørene og samhandling omkring pasientforløpene. For at en elektronisk melding skal fremstå som et ferdig produkt, må det oppstå translasjoner mellom de meldingsskapende aktørene. En translasjon kan beskrives som det en aktør *gjør* for å skape tilhørighet til de andre aktørene i nettverket. Man kan se på aktør-nettverket som en kjede av forbindelser hvor en eller flere aktører oppnår status på vegne av andre aktørers handlinger (Jensen, 2005). Overført til den elektroniske meldingen kan aktørene i et gitt nettverk på en sykehusavdeling bestå av menneskelige og ikke-menneskelige aktører som; pc, sykepleieren, pasienten, medisinsk utstyr, legen, fysioterapeuten og så videre. Den elektroniske meldingen vil oppnå status og være klar for sending når aktørene har evnet å påvirke hverandre til å skape en ferdig melding. Meldingen sendes så videre til et av de samhandlende nettverkene. Slik sett kan den elektroniske meldingen tolkes som «limet» som forener de ulike kontekstene i samhandlingsnettverket.

Jeg har i denne delen kort gjort rede for hvem aktørene er, hvordan jeg tolker de ulike nettverkene, og hvordan den elektroniske meldingen formes og binder de forskjellige kontekstene sammen.

I neste del vil jeg synliggjøre hvordan flere av informantene beskrev den elektroniske meldingen som et artefakt som var satt i praksis for å imøtekomme informasjonsbehovet i tjenestene. En slik forståelse av den elektroniske meldingen kan tolkes utfra et teknologideterministisk perspektiv. Jeg vil se nærmere på hvordan meldingen opptrer som en støttende informasjonsformidler i samhandlingsprosessene. Basert på dette vil jeg stille spørsmålet om den elektroniske meldingen utelukkende kan regnes som et selvstyrende hjelpemiddel som fungerer uavhengig av de øvrige involverte aktørene, eller om en slik deterministisk forståelse er for snever.

5.2 Elektroniske meldinger som et selvstyrende hjelpemiddel?

Funnene viser at informantene opplevde den elektroniske dialogen som et tidsbesparende element i arbeidshverdagen. En av informantene uttrykte: «*Dersom ikke PLO hadde eksistert så hadde jeg brukt halve dagen min på å sitte i telefon*». Dette understøttes av (Brattheim et al., 2016; Slaatsveen, Stavnesli, Halsetrønning & André, 2018) som i sine studier viser til at elektroniske meldinger var godt innarbeidet i sykepleiernes hverdag, og tilrettela for effektiv samhandling.

Andre informanter fremstilte også de elektroniske meldingene som et hjelpemiddel. Informanten fra forvaltningen fortalte om en melding hvor pasientens behov og følelser omkring egen sykdom var godt beskrevet. Hun uttalte: «*Følte jeg hadde vært med i samtalen fordi meldingen var så godt beskrevet*». En av informantene fra sykehuset viste til pasientens habituelle tilstand (pasientens normaltstand), og at slike opplysninger kunne hindre at pasienten måtte gjennom unødige undersøkelser. Informanten siterte: «*Hadde pasienten en funksjonssvikt tidligere eller ikke, det har betydning for hvilken utredning man gjør hos pasienten, kanskje ble det ingen MR for det viste seg at det var en normaltstand*».

I perspektivet som her illustreres, blir den elektroniske meldingen introdusert som en autonom teknologideterministisk aktør. En aktør som ikke lar seg påvirke av sosiale eller kulturelle forhold (Skjølsvold, 2015), men utøver sin virkning uavhengig av de øvrige aktørenes handlinger. En teknologi som tilrettelegger for dialog og overfører tilstrekkelig informasjon

fra avsender til mottaker. En teknologi helseaktørene kan lene seg på, og som bidrar til tidsbesparelser i arbeidshverdagen. Med andre ord en teknisk løsning som innfrir samhandlingsreformens visjoner om sømløse, effektive innleggelsesforløp, og bedre dialog spesialist- og kommunehelsetjenesten imellom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Men fungerer teknologien elektroniske meldinger i et vakuum uten påvirkning fra sosiale eller kulturelle forhold? Eller er teknologien som Collins beskrev: «*Situert i, eller heftet ved, en rekke kulturelle og sosiale forhold som den umulig kan løsrive seg fra?*» (Skjølsvold, 2015 s. 45)

Min empiri viser det siste, altså at elektroniske meldinger blir påvirket av kulturelle og sosiale forhold. Elektroniske meldinger lar seg influere av de kontekstuelle og fortolkningsmessige betingelsene de er en del av. Dette betyr at informasjonsinnholdet, og hvordan den brukes i det daglige arbeidet varierer utfra hvilken kontekst den er en del av. For å gi noen eksempler viser funnene at informantene fra sykehuset gjerne etterspurte informasjon av mer teknisk art og pasientens habituelle tilstand. Mens informantene fra korttidsavdelingen og forvaltningen var generelt mer opptatt av informasjon omkring pasientens subjektive opplevelser og tydelige funksjonsbeskrivelser. Det var også diskrepans rundt hvilken informasjon som skulle sendes ut. Forvaltningen og hjemmetjenesten hadde behov for oppdaterte helseopplysninger selv om pasientbehovet var lite, mens informant i sykehuset uttalte: «*Jeg skulle gjerne likt å vite hvorfor de etterspør nye helseopplysninger så mye*». Funnene illustrerer en stor variasjon omkring hva som vurderes som viktig informasjon. Ifølge Christi og medarbeidere (2018) kan det oppstå utfordringer omkring etablering av en felles forståelse av det elektroniske meldingsinnholdet. Slike utfordringer oppstår gjerne som følge av manglende felles erfaringer, forskjellig fagterminologi eller ulike interesser (Christie et al., 2018). Det er også viktig å påpeke at samspillet mellom mennesket og teknologien kan være med å endre hvordan helseaktørene velger å kommunisere og dokumentere. Både utveksling av informasjon, lesing og skriving er å anse som et resultat av en felles prosess mellom mennesket og teknologien (Berg, 1999).

I det videre vil jeg se nærmere på hvordan samhandlingen påvirkes når det elektroniske informasjonsinnholdet er variert. Jeg vil i første del gå nærmere inn på teknologienes skript og inskripsjoner, dette er begreper som beskriver hvordan teknologien fungerer. Basert på

empirien vil jeg drøfte hvordan den elektroniske meldingens inskripsjon kan bidra til implikasjoner for samhandlingen.

5.3 Fleksible inskripsjoner bidrar til ubalanse i den elektroniske dialogen

Skriptet gir en beskrivelse av hvordan teknologien skal brukes (Akrich, 1992). Informantenes beskrivelser belyste at den elektroniske meldingens innebygde skript (meldingens standardisering) åpnet opp for fortolkninger rundt hva som ble ansett som nødvendig og kommunisere ut. Dette er i tråd med Skjølvold sine beskrivelser av skriptet. Han henviser til at det ikke er opplagt at brukerne benytter teknologien slik den var ment fra designerens side (Skjølvold, 2015).

Skriptet består som tidligere beskrevet av en rekke inskripsjoner, som konkretiserer av hvem, til hva og hvordan teknologien skal brukes. Dette kan sees på som teknologiens bruksanvisning. Inskripsjonen kan betraktes som et forutbestemt handlingsmønster som er innskrevet i aktøren. Styrken av inskripsjonen legger føringer for et bestemte brukermønster. Dersom inskripsjonen er svak eller fleksibel kan det oppstå fortolkninger av teknologien. Dette gir aktørene mulighet til å ikke følge inskripsjonene og benytte teknologien annerledes enn forventet (Monteiro, 2000; Moser & Thygesen, 2019).

En av informantene fra sykehuset uttalte at hun ikke opplevde det påkrevd å fylle ut alle punktene i den elektroniske meldingen. Hun synes det var utfordrende å forstå hvorfor kommunen etterspurte utfyllende opplysninger når pasienten kun hadde behov for: «*En Hickman eller kontakt med en kreftsykepleier*», i slike tilfeller var det utfra hennes vurderinger ikke nødvendig. Informanten gjorde selv en utvelgelse av hva hun anså som relevant informasjon, sett fra egen forforståelse og kontekst. Dette kan få konsekvenser for samhandlende aktører som ikke får nødvendig informasjon. Informant fra forvaltningen som skal vurdere pasientens behov for kommunale tjenester uttrykte det slik: «*Hvis vi får beskjed om at pasienten har kreft, og behov for kreftsykepleier og tilrettelegging av mat sier det meg ingenting (...) Det er viktig at det er utfyllende (...) En funksjonsbeskrivelse og hva som er viktig for vedkommende.*» Brattheim og medarbeidere (2016) viser i sin studie til variasjon omkring omfanget, detaljer og innholdet i de elektroniske meldingene. Sykepleierne gjorde selv en vurdering av hva som ble ansett som viktig å videreformidle til kommunen (Brattheim et al., 2016). Ifølge La Rocca & Hoholm (2017) var kommunen kritisk til de vurderingene

som ble gjort i sykehuset. Denne kritiske holdning kunne ofte tilskrives de kulturelle forskjellene og derav ulike vurderinger (La Rocca & Hoholm, 2017).

