

Innføring av elektronisk samhandling i det norske
helsevesenet og erfaringer knyttet til overgangen fra
faks til elektroniske meldinger i primær- og
spesialisthelsetjenesten.

Samhandling i helsevesenet på nye veier, uten faks og taxi.

Marte Rønningen



Masteroppgave i statsvitenskap
Institutt for statsvitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2015

Innføring av elektronisk samhandling i det norske helsevesenet de siste ti årene og erfaringer knyttet til overgangen fra faks til elektroniske meldinger i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Samhandling på nye veier- uten faks og taxi.

© Marte Rønningen

2015

Innføring av elektronisk samhandling i det norske helsevesenet de siste ti årene og erfaringer knyttet til overgangen fra faks til elektroniske meldinger i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Marte Rønningen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Grette

IV

Sammendrag

Denne studien har ønsket å forklare og beskrive prosessen med å innføre elektroniske løsninger i helsesektoren de siste ti årene og satt fokus på erfaringer kommune og sykehus har hatt med elektroniske meldinger. Den første problemstillingen tar utgangspunkt i å si noe om selve prosessen med å iverksette elektroniske løsninger, mens problemstilling to vil si noe om effektene en møter etter at elektronisk meldinger har blitt iverksatt i fire utvalgte kommuner og ett sykehus. Det organisatoriske rammeverket har vært det strukturell-instrumentelle og kulturelle perspektivet. Gjennom disse teoriene har jeg analysert funnene i denne besvarelsen, der både strukturelle og kulturelle trekk gjorde seg gjeldende.

De strukturelle rammene i helsevesenet har vært en barriere for å innføre elektroniske samhandling. Av strukturelle hindringer peker studien på ulike forvaltningsnivå, målsetninger og ulike oppgaver i sektoren. Siden kommunehelsetjenesten og sykehuset har forskjellig styringslinjer, eierskap og overordnet ledelse har det vært vanskelig å få til bruk av, og enhetlig nasjonal praksis på, elektroniske kommunikasjon. Den enkelte kommune har hatt stor individuell frihet til å utvikle egne elektroniske løsninger, noe som har vært en hindring for elektronisk samhandling også mellom kommunene. Sykehuset som alltid har stått nærmere statlige føringer og krav kom tidligere i gang med å innføre elektroniske løsninger. De lov- og forskriftskrav til bl.a. effektivitet som kom ved innføringen av Samhandlingsreformen (2012) endret betingelsene og de strukturelle rammene for samhandling mellom aktørene. De strukturelle rammene spilte også en vesentlig betydning for erfaringer knyttet til de elektroniske meldingene, hvor aktørene la vekt på at informasjonen ikke alltid oppfylte informasjonsbehovet, at kvaliteten var for dårlig og at manglende standardisering medførte redusert brukervennlighet. Studien peker også på at innføringen av elektroniske meldinger har ført til fravær av formell kontakt, noe som er en endring i struktur for samhandling.

I lys av det kulturelle perspektivet er sti-avhengighet og passenhetslogikk sentrale faktorer for å forklare utvikling og effekter av elektroniske løsninger. Det konkluderes med at sykehusenes tradisjonelle nærhet til statlige føringer og krav medførte at det på sykehusene utviklet seg holdninger og verdier hvor rask innføring av ikke bare statlige pålegg, men også statlige føringer, står sterkt. I kommunehelsetjenesten har derimot selvråderetten stått sterkt, noe som har skapt normer og verdier om vern av de uformelle lokaltilpassede løsningene fremfor å etterkomme nasjonale planer. Når de kommunale aktørene i denne studien likevel har tatt i bruk elektroniske løsninger kan dette ha sin forklaring i at de sene formelle krav fra

staten tillot kommunehelsetjenesten å utvikle egne uformelle normer og verdier om at elektroniske samhandling var effektivt og bra. Erfaringer knyttet til de elektroniske meldinger kan også forklares ut fra et kulturelt perspektiv. Aktørene var godt fornøyde med overgangen til elektroniske meldinger, noe som indikerer at det er et stort samsvar mellom de nye og det gamle. Det at aktørene forteller at det var noe motstand tyder likevel på at det var et visst kulturelt brudd. Studien pekte på funn som at de elektroniske meldingene ikke tilfredsstiller kvalitet- og informasjonskravet til aktørene.

Forord

Denne masteroppgaven markerer slutten på en flott studietid, både ved Høyskolen i Sør-Trøndelag, Norges teknisk- naturvitenskapelige Universitet og Universitet i Oslo. Det har vært 5 fine år som representerer en fin studietid, mange nye gode venner og erfaringer jeg ikke ville vært foruten. De 5 årene har gått utrolig fort. I forbindelse med denne masteroppgaven er det mange som fortjener en takk og som jeg har satt stor pris på i denne perioden.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Tom Christensen for oppmuntrende ord, raske tilbakemeldinger, gode råd og faglige innspill. Takk til informantene som tok seg tid til å være med i undersøkelsen. Uten dere hadde ikke denne oppgaven blitt det samme. Dere har bidratt med verdifullt datamateriell og et innblikk i helsesektoren som ikke kommer frem gjennom offentlige dokumenter.

Det er med stor glede det endelige produktet foreligger. Jeg vil derfor takke mine foreldre og bonusforeldre for støttende telefonsamtaler, korrekturlesing og at dere alltid tror på meg. Jeg vil også takke min kjære, som har vært støttende i arbeidet med masteroppgaven. Du har vært en god samtalepartner og veldig forståelsesfull. Sist, men ikke minst, vil jeg takke gode venner for at dere har lest korrektur på enkelte kapitler.

Forfatter tar det hele og fulle ansvaret for innholdet i denne masteroppgaven.

Marte Rønningen

Oslo, 23.mai 2015

Antall ord: 36317

Innholdsfortegnelse

Samhandling på nye veier, uten faks og taxi.....	III
Sammendrag.....	V
Forord.....	VIII
Innholdsfortegnelse	X
1 Innledning	1
1.1 Tema og bakgrunn	1
1.2 Hvorfor studere elektronisk samhandling i helsesektoren?.....	3
1.3 Avgrensing av oppgaven	4
1.4 Teori og metodisk utgangspunkt	6
1.5 Oppgavens videre oppbygning	8
2 Teoretisk rammeverk og metode	10
2.1 Teoretiske innfallsvinkler	10
2.2 Instrumentelt perspektiv: hovedtrekk	10
2.2.1 Rasjonalitet og formell struktur.....	12
2.2.2 En hierarkisk og en forhandlingsvariant	13
2.2.3 Handlingslogikk	14
2.2.4 Hvordan kan det instrumentelle perspektivet anvendes i denne oppgaven?	16
2.2.5 Forventninger ut fra et strukturelt-instrumentelt perspektiv	16
2.3 Det kulturelle perspektivet.....	18
2.3.1 Normativ institusjonalisme	20
2.3.2 Historisk intitusjonalisme.....	21
2.3.3 Hvordan kan det kulturelle perspektivet anvendes i denne oppgaven?.....	22
2.3.4 Kulturelle forventninger	23
2.4 Metode	24
2.4.1 Om metodevalg	24
2.5 Casestudie som strategi	25
2.5.1 Valg av enheter.....	26
2.6 Intervju som forskningsstrategi	27
2.6.1 Hvorfor intervju?.....	28
2.6.2 Valg av informanter.....	29

2.7	Andre metoder: Dokumentstudier	30
2.8	Validitet	31
2.9	Reliabilitet	32
3	Historisk kontekst	34
3.1	Historisk utvikling	34
3.1.1	Tidligere forskning på samhandling i helsesektoren	34
3.2	Forholdet mellom stat og kommune	35
3.3	Nasjonale strategier	37
3.3.1	Mer helse for hver bIT (1997-2000).....	37
3.3.2	Si@! (2001-2003).....	38
3.3.3	Evaluering av handlingsplanen Si@!	38
3.3.4	S@mspill 2007 (2004-2007)	39
3.3.5	Midtveisevaluering av S@mspill 2007	40
3.3.6	Samspill 2.0 (2008-2013).....	41
3.3.7	Riksrevisjonens rapport 2008.....	41
3.4	Samhandlingsreformen	43
3.4.1	Hovedtrekk i reformen	44
3.4.2	Tiltak	45
3.4.3	Relevante forskrifter og lover.....	46
3.5	Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger	48
3.5.1	Forskning på elektroniske meldinger	48
3.5.2	Hva er elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger.....	50
3.6	Fra politiske tanker til faktisk iverksetting	51
3.6.1	Elin- K.....	51
3.6.2	Nasjonalt meldingsløft	52
3.6.3	Meldingsutbredelse	52
3.6.4	Kommunal utbredelse	53
3.7	Utfordringer med elektronisk samhandling og meldingsutveksling i helsesektoren. 54	
3.7.1	Aktørmangfold	54
3.7.2	Kompetanse	55
3.7.3	Teknologi for seg og sitt.....	55
3.7.4	Anskaffelse av IKT-systemer.....	56
3.7.5	Dyrebare dobbeltrutiner	57

4	Elektronisk samhandling og meldingsutveksling- funn fra intervjuer	58
4.1	Tilrettelegger dagens helsestruktur for elektronisk samhandling?	58
4.2	Målsetninger	59
4.3	Innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger	62
4.3.1	Syn på elektronisk meldingsutveksling	63
4.3.2	Endret kommunikasjonsform	64
4.3.3	Økonomisk incentiv	66
4.3.4	Hva skal formidles i de elektroniske PLO meldingene?	68
4.3.5	Kvalitet	69
4.3.6	Språk.....	70
4.4	Utfordringer	70
4.4.1	Type omsorgsnivå	70
4.4.2	Bestiller tjenester fremfor å beskrive funksjon	71
4.4.3	Hjem er ingenting	73
4.4.4	Kompetanse	74
4.4.5	Doble rutiner	75
5	Analyse	76
5.1	Innledning	76
5.2	Utvikling i prosessen med elektronisk samhandling i helsesektoren	77
5.2.1	En instrumentell analyse av prosessen	77
5.2.2	En kulturell analyse av prosessen.....	80
5.3	Effektene av elektroniske meldinger	83
5.3.1	En instrumentell analyse av effektene.....	83
5.3.2	En kulturell analyse av effektene	87
5.3.3	Instrumentalitet og møte med kultur	90
6	Konklusjon	93
6.1	Avslutning	93
	Litteraturliste.....	99
	Vedlegg	104

1 Innledning

1.1 Tema og bakgrunn

Media har fremstilt et steinalderbilde av det norske helsevesenet. Episoder fremlegges hvor røntgenbilder har blitt sendt i taxi, eller brent på cd og sendt per post mellom aktørene i sektoren. Avisoverskrifter som; "*Nektes Internett- må ta taxi*" (Hagen 2008), "*IKT-Norge slakter datakaoset på sykehusene*" (Lundh og Andersen 2010) og "*Faks rår fortsatt innen helse*" (Rossen 2014), preger dagsorden. Det at enhetene i helsesektoren skal samhandle elektronisk er imidlertid ikke en ny målsetning eller et nytt satsingsfelt, selv om mediene presenterer et bilde og en oppfatning om at IKT er totalt fraværende i helsesektoren. I dag er det vanlig å digitalisere arbeidsprosesser, og helsesektoren er ikke et unntak. Siden slutten av 1990-tallet har myndighetene underbygd viktigheten av å ta i bruk elektronisk kommunikasjon i helsevesenet. I 2008 kom en rapport ut angående utviklingen av IKT i helsesektoren. I rapporten konkluderes det med at helsesektoren ligger langt bak egne målsetninger og at det har manglet på nasjonal styring i sektoren. Det trekkes også frem at selv om de digitale løsningene har begynt å bli iverksatt i sektoren, sitter fremdeles aktører med analoge papirbaserte pasientjournaler/meldinger (Riksrevisjonen 2008).

Alle sitter med forventninger til hvordan møte med det offentlige helsevesen skal og bør være. Blant annet er det viktig at det skal være god kvalitet uavhengig av hvem som leverer tjenestene, kort kø, helhetlig, at informasjonen skal foreligge til rett tid og at overgangen mellom nivåene skal være sammenhengende. Sistnevnte, sømløs overgang mellom nivåene, har vært utsatt for mye kritikk og blitt opplevd som en merbelastning for brukere og pårørende. Spesielt belastende har dette vært for pasienter med kroniske sykdommer og som veksler mye mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Myndighetene har siden 1997 lagt vekt på viktigheten av å innføre elektroniske løsninger i sektoren, for å møte befolkningens forventninger og krav. Det fulle potensiale av elektronisk samhandling vil imidlertid ikke kunne høstes før alle aktørene har fått komplette og helelektroniske løsninger. Målet til Riksrevisjonen var opprinnelig at alle aktører i det norske helsevesenet skulle kunne samhandle elektroniske innen utgangen av 2014 (Riksrevisjonen 2014). I 2015 var nesten målet nådd, da det kun var 5 kommuner som manglet i den elektroniske kommunikasjonen per 01.januar 2015 (Tuang-Nybekk 2015, e-post). Hvordan statusen er mellom fastleger og helsesektoren forøvrig er ikke tatt i betraktning, siden det i denne oppgaven fokuseres på samhandlingen mellom Ahus og fire omliggende kommuner.

Hvis en sammenligner helsesektoren med andre offentlige etater, vil den komme til kort. Selv om de nå er i ferd med å bli helelektroniske i samhandlingen med hverandre, ligger aktørene langt bak tidsmessig. I andre offentlige etater har elektronisk samhandling vært dagligdags i mange år. Enkelte fremholder at helsepersonellet har teknologiangst og at utviklingen av elektronisk kommunikasjon har blitt bremsset som følge av det. Det er begrenset hvor mye enkeltpersoner som er motstandere av utviklingen kan bremse den. Kanskje det er nettopp helsesektorens grunnverdi for samfunnet som har bremsset utviklingen i seg selv? Eller kanskje de katastrofale konsekvensene av å legge menneskelige liv i hånda på et fagsystem har gjort at det utføres ekstra forsiktighet? Det er mange spørsmål som kan aktualisere nysgjerrigheten om hvorfor det har tatt tid å innføre elektroniske løsninger i helsesektoren, og hvordan prosessen og utviklingen har vært frem mot elektroniske løsninger.

Problemstillingen i denne oppgaven er todelt og søker å beskrive og forklare både prosessen og utfordringene med å innføre elektronisk samhandling i helsesektoren. Med elektronisk samhandling menes informasjon som formidles fra et fagsystem til et annet, hvor aktørene interagerer med hverandre. Sentralt i å forklare dette står personene som til daglig jobber i helsesektoren, ved å formidle deres erfaringer rundt prosessen med elektronisk samhandling og de elektroniske meldingene. Problemstillingene som blir presentert under vil bli diskutert i lys av et strukturelt-instrumentelt og kulturelt perspektiv.

- 1) Hvordan har prosessen med elektronisk samhandling utviklet seg de siste ti årene?
- 2) Hvilke erfaringer har sykehus og kommuner hatt med overgangen fra faks til elektroniske meldinger? En case studie av Akershus Universitetssykehus og fire omliggende kommuner.

Det er ingen tvil om at myndighetene mener elektronisk dialog i helsevesenet kan bidra positivt i samhandlingen mellom nivåer og enheter. Den mest aktuelle meldingstypen i samhandlingen mellom sykehuset og bestillerkontoret er pleie- og omsorgsmeldinger. Denne meldingstypen blir ansett som et gunstig verktøy for å sikre rask informasjonsdeling og dokumentasjon i sektoren, og de muliggjør elektronisk dialog om pasienter, en dialog som tidligere har vært preget av faks og mye bruk av telefon eller å vente på telefon. Innføringen av IKT i helsevesenet skal sikre effektiv utnyttelse av ressursene i og gjøre helsevesenet bedre rustet til å møte utfordringene som ligger i fremtiden, hvor en større andel av befolkningen vil være eldre (reduert andel yrkesaktive) og at befolkningen generelt lever lengre (noe som vil gi flere med kroniske og sammensatte sykdommer). Før innføringen av elektroniske

meldinger, som ble innført på Ahus i 2011 og i de utvalgte kommuner i løpet av 2013, var all kommunikasjon og dokumentasjon papirbasert. Eksempelvis når en pasient ble innlagt ble det opprettet en papirbasert pleieplan og den fortløpende dokumentasjonen ble nedskrevet i et daglig notat for hver vakt. Innføringen av elektronisk pasientjournal og elektronisk kommunikasjon, mellom enhetene i helsesektoren, har endret måten å arbeide på innad i sektoren og endret betingelsene for samhandling mellom nivåer og enheter.

1.2 Hvorfor studere elektronisk samhandling i helsesektoren?

Både det samfunnsmessige og egeninteresse for fagfeltet har vært relevant for valg av masteroppgave. En relevant faktor for valg av masteroppgave har vært å forske på noe som anses som viktig i en samfunnskontekst. Noe som kan innebære at mange mennesker berøres av det valgte tema, eller at det kan være bidragsytende til å skape forståelse og forutse hendelser for fremtiden (King, Keohane, Verba 1994). Tema har også blitt valg på bakgrunn av personlige aspekter og av praktiske grunner. Problemstillingen som er stilt innledningsvis setter fokus på hva som er formålet med denne masteroppgaven og hva jeg tilslutt ønsker å finne svar på.

Elektronisk meldingsutveksling i helsevesenet handler om dialog, samarbeid, kommunikasjon, informasjonsflyt og samordning mellom enheter på forskjellig nivåer og på tvers av egen virksomhet. Behovet for e-kommunikasjon i helsevesenet må sees i sammenheng med samfunnsutviklingen; stadig flere offentlige og private organisasjoner digitaliserer arbeidsprosessene sine og nesten alle besitter en eller annen form for smarttelefon. Vi samtaler med mange offentlige etater gjennom nettet, deriblant: skatteetaten, NAV og utdanningssektoren. Det å kommunisere med helsesektoren elektronisk, har derimot latt vente på seg, og elektronisk flyt av informasjon fra en enhet til en annen er heller ikke en selvfølge. En episode som opptok meg var at bestemor i januar brakk armen (hun er bosatt i Nord-Norge). Hun dro straks til legevakten. Det ble påvist brudd og hun ble sendt videre til sykehuset for å få gips. Da hun kom fram måtte hun igjen ta de samme bildene som for noen timer tilbake var gjennomført hos en annen aktør i samme sektor. Det viste seg at det tok raskere tid å ta nye bilder enn å oversende bildene.

Mange stiller seg undrende til dette, inkludert meg selv. For meg og mange med meg er det en selvfølgelighet at alle kan samhandle elektronisk i dag. Det er imidlertid ikke

virkeligheten. Det er ingen tvil om at elektronisk kommunikasjon og mest mulig effektiv overgang mellom nivåene er noe som høster samfunnets interesse. Å forske på hvordan prosessen fram mot elektronisk dialog i helsesektoren har foregått, hvorfor den er som den er i dag og grunnene til dette kan bidra til å skape forståelse rundt en situasjon som mange stiller seg utenforstående til. Det er forventninger i befolkningen at man ikke lengre skal behøve å utføre samme arbeid flere ganger (noe som forøvrig er en merbelastning for pasienten også) eller at man for hver nye aktør en møter skal være nødt til å fortelle samme sykdomshistorie igjen. Med innføring av elektronisk pasientjournal blir alt liggende i pasientens journal, noe som gjør samhandlingen mer sømløs. Jeg mener at dette er et tema av samfunnsinteresse, ettersom elektronisk dialog kan bidra til å effektivisere sektoren, bedre samhandlingen og gi en mer flytende overgang mellom nivåene. Dette vil høste både samfunnet og enkeltmennesket store gevinster på sikt.

En annen årsak til valg av tema er egeninteresse for fagfeltet. Helsesektoren er noe som alltid har opptatt meg, fordi det er en sektor som er en viktig del av velferdssamfunnet. Det er et tema som opptar de fleste, hvilket innebærer at mange har en og annen formening om helsevesenet, både i positiv og negativ forstand. Det er liten tvil om at alle vil ha et best mulig helsevesen, men det er forskjellige meninger om veien dit. Det å gå over til elektronisk dialog vil blant annet forenkle borgerens interaksjon med det offentlige sykehus, tilgang til egen sykdomshistorikk og sykehus/kommunepersonellets tilgang til rett informasjon-til rett tid.

Et siste aspekt er de praktiske hensyn som har preget valg av problemstilling og forskningsspørsmål, hvorav den geografiske nærheten og tidsrammen gjorde seg gjeldende. Ettersom jeg er student ved Universitet i Oslo er studieobjektet mitt enheter som tilhører Helse Sør-Øst. Dette sikrer at jeg har en nærhet til kildene jeg skal bruke. Et annet praktisk hensyn er at det skal være mulig å besvare problemstillingene, hvilket som skal være mulig innenfor den tidsrammen som en har til rådighet ved skriving av masteroppgaven. På bakgrunn av dette er det foretatt intervjuer i et begrenset antall kommuner og ett sykehus.

1.3 Avgrensning av oppgaven

Som følge av begrenset med tid og ressurser har det vært nødvendig å avgrense oppgaven. Oppgaven er avgrenset til å gjelde den elektroniske samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, hvor primærhelsetjenesten brukes om kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten brukes om sykehuset. Dette innebærer at det ikke vil bli sett på den

elektroniske samhandlingen innad i spesialist- eller primærhelsetjenesten. Jeg vil når det skrives om elektronisk meldingsutveksling i oppgaven se på den konkrete elektroniske samhandlingen mellom Aurskog-Høland, Enebakk, Hurdal og Ski kommune mot Akershus universitetssykehus (heretter forkortet Ahus), og den interne opplevelsen av elektronisk meldingsutveksling. Basert på informantintervjuene vil oppgaven kunne si noe om hvilke erfaringer kommunene og sykehuset har hatt etter innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger. Respondentene vil bli spurt om hvordan innføringen av elektroniske meldinger har vært i deres enhet og for dem subjektivt. Det blir relevant å fremme hvordan endringene ble innført, hvilke gevinster og utfordringer som har gjort seg gjeldende, motstand og generelle holdninger til innføringen av elektroniske meldinger.

Oppgaven vil bygges opp ved at en først går igjennom det historiske forløpet til elektronisk samhandling generelt i sektoren, disse føringene er gjeldende for alle aktørene i helsesektoren. Deretter vil det bli lagt vekt på elektronisk meldingsutveksling (en form for elektronisk samhandling) og de utvalgte aktørene sine subjektive erfaringer knyttet til denne overgangen. Hvorfor falt valget på de konkrete kommunene og sykehuset? Ahus var det første sykehuset som tok i bruk elektroniske meldinger og de med lengst erfaring knyttet til elektronisk dialog. Det er naturlig å ha med den aktøren med lengst erfaring, fordi det er grunn til å anta at de har mest innsikt knyttet til overgangen fra faks til elektroniske meldinger. Kommunene representerer ulike regioner: Follo og Romerike. Jeg har valg å ikke inkludere Oslo, selv om kommunen er relevant i vurderingen, fordi bydelens forhold til samhandling allerede er behandlet i en masteroppgave fra så nylig som 2013. Ski og Enebakk (som administrativt) kommune inngår i Follo distrikt, Aurskog-Høland som inngår i nedre-Romerike og Hurdal som inngår i øvre-Romerike distrikt. Det innebærer at kommunene inngår i forskjellige distrikter, og tilhører Ahus på hver sin kant. Et annet poeng er at jeg ønsket kommuner med ulik befolkningsstørrelse (små, mellomstore og store kommuner). Befolkningsstørrelse ble valgt på bekostning av geografisk utstrekning.

Det er mulig å få mye informasjon ut av skriftlige dokumenter, men disse er skrevet av noen med en hensikt. For å få et riktig bilde av situasjonen i helsesektoren, hvorfor ikke samtale med dem som sitter med førstehåndskunnskap? Jeg har intervjuet ansatte i kommunen og sykehuset om deres opplevelse av IKT implementeringen og deres svar er innarbeidet i oppgaven og tatt med i min vurdering av den elektroniske samhandlingen og meldingsutvekslingen. Særlig er det interessant å se på om opplevd samhandling svarer til det som er den teoretisk vedtatt løsningen og opplevelsen. I intervjuene ønsker jeg å kartlegge

hvordan overgangen fra elektroniske meldinger har vært, hvordan de ble presentert for endringene og hva som er deres innstilling til de elektroniske meldingene. Har samhandlingen i helsesektoren blitt bedre etter innføringen av elektroniske meldinger? Hvordan opplever dere den daglige samhandling med sykehuset/kommunene? Hva fungerer bra og hva kunne vært enda bedre? Selv om det kunne vært relevant å trekke inn økonomisk kapasitet i oppgaven, ser jeg at tidsrammen og forskers kapasitet setter en stopper for det. Økonomisk posisjon kan ha innvirkning på hvordan en kommune eller et sykehus greier å iverksette nye tekniske endringer. Oppgaven vil forsøke å belyse hvilken kapasitet kommunene har for å tilby sykehjemsplasser og annen behandling til sine innbyggere, men vil ikke se på kommunens økonomiske situasjon. Får kommunen den informasjonen de behøver for å sikre at pasienten blir best mulig ivaretatt? Er kvaliteten på de elektroniske meldingene bedre enn i de papirbaserte meldingene? Er språket tilpasset en elektronisk dialog?

Fokuset i denne oppgaven er på dagens situasjon i helsevesenet (2014/2015), og situasjonen tidligere vil bare trekkes frem for å skape et sammenligningsgrunnlag der hvor det er nødvendig, klargjøre mine funn eller for øvrig benyttes til å belyse dagens situasjon. Personene som blir intervjuet jobber på bestillerkontoret i kommunen og på samhandlingsavdelingen på Ahus. Personer som arbeider på legekontorer eller sykepleiere på post har ikke blitt intervjuet. Selv om sykepleiere og leger har en viktig funksjon i form av dokumentasjonskrav og rapportering, er det hovedsakelig saksbehandlere som har den daglige kontakten med sykehuset. Det er også hovedårsaken til at samhandlingsavdelingen på Ahus og bestillerkontoret i kommunene falt som et naturlig valg, ettersom det er disse menneskene som til daglig arbeider med det og som antas å ha mest oversikt over dagens situasjon.

1.4 Teori og metodisk utgangspunkt

Teorien som blir brukt for å forklare og beskrive det empiriske materialet er det strukturell-instrumentelle og kulturelle perspektivet. Det strukturell-instrumentelle perspektivet vektlegger at organisasjoner er dannet for å løse ulike problemer og realisere fastsatte mål. Et problem kan eksempelvis være at pasienter opplever diskontinuitet i overgangen mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten, og en målsetning kan være at enhetene skal kunne samhandle elektronisk i helsevesenet innen utgangen av 2014. En organisasjon er et instrument for staten; et upersonlig system hvor menneskene er erstattelige og tilpasning til endring kan styres gjennom å ta i bruk organisasjonens formative struktur. Endringer skjer som styrte og planlagte prosesser, hvor staten har full kontroll over situasjonen. I dette

perspektivet antas det at organisasjoner handler formålsrasjonelt og at utfallet av handlinger blir som ønsket (Christensen, Lægred, Roness og Røvik 2010). Med det menes det at handlinger som er innrettet mot spesifikke mål vil gi et ønsket utfall. Hvis staten med innføringen av elektroniske meldinger vil gjøre samhandlingen mellom aktørene mer effektiv, vil dette bli resultatet av prosessen. For å nå spesifikke mål kan organisasjoner enten inkluderes gjennom en forhandling eller hierarkisk tilnærming. Førstnevnte vektlegger beslutningshierarkiet i organisasjonen og kan sees som en "top-down" implementering av endringer. Sistnevnte vil legge vekt på interesseheving og koalisjonsdannelse og kan sees som en "bottom-up" implementering av endringer. I dette perspektivet er det den formelle strukturen som legger grunnlaget for hvordan organisasjoner fungerer og kultur blir sett på som noe staten bevisst kan manipulere og bruke (ibid).

Det kulturelle perspektivet på en annen side blir sett på som en motsetning til det strukturell-instrumentelle perspektivet. I denne teorien er det de uformelle normene og verdiene som dominerer og som har betydning når beslutninger i en organisasjon skal tas. Dette er noe "*som sitter i veggene*" og gir organisasjonen sjel og identitet (Christensen et al 2010:52). I dette perspektivet erkjennes det at det er formell struktur, men det er ikke det som anses som relevant når handling skal forstås (slik det er i det strukturell-instrumentelle perspektivet). En organisasjon er ikke bare et redskap for måloppnåelse, men noe som har en egenverdi utover å være et teknisk instrument. Endring vil skje som følge av naturlige utviklingsprosesser, hvor organisasjonene langsomt tilpasser seg indre og ytre press (ibid:59). Sentralt innenfor dette perspektivet står også sti-avhengighet og teorien om passende atferd. Førstnevnte handler om at organisasjoner er bundet og påvirket av sine formative år og at dette vil ha betydning for veivalg videre (Krasner 1988). Sistnevnte er at organisasjonsmedlemmer tenderer til å velge handlinger som anses som passende i den organisasjonen de er en del av (March og Olsen 1989). Det betyr at organisasjonen ikke alltid vil velge handlinger som gir størst økonomisk utbytte eller gir mest gevinster, men at "det passende" vil prege valgene. En organisasjon kan fint overleve med ineffektivitet over en tid (Christensen et al. 2010). Endring vil ikke være et resultat av en bevisst og planlagt prosess som i det instrumentelle perspektivet, men skje som gradvis tilpasning og utvikling (ibid).

I arbeidet med masteroppgaven er det benyttet kvalitativt empirisk materiale med dokumentanalyse, intervjuer og observasjoner av aktørene. Med observasjoner refererer jeg til en generell innføring i hvordan den elektroniske meldingsutvekslingen foregår på Diakonhjemmet sykehus i forkant av studien, men dette vil ikke være en del av

masteroppgaven. Det var viktig for min egen forståelse i forkant av prosjektet. Det ble arbeidet systematisk med utforming av problemstilling, utvalg og gjennomgang av aktuell teori og litteratur for forskningen. Deretter ble det foretatt kvalitative intervjuer og analyse av disse. Av det empiriske materialet har politiske dokumenter og nasjonale strategier vært bidragsytende og sentrale for å belyse og forstå utviklingen av elektronisk samhandling i norsk helsevesen de siste årene. Når dokumentene var skrevet, hensikten bak dem og hvem som hadde skrevet dem ble tatt i betraktning. Av det empiriske materialet har helseplaner fra 1997-2010, Samhandlingsreformen (2008-2009), helseprosjekter, evalueringsrapporter av helseprosjekter og piloter om elektroniske meldinger gjort seg gjeldende. For å supplere disse dokumentene ble det gjennomført 9 intervjuer på sykehus og kommuner, for å underbygge de opplysningene som kommer frem i de offentlige dokumentene og for å få tilgang til unike fakta bare enkeltmennesker sitter inne med. Disse intervjuene ble gjennomført i perioden desember-februar 2014-2015. Det ble gjennomført 2 intervjuer per avdeling, bortsett fra i Hurdal kommune. Her ble det bare intervjuet en person. Årsaken til det var at det var denne personen som hadde mest med den daglige kontakten opp mot Ahus å gjøre.

1.5 Oppgavens videre oppbygning

Masteroppgaven er inndelt i 7 kapitler, og har følgende struktur:

- Kapittel 1 gir leseren en generell oppsummering av oppgavens rammeverk, og hvorfor temaet for oppgaven er valgt er viktig å belyse.
- Kapittel 2 gir en introduksjon til det teoretiske materialet oppgaven bygger på, det strukturell-instrumentelle og kulturelle perspektivet. Det vil også bli presentert hypoteser basert på teorien oppgaven tar utgangspunkt i. Kapitlet tar også for seg metode, altså hvordan selve forskningen ble gjennomført og analysert. Det blir begrunnet valg av enheter og respondenter for oppgaven og beskrevet metodiske utfordringer som gjør seg gjeldende og hvilke styrker/svakheter forskningsstrategien har. Avslutningsvis blir validiteten og reliabiliteten til denne masteroppgaven analysert.
- Kapittel 3 omhandler den politiske konteksten og de nasjonale strategiene som gir retning for en digitalisering av helse- og omsorgssektoren. Dette danner noe av grunnlaget for analysen, deriblant hvordan elektronisk samhandling ble formidlet og presentert fra sentralt hold. Det er også en mer inngående beskrivelse av Samhandlingsreformen og elektronisk meldingsutveksling.

- Kapittel 4 inneholder funn fra intervjuene, hvor respondent utsagn og forklaringer som er innhentet på intervjuer står sentralt i å forklare erfaringer fra primær- og spesialisthelsetjenesten med elektroniske løsninger og elektroniske meldinger.
- I kapittel 5 analyseres det empiriske materialet ut fra hypotesene som ble utledet i teorikapittelet. Alle hypotesene som er presentert er forklaringsdyktige.
- I kapittel 6 presenteres viktige funn og konklusjon i oppgaven.
- Kapittel 7 inneholder kildehenvisninger og vedlegg.

2 Teoretisk rammeverk og metode

2.1 Teoretiske innfallsvinkler

Offentlige organisasjoner er komplekse i størrelse og befinner seg i et kontinuerlig samspill mellom politiske og administrative føringer. Når det i denne oppgaven blir tatt utgangspunkt i å studere to store organisasjoner som også representerer ulike forvaltningsnivå, blir bildet flersidig og komplekst. Dette vil kunne tolkes på flere forskjellige måter. De teoretiske perspektivene som blir valgt for å analysere organisatoriske forhold vil ha betydning for hva en ser og hvordan elementene i organisasjoner, enheter og samhandling tolkes. Attpåtil hva som vektlegges som sentralt ved innføringen av noe nytt. Dette gjør det nødvendig å benytte seg av et analyseredskap for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene mine. *"Et analyseredskap er en kombinasjon av teorier, modeller, hypoteser og perspektiver"*(Roness 1997:102). Som teoretisk rammeverk i denne oppgaven benyttes det strukturell-instrumentelle og kulturelle perspektivet for å besvare forskningsspørsmålene mine. Formålet er å klarlegge ulike deler av organisasjoner og deres handlingsmåter. Jeg vil i følgende kapittel belyse de teoretiske perspektivene. De ulike synsvinklens relevans i denne oppgaven og forventninger til funn i denne masteroppgaven vil også bli diskutert.

