

Helsepersonells erfaringer med feilsituasjoner og brukerstøtte rundt elektronisk meldingsutveksling

Nasrin Amele Jamedari



Masteroppgave

Erfaringsbasert masterstudium i helseledelse og
helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

12.mai 2013

Sammendrag

Samhandling om, og fokus på helhetlige pasientforløp på tvers av nivåer og virksomheter i helsesektoren har fått økt oppmerksomhet og prioritet i nasjonale strategier og planer siden midten av 2000-tallet. Temaet står sentralt i St.meld. nr. 47 «Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Behovet for samhandling mellom aktører har også vært sentral i alle nasjonale handlingsplaner og strategier for IKT i sektoren (Aanestad & Olaussen, 2010). Nasjonalt meldingsløft var et av innsatsområdene til den fjerde IKT-strategien Samspill 2.0, hvor målet var å få et sterkere trykk på utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). Kompleksiteten i løsningene rundt elektronisk meldingsutveksling førte til et uttalt behov for brukerstøtte. Organiseringen av en god brukerstøttefunksjon var derimot krevende når mange ulike aktører og systemer var involvert. Dette viste seg spesielt hos legekantorene med få ressurser tilgjengelig til å ivareta alle krav rundt elektronisk meldingsutveksling inkludert brukerstøtte. I denne oppgaven ønsker jeg derfor å undersøke følgende problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsepersonell med feilsituasjoner og brukerstøtte rundt elektronisk meldingsutveksling?:

I undersøkelsen er det brukt kvalitativ metode der fem helsepersonell som har interesse for og lang erfaring med elektronisk meldingsutveksling, fra fem ulike legekantorer, er intervjuet over telefon.

Undersøkelsen viste at informantene generelt var fornøyd med elektronisk meldingsutveksling og erfarte mange gevinster av denne. De opplevde ikke at det oppstod så mange feilsituasjoner men når disse oppstod mente de det skyldtes manglende standarder og funksjonalitet i systemene, dårlige rutiner og mangel på kompetanse hos helsepersonellet.

Når det gjelder brukerstøtte snakket informantene både om oppgaver som måtte ivaretas av legekantorene selv og kontakt med brukerstøtte fra eksterne aktører. I forhold til intern brukerstøtte var det en viktig suksessfaktor å ha dedikerte personer/IT-kontakter som hadde kompetanse og ivaretok overvåking av meldinger og feilhåndtering. Samtidig var det sårbart for de ansatte på kontoret dersom IT-kontakten var borte. De slet da med å vite hvordan de skulle håndtere feilsituasjoner. I kontakten mot eksterne brukerstøtte-leverandører følte informantene seg stort sett ivaretatt og visste hvor de skulle ta kontakt når det oppstod feil.

Det var derimot frustrerende dersom dette var uklart og de måtte kontakte mange ulike brukerstøtter. Det var viktig å ha rask tilgang til rett kompetanse hos ekstern brukerstøtte og at oppfølging av feil ikke tok tid bort fra pasientbehandlingen.

Med bakgrunn i resultatene kan det være hensiktsmessig at flere legekontorer samlokaliseres for å få økt tilgang til ressurser og kompetanse i forhold til intern brukerstøtte. Når det gjelder kontakten opp mot brukerstøtte hos eksterne aktører kan det være en fordel om det ble etablert en egen brukerstøtteorganisasjon for legekontorer i én kommune/flere kommuner eller en region. På denne måten kan IT-kontaktene i større grad forholde seg til personer som er kjent med deres systemer og arbeidsprosesser og overlate koordineringen av feilsituasjoner til disse. Tiltakene kan bidra til raskere og bedre feilhåndtering og øke servicekvaliteten for legekantorene.

Når det gjelder kvaliteten på systemene rundt elektronisk meldingsutveksling kan det være hensiktsmessig at det etableres et organ som ivaretar legekantorenes interesser rundt innholdet i IKT-systemene. Et slikt organ kan påta seg en veileder eller bestiller-rolle på vegne av legekantorene og bidra til at krav rettet mot systemleverandører blir formidlet og etterlevd. De vil da også fremstå som en tyngre aktør ovenfor samhandlingsaktører og bidra til at legekantorenes interesser innen elektronisk samhandling blir prioritert hos disse.

Forord

Jeg vil rette en stor takk til alle som har hjulpet og inspirert meg i arbeidet med denne oppgaven.

En stor takk til veileder professor Jan Frich; din støtte, refleksjoner og faglige innspill har gjort det så mye lettere å komme gjennom denne prosessen.

Takk til Helsedirektoratet og avdelings direktør Norunn Elin Saure for å ha gitt meg anledning til å ta permisjon i en hektisk periode for å ferdigstille oppgaven. Der nest vil jeg rette en spesiell stor takk til mine kollegaer Kirsten, Irene og Darlén. Deres bidrag, kompetanse og støtte (og ikke minst tålmodighet!) har vært til uvurderlig hjelp for meg i denne prosessen. Takk for tiden dere brukte til gjennomlesninger og diskusjoner og for alle råd.

Til mine fantastiske kollegaer i e-helseavdelingen; tusen takk for all hjelpen jeg fikk de gangene jeg stod fast, enten i form av faglige bidrag eller støttende ord.

Takk til informantene som tok seg tid i en travel hverdag til å delta i undersøkelsen.

Kjære Simen og Lena; deres støtte og bidrag i skriveprosessen har vært til stor hjelp. Det betyr så mye at dere alltid stiller opp, bedre venner skal man lete lenge etter!

Til mine studiekollegaer ved HELED kull 23 og til Gruppe 4 spesielt; takk for et inspirerende studieår og alt det morsomme vi opplevde sammen.

Og Anders; du som har holdt ut med meg gjennom det hele, på oppturer og nedturer, og alltid hatt en urokkelig tro på at jeg vil greie det. Din støtte har betydd alt.

Innholdsfortegnelse

1	BAKGRUNN	1
1.1	Oppgavens oppbygging	1
1.2	Politisk kontekst	2
1.2.1	Samhandling om helhetlige pasientforløp	2
1.2.2	Nasjonale IKT strategier – fokus på elektronisk samhandling	3
1.3	Nasjonalt meldingsløft	4
1.3.1	Elin-a	5
1.3.2	Adressering	5
1.3.3	Om elektronisk meldingsutveksling	7
1.3.4	Krav til elektronisk meldingsutveksling	9
1.4	Brukerstøtte	10
1.4.1	Prosjekt «Brukerstøtte» i regi av Nasjonalt meldingsløft	12
1.5	Modell for IS- suksess	14
1.6	Problemstilling	16
2	METODE	18
2.1	Bakgrunn for valg av kvalitativ metode	18
2.2	Intervjuguiden	18
2.3	Utvalg	19
2.4	Rekruttering	21
2.5	Gjennomføring	21
2.6	Forskerens rolle	22
2.7	Analyse	23
3	RESULTATER	24
3.1	Hvilke erfaringer har helsepersonell med feilsituasjoner rundt elektronisk meldingsutveksling	24
3.1.1	Miljø	26
3.1.2	Mennesker	27
3.1.3	Metoder	29
3.1.1	Maskiner	31
3.2	Hva mener helsepersonellet er god brukerstøtte?	34
3.3	Hva mener helsepersonellet er dårlig brukerstøtte?	36

4	DISKUSJON	39
4.1	Sammendrag av funn fra undersøkelsen	39
4.2	Innledning til diskusjon	39
4.2.1	Brukerstøtte	40
4.2.2	Feilkilder	45
4.2.3	Metodekritikk	49
4.2.4	Konklusjon og videre arbeid	49
	Litteraturliste	51
	Vedlegg 1	54
	Vedlegg 2	56
	Vedlegg 3	58
	Vedlegg 4	59

1 BAKGRUNN

Denne oppgaven skal belyse helsepersonell sine erfaringer med feilsituasjoner og brukerstøtte rundt elektronisk meldingsutveksling.

Som sykepleier har jeg selv vært bruker av IT systemer i helsevesenet i en travel hverdag. På denne måten har jeg opplevd hvordan systemer av dårlig kvalitet har ført til forsinkelser i pasientbehandlingen, bruk av midlertidige arbeidsrutiner/«workarounds» og frustrasjon både hos meg selv og mine kolleger. I slike situasjoner har jeg også sett hvor mye rask brukerstøtte av god kvalitet betyr når man står fast. Dette engasjementet for å ivareta brukerperspektivet i utvikling, implementering og bruk av IKT-systemer i helsevesenet førte meg inn i e-helsefeltet. Jeg ønsker med denne oppgaven å bidra med kunnskap som diskuterer hvordan IT systemene og brukerstøtte kan forenkle helsepersonells hverdag heller enn å være i veien for den viktige jobben de gjør.

1.1 Oppgavens oppbygging

Oppgavens første kapittel beskriver de nasjonale strategiene og den politiske konteksten som gir retning for digitalisering av helse- og omsorgssektoren, inkludert elektronisk meldingsutveksling. Programmet Nasjonalt meldingsløft var et nasjonalt tiltak for å utbre elektronisk meldingsutveksling i sektoren og der brukerstøtte ble adressert som en utfordring. Kapittelet beskriver også krav til elektronisk meldingsutveksling som hver virksomhet må ivareta inkludert å tilby brukerstøtte til virksomhetens brukere. Videre omhandler kapittelet de ulike tiltakene som ble igangsatt rundt brukerstøtte for elektronisk meldingsutveksling. Her beskrives også prosjekt «Brukerstøtte» som ble gjennomført i regi av Helsedirektoratet og som denne oppgaven har tatt utgangspunkt i. Kapittelet avsluttes med presentasjon av William DeLones og Ephraim R. McLeans modell for IS-suksess fra 2003. Modellen brukes til å diskutere funnene fra undersøkelsen senere i oppgaven.

Kapittel 2 omhandler metode mens resultatene presenteres i kapittel 3. I kapittel 4 diskuteres undersøkelsens resultater opp mot det teoretiske rammeverket og annen litteratur. Kapittelet avrundes med konklusjon og forslag til videre arbeid.

1.2 Politisk kontekst

1.2.1 Samhandling om helhetlige pasientforløp

Samhandling om, og fokus på helhetlige pasientforløp på tvers av nivåer og virksomheter i helsesektoren har fått økt oppmerksomhet og prioritet i nasjonale strategier og planer siden midten av 2000-tallet. Temaet står sentralt i St.meld. nr. 47 «Samhandlingsreformen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Bakgrunnen for fokuset i reformen er følgende utfordringer:

- Pasienten har et behov for at helsetjenesten er koordinert, men dette ivaretas ikke godt nok. Tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og det er få systemer som ivaretar helheten i disse. Derimot finnes det mange systemer som er rettet inn mot de ulike deltjenestene, for eksempel oppdeling i ulike organisatoriske enheter og separate IKT-systemer.
- Det er for liten innsats mot forebygging. Behandling av sykdommer får større fokus i helsetjenesten enn tidlig innsats for å hindre at disse oppstår.
- Den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet vil ha store konsekvenser for samfunnets økonomiske bæreevne. Det blir stadig flere eldre med kroniske og sammensatte lidelser som vil trenge samfunnets støtte, noe som gir store utfordringer for dagens velferdsordninger. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009)

I reformen lanseres flere hovedgrep for å løse de identifiserte utfordringene. Disse går på sterkere brukermedvirkning, økt fokus på forebygging og tidlig innsats, samt bedre samarbeid mellom de ulike delene av tjenesten. Helsetjenestene skal flyttes nærmere der folk bor og overføring av ansvar og oppgaver til kommunene blir dermed helt sentralt for å få til dette.

Helhetlige pasientforløp er en hovedmålsetting i reformen og forløp defineres slik:

«Forløp er den kronologiske kjeden av hendelser som utgjør pasientens møte med ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Gode forløp kjennetegnes ved at disse hendelsene er satt sammen på en rasjonell og koordinert måte for å møte pasientens ulike behov.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, p. 15)

Et av virkemidlene som løftes frem som viktig for å få til helhetlige pasientforløp og bedre samhandling er bruk av IKT i helse- og omsorgssektoren. Teknologien skal blant annet sørge for at rett informasjon er tilgjengelig der pasienten befinner seg. IKT-tiltak som fremheves i reformen for å få til dette er blant annet at alle aktører kobler seg opp til det nasjonale helsenettet og øker bruken av elektronisk meldingsutveksling mellom virksomhetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

1.2.2 Nasjonale IKT strategier – fokus på elektronisk samhandling

Margunn Aanestad og Irene Olaussen introduserer med boken «IKT og samhandling i helsesektoren – Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?» (2010) en tverrfaglig tilnærming til studiet av IKT i helse- og omsorgssektoren.

I sin gjennomgang av utviklingen av norsk e-helsepolitikk viser forfatterne til at Norge var tidlig ute med å implementere IKT systemer i sitt helsevesen. Blant annet var vi først ute med å få en tilnærmet full utbredelse av elektroniske pasientjournaler hos allmennleger. I 2008 lå utbredelsen av EPJ-systemer hos disse på 98 %. Etterhvert som flere og flere IKT systemer har blitt tatt i bruk i sektoren har en utfordring rundt manglende kommunikasjon mellom disse meldt seg fordi systemene ikke er koblet sammen. Spesielt gjelder dette kommunikasjon mellom virksomheter. Både helseforetak og myndighetene ønsket å gjøre noe for å løse denne utfordringen og det ble tidlig klart at standardisering var avgjørende for å få til den digitale kommunikasjonen mellom IKT-systemene. Derfor ble Kompetansesenter for IT i Helse- og sosialsektoren (KITH) etablert i 1990. Deres ansvarsområde var å jobbe for standardisering i sektoren.

Forfatterne viser til at behovet for samhandling mellom aktører også har vært sentral i alle nasjonale handlingsplaner og strategier for IKT i sektoren. Den aller første handlingsplanen *Mer helse for hver BIT* (for perioden 1997-2000) fokuserte på en generell innføring av IKT systemer. I den neste strategien *Si@* (for perioden 2001-2003) ble fokuset på samhandling sterkere og sosial- og trygdesektoren ble trukket med. I *Samspill 2007* (for perioden 2004-2007) som følger er samhandlingsperspektivet enda tydeligere som satsning og det fokuseres på hvordan IKT kan brukes for å få til helhetlige pasient- og brukerforløp. Hovedsatsningene i denne planen var informasjonsflyt mellom aktørene samt å trekke med kommunale helse- og

omsorgstjenester, apoteker, pasienter og brukere. Den fjerde strategiplanen *Samspill 2.0* (for perioden 2007-2013) følger opp disse satsningene og inneholder mer konkrete tiltak og det signaliseres en mer aktiv myndighetsrolle. Et av tiltakene i *Samspill 2.0* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008) var å etablere «Nasjonalt meldingsløft», også kalt «Meldingsløftet», der målet var å få en større utbredelse av rutinemeldinger mellom ulike aktører over i digital format, også kalt elektronisk meldingsutveksling.

På tidspunktet for etableringen av Meldingsløftet var andelen av digitale laboratoriesvar høyt og hadde vært slik siden 1990-tallet, mens andre typer meldinger slik som henvisninger og epikriser fortsatt for det meste ble sendt i papirform. Standarder for disse meldingene var laget, men ikke tatt i bruk blant annet fordi dette krever en samordning av sender og mottaker slik at begge er på samme standard før utvekslingen kan starte (Aanestad & Olaussen, 2010). Manglende bruk av slike elektroniske meldinger førte også til konsekvenser slik som beskrevet i en artikkel i *Dagens Medisin* i november 2004 (Nilsen, 2004), der Oslo-sykehusene sendte røntgenbilder i taxi mellom seg fordi de ikke kunne sende disse elektronisk.

Meldingsløftets målsetting var å bidra til koordinering og samordning av aktørene slik at elektronisk meldingsutveksling av de vanligste meldingstypene ble dominerende innen 2010 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

1.3 Nasjonalt meldingsløft

Nasjonalt meldingsløft, også kalt «Meldingsløftet», var et av innsatsområdene til *Samspill 2.0* og ble etablert som et program av Helsedirektoratet i 2008 hvor målet var å få et sterkere trykk på utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008). I første omgang skulle fokuset være på samhandling mellom helseforetak, allmennleger og NAV. Bakgrunnen for dette var at det allerede var etablert standarder for elektronisk utveksling av informasjon mellom disse virksomhetene som man kunne utbre.

Det neste skrittet var å fokusere på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten og deres kommunikasjonspartnere. Det ble etablert et eget prosjekt ved navn Meldingsløftet i kommunene (forkortet MiK) i 2010. Prosjektets målsetting var å bidra til utbredelse av elektronisk meldingsutveksling mellom kommuner og deres samhandlingspartnere. I

prosjektet inkluderte disse pleie- og omsorgstjenesten, fastleger, sykehus og helsestasjoner (Helsedirektoratet, 2010).

Helsedirektoratet hadde ansvar for etableringen av programmet og for å være koordinator mellom aktørene og pådriver for at de ulike aktørene nådde målsettingene i denne. Hver aktør hadde selv resultatansvar for sine delprosjekter. Dette inkluderte også legekantorene som hadde ansvar for å drifte og forvalte egne IKT løsninger og ta i bruk de standardiserte løsningene som ble laget for elektronisk meldingsutveksling. Styringen av legekantorene var en utfordring i Meldingsløftet fordi det ikke fantes noen tydelig styringslinjer til disse. Man måtte derfor vurdere andre virkemidler for å få legekantorene med på utbredelsen av elektronisk meldingsutveksling. Et av virkemidlene bestod i å gi støtte til Legeforeningen for å etablere et eget prosjekt som skulle bidra til å få på plass nødvendig funksjonalitet i IKT-systemene på legekantorene. Prosjektet ble kalt Elin-a (Helsedirektoratet, 2008).

