

Hvordan kan dokumentasjon i Gericca understøtte elektronisk samhandling mellom sykepleiere?



**Master of Information Technology
Sundhedsinformatik**

Efter- og Videreuddannelse
Aalborg Universitet
3. årgang 2006

Studenter:
Jelena Nikandrova
Heidi Danielsen
Bente Grythe

Veileder:
Helle S. Wentzer

FORORD

Denne prosjektrapporten er utarbeidet som avsluttende prosjektoppgave i forbindelse med studiet Master of Information Technology (MI) med spesialisering i Sundhedsinformatik, ved Aalborg Universitet i Danmark.

Temaet for tredje års prosjekt er informasjonsteknologi sett i et vitenskapelig perspektiv, hvor man skal fordype seg i et avgrenset område innenfor sundhedsinformatik.

I arbeidet med å finne et relevant og interessant problemområde har vi tatt utgangspunkt i våre erfaringer med informasjonsteknologi på egne arbeidsplasser. Vi arbeider som sykepleiere i kommunehelsetjenesten, og representerer både hjemmesykepleien og institusjonspleie. Kommunen har tatt i bruk Gericia som pleie- og omsorgssystem. Bakgrunnen for vårt problemområde er vår undring over at Gericia brukes så ulikt i kommunen, og at samhandling i liten grad foregår elektronisk, selv om vi bruker samme dokumentasjonsverktøy.

Målet med prosjektet er å kartlegge bruk av Gericia i kommunen, og kunne anvende den viten i et brukerperspektiv, med sikte på at brukerne aktivt kan være med på å videreutvikle bruken av Gericia. Med videreutvikling menes bedre samhandling mellom avdelinger, men også økt kunnskapsnivå om Gericia som dokumentasjonsverktøy. Vi håper å komme frem til momenter som kan være til hjelp og interesse for ledelsen, slik at implementering av Gericia kan ses på som vellykket, både fra et ledesperspektiv og brukerperspektiv.

Hovedfokuset i vår oppgave er allikevel rettet mot sykepleiere og deres bruk av Gericia. Ved å identifisere kommunikative problemer ved bruk av programmet, håper vi å belyse sykepleiernes situasjon og hvilke utfordringer de har i sitt arbeid.

Denne oppgaven hadde ikke vært mulig å skrive uten velvillighet fra Arendal Kommune, og vi vil rette en spesiell takk til intervjuobjektene som stilte opp og delte sine erfaringer med oss. Vi vil også rette en takk til Gericakonsulenten i kommunen for fakta om programmet og informasjon om kommunens videre planer.

Vi vil også takke veileder Helle S. Wentzer for inspirasjon og innholdsrike tilbakemeldinger.

Forord

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	s. 5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemanalyse	s. 5
1.2 Statlige føringer	s. 10
1.3 Arendal kommune	s. 12
1.4 Problemformulering	s. 13
1.5 Avgrensning	s. 13
1.6 Presisering	s. 14
2.0 Teorigrunnlag	s. 16
2.1 Gerica	s. 16
2.2 Dokumentasjon	s. 19
2.3 Samhandling og Kommunikasjon	s. 22
2.4 Endringer i organisasjonen	s. 26
2.5 Virksomhetsteori	s. 29
2.6 Technology Acceptance Modell	s. 34
3.0 Metode	s. 36
3.1 Hva er metode?	s. 36
3.2 Kvalitativ og Kvantitativ metode	s. 37
3.3 Aktiv deltagende observasjon	s. 38
3.4 Det kvalitative forskningsintervju	s. 40
3.5 Planlegging og gjennomføring av intervju	s. 41
3.5.1 Utvalg av respondenter/enheter	s. 42
3.5.2 Innpass til forskningsfeltet	s. 43
3.5.3 Intervjusituasjonen	s. 43
3.5.4 Transkribering	s. 44
3.5.5 Analysemetoder	s. 45
3.5.6 Reliabilitet og Validitet	s. 47
3.6 Etske refleksjoner	s. 48

4.0 Resultater	s. 50
4.1 Observasjon	s. 50
4.2 Intervju	s. 51
4.3 Metode refleksjon	s. 57
5.0 Drøfting	s. 59
6.0 Sammendrag og Konklusjon	s. 78
6.1 Kritikk av egen oppgave	s. 82
6.2 Abstract	s. 84
Litteraturliste	s. 85
Vedlegg	
Vedlegg 1. Søknad til kommunen	s. 88
Vedlegg 2. Tillatelse fra kommunen	s. 89
Vedlegg 3. Observasjonsstudie	s. 90
Vedlegg 4. Intervjuguide	s. 96
Vedlegg 5. Følg brev til intervju	s. 100
Vedlegg 6. Intervju 1	s. 102
Vedlegg 7. Intervju 2	s. 119
Vedlegg 8. Intervju 3	s. 126
Vedlegg 9. Intervju 4	s. 136
Vedlegg 10. Brev til informant	s. 146
Vedlegg 11. Intervjuguide informant	s. 147
Vedlegg 12. Intervju informant	s. 149

1.0 Innledning

I dette kapittelet tar vi for oss bakgrunn for valg av tema og problemanalyse. Det danner grunnlag for problemformuleringen. Vi har også avgrensning av oppgaven, og presisering av begreper.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemanalyse

Fokus for prosjektoppgaven i tredje året på Masterstudiet i Sundhedsinformatik er ”Sundhedsinformatik i et videnskabeligt perspektiv”. Prosjektarbeidet skal ta utgangspunkt i en konkret problemstilling i helsesektoren, typisk i forbindelse med deltageres daglige arbeide. Gjennom litteraturstudier og andre former for data- og informasjonsinnsamling kartlegges anvendelsen av informasjonsteknologien innen for det valgte område. Problemet kan være teknisk, administrativt eller av kommunikativ karakter.¹

For å finne frem til et interessant og aktuelt problemområde, tok vi utgangspunkt i egne erfaringer som sykepleiere. Det stilles krav til at det må være kvalitet på dokumentasjonen, og da må man ha dokumentasjonsverktøy som sikrer at dokumentasjonen inneholder tilstrekkelig pasientopplysninger for å gi pasientene den behandling og pleie de trenger, i henhold til helsepersonelloven § 40 (www.lovdato.no). Vi har behov for å formidle dokumentasjonen videre gjennom samhandling med andre sykepleiere, som skal overta pasientbehandlingen når pasienten legges inn i en annen avdeling.

Når denne dokumentasjonen og samhandlingen skal foregå elektronisk, ser vi at det oppstår visse problemer. Gjennom studiet har vi lært at det er flere mekanismer som skjer når IKT implementeres som dokumentasjonsverktøy.

”Innføring av nye eller omstrukturering av eksisterende informasjonssystemer betyr vesentlige endringer av organisasjonen og berører blant annet:

- Innholdet og kvaliteten i arbeidet
- Arbeidsdeling og sysselsetting
- Brukernes kvalifikasjoner
- Det tverrfaglige samarbeidet og maktforhold” (Ruland, 2000).

¹ <http://www.v-chi.dk/sundhedsinformatik/generalinfo.htm>

Vi bruker Gerica i større og mindre grad, avhengig av hvilken avdeling vi arbeider i. Innføringen er ikke kommet like langt på alle avdelinger, og vi skulle ønske at dokumentasjonen og samhandling elektronisk, var bedre enn den i realiteten er. Det er bakgrunnen for valget av dette tema.

Sykepleiefaget har sterke tradisjoner når det gjelder dokumentasjon, men da de nye helselovene trådte i kraft 01.01.2001, fikk sykepleierne juridisk dokumentasjonsplikt. Sykepleierne har en plikt til å dokumentere selvstendig helsehjelp som gis til den enkelte pasient. Det er ikke lenger spørsmål om sykepleierne skal dokumentere, men på hvilken måte (KITH, 2003:14). Det er utfordringer for sykepleietjenesten både i forhold til lovverk og teknologi.

Pasienten har krav på kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen som gis, og for å oppnå dette trenger den enkelte helsearbeider nødvendig og tilstrekkelig informasjon. Det er forventet at elektronisk pasientjournal skal bidra til at dokumentasjonen skal bli lettere tilgjengelig for de som trenger den (Lyngstad, 2005).

Statens Helsetilsyn uttalte i 1994: "I fremtiden kommer sykepleiedokumentasjonen til å utgjøre en av hovedgruppene i pasientjournalen". ELIN-prosjektet² estimerer at allmennlegene bruker ca 25 % eller 800 årsverk, av sin tid til samhandling. Det antydes også i forprosjektrapporten til ELIN-prosjektet, at annet helsepersonell bruker enda mer av sin tid til dette. Det er ikke gjort tilsvarende målinger for sykepleie, men man kan anta at tallet er stort. Det sier noe om hvor stor del av arbeidet dokumentasjon av pasientopplysninger egentlig tar. Pleie og pasientbehandling er i realiteten ikke utført før det er dokumentert i journalen. Å dokumentere sykepleie er altså en faglig, etisk og juridisk plikt, og hovedhensikten er at den skal bidra til å sikre kvalitet i sykepleien.

"Grunnlaget for kontinuitet i omsorgen er at den dokumenterte informasjonen om pasienten når som helst er tilgjengelig for den sykepleieren som skal gi omsorg" (Kristoffersen, 1995).

I Arendal Kommune har dokumentasjon og samhandling foregått til nå på tradisjonelt vis, med muntlige overføringer og skiftlige nedtegnelser i papir kardex. Kommunen har tatt i bruk dokumentasjonsverktøyet Gerica, som er et pleie- og omsorgsprogram.

² ELIN-prosjektet står for ELEktronisk INNformasjonsutveksling mellom praktiserende leger og samarbeidende personell og institusjoner, og er et prosjekt i regi av Den Norske Legeforening etter initiativ fra Sosial og Helsedirektoratet.

I mange år har Gerica vært brukt som et administrativt system, men i 2003 ble det opprettet et prosjekt knyttet til effektivisering av støttefunksjonen i omsorg, som skulle sørge for at man fikk elektronifisert datastrømmen i omsorgssektoren. Data knyttet til pasienter, personell og regnskap skulle registreres elektronisk, der de oppstår. Det ble derfor gjort klar for bruk av PDAer og skanning. Man anslo i prosjektrapporten ”Effektivisering av støttefunksjoner i omsorg” at kun 20 % av programvaren ble utnyttet. Mandatet til prosjektet var:

”Vurdere omsorgsenhetenes utnyttelse av IKT-redskap samt oppgavefordeling med den hensikt å effektivisere det merkantile arbeidet. Det forventes at det tas ut en netto effektiviseringsgevinst tilsvarende 1,5 millioner kroner sett i et 5-års perspektiv”

(Arbeidsgrupperapport, 2003).

Prosjektet dannet altså bakgrunn for utvidet bruk av Gerica. I tillegg til bruk av Gerica på stasjonære PC-er, ble det investert i 70 PDAer³ til bruk i hjemmesykepleien. Institusjonene og hjemmesykepleie har fått opplæring og bruker ulike moduler av programmet.

Det har vært gjennomført utstrakt opplæring til ansatte og planen er at innen 30. juni 2006 skal alle ansatte ha gjennomgått grunnopplæring.

Hjemmesykepleien har hatt hovedfokus på arbeidslistemodulen og tjenestebilde, mens institusjonene har hatt fokus på tiltaksplanmodulen. Nærmere beskrivelse av modulene i Gerica følger senere i oppgaven. Bakgrunnen for bruk av ulike moduler er at hjemmesykepleien skulle bruke PDAer, og PDAene klarer ikke å få opp tiltaksplanene på grunn av tekniske begrensninger, og derfor bruker hjemmesykepleien per i dag en annen modul enn institusjonene.

Vi ønsker å illustrere en case om hvordan et pasientforløp kan arte seg i kommunen:

Fru Hansen bor alene i enebolig og har daglig hjelp av hjemmesykepleien. Hun er plaget med svimmelhet, og er også dårlig til beins, på grunn av slitasje i hofta. Hjemmesykepleien hjelper fru Hansen med å tilrettelegge morgenstell og måltider. Hun får også hjelp til å administrere medisiner, da hun bruker en del medisiner og føler det tryggest å få medisinene i ukedose. De siste ukene har allmenntilstanden blitt kraftig redusert på grunn av en infeksjon i luftveiene, og det søkes om korttidsopphold på en av kommunens institusjoner, som blir innvilget. På sykehjemmet får hun behandling og det vurderes hjelpemidler og ADL⁴

³ PDA står for Personal Digital Assistant, kan beskrives som lommePC.

⁴ ADL står for Activities of Daily Living; aktiviteter relatert til personligpleie. Kan oversettes til Dagliglivets Aktiviteter. <http://www.cdc.gov/nchs/data/wh/nchsdefs/adl/htm>

funksjoner med tanke på utskriving til hjemmet. Det er også foretatt en doseendring i medisinen og hun trenger smertestillende i en overgangsfase. Så er dagen kommet når fru Hansen skal utskrives til sitt eget hjem, og hjemmesykepleien skal følge opp videre behandling og pleie i hjemmet.

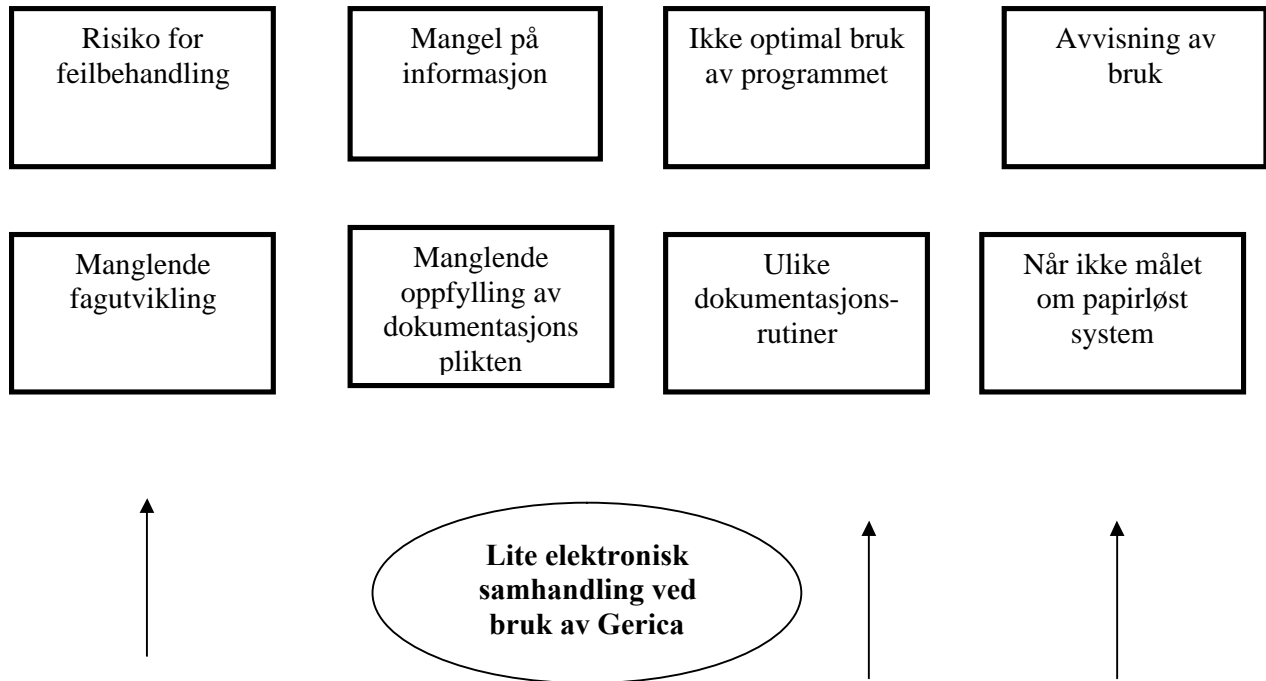
I dette eksempelet er det mye informasjon som skal sendes og mottas for at pasienten skal få riktig behandling og pleie. Hjemmesykepleien dokumenterer helsehjelpen som gis, med tiltak og prosedyrer. Samtidig må de ha medisinoversikt, oppdatert fra lege, for å administrere medisiner for pasienten. Når pasienten så overflyttes, må det skrives en sammenfatning om pasientens problemer og behov, samt oppdatert medisinoversikt. Det må også gis en rapport om helsetilstand og bakgrunn for innleggelse. Når pasienten skal hjem igjen, må institusjonen dokumentere for behandling som er gitt ved å skrive en sykepleiesammenfatning, samt oppdatert medisinliste. Videre en redegjørelse for tiltak som er satt i gang og som skal følges opp hjemme, for eksempel nedtrapping av smertestillende og avvente utsendelse av hjelpemidler, som nevnt i casen. Slike forflytninger og overføringer foregår kontinuerlig i kommunen, og det er derfor mengder med informasjon som utveksles mellom mange aktører.

Vårt fokus i denne oppgaven er elektronisk dokumentasjon og samhandling. Sykepleiere har plikt til å dokumentere helsehjelp i pasientjournalen, og når pasienter overføres mellom tjenestenivå i kommunen, oppstår der behov for kommunikasjon og samhandling mellom sykepleiere som overfører pasienten. Målet er at man ønsker at pasienten skal oppleve et helhetlig pasientforløp samt trygghet for at personalet som skal hjelpe pasienten med helsetjenester, kjenner til pasientens situasjon og behov.

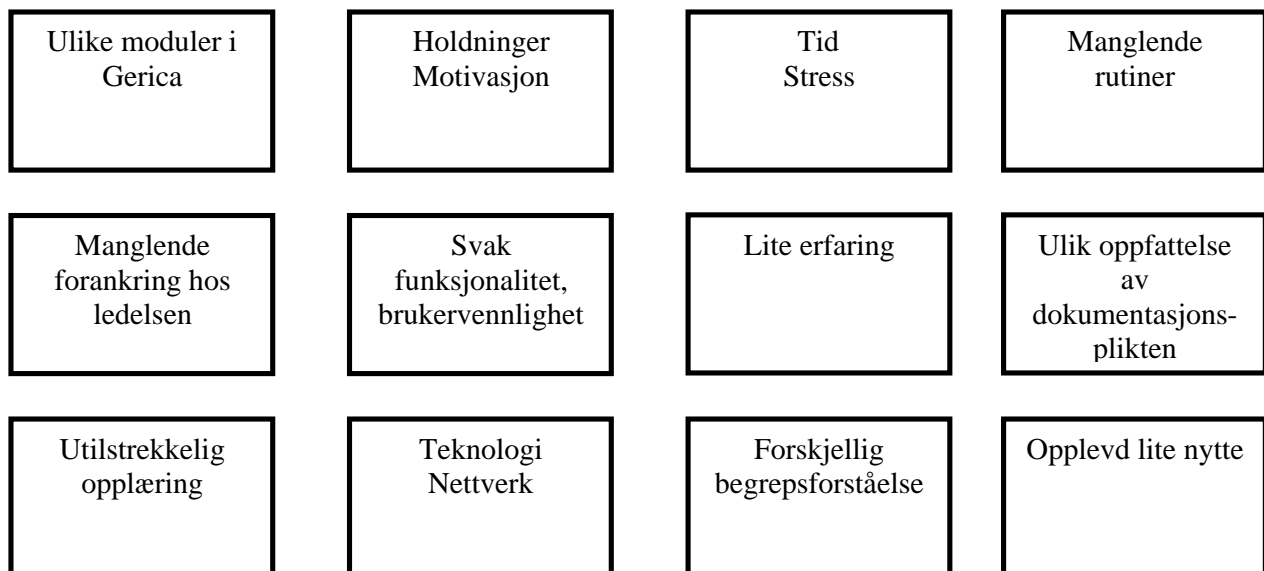
Vi opplever på våre arbeidsplasser, som er både på institusjon og hjemmesykepleie, at samhandling og kommunikasjon mellom sykepleiere ved pasientoverføringer, foregår som det alltid har gjort, med muntlig og skriftlig overføringer på papir. Vi stiller oss undrende til hvorfor ikke Gericca brukes mer til slik samhandling. Arendal kommune har ambisjoner om å bli papirløse når det gjelder dokumentasjon. Hvordan skal det målet kunne innfris, når det står permer på avdelinger, med utskrifter av hovedkort, medisinjournal og rapporter. Vi stiller oss også undrende til at rutiner ikke har endret seg ved at man har fått et nytt dokumentasjonsverktøy, og stiller også spørsmål om bruk av ulike moduler i programmet kan forårsake begrensninger i elektronisk samhandling.

Vi har laget et problemkart, der vi prøver å se problemet opp mot tenkte årsaker til problemet, og hva eventuelle konsekvenser, eller virkninger det kan føre til.

Virkninger av lite samhandling:



Årsaker til lite samhandling:



Dette problemkartet tok vi utgangspunkt i da vi definerte problemområdet. Det vil være noen områder i kartet vi ikke kommer til å diskutere i samme omfang, da vi alt nå ser at problemet er stort og omfattende. Derfor vil det bli viktig å avgrenset temaet i oppgaven. Fokuset vårt blir hvordan sykepleiere kan bruke Gerica som et verktøy for samhandling?

Samhandling er definert som en handling eller samspill, vekselvirkning mellom to eller flere personer som handler i forhold til hverandre. Kommunikasjon er et virkemiddel for samhandling, og ble beskrevet som overføring av informasjon, budskapsformidling (www.uio.no).

I de senere år har det vært satset stort på prosjekter som fokuserer på samhandling mellom ulike aktører i helsevesenet, både internt i kommunene og mellom første og andre linje tjenesten.

Nedenfor omtales statlige føringer for IKT-satsning i Norge.

1.2 Statlige føringer

Si@ er en statlig tiltaksplan for 2001-2003, som er utgitt av helse- og sosial departementet. Der beskrives prioriterte innsatsperioder og det gjøres forslag til tiltak for elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren. I denne rapporten står der blant annet at ”det vil arbeides for økt utbredelse av den elektroniske samhandlingen i helse- og sosialtjenesten, blant annet gjennom tilretteleggelse for elektronisk henvisning og epikrise, samt elektroniske pasientjournaler.”

S@mspill 2007 er den nasjonale strategien for IT-utvikling i helse- og sosialsektoren for perioden 2004-2007. Gjennom S@mspill 2007 ønsker regjeringen å utvide bruken av nasjonalt helsenett og knytte flere aktører til nettet. Strategien bygger videre på tiltakene som tidligere er etablert. ”Strategien skal videre gi retning og helhet i IT-utviklingen i sektoren. Visjonen for arbeidet er at pasienter og brukers møte med tjenesten skal oppleves som et helhetlig forløp.” S@mspill 2007 konsentrerer seg om 2 hovedsatsninger:

- 1) Styrke informasjonsflyten i sektoren
- 2) Inkludere nye aktører sterkere

S@mspill 2007 beskriver et helhetlig pasientforløp til også å omfatte egenomsorg før kontakten med helsevesenet innledes, eventuelle pleie- og omsorgstjenester underveis, samt oppfølging i etterkant av behandlingen.

Mange pasientforløp vil derfor være omfattende og innebære kontakt med flere ledd i tjenestene, på tvers av forvaltningsnivå, institusjoner og profesjoner. Målsetningen er at pasientene opplever tjenester som helhetlige, tilgjengelige og av høy kvalitet (NSF, 2005). Norsk Sykepleierforbund har formulert en visjon, som bygger videre på S@mspill 2007: ”Sykepleiere skal påvirke og bidra til utvikling av helhetlig pasientforløp ved bruk av IKT.” Helsepersonell loven stiller krav til at helsepersonell må utføre faglig forsvarlig helsehjelp. Dokumentasjon skal være tilstrekkelig for å tilfredsstille krav til at helsepersonell må utføre forsvarlig helsehjelp og at dokumentasjonen er tilstrekkelig for å tilfredsstille krav om etterprøvbarehet (NSF, 2005).

Norsk Sykepleierforbund har satt som hovedmål at: IKT- kompetanse er integrert i sykepleiefaget og praksis.

Hovedmålet er videre delt opp i 6 delmål:

- 1) Sykepleiere har kompetanse til å kommunisere og dokumentere elektronisk.
- 2) Ledere av sykepleietjenesten tar et overordnet ansvar for integrering og bruk av IKT.
- 3) Sykepleiere har elektronisk tilgang til nødvendig informasjon og fagstøtte.
- 4) Sykepleiernes elektroniske dokumentasjonsverktøy er funksjonelle og tilpasset praksis.
- 5) Sykepleiere er premissleverandører i utviklingen av nasjonale og lokale IKT-løsninger.
- 6) Sykepleiere har komplette utdannings- og karriereveier innen helseinformatikk.

Det er særlig de fire første punktene vi mener er helt sentrale når det gjelder sykepleiernes bruk av Geric, da vi mener de omfatter avgjørende elementer for at sykepleiefaglig elektronisk dokumentasjon og samhandling kan finne sted.

I forbindelse med gjennomføringsplanen for S@mspill 2007 er der etablert 6 fyrtårnskommuner. ”Fyrtårnsprosjekter skal være prosjekter av nasjonal nyskapende karakter, som har overføringsverdi til andre kommuner og som innebærer utprøving av konkrete tiltak for elektronisk samarbeid” (Lindberg, 2005).

Sentralt står visjonen med å nå et helhetlig pasient- og brukerforløp. Fyrtårnkommunene ser på samhandling mellom ulike aktører som for eksempel mellom 1. og 2. linjetjenesten, slik at de går lengre enn det området vi vil se på. Vi tar det likevel med for å vise den nasjonale satsning på elektronisk samhandling.

I tillegg pågår det en mengde prosjekter som understøtter fyrtårnsprosjektene. ELIN-k er et slikt prosjekt som ser på felles krav og innhold i standarder og løsninger for samhandling mellom pleie- og omsorgstjenestene, helseforetak og allmennleger. Videre finnes det et prosjekt som skal utarbeide løsningsmodeller for kommuners tilkobling til helsenett. Lokalt er det også startet opp et prosjekt på bakgrunn av de nasjonale føringene i S@mspill 2007. Det er et forprosjekt "Elektronisk informasjonsflyt for en sammenhengende helsetjeneste" og er et samarbeidsprosjekt mellom Arendal Kommune og Sørlandet Sykehus HF. Her er det valgt ut ulike satsningsområder som skal sikre en samordnet og integrert behandlingsskjede, og at pasienten skal oppleve et helhetlig helsevesen. Arendal Kommune og Sørlandet Sykehus HF har i forbindelse med prosjektet hatt som mandat å bli enige om en felles visjon for IKT satsning, "Rett informasjon skal være tilgjengelig for rett person til rett tid – elektronisk" (Forprosjekt, 2006).

Alle disse prosjektene ser på samhandling mellom ulike aktører i helsevesenet, mens vi vil se på samhandling internt i kommunen, mellom sykepleiere på ulike avdelinger, som overfører pasientinformasjon når pasientene forflyttes mellom ulike avdelinger og nivå. Elektronisk samhandling og dokumentasjon internt i kommunen er viktig å få til å fungere bra, slik at man kan bli med på utviklingen framover, der samhandling med flere aktører er aktuelt, i henholdt til statlige og kommunale satsninger.

1.3 Arendal kommune

Arendal Kommune er en liten kystkommune i Sør-Norge med ca 40 000 innbyggere. Kommunen er den største i folketall i fylket. Andelen eldre over 80 år samsvarer med gjennomsnittet for fylket og landet for øvrig. Tall fra helsetilsynet forteller at 35,2 % av eldre over 80 år mottar hjemmetjenester, noe som er relativt lite i forhold til landet for øvrig, som har 48 %. Andelen eldre over 80 år som bor på institusjon er likt landsgjennomsnittet.⁵ Kommunen gjennomgikk en sammenslåing med mindre omliggende kommuner i 1992, og har siden den gang gjennomgått ulike omorganiseringprosesser. I dag er kommunen organisert med 4 kommunalledere under rådmannen, samt fagnettverk og ulike arbeidslag som kan jobbe på tvers av tjenesteenhetene. Det er opprettet en egen avdeling for Mestring- og rehabilitering, og Tjenestekontoret er en av seks enheter underlagt denne. Tjenestekontoret

⁵ Tall fra Helsetilsynet.no

utreder og fatter alle vedtak om tildeling av tjenester, og gir melding til utførende virksomhet om hvilke vedtak som skal effektueres. Pleie- og omsorgskontorene i hver sone er underlagt en enhetsleder.

Det er i hovedsak sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere som jobber i pleie- og omsorgssektoren. I tillegg er det yrkesgrupper som fysioterapeuter, ergoterapeuter og tilsynsleger som jobber opp i mot samme sektor.

Alle ansvarsområder/enheter innen pleie- og omsorg har tilgang til Gerica, inkludert legevakttjenesten, og tilgangen styres via roller med ulike sikkerhetsprofiler. Kommunens nett er delt med sensitiv og åpen side. Gerica finnes på sensitiv side, hvor man må logge seg på med brukernavn og passord.

Det er opprettet en brukerstøtte telefon ved spørsmål angående bruk av Gerica. I tillegg har kommunen et interkommunalt samarbeid med omliggende kommuner om drift av nettverket.

1.4 Problemformulering

Etter å ha gjennomført en problemanalyse, har vi kommet frem til en problemformulering som vi mener er dekkende for temaet:

Hvordan kan dokumentasjon i Gerica understøtte elektronisk samhandling mellom sykepleiere?

1.5 Avgrensning

Tverrfaglighet

Vi ser bort fra tverrfaglig dokumentasjon og avgrenser det til å gjelde samhandling mellom sykepleiere som arbeider i hjemmesykepleien og på institusjon.

I rapporten til KITH, Kompetansesenteret for IT i helsevesenet, Elektronisk dokumentasjon av sykepleie 33/03, omtales krav til tverrfaglighet. ”Dokumentasjon som gjøres av en sykepleier skal være tilgjengelig for annet helsepersonell, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre. Det gjelder selvsagt også omvendt”. Den problembaserte

dokumentasjonsmetoden kan være gjeldende for andre grupper av helsepersonell. Rapporten sier at siden det som ble omtalt, er nasjonale kravspesifikasjonen for elektronisk dokumentasjon av sykepleie, så var det naturlig i denne sammenhengen å relatere dokumentasjonsprosessen til faget sykepleie. Videre sier rapporten at begrepet sykepleiedokumentasjon kan erstattes med tverrfaglig dokumentasjon og gjelde for andre helsefaggrupper (KITH, 2003:03).

Vi nevner dette på bakgrunn av at vi vil undersøke sykepleiernes samhandling og utveksling av informasjon i Gerica, men som vi ser så skal informasjonen være tilgjengelig for andre faggrupper, slik at en viss tverrfaglighet er inkludert, selv om vi ikke utdyper dette spesielt.

Lederperspektiv

Vi kjenner til at endringsprosesser som implementering og bruk av informasjonssystemer krever en bred forankring hos ledelsen og at man er avhengig av ledere som drivere i slike prosesser. Det finnes mye litteratur om ledelsens betydning for å lykkes med endringsprosesser. Vi nevner elementer av dette i vår oppgave, men har ingen grundig gjennomgang, da dette ikke er vårt hovedfokus.

Opplæring

Hvilken opplæring de ansatte har fått omtales i vår drøftingsdel. Det går på brukernes opplevelse av opplæring og hvilken nytte de føler de har hatt av opplæringen som er gitt. Det finnes teori som beskriver opplæringsteknikker og teoretisk kunnskap om læreprosesser, men det er utenfor vårt tema, så vi har det heller ikke med i teorigrunlaget vårt.

1.6 Presisering

Dokumentasjon og sykepleiedokumentasjon

Begrepene dokumentasjon av sykepleie og sykepleiedokumentasjon omfatter alle nedtegnelser sykepleierne og annet helsepersonell gjør i en pasientjournal. Begrepene blir brukt om hverandre.

Sykepleiesammenfatning og sykepleierapport

Begrepene brukes om hverandre i oppgaven, og beskriver et sammendrag av pasientens tilstand og behandling som er gitt. Begrepet sluttrapport blir også brukt i denne sammenheng. Det er ikke det samme som den daglige rapport, som beskriver hva som har skjedd i løpet av en vakt.

Bruker og pasient

Vanligvis omtales de som tar i mot tjenester fra hjemmesykepleien og institusjon som brukere, men her i vår oppgave omtaler vi dem som pasienter. De ansatte som bruker PDA og Gericca omtales som brukere

Hjemmetjeneste og hjemmesykepleien

Hjemmesykepleie og hjemmetjeneste har en tendens til å bli omtalt under samme betydning. Hjemmesykepleien er den tjenesten som er lovpålagt og innvilges etter kommunehelsetjenesteloven § 2.1 "Helsetjenesten i kommunene". Det er hjemmesykepleien som vi omtaler i vårt prosjekt. Hjemmetjenesten innbefatter i tillegg andre hjelpetiltak i hjemmet, som ikke nødvendigvis er lovpålagt, eksempelvis hjemmehjelp og støttekontakt. De nye helselovene pålegger alle som utfører helsehjelp å dokumentere i journalen, men siden vi har avgrenset oppgaven til å omhandle sykepleiere, så holder vi oss til tjenesten som heter hjemmesykepleie.

Elektronisk samhandling og kommunikasjon

Vår oppgave har fokus på samhandling. Oppgaven dreies mot virkemidler for samhandling mellom sykepleiere, slik at senere i oppgaven omtaler vi kommunikasjon i mye større grad enn samhandling. Det er fordi kommunikasjon er virkemiddel for samhandling, og helt avgjørende for at samhandling kan finne sted.

Aktører

Når vi snakker om samhandling og kommunikasjon mellom aktører, mener vi samhandling og kommunikasjon mellom sykepleierne på institusjon og i hjemmesykepleien i Arendal kommune. Bakgrunnen for avgrensningen er at Wisløffutvalget definerer samhandling i helsetjenesten som aktivt samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen (NOU,2005:3). Denne definisjonen viser vi til i kapitlet om kommunikasjon og samhandling.

2.0 Teorigrunnlag

I dette kapittelet vil vi beskrive teorigrunnlaget vårt. Vi starter med å beskrive Gericas funksjonsområder, og hvordan man kan bruke programmet. Videre vil vi beskrive dokumentasjonsbegrepet, og se det i sammenheng med neste underkapittel; kommunikasjon og samhandling. Deretter følger en beskrivelse av Virksomhetsteori, og til slutt Technology Acceptance Modell.