Det overstående belyser betente områder hvor det elektroniske meldingssystemet ikke er tilrettelagt for å hindre eller stoppe meldinger av mangelfull karakter. Dette tolker jeg viser at inskripsjonene i meldingssystemets skript er fleksible. Aktørene gis mulighet til å fortolke hva som fra deres ståsted blir riktig å sende fra seg. Som informanten uttalte, velger hun ikke alltid å fylle ut alt i meldingen. Hun fyller ut det hun betrakter som nødvendig. Konsekvensen kan som skissert over, bli at mottagende aktør, forvaltningen, ikke får dekket sitt informasjonsbehov.

Empirien viser også til et annet område hvor den elektroniske meldingens fleksible inskripsjoner kunne skape utfordringer for samhandlingen. Ifølge de kommunale informantene kunne forsinkede elektroniske epikriser skape mye ekstraarbeid. De måtte ofte bruke ressurser på å innhente informasjonen som de trengte, og det kunne ta flere dager før epikrisen kom. Dersom slik informasjon lot vente på seg, kunne det utfordre forsvarlig pasientoppfølging. Utsagnene fra de kommunale informantene ble verifisert av informant i sykehuset. Hun forklarte at forsinkede epikriser var et problem, men at legene som skulle skrive dem ofte hadde det travelt. Rüger (2011) viser til at kortere liggetid og travle arbeidsdager førte til at epikrisedokumentasjon kunne bli utsatt av behandlende lege. Andre legegjerninger som operasjoner ble ansett som viktigere prioriteringsområder enn epikriseskiving. Dette kunne igjen få følger for den mottagende tjenesten som ikke fikk epikrisen når pasienten ble skrevet ut. Det ble også vist til at epikrisedokumentasjon burde prioriteres slik at tjenesten fikk grunnlag nok til å ivareta forsvarlig pasientoppfølging etter utskrivelse (Rüger, 2011).

Basert på det nevnte vil jeg hevde at inskripsjonene i det elektroniske meldingssystemet som skal sende epikrisen, tilrettelegger for fleksibilitet. Inskripsjonen kan som tidligere nevnt ansees som teknologiens bruksanvisning, og styrken av inskripsjonen legger til rette for et bestemt brukermønster. Dersom inskripsjonen er svak kan det oppstå fortolkninger av teknologien (Monteiro, 2000; Moser & Thygesen, 2019). Ifølge Monteiro kan fleksibiliteten i en inskripsjon variere. Noen aktører har en sterk struktur som legger til rette for et bestemt brukermønster, mens andre er svakere. Styrken til inskripsjonen, altså om det følges eller

ikke, avhenger av irreversibiliteten, eller muligheten til å endre aktør nettverket utfra det som er ligger i inskripsjonen (Monteiro, 2000). Baser på dette tolker jeg at om en teknologi, eller som i dette tilfellet det elektroniske meldingssystemet som skal sende ut epikriser, har fleksible inskripsjoner, kan avsender aktøren, altså legen velge å omgå systemet. Det finnes ingen «deadline» eller «alarm» i epikrise-systemet som gjør at epikrisen må sendes på et spesifikt tidspunkt. Det blir dermed opp til den ansvarlige lege og velge når epikrisen skal sendes, noe som viste seg å føre til hyppige forsinkelser. Dersom inskripsjonene i det elektroniske meldingssystemet skulle vært sterkere måtte det foregått translasjoner de involverte aktørene imellom. På den måten kunne inskripsjonene etter hvert oppnådd styrke som ville lagt til rette for et helt bestemt brukermønster. Dette belyses i illustrasjonen til Latour om hotelleieren som ønsket å få gjestene til å levere inn hotellnøkkelen. I dette eksemplet styrkes inskripsjonene inntil ønsket effekt (Latour, 1991; Monteiro, 2000).

Som drøftingen viser, består den elektroniske meldingens skript av fleksible inskripsjoner. Det legges opp til fortolkninger omkring hva som skrives, og når den sendes. En slik kontekstbasert fortolkning kan føre til utfordringer for neste samhandlende ledd. Jeg vil i neste del drøfte hvordan de kontekstuelle forskjellene preger informasjonsinnholdet. Her vil jeg blant annet se nærmere på hvordan ulike prioriteringer bidrar til konsekvenser for neste samhandlende ledd. Ved hjelp av begrepet fortolkningsmessig fleksibilitet og ANT perspektiver vil jeg belyse hvordan det elektroniske innholdet domineres av ulike kulturelle koder og tolkninger av hva som blir relevant og formidlet ut, samt ta imot (Skjølsvold, 2015).

5.4 Fortolkninger utfordrer den elektroniske dialogen

Jeg vil starte med å drøfte epikriser, deretter ser jeg nærmere på IPLOS som kulturell kunnskap før jeg avslutter med hvordan ulike prioriteringer skaper utfordringer for samhandlingen. Jeg vil blant annet belyse disse temaene utfra perspektivet fortolkningsmessig fleksibilitet og aktør- nettverksteori.

5.4.1 Epikriser i et fortolkningsmessig perspektiv

I foregående delen drøftet jeg hvordan den elektroniske meldingens fleksible inskripsjoner legger til rette for fortolkninger som blant annet fører til forsinkelser i epikriseforsendelsen. I denne delen vil jeg starte med å drøfte hvordan slike forsinkelser påvirker de samhandlende aktørene, og hvordan kontroverser løses i lys av perspektivet fortolkningsmessig fleksibilitet.

Kommunens informanter beskrev hvilke implikasjoner forsinkede epikriser fikk i deres arbeidshverdag. Korttidsavdelingens informant forklarte at hun opplevde å få forsinkede elektroniske epikriser, til tross for at hun hadde presisert viktigheten av å få epikrisen når pasienten ble utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. Dette bidro til at hun ikke fikk oversikt over pasientens medisiner, hjelpemidler eller andre medisinske tiltak. Informanten forklarte videre at hun hadde opplevd å få en lapp fra pasient eller pårørende med medisinendringer etter poliklinisk behandling. Ofte kom ikke epikrisen før flere dager senere. Slaatsveen og medarbeidere gjorde i 2018 en studie basert på litteraturstudie og individuelle intervjuer med en avdeling i kommunen og en i sykehuset. Til tross for at denne studien er liten, viser den seg relevant å se nærmere på. Studien viser at raske utskrivelser, og et økende antall pasienter med behov for kommunale tjenester, kan utfordre spesialisthelsetjenesten på å ha tilstrekkelig informasjon på plass ved overføring til kommunen. Det ble også trukket frem at epikrisene kunne mangle nødvendig dokumentasjon om pasientens tidligere sykdommer, medisiner eller prosedyrer, og at tidspunkt for når epikrisen ble sendt kunne variere (Slaatsveen et al., 2018).

En annen utfordring som fremkom i det empiriske materialet, var uenighet omkring når epikrisen skulle sendes. En av informantene fra sykehuset beskrev en situasjon hvor kommunen ønsket epikrisen før pasienten ble utskrevet slik at de kunne vurdere vedkommende sitt behov. Spesialisthelsetjenesten på sin side kunne ikke sende epikrisen før pasienten ble utskrevet. Informanten siterte utfallet på uenigheten slik: *«Vi kunne jo ikke ha pasienten her fordi kommunen var vanskelig, så det endte med at vi overflyttet pasienten til lokalsykehuset i kommunen»*. En situasjon som endte med at pasienten ble kasteball i systemet fordi samhandlingen ikke fungerte optimalt.

Den fleksible inskripsjonen tilrettelegger for fortolkningsmessig fleksibilitet, hvor det blir mulig for den epikrisesendende aktøren å avvende epikriseforsendelsen. Den kulturelle konteksten hvor legen selv avgjør når den skal sendes, står sterkt. Dette går utover den samhandlende aktøren, kommunen, som får utfordringer med å gi pasienten nødvendig og forsvarlig oppfølging.

Jeg tolker at spesialisthelsetjenesten blir sittende med definisjonsmakten over hvordan epikrisesystemet må fungere. I et fortolkningsmessig perspektiv blir spesialisthelsetjenesten det Collins kalte kjernesettet (Skjølsvold; 2015, s.19). Ved uenigheter blir kjernesettet, eller

de som ved hjelp av sosiale faktorer blir ansett som den viktigste gruppen, de som kan lukke en uenighet. Det er ikke slik at kjernesettet nødvendigvis sitter med sannheten, men de kan likevel lukke kontroversen i kraft av sin sosiale posisjon (Skjølsvold; 2015). Min forståelse av dette blir at spesialisthelsetjenesten (legene) ansees om kjernesettet, hvor deres kontekstbaserte fortolkning av hva som bør stå i epikrisen, og når den skal sendes, blir gjeldene. Jeg vil legge til at man generelt sett kan anse kjernesettet som avsenderaktøren, i en annen kontekst kunne det like gjerne vært kommunen som ble kjernesettet. Poenget er at den/de som får «siste ordet» blir regnet som kjernesettet.