1.3.1 Elin-a

I Meldingsløftet ble Elin-a etablert som et forprosjekt, i regi av Legeforeningen, med støtte fra Helsedirektoratet. Prosjektet varte fra april 2009 til februar 2010 og skulle legge til rette for utbredelse av elektronisk meldingsutveksling i IKT-systemene for legekantor. Prosjektet hadde åtte leveranser hvor fokuset blant annet var på å bidra til at elektroniske meldinger ble implementert i de elektroniske pasientjournalene (EPJ-systemene), å stille krav til automatisk versjonsoppdatering av EPJ-systemene, å vurdere behov for opplæring og veiledning på legekantorene samt bidra til at legekantorene fremstod som en samlet kundegruppe ovenfor sektoren, myndigheter og leverandører (Helsedirektoratet, 2009).

Etter forprosjektet ble avsluttet ble et av fokusområdene anbefalt videreført som hovedprosjekt. Dette gjaldt integrasjon mellom legekantorenes EPJ-systemer og NHN-Adresseregister. Hovedprosjektet ble videreført i regi av Helsedirektoratet ved navn «OSEAN allmennlege». (Helsedirektoratet, 2012). Prosjektet beskrives nærmere i neste kapittel.

1.3.2 Adressering

Norsk Helsenett (NHN) ble etablert i 2004 som en av hovedsatsningene til Si@ strategien (Sosial- og Helsedepartementet, 2001). Bakgrunnen for etableringen av foretaket var behovet

for å ha et nasjonalt lukket nett for hele helse- og omsorgssektoren der man kunne samhandle elektronisk på en sikker måte. Nettet kalles «helsenettet» og tilknytning gjøres gjennom å inngå avtale med NHN. For å samhandle elektronisk om helse- og personopplysninger må aktørene være tilknyttet dette nettet (Helsedirektoratet, 2011).

Mange-til-mange kommunikasjon gjorde at man så behovet for et nasjonalt adresseregister. I forbindelse med dette ble NHN-Adresseregister etablert i 2006 som en tjeneste hos NHN (Helsedirektoratet, 2012). NHN-Adresseregister, skulle inneholde oversikt over alle kommunikasjonsparter¹ og adresser i sektoren, men forutsetningen var at virksomhetene selv oppdaterte egne data i registeret. Det viste seg raskt at det var få virksomheter som fulgte dette opp og informasjonen i registeret ble derfor ikke komplett og registeret ikke tatt i bruk. I Meldingsløftet så man derfor behovet for å lage integrasjonsløsninger mellom virksomhetenes EPJ-systemer og NHN-Adresseregister slik at oppdatering, oppslag etter adresser og søk kunne skje automatisk, det såkalte OSEAN prosjektet. Før dette var på plass måtte alle aktører, enten selv eller med bistand fra systemleverandører, registrere sine kommunikasjonsparter manuelt (Helsedirektoratet, 2012).

OSEAN er forkortelse for «Oppdatering og Søk etter Elektroniske Adresser Integrasjon mellom legekontorsystem og NHN-Adresseregister» (Helsedirektoratet, 2012). Status for OSEAN allmennlege på tidspunktet for intervjuene var at det skulle leveres integrasjonsløsninger for systemene WinMed 3.0 (levert av CompuGroup Medical), WinMed 2.x (levert av CompuGroup Medical) og System X (levert av Hove Medical Systems) i løpet av 2011. InfoDoc skulle også lage en integrasjonsløsning for sitt system Infodoc men da utenom prosjektet (Helsedirektoratet, 2011d).

Ved starten av Meldingsløftet fantes det to ulike adresseringsmetoder for å identifisere avsendere og mottakere av elektroniske meldinger. Den gamle metoden baserte seg på bruk av organisasjonsnummer og helsepersonellnummer (HPR nr) til kommunikasjonsparten man skulle sende en melding til (Helsedirektoratet, 2012). Disse parameterne viste seg å ikke være entydige og det ble derfor besluttet å bruke den nye identifikatoren HER-id istedenfor. HER-id står for Helseenhetsregister-identifikator og tildeles hver kommunikasjonspart i NHN-Adresseregister. Overgangen til bruk av HER-id for alle virksomheter ble ivaretatt gjennom

¹ «Med "kommunikasjonspart" forstås en enhet ved en virksomhet der enheten kan være en tjeneste eller en person. Eksempler på en kommunikasjonspart er en lege ved et legekontor, en fysioterapeut ved et fysikalsk institutt, eller en tjeneste i et helseforetak / i et privat sykehus / i en kommune.» (Helsedirektoratet, 2012b)

OSEAN prosjektet slik at løsningen baserte seg på bruk av denne identifikatoren til adressering. Implementering av HER-id har vært en utfordring for IKT-systemene på sykehusene på grunn av lang leveransetid fra deres systemleverandører. De har derfor måttet lage midlertidige løsninger for konvertering av HER-id for all meldingskommunikasjon. Samtidig skal systemene håndtere den gamle adresseringsmetoden med bruk av organisasjons- og HPR nummer, og det ansees som en utfordring at systemene må tilrettelegges for å håndtere begge deler (Helsedirektoratet, 2012). Dette har konsekvenser for sykehusenes samhandlingspartnere for eksempel ved at legekontorer kan oppleve at sykehuset ikke kan ta imot meldinger fra dem når de bruker HER-id for å sende meldinger dit (Askevold, 2011).

På tidspunktet for skriving av denne oppgaven våren 2013, var status for OSEAN allmennlege at to av tre leverandører er i gang med å teste ut integrasjonen med NHN-adresseregister på flere legekontor. Alle sykehusene vil også bli klare for å kommunisere ved hjelp av HER-id i løpet av 2013 med unntak av Oslo universitetssykehus HF (e-post fra Norsk Helsenett, 15.april 2013).

1.3.3 Om elektronisk meldingsutveksling

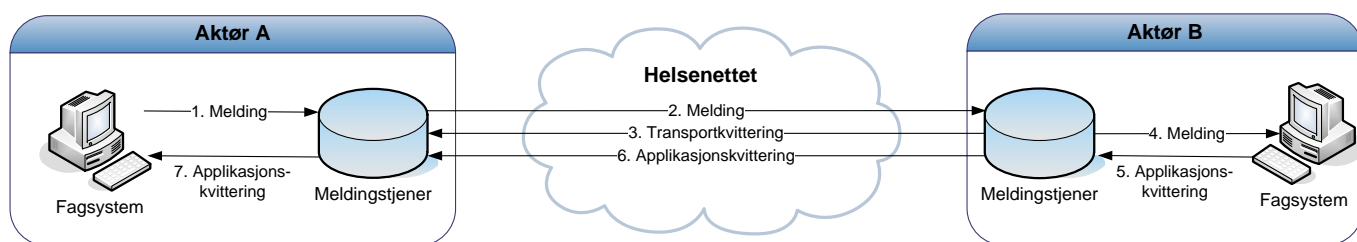
Norm for informasjonssikkerhet², forkortet Normen, (Helsedirektoratet, 2012b) definerer elektronisk meldingsutveksling slik:

Med "elektronisk meldingsutveksling" menes at helse- og personopplysninger og andre opplysninger, f.eks. opplysninger om administrative forhold, sendes fra et elektronisk fagsystem til et annet elektronisk fagsystem, eller et nasjonalt system for mottak av meldinger (for eksempel hos NAV, Kreftregisteret, Folkehelseinstituttet osv.)

Med fagsystem menes for eksempel elektronisk pasientjournal (Helsedirektoratet, 2012b).

Elektronisk meldingsutveksling foregår i hovedsak slik (Helsedirektoratet, 2011):

² «Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren (Normen) er et omforent sett av krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket. Normen kan også stille strengere krav enn det som følger av lovverket» (Helsedirektoratet, 2011c)



Figurtekst: Meldingsflyt. (Helsedirektoratet, 2011)³.

1. Aktør A sender en melding fra sin elektroniske pasientjournal til en meldingstjener
2. Meldingen sendes videre kryptert fra Aktør A sin meldingstjener gjennom helsenettet til Aktør B sin meldingstjener
3. Aktør B sin meldingstjener sender en transportkvittering tilbake til Aktør A sin meldingstjener
4. Meldingen blir så dekryptert hos Aktør B sin meldingstjener og sendes videre til dennes EPJ-system
5. Aktør B sitt EPJ-system lager en applikasjonskvittering som sendes til egen meldingstjener
6. Applikasjonskvitteringen sendes så til Aktør A sin meldingstjener over helsenettet
7. Aktør A mottar applikasjonskvitteringen i sitt EPJ-system.

Eksempel på meldinger er henvisninger, epikriser, laboratorierekvisisjoner- og svar, resepter og sykemeldinger. I vedlegg 4 er det en oversikt over meldingene som var del av Meldingsløftet og som er aktuelle i forhold til legekantorenes kommunikasjon med ulike samhandlingsparter.

Denne meldingsflyten viser at man skal motta to typer kvitteringer når man sender fra seg en melding: transportkvittering og applikasjonskvittering. Dersom en transportkvittering uteblir skyldes dette feil rundt tekniske forhold. I store organisasjoner, som for eksempel helseforetak er oppfølging av transportkvittering gjerne lagt til IT-avdelingens ansvarsområde. Hos legekantorer som ikke har en egen IT-avdeling må helsepersonellet følge opp disse selv. En applikasjonskvittering derimot viser om en melding er mottatt og akseptert i den elektroniske pasientjournalen eller om den inneholder feil eller mangler. Dette er en kvittering som helsepersonellet selv må følge opp i virksomhetene. Eksempler på situasjoner hvor man kan få en negativ applikasjonskvittering er om meldingen omhandler en pasient som ikke tilhører

³ Bilde brukt etter tillatelse fra Helsedirektoratet.

legekontoret, eller at den er adressert til en lege som ikke er registrert der/jobber der (Helsedirektoratet, 2011).

Både uteblitt eller en negativ kvitteringsmelding krever oppfølging av den som har sendt meldingen fordi det betyr at noe har feilet i utvekslingen og ansvaret for meldingen ligger dermed fortsatt hos avsender. Avsender må da enten sørge for at feilen blir rettet opp og sende den elektroniske meldingen på nytt eller sende den på papir til mottaker (Helsedirektoratet, 2011).

1.3.4 Krav til elektronisk meldingsutveksling

I Nasjonalt meldingsløft erfarte man tidlig at ansvarsforholdene og oppgavefordelingen knyttet til elektronisk meldingsutveksling var uklare. Meldingsutvekslingen krever at hver virksomhet følger opp at denne foregår på en sikker måte og har nødvendige rutiner og systemer på plass. Oppfølgingen består blant annet av meldingsovervåking, håndtering av avvik, opplæring, brukerstøtte, etablering og revisjon av rutiner samt testing ved oppgraderinger. Man erfarte at dette var krevende å følge opp, spesielt for små virksomheter slik som legekontorer. Flere helseforetak så behovet for å inngå avtaler med sine samhandlingsparter, slik som legekontorer og kommuner, for å være sikker på at den elektroniske meldingsutvekslingen ble fulgt opp på en god måte (Helsedirektoratet, 2012).

I Meldingsløftet ble det etter hvert laget ulike veiledere, sjekklister og avtaler for å avklare ansvarsforholdene. Disse inneholdt i stor grad overlappende krav og man så derfor behovet for å samordne disse i én nasjonal avtale som alle virksomheter kunne forholde seg til. På bakgrunn av dette ble dokumentet «Krav til elektronisk meldingsutveksling» utarbeidet (Helsedirektoratet, 2012). Dokumentet var på høring på tidspunktet for intervjuene og ennå ikke vedtatt.

«Krav til elektronisk meldingsutveksling» beskriver både tekniske og organisatoriske forhold som må være på plass hos virksomhetene. Kravdokumentet er et vedlegg til Normen og foreløpig veiledende, men det tilstrebes å gjøre disse obligatoriske når sektoren er moden for dette (Helsedirektoratet, 2011). Aktørene forplikter seg til å følge Normen inkludert disse kravene når de inngår tilknytningsavtale med Norsk Helsenett for å kunne koble seg til helsenettet.

Dokumentet inneholder 24 krav til virksomheter. Av organisatoriske krav nevnes følgende:

- alle virksomheter skal ha prosedyrer for meldingsovervåking og oppfølging av kvitteringsmeldinger,
- virksomhetene skal ha brukerstøtte og prosedyrer for oppfølging av feil der flere parter er involvert
- virksomhetene skal sikre at alle som skal drive med meldingsutveksling har tilstrekkelig kunnskap om bruk av systemene samt hvordan ivareta informasjonssikkerhet og personvern (Helsedirektoratet, 2011).

Av tekniske krav må virksomhetene blant annet ivareta følgende:

- løpende oppdatere adresseinformasjon om virksomheten i NHN-Adresseregister
- benytte HER-id til å identifisere avsendere og mottakere av meldinger
- kun benytte meldinger som er godkjent og testet av det nasjonale standardiseringsorganet for meldinger. Virksomheten har ansvar for at det gjennomføres testing ved oppgraderinger, innføring av nye meldinger eller endring i eksisterende meldinger.
- påse at visningen av innholdet i en melding ser riktig ut hos avsender og mottaker
- ha system for meldingsovervåking og påse at det kan sende og motta transportkvitteringer. Virksomheten må også kunne sende og motta applikasjonskvitteringer (Helsedirektoratet, 2011).

I kravdokumentet påpekes det at flere av kravene gjelder systemer og programvare der leverandørene må involveres. Slikt sett må virksomhetene rette kravene mot sin systemleverandør (Helsedirektoratet, 2011).

1.4 Brukerstøtte

Forskning viser at god brukerstøtte er viktig for å lykkes med implementering og bruk av IT systemer i helsesektoren (Shachak, et al., 2011). Etter hvert som utbredelsen av meldingsutveksling økte i omfang viste det seg at det var ulike rutiner og praksis rundt brukerstøtte i sektoren. Virksomheter kunne slite med å identifisere type feilsituasjoner som oppstod og skille mellom egne brukerfeil, systemfeil og helsefaglige spørsmål knyttet til innholdet i en elektronisk melding. Helsepersonell tok derfor kontakt med en rekke ulike parter som sendte henvendelsen videre til en annen aktør som de trodde kunne løse

problemstillingen. Mange ble dermed involvert og feilidentifisering- og retting tok tid (Helsedirektoratet, 2012c). Dette kunne ha konsekvenser i form av merarbeid for virksomheten og at informasjon om pasienter ikke kom frem tidsnok (Helsedirektoratet, 2010b).

Det ble gjennomført en rekke initiativ knyttet til brukerstøtte:

- ***NAV koordineringsorgan:***

I 2006 ble det etablert et koordineringsorgan for elektronisk samhandling mellom leger og NAV. Bakgrunnen for dette var ønsket om at legene sendte sykemeldinger og legeerklæringer elektronisk til NAV og avvirket papirforsendelser. Koordineringsorganet foreslo tre tiltak hvor en av disse var behov for å styrke brukerstøtten til legekantorene (Helsedirektoratet, 2012c). Da Meldingsløftet ble etablert i 2008 var det dermed allerede identifisert en utfordring knyttet til brukerstøtte for legekantorene. Helsedirektoratet tok ansvar for å følge opp tiltaket rundt dette og det ble gitt oppdrag til både Norsk Helsenett og Helse Nord (Helsedirektoratet, 2012c).

- ***Prosjekt Samordnet brukerstøtte ved Norsk Helsenett:***

I 2009 ble det gitt et oppdrag til Norsk Helsenett om å utrede en samordnet brukerstøtte for helse- og omsorgssektoren. Prosjektet ble bredt sammensatt med representanter fra NAV, Helsedirektoratet, Legeforeningen og systemleverandører. Anbefalingene fra arbeidet var å etablere en felles brukerstøtte for små og mellomstore virksomheter i helse- og omsorgssektoren. Det var derimot ikke konsensus vedrørende disse anbefalingene og de ble ikke fulgt opp videre (Helsedirektoratet, 2012c).

- ***Prosjekt Felles brukerstøtte ved Helse Nord:***

Helse Nord fikk også et oppdrag knyttet til brukerstøtte hvor de skulle kartlegge behovet for en felles brukerstøtte for private aktører i primærhelsetjenesten. Sluttrapporten fra dette prosjektet ble levert i 2009 der det ble anbefalt en felles brukerstøtte for disse virksomhetene. Videre ble det vektlagt at det burde inngås avtaler mellom ulike parter slik at ansvarsforholdene rundt meldingsutveksling og feilsøk ble avklart. Anbefalingene fra dette prosjektet ble ikke iverksatt (Helsedirektoratet, 2012c).

1.4.1 Prosjekt «Brukerstøtte» i regi av Nasjonalt meldingsløft

På bakgrunn av de tidligere prosjektene og erfaringer i Meldingsløftet kom man frem til at det ikke nødvendigvis er behov for én felles brukerstøtte for sektoren, men heller avklaring av ansvarsforhold og rutiner for håndtering av feilsituasjoner (Helsedirektoratet, 2012c). Det ble presisert i Meldingsløftet at hver virksomhet har ansvar for å «holde orden i eget hus», det vil si å følge kravene i Normen (Helsedirektoratet, 2012b) og «Krav til elektronisk meldingsutveksling» (Helsedirektoratet, 2011) som inkluderer å etablere tilstrekkelig brukerstøtte for sine medarbeidere.