2.1 Gerica

Gerica er et pleie- og omsorgsprogram som brukes i kommunehelsetjenesten. Det er et omfattende system som dekker blant annet saksbehandling, tjenestetildeling, vederlagsberegning, arbeidslister, tiltaksplaner og dokumentasjon av helsehjelp. Grunnmodulen i Gerica dekker nødvendig saksbehandling, journaler, økonomi og statistikk i henhold til lovverk (www.tietoenator.no).

TietoEnator er leverandør av Gerica, og kommunen bruker i dag 6.1.p. versjonen. Alle omsorgsenhetene har tilgang til server via tynne klienter og bruker programmet på stasjonær pc. En tynn klient er en klient hvor ingen prosessering og kjøring av applikasjoner utføres. For at tynn klien skal fungere må den vise skjermbilder fra den maskinen som utfører prosessen og kjøring av applikasjonene, som vanligvis er en server (www.cita.no). Hjemmesykepleien bruker i tillegg PDAer og får opp arbeidsliste og pasientopplysninger i denne. PDAene kommuniserer med server via en GPRS – forbindelse. Det ligger ingen pasientopplysninger lagret på PDAene (Forprosjekt 2006).

Gerica håndterer per i dag ingen elektroniske meldinger.

Gerica er altså delt opp i moduler, og grunnmodulen er delt opp i mindre deler, som også omtales som moduler.

For å komme inn til Gerica på kommunens nett, må man først logge seg på sensitiv side på kommunens nettverk. Videre må man gjennom ny pålogging for å komme inn i Gerica. Første bildet har en knapperekke øverst med ikoner hvor man kan gjøre valg på hvilken modul man skal arbeide i.

Første ikonet viser brukerbilde. Her får man opp alle pasientene i kommunen. Her kan man for eksempel gjøre oppslag på pasienten man skal finne. Ved å åpne dette feltet kommer man

inn i det som kalles hovedkortet eller brukerbilde. Det er tilgjengelig for alle i kommunen som har tilgang til Gerica. Her skal det ikke finnes helseopplysninger, men navn, adresse, telefon, sivil status og så videre. I følge Gericakonsulenten har det også vært anbefalt, spesielt for hjemmesykepleien, å legge inn spesielle opplysninger med tanke på veibeskrivelser, der det er behov for det. Dette gjøres i et fritekstfelt i dette bilde, og som også kan hentes frem på PDA.

Når man har funnet brukeren kan man gå inn på neste ikon som viser tjenestebilde. Det er denne modulen hjemmesykepleien arbeider i, og registrere tiltak rettet mot tjenesten og tidsplan rettet mot tiltaket.

Her finner man oversikt på hvilke tjenester brukeren har, eller har hatt. Her kan man gå inn og midlertidig stanse tjenesten dersom for eksempel en pasient skal inn på et korttidsopphold, eller legges inn på sykehuset. Hjemmesykepleien bruker per i dag denne delen av Gerica til å beskrive tiltak og prosedyrer. Her registreres også tidsplan. Det er denne delen som kommuniserer med arbeidslistene, slik at det man skriver her, får man ut på arbeidslistene som hentes opp i PDAene.

Hjemmesykepleien er registrert under nr 15, Pleie- og omsorg utenfor institusjon, hjemmesykepleien. Videre kan man se ulike tiltak brukeren har og tidsplan under tiltaket. Har man lagt inn prosedyre under et tiltak, for eksempel sårstell, så kan man finne prosedyren nede i høyre bildekant. Man må selv legge inn prosedyre under hvert tiltak, og det man får opp i PDA er også den prosedyren som er laget her.

Ikon nr. 3 er saksmappen, som tjeneste kontoret bruker. Her ligger vedtakene pasientene har fått på sine tjenester. Her kan man slå opp om man er i tvil om bakgrunn for vedtak eller bruke det som supplement til datainnsamlingen. Man kan kun lese om pasientene man har tilgang til. Journalbilde har også et eget ikon, som man må ”klikke seg ” inn i. Her kan man søke på hvilken journal man er interessert i. Journalbilde er primært til å lese journaler. Man kan søke og sortere på mange måter, for eksempel ut fra faggrupper, journaltype, dato, utvalg av pasienter i det område man har tilgang til. Når journalene skrives knyttes de opp til tiltak i tiltaksplanen. Når vi skriver journal i journalbildet, dreier det seg om den daglige dokumentasjon og rapportering. Hjemmesykepleien skriver rapport direkte på PDA, men kan også skrive direkte i journalbilde. Her kan man velge hva slags journal man skriver, og der er mulig å gjøre oppslag slik at man får riktig seleksjon. Hjemmesykepleien skriver vanligvis på 150 som er koden for sykepleiejournal, men institusjonene skriver rett i tiltaksplan, som vises

senere. Videre er det innkomst, og sluttrapport, laboratoriejournal, med flere, som man kan velge etter som det passer. Det kan man først gjøre når man har markert at man skal skrive ny journal.

Institusjonen i kommunen bruker tiltaksplanen. Den er bygd opp med problemområder.

Tiltaksplanen er bygget opp hierarkisk med nivåer som bygger på hverandre. Nivåene er

- Område
- Situasjon
- Tiltak
- Tidsplan

Man kan lage tidsplan på samme måte som man kan lage på tiltak i tjenestebilde, som vi har beskrevet tidligere i kapitlet. Det første som oftest skrives her er innkomst. Videre følges det på med opplysninger i problemområdene. Der er 16 problemområder man kan velge mellom, i tillegg til innkomst og sluttrapport.

Videre er medisinmodulen på utprøving i noen avdelinger i kommunen.

Tilgangen til Gericar er styrt av tilgangskontroll gjennom roller. Det pågår et arbeid for fullt nå for å definere roller hos de ansatte. Dette er for å øke sikkerheten ved håndtering av pasientinformasjon. Man får tildelt en rolle ut fra hvor man arbeider i kommunen. Dersom en ansatt arbeider på flere steder i kommunen får den ansatte tildelt flere roller.

Samhandling går i vår oppgave på kommunikasjon og utveksling av pasientinformasjon. Vi vil prøve å skissere opp hva slags samhandlingsmuligheter der er i Gericar.

For å samhandle må man dele informasjon. Informasjonen man får opp i Gericar, er som nevnt styrt av tilgangskontroll og roller. I følge Gericakonsulenten så kan hjemmesykepleie og institusjon som har hatt ansvar for samme pasient, dele informasjonen om hva som er gjort av tiltak de ulike nivåene. Man kan gå inn å lese opptil et år etter utskrivning. Her kan man se alt som er dokumentert på stasjonær PC, men opplysningene kommer ikke opp på PDA.

Hovedkortet i Gericar er likt enten man er i institusjon eller i hjemmesykepleien. Denne

forandres ikke i forhold til hvor pasienten befinner seg, med unntak av registrering av nivå.

De ulike nivåene beskriver hvor pasientene befinner seg i kommunen; hvilket område, hvilken institusjon eller hjemmesykepleie.

Saksmodulen forandrer seg heller ikke avhengig av type tjeneste, for dette er saksbehandlingsmodulen som tjenestekontoret skriver sine vedtak etter vurdering. Her har både hjemmesykepleien og institusjonene lesetilgang, slik at dette blir også en måte å samhandle på ved at informasjon deles.

Ved overføring av pasient til annet tjenestenivå, kan man skrive sluttrapport i journalbilde. Der er ikke definert funksjonelle områder man skal skrive på, slik som det er i innkomstområde.

Det er ikke etablert rutiner der man kan sjekke at informasjonen er lest av mottaker.

Videre på knapperaden finnes flere ikoner som ikke er i bruk. Vi nevner ikke disse noe nærmere, da de ikke påvirker samhandling mellom institusjon og hjemmesykepleie.

I tillegg her man kartotek over ansatte, slik at de kobles til arbeid og turnus. Videre tar man kopi av turnus over i en vaktplan. I vaktplanen kan man flytte vakter etter hvem som er på jobb. Man kan stryke ansatte ved ferie eller sykdom og sette inn vikarer etter behov.

Videre kobles dette opp mot brukere og et gitt område, og man fordeler pasienter og oppdrag i forhold til hvem som er på jobb. Denne funksjonen er det primært hjemmesykepleien som bruker, med tanke på at arbeidslistene kommer frem i PDAen. Da er hver arbeidsliste knyttet til en ansatt.

Det er en kort beskrivelse av de moduler i Gerica som brukes mest i Arendal Kommune per i dag.

2.2 Dokumentasjon

Begrepet dokumentasjon kan defineres som framlegging av dokumenter som bevismateriale eller til understøttelse av en oppfatning (Kristoffersen, 1995).

Sykepleiere har lang tradisjon i å rapportere sine handlinger. I Norge er dokumentasjon av sykepleie ofte synonymt med sykepleieplanene. Sykepleiedokumentasjonen er et innarbeidet begrep for de tradisjonelle sykepleieplanene eller kardex (Moen, 1992). Kardex er en papirløsning for dokumentasjon.

Krav til skriftlig dokumentasjon og behandling av informasjon i pasientjournalen reguleres i helsepersonelloven. Selve plikten for helsepersonell til å dokumentere i journal fremgår i

samme lov § 39. "Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient".

Loven gir ingen definisjon av hva en pasientjournal er, men den setter visse krav til innhold: "Journalen skal føres i samsvar med god yrkesetikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold til lov" (www.lovdato.no).

Forskrift om pasientjournal skiller mellom journal og journalsystem. En journal er knyttet til den enkelte pasient og dokumentasjonsplikten for helsepersonell. Oppretting av et journalsystem gjelder virksomhetene som yter helsehjelp. Forskriften behandler elektroniske og papirbaserte journaler og journalsystemer under ett.

Den elektroniske dokumentasjonen av sykepleie skal være en integrert del av pasientens elektroniske journal og skal som et minimum oppfylle kravene til innhold slik de fremgår av Forskrift om pasientjournal § 8.

- Tilstrekkelige opplysninger til å kunne identifisere og kontakte pasienten, blant annet pasientens navn, adresse, bostedskommune, fødselsnummer, telefonnummer, sivilstand og yrke.
- Opplysninger om hvem som er nærmeste pårørende, jmfør pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b og lov om psykisk helsevern § 1-3, og hvordan vedkommende om nødvendig kan kontaktes.
- Når og hvordan helsehjelp er gitt, for eksempel i forbindelse med ordinær konsultasjon, telefonkontakt, sykebesøk eller opphold i helseinstitusjon. Dato for innleggelse og utskriving.
- Bakgrunnen for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie, og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskriving.
- Foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.
- Pasientens fastlege samt det helsepersonell som har begjært innleggelse eller har henvist pasienten.
- Individuell plan etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-5, psykisk helsevernloven § 4-1 eller kommunehelsetjenesteloven § 6-2a (www.lovdato.no).

Forutsetningen for et godt elektronisk dokumentasjonssystem, er at registreringer som allerede finnes i systemet, lett skal kunne hentes frem og gjenbrukes. Alle pasientadministrative data må kunne sies å tilhøre denne gruppe registreringer. Dokumentasjon av sykepleie skal være tilgjengelig for alle som har et autorisert behov for slik informasjon (KITH, 2002).

Mange typer helsepersonell kan yte sykepleie eller helsehjelp, og dette skal etter helsepersonelloven dokumenteres. Alle typer IT-systemer som er bygd etter kravspesifikasjonen vil også kunne fungere tilfredsstillende for andre personellgrupper ansatt i alle deler av helsesektoren.

Et overordnet mål innen sykepleien er at kvaliteten på den behandling og sykepleie den enkelte pasient mottar, skal være best mulig ut fra tilgjengelig ressurser. Et virkemiddel for å oppnå dette, er høy kvalitet på sykeleiedokumentasjonen.

Da lov om helsepersonell ble innført 01.01.2001, fikk sykepleiere en juridisk dokumentasjonsplikt. Det var ikke lenger et spørsmål om sykepleiere skulle dokumentere, men på hvilken måte. Sykeleiedokumentasjonen skal være et hjelpemiddel for å kunne tilfredsstillende kravene som stilles fra myndighetene og samtidig bidra til at den kvalitet og kontinuitet som etterspørres, kan oppnås. Hensikten med dokumentasjon av sykepleie er å:

- Ivareta pasientens sikkerhet
- Sikre kvalitet og kontinuitet i sykepleien
- Være et juridisk dokument
- Synliggjøre faglig ansvar
- Tydeliggjøre hva sykepleie er, og synliggjøre klinisk erfaring
- Være et kommunikasjonsmiddel
- Være et verktøy for faglig utvikling
- Gi grunnlag for ledelse og ressursstyring
- Være grunnlag for forskning og utviklingsarbeid (KITH, 2003:14)

Dokumentasjon av sykepleie utføres innen forskjellige områder, for eksempel, lindrende, behandlende, habiliterende, rehabiliterende og forebyggende helsehjelp.

For sykepleien skal dokumentasjonen være et målrettet arbeidsdokument med systematiske nedtegnelser over pasientens sykepleierelaterte helseproblemer, de vurderinger som legges til grunn for sykepleietiltak som iverksettes og resultatene av disse (KITH, 2003:14).

Behovet for og arbeidet med dokumentasjonen i helsetjenesten er i dag svært aktuelt, fordi tjenesten er blitt mer komplisert og kravene til innsyn har økt. Utvikling av dokumentasjonssystemer og former er et av virkemidlene for å regulere og ha mer kontroll med ressursinnsatsen i helsetjenesten. For sykepleiere fører dagens utvikling til økte krav om mer og mer ansvar for å nedtegne relevante opplysninger. Den enkeltes syn av behovet for å dokumentere sykepleie, påvirkes av den enkeltes normer, tradisjoner og verdier, og det synet dokumentasjonen som uttrykkes i sykepleietjenesten. Handlingene i seg selv prioriteres fortsatt langt høyere enn dokumentasjonen av den. Det er en utbredt oppfatning at tiden som brukes til å dokumentere, går på bekostning av tiden sammen med pasienten (Moen, 1992).

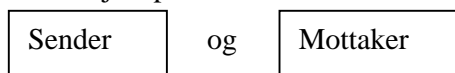
2.3 Samhandling og Kommunikasjon

Samhandlingen er definert som "en handling eller samspill, vekselvirkning mellom to eller flere personer som handler i forhold til hverandre" (www.uio.no).

I Wisløffutvalget (NOU: 2005:3) definerer de samhandling i helsetjenesten som aktiv samarbeid og handlinger mellom alle som direkte eller indirekte er involvert i pasientbehandlingen.

Kommunikasjon er den prosessen der personer eller grupper sender meldinger som inneholder et budskap til hverandre. Innholdet i meldingen kan vi med et samlebegrep kalle informasjon, mens kommunikasjon er prosessen der informasjonen formidles.

Kommunikasjonsprosessen består av to aktører:



Sentrale faser i kommunikasjonsprosessen:

1. Melding slik sender tenker seg den
2. Koding av melding (språk, tegn)
3. Sending av melding i en kanal (data, telefon)
4. Dekoding av melding slik mottaker oppfatter den

5. Tilbakemelding til sender fra mottaker (Jacobsen & Thorsvik, 2002)

"Effektiv kommunikasjon" blir vanligvis definert som at mottakeren tolker meningen i meldingen på en måte som samsvarer godt med de intensjonene senderen hadde.

Kommunikasjon betraktes ofte som en "mekanisk" prosess der det sentrale er å formidle informasjon fra en sender til en mottaker. Men det er også en dynamisk prosess som utvikler seg over tid, en antagelse om at kommunikasjon er mer en bare en informasjonsformidling. Når en mottaker får informasjon, vil han eller hun påvirkes av dette. Det vil skje en fortolkningsprosess der informasjon tillegges mer mening og innhold enn det som kan leses rett ut fra meldingen, og man reagerer på meldingens innhold eller dens form. Slike reaksjoner vil igjen forme hva slags tilbakemelding som gis på meldingen (Grennes, 1999).

Meldinger kan sendes på flere måter, vi skiller i hovedsak mellom to typer: skriftlig og muntlig.

Skriftlig informasjon innebærer at meldinger sendes i form av skrevne dokumenter, i form av en rapport, tekstmelding eller notat. Den største ulempen ved skriftlig kommunikasjon er at den gir relativt begrenset mulighet til å formidle "rik informasjon", det vil si at det er begrenset hvor mye informasjon som kan overføres i en melding. Dessuten går det vanligvis lang tid før sender får tilbakemelding fra mottakeren.

Muntlig informasjon overføres direkte mellom to eller flere mennesker i en eller annen form for samtale. I tillegg formidler mennesker informasjon gjennom kroppsspråk, blikk og stemmeleie og lignende. En melding som kommuniseres kan derfor være kompleks og sammensatt av både skriftelige, verbale og non - verbale signaler. Ofte kan det være uoverensstemmelser mellom innholdet i den verbale meldingen og ikke-verbale signaler i kroppsspråket som gjør det vanskelig for mottakeren å tolke hva som egentlig menes. All muntlig kommunikasjon gir mulighet for å formidle rik informasjon og få rask direkte tilbakemelding (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

I litteratur om kommunikasjon understrekes det ofte at "All adferd er kommunikasjon". Alt et menneske gjør har en mulig betydning for andre, og dermed kan all adferd betraktes som kommunikasjon. Selv når vi nekter å svare på andres henvendelser, kommuniserer vi. Normalt tenker man på en kommunikasjonsrelasjon som består av en sender og en mottaker av et budskap. Men avsender av et budskap er også mottaker av sitt eget budskap. Vi hører

hva vi sier og leser hva vi skriver til andre. Enhver deltager i den kommunikativ prosess spiller derfor flere roller samtidig (Jacobsen & Thorsvik, 2002).

Sammensmeltingen av gamle analoge og nye digitale teknologier har resultert i nye elektroniske medier med nye egenskaper. Ny teknologi har medført en kvantitativ økning i både intern og ekstern kommunikasjon og informasjonsteknologi har en rekke positive effekter. Det er av liten interesse å tenke seg tilbake til et samfunn basert på tradisjonelle medier. Men ny teknologi kan også ha en negativ effekt som for eksempel informasjonsoverbelastning. Når man erfarer at økningen i bruk av ny informasjonsteknologi bare for en mindre del erstatter tidligere medier, innebærer dette at mengden av informasjon som tilflyter mennesker i en arbeidssituasjon, øker radikalt. Mennesker har en optimal og begrenset evne til mottak, bearbeiding og lagring av informasjon. Overskrides denne er resultatet stress og andre reaksjoner som senker produktiviteten og som kan være helseskadelig (Grennes, 1999).

I artikkelen "Identifying Communicational Errors: Organizing Health Care with E –texts" av Helle S: Wentzer, beskriver hun hvordan man kan, ved å tolke IT som et medium for kommunikasjon og samarbeid, tilby en måte å analysere effekten av IT i en konkret praksis. Ved å identifisere mangler ved kommunikasjon ved bruk av IT, så gir det en mulighet for organisasjonen å reflektere over dens egne arbeidsforhold og til å utdanne klinikere til å være pådrivere og deltagere ved utvikling av IKT-redskap. Artikkelforfatteren sier at den første barriere ved å identifisere feil, er å anerkjenne deres eksistens.

IT relaterte feil kan være feil som oppstår når man implementerer IT i eksisterende praksis, og behøver ikke å ha noe med verken brukerne eller systemet i seg selv å gjøre. IT utfordrer tradisjonell praksis ved at det medfører en annen kontekst for tankegang, uttalelser, koordinering og en endring i kommunikative omgivelser.

IT systemer for kommunikasjon i helsevesenet er ofte referert til som EPR, Electronic Patient Record, men dette begrepet er i følge artikkelen tvetydig. EPR eller på norsk, EPJ⁶, inneholder ofte familiariteten av papirkardex, men har en forventning av mer rasjonell og objektiv kommunikasjon når informasjon utveksles elektronisk. Artikkelen beskriver empiriske studier som har vist at IT i helsevesenet ikke har eliminert det sosiale og mer subjektive faktorer, men kastet nytt lys over det kontekstuelle og differensierte naturen i

⁶ EPJ - Elektronisk Pasient Journal

arbeidet i helsesektoren. Subjektive erfaringer ved EPJ er vist i mange kvalitative studier og har vært en kilde for praktisk utvikling og design av IT system.

Artikkelen peker på viktigheten av å høre på brukernes erfaringer med bruk av et IT system. Ved å identifisere feil, eller områder for forbedring av nåværende praksis, så kan endringer foretas, enten det er endring av rutiner i en praksis, eller behov for endringer i programmet ved justering av designet.

E- tekster i helsevesenet kan bli sett på som levende tekster som konstant vokser i datamengde og som konstant formidler meninger og type handlinger mellom brukerne.

Effekten av kommunikasjon med e-tekster er hvordan leseren opplever verden i e-teksten, og at poesien i teksten er relevant for evaluering av IT-implementering i helsesektoren.

Forfatteren nevner 4 nivå av lesing av e-tekster:

- 1) Lesing med forventning
- 2) Lesing med distanse
- 3) Den kritiske lesing
- 4) Den konstruktive lesing

Den første lesing av forventninger er viktig i helsevesenet, for man forventer å bli informert om pasientens helsetilstand og få nødvendige opplysninger. Forventningene er styrt av brukernes profesjon. Den andre lesing i distanse utløser kognitive, reflektive prestasjoner, og her krever det mer av brukeren for å være i stand til å fullføre forventningene. Får brukeren opplysningene som vedkommende trenger? Den kritiske lesing krever meningsfull informasjon i e-teksten, og som skal være relatert til handling. Videre skal teksten memorere i den hensikt å informere andre, slik at den kritiske leser også blir medforfatter. Den fjerde og konstruktive lesing har mye av de samme elementene som 3. lesing og gir grunnlag for reflektering av lesernes egen forventning og praksis, og samtidig støtter opp om kommunikativ relasjon med andre helsearbeidere. Profesjonelle helsearbeidere og lesere av e-tekster kan gis mulighet for riktig utdanning og autorisasjon til å revurdere og redesigne formen på arbeidspraksis. Problemer med å kommunisere med e-tekster kan da bli sett på som en læremulighet ved at man kan da få innsikt i egen praksis og at man samtidig tar vare på de levedyktige relasjoner som eksisterer i helsevesenet (Wentzer H.S, 2006). Vi tar med denne artikkelen fordi den poengterer at brukernes lesing av e-tekster kan danne grunnlag for refleksjon og endring av praksis, og identifisering av feil og mangler må sees på som en

mulighet for læring og endring. Det er viktig i forhold til vår oppgave ved at eventuelle mangler i kommunikasjon og samhandling som påpekes av brukerne, må sees på som en mulighet for læring og endring. Målet er bedre praksis.

I artikkelen "Combining Genres: How Practice Matters" av Østerlund, 2006, studeres informasjonsflyt mellom profesjoner i en avdeling.

"Genre er klassifisert etter som de oppstår fra det pragmatiske perspektiv av dagligdagse interaksjoner. Denne tilnærmingen insisterer på "de facto" genre, som vi har navn for i dagligdags tale, som forteller oss noe teoretisk viktig om kommunikasjon".

Folk bruker genre for å oppnå sosiale handlinger i spesielle situasjoner, karakterisert av en spesiell hensikt, deltagere, innhold, form, tid og sted. Forfatteren sier også at sentralt til praksisbasert genre teori er premissene i at menneskelig kommunikasjon er et spenningsfelt mellom kontinuitet og endring.

Daglig praksis endres, det kommer nye elektroniske media på banen, slik at kommunikasjon og genre er i konstant endring.

Artikkelen beskriver ulik forskning når det gjelder forskning på genre i stabile omgivelser, eller i omgivelser i endring. I studier ved endring er den typiske situasjon at man har en overgang fra papirbaserte genre til computerbaserte. Denne prosessen er ofte beskrevet som en blanding av eksisterende genre i et forsøk på å integrere sosialt anerkjente genre med kapasiteten til elektroniske media. Fokus er på folks praksis, hvem kombinerer genre, når og hvor.

Vi har tatt utgangspunkt i denne artikkelen når vi studerer informasjonsflyt på egen arbeidsplass, men nevner det også her i kapitlet om kommunikasjon, fordi bruk av ulike genre, i følge forfatteren, forteller oss noe teoretisk viktig om kommunikasjon (Østerlund, 2006).

2.5 Endring i organisasjoner

Jacobsen og Thorsvik (2004) skriver at den utvikling som skjer i tid er påvirket av omgivelser, politikk, lover og regler. Dette gjør at organisasjonen alltid står overfor ulike endringer. De må ta hensyn til de skiftende omgivelser og utvikle seg etter de krav som stilles.

Organisasjonene i dag vil alltid være i utvikling og endre seg, med hensyn til omgivelser, struktur, kultur og teknologi som påvirkes av hverandre.

Innføring av nytt IT-system vil medføre endringer i risikobildet for virksomheten, enten som følge av at informasjon kommuniseres på nye måter eller gjennom nye kanaler. Det kan også være at flere personer får tilgang til mer informasjon eller at informasjon som før har vært lagret på ulike steder, samles på et sted og dermed lettere kan gå tapt (KITH, 2002).

Anne Moen sier i sin bok "Informasjonsteknologi og sykepleie" at de mest sentrale utfordringene ved innføring av informasjonsteknologi i helsevesenet, knyttes til forandring av etablert arbeidsdeling, koordinering, kontroll og samordning av de vante arbeidsmåter. Det vil alltid skje fortolkninger og tilpasninger når ny teknologi introduseres i organisasjonen, men disse kan påvirkes.

Endring innebærer at noe forandres, ved at et av følgende skjer:

- Det utvikles nye elementer i tillegg til de som finnes
- Eksisterende elementer kobles sammen eller splittes opp på en ny måte
- Man forkaster eksisterende elementer

Endring innebærer i mange tilfeller en nytenkning, at man skal gjøre noe nytt. Dermed vil likheten mellom endring og innovasjon være sterk. Likevel er innovasjonsbegrepet noe videre, i og med at en innovasjon kan foregå uten at en organisasjonsendring finner sted.

Endringene kan omhandle følgende elementer:

- Endring av oppgave, teknologi og eller mål og strategier
- Endringer i organisasjonens struktur
- Endring i organisasjonens kultur

Endringer kan være enten planlagte eller ikke-planlagte.

Planlagte endringer er endringer basert på læring, der handlende aktører på en aktiv måte tilpasser organisasjonen til nye forhold.

Ikke planlagte er da et resultat av prosesser som ikke innebærer læring og rasjonelle valg - at de skjer gjennom en naturlig evaluasjon (Jacobsen og Thorsvik, 2002).

Jacobsen og Thorsvik (2004) trekker fram ti grunner til at motstand til endring vil oppstå:

1. Frykt for det ukjente
2. Brudd på en psykologisk kontakt
3. Tap av identitet
4. Symbolsk orden endres
5. Maktforhold endres
6. Krav om nyinvesteringer
7. Dobbeltarbeid i en periode
8. Sosiale bånd brytes
9. Utsikter til personlig tap
10. Eksterne aktører ønsker stabilitet

Selv om de aller fleste endringer vil møte motstand er det ikke dermed sagt at alle møter like mye. Desto mer omfattende og jo flere grupper som påvirkes, desto sterkere kan man anta at motstanden blir. Man må da finne en endringsstrategi som kan minimere motstanden og gjennomføre endringene. "Å si at endring er ledelsens viktigste oppgave, vil være en sterk forenkling av lederoppgavene. Å hevde at det er en av de viktigste, er derimot ikke en overdrivelse".

Ut i fra de siste tiårs forskning har Jacobsen og Thorsvik trekt frem visse fellestrekk for endringsopplegg som har hatt en viss suksess:

- Det er skapt en følelse av krise, det vil si at det er utbredt oppfatning i organisasjonen at det er behov for endring.
- Det er formulert klare visjoner for hva som skal oppnås og det kommuniseres bredt i organisasjonen.
- Kommunikasjon til hele organisasjonen om endringen og om hva som forblir stabilt.
- Klar og sterk koalisjon bak endringen og de sterkest rammet blir trekt aktivt med.
- Endringsprosessen starter med små skritt.
- Stadige understrekninger av sammenhengen mellom endringer og de positive resultater, samtidig som eventuelle feiltrinn tones ned.

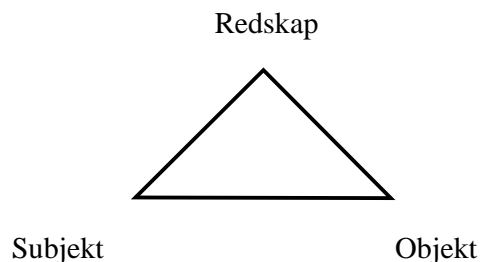
2.5 Virksomhetsteori

Det filosofiske grunnlaget for virksomhetsteori kan føres helt tilbake til de mennesker som begynte å utvikle begreper – begreper som grep verden som bevegelse, som prosess. Allerede Heraklit (ca.500 f.kr.) påsto at alt henger sammen.

På midten av 1700-tallet bidro Kant til å forstå strukturen i den menneskelige kunnskapen, erkjennelsen, oppfattningen av verden og at den kunnskapen oppstår i menneskets virksomhetsprosess.

For Karl Marx var virksomheten alltid samvirke, og det finnes ingen virksomhet uten kommunikasjon og ingen kommunikasjon uten virksomhet. Utviklingen av den særegne virksomhetsteori begynte i Sovjetunionen etter revolusjonen i 1917. Denne utviklingen skjedde først og fremst innen psykologien som vitenskap. Litt etter litt spredte forståelsen seg også til andre vitenskaper, som pedagogikk og sosiologi (Broch, 1991).

Basisbegrep av tilnærmingen ble formulert av Lev Vygotsky (1896-1934), som var grunnleggeren av teorien. Han mente at psykoanalyse og behaviorisme var dominerende og utilfredsstillende innen psykologi i 1920. Vygotsky og hans kollegaer formulerte et helt nytt teoretisk begrep ”artefact – mediated and object – oriented action”. Et menneske reagerer aldri direkte på omverden. Forhold mellom menneskelig faktor og objekt i omverden medierer kulturelle meninger, verktøy og symboler. Menneskelig virksomhet har tredelt struktur. Begrensning er at enheten for analyse er individuelt fokusert. Den første modellen representerer den individuelle handling hvor objekt for analyse er individet.



Den andre generasjonen er knyttet til Vygotskys kollega og etterfølger Leontjev. Han introduserte og forklarte den avgjørende forskjellen mellom individuell handling og kollektiv virksomhet. Generasjonen uttrykte betydningsfull forskjell mellom individuell handling og kollektiv aktivitet.

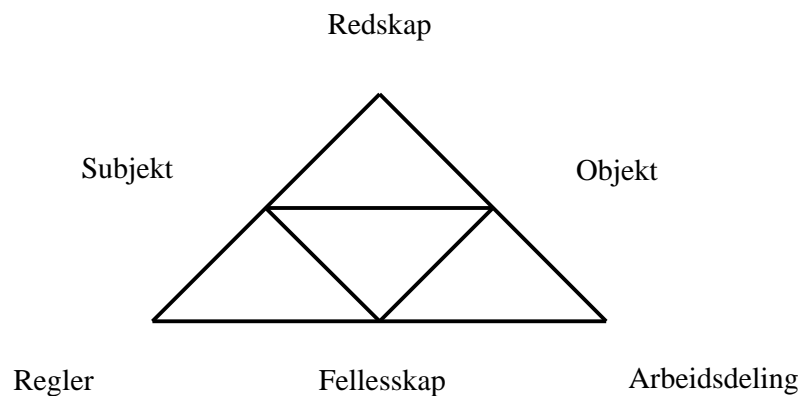
På 1980 tallet ble teorien rekontekstualisert av Yrjō Engestrøm. ”Inspirert av Leontjev, legger han vekt på distinksjonen mellom rutine (operasjon), handling og virksomhet og utgjør grunnlaget for opprettholdelse av virksomhetens samhandling med omverdenen”

(www.hio.no). Handlingene og rutinene er knyttet til individets aktiviteter, som er målrettet.

En virksomhet er ikke direkte knyttet til enkeltindivider, den er derimot kollektiv i sin natur.

Virksomhetssystemet ble utvidet, slik at det kollektive perspektivet ble innlemmet med å integrere elementene regler (rules), fellesskap (community) og arbeidsdeling (division of labour). Analyseenheten ble dermed utvidet til å omfatte et helt virksomhetssystem, det vil si et helt arbeidsfellesskap som de enkelte individer er en del av.

Det er i tilknytning til dette perspektivet at ideen oppsto at motsetningsforhold i virksomheten var en drivende kraft for endring og utvikling (www.hio.no).



Den tredje generasjonen representerer en utvidelse av teorien, hvor hovedutfordringen er å utvikle redskaper for å forstå dialogen, de ulike perspektiver og nettverket av samhandlende systemer. Det settes fokus på samspillet mellom flere virksomhets systemer. Analyseenheten kan nå omfatte to virksomhetssystemer, for eksempel organisasjoner eller arbeidsfellesskaper.

Motsetninger, "contradiction" er et sentralt begrep i Virksomhetsteorien. Teorien forteller om motsetninger eller spenninger i kommunikasjon og samarbeid, som ofte kan oppstå i en virksomhet. I analysen er det viktig å avdekke de motsetninger som kulturhistorisk er innbakt i virksomheten, nettopp for å unngå at fastlåste rutiner sementeres på bakgrunn av at "slik har vi alltid gjort det her". Ved å finne historien til virksomheten, kan man lettere avdekke motsetningene. Motsetningsforhold i virksomheten kan være en drivende kraft for endring og utvikling. Motsetning visualiseres i triangelet med brutte piler (Wentzer, 2005).

Kari Kuutti beskriver motsetninger slik:

"Activity theory uses the term contradiction to indicate a misfit within elements, between them, between different activities, or between different developmental phases of a single activity. Contradiction manifest themselves as problems, ruptures, breakdowns, clashes. Activity Theory sees contradictions as sources of development; activities are virtually always in the process and working through contradiction".

I en virksomhet kan motsetninger sees på ulike måter, avhengig av hvilke komponenter som er i bruk. Det snakkes om motsetninger i et hierarki av fire ordener.

Den første ordenen uttrykker misforhold innen et element i modellen, eksempel mellom PC og papirkardex. Den andre henviser til relasjonelle spenninger mellom de ulike elementene i modellen, for eksempel at subjektet ikke har en klar forståelse av hva som er objektet eller at der er motsetninger mellom redskap og objekt. Den tredje ordenen handler om spenninger mellom det som er gammelt og nytt, for eksempel ved endringsvegring for å gjøre gamle oppgaver på en ny måte. Den fjerde og siste ordenen tar for seg spenninger mellom forskjellige virksomhetssystemer, for eksempel at en avdeling fastholder egne rutiner i forhold til andre organisasjoner (www.hio.no).