2.2 Instrumentelt perspektiv: hovedtrekk

I det instrumentelle perspektivet er de fleste organisasjoner dannet for å løse ulike problemer og realisere fastsatte mål. Organisasjonene er ikke kultivert for å løse oppgaver for seg selv og sitt, men er formet for å utføre og løse oppgaver på vegne av samfunnet (Christensen et al. 2010:33). Deres oppgave er å bidra til at målsetningene som er satt av staten og som anses som viktige for samfunnet oppnås. For eksempel vil sykehuset og kommunehelsetjenesten sørge for at målsetningen om at elektronisk samhandling skal være hovedregel i samhandlingen med andre aktører i helsesektoren oppnås. Elektronisk samhandling, blir ansett som et sentralt verktøy for å realisere andre helsepolitiske målsetninger om raskere, mer effektiv, sømløs overgang mellom nivåene og bedre ressursutnyttelse i helsesektoren (St. Meld. 47 2008-2009). Organisasjoner arbeider på denne måten for samfunnet og er kollektive problemløser i møte med utfordringer. De sørger samtidig for at målsetningene som er satt av staten nås effektivt (Selznick 1997:18-19). Verdien ligger i å være en organisasjon, som skal handle for fellesskapet (ibid). I denne oppgaven kan dette innebære at primær- og

spesialisthelsetjenesten utfører oppgaver i tråd med statlige føringer, forventninger og krav. Ved å utnytte sin egen kunnskap og myndighet har ledelsen til organisasjonen i dette perspektivet mulighet til å foreta de styringsgrep som skal til for at organisasjonen realiserer ønskede mål (Christensen et al. 2010:34, Røvik 2009:73). Dette innebærer at Helse- og omsorgsdepartementet som har overordnet myndighet i helsesektoren kan endre de strukturelle rammene slik at primær- og spesialisthelsetjenesten når de målsetningene som er satt i sektoren. Staten velger dermed ut strukturer, prosedyrer, prosesser og tekniske hjelpemidler for å sørge for at organisasjonene når målsetningene sine (Røvik 2009). Organisasjoner beskrives i dette perspektivet som instrumenter, verktøy eller redskaper for å oppnå spesifikke mål (Christensen et al. 2010:33).

Et viktig element i det instrumentelle perspektivet er organisasjonens formelle struktur (heretter forkortet FNS, som står for formell normativ struktur). De strukturelle rammene legger føringer for hvordan organisasjoner agerer og hvilken posisjon de forskjellige aktørene har i organisasjonen (Christensen et al. 2010:37). Det skilles gjerne mellom to varianter av dette perspektivet: en hierarkisk og en forhandlingsvariant. Den hierarkiske varianten innebærer vertikale nivåinndelinger i organisasjonen, hvilket innebærer innslag av arbeidsdeling, rutiner og hierarki (Christensen et al. 2010:37). Forhandlingsvarianten på en annen side handler om koalisjonsdannelse og interessehevding, hvor løsningene vil være et resultat av kompromiss eller at en sterk aktør bryter igjennom (ibid). Begge disse tilnærmingene innenfor det instrumentelle perspektivet kan gjøre seg gjeldende i prosessen mot elektronisk samhandling i helsevesenet.

Sentralt står også tanken om at enhetene handler formålsrasjonelt (ibid:33). Organisasjonens formelle struktur legger bindinger på hvordan folk handler, og organisasjonens atferd vil preges av stabilitet og regularitet (ibid). I dette perspektivet er det som forventes av organisasjonen upersonlig, hvor oppgaver utføres i tråd med en stillingsbeskrivelse og ikke i tråd med personlige oppfatninger og meninger. I tråd med organisasjonsstrukturen settes betingelsene for hva et medlem gjør og ikke gjør (Christensen et al. 2010:37). For organisasjonen er det normene som avgjør hvordan en organisasjon forholder seg til endringer, deriblant hvordan det skal foregå og hvilke løsninger som anses som akseptable (Christensen et al. 2010:37). Fordeling av beslutningsmyndighet kan av ledelsen foregå på to måter: desentralisering eller sentralisering. Den førstnevnte innebærer at beslutningsmyndighet overføres fra et høyere hierarkisk nivå til avdelinger og etater som befinner seg lavere i hierarkiet (ibid:41). I en sentralisert beslutningsmyndighet vil avgjørelser

fattes høyt oppe (ibid).

2.2.1 Rasjonalitet og formell struktur

Perspektivet tillegger ledere og andre medlemmer av organisasjonen evnen til rasjonell kalkulasjon, og det antas at det handles formålsrasjonelt (Christensen et al. 2010:33-35). Endringer i organisasjoner skjer på bakgrunn av at ledelsen planlegger og styrer prosessen, i samsvar med rasjonell tilpasning. Dette kan være på bakgrunn av at nye målsetninger og styringssignaler har kommet frem, eller som følge av ytre krav (ibid:14). Lederne har på denne måten relativt klare intensjoner og mål, og det er en tett kobling mellom mål og midler. Når det blir foretatt reorganisering blir dette sett på som et resultat av bevisste og målrettede valg mellom alternative organisasjonsformer, hvorav prosesser og strukturer dannes og endres for å få organisasjoner til å fungere mer effektivt og målrettet (Christensen et al. 2010). Denne tankegangen tar utgangspunkt i at ledelsen innehar alle frihetsgrader til å designe og reorganisere organisasjonen etter det de opplever som mest formålstjenlig (ibid).

Styring innenfor dette perspektivet skjer i hovedsak ved hjelp av formell struktur, formelle regler og arbeidsdeling. Regler i organisasjonen legger føringen for arbeids- og ansvarsfordelingen til aktørene, og hvordan utførelsen av oppgavene skal foregå (Christensen et al. 2010:37). Offentlige organisasjoner, slik som primær- og spesialisthelsetjenesten, er gjerne preget av en byråkratisk organisasjonsform. Dette beskrives av Max Weber (1947) som organisasjoner med sterk tilstedeværelse av arbeidsdeling, hierarki og rutiner. Imidlertid finnes det en sterk utviklingsoptimisme og tro på forandring i lys av det instrumentelle perspektivet. Det å forandre seg er noe organisasjonen ønsker og som anses som utviklende og drivende for å få organisasjonen til neste nivå. Endring er det som gjør at organisasjonen drives fremover og anses som en selvfølgelighet i organisasjonens utvikling (Blindheim og Røvik 2011:111-113). Den formelle strukturen er også kjennetegnet av ulike grader av spesialisering og samordning. Vertikal samordning kjennetegnes av at et høyere nivå koordinerer og kontrollerer arbeidet til underordnede ved bruk av virkemidler som retningslinjer, formell kontroll, og ved bruk av planlegging og kontrollsystemer. Horisontal samordning på sin side kjennetegnes av formelle og uformelle møter, arbeids- og prosjektgrupper, stillinger eller avdelinger med samordningsansvar, matrisestruktur og nettverksorganisasjoner (Christensen et al. 2010:39).

Hvis en etablert organisasjon ikke oppfyller de krav som stilles til den, kan ledelsen bruke den formelle strukturen for å sikre at denne organisasjonen når målsetningene sine. Et

eksempel på et slikt tilfelle er hvis kommunehelsetjenesten og sykehusets målsetning om å innføre elektronisk samhandling ikke nås, vil staten endre de strukturelle rammene i helsesektoren for å sikre at dette blir en realitet. Den formelle strukturen kan anvendes for å sikre at ønskede mål blir en virkelighet og at strukturen er utformet slik at organisasjonene lettere kan nå målsetningene sine. I det instrumentelle perspektivet er det samtidig relevant å fokusere på eksterne forhold, ikke bare de interne forholdene i organisasjonen. De eksterne forholdene kan påvirke organisasjonens handlinger (Christensen og Lærgreid 2003). De strukturelle trekkene i en organisasjon og de strukturelle trekkene mellom organisasjonene er viktige elementer knyttet til den formelle strukturen. Strukturelle rammer, slik som den formelle strukturen, legger klare begrensninger på oppgaveutføringen i organisasjonene (Christensen et al. 2010:43).

Oppbygningen av den formelle strukturen i en sektor, vil ha stor betydning og være av avgjørende karakter for hvordan organisasjonen fungerer. Den innsikten som erverves om de formelle rammene muliggjør å forutse hvilke kontakter en organisasjon har, hva den tenker og hvilken beslutningsatferd som vil gjøre seg gjeldende (Christensen 1994:22). Gjennom stillingsinstrukser, organisasjonskart, regler og retningslinjer i organisasjonen kan en skape seg innsikt i de formelle normene i organisasjonen (Christensen et al 2010:37). Den formelle normative strukturen består av to typer delstrukturer: beslutningsstruktur og aksesstruktur. Førstnevnte er det som regulerer hvilke organisasjoner/aktører som får delta når beslutninger skal tas og sistnevnte regulerer definerings- og problemløsninger (Christensen 1994:22). Når eksempelvis ledelsen ønsker å forta endringer i den formelle strukturen, knyttes dette oftest til spesialisering og koordinering (Christensen et al. 2010:37-38). Spesialiseringen av organisasjonsstrukturen kan foregå vertikalt eller horisontalt (ibid). Formålspriippet kan også i den forbindelse være sentralt, ettersom det handler om at sakene blir delt etter formål (Christensen et al. 2010:38). Helsevesenet er delt opp dette prinsippet, hvor aktørene i sektoren har forskjellig ansvars- og oppgavefordeling som baserer seg på deres rolle i sektoren.

2.2.2 En hierarkisk og en forhandlingsvariant

Det instrumentelle perspektivet kan som nevnt ovenfor deles inn i en hierarkisk og en forhandlingsvariant. I den hierarkiske varianten sees organisasjoner på som helhetlige. Det legges vekt på mål-middel forståelse i henhold til ledelsen i organisasjonen, og i hvilken grad disse blir gjennomført lengre ned i hierarkiet (Christensen et al. 2010:34). Byråkratiet anses

som et nøytralt offentlig instrument, og reorganisering anses som en måte å lage/gjøre dette instrumentet mer effektivt, ved å foreta enkle organisatoriske grep (March og Olsen 1989). Det er i den hierarkiske varianten en hovedvekt på beslutningshierarkiet i organisasjonen. Dette vil innebære en tydelig og klar nivåinndeling som skiller de ulike posisjonene og rollene. Mellom nivåene og innad i enheten vil det eksistere ansvars- og arbeidsområder (ibid:37-38). Hvis ledelsen eller den overordnede i organisasjonen kommer med pålegg, vil dette følges av alle aktørene fordi det er en offentlig plikt (ibid:43). Medlemmene kan imidlertid også handle i samsvar med de formelle normene, ved at de håper at de i fremtiden vil rykke opp i stillingshierarkiet. Dette kan bidra til å skille medlemmenes individuelle beslutningsatferd fra deres personlige oppfatninger (ibid:43). Arbeidsdelingen mellom organisasjoner vil legge klare begrensninger til handlingskapasitet (noe som innebærer deltagelse i saker der de har rett til å delta) eller analysekapasitet (evnen til å foreta rasjonelle kalkulasjoner). Den formelle strukturen begrenser individuell handling, men kan imidlertid også medvirke til å gi kapasitet til å handle og realisere bestemte mål (ibid).

En forhandlingsvariant innenfor det instrumentelle perspektivet anser organisasjoner som sammensatt av forskjellige underenheter og posisjoner, hvor ulike meninger og divergerende mål gjøres gjeldende (Christensen et al. 2010:34). Således kan ulike aktører påvirke organisasjonens fokusområde, fordi det i denne varianten av perspektivet antas at aktører handler ut fra eget ståsted. I en forhandlingsvariant er det derfor både rom for maktbruk, interessehevding og koalisjonsdannelse (ibid). Aktørene er imidlertid avhengig av hverandre for å nå egne målsetninger, noe som forhindrer såkalte sololøp av aktørene. Dette innebærer at du er avhengig av den samhandlende aktør for å lykkes (ibid: 34). Dersom en i tillegg vektlegger at aktører handler formålsrasjonelt, vil andre aktører på flere måter kunne påvirke organisasjonens handlingsvalg og muligheter for å foreta valg basert på egen vilje ut fra egeninteresse (ibid). Dersom dette er tilfelle i helsesektoren, vil forhandling kunne løses på to forskjellige måter, enten ved at en av aktørene får gjennomslag eller at det blir et kompromiss mellom dem (ibid). Dersom aktørene kommer frem til et kompromiss kan det føre til høy legitimitet i organisasjonen og omgivelsene for de løsningene som er valgt (ibid).

2.2.3 Handlingslogikk

Omgivelsene til organisasjonen vil være sentrale for hvordan organisasjonsstrukturen utformes, og for hvordan utføringen av oppgavene skjer gjennom formålsrasjonelle handlinger (Christensen et al. 2010:45). Det skilles mellom generelle omgivelser og de

internasjonale omgivelsene organisasjonen inngår i. Det er de delene av omgivelsene som påvirker organisasjonens mulighet for måloppnåelse som er relevant. Dette er gjerne de tekniske omgivelsene og det nære handlingsrommet. Med det nære handlingsrommet menes aktører organisasjonen er særlig avhengig av for å få utført oppgavene sine (ibid:45). Dette kan for eksempel for sykehusets del være Helse- og omsorgsdepartementet, fordi det er de som fastsetter hvor mye penger organisasjonen skal få hvert år. De er derfor avhengig av dem for å få utført arbeidsoppgavene sine best mulig.

Den underliggende handlingslogikken i dette perspektivet er konsekvenslogikk. Dette innebærer at individer som utfører handlinger på vegne av organisasjonen vil klare å avklare og analysere hvilke alternativer som er tilgjengelig og hvilke konsekvenser de ulike valgene gir basert på hva de ønsker å oppnå (March 1994:3-4). Hvis ledelsen oppdager et gap mellom reell og ønsket tilstand innføres tiltak for å redusere og minke dette gapet (Christensen et al. 2010:34, 163). Organisasjonen må derfra overvinne den reelle tilstanden den befinner seg i, for å komme til den ønskede tilstanden, som blir definert ut i fra rasjonelle beslutningsprosesser og konsekvensetikk (ibid).

Perspektivet antar som nevnt at organisasjoner er rasjonelle, dette innebærer ikke at hvert enkelt menneske er tilsvarende (Christensen et al. 2010). Simon (1997) hevder at hvert menneske er begrenset rasjonelt. Dette innebærer at selv om mennesker kan ha som hensikt å være rasjonelle, kan de ikke ha fullstendig oversikt over alle handlingsalternativer og konsekvenser. Dette betyr ikke at mennesker er irrasjonelle, men at hvert enkelt menneske vil velge tilfredsstillende grad av måloppnåelse, fordi man aldri kan ha fullstendig oversikt (ibid:118).

Denne begrensede rasjonaliteten kan også være gjeldende for organisasjoner. Målene kan være ustabile, inkonsistente og uklare, og problemene som hver organisasjon står overfor kan være komplekse (Christensen et al. 2010). På denne måten vil også organisasjoner velge alternativer som gir tilfredsstillende grad av måloppnåelse og ikke optimale løsninger, grunnet at de ikke kan ha fullstendig oversikt over alle handlingsalternativer (March 1994:3-4). Christensen et al. (2010:36) vektlegger at også handlinger med begrenset rasjonalitet bærer preg av konsekvenslogikk. Det er en konstant avveining mellom alternativer og konsekvenser i organisasjoner, og for å oppnå sine målsetninger er aktøren nødt til å gjennomføre konkrete handlinger. Begrepet fullstendig formålsrasjonalitet sikter til maksimal måloppnåelse, da har organisasjonen full oversikt over handlingsalternativer og mulige konsekvenser (ibid). Det kan antas at det ikke er like oversiktlig i helsesektoren, og at det opereres i komplekse miljøer

og omgivelser hvor alternativer og konsekvenser ikke er like synlige, og veien til målet ikke er like tydelig. Dette kan gjøre at det i helsesektoren i større grad blir utført handlinger basert på begrenset rasjonalitet.

2.2.4 Hvordan kan det instrumentelle perspektivet anvendes i denne oppgaven?

Det strukturell-instrumentelle perspektivet er relevant i denne oppgaven fordi det vil kunne gi forståelse rundt erfaringer som gjengis på kommunalt og statlig nivå. Er det mulig å innføre elektroniske løsninger i dagens organisasjonsstruktur? Virker dagens organisasjonsstruktur hemmende eller fremmende på elektroniske samhandlingen? Hvorfor ble elektroniske løsninger innført? Er det klare målsetninger og uttrykte prosedyrer for hvordan implementeringen og samarbeidet skal foregå? Er det standardisering eller frivillighet knyttet til hvordan oppgavene utføres? En rekke spørsmål kan aktualisere dette perspektivets relevans for oppgaven. Relevansen kan også begrunnes i at de fleste forandringer i helsevesenet er forbundet med strukturelle endringer, i tillegg til at oppgavens problemstilling er av teknisk karakter. Perspektivet kan gi indikasjoner på organisasjonsstrukturens betydning for hvordan endringer blir gjennomført i organisasjonen; vellykket eller ikke? Det vil også kunne gi en større forståelse rundt utfordringene en møter, deriblant den strukturelle avstanden mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, ulikheter i lovverk, ulike oppgaver og forskjellige målsetninger. Det kan derfor være relevant og høyst interessant å søke forklaringer i det strukturell-instrumentelle perspektivet.

2.2.5 Forventninger ut fra et strukturell-instrumentelt perspektiv

Ut fra et instrumentelt perspektiv vil jeg være interessert i hvilke strukturer som eksisterer og hvilken betydning disse har for innføringen av elektronisk samhandling, og erfaringer fra kommunen og sykehuset med overgangen fra faks til elektroniske meldinger.

Forventninger knyttet til prosessen med elektronisk samhandling:

- Sykehuset og kommunen ønsker å ta i bruk elektronisk samhandling, fordi det er det beste for samfunnet.
- Helsesektorenes organisering vil være en barriere for elektronisk samhandling.
- Det store antall aktører som skal være med å samhandle elektronisk vanskeliggjør hierarkisk styring, mens forhandlinger mellom aktørene setter begrensninger for

utbyttet av elektronisk samhandling.

- Overgangen til elektronisk samhandling er en formålsrasjonell handling.

Forventninger knyttet til erfaringene kommunen og sykehuset har hatt med overgangen fra faks til elektroniske meldinger.

- Myndighetene bruker den formelle strukturen aktivt for å sikre at primær- og spesialisthelsetjenesten går over fra faks til elektroniske meldinger.
- De ansatte på sykehuset og i kommunen vil bli aktivt involvert i prosessen for å minke eventuell motstand og de elektroniske meldingene vil være et resultat av forhandling og interessehevding.
- Overgangen til elektroniske meldinger vil være en formålsrasjonell handling.

Organisasjoner, slik som kommunehelsetjenesten eller sykehuset, er redskaper som skal løse problemer på vegne av samfunnet. Det forventes at kommunen og sykehuset går over til elektroniske løsninger, fordi det vil bidra til å løse en del problemer samfunnet står overfor og sikre at pasienten får en mer sømløs overgang mellom nivåene i helsesektoren. En annen antagelse er at dagens organisering av det norske helsevesenet vil legge klare begrensninger for den elektroniske samhandlingen. Den formelle strukturen hindrer effektiv implementering av elektronisk samhandling og har gjort det vanskelig for staten å koordinere og iverksette tiltak i sektoren. Klar arbeidsdeling, formelle strukturer og klare målsetninger er vesentlig for at prosessen mot elektronisk samhandling skal bli en realitet. I motsatt tilfelle vil manglende avklaring på de nevnte tiltak skape barrierer for å innføre noe nytt. Antagelsen er basert på at helsesektoren er organisert på forskjellig forvaltningsnivå, har ulike lovverk og styringssignaler å forholde seg til. Den tredje antagelsen er at det store antall aktører i sektoren vanskeliggjør hierarkisk styring. Deriblant vil det være vanskelig for staten å foreta hierarkisk styring, fordi ledelsen i begrenset grad har fullstendig kontroll over aktørene. Fra en forhandlingsvariant, vil det store antall aktører i helsesektoren ha en rekke motstridende interesser som vil hindre eller vanskeliggjøre prosessen med å innføre elektronisk samhandling i fellesskap og komme til enighet rundt IKT-løsninger.

I henhold til erfaringene sykehuset og kommunen presenterer i overgangen fra faks til elektroniske meldinger, er det forventet at myndighetene bruker den formelle strukturen aktivt for å sikre at kommunehelsetjenesten og sykehuset benytter de elektroniske meldingene fremfor faks. Det vil i den forbindelse ikke være frivillig å ta i bruk de elektroniske

meldingene og denne overgangen vil være nøye planlagt og koordinert. Oppbygningen av styringshierarkiet vil bli brukt aktivt for å sikre at utfallet av handlingene blir som planlagt. En annen antagelse er at sykehuset og kommunen har fått bidratt i prosessen fra faks til elektroniske meldinger. Selv om bestillingen har kommet ovenfra, forventes det at det blir iverksatt og implementert nedenfra og opp. Sykehuset og kommunen vil i den forbindelse tro at de har den reelle kontrollen over utviklingen, noe som vil skape økende grad av legitimitet og mindre motstand mot endringene. Den siste forventningen er at overgangen fra faks til elektroniske meldinger vil være en formålsrasjonell handling. Aktørene vil være innstilt på at det er det beste for samfunnet og at dette gir merverdier for samfunnet som helhet. De handler således på bakgrunn av det felles beste, og ikke i egeninteresse.

2.3 Det kulturelle perspektivet

Det kulturelle perspektivet forbindes med uformelle normer og verdier i organisasjonen. Disse uformelle normene og verdiene har relevans og betydning for livet i og virksomheten til formelle organisasjoner (Christensen et al. 2010:52). I henhold til det kulturelle perspektivet referer forskere til ulike navn på ett og samme begrep. Scott (2008) kaller det naturlige systemer, mange kaller det rett og slett det institusjonelle perspektivet, mens flere slik som Christensen et al. (2010) refererer til det kulturelle perspektivet. Jeg velger å bruke sistnevnte fordi det gir minst forvirring rundt hva perspektivet inneholder og hva det er snakk om. Perspektivet forneker ikke eksistensen av formell struktur, men det er ikke det som anses som vesentlig når handling i en organisasjon skal forstås. For å forstå utviklingen i organisasjonen vil gradvis tilpasning, uformelle strukturer og interaksjon være det sentrale (Christensen et al. 2010:52).

I det en organisasjon utvikler uformelle normer, identiteter og verdier i tillegg til det formelle, får den institusjonelle trekk. I den forbindelse snakker man gjerne om institusjonaliserte organisasjoner (Christensen et al. 2010:52). Scott (2008) hevder at institusjoner er relativt motstandsdyktige mot endring og stabile over tid (ibid:48-49). Hva er forskjellen på en institusjon og en organisasjon? Selznick (1997) trekker et klart skille mellom en organisasjon og en institusjon. En organisasjon vil være tilknyttet de formelle normene, det instrumentelle og mekaniske. En institusjon knytter seg på den andre siden til de uformelle normene, som gradvis vokser frem naturlig gjennom evolusjonære utviklingsprosesser (ibid:19). I dette perspektivet antas organisasjonen å ha en egenverdi, utover det å være et teknisk instrument (Blindheim og Røvik 2011:113), som er tilfelle i det instrumentelle

perspektivet.

Til å begynne med vil organisasjonen være som i det instrumentelle perspektivet, altså et redskap, men med utviklingen av psykologiske og sosiale funksjoner får den en ny mening. Organisasjonen blir i den forbindelse influert med verdi og får en klar identitet. Den nye identiteten blir viktig å bevare og forsvare, slik at det å opprettholde verdien i organisasjonen anses som et mål i seg selv (Selznick 1997:28-29). Identiteten som har blitt en sentral del av organisasjonen representerer et velkjent, trygt og behagelig miljø for aktørene (ibid). Scott (2008) skriver at kultur er noe en organisasjon *er* (ibid:21-22). Det at organisasjonen etter hvert får egne uformelle verdier og normer, som anses som et supplement til organisasjonens formelle normer, er bidragsytende til å gjøre organisasjonen desto mer kompleks, mindre tilpasningsdyktig og fleksibel overfor krav og forandring som den blir stilt overfor (Christensen et al. 2010:52). Uten tilføringen av de uformelle normene og verdiene i en organisasjon, ville det vært lettere å skifte ut tekniske elementer, enn det som er tilfelle etter denne identiteten og verdien er tilført i organisasjonen (Selznick 1997:27). Ved å studere organisasjoner i en kulturell kontekst, er det viktig å fokusere på organisasjonens historie og hvordan organisasjonen har blitt påvirket av det sosiale miljøet den er en del av (ibid).

I det kulturelle perspektivet utvikler organisasjoner seg langsomt, ved å tilpasse seg et indre og ytre press i samsvar med naturlige evolusjonære institusjonaliseringsprosesser. Et indre press forbindes med de sosiale normene og verdiene organisasjonsmedlemmene bringer med seg inn i organisasjonen (Christensen et al. 2010:59). Ytre press er knyttet til det nære handlingsrommet (ibid). Selznick (1997) fremlegger at organisasjoner ikke bare tilpasser seg det nære handlingsrommet, men også de eksterne samfunnsverdier. Det er derfor viktig å øke legitimitet i omgivelsene for de endringer som ønskes gjennomført (ibid). De uformelle normer og verdier i organisasjoner gir en særegen kultur og identitet (Christensen et al. 2010:59). Det anses som viktig å bevare gruppens identitet i møte med nye omgivelser og skiftende omstendigheter. Selvpopholdelse blir noe mer enn å holde liv i organisasjonen, deriblant at organisasjonen skal forsvare den organisatoriske identiteten (Selznick 1997:29). En sterk organisasjonskultur er noe som øker offentlig legitimitet, og i noen tilfeller anses som ønskelig (Christensen et al. 2010:70). Dette forutsetter at organisasjonen har uformelle normer og verdier som er i samsvar med det ledelsen ønsker. Det kan samtidig gi ønskelige interne effekter, hvor de ansatte kan føle at det arbeidet de utfører gir mening og at de henger godt med (ibid:70). Dette kan også både være utviklende for den enkelte og bidra til bedre kvalitet på arbeidet i organisasjonen (ibid:70).

Et kulturelt perspektiv vektlegger betydningen av tradisjoner og uformelle strukturer, normer og verdier i endring av en organisasjon. Det skapes ofte en motstand mot endring, fordi organisasjonen har en egen identitet som ikke kan krenkes (Selznick 1997). Endring skjer i stor grad som tilpasning og utvikling, der nye mønstre vokser frem og gamle oppløses, ikke som et resultat av bevisste beslutninger, men mer som en naturlig og ikke planlagt tilpasning (ibid:23). Sosialiserte medlemmer antas å motsette seg endring i større grad enn "nye" medlemmer, fordi disse har utviklet sterkere uformelle normer og verdier for organisasjonen og identifiserer seg derfor sterkest med organisasjonskulturen (March 1994:57). Den viktigste kilden til påvirkning vil komme innenfra, altså fra de ansatte. Eksempelvis når en person starter å jobbe i en organisasjon vil vedkommende ha med seg en rekke egenskaper og verdier, deriblant utdanningsbakgrunn, oppvekst og ulik kulturell påvirkning. Dette vil alle bringe med seg inn i organisasjonen, og gjøres gjeldende der (Christensen et al. 2010).

2.3.1 Normativ institusjonalisme

Kulturperspektivet har hovedelementer fra normativ og historisk institusjonalisme. Normativ institusjonalisme vektlegger betydningen av normer og verdier, der institusjoner antas å påvirke individuell handling gjennom passenhetslogikker. Hva som er passende for en aktør i en gitt situasjon blir definert av politiske og sosiale institusjoner og kan derfor variere fra aktør til aktør. Hva som anses som passende blir overført gjennom sosialisering i en organisasjon, hvor medlemmene får innsikt i de kulturelle verdiene i organisasjonen (March og Olsen 1989:23-24). Dette fører til at hva som er passende i en organisasjon kan variere mellom institusjoner (Christensen et al. 2010:56). Selznick (1997) skriver at reformprosesser i det kulturelle perspektivet vil foregå stegvis, fordi det må kunne tilpasses den foreliggende organisasjonsstrukturen (ibid:28-29). Det kulturelle perspektivet står i kontrast til tolkninger av politikk hvor det antas at de handlende aktørene er selvopptatt og kalkulerende. I dette perspektivet utføres handling basert på felles verdier, normer og oppfatninger (March og Olsen 1989). Dette hjelper til å binde organisasjonsmedlemmene sammen, og gir dem en egen identitet og samhold (ibid).

Ansatte som har vært lenge i en organisasjon har lettere for å handle intuitivt enn dem som er relativt nye i organisasjonen (Christensen et al. 2010:55). Et viktig element i denne tankegangen er matching. Det går ut på at en institusjon skal handle basert på dens identitet, som et resultat av like normer, holdninger og verdier. Medlemmene skal koble situasjon og

identitet, og handle ut fra hva som oppfattes som mest rimelig og akseptabelt, og ikke nødvendigvis hva som er mest rasjonelt (ibid). For eksempel i primær- og spesialisthelsetjenesten innføres elektroniske løsninger hvis det er et stort samsvar mellom organisasjonskulturen og den nye løsningen. Dette forutsetter at individet vet nok om institusjonen den er en del av til å forta slike handlingsbaserte valg (ibid:55). Hva som er kulturelt passende bygger på et kulturelt normativt og institusjonelt grunnlag som kan være variere mellom de to aktørene i denne undersøkelsen. Normativ institusjonalisme baserer seg på utviklingsveien institusjonen har hatt og hva som er de dominerende uformelle normene og verdiene (ibid:54). En institusjonalisert organisasjon vil ikke være like positiv til endringsprosesser, spesielt ikke hvis de utgjør en trussel mot eksisterende normer og verdier, og dermed bryter med organisasjonens særpreg (Christensen med flere 2010:52, 61). Endring vil skje som en "bottom-up" tilnærming, som en evolusjonær prosess i motsetning til en revolusjonær prosess (Blindheim og Røvik 2011:114).

2.3.2 Historisk institusjonalisme

Historisk institusjonalisme handler om at politiske beslutninger som blir tatt ved utformingen av en institusjon vil ha betydning for videre utvikling (Peters 2005:71). Krasner (1988:67) betegner slik historisk-institusjonell utvikling som sti-avhengighet. Når institusjonelle normer og verdier først er etablert i en organisasjon vil det legge begrensninger for muligheter og veivalg videre (Christensen et al. 2010:62). Dette bringer med seg enkelte fordeler. Eksempelvis vil medlemmene i organisasjonen utvikle en relativt stabil og intuitiv evne til å håndtere forskjellige komplekse situasjoner og oppgaver. Institusjonalisering og sti-avhengighet bidrar til stabilitet rundt hvilke verdier og normer som er internalisert i en organisasjon, og det er enklere for aktørene å vite hva som er passende atferd (Christensen et al. 2010:62). Ulempen er i følge Selznick (1997) at det blir vanskeligere å gjennomføre administrative endringer når folk har lagt seg inngrodde vaner og identifisert seg med dem (ibid:26).

Motstand i organisasjoner til endring kan bunne i at folk føler et personlig tap, man er redd for å miste sin egenart og identitet i endringsprosessen. Innføringen av tekniske systemer og økonomiske hensyn som ikke samsvarer med den institusjonelle egenart, vil således bli innført med stor motvilje og beklagelse (Selznick 1997). Dette er ikke det samme som at organisasjoner motstår all endring, men det er langt vanskeligere å få til enn i organisasjoner som ikke er influert av uformelle normer og verdier (ibid). Endring kan likevel forekomme,

men kun systemer i krisetilstander kan frigjøre seg fra tidligere rammer (Thelen 1999:399). En del systemer kan faktisk sies å fungere bra, selv om de reagerer tregt på press for forandring og ikke lever opp til effektivitetskrav (Christensen med flere 2010:60). En sterk organisasjonskultur betyr ikke nødvendigvis at den er ineffektiv (ibid). Det fører derimot til at ansatte tenker og handler likt ut fra frihetsrammene de er tildelt og ikke må ta i bruk administrative ressurser (for å kontrollere de ansatte i riktig retning). En sterk organisasjonskultur kan gjøre de ansatte i stand til å handle raskt ut fra gitte regler og på den måten bidra til effektivitet (ibid:62).

2.3.3 Hvordan kan det kulturelle perspektivet anvendes i denne oppgaven?

I denne oppgaven er fokuset rettet mot elektronisk samhandling mellom forvaltningsnivåene i helsevesenet, og den konkrete overgangen fra faks til elektroniske meldinger mellom Ahus og utvalgte kommuner. Senere i oppgaven vil det bli beskrevet prosesstrekk og utfordringer bundet til utviklingen av elektroniske samhandling i sektoren. De fleste av disse prosesstrekene og utfordringene forbindes gjerne med formell struktur, grunnet at det i hovedsak handler om strukturelle rammer, lover og tekniske systemer. Det kulturelle perspektivet blir relevant i forbindelse med organisasjonene sitt møte med disse strukturelle endringene. Hvordan strukturelle endringer blir innført i en organisasjon kan ha sin bakgrunn i den rådende organisasjonskulturen. Er det mostand mot den nye endringen eller blir statlige krav etterkommet og iverksatt? Virker endringene å være kompatible med rådende organisasjonsstruktur eller bryter den med uformelle normer og verdier? Er deltagerne i organisasjonen utelukkende positive til denne overgangen og hva kan i så fall årsaken til det være? Selznick (1997:20) fremlegger et sentralt poeng: "*Det formelle, tekniske systemet er følgelig aldri mer enn en del av det levende foretak vi har å gjøre med i praksis*". Den formelle strukturen blir dermed supplert med den uformelle strukturen og selv om endringene som skjer er av teknisk karakter er det høyst interessant og vesentlig å vite hvilken organisasjonskultur som ligger til grunn i kommunehelsetjenesten og på sykehuset. Har for eksempel sykehuset og kommunen forskjellige opplevelser av denne overgangen? Det er hele tiden en interaksjon mellom kulturelle og strukturelle elementer, og begge elementene er viktig for velfungerende organisasjoner. Det kulturelle perspektivet er anvendbart for å få en forståelse av hvorfor institusjoner motstår endring eller imøtekommer den, og hvordan kulturelle elementer kan påvirke de strukturelle forholdene.