Styringsgruppen til Nasjonalt meldingsløft vedtok på bakgrunn av dette å etablere prosjekt «Brukerstøtte» (Helsedirektoratet, 2012c). Målsettingen for prosjektet var å utarbeide forslag til hvordan brukerstøtte skulle organiseres samt hvordan feilsituasjoner skulle følges opp inkludert henvendelser som krever involvering av flere parter. Prosjektet skulle ikke etablere en felles brukerstøtte og var avgrenset til å gjelde elektronisk meldingsutveksling. Anbefalingene fra prosjektet skulle være et tilbud til brukerne og ikke et pålegg om bruk av ulike former for brukerstøtte (Helsedirektoratet, 2012c).

I etableringen av prosjektet ble det bedt om at man gjorde en kartlegging av dagens situasjon rundt brukerstøtte. Kartleggingen skulle omfatte både brukere og leverandører av brukerstøtte og ble gjennomført som individuelle intervjuer med 28 personer fra ulike virksomheter. På brukersiden ble fem ansatte fra ulike kommuner og åtte ansatte ved ulike legekontorer intervjuet. Resultatene av kartleggingen viste at brukerne stort sett var fornøyde med dagens brukerstøtte, men at henvendelser som involverte flere aktører var en utfordring da man opplevde å bli «kasteballer» mellom disse. Brukerne ved legekontor var de som hadde flest kontaktpunkter å forholde seg til da de ikke hadde egne IT-avdelinger slik som store kommuner og helseforetak som kunne koordinere feilsøking og feilretting. Alle kommuner og regionale IKT-leverandører som ble intervjuet opplevde også at legekantorene og små kommuner som de mest sårbare ved implementering, drift og forvaltning av elektronisk meldingsutveksling (Helsedirektoratet, 2012c).

Prosjektet beskrev også noen pågående tiltak rundt brukerstøtte. Disse omfattet følgende initiativ:

- ***Etablering av en sentralisert brukerstøtte i Helse Vest:***

Tiltaket bestod i at legekontorer i regionen kunne ringe til ett felles mottak hos den regionale IKT-leverandøren Helse Vest IKT vedrørende problemer med meldingsutveksling med regionens sykehus. Dette kundesenteret ville da, basert på type problemstilling, enten løse problemet, videresende henvendelsen til sykehusene ved spørsmål knyttet til innholdet i meldingen eller be legekantoret kontakte sin journalsystemleverandør dersom problemet gjaldt systemene på legekantoret (Helsedirektoratet, 2012c).

- ***Vurdering av etableringen av en døgnåpen brukerstøtte «24/7» hos Norsk Helsenett SF:***

Utredningen om en døgnåpen brukerstøtte skulle ha spesiell fokus på behovene knyttet til helsetjenester med døgndrift, kravene om hastetilbud i kommunene og interkommunale samarbeid samt drift av nasjonale tjenester slik som eResept, Kjernejournal m.m. (Helsedirektoratet, 2012c).

- ***Utarbeidelse av en brukerstøtteplakat og felles rutiner i Helse Midt-Norge:***

Da man skulle innføre elektronisk henvisning fra legekantor til sykehusene i Helse Midt-Norge var det viktig med gode rutiner for meldingsovervåking og feilhåndtering. Sykehusene IKT-leverandør HEMIT laget en informasjonspakke til legekantorene bestående av bl.a. veiledning i å sende henvisninger, sjekklister for avvikling av papir samt en brukerstøtteplakat som viste hvem man skulle ta kontakt med rundt ulike feilsituasjoner som oppstod i meldingsutvekslingen til sykehusene. I tillegg åpnet HEMIT opp for å ta imot henvendelser fra legekantorene knyttet til slike problemstillinger, men opplevde at det var få som tok kontakt. Legekantorene virket derimot fornøyde med å kunne samhandle elektronisk og avvikle papirkopier (Helsedirektoratet, 2012c).

Prosjektet (Helsedirektoratet, 2012c) kom med følgende anbefalinger rundt organisering av brukerstøtte:

- Hver virksomhet må ivareta kravene i «Krav til elektronisk meldingsutveksling» (Helsedirektoratet, 2011) inkludert å ha brukerstøtte for virksomhetens medarbeidere.

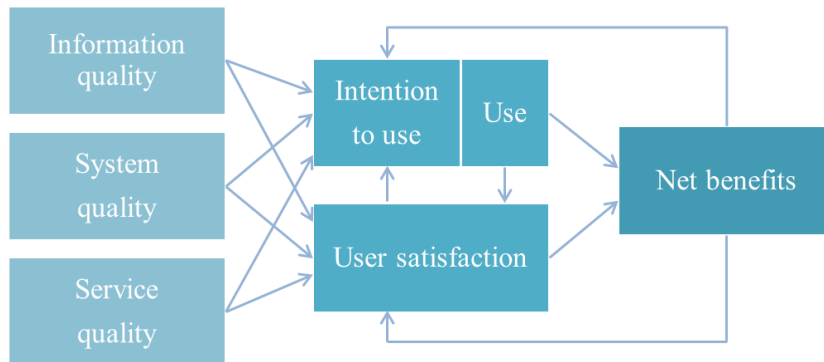
- Brukerstøtten i hver virksomhet bør ha en koordinatorrolle som tar ansvar for å følge problemstillinger til disse er løst og samarbeider med andre brukerstøtter ved behov. Dette kan enten ivaretas av en intern ressurs eller fra en ekstern part.
- Det bør inngås samarbeidsavtaler mellom de ulike brukerstøttene og disse bør bistå hverandre i håndteringen av feilsituasjoner dersom det er et slikt behov. Hver virksomhet skal ha et kontaktpunkt for samhandlingspartnernes brukerstøtter.
- Det skal ikke faktureres mellom virksomhetene for håndtering av feil.
- Norsk Helsenett følger opp anbefalingene fra prosjektet herunder å pilotere samarbeidsavtaler.
- Samarbeidet mellom brukerstøttene bør reguleres i én nasjonal avtale fremfor mange-til-mange avtaler mellom alle aktørene.

En rapport inkludert anbefalinger fra prosjektet ble utgitt av Helsedirektoratet (2012c) høsten 2012.

1.5 Modell for IS- suksess

Det er gjort mye forskning på hvordan et IT-system kan anses som suksessfullt og mange ulike faktorer har vært presentert som viktige for å få til dette. Dette mangfoldet gjorde det vanskelig blant annet å sammenligne og validere funn (DeLone & McLean, 2003). I 1992 lanserte de to amerikanske forskerne, William DeLone & Ephraim R. McLean, en modell for IS- (informasjonssystemer) suksess som var basert på tidligere forskning på feltet. Modellen fokuserte på hvilke komponenter som må være tilstede for at et IT-system kan anses som suksessfullt. Etter utarbeidelse av modellen ble forskere invitert til å teste den ut for å bidra til å validere og videreutvikle den. Modellen ble populær og gjenstand for mye forskning i løpet av en ti års periode. Det kom både støtte og kritikk til modellen og basert på disse gjorde DeLone & McLean en mindre revisjon av den i 2003 og lanserte en ny versjon.

Den nye modellen inneholder seks dimensjoner: informasjonskvalitet, systemkvalitet, service kvalitet, intensjon om bruk/bruk, brukertilfredshet og nettofordeler.



Figurtekst: DeLone & McLean sin nye IS-suksessmodell (DeLone & McLean, 2003).

Modellen viser forholdet mellom disse faktorene og hvordan de påvirker hverandre. Dette er en kausal modell som gjør at den ene dimensjonen ikke bare leder til den neste men får konsekvenser for den i form av at den øker eller synker. For eksempel vil et system av god kvalitet påvirke intensjon om bruk/bruk og brukertilfredshet i positiv retning. Dette vil så føre til økte nettofordeler. Det samme vil skje i negativ retning dersom et system er av dårlig kvalitet. Med kvalitet her menes dimensjonene informasjonskvalitet, systemkvalitet og servicekvalitet (DeLone & McLean, 2003).

Informasjonskvalitet (information quality)

Informasjonskvalitet betegner kvaliteten på informasjonsinnholdet i et IT system, for eksempel innholdet i en elektronisk melding. Eksempler på faktorer som ligger under informasjonskvalitet er nøyaktighet, relevans, at informasjonen er lett å forstå og at den er komplett (DeLone & McLean, 2003).

Systemkvalitet (system quality)

Systemkvalitet betegner egenskapene som et IT system bør ha slik som brukervennlighet, god funksjonalitet, tilgjengelighet, pålitelighet, fleksibilitet og god responstid (DeLone & McLean, 2003).

Servicekvalitet (service quality)

Service kvalitet er en ny komponent i den reviderte modellen og står for all IT support/brukerstøtte til sluttbrukere som leveres av en serviceleverandør uavhengig av om denne er del av organisasjonen eller en ekstern part. Denne dimensjonen er etter hvert blitt viktigere idet mange brukere av informasjonssystemer også er kunder som en leverandør har

interesse av å beholde. God brukerstøtte til disse blir derfor en viktig faktor for å måle suksessen til et IS-system (DeLone & McLean, 2003).

Brukertilfredshet (User satisfaction)

Brukertilfredshet innebærer å måle hvor fornøyde brukerne er med et IT system. Ved måling av brukertilfredshet må man inkludere hele brukeropplevelsen og alle de relevante kvalitetsaspektene av denne, altså informasjonskvalitet, systemkvalitet og servicekvalitet. Brukertilfredshet henger tett sammen med bruk og intensjon om bruk (DeLone & McLean, 2003).

Intensjon om bruk og bruk (Use/ Intention to use)

Begrepet intensjon om bruk beskriver en holdning mens bruk er det man faktisk gjør. For å måle faktisk bruk kan man f.eks. se på antall elektroniske meldinger brukerne sender. Økt brukertilfredshet kan føre til en mer positiv holdning til systemet (intensjon om bruk) og videre til økt bruk. Det kan også gå andre veien ved at en god holdning til systemet fører til økt bruk og brukertilfredshet. DeLone & McLean påpeker at økt bruk i seg selv ikke trenger å være positivt dersom bruken ikke er riktig. Feil bruk kan slikt sett føre til færre nettofordeler (DeLone & McLean, 2003).

Nettofordeler (Net benefits)

Nettofordeler beskriver den samlede effekten av systemet og følger som et resultat av bruk og brukertilfredshet. Systemer som gir mange gevinster kan så ha en forsterkende effekt på intensjon om bruk, bruk og brukertilfredshet. På den andre siden gjelder dette også dersom systemet ikke gir særlige gevinster ved at det kan føre til mindre bruk og brukertilfredshet. Forholdet mellom bruk, brukertilfredshet og nettofordeler går slikt sett i en «loop» hvor de kan forsterke eller forminske hverandre.

I denne oppgaven vil jeg bruke relevante deler av modellen til å forstå og analysere mine funn.

1.6 Problemstilling

Bakgrunnsdelen har vist hvordan IKT introduseres som et understøttende verktøy i helse- og omsorgssektoren, og hvordan denne politikken har vært søkt iverksatt gjennom de siste

tiårenes satsning på feltet. Særlig prosjekter som Meldingsløftet har vært viktige for å få i gang elektronisk samhandling mellom ulike virksomheter og nivåer i helse- og omsorgssektoren. Samtidig har dette ikke vist seg å være enkelt da det er mange aktører som skal samordnes og ha tekniske og organisatoriske forutsetninger på plass på samme tid for å få til god og sikker meldingsutveksling.

Kompleksiteten i løsningene har ført til at det oppstår en del feilsituasjoner i meldingsutveksling som må håndteres og det blir et uttalt behov for brukerstøtte. Organiseringen av en god brukerstøttefunksjon har derimot vært krevende når mange ulike aktører og systemer er involvert. Dette har vist seg spesielt hos legekantorene med få ressurser tilgjengelig for å ivareta alle krav rundt elektronisk meldingsutveksling inkludert brukerstøtte. I denne oppgaven ønsker jeg derfor å undersøke følgende problemstilling med tilhørende forskningsspørsmål:

Hvilke erfaringer har helsepersonell med feilsituasjoner og brukerstøtte rundt elektronisk meldingsutveksling?:

- *Hvilke erfaringer har helsepersonell med feilsituasjoner rundt elektronisk meldingsutveksling?*
- *Hva mener helsepersonellet er god brukerstøtte?*
- *Hva mener helsepersonellet er dårlig brukerstøtte?*

For å kunne belyse disse problemstillingene vil jeg introdusere data fra en intervjubasert undersøkelse med helsepersonell på legekantor og knytte disse til det teoretiske rammeverket som er presentert. Videre vil jeg si noe om hvordan man bør møte utfordringene som fremkommer.

2 METODE

2.1 Bakgrunn for valg av kvalitativ metode

I Nasjonalt meldingsløft ble det i 2011 etablert et prosjekt ved navn «Brukerstøtte» (Helsedirektoratet, 2012c) der undertegnede var prosjektmedarbeider. I prosjektet ble det besluttet å gjennomføre en kartlegging av dagens situasjon rundt brukerstøtte sett fra brukernes og leverandørens ståsted. Målsettingen med kartleggingen var å belyse informantenes opplevelser rundt dagens organisering av brukerstøtte for elektronisk meldingsutveksling. Kartleggingen omfattet blant annet type feilsituasjoner, hvordan brukerne og brukerstøtte gikk frem for å løse disse og hvordan brukerne opplevde hjelpen de fikk. For å få svar på problemstillingene ble det brukt kvalitative forskningsmetoder i form av semistrukturerte intervjuer. Denne forskningsmetoden er godt egnet til å få frem menneskers opplevelser, erfaringer og tanker (Malterud, 2011).

Det ble gjennomført intervjuer med ulike personer fra både bruker- og leverandørsiden. De fleste av disse ble gjort over telefon på grunn av tidspress og lang avstand til informantene.

Resultatene av kartleggingen ble brukt til å foreslå anbefalt organisering og retningslinjer i rapporten «Brukerstøtte for elektronisk meldingsutveksling» (Helsedirektoratet, 2012c).

Denne masteroppgaven tar utgangspunkt i deler av datamateriale fra kartleggingen som ble gjennomført i «Brukerstøtte» prosjektet.

2.2 Intervjuguiden

Intervjuguiden (vedlegg 3) ble laget utfra kriterier gitt i prosjektplanen til prosjekt «Brukerstøtte» samt spesifisert på noen punkter på bakgrunn av egne erfaringer fra tidligere arbeid med brukerstøtte. Intervjuguiden ble presentert for arbeidsgruppen i prosjekt Brukerstøtte og endret i henhold til innspillene som kom fra prosjektdeltagerne.

Tanken bak intervjuguiden var å starte med en del spørsmål rundt virksomheten og systemene som ble brukt for elektronisk meldingsutveksling. Dette var både for å kunne se en eventuell sammenheng mellom type system og opplevelsen av feilsituasjoner, men også for å rette

fokuset mot de relevante systemene. De neste spørsmålene fokuserte på hvilke typer feil som oppstod, hvordan brukerne håndterte disse, hvem de tok kontakt med og hvordan de opplevde denne kontakten. Målet var å bruke guiden som en huskelapp for å få svar på en del spørsmål, men samtidig ikke bli for bundet av denne dersom det viste seg at informantene ønsket å vektlegge andre forhold.

2.3 Utvalg

Totalt sett ble 28 personer intervjuet i prosjekt «Brukerstøtte» (Helsedirektoratet, 2012c) og intervjuene omfattet følgende utvalg:

Brukere:

- 8 legekantor
- 5 kommuner inkludert 4 fra hjemmetjenesten og 1 fra legevakt

Brukerstøtte:

- 5 kommuner
- 3 systemleverandører
- 1 NAV
- 1 HELFO
- 1 Norsk Helsenett
- 3 regionale IKT leverandører
- 1 E-resept
- 1 Folkehelseinstituttet

Virksomhetene ble valgt ut med utgangspunkt i at de er del av Nasjonalt meldingsløft. I tillegg valgte en å intervju e-resept forvaltningen i Helsedirektoratet samt Folkehelseinstituttet. Dette på bakgrunn av at disse utveksler meldinger med virksomhetene som er del av Meldingsløftet og har nyttig erfaring knyttet til brukerstøtte for meldingsutveksling (Helsedirektoratet, 2012c).

Det ble satt følgende utvalgsriterier for oppnevning av intervjuobjekter fra legekantorene:

- Legekantorene må kunne sende/motta elektroniske meldinger som er del av Nasjonalt meldingsløft

- Graden av IT- interesse bør være ulikt hos intervjuobjektene
- I regioner der det finnes legekontorer med sentral brukerstøtte ønsker vi både å snakke med noen med og noen uten en slik brukerstøtte- ordning.

Bakgrunn for at en ønsket informanter med ulik IT-interesse var en forforståelse av at mange helsepersonell ikke har et stort engasjement for bruk av IT-systemer. Derfor var det ønskelig med en bred forståelse av problemstillingen ved både å snakke med de som prosjektlederne anså som engasjerte i meldingsutveksling og de som ikke ble oppfattet slik. På denne måten kunne en ta hensyn til ulike typer behov i utarbeidelsen av anbefalinger i prosjekt «Brukerstøtte».