For å forstå menneskelig aktivitet må alltid kontekst tas i betraktning. Bruk av Gericas skal ses i kontekst med ansatte på avdelingen, felleskap, siden det er hele kommunen som bruker programmet og har like mål og motiver rettet mot kvalitetssikkert dokumentering.

Alle forbindelsene på kryss og tvers i modellen viser relasjoner mellom de ulike sidene av en aktivitet og får fram dynamikken. Forandres en av faktorene, får dette konsekvenser for alle de andre sidene.

Vi vil bruke virksomhets teori som tilnærming for analyse. I triangelet som ble beskrevet tidligere i kapittelet vil vi definere vår forståelse for begrepene.

Redskap – Gericca

Subjekt – sykepleiere i Arendal kommune

Objekt – dokumentasjon

Regler – lover, forskrifter, retningslinjer

Felleskap – kommune, visjoner, strategier

Arbeidsdeling – rutiner for dokumentasjon og samhandling i de ulike avdelinger

Resultat – samhandling

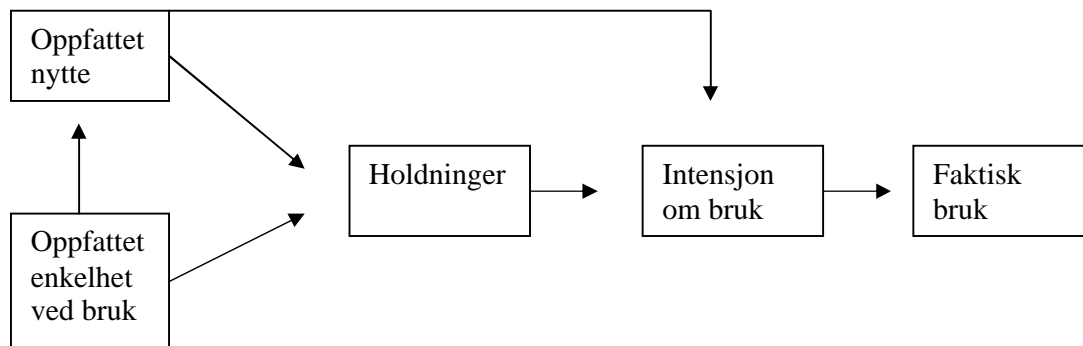
I den øverste del av triangellet ser vi forholdet mellom sykepleiere, Gericca og dokumentasjon.

I den nedre del av triangellet, ser vi relasjoner mellom omfattende interaktive og sosiale aktiviteter som felleskap, arbeidsoppgaver, rutiner og regler.

Resultatet er produktet av de aktiviteter som skjer innenfor virksomhetssystemet, og vi har definert det som samhandling.

2.6 Technology Acceptance Modell

For at implementering av informasjonssystemer skal bli en suksess, er det avhengig av at systemet blir akseptert av brukerne. IT prosjekter har ofte mislykkes på grunn av at bruken har uteblitt. Fred D. Davis har i artikkelen ”User acceptance of information technology: System Characteristics, user perceptions and behavioral impacts”, brukt modellen TAM – Technology Acceptance Modell – for å forklare brukeraspektet.



Brukernes holdninger til bruk av et gitt system, er antatt å spille en stor rolle for om hun/han faktisk bruker det (Davis, 1993).

Bruken av et IT system kan forklares med oppfatningen av hvor nyttig og bruksvennlig teknologien er. Disse egenskapene ved IT påvirker holdninger, intensjoner om bruk og faktisk bruk.

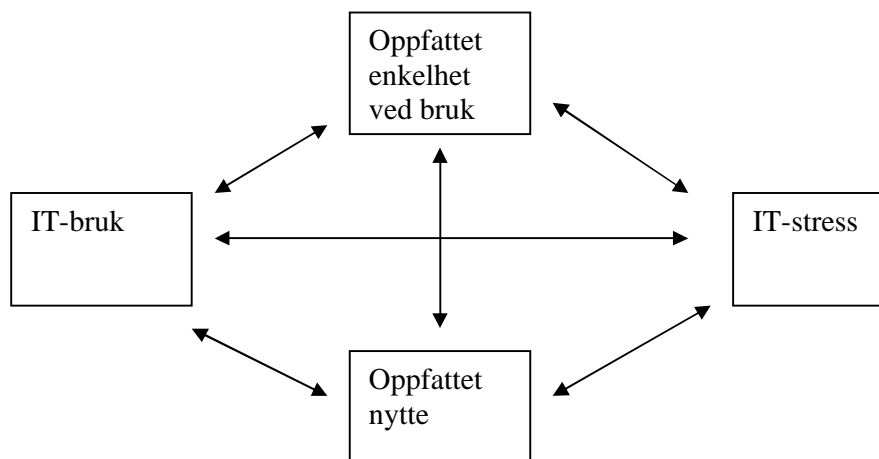
Davis fant at TAM er et praktisk verktøy for tidlig testing av brukeraksept. Undersøkelsen viste at holdning hadde betydelig effekt for bruk, antatt nytte hadde stor effekt for holdning. Antatt nytteverdi har større betydning for bruk enn antatt bruksvennlighet.

I modellen til Davis er oppfattet nytte definert som ”i hvilken grad et individ tror at bruk av et bestemt system vil øke hans eller hennes yteevne på jobb.” Videre er oppfattet enkelthet ved bruk, definert som ”i hvilken grad et individ tror at bruk av et bestemt system vil være fri for fysisk eller mental anstrengelse”.

I en artikkel av Reetta Raitoharju ”When acceptance is not enough – taking TAM – modell into healthcare” er TAM modellen brukt til å evaluere IT-stress som en faktor vedrørende brukeraksept. Artikkelen vektlegger at stressnivået i helsevesenet er økende og IT bruk må

sees på i denne sammenheng, det vil si om bruk av IT er med på å øke stressnivået til brukerne. I artikkelen beskrives stress som både direkte og indirekte IT-stress. Direkte stress kan for eksempel være at brukeren er redd for å ødelegge noe ved apparaturen, redd for å ikke mestre, redd for teknologi, redd for helsen og har redsel for det som er nytt og fremmed. Indirekte stress er beskrevet som det som skjer når en bruker av IT, som ikke er redd for å bruke det og som kanskje til og med liker å bruke det, opplever at bruken går ut over andre oppgaver. Det tar for mye tid og andre oppgaver blir forsømt. Dette presset av ugjort arbeid fører til indirekte stress.

Også i denne undersøkelsen fant forskeren at opplevd nytte har stor betydning for antatt bruk av systemet. TAM beskriver altså brukers aksept av systemet. Artikkelen beskriver også at i helsevesenet er bruk av IT blitt obligatorisk, slik at de ansatte må bruke det uavhengig om det oppleves brukervennlig eller nyttig. Artikkelen til Raitoharju har inkludert IT-stress i TAM modellen, og har antatt at oppfattet enkelthet i bruk og oppfattet nytteverdi vil redusere IT-stress. På den andre side vil ansatte som opplever IT-stress ikke se nytten av systemet eller om det er lett å bruke.



3.0 Metode

I dette kapitlet skal vi se nærmere på oppgavens fundament som består av våre observasjoner på egen arbeidsplass og gruppe intervju. Vi skal vise hvorfor vi har valgt kvalitative metoder, og hvilke tanker og forutsetninger vi hadde forut for intervjuene. Deretter gjennomgår vi intervjuprosessen fra forberedelse til analyse. Kapitlet avsluttes med etiske refleksjoner.

3.1 Hva er metode?

Dalland henviser til Vilhelm Aubert sin definisjon av metode:

"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder".

Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe og /eller etterprøve kunnskap. Metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke, ikke målet. Den hjelper oss til å samle inn data, den informasjonen vi trenger til undersøkelsen vår.

Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at den vil gi gode data og belyse spørsmålene på en faglig tilfredsstillende måte (Dalland, 2002). Det dreier seg om hvordan vi kan gå frem for å undersøke om våre antagelser er i samsvar med virkeligheten eller ikke.

God kunnskap om metode er nødvendig for å kunne velge riktig metode som er best egnet til de forskjellige oppgavene.

Metoden tvinger oss til å gå gjennom spesielle prosesser for å kunne gjennomføre en undersøkelse. I tillegg skal metoden hjelpe oss til å systematisk stille kritiske spørsmål knyttet til valg som gjøres, og hvilke konsekvenser disse valgene kan ha.

En undersøkelse skal være en metode for å samle inn empiri, og det bør tilfredstilles to krav: empirien må være gyldig og relevant, og at empirien må være pålitelig og troverdig (Jacobsen, 2003). Dette vil vi beskrive senere i kapitlet.

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

Kvale sier at kvalitative og kvantitative metoder er redskaper, og at anvendeligheten beror på deres evne til å besvare de aktuelle forskningsspørsmål.

Det er viktig å bruke den metode som gir svar på de spørsmålene en har.

Kvantitativ metode har den fordel at de tar sikte på å forme informasjonen om til målbare enheter som i sin tur gir oss muligheten til å foreta regneoperasjoner, som det å finne gjennomsnitt og prosenter av en større mengde. De er presise, systematiske, går i bredden og får frem det som er representativt. Innsamlingen av data skjer uten direkte kontakt med feltet. Forskeren ser fenomenet utenfra, er nøytral og det blir et "jeg-det-forhold." Kvantitative metoder blir ofte satt i kontrast eller motsetning til de kvalitative metoder (Dalland, 2002).

Kvalitativ metode tar i større grad sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle, og benyttes for å få data som kan karakterisere et fenomen (Dalland, 2002).

Kvalitative studier betegnes oftest som utforskende beskrivende. Fortolkningen av observasjonene en gjør er rettet mot å forstå mer enn å forklare. Karakteristiske trekk beskrives og sammenlignes mellom ulike aspekter, og resultatene er bare ett skritt på veien til forståelse. Nye studier kan videre bekrefte eller avkrefte den forståelsen som den foreliggende studien presenterer (Fagermoen, 2005).

Denne metode søker å favne respondentens perspektiv, oppfatninger og forståelse i mest mulig naturlig omgivelser og nærhet til kilden. De går i dybden og forsøker og få frem det særegne. Hvis en skal forstå andre individer, grupper og organisasjoners situasjon, må en komme disse nærme i deres omgivelser. Forskeren ser derfor fenomenet innenfra og erkjenner påvirkning og delaktighet. Forskere og undersøkelsespersoner får ofte et "jeg-du-forhold". Man er ikke opptatt av at den kunnskap som kommer frem skal kunne generaliseres. De data som samles inn tar sikte på å få frem sammenhenger og helhet. Målet er å forstå og beskrive, ikke nødvendigvis å forklare (Dalland, 2002).

Ved analyse av vår problemstilling og teorigrunlaget bestemte vi oss for å gjennomføre kvalitativ intervju. Valget falt på det studie designet da vi mener det egner seg godt til å belyse den problemstillingen vi ønsker å undersøke.

Ved bruk av kvalitativ metode ville vi kartlegge hvordan systemet brukes samt utdype og forstå hvordan samhandling mellom sykepleiere i de ulike enhetene foregår. Målet er å få innsikt i erfaringer og synspunkter, derfor er kvalitativ intervju etter vår vurdering et tilstrekkelig innsamlings metode for vår problemstilling.

3.3 Aktiv deltagende observasjon

For å kartlegge informasjonsflyten som foregår ved samhandling mellom sykepleiere, valgte vi å bruke observasjon som metode. Vi bestemte oss for å registrere og observere informasjonsflyten på våre ulike arbeidsplasser, for å kunne se hvilken informasjon man mottar og gir videre i vårt arbeid som sykepleiere. Vi ønsket også å kartlegge hvilke medier vi benyttet oss av når vi samhandlet med andre samarbeidspartnere vedrørende pasientbehandlingen.

Å observere betyr å se på hva mennesker gjør, både handlinger og samhandling, som kan være forskjellig fra hva folk sier de gjør (Dalland, 2002). Vi har derimot tenkt å observere hva vi selv gjør i situasjoner hvor vi utveksler pasientinformasjon.

Aktiv deltagende observasjon betyr at den som observerer, deltar på lik linje med de andre han eller hun undersøker, og det er først og fremst aktuelt hvis vi skal undersøke hva som skjer over tid i en gruppe (Jacobsen, 2003).

Som observatør skal man påvirke situasjonen minst mulig, men det kompliseres av at vi foretar en observasjon og refleksjon av egen atferd i gitte situasjoner. Man kan risikere at man selv påvirker resultatet sterkt, slik at påliteligheten svekkes. I vår situasjon skal vi prøve å registrere rutiner og prosedyrer som vi har for samhandling i et gitt skjema.

Vi har en kvalitativ tilnærming ved vår observasjonsmetode.

En kvalitativ tilnærming karakteriseres ved at man prøver å oppnå en helhetsforståelse av det som observeres, og at den retter seg mer mot samspill mellom mennesker enn mot enkeltpersoner. Den er samtidig prosessorientert, og man må ha bevissthet om egen rolle i observasjonen. En kvantitativ tilnærming retter oppmerksomheten mot det ytre og lett synlige for å registrere hva som foregår. Man kvantifiserer hyppigheten av samhandling og behov for informasjonsutveksling og registrerer hvilke medier man bruker (Dalland, 2002).

I følge Dalland rettes oppmerksomheten mot subjektive opplevelser og spillet mellom mennesker. Dette er aspekter som vil være viktig videre i vårt prosjekt.

Vi er godt kjent i vårt undersøkelsesfelt, så vi trenger ingen "bli kjent" tid. Muligheten for å oppdage noe nytt og ukjent ved seg selv og sine egne rutiner er til stede, da slike observasjoner blir synliggjort i et observasjonsnotat.

Tidsaspektet er også viktig ved observasjon. Informasjonen man får ved observasjon er mer pålitelig jo lengre undersøkelsen varer (Jacobsen, 2003). Vår observasjonstid er 2 uker. Vi er begrenset av tidsplanen til prosjektet generelt, men mener at 2 uker vil være nok for å gi et bilde av rutiner for samhandling og informasjonsutveksling, slik de er per i dag.

Ved å kombinere observasjon og intervju kan observasjonene for eksempel gi de nødvendige forutsetninger for intervjuet. Intervjuet kan tilsvarende bidra til å fylle ut bilde som observasjonen gir (Dalland, 2002).

For å systematisere vår observasjonsstudie, har vi tatt utgangspunkt i en artikkel av Carsten S. Østerlund; "Combining Genres: How Practice Matter". Han viser i artikkelen at moderne organisasjoner ofte befatter seg med et stort område av informasjonssystemer, både digitale og papirbaserte. Ofte blir nye systemer integrert i gammel praksis, eller brukes parallelt med systemer som ble introdusert for flere år siden. Dette beskriver forfatteren som typisk for helsevesenet. Artikkelen beskriver en studie hvor bruk av ulike genre, og kombinasjon av genre påvirker utveksling av pasientinformasjon mellom leger, sykepleiere og merkantilt personalet. Han stiller spørsmål om hvordan man danner seg oversikt over de system som rutinemessig brukes i en organisasjon som en del av deres kommunikativ handlinger. Fokus er på folks praksis, hvem kombinerer genre med hvem og hvor.

I artikkelen har forfatteren sett på kombinasjoner av genre på et akuttmottak på et sykehus, med flere profesjoner involvert. Forfatteren identifiserer ulike genre som fungerer som et genresystem på sykehuset. Videre fokuserer han på en av disse genrene som er sykepleiernes flytskjema. Han beskriver informasjonsflyten ved å følge en liten pike, Emily, og hvordan hennes helseopplysninger forflyttes gjennom behandlingsskjeden i mottak, og hvilke helseopplysninger som ble gitt til hvem og i hvilken sammenheng. Flytskjema fungerer som en reisebeskrivelse og et koordineringsverktøy for å samordne aktiviteter i behandlingsskjeden. Forfatteren avslutter med at erfaringene ved å se på genrekombinasjoner kan bidra til en analytisk gjennomgang når man skal vurdere fordeler og begrensninger ved systemutvikling eller implementering av digitale løsninger (Østerlund, 2006).

Vi mener artikkelen er relevant for vår studie, selv om vi kun skal undersøke en profesjon, sykepleiere. Vi tar utgangspunkt i genrene identifisert i artikkelen og bruker det som basis for

vårt observasjonsstudie. Det som er viktig for oss er å identifisere i hvilke sammenhenger sykepleiere samhandler på tvers av avdelinger, og på hvilke måte. Genrene identifisert er hvorfor, hvem, hva, når, hvor og hvordan, og disse ligger til grunn for observasjonene våre. Denne tilnærming kan fortelle oss noe teoretisk viktig om kommunikasjon, og gi oss kunnskap om hvordan praksis oppstår.

3.4 Det kvalitative forskningsintervju

Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra den intervjuedes eget perspektiv. Intervjuets struktur er likt den dagligdagse samtale, men som et profesjonelt intervju involverer det også en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale, 1997).

Intervjuer er av mange betraktet som den viktigste kvalitative metode. Den er velegnet når utgangspunktet er undring over hvordan et fenomen tar form og utvikler seg. Intervjuer gir et individbasert kvalitativt materiale, en beskrivelse av virkeligheten slik de intervjuede selv opplever den (Dalland, 2002).

Kvalitativ intervju blir ofte delt inn i to typer, det halvstrukturerte og det ustrukturerte. Kvale sier noe om disse:

Halvstrukturert intervju

Det halvstrukturerte intervju er delvis strukturert ved at man har formulert formålet med undersøkelsen på forhånd. Det vil si at intervjuet fokuserer på bestemte temaer og det er gjort en begrepsmessig og teoretisk forståelse av temaet som skal undersøkes. Forskeren har også formulert spørsmålsstillinger, en intervjuguide, men man er ikke bundet til kun å holde seg til disse spørsmålene, da man kan utdype dem og stille spontane spørsmål.

Ustrukturert intervju

Det ustrukturerte intervju preges av at den som intervjuer har et hovedtema, men har ikke på forhånd laget en plan for hva man vil spørre om. Intervjuformen ligner en alminnelig samtale (Kvale, 1997).

I følge Kvale vil det være mest relevant å bruke halvstrukturerte intervju når fokus er et bestemt tema. Dette for å få de mest relevante og gyldige svarene på problemstillingen. Og på bakgrunn av dette har vi valgt å bruke halvstrukturerte intervju.

Gruppeintervju er en kvalitativ datainnsamling intervju som baserer seg på en utspørring av flere individer, enten hver for seg eller samtidig i en formell eller uformell setting.

Gruppeintervju kan benyttes for å hjelpe respondentene til å komme på ulike hendelser eller til å utdyppe beskrivelser av hendelser eller erfaringer som gruppemedlemmene har felles (Postholm, 2005).

Vi har valgt gruppeintervju for vi tror det kan være lettere for intervjupersonene ved at de kan supplere hverandre med deres erfaringer ved bruk av Gericca. Samtidig må vi være oppmerksom på at alle intervjupersonene kommer til ordet, og at ikke en av informantene i en gruppe er for dominerende. Det vil bli en utfordring for oss i intervjusituasjonen. Videre har vi også tatt hensyn til tidsaspektet, da vi får flere respondenter på kortere tid.

3.5 Planlegging og gjennomføring av intervju

Vi har utarbeidet intervjuguide på basis av våre observasjoner og diskusjon rundt observasjonsprosessen og arbeidssituasjonen. Vi har godt kjennskap til undersøkelses område, men allikevel forsøkte vi være så objektive som mulig ved utarbeidelse av guiden. Vi brukte også teorigrunnlaget vårt og tok hensyn til de 12 aspektene ved det kvalitative intervju som Kvale har utarbeidet. De 12 aspektene er:

1. Beskrive og forstå sentrale temaer som respondentene opplever og lever i, deres livsverden.
2. Registrere og fortolke hva som sies, og hvordan det sies – deres mening.
3. Søke kvalitativ viten uttrykt i alminnelig språk, arbeide med ord, ikke tall – kvalitativt.
4. Beskrive så presist som mulig, hva respondentene opplever og føler, og hvordan de handler – beskrivende.
5. Beskrive spesifikke situasjoner og handlingsforløp.
6. Utvise åpenhet overfor nye og uventede fenomener i stedet for å ha ferdige kategorier og fortolkningskjema – bevisst naivitet.
7. Fokusere på bestemte temaer i respondentens livsverden i forskjellige perspektiver eller kontekster, men ikke lede dem frem til bestemte meninger.
8. Gjøre klart om flertydigheter og motstridende utsagn skyldes kommunikasjonssvikt i intervjusituasjonen eller om de avspeiler virkelige innkonsekvenser, ambivalenser eller motsigelser hos respondentene.

9. Være oppmerksom på at respondenten kan endre beskrivelser av, og meninger om et tema underveis i intervjuet på grunn av ny innsikt og bevissthet som oppdages underveis - forandring.
10. Være oppmerksom på at forskjellige intervjuere kan fremkalle forskjellige utsagn om samme tema på grunn av ulik forforståelse og evner til å få frem forskjellige nyanser – sensitivitet.
11. Være oppmerksomhet den mellommenneskelige situasjon, at respondent og forsker påvirker hverandre
12. Få intervjuet til å bli en positiv opplevelse for respondenten.

Vi definerte problemområder som vi brukte som utgangspunkt for intervjuguiden, og definerte spørsmål under hvert område. Områdene er beskrevet som:

- bruk av programmet
- opplæring
- oppfattet nytte og oppfattet enkelhet ved bruk
- informasjonskvalitet
- samhandling

3.5.1 Utvalg av respondenter

Antallet intervjupersoner er avhengig av studiens formål. Kvale sier: "Intervju så mange personer som er nødvendig for å finne ut det du trenger å vite", når man spør hvor mange en skal intervju.

Utvalg av enheter bestemmer i stor grad hvilken informasjon vi får kjennskap til. Vi må skille mellom informant og respondent.

En respondent er en person med direkte kjennskap til et fenomen, for eksempel ved at de har deltatt i en hendelse, mottar en spesiell tjeneste eller er medlem av en spesiell gruppe. I vår undersøkelse vil respondenter være sykepleiere som arbeider i institusjon eller hjemmesykepleien i Arendal Kommune. En informant er person som ikke selv representerer gruppen vi undersøker, men som har god kunnskap om gruppen eller fenomenet (Jacobsen, 2003).

Vår metode er kvalitativt intervju, og vi vil gjennomføre gruppeintervju.

”En gruppe må ha et minstemål av felles opplevelser.”

Målet vårt er å få frem hvordan en ganske lik gruppe ser på et fenomen og vi velger derfor homogene grupper. Vi vil intervju fire grupper med to personer i samme gruppe fra samme arbeidssted, ved å ha to grupper fra institusjon og to grupper fra hjemmetjenesten.

Som utvalgs-kriterium vil vi bruke informasjon, det vil si at vi velger enheter som vi mener kan gi oss mye viten om temaet (Jacobsen, 2003). Det kan være personer med mye kunnskap om det vi er interessert i å undersøke, som for eksempel utstrakt bruk og erfaring med Gericca som dokumentasjonsverktøy. Det kan være vanskelig med et slikt utvalgs-kriterium med tanke på å velge respondenter som kan gi oss mest informasjon om det vi skal undersøke.

I og med at vi selv arbeider i Arendal Kommune har vi en før - forståelse av hvilke avdelinger i kommunen som har kommet lengst i bruken av Gericca. Dermed velger vi avdelinger ut fra vår forforståelse.

3.5.2 Innpass til forskningsfeltet

For å få innpass på forskningsfeltet, skrev vi en generell søknad til kommunen om tillatelse til å gjøre en undersøkelse i kommunen (Vedlegg 1). Vi fikk et positivt svar (Vedlegg 2) og tok personlig kontakt med lederne for representative avdelinger vi ønsket å snakke med. Dette var etter kjennskap til kommunen og et ønske om å foreta undersøkelsen på steder der de hadde brukt verktøyet en periode. De var positive og pekte ut de personene som de mente var aktuelle og kunne representere avdelingens bruk av Gericca. Etter å ha gjort avtaler med sykepleierne som ville stille opp, ble det sendt ut et brev (Vedlegg 3) med beskrivelse av vår oppgave og hva vi ville konsentrere oss om i intervjusituasjonen. Etter intervjuene ble respondentene forespurt om de ville lese igjennom transkriberingen.

3.5.3 Intervjusituasjonen

Vi hadde avtalt tid og sted med de vi skulle intervju. For at intervju-personene skulle føle seg trygge valgte vi å holde intervjuene på deres arbeidsplass. Vi hadde tatt ut et stille rom der vi kunne gjennomføre intervjuene uten forstyrrelser. De var også på forhånd innformert om at det ville bli tatt opptak av intervjuet, slik at dette ikke skulle bli en forstyrrende faktor.

Ved det første intervjuet var vi alle tre tilstede, men de tre andre intervjuene var vi to. Det ble pekt ut en hovedansvarlig for intervjuet, som skulle føre ordet. Den andre hadde ansvaret for

opptak og eventuelt påse at alle spørsmål på intervjuguiden ble besvart og komme med oppklarende spørsmål når det var behov for det.

Vi hadde planlagt å ha fire gruppe intervju. Ved det ene intervjuet var det en som ikke kunne møte, derfor ble dette intervjuet gjennomført med bare en respondent. Vi forandret ikke noe på intervju guiden og stilte de samme spørsmålene.

Intervjuene ble innledet med beskrivelse av tema for undersøkelsen, med hensikt å skape tillit og åpen stemning hos respondentene. Under intervjuene har vi fått inntrykk at problemstillingen er et aktuelt tema for diskusjon, og respondentene virket åpne til å dele erfaringer og opplevelser med oss. I intervjusituasjonen brukte vi intervjuguiden, men allikevel lot vi samtalen flyte og lot informantene fortelle på sin egen måte og i egen rekkefølge. I noen situasjoner måtte vi stille oppfølgingsspørsmål for å få sammenheng og forståelsen for hva de mente. Det at det var to deltagere føret til at de utfylte hverandre og delte erfaringer med hverandre under intervjuet. En slik måte å kommunisere på førte til at noen spørsmål i guiden ikke ble besvart, men vi har fått spontane innholdsrike og relevante svar.

3.5.4 Transkribering

Transkripsjon av intervju er den fasen i undersøkelsen hvor man oversetter tale til skrift. Det er i følge Kvale, ikke bare en teknisk prosess, men en tolkningsprosess i seg selv.

Ved å bruke lydopptak, kan man konsentrere seg om samtalen og selve intervjusituasjonen. Lydopptak registrerer også dynamikken i samtalen, med ordbruk tonefall, pauser, latter og så videre. Mangelen ved lydopptak er at man ikke får med seg det visuelle, som omgivelsene, deltakernes kroppsspråk og mimikk. Transkripsjon innebærer at man oversetter et muntlig språk til et skriftlig språk, som har andre regler enn det muntlige. Utskriften av transkripsjonen er kunstige konstruksjoner av kommunikasjon fra muntlig til skriftlig form, slik at transkripsjonens reliabilitet og validitet er viktige faktorer å vurdere før videre analyse av materialet (Kvale, 1997).

Vi har kvalitetssikret vår transkripsjon ved at de er kontrollert av 2. Intervjuene er blitt hørt, transkribert av en person, for så å bli hørt av en annen person mens transkripsjonen ble kontrollert. Småfeil er blitt korrigert, det vil si enkelte ord, som ikke har endret mening og retning til respondentene. Større avvik er blitt diskutert, og man har hørt på båndet på nytt, og kommet frem til felles tolkning av intervjuet. Småord ble fjernet, som ja mellom setninger, mm, ehh og så videre, da dette ikke har relevans for intervjuets mening.

Vi hadde et par problemer med lydopptaket, det var for lang avstand til mikrofonen, slik at det er noe uklart hva respondentene sier. Dette har vi løst med å se på helheten av intervjuet og brukt egen hukommelse. Det manglet også en begynnelse på det ene intervjuet, dette ble også løst på samme måte.

Vi fikk erfaring med at det er ressurskrevende å transkribere, og vi sitter med mange sider materiale som nå skal analyseres videre.

Transkripsjonen fører også med seg at etiske overveielser må gjøres. Det er viktig å beskytte respondentenes konfidensialitet, og da kan det være nødvendig å fjerne navn som nevnes i intervjuet, enten det er navn på personer eller avdelinger.

3.5.5 Analyse metoder

Analyser av kvalitative data er vanskelig fordi det ikke finnes standardiserte teknikker, slik som i analyse av tall data. Formålet med det kvalitative intervju omfatter både beskrivelse og fortolkning av temaer i respondentens livsverden. Kvale beskriver seks mulige analysetrinn: Det første består av beskrivelsen av livsverden, hvordan respondentene forteller om sine opplevelser og følelser i forhold til emne. Andre trinn er at intervjupersonene selv oppdager nye forhold i løpet av intervjuet, og ser nye betydninger i det de opplever og gjør. På tredje trinn foretar intervjueren i løpet av intervjuet fortettinger og tolkninger av meningen og sender denne tilbake, slik at respondenten kan bekrefte eller avkrefte. Dette kan resultere i et selvkorrigerende intervju. I det fjerde trinn tolker intervjueren det transkriberte intervju, og i femte trinn er det eventuelt et gjenintervju. Her får respondenten anledning til å svare utfyllende og korrigere på fortolkninger som forskeren har gjort, enten det skjer i et nytt intervju eller at respondenten får lese gjennom materialet. Sjette trinn kan være handling, intervjupersonene begynner å handle på bakgrunn av den nye innsikten de har fått i løpet av intervju. De seks trinnene som her er nevnt forutsetter ikke hverandre, verken logisk eller kronologisk (Kvale, 1997).

Da vi skulle analysere empirien som vi hadde fått ved intervjurundene, startet vi med å lese nøye gjennom transkripsjonen for å få en beskrivelse av respondentenes livsverden. For å få en bedre oversikt over resultatene, laget vi en tabell hvor vi kategoriserte etter emner. Vi brukte de samme emnene som vi hadde delt inn intervjuguiden med, men utvidet med noen flere emner, eller underkategorier. Dette gjorde vi for å få et sammendrag på hva som ble sagt

ut fra de ulike emnene som ble berørt under intervjusituasjonen. Tabellen er veldig komprimert, men er ment som et pekepinn på hva man finner i hvilket intervju. I drøftingsdelen har vi gått inn i hvert enkelt intervju og sett på kontekst for når utsagn ble sagt, mens tabellen gir bare en grov sammenfatning.

Vi har delt inn i følgende emner:

- 1) Bruk av moduler i Gericca
 - 1a) Hva finnes i papirform
- 2) Opplæring
 - 2a) Innhold i opplæring
 - 2b) Kompetanse
- 3) Oppfattet nytte og enkelthet ved bruk
 - 3a) Gericca som stressfaktor
- 4) Informasjonskvalitet
 - 4a) Dokumentasjonsrutiner ved bruk av Gericca
 - 4b) Maskinpark
 - 4c) Nettverk
- 5) Samhandling – motta pasient
 - 5a) Samhandling – utskriving av pasient
 - 5b) Muntlig rapport
 - 5c) Elektronisk samhandling i fremtiden

Dette er emnene vi har kategorisert etter og brukt til videre analyse. Vi har valgt å gjøre det slik for vi mener det gir mest oversikt over materialet. Man kan bruke tabellen til å finne frem og søke etter hva som ble sagt i de ulike intervjuene.

Man må reflektere nøye over validiteten over hva man finner i tabellen, da den er grovt sammensatt av enkelt uttalelser. Når vi har drøftet resultatene, så har vi vært nøye med å gå inn i intervjuene og se på konteksten rundt uttalelsene, for at svarene skal komme frem i riktig sammenheng. En slik tabell får ikke med seg hele bilde av sammenhengen, og må kun sees på som et hjelpemiddel til å finne frem i mengden med data.

3.5.6 Reliabilitet og Validitet

Datas reliabilitet og pålitelighet går på om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Ved valg av undersøkelses design må man stille spørsmål om opplegget kan påvirke resultatene vi vil komme fram til. Det foreligger sammenheng mellom valg av metode og pålitelighet. Ved gruppeintervju kan intervjuerens tilstedeværelse påvirke resultatene.

Utforming av spørsmål, måte og rekkefølge de stilles, har stor innflytelse på svarene vi får, i tillegg til kroppsspråk og mimikk intervjuere bruker. Dette kalles for intervju effekter.

Jakobsen beskriver også kontekst effekter, som knytter seg til hvilken sammenheng informasjonen blir samlet inn i. Intervjuene med kollegaer ble gjennomført på arbeidssted, det vil si i naturlig kontekst, som i minste grad skulle skape forstyrning eller uro.

Tema for intervju ble kjent blant respondentene på forhånd, og de hadde satt av tid og hadde tillitt til å snakke åpent om tema.

Et annet viktig vilkår for troverdigheten er transkribering og analysing av innsamlet data.

”en sentral del av analysen – etter renskrivning / forståelse og kategorisering – er bruk av sitater fra mennesker...men det er alltid mulighet at det er ikke valgt de riktige sitater”

(Jacobsen, 2003).

Erfaring med intervju er av stor betydning for datainnsamling.

Validitet er hovedkvalitetskriteriet. I ordbok defineres validitet som ”velfundert kvalitet” og i forskningssammenheng forstås dette som vitenskapelig troverdighet. Vurdering av kvaliteten kan beskrives som ”i hvilken grad forskeren har sannsynliggjort at studien vil frambringe resultater som er troverdige, pålitelige, og gyldige” (Postholm, 2005). Relevans er også av betydning i den sammenheng.

Ifølge Kvale er kvaliteten på det originale intervju er avgjørende for kvaliteten på den senere analysingen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet. Han definerer seks kvalitetskriterier og ifølge dem bør meningen med det som ble sagt både tolkes, verifiseres og kommuniseres før lydopptaket stanses.

- Graden av spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra intervjupersonen.
- Jo kortere intervjuerens spørsmål er og jo lengre intervjupersonenes svar er, jo bedre.
- Graden av oppfølging fra intervjuerens side samt klargjøring av betydningen av de relevante delene av svaret.

- Idealintervjuet blir i stor grad tolket mens det pågår.
- Intervjueren forsøker i løpet av intervju å verifisere sine tolkninger av intervjupersoners svar.
- Intervjuet er ”selvkommuniserende” – det er i seg selv en fortelling som ikke krever særlig ekstra kommentarer og forklaringer.