2.3.4 Kulturelle forventninger

Basert på det kulturelle perspektivet kan det utledes noen forventninger til funn i denne oppgave. På bakgrunn av problemstilling 1 utledes følgende forventninger:

- Prosessen mot elektronisk samhandling var drevet frem nedenfra og opp gjennom naturlige evolusjonære utviklingsprosesser.
- Historisk utvikling og passenhetslogikk gjør at aktørene har utviklet seg forskjellig i sektoren i prosessen mot elektronisk samhandling.

I henhold til oppgavens andre problemstilling utledes følgende forventninger:

- Overgangen fra faks til elektroniske meldinger vil være vellykket fordi det er kompatibelt med rådende organisasjonsstruktur.
- Siden sykehuset og kommunen har forskjellig historisk utvikling, vil de ha hatt ulik opplevelse av overgangen fra faks til elektroniske meldinger.
- Overgang fra faks til elektroniske meldinger forventes å bli ansett som passende i kommunene og på sykehuset.

Det er viktig i det kulturelle perspektivet at endringene er drevet frem av naturlige utviklingsprosesser (Christensen et al. 2010). Det er forventet at elektronisk samhandling og prosessen frem mot det er et resultat av nedenfra og opp prosess. Det er et resultat av at organisasjonene tilpasser seg det nære handlingsrommet og eksterne samfunnsverdier (Selznick 1997). En annen forventning er at organisasjonene vil ha forskjellige uformelle normer og verdier som vil gjøre seg gjeldende i prosessen med elektronisk samhandling. Noen av verdiene vil samsvare med samfunnsutviklingen, mens andre verdier kanskje ikke vil gjøre det i samme grad. Dette kan medføre at enkelte aktører har kommet lengre enn andre. Noen anser det som naturlig å gå over til elektroniske løsninger, mens andre har en mer passiv rolle til det.

For at overgangen fra faks til elektroniske meldinger skal være vellykket, må den være kompatibel med rådende organisasjonskultur og ikke bryte med uformelle normer og verdier i kommunehelsetjenesten og på sykehuset. Det forventes at endringen fra papir til elektroniske meldinger vil være uproblematisk, fordi det er et stort samsvar mellom rådende praksis og det nye. Møtet mellom de eksisterende normene og verdiene og de nye normene og verdiene vil gå fint, fordi aktørene er positive til endringen og kan assosiere seg med den. Det forventes videre at utviklingsstien vil ha betydning for hvor raskt og hvordan endringene ble iverksatt i

organisasjonen. Ettersom sykehuset alltid har vært nærmere staten, vil det være forventet at de iverksatte endringene raskere og at det var lettere her. Organisasjoner er i det kulturelle perspektivet verdibærende institusjoner, som forsvarer og bevarer gamle tradisjoner. Det at kommunen og sykehuset har hatt forskjellige utviklingsstier, vil ha betydning for hvordan de greier å iverksette endringene og deres opplevelse av de elektroniske meldingene. Kommunen og sykehuset forventes å gjøre det som anses som passende i deres organisasjon. Det innebærer at de ikke alltid vil foreta valg som gir høyest grad av måloppnåelse, men gjøre valg basert på hva som er i tråd med uformelle normer og verdier. Organisasjonene kan fint overleve med ineffektivitet over en tid. Kommunehelsetjenesten og sykehuset gjør det som sømmer seg, ikke alltid det som lønner seg.

2.4 Metode

Metode anses som en spesifikk forskningsteknikk for innsamling av data og dataanalyse. Denne formen for forskning deles ofte inn i kvantitativ og kvalitativ forskningsdesign. Skillelinjene mellom dem er i blant tydelige og klare, mens andre ganger kan forskjellen være mer uklar og kunstig. Grimen (2004:239) skriver at: "*Det kvalitative forskningsopplegg sikter mot forståelse i dybden, mens kvantitative opplegg sikter mot forståelse i bredden*". Det er bakgrunnen for at det kvalitative forskningsopplegget er mest hensiktsmessig i denne oppgaven, da problemstillinger reiser spørsmål som krever innsikt og forståelse rundt prosessen med elektronisk samhandling og den reelle overgangen fra faks til elektroniske meldinger i helsesektoren. Hovedformålet videre i dette kapittelet er å diskutere metodiske valg og tilnærminger til det empiriske materialet som blir presentert i neste kapittel. Kapittelet vil begynne med å redegjøre for de vitenskapsteoretiske perspektivene oppgaven min bygger på. Deretter vil jeg gå inn på rammeverk for kategorisering, datagrunnlag og vurdering av datagrunnlag og datatilgang. Til slutt vil jeg redegjøre for forskningsetiske problemstillinger og vurdere forskningens bekræftbarhet, troverdighet og overførbarhet.

2.4.1 Om metodevalg

Denne oppgaven har som formål å bidra til en større forståelse rundt overgangen fra papir til elektroniske tjenester i helsesektoren og si noe om erfaringene spesialist- og primærhelsetjenesten har hatt med elektronisk meldingsutveksling. Den elektroniske meldingsutvekslingen foregår blant annet ved bruk av pleie- og omsorgsmeldinger. Jeg har i den forbindelse valgt å se på den konkrete meldingsutvekslingen mellom primær- og

spesialisthelsetjenesten og overordnet historie rundt elektronisk samhandling i helsesektoren. Det har vært vesentlig å få oversikt over historie og dagens situasjon for å forstå det som foregår i helsevesenet med elektronisk samhandling. Det å gå fra faks/telefon til å kommunisere gjennom elektronisk meldingsutveksling og/eller telefon er forholdsvis nytt, og det finnes fremdeles aktører i helsevesenet hvor dette ikke er mulig. For å få et innblikk over statusen i sektoren har det vært avgjørende å snakke med/intervjue aktører som har vært involvert, og studere historikk som foreligger i form av skriftlig materiale. I denne studien ønsker jeg å gå i dybden når det gjelder samspillet mellom kommunehelsetjenesten/sykehuset og IT løsninger, og samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset, som de er avhengig av. På dette grunnlag mener jeg at kvalitativt casestudie er best egnet for denne oppgaven.

2.5 Casestudie som strategi

Det finnes mange forskjellige definisjoner på hva en casestudie er, men det har vært vanskelig å finne en felles definisjon. I Yin (2003) defineres en casestudie som at hvis en ønsker å besvare spørsmål av typen "hva", "hvordan" og "hvorfor", kan dette anses som den beste formen for forskningsstrategi. I denne masteroppgaven søkes det forklaring på hvordan prosessen med å innføre elektronisk samhandling i helsesektoren har foregått, noe som svarer godt i tilknytning til Yin (2003) sin definisjon. En casestudie er empiriske undersøkelser, hvor forskeren studerer et samtidig fenomen i sin naturlige/virkelige kontekst. Her anses grensene mellom fenomen og kontekst som utydelige (Yin 2003). I Gerring (2007) defineres imidlertid en casestudie som en intensiv studie av en enkelt case, hvor formålet med studien delvis er å generalisere til en større klasse av enheter. Definisjonene som Gerring (2007) og Yin (2003) fremviser i sine bidrag, brukes supplerende for å beskrive hva en casestudie er, for å gi en bredere forståelse av hva denne formen for strategi innebærer. En casestudie brukes for å forklare noe, noe som er målet for denne oppgaven.

I prosessen med å samle inn data i en casestudie blir det vektlagt detaljer og innlevelse, hvor nærheten til begivenheten og aktørene ofte er stor. Casestudier blir beskrevet som velegnet til å beskrive både prosesser og endringer, hvor vektlegging av hvordan noe skjer ofte er av større betydning og verdi enn hvorfor noe skjer (Gerring 2007). Dette er i tråd med det denne oppgaven ønsker å finne svar på. Det interessante i denne konteksten er overgangen fra faks til elektronisk dialog, og hvordan sykehuset og kommunene i denne undersøkelsen har forholdt seg til disse endringene? Hvilke erfaringer er det aktørene har etter

å ha innført elektroniske meldinger? Det forventes at erfaringene vil variere fra aktør til aktør, hvorav størrelse og nærhet til den samarbeidende enhet kan spille en sentral rolle i endringsprosessen. Casestudier anses som velegnet for dyptgripende kunnskapsstudier, hvor det studeres data og analyse fra aktørenes egne perspektiver (Andersen 2006). På bakgrunn av valg av semi-strukturerte intervjuer, vil aktørene i denne oppgaven inneha stort spillerom til å komme med egne erfaringer og opplevelser knyttet til endringsprosessen som har skjedd innenfor kommunikasjon i norsk helsevesenet de siste ti årene.

2.5.1 Valg av enheter

Valget av enheter baserte seg på størrelse, beliggenhet, oppgavens tidsramme og tilgjengelighet. Det har vært viktig å få aktører som er av ulik størrelse og som ligger geografisk forskjellig fra Ahus. Størrelse referer til antall innbyggere og er ikke basert på geografisk utstrekning. Kommuner i denne rapporten er definert etter Statistisk Sentralbyrå sin inndeling: små kommuner har 0-4999 innbyggere, mellomstore kommuner har 5000-19999 og store kommuner har 20 000 innbyggere og over (Statistisk sentralbyrå 2000). I denne studien er Hurdal kommune under statistisk sentralbyrå sin definisjon på små kommuner med 2695 innbyggere, Aurskog-Høland og Enebakk kommune går under mellomstor kommune med henholdsvis 15500 innbyggere og 10626 innbyggere. Ski kommune går under kategorien for stor kommune, med 29542 innbyggere (Kommuneforlaget 2015). Alle disse kommunene ligger i området til Ahus, noe som gjorde dette sykehuset til et naturlig valg.

Ahus var det første sykehuset som kom i gang med elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger i 2011. Alle kommunene i denne oppgaven er i gang med PLO kommunikasjon via elektroniske meldinger med Ahus, men ble først klargjort for dette i 2013. Grunnen til at valget falt på kommuner som er i gang med PLO-meldinger er at det er interessant å se hvilke erfaringer kommuner og sykehus har gjort seg etter innføringen av disse. Det er utført noe forskning på pleie- og omsorgsmeldinger tidligere, deriblant i tilknytning til kvalitet og språk. I tillegg er det utført en del oppfølging på utbredelse av disse meldingene fra Norsk Helsenett. Det at oppgaven kun omhandler 4 kommuner og ett sykehus gjør det vanskelig å si noe om alle resultatene som fremkommer også gjelder hos tilsvarende kommuner og sykehus. Oppgaven tar sikte på å skaffe informasjon om hvordan elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger og elektronisk samhandling har fungert i de utvalgte kommuner og sykehus, men kan gi indikasjoner på hvilke erfaringer en kan møte andre plasser også.

2.6 Intervju som forskningsstrategi

"Hvis du vil vite hvordan folk betrakter verden og livet sitt, hvorfor ikke tale med dem?" (Kvale 2008:17). Det er ønskelig når en benytter det kvalitative forskningsintervju å forstå verden fra intervjupersonens perspektiv og ståsted, hvor det vektlegges å få frem betydningen av erfaringer, å avdekke deres opplevelser av verden, forut for vitenskapelige erfaringer (ibid). Når metode skal velges er det viktig å spørre seg selv hva som tjener saken best. Man må på den måten både avveie problemstilling og formål med å gå inn i studien. Samtalebaserte intervjuer har lang tradisjon innenfor det statsvitenskapelige faget, og denne metoden "*står for eksempel sentralt innen studier av politiske eliter, reformer, diplomati og institusjoner*" (Andersen 2006: 279). Intervjuet er trolig det mest brukte formen for informasjonsinnsamling i kvalitativ forskning, i tillegg til en av de viktigste kildene til informasjon innenfor casestudie (Yin 2003).

Intervjuer defineres som en av hovedmåtene å få tilgang til informantene sitt inntrykk i fortolkende studier. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å få tak i intervjupersonens egne beskrivelser av den livssituasjonen hun eller han befinner seg i. Målet er å forstå innholdet og meningen i det som blir sagt. Intervju er den mest vanlige metoden når man skal undersøke noe som berører det enkelte mennesket. Det er en samtale som blir avtalt, hvor ulike syn blir utvekslet. Uavhengig av intervjuform er formålet alltid å få informasjon og kunnskap om en sak, situasjoner, relasjoner eller kontekst. Det er vanlig å skille mellom tre hovedtyper av intervjuer: strukturerte, semi-strukturerte og ustrukturerte intervjuer (Bryman 2012:319). Av disse tre idealtypiske intervjuformene benyttes semi-strukturerte intervjuer i denne oppgaven. Dette er en intervjuform som ofte oppfattes som en middelvei av intervju typene. Dette er en metode for å fremskaffe detaljer, dybde og innsiddeperspektiv. Spørsmålene er ofte åpne og generelle, forskeren kan endre spørsmålsrekkefølgen underveis og kan også legge til enkelte spørsmål når og hvis det er nødvendig (ibid:321).

Personene som har blitt intervjuet i denne oppgaven har særlig god kunnskap om den elektroniske samhandlingen og meldingsutvekslingen i sin enhet. Disse kan defineres som nøkkelinformanter, noe som innebærer at de er ressurssterke personer som kan belyse en sak eller et fenomen (Andersen 2006:282). Samtidig er de også "*valgt ut fordi de er velinformerte og antas å ha inngående kunnskap om de saker og sammenhenger som intervjuet skal belyse*" (ibid:282). Semi-strukturerte intervjuer gir respondentene frihet til å snakke rundt et tema de

har god kunnskap om. Åpne spørsmål gir også informanten mulighet til å tilføre og organisere sine svar innenfor sitt rammeverk, noe som øker validiteten (Aberback og Rockman 2002:674). Det å gå grundig til verks og undersøke enhetene gjennom semi-strukturerte intervjuer øker validiteten til svarene, men gjør analysen av spørsmålene vanskeligere (ibid:674). Det blir i en slik sammenheng viktig å ha en aktiv og bevisst forskerrolle, som sikrer oppnåelse av større analytisk kontroll, noe som gir økt validitet og reliabilitet (Andersen 2006). Metode handler om en konstant avveining, som regel går operasjonalisering av en validitetstype på bekostning av en annen. I denne masteroppgaven vil fokuset på dyptgripende kunnskapsstudie gå på bekostning av ytre validitet og analytiske slutninger.

Intervjuguiden setter forskeren i stand til å bringe frem mer reliable data enn hva en ville fått med ustrukturerte intervjuer. Strukturen til de semi-strukturerte intervjuene gjør det enklere å sammenligne svarene til respondentene, fordi de har svart på de samme temaene (Bryman 2012:324). Forskeren har en intervjuguide, som gir en oversikt over temaene respondenten skal innom i løpet av intervjuet. Andersen (2006:280) kaller det semi-strukturerte intervjuet for "*aktiv informantintervju*" og mener dette egner seg godt for å intervju nøkkelinformanter. Mye av argumentasjonen for valg av semi-strukturerte intervjuer begrunnes med at erfaringer knyttet til elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren er et forholdsvis nytt fagfelt og at det derfor eksisterer lite forskning på feltet foreløpig. For å benytte seg av strukturerte intervjuer best mulig bør man ha en større grad av kunnskap rundt temaet som forskes på. Dette for å kunne formulere spørsmålene på en slik måte at man får tak i den informasjonen man ønsker. Derfor mener jeg at semi-strukturerte intervjuer er en mer egnet intervjuform i denne oppgaven.

2.6.1 Hvorfor intervju?

Hovedårsaken for valg av intervju i denne masteroppgaven er flere. For det første ønsket jeg å fremvise menneskelige oppfatninger av en ellers teknisk prosess som foregår i helsevesenet. Det er viktig å huske at det bak alle tekniske endringer sitter mennesker som skal ta disse i bruk og gjøre de til en naturlig del av deres arbeidshverdag. Dette kan by på flere utfordringer, men kan også sees på som en naturlig og stegvis utvikling uten stor motstand. For det andre er det interessant å få førstehåndskunnskap rundt hvordan personer fra forskjellige kommuner, arbeidsplass og forvaltningsnivå forholder seg til samme utvikling. Er det store forskjeller i erfaringene mellom kommunene og sykehuset? Eller opplever alle utviklingen relativt likt? Temaet som skal belyses krever dybde og menneskelig forklaring rundt hendelsene som har

skjedde. Det er bare en viss kunnskap en kan lese seg opp til, men de faktiske erfaringene og opplevelsene sitter menneskene som har vært med på utviklingen inne med. Dette er de viktigste årsakene til at jeg valgte intervju som strategi i denne oppgaven. Det å komme i kontakt med aktørene som er en del av utviklingen i helsevesenet og få muligheten til å komme på innsiden av organisasjoner ble ansett som vesentlig for å kunne besvare oppgavens forskningsspørsmål.

2.6.2 Valg av informanter

I desember/januar 2014-2015 tok jeg kontakt med enhetene med forespørsel om deltakelse i intervju rundt elektronisk samhandling og elektronisk meldingsutveksling med sykehus/kommune. I e-mailen vektla jeg at det var ønskelig å intervju personer som arbeider med pleie- og omsorgsmeldinger daglig og som har god kunnskap rundt samhandlingen med omliggende sykehus/kommuner. Det ble poengtert at det var mulig å trekke seg når en ønsket i løpet av studien og at studien var meldt til norsk samfunnsvitenskapelig database (NSD). Det å melde prosjektet til NSD er obligatorisk når sensitiv informasjon skal lagres og benyttes. Alle Intervjuene ble slettet etter at de var transkribert og ingen personnavn forekom på de transkriberte dokumentene. På hvert dokument ble det brukt kodenavn for enheten som bare jeg kan forstå. I de utvalgte kommunene ble det intervjuet personer som har saksbehandlerstilling på bestillerkontoret eller som sitter med tilsvarende arbeidsoppgaver i en annen stilling kommunalt. Det ble ansett som viktig at personen som ble intervjuet hadde nøkkelkompetanse i sin kommune eller på sykehuset rundt elektronisk meldingsutveksling og prosessen mot å innføre elektroniske løsninger i sin enhet. På sykehuset ble det gjennomført intervjuer med to personer som arbeider i samhandlingsavdeling og har spesielt god kunnskap om temaet som skal belyses.

Det hadde også vært interessant å intervju personer som arbeider i hjemmetjenesten, på sykehjem eller på legekontorer. I denne oppgaven vektlegges imidlertid erfaringer rundt den konkrete samhandlingen mellom sykehuset og bestillerkontoret, noe som gjorde at andre aktører i helsevesenet ble utelukket fra denne studien. Siden det i hovedsak er bestillerkontoret som bestemmer hvilke tilbud pasienter som har vært innlagt på sykehus skal få i kommunen og at det er de som delegerer e-poster som kommer fra sykehuset videre til berørte enheter, syntes det å være et fornuftig valg. Unntaket er dersom hjemmetjenesten har en pasient hos seg og denne pasienten blir lagt inn på sykehus. Da blir det hjemmetjenesten sitt ansvar å sikre at sykehuset mottar de opplysningene som er relevant vedrørende den

pasienten. Det ble intervjuet to personer i hver kommune, unntaksvis i Hurdal kommune. Grunnen til dette var at det bare var en person som hadde hovedansvaret for dette fagfeltet og at det derfor ble naturlig å intervju denne ene personen. På Ahus ble det i likhet med kommunene intervjuet to personer som har en del av ansvaret for samhandlingen opp mot kommunene. Det ble gjort en vurdering basert på tidsrammen og enhetene sin mulighet til å stille med respondenter om at antallet informanter var tilfredsstillende. Det forekom ikke mye ny informasjon etter hvert som en intervjuet personer og det anses som et godt tegn på at en har greid å belyse og få frem det viktigste innenfor det nevnte tema for denne oppgaven.

Som følge av et begrenset antall respondenter, små avdelinger og at det kan være lett å etterspore hvem som har blitt intervjuet har jeg valgt å anonymisere alle enhetene. Det vil derfor kun bli referert til begrepet kommune når det brukes sitater fra intervjuer eller andre uttalelser og sykehus når det brukes fra Akershus Universitetssykehus. Anonymiseringen av respondenter blir ikke sett på som ødeleggende eller som et hinder for oppgavens analyse, men kan tvert imot bidra til mer ærlighet og åpenhet rundt den faktiske situasjonen. Intervjuene hadde en varighet på mellom 40-60 minutter og alle intervjuene ble gjennomført på respondentens arbeidsplass. Det var intervjuobjektene som selv bestemte lokasjon og tidspunkt for intervjuene og alle intervjuene ble foretatt i perioden desember-februar 2014-2015. Det ble benyttet båndopptaker på alle intervjuene, noe ingen av informantene hadde problemer med. Fordelen med å ta opp intervjuene er blant annet at det blir lettere å huske poengene, kunne utforske i større grad hva informantene sa, i tillegg til at en ikke behøver å notere i detalj hva som ble tatt opp under intervjuene. Etter endt intervju og transkribering fikk alle informantene mulighet til å gjennomlese intervjuet og sitatsjekk. Det ble ikke gjort endringer på bakgrunn av dette.

2.7 Andre metoder: Dokumentstudier

I tillegg til de ovenfornevnte intervjuene er ulike skrevne dokumenter som stortingsmeldinger og helseplaner en viktig del av datagrunnlaget mitt. Dette for å få en dypere innsikt knyttet til historikk og forløp rundt elektronisk samhandling i helsesektoren. Hensikten med kvalitativ dokumentanalyse er å kategorisere innholdet og finne relevant data for problemstillingen. Skriftlige dokumenter kan deles inn i offentlige og private dokumenter. Helseplaner, stortingsmeldinger, evalueringsrapporter og bruksanvisninger for implementering av et nytt system er offentlige dokumenter og ligger lett tilgjengelig på Internett. Flere av disse dokumentene er viktige verktøy for å oppnå bedre kjennskap til den historiske utviklingen,

fagfeltet og relevante fagbegreper. Selv om det er mye objektiv fakta i dokumentene, bør en ha i bakhodet at de er skrevet av en hensikt og med et spesielt formål. Det kan derfor være relevant som forsker å tenke over hvem dokumentene er skrevet til, hvem som har skrevet dem og til hvilket formål de er skrevet.

Kjennskapen til kjernedokumentene innenfor elektronisk samhandling og meldingsutveksling i helsevesenet er viktig for å ha full forståelse og oversikt for temaet som skal belyses. Det er også viktig for å gjennomføre gode intervjuer og ha forståelse for kjernebegreper og språk respondentene benyttet seg av. Det er viktig å ha oversikt og kunnskap om lover og forskrifter som er laget for å bedre samhandlingen mellom kommunen og sykehuset. Dette for å ha klare formeninger om hva de er bundet av og må forholde seg til, og hva som er basert på frivillighet. Ulike fremforhandlende avtaler mellom enhetene har også vært relevante for å forstå prosessen og undersøke problemstillingen min. Jeg har i tillegg hatt en samtale på Diakonhjemmet i forkant av prosessen, med en liten innføring i hvordan systemet med pleie- og omsorgsmeldinger fungerer. Observasjonen rundt dette vil ikke være en del av det videre arbeidet, men var relevant for å bedre forståelsen for prosessen og var nyttig som bakgrunnsinformasjon i forkant av intervjuene.

2.8 Validitet

Validitet handler om man måler det man tror man måler (King m.fl. 1994:24). Det avhenger med andre ord om i hvilken grad man kan sikre seg at man måler det man tror man måler (Bryman 2012:273). Den videre diskusjonen vil basere seg på Cook & Campbell sitt rammeverk for kausale studier for å vurdere i hvilken grad denne studien har god validitet. De opererer med fire kvalitetskrav til validitet: statistisk validitet, indre validitet, begrepsvaliditet og ytre validitet (Lund 2002). Siden dette er en kvalitativ studie som baserer seg på intervju og dokumentstudier ser jeg bort fra statistisk validitet i denne oppgaven.

"Indre validitet omhandler i hvilken grad vi kan sikre at den effekten vi observerer er en effekt av den uavhengige variabel på den avhengige variabel" (Lund 2002). I denne oppgaven forsøker jeg å sikre god indre validitet ved å kontakte informantene i ettertid med sitater og poenger jeg ønsket å bruke, for å forsikre meg at det var en god overensstemmelse mellom mine funn og informantens syn. Dette for å unngå tolkningsfeil og misforståelser fra begge parter. Bryman (2012) peker på at en av styrkene til det kvalitative opplegget nettopp er å avdekke kausalforhold og handlingsforløp. Gjennom å benytte semi-strukturerte intervjuer har jeg lagt til rette for ulike forklaringer og forståelse av årsakssammenhenger. Det at det

også er gjennomført flere intervjuer i hver enhet er noe som styrker at de sammenhengene man finner er reelle, med unntak av i Hurdal kommune.

"Begrepsvaliditet handler om i hvor stor grad begrepene som benyttes beskriver kjernebegrepene korrekt, og i hvilken grad de er operasjonalisert riktig" (Lund 2002:106). I denne oppgaven har jeg brukt mye tid på historikken bak for å forstå endringene som har skjedd i norsk helsevesen gjennom sentrale politiske dokumenter. I tillegg har jeg hatt tilgang på enkelte saksdokumenter som kommunene besitter, hvor sentrale begreper blir benyttet. Det har vist seg å være store likheter mellom begrepene informantene benyttet seg av for å besvare spørsmålene jeg stilte og begrepene som blir benyttet i sentrale dokumenter i tilknytning til elektronisk samhandling. På intervjuene fremkom det ingen forskjeller på hvordan kommunen ordla seg og hvordan sykehuset ordla seg knyttet til de spørsmålene som ble stilt. Begrepsvaliditeten blir derfor vurdert til å være god i denne oppgaven.

Den siste av validitetstypene som skal diskuteres er ytre validitet. "*Det handler om i hvilken grad man kan generalisere til og over enheter*" (Lund 2002:106). Som det ble påpekt tidligere er det realistisk å tenke seg at oppgaven vil gi indikasjoner på hva man kan forvente å finne i andre kommuner og sykehus, men som følge av få respondenter er det vanskelig å generalisere utover de konkrete enhetene som er undersøkt. Denne oppgaven prioriterer dybde, og fokuserer på case og lite utvalg, hvor det søkes innsikt og forståelse for en teknisk prosess i det norske helsevesen. Det blir likevel feil å si at det ikke vil ha noen relevans for andre enheter i samme sektor. Den eksplorerende karakter av denne casestudien kan gjøre funnene relevant også utover de konkrete enhetene som er forsket på. Deriblant kan erfaringene knyttet til å innføre elektronisk meldingsutveksling være relativt like i kommuner og sykehus, men som følge av lite antall informanter har man ikke anledning til å trekke en slik slutning. Den ytre validiteten blir vurdert som en utfordring i denne studien.

2.9 Reliabilitet

Reliabiliteten i oppgaven vil avhengige av om man hadde fått de samme resultatene dersom man hadde gjort undersøkelsen på nytt (King et al. 1994:25). De semi-strukturerte intervjuene gjorde det mulig å sammenligne svarende på tvers av kommuner, innad i enhetene og mellom kommuner og sykehuset. Det var store likheter i oppfattelsen av utfordringer, gevinster, samhandling og prosess mellom respondentene, noe som styrker reliabiliteten. Det kunne likevel vært valgt enda flere respondenter per kommune og flere sykehuset og/eller respondenter fra sykehussektoren, noe som ville styrket dette ytterligere. Spesielt er det ansett

som problematisk at det kun er en respondent fra Hurdal kommune, siden svarene til denne personen fremstilles som synet til en hel kommune. I de andre kommunene og på sykehuset var det store likheter mellom svarene, noe som anses som positivt for reliabiliteten. Reliabiliteten blir av den grunn vurdert til tilfredsstillende i denne oppgaven. Det kan også nevnes at det ble benyttet båndopptaker under intervjuene, slik at intervjuene kunne skrives ordrett av. Bruk av båndopptaker kan gi opphav til flere inntrykk fra arbeidet i ettertid, blant annet ved å gjenkjenne latter og irritasjon.

3 Historisk kontekst

3.1 Historisk utvikling

I det norske helsevesenet samhandler mange aktører, både private og offentlige. Disse kan befinne seg på forskjellig forvaltningsnivå, slik tilfelle er med primær- og spesialisthelsetjenesten, hvorav sykehuset ligger på statlig nivå og kommunehelsetjenesten på kommunalt nivå. Antallet aktører i sektoren kan gjøre bildet av helsevesenet komplekst og stort. IT blir av mange fremstilt som løsningen på en del av utfordringene helsesektoren står overfor. Nasjonale helsestrategier tenderer til å vektlegge at befolkningen er klar for IT i helsesektoren og at de stadig etterspør mer. Det blir samtidig lagt vekt på at samfunnet på sikt kan tjene stort på å gå over til elektroniske løsninger. Det å digitalisere arbeidsprosessene i helsevesenet kommer til å endre den, slik også er tilfelle i andre sektorer i samfunnet. Tross at utviklingen mot elektroniske løsninger har gått sent i helsevesenet sammenlignet med andre sektorer, er aktørene i dag på god vei mot en papirfri hverdag i kommunehelsetjenesten og på sykehusene. I dette kapittelet blir det lagt vekt på prosessen med elektronisk samhandling gjennom nasjonale strategier og reformer. Innledningsvis vil forholdet mellom stat og kommune bli lagt vekt på, noe som tenderer til å gjøre det elektroniske samhandlingsmålet enda vanskeligere. Deretter vil kapittelet fokusere på prosessen med elektronisk samhandling, før det avslutningsvis vil fokuseres på elektroniske meldinger, som kan anses som den viktigste formen for elektronisk dialog.

3.1.1 Tidligere forskning på samhandling i helsesektoren

I helsesektoren er det nødvendig at samhandlingen fungerer på tvers av nivåer og organisasjonsgrenser, fordi dette kan sikre en bedre overgang mellom nivåene for pasienten, enklere tilgang på informasjon for aktørene og gir de pårørende mulighet til å fokusere på å ivareta og følge opp brukeren, fremfor å følge opp systemet. En type samhandling mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset, skjer ved utskrivning av pasienter fra sykehuset til kommunehelsetjenesten. Dersom overgangen mellom spesialist og primærhelsetjenesten er preget av diskontinuitet, skrives det i Samhandlingsreformen at en har *"mislyktes i å møte pasientens behov på en rasjonell og koordinert måte"* (St. Meld.47 2008-2009:48). Flere forskere har påvist at det i overgangen mellom nivåer kan oppstå svikt, blant annet i Paulsen og Grimsmo (2008). Tidsfaktor og ulike kulturer er forhold som kan være utfordrende barrierer for å sikre god informasjonsutveksling mellom aktører (Payne, Kerr, Hawker,

Hardey og Powell 2002). Andre faktorer kan være begrenset kunnskap om samhandlingene aktør. Dersom det forannevnte er tilfelle kan dette skape utfordringer i samhandlingen mellom enhetene, fordi aktørene anser informasjonen de mottar som utilstrekkelig (ibid). Annen forskning, deriblant av Olsen, Østnor, Enmarker og Hellzén (2013) vektlegger at manglende tilgjengelighet, ulike syn og et verdensbilde preget av "vi" og "dere" vanskeliggjør god samhandling. Forskerne fant også ut at det var manglende tillit mellom nivåene vedrørende om informasjonen som ble gitt stemte eller ikke, dette samsvarer med Payne et al. (2002) sin forskning. Dette kan være en barriere for å skape gode pasientforløp og samhandlingsprosesser mellom aktørene (ibid). På organisasjon, eller systemnivå, finner man forskning som peker på at manglende ressurser (tid og kompetanse), diskontinuitet i arbeidet som følge av stadige avbrytelser, uklare ansvarslinjer og rutiner, samt usikkerhet rundt informasjonsutvekslingen som relevante barrierer for helsepersonellet i møte med samhandlingen (ibid).

3.2 Forholdet mellom stat og kommune

I Norge har det blitt skapt et organisatorisk skille mellom det man kaller første (primærhelsetjenesten) og andrelinjetjenesten (spesialisthelsetjenesten). De to helsetjenestelinjene slik at de ligger på forskjellige forvaltningsnivåer (herunder stat og kommune), og har ulike eierskap, lovgivning og ansvarsområde (Folkehelseloven 2011, Helse- og omsorgstjenesteloven 2011, Spesialisthelsetjenesteloven 2001). Spesialisthelsetjenesten er eid og drevet av staten, mens primærhelsetjenesten er organisert og driftet av kommunene (Spilker 2015). Kommunen representerer borgerens hjemmeplass, mens sykehuset er noe midlertidig. Forholdet mellom stat og kommune er i kontinuerlig endring gjennom sentrale reformer, lover og forskrifter. Endringer i velferdstjenester bidrar til spenninger mellom statens mål om likebehandling av alle borgere og kommunens ønske om selvstyre og lokal tilpasning. Overgangen til elektroniske løsninger i helsesektoren har vært en prosess preget av klare målsetninger, krav, forskrifter, lover og reformer (se kapittel 3.3). Relasjonen mellom stat og kommune utformes i skjæringen mellom hensynet til lokalt selvstyre og deltagelse på den ene siden og nasjonale mål på den andre siden (NOU 2002:22).