5.4.2 IPLOS som kulturell kunnskap

Informantene vurderte som nevnt informasjonsinnholdet i de elektroniske meldingene ulikt. En av informantene fra sykehuset viste til innleggelsesrapporten (Direktoratet for e-helse, 2021). Denne sendes fra kommunen til spesialisthelsetjenesten når en pasient som mottar kommunale tjenester legges inn. Innleggelsesrapporten inneholder som tidligere nevnt IPLOS (individbasert helse- og omsorgsstatistikk) (Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk, 2006). Informanten opplevde at IPLOS kunne utfordre nytteverdien av det elektroniske innholdet. Hun trakk frem at det ikke alltid var enkelt å få et bilde av pasientens behov utfra tallbeskrivelser. Når informasjon om pasientens funksjoner legges inn i en standard basert på nummer, er det ifølge La Rocca & Hoholm (2017) viktig å skape en felles forståelse for å unngå feilaktig bruk (La Rocca & Hoholm, 2017). Ifølge Gunnhild Tøndel (2013) har IPLOS-tallene en kontekstbundet informasjon i seg. Dette betyr at selv om tallene er virkningsfull for saksbehandler i kommunen, har de ikke nødvendigvis samme nytteverdi for sykepleier i spesialisthelsetjenesten (Tøndel, 2013).

Dette viser at IPLOS som informasjonsverktøy er kontekstbasert, og har liten verdi for mottaker om ikke aktøren bak den elektroniske meldingen evner å utdype hvilken informasjon som er innbakt i tallene. IPLOS er derfor å anse som kulturell kunnskap som står for et bestemt innhold i en gitt kontekst. Innen helsesektoren benyttes ulike ord eller tegn som ikke nødvendigvis gir mening utenfor den gjeldende kontekst. Uoverensstemmelser kan eksempelvis oppstå ved deling av ord. I en spesifikk kontekst kan ordet ha en bestemt mening, mens det utenfor den gitte kontekst, kan ha en helt annen betydning. Misforståelser innenfor samhandling kan derfor like gjerne skyldes kulturforskjeller (Orvik, 2015). Det mottagende nettverket (spesialisthelsetjenesten), må gjøre en fortolkning av tallene. Siden

tallene er kontekstbaserte, vil dette kunne føre til et annet informasjonsinnhold for dem. For samhandlingsnettverket som helhet legges det til rette for ustabilitet. Dette kan skje fordi meldingsaktørens budskap, IPLOS, som de ikke alltid kan nyttiggjøre seg av, kan svekke relasjonen til de mottagende aktørene. Dette er i tråd med Law (1992) sine beskrivelser av nettverkets stabilitet. Han peker på at nettverkets styrke avhenger av aktørenes relasjon til hverandre (Law, 1992).

5.4.3 Forhandlinger om elektroniske meldingers prioritet

Jeg vil i denne delen drøfte hvordan ulike prioriteringer og behov bidrar til utfordringer for den elektroniske samhandlingen.

Ulike behov bidrar til ulike prioriteringer

Empirien viser at informantenes kontekst var avgjørende for hvordan de prioriterte elektronisk meldingskommunikasjon i arbeidshverdagen. En av informantene fra sykehuset forklarte at hun ikke prioriterte å skrive elektroniske meldinger dersom pasientoppgaver krevde hennes fokus. På en annen side reflekterte hun over hvordan en slik prioritering kunne føre til at hun fikk det mer travelt den dagen pasienten skulle skrives ut. Slaatsveen og medarbeidere peker på at sykepleierne i noen tilfeller opplevde at den elektroniske meldingsdialogen gikk på bekostning av det pasientrettede arbeidet. I slike situasjoner vurderte de det mest riktig å prioritere pasientarbeidet foran elektroniske meldinger (Slaatsveen et al., 2018). Dette viser hvordan helseaktørene er nødt til å gjøre prioriteringer blant sine arbeidsoppgaver, og hvordan det kan gå utover elektronisk kommunikasjon. Det ligger en fortolkningsmessig fleksibilitet i dette, hvor helseaktøren gjør en vurdering utfra sin kontekst og for forståelse hva gjelder prioriteringsrekkefølgen på arbeidsoppgavene (Skjølsvold, 2015).

Grunnet kontekstuelle forskjeller i samhandlingsnettverket kan en aktørs prioritering gå utover andre aktørers arbeid. For informanten i forvaltningen var det nødvendig å få den elektroniske informasjonen i god tid, slik at hun fikk anledning til å rigge et kommunalt tjenestetilbud for pasienten. Informanten viste til at de mest kaotiske meldingene hun mottok, var når informasjon om at pasienten var innlagt og utskrivningsklar kom samtidig. I slike situasjoner opplevde hun og være på etterskudd i planleggingen av tilbudet. Det oppsto da en frustrasjon over manglende forståelse for sine behov til å utføre arbeidsoppgavene tilfredsstillende. Informanten uttalte seg slik: «*Det virker som sykehuset har vært så opptatt*

med egen behandling at de ikke har tenkt på systemet rundt før pasienten er ferdig». La Rocca & Hoholm (2017) viser i sin studie at kommunen signaliserte mistillit ovenfor spesialisthelsetjenestens evne til å gi dem riktig og hensiktsmessig informasjon. Det ble også trukket frem at samhandlingen fungerte bedre når spesialisthelsetjenesten tok kommunens informasjonsbehov på alvor (La Rocca & Hoholm, 2017). Når de kontekstuelle forskjellene er store, kan en felles forståelsesramme omkring den elektroniske meldingens prioritet virke utfordrende. Hamre og medarbeidere viser i sin studie til hvordan de kontekstuelle forskjellene legger føringer for samhandlingen. De undersøkte elektronisk koordinering av legemidler mellom hjemmetjenesten og fastlegen. Her fremkom det problemer omkring deling av oppdatert informasjon med de involverte aktørene til rett tid. Rett tid for en aktør var ikke nødvendigvis rett tidspunkt for samhandlende aktør. I noen tilfeller manglet også ressurser for å håndtere endringene når de oppsto. Dette kunne skape problemer og forsinkelser for neste samhandlende ledd (Hamre, Berntsen & Monteiro, 2010). Denne studien viser hvordan ulike prioriteringer rundt arbeidsoppgaver kan skape problemer for samhandlingen mellom aktørene.

Forhandlinger omkring arbeidsoppgaver

Fremstillingene viser hvordan de ulike kontekstuelle prioriteringene får følger for andre aktører i samhandlingsnettverket. Dette kan fra et ANT perspektiv anses som en type forhandling mellom aktørene, men også mellom sykepleieren og andre aktører i hennes avdeling. For å beskrive dette nærmere vil det for sykepleieren oppstå en forhandling mellom hennes arbeidsoppgaver. Skal hun prioritere den elektroniske meldingen eller det pasientrettede arbeidet? Hun prioriterer naturlig nok pasientrettet arbeid, og dette *kan* få følger for andre aktører i samhandlingsnettverket, så som forvaltningen. Skulle den elektroniske meldingen blitt sendt tidligere, altså ikke utsatt av sykepleieren, måtte den oppnådd styrke ved å assosiere seg med andre aktører. For at en aktør skal oppnå styrke i et nettverk må det foregå translasjoner mellom aktørene. En translasjon kan beskrives som en prosess hvor det skapes forbindelse mellom to ting som i utgangspunktet er forskjellige. Gjennom translasjoner kan en aktør oppnå makt og styrke ved at flere aktører velger alliere seg med, og bidra til aktøren oppnår status i nettverket. Status- aktøren inntar på den måten en posisjon hvor den kan formidle et budskap på vegne av de andre aktørene (Jensen, 2005; Skjølsvold, 2015). Basert på dette vil jeg hevde at om den elektroniske meldingen skulle oppnådd styrke, måtte det ha foregått translasjonsprosesser slik at den fikk flere allierte og

status i avdelingen på sykehuset (i sitt nettverk). Disse aktørene kunne lagt til rette for at sykepleieren valgte å sende meldingen tidligere. Jeg tolker i denne sammenhengen de allierte aktørene (både menneskelige og ikke- menneskelige) som sykepleieren, antall personale på jobb, pasienter i avdelingen, pc, dokumentert informasjon, tjenesteavtalen og så videre. For å definere dette litt nærmere er pc å regne som nødvendig når pasientinformasjon skal dokumenteres. Det *kan* tenkes at dersom det foreligger lite dokumentert informasjon, vil prioriteringen omkring elektronisk dialog oppleves som et enda større hinder i en hektisk arbeidshverdag. Mange pasienter i avdelingen eller lite personale på jobb vil også være aktører som kan begrense sykepleierens mulighet til å prioritere meldingen. Utfra de nevnte faktorene må sykepleieren dessuten vurdere hvorvidt hun selv kan sette av tid til dette arbeidet. Aktøren tjenesteavtalen (Universitetssykehuset Nord Norge HF og kommunene, 2018) som forteller hvordan samhandlingen skal foregå, og når meldinger må sendes, kan virke oversett i denne sammenhengen. Pasientrettet arbeid har fremstått sterkest for sykepleieren utfra hennes kontekst og forforståelse, og dermed gått foran den elektroniske dialogen og tjenesteavtalen.