Gjennom Meldingsløftet erfarte man at det fantes regioner som hadde en sentral brukerstøtteordning for flere legekontorer. Brukerstøtten omfattet drift av både maskinvare (hardware) og programvare/applikasjoner (software) for legekantorene som var del av ordningen. Utfra dette ble sentral brukerstøtte satt som et kriterium for rekruttering av informanter slik at en også kunne høre om erfaringer med en slik ordning. I utvalget hadde derimot ingen av informantene tilknytning til en sentral brukerstøtte.

Denne oppgaven konsentrerer seg om informantene som representerte legekantorene. De fem som er inkludert i oppgaven av totalt åtte er de som samtykket til deltagelse i masteroppgaveprosjektet.

Informantene bestod av én helsesekretær og fire leger fra fem ulike legekantorer. Gjennom intervjuene kom det frem at alle disse hadde hatt lang erfaring med elektronisk meldingsutveksling. Alle legene i utvalget hadde avtale om å være praksiskonsulent på et sykehus noen dager i uken i tillegg til å drive fastlegepraksis. Informantene jobbet innenfor opptaksområdene til Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Sør-Øst. Tre av fem jobbet opp mot sistnevnte helseregion. Alle informantene hadde rolle som IT-kontaktpersoner på sitt legekantor og ivaretok problemstillinger rundt den elektroniske meldingsutvekslingen. Fire av fem brukte EPJ-systemet WinMed og kommunikasjonsmodulen til DIPS Communicator, mens den siste i Helse Sør-Øst hadde Infodoc og tilhørende kommunikasjonsmodul MediLink. Fire av fem mottok applikasjonskvitteringer fra helseforetak. Legekantorene hadde tatt i bruk enten alle eller utvalgte basismeldinger. Kun legekantoret i Helse Nord hadde tatt i bruk PLO-meldinger og kommuniserte ved hjelp av disse med pleie- og omsorgstjenesten i kommunen.

2.4 Rekruttering

Kandidatene fra legekantorene ble oppnevnt av Meldingsløftets regionale prosjektledere i Helse Midt-Norge, Helse Sør-Øst og Helse Nord. På grunn av manglende tilbakemelding fra Helse Vest, intervjuet vi ikke noen legekantorer fra denne regionen.

Det ble sendt en e-post med informasjon om prosjekt «Brukerstøtte», masteroppgaven og utvalgskriterier til prosjektlederne som skulle oppnevne intervjuobjekter (vedlegg 2). Hver av disse ble bedt om å sende inn navn på tre kandidater per region, men det ble oppgitt ulikt antall personer. Det var også løpende kommunikasjon med prosjektlederne for å passe på at de foreslåtte intervjuobjektene tilfredsstilte utvalgskriteriene slik at en fikk personer med erfaring, men samtidig ulik interesse for elektronisk meldingsutveksling. Valg av antall informanter var basert på tid tilgjengelig til prosjektet skulle ferdigstilles.

Aktuelle informanter fikk tilsendt en e-post med et informasjonsskriv (vedlegg 1) samt oversikt over meldinger som er del av Meldingsløftet (vedlegg 4). Kandidatene ble bedt om å sende et skriftlig svar tilbake på e-post der de samtykket til deltagelse i masteroppgaven inkludert lydopptak i forkant av intervju. De det ikke ble mottatt svar fra ble ikke inkludert i oppgaven.

2.5 Gjennomføring

Alle intervjuene ble gjennomført høsten 2011 og foregikk over telefon med høyttaler og bruk av båndopptaker ved siden av.

Tidspunkt for intervju ble avtalt med informantene på forhånd med unntak av en som ønsket å ta det med en gang, første gangen han ble oppringt. Denne informanten ga et muntlig samtykke rundt lydopptak. I etterkant ble det sendt en e-post til han med bekreftelse på lydopptaket og samtykkeskjema. I e-posten fikk han informasjon om at dersom han angret på samtykket kunne han sende et svar tilbake og be om at opptaket ble slettet.

Intervjuene varte mellom en halv time til en time og både undertegnede og prosjektleder var tilstede. I starten ble det informert kort om prosjektet, masteroppgaven og bakgrunnen for intervju samt bekreftet at det var greit å starte lydopptaket. Undertegnedes rolle under

intervjuene var å stille spørsmål og lede seansen mens prosjektleder skulle observere, ta notater og stille utdypende spørsmål ved behov.

Under intervjuene forsøkte vi å være mest mulig åpne for det som informantene ønsket å dele ved å ikke avbryte og oppmuntre til å utdype temaer. Vi fortsatte til et nytt tema når de virket «ferdige» med å snakke. Det hendte at noen av temaene falt utenfor rammene av prosjektet, men det var viktig å få med alt da disse i etterkant kunne vise seg å være relevant eller kunne bidra med ny kunnskap. Videre merket vi fort at legene både snakket om erfaringer fra sykehussiden og legekantorsiden og det ble flere ganger nødvendig be disse klargjøre hvilken virksomhet de snakket om.

Lyddopptakene ble transkribert etter intervjuene i anonymisert form slik at det ikke var mulig å gjenkjenne personer. Disse ble oppbevart i et låst skap i Helsedirektoratets lokaler der kun undertegnede hadde tilgang. Prosjektet ble meldt til personvernombudet ved Helsedirektoratet.

2.6 Forskerens rolle

Det er viktig å reflektere rundt egen rolle under gjennomføringen av intervjuene og analysen. Dette for å bringe frem hvordan denne har påvirket informantene og tolkningen som er gjort av materialet.

E-helse er et felt jeg har jobbet med i flere år. I tillegg til å ha arbeidet på sykehus som bruker av IT systemer har jeg lang fartstid innen forbedringsarbeid av ulike IT systemer og arbeidsprosesser fra både et operativt nivå og fra myndighetssiden. Under intervjuene og i analysefasen hadde jeg på denne måten med meg en forforståelse av type utfordringer brukere kan møte i implementeringen og bruk av IT systemer i sin arbeidshverdag. Dette kan både være en styrke i form av at jeg kjenner feltet og forstår problemstillingene, men også en svakhet der min forforståelse gjør meg blind for viktige nyanser og faktorer. Samtidig som jeg har en del kunnskap om feltet var det en utfordring for meg på tidspunktet for oppstarten av prosjekt «Brukerstøtte» at jeg kun hadde jobbet i Nasjonalt meldingsløft i noen få måneder. Jeg hadde sånn sett begrenset med kjennskap til alle meldingene, systemene, organiseringen, utfordringene osv. i primærhelsetjenesten. Dette gjorde det til tider vanskelig å forstå hva informantene snakket om og stille gode oppfølgingsspørsmål. Prosjektleder hadde derimot

flere års erfaring fra programmet og var til god støtte rundt prosessen med å lage intervjuguide og stille tilleggsspørsmål under intervjuene.

Samtidig som min begrensede kunnskap på feltet om elektronisk meldingsutveksling var en utfordring, kan dette også ha vært en styrke da jeg kunne forholde meg mer åpen og «objektiv» i analysefasen for det som kom av informasjon fra informantene. Sånn sett kunne jeg vektlegge nye sider av saken som kanskje ikke hadde blitt fanget opp ellers.

Det er sannsynlig at prosjektleders og min deltagelse i Meldingsløftet fra et myndighetsperspektiv påvirket informantene og svarene vi fikk. Rollen vår bidro kanskje til at informantene la mer vekt på å formidle sine meninger om forhold rundt myndighetenes ansvarsområder enn de ville gjort dersom noen utenfor denne rollen hadde intervjuet dem. Videre kan det ha hatt en effekt i form av at informantene ikke var like åpne om forhold som ikke fungerte så bra på deres legekantor, og fremstilte situasjonen som mye bedre enn det var i virkeligheten. Det kan også tenkes en motsatt effekt der de fremstilte situasjonen som verre for å få fokus på problemområdene.

2.7 Analyse

Analysearbeidet ble gjort etter Malterud sin metode med å finne meningsbærende elementer og strukturere disse (Malterud, 2011). Funnene ble først sortert etter de tre forskningsspørsmålene: «erfaringer med feilsituasjoner», «hva mener informantene er god brukerstøtte» og «hva mener informantene er dårlig brukerstøtte». Deretter ble disse sortert i undertemaer etter hvert som flere informanter påpekte de samme forholdene eller noen faktorer virket spesielt viktige med tanke på min forforståelse av feltet.

For å få til en god struktur på temaet «feilsituasjoner» ble det brukt et fiskebeindiagram som er godt egnet for å vise de ulike årsak- og virkningsforholdene rundt en problemstilling (Brudvik, 2010). Dette var til stor hjelp i forhold til å «rydde» i landskapet og plassere de ulike faktorene under hvert sitt tema der alle samlet førte til et gitt resultat, i dette tilfellet feil i meldingsutvekslingen.

I diskusjonsdelen av oppgaven ble funnene drøftet opp mot erfaringer fra Meldingsløftet og relevante deler av det teoretiske rammeverket. Videre er det forsøkt beskrevet hvordan man kan møte de utfordringene som kommer frem.

3 RESULTATER

Funnene kategorisert etter oppgavens forskningsspørsmål:

- Hvilke erfaringer har helsepersonell med feilsituasjoner rundt elektronisk meldingsutveksling?
- Hva mener helsepersonellet er god brukerstøtte?
- Hva mener helsepersonellet er dårlig brukerstøtte?

Under beskrives disse mer utfyllende.

3.1 Hvilke erfaringer har helsepersonell med feilsituasjoner rundt elektronisk meldingsutveksling

Gjennom intervjuene kom det frem at alle informantene generelt var veldig positive til elektronisk meldingsutveksling. En av dem nevnte spesifikt at han ikke kunne tenkt seg å slutte med det selv om det fortsatt var en del papirforsendelser i tillegg til de elektroniske meldingene. En annen snakket om hvordan ansvaret for meldingsovervåking og oppfølging også kan være en spennende og utviklende oppgave for medarbeiderne på kontoret og at han brukte slike argumenter ovenfor andre leger for å få de til å starte med meldingsutveksling:

«[...]de syns det er positivt for at det er mer visjonært og spennende oppgave for dem å drive med meldingsovervåking enn å åpne konvolutter og putte den ene epikrisen i den enes posthulle, og den andre epikrisen i den andres posthulle.» Intervju 1

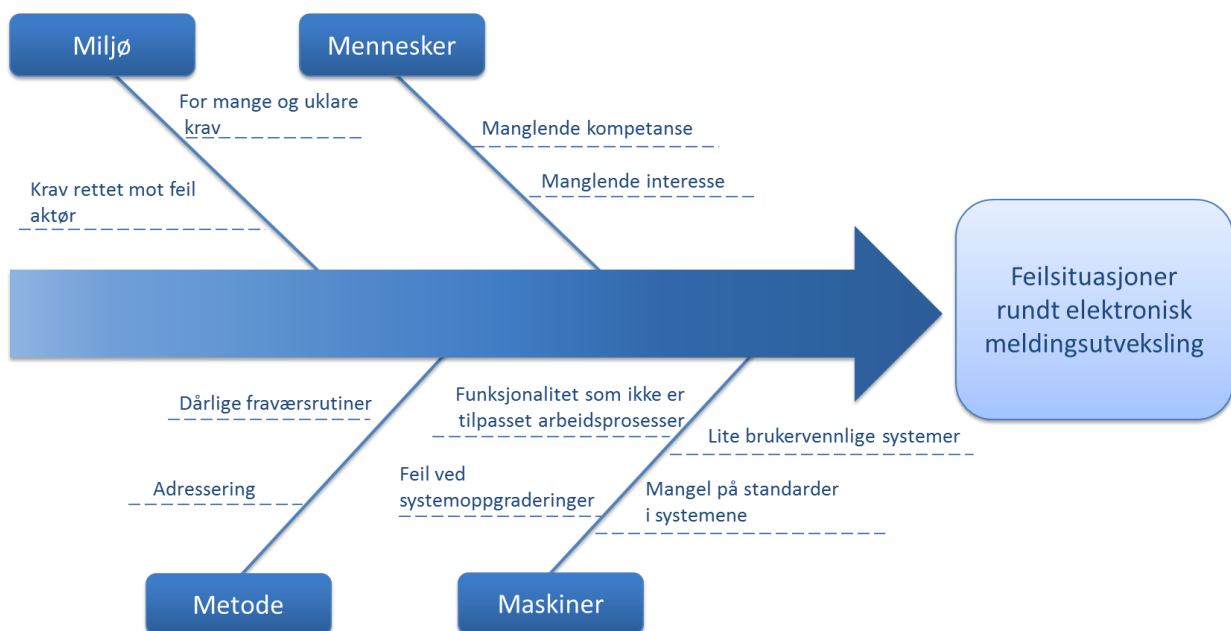
Informanten opplevde også at avvikling av papirforsendelser som følge av elektronisk meldingsutveksling førte til tidsbesparelse fordi man slapp skanning og makulering. Videre hadde han anledning til å besvare henvendelser når han selv hadde tid, noe som ikke var tilfelle når han mottok telefoner. Dette ga en følelse av ro i arbeidshverdagen.

De fleste av informantene opplevde generelt lite feil i meldingsutvekslingen og det var gjerne lenge siden sist de måtte håndtere en feilsituasjon:

«Kan knapt huske at det er noen feil i meldingsutvekslingen.» Intervju 2

De visste også stort sett hvor de skulle ta kontakt dersom det oppstod en feil og et par av informantene fortalte også at de hadde etablert rutiner for kontoret i forhold til feilhåndtering. De hadde laget en oversikt over kontaktinformasjon til de ulike brukerstøtte-aktørene og beskrevet i hvilke tilfeller disse kunne kontaktes. Informantene fortalte at i tilfeller der det var uklart hva slags type feil som hadde oppstått og man måtte ta kontakt med en rekke ulike parter for å finne ut av årsak og løsning opplevdes feilhåndteringen som utfordrende. Funnet er beskrevet under punktene om brukerstøtte.

Det kom frem flere forhold rundt elektronisk meldingsutveksling som informantene mente var årsak til at feil oppstod. Disse er skissert i fiskebeinsdiagrammet under for å gi en oversikt over de ulike årsaks- og virkningsforholdene.



Fiskebeinsdiagram, egen illustrasjon.

De ulike årsakene er delt inn etter følgende stikkord:

- «Miljø» er brukt i betydningen rammeverket rundt elektronisk meldingsutveksling
- «Mennesker» står for faktorer slik som kompetanse og ansvarsforhold
- «Metode» omfatter rutiner rundt meldingsutvekslingen
- «Maskiner» omfatter teknologi i form av ulike applikasjoner, integrasjoner og funksjonalitet

Under hvert stikkord er en rekke faktorer satt opp basert på det informantene vektla som utfordringer og årsaker til feilsituasjoner innen meldingsutveksling. Det er viktig å bemerke at

noen av de oppgitte årsakene skyldes flere forhold og kan sånn sett sorteres under flere av stikkordene. For ordens skyld er disse likevel sortert etter en tolkning av hva informantene mente var primærkilden til problemet.

3.1.1 Miljø

Miljø er brukt her i betydningen rammeverket rundt elektronisk meldingsutveksling slik som lover, forskrifter, retningslinjer og standarder som nasjonale myndigheter har ansvaret for å lage og forvalte. Disse beskriver hvordan ansvarsforholdene rundt elektronisk meldingsutveksling skal være, hvordan den skal håndteres, hvilke standarder som skal følges osv.

For mange og uklare krav

To av informantene som har engasjert seg i Meldingsløftet vektla problemene med at det ble stilt veldig mange krav til legekantorene i form av lover og retningslinjer. De nevnte spesielt dokumentet «Krav til elektronisk meldingsutveksling» (Helsedirektoratet, 2011) som var på høring på tidspunktet for intervjuene og mente det ble gitt lite støtte til legekantorene for å forstå og oppfylle kravene. En av informantene kalte det «ansvarsfraskrivelse» fra myndighetssiden. Mange av kravene opplevdes også som uforståelige eller kompliserte å forholde seg til i den virkeligheten som legekantorene befant seg i:

«[...]Dette begrepet databehandlingsansvarlig oppleves veldig truende og uklart for veldig mange leger. Og det er fordi at leger opptre ofte i en fastlønnrolle, av og til er de en turnuslege, av og til jobber de i et AS, av og til jobber de i et kontorfellesskap som enkeltmannsforetak, noen ganger har man blandinger på samme kontor og da er det veldig vanskelig å peke ut hvem som er databehandlingsansvarlig i dette systemet her...» Intervju 1

De mente også at det var viktig å ta hensyn til denne virkeligheten i arbeidet med rammeverk rundt elektronisk meldingsutveksling og utviklingen av IT-systemer for helsesektoren:

«Når man da skal ut og lage regler og prosedyrer så må man ha det i mente. De som sitter og lager IT greier, de glemmer jo at her er en brukergruppe hvor mange ikke er interessert i dette i det hele tatt.» Intervju 5

Informantene mente at konsekvensene av dette var at meldingsutveksling ikke tilfredsstilte fastsatte krav og førte til feilsituasjoner. For eksempel opplevde de at manglende oppfyllelse av nasjonale standarder for meldingsutveksling var utbredt i dagens systemer.