3.6 Etiske refleksjoner

Etiske refleksjoner må man gjøre seg gjennom hele forskningsprosessen, fra man planlegger hva som skal undersøkes og til man skriver konklusjon. Kvale viser til etiske spørsmål som er sentrale i alle forskningsstadiene. Man må reflektere over formålet med undersøkelsen. Vi har sett på utfordringer som sykepleierne møter i sitt daglige arbeid når de bruker Geric som dokumentasjons- og samhandlingsverktøy. Ved å sette fokus på problemområder, kan dette føre til økt oppmerksomhet og forhåpentligvis bedre praksis.

Det er også viktig å innhente samtykke, noe vi har gjort til kommuneledelsen i omsorgssektoren i kommunen vi arbeider i. Vi forfattet et brev hvor vi informerte om oss selv, studiet, og hva vi ønsket å undersøke, og fikk positiv tilbakemelding. Videre har vi informert respondentene om hva vi skal undersøke og informert om at vi skal anonymisere intervjuene slik at ikke intervjupersonene kan identifiseres. På små avdelinger kan det være vanskelig å anonymisere da bemanningen med sykepleiere kan være lav og gjennomsliktig. Vi har løst dette med å skrive nummer på intervjuene og utelate navn som nevnes i intervjuene som kan bidra til å identifisere respondentene. Vi opplevde en stor velvillighet på å dele erfaringer med oss gjennom intervjuene, både på godt og vondt, og vi har fjernet navn som har blitt omtalt kritisk. Intervjuet med Gericakonsulenten blir vanskelig å anonymisere, men dette intervjuet blir brukt mer i informativ retning om Geric som dokumentasjonsprogram, og fokus er ikke vedkommendes personlig mening om programmet. Vi har allerede redegjort for etiske refleksjoner rundt transkribering.

I analysen er det en utfordring å få med seg konteksten i hva de sier, i hvilken sammenheng de svarer, og at sitater blir brukt i riktig sammenheng. Vi har hatt et halvstrukturert intervju, der samtalen mange ganger har fått ”flyte fritt”, slik at vi har vært veldig påpasselige med å lese transkripsjonen så vi har fått hele sammenhengen.

Når man baserer en undersøkelse på tolkning av hva andre har sagt, så føler vi på ansvaret for å forvalte respondentenes meninger riktig. Vi har diskutert og gjennomgått hvert sitat for å være sikker på at alle tre i gruppa har forstått det likt, og brukt hverandre når vi skal verifisere svarene.

Det er viktig for oss å fremstille resultatene så ærlig som mulig, og vi har vært veldig oppmerksomme på at undersøkelsen ikke skal påvirkes av vår førforståelse. Vi har prøvd å gå inn i undersøkelsen uten fordommer og personlige følelser, men det er selvsagt vanskelig å få til. All vår atferd er styrt av våre erfaringer og kunnskap om forskningsfeltet, slik at det har vært en stor utfordring å ikke la det påvirke undersøkelsen. Det at vi spør våre kollegaer, kan også være med på å forme deres svar, da de kanskje ikke ser oss som forskere, men som kollegaer. Det at vi har hatt så stor fokus på dette, mener vi har bidratt til å dempe fordommer mot det vi skal undersøke.

Det kan være både fordeler og ulemper ved å undersøke en problemstilling i egen organisasjon.

Fordelene kan være at når man kjenner organisasjonen, så kan man fange opp forhold som en forsker utenfra ikke får innblikk i. Man vet hva som opptar de ansatte, og det kan gi en mulighet for å stille presise spørsmål.

Ulempene kan være at man lett kan komme til å stole på at man er godt orientert. Når man skal tolke data kan det være vanskelig å være objektiv og nøytral. Man kan la seg påvirke av sine forutinntatte meninger og fordommer, bevisst eller ubevisst. Det kan være vanskelig å skrive sannheten om man finner noe negativt når man kjenner menneskene i organisasjonen. Resultatet kan være at man gir en forsiktig fremstilling av situasjonen (Torjusen, 2005).

Under hele prosessen har vi forsøkt å legge vekt på å være nøytrale og ikke forutinntatte. Vi har hatt kontinuerlige diskusjoner rundt dette, og vi ser at det er en utfordring å skrive om forhold i egen organisasjon.

4.0 Resultater

I dette kapitlet presenterer vi et sammendrag av resultatene våre, både fra observasjonsstudiet og intervjuene. Kapitlet avsluttes med metoderefleksjon.

4.1 Observasjon

Det ble gjennomført observasjonsstudie på tre forskjellige avdelinger i kommunen. Vi var selv delaktige og observerte egen praksis over en 14 dagers periode. I tillegg konfererte vi med våre kollegaer for å se om våre observasjoner samsvarte med praksis.

Hensikten var å kartlegge hvordan informasjonsutveksling skjer mellom ulike avdelinger i kommunen, og hvilke medie som blir brukt til denne samhandlingen.

På forhånd hadde vi blitt enige om hvordan vi skulle observere og nedtegne disse observasjonene. Utgangspunktet var artikkelen av Carsten S. Østerlund, "Combining Genres, How Practice Matters". Der han beskriver flytdiagram med utgangspunkt i genrene hvorfor, hvem, hva, når, hvor og hvordan. Disse brukte vi som basis for våre observasjoner.

Her følger en kort oppsummering av observasjonen.

Det viste seg at vi ofte mangler pasientinformasjon ved mottak av pasienter fra andre avdelinger i kommunen. Vi brukte mye tid på å innhente disse opplysningene, for å få et helhetlig bilde og for å forstå pasientenes behov.

For å skaffe til veie de opplysningene vi trengte ble det brukt i hovedsak telefon som verktøy.

Vi ringte avdelingen pasienten kom fra, kontaktet fastlege og i noen tilfeller ble også pårørende kontaktet. Pasienten selv viste seg ofte å være den beste kilde til opplysninger, men at det selvsagt kom an på pasientens tilstand.

Vi registrerte ulik praksis ved utskrivning eller overføring av pasient. Våre observasjoner tyder på at få skriver sykepleiesammenfatning i Geric, den blir hovedsak skrevet for hånd og sendt med pasienten. Samt ble også en kopi av medisinkortet lagt ved. Likevel ringer vi mottagende avdeling og varsler om tidspunktet for når pasienten kommer og for å gi en generell rapport.

4.2 Intervju

Ved analyse av intervjuene har vi kategorisert resultatene i en tabell. Intervjuguiden var utgangspunkt for kategoriseringen, men vi la til noen tilleggspunkter i resultattabellen.

Hensikten med tabellen var å vise til fakta og de ulike momenter ved bruk av programmet og elektronisk samhandling.

	Intervju 1	Intervju 2	Intervju 3	Intervju 4
1. Bruk av Gerica moduler	A/B: tiltaksplan, brukeroversikt, journalregisteret	A: tiltaksplan, hovedkort, journaler og medisinmodulen Legen bruker legejournalen og vi kan lese der.	A: brukere, tjeneste, rapport og arbeidsliste	A: journalskriving Arbeidslister, tjenestebilde, vedtak
1a. Hva finnes det i papir form?	A: listemedisin, inntakst, brukerkort B: sykepleie rapporten, medisinkardeks	A: journal, medisinkardex og prosedyrer	B: hovedkort og medisiner, injeksjoner	A: medisinkardex, diagnose, epikriser
2. Opplæring	A/B: to dagers kurs, ikke i samhandling.	A: det er stadig kurs, man trenger mer opplæring enn det man trodde.	A: tre dagers kurs, et år før de begynte med Gerica B. ikke fått kurs, fått opplæring av kollegaer, hatt kurs i å skrive rapporter og se på vedtak A: ikke fokus på samhandling	A: god oppl, 3 dagers kurs B. To kurs. En dag den ene og halvannen dag den andre. A: 2 t. på PDA

2a. Innhold i opplæring	B: skrive rapport, legge inn innkomst. A/B: videre veiledning av leder og kollegaer etter behov.	A: Har nå hatt to timers medikamentkurs. Ikke vært fokus på samhandling. Hjelp av kollegaer, superbruker på huset	B: Skrive rapporter, gå inn å se på vedtaksplan, men ikke å skrive arbeidslister	A: lært av hverandre, Ikke vært fokus på samhandling
2b. Kompetanse	A/B: kompetansen økes etter jo mer en bruker programmet, en blir tryggere, vi lærer av feilene vi gjør. Vi har ikke noe valg når det gjelder bruk av programmet.	A: jo mer du brukere det jo fortere går det å gjøre ting med verktøyet	B: har ikke nok kunnskap til å bruke Gerica, leter mye for å finne riktige opplysninger	A: bedre med erfaring
3. Oppfattet nytte og enkelhet i bruk	A: nyttig med muligheter for dokumentering, men mangler i programmet, uoversiktlig, kunne vært mer nyttig B: tungvindt program, vanskelig å finne opplysninger, omstendelig, ønsker enklere program	A: tungvindt system, bruker mye tid på å gå inn og ut	A/B: ikke enkelt A: tidskrevende B: glemmer fort ved lite bruk	B: ikke vanskelig om en først kan det A: god nok for oss, glad at IS er bruk. Lett å finne frem. Veldig nyttig verktøy. Ved bruk av PDA, kan henteopplysninger, pårørende, lege. A: vi vet ikke hvor langt de andre enhetene i kommunen kommet ved bruk av Gerica, det gjør samhandling vanskeligere.

3a. Gerica som stress faktor?	A/B: oppleves som stress, tidsmessig	A: noe stress, handler om hvor fortrolig man er med verktøyet. Tidsbruk, tok lang tid å bli trent	A: stress, men spennende B: veldig mye stress, vannvittig; mye styr med PDA. A: tekniske feil, mye hastverk, vi må gjøre det som er pålagt.	A:B: ikke stress faktor for oss.
4. Informasjons kvalitet	A: mye går på skjønn, vanskelig å få et helhetlig bilde av pasienten, B: opplysningene i Gerica er det som vi legger inn selv, noen legger inn mye, andre lite, ulik praksis B: skriver mer i Gerica nå A: skriver mindre nå, mer uoversiktlig, ønsker annen oppbygning, skrive generell rapport og bruke tiltaksplan ved prosedyrer A/B: mange forskjellige punkter å skrive under.	A: Ikke alltid, avhengig av hvem som tar innkomst og hvor godt arbeid som blir lagt ned. At det er standardisert gjør det mer forpliktende. A: vanskelig å finne pasientopplysninger, innholdet i rapportene er ymse, dokumentasjon blir ikke bedre selv om en bruker Gerica, de som skriver gode rapporter gjør det enten det er i Gerica eller det er i papir.	B: har ikke diagnose og medisiner. Det er ikke alltid at hovedkortet blir oppdatert etter f.eks innleggelse på sykehuset. Dokumenterer på PDA etter hvert besøk. Brukes stasjonær pc for arbeidsfordeling.	A: skule ha vært bedre om medisiner og diagnoser er tilgjengelig på Gerica. Hverdager oppleves enklere, kjempegreit.
4a. Dokumentasjonsrutiner ved bruk av Gerica	B: vi må legge inn alle opplysninger om ny pasient, men kan lese	A: Dokumentasjon har ikke blitt bedre av å bruke Gerica, må lete	A: føler ikke at det er bedre med rutiner, må ha bedre rutiner, bedre	A: dokumenterer på PDA etter hvert besøk. Det har blitt

	om pasienten der den har vært før	lenge for å finne noe av interesse, relatert til pasientbehandlingen	oversikt over brukere, kommunikasjonen er ikke bedre.	mye lettere med pasientoverflytting, mer effektiv.
4b. Maskinpark	A/B: ikke nok maskiner B: ønsker bærbar, de er lovet en ekstra maskin A/B: har ikke arbeidsro	A: stasjonær pc på kontor, det er for lite vi står i kø, skal få flere. Kan få arbeidsro	A: Seks stasjonær pc. Alle har hver sin PDA.	A: alle har hver sin PDA. Ikke nok maskiner, bare 4, men skal ha mer. Må vente på tur ved dokumentering foreløpig.
4c. Nettverk	A/B: tålig stabilt, Beskjed dersom nede, neste ansatt skal skrive inn	A: Det har vært mye opp og ned, i det siste har det vært ok, blir stort sett varslet. Om nettet er nede skrives rapporten inn av de som er på jobb når det kommer opp igjen.	A: av og til nede på pc, oftere på PDA.	A: på PDA: faller ut av nettet hele veien, hele systemet kan kollapse.
5. Samhandling, motta pasient	A: Telefon fra tjenestekontoret B: ringer til de som sender fra seg pasienten for å få flere opplysninger. Det hender også de ringer oss, men det varierer. A/B: fått beskjed om å ikke bruke andres institusjoner sine tiltak B: de pleier å	A: Muntlig fra tjenestekontoret. Bruker mye tid på å ringe for å få opplysninger. Sjekker hva som står i Geric fra før, hvis pasienten har hatt tjenester. Det hender pasienter kommer uten opplysninger.	A: tjenestekontor legger pasient inf. i Geric, i helger har det hendt at en skriver pasienten inn med hovedkort i papirkardex. Når pasient kommer fra en institusjon – har de med seg rapport. Ved nye brukere tar vi vurderingsbesøk, dersom	A: Tjenestekontor melder pasientene, legger inn på data. Påfyller opplysninger etterpå, vurderingsbesøk, eventuelt forandringer på det som tjenestekontor laget. Får inf. fra pasient, epikrise, familien, lege.

	avslutte tiltakene, dette har med betaling å gjøre A: ved pasienter fra hjemmesykeplei en skriver vi nye tiltak B: for de skriver på en annen måte		ikke tjeneste kontoret har gjort det.	
5a. Utskriving av pasient	B: leser veldig sjeldent det hjemmesykeplei en har skrevet i Gerica. Rutiner ikke endret seg B: en må alltid ringe A: men allikevel kan det oppstå svikt i kommunikasjon en når det blir ringt, beskjerer blir ikke videreformidlet	Skriver sykepleier rapport på papir og medisin oversikten signert av lege. Kjenner ikke til at dette er mulig på Gerica.	A: skriver sluttrapport på Gerica, men ringer samtidig og gir også muntlig rapport Rutiner: har mindre oversikt nå. Fordel at de kan lese siste rapportene på PDA. B: de ringte fra institusjon om at de har ikke fått rapport, selv om det ble skrevet på Gerica, men de fant ikke den. Det er ikke gode nok rutiner.	B: Papir, eller skriver på Gerica, litt forskjellig. De fleste vil ha det skriftlig på Gerica. Av og til skriver vi på papir også, for sikkerhet skyld. Kan ikke se om rapporten på Gerica er lest. Men vi nettopp har lært å bruke Gerica sende e-mail, og å få bekreftelse. Ringes det også.
5b. Muntlig rapport	B: Ringer, gir muntlig rapport for vår egen del, sender også sykepleiesamme	A: Den muntlige rapporten kan ikke erstattes	A: mer utfyllende å snakke B: kortfattet ved bruk av	A: ikke alltid, forskjellig, men det har blitt mye telefoner.

	<p>nfatning og medisinopplysninger med pasienten</p> <p>A: De siste gangene har vi skrevet sykepleierrapport på data, men allikevel ringer vi for å gi beskjed om at den er skrevet på dataen, fordi vi ikke vet hvordan de andre bruker Gerica.</p> <p>A/B: Gerica kan ikke erstatte muntlige rapporter.</p>		<p>Gerica, kommer på flere ting mens vi snakker.</p>	<p>Sier at de vil miste noe underveis av de finurlige, spesielle tingene uten muntlig rapportering.</p>
<p>5c. Elektronisk samhandling i fremtiden</p>	<p>B: enklere program, nok maskiner, jevnlig oppdatering/opp læring, ikke nok med to dager</p> <p>A: det bør være en felles mal for hele kommunen, slik at ting blir gjort likt</p>	<p>A: ønske om bedre oppdatering og opplæring, utarbeidelse av felles rutiner i kommunen, felles kunnskap om systemet på tvers.</p>	<p>A: rutiner og å få oversikt over pasienter, alle bør bli enige om hvordan de gjør det</p>	<p>A: savner en skikkelig bruksanvisning</p>

4.3 Metoderefleksjon

Hensikten med vår undersøkelse var å utforske og synliggjøre sykepleierens beskrivelse av hvordan de bruker Gerica og hvilke tanker og opplevelser de har i forhold til bruk av programmet ved sykepleiefaglig samhandling.

Vi opplever at teori valget vårt er relevant i forhold til vår problemstilling. En grundig problemanalyse, hvor vi forsøkte å forklare problemets relevans, samt gjennomgang av aktuell teori ga oss et grunnlag for god forståelse av problemområde.

Valget av kvalitativ metode synes vi var riktig i forhold til formålet med undersøkelsen og vi har fått mange innfallsvinkler rundt bruk av Gerica.

Som vi har sagt tidligere, gjennomførte vi halvstrukturerte intervjuer. Ved refleksjoner etter transkribering har vi lagt merke til at det var lett å gi spørsmålene ledende vinkling som vi ikke var klar over i intervjusituasjonen. Vi var ikke så opptatt av å stille alle spørsmålene i guiden, og la respondenten snakke fritt. Noen av respondentene gav veldig korte svar, og da var intervjuguide til stor hjelp.

Svarene vi fikk ga oss samtidig inntrykk av at det er et aktuelt tema for sykepleierne. Det var stor vilje til å snakke om tema og de hadde reflekterte ønsker for fremtiden i forhold til Gerica.

De gode svarene som vi fikk fra våre respondentene betrakter vi som gyldige. Vi mener at intervju var godt forberedt, det var god og vennlig stemning under intervjuene, og ikke minst, har vi god kjennskap til feltet.

Vi hadde mange diskusjoner ved tolkningen av svarene, og vi mener at de er logiske og troverdige. Vi forsøkte å være nøytrale til forskningsfeltet og har forholdt oss til teori ved drøfting av resultatene.

Ved å bruke denne metoden, har vi spurt få respondenter i forhold til hva vi hadde gjort om vi skulle hatt en kvantitativ tilnærming. Vi har prøvd å finne respondenter som kan representere bredden i kommunen, men vi var også nødt til å velge de som har en viss erfaring med programmet. Dermed har vi ikke i samme grad fanget inn de mer uerfarne brukerne. Vi har reflektert over metoden under hvert av underkapitlene i metodekapittelet, og mener vi har gjort riktig metodevalg for å få svar på problemområdet vårt. Vi skal ikke kvantifisere, men gå i dybden på problemet. I litteraturen beskrives intervju som et håndverk, og vi har følt på at vi er uerfarne i bruk av metoden i flere deler av prosessen. Det er vanskelig å få avdekket meninger med presise spørsmål. Vi har støttet oss til litteraturen vi ha funnet om emnet, og

brukt denne for å kompensere for manglende praktisk erfaring. Det har derfor vært en lærerik prosess.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet vil vi drøfte funnene fra innhentet empiri opp mot teorigrunnlaget vårt. Vi vil fokusere på problemformuleringen vår som er ” Hvordan kan dokumentasjon i Gerica understøtte elektronisk samhandling mellom sykepleiere?”

Når vi nå skal se på sammenheng mellom innhentet empiri og teorigrunnlaget vi har brukt som bakgrunn for oppgaven, er det viktig å holde fokus på hvem som er målgruppen for vår undersøkelse. Hva vil vi med denne oppgaven? Problemer og løsninger kan være forskjellig i forhold til ”hvilken sko man står i”. Har ledelsen og de ansatte samme visjon og mål, og hvor godt er organisasjonens IKT visjon forankret nedover i systemet? Ved at Gerica blir tatt i bruk i så stor målestokk som nå, kvalifiserer til å kalles en endring. Vi har beskrevet prosessen der bruk av Gerica ble utvidet som et resultat av et prosjekt i kommunen, "Effektivisering av Støttefunksjoner i Omsorg", hvor mandatet var å effektivisere driften ved å ta i bruk IKT løsninger. Dette prosjektet pågår enda, men beregnes avsluttet 01.07.06.

Resultatet var som nevnt utstrakt bruk av Gerica i pleie- og omsorgsektoren i kommunen, hvor man gikk over fra bruk av papirløsninger som dokumentasjonsverktøy til elektronisk dokumentasjon. Det utløste stort behov for PCer og behovet er enda ikke dekket. Samtlige vi har snakket med i intervjuene sier at det er for få maskiner.

Ved overgang fra papir til elektronikk påvirkes kjente arbeidsprosesser og man får en rutineendring.

”Utfordringene ved innføring av informasjonsteknologi i helsevesenet, knyttes til forandring av etablert arbeidsdeling, koordinering, kontroll og samordning av de vante arbeidsmåter. Det vil alltid skje fortolkninger og tilpassninger når ny teknologi introduseres i organisasjonen, men disse kan påvirkes” (Moen, 1992).

Man kan skrive et helt prosjekt alene om endringer i organisasjon og hvor mye som spiller inn for at endringer og prosjekter skal lykkes. Det er heller ikke tema for vår oppgave, men vi ønsker å nevne det, da vi vet at det er kompliserte prosesser som er i gang. Vi har satt oss inn i litteratur om emnet, og har tatt det med i teori grunnlaget vårt.

Ved at en kommune gjennomfører en såpass stor endring som "Effektivisering av Støttefunksjoner i Omsorg" har medført, så vil det påvirke alle i organisasjonen. Nå skal ikke vi evaluere prosjektet, men vi beskrev innledningsvis at graden av vurdert suksess er avhengig av hvilken ”sko man har på seg”.

Vi kjenner til at kommunen har effektivisert på bakgrunn av prosjektet, men vi har ikke evaluering å vise til, da dette ikke er gjennomført ennå. Vi sier også innledningsvis til dette kapittelet; hvem er vår målgruppe? Vår målgruppe er sykepleiene som bruker programmet til daglig, og en endring i organisasjonen, vil i høyeste grad påvirke de som bruker Gerica til daglig dokumentering og samhandling med andre.

Å dokumentere elektronisk er noe alle er pålagt, slik at bruk av Gerica blir obligatorisk for alle. I artikkelen til Raituharju hvor det sees på Technology Acceptance Modell i forhold til stress, legges det vekt på at bruk av IKT systemer er obligatorisk i helsevesenet. Det er ikke noe som kan velges vekk, og må brukes uavhengig om det oppleves lett eller nyttig. Det påpekes videre i artikkelen at mange kvinner over 40 år arbeider i helseinstitusjoner slik at de utgjør en stor brukergruppe, og at mange kvinner i denne aldersgruppe ikke har samme forhold til computere som yngre. I intervjurunden svarte en på om det var lett å få hjelp og veiledning, og sa den sammenheng også noe om alder og IKT:

"Men jeg tror det er lettere for oss, eller for min del er det lettere siden jeg er såpass ung i forhold til de av den litt eldre garde, for de er veldig redde for å gjøre noe feil, for at de skal ødelegge noe, mens jeg på en måte vet når jeg gjør noe, eller sletter noe . (1)

Dette utsagnet sier noe om direkte stress, der de omtalte brukerne er redd for å ødelegge noe og hvor de er redd for å ikke mestre. En av respondentene har svart på om hun opplever Gerica som et nyttig dokumentasjonsverktøy, og også her viser at alder kan ha en betydning:

Jeg synes vel generelt det er et tungvindt program. Jeg synes det er veldig omstendelig. Jeg skulle gjerne ha ønsket meg et litt enklere program, det tror jeg ville tjent til fordel for de som er litt eldre og som er redd for å bruke det, i og med at det er så mange ting du skal gå inn på . (1)

Flere respondenter har referert til kollegaer som har hatt stor grad av angst i forhold til å dokumentere elektronisk, der kolleger forteller om mareritt om natta vedrørende bruk av systemet, angsten for det som er nytt, og for ikke å mestre.

De fleste av respondentene har uttalt at systemet oppleves som tungvindt og at det brukes mye tid på å gå inn og ut, samt og forflytte seg i programmet. Det ble også sagt at det er fort å glemme funksjoner hvis man ikke bruker det regelmessig. To av respondentene skilte seg ut her og sier at programmet ikke er vanskelig når man først kan det, og de gir også uttrykk for at det ikke er stressfaktorer involvert i bruken for dem, men poengterer at for de eldre brukerne har det garantert vært stress. De samme respondentene beskriver også Gerica som et

nyttig verktøy og at det er lett å finne frem i programmet. Vedrørende stress så har de fleste sagt at det var i starten de var mest utsatt for det. Spesielt de avdelingene hvor de fikk opplæring, for så å kaste seg utpå å bruke programmet uten back-up av noe slag. I ettertid har de beskrevet at det var den beste måten, for da var det ingen vei tilbake, da måtte de bruke programmet. Tre av respondentene har påpekt at tidsaspektet er den største stressfaktoren. Indirekte stress er beskrevet av Raituharju som det som skjer når en bruker av IT, som ikke er redd for å bruke det og som kanskje til og med liker å bruke det, opplever at bruken går ut over andre oppgaver. Det tar for mye tid og andre oppgaver blir forsømt, og dette presset av ugjort tid fører til indirekte stress. Det blir også påpekt av en av respondentene at graden av IT stress handler om hvor fortrolig man er med Gerica som verktøy, og at man bruker lang tid for man ikke er tilstrekkelig innøvd i programmet. Jo mer man bruker det, jo fortere går det. Man kan ut fra en slik uttalelse konkludere med at jo mer man bruker programmet, desto større ferdigheter oppøves. Man bruker mindre tid, og IT stress reduseres. Artikkelen til Raituharju sier at oppfattet enkelthet i bruk og oppfattet nytteverdi vil redusere IT stress, men på den andre side vil ansatte som opplever IT stress verken se nytte av systemet eller om det er lett å bruke.

Som nevnt tidligere har alle respondentene svart at det er for få tilgjengelige maskiner. Vår påstand er at dette også kan være et stressmoment i hverdagen. Hvordan kan man dokumentere og samhandle når det er kamp om maskinene. I den sammenheng er jo PDA-bruken en fordel for hjemmesykepleien, da de kan dokumentere direkte hos pasientene. De er allikevel avhengig av tilgjengelige maskiner på basen, da endringer vedrørende pasientopplysningene må gjøres på stasjonær computer for at endringen skal bli permanent. Et eksempel kan være at man skal legge inn et nytt tiltak hos en pasient. Man kan gjøre det på PDA, men hvis det skal være et repeterende tiltak, så må det gjøres på stasjonær computer. Ved spørsmål om det er tilstrekkelig med maskiner og om arbeidsro ved å dokumentere på vaktrom, sier en av respondentene:

Her hos oss står den (maskinen) rett i synet og ved telefonen. Folk kommer forbi, liksom dunker i vinduet, eller skal bare si hei, og så sitter det noen bak hjørnet og prater. Veldig forstyrrende! Jeg blir helt ør i hodet, i perioder. (1)

Respondenten avslutter med at:

de (kommunen) er nødt til å rive i med flere maskiner skal dette bli et ordentlig redskap .

Innholdet i parentes er vår tolkning av betydningen av utsagnet.

Vår påstand er at situasjoner som dette indikerer stor grad av stress risiko. Slike situasjoner oppsto når vi hadde papirversjon også, det er i alle fall kjent fra egen praksis, men det var lettere å ta med seg en kardex til en roligere plass enn å flytte på en computer. Når ny kunnskap skal innlæres og vedlikeholdes, som ved å bruke Gerica, er det behov for konsentrasjon og arbeidsro. Ved å sørge for tilstrekkelig maskinpark med plassering på hensiktsmessige områder, som kan gi arbeidsro, er etter vår oppfatning et betydelig bidrag til å redusere stress.

Gerica sett i sammenheng med virksomhetsteori

Vi har i teorigrunnlaget vårt brukt Virksomhetsteorien, som fokuserer på kompleksiteten i forholdet mellom individ og dets omgivelser, samtidig som den ivaretar helheten i systemet.

Vi har lagt våre begrep og betydninger i modellen og diskuterer ut fra vårt synspunkt.

Kompleksiteten mellom individet og dets omgivelser har vi overført til sykepleierne i Arendal Kommune som bruker Gerica til dokumentasjon og samhandling, og hvordan de ulike elementene påvirker dette samspillet.

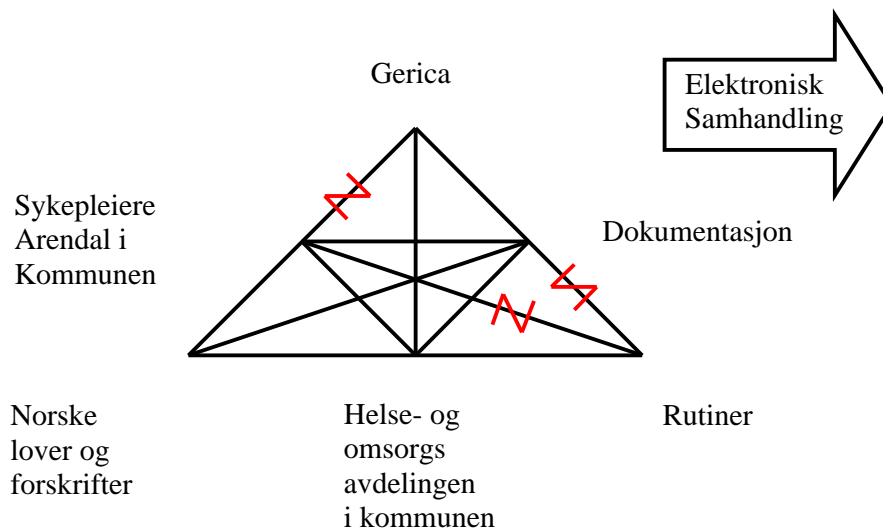
Her følger en kort beskrivelse av hvordan vi betrakter elementene i modellen, sett i lys av problemområdet vårt:

- Redskap: Gerica
- Subjekt: Sykepleiere i Arendal Kommune
- Objekt: Dokumentasjon
- Regler: Norske lover og forskrifter
- Fellesskap: Helse- og omsorgsavdelingen i Arendal Kommune
- Arbeidsdeling: Rutiner

Videre er motsetninger eller spenninger i kommunikasjon og samarbeid viktig å avdekke, da det i følge teorien kan være drivende kraft for endring og utvikling.

Vi har avdekket noen motsetninger i forhold til sykepleiernes bruk av Gerica som dokumentasjonsverktøy og elektronisk samhandling. Motsetningene flettes inn i hverandre, og vi har valgt å dele dem inn i tre:

1. Motsetning mellom dokumentasjon og rutiner
2. Motsetning mellom sykepleierne i kommunen og rutiner
3. Motsetninger mellom sykepleieren i kommunen og Gerica



1) Motsetning mellom dokumentasjon og rutiner

Den første motsetningen vi vil drøfte er motsetning mellom objekt og arbeidsdeling. Objektet er dokumentasjonen, og dokumentasjonen i Gerica danner grunnlag for elektronisk samhandling mellom sykepleiere. Arbeidsdeling er rutiner, hvem gjør hva og hvordan, og rutinene vi har funnet ut fra empirien, er at det opereres med ulik bruk av programmet, avhengig av hvilken avdeling man arbeider i.

Noen av modulene er alle avdelinger innom. Det er spesielt hovedkortet og rapportdelen i Gerica. Per i dag bruker hjemmesykepleien tjenestebildet på grunn av at arbeidslistene fordeles ut fra denne delen, og det er den modulen PDAene kan kommunisere med.

Institusjonene bruker tiltaksplanen, som definerer problemområder, hvor man ved direkte manipulasjon fyller ut informasjon i de ulike områdene. I tillegg til elektronisk dokumentasjon i Gerica, har vi fått opplysninger fra respondentene at der er ulike rutiner for hva som oppbevares som utskrifter i permer. Det som går igjen er at hovedkort, medisinoversikt, prosedyrer, diagnose og epikriser blir oppbevart i papir, men det varierer fra avdeling til avdeling. Noen skriver også ut rapport om pasientene og oppbevarer disse i egne permer. I følge KITH R 14/03, så er forutsetningen for et godt elektronisk dokumentasjonssystem, at registreringer som allerede finnes i systemet, lett skal kunne hentes frem og gjenbrukes. Vi mener det kan være vanskelig å gjennomføre når man bruker ulike moduler, som er ulikt oppbygd. Samhandling er kommunikasjon mellom sykepleiere om pasienter, deling av pasientopplysninger. For å kunne samhandle elektronisk, må det være en

enhetlig tankegang rundt hva innhold og struktur på informasjonen skal være. Samtidig må en vite om hva som er mulig å få til i de ulike modulene. Det at det fortsatt finnes områder som dokumenteres i papirversjon, gjør at det ikke kan hentes frem og gjenbrukes, slik som KITH beskriver i sin rapport. Ved overføring av pasienter mellom avdelinger, så bekrefter respondentene resultatene fra observasjonsstudiet vårt. Vi så at elektronisk samhandling nærmest var fraværende, og at vi skrev brev til hverandre om pasientens tilstand og brukte telefonen til muntlige overføringer. Vi mener ulik bruk av moduler er med på å begrense elektronisk samhandling, da det ikke er gjenkjennelig "hva den andre driver med". Når man ikke kjenner det igjen, vil det også være en større terskel å prøve seg på det, hvis man ikke er en rutinert bruker av Geric. En av respondentene sa at:

en som jeg jobber sammen med i helgene, jobber i hjemmesykepleien, og de skriver på en helt annen måte, tror jeg". (1)

Det forteller at det ikke er en helhetlig måte å dokumentere på i kommunen og at det er avhengig av hvilken avdeling man jobber i. På spørsmål om det er vanskelig å samhandle med de andre i kommunen via Geric svarer en av respondentene:

Ja, vi vet for lite om de vi skal samarbeide med, hvor de ligger i forhold til opplæring og hva de bruker, så derfor blir det vanskelig . (1)

Samtidig gis det uttrykk for at det er mangelfullt med opplysninger i Geric, ved at man ikke har en definert plass å skrive pasientenes diagnoser, og at medisinmodulen ikke er tatt i bruk. I tjenestemodulen som hjemmesykepleien bruker, vet vi at der ikke er mulighet for å skrive en tradisjonell pleieplan, med definert problem, mål for behandling og intervensjoner for å oppnå målene. Videre at man ikke har definert område for hvor man kan skrive diagnose og at ikke medisinmodulen er tatt i bruk, mener vi reduserer kvaliteten på dokumentasjonen og er hemmende for samhandling. Ved at de ansatte kompenserer for mangelfull dokumentasjonsmuligheter ved å ha deler av pasientopplysningene i perm, er begrensende for elektronisk samhandling. Dette problemet skyldes nok mer en ulik bruk av moduler, og går på begrensning i programmet og at ikke enkelte rutiner er på plass enda. Likevel ser vi at elementene i Virksomhetsmodellen påvirker hverandre og at problemet berører flere områder. Det vil for eksempel påvirke lover og regler, om ikke dokumentasjonen er av forsvarlig kvalitet. Samtidig skal opplysningene kunne gjenhentes.