Konsekvenser for samhandlende aktører

Samtidig er det slik at den elektroniske meldingen kan ha en helt annen verdi for det mottagende nettverk, forvaltningen. Dette er i tråd med hva Law (1992) beskriver som heterogene aktører. Aktøren elektronisk melding har egenskaper som gjør at den ikke nødvendigvis oppfattes entydig for andre aktører i samhandlingsnettverket. Den elektroniske meldingen formes av de ulike aktørene den er i nettverk med der og da (Law, 1992). Dette betyr at selv om meldingen betraktes som lite sentral i avdelingen på sykehuset, kan den som nevnt ha en helt annen verdi i mottagende nettverk, forvaltningen. Den samme aktøren (den elektroniske meldingen) kan altså ha ulik betydning i de forskjellige nettverkene eller kontekstene den befinner seg i. Dette samsvarer med Aanestad & Olaussen sine beskrivelser av at en og samme aktør kan oppfattes ulikt i ulike nettverk (Aanestad & Olaussen, 2010). Denne ulikheten opptrer som følge av aktørenes kontekstuelle relasjon til hverandre. For sykepleieren i spesialisthelsetjenesten ble den elektroniske meldingen ikke vurdert som viktigst, mens mottagende nettverk, forvaltningen, kunne ansett den som nødvendig for planleggingen av pasientbehovet. Dette tegner et kontrastfylt bilde hvor sykepleierens kontekstbaserte fortolkning av prioriteringsrekkefølgen på arbeidsoppgavene kan få konsekvenser for den samhandlende aktøren, forvaltningen. En slik situasjon kan bety

ustabilitet i samhandlingsnettverket. Dette henger sammen med Law (1992) sin beskrivelser av nettverket, hvor dets styrke kan reduseres når det ikke oppnås en sterk nok relasjon mellom aktørene (Law, 1992).

Jeg har i denne delen gjort rede for hvordan de ulike kontekstene preger fortolkningen av informasjonsinnholdet, og hvilke konsekvenser ulike prioriteringer kan skape for samhandlingen.

I neste del vil jeg ta for meg meldingens dobbeltrolle, og hvilke utfordringer og begrensninger som oppstår når den elektroniske meldingen skal fungere som informasjonsfora og samtidig ivareta ansvaret som pasientens journal.

5.5 Meldingens dobbeltrolle

Jeg starter med å drøfte hvordan den elektroniske meldingen legger føringer for den uformelle dialogen helseaktørene imellom. Videre tar jeg for meg hvordan meldingen legger begrensninger for overføring av sensitiv informasjon. Til sist vil jeg drøfte bruk av telefonen som en dobbeltkommuniserende aktør.

5.5.1 Den formelle dialogen preger samhandlingsklimaet

I denne delen vil jeg drøfte hvordan enkelte informanter forholdt seg til «smileys» og uformelt språk i den elektroniske dialogen. Informantene fortalte at «smileys» kunne utfordre meldingsdialogen, og at denne typen tegn ikke hørte til i meldingene. De begrunnet sitt synspunkt med at pasienten hadde tilgang til det som blir skrevet. Informant fra forvaltningen viste til at meldingsdialogen kunne få en dårlig start dersom ikke motparten fikk svar med «smileys» eller «hallis». Hun siterte: *«Da blir det en unødvendig sur undertone med en gang, før man egentlig har begynt»*. En av informantene fra kommunen viste til lignende holdning. Hun forklarte at det ikke passet å sende «smileys» selv om det var noen «kjente» i andre enden. La Rocca & Hoholm (2017) beskriver at elektronisk samhandling innebærer en mer formell dialog. Denne typen dialog tilrettelegger for enklere og mer omfattende informasjonsutveksling. Samtidig begrenses mulighetene for den viktige uformelle dialogen mellom tjenestene (La Rocca & Hoholm, 2017).

Videre tyder utsagn fra informant forvaltningen på et behov for et mer uformelt kommunikasjonsfora, i tillegg til pasientens journal. Informanten beskrev hvordan det

elektroniske systemet kunne forveksles med en chatt. Hun understreket at elektronisk kommunikasjon ikke kan forstås som chatt ala Messenger eller Facebook, og begrunnet igjen sitt synspunkt med at meldingsinnholdet kunne leses av pasienten. Samtidig foreslår Christie og medarbeidere (2018) at det kan dras lærdom fra nettopp Facebook eller Google. Disse standardiserte plattformene har klart å legge til rette for både lokale og individuelt tilpassede løsninger (Christie et al., 2018).

Basert på det nevnte tolker jeg de samhandlende aktørene fratas den mellommenneskelige, dagligdags dialogen. Slik dialog er viktig for å skape et kollegialt forhold og bli kjent. Jeg har tidligere vært innom kulturell kunnskap. Jeg forstår «smileys» i meldingsdialogen som en type kulturell kunnskap. «Smileys» er et tegn som benyttes i privat elektronisk kommunikasjon. Når tegnet derimot benyttes i pasientens journal blir det regnet som upassende innhold. Orvik (2015) viser til semiotikk og hvordan tegn eller ord er kulturelt betinget. Han belyser videre at utfordringer rundt samhandling og kommunikasjon kan skyldes misforståelser som følge av kulturforskjeller. I det semiotiske språket pekes det på konnotasjon, et begrep som beskriver vurderinger eller følelser tegnet vekker hos den som bruker det. Når den kulturelle erfaringsbakgrunnen hos leseren bidrar til tilleggsassosiasjoner og tolkninger, kan dette føre til vansker med å finne en felles mening og dermed utfordre samhandlingen mellom to parter (Orvik, 2015). Som Orvik presenterer kan tilleggsassosiasjoner rundt det å være hyggelig, slik man er i sosiale settinger, bli feil i elektronisk dialog. Dette kan begrense mottakers mulighet til å utvise en kollegial tone. I settingen som her presenteres tolker jeg teknologien, elektroniske meldinger som deterministiske (Skjølvold, 2015). Siden meldingene også fungerer som pasientens journal fratas helseaktørene muligheten til uformell dialog. Det elektroniske systemet tilrettelegger ikke for en dagligdags, «bli kjent»- kommunikasjon. Med en slik teknologiinnretning forsvinner også mulighetsrommet for denne typen dialogen.

Men hvordan tilrettelegge for en mer uformell kommunikasjonskanal? Kanskje må man se mot Facebook og Google slik Christie og medarbeidere (2018) forslår. I den anledning ville det i så fall vært naturlig å kalle det samarbeid, og ikke samhandling som er en mer formalisert dialogform. Ifølge Orvik (2015) legger begrepet samarbeid opp til en uformell, positiv og løpende dialog helseaktørene imellom. Samarbeid kan i større grad legge til rette for «vi- følelse». Graden av forpliktelse og ansvar er ikke like sterk som ved samhandling,

men samarbeid kan understøtte samhandling ved at helseaktørene eksempelvis utviser en positiv innstilling under utskrivelsesprosesser (Orvik, 2015). Utfra dette vil jeg hevde at en samarbeidskanal som ikke er pasients journal kan styrke samhandlingen mellom helseaktørene. En slik samarbeidskanal kan legge til rette for en mer uformell og kollegial dialog de ulike nettverkene imellom.

5.5.2 Sensitive opplysninger i meldingene

Empirien viser at telefonen ofte blir benyttet som formidler av sensitiv eller mistanke-basert informasjon. Informantene i sykehus beskrev at de ikke tillot seg å videreformidle elektronisk innhold knyttet til mistanker omkring alkoholforbruk, sensitive familie-opplysninger eller annen magesfølelse- styrt informasjon. Deres begrunnelse pekte igjen på pasientens journaltilgang. En av informantene uttalte: «*Det kan være ting vi bekymrer oss for, det kan være ting som jeg vil formidle, men som ikke skal dokumenteres i en journal*». Ifølge lov om pasient- og brukerrettigheter kapittel 5 har pasientens rett til innsyn i egen journal (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Journalen skal dessuten inneholde nødvendige pasientopplysninger og tilfredsstillende kravet til god yrkesskikk (Helsepersonelloven, 1999). Visma Blogg viser til tydelige og sterke føringer for hvordan pasientopplysninger skal dokumenteres. «Synsing» skal ikke forekomme, og dokumentasjonen skal basere seg på «fakta». Det blir også presisert at informasjon fra eksempelvis pårørende skal dokumenteres slik det blir formidlet, og at helsepersonell ikke kan gjøre egne tolkninger bygget på hva de tror (Visma Blogg, 2016).