Krav rettet mot feil aktør

Kravene det henvises til i dokumentet «Krav til elektronisk meldingsutveksling» henvender seg til virksomhetene og ikke til deres systemleverandører. En av informantene vektla ønsket om at det ble rettet flere krav mot leverandørene slik at disse kun utviklet systemer som tilfredsstilte anbefalte nasjonale standarder. Videre mente han at leverandørenes produkter burde gjennomgå en kvalitetskontroll slik at man kunne påse at de faktisk leverte godkjente løsninger. De systemene som ikke tilfredsstilte kravene burde ikke kunne tilby tjenester over helsenettet:

«[...] Så jeg ønsker mer et system der man setter kontroll og grenser for hva som er lov til å gjøre rundt meldingsutveksling istedenfor at man sender et veldig tungt ansvar til den såkalte databehandlingsansvarlig som ikke egentlig skjønner alt han må sette seg inn i.» Intervju 1

På denne måten mente informantene at det også ville bli mindre behov for brukerstøtte fordi systemene ville være av god kvalitet noe som ville føre til at det oppstod færre feil. Andre gevinster av en slik endring ville være at legekantorene fikk mer tid til og fokus på de interne prosessene de har ansvar for, slik som f.eks. ivaretagelsen av god meldingsflyt ved fravær.

3.1.2 Mennesker

Under dette punktet er menneskelige faktorer slik som kompetanse, interesse og ansvar som kom frem i intervjuene, sortert. Funnene viser at god kunnskap og forståelse av hvordan elektronisk meldingsutveksling fungerer og hvordan den skal håndteres i det daglige er viktig for å få til god meldingsflyt, forstå feilsituasjoner og følge opp disse.

Interesse

Alle informantene virket engasjerte og interesserte i elektronisk meldingsutveksling. Dette viste seg i form av deres engasjement i Meldingsløftet, at de hadde sendt elektroniske meldinger siden oppstarten av elektronisk meldingsutveksling eller stilte opp som pilotkontorer for nye meldinger som skulle testes ut.

To av informantene som jobbet opp mot flere legekontorer i forbindelse med sitt engasjement i Meldingsløftet opplevde et stort spenn i interessen for IT verktøy og elektronisk meldingsutveksling. Flere av legene de kjente hadde ikke den samme interessen og engasjementet som informantene selv. De mente at dette bidro negativt i forhold til å drive hensiktsmessig drift og overvåking av elektronisk meldingsutveksling.

Kompetanse

I intervjuene forteller informantene at de opplevde at andre legekontorer ikke overvåket meldingsutvekslingen. De mente dette skyldtes manglende kompetanse om hva kvitteringsmeldinger betydde, hvordan meldingene skulle overvåkes og hva konsekvensene av manglende oppfølging av feilsituasjoner var:

«Jeg tror det er veldig mange nå som sender og mottar meldinger uten egentlig å følge med kvitteringer i det hele tatt[...]. Som egentlig er klare over konsekvensene.» Intervju 1

Et eksempel på funnet over viste seg i intervju med en annen informant som fortalte at de ikke overvåket meldinger som ble sendt til sykehuset siden sykehuset ikke hadde implementert kvitteringsmeldinger. De mottok dermed ingen slike når de for eksempel sendte henvisninger dit. Siden verken sykehuset eller legekantorets pasienter hadde meldt ifra om uteblitte henvisninger over en lengre periode hadde legekantoret konkludert med at meldingsutvekslingen fungerte og hadde avvirket parallelle papirforsendelser. Informanten fortalte videre at de ba pasientene selv passe på at de fikk time til undersøkelse fra sykehuset, og melde ifra dersom dette uteble.

Informantene fortalte at utfordringen rundt manglende kompetanse om overvåking av meldinger hos legekantor førte til at noen sykehus valgte å bistå legekantorene i forkant av oppstart av meldingsutveksling med disse. Arbeidet innebar hjelp til det tekniske oppsettet, testing i forkant av oppstart samt opplæring i overvåkingen av meldinger. Dette ble gjort for å være sikre på at legekantorene kunne sende, motta og overvåke kvitteringsmeldinger til og fra sykehuset på en god måte og følge opp eventuelle feilsituasjoner. Først når dette var gjennomført ga sykehuset legekantorene klarsignal til å henvise elektronisk til dem uten å sende papirkopier i tillegg:

«[...] da er i alle fall grunnlaget gitt pluss at legekantoret har fått litt opplæring i hva dette krever av dem når det gjelder overvåking av meldingene, for det er i grunnen det det går på.»

Intervju 5

En av informantene hadde også opplevd at kommunen hadde egne kontaktpersoner som hjalp legekantorene i forhold til å sette opp kommunikasjon mot pleie- og omsorgstjenesten. Når dette var gjort kunne kommunen og legekantoret utveksle elektroniske meldinger.

3.1.3 Metoder

Dette punktet omfatter rutinene rundt håndtering av elektronisk meldingsutveksling i det daglige. Det kom frem flere forhold under intervjuene som viste mangel på gode rutiner som har negative konsekvenser for meldingsutvekslingen i form av ulike feilsituasjoner.

Fraværsrutiner

Et av områdene som ble trukket frem i forbindelse med feilmeldinger var fravær hos legekantorene. Informantene hadde ulik forståelse av hvordan dette skulle håndteres. Mens flesteparten av informantene oppga at de på deres kontor slo av sin meldingsserver på kveldstid, helger og ferier, mente en av informantene som var engasjert i Meldingsløftet på sykehuset at serverne aldri skulle slås av. Han fortalte at dette førte til mange feilmeldinger på sykehussiden når meldingene ikke kom frem til legekantorets system:

«[...] Slik at hvis du tar en langhelg og reiser på kurs torsdag kveld og slår av alt sammen og ikke kommer tilbake før mandag, så får sykehuset 150 feilmeldinger og all den jobben det er ikke sant.» Intervju 5

De andre informantene oppga ivaretagelsen av krav rundt informasjonssikkerhet samt begrensninger i type systemløsning som årsaker til at de slo av sine servere utenom åpningstid:

«Vi stenger alt kl halv fem fordi at løsningen med meldingsutveksler som vi har må legges på en stasjonær PC og ikke på server og av sikkerhetsmessige grunner så kan vi ikke la den stå på hele døgnet. Hvis vi får innbrudd har vi gjort det mulig å få uautorisert tilgang til helseopplysninger.» Intervju 1

De fleste av informantene jobbet på legekontorer med flere leger og hadde derfor mulighet og rutiner til å ta midlertidig ansvar for hverandres pasienter og meldinger dersom en kollega ble borte over en lengre periode. Problemet rundt feilmeldinger på grunn av avslåtte meldingsservere ble sagt å være størst hos enemannskontorene som ikke hadde samme muligheten.

Adressering

I intervjuene kom det frem at rett adressering til legekantorene var en utfordring. En av grunnene ble oppgitt å være at adresseinformasjon til ulike samhandlingsaktører ikke var oppdatert i lokale adresseregistre på sykehusene. Det førte til at feil oppstod, for eksempel fordi meldingen ble sendt fra sykehuset til en lege som ikke lenger jobbet ved et legekantor. Bakgrunnen for bruk av lokale adresseregistre var at NHN-Adresseregister ikke var integrert med EPJ-systemene og at det derfor ikke skjedde en automatisk oppdatering basert på informasjon som ligger i EPJ. De lokale adresseregistrene på sykehusene, som det gjerne var flere av, var derfor nødvendige og måtte oppdateres manuelt inntil denne integrasjonen kom på plass. Informantene fortalte at dette både krevde at de selv passet på å sjekke at rett informasjon lå inne om deres legekantor, samt at det krevde ressurser fra sykehuset for å påse at informasjonen var oppdatert i alle de lokale registrene:

«[...]for vår del, så har vi fått sjekket ut at på vårt legekantor så er det kun de legene som jobber her som står i de lab. registrene og EPJ registrene som brukes på sykehuset. Slik at vi risikerer ikke at de finner en annen lege som ikke jobber hos oss.» Intervju 1

En annen utfordring knyttet til adressering var at brukerne på sykehuset valgte riktig lege som mottaker av en melding men i feil rolle slik at meldingen gikk til feil virksomhet fordi legen på legekantoret jobbet flere steder og derfor stod oppført flere ganger i det lokale registeret på sykehuset:

«[...] så er problemstillingen at disse legene jobber på helsestasjon eller på fengsel eller på legevakt også blir det bare kaos med hvor de skal sendes.» Intervju 5

En av informantene fortalte at den nye adresseringsmetoden basert på HER-id skulle bøte på dette problemet fordi funksjonaliteten ga en bedre oversikt over adresser.

3.1.1 Maskiner

Med maskiner menes teknologi brukt til å drive elektronisk meldingsutveksling, for eksempel ulike programvarer og applikasjoner og funksjonaliteten i disse. Fungerende teknologi er en forutsetning for å drive med elektronisk meldingsutveksling. Informantene pekte på flere faktorer rundt dagens systemer som ikke var tilfredsstillende og som førte til feilsituasjoner. Disse var tidkrevende å følge opp, og det medførte også til tider bruk av midlertidige løsninger/»workarounds» og nødrutiner i form av papirforsendelser for å kunne utveksle nødvendig informasjon.

Funksjonalitet og programvare

En av informantene pekte på at dagens funksjonalitet i noen tilfeller ikke var helt tilpasset til klinikkens arbeidsprosesser. Dette førte blant annet til at man ikke fikk avvirket papirforsendelser, at informasjonen delvis ble sendt via elektroniske meldinger og delvis på papir og faks eller at man brukte meldingene til andre formål enn de var tiltenkt for å kunne sende fra seg nødvendig informasjon:

«Det eneste vi savner veldig er det å kunne sende vedlegg og det gjelder på røntgen spesielt så er det jo da et sånt vedleggsskjema når man skal ut til en MR undersøkelse og det kan vi ikke sende elektronisk, det må vi da fakse i tillegg. Også venter vi veldig i spenning på å kunne få elektronisk melding på pasient, til sykehuset uten å bruke den malen som da heter henvisning.» Intervju 2

Manglende funksjonalitet og bruk av meldinger til andre formål fikk konsekvenser for samhandlingsaktørens arbeidsprosesser og oversikt. En av informantene som var engasjert i Meldingsløftet og så dette fra sykehussiden uttrykte frustrasjon over rådende praksis:

«[...] Altså disse elektroniske henvisningene... altså det eneste man egentlig skal ha fremder, er henvisninger. Så hvis du har noe informasjon til en lege på sykehuset om en pasient du har henvist så skal du egentlig ikke sende den elektronisk.» Intervju 5

Et annet problemområde var måten meldinger ble adressert på. En av informantene fortalte om noen av utfordringene med bruk av gammel adresseringsmetode der man bruker en kombinasjon av organisasjonsnummer og legenes HPR nummer for å sende meldinger fra sykehuset til legekantoret. Dette ble et problem i forhold til legekantorer som ikke hadde et

felles organisasjonsnummer. Meldingen måtte istedenfor adresseres til en av legene som hadde organisasjonsnummer, selv om den egentlig skulle til en annen på samme kontor.

Videre fortalte informanten at implementering av den nye adresseringsmetoden med bruk av en unik identifikator, såkalt HER-id, skulle bøte på dette problemet. Utfordringen med denne adresseringsmetoden var derimot at implementeringen tok tid fordi sykehusets EPJ-system ikke kunne ta imot meldinger som var adressert med HER-id:

«[...] så det blir godt å få den her HER-id på plass. Men problemet er jo da at det, kommunene bruker det, men EPJ-systemet på sykehuset kan jo ikke ta imot HER-id. Slik at det lages konverteringsmodul slik at dette her kan forhåpentligvis fortolkes da... men det er liksom et godt eksempel på hvordan IT i helse Norge fungerer. Så vi går liksom baklengs inn i fremtiden.» Intervju 5

Brukervennlighet

To av legene som var engasjert i Meldingsløftet fortalte at andre fastleger de har vært i kontakt med ikke opplevde systemene for meldingsovervåking som særlig brukervennlige. Det var vanskelig for legene å forstå status på meldinger som var sendt samt hva ulike feilmeldinger betydde:

«Det mange misforstår er når du får en gul sånn, melding vellykket sendt, men det betyr bare at det er sendt fra journalsystemet til meldingstjener, det betyr ikke at det er vellykket sendt noen steder egentlig. Så det har vi måttet si ifra om da, at det der betyr ingenting» Intervju 5

Dette viste også at opplæring ble viktig når systemene ikke opplevdes som selvforklarende og forståelige. Leverandørene hadde laget egne bruksanvisninger, men en av informantene som har jobbet mye med informasjon ut til legekantorene rundt meldingsutveksling fortalte at disse ikke var laget gode nok. De opplevdes som tungleste og lite brukervennlige spesielt for den store mengden med legekantorer som ikke hadde tid og ressurser og en særskilt interesse for IT systemer og meldingsutveksling, til å sette seg inn i disse. Informanten fortalte videre at de så det nødvendig å lage egne og enklere brukerveiledninger for legekantorene med fokus på det nødvendige.

Oppsett av nye kommunikasjonsparter

Et annet område som to av informantene vektla som viktig men utfordrende var dagens prosess rundt oppsett av nye kommunikasjonsparter. Legene opplevde denne som tid- og ressurskrevende og det skapte mye frustrasjon hver gang de måtte koble seg opp mot et nytt legekantor. Oppkoblingen krevde blant annet at begge parter var tilgjengelig på samme tidspunkt når kommunikasjonen skulle settes opp og en av legene fortalte at prosedyren kunne ta opp mot én time. Det var viktig at oppsettet ble gjort helt nøyaktig noe som førte til at faren for feil ble stor:

«[...]Men vi vet jo at det er ganske sårbart, du må jo kontakte hver enkelt spesialist eller hvert enkelt legekantor du skal koble deg opp mot og da må du være pinlig nøye med å legge inn riktig data på det og du må ha egne nøkler, ikke sant, DES nøkler. Og hvis du gjør en liten feil, det kan være en stor bokstav istedenfor en liten bokstav, så er det, så har du feilet.»
Intervju 4

Ulik oppsett i systemene fra forskjellige leverandører gjorde også at oppkobling mellom disse var mye mer tidkrevende enn mellom systemer fra samme leverandør.

Systemoppgraderinger

Flere av informantene nevnte systemoppgraderinger som en av årsakene til at det oppstod feil i meldingsutvekslingen. Etter avtale med leverandør, ble oppgraderinger gjort av legekantorene selv, ved at disse enten ble lastet ned via en webside eller fra en tilsendt CD rom. Informantene hadde enkelte ganger opplevd at nedlastning av slike oppgraderinger førte til at integrasjoner og spesialtilpasninger i systemene sluttet å fungere, og førte til stans i meldingsutvekslingen:

«Av og til så er det IP adresse som forandres av en eller annen merkelig grunn, plutselig så etter forrige oppgradering så var det disse henvisningene som skar seg, angivelig fordi at systemet på sykehuset må ha en særtilpasning for å fungere og da forsvant den særtilpasningen, altså ikke sant det... det er på det nivået der...» Intervju 5

Legekantorene fortalte at de hadde avtale med leverandørene om å få bistand i slike situasjoner, men feilene kunne føre til nedetid og ressursbruk for å finne ut av hva som hadde skjedd samt for å drive feilretting. Dette hadde igjen konsekvenser for tid brukt på pasientbehandling.

3.2 Hva mener helsepersonellet er god brukerstøtte?

Informantene snakket om sine erfaringer med brukerstøtte rundt elektronisk meldingsutveksling og det kom frem ulike faktorer som var viktige for dem i forhold til denne kontakten.

God kjennskap til systemene og virksomheten

Alle informantene fortalte at når de hadde behov for brukerstøtte så tok de gjerne kontakt med personer de kjente eller hadde hatt kontakt med tidligere hos brukerstøtten fremfor å ringe til brukerstøttens felles kontaktnummer:

«[...] som oftest begynner jeg med sykehusets IKT support og da N. N., dem har gjerne oversikt over hva som sendes ut. Jeg ringer direkte til N.N. og deretter IKT support om N. N. ikke er tilstede» Intervju 3

Legekontorene hadde gjerne flere ulike IT-systemer som var integrert med hverandre og en av informantene påpekte at kjennskapen til denne kompleksiteten var viktig for at de skulle stole på den som ga brukerstøtte. Informantene hadde opplevd at manglende kjennskap hos brukerstøtte hadde ført til problemer med integrasjonene mellom ulike systemer på deres legekontor. De stolte dermed ikke på alle de kom i kontakt med innenfor samme brukerstøtteorganisasjon og fulgte godt med når deres systemer ble fjernstyrt. Samme informant mente at problemet var mest tilstede i store brukerstøtteorganisasjoner fordi man oftere kunne møte på nye personer som ikke kjente til deres legekontor.

En av de andre gevinstene rundt det å kunne ta kontakt med personer som hadde god kjennskap var at informantene opplevde å få raskere hjelp enn om de gikk gjennom et felles kontaktpunkt først.