Kommunen anses både statens forlengede arm og som et politisk redskap for lokalbefolkningen. Kommunesektoren har en relevant og sentral rolle som oppgaveløser i helsesektoren. Det vil være godtroende å anta at sentrale myndigheter, nasjonale politikere og partier ikke vil kreve å ha en sterk hånd med på rattet, både ved utformingen av og

iverksetting av den offentlige politikken (Christensen, Egeberg, Larsen, Læg Reid og Roness 2010a:179). I helsesektoren er det statens oppgave å utforme sentrale politiske målsetninger. Kommunene kan i prinsippet løse de oppgaver de selv ønsker, forutsatt at det ikke er forbudt eller pålagt andre. De oppgavene kommunene derimot må gjennomføre er de oppgaver som er pålagt dem med hjemmel i lov (Hagen og Sørensen 2001). I helsesektoren har kommunene og sykehuset blitt pålagt elektronisk samarbeid med hjemmel i lov og forskrifter (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Dette er rettighetslovgivning, noe som innebærer at nasjonale myndigheter definerer bestemte ytelser, også når de utføres av kommunene. Staten vedtar i en slik kontekst lovbestemte rettigheter for borgerne, hvorav det legges frem nasjonale standarder og krav for hvordan disse ytelsene skal være (Christensen et al. 2010a:179). I tilfeller som det legger staten større vekt på nasjonen og mindre vekt på den lokale selvråderetten, slik at den kommer i skyggen av statlige føringer (ibid).

Det lokale selvstyre er et ønske om frihet til å ta på seg bestemte oppgaver, men også som et ønske om frihet fra inngrep og pålegg (Christensen et al. 2010a:180). Kommunene sin handlefrihet er likevel negativt avgrenset, som betyr at reelle forhold slik som lovgivning, økonomi og kompetanse setter klare begrensninger på hva som faktisk kan utføres. Offerdal (2005) fremlegger at kommuneloven av 1992 vektla "folkestyre", "effektiv og rasjonell forvaltning" og det var viktig at det lokale folkestyret tok hensyn til, og holdt seg innenfor, det nasjonale fellesskap (Offerdal 2005). Det blir i kommuneloven også lagt vekt på at virksomheter kommunalt innehar frihetsgrader for organisering, men det felles beste sett med statlige øyne trumfer deres frihet (ibid). I dag blir eksempelvis elektronisk samhandling sett på som et viktig skritt mot et bedre helsevesen, hvilket kan effektivere og bidra til bedre dialog mellom sykehuset og kommunen. Ved å benytte reformer og lovgiving legger staten klare føringer for hvordan politikken skal implementeres og iverksettes på kommunalt nivå, også i helsesektoren. Dette kommer jeg imidlertid tilbake til. Kommunene utgjør størstedelen av offentlig sektor, så det er vel ingen overraskelse at mange av endringene i helsevesenet vil skje på kommunalt nivå (Larsen og Offerdal 2000). Opstad (2006:170) skriver at kommunen og staten ikke kan anses som likeverdige partnere, på bakgrunn av at det er staten som fastsetter vilkårene. I senere tid har det fra statens side blitt iverksatt tiltak for å sikre et mer likeverdig partnerskap mellom stat og kommune i helsesektoren, blant annet gjennom *forskrift om kommunal betaling av utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten*, ikrafttredelse 01.januar 2012 og *lov om folkehelsearbeid*, ikrafttredelse 01.januar 2012.

3.3 Nasjonale strategier

Hvordan har de nasjonale helseplanene satt fokus på den elektroniske samhandlingen? Det er relevant å se i tidligere helseplaner og Samhandlingsreformen for å gjøre rede for hvordan elektronisk samhandling har utviklet seg de siste ti årene. Helsesektoren anses i dag som løsrevet, praktisk talt, fra resten av offentlig sektor. De har hatt sitt eget utviklingsløp innen elektronisk samhandling, både organisatorisk og økonomisk. De nasjonale føringene omhandler den elektroniske samhandlingen overordnet.

3.3.1 Mer helse for hver bIT (1997-2000)

I 1996 la Sosial- og helsedepartementet frem den første nasjonale strategien om IKT i helsesektoren. Årsaken til at denne helseplanen kom kan ha vært et ønske om å styre utviklingen i "riktig" retning og samordne de ulike tiltakene for å oppnå mer effektiv informasjonsbehandling (Aanestad 2010). Denne handlingsplanen fikk navnet *Mer helse for hver bIT- informasjonsteknologi for en bedre helsetjeneste* (Sosial- og helsedepartement 1996). Helseplanen vektlegger at det er behov for å nyttiggjøre seg av samfunnets informasjonsteknologi og at det fremover må fokuseres på organisering og organisasjonsutvikling. IT-utviklingen blir i den sammenheng en del av organisasjonsutviklingen.

Sosial- og helsedepartementet sin oppgave i prosessen blir å stimulere til utvikling av strategier og planer, hvor det blir lagt særskilt vekt på den ansvarlige ledelsen i enhetene på ulike nivåer i sektoren. Det skal sikres at ledelsen oppnår god innsikt og forståelse rundt utviklingsmuligheter som ligger i informasjonsteknologi. Befolkningen anses som moden for å ta i bruk IT og har akseptert at det er behov for dette i stor grad. I strategien inngår også en større oppgavefordeling mellom kommunen og sykehuset, og et mål om å sikre å utvikle bedre og mer samordnende tjenester i helsevesenet. Myndighetene ønsker å arbeide med mer tidsavgrensede og konkrete mål for innføringen av IKT. I planen ble det tatt utgangspunkt i fem hovedmål: 1. Mer tid til pasienten 2. Koordinering og samhandling 3. Kompetanseheving 4. informasjonssikkerhet 5. Personvern (Sosial- og helsedepartementet 1996). Dette indikerte at myndighetene ønsket en mer deltagende rolle i IKT utviklingen i sektoren. Tross dette la ikke planen frem hvordan helsesektoren skulle implementere IKT. Den vektla derimot at Departementet skulle stimulere til innsikt og forståelse for IT. Det var enda opp til den enkelte aktør å skaffe seg tilfredsstillende IT-løsninger (Sosial- og helsedepartement 1996). Planen

var et svar på behovet for et helhetlig nasjonalt feste om å utnytte potensialet som ligger i kommunikasjons- og informasjonsteknologien (ibid). Helseplanen bidro i stor grad til å sette IT på dagsorden, selv om den var for ambisiøs (Aanestad 2010). Det var blant annet ikke noen plan for oppfølging av tiltakene i strategien. Det ble heller ikke gitt egne midler til oppfølging av denne handlingsplanen, men ble finansiert gjennom bruk av Forskning og utviklingsmidler (Sosial- og helsedepartementet 1996). Dette kan sees på som en mer visjonær plan som pekte på muligheter og fremtidsvisjoner, deriblant etablering av helsenett, elektronisk samhandling og effektivisering og kvalitetssikring av tjenestene ved hjelp av IT.

3.3.2 Si@! (2001-2003)

I 2001 kom en ny helseplan som avløste den forutgående helseplanen. Denne tiltaksplanen fikk navnet *Si@* og den nye planen gjaldt i perioden 2001-2003. I *Si@* planen ble det lagt mer vekt på å sikre gjennomføringen av tidligere tiltak enn på å fremme nye, og områdene som fikk prioritet i denne planen var mer avgrenset enn i 1996 planen. Elektronisk samhandling fikk særskilt prioritet i denne planen, og sentralt i planen stod målsetningen om å sikre stimulering av IT prosjekter på tvers av helse-, sosial og trygdesektoren (Sosial- og helsedepartementet 2001). Målet var at de hyppigst brukte elektroniske meldinger som epikriser, henvisninger og trygderegninger, skulle sendes elektronisk mellom aktørene fremfor å sendes i papirformat. Målsetningen var at meldingene skulle sendes mellom sykehus, fastleger og trygdeetat (ibid). Elektronisk dialog mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset skulle bli prioritert i andre rekke i denne planen. Norsk Helsenett (heretter forkortet NHN) skulle spille en nøkkelrolle for å sikre at grunnlaget for elektronisk samhandling ble nådd. Det nasjonale helsenettet skulle sørge for at helsesektoren fikk en robust og fysisk infrastruktur, hvilket innebar at IKT løsningene måtte ha stor kapasitet og at systemene skulle dekke flest mulig i Norge (ibid). Andre satsingsfelt i planperioden var telemedisin, helseportalen og publikumstjenester. I motsetning til den første helseplanen, ble denne strategien fulgt opp med betydelige statlige midler, som skulle gå til å bygge ut det regionale nasjonale helsenettet (NHN) og sikre en utbredelse av elektroniske meldinger (Sosial- og helsedirektoratet 2006).

3.3.3 Evaluering av handlingsplanen si @!

Helse- og sosialdirektoratet var oppdragsgivere for evaluering av *Si@* utført av PLS Rambøll Management. Ved evalueringen fant Rambøll ut at helseplanen var mer fokusert, mindre

ambisiøs og hadde flere virkemidler enn den første helseplanen fra 1997 (PLS Rambøll Management 2004). Evalueringen og analysene til Rambøll ble presentert i en rapport fra mars 2004: *evaluering av tiltaksplanen si @!*. Hovedkonklusjonene i rapporten fra Rambøll er at handlingsplanen hadde bidratt positivt i forhold til å akselerere og samordne IKT utviklingen i sektoren (ibid:44). De mente imidlertid at det fremdeles ville være behov for statlig fokusering i tiden fremover, og at satsingen på å få tatt elektronisk samhandling i bruk burde utbygges ytterligere (ibid:44). Evalueringen av planen viste at selv om planens delmål hadde vært for ambisiøse var det likevel oppnådd resultater i forhold til overordnede målsetting. Konklusjonen var imidlertid at det burde vært større vektlegging av hvordan man skal arbeide for å bryte ned organisatoriske barrierer for implementering av IKT-løsninger i helsetjenesten (ibid:51).

3.3.4 S@mspill 2007 (2004-2007)

I perioden 2004-2007 var det tiltaksplanen *S@mspill 2007* som hadde prioritet i helsesektoren. I *S@mspill 2007* ble målsetninger for sektoren i denne perioden presentert sammen med de tiltak departementet mente måtte til for å sikre at målsetningene ble nådd. I helseplanen *S@mspill 2007* var det to hovedområder som var i fokus og ble prioritert i forhold til tiltak. Det ene hovedområdet var infrastrukturen i sektoren og den videre satsing på å utvikle den. Sentralt her var informasjonsstrukturen, de elektroniske pasientjournalene og meldingsutvekslingen mellom aktørene (Sosial- og helsedepartementet 2006). Det andre hovedområdet som tiltaksplanen vektla var behovet for å tilrettelegge for samhandling med nye aktører i helsesektoren. Departementet hadde fra de tidligere helseplanene erfart at det var viktig å ikke ha for høye krav og målsetninger til prosessen med å innføre elektroniske løsninger, men heller ha en rolig iverksetting av de nasjonale helseprosjektene. Blant annet ble det fremhevet at alle prosjektene ikke må ha oppstart samtidig, og nøye planlegging av selve prosessen med innføringen av IKT og tilrettelegging for alle aktører i sektoren ble fremlagt som sentrale elementer for å sikre innføringen av IT (ibid). Departementet ønsket å følge opp satsingsfeltene i drift. Tiltaksplanen *S@mspill 2007* var overordnet, men delt opp i årlige gjennomføringsplaner; hvor hvert enkelt tiltak fikk en mer nøyaktig forklaring. De årlige gjennomføringsplanene skulle koordineres med Sosial- og helsedirektoratet, som hadde primæransvaret for å følge opp helseplanene (ibid). Videre i planen ble det vektlagt at de 4 regionale helseforetakene og sykehusene skulle være pådrivere for å sikre innføringen av IT. Begrunnelsen for helseforetakenes pådriverrolle var at de hadde både kompetanse og IT-

modenhet innenfor elektronisk samhandling. I denne strategien var det en utstrakt satsning på elektronisk samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset (ibid). I planen beskrives fire svakheter og/eller mangler i forhold til en helhetlig og veldefinert informasjonsgrunnlag. Svakheterne i sektoren som planen presenterte var: helhet, en svak implementering, begrenset utviklet felles begrepsapparat og et manglende samsvar mellom de verbale begrepsdefinisjonene som blir benyttet i sektoren og den tekniske fremstillingen/representasjonene av de samme begrepene. Prioriteringene i denne helseplanen var mer innskrenket enn i de to foregående. Denne planen tok også for seg kommunal sektor som målområde, noe som hadde vært en svakere/begrenset prioritet i de to første planene (Sosial- og helsedepartementet 2006).

3.3.5 Midtveisevaluering av S@mspill 2007

Etter tildeling av oppdrag fra Helse- og sosialdirektoratet ble det gjort en midtveisevaluering av *S@mspill 2007*. PLS Rambøll Management (2006) som foretok evalueringen konkluderte blant annet med at målene som var satt i helseplanen var for ambisiøse i forhold til tidsrammen som aktørene måtte holde seg innenfor og at helseplanen hadde også hatt en større effekt på nasjonalt nivå enn på kommunalt nivå (ibid). Evalueringen viste at helseplanens tiltak og gjennomføring hadde større effekt på IT utviklingen på sykehusene enn i kommunehelsetjenesten. Rapporten fant også ut at utviklingen av IKT løsninger også på andre områder, slik som teoriutvikling, organisasjonsutveksling, økonomiske og juridiske avklaringer kunne skape og sikre et helhetlig og sammenhengende pasientforløp (ibid). Sosial- og helsedirektoratet pekte på at helseforetakene av ulike årsaker har kommet lenger i utbredelsen av IT løsninger internt og i samhandling med andre aktører, enn det kommunene og kommunehelsetjenesten har. Årsaken til dette er ikke entydig, men det antydes at økonomiske og organisatoriske prioriteringer og manglende standardisering er årsaken til dette. Imidlertid kan forskjellen i IKT løsninger også skyldes manglende informasjon til aktørene i kommunene og manglende forankring av samspill-strategien til Nasjonal IKT. For å sikre bedre koordinering og synkronisering av utvikling, samt bedre implementering av IKT-løsninger anbefales det i evalueringen strengere rammestyring av kommunehelsetjenesten (ibid). Det ble i planperioden 2004-2007 gjennomført årlige planer som konkretiserte ulike tiltak innen hovedsatsningene. I gjennomføringsplanen for siste år i planperioden fremheves det at resultatmålene for strategien i stor grad er oppnådd, men at det gjenstår en del arbeid før IT-løsninger og endring av arbeidsprosesser gir de store helse

effektene (Helse- og sosialdirektoratet 2006). Evaluering vedrørende sluttprosjektet har jeg ikke lyktes å finne.

3.3.6 Samspill 2.0 (2008-2013)

Den nyeste helseplanen er *Samspill 2.0: nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren*. I denne helseplanen fremlegges det 11 satsingsområder: (1) Nasjonalt meldingsløft (2) kommunesatsing (3) elektroniske resepter (4) elektronisk pasientjournal (5) tilgang til pasientinformasjon-kjernejournal (6) helhetlig dataflyt (7) helseinformasjon, pasient- og brukertjenester (8) bedre oppgave- og funksjonsfordeling gjennom å finne nye måter å samarbeide på (9) utdanning, opplæring og kompetanseutvikling (10) forskning og innovasjon, og avslutningsvis (11) dokumentasjon og informasjonsarbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Innledningsvis i helseplanen skrives det at mål og tiltak i tidligere nasjonale strategier bare delvis er nådd og at denne helseplanen har som mål å realisere tidligere målsetninger og tiltak fra helseplanene i perioden 1997-2007 (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Planens kortsiktige mål er å gå over fra papir til elektronisk samhandling mellom aktørene i helsevesenet. Det skrives at "*i dag sendes 80 prosent på papir og 20 prosent elektronisk, ønsket er å snu denne utviklingen*" (ibid). Sagt med andre ord ønsker man en større del av rutinemeldinger over fra papir til digitalt format (ibid). Det har ikke vært mulig å finne noen offisiell evaluering av Samspill 2.0, men stortingsmelding 9 "*en innbygger, en journal*" (2012), gir et bilde om hva som er oppnådd i sektoren med hensyn til elektroniske løsninger, og hva som er statusen i 2012. I stortingsmeldingen fremgår det at enkelte av målsetningene er nådd, ved at mange aktører allerede drar nytte av den elektroniske samhandlingen, og at mange nasjonale prosjekter som fremdeles pågår er på vei mot slutføring, noe som vil gi økte gevinster og innsikt om situasjonen i helsevesenet. Det uttrykkes i meldingen at utviklingen går for sakte, og også i denne meldingen etterspørres det sterkere nasjonal styring og koordinering (St. Meld. 9 2012-2013).

3.3.7 Riksrevisjonens rapport 2008

Samme året som *S@mspill 2.0* kom ut, la Riksrevisjonen frem en rapport om statusen rundt IKT løsninger i helse- og omsorgssektoren. Målet med undersøkelsen var å belyse bruken av IKT som virkemiddel til bedre samhandling og mer effektiv ressursutnyttelse i helsesektoren. I Riksrevisjonens evalueringsrapport konkluderes det med at det er et stort sprik mellom hva som var ønsket oppnådd og hva som faktisk er oppnådd (Riksrevisjonen 2008).

Evalueringsrapporten påpekte at det var en mangelfull utnyttelse av elektronisk pasientjournal i helsesektoren (EPJ). Innføringen av elektronisk journalbruk hadde bare i begrenset grad har bidratt til bedre samhandling, og elektroniske pasientjournaler var mer til nytte internt enn på tvers av institusjoner (ibid). Den elektroniske samhandlingen innad på sykehuset eller innad i en kommune er bedre enn den samhandlingen mellom nivåene, og målene for elektronisk meldingsutveksling er ikke nådd (ibid). En viktig forklaring som evalueringsrapporten trekker frem er at ikke alle helseforetak har et EPJ-system med den nødvendige funksjonaliteten for å kunne samhandle elektronisk med andre aktører i helsevesenet. Flere av helseforetakene hadde systemer som ikke engang støtter EPJ. Undersøkelsen og evalueringen av helsesektoren viste at elektronisk samhandling mellom kommune og helseforetak brukes i liten grad, og hovedandelen av den elektroniske kommunikasjonen er det pleie- og omsorgssektoren i forbindelse med inn- og utskrivning av pasienter (ibid). En viktig forklaring på at kommunene ligger bak helseforetakene i utvikling av elektroniske løsninger, er at kommunene mangler viktige forutsetninger for elektronisk samhandling med helseforetakene, blant annet systemer med stor kapasitet. Riksrevisjonen (2008) konkluderer også med at det er behov for sterkere nasjonal styring for å sikre utviklingen av elektronisk samhandling. Bakgrunnen for manglende bruk av standarder kan være at det var stor grad av frivillighet knyttet til bruken av disse. Først i februar 2007 ble det pålagt for de regionale helseforetakene å stille krav til sine leverandører om at alle meldinger i helsesektoren skal være standardiserte og godkjent av kompetansesenter for IT i helse- og omsorgssektoren (ibid).

Føringer	Periode	Målsetning
Mer helse for hver bIT	1997-2000	Koordinering og samhandling. Vektla behovet for å nyttiggjøre seg av samfunnets informasjonsteknologi og bedre oppgavefordeling mellom kommune og sykehus.
Si@!	2001-2003	Nasjonalt helsenett og ekspandering av elektronisk samhandling.
S@mspill 2007	2004-2007	Økt samarbeid mellom aktørene i helsetjenesten og tilrettelegging for samarbeid med nye aktører. Satsning på infrastruktur, elektronisk pasientjournal og meldingsutveksling.

Samspill 2.0	2008-2012	Tilrettelegge for helhetlig og samordnet utvikling av IKT. Blant annet gjennom nasjonalt meldingsløft, helhetlig dataflyt, elektronisk pasientjournal og elektroniske resepter.
--------------	-----------	---

Tabell 1: Oppsummering av helseprosjekter

3.4 Samhandlingsreformen

Målsetningene som ble lagt frem i tidligere helseplaner, deriblant knyttet til effektivitet, elektronisk samhandling og sømløs overgang mellom nivåene, blir vektlagt og videreført i denne reformen (jf. Mer helse for hver bIT, Si@!, Samspill 2007, Samspill 2.0) og strategier om å bruke IKT som et virkemiddel for å nå helsepolitiske mål og yte gode tjenester gjennom hele pasientløpet. I 2008 ble reformen lagt frem av daværende Helseminister Bjarne Håkon Hansen. Reformen innebar en ekspansiv satsning på elektronisk samhandling som gjeldende praksis på kommunikasjon mellom forvaltningsnivåer og aktører i helsevesenet. Arbeidet med reformen og den senere innføringen av den i 2012 var et resultat av tiår med dårlig koordinering og samhandling mellom nivåer og enheter i helsevesenet (St. Meld. 47 2008-2009, Svardal 2013). Bjarne Håkon Hansen uttrykte i en tale til sektoren at det er i overgangen mellom nivåene det svikter, og reformen la stor vekt på Wisløff-utvalgets løsninger til hva som kunne forbedres i samhandlingen mellom nivåene i helsesektoren (Svardal 2013).

Wisløff-utvalget la i 2005 frem innstillingen, "*Fra stykkevis til helt*", med et mandat om å vurdere samhandlingen mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt å vurdere endringer i rammebetingelsene for bedre samhandling (Svardal 2013). Tre utfordringer gjorde seg særlig gjeldende i denne innstillingen: flere og flere eldre, en aldrende befolkning og større forventninger til hva helsesektoren skal yte av tjenester. I likhet med våre vesteuropeiske naboer bruker vi mer og mer penger på helse (St. meld. 47 2008-2009), noe som gir indikasjoner på helsesektorens betydning for velferdssamfunnet og innbyggeren selv. Samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten rundt pasienter er betydelig, noe som kan medføre at brudd i samhandlingen eller diskontinuitet i pasientforløpet kan gi alvorlige konsekvenser (Svardal 2013). Helsevesenet bør og skal sørge for at pasienten opplever trygghet og forutsigbarhet i møte med helsetjenestene, noe som skal være tilfelle uansett hvilken aktør/enhet pasienten kommer i kontakt med eller om den må veksle mellom nivåer på tvers av forvaltningsnivåer

eller innad i samme enhet (ibid). Samhandlingsreformen innfører ikke store organisatoriske endringer, men har gitt noen endringer i de formelle rammene for samhandling og ansvarsfordeling mellom de to aktørene i denne undersøkelsen (Svardal 2013). På bakgrunn av det anses Samhandlingsreformen som relevant i denne oppgaven, ettersom elektronisk samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er temaet som skal belyses. Samhandlingsreformen skal sørge for en helhetlig helsetjeneste med god kvalitet (St.meld. 47 2008-2009). I den norske helsesektoren er det behov for å koordinere tjenestene bedre, noe som ikke er godt nok organisert på nåværende tidspunkt (Svardal 2013).

3.4.1 Hovedtrekk i reformen

Pasienten har krav på gode og helhetlige tjenester, hvilket innebærer at uavhengig av hvem tjenesteyter er skal disse tjenestene vektlegge pasientens beste (Svardal 2013). Effektiv ressursbruk fordrer at aktørene ikke bare ser egen virksomhet, men tenker i helhetlige løsninger. Det gir fragmenterte tjenester og en merbelastning for pasienter dersom aktørene bare tenker på egen virksomhet. I perioden før reformen kom var det få resurser som var satt inn på forebygging og begrenning av sykdom, og de spesialiserte tjenestene var i stor grad vinnerne når resurser skulle fordeles (ibid). Den demografiske utviklingen i Norge og endringer i innbyggernes sykdomsbilde stiller imidlertid større krav til god samhandling mellom aktørene for at pasienter med kroniske lidelser eller sammensatte sykdomstilstander skal bli godt ivaretatt mellom nivåene og få den rette oppfølging og behandlingen de har behov for. Behandlingen av denne typen pasienter stiller store krav til god dialog og samhandling mellom tjenestenivåene, og kjernen i reformen er å søke svar på utfordringene Wisløff-utvalget la frem (Svardal 2013). Utvalget mente at det kun var behov for å gjøre små endringer for å støtte opp under samhandlingen mellom aktørene i helsesektoren, og at det ikke var nødvendig å innføre en ny forvaltningsreform (NOU 2005:3). IKT ble ansett som et viktig redskap for å realisere de utfordringene som helsevesenet stod overfor og realisere fastsatte helsepolitiske målsetninger (St.meld. 47 2008-2009). Reformen vektlegger at aktørene i helsesektoren skal samhandle elektronisk og at dette skal være den normale måten å kommunisere på, hvor tidligere papirbasert samhandling bare skal gjøres gjeldende i nødsituasjoner (ibid).

3.4.2 Tiltak

Tiltakene skal være rettet mot de utfordringene som er beskrevet ovenfor.

For det første skal det legges opp til en tydeligere pasientrolle, noe som innebærer at tjenester og systemer skal legges opp, slik at pasienten kommer i sentrum av samhandlingen. Disse tjenestene skal sikre at pasienten greier å mestre sitt eget liv eller at brukeren gjenopptar mestring i stor grad. Deltjenester, og silotankegang, skal komme i skyggen av helhetlige pasientforløp med aktører som tenker i sammenhengende tiltakskjeder. Som nevnt senere i oppgaven (kapittel 3.7) har tidligere praksis vært at aktørene i stor grad har tenkt på egen oppgaveløsning, og ikke tatt hensyn til samhandlende aktører (St. meld. 47 2008-2009:47). Pasienten er i sentrum i helsesektoren, og dette skal reformen sørge for ved å sikre at samhandlingen er preget av kontinuitet, samordning og helhet uavhengig av hvilken aktør som leverer tjenestene (ibid). Wisløff-utvalget skriver i utredningen at det nettopp er i overgangen mellom nivåer det er størst fare for svikt (NOU 2005:3). Reformen legger opp til at aktørene i sektoren må samhandle mer, slik at man får gode koordinerte tjenester på tvers av forvaltningsnivåene (St. meld. 47 2008-2009:47). Det er utfordrende at regelverk, prioriteringer og forskrifter er rettet inn mot disse to forvaltningsnivåene separat, noe som fører til manglende fokus på pasientens samlede behov (ibid:22).

Det andre som vektlegges er en ny fremtidig kommunerolle. Denne "nye" rollen går ut på et større ansvar for kommunene i forhold til forebygging og innsats i tidlige faser av sykdomsforløpet, og i kommunene skal det i større grad tenkes helhetlig rundt pasienter innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Siden kommunen har best kunnskap om egne innbyggere ønsker man å bygge opp et best mulig tilbud i pasientens hjemlige og normale omgivelser. Kommunen blir således tildelt et større ansvar enn tidligere for øyeblikkelig hjelp-funksjoner, hvor de blant annet er pliktet å ha et døgnåpent tilbud for øyeblikkelig hjelp. Dette skal etter planen tre i kraft 1.januar 2016, og gi kommunene et større ansvar for forebygging gjennom folkehelseoven av 2011 (Svardal 2013).

Det tredje tiltaket var etablering av et økonomisk insentiv for å samhandle om pasienter. Det blir lagt til grunn at dagens ordning ikke oppmuntrer til, men motvirker samhandling. Eksempelvis har kommunen i stor grad betalt prisen for forebygging, mens den økonomiske gevinsten i realiteten har kommet i spesialisthelsetjenesten i form av sparte behandlingsutgifter. Formålet er at det skal skapes økonomiske incentiver som gjør at ulike aktørene prioriterer de "rette" oppgavene. Fra 1.januar 2012 ble kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten iverksatt. Dette innebar at kommunen fikk et større ansvar for sine

innbyggere. Kommunen overtok også 1.januar 2012 det økonomiske ansvaret for utskrivningsklare pasienter (St. Meld. nr. 47 2008-2009).

Det er også etablert tiltak som skal sikre at spesialisthelsetjenesten fokuserer på den spesialiserte kompetansen sin og får ivareta den. Dette innebærer et større ansvar til kommunesektoren for innbyggernes helse, for igjen skal sikre at spesialisthelsetjenesten får større rom for å levere gode spesialiserte tjenester (St.meld 47 2008-2009). Ansvaret for helsetjenesten er som nevnt tidligere fordelt på to forvaltningsnivåer: stat og kommune. Reformen la grunnlaget for en forskyvning av tyngdepunktet fra spesialist- til kommunehelsetjenesten, noe som ideelt sett gjør de to nivåene mer likeverdige (ibid:33). På denne måten kan spesialisthelsetjenesten fokusere på å bygge opp sine faglige og organisatoriske konkurransefortrinn (ibid:111). Det femte og siste tiltaket i reformen er at det skal tilrettelegges for tydeligere prioriteringer. Dette innebærer at en ønsker at det skal tilrettelegges for mer helhetlige vurderinger om hvilke behov som bør ha rett og prioritet i helse- og omsorgstjenestene (ibid: 34).

3.4.3 Relevante forskrifter og lover

Som en oppfølging av St. Meld. Nr. 47 (2008-2009) presenterte Helse- og omsorgsdepartementet en ny Lov om kommunale Helse- og omsorgstjenester (2011) som skal erstatte kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Denne loven skal tydeliggjøre kommunens overordnende ansvar, uten at det pålegges bestemte måter for organisering. Kommunen blir i den nye loven gitt et tydeligere og mer helhetlig ansvar, og det juridiske skillet mellom nivåene skal oppheves og man skal få en felles helsepersonellov. Loven skal bidra til et mer likeverdig partnerskap mellom kommune og stat, og på den måten sikre en enhetlig praksis. Kommune og helseforetak pålegges gjennom loven å utforme forpliktende, lokale, samarbeidsavtaler jf. lovens kapittel 6, som skal sørge for at pasienter og brukere opplever helhetlige, sammenhengende og koordinerte helsetjenester (St.meld. 47 2008-2009). Helse- og omsorgsdepartementet ønsket med denne loven å bidra til en ensartet nasjonal praksis i bruken av samhandlingsavtaler og understøtte partenes bruk av disse (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Avtalenes innhold defineres av Helse- og omsorgstjenesteloven §6-1 og Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Formålet med samarbeidsavtalene er å konkretisere ansvar- og oppgavefordelingen, og etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale samhandlingsområder (St. Meld 47 2008-2009). De skal samtidig bidra til å sikre gode pasientforløp og god koordinering. Det slås fast at den foretrukne måten å kommunisere på

skal være gjennom elektronisk meldingsutveksling når "meldingsløftet" er innført (Helse- og omsorgstjenesteloven 2011). Aktørene blir i lovverket pålagt å sørge for tjenester av god kvalitet, samt til internt og eksternt samarbeid (Helse og omsorgstjenesteloven §3-4 2011).

Lov om folkehelsearbeid (2011) som trådte i kraft 1.januar 2012 vektlegger at man skal få en dempet vekst i sykehustjenester, og at en større del av tjenestene skal ytes av kommunehelsetjenesten. I § 4, kapittel 2, står det at "*Kommunen skal bidra til å fremme befolkningens helse (...) og bidra til å forebygge psykisk og somatisk helse (..)*". Det er kommunen som har det helhetlige ansvaret for innbyggernes helse, og forebyggende helsearbeid i kommunene får en mer sentral plass; blant annet for å hindre en økende vekst i spesialisthelsetjenesten. Loven pålegger kommunen å medfinansiere egen sykehusdrift og dette skaper et økonomisk incentiv for å fokusere på forebyggende arbeid kommunalt. Loven bidrar til en ansvarsforskyvning fra sykehusene til kommunehelsetjenesten, ved at kommunen får en større rolle rundt befolkningens helse (ibid).

Departementet har også kommet med en forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011). Denne trådte i kraft 01.januar 2012 og har vært et sterkt incentiv for å komme i gang med elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetak og kommuner. Denne regulerer betaling av utskrivningsklare pasienter som blir liggende på sykehuset i påvente av kommunale tjenester (ibid). Kommunene blir nødt til å fullfinansiere sykehuset utgifter for utskrivningsklare pasienter fra dag en. Sykehuset skal varsle kommunen om pasienten har behov for kommunale tjenester innen 24 timer etter innleggelsen. En pasient er utskrivningsklar når lege på sykehuset vurderer at det ikke er behov for behandling i spesialisthelsetjenesten lengre. Etter at kommunen har mottatt informasjon om at en pasient er i behov om kommunale tjenester, skal de straks gi beskjed om de kan ta imot pasienten. Sykehuset overfører pasienten til omsorgstjenesten når tilbud kommunalt er på plass. Kommunene skal derimot betale når utskrivningsklare pasienter er i påvente av kommunale tjenester. Betalingen trer i kraft fra det døgnet pasienten er meldt utskrivningsklar (Svardal 2013). Det regionale helseforetaket sender i den forbindelse regning til kommunen det gjelder (ibid).

Den ovenfor nevnte forskriften setter krav til kommunikasjonen mellom helseforetak og kommune. Ut fra pasientens tilstand vil det være behov for å utveksle informasjon på forskjellige tidspunkt under opphold i spesialisthelsetjenesten. Forskriften skal ved å sett krav for kommunikasjon mellom aktørene i helsesektoren sørge for en bedre arbeidsdeling mellom tjenestenivåene, skape bedre pasientforløp og kostnadseffektive løsninger som kan gi

pasienter like gode eller bedre tilbud i kommunehelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Disse paragrafene vektlegger bruken av elektronisk samhandling i helsesektoren §7 (vurdering av en pasient som legges inn på sykehus), §8 (varsling til kommunen om innlagt pasient), §9 (vilkår for at en pasient er utskrivningsklar), §10 (varsel til kommunen om utskrivningsklar pasient), §11 (melding til sykehus om når kommunen kan ta imot pasient), §12 (overføring av utskrivningsklar pasient fra sykehus til kommunen).