Det nevnte viser at det elektroniske meldingssystemet ikke er rigget for å ivareta en viktig del av helseaktørenes formidlingsansvar. Som lovverket viser har pasienten journaltilgang, og dette oppleves begrensende for helseaktørene. I forgående del var jeg inne på at empirien viser behov for et dialogfora hvor helseaktørene kan føre en mer uformell dialog. Jeg tolker informantenes utsagn omkring sensitive opplysninger også illustrere mangel på en samhandlingskanal som ikke dokumenteres i pasientjournalen. Inskripsjonene i den elektroniske meldingens skript kan i denne sammenhengen virke sterkt, ved at det begrenser mulighetsrommet for denne typen dialog. Som Visma Blogg (2016) viser legges det sterke føringer for hva som ikke tillates i elektronisk samhandling. Kan det tenkes at dette går utover helseaktørenes mulighet til å utvise faglig skjønn?

Ifølge Terum og Grimen (2009) er skjønn viktig ettersom behandling ikke alltid kan detaljstyres ved hjelp av retningslinjer, lover og regler. I tilfeller hvor generelle regler og kunnskap mangler, kan skjønn ansees som en viktig del når beslutninger skal tas. Dersom skjønn fjernes, kan den individualiserte pasientbehandlingen stå i fare. Skjønn kan ikke forstås som en strømlinjeformet redegjørelse, men skal heller ikke forveksles med synsing. Skjønn bør dessuten komplementeres med evidensbasert kunnskap (Grimen, 2009; Terum & Grimen, 2009). Basert på dette vil jeg hevde at informantens utsagn tyder mer i retning klinisk skjønn enn synsing. De baserer sine antagelser på faglige vurderinger og pasientobservasjoner gjort under innleggelsen. I noen tilfeller kan selvsagt slike mistanker være i grenseland, samtidig er dette viktig informasjon til mottagende tjeneste som skal følge pasienten opp i hverdagen. Informantene opplevde at dette var informasjon som burde videreformidles, men inskripsjonene i teknologiens skript, som tillot pasientinnsyn, hindret dem i å dokumentere slike forhold i meldingene. Dette kan tyde på at meldingens funksjon som journalsystem står til hinder for å innfri teknologiens andre funksjon som kommunikasjonskanal. Telefonen blir i en slik sammenheng for svak som formidlingsaktør. Det som formidles via telefon, blir ikke alltid dokumentert, og det er personavhengig om informasjonen blir riktig og godt nok videreformidlet til de som bør ha den.

Jeg vil videre vise til andre situasjoner hvor informantene betraktet det som naturlig å benytte telefonen.

5.5.3 Telefonen som dobbeltkommuniserende sikkerhetsaktør

Som nevnt ble telefonen benyttet som formidler av sensitiv informasjon. Informantene henviste også til andre situasjoner hvor det var anlagt praksis for telefonbruk. Noen av informantene forklarte at telefonen burde benyttes ved utskrivelse. Dette ble gjort for å sikre at informasjonen var mottatt, og ikke bare godkjent av en som var syk dagen etter. Telefonen ble i slike sammenhenger benyttet som en kontrollfunksjon. Ifølge informant fra forvaltningen var det etablert rutiner på at hjemmetjenesten skulle ringes i forkant av utskrivelsen. Hun uttalte: «*Det skal jo ringes hjemmetjenesten, det er en del soner (hjemmetjenesteavdelinger) som tenker at så lenge sykehuset ikke har ringt så er ikke pasienten sendt hjem*». Samtidig viser en studie at risikoen for motstridene informasjon reduseres ved bruk av en samhandlingskanal. Dette kan bidra til å sikre at opplysningene mottas, lagres og behandles på en forsvarlig måte (Melby & Hellesø, 2010).

Informant fra sykehus trakk også frem behovet for å sikre at den oversendte informasjonen ble tolket i tråd med avsenders intensjoner. Dersom hun formildet ønske om tilbakemelding omkring pasientoppfølgingen etter utskrivelse holdt, det ikke med korte svar. Hun anså det som viktig med utfyllende elektroniske tilbakemeldinger, og utdypet det slik; «*Det holder ikke for meg å få en dag, en dato og et klokkeslett (..) Da blir jeg nødt til å ringe eller spørre på nytt*». Sykepleieren etiske forpliktelser ovenfor pasienten overstyrer meldingens skript, noe som kan føre til antiskript. Samtidig kan en slik type oppfølging, hvor telefonen tas i bruk, oppleves forstyrrende for motparten. Ifølge Slaatsveen og medarbeidere (2018) kan telefonoppringninger oppfattes som et belastende elementet, og ekstraarbeid i en hektisk arbeidshverdag. Det kan erfares spesielt unødvendig med tanke på at informasjonen også sendes elektronisk (Slaatsveen et al., 2018).

Jeg tolker det nevnte viser at informantene ikke opplever aktøren elektronisk melding som sikker nok. Deres beskrivelser tyder på at de ikke ønsker å overlate hele formidlingsansvaret til teknologien. For at utskrivelsesprosessene skal oppleves forsvarlig, går de utenom meldingens skript og danner et antiskript. Dette betyr at helseaktørene skaper sitt eget skript som er mer tilpasset deres arbeidshverdag (Moser & Thygesen, 2019). De foretrekker å benytte telefonen som sikkerhetsaktør, i tillegg til elektronikken. Telefonen tolker jeg blir deres måte å gå utenom teknologien. De velger og ikke fullt ut følge samhandlingsreformens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) intensjoner om elektronisk dialog tjenestenivåene imellom. Dette føyer seg inn i det jeg allerede har vært inne på, at teknologien i noen tilfeller er å anse som fortolkningsbar. Helseaktørene kan således velge, og det er ikke opplagt at de er lydige og følger skriptet slik det var ment (Skjølsvold, 2015).

Når helseaktørene gjør slike valg endrer de på teknologiens bruksområder. Motsatt endrer også teknologien, elektroniske meldinger, helseaktørens måte å handle på. En slik endringsprosess er å anse som domestisering, et begrep tatt i bruk av Roger Silverstone med kolleger. Domestisering er et metafor for å beskrive hva som skjer når ville dyr temmes, hvordan menneskene endrer dyrene, men også hvordan dyrene påvirker menneskenes måte å leve livet på (Skjølsvold, 2015 s. 27). Som tidligere nevnt oppnår ikke helseaktørene full trygghet på at teknologien kan overlates det fulle ansvaret for informasjonsformidlingen i utskrivelsesprosessene. Informasjonen frembringes både elektronisk og per telefon, noe som betyr at teknologien endrer deres måte å samhandle på. Samtidig styrer helseaktørene

teknologien ved å danne nye relasjoner, som i dette tilfellet telefonen. Jeg tolker at telefonbruken kan tilskrives helseaktørenes profesjonsbundne integritet. Orvik (2015) viser til at helseaktørenes integritet kan knyttes opp mot deres opplevelse av å utføre forsvarlig, klinisk, og meningsfullt arbeid. Dersom helseaktørens integritet undergraves, kan det gå på bekostning av pasientperspektivet (Orvik, 2015). Jeg anser det derfor viktig at helseaktørene som er tett på pasienten, får gjøre de riktige vurderingene. Selv om dette er å betrakte som en type dobbeltarbeid, bør ikke helseaktørenes integritet på dette området undergraves, men heller løftes frem som faglige vurderinger som ivaretar pasientsikkerheten.

I det neste vil jeg avslutte drøftingen med å vise til elektroniske samhandling i et bredere perspektiv.

5.6 Elektroniske meldinger i et større nettverk

Jeg vil i denne delen se på elektronisk samhandling i et større perspektiv. Med en slik fremstilling ønsker jeg å vise at elektronisk dialog innehar fordeler og ulemper som strekker seg lengre enn hva jeg har tatt for meg. Jeg vil starte med å vie fokus til hvilke konsekvenser elektroniske samhandling kan få for pasienten. Pasientkonsekvensene er tatt med som en del av mine funn, men har ikke fått en sentral plass ettersom disse funnene går noe utover min problemstilling. Samtidig mener jeg det er en viktig del som bør få litt oppmerksomhet, da elektronisk samhandling først og fremst er til for pasienten.