Noen har fått opplæring i at man kan skrive inkomstrappor og sluttrappor i Geric, og en respondent sier at "man må forvente at de tar det med seg og lærer bort til sine". Det blir noe tilfeldig dersom opplæring er basert på en forventning av at kolleger lærer videre til hverandre.

Når pasientinformasjon utveksles mellom sykepleiere, så brukes kommunikasjon som middel til å formidle og samhandle informasjonen. Man kan stille seg spørsmål om denne kommunikasjonsprosessen er optimal når sykepleiere bruker ulike moduler av programmet, avhengig av arbeidssted. De to aktørene i prosessen er sykepleiere som jobber i ulike avdelinger, og meldingen som sendes er pasientinformasjon. Ved muntlig overføring er meldingen som sendes mellom aktørene kjent, og ved uklarheter, kan man respondere tilbake med spørsmål. En effektiv kommunikasjon er da utvekslet, det vil si at mottakeren tolker meningen i meldingen på en måte som samsvarer godt med de intensjoner senderen hadde. Ved skriftlig kommunikasjon sendes meldinger i form av skrevne dokumenter, og i vårt tilfelle snakker vi om e-tekster i Geric. Artikkelen til Helle S. Wentzer ”Identifying Communicational Errors: Organizing Health Care with E-tekst” beskriver hvordan man kan, ved å tolke IT som et medium for kommunikasjon og samarbeid, tilby en måte å analysere effekten av IT i en konkret praksis. Ved å se på 4 nivå av lesing av e-tekster så kan man finne relevansen for sykepleiernes samhandling i Geric.

Lesing med forventning er at man forventer å bli opplyst om helsetilstand til pasienten og andre relevante opplysninger. For å oppnå dette, må det være en gjenkjennelig måte å kommunisere på, slik at sender og mottaker forstår hverandre. Man må vite hva man finner hvor, og det kan påvirkes ved at man skriver i ulike deler i programmet. Ved at deler av pasientopplysningene fortsatt er i papir, slik som medisinsversikt og diagnose, så er dette vanskelig å kommunisere elektronisk. Det vil gå ut over lesing med forventning. Lesing med distanse stiller større krav til brukeren, og utløser kognitive og reflektive prestasjoner, og det krever at brukeren må være i stand til å fullføre forventningen. Problemene med at ikke alle pasientopplysninger finnes elektronisk, skaper mangelfull elektronisk dokumentasjon og dermed også kommunikative problemer ved elektronisk samhandling. Den kritiske lesing der man blir en medforfatter er avhengig av at man har faste og like rutiner for slik samhandling, der man kan være leser og forfatter av et dokument. Noen av respondentene forteller at de har begynt å skrive sluttrapport og innkomstrappert i Geric. Ved at det blir allment kjent at det er en måte å overføre pasientopplysninger på, kan det bli en forutsetning for lesing av e-tekster og elektronisk samhandling. Respondentene sier at de ikke helt stoler på at sluttrapport blir lest, og at de i etterkant har ringt avdelingen pasienten er overført til, og sagt hvor de har skrevet rapport i Geric. En uttaler:

senest i dag ringte de og sa at de ikke har fått rapport, for det er ikke gode rutiner på det . (3)

Å identifisere feil og mangler må sees på som en mulighet for læring og endring, og at brukernes lesing av e-tekster kan danne grunnlag for refleksjon og endring av praksis. Det heter seg at EPJ, elektronisk pasientjournal, skal inneholde en familiaritet til papirkardex, slik at man har noe kjent å forholde seg til. Gerica er i skrivende stund ikke godkjent som EPJ og har heller ingen godkjente meldingsutveksling med andre aktører. I følge Gerica konsulenten er den ingen formell godkjenningorgan for EPJ systemer i Norge. Hun sier videre at Gerica ikke oppfyller alle krav i Norsk standard for EPJ.

Vi omtaler det likevel som pasientjournal, da det er det verktøyet som brukes som elektronisk dokumentasjonsverktøy i kommunen. Vi spør om man kan sammenligne Gerica med papirkardex og vi får svar som:

Jeg føler det var litt mer oversiktlig før litt negativt altså litt mer greiere med papir, for på Gerica må du inn på alle punktene som ernæring, søvn og hvile, aktivitet, personlig hygiene, legevisitt, og alle punktene må du inn på hver gang (3)

Det blir kommentert av en av respondentene at det var mer lettvindt med papirene, men at dokumentasjonen ikke ble så godt fulgt opp i papirene heller. Det er bekreftet av flere, at pasientopplysninger som finnes i Gerica, er det du selv legger inn. Det betyr jo at den enkeltes kunnskap og kompetanse om dokumentasjon, er avgjørende for kvaliteten på dokumentasjon, og da også samhandling. Her er også forskjellen mellom modulene, tjenestebilde og tiltaksplan, vesentlige. Som nevnt har man en direkte manipulasjon ved bruk av tiltaksplan, hvor man blir ført gjennom modulen via problemområder. I tjenestebildet har man ikke denne manipulasjonen, og det er lagt opp til lokale løsninger hvor man har blitt enige om å skrive ulike ting i fritekstfelt. Ved samtale med Gerica konsulenten sier hun at fra deres side blir det anbefalt å legge inn vei beskrivelse i fritekst i hovedkortet.

Noen forteller at de mailer beskjed til annen sykepleier at de har skrevet sluttrapport på pasient i Gerica. Det er jo noe usikkert i og med at vi kjenner til at ikke alle sykepleiere har egen mailkonto i kommunen. Det betyr at det kan bli svikt i kommunikasjonen ved at man innfører rutiner noen er ekskludert fra. Vi spør om det må opprettes like rutiner for å oppnå god samhandling og en respondent svarer:

Jeg har savnet en skikkelig (blekke) fra A til Å. Vi har fått en liten en, men det er ikke halvparten av det vi berører når vi bruker det. En skikkelig bruksanvisning hadde vært fint, egentlig. For det ligger ikke ute på hvert arbeidssted . (4)

Blekket betyr i denne sammenheng bruksanvisning. Vi mener at det er uheldig at det brukes ulike moduler i Gerica, da det medfører ulikheter i dokumentasjonen. Ved å legge til rette for

felles språk og felles forståelse av hva og hvordan det skal dokumenteres, og videre hvordan denne dokumentasjonen samhandles mellom avdelinger, kan man få en enhetlig tankegang. Vi har fått opplysninger av Gericakonsulenten at det i disse dager planlegges at hjemmesykepleien skal få opplæring i Tiltaksplanmodulen, da det ikke lenger skal være tekniske begrensninger for å få denne opp på PDA. Vi vil i denne sammenheng påpeke viktigheten av å legge vekt på felles rutiner i opplæringen og at det nå blir mulighet for å dempe den motsetningen vi nå har identifisert og drøftet.

2) Motsetningen mellom sykepleiere i kommune og rutiner.

Etter vår vurdering oppstår en motsetning mellom sykepleiere i kommunen og rutinen for dokumentering og sykepleiefaglig samhandling. Hjemmesykepleie og institusjoner har ulik arbeidsorganisering. Bruk av Gerica, dokumentering og rutiner for overføring av pasientinformasjon er organisert etter enhetenes funksjoner, behov og retningslinjer. Implementering av nytt informasjonssystem er en prosess, hvor det ofte oppstår mange utfordringer og tilpassinger. Den medfører ofte endringer i arbeidsformer og følgende endringer i rutiner for dokumentering og rapportering. I intervju 1 på spørsmålet om rutinen ble endret ved innføring av Gerica, svarte de:

Prinsippene ved overføring av pasienter er vel de samme, bortsett fra at da hadde du bare papirene du gjør jo de samme tingene, du ringer og informerer jo og arrangerer møter og tar de samme kopiene og slik så jeg synes ikke det har blitt forandret...det eneste er jo det når en sender den sykepleierapporten på dataen i stedet for å skrive den ut for hånd. Men som sagt så er det ikke alle som har begynt med det heller enda (1)

Det viser at innføring av Gerica ikke har medført store forandringer på rutiner ved overføring av pasienter.

Usikkerheter rund bruk av Gerica, hvordan de andre bruker programmet er et tema for diskusjon nesten i alle intervjuene. De vet at Gerica brukes, men hvor mye i de ulike enhetene kjenner sykepleiere dårlig til. På spørsmålet om Gerica gir tilstrekkelig med pasient opplysninger, svarte sykepleiere:

...si at vi får en pasient fra en annen institusjon, også kan du gå inn å kikke at de har skrevet noe i Gerica, men så er det jo kanskje mange ting som de ikke har ført inn, som vi synes er viktig for oss, og så må du da ringe ned..."

og kollegaen fortsetter:

"...la oss si det kommer en pasient på kveldsvakt også rekker ikke de som er på jobb å ikke skrive inn noen ting, så blir det skrevet litt etter litt, og til slutt så er det et dårlig dokument til syvende og sist, fordi at det bare er gjort nokså halvveis (1)

Det vil si at sykepleiere er klar over at programmet brukes forskjellig, og derfor føler usikkerhet rundt opplysningene de ser i Gerica. I tillegg synes de at tidsaspekt og skjønn er viktige årsaker til for at opplysningene blir mangelfull.

Alle respondentene kunne komme på noen eksempler hvor de manglet informasjon om en ny pasient, eller at sykepleiesammenfatning ble etterlyst når de hadde sendt fra seg pasient:

" Senest i dag ringte de og sa at de ikke hadde fått rapport, for at det er ikke gode rutiner på det. Hvis de skal legge pasienten inn fra institusjonen på sykehuset, så har de ikke noe å forholde seg til. (3)

en annen sykepleier sier i forhold til ny pasient og samhandling:

"For jeg vet ikke annet en det pasienten sier selv (2)

Vi tolker disse eksemplene som urovekkende, og som bekreftelse på at det ikke finnes faste rutiner på hva som skrives og rapporteres hvor og hvordan. På denne måte svikter kvaliteten på dokumentasjon og man får ikke tilstrekkelig med de nødvendige opplysninger.

Utveksling av informasjon mellom enhetene foregikk også før Gerica ble innført. De skrev sammenfatninger på papir, og eventuelt ringte til hverandre. Når ett nytt program tas i bruk, oppstår det behov for klare rutiner. Informasjonsutveksling utføres nå på flere måter og dette kan virke veldig forvirrende og i verste fall kan informasjon kan gå tapt.

Til tross for bruk av ulike moduler forsøkte sykepleiere å tilpasse sine behov for optimal bruk. I noen tilfeller ble det laget lokale rutiner etter som behov oppstår. I andre tilfeller brukte de rutiner for informasjonsutveksling som de hadde fra før, det vil si skriftlig på papir og muntlig rapport via telefon.

Det kom også frem under intervjuene at sykepleiere har diskutert vanskeligheter i Gerica og funnet noen løsninger, som blir tilfredsstillende for den omsorgsenheten sin arbeidsform. Noen vanskeligheter ble diskutert med Gerica konsulent, eller i andre tilfelle med lederen og kollegaer. Noen tilfredsstillende løsninger for enheten ble funnet. Muligheter for forbedring i systemet ble oppfattet positivt. I denne enhet hvor de klarte å løse utfordringer på den måte, opplever de Gerica som et nyttig og spennende verktøy. Det kan gi en følelse av mestring, som gir selvtilitt og vilje til å lære mer.

På en annen side, i en av institusjonene hører vi at sykepleiere betrakter Gerica som "vannvittig stress" og tidspress, men allikevel spennende verktøy. Men vi ser at i den enheten sykepleiere har lite oversikt over rutiner, de sier at de kjenner ikke til bestemte rutiner i forholdt til samhandlingen i kommunen. Dette viser til at ferdigheter og utarbeidelse av rutiner er et viktig poeng for at systemet skal brukes optimalt, og uten stress.

På spørsmålet om sykepleier kunne lese sammenfatning på Gerica ved ankomst av ny pasient, svarte hun:

"Nei, fordi jeg ikke har hørt om det en gang." (2)

Senere sier hun i forhold til bruk av Gerica som samhandlingsverktøy:

Man må i alle fall informere om det. Og si hvordan man finner det frem og lære å bruke det. Det må jo alle gjøre, hvis det skal ha noe hensikt. (2)

Hun sier at de skriver sammenfatning på papir og at hun kjenner ikke til muligheter til å skrive den på Gerica:

Har ikke tenkt over det. Der har vi ikke kommet, rullet å tenke så langt." (2)

En sykepleier i en annen avdeling gir uttrykk for at de har god kjennskap til programmet og bruker deler av programmet til sykepleiesamhandling. Dette viser at det er stor forskjell på kunnskap blant sykepleierne om samhandlingsverktøyet Gerica.

Sykepleierne ga uttrykk for at de har behov for felles rutiner i kommunen, at ting skal gjøres likt:

Det er behov for å se hva folk gjør forskjellig og hva gjør folk likt, og at man har en strengere mal, for at sånn er det, og ferdig med det, slik at det blir gjort mer likt . (1)

Flere av respondentene snakker om behovet for felles mal, på hvordan man skal dokumentere og samhandle. De bekrefter at det er forskjellige rutiner i kommunen, og at behovet for felles retningslinjer er til stede.

På spørsmål om det er vanskelig å samhandle med andre i kommunen via Gerica, sier sykepleier:

"Ja, vi vet for lite om de vi skal samarbeide med, hvor de ligger i forhold til opplæring og hva de bruker, så derfor blir det vanskelig. (4)

Utsagnet bekrefter nok en gang at Gerica blir brukt forskjellig i kommunen.

Sykepleiere er nå mer bevisste på at ved bruk av Informasjons Teknologi kan man unngå informasjonsmangel og derfor ønsker de felles rutinene og mal. Vi synes det er positiv at økt bevissthet hos personell ved bruk av teknologi ved at de kan får bedre informasjonstilgang. Dette kan igjen føre til kvalitetssikring på informasjonen, og bedre praksis.

Når vi snakket om rutiner i forhold til rapportskriving ved pasientforflytting, ble det sagt at det er både muntlige og skriftlige rapporter som gis. Skriftlig på papir eller på Gerica, muntlig på telefonen. Et interessant funn er at til og med de sykepleiere som syntes Gerica er spennende å bruke, og kjenner godt til rutiner for rapportskriving på Gerica, sier at muntlig rapport er uerstattelig. På spørsmålet om Gerica kan erstatte skriftlig og muntlig rapportering, svarer de:

”Ikke den muntlige, nei. Det kan godt hende jeg leser rapporten og vil så spør om noe allikevel ”. (2)

På en annen institusjon hører vi:

du vil jo miste noe underveis selvfølgelig av de finurlige, spesielle tinga. Hvis det er spesielt krevende brukere så kan man ikke utelate den muntlige rapporten. Men hvis det er en grei bruker, så er det et fullgodt verktøy . (4)

Sykepleiere definerte muntlig rapport som viktig og nødvendig, særlig ved pasienter med sammensatte behov. Vi kan se på muntlig rapportering som utveksling av taus kunnskap, som har blitt brukt i helsesektoren i årevis, og som er godt kjent blant helsepersonell. På en annen side så vi at de ansatte var usikre ved bruk av programmet, og var også usikre på hvor langt kollegaer i andre avdelinger hadde kommet i bruk av programmet. Det kan være årsaken til at de føler behov for å ringe, for å være sikre på at de har fått nok opplysninger.

Ved å se på arbeidsdeling i vår teori i forhold til sykepleiere som bruker Gerica for samhandling, ser vi hvor viktig det er med godt utarbeidet felles rutiner ved bruk av programmet, kjennskap til hvilken modul de ulike enheter bruker, og felles rutiner for samhandling.

Vi så ansattes forståelse for problemet ved samhandling elektronisk, de snakker om manglende felles rutiner i kommunen, og viser engasjement for at Gerica skal brukes optimalt.

3) Motsetning mellom sykepleiere i kommunen og Gerica

Motsetningen mellom sykepleiere i kommunen og Gerica har vi definert til hovedsak å gjelde temaet opplæring.

Ved implementering av et nytt informasjonssystem vet vi at opplæringen er av viktig karakter, for å forberede de ansatte til å bruke det nye systemet, både på en riktig og en god måte.

Vi spurte våre respondenter om hvor mye opplæring de hadde fått i Gerica.

"Jeg var på kurs i fjor, akkurat et år før vi begynte med Gerica her, følte meg oppdatert etter de tre dagene. Og da jeg endelig skulle begynne å bruke det, så hadde jeg glemt alt" (3)

De aller flest i kommunen har vært igjennom en eller annen form for opplæring. Men vi kan se at opplæringen fra kommunens side har blitt gjennomført uten hensyn til hvor langt i implementeringen de forskjellige avdelinger hadde kommet.

I et tilfelle hadde den ansatte ikke fått opplæring i regi av kommunen, men av kollegaer.

"Jeg har ikke fått noen slike kurs, jeg har fått litt opplæring av kollegaer" (3)

Det vil si at kollegaene har lært opp denne ansatte og det positive er jo at hun får en form for opplæring slik at hun kan bruke Gerica. Men på en annen side blir det hun lærer preget av hva kollegaene husker fra sin opplæring. En kollega kan være en dyktig lærer, men personer vil alltid sette sine preg på sine rutiner, som for eksempel tillegge seg uvaner - slik at disse igjen blir lært videre. Dette gjaldt en respondent, men vi ser at sannsynligheten for at flere har blitt lært opp av kollegaer er stor, da det av erfaring kan være raske utskiftninger av personell i helsesektoren.

I hjemmesykepleien i kommunen bruker de verktøyet PDA, der de henter opp opplysninger fra Gerica. Vi spurte da de intervjuobjektene våre som kom fra hjemmesykepleien om hvilken opplæring de hadde fått i forholdt til PDAen.

"Det har vi lært sjøl, vi hadde to timer, det var egentlig mest om hvordan man ringer med den - ikke hvordan man gikk inn på Gerica med den"

"Vi har lært av hverandre" (4)

Her ser det ut som kommunen har overlatt ansvaret til den enkelte eller de enkelte avdelinger med å gi opplæring i et nytt verktøy som skal brukes. Dette kan føre til at PDAen blir brukt forskjellig eller ikke optimalt, at ikke alle kjenner til alle funksjonaliteter. Det ble kanskje antatt at PDAen var enkel og selvbeskrivende å bruke, derfor bli det ikke brukt ressurser på denne opplæringen.

Vi ønsket å finne ut av hva de enkelte hadde fått av opplæring, og vi fikk et gjennomgående svar fra alle.

"Det var spesielle ting rettet mot oss" (1)

"For at vi skulle skrive de rapportene og legge inn innkomst" (1)

Det vil da si at de som jobber i institusjonene og de som jobber i hjemmesykepleien har fått forskjellig opplæring, nemlig i de modulene de bruker.

De har ikke fått forklart hvordan andre enheter bruker deler av Gerica. Men vi har sett at de har kjennskap og erfaring med at de ulike enhetene bruker forskjellige modul av programmet.

"En som jobber sammen med meg i helgene, jobber i hjemmesykepleien, og de skriver på en helt annen måte, har jeg inntrykk av" (1)

Dette hersker en usikkerhet om hvordan andre bruker programmet og forutsetningen til elektronisk samhandling er svekket.

Alle syntes det ble gitt for lite opplæring i forhold til å ta i bruk verktøyet Gerica, og spesielt syntes de det var dårlig planlagt å gå på kurs når det ikke var bestemt når de forskjellige enheter skulle ta i bruk programmet.

"Ja, for den opplæringen de fikk der, da fikk du alt innover deg på tre dager, et verktøy som var helt fremmed for oss, så er det kanskje en måned etterpå og du får lov til å praktisere det og da har du glemt halvparten." (4)

Men nå som de har brukt det over en periode er det ulik mening om det kanskje var like greit å hoppe i det, begynne å bruke det og så lære underveis.

"Men nå i etter tid kan en føle at det var greit nok, en dag, to dager til, nei, jeg tror altså ikke at en hadde lært så mye mer." (1)

Det virker på oss som om bruk og erfaring med programmet gjør brukeren tryggere på seg selv og de våger å utforske mer, slik at Gerica blir brukt mer utstrakt etter hvert.

Vårt hovedfokus er å se på samhandling ved bruk av Gerica, derfor ble respondentene spurt om det ble gitt opplæring i elektronisk samhandling,

"Veldig lite - det kan jeg ikke huske. Tror ikke vi fikk noe tilbud om det, nei." (1)

Alle de andre intervjuobjektene bekrefter det samme, de er usikre på om de har lært noe om det.

Dette er et uheldig utgangspunkt for at samhandling skal fungere via verktøyet Gerica, når ingen husker de har fått opplæring om dette temaet.

Det viser seg at etter som tiden har gått og de ansatte har brukt verktøyet mer og mer, så har de oppdaget nye funksjonaliteter de har tatt i bruk av seg selv, som for eksempel å skrive sykepleiesammenfatning på Gerica. Men problemene som dukker opp da, er om de som skal motta denne sammenfatningen, kjenner til hvor den er skrevet. Derfor blir det dobbelt arbeid for sykepleieren som har forsøkt å bruke Gerica til samhandling. Det må i tillegg skrives og sende en papirversjon, for å være sikker på at mottaker får de opplysningene som skal gis. Vi spurte om det opplevdes vanskelig å samhandle med andre i kommunen via Gerica, og fikk en bekreftelse på dette:

"Vi vet for lite om de vi skal samarbeide med, hvor de ligger i forhold til opplæring og hva de bruker, Så derfor blir det vanskelig." (4)

Her er det helt tydelig at mangelfull kunnskap om andre enheters bruk av Gerica er til hinder for elektronisk samhandling. Dette går tilbake på lite eller ingen opplæring om hvordan det kan gjøres.

Ved å spørre om hva de mente skulle til for å at Gerica skal bli et godt samhandlingsverktøy, var alle helt tydelig og klare på at det måtte utarbeides felles rutiner for alle i kommunen. Der forutsetningen for felles opplæring og fokus på samme tema må bli vektlagt, slik at alle bruker verktøyet likt.

"Enklere program, at det ikke er så omstendelig, nok maskiner og jevnlig opplæring og oppdatering" (1)

Respondenten er helt tydelig i hva som skal til for at verktøyet skal bli optimalt, og de andre bekrefter disse tankene. Det er helt tydelig at respondentene savner mer kunnskap om programmet, dens funksjonaliteter og de muligheter som er til stede.

Vi har nå diskutert 3 motsetninger som vi har identifisert i Virksomhetsteorien. Som en konsekvens av de prosesser som foregår i virksomheten har vi et resultat, som vi har kalt samhandling. Som vi har nevnt tidligere, mener vi at dokumentasjon av pasientenes helseopplysninger ligger til grunn for samhandling, og at samhandling skjer ved hjelp av kommunikasjon. I virksomhetsteorien påvirker elementene hverandre og ved endring eller motsetning i et av elementene, vil det få konsekvenser for de øvrige. Vi har sett at det er vanskelig å drøfte en og en motsetning, da motsetninger ofte berører mer enn et element. Likevel har vi prøvd å holde det separat, men alle motsetningene har en påvirkning på samhandling.

Vi spør i vår problemformulering om dokumentasjon i Gerica kan understøtte elektronisk samhandling mellom sykepleiere, og vi har sett gjennom motsetningene at det er forhold som gjør samhandling vanskelig. Vi har funnet at bruk av ulike moduler, ulik opplæring og manglende felles rutiner kan kvalifisere til kommunikative feil som vanskeliggjør elektronisk samhandling. Samtidig må jo sykepleiere vite om mulighetene som ligger i programmet, og det har vi vist til, at ikke alle gjør.

Nå er det jo ikke slik at sykepleierne ikke samhandler, men både observasjonsstudiet vårt og respondentene har bekreftet at det gjøres skriftlig på papir og ved muntlige overføringer. Noen har begynt å skrive sykepleiesammenfatning i Gerica, mens andre ikke har kommet i gang. Vi ser faren med at det ikke gjøres likt, at man støtter seg til at man kan finne opplysninger i Gerica ved overføringer, men så vet ikke mottaker hvor vedkommende skal lete. Manglende felles rutiner for hva man skriver hvor, kan medføre at pasientinformasjon mangler når pasienten skal motta helsetjeneste fra annen enhet. Tidligere var det rutine på å sende sykepleiesammenfatning i brev sammen med medisinersikt, mens nå er det usikkert hvordan man gjør det. Vi ser behovet for å få en felles rutine som alle kjenner til og som understøtter elektronisk samhandling.

Vi har spurt om rutinene ved informasjonsutveksling, og får til svar at noen skriver i papir og andre skriver i Gerica. En av respondentene sier:

Vi kan skrive den (sykepleiesammenfatningen) på Gerica, for der kan alle med tilgang se den, men de fleste vil ha den skriftlig. (4)

Dette utsagnet viser at det er manglende felles rutiner, og det blir lagt opp etter hvordan de enkelte ønsker å ha det. Det at de fleste vil ha den skriftlig, har vi tolket den til å gjelde sykepleiesammenfatning og at vedkommende mener at skriftlig er papirløsning. Vi spør videre hvor i Gerica de skriver slik sammenfatning:

Vi kan gå inn på å velge journal, velge koden sluttrapport eller en overflytningsrapport, se at det står brukerens navn, og så skriver du. Der ligger en mal, med høyre museknapp, som Gericakonsulenten har lagt inn med de opplysninger, navn, cave, medisiner og hva de trenger hjelp til. Og så er det bare å fylle ut det. Og så sende det, så mailer vi da i tillegg til den instansen som skal ta de imot, om at nå har vi skrevet rapport eller overflytningsrapport på den og den. Da får vi svar tilbake om at det er mottatt og lest. For så slipper vi å sende det i posten, det tar tid, eller kjøre oppom med det selv (4)

Her ser vi at det er en del prosesser som er i gang for å få oversendt sykepleiesammenfatning, og vi har tidligere kommentert at det kan være risikabelt å varsle via mail, siden ikke alle har

egen mailboks i kommunen. Andre respondenter som vi har siterte tidligere, forteller at de ikke visste at man kan skrive sammenfatning i Gerica. Det viser at samhandlingsrutiner er tilfeldige, ustrukturert og avhengig av hvilken avdeling man jobber på.

Når det gjelder muntlige overføringer med telefon, er det noe mange av respondentene har gitt uttrykk for er viktig for dem å opprettholde. De begrunner det med at det er viktig for dem selv, for å vite at mottaker har fått informasjon slik at pasienten skal følges opp og få helhetlig pleie. De ville selv sette pris på å få slik muntlig rapport, og derfor gjør de det også selv. Men praksis varierer også her. En av respondentene sier:

Hvis man bare skulle ha brukt data, så har man en anelse om at ting blir glemt. Og det er noe med at det gir en viss trygghet å ha tatt det muntlig, enten det er i forhold til en pasient som kommer eller skal reise en vei (1)

Dette bekrefter at mange føler det er en trygghet å gi opplysninger om pasienten muntlig i tillegg til skriftlig. En av respondentene sier at Gerica kan nok erstatte den skriftlige rapporten og sykepleiesammenfatning i papir, men ikke den muntlige. Vedkommende sier:

Den muntlige muligheten til å snakke med andre kolleger og kunne spørre det kan godt hende jeg leser rapporten og vil så spørre om noe likevel (2)

Sykepleieyrket har lange tradisjoner for muntlige overføringer, og det krever en del endring i tenkemåte å bryte dette mønsteret. Hvis sykepleierapporten er utfyllende nok, og er kvalitetsmessig bra, så skulle det vel ikke være behov for muntlige overføringer? Nå har ikke vi tenkt å ta til orde for å avskaffe muntlige overføringer mellom sykepleiere i Arendal Kommune, men vil påpeke at jo bedre kvaliteten på innholdet i dokumentasjonen er, jo mindre behov er det for muntlig supplement. Det har pågått et prosjekt i Norge som kalles "Stille Rapport", hvor man gikk over fra å ha muntlige rapporter til stille rapporter basert på elektronisk dokumentasjon. Prosjektet gikk ut på at sykepleieren i vaktskifte leser nødvendig skriftlig informasjon om pasienten, og at det var satt av en "stille time" til dokumentasjon av sykepleie. Hensikten med prosjektet var kvalitetssikring i henhold til Helsepersonellovens krav om dokumentasjonsplikt, samt å sikre at all dokumentasjon ble nedfelt skriftlig. Ofte har sykepleiedokumentasjon ikke vært sett på som anerkjent sykepleieoppgave, men ved dette prosjektet ble skriftlig dokumentasjon satt i fokus. Når vi kommuniserer med andre så handler det om at melding skal bli mottatt og forstått. Ved muntlige overføringer kan det være at en vektlegger momenter forskjellig; det som vurderes som relevant og vesentlig for en, er ikke nødvendigvis det for en annen. Resultatet av prosjektet "stille rapport" var mindre overtid i vaktskiftet og sykepleierne opplevde at kvaliteten på den skriftlige sykepleiedokumentasjonen

var betydelig bedre. Videre at dokumentasjon ved inntakstatus var systematisk beskrevet og det var en markant økning av sykepleieplaner (Solvang, 2005).

Grunnen til at vi tar med dette her, er at endring av rutiner når det gjelder muntlige overføringer, kan gi en kvalitativt bedre skriftlig sykepleiedokumentasjon. Dermed vil man også få et høyere nivå av lesing av e-tekster, en konstruktiv lesing, hvor man støtter opp med en kommunikativ relasjon med andre helsearbeidere. Dette kan igjen føre til bedre praksis. For å få til dette må kvaliteten på dokumentasjon og samhandling bedres, og det kan etter vår påstand gjøres ved bruk av felles modul i Geric, felles opplæring og rutiner. Videre må det være fokus på hva som er viktige kvalitative elementer ved dokumentering, jamfør hva lovverket sier om krav til innhold.

Vi spør respondentene om hva de tror skal til for at Geric kan brukes som fullverdig dokumentasjonsverktøy og en av respondentene lister opp tre ting:

Litt enklere program, ikke så omstendelig, det er det første. Det andre er at det er nok maskiner, og det tredje må være jevnlig opplæring/oppdatering, tror jeg. Det holder ikke med de to dagene vi hadde i fjor sommer, det skjer mange nye ting, så en må få en oppgradering. Det mener jeg er viktig (1)

Flere av de andre respondentene nevner i tillegg at alle må ha samme kunnskap, og helst en mal på hvordan oppgaver skal gjøres. De vil gjerne ha et kurs for viderekomne, og legger vekt på at lokale rutiner på hva man skriver hvor, er forvirrende, slik at felles rutiner blir sentralt.

Vi fikk opplysninger fra Gericakonsulenten at kommunen planlegger å etablere et nettverk med superbrukere, som skal være bindeledd mellom kommunens IKT avdeling og de ansatte som bruker programmet. De skal formidle og lære bort ny kunnskap og være brukerstøtte for de ansatte. Når dette er på plass, kan det bidra til felles forståelse av bruken av Geric, og dermed også elektronisk samhandling.

Et virkemiddel for samhandling er deling av informasjon, men ikke bare med tanke på enhetlig pasientjournal. Deling av informasjon kan også være tilgang til lik beslutningsstøttesystem (BBS). Cornelia Ruland definerer beslutningsstøtte som ”Systemer som støtter helsepersonell med informasjon, kunnskap eller anbefalinger som er bearbeidet i form av en tilpasset beslutningssituasjon” (Ruland, 2000).

Kommunen har tilgang til PPS, som står for Praktiske Prosedyrer i Sykepleien. Dette er et prosedyreverktøy som kan brukes av ansatte. Man kan klippe ut prosedyrer fra PPS, og lime

inn som prosedyre i Tjenestebilde eller Tiltaksplanmodulen i Geric. Videre har kommunen programvare som Felleskatalogen og Sykdomslæremodul installert på PDAene. Vi mener at ved tilgang på enhetlig brukerstøtte kan bidra til mer enhetlig dokumentasjon ved at man deler den kunnskap og informasjon disse programmene tilbyr.

I et prosjekt i Norge, "Fra fri tekst til faste former", diskuteres bruk av beslutningsstøttesystemer når man dokumenterer sykepleie. Det sies at rapporter som skrives fortløpende og uten struktur, kan være vanskelig å få oversikt over et pasientproblem over tid. Sykepleieplaner- og dokumentasjon bygger på lokale tradisjoner og et muntlig og ofte upresist språk, og at det tidligere i liten grad har vært krav til å kvalitetssikre dokumentasjonen. Ved å få opp standardiserte diagnoser, mål og tiltak, sparer man tid og slipper å vurdere om man skriver riktig eller formulerer seg rett. Tilbakemelding fra sykepleiere i praksis er i følge rapporten at de ønsker seg elektroniske systemer som gir dem støtte i kliniske beslutninger, støtte til dokumentasjon og lett tilgjengelig evidensbasert tiltaksdatabase (Dale & Dale, 2004).

Ved å unngå for stor grad av fritekstfelter, og ha en kunnskapsdatabase hvor man kan hente opp standardiserte områder, gjør at handlinger rundt dokumentasjon og samhandling vil få en viss likhet. Dette kan igjen støtte opp om felles rutiner som igjen kan gi en ensartet bruk av Geric. For at dette skal bli en realitet, må alle enhetene bruke samme modul av Geric, og det må også være mulig at Geric kan kommunisere med et slikt beslutningsstøttesystem.

6.0 Sammendrag og Konklusjon

Denne prosjektrapporten er utarbeidet som avsluttende prosjektoppgave i forbindelse med studiet Master of Information Technology (MI) med spesialisering i Sundhedsinformatik, ved Aalborg Universitet i Danmark. Temaet for tredje års prosjekt er informasjonsteknologi sett i et vitenskapelig perspektiv, hvor man skal fordype seg i et avgrenset område innenfor sundhedsinformatik.

Med dette som utgangspunkt valgte vi å sette fokus på bruk av informasjonsteknologi på egen arbeidsplass. Ved å bruke vitenskapelig teori og metoder, ønsket vi å få innsikt i hvordan bruk av informasjonsteknologi påvirker sykepleiernes daglige arbeid.