3.5 Elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger

Primær- og spesialisthelsetjenesten har i all tid samarbeidet rundt pasienter og mellom dem er det et utstrakt behov for informasjon. Dette er ikke noe nytt, men med teknologiske fremskritt har måten informasjonen sendes og overføres på endret seg. Tidligere ble informasjonen sendt som papirbaserte overføringsrapporter. Dette førte til at det ikke var uvanlig praksis at informasjonen ikke var tilgjengelig ved oppstart av behandlingen (Hellesø og Rostad 2013). Papirbasert kommunikasjon eller fjes-til-fjes møter gjorde at formidlingen både kunne være forsinket, treg og fragmentert. Helsearbeidere opplevde også at det var vanskelig å komme i kontakt med hverandre (Hellesø og Melbye 2014). Elektroniske meldinger kan potensielt gi gevinster som sparte telefonutgifter, raskere dialog og en større flyt i informasjonsutvekslingen mellom aktørene. Bortimot alle aktører i helsesektoren kan kommunisere sammen ved bruk av elektroniske meldinger per 1.januar 2015, men utviklingen har vært langsom og har møtt mange utfordringer på veien. Innføringen av e-meldinger er ment for å forsterke informasjonsutvekslingen og samhandlingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Hva sier forskning om effektene av de elektroniske meldingene i helsesektoren? Hva er elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger? Og hvilke nasjonale prosjekter har fokusert på innføringen av disse meldingene? Det er dette som fokuseres på videre i kapittelet.

3.5.1 Forskning på elektroniske meldinger

Det har vært utført en del forskning på innføringen av elektroniske meldinger, i hovedsak knyttet til utskrivning av eldre pasienter fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Dette anses som det mest høyaktuelle når det kommer til elektronisk meldingsutveksling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten og er den pasientgruppen de samhandler om i størst grad. Hellesø, Melbye og Wibe (2010) har undersøkt den elektroniske utskrivningsrapporten og informasjonen til kommunehelsetjenesten. De har sammenlignet omfang og innhold i

papirskrevne utskrivningsrapporter med elektroniske rapporter. En av funnene i denne undersøkelsen var at de elektroniske rapportene er lengre enn papirutgaven av tilsvarende rapport mellom aktørene i helsesektoren. Legenes del av rapporten økte med 172 prosent fra papirbasert til elektroniske rapporter. I sykepleiernes rapporter fant de en økning på 43 prosent. I forskningen konkluderes det med at overgangen til elektroniske rapporter har gjort at kommunehelsetjenesten mottar lengre rapporter fra sykehuset. Dette betyr imidlertid ikke det samme som at informasjonen er mer utfyllende eller at den tilfredsstillende kommunene sitt informasjonsbehov i større grad (ibid). Av sykepleierne oppleves det at innføringen av elektroniske meldinger gjorde pasientinformasjon tilgjengelig til rett tid, og at dette gir dem bedre mulighet til å forberede mottak av pasienter som er utskrevet fra sykehuset tidligere (ibid). I Lyngstad, Melbye, Grimsmo og Hellesø (2013) sin forskning fokuseres det også på innføringen av e-meldinger og dens betydning for kommunikasjonen mellom aktørene i helsevesenet. I rapporten fremlegges det at de elektroniske meldingene kan være et nyttig verktøy for samarbeid på tvers av tid og sted, noe som innebærer at helsepersonellet kan svare på meldinger når de ønsker og samhandle over store avstander raskt og effektivt. E-meldinger baner vei for bedring av samarbeidet mellom nivåene, hvorav kommunikasjon anses som lettere. Det oppleves som en lavterskel teknologi, som gir helsepersonellet et enkelt anvendbart verktøy som gjør informasjonsutsendingen lettere og raskere (ibid).

I en doktoravhandling av Olsen (2013) fokuseres det på informasjonsutvekslingen mellom sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehus ved overføring av eldre pasienter. I avhandlingen konkluderes det med at informasjonen var mangelfull både da det gjaldt forekomst og innhold. Det vektlegges at det var manglende rapportering da pasienter ble lagt inn på sykehuset og at da informasjonen forelå var den ofte ufullkommen. Avhandlingen viser til at manglende adekvat i informasjonsutvekslingen gjør det vanskelig for helsepersonell å yte god helsemessig omsorg. I Botn og Christensen bidrag fra (2014) undersøkes informasjonen i de elektroniske meldingene og om motpartens behov for informasjon tilfredsstilles. Resultatet viste, i likhet med Olsen (2013), at de elektroniske meldingene ikke alltid gav tilstrekkelig med informasjon til samhandlende aktør. Mellom 50 og 60 prosent av meldingene som sendes vurderes til å ha god kvalitet, mens de resterende prosentene hadde mange feil og mangler. Forskningen viser at det fremdeles vil være et utstrakt behov knyttet til forbedringer av de elektroniske meldingene, slik at de kan dra nytte av sitt fulle potensiale (ibid). I Melbye og Hellesø (2014) forskning finner de ut at innføringen av elektroniske meldinger førte til økende kommunikasjon mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten, og

færre fjes-til-fjes møter. E-meldinger gjorde det imidlertid lettere å være føre var og sende informasjon, samtidig som at dokumentasjon gav mer tyngde til forespørsler fra sykehuset (ibid).

3.5.2 Hva er elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger

Pleie- og omsorgsmeldinger (heretter forkortet PLO-meldinger) er en form for elektronisk meldingsutveksling. *"PLO-meldinger er ulike standardiserte meldinger som brukes i samhandlingen mellom helseforetak og kommuner, og kommuner og fastleger"* (Almendingen 2014). Det blir som regel skilt mellom to hovedtyper elektroniske meldinger, pleie- og omsorgsmeldinger og basismeldinger. PLO meldinger utveksles mellom kommunale pleie- og omsorgstjenester og henholdsvis legekantor og helseforetak. Basismeldinger blir referert til som en samlebetegnelse på de elektroniske meldingstypene henvisning, epikrise, laboratorie, røntgenrekvisisjoner og svarrapporter (ibid) De standardiserte pleie- og omsorgsmeldingene er utviklet av Helsedirektoratet i samarbeid med Elin-K prosjektet. Ett av prosjektets hovedmål var å utvikle og pilotere de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene, og lage veileder for bruk av denne typen informasjonsdelingen mellom fastleger, kommunehelsetjenesten og sykehuset. Basert på erfaringene fra dette prosjektet ble det laget en egen veileder som skulle sørge for at kommunene og sykehuset brukte disse riktig (Helsedirektoratet 2011). Meldinger mellom sykehus og kommunen skal brukes før, under og etter sykehusoppholdet. Våren 2011 ble de første elektroniske meldingene sendt mellom Ahus og Skedsmo (KITH 2012).

Innholdet i de elektroniske pleie- og omsorgsmeldingene vil variere basert på hvilken informasjon som skal utveksles mellom de samhandlende aktørene. Blant annet kan de elektroniske meldingene anvendes for å informere om innlagt pasient, avmelde en utskrevet pasient, forespørsel og svar på forespørsel, samt avviksmelding (KITH 2011). De elektroniske meldingene vil erstatte tidligere rutiner med A- og B skjemaer i dialogen mellom Akershus Universitetssykehus og tilhørende kommuner/bydeler. Innføringen av elektroniske meldinger i bruk for samhandling, vil få konsekvenser for rutinene som foreligger, herunder de faks og brevrutiner enhetene har vært vant med (Aanestad 2010). De tidligere papirrutinene vil bare gjøre seg gjeldende i situasjoner hvor det elektroniske systemet er satt ute av drift, som såkalt nød rutine for samhandling. E-meldinger skal innføres for å utveksle og samordne informasjon rundt pasientforhold, som er viktig i samhandling og overgang mellom nivåene (ibid).

3.6 Fra politiske tanker til faktisk iverksetting

Det har foregått prosjekter og testing med de elektroniske meldingene i flere år. Dette har gitt gode tilbakemeldinger i forhold til hva som bør gjøres og endres. Her vil jeg kort oppsummere de viktigste prosjektene.

3.6.1 Elin- K

Det nasjonale Elin-K prosjektet ble ledet av Norsk sykepleierforbund (NSF) og kommunesektorens organisasjon (KS). Prosjektet hadde oppstart i 2007 og handlet om å utvikle og pilotere standardiserte elektroniske meldinger som kunne brukes i samhandling mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunene og deres viktigste samarbeidspartnere: fastleger og helseforetak. Prosjektet tok sikte på å bidra til bedre og økt samhandling for å sikre pasientene et helhetlig pasientforløp og befeste informasjon til rett tid til rett person, slik at forsvarlig hjelp kan utøves. En av målsetningene var å innføre pleie- og omsorgsmeldinger. Disse meldingene vil blant annet være viktige i informasjonsutvekslingen mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset. Det var ønskelig å legge til rette for bedre samhandling, effektivisere og kvalitetssikre pleie- og omsorgsmeldingene, slik at de dekker ulike behov for informasjonsutveksling som pleie- og omsorgstjenesten har i samhandling med fastlege og sykehus (Skarsgaard og Lyngstad 2011). Prosjektet har hatt tre faser: 1. Pleie- og omsorgstjenester og fastleger. 2. Pleie og omsorgstjenester og sykehus og 3. Pleie og omsorgstjenester og legevakt.

I denne oppgaven er det Fase 2 som er av interesse. Fase 2 har utviklet Elin-K løsninger i alle elektronisk pasientjournal systemer i henhold til kravkvalifikasjoner og meldingsstandarder. Kompetansesenter for IKT i helsesektoren har testet og godkjent meldingene. Meldingene som ble utviklet i denne fasen dekker det behovet som sykehuset og den kommunale helse- og omsorgstjenesten har for å kunne føre en faglig elektronisk dialog (Skarsgard og Lyngstad 2011). Myndighetene så viktigheten av IKT-samarbeid og har pålagt alle kommuner og helseforetak til å utarbeide delavtaler knyttet til IKT-kollaborasjon, som sikrer felles forpliktelser og fremdrift (ibid). Det ble gjennom prosjektet utviklet følgende meldinger for bruk i den elektroniske dialogen: innleggelsesrapport, helseopplysninger ved søknad, utskrivningsrapport, forespørsel/svar på forespørsel, avvik og logistikkmeldinger. Retningslinjene for bruk av PLO meldinger er utviklet av Elin K prosjektet i samarbeid med pilotsykehus og kommuner (ibid).

3.6.2 Nasjonalt meldingsløft

Helsedirektoratet har hatt ansvaret for å etablere programmet, men aktørene har selv hatt ansvaret for å ta i bruk de elektroniske meldingene (Helsedirektoratet 2012). Programmet foregikk i perioden 2008-2012 og hadde som hovedmål å utbre, innføre, forvalte og drifte elektroniske løsninger (ibid). Målsetningen med prosjektet var å utbre effektiv, helhetlig og fungerende informasjonsutveksling mellom kommunens pleie- og omsorgstjeneste og deres samarbeidsaktører. Ett av hovedmålene med prosjektet var å utbre pleie- og omsorgsmeldinger mellom kommunene og helseforetakene. Ved prosjektets slutt var en del av PLO meldingene i pilotfase ved flere kommuner og helseforetak. I regi av prosjektet ble det utviklet en veileder for hvordan man skal komme i gang med elektronisk meldingsutveksling. Deltagende samarbeidspartnere fikk hovedansvaret for å videreformidle kunnskap i sitt distrikt og det ble arrangert erfaringsseminarer i forhold til prosjektet (ibid) Meldingsløftet i kommunene og FuNNke er underlagt Nasjonalt meldingsløft, som startet i 2008. Disse prosjektene har vært ledet av helsedirektoratet (PricewaterCoopers 2014). Meldingsløftet i kommunene (MIK) foregikk i perioden 2010-2011 (Helsedirektoratet 2012). Programmet bestod av flere organiserte prosjekter. Geografi ble tillagt vekt ved utvelgelse av kandidater gjennom regionene Øst, Vest, Midt og Sørlandet (Helsedirektoratet 2012). Flere enkeltstående aktører deltok i hver region og hadde hovedansvaret for gjennomføringen av prosjektet i sin kommune. Region Nord var ikke deltager i prosjektet, fordi det ble etablert et tilsvarende prosjekt i regionen, FUNNke. Prosjektet foregikk i perioden 2010-2011 (ibid).

3.6.3 Meldingsutbredelse

01. Januar 2012 overtok Norsk Helsenett ansvaret som pådriver for implementering av elektronisk meldingsutveksling. Meldingsutbredelse ble etablert i samarbeid med Kommunens sentralforbund og sektoren generelt for perioden 2012-2014. Det overordnende målet var å sikre at elektronisk meldingsutveksling mellom alle kommuner, helseforetak og fastleger ble innført og etablert innen utgangen av 2014 (Slagsvold og Petersen 2013). Andre mål var å sikre at alle kommuner kom i gang med elektronisk meldingsutveksling. Det var ønskelig å understøtte all elektronisk meldingsutveksling ved å legge til rette for enkel tilgang til oppdatert nasjonalt adresseregister. Prosjektet skulle understøtte og hjelpe med koordinert utbredelse av nye og endrede meldinger mellom samhandlende aktører i sektoren og bidra til at aktørene innehar kjennskap til sikker håndtering av pasientinformasjon ved bruk av elektroniske verktøy (ibid). Innenfor dette overordnende prosjektet ble det etablerte en rekke

delprosjekter for å realisere målet om at alle kommuner skal kunne kommunisere elektronisk i løpet av 2014. Noen delprosjekter kan nevnes, deriblant: samordnet utbredelse, kommunal utbredelse, leverandøroppfølging, meldingsteller, brukerstøtte, sikkerhetsprogram, OSEAN og CPP/CPA (ibid). Det mest relevante i denne oppgaven er KomUT prosjektet, men det er viktig å vite at de andre prosjektene også er av relevans for at elektronisk meldingsutveksling skal fungere optimalt.

3.6.4 Kommunal utbredelse

Kommunal utbredelse har som formål å hjelpe alle kommuner å komme i gang med elektronisk meldingsutveksling mot sykehus og fastleger, og er et delprosjekt innenfor Meldingsutbredelse (2012-2014). Sammen med fem kompetanseorganisasjoner (øst, vest, sør, nord og midt) skal Norsk helsenett sørge for at alle kommuner får bistand og hjelp til å komme i gang med elektronisk meldingsutveksling mot sykehus og fastleger i perioden 2012-2014 (Slagsvold og Guttormsen 2013). Målet til prosjektet var 1. Alle kommuner skal være tilknyttet helsenettet innen 31.12.2013. 2. Alle kommuner skal sende og motta pleie og omsorgsmeldinger innen 31.12.2014 (ibid). Dette er ikke oppnådd og det er fremdeles 5 kommuner som ikke kan samhandle elektronisk (e-post, Tuang-Nybekk). 3. Alle kommuner skal øke bruken av alle typer elektroniske meldinger (Slagsvold og Guttormsen 2013). FUNNke-prosjektet ble innlemmet her og utgjør kompetanseorganisasjonen i Region Nord. Norsk helsenett skriver at kompetanseorganisasjonene skal: sikre at alle kommuner i sitt område får tilbud om bistand, holde oversikt i sitt område og rapportere til Norsk helsenett. De skal samtidig følge opp kommunene ved å delta på møter, gi råd, teknisk, og organisatorisk, arrangere felles samlinger, sikre samarbeid med regionale helseforetak og fastleger (Slagsvold og Guttormsen 2013).

Prosjekt	Periode	Målsetning
Elin-K	2007-2011	Utvikle og pilotere standardiserte elektroniske meldinger.
Nasjonalt meldingsløft	2008-2012	effektiv, helhetlig og fungerende informasjonsutveksling mellom kommunehelsetjenesten og samarbeidsaktører.
Meldingsutbredelse	2012-2014	Etablere elektroniske meldinger.
Kommunal utbredelse	2012-2014	Hjelpe alle kommuner å komme i gang med elektronisk meldingsutveksling mot sykehus og fastleger.

Tabell 2: Oppsummering av prosjekter vedrørende elektronisk meldingsutveksling.

3.7 Utfordringer med elektronisk samhandling og meldingsutveksling i helsesektoren

Innføring av elektronisk samhandling, og meldingsutveksling mellom aktørene i helsevesenet er en krevende og kompleks oppgave. Selv om overgangen til elektroniske løsninger, potensielt kan gi bedre tid til pasienten, oversikt, bedre kvalitet på pasientbehandlingen og bedre informasjonsflyt (Helsedirektoratet 2012), har det vært utfordrende å innføre dette i sektoren. Videre i dette kapittelet blir det lagt vekt på hvilke utfordringer som gjør seg gjeldende i den elektroniske samhandlingen og i den elektroniske meldingsutvekslingen. Utfordringene som gjør seg gjeldende med de elektroniske meldingene, vil også være relevante for den elektroniske samhandlingen. Derfor vil utfordringene knyttet til de to temaene bli diskutert under samme avsnitt, fordi utfordringene er flytende og overlapper hverandre i stor grad. For å belyse dette har jeg valgt ut sentrale utfordringer som står beskrevet i Riksrevisjonens rapport for "status rundt elektronisk meldingsutveksling" (2014), PWC sin rapport om "kostnader og gevinster i store og små kommuner med elektronisk meldingsutveksling" (2014), St.meld. 47 Samhandlingsreformen (2008-2009), St.meld. 9 en pasient-en journal (2012-2013) og Samspill 2.0; nasjonal strategi (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Disse dokumentene gir samlet en god oversikt over utfordringene helsevesenet står overfor, fordi dokumentene representerer det nyeste materialet knyttet til elektronisk samhandling innenfor helsesektoren.

3.7.1 Aktørmangfold

Som nevnt innledningsvis består det norske helsevesenet av mange selvstendige aktører. Det store antallet aktører gir opphav til individuelle ønsker og krav om å være med å bestemme når nye tekniske systemer eller rutiner for samhandling skal implementeres. Aktørene som er en del av helsevesenet er en blanding av private og offentlig, noe som kan gjøre bildet av sektoren noe uoversiktlig og fragmentert. Sektoren består blant annet av kommunale helse- og omsorgstjenester, sykehus, fastleger og fysioterapeuter. Ikke bare består sektoren av mange selvstendige aktører, men disse enhetene har også ulike behov, finansiering og styringsform (St.meld. 9 2012-2013:43). Eksempelvis forholder kommunehelsetjenesten seg til kommunehelsetjenesteloven og sykehuset seg til spesialisthelsetjenesteloven. Sykehuset rapporterer til staten, mens kommunen ikke har et tilsvarende rapporteringskrav. Den

nasjonale styringen av helsesektoren i prosessen med å innføre elektroniske løsninger anses som krevende, på bakgrunn av at helsevesenet har mange aktører med egne prioriteringer og målsetninger (ibid). Hver aktør kan selv bestemme når og om nye samhandlingsløsninger skal tas i bruk (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Det at elektroniske løsninger preges av frivillighet gjør det vanskelig å få aktørene til å se verdien av elektronisk samhandling og tenke i helhetlige tiltakskjeder (ibid).

Når nye systemer skal innføres er det mange å ta hensyn til og mange behov å ivareta. Dette har sinket og hemmet å innføre elektroniske løsninger effektivt i helse- og omsorgssektoren (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Staten blir sett på som en syndebukk, som den ansvarlige for den trege utviklingen av elektronisk samhandling og meldingsutveksling i helsesektoren, fordi de ikke har tatt sterkere nasjonal styring og kontroll rundt denne utviklingen (ibid, Riksrevisjonen 2013). Det har i stor grad vært brukt myke virkemidler i forbindelse med innføringen av tekniske systemer. Riksrevisjonen skriver i sin rapport fra 2014 at helse- og omsorgsdepartementet har vist store svakheter knyttet til planlegging, styring og oppfølging av arbeidet med elektronisk meldingsutveksling. Deriblant har det vært innhentet for lite informasjon angående teknisk og organisatorisk status hos aktørene for å sende og motta meldinger (Riksrevisjonen 2013). De har heller ikke i tilstrekkelig grad prioritert systematisk realisering av gevinster med elektronisk meldingsutveksling (ibid).

3.7.2 Kompetanse

En annen utfordring med igangsetting av elektronisk meldingsutveksling har vært de små kommunene sin kompetanse innenfor spesifikke områder som IKT og meldingsutveksling. Dette har sin opprinnelse i at ansatte i små kommuner ofte innehar en rekke roller og at det derfor har vært vanskelig å utvikle spisskompetanse på alle nødvendige områder (PriceWaterCoopers 2014). Denne utfordringen er ikke like gjeldende i store kommuner, ettersom at desto flere ansatte i en organisasjon vil gjøre at man har mer kompetanse å bruke, og spille på. Personer i store kommuner har flere for å hjelpe seg med å komme i gang (ibid).

3.7.3 Teknologi for seg og sitt

Overgangen fra et mangfold av løsninger til fellesskapsløsninger oppleves som en krevende prosess (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Hver aktør har teknologi som ivaretar egen oppgaveløsning, men hvor samhandling og oppgavefordeling mellom aktørene i liten grad tas

hensyn til. Et visuelt bilde av denne problemstillingen er at aktørene lagrer informasjon i enkeltstående siloer. Disse siloene er selvstendige og ikke koblet sammen, noe som gjør at å innhente informasjon fra alle aktører oppleves som tidskrevende og utfordrende. Det er belastende for helsepersonellet og brukere å få tilgang til all relevant informasjon når opplysningene er spredt i forskjellige enkeltstående fagsystemer (St. Meld 9 2012-2013). For hver nye aktør som skal med i samhandlingen, økes kompleksiteten i systemet, dersom alle skal kunne konversere med den nye aktøren (ibid). Helsesektoren har også i stor grad vært innrettet mot deltjenester, noe som vanskeliggjør elektronisk samhandling. Aktørene har i liten grad hatt ansvar for å legge til rette for god veksling med hverandre, men har vært innrettet mot sitt eget. Organisasjonene har i stor grad blitt belønnet ut fra det de har utrettet innenfor egen søyle og ikke på tvers av den (St. Meld 47 2008-2009). En utfordring blir i den forbindelse å få aktørene til å se og tenke i helhetlige samhandlingskjeder, og ikke bare tenke på egen organisasjon (Helse- og omsorgsdepartementet 2008).

Aktørene har i tillegg hatt et selvstendig ansvars- og beslutningsmyndighet i å bestemme hvilke løsninger som skal anskaffes og når disse løsningene skal innføres. Departementet stilte i 2008 krav om at helseforetak skulle klargjøre for elektronisk meldingsutveksling med kommuner og legekantor, men det ble ikke stilt tilsvarende krav til kommunene. Sykehuset og kommunen har derfor ikke hatt like incentiver for å komme i gang tidlig. Dette har ført til at forskjellige systemer har utviklet seg og skapt problemer med å få fagsystemene til å snakke sammen (Riksrevisjonen 2014). Først med innføringen av nye lover og forskrifter 01.januar 2012 ble det incentiver for alle aktører for å ta i bruk elektroniske løsninger, blant annet knyttet til økonomi. De formelle kravene fra staten har kommet sent, sammen med et fragmentert ansvar for å innføre meldingene, noe som gir et bidrag i å forstå hvorfor enkelte aktører har kommet lengre enn andre i prosessen med å gå fra faks til elektroniske løsninger (Riksrevisjonen 2014).

3.7.4 Anskaffelse av IKT-systemer

Aktørene i helsevesenet har hatt ansvar for prioritering, anskaffelse og drift av egne IKT systemer. Dette har ført til mange enkeltstående og forskjellige løsninger (St. Meld. 47 2008-2009). Det har vært utfordrende at IKT systemene ikke snakker sammen, fordi aktører som skal samhandle har valgt ulike IKT plattformen. En elektronisk pasientjournal er ikke ett, men en rekke IKT systemer som inneholder pasientinformasjon. Systemene dekker mange fagtradisjoner og grupper. Det å implementere nye systemer tar tid, både med tanke på

tilpasning og opplæring av de ansatte. Det er også krevende å få til integrasjon mellom systemer (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). Det tar tid å innføre endringer samtidig i så mange desentraliserte systemer. Det at aktørene selv har hatt ansvar for anskaffelse av IKT systemer har gitt leverandørene mange og ukoordinerte bestillinger. Disse leverandørene har ikke nødvendigvis stor kapasitet, noe som fører til at å innføre endringer og ny funksjonalitet tar tid. Endringsviljen blir således lav (St. Meld 9 2012-2013). I spesialisthelsetjenesten er det etablert regionale IKT tjenesteleverandører med stor kapasitet, men tilsvarende kapasitet finnes ikke for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (ibid). Systemkompleksitet stiller krav om realistiske forventinger (Helse- og omsorgsdepartementet 2008). En må både sikre at helsepersonellet har god nok informasjon til å yte god helsehjelp, samtidig som man må sikre at personvernet er godt ivaretatt (ibid).

3.7.5 Dyrebare dobbelrutiner

Helse- og omsorgsdepartementet sine virkemidler har ikke vært tilpasset mål, status og utfordringer i helsesektoren. Riksrevisjonen (2014) påpeker at bruk av papir, vekselvis både papir og elektroniske løsninger medfører dyrebare dobbelrutiner og merarbeid for aktørene fordi de må opprettholde flere måter å samhandle på. Helsevesenet står i dag midt mellom papir og elektroniske løsninger. Journalinformasjonen finnes både på papir, innskannet og i elektronisk fulltekst. Dette medfører redusert brukervennelighet og kostbare dobbelt-rutiner for sykehusøkonomien. Det er en meget stor andel sykehus og mange kommunale helse- og omsorgstjenester som har EPJ systemer. Systemene er likevel for dårlig utnyttet, har for dårlig kvalitet eller brukes av få personellgrupper (Helse og omsorgsdepartementet 2008). Det er et stort press fra innbyggerne om å ta i bruk digitale løsninger, fordi brukerne av helsetjenester i stor grad er aktive nettbrukere som er vant til innhenting av informasjon, kommunikasjon og til å utføre tjenester selv (St. Meld 9 2012-2013). Likevel har Helse- og omsorgssektoren kommet kort når det gjelder å involvere innbyggeren som en ressurs (Helse- og omsorgsdepartementet 2008), sammenlignet med andre offentlige sektorer. Et annet sentralt poeng, er den forskjellige fordelingen av kostnader og gevinster som er relatert til elektronisk samhandling. Noen aktører kan ha større gevinster enn andre og dette kan føre til skjevhet i fordeling av kostnader og gevinster (St. Meld 9 2012-2013), og gjøre at enkelte aktører ønsker å bidra til å presse utviklingen fremover og andre vil være passive til den. Eksempelvis vil fokus på forebyggende kommunalt gi sparte behandlingsutgifter i spesialisthelsetjenesten.

4 Elektronisk samhandling og meldingsutveksling- funn fra intervjuer

4.1 Tilrettelegger dagens helsestruktur for elektronisk samhandling?

"Riksrevisjonen sin rapport er knusende. Vi opplever at vi har et direktorat som ikke stiller krav. Ingen absolutte krav. Og da sitter vi der, på dette nivået, og må løse alle problemene selv" (Sitat fra intervju, sykehus).

Både sykehuset og kommunen opplever at dagens helsestruktur vanskeliggjør samhandling. Informantene fra sykehuset forteller at Helsedirektoratet gav dem lite føringer for hvordan de skulle gjennomføre overgangen til elektroniske løsninger, og at alt ansvaret ble lagt på dem. Helsedirektoratet har som nevnt tidligere ansvaret for å iverksette den nasjonale politikken og gi aktørene i sektoren råd og veiledning i folkehelsearbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnende ansvaret i helsevesenet, mens Helsedirektoratet er fagdirektivet. Respondentene opplever det tidvis som tungt å bli overlatt til seg selv og måtte løse opp i alle problemene på sykehusnivå. De forteller videre at det er utfordrende at primær- og spesialisthelsetjenesten er forankret på forskjellige forvaltningsnivå.

"Det er en utfordring at vi har ulike ansvarsområder, men at pasienten er den samme" (Sitat fra intervju, kommune).

Kommunene anser dette som spesielt problematisk, fordi de opplever at sykehusene har en større troverdighet og tillit i befolkningen. Dersom sykehuset sier noe til en pasient, mener de at dette vil ha større hold enn hvis noen ansatte i kommunen sier tilsvarende. Noen påpeker også at det fort blir en "vi" og "dere" kultur, fordi sykehuset ligger ovenfor dem. Dette skaper en økt avstand mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset. 3 av 4 kommuner mener at sykehuset har et overordnet ansvar og at det ikke er et likeverdig partnerskap mellom dem.

"Sykehuset står ovenfor. Dette bunner i holdninger hos folk, ved at folk mener legenes ord har større hold enn det helsepersonellet i kommunen sier. Vi har ingenting vi skulle sagt" (Sitat fra intervju, kommune).

"Jeg tror ikke vi noen gang kommer til å bli likeverdige. Spesialisthelsetjenesten er overordnet, de har den rollen" (Sitat fra intervju, kommune).

En kommune sier i motsatt tilfelle at det er et likeverdig partnerskap mellom stat og kommune.

"Det er et likeverdig partnerskap. Vi blir ikke presset til noe. Vi bestemmer" (Sitat fra intervju, kommune).

I forbindelse med den elektroniske samhandlingen føler 3 av 4 kommuner at de må bevise at de kan ivareta pasienten overfor helsepersonellet på sykehuset. Dette svekker den gode samhandlingen mellom nivåene sier enkelte. De opplever i blant at sykehuset melder en pasient utskrivningsklar, får høre hva pasienten vil bli tilbudt kommunalt, for så å trekke utmeldingen. Dette opplever mange av respondentene som tillitssvikt mellom nivåene.

"Vi føler vi må bevise at vi kan motta brukeren. Vi kan tilby ditt og datt" (Sitat fra intervju, kommune).

Flertallet fra kommunene mener altså at partnerskapet ikke er likeverdig og at dette hemmer effektiv og god samhandling.

"Det er politisk bestemt, så da skal det vel være sånn. Det er stadig spørsmål om det er riktig. Politikerne stiller krav om samhandlingsarenaer; det fungerer dessverre ikke godt etter samhandlingsreformen" (Sitat fra intervju, kommune).

4.2 Målsetninger

"Jeg tror at både sykehuset og kommunen vil pasientens beste, og det ligger som et overordnet mål for alle. Men i den travle hverdagen oppleves det som at

målsetningene blir litt borte" (Sitat fra intervju, kommune).

Det er ikke sikkert at de problemstillingene og utfordringene helsepersonell og brukeren opplever på sykehuset er de samme utfordringene og problemstillingene som kommunepersonellet og innbyggeren i kommunen opplever. Kommunehelsetjenesten forteller at sykehuset mangler et helhetssyn i forholdet mellom pasienten og de praktiske rammene omsorgen blir gitt innenfor, og mener de har et for snevert syn på brukeren.

"Ahus tenker bare på pasienten her og nå. De mangler helheten" (Sitat fra intervju, kommune).

"Vi har mye mer fokus på funksjon, hvordan de fungerer i dagliglivet. Helt ned til tilretteleggingsnivå. På sykehuset er de alt for opptatt av diagnose, at de glemmer å se hele pasienten" (Sitat fra intervju, kommune).

Dette fører til at omsorgstjenesten ikke får den informasjonen de ønsker vedrørende pasienter. 3 av 4 kommuner forteller at de opplever at den informasjonen sykehuset sender til kommunehelsetjenesten er utilstrekkelig i forbindelse med planlegging, og at den har vesentlige mangler i forhold til pasientforståelsen. Denne problemstillingen er kjent blant informantene på sykehuset og de sier følgende om dette.

"Når du legges inn på sykehuset blir du nesten sett på som et organ. I kommunen er du en mor, datter, du skal handle. Hjerneslaget er ikke hovedfokuset, men når du kommer til spesialisthelsetjenesten har du et akutt behov og du er der fordi kommunen ikke kan behandle det" (Sitat fra intervju, sykehus).

Det er et iboende ønske hos alle aktørene uavhengig av forvaltningsnivå at pasientens beste er det primære mål. Overgangen mellom nivåene blir likevel opplevd som et brudd eller diskontinuitet. For enkelte blir denne overgangen opplevd som problemfri, mens for andre er det en stor belastning. Politikerne ønsker at overgangen til elektroniske løsninger skal føre til en mer sømløs overgang mellom nivåene og at det skal bli levert like gode tjenester uavhengig av forvaltningsnivå. En av respondentene nevner at det er de med sammensatte sykdommer som blir de store taperne i denne overgangen. Alle respondentene er likevel

samstemte på at elektroniske løsninger har bedret kommunikasjonen, fordi man nå starter dialogen tidligere og får informasjon raskere.

"De elektroniske meldingene har gjort kommunikasjonen bedre. Overgangen mellom nivåene har også blitt enklere, fordi informasjonen ankommer tidligere slik at man kan tilrettelegge med en gang sykehuset skriver at pasienten er innskrevet" (Sitat fra intervju, kommune).

Det er ikke forventet at elektronisk samhandling skal gjøre målsetningene mellom nivåene like. Sykehuset og kommunen er fremdeles forskjellige aktører med et ulikt behandlingsregime og målsetninger. Det er viktig å understreke at poenget er at den elektroniske samhandlingen skal bidra til å gjøre aktørene like viktige, noe som ikke nødvendigvis innebærer like målsetninger. Sagt på en annen måte er de like viktige for folkehelsen og begge er verdifulle for et best mulig helsevesen.

"Vi har blitt mer oppmerksom på at vi må hjelpe hverandre best mulig for å sikre gode pasientforløp. Ved å hjelpe tenker jeg på å gi fra oss god informasjon til riktig tid. Vi har etter de elektroniske meldingene kom blitt mer bevisst på viktigheten av å gi informasjon tidlig" (Sitat fra intervju, kommune).