Kontaktpunkt

Noen av informantene ytret ønske om at det burde finnes ett sted man tok kontakt og som holdt i problemstillinger til disse ble løst. På denne måten ville legekontoret bli fritatt fra å bruke tid og ressurser på selv å finne ut hvorfor en feil har oppstått ved å ta kontakt med ulike brukerstøtter samt å følge opp at feilretting ble gjennomført:

«Altså noe av det viktigste er at vi har, altså nå må vi forholde oss til to tre forskjellige, det er at vi har et sted hvor vi kan dumpe problemet for å si det sånn.» Intervju 5

Samtidig fortalte informantene at de mange ganger hadde såpass god forståelse av en feilsituasjon at de visste hvem som kunne hjelpe dem med å løse denne. Da var det viktig for dem å kunne ta direkte kontakt med de ulike leverandørene:

«... det blir på samme måte at jeg vet når jeg trenger en snekker, når jeg trenger en elektriker og når jeg trenger en rørlegger, tenker jeg. Men at liksom å ringe et nummer for å finne ut om jeg trenger en snekker eller rørlegger eller elektriker, altså jeg vet ikke.» Intervju 1

Det virket dermed som at fleksibilitet rundt første kontaktpunkt var viktig for informantene i forhold til å få rask og god hjelp ved oppståtte feilsituasjoner.

Positive til hjelp over telefon og bruk av fjernstyring

Når det gjaldt fremgangsmåten for kontakt med brukerstøtte foretrakk informantene å kunne ringe fremfor å sende e-post eller melde feil gjennom kundeportaler:

«For oss er det enklere å ringe for å meddele feilen enn å sende en mail. Ringer vi så får vi hjelp der og da». Intervju 3

Videre var det viktig at den man kom i kontakt med kunne hjelpe dem med en gang slik at de slapp å vente i telefonkø eller på at brukerstøtte først lagde en sak på henvendelsen og deretter tok kontakt med dem på et senere tidspunkt for å løse saken:

«[...] du kan ikke sitte i en telefonkø og trykk en og to og tre. Du har ikke tid til dette her. Også kommer du kanskje inn til sykehusets brukerstøtte, også er kanskje en som ikke driver med dette til daglig, også skal vi ja vi skal notere... først skal lage saksnummer...» Intervju 5

De fleste informantene nevnte også at bruk av fjernstyring opplevdes som positivt fordi man kunne jobbe videre med noe annet mens brukerstøtte jobbet på PC 'en. På denne måten var det også enklere å forklare hvordan en feilsituasjon hadde oppstått/så ut ved å dele skjermbildene med brukerstøtten.

Viktig med IT-ansvarlig personell på legekantoret

Alle legekantorene hadde kontaktpersoner - lege, helsesekretær eller begge - som hadde fått et særskilt ansvar for å følge opp IT-systemene på kantoret. Noen av informantene fortalte at de så på dette som en av suksessfaktorene for å få meldingsutvekslingen til å fungere optimalt:

«Vi har sett at det praktisk hvis kantoret skal fungere best mulig så er vi helt avhengig av å ha en som kan litt om IT internt og som kan bruke litt tid på tekniske ting.» Intervju 3

En slik dedikert person vil kunne ha tid til å overvåke meldinger og å følge opp feil ovenfor ulike brukerstøtter. En av informantene som selv var IT-ansvarlig for sitt kontor fortalte at når hun var borte så kunne de andre ansatte slite med å finne ut hvor de skulle henvende seg for å få hjelp dersom det oppstod en feilsituasjon. Dette var vanskelig for dem selv om hun hadde laget en kontaktoversikt over aktuelle brukerstøtter som de kunne ringe, noe som viser sårbarheten med en slik ordning.

3.3 Hva mener helsepersonellet er dårlig brukerstøtte?

Under intervjuene fortalte informantene om ulike forhold rundt brukerstøtte som de opplevde som problematiske og der de så et behov for endring.

Oppfølging av feilsituasjoner tar tid

Selv om de fleste av informantene ikke opplevde at det forekom så mye feil i meldingsutvekslingen, så kunne et oppstått tilfelle ta lang tid å følge opp. For eksempel fortalte en av de om en hendelse hvor elektroniske henvisninger fra legekantoret til sykehuset stoppet opp og det tok leverandøren fire dager å finne feilen og rette denne. Slike episoder opplevdes som stressende fordi de kunne føre til at systemene ble utilgjengelige samt at oppfølgingen tok tid bort fra pasientbehandlingen. Feiloppfølging generelt kunne også være tidkrevende:

«[...] hvis jeg først tar kontakt, for å få hjelp, så vet jeg med meg selv at da går det i hvertfall en time den dagen til å jobbe med akkurat den mens jeg også har pasienter.» Intervju 4

Informantene fortalte at selv om de hadde en del års erfaring med elektronisk meldingsutveksling kunne det noen ganger være vanskelig å vite hvor man skulle ta kontakt når det oppstod en feil:

«Jeg synes det er litt vanskelig for jeg vet ikke alltid helt hvem jeg skal ringe til. Også må jeg lirke det også må jeg bruke tid på det. Noen ganger må jeg, som vi har vært inne på, til driftsleverandøren vår, noen ganger kan jeg ringe til EPJ leverandøren også kan jeg da ringe til Norsk Helsenett.» Intervju 4

Feilen kunne både ligge i legekontoets egne systemer eller hos samhandlingspartnerens systemer og det hendte derfor at man måtte kontakte flere brukerstøtter før man fant ut hvem som kunne løse feilen. Det hendte også at leverandørene skyldte på hverandres systemer og oppsett som bakgrunn for den oppståtte feilen:

«[...]det har jeg også opplevd veldig sånn i forhold til når vi skal kommunisere mot et annet journalsystem. Da skylder den ene på den andre.[...] Leverandør X sier at problemet ligger hos Leverandør Y, eller omvendt da, problemet ligger hos Leverandør X.» Intervju 4

Helsepersonellet opplevde da å bli kasteballer mellom ulike leverandører/brukerstøtter, noe som var frustrerende og ressurskrevende.

Åpningstider hos brukerstøtte er ikke tilpasset klinikernes hverdag

De ulike brukerstøttene hadde forskjellige åpningstider og noen av disse stengte ved arbeidssdagens slutt rundt 16 tiden. En av informantene nevnte at spesielt åpningstidene til sykehusets IKT-support som de hadde mest utveksling med, burde bli forlenget til også å omfatte timen før og etter åpningstid slik at man i denne perioden kunne ta kontakt uten at det gikk utover pasientbehandlingen:

«[...] fordi at man kommer på morgenen før åtte og noe ikke fungerer da er ikke disse supporttelefonene åpne før kl åtte. Og da har man gjerne satt opp første pasienten og begynner arbeidsdagen.» Intervju 1

Ved spørsmål om behov for at brukerstøttene også holder åpent utover kvelden, var ikke dette like viktig for informantene, men noen av disse sa at det kunne vært «fint» å hatt det siden de brukte hjemmekontorløsninger til å lese og sende elektroniske meldinger også på kveldstid og i helger.

Manglende oppfølging av feil

Informantene fortalte om tilfeller med både leverandører og legekontorer som ikke fulgte opp oppståtte feilsituasjoner. Når det gjaldt leverandørene fortalte de om hendelser hvor disse ikke fant ut av enkelte feilmeldinger. Konsekvensen av feilen kunne være at man ikke fikk sendt visse meldingstyper eller meldinger på enkelte pasienter. Legekantorene ble da nødt til å sende papirkopier i stedet hver gang feilen oppstod og virket frustrerte over at leverandøren ikke fulgte opp saken til den var løst:

«Det som oftest er feil er det... du kan ikke si hva som er feil, enkelte meldinger blir avvist. Kan se helt greit og ordentlig ut og dem klarer ikke å si helt konkret hva som er feil. Og det vi opplever da er at ingen tar fatt i saken for å finne ut det her.» Intervju 3

Når det gjaldt legekantorene så fortalte en av informantene som er engasjert i Meldingsløft-prosjektet og hadde kontakt med flere legekantorer i regionen at flere av disse ikke meldte inn behov, problemstillinger eller feil. Han opplevde at legekantorene ikke hadde tid eller ork til å følge opp, men også at de hadde tillit til at systemene fungerte og dermed ikke fanget opp at feil hadde oppstått:

«[...] det som har vært min opplevelse for meg fra små grupper vi har hatt møter i ettertid i forbindelse med Meldingsløftet, det er at jeg... altså vi får ikke inn alle de problemene folk har fordi at det de orker ikke gjøre noe med det. Og det syns jeg er litt skummelt. Folk tror at ting fungerer mye bedre enn det egentlig gjør.» Intervju 5

I tilfeller hvor det ble sendt papirkopier av meldinger som back-up var det også lett for legekantorene å ikke melde om feil eller endringsønsker i den elektroniske meldingen fordi at de fikk den informasjonen de trengte via papiret.

4 DISKUSJON

4.1 Sammendrag av funn fra undersøkelsen

Undersøkelsen viste at informantene generelt var fornøyd med elektronisk meldingsutveksling og erfarte mange gevinster av denne. De opplevde ikke at det oppstod så mange feilsituasjoner men når disse oppstod mente de det skyldtes manglende standarder og funksjonalitet i systemene, dårlige rutiner og mangel på kompetanse hos helsepersonellet.

Når det gjelder brukerstøtte snakket informantene både om oppgaver som måtte ivaretas av legekantorene selv og kontakt med brukerstøtte fra eksterne aktører. I forhold til intern brukerstøtte var det en viktig suksessfaktor å ha dedikerte personer/IT-kontakter som hadde kompetanse og ivaretok overvåking av meldinger og feilhåndtering. Samtidig var det sårbart for de ansatte på kontoret dersom IT-kontakten var borte. De slet da med å vite hvordan de skulle håndtere feilsituasjoner. I kontakten mot eksterne brukerstøtte-leverandører følte informantene seg stort sett ivare tatt og visste hvor de skulle ta kontakt når det oppstod feil. Det var derimot frustrerende dersom dette var uklart og de måtte kontakte mange ulike brukerstøtter. Det var viktig å ha rask tilgang til rett kompetanse hos ekstern brukerstøtte og at oppfølging av feil ikke tok tid bort fra pasientbehandlingen.

4.2 Innledning til diskusjon

Hensikten med diskusjonen er å besvare oppgavens problemstilling:

Hvilke erfaringer har helsepersonell på legekantor med feilsituasjoner og brukerstøtte rundt elektronisk meldingsutveksling?

Basert på funn fra undersøkelsen er diskusjonen delt inn i følgende temaer:

- Brukerstøtte:
 - Meldingsovervåking og feilhåndtering (intern brukerstøtte)
 - Ekstern brukerstøtte
- Feilkilder

Temaene vil ta utgangspunkt i funnene som er presentert tidligere og bli vurdert opp mot oppgavens teoretiske rammeverk og annen relevant litteratur. Hvert tema avsluttes med en oppsummering hvor det foreslås forbedringstiltak.

4.2.1 Brukerstøtte

I undersøkelsen kommer det frem erfaringer med både intern brukerstøtte hos legekantorene gitt av IT-kontaktene, samt ekstern brukerstøtte gitt av samhandlingsaktører og leverandører.

Servicekvalitet i DeLone & McLeans modell for IS-suksess (2003) betegner all brukerstøtte som gis til brukere av IKT-systemer. Dette kan både være brukerstøtte levert fra interne ressurser i en virksomhet, fra en ekstern aktør eller leverandøren av systemet. Faktorer som kan belyses under servicekvalitet er for eksempel responstiden på brukerstøtte, nøyaktighet, pålitelighet og tilstrekkelig kunnskapsnivå.

4.2.1.1 Meldingsovervåking og feilhåndtering på legekantorene (intern brukerstøtte)

Oppfølging av feil

Funnene viste at de fleste av informantene var generelt veldig positive til elektronisk meldingsutveksling, opplevde mange gevinster av denne og syns ikke at det oppstod så mange feilsituasjoner. Basert på erfaringer fra Meldingsløftet der det har vært iverksatt flere initiativ rundt brukerstøtte og da spesielt rettet mot legekantorene, var funnet rundt opplevelsen av lite feil noe overraskende. Vi hadde forventet å høre at det var flere feil i meldingsutvekslingen enn det de ga uttrykk for.

Ved å bruke DeLone & McLeans modell (2003) kan en forklaring være at en positiv holdning (intensjon om bruk) til elektronisk meldingsutveksling bidrar til riktigere bruk og flere gevinster. Den positive holdningen kan ha vært et resultat av god opplæring i bruk og vedlikehold av systemene og etter hvert lang erfaring med disse.

Informantene erfarte at andre legekantorer ikke fulgte opp feilsituasjoner som oppstod i egne systemer ved elektronisk meldingsutveksling. En av årsakene til dette var ifølge informantene at helsepersonellet hadde for dårlig kunnskap om bruken av systemene til meldingsovervåking og om hvilke konsekvenser manglende oppfølging hadde. Funnet støttes av en undersøkelse Tromsø kommune gjorde i forbindelse med implementering av PLO-

meldinger mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og legekantorene (Wikbo, 2011). De erfarte at de fleste av legekantorene i kommunen hadde rutiner for feilhåndtering og sjekket systemet for meldingsovervåking hver dag. Likevel ble ikke feil fulgt opp tidsnok. Noen av legekantorene hadde ingen rutiner for oppfølging av feil og disse hadde mange feil liggende uløst i sitt system. I likhet med funnene i denne oppgaven fant man at helsepersonell mente de hadde behov for bedre opplæring i systemene for meldingsovervåking.

Funnene kan tyde på at helsepersonellet på legekantor prioriterer pasientbehandling fremfor tid brukt på opplæring i bruk av systemene for meldingsovervåking eller til oppfølging av feilsituasjoner. En av årsakene til dette kan være at legenes største inntektskilde er basert på antall pasienter og konsultasjoner de har (Pedersen, 2006). Når de så må bruke tid på opplæring eller oppfølging av feil kan det gå utover antall konsultasjoner og føre til færre inntekter.

Det kan også hende at type opplæring som tilbys helsepersonellet ikke er tilpasset deres behov. En studie av leger på sykehus viser at i tillegg til en initiell opplæring i bruk av elektronisk pasientjournal mente de at det var viktig med egenlæring i deres vante arbeidsmiljø. Legene hadde mest nytte av en-til-en læring i egen virksomhet som ble gitt av en kollega eller en ekspert (Holden, 2011). I en kartlegging som ble gjennomført av Helse Nord IKT kom det frem at helsepersonell på legekantorene foretrakk at opplæringen ble gitt på arbeidsplassen (Helse Nord IKT, 2010).

Funnene kan også tyde på at helsepersonell ønsker å gi pasientbehandling av god kvalitet. Tid brukt på opplæring eller oppfølging av feil kan forstyrre pasientbehandlingen ved at helsepersonellet får mindre tid per pasient. De kan dermed oppleve at kvaliteten på behandlingen følgelig blir dårligere.

Informantene erfarte at helsepersonell ikke opplevde systemene for meldingsovervåking som brukervennlige. De hadde vanskeligheter med å forstå hva de ulike kvitteringsmeldingene betydde og hvilken av disse som krevde oppfølging. Dermed kom det ikke klart nok frem at det hadde oppstått en feil. Brukervennlige systemer var en av målsettingene i Meldingsløftet: *«Bruk av løsningene i daglig drift skal oppleves som velfungerende og brukervennlig.»* (Helsedirektoratet, 2012, p. 9). Også i media er viktigheten av brukervennlighet og behovet for bedre brukergrensesnitt i IKT-systemene i helsesektoren påpekt (Schreurs, 2011; Åsli, 2011). I DeLone & McLeans modell for IS-suksess (2003) skisseres det en sammenheng

mellom systemkvalitet og brukertilfredshet samt intensjon om bruk/bruk og nettofordeler. Dersom brukervennligheten til et system er god nok, kan det øke systemkvaliteten som igjen kan øke bruken. Det kan derfor tenkes at dersom systemene for meldingsovervåkning opplevdes som brukervennlige, ville helsepersonellet også brukt de mer.

I følge informantene kan en annen årsak til manglende oppfølging av feil være at brukerveiledningene til systemene er for tungvinte å forholde seg til. Det er for mye informasjon i disse i forhold til hva som er nyttig for helsepersonellet å vite om. Funnet kan tyde på at dersom informasjonen i brukerveiledninger ikke er tilpasset legekantorets bruk blir disse heller ikke lest.

I undersøkelsen som Tromsø kommune gjennomførte ble det påpekt at manglende oppfølging av feilsituasjoner kunne få konsekvenser for pasientbehandlingen fordi informasjon om pasienter ikke kom frem til riktig mottaker (Wikbo, 2011). En bevisstgjøring rundt disse konsekvensene kan være viktig for å bidra til at helsepersonellet prioriterer opplæring og oppfølging av feil.

Rutiner

Ut fra intervjuene kommer det frem ulik forståelse av hvordan man skal håndtere meldingsutveksling utenom legekantorenes åpningstider. Fire av informantenes legekantor hadde som rutine å slå av serveren for meldingsutveksling når kantoret holdt stengt, mens den siste informanten mente dette ikke måtte gjøres. Han fortalte at avslåtte servere hos legekantorene var en stor feilkilde for sykehuset fordi meldingene ikke kom frem og dermed genererte feilmeldinger som sykehuset måtte håndtere. Funnet samsvarer med resultater fra en undersøkelse som ble gjennomført av Tromsø kommune (Wikbo, 2011) der de fant at mange legekantorer slo av programvaren for meldingsutveksling ved arbeidshagens slutt. Deres undersøkelse viser også at dette ikke bare har konsekvenser opp mot samhandlingsaktører men også for legekantorene selv. Et eksempel som beskrives er akutthenvisinger som risikerer å ikke komme frem til sykehuset dersom legen sender denne fra seg på en fredag og slår av serveren før den har rukket å bli sendt. Informantene nevnte at problemet med avslåtte servere var størst hos enemannskantorene som ikke hadde andre som kunne overta deres pasienter i lengre fraværshperioder. Dette funnet støttes av Helse Førde som påpeker at problemet er størst hos solopraksiser (Helse Førde, 2012).