Empirien fremstiller at feilaktig og mangelfull elektronisk informasjon kan få konsekvenser for pasienten. En av informantene i sykehuset viste til hvordan mangelfulle opplysninger kunne føre til unødige undersøkelser for pasienten. Hun beskrev viktigheten av informasjon om pasientens normale tilstand. Dersom slike opplysninger ikke var tilgjengelige måtte pasienten gjennom tester og prøver som kunne vært unngått med tilstrekkelig og riktig informasjon. Informanten fra korttidsavdelingen fortalte om en situasjon hvor begrensede opplysninger bidro til et kaotisk og potensielt farlig pasientmottak. Mens hjemmetjenestens informant beskrev hvordan uenigheter mellom pasienten og tjenesten oppsto som følge av at den elektroniske informasjonen til tjenesten ikke samsvarte med muntlige informasjonen gitt til pasienten. De kommunale informantenes beskrivelser er i tråd med en studie av Flateland og medarbeidere (2015). De viste til at mangelfull informasjonsutveksling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten kunne medføre forsinkelser omkring den kommunale

pasientoppfølgingen. Det ble videre løftet frem at det bør lages tydelige retningslinjer for pasientmottak og oppfølging ved overflytting fra spesialisthelsetjenesten. Dette ble ansett som viktig for å skape forutsigbarhet for pasienten, samt sikre at sykepleierne i kommunen fikk informasjon nok til å planlegge den videre behandlingen for pasienten (Flateland, Nesheim, Riiser & Söderhamn, 2015). Denne studien retter seg mot de kommunale aktørene, slik mange av studiene jeg har lest gjør. Samtidig vil jeg basert på min empiri hevde at også kommunale aktører har en vei å gå hva gjelder tilstrekkelig og tilpasset elektronisk informasjon til spesialisthelsetjenesten. Det kreves at begge sektorene ser innover i egen organisasjon og legger til rette for et godt og stabilt samhandlingsmiljø.

Til sist ønsker jeg å trekke noen tråder mot implikasjoner de politiske føringene skaper for elektroniske samhandling. Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) forutså nok ikke hvilke konsekvenser systemet rundt døgnbøter ville få for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Disse utfordringsområdene løftes nå frem i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020), hvor det påpekes at sektorene i for stor grad har vært opptatt av økonomiske utfordringer og deling av ansvar. Dette fokuset har til tider stått i veien for utviklingen av gode og stabile tjenester. Informant i forvaltningen viste til «stresselementet» som oppsto som følge av de økonomiske insentivene. Hun fortalte om tilfeller hvor den elektroniske informasjonen kom for sent og medførte begrenset tid for etablering av et forsvarlig pasienttilbud. Innleggelsesforløpet ble lengere enn nødvendig, og dette forårsaket ekstra kostander for kommunen. I studien til La Rocca & Hoholm (2017) vises det nettopp til den økonomiske prioritetskonflikten som oppstår i kjølvannet av døgnbøter. Samme verktøy benyttes til to ulike funksjoner med ulikt verdigrunnlag. Når den ene delen av det elektroniske reglementet innebærer økonomiske insentiver, bidrar det til at organisasjonene prioriterer egne interesser foran fellesskapet. Det blir med andre ord ikke lagt til rette for en forent plattform som fremmer samhandling (La Rocca & Hoholm, 2017). Det er derfor viktig og i enhver prosess være bevisst de uforutsette effektene elektroniske verktøy kan medføre. Slike effekter skyldes ikke nødvendigvis dårlig teknologidesign, manglende forarbeid eller lite brukerfokus. Dilemmaer som oppstår på bakgrunn av organisasjonenes kompleksitet, er vel så viktig å ha et bevisst forhold til. Problemer i forbindelse med implementering kan derfor ikke utelukkende rettes mot dårlige prosesser, manglende kunnskap eller forandringsvegring. Det bør også tas hensyn til hvordan gjeldende arbeidsprosesser forstyrres eller endres, og at dette kan igangsette diskusjoner

omkring ressurser, rettigheter, plikter og verdier (Vikkelsø, 2005). Basert på dette vil jeg hevde at en må forstå nettverket i utvidet forstand, og kartlegge de ulike aktører, både menneskelige og ikke menneskelige, som inngår i de berørte nettverkene. Makro-organisasjonene bør være seg sitt ansvar bevisst, hvor de sammen med mikro-aktørene har et reflekterende og evaluerende forhold til hvordan teknologien (ikke- menneskelige aktøren) påvirker det de sosiale aktørene (menneskene). Det vil være av sentral betydning at diskusjonene tas underveis, hvor man spør: Fungerer teknologien etter sin hensikt? Hjelper den de samhandlende aktørene i deres arbeidshverdag? Og finnes det områder hvor teknologien begrenser helseaktørene? Om man er villig til å gjøre noe med de begrensninger som oppstår, vil det slik jeg ser det, legge til rette for nye veier hvor teknologien og mennesket i større grad kan omforenes i det samhandlende møtet.

6 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg søkt svar på problemstillingen:

«Hvordan skaper elektroniske meldinger føringer for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i pasientforløpet?»

Resultatene viser at elektroniske meldinger legger til rette for hensiktsmessig informasjonsutveksling og smidighet i pasientforløpene. Samtidig viser resultatene til utfordringsområder som bidrar til vansker med å oppnå en felles forståelsesramme. Det fremkom diskrepans omkring hvilken informasjon som blir regnet som viktig eller utfyllende nok. Dette tegner et kontrastfylt bilde hvor konteksten og for forståelsen legger sterke føringer for informasjonsinnholdet. I tillegg viser enkelte av meldingens inskripsjoner seg å være fleksible, noe som også legger til rette for valg omkring meldingens innhold.

Som jeg tidligere har vært inne på er, kommunenes og spesialisthelsetjenestens arbeidsområder forskjellige. Spesialisthelsetjenesten skal ivareta det akutte, her og nå behovet, mens kommunehelsetjenesten følger pasienten i et mer langstrakt perspektiv. Dette bidrar til ulikt fokus, og fremkaller behov for en felles samhandlingsarena hvor helseaktørene fra spesialist og kommunehelsetjenesten kan snakke sammen, og på den måten utvide sin forståelse for hverandres arbeidsfelt og informasjonsbehov. Som tidligere nevnt, er det fra statlig hold bestemt at det skal opprettes «Helsefelleskap», jamfør Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Disse felleskapene ligger på et overordnet makronivå, og skal legge til rette for tettere samhandling og økt forståelse for hverandres arbeidsområde. Mine resultater tyder på at brukerne av teknologien, altså helseaktørene som er tett på pasientforløpene, også trenger slike «Helsefelleskap», hvor de kan få utløp for sitt behov rundt en mer uformell kommunikasjonsform og utvikle god kjennskap til hverandres kulturelle kontekst. I et fremtidig perspektiv kan det derfor være hensiktsmessig og vurdere slike felleskap også på et mikronivå.

Dette drar meg til neste del av drøftingen som viser et behov for en samhandlingskanal som ikke dokumenteres i pasientenes journal. Her er det to aspekt som bør ivaretas; det kollegiale og et dokumentasjonssystem som dokumenterer informasjon av verdi for helseaktørene. For å starte med det første aspektet, viser resultatene et behov for en samarbeidsinspirert

kommunikasjonskanal hvor det å bli kjent og utvikle et kollegialt fellesskap står i fokus. Slik det er i dag skal ikke «smileys» eller uformell dialog forekomme i elektronisk kommunikasjon. Elektroniske meldinger er å anse som pasientens journal og er dermed ikke en dialogfunksjon som skal brukes til annet enn faktaopplysninger omkring pasientforløpene. Dagens samhandling kan slik jeg ser det, bidra til å opprettholde en silobasert organisering av helsevesenet, hvor det blir «dem» og «oss».

Videre viser mine resultater et behov for et dialogfora som ivaretar personvernet og benyttes ved formidling av sensitiv informasjon. Slik informasjon blir i dag kommunisert via telefon, og dermed ikke alltid dokumentert. Denne typen informasjon er viktig for helseaktørene og bør dokumenteres, men ikke nødvendigvis i pasientjournalen. Kan man for fremtiden tenke en uformell kommunikasjonskanal som ivaretar den uformelle dialogen, men også legger til rette for dokumentasjon av sensitiv eller mistankebasert karakter? Mulig kan en slik uformell kommunikasjonskanal også ta over noe av telefonbruken som ennå eksisterer. Dette vil i så fall være et bidrag for å imøtekomme samhandlingsreformens intensjoner om full digital kommunikasjon tjenestenivåene imellom. Det kreves med andre ord både fysiske møteplasser med fokus på økt forståelse for hverandres arbeidsområde og informasjonsbehov, men også en kommunikasjonskanal hvor det legges til rette for «vi-følelse», uformell dialog og utveksling av sensitiv informasjon.

Elektronisk samhandling *skal* rettes mot pasientforløpene, men for at samhandlingen skal fremstå mer forent, bør fokuset for fremtiden dreies mot å styrke båndene de to tjenestenivåene imellom. Mitt studie kan være et bidrag til se dagens organisering av elektronisk samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i et perspektiv som retter seg mot andre verdier enn faktabasert informasjonsutveksling. Jeg vil foreslå at videre forskning går ytterligere i dybden på de tematiserte områder, og undersøker mine funn i en større og mer langstrakt skala.