Et visuelt bilde er at sykehuset i stor grad er et diagnoserettet og spesialisert behandlingsregime, hvor det er mye samarbeid mellom leger og sykepleiere. Mens kommunen representerer et omsorgsregime med et mer helhetlig ansvar for pasienten, hvor leger spiller en mindre aktiv rolle. Elektronisk samhandling har ikke endret dette vesentlig, men gjort informantene mer oppmerksom på at de er avhengige av hverandre for å sikre pasientens beste. Informantene fra sykehuset forteller at deres målsetning er å behandle flest mulig pasienter, mens kommunens mål er at innbyggeren skal fungere best mulig i sitt daglige liv med de hjelpemidler som er nødvendig og tilgjengelige kommunalt.

"For oss er det viktig å behandle flest mulig. Behandle og skrive de ut til kommunen igjen. Sykehuset er per definisjon noe midlertidig" (Sitat fra intervju, kommune).

Selv om omsorgstjenesten føler at sykehuset har for liten forståelse for situasjonen

kommunalt, synes enkelte respondenter at dette har bedret seg med elektroniske samhandling. Alle aktørene ser på hverandre som medspillere, som ønsker å arbeide på lag mot et best mulig helsevesen for ansatte, pasienter og pårørende. En av informantene forteller at de opplever at e-kommunikasjon har gjort at man har blitt mer bevisst på hvordan den samhandlende part tenker og arbeider.

"Vi tror at sykehuset etter innføringen av elektroniske meldinger og tettere samhandling har blitt mer klar over hva vi kan tilby kommunalt. Det er fremdeles tilfeller hvor vi må etterspørre mer informasjon, men dette har blitt bedre, og med tiden tror jeg vi alle vil forstå hva hverandre trenger av opplysninger" (Sitat fra intervju, kommune).

4.3 Innføringen av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger

Akershus Universitetssykehus var det første sykehuset i landet som innførte elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger. Informantene forteller at det sakte, men sikkert, ble mulig å kommunisere med kommunene i sitt opptaksområde i årene som gikk. Meldingene var klare til bruk i 2011, men først i løpet av 2013 var alle kommunene i Ahus sitt opptaksområde på Norsk Helsenett og kunne kommunisere elektronisk.

"Vi begynte forsiktig. Vi begynte i 2011, men først i oktober 2013 var det fullt utbredt i alle kommuner. Det var en langtekkelig prosess" (Sitat fra intervju, sykehus).

Respondentene fra Ahus forteller at det var en langsom prosess, hvor de stod overfor mange tekniske utfordringer og kompetansebygging i kommunene. En av informantene fra Ahus forteller at hun var ute i hver kommune som skulle tas opp og sjekket deres fagsystem mot Ahus sitt. Informanten oppdaget at man stod overfor et komplisert landskap, hvor utfordringene mellom fagsystemene varierte.

"Det var en del informasjonsrunder på hva som var tenkt. Denne informasjonen kom fra høyere nivåer. Deretter måtte vi ha møter på kommunalt nivå i forhold til hvordan vi skulle få det til. At det er utfordrende, det er det ingen tvil om" (Sitat fra intervju,

kommune).

Alle informantene forteller at de i forkant av innføringen av de elektroniske PLO meldingene laget interne rutiner og hadde en del opplæringskurs for alle ansatte.

"Jeg kjørte intens opplæring i 14 dager før de elektroniske meldingene skulle tas i bruk. Jeg hadde alle sykepleierne inne, hver og en av dem fikk en dag opplæring. Da vi var i gang satte jeg av tiden min til å overvåke hvordan det gikk. Jeg ringte til sykepleierne det gjaldt med en gang det kom inn en melding, for å forsikre meg at det ble fulgt opp" (Sitat fra intervju, kommune).

Noen inngikk også samarbeid med andre kommuner hvor de kunne hjelpe hverandre med kompetanse og opplæring. I Enebakk kommune fikk de veiledning fra andre kommuner hvor elektroniske meldinger allerede var innført. Respondentene føler seg inkludert i prosessen med utviklingen av elektroniske meldinger og at informasjonen har vært god underveis. Det eneste som informantene ser ut til å være misfornøyd med i denne prosessen var at staten bidro begrenset med finansiering og kompetanse.

"Staten har lett for å gi penger første året, men følger ikke opp. Er ikke lett å overta etterhvert. Prosjekter blir fulgt opp av penger, så man greier det ikke økonomiske selv etterhvert. Vært litt for store krav" (Sitat fra intervju, kommune).

4.3.1 Syn på elektronisk meldingsutveksling

"Har vært en vanvittig suksess. Vi har vært med helt fra starten og nå brukes det over hele landet. Alle tar det som en selvfølge og alle eier det" (Sitat fra intervju, sykehus).

De fleste informantene har et positivt syn på det man kan kalle den mest sentrale endringen i kommunikasjonsform de senere årene, altså overgangen fra faks til elektroniske meldinger mellom aktørene i helsevesenet. Elektroniske meldinger er helt sentralt i satsningen på mer elektronisk samhandling i sektoren. Saksbehandlerne i kommunen uttrykker at man nå mottar informasjon tidligere og dette bidrar til bedre forutsigbarhet og mulighet for å planlegge omsorgen av pasientene tidligere.

"Det er frigjort mye tid som vi brukte i telefonen før, så man kan gjøre andre ting. Vi får inn diagnoser raskere, noe vi sparer penger på. Jeg har ikke noe tall på hvor mange minutter eller penger det vil si, men mer effektivt har det uten tvil blitt" (Sitat fra intervju, kommune).

"Folk er godt fornøyde. De opplever å ha en lettere dialog og få kjappere kontakt med andre" (Sitat fra intervju, sykehus).

Det var noe motstand mot endringene i enkelte kommuner.

"Par-tre-fire-fem. De var av den eldre generasjonen og ikke så interessert i å lære noe nytt. Har ikke merket noe motstand bortsett fra det" (Sitat fra intervju, kommune).

Andre kommuner merket ikke noe motstand i egen enhet overhode.

"Nei, ingen motstand. Nå kan jeg bare svare for vårt kontor. Her har det naturlig blitt en del av arbeidshverdagen. Eneste som har vært er noen klager fra sykepleierne, som har for lite tid til å sjekke meldingene. Opplevs som tidstyver" (Sitat fra intervju, kommune).

På Ahus er det ikke den ansatte som overvåker meldingstrafikken. Respondentene fra sykehuset forteller at det ble for vanskelig å få den enkelte til å følge dette opp.

"Deres primære oppgave er å behandle pasienter, ikke svare på e-meldinger" (Sitat fra intervju, Ahus).

4.3.2 Endret kommunikasjonsform

"Endringer gjør at vi må endre oss en del, men det er det som gjør det til det bedre" (Sitat fra intervju, kommune).

Kommunikasjonen mellom sykehuset og kommunene foregikk i stor grad ved bruk av telefon

og faks før innføringen av e-meldinger. Endringen av kommunikasjonsform har ført til endringer i arbeidsrutiner, samarbeid og samhandling. Elektroniske meldinger ble introdusert for helsesektoren allerede i 2009, men aktørene var ikke klare til å kommunisere elektronisk før i løpet av 2013. Dette tror informantene handler om at det tok tid å modne og tilrettelegge for e-kommunikasjon. Alle informantene er utelukkende positive til endringen, men tror det ligger en del urealisert potensiale der fremdeles.

"Overgangen til elektroniske meldinger har vært en utelukkende positiv endring" (Sitat fra intervju, kommune).

"Jeg synes meldingene blir bedre og bedre, ettersom vi stadig etterspør mer informasjon. De er fremdeles litt tynne, men dette kommer seg" (Sitat fra intervju, kommune).

Respondentene sier at man nå har fått en hyppigere dialog mellom sykehuset og kommunehelsetjenesten, og at informasjonsflyten er bedre. Tidligere opplevde mange saksbehandlere å sitte i telefonen i mange timer for å få tak i riktig person

"Vi kunne sitte i telefonen halve dagen og det hendte også at de ikke tok telefonen på Ahus. Endring av kommunikasjonsform er veldig bra, fordi vi slipper å bruke arbeidshverdagen i telefon. Dette har frigjort mye tid som vi kan bruke på å tilrettelegge best mulig for brukerne" (Sitat fra intervju, kommune).

Aktørene forteller at det er utelukkende det tidligere positivt at alt blir dokumentert skriftlig i de elektroniske meldingene. De forteller videre at dette har en positiv innvirkning på områder var en del konflikter rundt.

"Skriftlig dokumentasjon gjør at man unngår en del uenigheter rundt hva som er sagt og gjort. Tidligere hadde vi et inntrykk av at vi dokumenterte alt som var viktig, mens det ikke ble gjort i samme grad på Ahus. Nå står det svart på hvit. Det kan ikke misforståes hvem som har gjort hva" (Sitat fra Intervju, kommune).

Skriftlig dokumentasjon fører i følge respondentene til et lavere konfliktnivå. Mange mener

dette gjør dialogen mellom helsepersonellet bedre, fordi det ikke lengre blir ord mot ord.

"Tidligere følte vi at det bare var vi som dokumenterte. De regner ofte feil på fakturaene sine, og da er det godt å ha dokumentasjon å vise til" (Sitat fra intervju, kommune).

Det var tidligere spesielt problematisk hvis det ble mye telefonsamtaler rundt en bruker.

"Ofte ble det mye telefontid i tillegg til faks. Dette førte til at man ikke alltid dokumenterte alt, noe som kunne føre til konflikt og uenighet rundt situasjoner i etterkant" (Sitat fra intervju, kommune).

En negativ effekt av e-kommunikasjon er at man fort glemmer å kommunisere på andre måter. En av respondentene forteller at det er lett å glemme at samhandling er så mye mer enn e-meldinger.

"Viktig at man ved innføringen av e-meldinger ikke slutter å snakke sammen. Blir litt sånn at folk tror det og det ødelegger samhandlingen" (Sitat fra intervju, sykehus).

Andre opplever at det har blitt færre møtepunkt etter at man gikk over til elektroniske meldinger. Den menneskelige relasjonen blir på den måten fraværende.

"Før ble vi invitert til Ahus på kurs og møter for informasjonsutveksling. Dette skjer så å si aldri lenger. Det er ødeleggende for den gode samhandlingen" (Sitat fra intervju, kommune).

4.3.3 Økonomisk incentiv

Det blir slått fast i samarbeidsavtalen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten at elektroniske meldinger skal være den normale måten å kommunisere på. Lover og forskrifter som kom i lys av Samhandlingsreformen, gav kommunen et økonomisk incentiv for å samarbeide rundt utskrivningsklare pasienter og bygge opp forebyggende tiltak kommunalt. Informantene synes ikke at betalingsforskriften har vært utelukkende positiv, for utenom det faktum at det har fått fart på e-kommunikasjonen. Tidligere var det ingen penger involvert

rundt utskrivningsklare pasienter. Informantene på Ahus mener det har blitt et for stort fokus på penger og det forskriftsmessige, enn på selve pasientforløpet.

"I tiden etter samhandlingsreformen har det blitt litt for mye fokus på det forskriftsmessige. Mer snakk om penger enn det er snakk om pasienter og gode pasientforløp" (Sitat fra intervju, sykehus).

Alle fire kommunene mener at innføringen av betalingsforskriften hadde stor betydning for at den elektroniske samhandlingen mellom sykehuset og kommunen skjøyt fart. Det ble viktigere for dem å opprette en dialog med sykehuset tidligere og følge med på sykdomsutviklingen til pasienter i egen kommune. De forteller at de for enhver pris forsøker å hindre at pasienten må ligge ekstra døgn på sykehuset. Dette bunner i at prisen for et overliggerdøgn er rundt 4000 kroner, noe som er et sterkt incentiv for å ta imot pasienten med det samme.

"Med betalingsforskriften fikk vi et incentiv for å ta imot pasienter med engang. Vi ønsker ikke å betale for overliggerdøgn og forsøker etter beste evne å finne tilbud kommunalt, eller kjøpe plasser andre steder" (Sitat fra intervju, kommune).

"Forskrifter og lover gjorde at det var nødvendig å gå over til elektroniske løsninger for å imøtekomme de statlige kravene om effektivitet og tidspress" (Sitat fra intervju, kommune).

Det virker til å være store forskjeller knyttet til hvorvidt kommunene har tilgjengelige kommunale plasser. 2 av kommunene opplever at de alltid har ledige tilbud kommunalt.

"Vi har aldri kjøpt sykehjemsplasser. Vi har solgt to og sitter alltid med 2-3 plasser på hvert sted som en buffer" (Sitat fra intervju, sykehus).

Mens de resterende sier at de periodevis er fulle og at de handler basert på hvem som behøver det aller mest. I blant må de også kjøpe plasser i andre kommuner, men dette gjelder bare korttidsplasser.

"Det går i perioder. Noen ganger må vi ut å kjøpe plasser. Vi kjøper bare for den

pasienten og så kort som mulig, så fort det blir ledig i kommunen kommer de hit"
(Sitat fra intervju, kommune).

På sykehuset har de den samme oppfatningen. De forteller at kommunene tok pasienter inn med en gang etter innføringen av betalingsforskriften, noe som ikke var tilfellet i forkant av den. Informantene sier at antall overliggedøgn ble tilsvarende null, sammenlignet med rundt 30 som var tilfelle før dette. De har likevel merket en endring den senere tiden, ved at kommunene har blitt mer betenkt. Informantene fra Ahus forteller antall liggedøgn har gått noe opp den senere tiden. Dette tror de har sin bakgrunn i at kommunene er mer tilbøyelige til å ha overliggedøgn nå enn tidligere, og at det dreier seg om at man i starten ikke visste hva dette nye var, og at man derfor var redd for å gå imot det. En av kommunene sier at det dreier seg om at dersom man ikke har plass kommunalt, er det billigere å la pasienter ligge over enn å opprette nye tilbud i kommunen.

"Dyrere å opprette nye tilbud. Vi har kjøpt plasser andre steder. Har avtale med to sykehjem. Må iblant bruke noen ekstra døgn på sykehuset. Hvis ikke vi kan gi et forsvarlig tilbud, eller kjøpeplass, så må vi bare gjøre det" (Sitat fra Intervju, kommune).

4.3.4 Hva skal formidles i de elektroniske PLO meldingene?

Det er tydelig at det er ulikheter knyttet til hvilken informasjon kommunen ønsker og informasjonen sykehuset gir i den elektroniske meldingsdialogen. Alle informantene opplever at de må etterspørre mer informasjon og at det på den måten blir mange meldinger frem og tilbake. Dette tror en av kommunene har bakgrunn i manglende standardisering av meldingene og at det derfor blir mye opp til den enkelte arbeider å avgjøre hva som skal skrives.

"Vi må til stadighet etterspørre mer informasjon. Føler det har bedret seg, men fremdeles et stykke igjen. Sykehuset lærer seg stadig mer om hvilken informasjon vi behøver, men det burde absolutt vært standardkrav til denne informasjonen" (Sitat fra intervju, kommune).

Det vil derfor forekomme mange individuelle varianter, og føre til ulikheter i

informasjonstildelingen. Dette fører til en del irritasjonen hos kommunene.

"Det er mange personer som jobber på sykehuset. Noen bedre enn andre. Man kan ikke forvente at alle skriver det vi ønsker å vite. Det er likevel frustrerende å måtte etterspørre informasjon støtt og stadig. Vi må i en av tre tilfeller ringe i tillegg til meldingene" (Sitat fra intervju, kommune).

4.3.5 Kvalitet

Alle informantene er enige om at overgangen til elektroniske PLO meldinger har ført til bedre kvalitet i meldingene. Med kvalitet legger de vekt på at det er mer informasjon, mer nøye dokumentasjon og at man nå som det har blitt skriftlig har et større fokus på riktighet i det som skrives. Mange opplever fremdeles at kvaliteten ikke er bra nok, men mener dette skyldes manglende standardisering.

"Vi må etterspørre en del informasjon når pasienten skrives ut. Dårlig standardisering fører til at det er opp til helsepersonellet å skrive passende ut-rapport. Det som anses som passende for dem, er ikke alltid nok for oss" (Sitat fra intervju, kommune).

Det er en fordel at meldingene har blitt elektroniske, siden meldingene har blitt mer fylldige og forståelige. En av kommunene forteller at det før innføringen av elektronisk dialog, ble skrevet for hånd. Det var mange med utydelig håndskrift og dette førte til mange telefoner frem og tilbake, samt at en måtte bruke mye ekstra tid på å tyde meldingene.

"Det har blitt langt bedre dokumentasjon enn tidligere. Kvaliteten har økt som følge av at man nå må dokumentere alt. Det er fremdeles nytt og vil ta litt tid før det modnes helt" (Sitat fra intervju, kommune).

Dersom pasienter blir sendt hjem fra sykehuset tidligere enn før, noe alle respondentene nevner og statistikken underbygger, vil også behovet for god informasjon være avgjørende for hvilket tilbud pasienten får kommunalt. Alle fire kommunene og Ahus er enige i at kvaliteten i de elektroniske meldingene kan forbedres og utvikles.

"Det er mye rom for å videreutvikle og forbedre kvaliteten i meldingene. Man må som

før elektroniske meldinger fremdeles arbeide med kvalitet. Den blir ikke automatisk bedre selv om man bytter format" (Sitat fra intervju, sykehus).

Alle er likevel overbevisst om at dette vil modnes med tiden og at det etterhvert vil bli mer bevissthet rundt hvilken informasjon motparten ønsker.

4.3.6 Språk

Informantene nevner også at språket er forskjellig mellom kommunen og sykehuset. Det er en felles oppfattelse om at sykehuset har et mer medisinskfaglig språk. For enkelte saksbehandlere som ikke har arbeidet selv i sykepleierrelaterte jobber kan det være vanskelig å forstå til tider.

"Sykepleierne på sykehus har et mer medisinsk språk enn saksbehandlere i kommunen. For personer som ikke har jobbet som sykepleier på sykehjem eller sykehus kan det til tider være vanskelig å forstå" (Sitat fra intervju, kommune).

Det blir også nevnt at det til stadighet blir skrevet forkortelser. Dette opplever respondentene som en uting, selv om man forstår det, er det fint å skrive ting fullt ut. Noen nevner også tilfeller hvor helsepersonell har diskutert ved bruk av PLO meldingene, og at det i noen tilfeller blir brukt smilefjes og andre uformelle tegn. Eksempelvis forteller en av informantene at hun opplevde at en person skrev: "Ha en flott juleferie". Selv om informanten opplever dette som koselig, syntes ikke vedkommende det har noe for seg i pasientens journal.

"Vi må være obs på at det blir liggende i pasientens journal, så det må ikke bli noen heftige diskusjoner mellom sykehus og kommune. Vi må styrke bevisstgjøringen rundt det. Pasienten har faktisk krav på innsyn i egen journal" (Sitat fra intervju, kommune).

4.4 utfordringer

4.4.1 Type omsorgsnivå

En av utfordringene som ble hyppigst nevnt av informantene var problematikken rundt å vurdere hvilket omsorgsnivå pasienten behøver kommunalt. Kommunene opplever på den ene siden at sykehuset i for liten grad tester personen i funksjonsnivå og personlig hygiene. Dette

gjør at man kommunalt ofte må gjøre vurderinger i blinde, nevner en av informantene. Sykehuset på den andre siden er enige i at det gjøres for få tester i forhold til pasientens kognitive helse, men at årsaken til det ligger i at antall liggedøgn er kraftig redusert og at pasienter sendes fortere hjem enn tidligere.

"Pasienten er der ikke lenge nok til at helsepersonellet får vurdert hva som er potensialet om ett par dager" (Sitat fra intervju, sykehus).

"Kom med Samhandlingsreformen. Sykehuset holdning til å skrive ut pasienter ble mer offensiv. Det virket som de skulle tømme sykehuset" (Sitat fra intervju, kommune).

Informantene fra Ahus forteller at det er riktig at deres holdning til å skrive ut pasienter har blitt mer offensiv, men at det er ikke de som ønsker det. Det var lover og forskrifter som krevde denne endringen.

4.4.2 Bestiller tjenester fremfor å beskrive funksjon

Når en person sendes fra spesialist- til primærhelsetjenesten blir det skrevet en ut-melding med bruk av elektronisk PLO meldinger. Denne meldingen forteller kommunen at pasienten er utskrivningsklar og er en funksjonsbeskrivelse av pasientens tilstand på nåværende tidspunkt. 4 av 4 kommuner opplever at helsepersonellet på sykehuset i for stor grad kommer med anbefalinger rundt hva pasienten vil behøve av kommunale tjenester etter endt sykehusopphold.

"Vi opplevde i stor grad i starten at sykehuset bestilte tjenester, fremfor å si noe om funksjonsnivå og bistandsnivå. Vi blir da nødt til å spørre mye for å finne ut hva brukeren faktisk behøver hjelp til" (Sitat fra intervju, kommune).

Bruken av kommunale tjenester må styres av kommunen selv. I følge forskrift om utskrivningsklare pasienter er det kommunen som har det fulle ansvaret for å bestemme hvilke tjenestenivå pasienten skal få kommunalt. Omsorgstjenesten opplever sykehusets anbefalinger som en utfordring for samarbeidet og som et felt det fort kan bygge seg opp en del konflikter rundt. Ahus er fullt klar over problematikken, og jobber med at helsepersonellet skal beskrive funksjon fremfor å bestille tjenester.

"Veldig i fokus, beskrive funksjon fremfor å bestille tjenester. Det er ikke lett. Vi har ulike tilnærminger i forhold til pasienten. Sies i alt for stor grad at det er behov for sykehjemsplass" (Sitat fra intervju, sykehus).

En av kommunene forteller at de opplever det som en overkjøring av deres rett til å ta en slik avgjørelse. Aktørene er klare på at det er viktig at sykehuset kommer med mer nøyaktige beskrivelser av pasientens tilstand, slik at de får tatt gode avgjørelser. Det at sykehuset kommer med grundige funksjonsbeskrivelser rundt en pasient er viktig for vedtakene bestillerkontoret gjør, nevner en av respondentene. Dette fordi kommunene opplever at de i liten grad har mulighet til å foreta vurderingsbesøk lengre, som følge av korte tidsfrister, noe som gjør at man i større grad må stole på at opplysningene man mottar stemmer.

"Rekker ikke lengre reise til sykehuset på vurderingsbesøk, alt skjer for fort" (Sitat fra intervju, kommune).

Disse opplevelsene sitter personene også inne med på Ahus. De rekker ikke lengre å foreta grundige vurderinger, ettersom pasienten er der for kort. Spesialisthelsetjenesten er til for å kurere eller lindre pasientens plager og deretter skal pasienten til kommunen han eller hun bor.

"Pasienten skrives ut når de fremdeles er på en kurve oppover. Du er der ikke lenge nok til å få testet personen i bevegelse, personlig hygiene også videre" (Sitat fra intervju, sykehus).

Det oppleves fra kommunens ståsted som tungt å stå imellom pasienter, leger, pårørende og sykehuset. Enkelte respondenter opplever det som et manipulasjonsforsøk- enten ved at de formulerer de elektroniske meldingene på en slik måte at pasienten får spesifikke tilbud kommunalt eller at sykehuset lover pasienter kommunale tjenester.

"Det blir håpløst å overta saker hvor helsepersonell på sykehuset har lovet pasienten og deres pårørende spesifikke tilbud kommunalt. Det blir en dårlig start for pasienten og pårørende hvis vi sier nei til det de har blitt lovet, og vi blir den store stygge ulven"

(Sitat fra intervju, kommune).

"Sykehusene forventer et høyere omsorgsnivå enn det vi kan gi. De bestiller i stor grad tjenester, denne dialogen er uheldig at havner i pasientens journal" (Sitat fra intervju, kommune).

Noen av kommunene mener det er viktig at en vet mer om hverandre og kompetansen man kan tilby. Dette fordi man på den måten kan nytte det elektroniske verktøyet bedre til samhandling.

"Det er store samarbeidsproblemer rundt urealistiske forventninger til hva vi kan tilby kommunalt. Viktig at sykehusene gis riktige forventninger, noe som vil bedre kommunikasjonen og samhandlingen" (Sitat fra intervju, kommune).

4.4.3 Hjem er ingenting

"Enten sykehjem eller hjem, og hjem inneholder på en måte ingenting" (Sitat fra intervju, kommune).

En annen utfordring, som tre av fire kommuner fremhever er vanskeligheten med å formidle hva de kan tilby pasienten i hjemmet. De opplever i stor grad at helsepersonellet på sykehuset har for liten kunnskap om hvilke tjenester som kan tilrettelegges for i brukerens hjem og at det i for stor grad blir ønsket sykehjemsplass.

"Vi tenker mye mer på hva vi kan få gjort hjemme. Vi har ikke lovet pasienten noe, så vi må ta en helhetsvurdering ut fra hva vi kan tilby brukeren. Vi ser mer enn sykehuset, det er mange tilbud vi kan få til i brukerens hjem som følge av tilrettelegging og god planlegging" (Sitat fra intervju, sykehus).

Omsorgstjenesten forteller at hjemmetjenesten blant annet kan bidra med assistanse med medisiner, personlig hygiene, måltider og praktisk bistand. En del av respondentene ønsker å formidle at man kan få til mye i brukerens hjem, men at det avhenger av at de må vite hvordan brukeren fungerer i trapper, personlig hygiene og bistandsnivå for å tilrettelegge best

mulig. 2 av kommunene forteller at de ønsker at sykepleiere på sykehus skal hospitere hos kommunen i blant.

"Vi skulle gjerne hatt Ahus her hos oss. Så kunne de sett hvordan vi jobber. Vi opplever når vi har studenter her på praksis at de blir overrasket over alt man kan tilby i hjemmet" (Sitat fra intervju, kommune).

4.4.4 Kompetanse

Både bestillerkontorene og sykehuset opplever at det blir sendt sykere pasienter til kommunen etter innføringen av Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen frambrakte krav om samarbeid, endrende oppgaver og nye ansvarsområder. Reformen endret grunnstrukturen i samarbeidet mellom de to nivåene og førte til at de fikk en klarere ansvarsfordeling. I omsorgstjenesten føler man at en har for liten kompetanse til å ivareta stadig sykere kommunale brukere.

"Nei, vi har ikke nok kompetanse. Klart Nei" (Sitat fra intervju, kommune).

Spesielt små kommuner opplever det som tilsvarende umulig å bygge opp spesialkompetanse på alle mulige områder.

"Ett år er det mange lårhalsbrudd, ett år mange hjerneskadde. Det gjør det vanskelig å bygge opp noe kompetanse rundt ting, fordi vi egentlig ikke vet når det kommer. Vi bør få vite hvor vi kan hente faglige råd og veiledning, og ha selvtilit til å stå i det" (Sitat fra intervju, kommune).

Kommunen opplever i stor grad at de må sende personen med sammensatte behov eller spesielle tilfeller til andre kommuner/behandlingssteder, fordi de anser kompetansen kommunalt som for liten.

"Føler vi må sende personer etter kompetansen" (Sitat fra intervju, kommune).

Denne utfordringen kunne kanskje bedret seg dersom sykehuset hadde kommet med mer presise og spesifikke formuleringer. Slike anbefalinger kan likevel kollidere med de

organisatoriske forutsetningene, slik som kommunens råderett over å bestemme hva pasienter skal få av behandling kommunalt og den bestemte arbeidsdelingen mellom enhetene.

4.4.5 Doble rutiner

Nå som kommunene og sykehuset kan kommunisere elektronisk, er det interessant å undersøke i hvor stor grad respondentene benytter faks og telefon fremdeles. Informantene fra sykehuset forteller at intensjonen med å gå over til elektroniske meldinger er at en slippe alle disse papirmeldingene og at alt legges i pasientens journal elektronisk. Ingen av kommunene eller sykehuset benytter faks i samhandling med hverandre per 01.januar 2015.

"Ikke så ofte, men det hender at vi må ta en telefon i tillegg" (Sitat fra intervju, kommune).

"Bruker ikke faks med Ahus, men det kan hende vi må benytte det mot andre sykehus" (Sitat fra intervju, kommune).

Telefon benyttes derimot i mye større grad, for å etterspørre mer informasjon eller dobbeltsjekke at informasjonen er forstått rett. Det hender at det er unøyaktigheter eller mangler i pasientinformasjonen.

"Bruker ikke faks i det hele tatt, men noe telefon. I rundt 30 prosent av tilfellene" (Sitat fra intervju, kommune).

Andre kommuner forteller at de både får meldingene elektronisk og skriver de ut i papirutgave. Dette kan sees på som en utfordring, fordi det fører til dyrebare dobbelrutiner for helseøkonomien.

"Nå behøver vi ikke skrive ut lengre, men vi gjør det likevel. Ikke sikkert vi skriver ut alle, men de med mest informasjon. I tilfelle systemet er nede" (Sitat fra intervju, kommune).

På sykehuset blir det ikke brukt papir i det hele tatt, med mindre det er snakk om pasienter fra andre sykehus i landet.

5 Analyse

Kapittelet vil først beskrive og forklare de viktigste prosessstrekene ut fra problemstilling 1 i avsnitt 5.2.

Problemstilling 1: Beskrive og forklare hvordan prosessen med elektronisk samhandling i helsesektoren har utviklet seg de siste ti årene?

Videre vil jeg diskutere problemstilling 2 i avsnitt 5.3.

Problemstilling 2: Beskrive og forklare erfaringene kommunen og sykehuset har hatt med overgangen fra faks til elektroniske meldinger i helsesektoren?

5.1 Innledning

Lovverk, forskrifter, nasjonale helseplaner og reformer som ble presentert i kapittel 3 la vekt på at nasjonale myndigheter ønsker å legge papirepoken i norsk helsevesen bak seg. Målsetningen er at elektronisk samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten skal innføres, både private og offentlige. Det er ønskelig å legge bak seg tidligere faksrutiner og papirmapper til fordel for elektronisk lagring og kommunikasjon. En vesentlig andel av den elektroniske samhandlingen vil foregå gjennom elektroniske meldinger som ideelt sett skal realiseres av alle aktørene som er en del av Norsk helsenett. I vid forstand innebærer samhandling at det utveksles tjenester mellom personer, institusjoner og grupper. Det er derfor både en interaksjon mellom menneske og menneske, og mellom maskin og menneske. Informantintervjuene underbygger den allmenne empirien om at elektroniske løsninger har hatt en sentral plass i organisasjonsutviklingen det siste tiåret. I dette kapittelet skal jeg ta for meg problemstillingene som ble stilt innledningsvis og drøfte hvordan prosessen med utvikling av elektronisk samhandling har foregått i helsesektoren de siste ti årene og hvordan informantene på bestillerkontoret i kommunene og i samhandlingsavdelingen på Ahus har opplevd overgangen fra faks til elektroniske meldinger. Funnene vil bli analysert med utgangspunkt i oppgavens sentrale teoretiske rammeverk; et strukturelt-instrumentelt og kulturelt perspektiv.

5.2 Utvikling i prosessen med elektronisk samhandling i helsesektoren de siste ti årene

5.2.1 En instrumentell analyse av prosessen

I lys av et instrumentelt perspektiv var innføringen av elektronisk samhandling i helsesektoren et statlig tiltak for å utføre og løse oppgaver på vegne av samfunnet. Overgangen til elektroniske løsninger skulle sikre at organisasjonene ble mer effektive og føre til bedre ressursutnyttelse i sektoren. Med en økende andel eldre og økt vekst i sykehustjenester var elektronisk samhandling et formålsrasjonelt valg i møte med omgivelsene. Likevel tok utviklingen frem mot elektroniske løsninger lengre tid enn estimert. Hvordan kan det strukturell-instrumentelle perspektivet anvendes for å forklare prosessen med å innføre elektronisk samhandling de siste ti årene? Selv om elektronisk samhandling i dag har blitt en realitet, er det interessant å undersøke hvorfor tok så lang tid å innføre elektroniske løsninger i helsesektoren.

I et instrumentelt perspektiv er den formelle strukturen en sentral faktor i å forklare hvordan organisasjoner fungerer (Christensen et al. 1994:22). Dersom en legger struktur til grunn for å forklare hvorfor det har tatt tid å innføre elektroniske løsninger i helsesektoren, kan en si at den organisatoriske avstanden mellom nivåene har skapt ulike incentiver for å komme i gang med å innføre elektroniske løsninger. Avstanden mellom dem og forskjellig forvaltningsnivå gjør at de forholder seg til ulike styringslinjer i prosessen med å utvikle elektroniske løsninger. Sykehuset har organisatorisk alltid stått nærmere staten, noe som har gjort at de har kommet tidligere i gang med å innføre elektronisk samhandling. I kommunen har den lokale selvråderetten stått sentralt, noe som har ført til at lokalt tilpassede løsninger har utviklet seg og gjort samkjøringen av elektroniske løsninger desto vanskeligere. Riksrevisjonen (2008) påpeker også at de nasjonale helseplanene har hatt mer effekt på statlig enn kommunalt nivå, noe som kan ha sin bakgrunn i den organisatoriske strukturen. Informantene fortalte at avstanden mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ble sett på som en barriere for samhandling, fordi kommunene opplever at sykehuset står ovenfor dem og at de har en viktigere funksjon i folkehelsen. Strukturen har vanskeliggjort koordinering og nasjonal styring av sektoren, noe også evalueringsrapporter av de nasjonale helseplanene vektlegger (se kapittel 3.3). Informantene forteller at det i stor grad har vært opp til den enkelte aktør å utvikle passende IKT løsninger og at det har vært strengere krav til sykehusene enn kommunene om å ta i bruk elektroniske løsninger med stor kapasitet. Det at

sykehusene og kommunene har utviklet forskjellige fagsystemer og rutiner for elektronisk lagring har ført til lokale varianter som ikke kommuniserer sammen.