Funnene kan tyde på uklare rutiner for fravær som gir rom for fortolkning om hvordan systemene skal håndteres. Det kan også være at helsepersonellet slår av serverne i mangel på annen systemstøtte som en måte å varsle samhandlingsaktørene om at de ikke er tilstede og slikt sett ikke kan følge opp henvendelser. En annen forklaring kan være at organisering i form av solopraksiser ikke er hensiktsmessig i forhold til samhandlingsaktørenes behov for kontinuerlig meldingsutveksling og oppfølging av meldinger.

IT-kontakter

Informantene mente at en av suksessfaktorene for å få til god meldingsovervåking var å ha dedikerte personer på legekantorene som hadde som ansvarsområde å følge opp feil i den elektroniske meldingsutvekslingen og andre tekniske forhold på kontoret. Samtidig mente de en slik ordning kunne være sårbar når IT-kontaktene var borte. Dette samsvarer med funn Tromsø kommune gjorde i sin undersøkelse som viser at personer de kom i kontakt med på legekantorene ikke alltid forstod hva de skulle gjøre når det hadde oppstått en feil og at de var helt avhengige av IT-kontaktene sine. Dersom disse ikke var tilstede var det opp til kommunen å hjelpe helsepersonellet med å finne ut av feilen^{Feil! Bokmerke er ikke definert.}.

Funnet kan tyde på at økt elektronisk samhandling ikke bare medfører behov for spesialisert kompetanse rundt drift og overvåking av meldingsutveksling på legekantorene, men også for at kompetansen er tilgjengelig kontinuerlig for legekantorets ansatte og deres samhandlingsaktører.

Oppsummering anbefaling

Marc Berg skriver i sin bok «Health Information Management» (Berg, 2004) om hvordan innføring av teknologi ikke kan sees på som kun et virkemiddel som understøtter praksis men at den også fører til at praksis blir endret. I legekantorenes tilfelle kan det her være en løsning å endre den faktiske organiseringen av virksomheten for eksempel ved at flere små kontorer samlokaliseres. På denne måten vil det være større tilgang på ressurser og kompetanse om bruk av systemene og til å følge opp rutiner rundt feilhåndtering som må ivaretas lokalt. Dette kan føre til økt opplevelse av servicekvaliteten som igjen øker bruk og brukertilfredshet i følge DeLone & McLean sin modell for IS-suksess (2003).

4.2.1.2 Ekstern brukerstøtte

Oppfølging av feil

Informantene mente at de stort sett visste hvor de skulle ta kontakt ved feilsituasjoner men at oppfølgingen av enkelte feil tok tid hvis dette kontaktpunktet var uklart for dem. De måtte da ringe mange ulike parter og det opplevdes som frustrerende fordi oppfølging og nødrutiner tok tid bort fra pasientbehandlingen. Funnene samsvarer med erfaringene fra Meldingsløftet og var bakgrunnen til at prosjekt «Brukerstøtte» ble etablert med målsetting om å klargjøre organisering og ansvarsforhold mellom de ulike aktørene og brukerstøttene (Helsedirektoratet, 2012c).

Brukerstøtte som er lett tilgjengelig for helsepersonell er en viktig faktor for å få til en suksessfull implementering og bruk av IKT-systemer i helsesektoren (Shachak, et al., 2011). Den komplekse systemporteføljen rundt elektronisk meldingsutveksling hos legekantorene og deres samhandlingsaktører fører antagelig til mange feilkilder. Det er nødvendig at legekantorene setter av tid og ressurser til å følge opp disse ovenfor ulike leverandører. På en annen side viser funnene at helsepersonell har behov for å prioritere kontinuitet rundt pasientbehandlingen fremfor tid brukt på oppfølging av feil. Dagens organisering med mange kontaktpunkter til brukerstøtte er antagelig ikke hensiktsmessig i forhold til legekantorenes behov.

Bruk av nødrutiner i form av papir, telefon eller faks oppleves som mer tidkrevende enn å sende meldinger elektronisk (Helsedirektoratet, 2010b). Papirforsendelser kan også føre til at informasjonen kommer frem til legekantoret eller deres samhandlingspartnere senere og medføre tregere oppfølging av legekantorets pasienter. Det er derfor viktig for helsepersonellet at feilsituasjoner i den elektroniske meldingsutvekslingen løses raskt.

Kompetanse hos brukerstøtte

Resultatene viser at informantene ikke alltid opplevde at personell de kom i kontakt med hos store brukerstøtteorganisasjoner hadde god nok kompetanse om systemene og integrasjonene på deres legekantor. Dette førte til at informantene foretrakk å kontakte enkeltpersoner istedenfor fellesnumrene til brukerstøtte. Kunnskapsnivået til brukerstøtte-personell rundt systemenes infrastruktur og funksjonalitet samt kjennskap til virksomheten og tilhørende arbeidsprosesser er viktige faktorer som kan påvirke kvaliteten på feilhåndteringen (Shachak, et al., 2011). Dette kan være et uttrykk for at leverandørene ikke har tilrettelagt for at brukerstøtte-personell har nok kompetanse om de ulike legekantorene og systemene de

bruker. Det kan være at de ikke har fått tilstrekkelig opplæring eller at de ikke har gode nok verktøy som gir personalet en oversikt over systemporteføljen til hvert kontor. En annen forklaring kan være at systemporteføljen hos legekantorene er kompleks og det er vanskelig å tilrettelegge for at personalet på brukerstøtte læres opp til å kjenne alle de ulike systemene og integrasjonene. På en annen side kan dette også tyde på at organiseringen hos brukerstøtten ikke er hensiktsmessig tilrettelagt i forhold til kundemassen slik at legekantorene kan forholde seg til et utvalg personell som kjenner til dem.

Oppsummering anbefaling

Både helseforetak og store kommuner har egne brukerstøtter som ivaretar koordineringen av feilhåndtering for sine ansatte slik at disse kun trenger å ta kontakt ett sted (Helsedirektoratet, 2012c). På denne måten kan kvaliteten på brukerstøtten bedres fordi kompetansen samles.

Jeg tror det kunne vært hensiktsmessig om en tilsvarende funksjon eller organisasjon ble etablert for legekantorene i en kommune/flere kommuner eller en region slik at de i større grad kunne overlate koordineringen av feilsituasjoner til andre. På den måten kunne IT-kontaktpersonene fått avlastning rundt oppfølgingen av feil. Ved behov for brukerstøtte kunne de også i større grad forholdt seg til personer som var kjent med deres systemer. En slik organisering kunne bidratt til raskere og bedre feilhåndtering og ført til økt tilfredshet med servicekvaliteten. God servicekvalitet kunne så bidratt til å øke brukertilfredsheten, bruken av systemene og gitt flere nettofordeler (DeLone & McLean, 2003).

4.2.2 Feilkilder

Informantene opplever at systemene som brukes til elektronisk meldingsutveksling ikke er av god nok kvalitet og ivaretok ikke brukernes behov. Systemkvalitet beskriver egenskapene til et system slik som funksjonalitet, brukervennlighet, responstid, effektivitet og nøyaktighet (DeLone & McLean, 2003). I følge DeLone & McLeans modell for IS-suksess (2003) får systemkvalitet i tillegg til informasjons- og servicekvalitet konsekvenser for brukernes intensjon om bruk, faktiske bruk og brukertilfredshet. Dersom systemet er av god kvalitet vil det føre til økt bruk og brukertilfredshet som igjen vil gi økte nettofordeler.

Standarder og funksjonalitet

Funnene viser at manglende funksjonalitet eller funksjonalitet som ikke støttet informasjonsflyt mellom legekantorene og deres samhandlingsaktører, eks. vedlegg til

henvisninger, førte til merarbeid på grunn av helt eller delvise papirrutiner og feil bruk av meldinger.

Det å involvere brukere i utviklingen av IKT-systemer ansees som en viktig suksessfaktor (Melby & Hellesø, 2008) fordi det øker sjansen for å få systemer som oppleves som nyttige og enkle å bruke. Funnene kan tyde på at man i utviklingen av funksjonaliteten i systemene for elektronisk meldingsutveksling ikke har involvert brukerne tilstrekkelig og slikt sett forstått deres behov rundt informasjonsflyt. Det kan også være at dagens organisering med mange legekontorer som selvstendige aktører gjør det til en utfordring å involvere disse og sikre deres behov i utviklingsprosesser.

Informantene opplevde at det var manglende oppfyllelse av nasjonale standarder i systemene som ble brukt til elektronisk meldingsutveksling og at dette kunne føre til feilsituasjoner i samhandlingen med andre aktører. De mente at årsaken var for mange systemkrav rettet mot legekantorene og at helsepersonellet ikke hadde forutsetninger for å forstå og imøtekomme alle disse. Ifølge dem burde kravene vært rettet mot leverandører.

Manglende implementering av standarder i systemene for meldingsutveksling har vært en kjent utfordring i Meldingsløftet (Helsedirektoratet, 2011b). Her adresseres problemstillingen knyttet til samtidighet. Dersom en ny meldingsversjon eller melding skal tas i bruk må både avsender og mottaker implementere denne i sine systemer på samme tid for at kommunikasjonen skal fungere. Også i den nye e-helsestrategien Meld. St. 9 «Én innbygger – én journal» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) adresseres utfordringen rundt manglende bruk av standarder i dagens IKT-systemer.

En mulig forklaring på dette kan være at legekantorene ikke har tilstrekkelig bestillerkompetanse slik at de kan forstå og rette systemkrav mot sine leverandører. Kravene som stilles til alle virksomheter i helse- og omsorgssektoren rundt elektronisk meldingsutveksling gjelder like mye for et lite legekantor som for et stort foretak (PwC, 2012). Forskjellen er at store foretak slik som store kommuner og sykehus gjerne har egne IKT- organisasjoner og dermed bedre tilgang til ressurser og kompetanse. Disse kan derfor lettere ivareta en god bestillerrolle ovenfor sine leverandører (Helsedirektoratet, 2011b). Legekantorene har antagelig for få ressurser å spille på i forhold til å ivareta denne rollen. Dette kan derfor oppleves som en utfordring og føre til manglende implementering av

nasjonale standarder i deres systemer som får konsekvenser for samhandlingen med andre aktører.

Andre faktorer som spiller inn er antagelig at fastsatte standarder er veiledende og ikke obligatoriske (Helsedirektoratet, 2011). Det blir dermed opp til virksomheter og leverandører å prioritere bestilling, utvikling og implementering av disse. Konsekvenser av dette kan være at leverandørene prioriterer endringsønsker fra store prosjekter/kunder, gjerne basert på deres betalingsvilje, fremfor fra mange små legekontorer som ikke har en samlet og dermed like tung kundekraft (Helsedirektoratet, 2012).

Det kan også være at legekantorene ikke har gode nok verktøy til å stille krav til leverandører (Helsedirektoratet, 2010c). For å møte dette er det satt i gang arbeid rundt en forskrift som vil pålegge virksomhetene bruk av standardiserte og sertifiserte løsninger. Kravene i forskriften vil rette seg mot virksomheter som har ansvar for å følge opp disse ovenfor leverandørene. For å lette dette arbeidet og påse at systemene faktisk følger standarder skal det etableres en sertifiseringsordning der systemene kvalitetssikres i forhold til de standardiseringskravene som gjelder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Legekantorene kan slikt sett kreve at leverandørene leverer et sertifisert system til dem. Det kan derfor tenkes at en nasjonal sertifiseringsordning letter arbeidet for legekantorene i forhold til å påse at deres systemer faktisk oppfyller standardene.

Implementering

Funnene viser at dagens funksjonalitet rundt oppkobling til nye kommunikasjonsparter var en utfordring. Løsningen var komplisert og oppkobling innebar en tidkrevende prosess som lett kunne føre til feil. Funnet kan tyde på at informantene ikke følger rutineene rundt oppkobling som er beskrevet i Norsk Helsenett sin veileder (Norsk Helsenett SF, 2010). Denne beskriver at ved kontinuerlig oppdatering av adresseinformasjon i NHN-Adresseregister kan oppkoblingen mot nye kommunikasjonsparter gjøres enklere fordi at man slipper å ta kontakt med hver enkelt virksomhet. Det vil slikt sett spare disse for mye tid. Erfaringer fra Meldingsløftet viste at manuell oppdatering av NHN-Adresseregister ikke ble fulgt opp (Helsedirektoratet, 2012) og OSEAN-prosjektet ble iverksatt for å utvikle en automatisert løsning. På tidspunktet for intervjuene i 2011 var denne integrasjonen fortsatt ikke implementert i legekantorenes EPJ-systemer. I følge Norsk Helsenett var utfordringen i OSEAN-prosjektet at selv om legekantorleverandørene utviklet integrasjonen i sine løsninger, så kunne ikke denne tas i bruk før sykehusene kunne motta meldinger adressert med HER-id

(e-post fra Norsk Helsenett, 15. april 2013). Funnene viser på denne måten at utvikling og implementering av nødvendig funksjonalitet i IKT-systemer hos legekantorene er avhengig av samtidighet hos deres samhandlingsaktører (Hesledirektoratet, 2011b). I Meld. St. 9 «Én innbygger – én journal» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) adresseres utfordringene med IKT-utviklingen i sektoren der mange selvstendige aktører foretar prioriteringer utfra egne behov og målsettinger. Det kan slikt sett tenkes at helseforetakene prioriterte interne prosesser fremfor å utvikle løsninger for samhandling med legekantorene. På den annen side kan det også være at legekantorene ikke opptrer som en samlet og sterk nok aktør til at deres behov blir prioritert.

Oppsummering anbefaling

Oppsummert kan en si at det er behov for forbedringer i systemene rundt elektronisk meldingsutveksling hos legekantorene slik at disse ivaretar nasjonale standarder og inneholder nødvendig funksjonalitet. Samtidig er dette er avhengig av prioritering hos deres samhandlingsaktører og leverandører fordi nødvendig funksjonalitet må implementeres på samme tid hos partene.

I kommunesektoren er det etablert et organ ved navn KommIT som skal samordne kommunene ovenfor staten og andre aktører samt ivareta en god bestillerrolle på vegne av disse ovenfor leverandører (Kommunenes Sentralforbund, 2012). Det kunne vært hensiktsmessig om legekantorene etablerte et tilsvarende initiativ som ivaretok deres interesser rundt innholdet i IKT-systemene. Et slikt organ kan påta seg en veileder eller bestiller-rolle på vegne av legekantorene og bidra til at krav rettet mot systemleverandører blir formidlet og etterlevd. Et slikt organ vil også fremstå som en tyngre aktør ovenfor samhandlingsaktører slik som helseregionene og kommunene og bidra til at legekantorenes interesser innen elektronisk samhandling blir prioritert hos disse.

Ved å bruke DeLone & McLean sin modell for IS-suksess (2003) kan tiltak rundt bedre funksjonalitet og standardisering av IKT-systemene medføre færre feilsituasjoner og bedre opplevelse av systemkvaliteten. Dette kan øke intensjon om bruk/bruk og brukertilfredsheten som igjen fører til flere gevinster rundt elektronisk meldingsutveksling.

4.2.3 Metodekritikk

I denne undersøkelsen benyttet vi kvalitativ metode for å undersøke helsepersonells erfaringer med feilsituasjoner og brukerstøtte rundt elektronisk meldingsutveksling. Datainnsamlingen foregikk i form av individuelle telefonintervjuer med helsepersonell ved fem ulike legekantor.

Det er viktig å stille seg spørsmålet rundt relevansen av dataene. Fikk vi svar på det vi ønsket å utforske? Utvalget i undersøkelsen er lite men samtidig hadde informantene god kjennskap til problemstillingen vi ønsket å belyse og mange erfaringer og synspunkter knyttet til denne både på eget legekantor, fra sykehussiden og hos andre legekantorer. Slik sett opplevde vi å få relevante data i forhold til problemstillingen.

I rekrutteringsprosessen forsøkte vi å få tak i informanter med ulik interesse for elektronisk meldingsutveksling, men utvalget viste seg å bli ganske homogen og det kan ha påvirket resultatene. På en annen side snakket informantene mye på vegne av helsepersonell som de opplevde at var mindre interessert og kompetent enn dem selv og dette kan ha gjort svarene mer generaliserbare enn om de kun hadde snakket på vegne av seg selv. I tillegg er mange funn bekreftet av tidligere erfaringer, rapporter og undersøkelser. Undersøkelsen gir ny innsikt, men det vil være interessant å gjøre nye undersøkelser for å kartlegge en større gruppes erfaringer.

4.2.4 Konklusjon og videre arbeid

Med bakgrunn i resultatene fra denne undersøkelsen kan det være hensiktsmessig at flere små legekantorer samlokaliseres for å ivareta en bedre brukerstøtte internt. Slik kan de få økt tilgang til ressurser og kompetanse rundt bruk av systemene til elektronisk meldingsutveksling og til å følge opp rutiner for brukerstøtte og feilhåndtering som må ivaretas lokalt. Når det gjelder kontakten opp mot brukerstøtte hos eksterne aktører kan det være en fordel om det ble etablert en egen brukerstøtteorganisasjon for legekantorer i én kommune/flere kommuner eller en region. På denne måten kan IT-kontaktene i større grad forholde seg til personer som er kjent med deres systemer og arbeidsprosesser og overlate koordineringen av feilsituasjoner til disse. Tiltakene kan bidra til raskere og bedre feilhåndtering og øke servicekvaliteten for legekantorene.