Med bakgrunn i bruk av informasjonsteknologi på egen arbeidsplass, har vi hatt en grundig problemanalyse. Vi arbeider i kommunal helsetjeneste i Arendal Kommune, men i ulike avdelinger, og utgangspunktet for vår problemanalyse var at vi oppdaget at vi hadde ulik erfaring med programmet. Vi brukte ulike moduler, og vi hadde hatt ulik opplæring, og hadde ulike rutiner for samhandling. Vi ønsket å fordype oss i hvorfor situasjonen var slik og hvorfor man ikke samhandlet elektronisk når vi brukte samme dokumentasjonsverktøy. Med dette som utgangspunkt kom vi frem til følgende problemformulering:

Hvordan kan dokumentasjon i Gericca understøtte elektronisk samhandling mellom sykepleiere?

Vi gjennomførte en observasjonsstudie på egne arbeidsplasser og kartla hvordan vi samhandlet med andre sykepleiere når vi overførte pasientopplysninger mellom avdelinger. Studiet bekreftet at sykepleiefaglig samhandling foregår med hjelp av sykepleiesammenfatninger på papir og med muntlige overføringer. Ved hjelp av resultatene fra observasjonsstudiet utviklet vi en intervjuguide med hovedfokus på:

- bruk av programmet
- opplæring
- oppfattet nytte/enkelhet ved bruk
- informasjonskvalitet
- samhandling

Vi har gjennomført intervju på bakgrunn av overnevnte fokusområder. Videre har vi anvendt temaområdene og funnene fra undersøkelsen opp mot teorigrunnlaget vårt, for å identifisere motsetninger og kommunikative problemer. Med utgangspunkt i kommunikasjon som virkemiddel for å samhandle har vi sett det som viktig å definere motsetningsforhold her. Samtidig har vi påpekt at dokumentasjonen ligger til grunn for samhandling, slik at innhold og kvaliteten på dokumentasjonen, vil igjen påvirke mulighetene for samhandling og innholdet i slik samhandling.

Oppsummering av funn

Resultatet av intervjuundersøkelsen bekrefter at der er ulik bruk av programmet, og at ansatte bruker ulike moduler, avhengig av om de arbeider i institusjon eller hjemmesykepleie. Vi opplevde at respondentene var ivrige til å formidle sine tanker rundt bruken av Gerica i deres arbeidssituasjon og at de var opptatt av kvalitet på dokumentasjon og ønske om å kunne samhandle elektronisk. De fleste har fått to dagers opplæring, for så å begynne å bruke programmet. Noen har fått opplæring for lang tid i forkant i forhold til når programmet skulle begynne å brukes. De har fått opplæring i de modulene de skal bruke, ingen husker opplæring om hvordan de kan samhandle elektronisk mellom andre avdelinger. Opplæring i PDA har gått på hvordan man kan bruke den som telefon.

Mange opplever Gerica som et tungvindt og vanskelig program, men opplever det likevel som nyttig i forhold til dokumentasjon. Noen mener papirløsningen var bedre, men vet at IKT er kommet for å bli, slik at de er positive til å være med på den utviklingen. Alle har problemer med for få tilgjengelige maskiner. PDA oppleves som nyttig da man kan dokumentere ute hos pasientene. De fleste beskriver stressfaktorer ved bruk av Gerica, men at stressnivået er redusert etter økt bruk. Det oppleves som problem at det mangler pasientopplysninger i Gerica, at man ikke kan få frem diagnose og at ikke medisinsmodulen er i bruk.

Respondentene har sagt at de oppbevarer forskjellige opplysninger i papirversjon i permer. Innholdet i permer varierer fra arbeidsplass til arbeidsplass.

De fleste tror at Gerica på sikt kan erstatte skriftlige overføringer på papir, men ikke de muntlige. Suksessfaktorer for at Gerica skal bli brukt som elektronisk dokumentasjon- og samhandlingsverktøy oppsummeres med; et enklere og mer brukervennlig program, nok tilgjengelige maskiner, jevnlig opplæring og oppdatering, innføring av felles bruk og rutiner over hele kommunen. Respondentene har sagt at dialogcafe med representanter fra både

institusjon og hjemmesykepleie er en god ide for å utarbeide felles forståelse og rutiner for dokumentasjon og samhandling.

Oppsummering opp mot teorigrunnlaget

Vi har pekt på hvor store konsekvenser endringer har for organisasjonen, uten å ha drøftet dette inngående. For å gjennomføre en så stor endring som utstrakt bruk av Gerica har for organisasjonen er man avhengig av bred ledelsesforankring og lokale drivere som for med seg brukerne i alle nivåer. Vi har i vår oppgave fokusert på sykepleiere, men det er klart at organisasjonen har andre ansatte som skal dokumentere etter helsepersonelloven, slik at funnene vi har gjort i forhold til dokumentasjon i Gerica, omhandler også disse gruppene. Vi har pekt på hvordan IT-stress kan være hemmende for de ansattes bruk av Gerica, og at det viktig å identifisere stressfaktorer, slik at disse reduseres. Det må formidles at det er viktig å bruke tid på å dokumentere og at det skal være allment akseptert som oppgave likestilt med direkte pasientbehandling. Det er viktig at de ansatte har kunnskap om dokumentasjon, og regler for dokumentasjon, og at det er noe som bør følges opp i undervisning fra kommunen. Man lærer om dokumentasjon og pleieplaner i grunnutdanningen, men det er viktig å vedlikeholde slik kunnskap og videreutvikle den, slik at dokumentasjonsplikten overholdes. Videre er god dokumentasjon et kvalitetskrav for sykepleie, og vi mener dette igjen vil avspeiles i kvaliteten på samhandling.

Vi har påvist motsetninger i forhold til virksomhetsteorien og drøftet disse. Ved motsetning mellom dokumentasjon og rutiner og sykepleiere i kommunen og rutiner, har vi pekt på at ulike moduler fører til fremmedgjøring. Sykepleiere kjenner ikke til hvordan de bruker programmet i et annet tjenestenivå, for eksempel institusjon kontra hjemmesykepleie. De bruker ikke pasientopplysninger fra andre avdelinger og starter opp med egne sykepleieplaner når pasienten kommer til avdelingen. Vi har også sett at det er laget lokale rutiner for hva man skriver hvor. Dokumentasjonen elektronisk blir mangelfull når man har enkelte pasientopplysninger på papir i perm og noen i Gerica. Ulike rutiner og manglende felles retningslinjer er med på å vanskeliggjøre sykepleiefaglig dokumentasjon i Gerica. Ved motsetninger mellom sykepleierne i kommunen og Gerica har vi sett på opplæringen og hvordan den kan påvirke samhandling. Vi har vist at opplæring ikke har hatt fokus på helhetlige rutiner eller sykepleiefaglig samhandling. Når man ikke kjenner til programmets

funksjonalitet og muligheter for samhandling, så blir det heller ikke brukt. Vi har vist at noen har fått vite om en funksjonalitet ved en tilfeldighet, og det er ikke lett å basere rutiner på det. Vi har sett at elementene i Virksomhetsteorien påvirker hverandre, og til tider har vi opplevd at det kan være vanskelig med et skille. En motsetning har tendens å forplante seg over hele virksomheten, og ha konsekvenser for resultatet, som vi vårt tilfelle er samhandling.

Samlet konklusjon

Funnene vi gjorde i intervjuene knyttet opp mot teorigrunnlaget viser at dokumentasjon i Gerica ikke understøtter elektronisk samhandling mellom sykepleiere.

Det finnes likevel tiltak som kan bedre grunnlaget for at slik samhandling kan finne sted.

De ansatte ønsker seg mer fokus på dokumentasjon og samhandling, og har sagt at de ville være positive til å være med i fora, hvor representanter fra de ulike avdelingene kunne utarbeide felles retningslinjer for dokumentasjon og samhandling. Felles rutiner og forståelse mener vi er nøkkelbegrep for å få til elektronisk samhandling.

Videre er det viktig å holde jevnlige oppdateringer på innhold og kvalitet på dokumentasjon, slik at dokumentasjonsplikten kan overholdes, i henhold til krav om innhold.

Det bør avskaffes papirløsninger rundt forbi på avdelingene, men det krever igjen at systemet kan tilby elektronisk løsning, noe det ikke gjør per i dag.

Maskinparken må oppgraderes, slik at de ansatte slipper å stå i kø for å dokumentere elektronisk.

For å lykkes med overgang fra papir til elektronikk er det svært viktig med bred brukemedvirkning og drivere som kan være foregangspersoner. Vi mener at fokusgrupper og dialog-café kan være virkemidler for å få brukerne av systemet med på å forme hvordan systemet skal og kan brukes. Kommunen kunne kombinere dette med å legge inn undervisning om formelle krav til dokumentasjon. Dette ville gi et bedre grunnlag for at Gerica kan understøtte elektronisk samhandling i fremtiden.

6.1 Kritikk av egen oppgave

Da vi skulle begynne på Masterprosjektet hadde vi en klar formening om hva vi så som problem i vårt valg av tema, men vi oppdaget at det var vanskelig å finne en formulering som var dekkende nok. Problemformuleringen har oppstått på bakgrunn av en omfattende prosess for oss i gruppen, og har vært omformulert flere ganger. Mye falt på plass da vi fikk formulert problemet.

Vi valgte å gjennomføre en aktiv deltagende observasjon på egen arbeidsplass. Det har vært en læreprosess å reflektere over egne rutiner og handlinger, når man utfører konkrete oppgaver. Det har gitt mulighet for kunnskap om oss selv og egen praksis, som vi ellers ikke ville ha tenkt over.

Metodevalget ble tatt på bakgrunn at vi ønsket å gå inn i en samtale med brukerne for å få deres erfaringer og synspunkter. Vi har omtalt metoden grundig og er fornøyd med å ha gjennomført intervju, da vi mener det har gitt oss innsikt i hvordan brukerne forholder seg til Gerica. Det har vært en ny og spennende erfaring for oss, og vi forstår at Kvale kaller det et håndverk som man må øve opp ferdigheter i. Selv om vi er uerfarne i håndverket, mener vi at vi har fått svar på det vi spør om i problemformuleringen.

De ansatte vi har spurt har vært veldig i møtekommende. Vi har hatt et inntrykk av at det har vært en positiv opplevelse å kunne fortelle noe om hvordan de opplevde bruk av informasjonssystemet i kommunen. Det kan virke som at det ikke har vært for mange fora å snakke om akkurat det, selv om det er en fortolkning fra vår side.

Vi har i vår oppgave fokusert og avgrenset den til å omhandle sykepleiere. Utgangspunktet er vår egen yrkesgruppe, da det naturligvis er den profesjonen vi kjenner best til. Vi kjenner til opplæring og kunnskap som sykepleierne skal ha fått i kraft av sin utdanning. Det har også vært naturlig for oss å tenke at ved overføringer av pasientopplysninger mellom avdelinger, så er det mest naturlig at det gjøres av sykepleiere. Vi mener det hører til sykepleierens ansvarsområde. Det ser vi i etterkant har vært en mulig svakhet. Vi har omtalt tverrfaglighet, og vi har omtalt dokumentasjonsplikt etter helsepersonelloven, som sier at alle skal dokumentere helsehjelp som er gitt. I Arendal Kommune arbeider det mange hjelpepleiere,

omsorgsarbeidere og assistenter som har selvstendig dokumentasjonsplikt. Vi har også hørt at det hender at disse yrkesgruppene overfører sykepleierapporter på selvstendig grunnlag. Det forteller oss at vi kunne hatt fokus på dokumentasjon hos alle yrkesgruppene, og på hvilket grunnlag de dokumenterer samt innholdet i dokumentasjonen. Vi har jo gjennom hele vår oppgave hevdet at det er dokumentasjonen som ligger til grunn for samhandling, slik at det muligens har vært en svakhet å ekskludere disse yrkesgruppene.

Vi har brukt mange litteratur kilder. Man skal i hovedsak bruke primærkilder, men ved noen anledninger har vi ikke klart å få tak i primærkilden. Vi har da referert til artikkel eller bok, som har brukt aktuell kilde. Faren ved å bruke sekundærkilder er at denne kan være referert feil, i forhold til primærkilden.

Vi har gjennomført et intervju med Gericakonsulenten i Arendal Kommune. Dette intervjuet ble mer som en samtale om kommunenes planer i forhold til Geric og våre funn. Vi har transkribert intervjuet, og bruker opplysningene spesielt i beskrivelsen av programmets funksjonalitet. Det blir fortalt om kommunens videre satsning og noen av disse harmonerer med våre anbefalinger. Vårt fokus har vært sykepleiernes situasjon og hvordan de faktisk opplever bruk av Geric i sitt daglige arbeid. Brukernes ønsker og behov vedrørende videre bruk av programmet, er momenter kommunen bør ta hensyn til, da det kan øke kvaliteten på elektronisk dokumentasjon og samhandling.

Vi håper at kommunen kan finne interesse i våre funn, og integrere disse i deres visjoner og fremtidsplaner.

6.2 Abstract

This paper represent the final end of tree years Master of Health Informatics program at the University of Aalborg, Denmark.

The project title is:

How can documentation in Gerica support electronic communication between nurses?

Background

We take as apoint of referance, the use of technology in the healt care system, and have taken a closer look at the townships IT system.

We have seen the different types of use in the program. Taking in consideratine their different working areas wonting to explore further why is it like that.

Method

We have had an active participation in these studies and therefor have drafted an interview guide. Where we have conducted four interview with nurses that are cursently working in different areas of the township.

Findings

We have proven that their is different use of programs and there is no common routines regarding how papirwork is documented electronically in Gerica. The employees have been taught and trained in the modules they are going to use, but the training has not included focus on the electronic documentation trade.

The different departments keep patient information on paper, making the information in Gerica not complete. The employers experience different types of stress in the use of the system, due to the lack of knowledge. This can be reduced once the knowledge of this program increases.

The fact that we have pointed out the communication problems with the use of Gerica, gives an oppportunity for changing this into a better use of the program. The employes agree that the use of the the same program for the whole township is crucial for the Gerica system to work effectivly.

Litteraturliste

- Arbeidsgrupperapport.(2003) *Effektivisering av Støttefunksjoner i Omsorg*. Arendal Kommune.
- Broch, H. (1991) *Virksomhetsteorien, en innføring og eksempler*. Oslo: AS Falken Forlag.
- Dale, J.G. & Dale, B. (2004) *Fra fritext til faste former*. Sykepleien nr 21.
- Dalland, O. (2002) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. opplag, Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Davis, F.D. (1993) *User acceptance of information technology*.
- Fagermoen, M.S. (2005) *Kvalitative studier og kvalitetskriterier*. Norsk Tidsskrift for sykepleieforskning. 7:2.
- Forprosjekt (2006) *Elektronisk informasjonsflyt for en sammenhengende helsetjeneste*. Et samarbeidsprosjekt mellom Sørlandet Sykehus HF og Arendal Kommune.
- Grenness, C.E. (1999) *Kommunikasjon i organisasjoner*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Jacobsen, D.I. (2003) *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget AS.
- Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2002) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Fagbokforlaget.
- KITH. (2002) *Rutiner for innføring av IT-systemer*.
- KITH R 14/03. *Veileder for elektronisk dokumentasjon av sykepleie*.
- KITH R 33/03. *EPJ Standardisering. Elektronisk dokumentasjon av sykepleie*. Høringsuttalelser med kommentarer
- Kristoffersen, N.J. (red)(1995) *Grunnleggende Sykepleie 2*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Kuutti, K. (1994) *Information system, cooperative work and active subjects: the activity theoretical perspective*. Oulu.
- Kvale, S. (1997) *Intervju*. Oslo: Gyldendal.
- Lindberg, (2005) *Statusrapport fra fyrtårnssatsningen. Programsekretariatets vurderinger av kommuneprogrammets første fase*. Prosjektrapport.
- Lyngstad, M. (2005) *Utvikling av sykepleiefaglig innholdsstandard og struktur for elektronisk informasjonsutveksling i pleie- og omsorgstjenesten i kommunene*. Versjon 2.0 Prosjektdirektiv/plan forprosjekt ELIN-k.
- Moen, A. (1992) *Informasjonsteknologi i sykepleietjenesten*. Oslo: Akribe forlag.
- NSF, Norsk Sykepleierforbund. (2004) *Dokumentasjon av sykepleie i pasientjournalen*. En veileder fra Norsk Sykepleierforbunds forum for IKT og dokumentasjon.
- NSF, Norsk Sykepleierforbund. (2005) *Sykepleiernes bidrag til S@mspill gjennom e-samarbeid*. NSF strategi for IKT i sykepleie og helsetjenesten 2005-2007.
- Postholm, M.B. (2005) *Kvalitative Metoder*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Raitoharju, R. (2005) *When acceptance is not enough taking TAM modell into healthcare*.
- Ringdal, K. (2001) *Enhet og mangfold*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruland, K.M. (2000) *Helse- og sykepleieinformatikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- S@mspill 2007. (2004) *Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren*
- Si@. (1999) *Elektronisk Samhandling i helse- og sosialsektoren*

Solvang, A. (2005) *Stille Rapport*. Medisinsk Avdeling, Rikshospitalet - Radiumhospitalet HF.

Taylor, S. & Todd, P. (1995) *Understanding Information Technology Usage: A test of competing models*.

Torjusen, D. (2005) *Å forske i egen organisasjon*. Forelesning 3. mars 2005.

Wentzer, H.S. (2005) *God IKT-praksis. Begreber til evaluering af sundhedsorganisatoriske forandringer*. PhD-avhandling Humanistiske fakultet Aalborg Universitet

Wentzer, H.S. (2006) *Identifying Communicational Errors: Organizing Health Care with E-texts*.

www.edu.helsinki.fi

www.hio.no

www.lovdato.no

www.cita.no

www.tietoenator.no.

www.uio.no

Østerlund, K.S. (2006) *Combining Genres: How Practice Matters*. Proceedings of the 39th Hawaii International Conference on System Sciences.

Vedlegg 1**Arendal Kommune****v/ Rådmannen**

4800 ARENDAL

Arendal, 13.09.05.

**SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED
MASTEROPPGAVE I REGI AV UNIVERSITETET I AALBORG**

Vi er tre sykepleiere som er ansatt i Arendal Kommune som holder på med masterstudie i sundhedsinformatik ved Universitetet i Aalborg. Dette er et treårig løp, slik at de to første årene er tatt ved HIA og det siste året tas i Aalborg. Vi er nå kommet til det siste året, og i den forbindelse skal vi skrive en prosjektoppgave om et tema som tar utgangspunkt i en konkret problemstilling fra helsevesenet. Den kan være av teknisk, administrativt eller kommunikativ karakter. Vi er tidlig i forløpet av vårt prosjekt, men har funnet et tema vi ønsker å fordype oss i.

Tema: Gericas som tverrfaglig dokumentasjonsverktøy – utfordringer og muligheter.
På hvilken måte kan Gericas bidra til tverrfaglig samarbeid og helhetlig forløp for pasienten?

Vi arbeider innenfor ulike avdelinger i kommunen - hjemmesykepleie, aldershjem, rehabilitering - slik at samhandling og utveksling av informasjon er relevant og interessant for oss å se videre på. Metod delen til prosjektet vårt er ikke fullført og prosjektet vårt er helt i startfasen, men vi regner med at vi trenger å søke empiri for å få svar på undersøkelsen vår. Vi vil derfor med dette søke tillatelse til å innhente data for å gjennomføre empirisk studie vedrørende overnevnte tema.

Håper på positivt svar.

Med Vennlig Hilsen

Heidi Danielsen

hdani103@hotmail.com

Bente Grythe

bentegrythe@hotmail.com

Jelena Nikandrova

jnikandrova@hotmail.com

Vedlegg 2



Omsorg Arendal Øst

Heidi Danielsen
Gamle Songevei 108

4842 ARENDAL

Dato: 23.03.2006

Vår ref: (øppgis ved henvendelse)
L.nr: 10289/06
Arkivsaksnr: 00/3221
Arkivkode: PM 220568
Saksbeh: Geir Svendsen
Saksbeh.tlf: 37065966
Deres ref:

ANGÅENDE EMPIRISK STUDIE I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE

Vi har diskutert forespørselen på omsorgsledermøte og synes det er positivt av våre medarbeidere tar etterutdanning.

Vi godkjenner at det gjennomføres en undersøkelse i forbindelse med masteroppgaven, og håper å få informasjon om resultatet av undersøkelsen når den er ferdig.

Vi ønsker dere lykke til med Masteroppgaven.

På vegne om omsorgslederne og leder av M & R

Med hilsen

Geir Svendsen
Geir Svendsen

Postadresse: Serviceboks 650, 4809 Arendal
Besøksadresse:
Org.nr.: 940493021

Telefon: 37013500
E-post: postmottak@arendal.kommune.no

Telefax: 37013013
Bankgiro: 2800.05.15991

Postgiro: 825 0168080

Vedlegg 3A

SITUASJON	INFORMASJONSUTVEKSLING
Dement dame, over 80 år, vurderingsopphold på Bokollektiv. Usikkerhet rundt funksjonsnivå	Telefon fra bokollektiv. Bruker hadde allerede ankommet uten at hjemmesykepleien hadde fått gitt rapport. Manglet sykepleiesammenfatning. Hadde fått med seg dosett hvor medisinoversikt sto bakpå dosetten. Muntlig rapport på telefon. Avtalte at rapporten ble skrevet i journalmodul i Gericapå nr 141, som er sluttrapport. Innhold: Sykepleierrapport og medisinoversikt
Samme pasient som beskrevet over reiste hjem fra kollektivet sammen med ektefelle. Skrev seg selv ut før tiden.	Telefon fra bokollektiv, hvor de forklarte situasjonen med at brukeren hadde reist hjem. Muntlig rapport telefon. Hjemmesykepleien gjenopptar sine tjenester.
Dement dame, bor alene, lite nettverk, vurderingsopphold på bokollektiv for demente.	Vedtak fra tjenestekontor. Telefon til bokollektiv: rapport om hjemmesituasjon og medisinoversikt.
Samme pasient som beskrevet over reiser hjem etter 3 uker.	Telefon fra bokollektiv. Rapport om hvordan oppholdet har fungert, funksjonsnivå. Avtale om hjemreise; hjemmesykepleien må møte opp å følge inn. Sykepleier på vakt møter når pasienten kommer hjem. Brev leveres av bruker til sykepleier, rapport fra bokollektiv. Innhold: Medisinoversikt og 1 blodprøvesvar (Hb)
Slagrammet dame, storbruker av hjemmetjeneste. Hemiparese, rullestolbruker hatt ulike tilleggsplager den siste tiden. Skal til avlastning	Telefonrapport fra hjemmesykepleie til institusjon.

på institusjon.	
Samme pasient som over, hjem etter avlastning	Ved utskriving: telefon fra institusjon til hjemmesykepleie.
Middelaldrende mann, slagrammet, afasi. Skal til korttidsopphold på hybel i annen sone. Organisert med mange omsorgsboliger under samme tak, men hjelpen gis av hjemmesykepleien.	Telefonrapport til ”ny” hjemmesykepleie.. Fikk med seg medisiner i dosett. Det skjedde en misforståelse, da pasienten skulle hatt med seg flere medisiner enn en dosett. Resultat var at det ble bestilt opp dobbelt med medisiner, så pasienten sitter nå med et stort medisinlager etter tilbakeføring til hjemmesykepleie på hjemmeadressen.
Samme pasient, utskives til hjemmet..	Telefonrapport til hjemmesykepleie. Man oppdager at under opphold på hybel, har hjemmesykepleie endret på mange av tiltakene pasienten hadde på hjemmeadressen.
Dement gammel mann, avlastningsopphold på bokollektiv. Lite nettverk. Oppfølges av hjemmesykepleie.	Skriftlig sykepleiesammenfatning, dosett med medisinkort sendt med pasient i taxi
Samme pasient som beskrevet over, ved utskriving.	Pasienten skrev seg selv ut etter få dager. Telefon fra institusjon om innhold i opphold. Dosett i retur.

Vedlegg 3B

SITUASJON	INFORMASJONSUTVEKSLING
En pasient som flytter inn har ingen sykepleie sammenfatning med seg, hadde hjemmesykepleie tjeneste.	Snakket med pasienten og pårørende angående tilstanden. Det var nok med opplysningene. Ringte til fast lege og bestilte kopi av journalen ettersendt.
Ny pasient ankom, har ingen sykepleie sammenfatning. Ringte hjemmesykepleie.	Får muntlig rapport over telefon om gjeldende pasient, beskjed om at pasient administrer medisinene selv, og de har ikke de opplysningene tilgjengelig akkurat nå.
Pasienten skrives hjem, Hjemmetjenesten ringer til meg angående sykepleiesammenfatning.	Jeg måtte forklare at jeg har skrevet sykepleie sammenfatning på Gerica, og de finner dette i tiltaksplanen. Samtidig gir jeg en liten muntlig rapport.
Pasienten flyttes over til en annen institusjon. Ringer til institusjon, for å bekrefte at plassen er ledig, og de venter.	Sier at jeg har skrevet sammenfatning på Gerica, men får beskjed om å skrive den på papir også, siden det er ikke alle som kan Gerica enda.
Får en pasient fra hjemmesykepleie. Hun har ingen sammenfatning med seg. Fant ikke inf. om pasienten på Gerica. Ringer hjemmesykepleie.	Hjemmesykepleie gir meg muntlig rapport, sier at jeg kan finne opplysninger på Gerica, og forklarer at jeg måtte bruke en annen ikon i Gerica, det er "tjenester" som de bruker.
En pasient skal hjem, skrevet sykepleie sammenfatning på Gerica.	Ringer til dem får å informere at pasienten kommer hjem i morgen, og at de finner sykepleie sammenfatning på Gerica.
Får telefon fra	De riger for at de kan ikke finne rapporten jeg har skrevet på

<p>hjemmesykepleie angående en pasient som ble skrevet ut i går.</p>	<p>Gerica. Forklarte hvordan de kan finne den, at de må bruke tiltak plan ikon.</p>
<p>Fikk en ny gjest med korttidsopphold fra hjemmesykepleie. Hun har ingen opplysninger med seg, i dosett ligger det to ulike medisin kort. Kan ikke se på Gerica noe som helst om pasienten, annet enn fysioterapeut notater.</p>	<p>Ringer til hjemmesykepleie får å få tak i opplysninger, både om pasient og medisinene, for at hun må få medisin straks. Ingen sykepleier tilgjengelig, de lover å ringe i pause, når en av sykepleiere dykker opp. De kan ikke hjelpe med opplysninger om pasient heller, for at hun jeg har snakket med var hjemme hos en annen pasient. Ingen har ringt i løpet av dagen. Jeg forsøkt å ringe til fastlege hennes, men han var ikke tilgjengelig. Jeg har fått noe av opplysninger fra pasienten, og hun fikk medisin.</p>

Vedlegg 3C

SITUASJON	INFORMASJONSUTVEKSLING
Ny pasient med store smerter, står ikke på eventuelt medisiner. Ringte legevakta.	Gir legevakten opplysninger om pasienten, diagnose , medikamenter og tilstand. Får bekreftet tilbake over telefonen hva pasienten kan få av smertestillende medikamenter
Venter ny pasient, som ikke har vært på institusjonen før. Ringer hjemmetjenesten.	Får muntlig rapport over telefon om gjeldene pasient, hvilke medisiner pasienten står på og hva som er målet med oppholdet.
Uklarhet om dosering av et medikament. Pasienten sier en ting, mens det står noe annet i papirene fra hjemmesykepleien.	Ringer fastlegen - ikke svar. Ringer tilsynslege - oppgir pasienten diagnose, og mitt problem - hun sier vi får snakke med pårørende eller kontakte pårørende, fordi hun ikke kjenner pasienten godt nok. Snakker med pårørende da de kommer på besøk, de informerer om hva pasienten får for styrke av medikamentet og hvorfor det er blitt forandret i løpet av den siste tiden, av fastlegen.
Pasienten skal reise hjem, ringer hjemmesykepleien. Sender pasienten hjem.	Informerer om når pasienten er ventet hjem igjen og får bekreftet når de kommer innom hjemmet. Skriver sykepleiesammenfatning til hjemmetjenesten og sender denne med pasienten hjem.
Overflytting av pasient til annen institusjon, Fast plass. Ringer institusjon. Skriver sykepleiesammenfatning.	Gir muntlig informasjon om pasientens diagnose og tilstand. Sender denne med pasienten når han drar.

Ringte hjem til kollega.	Det ble gitt muntlig rapport om at pasienten ikke hadde fått medikamenter, mens det var krysset av i medisin boka for gitt.
Telefon fra tjenestekontoret.	Informasjon om tildeling av opphold for ny pasient.

Vedlegg 4

INTERVJUGUIDE TIL GRUPPEINTERVJU

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
<p><i>BRUK AV PROGRAMMET</i></p> <p>På hvilken måte brukes Gerica i Arendal Kommune?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bruker hjemmetjenesten og institusjonene samme modul for pasientopplysninger/pleieplan <p>Innhold i Gerica:</p> <p>Hovedkort</p> <p>Tjenestekort</p> <p>Saksbehandling</p> <p>Rapport</p> <p>ADL</p> <p>Tiltaksplan</p> <p>Medisinmodul</p> <p>FOKUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Få oversikt over rutiner på de ulike arbeidsplassene. • Faste rutiner for hva som dokumenteres hvor. 	<p><i>BRUK AV PROGRAMMET</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvilke del i Gerica bruker dere? • Kan du kort beskrive hva modulen(e)/ eller delen inneholder? • Bruker dere kun Gerica, eller kombinerer dere papir/elektronikk?

<p>OPPLÆRING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvor omfattende er opplæringen de ansatte har fått for å ta i bruk IS Gerica <p>FOKUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva var vektlagt i opplæringen? • Ble det snakket om muligheter for elektronisk samhandling i Gerica? 	<p>OPPLÆRING</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvor mye opplæring har du fått? • Mener du opplæringen var tilstrekkelig for å begynne å ta i bruk Gerica som dokumentasjonsverktøy? • Ble det i opplæringen fokusert på samhandling mellom ulike avdelinger? • Hvilke muligheter har du for hjelp og veiledning i hverdagen?
<p>OPPFATTET NYTTE OPPFATTET ENKELTHET VED BRUK</p> <p>FOKUS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukernes opplevelse av å bruke Gerica, sammenlignet med tidligere dokumentasjonsverktøy • Logisk, lett å finn frem? • Oppfattelse av stress 	<p>OPPFATTET NYTTE OPPFATTET ENKELTHET VED BRUK</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oppfatter du det som enkelt å bruke Gerica? • Finner du lett frem til opplysninger du trenger? • Opplever dere bruk av Gerica som et nyttig verktøy? • Opplever dere bruk av Gerica som stressfaktor? <p>F.eks på grunn av:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidsbruk? - Redsel for å gjøre feil? - Annet?

<p><i>INFORMASJONSKVALITET</i></p> <p>Gir Gerica tilstrekkelig pasientopplysninger i forhold til forsvarlig pleie av pasienten?</p> <p>Eksempel på informasjonsbehov:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalia • Diagnose • Pleieplan/tiltaksplan • Rapport • Legenotat • Innkomst • Medisiner • Sykepleiesammenfatning • Saksbehandling <p>Nettverk og maskinpark</p>	<p><i>INFORMASJONSKVALITET</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mener dere opplysningene dere får i Gerica er tilstrekkelige til at dere skal få et helhetlig bilde av pasienten? • For dere som bruker PDA – Beskriv hvordan PDA fungerer og hva slags opplysninger dere får opp i PDA? <p>TEKNISKE RAMMER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Har dere tilstrekkelig med maskiner? • Får dere arbeidsro til å dokumentere? <p>FYSISKE RAMMER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er nettet stabilt? • Hva er rutinen dersom nettet er nede?
<p><i>SAMHANDLING</i></p> <p>Hvordan er samhandlingen mellom sykepleiere i kommunen?</p> <p>Ved overføring av pasient mellom hjemmetjenesten og institusjon; hvordan er rutinene for informasjonsutveksling?</p>	<p><i>SAMHANDLING</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan du beskrive rutinen med å få tak i pasientopplysninger ved ny pasient? • Hvor får dere informasjon fra? • Hva supplerer dere evt. med? • Kan du beskrive rutinen med å sende pasientopplysninger ved overføring av pasient til annen avdeling? • Har innføring av Gerica påvirket eller ført til endringer i rutinene ved utveksling av pasientinformasjon?

	<ul style="list-style-type: none">• Kan dere fortsette på en pleieplan eller prosedyre som er startet i en annen avdeling?• Hvordan gjøres i tilfelle det? • Hvordan kan du sikre deg at elektroniske overføringer blir lest av mottageren? • Kan elektronisk samhandling påvirke kvaliteten på pasientbehandling? På hvilken måte? • Kan elektronisk samhandling helt erstatte muntlige og skriftlige overføringer? Hvorfor/Hvorfor ikke? • Opplevs samhandling i Gerica som vanskelig? Hva er problemet?• Hva skal til for å bedre samhandlingen? • Hva skal til for at Gerica kan brukes som fullverdig dokumentasjonsverktøy? <p>Andre ting du vil ha nevnt vedr Gerica og samhandling? Sluttkommentar</p>
--	---

Vedlegg 5

Informasjon angående intervju

Vi er tre sykepleiere som tar Masterutdanning i Sundhetsinformatikk ved Aalborg Universitet. Til daglig jobber alle tre i Arendal kommune. Heidi Danielsen i hjemmesykepleien, omsorg Øst, Jelena Nikandrova på Solhaug Bo og Omsorgsenter og Bente Grythe på Myratune Bo og omsorgsenter, avdeling rehabilitering.

Vi skriver en masteroppgave som et ledd i dette studie.

Prosjektet har tema: *Gerica som dokumentasjons- og samhandlingsverktøy.*

For å få svar på problemformuleringen ønsker vi å intervju noen sykepleiere som bruker programmet i sitt daglige arbeide. Vi ønsker å gjennomføre gruppeintervjuer med to og to sykepleiere sammen, fra ulike avdelinger i kommunen.

Spørsmålene vi kommer til å stille er knyttet til bruk av programmet, hvordan dokumentasjonen og samhandling foregår ved bruk av Gerica på deres avdeling.

Hjelpemidler:

Vi ønsker å bruke båndopptaker i intervjuene, samt notere under veis. To av studentene kommer til å være tilstede under intervjuene.

Etikk:

- Du deltar frivillig i prosjektet
- Du har rett til å trekke deg på et hvilket som helst tidspunkt
- Opplysningene du gir vil bli behandlet fortrolig
- Anonymitet vil bli overholdt på den måte at institusjonens navn vil komme frem. Din yrkestittel blir fremhevet, men ditt navn eller andres navn som eventuelt skulle komme frem under intervjuet, vil ikke bli brukt.
- Opptaket av intervjuet vil bli makulert etter eksamen

Bruk av resultater:

- Masteroppgaven vil bli tilgjengelig for studenter på Sundhetsinformatikk studiet ved Aalborg Universitet.
- Ved interesse og forespørsel vil Arendal kommune få tilgang til oppgaven.