Utviklingen av elektroniske løsninger gikk tregere enn estimert. Den lokale friheten til å velge lokalt tilpassede løsninger, førte ikke nødvendigvis til ønskede mål. Hvis en ser det i lys av en forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet har utviklingen av elektroniske løsninger vært preget av organisasjoner med forskjellige målsetninger og meninger (Christensen et al. 2010: 34). Ahus kom tidligere i gang med å innføre elektroniske løsninger enn kommunene i denne undersøkelsen. Sykehuset vil imidlertid ikke kunne nytte av det fulle potensialet av elektroniske løsninger før alle kommunene innfører elektronisk samhandling. De var avhengig av å få med kommunene i sitt område for å lykkes, på samme måte som kommunene er avhengige av å kommunisere elektronisk for å møte kravene om effektivitet, presisjon og ressursbesparelser. Det at aktørene har fått utviklet seg med stor individualitet kan også ha vært et forsøk fra staten på å skape økende legitimitet og støtte for elektroniske løsninger hos aktørene og i omgivelsene.

Aktørene fikk også lage egne lokale samarbeidsavtaler om samhandling, noe som gav aktørene lokalt spillerom. Aktørene fikk mulighet til å ivareta lokale interesser best mulig. Samarbeidsavtalen mellom kommunen og sykehuset er et resultat av forhandling, noe som kan ha skapt et større ønske om å etterleve avtalen. Forhandling gir mulighet til å ivareta alles interesser (Christensen et al. 2010:163), og kan ha gjort samhandlingen mellom aktørene bedre. Likevel kan de lokale samarbeidsavtalene ut fra et instrumentelt perspektiv bli sett på som et hinder for å nå det fulle potensiale rundt elektronisk samhandling om pasienter. Rapporter knyttet til måloppnåelse av nasjonale helseplaner viste at utviklingen gikk tregt og staten måtte endre de strukturelle rammene for å gjøre organisasjonene mer effektive i møte med de tekniske omgivelsene og nære handlingsrommet. På intervjuene kommer det tydelig frem at innføringen av elektroniske løsninger blir oppfattet som noe positivt. Det kan ha vært lurt av ledelsen å involvere de ansatte i stor grad tidlig i prosessen og være tålmodig med innføringen av elektroniske løsninger. Dette kan ha forhindret stor motstand mot innføringen.

I et strukturelt-instrumentelt perspektiv kan ledelsen endre de strukturelle rammene slik at de tjener handlingens formål i best mulig grad (Røvik 2009:50). Som nevnt i statkommune kapittelet kan kommunen innføre de endringer som de ønsker, forutsatt at det ikke er påbudt gjennom rettslovgivning. Med innføringen av Samhandlingsreformen kom en del lover og forskrifter som skapte organisatorisk større likhet mellom kommunen og sykehuset. Kommunene fikk et større ansvar for forebyggende arbeid kommunalt og skulle være med å

finansiere egen sykehusbruk. Dette skapte incentiver for å dempe veksten av spesialiserte tjenester. I lys av det instrumentelle perspektivet kan dette ha vært et forsøk fra staten om å tette gapet mellom ønsket og reell tilstand (Christensen et al. 2010: 34, 163). Selv om ledelsen endret den organisatoriske likheten mellom nivåene, er opplevelsen blant informantene i kommunene at likevekten mellom nivåene fremdeles er en reell utfordring. Dette indikerer at gapet mellom aktørene fremdeles ikke er tettet. En strukturell endring som informantene derimot mener hadde avgjørende betydning for at de tok i bruk elektroniske løsninger var innføringen av betalingsforskriften rundt utskrivningsklare pasienter. Endringene i ansvar- og oppgavefordelingen kan ses på som et virkemiddel for å oppnå blant annet bedre styring og bedre samhandling mellom aktørene i helsesektoren.

Informantene i denne studien er opptatt av de økonomiske rammene rundt samhandlingen. De forteller at forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2011) var viktig for at de tok i bruk elektroniske løsninger. Informantene fra Ahus forteller at det forskriftsmessige har blitt viktigere enn gode pasientløp i samhandlingen, noe de anser som en negativ effekt. Innføringen av elektroniske løsninger kan derfor ha vært en økonomisk rasjonell handling, fordi aktørene ikke ønsket å betale for ikke å ta pasienter hjem med en gang. Informantene opplever at de elektroniske løsningene gir dem bedre oversikt over pasienter og at det har vært nødvendig i møte med statens krav. Staten endret således den formelle strukturen og premissene for samhandling og gjorde det mer attraktivt for alle aktører i sektoren å gå over til elektroniske løsninger. Informantene forteller at økende effektivitetskrav gjorde at elektronisk samhandling var det eneste alternativet for å overholde tidsfrister og krav som var satt i samhandlingen.

Innføring av elektronisk samhandling har vært en avveining mellom alternativer og konsekvenser. Det at kommunene har fått et økt økonomisk og forebyggende ansvar gjør at de ønsker mer oversikt og tilgang til helseopplysninger raskere. Den elektroniske samhandlingen sikrer informasjonslagring, skaper en mer tilgjengelig dialog og oversikt over innleggelser og pasienter. I intervjuene fortalte informantene at de økonomiske sanksjonene, rundt 4000 kroner per ekstra døgn pasienten blir liggende på sykehuset, bidro til å styrke den elektroniske samhandlingen. Organisasjonene har besluttet å innføre elektronisk samhandling som en handling for å sikre at de når målsetningene sine. Elektronisk samhandling vil øke effektiviteten og sikre at informasjonen kommer frem til rett tid. Økende tidskrav og rapporteringsansvar har ført til at elektronisk samhandling blir ansett som det mest

hensiktsmessige alternativet i møte med omgivelsene. Det er en økonomisk formålsrasjonell handling som gjenspeiles, men det kan tenkes at denne handlingen er begrenset rasjonell (Simon 1997:118). Siden helsesektoren er stor og uoversiktlig er det vanskelig å ha oversikt over alle alternativer og konsekvenser. De strukturelle rammene for samhandling er endret i løpet av de siste ti årene. Disse endringene kan oppsummeres slik:

- Et større ansvar for innbyggernes helse til kommunehelsetjenesten.
- Strammere tidsrammer og økende rapporteringskrav.
- Begrenset selvråderett rundt IKT utvikling i kommunene.

Proessen mot elektronisk samhandling har vært tydelig, og er iverksatt gjennom regulering. Det er staten som har kommet med føringer i den elektroniske dialogen, i form av enveiskommunikasjon. De har lagt premissene for den elektroniske samhandlingen, men åpnet for lokale tilpasninger. Det har vært en del styring i sektoren de senere årene, og kommunens selvråderett har kommet i skyggen av målsetningen om å skape et bedre og mer effektivt helsevesen gjennom å ta i bruk elektroniske løsninger.

5.2.2 En kulturell analyse av prosessen

Det kulturelle perspektivet er en motsetning til den instrumentelle tolkningen, hvor strukturelle endringer kan føre til kulturelle endringer. I dette perspektivet legger kulturen føringer for hvordan strukturelle endringer blir innført. På hvilken måte, og i hvilken grad kan kulturelle forhold spille en rolle i prosessen mot elektronisk samhandling? I hvilken grad var de ulike aktørene preget av de historiske tradisjonene og sti-avhengighet? (jf. Krasner 1988, Selznick 1997).

Proessen fra papirbasert samhandling til elektronisk samhandling har vært en langsom prosess, som har tatt flere år enn regjeringen hadde estimert. Respondentene og empiri underbygger at kommunen og sykehuset har hatt forskjellige tradisjoner og utvikling knyttet til denne overgangen. Kommunen har vært vant med selvråderett, mens sykehuset alltid har rapportert til overordnet organ og forholdt seg til pålegg fra staten. Denne forskjellen gir opphav til ulike holdninger og verdier hos de to gruppene av aktører. Hos sykehuset har det vært naturlig å arbeide med å innføre elektroniske løsninger fra den første helseplanen ble presentert, mens det i kommunene har vært mer naturlig å være avventende til å gjennomføre endringer.

Da kommunen og sykehuset først begynte å kommunisere elektronisk (i perioden 2012-2014, med unntak av noen kommuner og ett par sykehus), møtte en ikke noe stor motstand. Dette kan underbygge det kulturelle perspektivets poeng om at et stort samsvar mellom det nye og det gamle begrenser motstand. Likevel sier informantene at det var noe misnøye i hver enhet, hvilket kan tyde på at det var et visst kulturelt brudd. Det å samhandle med kommunen/sykehuset var ikke nytt for aktørene, men at denne kommunikasjonen skulle foregå elektronisk var en stor endring.

Utviklingen mot elektroniske løsninger har vært en saktegående prosess. I lys av et kulturelt perspektiv vil dette styrke suksessraten, fordi det er viktig at endringer skjer som naturlige evolusjonære utviklingsprosesser (Selznick 1997:19). En av informantene forteller at de med innføringen av Samhandlingsreformen la seg på en rutine med faks, fordi de opplevde helsesektoren som for umoden til å ta i bruk elektronisk samhandling foreløpig. Dette styrker antagelsen om at kommunen og sykehuset tok i bruk elektronisk samhandling da de følte seg klare for det, og ikke fordi staten påla dem det. Holdningene og verdiene i kommunen og på sykehuset hadde fått tid til å utvikle seg til å være positive overfor IKT løsninger. Da staten med innføringen av Samhandlingsreformen la frem lover og regler for samarbeid mellom kommune og sykehus, og innføring av elektronisk samhandling, var helsesektoren allerede moden og klar for endringen. Dette gjorde at endringene og de skiftende strukturelle rammene ble gjennomført med liten motstand og stor suksess.

Det kulturelle perspektivet vektlegger at institusjoner, slik som kommunehelsetjenesten og sykehuset, har en særegen kultur, normer og verdier som står sentralt (Christensen et al. 2010:59). Siden kommunen og sykehuset opplevde at samhandlingen også fungerte uten elektroniske verktøy, kan dette være årsaken til at endringen tok tid. Institusjoner kan fint overleve med ineffektivitet over en periode (Christensen et al. 2010:62). Først da samsvaret mellom den eksisterende kulturen og den tekniske iverksettingen var relativt like, ble endringene implementert og iverksatt.

Tilsvarende kan det være at først når kommunehelsetjenesten og sykehuset trengte elektronisk samhandling for å tilpasse seg indre og ytre press at det ble en realitet (Christensen et al. 2010:59). Det ytre presset har kommet fra det nære handlingsrommet, hvor staten og befolkningen spiller en stor rolle. Den indre presset institusjonaliserer organisasjonen, noe som kan komme av at holdninger til nye medlemmer etterhvert gjør seg gjeldende i organisasjonen. Det kan ha utviklet og institusjonalisert seg uformelle holdninger og verdier i organisasjonene om at elektronisk samhandling er effektivt og bra. Dette kan

medlemmene ha bragt med seg gjennom sin utdanning eller deltagelse i samfunnslivet og gjort gjeldende i organisasjonen. I lys av dette perspektivet innføres ikke endringer på bakgrunn av økonomisk rasjonalitet, men fordi det anses som naturlig og i tråd med organisasjonskulturen. Siden overgangen til elektroniske løsninger har vært en langsom prosess, har den indre kulturen utviklet seg i takt med det ytre presset.

Passende atferd handler om at aktører tar valg basert på hva som anses som passende i den organisasjonen de er en del av (March og Olsen 1989). Hvordan kan passende atferd gjøre seg gjeldende i prosessen med elektronisk samhandling? Som nevnt tidligere, var det i starten ansett som for umodent til å gjennomføres, men etter 2012 ble elektronisk samhandling opplevd som gjennomførbart både på sykehuset og i kommunene. Sykehuset kom tidligere i gang med å innføre elektroniske løsninger, noe som kan være et uttrykk for at det ble ansett som mer passende der enn i kommunene. En av kommunene forteller at de fremdeles har noe papirbasert, ved at de både oppbevarer informasjonen elektronisk og i permer. Dette kan være uttrykk for at fullstendig overgang til elektroniske løsninger ikke anses som passende i denne enheten og at aktørene er redde for å gi slipp på det gamle. Andre kommuner har lagt all papirmessig kommunikasjon i fortiden og bedriver kun elektronisk samhandling. Dette illustrerer et sentralt poeng i lys av et kulturelt perspektiv, hvor uformelle verdier og normer kan variere på tvers av- og mellom institusjoner. Det som oppleves som passende hos en enhet, behøver ikke passe inn hos andre aktører. Et annet funn er at staten har forsøkt gjennom ansvar- og rolleforskyvning å gjøre aktørene mer likeverdige. Dette ser imidlertid ikke ut til å ha fungert, da aktørene i denne studien forteller at sykehuset ligger ovenfor og har en viktigere rolle for folkehelsen. Dette kan være en integrert holdning hos de kommunale aktørene som strukturelle endringer kan ha vanskelig med å forandre uten at det foreligger en kulturell endring til den nevnte problemstillingen. Analysepunktene i det kulturelle perspektivet kan oppsummeres slik:

- Elektronisk samhandling ble en realitet når aktørene var klare for det og de uformelle normene og verdiene samsvarte med verdiene og normene elektronisk samhandling bar med seg.
- Naturlig utvikling; som følge av modning og samfunnsutvikling.
- Elektronisk samhandling ble sett på som passende av aktørene.

5.3 Effektene av elektroniske meldinger

5.3.1 En instrumentell analyse av effektene

Innføringen av elektroniske meldinger har vært en viktig støttefunksjon for å få til rask samhandling mellom enhetene i helsesektoren. Aktørene har vært aktivt involvert i prosessen med å innføre elektroniske meldinger og alle respondentene opplever dette som utelukkende positivt. Studien argumenterer for at reelle samhandlingen mellom nivåene har bedret seg, fordi informasjonsutvekslingen foregår raskere og en har blitt mer klar over den hva den samhandlende aktør behøver av informasjon. Informasjonsbehovet er likevel ikke nådd. Informantene sier at det enda gjenstår en del standardiseringsarbeid med de elektroniske meldingene før de når sitt fulle potensiale. Hvis et strukturelt-instrumentelt perspektiv blir lagt til grunn for analyse, hva kan årsaken være til at aktørene ikke er tilfreds med informasjonen de mottar?

Den formelle strukturen kan i et strukturelt-instrumentelt fortelle mye om hvorfor aktører handler som de gjør (Christensen et al. 2010). Informantene i denne studien sier at informasjonen de mottar fra sykehuset ikke imøtekommer informasjonskravet til kommunene. Primær- og spesialisthelsetjenesten ligger på forskjellig forvaltningsnivå og har ulike arbeidsoppgaver og fokusområde basert på den rollen i helsesektoren de innehar. Sykehuset har den akuttmedisinske funksjonen, mens kommunen er den som innehar det primære ansvaret for brukeren i det daglige livet. Dette kan medføre vanskeligheter for å nyttiggjøre seg av de elektroniske meldingene i best mulig grad. Sykehuset skriver ofte den informasjonen de tror kommunen ønsker og ikke alltid den informasjonen de faktisk vil ha. Informantene opplever at de elektroniske meldingene har bedret samhandlingen mellom dem betraktelig, tross at meldingene ikke oppfyller informasjonsbehovet til aktørene. Handlingene vil bære preg av mål-middel løsninger, fordi aktørene hadde begrenset med tid for å innføre elektroniske meldinger. De elektroniske meldingene vil derfor bære preg av å være tilfredsstillende.

Hvis en ser effekten av de elektroniske meldingene i lys av forhandlingsvariant av det instrumentelle perspektivet forteller informantene at de elektroniske meldingene er bedre og holder en høyere kvalitet enn de papirbaserte meldingene. Det at aktørene samhandler i større grad rundt pasienter, blant annet som følge av økende krav i lov og forskrifter, gjør at de blir mer bevisst på hva den samhandlende aktør behøver av informasjon. Aktørene er i denne konteksten heterogene med til dels motstridende ønsker og interesser. Informantene fra kommunene forteller at de tidlig visste at elektroniske meldinger skulle innføres og at det ikke

var overraskende når det først ble en realitet. De fremforhandlende avtalene mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset rundt utskrivning av pasienter (ut-melding), gir indikasjoner på at det var rom for interessehevding og koalisjonsdannelse (Christensen et al. 2010). De elektroniske meldingene er likevel ikke standardiserte, noe aktørene pekte på som utfordrende i samhandlingen med motparten.

Kommunene fortalte at de ofte måtte etterspørre mer informasjon rundt utskrivning av pasienter og at de elektroniske meldingene fort ble oppfattet som et chatrom mellom helsepersonell. Manglende standardisering av meldingene kan gi indikasjoner på at de lokale samarbeidsavtalene satte begrensninger på hierarkisk styring og kontroll, og være årsaken til at løsningene som nå er dominerende er basert på mål-middel løsninger og ikke er optimalisert (March 1994). Informantene forteller at de elektroniske meldingene kunne vært utnyttet enda bedre og ført til mindre telefontid/meldingsutveksling dersom de hadde vært standardisert fra starten. Det at meldingene likevel ikke er standardisert kan også være et forsøk fra staten om å skape lokal annerkjennelse og støtte, og åpne for lokale varianter og tolkninger.

Et annet sentralt funn er at de elektroniske meldingene har hatt betydning for den formelle kontakten mellom enhetene. De har ikke like mye kontakt med hverandre per telefon og inviterer ikke hverandre på samhandlingsmøter i samme grad som tidligere. Som følge av kortere tidsfrister for samhandling, har heller ikke aktørene tid til å foreta vurderingsbesøk i stor grad lengre. Meldingsutveksling og vurderingsbesøk (hvis tid) blir derfor den eneste formelle kontakten aktørene på et lavere nivå i helsesektoren har rundt pasienter. Tidligere var enhetene betinget av mange møtepunkt, som samhandlingsmøter, vurderingsbesøk og telefonsamtaler, nå er disse blitt begrenset ned til elektroniske meldinger. Innføringen av de elektroniske meldingene kan ha negative konsekvenser for potensialet for utvikling av ulik forståelse og handlingsmønstre. Det kan også føre til utvikling av ulik forståelse og handlingsmønstre, og enhetene i denne undersøkelsen opplever den manglende koordineringen som problemskapende i den reelle kommunikasjonen. Dette kan igjen føre til utfordringer knyttet til å løse opp i problemer som hva som er best for pasienten og i hvilken grad aktørene opplever at de er likeverdige aktører i samhandlingen. Bortfallet av fysisk kontakt kan sees på som en endring i en instrumentell variabel, som på sikt kan påvirke forståelsen enhetene har av gjensidig læring og informasjonsflyt.

Innføringen av elektroniske meldinger var noe alle aktørene så på som utelukkende positivt. Det har gjort samhandlingen mellom dem mer lettvin, sparer aktørene for mye

tefontid og irritasjon over å vente på rett person å samhandle med. Således kan de elektroniske meldingene bli sett på som et nøytralt byråkratisk verktøy, som myndighetene har ønsket å iverksette for å nå andre helsepolitiske målsetninger (se kapittel 3.4.4). Til en viss grad kan de elektroniske meldingene sies å ha endret strukturelle trekk i sektoren. IKT løsninger i seg selv, gjør at aktørene må omstille seg til å tenke annerledes rundt samhandling og tilgjengelighet. Eksempelvis har Ahus forsøkt å reforhandle avtalen rundt utskrivningsklare pasienter med kommunene i sitt opptaksområde. Det at man har forenklet måten å samhandle på ved å innføre elektroniske meldinger og samtidig gjort systemet svært brukervennlige skaper økende forventninger rundt tilgjengelighet for samhandling. Innføringen av elektroniske meldinger kan sies å ha skapt et ønske om å endre de strukturelle rammene for samhandling, men dette ønsket har per nå ikke ledet frem. Et annet eksempel på økende tilgjengelighet er at de elektroniske meldingene har økt behovet for å følge med kontinuerlig. På bestillerkontoret i kommunen behandler de ikke pasienter, men har en mer saksbehandlingspreget stilling. Dette er ikke tilfellet på sykehuset, hvor sykepleierne i tillegg til den elektroniske dialogen behandler pasienter. Ahus mente at det ble for mye ansvar for den enkelte sykepleier å følge opp meldingsdialogen og la derfor den reelle samhandlingen opp mot kommunene til en intern enhet. Dette kan sees på som endring i de strukturelle rammene for samhandling, som følge av at de elektroniske meldingene har endret hvem som er samhandlere i den elektroniske dialogen.

Tidligere opplevde aktørene at det var en del uenigheter knyttet til hvem som hadde sagt og gjort hva. Innføringen av elektroniske meldinger har vært bidragsytende til å skape mindre konflikt rundt områder det tidligere var en del. De elektroniske meldingene kan ha gitt en klarere struktur til informasjonsutvekslingen. Før innføringen av e-meldinger ble mye informasjon ikke ble dokumentert eller rapportert. Nå står alt som er sagt og kommunisert mellom de forskjellige aktørene svart på hvit. Dette kan gi høyere kvalitet på det medisinskfaglige innholdet, siden aktørene blir mer bevisst på hva de skriver i meldingene. Informantene opplever å få raskere informasjon enn tidligere og at kvaliteten på informasjonen har økt. Dette strider mot tidligere forskning, som skriver at kvaliteten i de elektroniske meldingene ikke nødvendigvis har blitt bedre, bare lengre (se kapittel 3.5.1).

En direkte effekt av de elektroniske meldingene er at organisasjonene har blitt mer effektive enn tidligere. Dette opplever aktørene som utelukkende positivt, ved at de elektroniske meldingene gjør at de kan svare når de har tid og bidrar til lettere samhandling med andre aktører i sektoren. Hvis en legger det instrumentelle perspektivet til grunn har

staten nådd målsetningen om å effektivisere behandlingstiden og gjøre overgangen mellom nivåene enklere etter at de elektroniske meldingene ble innført. De elektroniske meldingene kan derfor sies å ha endret strukturen for samhandling ved å ha gjort det lettere å nå samhandlende aktører, forenklet prosessen med å formidle informasjon og satt en lavterskel for informasjonsutveksling.

Et annet sentralt funn var at aktørene stadig nevnte at de elektroniske meldingene har gjort det enklere å strukturere hvilke oppgaver som er forbeholdt dem og hvilke som er forbeholdt andre. De elektroniske meldingene har gjort det lettere å følge opp og gir større oversikt. Dette styrker bevisstheten rundt hva som er deres og andres oppgave. Aktørene mener fremdeles at sykehuset og kommunen ikke er likeverdige aktører og at de elektroniske meldingene har gjort dette tydeligere. Grunnen til det er at sykehuset kommer med innblandinger i de kommunale tjenester og at pasienter tenderer til å legge mer vekt på det legene på sykehuset sier enn det som blir sagt i kommunehelsetjenesten. Dette kan ha sin bakgrunn i de strukturelle rammene, hvor sykehuset alltid har vært på et høyere forvaltningsnivå enn primærhelsetjenesten. Helsesektoren er organisert etter formålsprinsippet, som vektlegger skillelinjer mellom aktørene (Christensen et al. 2010). Disse skillelinjene kan virke å ha blitt tydeligere med de elektroniske meldingene, siden aktørene tenderer til å nevne at de elektroniske meldingene gir dem større oversikt over oppgavefordelingen.

Elektroniske meldinger har gitt en lavterskel for informasjonsutveksling. Informantene forteller at de kan svare på e-meldinger når det passer dem. Dette gjør det enklere å planlegge og strukturere dagen. Samtidig som det gir tid til å gjøre andre arbeidsoppgaver. Tidsfristene som er fremforhandlet mellom Ahus og kommunene skaper gode rammer for samhandling. De forteller at de elektroniske meldingene gjør det lett å følge med på om tidsfrister er overholdt og hvem som har det reelle ansvaret. En fra kommunen forteller at sykehuset ofte regner feil på fakturaene sine og at det derfor er godt å ha noe håndfast å vise til. De elektroniske meldingene har gjort dokumenteringen av informasjon bedre. Tidligere opplevde kommunene at det bare var de som dokumenterte. Dette har endret seg med de elektroniske meldingene som har forandret de strukturelle rammene for samhandling, ved at alt må dokumenteres skriftlig.

Endring til elektroniske meldinger er et resultat av en bevisst handling hos organisasjonene. De handler formålsrasjonelt, ettersom de ønsker å høste fordelene i samhandlingen med hverandre. For organisasjonen sin del inneholder dette effektivitet,

rapportering og dokumentasjon. Det er viktig for dem å unngå tvister/straff for ikke å ta imot pasienter i tide. For organisasjonen er det viktig at ting er nøye dokumentert, men det er fremdeles utfordringer knyttet til kvaliteten og språket i de elektroniske meldingene. Dette kan ha sin bakgrunn i de strukturelle rammene, som gjør at sykehuset og kommunen vektlegger forskjellige aspekter ved pasienten som viktig. De har også en ulik rolle for folkehelsen, noe som gir dem et ulikt fokus i meldingene. Likevel synes aktørene at de elektroniske meldingene er bedre enn tidligere papirrutiner. Aktørene synes de elektroniske meldingene er tilfredsstillende. De problemene hver organisasjon står overfor kan være komplekse, noe som gjør at den enkelte velger handlingsalternativer som gir middels måloppnåelse. De elektroniske meldingene har fremdeles en vei å gå før de har nådd sitt fulle potensiale, men dagens løsning anses som bedre enn hva som var tilfelle tidligere.

5.3.2 En kulturell analyse av effektene

Ut fra et kulturelt perspektiv ønsker jeg å undersøke om erfaringene kommunehelsetjenesten og sykehuset har av de elektroniske meldingene kan forklares ut fra kulturelle trekk. Organisasjonsmedlemmene er positive til overgangen fra faks til elektroniske meldinger, og sier de elektroniske meldingene i stor grad har forbedret samhandlingen mellom nivåene. I lys av et kulturelt perspektiv kan positivitet overfor endringer forklares ut fra at "det nye", refereres til de elektroniske meldingene, har samsvar med de uformelle normene og verdiene i organisasjonen (Christensen et al. 2010). Funnene fra intervjuene tyder likevel på at det var noe motstand i hver enhet, noe som kan gi indikasjoner på at det var et visst kulturelt brudd. Selv om majoriteten synes overgangen til elektroniske meldinger var en utelukkende positiv handling, kan noe motstand ha vært en indikasjon på at det kulturelt sett enda var for tidlig. I lys av et kulturelt perspektiv er det viktig at endringene som skjer er i tråd med rådende organisasjonskultur (Christensen et al. 2010). Informantene forteller at de elektroniske meldingene ikke var særlig annerledes enn tidligere praksis og at dette var positivt for hvordan endringen ble iverksatt i organisasjonen.

En effekt av de elektroniske meldingene var at ulikhetene i informasjonsformidlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ble tydeligere. Informantene var fremdeles ikke fornøyd med informasjonen de fikk hos den samhandlende aktør, spesielt negative var de i kommunehelsetjenesten. Dette kan forklares i lys av passenhetslogikk og sti-avhengighet. Passenhetslogikk kan gjøre seg gjeldende ved at sykehuset skriver det de anser som passende angående pasienter og kommunehelsetjenesten gjør tilsvarende. Hva aktørene anser som

passende rundt pasienter kan ha sin bakgrunn i deres rolle for folkehelsen. Sykehuset har en mer spesialisert rolle knyttet til diagnose og behandling, mens kommunens rolle er begrenset til lindring og tilrettelegging i brukerens daglige liv. Dette medfører at det de skriver i meldingene vil være et resultat av hvilke uformelle normer og verdier for informasjonsdeling som gjør seg gjeldende hos de to aktørene.

En annen effekt av de elektroniske meldingene er det forskjellige språket som blir anvendt i meldingene. Respondentene forteller at sykehuset har et mer medisinskfaglig språk og at dette tidvis blir ansett som utfordrende. Dette kan søke forklaring i hva aktørene har vært vant med, altså de historiske linjene (Krasner 1988). Selv om enhetene har gått over til elektroniske meldinger vil ikke dette innebære at det anses som passende å endre innholdet med det samme. Uformelle normer og verdier for språk og innhold kan ha utviklet seg over lang tid i institusjonene og inngrodde vaner kan være vanskelige å vende. Den historiske utviklingen vil legge bindinger på utbyttet av de elektroniske meldingene, både når det gjelder forekomst og innhold. Informantene vektlegger også at ulike målsetninger knyttet til pasienten var vanskelig for samhandlingen. Ulike målsetninger vil skape rom for uformelle verdier og holdninger som vil varierer på tvers av institusjonene og gjøre målet om best mulig utnyttelse av elektroniske meldinger desto vanskeligere. Blant annet kan dette skape ulike prioriteringshensyn i den elektroniske dialogen.

En direkte effekt av de elektroniske meldingene er fravær av fysisk kontakt. Informantene som har vært vant med å ha samhandlingsmøter og være på besøk hos hverandre syntes dette var negativt. På sikt kan dette være ødeleggende for å skape en felles samhandlingskultur, hvorav aktørene kan utvikle felles uformelle normer og verdier og lære av hverandres handlemåter. Det kan i lys av det kulturelle perspektivet tenkes at ytterligere avstand mellom nivåene vil gjøre de to aktørene mer forskjellige fra hverandre og at denne forskjellen vil bli større på sikt. Denne utviklingen kan også undergrave målet om å oppnå likeverdighet og forståelse for hva den andre aktøren behøver av informasjon og utvikle sykehuset og kommunen, og de forskjellige kommunene, i forskjellige retninger. Likevel forteller informantintervjuene at de gradvis har fått større forståelse for den samhandlende aktør, men at dette ikke betyr det samme som at informasjonen de ønsker formidles

De elektroniske meldingene har imidlertid gjort ulikhetene mellom nivåene klarere. Tidligere var det ikke vanlig å dokumentere i like stor grad som etter innføringen av elektroniske meldinger. Skriftlig dokumentasjon har gjort det lettere å se ulikhetene mellom dem. Blant annet forteller kommunene at sykehuset har en uheldig tendens til å anbefale

kommunale tjenester for pasienter i den elektroniske meldingsdialogen. Dette anser kommunene som ikke passende, i tråd med March og Olsen (1989) teori om passende atferd. Det blir fortalt om hendelser hvor det oppstår diskusjoner og sur tone i meldingene, noe alle aktører mener ikke passer inn i en elektronisk dialog. Dette blir ansett som en innblanding i kommunens anliggende og ikke i tråd med de uformelle normene og verdiene i organisasjonene. Informantene fra sykehuset fortalte at de arbeidet med å få de ansatte til å beskrive funksjon fremfor å bestille tjenester, noe de anså som vanskelig å få til. Dette kan i lys av det kulturelle perspektivet bli sett på som at det som er passende på sykehuset, ikke alltid oppleves som passende i kommunene.

Kommunens irritasjon over sykehusets innblanding i kommunale tjenester kan også forklares ut fra Krasner sti-avhengighet (1988). Den lokale selvråderetten har alltid stått sentralt i kommunen og når sykehuset ønsker å bestemme noe som er kommunen sitt ansvar kan det oppstå motstand. Aktørene virker å føle det som et personlig tap dersom de lar sykehuset bestemme dette for dem. I organisasjonens formative år erverves visse verdier, som er vanskelig å endre (Christensen et al. 2010). Å ivareta det lokale kan sees på som en viktig sak for kommunen. Det oppstår fort en "vi" og "dere" kultur, noe som fremmer konkurranse fremfor samarbeid. Dette kan funnene i denne studien underbygge.

En annen sentral utfordring er at tidligere papirutiner blir opprettholdt i tillegg til den elektroniske meldingsdialogen. Noe av formålet med elektroniske meldinger forsvinner hvis man fremdeles opprettholder tidligere rutiner. Hva kan så årsaken til dette være? Mange er kanskje redd for å gi slipp på det som var for det nye som har kommet. Selv om "det nye" passer inn i den rådende organisasjonen, kan det være en trygghetsfølelse og ikke slippe helt taket på det gamle. En av informantene sier at de gjør det for ordens skyld, i tilfelle det elektroniske systemet skal gå ned. Matching av identitet og situasjon kan i denne situasjonen var relevant. Personer identifiseres seg fremdeles sterkest med den gamle måten å oppbevare informasjon og kommunisere på. En ønsker således ikke å gi slipp, men ha en roligere tilpasning til det nye enn å kaste det gamle ut. Dette stemmer overens med det kulturelle perspektivets tanke om at man skal ha en inkrementell tilnærming til det nye (Christensen et al. 2010).

- Overgangen fra faks til elektroniske meldinger møtte positive reaksjoner, fordi det samsvarte med eksisterende organisasjonskultur.
- Noe misnøye kan indikere at det var et visst kulturelt brudd.

- Kommunens følelse av sykehusets innblanding i pasientens kommunale tilbud blir ansett som ikke passende og møter derfor en del misnøye.
- Forskjellig utviklingsvei har gjort elektronisk meldingsutveksling vanskeligere.

5.3.3 Instrumentalitet og møte med kultur

Mens det instrumentelle perspektivet vektlegger formelle normer og verdier, vektlegger det kulturelle perspektivet de uformelle normene og verdiene. I et kulturelt perspektiv er det vanskelig for staten å gripe inn for å endre eksisterende tradisjoner og sti-avhengighet. Tar man det instrumentelle perspektivets ståsted antas det at instrumentell handling i sterkere grad kan påvirke uformelle normer og verdier. Det innebærer blant annet at organisasjonskulturen i mindre grad blir preget av organisasjonsmedlemmene og i større grad av samhandling innad i organisasjonen med den formelle strukturen som viktigste rammeverk (Christensen et al. 2010). Hvordan kan dette anvendes i denne casen, basert på erfaringene sykehuset og kommunen har vedrørende overgangen fra faks til elektroniske meldinger?