Når det gjelder kvaliteten på systemene rundt elektronisk meldingsutveksling kan det være hensiktsmessig at det etableres et organ som ivaretar legekantorenes interesser rundt innholdet i IKT-systemene. Et slikt organ kan påta seg en veileder eller bestiller-rolle på vegne av legekantorene og bidra til at krav rettet mot systemleverandører blir formidlet og etterlevd. De vil da også fremstå som en tyngre aktør ovenfor samhandlingsaktører og bidra til at legekantorenes interesser innen elektronisk samhandling blir prioritert hos disse.

Undersøkelsen gir et innblikk i helsepersonells erfaringer rundt feilsituasjoner og brukerstøtte og omfatter et lite utvalg informanter. For å få økt kunnskapsgrunnlag om feltet bør dette følges opp med kvantitative målinger, eks spørreundersøkelser, av flere brukere. Videre kan faktisk systembruk og antall og type feil som er meldt til ulike brukerstøtter kartlegges og sammenlignes med informantenes opplevelser av tilsvarende for å vise om det er en relasjon mellom opplevelser og faktisk bruk.

Litteraturliste

Aanestad, M. & Olaussen, I. (red.), 2010. *IKT og samhandling i helsesektoren. Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon?*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Askevold, A., 2011. «Adressering av meldinger». *Elin-k erfaringskonferanse*. 14. og 15. februar 2011. URL: http://www.kith.no/upload/6331/annebeth_askevold-2.pdf [Funnet 11 April 2013].

Berg, M., 2004. *Health Information Management. Integrating information technology in health care work*. London: Routledge.

DeLone, W. & McLean, E. R., 2003. "The DeLone and McLean Model of Information Systems Success: A Ten-Year Update". *Journal of Management Information Systems*, 19:4, 9-30.

Helse Førde, 2012. «Vestlandsheftet. Veileder for utbredelse av elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og helseforetak på Vestlandet».

URL: http://helse-forde.no/fagfolk/samhandling/praksiskonsulentordninga_pko/Documents/2012/Vestlandsloeftet%20veiledningshefte.pdf

[Funnet 12 April 2013].

Helse Nord IKT, 2010. *Kartlegging av primærhelsetjenesten. Styrker og svakheter vedrørende drift av journalsystemer hos primærhelsetjenesten i Helse Nord RHF*.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2008. *Samspill 2.0*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. *St.mld. nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2012. *Meld. St. 9 (2012-2013). Én innbygger - én journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren..* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet, 2008. *Programdirektiv Nasjonalt meldingsløft 2008-2010*.

Helsedirektoratet, 2009. *Handlingsprogram Nasjonalt meldingsløft 2009-2010*. Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2010. *Programdirektiv Meldingsløftet i kommunene 2010-2011*. s.l.:s.n.

Helsedirektoratet, 2010b. *Sjekkliste for avvikling av papirmeldinger*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2010c. *"Det moderne IT-legekontor"*. Myndighetskoordinering., Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2011. *Krav til elektronisk meldingsutveksling*. Oslo: Styringsgruppen for Normen med støtte fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2011b. *Fra meldt behov til utbredelse av nye/endrede meldinger og nasjonale understøttende tjenester*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2011c. *www.normen.no*. [Internett]

URL: <http://www.helsedirektoratet.no/lover-regler/norm-for-informasjonnssikkerhet/Sider/default.aspx?SelectContentType=cton&Execute=Subscription>
[Funnet 13 April 2013].

Helsedirektoratet, 2011d. *Nasjonalt meldingsløft. Nyhetsbrev april 2011*. [Internett]

URL: <http://helsedirektoratet.no/it-helse/meldingsutveksling/Documents/Meldingsl%C3%B8ft-nyhetsbrev%20april%202011.pdf>
[Funnet 13 April 2013].

Helsedirektoratet, 2012. *Sluttrapport Nasjonalt meldingsløft*. Oslo.:Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2012b. *Norm for informasjonssikkerhet*. Oslo: Styringsgruppen for Normen med støtte fra Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2012c. *Brukerstøtte for elektronisk meldingsutveksling. Nasjonalt meldingsløft*, Oslo: Helsedirektoratet.

Holden, R. J., 2011. "What stands in the way of technology-mediated patient safety improvements? A study of facilitators and barriers to physicians' use of electronic health records". *J. Patient Saf.*, 7:4, 193-203.

Kommunenes Sentralforbund, 2012. *Styringsdokument for KommIT*. [Internett]

URL: <http://www.ks.no/PageFiles/29578/Styringsdokument%20for%20KommIT%20%20Endelig.pdf>
[Funnet 13 April 2013]

Malterud, K., 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Melby, L. & Hellesø, R., 2008. *Elektronisk samhandling på tvers av helsetjenesten: erfaringer fra fyrtårnprosjektene*, Trondheim: Norsk senter for pasientjournal og NTNU.

Nilsen, L., 2004. «Digital steinalder i Oslo-området». *Dagens Medisin*. April [Internett]

URL: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/digital-steinalder-i-oslo-området-rontgenbilder-med-drosje/>
[Funnet 15 April 2013].

Norsk Helsenett SF, 2010. *Adresseregisteret. Veiledning for private virksomheteres vedlikehold i Adresseregisteret*. [Internett]

URL: <http://www.nhn.no/tjenester/Adresseregister/Bruksveiledning-private.pdf>
[Funnet 14 April]

Pedersen, O. S., 2006. *Analyse av innføring av eResept hos allmennlegen. Kvalitative og kvantitative undersøkelser blant allmennleger i Trondheim..* Masteroppgave. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Institutt for telematikk.

PwC, 2012. *Elektronisk meldingsutveksling i kommunene - kostnader og gevinster.* Kommunenes Sentralforbund.

Schreurs, N., 2011. «Dårlig opplæring i ny teknologi. Trenger bedre grensesnitt». *Computerworld*. 14. juni. [Internett]
URL: <http://www.idg.no/computerworld/helse/article210829.ece?curPage=2>
[Funnet 12 April 2013].

Shachak, A. et al., 2011. Understanding end-user support for health information technology: a theoretical framwork. *Informatics in Primary Care*, 19:3, 69-72.

Sosial- og Helsedepartementet, 2001. "Si @!". *Elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Sosial- og Helsedepartementet.

Wikbo, L., 2011. «Elektronisk meldingsutveksling. Anbefalinger for sikker drift». *Fastlegenytt fra UNN*, Nr. 8. [Internett]
URL: <http://www.unn.no/fastlegenytt/elektronisk-meldingsutveksling-anbefalinger-for-sikker-drift-article88680-24459.html>
[Funnet 13 April 2013].

Brudvik, M., 2010. «Fiskebeinsdiagram». *Helsebiblioteket*. 23. september. [Internett]
Available at: <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/verkt%C3%B8y/fiskebeinsdiagram>
[Funnet 7 Mars 2013].

Åsli, H., 2011. «Pasientsikkerhetskonferansen i Bodø. – det var ren flaks». *Helse Nord*. 29. september. [Internett]
Available at: <http://www.helse-nord.no/aktuelt/det-var-ren-flaks-article88166-19948.html>
[Funnet 14 April 2013].

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta på intervju i forbindelse med masteroppgave

Jeg er masterstudent i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven.

Formål og metode

Temaet for oppgaven er brukerstøtte rundt elektronisk meldingsutveksling. Med brukerstøtte menes det stedet man tar kontakt for å melde feil, endringsønsker, ønske om veiledning o.l i forhold til elektroniske meldinger man sender til/mottar fra en annen aktør i helsesektoren (eks. at en legekantor sender en henvisning til et helseforetak eller pleie-og omsorgstjenesten som sender en melding til legekantor). Jeg skal undersøke hvordan brukere og leverandører opplever at slik brukerstøtte fungerer. Oppgaven er avgrenset til å gjelde elektroniske meldinger som er del av Nasjonalt meldingsløft. Jeg har vedlagt en oversikt over disse.

For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervjuer rundt 30 personer hvorav ca halvparten er brukere av brukerstøtte (eks. brukere i kommunen, ved legekantor, legevakt, helsestasjon osv) og halvparten leverandører av brukerstøtte (eks. Norsk helsenett, leverandør av fagsystem, NAV, HELFO osv).

Spørsmålene vil bla. dreie seg om hva slags type hjelp man trenger ift elektronisk meldingsutveksling, hvem man tar kontakt med for å få denne hjelpen, hvordan man opplever den støtten som gis, hvordan henvendelsen følges opp osv.

Intervjuet vil foregå over telefon og jeg vil bruke båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta fra 30-60 minutter, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Prosjekt Brukerstøtte – del av Nasjonalt meldingsløft

I tillegg til å skrive masteroppgave om dette emnet er undertegnede del av prosjekt Brukerstøtte som ligger under Nasjonalt meldingsløft. Intervjuene er del av en kartlegging i dette prosjektet og skal danne grunnlag for å anbefale en helhetlig modell for brukerstøtte ift elektronisk samhandling. I første omgang er dette avgrenset til å gjelde elektroniske meldingsutveksling og meldinger som er del av Nasjonalt meldingsløft.

Lagring, bruk og sletting av data

Dataene som samles opp, inkludert båndopptak og notater vil bli oppbevart i et låst skap i Helsedirektoratet og kun personer som er del av prosjekt Brukerstøtte vil ha tilgang til disse. Undertegnedes veileder vil også få tilgang til opplysningene ved behov for rettleiding ift oppgaveskriving. Etter transkribering av båndopptak vil opptakene og notater slettes, dette senest innen juni 2013. Transkribering innebærer anonymisering av opptaket slik at ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i disse og i den ferdige masteroppgaven.

Forespørsel om deltagelse

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg i forkant av transkriberingen (og anonymisering) av intervjuet, vil opptaket og notater om deg bli slettet.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du svarer meg tilbake på e-posten jeg har sendt deg (med dette informasjonsskrivet) og skriver at du samtykker i å delta, i forkant av intervjuet.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på xx xx xx xx, eller sende en e-post til nasrin.jamedari@helsedir.no. Du kan også kontakte min veileder Jan Frich ved institutt for helseledelse og helseøkonomi på telefonnummer 23 07 53 08 eller e-post jancf@medisin.uio.no.

Studien er meldt til personvernombudet i Helsedirektoratet.

Med vennlig hilsen

Nasrin Amele Jamedari

Vedlegg 2

E-post med utvalgsriterier til regionale prosjektledere i Nasjonalt meldingsløft.

Hei!

Prosjekt Brukerstøtte er et nytt delprosjekt i regi av Nasjonalt meldingsløft.

Formålet med prosjektet er å utarbeide forslag til en helhetlig modell for brukerstøtte ved elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Prosjektet skal ikke etablere en brukerstøtte, men foreslå hvordan helhetlig brukerstøtte skal organiseres, og beskrive ansvar og roller for håndtering og oppfølging av henvendelser til brukerstøtten. Forslagene skal være leverandøruavhengig.

Prosjektet er avgrenset til å gjelde brukerstøtte knyttet til elektronisk samhandling, i første omgang elektronisk meldingsutveksling. Man skal ikke se på brukerstøtte knyttet til konkrete systemfeil i fag- og journalsystem, eller andre IT-system i virksomheten.

I forbindelse med dette arbeidet ønsker vi å gjøre en kartlegging av dagens brukerstøtte og hvordan ansvarsfordelingen er ved håndtering av henvendelser:

- *Identifisere hvilke typer feil og endringsønsker som forekommer i forbindelse med elektronisk samhandling*
- *Hvilke type system dreier det seg om, og til hvilken leverandør eller aktør går henvendelsen til ved feil/endringsønsker (hvor henvender brukeren seg)?*
- *Hvor henvender brukeren seg for å få brukerstøtte og hvordan oppleves denne hjelpen?*
- *Hvordan håndteres henvendelsene i dag internt i brukerstøtte-organisasjonen og eksternt mot andre leverandører?*
- *Kostnader knyttet til brukerstøtte?*
- *Hva er brukernes forventninger til brukerstøtte, og hvordan ser de for seg at brukerstøtten kan organiseres.*

Vi vil gjennomføre intervjuer av både brukere og leverandører av brukerstøtte. Intervjuene vil foregå over telefon og vare ca. 30 minutter (maksimum en time). For å få tak i de rette intervjuobjektene ønsker vi å høre om dere kan hjelpe oss med å oppnevne noen aktuelle kandidater.

Utvalgsriterier

- *Legekontorene må kunne sende/motta elektroniske meldinger som er del av Nasjonalt meldingsløft*
- *Graden av IT interesse bør være ulikt hos intervjuobjektene*

- I regioner der det finnes legekontorer med sentral brukerstøtte ønsker vi både å snakke med noen med og noen uten en slik brukerstøtte- ordning.

Kompensasjon til leger ved legekantor

Dersom deltagelse i intervju medfører tapt arbeidsfortjeneste vil dette bli kompensert (maks en time).

Masteroppgave

Undertegnede tar mastergrad i helseadministrasjon ved Universitetet i Oslo og skal i den forbindelse skrive masteroppgave om denne kartleggingen. Intervjuobjektene vil få mer informasjon og kan om de ønsker bli inkludert oppgaven i tillegg til prosjektet.

Med vennlig hilsen

Nasrin Amele Jamedari

Vedlegg 3

Intervjuguide bruker av brukerstøtte

Med brukerstøtte mener vi det stedet, evt den personen man tar kontakt med for å få hjelp til å løse feil, melde endringsønsker og få veiledning ift elektronisk meldingsutveksling.

1. Hvilket fagsystem bruker dere på legekantoret/helsestasjonen/legevakten/sykehjemmet/osv?
2. Hvilke meldinger sender dere i dag og hvilke mottar dere?
3. Hva slags driftsløsning har dere i dag? *Eks. har egen server, kjøper driftsløsning fra kommunen/interkommunalt samarbeid, kjøper av andre*
4. Ved oppgraderinger/nye versjoner; gjør dere dette selv eller er det eksterne som hjelper med dette? Hvem i så fall?
5. Hvilke typer feil og endringsønsker forekommer i forbindelse med elektronisk meldingsutveksling? Hvor ofte oppstår disse? Når på døgnet?
6. Ser du for deg at det vil komme behov for å få brukerstøtte på andre tider av døgnet enn det som er nå? *Eks ved innføring av nye meldingstyper.*
7. Hvor henvender du deg hvis du trenger veiledning/lurer på noe ift elektronisk meldingsutveksling? Hvor ofte? Når på døgnet? *Eks. hvordan bruker jeg meldingene, hvordan fornyer jeg sertifikatet mitt, hvordan vet jeg at meldingen er kommet frem osv*
8. Er det alltid tydelig for deg som bruker hvor i systemet feilen ligger (om det er teknisk, brukerfeil eller andre ting)?
9. Hvor henvender du deg når det oppstår feil eller du har endringsønsker? Hvor lang tid opplever du at det tar før feil blir rettet/endringsønsker blir behandlet? Hvordan opplever du at meldte feil/endringsønsker blir håndtert?
10. Hvordan henvender du deg: telefon, faks, mail osv.
11. Er det alltid tydelig for deg hvem du skal kontakte?
12. Hvem følger opp henvendelsen hvis den ikke blir løst der og da?
13. Har dere hatt problemer med å komme i kontakt med brukerstøtte vedrørende problemer eller avvik?
14. Hender det at du går ”omveier” for å få utvekslet informasjon hvis elektronisk meldingsutveksling ikke fungerer? Eks ringer/bruker faks osv.
15. Hvilke kostnader har dere knyttet til brukerstøtte?
16. Hva er forventninger til brukerstøtte, og hvordan ser dere for dere at brukerstøtten kan organiseres?

Vedlegg 4

Oversikt over elektroniske meldinger til og fra legekantor. Ikke alle meldinger er i bruk i dag.

Gruppe	Melding
Basismeldinger	Henvisninger Epikriser Rekvisisjoner Medisinsk biokjemi Svar Medisinsk biokjemi Rekvisisjon Patologi Svar Rekvisisjon Patologi Rekvisisjon Immunologi Svar Immunologi Rekvisisjon Mikrobiologi Svar Mikrobiologi Rekvisisjon Radiologi Svar Radiologi
Pleie- og omsorgsmeldinger – Elin-k fase 1	Orientering om tjenestetilbud fra kommunen <ul style="list-style-type: none"> • Forespørsel om hvilke tjenester pasienten mottar • Orientering om tjenestetilbud fra kommunen Helseopplysninger til lege <ul style="list-style-type: none"> • Forespørsel, vurdering eller orientering fra PLO til lege Medisinske opplysninger <ul style="list-style-type: none"> • Forespørsel om utlevering av helseopplysninger fra saksbehandler • Medisinske opplysninger Overføring av legemiddelopplysninger <ul style="list-style-type: none"> • Forespørsel om oppdaterte legemiddelopplysninger • Legemiddelopplysninger Fornyng av resept <ul style="list-style-type: none"> • Forespørsel om fornyng av resept • Svar på forespørsel om fornyng av resept Forespørsel om time og svar på time <ul style="list-style-type: none"> • Forespørsel om time • Svar på forespørsel om time Forespørsel, svar på forespørsel og avvik Orientering om dødsfall
NAV og HELFO meldinger	Legeerklæring ved arbeidsuførhet Legeoppgjørmelding Vurdering av arbeidsmulighet/sykemelding