Ønskes ytterligere informasjon, er det bare å ta kontakt med en av oss:

Heidi Danielsen

tlf . 986 98 769

Jelena Nikandrova

tlf. 918 04 427

Bente Grythe

tlf. 976 96 342

Vedlegg 6, Intervju 1

Hvilken del av Gericia bruker dere? (modul)

A: Vi bruker, altså brukeroversikten, brukerregisteret, holdt jeg på å si, den øverst til venstre – dere snakker om de firkantene nå? Hm vi bruker det, også bruker vi tiltaksplanen, i bruker journalikonet, holdt jeg på å si, journallistene, nei journalregisteret. Og så bruker vi tjenestene, jeg tror ikke det er mer.

B: Nei, jeg tror ikke det er mer enn de

Det tror jeg ikke, det meste av det vi skriver er på den der blå toppen det med journalene

A: tiltaksplanen?

B: ja

A: den bruker vi til å skrive i

B: Ja

A: ellers så bruker vi ikke så mange av de andre, foreløpig i alle fall.

Kan dere si litt om innholdet i og hvordan dere bruker de forskjellige delene?

A: Brukeroversikten bruker vi til å finne brukerens brukernummer – og bruker den til å finne for eks adressen, finne forskjellige opplysninger som står på hovedkortet, forskjellige ting, telefonnummer står der til pårørende, og så printer vi ut brukerkortet, og har det i permen vår,

B: og også gjerne fastlegen eller pimerlegen står alltid på brukerkortet, så det står alltid foran i permen da, ja, hm

A: Så da printer vi gjerne ut alltid ut dette brukerkortet da, sånn at vi har det i bakhånd hvis dataen ligger nede, det er vel stort sett det vi bruker det ikonet til.

Så er det journalene – der bruker vi til å lesejournaler – kan jo gå langt tilbake i tid, for eksempel før de kommer, at vi kan se på en måte hva hjemmesykepleien har – eller gjør med brukeren, eller hva som er rapportert. Når vi har rapportert internt på avdelingen liksom, så bruker vi den til å lese. Ehh – ja- tiltaksplanen, nei, vil du si noe om....

B: Ja jeg bare tenkte, er det ikke der det sto hvis de har noen andre tjenester i kommunen bortsett fra hjemmesykepleie, på det kortet?

A: Nei, det er på tjenesten

B: Å, på tjenesten, ja, der de må ha andre, ha hjelpemidler eller et eller annet..

A: tjenesten, der ligger det på en måte alle tjenestene de har i hele kommunen. For eksempel, hvis de har fått et korttidsopphold hos oss, så kan vi se hvilken dag det er innvilget og sånne ting

B: Ja, og også hvis de da har ting hjemme før de kom til oss, der står jo alt, da

A: så er det jo tiltaksplanen

B: ja

A: den bruker vi

B: den bruker vi jo mye

A: Den bruker vi jo hele tiden, der kan, der vet jeg hos oss i alle fall, at der kan det bli bedre i forhold til å skrive situasjon, og, for det er ikke vi – er ikke alle så flinke til i alle fall.

På en måte skal det jo ligge alle pasientens problemer, tiltak, prosedyrer, for eksempel på et sårskift.

B: Ja

A: ..og det er jo det en bruker for å skrive rapport – tiltaksplanen

B: mm – ja

Kan dere sammenligne det med tidligere papirkardex?

A: ehh, både – og, vil jo jeg si

B: Ja. Ja, der jo litt sånn både –og, vil jo og si det. Er det bedre med å skrive på data – var det bedre med papir, eh – det er jo (sånn en ikke opplever helt klart, altså) Jeg føler det var litt mer oversiktelig før – litt negativt altså – litt mer greiere med papir, for på Gerica må du inn på alle punktene som ernæring, søvn og hvile, aktivitet, personlig hygiene, legevisitt, altså alle punktene må en inn på hver gang, så det er

A: Mye mer lettvindt med papirene, men kanskje for min del, må jeg si at jeg føler kanskje, hvis en tar utgangspunkt i før, med de her papirene, så var det nok ikke alt som ble like godt fulgt opp i papirene heller, i forhold til å føre ordentlige pleieplaner og sanne ting.

Det føler jeg da.. men.. det er nok litt forskjellig hvor mange punkter man legger inn på brukerne og hvor mye de blir brukt – så det er nok en bit som kan bli gjort bedre, men det er litt styrete også, i og med at det er litt tidkrevende rett og slett.

B: Ja

Vil dere si at det er tiltaksplanen deres bruler mest?

B: Ja, absolutt

A: Ja

B: Ja, der skriver vi jo alt- fra beskjeder og hva nå? Altså, ja, alt går inn på den tiltaksplanen, den bruker vi jo mest av alt, da, alle må jo skrive der, eller skal i alle fall

A: Ja, det er jo der man skriver rapport, og så er det jo da litt forskjellig hvem som er flinke nok til å gå inn på riktig punkt, vil jeg jo si da...

Har dere noe i papirversjon fremdeles, dere snakket om at dere printet ut noe?

B: Vi skriver ut sykepleier rapporten som vi sender med brukeren når den reiser hjem, det er papir, og medisinkardexpapir, ellers så er det vel

A: Listemedisin

B: Ja, listemedisin, ja

A: Ja, for eksempel –eh, en som skal ha en, for eksempel mixture, eh, ja, sånne ting

B: Ja, også sånne Klexane injeksjoner og sånne ting har vi på papir, men, men ellers er mesteparten på – de sier at det skal inn etter hvert hvis de finner en oversiktelig måte å skrive det på – så skal, så skal vi ha alt på Gericar.

A: Ja, også er det jo at det man har av papir er som sagt brukerkortet og så printer man også ut når en bruker kommer, en innkomstrappert. Sa du kanskje det?

B: Nei, jeg sa ikke det

A: Nei, vi printer ut en innkomstrappert hvor man har en oversikt over, f.eks sikulasjon, respirasjon, ernæring, sånne ting som vi da skriver de inn på dataen, mens vi printer ut igjen for å ha en liten sånn pekepinn hvis dataen ligger nede, som sagt

Er det det som er grunnen til at dere skriver noe ut i papir, at dataen kanskje ligger nede?

A: Ja, men det har vi jo sett mange ganger at den gjør, så det er jo litt på en måte hvis man er vikar som er sjelden på avdelingen, så må jo den ha noe å gå ut i fra, uansett om dataen virker eller ikke.

B: Men, tar dere ikke ut rapport sånn på morgenen?

A: Nei, det gjør ikke vi

B: Nei, for det har vi gjort nå foreløpig for det er jo snakk om at det skal vi også kutte ut, og ha kun det brukerkortet og den oversikten over innkomsten, liggende i en perm, og resten skal vi ikke ha ut i papir, så det er sånn som vi etter hvert skal gå over til.

A: vi tar ikke ut noen papir om morgenen

Hvordan synes dere det er å kombinere papir og elektronikk, påvirker det dokumentasjonen deres?

B: Jeg synes foreløpig det er greit å ha det sånn – for det at vi begynte med Gericar – det var i fjor – etter sommerferien så var det liksom sånn – fra i morgen begynner vi med data – og vekk med papir

Så – å ha de der papirene sånn foreløpig – som en overgang – synes jeg er litt greit – det synes jeg faktisk, altså. Men det er jo masse papirer – fra de som er her kanskje – vi har jo en som har vært her i fire – fem måneder, det blir jo den lefsa, da, så det – men jeg tror – jeg husker ikke datoene de sa det skulle vekk, men det er snart...

A: Men du kan jo si at visse ting må man jo ha på papir..

A: som brukerkort, og innkomst

B: Ja

A: man må jo ha, på en måte, pasientens viktigste opplysninger for hånd

B: mm

Hva slags opplæring har dere fått?

B: Vi fikk 2 dager på kurs – der nede - ehh – og det var det.

Ehh, så. men de nye vikarene som kommer, de får egentlig litt sånn opplæring og vising inni mellom, men vi fikk 2 dager og så var det liksom ”vørsågod –her er – nå kan vi det”

A: det var likt for oss også – det var vel likt for de fleste ja, det tror jeg..

B: for de fleste ja, det tror jeg. Det var snakk om at når alle kom gjennom opplæringa på de to dagene, så skal du liksom, da skal alle kunne det.. eller begynne å bruke det, i alle fall

A: Ja, men jeg tror teamlederne fikk noe mer hvis jeg ikke tar feil, jeg innbildte meg... det skal jeg ikke påstå. Men jeg tror, trodde det var noe mer, men det kan være det samme.

Følte dere at det var tilstrekkelig for deres bruk?

B: eh, litt vanskelig å også si sånn, men altså nå i ettertid kan en føle at det var greit nok nå, men..2 dager også fikk en høre at fra i morgen er det vekk med all papirkardex og da skal vi begynne å skrive i gerica – Jeg fikk jo helt panikk – og kom da på seinvakt, og ”vær så god”. Så jeg følte det var litt lite, men så fikk vi teamlederen vår til å trykke ut en oversikt, en lefse med punkter, rene ABCen da altså, og den har vi liggende på pulten enda hvis det er ting du skal inn å klikke på –hvis, som du ikke gjør så ofte. Så det var nok en del frustrasjon, men jeg tror det var måten å gjøre det på, for at folk skulle hoppe i det.. det tror jeg nok at.. en dag, to dager til, nei, jeg tror altså ikke at en hadde lært så mye mer, altså

Var det spesielle moduler opplæringa gikk på eller fikk dere opplæring i hele Gerica sånn generelt?

A: Det var jo spesielle ting rettet mest mot oss

B: Ja, for at vi skulle skrive de rapportene og legge inn innkomst, alt gikk på – inn på Gerica

A: Ja

B: Så det var kun det vi fikk opplæring i

A: Men jeg må bare si at det var litt annerledes for vår avdeling – for det at vi begynte ikke – altså på den avdelingen så var det litt sånn forandring i – vi skulle bli korttidsavdeling – det var teamledere, sykemeldinger, alt sånne ting, så hos oss, så var det ikke den situasjonen, at i morgen tar vi vekk og så begynne med, så vi brukte mye lenger tid på å komme inn i Gerica – og så dere var tidligere ute enn oss..

B: mm

A:.. og det tror jeg nok egentlig altså – at jeg. I dag kan jeg se fordelene ved å si at i morgen er alle papirer vekk, ferdig med det!, for da må du bare..

B: Ja, mm

A: Men hos oss har det vært veldig mye sånn som at ”ja vi får vel dra det litt lenger”, altså det er ikke så nøye, ikke vel? Så, men nå er vi nok like langt som dere, altså, men det var en lang periode før vi fikk tatt ordentlig tak i det og sagt at nå er det

B: mm

Var det en lengre periode med kombinasjonen elektronikk og papir?

A: Ja, at vi dobbelførte

B: Ja. Ja, men jeg tror at det som hun teamlederen sa, så at grunnen til at hun valgte å gjøre det sånn hos oss var at de hadde prøvd med litt Geric tidligere, og liksom at de som vil og – skal vi prøve og sånn – også da sklir det ut – og så er det da kun de som er mest rasere på data som brukte det – også plutselig var en tilbake da i papirform, så da ble ting glemt å skrive, så da valgte en – Nei, nå er det kniven på strupen og så gjør vi det sånn!

Så var det skrik og skråll og fortvilelse og litt tårer og sånn, så ser en jo nå at det var egentlig det greieste, for da måtte du – mm

Når det gjelder den opplæringa ble det fokusert på samhandling mellom andre avdelinger?

B: Veldig lite – det kan jeg nesten ikke huske

A: (latter) veldig lite, det var vel så å si ingenting

B: tror ikke vi fikk noe tilbud om det, nei

Men ble det påpekt at dere hadde mulighet til å sende pasientinformasjon til en annen institusjon?

A: Det må, altså, jeg kan ikke huske det. Det jeg husker at lederen har forklart dette her senere – det kan være at det har blitt sagt, men når det skal sies så er det jo 2 dager med veldig intensiv opplæring igjen, så det at det er klart at visse ting går nok inn det ene øret og ut det andre, liksom. Det ble jo veldig konsentrert på at det var kun det viktigste en skulle lære de to dagene.

B: Ja, mm

A: Så, ja, men det er jo noe vi er blitt mer obs på nå i det siste

B: Det er vel nå lederen sier en skal ha den sykepleierrapporten etter hvert innpå Geric så vi kan sende den til en annen institusjon.

A: Det har vi begynt å gjøre

B: Ja

Hvilke muligheter har dere for hjelp og veiledning i dag, når det gjelder samhandling på tvers mellom avdelinger eller generelt?

A: Vi kan jo ringe IKT – Agder da..

B: Ja, men er ikke det mest egentlig hvis dataen ligger nede eller du må ha nytt passord eller et eller annet sånn? Kan de hjelpe med sånne? Nei?

A: Vet ikke (latter), jeg trodde..

B: Jeg synes kanskje det er litt lite oversiktelig for du står kanskje et lite granne fast og så spør du kanskje lederen om; at jeg får ikke dette til, kan du vise meg dette her, så er det andre medarbeidere på jobb som kanskje kan hjelpe deg, men der er jo, men der er jo ikke en – en allvitende mann som en kan spørre når – og som kan komme med en gang, kanskje en må ta det i morgen, når en får tid, når der er noen på kontoret, altså når der, der er ikke sånn konkrete ting.

A: Lederen er jo veldig flink på data, hun kan mye av det her, men det er jo ikke alltid hun er tilgjengelig, også er det jo noe med det at den som er – det er jo alltid sånn at noen er flinkere enn andre, ikke sant? Så blir det jo ofte slik at den som ikke er så flink spør den som er flinkere av kollegaene på avdelingene. En får jo gjerne løst det, sånn.

B: Det ordner seg.

A: Ja da. Ja, det ordner seg, men eh, noen ganger kan en være ganske fortvilet

B: men det er jo sånn at det er mye basert på at du må gjøre ting selv for å få orden på det. Det er jo det. Mm.

A: Men jeg tror det er lettere for oss, eller for min del så er det sikkert lettere enn for, siden jeg er såpass ung i forhold til de som er i den litt eldre garden, for de er veldig redde for å gjøre noe feil, for å prøve, for at de skal ødelegge noe, det går det mye på, mens jeg på en måte vet når jeg gjør noe, sletter noe eller ikke sletter noe. Så det går nok mye på det også, tror jeg

Synes dere det er enkelt å bruke Gerica?

B: Tja

Er det logisk, vet dere hva dere skal bruke?

B: Nå så er det greit, men jeg må jo si at, jeg hadde mye fortvilelse den første, tiden altså, for at det her klarer jeg aldri. Aldri vært glad i data. Så får du beskjed om at ”vørsågod”, sånn er det bare - og – men jeg hadde jo ikke greid det her hvis jeg ikke hadde hatt en del av den – altså –den her lefsa ved siden. Nei, for å finne frem til forskjellige, påse på hvilken side du skal inn på og trykke der når du skal trykke ut som og. Alt, jeg hadde aldri greid det hvis jeg ikke kunne hatt den der jeg kunne ha kikket på, altså.

Men nå går det jo greit, for det at du har gjort det så mange ganger (et halvt år siden, latter)

A: Jeg tror det kunne vært mer oversiktlig fordi, f.eks ikonene når du er på hovedsiden på Gerica, ja så har du jo alle de her – den lange remsa på toppen med de små ikonene, altså nesten hele siden er jo tom, altså de ikonene kunne vært mye større og delt inn, de kunne stått – f.eks er det tiltaksplanen, så kunne det stått tiltaksplanen under, altså sånn, for at det skulle være lettere for alle å vite, for eksempel, så visse ting kan være mer oversiktlig – det synes jeg i alle fall, men det er jo en vanesak

B: Ja

Synes dere Gerica er nyttig som dokumentasjonsverktøy. Kan dere sammenligne det med det dere hadde før?

B: Jeg synes vel generelt at det er et tungvindt program. Jeg synes det er veldig omstendelig- Jeg skulle godt ha ønsket meg et litt enklere program det tror jeg ville ha tjent til fordel, som du sier, er litt eldre og som er redd for å bruke det og, i og med at det er så mange ting du skal inn på så jeg, eh, (det er både og) å være så begeistre for det programmet, jeg må si det.

A: Altså, Gerica er jo et nyttig dokumentasjonsprogram i den forstand at man skal dokumentere og man får dokumentert, men, eh. Det kunne sikkert ha vært gjort bedre på mange måter, tror jeg, og man kunne hatt et program som var enda nyttigere, for å si det sånn.

B: Å nyttig, altså sånn, ikke er det jo, altså det er lenge siden man begynte med det her, nå og ikke er den her medisiner og kommet i gang, og det er jo flere ting som fortsatt blir evaluert og som de prøver å ordne. Ting tar jo veldig tid før alt på en måte blir komplett.

Hvilke pasientopplysninger får dere opp i Gerica?

B: Det er vel de som vi legger inn selv, holdt jeg på å si. Vi må jo skrive inn alt, fordi at når vi får melding om en ny pasient fra tjenestekontoret og sånn forskjellig, så er det liksom bare navn og adresse, altså fødsels- og personnummer og brukernummer, og så må vi da legge inn det som vi synes er viktig å ha med. Så det gjør vi jo selv da.

Vil det si at ingen av de opplysningene du trenger ligger på Gerica fra før?

B: De legger bare inn vedtak på pasienten altså, men hvis de har hatt noe sånn, eh, hjemmesykepleie eller vært inne i systemet før, så klart, så kan vi gå inn å lese om ting, men hvis de aldri har hatt hjelp fra kommunen før, så må du liksom innhente det selv, å skrive inn, så det er – det kommer litt an på om det er nye brukere eller gjengangere.

Gir Gerica tilstrekkelige pasientopplysninger for å få gitt pasienten den pleien pasienten skal ha?

B: Jeg synes – der er vel både og, fordi at, i og med at folk, eh – noen legger inn masse opplysninger og andre legger inn veldig lite. Det kan og være en viss frustrasjon, fordi at- si at

vi får en pasient fra Plankemyra, også kan du gå inn å kikke at de har skrevet noe i Gerica, men så er det jo kanskje mange ting som de ikke har ført inn, som vi synes er viktig for oss, og så må du da ringe ned og så må du, så vet ikke den noe om det, så skal den ringe opp tilbake, altså, det er både - og altså, for det er ikke alle som er like flinke til å bruke det likt, selv om vi har gått på samme opplæringen, så føler jeg at likevel har folk praktisert det så forskjellig med hva som er viktig å ha med, av punkter og sånn, noen kan jo bare ha med tre - fire punkter mens, ja.

A: så er det noe med det også at, la oss si det kommer en pasient på kveldsvakt og rekker de som er på jobb å ikke skrive inn noen ting, ikke vel, så blir det skrevet litt etter litt, også, og til slutt så er det et dårlig dokument til syvende og sist, fordi at bare gjort nokså halvveis, synes jeg, og det går jo på at det er tidkrevende og inn og gå på fylle ut alle punkter og

B: særlig den innkomsten, synes jeg det er omstendelig å ta, at du da skal først ta å snakke med pasienten og så skal du skrive ned på et ark, også skal du legge det inn og da må du ha tid for å sitte å skrive den inn, og så skal du flytte den over på en annen side, skal kopiere og styr, og du kan ikke gå fra den også, altså da må du sitte til du har fått skrevet det inn, og når du er 2 på vakt, sånn som om kvelden, og det skjer et eller annet, så står du der. Så det er tidkrevende, det er ikke bare altså, hmm, nei men, så jeg sier det er både - og..

Så der finnes ikke noen mal på hva som bør inn av opplysninger i Gerica?

B: Ut fra de opplæringsgreiene så virka det som at sånn skal vi ha det, sånn skal alle gjøre det, og alle fikk samme opplæringen av samme folka, men en ser jo i praksis at, eh, det blir ikke brukt likt altså. Hvorfor, det vet jeg ikke altså. Om teamlederne er litt rundere her eller der, eller sier at det er greit nok, eller..

A: Mye går på skjønn, rett og slett, egentlig og det vil det jo alltid gjøre i forhold til dokumentasjon, altså, noen tenker at det er ikke nødvendig å dokumentere det, det er helt normalt, eller det er bare tull å skrive, ikke sant, sånn vil det jo alltid være til en viss grad.

Kan en forstå det slik at det er vanskelig å få et helhetlig bilde av pasienten når en er så avhengig av hva folk legger inn av opplysninger?

B: Ja, det vil jeg si

A: Ja, det vil jeg også si er vanskelig.. det er liksom – det kunne ha vært gjort mye mer oversiktelig for eksempel det hovedkortet burde nok, mener jeg da, omfattet mer opplysninger om pasienten. Jeg synes jo at innkomsten og sånne ting burde vært lagt rett på hovedkortet, ikke vel

B: mm

A: Man må liksom inn der og ut der og inn der, det er jo mye

B: Ja, det er veldig tungvindt, eh, program synes jeg. Jeg synes det, men

A: Ja, på den biten, ja

***Dokumenterer dere på samme måte elektronisk i Gerica som dere gjorde i papirversjonen?
Er der noen forskjell?***

B: Jeg tror nok at jeg skriver litt mer nå, i hvert fall, når man blir mer vant til Gerica, fordi at, eh, vil inn på, skal du inn på eliminasjon så skal skrive det der, også, ja, hm, etter teammøte så skal du skrive konklusjon under det punktet, at en vil, jeg tror nok at jeg skriver litt mer utfyllende nå enn på papir for da er det kanskje 4 linjer på et ark og kanskje skrev en A på det der eller en D for Dusj og sånn, så jeg tror nok det, men, det tar tid, da.

A: Jeg tror omvendt

B: Du tror omvendt, ja

A: Jeg tror det

Føler dere at det dere dokumenterer på data er mer synlig?

A: Nei, jeg synes det er mer uoversiktelig fordi før hadde man alt – altså man har jo alt på en måte liggende under hverandre nå også, men før var det liksom et ark, her står det, ferdig med det, ikke sant. Nå må du liksom, for det første kan det være ting man ikke får med seg og ikke får skrevet fordi det går ”vekk i vasen”, ikke sant, for du har, kanskje du har kjempemange ting å skrive om en pasient, og en pasient det har skjedd veldig mye med, for eksempel, den kvelden, ikke sant, og så skal du få med deg alt det her, og gå inn på hvert punkt og da kan du fort glemme litt av det.

B: mm, ja, ja når du skal inn på alle de punktene er det lett å, men det hadde vært greit med en side og så skrevet

A: Altså, jeg synes, men det er nå mitt syn da, og det er sikkert helt feil i mange andres ører, men jeg synes man kunne/ burde få lov til å skrive en generell rapport, og så at man brukte tiltaksplanen hvis det var sårprosedyre, eller forskjellige sårne ting, men det er jo min mening, (latter,) det kan jo være helt på jorde, men det er bare grovt sett.

B: Vi må si hva vi synes, men det er ikke alltid det hjelper særlig mye (latter)

Er det nok maskiner tilgjengelig her hos dere?

B: Nei, langt i fra (latter)

A: (Latter)..langt i fra

B: Skulle gjerne hatt en bærbar hver, holdt jeg på å si. Vi har i alle fall en på vaktrommet, også har det kommet en der ute som skal være sånn felles, og så har jo terapeutene på sine kontor, men stort sett så synes jeg maskinen er opptatt – Alt for få maskiner!

A: Vi har faktisk 2, men den ene har ikke vært i drift på flere mnd fordi

B: på grunn av hærverk

A: Ja, på grunn av hærverk fra en pasient, og da fikk man jo ikke dekket noe, vet du, tilbake, så det tok sin tid, men nå er den faktisk oppe og går, men den er gammel og skriften er kjempeliten, så den burde vært oppgradert, rett og slett, det burde det. Men det holder ikke bare med en maskin på det felles vaktrommet som de nå skal ha, det nytter ikke.

B: Men lederen sier vi skal få en maskin til, men altså det blir litt for lite når man skal være to i avdelingen.

A: Nei, men hun sa i stad at hun visste ikke når det kom til å bli, for det var så mye styr med ditt og datt og..

B: Ja, men det er jo ikke noen bombe

A: Nei

B: Men vi får kanskje..

A: Pr. dags dato er det for lite maskiner kan vi vel si, og for dårlige maskiner.

Hvis maskinen står på vaktrommet, hvordan får dere arbeidsro til å dokumentere?

B: her hos oss er det spesielt, i alle fall, den er jo her rett i synet og med telefonen, og når folk kommer forbi og liksom dunker på vinduet, eller skal bare si hei, og så sitter det noen bak hjørnet å prater. Veldig forstyrrende! Jeg blir helt sånn ør i hodet i perioder, altså

A: Du får ikke arbeidsro, fordi det går på, altså, en ting er for dem som er veldig flinke i Gerica, da kan man sikkert arbeide mye fortere med å bli avbrutt to til fire ganger, men for en som trenger veldig mye konsentrasjon for å holde hode kaldt, for å gjennomføre det de skal gjøre på dataen, så er det forferdelig tungvint, altså, med de her små rommene.

B:.. og når de får telefoner, så bøyer de seg over sånn, jeg skal bare ringe sånn, og så sitter du å skal prøve å skrive, så banker pårørende på vinduet, og, noen skal på do, altså er det alltid veldig forstyrrelser. Jeg blir altså, jeg mister helt konsentrasjonen og da gå ut på det rommet med den datamaskinen, det er jo veldig ofte at det rommet blir brukt til andre ting og tang, også. Nei, de er nødt til å rive i med flere maskiner skal det her bli et ordentlig redskap, ja (latter) Vi må kjempe med nebb og klør

Dere nevnte at nettet ofte var nede, hvordan påvirker dette dokumentasjonen?

B: Vanskelig hvis det ligger nede, også av og til får du beskjed om at det vil bli lagt nede noen timer og sånn, da må du skrive på, for hand, så må den neste mann skrive inn når den kommer på jobb, eller så kan det være noen vikarer eller nattevakter som ikke har fått tilgang på dataen, også da, så det kan bli, altså, det tar tid å skrive inn, det tar tid altså da

Er rutineene slik at nestemann som kommer skal skrive inn, dersom nettet har vært nede?

B: Si hvis det er en vikar/nattevakt som ikke har tilgang på, har bruker, sånn idnummer, da, da må jo den, stakkar, det kan jo ikke den hjelpe for, så da må den som kommer på vakt om morgenen skrive inn fra rapporten, da. Eller hvis det er en dag dataen ligger nede på dagen, så må de som kommer og ha første sjanse, skrive det inn.

A: Men det er ikke noen rutine på det, tror jeg, i alle fall ikke inne hos oss, det er veldig individuelt hvem som kommer på jobb. Om noen, hvem som kan gjøre det rett og slett

B: Ja, det er det

Er det ofte problemer med nettet?

B: Det er ikke daglig eller ukentlig, men altså det kan, plutselig kan det være to ganger i løpet av en uke, et eller annet

A: Men det er gjerne i forbindelse med oppgraderinger eller feil en eller annen vei, eller

Vi dere si at nettet er tålig stabilt?

B: Det er tålig stabilt, det vil jeg si

A: Det må jo nevnes da, at dataen er jo ikke akkurat nye så det hender stadig at det er noe med dataen også, det burde absolutt vært nye datamaskiner.

SAMHANDLING

Kan du beskrive rutinen med å få tak i pasientopplysninger ved mottak av ny pasient?

A: Ja, først så får jeg en telefon fra tjenestekontoret som oftest, det er ikke alltid det heller, med et brukernummer, navn, fødselsnummer, et par diagnoser kanskje, det er gjerne de siste. Det er gjerne grunnen til at de kommer hit, det får jeg da beskjed om muntlig, ja også sjekker en gjerne da opp, ikke sant, finner opplysninger om denne pasienten før den kommer, eh, sånn at man kan gjøre mest mulig klart.

B: Så ringer du, får gjerne beskjed om, kommer fra 3c, kommer hjemmefra, og fra korttid eller Plankemyra, så er det da, så må du da ringe ned til der de er for å få nærmere pasientopplysninger og medisinersikt, og når pas .kommer, ja, og hva de klarer og ting og tang sånn, ja.

A: Den medisinersikten er jo veldig viktig, for det har skjedd at de mange ganger kommer uten noen som helst opplysninger om det, og ofte kan det være litt spesielle medisiner også, som vi ikke har og det kan være på en kveld og hva gjør en da? Kan ikke reise av gårde heller. Det er et problem.

B: Derfor er det viktig å ringe, eventuelt at de kommer med en dosett.

A: Veldig nøye at det blir gjort at vi får oversikten, så vi vet at vi har det

Når dere får en pasienter, for eksempel fra en annen institusjon, så ringer dere først for å

B:.. eller de ringer, hender også, for å gi opplysninger

A: Jeg ville jo, skulle jeg ha sendt en pasient herfra til xxx, så ville jeg jo ha ringt xxx og gitt beskjed om det de trenger å vite, men det merker en jo veldig, at ikke alle tenker sånn

B: Ja, mm

A: Ofte er det jo vi som ringer, spør du meg

Hvordan er rutinen når du sender fra deg pasienter? Ringer du og kartlegger i forkant?

A: Jeg synes jo det er sånn man hadde selv satt pris på, hadde jeg fått en pasient, da ville jeg jo gjøre det sånn at de kan sette pris på det.

Det er jo veldig greit å ha medisin oversikt, alle slike ting på forhånd i orden,

B: det er jo mange ganger, ikke ofte men, hvis de kommer fra sykehuset, så kan det hende du ringer og si; nå skal jeg ringe til en som vi får i morgen, så får du da vite at den står på sånn og sånn og sånn, og da kan jeg ringe tilbake hvis vi ikke har det, så de kan sende med fire fem av spesielle medisiner, til vi får bestilt selv. Og så har vi opplevd at av og til så kommer de med papirer fra sykehuset og en forandring på medisinene som de ikke sa dagen før, og da står vi der.

A: mm

B: Så veldig mye rot kan det bli, for de forandrer i siste øyeblikk, spesielt på sykehuset, men det..

Men hvis dere får en pasient fra xxx, kan dere da gå inn i Gericia å se og bruke opplysningene der? Ta opplysningene videre til deres behandling av pasienten?

A: Altså, det er blitt veldig diskutert i forhold til tiltaksplanen, om vi har lov å videreføre den på avdelingen her, for eksempel hvis det var en fra xxx

B: Vi har vel egentlig fått beskjed, trodde at, de skal avslutte der nede og da ble det lett styr, for da har de ikke fått avsluttet før den kommer til oss og så står alle punktene og

A: Jeg synes vi kunne bruke de, men med selvfølgelig en gjennomgang å se om det er noe her som ikke stemmer, eller som er forandret siden de har skrevet det, slike ting

B: Men det har med den betalingen å gjøre, hvem som skal, sånn forskjellige ting, så det er noe med at de skal avsluttes på xxx og så skal du begynne helt på nytt igjen med blanke ark, her, sånn har i alle fall vi gjort, vi kan ikke bruke de greiene der, selv om pasienten er overført i samme kommune.

Så det går ikke an å bruke en pleieplan som er startet der nede, prosedyrer på et sår, eller lignende?

B: De pleier å avslutte der nede når de flytter over, altså

A: Du må jo avslutte tiltakene, altså du avslutter tjenesten, det er greit, for det går jo på betalingen, men du må avslutte tiltakene på det for seg selv, hvis ikke ligger de bare der

B: Ja

A:.. så du kan jo skrive videre på de, egentlig

B: Ja, men jeg har forstått det at de skal avsluttes

A: Det er det jeg og har fått, en ting hvis de kom fra overetasjen her, eller vi sender en av våre pasienter opp, som er innenfor huset, liksom, så tror jeg de kan bare bruke, fortsette liksom på de eller om det er forskjell på annen institusjon, jeg vet ikke det?

Hva med hjemmetjenesten da, de bruker jo en litt annen modul?

A: Da skriver vi nye, tror jeg

B: Ja, det tror jeg for en som jobber sammen med meg i helgene, jobber i hjemmesykepleien, og de skriver de på en helt annen måte, har jeg inntrykk av

A: Ja

B: De gjør det

A: Men du kan si at de kodene kan ikke vi bruke, fordi at når vi skriver inn brukernummer, også under der er det en kolonne som der står et punkt, og da skriver vi alltid 2 og tabulator

B: Ja, institusjon

A: Ja, institusjon, det er forskjellen, at vi alltid skal skrive under institusjon, og da kommer ikke hjemmesykepleiens punkter opp

Får dere ikke lest heller?

B: Jo vi kan gå inn på det å lese

A: Ja

Pleier dere å gjøre det?

B: Veldig sjeldent, veldig sjeldent altså, da må det være litt sånn spesielle tilfeller som vi tenker; hva pleier de å gjøre når de er i hjemmesituasjonen, når du ikke kan få noen ordentlige og fornuftige svar av pasienten, eller har papirer med, da hender det vi går inn, men veldig sjelden, altså.

Vil dere si at innføring av Gerica har ført til endringer eller påvirket rutiner ved overføringer av pasienter. Er det forskjell fra hva dere gjorde før?

B: Nei, egentlig ikke. Prinsippene er vel de samme, bortsett fra at da hadde du bare papirene og nå har du jo skrevet – du gjør jo de samme tingene, du ringer jo og informerer jo og arrangerer møter og tar de samme kopiene og slik – så jeg synes ikke det har blitt forandret.

Det har ikke skjedd noe rutineendring?

A: Ja, det eneste er jo det når en sender den sykepleierrapporten på dataen i stedet for å skrive den ut for hånd. Men som sagt så er det ikke alle som har begynt med det heller enda.

B: Det har ikke vi begynt med

A: det er ikke lenge siden vi heller gjorde det, men vi har gjort det som sagt de siste gangene nå. Men da er det og noe med det at likevel, fordi om en skriver den, så må en ringe til det stedet pasienten skal uansett for å forvise seg om at de er klar over at vi har skrevet på den dataen, så de ikke forventer å få den med i skriftlig versjon (papir)

Dere må forsikre dere om at overføringene blir lest?

B: Alltid må du ringe, og det har en også... mange ganger ringer du og informerer at den kommer hjem da og da, og har fått vedtak på sånn og sånn, og så kan du ringe dagen etter, en fra hjemmesykepleien å si; Å ja, nei, det har jeg ikke fått beskjed om, så spør hvem en snakker med, og få skrevet ned det navnet. Den fella har en gått i så mange ganger så, nei, det er den informasjonen og kommunikasjonen til både glede og besvær, det altså. (latter) Det er det..