Siden innføringen av elektroniske meldinger, til en viss grad krevde endringer i strukturelle forhold slik som tydeligere ansvarsfordeling virker informantene å ha fått et større fokus på samhandling, oppfølging og dokumentering. Forskrifter og lover som kom før den allmenne innføringen av elektroniske meldinger kan ha hatt til hensikt å underbygge visse uformelle verdier og normer i organisasjonen. Aktørene var særlig opptatt av hvilke roller og oppgaver som var deres og hvilke som var tiltenkt andre aktører. De var også opptatt av at elektroniske meldinger har gjort kommunikasjonen enklere, noe som ble ansett som en nødvendighet med stadig strammere tidsfrister og rammeverk for samhandling. Disse forskriftene og lovene kan også bli sett på som et skritt for staten i å underbygge den hierarkiske styringen og forsikre seg at aktørene vet hvem de jobber for og hva de jobber mot. Lover, forskrifter, prosjekter, reformer og helseplaner kan således sees på som midler staten brukte indirekte for å påvirke kulturen. Dette kan ha bygget opp under de viktige normene og verdiene for samfunnet og influert organisasjonen med visse uformelle verdier og normer som skal ha prioritert. Staten har myndighet til å styre sterkere enn det de har gjort, noe som gir støtte til antagelsen om at staten har ønsket å influere kulturen indirekte. Hvordan kan en si at strukturelle forhold har gitt opphav til kulturelle endringer?

Strukturelle endringer kan føre til kulturelle endringer. Informantene forventer å få informasjonen tidligere. Dette gjelder begge aktørene i samspillet. Grunnen til dette er i følge informantene at den elektroniske meldingsutvekslingen skaper en forventning om

tilgjengelighet og at aktøren skal svare umiddelbart. Det at beskjeder kan spres raskere enn tidligere, gir informantene økte forventinger til at informasjonen skal foreligge så tidlig som mulig. Kommunene på sin side er opptatt av å følge opp egne innbyggere, fordi de vil unngå økonomiske sanksjoner og forhindre å bryte samarbeidsavtalen de har forhandlet frem. Begge aktørene har blitt avhengig av at det går raskt i alle ledd i samhandlingskjeden, slik at statens målsetninger nåes. Elektroniske meldinger har ført til raskere dialog og bedre samhandling. Endringer i strukturelle rammer for samhandling har ført til endringer i de kulturelle holdningene.

Ut fra et instrumentelt syn kan de økonomiske incentivene bli sett på som et viktig bidrag mot å nå den sentrale målsetning om at elektroniske meldingsutveksling skal være den normale måten å kommunisere på. Det er dette staten har arbeidet for i mange år og med de nye forskriftene og samarbeidsavtalene begynner informantene å se nytteverdien av elektroniske meldinger. Informantene er opptatt av at de ønsker informasjon tidligst mulig og at den bør komme med en gang motparten vet noe. Det har også blitt et stort fokus på type informasjon man ønsker. Det er viktig at informasjonen til kommunen er i samsvar med kortere tidsfrister og raskere utskrivning av pasienter. Samtidig er det viktig at informasjonen fra sykehuset er så presis og konkret som mulig, slik at pasienten får riktige kommunale tjenester. Elektroniske meldinger har satt økende krav til informasjonsutvekslingen mellom aktørene, ved at de er avhengig av å levere riktig og presis informasjon i samhandlingen med hverandre. Dette kan føre til at det blir en mest mulig sømløs interaksjon mellom kommunen og sykehuset. Tidligere opplevde kommunene at det var vanskelig å nå igjennom til riktig person på sykehuset og at dette skapte mye unødvendig irritasjon. Elektroniske meldinger har endret holdningen til dette. Nå er det ingen sak å nå riktig person, så sant meldingen er adressert riktig.

Hva som anses som passende måte å formulere seg på har også endret seg. For det første har det bygget seg opp en forventning til at innholdet i meldingene holder høy kvalitet i form av utfyllende og grundig informasjon om pasientens funksjonsnivå. En annen kulturell endring som identifiseres er at det har blitt en økende bevissthet rundt tidlig planlegging og samhandling. De elektroniske meldingene har gjort det enklere å samhandle rundt pasienter, noe alle informantene anser som viktig verktøy i den "nye" samhandlingen. Det elektroniske meldingssystemet letter denne overgangen noe og er et system som virker å høste stor kredibilitet hos aktørene. Alle informantene virker å være komfortable med overgangen til elektroniske meldinger, og anser endringen som passende for organisasjonen.

Fra et instrumentelt perspektiv har de strukturelle endringer forandret holdningene til aktørene i noen grad. Det har blitt viktigere for dem å utveksle informasjon tidlig, følge opp pasienter og ha mer tett elektronisk oppfølging. Dette er et uttrykk om at man tilpasser seg den nye virkeligheten. Det å dokumentere behandling og tiltak har blitt en viktig del av kulturen, fordi alle ønsker å ha opplysninger dokumentert. Det å ikke dokumentere blir oppfattet som en manglende gjennomføring av arbeidsoppgaver, noe som derimot var vanlig praksis før. Elektroniske meldinger har også blitt et effektivt verktøy for å avverge konflikt på områder det tidligere har oppstått gnisninger på. Det at staten samtidig har lagt opp til klarere arbeidsdeling mellom nivåene har fremmet denne utviklingen (les mer under 3.3-3.4) og gitt rom for endrende holdninger og verdier hos enhetene. Innføringen av elektroniske meldinger har endret hva aktørene anser som passende atferd i samhandlingen med andre aktørene.

6 Konklusjon

6.1 Avslutning

Målsetningen med oppgaven har vært å få en større forståelse av prosessen med innføring av elektronisk samhandling i sektoren og vise subjektive erfaringer med elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger fra bestillerkontoret i kommunen og på Ahus. I oppgaven har jeg beskrevet og forklart hvordan prosessen med elektronisk samhandling mellom offentlige institusjoner har utviklet seg fra 1997 til i dag, og satt fokus på erfaringer kommunen og sykehus har hatt med elektroniske meldinger. Jeg har i arbeidet med denne studien identifisert strukturelle og kulturelle kjennetegn på prosessen med elektronisk samhandling og med de elektroniske meldingene som vil bli kort oppsummert i dette kapittelet.

Proessen med elektronisk samhandling var i begynnelsen (1997-2012) preget av selvstendighet og individuelle valg. Det var lenge opp til den enkelte aktør å ta i bruk elektroniske løsninger. Først med innføringen av lover og forskrifter i forbindelse med Samhandlingsreformen ble det forpliktende for alle kommuner og sykehus å inngå lokale samarbeidsavtaler, hvor elektronisk samhandling fikk en sentral plass. Helsedirektoratet hadde i lang tid hatt ansvaret for å innføre elektronisk samhandling i helsesektoren, men i 2012 tok Norsk Helsenett over denne oppfølgingen. Ansvaret for å innføre elektroniske løsninger ble således desentralisert til en lavere beslutningsinstans. I 2008 ble det stilt krav om IKT kollaborasjon, men de sene formelle kravene hadde allerede ført til mange enkeltstående IKT løsninger. Informantene fra Ahus forteller at det var vanskelig å få alle IKT systemene til å snakke sammen og at det var et komplisert landskap å forholde seg til med forskjellige utfordringer i de ulike fagsystemene. Strukturen til helsesektoren kan derfor sies å ha hindret en koordinert utvikling av elektroniske løsninger. Det store antallet selvstendige aktører har gjort det vanskelig for staten å styre utviklingen i ønsket retning uten å ta i bruk sterke virkemidler.

Siden kommunehelsetjenesten og sykehuset har forskjellig styringslinjer, eierskap og overordnet ledelse har det vært vanskelig å få til bruk av, og enhetlig nasjonal praksis på, elektroniske kommunikasjon. Informasjonen fra intervjuene med informantene underbygger at staten tidlig stilte krav om bruk av elektroniske løsninger på sykehusene, men ikke stilte tilsvarende krav til kommunene. Intervjuene på Ahus tyder på at statens krav til sykehusene om å ta i bruk elektroniske løsninger tidvis har vært vanskelig å gjennomføre fordi Helsedirektoratet har vært fraværende i prosessen og lagt alt ansvar på sykehusnivå. Full

utnyttelse av potensialet med elektroniske samhandling vil ikke oppnås før alle aktører i helsesektoren har innført elektroniske løsninger, noe som gjorde at sykehusene innledningsvis brukte både elektroniske løsninger og papir. Denne strukturen i helsetjenesten, med forskjellig eierskap av kommunehelsetjenesten og sykehuset, har gjort at utviklingen har vært forskjellig og har vært en barriere for rask innføring av elektroniske løsninger. Denne strukturelle forskjellen kan være en av forklaringene for hvorfor det har tatt lang tid å innføre elektronisk samhandling i helsesektoren.

Den enkelte kommune har hatt stor individuell frihet til å utvikle egne elektroniske løsninger, noe som har vært en hindring for elektronisk samhandling også mellom kommunene. Samtidig kan kommunens frihet, til å tilpasse de elektroniske løsningene til lokale behov, ha vært med å skape økt legitimitet og støtte for bruk av elektronisk dialog. Staten undergravde således den hierarkiske styringen ved at det var opp til den enkelte aktør å finne passende IKT løsninger. Overgangen fra papirbasert- til elektronisk samhandling tok til tross for lokal frihet lengre tid enn staten hadde estimert, noe som kan være årsaken til at frivillighet etterhvert ble byttet ut med lover og krav til effektivitet, tidsfrister og presisjonsnivå. De lov- og forskriftskrav til bl.a. effektivitet som kom ved innføringen av Samhandlingsreformen (2012) endret betingelsene og de strukturelle rammene for samhandling mellom aktørene. Fordelingen av ansvar ble klarere og organisasjonene så overgangen til elektroniske løsninger som en formålsrasjonell handling i møte med omgivelsene og de nye kravene. Informantene fra kommunene understreket nettopp at økende tidspress og krav gjorde at de måtte gå over til elektroniske løsninger for å overholde tidsfrister og ha oversikt over egne pasienter. Funnene i denne undersøkelsen tyder på at staten så seg nødt til å endre forutsetningene for samhandling for å gjøre kommunehelsetjenesten og sykehuset mer effektive i innføringen av elektroniske løsninger. Statens bruk av endringer av de strukturelle rammene for å oppnå økt effektivitet i organisasjonene, samsvarer med styringsverktøyene som det instrumentelle perspektiv beskriver.

Et annet funn i denne undersøkelsen har vært at den tydeligere ansvars- og rollefordeling som kom i forbindelse med Lov om folkehelsearbeid (2011) og Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten (2011), medvirket til å gjøre bruken av elektroniske løsninger mer attraktivt for kommunene. Staten forsøkte å gjøre sykehuset og kommunen mer likeverdige i helsearbeidet ved å overføre mer ansvar til kommunene og gi kommunene økonomiske

incentiver til aktivt å forebygge helseskader som kan føre til sykehusinnleggelse. Funnene i mine studier tyder på at aktørene likevel fremdeles er et godt stykke unna å være likeverdige i samhandlingen, og at respondentene i kommunen opplever at verken sykehusene eller innbyggerne anser kommunene som like kompetente som spesialisthelsetjenesten. Dette indikerer at den ovennevnte endring i de strukturelle forholdene knyttet til likeverdighet ikke var den avgjørende faktor for at enhetene innførte elektroniske løsninger. Det som derimot synes å ha hatt betydelig innvirkning er de økonomiske incentivene for samhandling.

Før innføringen straff/belønning i betalingsforskriften var det ingen økonomiske incentiver knyttet til samhandling mellom enhetene ved overføring av utskrivningsklare pasienter. Kommunene forteller at den økonomiske effekten av betalingsforskriften var en betydelig faktor for innføringen av elektroniske løsninger. Dette mener også informantene på sykehuset, som forteller at det forskriftsmessige nå faktisk synes å ha blitt viktigere enn gode pasientforløp. Uttalelsene understøtter at innføringen av systemet med straff og belønning i betalingsforskriften var den viktigste strukturelle endring i sektoren for at aktørene skulle ta i bruk elektronisk samhandling.

Funnene i denne masteroppgaven tyder på at det kulturelle perspektivet også har forklaringskraft knyttet til hvorfor prosessen med å innføre elektronisk samhandling i helsesektoren har tatt lang tid. Sykehusenes tradisjonelle nærhet til statlige føringer og krav medførte at det på sykehusene utviklet seg holdninger og verdier hvor rask innføring av ikke bare statlige pålegg, men også statlige føringer, står sterkt. I kommunehelsetjenesten har derimot selvråderetten stått sterkt, noe som har skapt normer og verdier om vern av de uformelle lokaltilpassede løsningene fremfor å etterkomme nasjonale planer. Statens bruk av myke virkemidler innledningsvis medførte at sykehuset så det som naturlig å begynne å arbeide mot elektronisk samhandling, mens kommunen forholdt seg avventende til de statlige anbefalingene, ønsker og målsetninger. Når de kommunale aktørene i denne studien likevel har tatt i bruk elektroniske løsninger kan dette ha sin forklaring i at de sene formelle krav fra staten tillot kommunehelsetjenesten å utvikle egne uformelle normer og verdier om at elektroniske samhandling var effektivt og bra. Når de strukturelle endringene kom var dette egentlig bare en gjennomføring eller materialisering av en allerede gjennomført kulturell endring. I tråd med et kulturelt perspektiv vil ikke de strukturelle endringene som staten etterhvert innførte fått effekt dersom endringene ikke hadde samsvart med allerede eksisterende normene og verdiene. Lite motstand mot elektroniske løsninger kan derfor indikere at aktørene ønsket å gå over til elektronisk samhandling da de statlige kravene kom.

Det er imidlertid slik at kulturelle normer og verdier kan variere på tvers av institusjoner og det finnes kommuner som tok i bruk elektroniske løsninger like tidlig som sykehusene.

Problemstilling 2 kan også søkes forklart i det teoretiske rammeverket for denne oppgaven. I utgangspunktet er innføringen av elektroniske meldinger i et instrumentelt perspektiv bare en funksjon for å møte de statlige kravene om effektivitet, ressursbesparelser og strengere tidskrav. Selv om tilbakemeldingen fra kommunene og Ahus er at de opplever elektroniske meldingene som nyttige, ressursbesparende, oversiktlige og brukervennlige, viser de konkrete erfaringene at løsningen ikke nødvendigvis er optimalisert og at brukeropplevelsen varierer.

En viktig funksjon ved den elektroniske samhandlingen er bruk av elektroniske meldinger. De elektroniske meldingene er imidlertid ikke standardisert, noe aktørene sier bl.a. kommer til uttrykk ved at det benyttes ulike varianter av de samme meldingene. Aktørene forteller at manglende standardisering gjør at forskjellene mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kommer tydeligere til uttrykk. Ved bruken av meldingene vektlegger de forskjellige aktørene sin rolle i folkehelsen, hvor sykehuset tenderer til å vektlegge diagnose og kommunen i større grad omsorg. Forskjellen har sin forklaring i de strukturelle rammene hvor aktørene har forskjellige oppgaver i folkehelsen.

Betydningen av forskjellene i aktørenes målsetning ved bruken av elektroniske meldinger er også et sentralt funn. Informantene fra sykehuset sier at deres målsetning er å sende pasienter raskest mulig til kommunehelsetjenesten. For kommunen er det imidlertid viktig at de har passende tilbud for pasienten kommunalt og at de mottar nok informasjon til å foreta riktig vurdering. Denne forskjellen medfører at informasjonen fra sykehuset i meldingen tidvis ikke samsvarer med det kommunene opplever eller har behov for når pasienten kommer til dem.

Innføringen av elektronisk meldinger har dermed ikke løst grunnutfordringen med overføring av riktig og nødvendig informasjon om pasientene. Respondentene fremholder at en standardisering av meldingene ville forbedret kommunikasjonen og minsket behovet for oppfølging i informasjonsinnhenting ved telefoniske henvendelser.

Et annet sentralt funn er at de elektroniske meldingene fører til fravær av fysisk kontakt mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset. Effektivitetskrav og tidspress fører til at kommunen ikke lengre rekker å reise på vurderingsbesøk, noe som har gjort elektroniske meldinger til den eneste formelle kontakten mellom aktørene. En effekt av samhandlingsreformen og strukturen med bruk av elektroniske meldinger er dermed færre

møtepunkter og mindre samhandling mellom aktørene på alt annet enn elektronisk kommunikasjon, som igjen kan medføre ulik handlingsmønster og forståelse av samhandling. De elektroniske meldingene synliggjør ikke bare ulikhetene mellom aktørene, men meldingene er også med å øke avstanden mellom sykehuset og kommunen.

Uavhengig av de ovennevnte utfordringer uttrykker aktørene at de opplever at overgangen til elektroniske meldinger gjør at pasientinformasjon dokumenteres i større grad enn tidligere og at meldingene har tydeliggjort forskjellene mellom nivåene. Der det tidligere var vanlig praksis at informasjonen ble utvekslet på telefon og ikke dokumentert i etter tid vil meldingene i dag lagres og kan brukes som dokumentasjon og grunnlag for forbedringer. Dokumenteringen av kommunikasjonen har også bedret samhandlingen ved at konflikter om hvem som har ansvaret for feil i kommunikasjonen er fjernet. Kommunene opplevde tidligere at de dokumenterte pasientforhold i større grad enn sykehusene og at det fort ble ord mot ord dersom det oppstod uenighet rundt pasienter.

Elektroniske meldinger har ikke ført med seg fundamentale strukturelle endringer i forhold til hvem som samhandler og hvilken vei informasjonen går. Kommunikasjonen var allerede godt etablert gjennom de tidligere A- og B skjemaene og aktørene er de samme. Innføringen av elektroniske meldinger, kan likevel beskrives som en strukturell endring fordi bruken av meldingene har endret aktørenes måte å tenke og samhandle på i forhold til kommunikasjon.

Ved at staten har endret de strukturelle rammene har også de kulturelle verdiene og normene i kommunene og på sykehuset endret seg ved at informantene nå forventer mer, bedre og raskere informasjon enn tidligere fra de øvrige aktørene. Innføringen av elektronisk meldinger kan dermed ha endret måten informantene tenker rundt å utrette noe i fellesskap, men muligens mest ved økt forventning til de andre aktørene og ikke like mye ved økt egen innsats ved samhandlingen.

I lys av et kulturelt perspektiv passer de elektroniske meldingene godt med den eksisterende organisasjonskulturen og det er også derfor innføringen av disse ble møtt med begrenset motstand. Likevel betyr noe motstand at det kan være et kulturelt brudd. Studien viser at det var ulikheter i hva informantene mente var nødvendig å skrive i de elektroniske meldingene, noe som kan forklares ut fra at de har ulike historiske linjer, hvilket har utviklet forskjellige uformelle normer og verdier knyttet til hvilken informasjon en skal skrive. Det andre som ble funnet var at sykehuset tenderte til å bestille tjenester i stede for å beskrive funksjon, noe kommunene anså som ikke passende. Kulturelle verdier om selvråderett og en

vi og dere kultur har gjort at aktørene tenker mer på seg selv enn i helhetlige samhandlingskjeder. Forskjellig historisk utgangspunkt og ulike kulturer fører til at aktørene vektlegger forskjellige aspekter i pasientforståelsen og at det dermed ødelegger den gode samhandlingen i de elektroniske meldingene.

Formatet for samhandling mellom kommunen og sykehuset er endret. Likevel kan man i lys av det kulturelle perspektivet forstå at selv om formatet er endret, kan det ta lang tid før innholdet i meldingene forandres. Dette har å gjøre med at inngrodde vaner og ulik vektlegging er vanskelige å vende. Det ble også funnet ut at kommunene opplever at sykehuset i for stor grad blander seg inn i de kommunale tjenestene. Kommunen oppfatter dette som ikke passende, mens sykehuset bare forsøker å hjelpe til. Det som sømmer seg hos kommunen, behøver ikke gjøre det på sykehuset.

Litteraturliste

- Aanestad, M. (2010). 'IKT for bedre samhandling, løsninger eller problem?' I Aanestad, M. og I. Olaussen (red 2010). *IKT og samhandling i helsesektoren. Digitale lappetepper eller sømløs integrasjon*. Oslo: Tapir akademiske forlag.
- Aberbach, J. og B. Rockman (2002). 'Conducting and coding elite interviews', *political science and politics* 35 (4): 673-676
- Almendingen, B. (2014). 'Eksplisiv økning av helsemeldinger på nett', *artikkel i kommunal rapport* 04.juni.
- Andersen, S. (2006). 'Aktiv informantintervjuing', *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* 22 (3): 278-298
- Blindheim, B. og K. Røvik (2011). 'Ledelse og bedrifters samfunnsansvar' i O. Ottesen (red 2011) *ledelse : Å bruke teori i praksis*. Redigert av O.Ottesen. Oslo: Høyskoleforlaget.
- Botn, A. og H. Christensen (2014). *Elektronisk meldingsutveksling- et bidrag til å oppfylle Samhandlingsreformens intensjoner om helhetlige, sømløse, koordinerte og trygge tjenester*. Masteroppgave i Helse- og idrettsvitenskap, Universitet i Agder.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H., Lægreid, P., og Paul Roness (2010a). *Forvaltning og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Lægreid, P., Roness, P., og K. Røvik (2010). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget
- Christensen, T. og P. Lægreid (2003). 'Coping with Complex Leadership Roles: the Problematic Redefinition of Government-owned Enterprises', *Offentlig administrasjon* 81 (4): 803-831.
- Christensen, T. (1994). *Politisk styring og faglig uavhengighet. Reorganisering i den sentrale helseforvaltningen*. Oslo: Universitetsforlaget
- Egeberg, M. (1984). *Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet*. Oslo: Aschehoug/Tanum-Norli
- Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (2011), fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 18.november 2011 med hjemmel i lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m §§ 11-3 og 11-4 tredje ledd.

- Gerring, J. (2007). *Case study research: Principles and Practices*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagen, G. (2008). 'Nektes internett, må ta taxi', *kronikk i Dagens næringsliv*, 23. september.
- Hagen, T. og R. Sørensen (2001). *Kommunal organisering*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellesø, R. og H. Rostad (2013). 'Interaction Climate and Use of Information Systems in Discharge planning: Hospitals nurses' Perspectives', *Practical Aspect of Health Informatics 2013, Scotland: Edinburgh*
- Hellesø, R. og L. Melbye (2014). 'Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration', *International Journal of Medical Informatics* 83(5): 343- 353.
- Helsedirektoratet (2011). *Krav til elektronisk meldingsutveksling*. Versjon 1.0. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2012). *Sluttrapport Nasjonalt meldingsløft. Rapport IS:2016*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2011). *Veiviser: Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Samspill 2.0: Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov av 24.juni 2011 nr. 3 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (2011).
- King, G., Keohane, R. og S. Verba (1994). *Designing Social Inquiry: Scientific Inference in Qualitative Research*. Princeton: Princeton University Press.
- KITH (2011). *Anbefalinger til retningslinjer for Pleie- og omsorgsmeldinger*. KITH-rapport 06/08/2011. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsesektoren.
- KITH (2012). *Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger. Veiviser for helsepersonell og saksbehandlere*. KITH-rapport 06/08/2012, versjon 2.1. Trondheim: Kompetansesenter for IT i helsesektoren.
- Kommuneforlaget (2015). *Personlig korrespondanse e-post*, 20.01.15
- Krasner, S. (1988). 'Sovereignty. An institutional Perspective', *comparative political studies* 21 (1): 66-94.
- Kvale, S. (2008). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske.

- Larsen, H. og A. Offerdal (2000). "Political implications of the New Norwegian Local Government act of 1992", I Amnå, E. og S. Montin (red 2000) *Towards a New Concept of Local Self- Government?* Bergen: Fagbokforlaget.
- Lov om folkehelsearbeid. Lov av 24.juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid (2011).
- Lov om spesialisthelsetjeneste m.m. Lov av 01. januar 2001, spesialisthelsetjenesteloven (2001).
- Lundh, F. og I. Andersen (2010). 'IKT-Norge slakter datakaoset på sykehusene', *verdens gang* 24.februar.
- Lund, T. (2002). *Innføring i forskningsmetodologi*. Oslo: Unipub.
- Lyngstad M. , Melby L. , Grimsmo A. og R. Hellesø (2013). 'Toward Increased Patient Safety? Electronic Communication of Medication Information Between Nurses in Home Health Care and General Practitioners'. *Home Health Care Management and Practice* 25(5): 203–211
- March, J. (1994). *A Primer on Decision Making: How Decisions Happen*. New York: Free press.
- March, J. og J. Olsen (1989). *Rediscovering institution: The Organizational Basis of Politics*. New York: Free press.
- Melby, L., Hellesø, R. og T. Wibe (2010). 'Elektronisk utskrivningsrapport og informasjon til kommunehelsetjenesten', *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 130(10): 1037-1039.
- NOU 2005: 3. *Fra stykkevis til helt- en sammenhengende helsetjeneste*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- NOU 2002: 22. *Om oppgavefordeling mellom stat, region og kommune*. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Offerdal, A. (2005). *Politisk deltaking lokalt, bidrag for lokaldemokratikommisjonen*.
- Olsen, R. (2013). *Informasjonsutveksling mellom sykepleiere i hjemmesykepleie og sykehus ved overføring av eldre pasienter*. Doktoravhandling, Mittuniversitet i Sundsvall.
- Olsen, R., Østnor, B., Enmarker, I og Hellzen, O. (2013). 'Barriers to information exchange during older patient's transfers. Nurses experiences'. *Journal of clinical nursing*. 22(19-20): 2964-2973
- Opstad, L. (2006). *Økonomistyring i offentlig sektor*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Paulsen, B. og A. Grimsmo (2008). *God vilje- dårlig verktøy: om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. SINTEF rapport nr. A7877. Trondheim: SINTEF helse.

- Payne, S., Kerr, C., Hawker, S., Hardey, M. og J. Powell (2002). 'The communication of information about older people between health and social care practitioners'. *Age and ageing* 31 (2): 107-117.
- Peters, B. (2005). *Institutional Theory in political science: The "New" Institutionalism*. London: continuum.
- PLS Rambøll Management (2004). *Evaluering av tiltaksplanen "Si@!"*. Rapport mars, 2004. Århus: Rambøll Management
- PLS Rambøll Management (2006). *Midtveisevaulering av s@mspill 2007*.
- PricewaterhouseCoopers (2014). *Gode modeller for elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren*. FoU rapport til KS/Norsk Helsennett, mars 2014.
- PricewaterhouseCoopers og kommunens sentralforbund (2012). *Elektronisk meldingsutveksling i kommunene- kostnader og gevinster*. FoU-rapport 27. januar 2012.
- Riksrevisjonen (2008). *Riksrevisjonens undersøkelse av elektronisk informasjonsutveksling og tjenestetutvikling i offentlig sektor*. Dokument 3: 7, 2007-2008.
- Riksrevisjonen (2014). *Riksrevisjonen undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i Helse- og omsorgssektoren*. Dokument 3: 6, 2013-2014. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roness, P (1997). *Organisasjonsendringar: teoriar og strategiar for studiar av endringsprosessar*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rossen, E. (2014) 'Faks rår fortsatt innen helse', *publisert i digi*, 25.mars.
- Røvik, K. (2009). *Trender og translasjoner; ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, R. (2008). *Institutions and Organizations: Ideas and Interest*. Thousands Oaks: Sage.
- Selznick, P. (1997). *Lederskap*. Oslo: TANO Aschehoug.
- Simon, H. (1997). *Administrative Behavior*. New York: The Free Press
- Skarsgaard, S. Og M. Lyngstad (2011). *Elin-K prosjektet sluttrapport*. Rapport 21.mars 2011, versjon 1.0.
- Slagsvold, H. og K. Petersen (2012). *Meldingsutbredelse i kommunehelsetjenesten*. Kartleggingsrapport for prosjektet Kommunal utbredelse. Trondheim: Norsk Helsennett SF
- Slagsvold, H. og L. Guttormsen (2013). *Meldingsutbredelse i kommunehelsetjenesten*. Sluttrapport prosjektet Kommunal utbredelse. Trondheim: Norsk Helsennett SF.
- Sosial- og helsedepartementet (1996). *Mer helse for hver bIT. Handlingsplan 1997-2000*.

- Informasjonsteknologi for bedre helsetjeneste*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (2001). *Si@!/: elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren: statlig tiltaksplan 2001-2003*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet (2006). *S@mspill 2007: elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *IT i helsetjenesten. Innspill til Nasjonal helseplan*. Versjon 1.0 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spilker, R. (2015). 'Introduksjon til det norske helsevesen'. *MIGHEALTHNET*, 21.mai.
- Statistisk sentralbyrå (2000). *Standard for økonomiske regioner*. Rapport NOS C 616. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- St. meld. nr. 9 (2012-2013). *En innbygger- en journal. Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Svardal, M. (2013). *Samhandlingsreforma. Tidlege effektar på samarbeidet mellom lokalsjukehus og Bydelar i Oslo Kommune*. Masteroppgave i Statsvitenskap, Universitet i Oslo.
- Thelen, K. (1999). 'Historical institutionalism in comparative politics'. *Political Science* Volume (2): 369-404.
- Tunang-Nybekk, S. (2015). *Personlig korrespondanse med person e-post*, 21.januar 2015.
- Yin, R. (2003). *Case study research: design and methods*. California: Sage Publications.

Vedlegg

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i intervju som en del av en masteroppgave

Jeg er student ved masterstudiet i statsvitenskap på Universitet i Oslo og arbeider i disse dager med den avsluttende masteroppgaven. I den forbindelse driver jeg overordnet og ser på den elektroniske meldingsutvekslingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Undersøkelsen tar sikte på å belyse erfaringene kommune og sykehus har hatt i forhold til implementeringen av Pleie- og omsorgsmeldinger. Jeg ønsker å se på selve implementeringsfasen, utfordringer og gevinster sykehus og kommune har hatt i forhold til elektronisk meldingsutveksling, rådende organisasjonskultur, strukturelle rammer, opplevelse av deltakelse, samarbeid og kompetanse på egen enhet. Jeg er av den grunn interessert i å intervjuere personer som til daglig arbeider med elektronisk meldingsutveksling med kommune/sykehus.

Spørsmålene vil i all hovedsak dreie seg om dine erfaringer rundt samhandlingen med et annet forvaltningsnivå, selve implementeringsfasen (fikk dere eksempelvis være med i prosessen, skjedde implementeringen raskt eller var det en mer inkrementell prosess), hvilke utfordringer har dere hatt/har i samhandlingen, hvilke gevinster har dere hatt og hvilke incentiver har dere for samhandling. Med andre ord vil fokuset ligge på hvordan dere opplever praksisen med Pleie- og omsorgsmeldinger og selve implementeringen av disse. Fra deres avdeling ønsker jeg å komme i kontakt med 2-3 personer som har et særskilt ansvar for nettopp den elektroniske samhandlingen og har vært med gjennom hele prosessen. Intervjuene vil gjøres enkeltvis. Under intervjuene ønsker jeg å bruke båndopptaker og gjøre notater, men dette er opp til den enkelte person. Intervjuet vil ta et sted mellom 45-60 minutter, og vi avtaler tid og sted.

Det er helt frivillig å delta og man har til enhver tid mulighet til å trekke seg, uten å måtte oppgi nærmere begrunnelse for det. Dersom du ønsker å trekke deg vil alle innsamla data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil behandles konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil trekkes frem i den ferdige masteroppgaven. Opplysningene skal være anonymisert og opptakene vil slettes når oppgaven er ferdig, senest innen 31.mai 2015.

Dersom de lurer på noe er det bare å ringe meg på xx eller sende meg en e-post til xx. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Marte Rønningen

Vedlegg 2

Spørsmål til Bestillerkontor (BK)/Samhandlingsavdeling på Ahus

Bakgrunnsinformasjon:

- Kan du si noe om din involvering i Pleie- og omsorgsmeldinger?
- Hvor lenge har du jobbet i denne stillingen og helsevesenet generelt?
- Hva er dine vanlige arbeidsoppgaver i forbindelse med elektronisk meldingsutveksling med kommune/sykehus?

Innføringen av elektroniske meldinger:

- Kan du si noe om selve innføringsprosessen?
- Hva måtte dere gjøre av endringer?
- Hva måtte dere gjøre av forberedelser?
- Hva synes du om elektronisk meldingsutveksling så langt?

Utfordringer/gevinster

- Er det noe du skulle ønske var annerledes i forhold til elektronisk meldingsutveksling med sykehus/kommune?
- Hvilke utfordringer har dere hatt i forbindelse med den elektroniske samhandlingen?
- Hvilke fordeler opplever dere med å kommunisere elektronisk med Pleie- og omsorgsmeldinger?
- I hvor stor grad benyttes faks/taxi/telefon etter innføringen av Pleie- og omsorgsmeldinger?
- Hvordan oppleves kvaliteten og språket i de elektroniske meldingene? Er det noen forskjeller mellom sykehus/kommune, hvis ja, på hvilken måte?

Deskriptiv om samhandlingspraksis mellom kommune og sykehus

- Kan du beskrive den vanlige prosessen med elektronisk samhandling rundt en pasient?
- Har det skjedd endringer på arbeidsplassen før og etter Pleie- og omsorgsmeldinger ble innført? Hvis ja, hvilke endringer har skjedd?
- Opplevde dere motstand mot å innføre elektroniske løsninger?
- Opplever du at kommune og sykehus har ulike målsetninger i den elektroniske meldingsutvekslingen? Hvis ja, på hvilken måte?
- Opplever du sykehus som medspiller eller motspiller i utviklingen av elektronisk meldingsutveksling?
- Synes du Pleie- og omsorgsmeldinger fører til bedre samhandlingspraksis?

Strukturelle spørsmål

- Virker helsestrukturen hemmende eller fremmende på elektronisk samhandling?
- Hvilke faktorer var avgjørende for overgangen til elektroniske løsninger?
- Hvordan opplever du oppgavefordelingen rundt en pasient mellom dere og sykehus/kommune?
- Opplever du at det er likeverdighet mellom sykehus og kommune? Hvis ikke, på hvilken måte er det ikke likeverdighet?
- BK: kommunene har selvråderett, opplever dere at det fremdeles er rom for lokale tilpasninger? Hvis ja, på hvilken måte?