Litteraturoversikt

- Akrich, M. (1992). The De- Scription of Technical Objects. I E. W. Bijker & J. Law (Red.), *Shaping technology/building society : Studies in Sociotechnical change* (s. 205-224). Massachusetts: Massachusetts Institute of Technology.
- Berg, M. (1999). Accumulating and Coordinating: Occasions for Information Technologies in Medical Work. *Computer supported cooperative work*, 8(4), 373-401.
10.1023/A:1008757115404
- Berg, M. & Goorman, E. (1999). The contextual nature of medical information. *Int J Med Inform*, 56(1), 51-60. 10.1016/S1386-5056(99)00041-6
- Brattheim, B. J., Hellesø, R. & Melby, L. (2016). Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (1), 26-33. 10.4220/Sykepleienf.2016.56830
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. 10.1191/1478088706qp063oa
- Carlile, P. R. (2002). A Pragmatic View of Knowledge and Boundaries: Boundary Objects in New Product Development. *Organization science (Providence, R.I.)*, 13(4), 442-455.
10.1287/orsc.13.4.442.2953
- Christie, W., Hoholm, T. & Mørk, B. E. (2018). Innovasjon og samhandling i helsevesenet: En praksisbasert tilnærming. *Praktisk økonomi og finans*, 34(1), 32-46.
10.18261/issn.1504-2871-2018-01-04
- Cresswell, K. M., Worth, A. & Sheikh, A. (2010). Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare. *BMC Med Inform Decis Mak*, 10(1), 67-67. 10.1186/1472-6947-10-67
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2019, 23. mai). Veiledning for forskningsetisk og vitenskaplig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Direktoratet for e-helse. (2012). *Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp* (HITS 80806:2012, oppdatert 03/2021). Hentet fra <https://ehelse.no/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-i-pasientforlop>
- Direktoratet for e-helse. (2014). *Helseopplysninger v1.6 Profil av Standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenesten* (HIS 1144:2014, oppdatert 02/2020). Hentet fra https://git.sarepta.ehelse.no/publisert/standarder/raw/master/kravdokument/plo/HIS_1144_2014_PLO-helseopplysninger%20-oppdateret.pdf
- Direktoratet for e-helse. (2021, Desember). Innleggelsesrapport v1.6. Hentet fra <https://www.ehelse.no/standardisering/standarder/innleggelsesrapport-v1.6>
- Flateland, S., Nesheim, M. T., Riiser, A.-B. & Söderhamn, U. (2015). Sykepleiestudenters erfaringer knyttet til overføring av pasient fra spesialist- til kommunehelsetjeneste - Nursing students' experiences related to the transfer of patients from hospital to community health care. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, (2), 145-153.

- Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse-og omsorgsstatistikk. (2006).
Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse-og omsorgsstatistikk (FOR-2006-02-17-204). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204/KAPITTEL_1#%C2%A71-3
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering - noen utfordringer IH. Grimen & I. L. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsøvelse* (s. 191- 220). Oslo Abstrakt forlag
- Hamre, A. G., Berntsen, E. K. & Monteiro, E. (2010). Kvalitetssikring av legemiddelhåndtering i et samhandlingsperspektiv. I M. Aanestad & I. Olaussen (Red.), *IKT og samhandling i helsesektoren* (s. 119-133). Trondheim Tapir Akademiske Forlag.
- Hanseth, O. & Monteiro, E. (1997). Inscribing behaviour in information infrastructure standards. *Accounting, management, and information technologies*, 7(4), 183-211. 10.1016/S0959-8022(97)00008-8
- Helleso, R. & Fagermoen, M. S. (2010). Cultural diversity between hospital and community nurses: implications for continuity of care. *Int J Integr Care*, 10(1), e036-e036. 10.5334/ijic.508
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling på rett sted til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Nasjonal helse - og sykehusplan 2020-2023* (Meld. St. 7 (2019-2020)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/?ch=1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021). *Nytte, ressurs og alvorlighet - Prioritering i helse- og omsorgssektoren* (Meld. St 38 (2020-2021)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-38-20202021/id2862026/?ch=7>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsedirektoratet. (2011). *Veiviser- Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen* (S-1920). Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/756227/cache=20112410131432/Veiviser%20-%20Hvordan%20komme%20i%20gang%20med%20elektronisk%20meldingsutveksling%20i%20kommunen.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i et pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere*. Hentet fra [https://www.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://www.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)
- Helsedirektoratet. (2018). *Lovetekst med kommentarer, § 45a. Epikrise*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/dokumentasjonsplikt/-45a.epikrise>
- Helsedirektoratet. (u.å). Helsefellesskap. Hentet 2. mai 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellesskap>
- Helsenett, N. (u.å). Elektronisk meldingsutveksling Hentet 22. februar 2022 fra <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/veileder-for-elektronisk->

[meldingsutveksling/del-1--elektronisk-meldingsutveksling/elektronisk-meldingsutveksling](#)

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2016). *Informasjonen var mangelfull og kom ofte for sent. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskriving av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen* (Tilsynsrapport). Oslo Statens helsetilsyn 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/>
- Jensen, T. E. (2005). Aktør-netværksteori Latours, Callons og Laws materielle semiotik. I A. Esmark, C. B. Laustsen & N. A. k. Andersen (Red.), *Socialkonstruktivistiske analysestrategier* (s. 185-210). Fredriksberg: Roskilde Universitetsforlag/Samfunnslitteratur.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Justesen, L. (2005). Dokumenter i nettverk. I M. Jarvinen & N. Mik-Meyer (Red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv* (s. 215-234). København Hans Reizels Forlag.
- Kommunal- og distriktsdepartementet. (2016). *Digital agenda for Norge - IKT for en enklere hverdag og økt produktivitet* (Meld. St. 27 (2015-2016)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/?ch>
- Kompetansebroen. (u.å). Innleggelse på sykehus: Hvilken mening gir funksjonsnivåene i innleggelsesrapporten? Hentet 26. april 2022 fra <https://www.kompetansebroen.no/innleggelse-pa-sykehus-hvilken-mening-gir-funksjonsnivaene-i-innleggelsesrapporten?o=innlandet>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- La Rocca, A. & Hoholm, T. (2017). Coordination between primary and secondary care: the role of electronic messages and economic incentives. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 149-149. 10.1186/s12913-017-2096-4
- Latour, B. (1991). Technology is society made durable. I J. Law (Red.), *A Sociology of Monsters: Essays on Power, Technology and Domination* (s. 103-131). London: Routledge.
- Law, J. (1992). Notes on the theory of the actor-network: Ordering, strategy, and heterogeneity. *Systems Practice*, 5(4), 379-393. 10.1007/BF01059830
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (2. utg. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Melby, L. & Hellesø, R. (2010). Electronic exchange of discharge summaries between hospital and municipal care from health personnel's perspectives. *Int J Integr Care*, 10(2), e039-e039. 10.5334/ijic.527
- Monteiro, E. (2000). Actor-Network Theory and Information Infrastructure IU. C. Ciborra (Red.), *From Control to Drift : The Dynamics of Corporate Information Infrastructures* (s. 71-83). New York Oxford University Press.
- Moser, I. & Thygesen, H. (2019). Med verdier og sosiale konsekvenser i sentrum. I I. Moser (Red.), *Velferdsteknologi. En ressursbok* (s. 45-63). Oslo: Cappelen Damm Akademiske.

- Norsk senter for forskningsdata. (u.å). Meldeskjema. Hentet 26. april 2022 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/>
- Norsk sykepleierforbund og KS. (2011). *ELIN-k prosjektet: Sluttrapport: Utvikling av helsefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk infomasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene* (Pasientforløp for eldre med kronisk sykdom): UNIT. Hentet fra <https://nasjonalikt.no/Documents/Prosjekter/Avsluttede%20prosjekter/Tiltak%205.9%20ELIN-K%20SLUTTRAPPORT.pdf>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse : innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse* (2 utg.I sykepleie og helsefaglig samarbeid). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-%20og%20brukerrettighetsloven>
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (Eleventh edition.; International edition. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rüger, W. (2011). Epikrise er en kvalitetsindikator. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 131(7), 663-663. 10.4045/tidsskr.11.0222
- Skjølsvold, T. M. (2015). *Vitenskap, teknologi og samfunn : en introduksjon til STS* (en introduksjon til science and technology studies). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Slaatsveen, I., Stavnesli, I., Halsetrønning, J. & André, B. (2018). Elektroniske omsorgsmeldinger gir bedre og sikrere dokumentasjon. *Sykepleien forskning (Oslo)*, (70599), e-70599. 10.4220/Sykepleiens.2018.70599
- Terum, I. L. & Grimen, H. (2009). Profesjonsøvelse - kvalitet og legitimitet IH. Grimen & I. L. Terum (Red.), *Evidensbasert profesjonsøvelse* (s. 9-16). Oslo Abstrakt forlag
- Tjora, A. H. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tøndel, G. (2013). Mening og myndighet: Produksjonen av styringstall i helse- og sosialtjenesten. *Sosiologisk tidsskrift*, 21(1), 65-90.
- UiT Norges arktiske universitet. (u.å). Forskningsdataportalen Hentet 26. april 2022 fra <https://uit.no/forskning/forskningsdata>
- Universitetet i Oslo. (u.å). Universitetet i Oslo, Nettskjema. Hentet 26. april 2022 fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Universitetssykehuset Nord Norge HF og kommunene. (2017, 22. november). Sjekklister for innleggelsesrapport Hentet fra <https://unn.no/Documents/Samhandling/Samhandlingsflyt/Kommuner%20sjekklister%20for%20innleggelsesrapport.pdf>
- Universitetssykehuset Nord Norge HF og kommunene. (2018, 20. november 2020). Tjenesteavtale 5 mellom xx kommune og Universitetssykehuset Nord Norge HF om retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester etter utskrivning fra sykehus. Hentet fra [https://unn.no/Documents/Samhandling/Overordnet%20samarbeidsorgan%20\(OSO\)/M%C3%B8ter%202017/231117/8.%20vedlegg%20Tjenesteavtale%205.pdf](https://unn.no/Documents/Samhandling/Overordnet%20samarbeidsorgan%20(OSO)/M%C3%B8ter%202017/231117/8.%20vedlegg%20Tjenesteavtale%205.pdf)
- Vikkelsø, S. (2005). Subtle Redistribution of Work, Attention and Risks: Electronic Patient Records and Organisational Consequences. *Scandinavian journal of information systems*, 17(1), 10.

Visma Blogg. (2016, 8. august). Helsepersonells dokumentasjonsplikt Hentet fra <https://www.visma.no/blogg/helsepersonells-dokumentasjonsplikt/>

Wifstad, Å. (2019). Vitenskapsteori *Sykepleien forskning*. 10.4220/Sykepleienf.2019.78763

Aanestad, M. & Olaussen, I. (2010). Tverrfaglig teknologiforskning IM. Aanestad & I. Olaussen (Red.), *IKT og samhandling i helsesektoren : Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?* (s. 19-37). Trondheim Tapir Akademiske Forlag

Vedlegg

Vedlegg 1 Vurdering fra NSD

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Vurdering

Referansenummer

497284

Prosjekttittel

Hvordan skaper utformingen av PLO meldinger føringer for informasjonsflyten/samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i et pasientforløp.

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marianne Eliassen , marianne.eliassen@uit.no, tlf: 99709940

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Silje Skotnes, ssk033@uit.no, tlf: 40077008

Prosjektperiode

16.08.2021 - 04.05.2022

Vurdering (1)

12.07.2021 - 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 12.07.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 04.05.2022.

TAUSHETSPLIKT

Deltagerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner eller saker.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2 Informasjons- og samtykkeskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan skaper PLO meldinger føringer for informasjonsflyten/samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan PLO- meldingene bidrar til å legge føringer for den informasjonen som utveksles mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. I dette skrivet gir jeg deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Som siste ledd i et treåring masterstudie innen helsefaglig utviklingsarbeid skal jeg skrive en masteroppgave. Jeg skal skrive om hvordan PLO-meldingene kan skape føringer for informasjonsflyten og samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Samhandlingsreformen var oppstarten for bruk av elektroniske meldinger i helsesektoren. Denne typen meldinger skulle sørge for hensiktsmessig informasjon mellom de ulike leddene i samhandlingskjeden, samt smidighet og struktur i forløpene. PLO meldinger er beskrivelsen av et utvalg meldinger som benyttes i elektronisk samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og innad i kommunehelsetjenesten. PLO meldingene inneholder standardiserte maler for innleggelsesrapport, helseopplysninger og utskrivningsrapport, og skal sikre at relevant informasjon følger pasienten. Etter innføringen av PLO meldinger viser studier at elektronisk samhandling skaper effektivitet rundt kommunikasjonen de ulike leddene imellom, og sørger for kjappe avklaringer i utskrivningsprosessene. Samtidig viser forskning at elektronisk meldingsutveksling ikke gir tilstrekkelig informasjon for å sikre gode og hensiktsmessige utskrivningsprosesser. I mitt studie vil det derfor være interessant og få dypere kunnskap om hvordan PLO meldingene skaper føringer for informasjonsflyten/samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

For å få bedre innsikt i hvordan PLO meldinger påvirker det som kommuniseres mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten ønsker jeg å gjøre noen individuelle intervjuer med personer i samhandlingslinjen mellom spesialist og- kommunehelsetjenesten. Din erfaring som ansatt i.....kan derfor gi et viktig bidrag i arbeidet med denne oppgaven.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du inviteres til å delta i en samtale hvor jeg stiller noen overordnede spørsmål om dine erfaringer med kommunikasjon via PLO-meldinger. Samtalen er beregnet til å vare omlag 45 minutter. Dersom smittesituasjonen tillater det vil jeg komme til ditt arbeidssted, om ikke vil samtalen forgå digitalt.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. .

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har beskrevet i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Jeg vil gjøre lydopptak av samtalen. Jeg skal informere tydelig når jeg starter og stopper opptak av samtalen. Data samles inn med UiT-eid båndopptaker. Innsamlet oppbevares i skyløsning med 2-faktor autentisering for innlogging, i tråd med UiTs retningslinjer for sikker

lagring av sensitiv data, fortrolighetsgrad gul

(https://uit.no/forskning/art?dim=179056&p_document_id=604029). Etter samtalen transkriberes intervjuet, dette gjør jeg selv. I transkripsjonen vil ingen personopplysninger lagret, og transkripsjonen vil heller ikke lagres sammen med informasjon som kan identifisere deg. I masteroppgaven vil du bli presentert anonymt.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Når masteroppgaven er avsluttet slettes alle gjenværende opplysninger. Oppgaven forventes fullført i 2022.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UiT Norges arktiske universitet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med undertegnede på ssk033@uit.no eller telefon 40077008. Studieveileder Marianne Eliassen kan også kontaktes på marianne.eliassen@uit.no.

Vårt personvernombud: Joakim Bakkevoll, personvernombud@uit.no, 776 46322 og 976 91578.

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Silje Skotnes

Masterstudent ved UiT Norges arktiske universitet

Prosjektansvarlig

Student

Marianne Eliassen

Silje Skotnes

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan skaper PLO meldinger føringer for informasjonsflyten/samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten?» ,og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i en samtale med Silje Skotnes

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3 Intervjuguide

Intervjuguide

Problemstilling:

«Hvordan skaper elektroniske meldinger føringer for samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i pasientforløpet?»

Hjelpespørsmål er tatt med dersom korte/lite utfyllende svar

| Tema | Tematiske spørsmål | Stikkord/korte spørsmål/hjelpespørsmål |
|--|---|--|
| Dine erfaringer med PLO meldinger | Beskriv din rolle som bruker av PLO meldinger? | -PLO opplæring , opplæringstid, hvilken opplæring fikk du? -Erfaring, hvor lenge har du benyttet PLO meldinger i din arbeidshverdag? |
| Hva gjør PLO meldingen med deg som sykepleier? | | -Hva får PLO meldingen deg til å gjøre/skrive/kommunisere ut? -Hva får PLO meldingen deg til å ikke gjøre/skrive/kommunisere ut? |
| Informasjons/samhandlingsflyt | Kan du gi et eksempel på en PLO melding som du opplevde ga riktige/tilstrekkelige informasjonen? (evt. generelt) | Kan du beskrive hva det var med PLO meldingen som bidro til dette? -Hva skjedde i den samhandlingssituasjonen? Hjelpespørsmål til begge spørsmålene: Ble samhandlingssituasjonen bra, ikke bra. Hva var evt bra? Evt Ikke bra? Beskrivelser |
| | Kan du gi et eksempel på en PLO melding som ikke ga tilstrekkelig informasjon? (evt. generelt) | Hva var det med PLO meldingen som bidro til dette? -Hva skjedde i den samhandlingssituasjonen? |
| Dine opplevelser av informasjonsbehov | Hva forventer du PLO meldingen skal gi deg av informasjon? | -Hvilken informasjon er viktig å motta? -Hvilken informasjon er viktig å sende fra seg? |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>-Har du forutsetninger til å vurdere/vite mottakers informasjonsbehov? Evt hvordan vurderer/vet du mottakers informasjonsbehovet?</p> <p>Hjelpespørsmål: Hvordan vurderer du om informasjon du mottar er relevant? Eller mindre relevant?</p> <p>-Hvordan vurderer du informasjonen du sender fra deg?</p> <p>-Hva tenker du mottaker i spesialisthelsetjenesten el./kommunen trenger for å vurdere pasienten?</p> |
| | <p>Påvirker PLO meldingen din skjønnsutøvelse?</p> | <p>Hvordan fremkommer ditt faglige skjønn i en PLO melding?</p> <p>Hjelpespørsmål: Har du et konkrete eksempel hvor det faglige skjønn fremkom i PLO meldingen? Evt hvorfor fremkommer det ikke i meldingen?</p> |