Hvis en ser for seg sånn i fremtiden at overføringer skjer elektronisk, tror dere at det helt kan erstatte muntlige og skriftelige overføringer?

B: Nei, det tror jeg ikke, altså, for det vil alltid være noe en må få sagt i tillegg også, i og med at det viser seg at ikke alle er like flinke til å skrive nok inn på data, så må du alltid, i alle fall, føler jeg at jeg må ringe å informere muntlig i tillegg igjen, altså.

A: Hadde vi vært roboter, var det en ting, men vi er mennesker. Ja, vi ha jo en munn å bruke

B: Ja, og en ser også, i og med at ikke alle får med seg, og mener de har ikke fått beskjed, og det har ikke jeg lest, og jeg har ikke fått sett for dataen logger nede, så tror jeg den der muntlige informasjonen i lang, lang tid må erstatte, komme i tillegg altså, det tror jeg

Kan elektronisk samhandling påvirke kvaliteten på pasientbehandlingen?

A: Ja, på et vis hvis man bare skulle brukt data, så har man som sagt en anelse av at visse ting kan bli glemt. Og det er noe med, vet ikke, det er noe med liksom en trygghet også, å ha tatt det muntlig, eh, enten om det er i forhold til en pasient som kommer eller skal reise en vei, ikke sant

Hva skal til, tror dere, for at Gerica kan brukes som et fullverdig dokumentasjonsverktøy?

B: Oj, det var vanskelig

A: Mer oversiktighet

B: Litt enklere program, tror jeg, at det ikke er så omstendelig, det er det første. Det andre er i alle fall at det må være nok maskiner og det tredje, jevnlig opplæring/oppdatering, tror jeg. Det holder ikke med de 2 dagene vi hadde i fjor sommer, også når det skjer så mange nye ting, så må en få en litt oppgradering, altså, det tror jeg er viktig.

A:.. og at det blir sammenlignet for eksempel innen en institusjon i kommunen, etter hvert om en da kan se hva gjør folk forskjellig og hva gjør folk likt, og at man har en strengere på en måte mal da, for at sånn er det, og ferdig med det, slik at det blir gjort mer likt..

B: For det blir det ikke gjort nå, for sånn som jeg snakket med en på tjenestekontoret her i uka som var, og da bemerket hun at hos oss på vår avdeling, var vi flinke til å skrive, for hun, em, de kan jo gå inn på den og lese på den hvis det har vært behov. Noen institusjoner, mente hun, sa hun, skrev bare, kun rapporten gikk ut på; fått dusj, vært på toalettet, sovet godt, altså det var all rapporten, men andre...

A: Hjemmesykepleien skriver..

B: Ja, i forhold til vi som skriver da mer utfyllende og det må nok..

A: Det går jo litt på oss også, at vi må dokumentere – altså skulle noe ha skjedd der, så må vi jo ha dokumentert alt vi har gjort. Hvis ikke kan noen bli sittende med skjegget i postkassa, for vi har ikke noe bevis for at vi faktisk har gjort det, så det er jo viktig at man dokumenterer det som er viktig også

Tror dere at en dialogcafe mellom hjemmetjeneste og institusjon kunne vært en måte å møtes for å finne ut hvordan man bruker Gerica og hvordan man dokumenterer?

B: For å få en felles mal?

Ja

B: Ja, det hadde sikkert ikke vært dumt det, for at jeg tror at det hadde vært greit, å skrevet at alle hadde fulgt, sånn er det, den følger vi. Ikke for å være helt firkantet altså, men en bør ha en noenlunde lik mal. Men så var det den tiden, da vet du. Når skulle vi få tid til det?

Hva mener dere om kurs for viderekommende, når en har brukt Gerica en stund?

A: Det er nok lurt

B: Det tror jeg rett og slett for at alle skulle lære å skrive under like, altså under punktene, for jeg tror at folk fantaserer litt” Å, ja, det kan jeg godt sette her”, mens en annen sier ”nei, det synes jeg passer best her”. Det tror jeg vi roter med. Hvor skal hver enkelt ting under?

A: Det burde kanskje vært mer rettet mot forskjellige personer, altså, opplæringa, det burde vært på en måte en egen opplæring for folk som aldri har tatt i en datamaskin før, de burde fått mer opplæring enn folk som er unge og for eksempel under 30, blir en helt annen generasjon, mye mer vant til data – det er veldig individuelt sånn, synes jeg, så, jeg vet at de har fått noe helt grunnleggende datakurs først, men du kan si, hva er det da, hatt en dag med det

Tror dere at å bruke Geric som dokumentasjonsverktøy kan oppleves som stress?

B: Ja, er du gal

A: ja, veldig

B: Noen har jo, sier de har problemer med nattesøvnen for de gruer seg til å..

A: Stakkars hun ene som jeg jobbet med i dag, hun hadde drømt om det senest forrige helg, hun, det her Geric greiene

B: Nesten mareritt

A: Ja

Er de redde for å bruke det, gjøre feil, eller er det tiden det går på?

A: Tiden, altså, hun er jo litt opp i årene, bruker mye lengre tid på det her enn det f.eks jeg gjør. Og det ser en jo også, at veldig ofte blir det sånn at når en har fellesrapport, og inntøms og utskrivinger, så blir det de som er flinkest til å gjøre det, som gjør det.

B: Hver gang, ja

A: Ja

B: For det går fortere

A: Ja, for det går fortere, man har ikke tid til å bruke god tid på det, rett og slett.

B: Ja, det blir litt feil, også fordi at da blir det slik at ”Yes! Nå slapp jeg unna enda en gang, nå slapp jeg heldigvis dette her ” Men plutselig en dag står de der, og det er da jeg tror de får panikk altså, for da må de gjøre det, og så har de ikke peiling.

A: men det går på at vi hadde hatt mye bedre tid til det før, men nå har vi blitt en helt annen avdeling, i tillegg og det er mer å gjøre på avdelingen, enn hva det var før. Men da igjen blir det jo mange flere ting man må dokumentere, ikke vel, dagene er så mye mer forskjellige enn de var før. Så det er absolutt et stressmoment for veldig mange, det er sikkert

Tror dere økt kompetansen øker tryggheten?

B: Ja, den gjør nok det, jeg tror nok det. I det store og det hele så er det nok det beste med ”værsågod, hopp i det” og ikke minst å ha den malen ved siden av deg – og så må du bare bruke det altså, da får en heller ta sjansen på, ja vel, så skrev jeg feil, men hva så? Det er jo ikke verdens undergang, altså, det. Jeg gjorde feil nå men så lærer en av det også, for det har kommet for å bli, ser det ut som, og da har du ikke noe valg om du vil eller ei.

TIL SLUTT:

Dere sier at Gerica ikke kan erstatte muntlige overføringer. Når dere får ny pasient, så synes dere det er viktig å ringe

B: Ja, først beskjed er alltid muntlig, vi begynner muntlig fra tjenestekontoret og vi snakker med pasienten.

Men når du snakker med pasienten og får opplysninger fra en eller annen institusjon, eks fra xxx, pleier du å ringe tilbake for å snakke om pasienten?

B: Nei, ikke sånn generelt, nei, for når vi da får pasienten inn, tar vi da en innkomst- og da noen av pasientene på grunn av slag, kan kanskje ikke snakke selv. Noe må du ta i samråd med pårørende, og hvis de kommer fra sykehuset har de gjerne med seg en sykepleierrapport så kan vi bruke det som en- hele tiden er det kommunikasjon i tillegg ja.

En kommer fra hjemmesykepleien og dere ser på papirene og ser kanskje noe på Gerica. Kan dere gå og se hva de har gjort, dersom dere ha behov for det. ? Pleier dere å ringe for å få sammenfatning?

B: Nei, ikke hvis den er grei – og oversiktlig, men er det noe jeg lurer på – eller det dukker opp ting som ikke du har..

Informasjon, kanskje om medisiner..?

B:.. og i tillegg til det skriftlige, men det er ikke slik rutiner på det, at en alltid gjør det..

A: nei, men jeg ringer alltid – altså alltid når jeg snakker før pasienten kommer, alltid når jeg snakker med f.eks sykehuset, eller hjemmesykepleien eller annen institusjon, så spør jeg om medisinene, og jeg spør og om hoveddiagnosene og hva den trenger hjelp til er jo alltid greit.

B: Det hender jo en må ringe tilbake til sykehuset også – hvis det er noe sånn opplysninger som du ikke skjønner og har snakket med pasienten og fått greie på av pårørende: jammen, han står jo på det da!

Og så må du ringe ned – Du, de sier sånn, men det står ikke i papirene, stemmer det? Og så er jo selvfølgelig den personen gått hjem og så er det enda en telefon dagen etterpå, og håper at du treffer vedkommende, for jeg har jo ikke peiling, så litt telefoner blir det, men ikke noe sånt, en regel..

Det samme gjelder når dere skriver ut pasient? For eksempel xxx. Ringer dere aldri og gir informasjon om pasient?

A: Ja, det gjør jeg

B: Ja, vi ringer

Da gir dere..

B: Muntlig rapport, både om pasienten og hvordan tilstanden er og medisinopplysninger, i tillegg til papirene.

Hvorfor det?

B: Fordi jeg vil informere slik at de er forberedt at pasienten kommer, og i forhold til medisinene, ved at de skal ha medisinene tilgjengelig. Veldig mange vil gjerne ha muntlig rapport i tillegg, har jeg inntrykk av.

A: Nei, jeg vil gjerne det selv

Føler dere det som en trygghet?

B: Ja, og det tror jeg er fordi ikke alle er like gode til å skrive ned og bruke Gericas som de kanskje skulle, så blir ting sklidd ut, også får de for dårlig informasjon, og ringer de tilbake. Ja, men!! Det har ikke vi hørt noe om!! Så det blir en trygghet, da.

Ringer dere hjemmesykepleien

B: Ja, vi ringer hjemmesykepleien, ja

Føler dere at dere ringer oftere ved utskrivning og gir muntlig rapport enn når noen kommer til dere?

B: Ja, jeg ringer vel egentlig – jeg sier kanskje mer når pasienten skal sendes hjem for vår egen del også, at det er ordnet opp i – for vår egen del også. Om at den skal på en kontroll da og da og jeg tror vi egentlig ringer mer

A: Det burde vært likt, men

B: Ja, for å gjøre en tilfredsstillende jobb for oss selv, nå skal de jo tross alt reise fra oss. De skal skrives ut. La meg gjøre så godt jeg kan, og helst gjerne litt til. Nå har vi i alle fall gjort det vi kan.

Dere opplever ikke det samme fra andre institusjoner eller hjemmesykepleien?

B: det er både og, det kommer litt an på hvor i kommunen de kommer fra (latter)

A: Ja, veldig forskjellige

B: Veldig forskjellige, noen er helt håpløse – gjentakelser de samme plassene, og plasser med dårlig informasjon – og når du da ringer og informerer, så er de kanskje, men det er gjeme de samme plassene, eller de samme folka(latter) som kanskje er litt....

Dere sa dere følte for å ha hovedkortet i papirversjon. Ser dere for dere å ha det kun elektronisk?

A: Altså hvis du kan oppfinne en data som aldri er nede, så er det jo greit. Men det er jo – det er jo for å ha det tilgjengelig når dataen er nede. Ja, vi skal på en måte ha alt ut i papir er på en måte grunnlaget for det en trenger, for å legge en pasient inn på sykehuset. Det er det går på. Er dataen nede så skal du på en måte vite, å ha alt skriftlig – det du trenger for å legge den inn på sykehus hvis noe skjer

B: Må ha det lett tilgjengelig så jeg kan finne det fort

A: Det er det går på

B: Ja

A: Så det vil vi nok ha i lang tid.

Vedlegg 7. Intervju 2

Innledningen av intervjuet er falt bort og vi refererer til egen hukommelse om hvordan intervjuet startet. Etter en innledende beskrivelse av prosjektet vårt spør vi om hvilken del eller modul som de bruker, og hun svarer hovedkort, tiltaksplan, rapportene og medisinsmodulen.

Da gjentar vi spørrende; medisinsmodulen?, for den er det svært få som bruker, og da får vi svar som følger:

A: Det har vi nettopp begynt med, for en uke siden omtrent og det ta alltid litt tid, ikke sant. For det en er så vant til å skrive og gå fra det, men på dataen må du inn og ut, koble deg inn og ut for det er flere som har, som bruker samme datamaskin. For vi har bare en. Men altså nå skriver vi inn medisiner, det har vi holdt på med i dag, blant annet og legevisitt. Vi seponerer og, ja.

Dere har bare en maskin på hele avdelingen?

A: Ja, men vi har bare åtte pasienter, men vi er tre pleiere på dagen og alle skriver om sine, og så skriver sykepleierne i tillegg det som... sånn som i dag som det var legevisitt. Nå har vi fått en lege som er veldig flink til å skrive rett inn sjøl, men vi skriver jo forberedelser til legevisitt. Sånn at hvis jeg, det er ting jeg ønsker å ta opp den dagen det er legevisitt og ikke er der selv, så bare skriver jeg til legevisitt og han går inn og ser på det automatisk på legevisittdagen som er tirsdager for oss.

Er det et eget journalbilde i Gericca?

A: Ja til legevisitt og så er det etter legevisitt. Også skriver legen også i legejournalen. Så det er mange steder. Men hvis en skal ha et legevakt tilsyn av en pasient, så må de kunne gå inn å lese. Før var det jo disse tynne journalene ofte uten epikriser, for sykehuset sendes alt for seint. Det hendte vi hadde pasienter som døde før vi fikk epikrisene. For der inne har vi alvorlige syke og døende pasienter, pluss noen kort tid. Så vi bruker faktisk det verktøyet mer og mer.

Har dere noe i papirversjon nå da?

A: Ja, vi har, vi har en journal og så har tar vi foreløpig vare på medisinkardex, vi har ikke greid å kutte ut den. For da må vi være kjappere til å skrive inn på data, vi knoter litt ennå, vi bruker litt tid, ja. Prosedyrer også, hvis vi skal inn og ut på en spesiell oppgave, slår vi opp på det. Det har vi også lært, hvis det er ting vi er i tvil om. CVK, kateterisering og alt mulig legger de inn på data, slik at vi kan slå opp.

Er det fra PPSèn det da?

A: Ja

Hovedkortet på Geric, har dere skrevet ut det, slik at det finnes i papirform i tilfelle?

A: Nei, ikke som vi gjør

Alt ligger på dataen?

A: Ja, nå har vi ikke lenger de store kardexene. Vi har ingen ting. Det var veldig uvant å hive den. Vi viste ikke hvordan vi skulle greie oss uten, men jammen, så venner man seg til det. Så, det har vi ikke, ikke noe papir. Men vi har avkrysningsliste på papir når vi deler ut medisiner, for å kvittere for at du har gitt det. Det kan du ikke gå inn på dataen å gjøre hver gang, det vil ta for lang tid

Tenkte vi skulle snakke litt om opplæring, om hvor mye opplæring dere har fått for å bruke programmet?

A: Det går jo stadig kurs, men det er noe med å finne tid til å melde seg på alle. Det er vel klart at, erfaringer har vel vist at man trenger mer opplæring en det en trodde, i alle fall vi som stilte blanke. Kurs har vi hatt og vi kan trene oss her hvis vi vil og vi kan melde oss på nye kurs. Og det synes jeg vel egentlig at det tilbudet har vært ganske bra.

Det var to timers medikamentkurs, eller tre timer, det var det, det var litt. Jeg ville jo ha likt å hatt mer tid til å skrive inn pasienter, for det er fort å glemme. Hvis du går på kurs en dag og så skal du på jobb to dager etterpå. Så får du ny pasient med den lista, det ville jeg vel likt.

Det synes jeg er så viktig å sikre det, kvalitetssikre det. Det var den opplærings....

Ble det i opplæringsfasen fokusert på samhandling mellom sykepleiere i andre avdelinger?

A: Husker ikke, veldig lite

Hvilke muligheter har dere til å få hjelp og veiledning, hvis det skulle være noe?

A: Tenker du på Geric?

Ja

A: Ja det har jeg. Vi har jo Anja, men nå har hun vært borte en stund.

Er det superbrukere på huset?

A: Ja, det har hun vært, vet ikke om hun er det ennå. Vi har ikke hatt brukt for det, vi har klart oss selv det siste året. Men, min tidligere teamleder har overtatt noe av den opplæringsdelen. Så det er alltid noen å spørre, og så finner en alltid ut hvem som kan mer enn deg, som er rutinerte.

Så dere er flinke til å bruke hverandre?

A: Ja, ja i vertfall her på avdelingen, og jeg bruker basen. Vist en står fast, på ettermiddagen, spesielt.

Syns du det er enkelt å bruke Gerica?

A: Nei, jeg synes det er tungvindt.

På hvilken måte da?

A: Jeg føler at det, jeg føler det, jeg får litt sånn fremmedfølelse av at jeg sitter å...Jeg likte å sitte, likte å skrive og tenke på pasienten.

Sitter å stirre inn i den skjermen. Litt slik som hos legen, du får blikkontakt når du kommer og går og det er det. Jeg har litt sånn fornemmelse, jeg sitter mye mer med data og er mindre tilgjengelig syns jeg, enn når jeg skrev og kunne titte opp. Jeg vet ikke, det er vel kanskje vanen å bruke det. Jeg synes det er noe som...ja

Dere har stasjonær pc på kontoret?

A: Ja

Dere har ikke noe med dere rundt, ved sengekanten?

A: Nei, det håper jeg aldri kommer

Er det noe med den gamle papirkardexen, at du hadde alt på et sted, du slapp å lete?

A: Ja, jeg synes jeg bruker veldig mye tid på å lete meg frem og så står det ikke der og så må du gå ut og så ...bruker mye tid på det, jaa

Syns du det er vanskelig å finne opplysninger om pasienten?

A: Ja, ikke bare det. Men jeg synes ikke alle rapportene som står der er noe å rope hurra for. Det var jo mye det samme når vi skrev, det har vi jobbet med i mange år, hvordan den skal se ut og det er det samme på Gerica. Så altså... Jeg må lete langt tilbake, for å finne noe av interesse ofte. Og så kan det stå ingen ting, bare at de har vært hos pasienten. Ja, det er jo, jeg kunne slått opp og vist dere det med en gang. Det synes jeg ikke er så bra.

Dokumentasjonen har ikke blitt bedre av å bruke Gerica?

A: Nei, jeg synes ikke det. De som skriver ordentlig rapport skriver det enten det er der eller der. Jeg føler, la med si det jeg føler, jeg må ordlegge meg ordentlig når jeg skriver. Og det blir i den maskinen, det gjør det jo på ark også, men de legges over hverandre. Alle og enhver må på en måte gå inn å se hvordan jeg rapporterer og det synes jeg er litt...

Det er mer synelig?

A: Ja, det er mer synelig på en måte.

En tenker mer over hva en skriver og hvordan en ordlegger seg?

A: Ja

Prøver å gjøre det mer riktig?

A: Ja, absolutt og bruker derfor mer tid og, ja

Opplever du at Gerica er en stress faktor?

A: Noe, ja. Tror det handler om hvor fortrolig man er med det som verktøy

Går det på tidsbruk eller redsel for å bruke programmet feil?

A: Nei, det går på tidsbruk. Gjør det ikke rask nok ennå

Tar det lang tid å bli trent, komme inn i ting?

A: Ja, jeg synes det. Eller det tok lang tid, det går jo...

Jo mer du bruker det...

A: Jo, fortere går det

Tenkt å snakke litt om informasjonskvaliteten i Gerica. Er opplysningene tilstrekkelig for å få et helhetlig bilde av pasienten?

A: Ikke alltid, synes ikke det, det er jo avhengig av hvem som tar opplysninger ved innkomstrappport og hvor godt arbeid som legges ned. Nå er det jo standardisert, så vi er jo mer forpliktende, det er laget kapitler, så du er på en måte, det... kanskje bedre, sånn sett. At det er alle, alle må svare på under de forskjellige kapitlene. Og det er satt opp, hva er viktig i forhold til hver enkelt pasient.

I forhold til problemområdene da?

A: ... definerte problemområder.

Det du sier er at så lenge den som tar i mot pasienten har gjort en god jobb, ut i fra det som skal føres inn, finnes alle, skal alle opplysningene du trenger ligge der?

A: De skal det ja.

Det er avhengig av hva som puttes inn?

A: Ja, og hvordan man greier å disponere tida sånn at en får gjort det rimelig kjapt, ja, når pasienten kommer... for det at når vi, at man innhenter opplysninger, får innhentet epikrise og vet hvem som er fastlege og at en fyller ut det ordentlig. Og et sammendrag når de kommer inn, en oversikt, det er klart. Det skal man jo gjøre

Synes du at dere har nok maskiner på avdelingen?

A: Nei, det er for lite med en, ja, vi står i kø faktisk

Er det snakk om at dere skal få flere?

A: Ja, jeg regner med at det må komme etter hvert, sånn at vi i vert fall har to. Selv om det ikke er så stor avdeling så, jo mer vi skal bruke data, jo, det presser seg fram, ja.

Finner dere arbeidsro til å dokumentere?

A: Vi kan gå ut, på dagtid kan vi egentlig gå ut av avdelingen, av og til så kunne vi ha gjort det for å fått arbeidsro, men gjør det ikke, man blir liksom der. Det er klart, den muligheten har vi, når forholdene ligger til rette for det. Mmmmm

Opplever du at nettet er stabilt?

A: Det har vært mye opp og ned, også har vi ikke fått det til å virke. I det siste har det vært ok
Har dere noen rutine hvis Geric er nede?

A: Ja, vi blir varslet stort sett, det har hendt at det har hengt seg opp og at det har vært noe feil
Hvordan gjør dere det da, hvis det er noe dere må dokumentere?

A: Da kan vi jo ikke dokumentere det, da må vi skrive og gi muntlig rapport og skrive det inn etterpå. Det gjør vi jo da

Dere har jo fortsatt medisinkardexen i papir, er der tenkt at også den skal bort?

A: Ja, det er det ja. Så skriver vi jo ut, det gjør vi jo nå å. Medisinoversikt som vi skal ta med oss på medisinerrommet. Men forløpig har vi måtte sette en lapp om se i medisinkardex for den andre er ikke helt oppdatert ennå

Så når det gjelder medisiner vil det alltid være en papir versjon?

A: Ikke alltid, den skal bort, men forløpig så har vi det. For det handler om at hvor at alle blir rutinert. Vi er tre sykepleiere, vi har nettopp lært det

Hva tenker du om at Geric er nede i flere timer?

A: Nei, det har jeg ikke tenkt på. Men det er jo klart det. Men du kan si det at vi har jo en utskrift et eller annet sted, i perm, sånn at vi sikrer oss, vi har dobbelt sett. Vi har det jo på data, men vi har det i perm, der hvor vi krysser av, kontrollerer medisiner morgen, middag, kveld. Og det er skrevet ut

Så det er en slags backup?

A: Ja, en backup. Men det som er viktig da er at den blir skrevet ut hver gang det er en forandring, slik at den er oppdatert. Eller så har jeg sett at legen også har notert på den. Hvis de ikke har tid til å gå inn. Eller tatt det over telefon

Så tenkte vi å snakke litt om samhandling. Hvilke rutiner har dere når det kommer en ny pasient?

A: Da ser vi først hva vi har fått, før pasienten kommer. Så ber vi om at epikrisen skal følge pasienten, er det ikke klart ber vi om å få det fortest mulig. Ofte når vi har fått en pasient, bare muntlig fra tjenestekontoret. Og nå har jeg sittet i telefonen tre ganger og måtte bryte for å komme frem til fastlegen for å få tilsendt opplysninger om den pasienten. For jeg vet ikke annet en det hun sier selv, at hun har en diagnose som hun har lev d med i mangfoldige år og at hun skal være hos oss en uke, og at hun står på et medikament. Ikke noe mer

Kommer denne pasienten fra hjemmet?

A: Nei, fra en annen institusjon

Så du har ikke fått noe?

A: Ikke fra et vanlig sykehjem, nei, jeg har ikke fått noe

Har du vært i kontakt med det sykehjemmet?

A: Nei, for det var ikke jeg som har hatt ansvaret.

Men ville du ha gjort det?

A: Ja, det ville jeg ha gjort. Hvis jeg tok i mot den pasienten ville jeg ha ringt sykehjemmet og primærlegen ville hatt relevante opplysninger. Det er jo ikke alle som kan snakke, ja jeg ville det, eller sykehus

Har du vært inne på Gerica og sjekket om det ligger noen opplysninger der?

A: Ja, det har jeg gjort mange ganger. Hvis de har vært i hjemmesykepleien eller hatt tjenester før

Så der kan du finne ganske mye?

A: Ja, der kan du finne ganske mye. Både bra og ikke. Det er jo klart at noen har hatt tjenester i mange år. Og du finner da mye du lurer på

Er det helt normalt at pasienter ikke har med seg noen opplysninger når de kommer?

A: Nei, men det er ofte. Vil ikke si det er normalt, men det er alltid noen

Jeg tenkte på i de tilfeller dere sender fra dere pasienter, kan du fortelle om det?

A: Ja, da skriver vi sykepleierapport. I dag sendte vi med kopi av medisinkortet fra Gerica, den utskriften, oversikten som vi skal bruke, fikk legen til å signere og kontrollere medisinene også selvsagt. Det er vel de primære tingene, sykepleierapport om medisinoversikt

Er det den samme som internt i kommunen?

A: Ja, ikke i Gerica

Du vet du har muligheten?

A: Har ikke tenkt over det. Der har vi ikke kommet, rukket å tenke så langt. Men det har en vel sikkert, ja, mmm, sykepleierapporten. Greit, skal notere meg det

Neste spørsmål, har innføring av Gerica påført endringer på rutiner, ved utveksling av pasient informasjon?

A: Vet jo det meste er mulig, men har ikke tenkt tanken. Vi har fått standardiserte skjema i permer her og de skal vi bruke. Det begynte vi med for to år siden. Så langt har jeg ikke tenkt en gang, det er jo viktig å vite

Vil du si at rutineendringer skjer i takt med økt satsning av IKT?

A: Det kan du si, det kan godt hende at andre vet det selv om ikke jeg vet det. Men jeg har ikke tenkt tanken

Det er hva dere gjør her på avdelingen vi er ute etter!

A: Ja, det sa jeg, vi fyller ut ark

Hvis du hadde fått en ny pasient, ville du ha sett om det lå en sykepleierapport på Gerica?

A: Nei, fordi jeg ikke har hørt om det en gang

Vil det si at det skorter litt på informasjon fra kommunen at det er mulighet å gjøre det?

A: Ja, jeg hadde husket det vist jeg hadde hørt det

Det en ser er at når man tar i bruk et nytt IKT verktøy så opprettholder man rutiner?

A: Ja

Du sier du ikke har noe kommunikasjon med institusjoner og hjemmetjeneste på Gerica, det vil jo si at det er ikke noe samhandling mellom dere sykepleiere her og andre sykepleiere

A: Nei

Hva tror du skal til for at det skal bli, at vi kan bruke Gerica som et samhandlingsverktøy da?

A: Man må i alle fall informere om det. Og si hvordan man finner det frem og lære å bruke det. Det må jo alle gjøre, hvis det skal ha noe hensikt

At det blir overordnet, felles rutiner for hele kommunen?

A: Ja absolutt. Likt fra institusjon til.. Ja, det er klart

Tror du det med elektronisk samhandling kan erstatte den muntlige og skriftlig rapporteringen?

A: Den skriftelige ja, men jeg vet ikke den muntlige, nei. Den muntlige muligheten til å snakke med andre kollegaer og kunne spørre uten å finne riktig rubrikk å spørre på å... det må jeg si... Det kan godt hende jeg leser rapporten og vil så spørre om noe allikevel

Fordi en vil få mye mer ut av en muntlig rapport eller å bare lese?

A: Ja, det er det

Hva mangler for at Gerica skal bli et fullverdi dokumentasjonssystem?

A: Jeg vet ikke, men alle må jo ha samme kunnskap, kunne det samme, kjenne til de forskjellige verktøyene eller redskaper eller hva de kaller det. Og det må jo være kunnskap som alle i kommunen deler på tvers av institusjoner. Så vi må jo lære det samme

Har du inntrykk av at dere har kommet langt med Gerica, i forhold til andre enheter?

A: Her på huset, ja jeg vet det er innført veldig seint. Jeg var helt hjelpsløs, skulle ha bakvakt, visste ikke hvor journalen var... Ble plassert i basen og hvor du skal ha ansvaret for hele huset, og så er det noen som har Gerica på avdelingen og noen avdelinger ikke, det var ikke særlig.....

Så det ble ikke innført likt over hele huset. Nå tar de opplæring etter hvert.

Observasjonsstudiet vårt.....

A: Ja, det er veldig levende

Vedlegg 8, Intervju 3

Når var det dere begynt å bruke Gerica?

A: vi begynte for fullt etter Jul, var det ikke det?

B: kanskje..

A: januar?

B: det er ikke lenge i hvert fall.

A: februar, eller var det mars, som var da, første mars, som vi helt kuttet ut kardex, at det er bare en måned, eller jeg tar feil.

B: jeg tror det var i februar at vi kuttet det helt ut, vi har fått så mange frister, så derfor det virker litt...

Brukte dere begge deler en stund?

A: ganske lenge.

B. ja, ganske lenge, dobbelførte lenge,

Hvor lenge?

A: jeg tror det var et par måneder..

B: ja.

Ble det dobbeltført da?

A: ja, det gjorde det. For det var før vi gikk inn på selve Gerica, når vi bare begynte å øve oss både på PDA, så skrev vi både i kardex og på PDA.

B: da ble det litt sånn... halvveis, noen ganger fikk vi skrevet begge steder, andre ganger så kanskje en fikk skrevet på PDA, for det var det vi rakk da, fordi det er mye Ting tar tid i begynnelsen før du lærer deg å bruke den.

A: det var en tungvindt periode, ukene og måneden vi startet.

Når dere bruker Gerica, hvilken del av Gerica bruker dere, hvilke moduler?

A: Vi bruker ikonen: brukere, tjeneste bilde, rapport og arbeidsliste, det går under journalen.

Dere fordeler pasienter ut i fra journalene?

B: Ja, ut i fra journalene.

A: ja, fordi når vi går inn på arbeidslistene så står jo alle pasientene fordelt, nei alle pasientenes behov, og så sitter vi og fordeler.

B: jeg tror ikke det brukes arbeidslistene.. det står skrevet på skjermen, vanskelig å se dette, om vi kunne se dette på skjermen, så blir det lettere.

Hvis dere bruker hovedkort, hva bruker dere den til da?

A: det har jeg brukt veldig lite, foreløpig; det er dårlig, lite informasjon,

B: veldig lite

A: men det er i forholdt til særlig i pårørende,

B: telefon..

A: lege, men jeg har ikke sett diagnose.

B: nei.

A: Det er virkelig en svakhet da!

Skriver dere rapport i journalmodul eller i arbeidslistemodulen?

A: Det er i journalen vi skriver

B: Det er journalen vi bruker

A: som regler når vi skriver rapport, så må vi rapportere for hvert besøk vi tar, for å skrive hva har vi gjort der, da skriver vi på PDA. Det prøver vi å gjøre når vakta begynner, hvis det blir noe bytting, at vi flytter det slik at vi får oppdatert arbeidsliste på PDA. Så slipper vi å gå inn på data etterpå

Dere skriver rapport på PDA når dere er hos pasientene?

A: Det er slik vi skal gjøre, det er det greieste.

B: egentlig det

Får dere opp i PDAèn hva dere skal gjøre hos brukeren?

A: ja, det gjør vi

Men ikke diagnose?

B: nei, ikke medisiner heller.

Er det bare det som dere skal gjøre, skårskift eller noe slik?

A: ja

B: ja

Har dere noe i papir versjon nå, eller har dere alt på Gericca?

A: vi har beholdt de gamle kardeksene, vi skriver ikke der. Det eneste vi fører der nå er når vi setter injeksjoner.

B: og medisin forandringer, fordi dette har vi ikke på Gericca.

A: da må vi huske å oppdatere det.

Har dere hovedkort i papir versjon?

A: ja

B: ja, foreløbig, det skal forsvinne etter hvert

Hvor mye opplæring har dere fått før dere begynte med Gericca?

B: alt for lite, synes jeg.

A: lite, veldig lite.

Har dere vært på kurs?

A: jeg har vært på kurs i fjor, akkurat omtrent ett år før vi begynte med Gericca her og da var jeg på tre dagers kurs. Følte meg litt oppdatert etter de tre dagene, og så gikk det ett år før vi skal begynne igjen, og da når jeg skal endelig begynne å fordele brukere på ansatte, hente ansatte på turnus, og ordne uke plan – så hadde jeg glemt alt... Så satt jeg sammen med kollega som var ny drillet i det kurset liksom. så gjør jeg det en gang sammen med henne og etter vi satt til å gjøre dette, må vi bare spørre om det er noe.

Hvordan var det med deg?

B: jeg har ikke fått noen slik kurs, jeg ble heller ikke satt på de oppgavene, men når skal jeg gjøre det, da jeg har fått litt opplæring av kollega, har fått par timer vi satt med data. I dag hadde jeg ikke så mye jobb, så har jeg tatt noen av mine besøk tidligere for at jeg skal få tid til å lære litt mer, så det er på egen initiativ da.

I hverdager spør dere, har dere noe form for brukerstøtte?

A: jo, vi ringer til IKT Agder, eller

B: nei, det er når det er feil med PDA. Ellers ringer vi til T.M og til K.

A: Jeg tror ikke vi pleier å ringe så mye til de, vi bruker helst hverandre.

B: det gjør de som jobber mye med Gericca, de har ringt en del, fordi de har ingen andre å spørre.

Da dere hadde opplæring, ble det fokusert på samhandling og noen muligheter til å sende informasjon over til en annen avdeling?

A: nei, jeg tror ikke det. Jeg har fått litt opplæring nå. Så det har vi gjort ett eller to ganger, sendt slutt rapport.

B: jeg har vært på opplæring ikke så lenge siden, jeg lærte ikke slike ting som du gjorde, men alle lærte litt, på 2 dagers kurs i forhold til skrive rapporter, gå inn å kikke på vedtakk plan, men ikke skrive arbeidslister.

A: jeg synes det var veldig mangelful opplæring,

B: det at vi fikk PDA, hvordan vi bruker den, jeg har aldri fått opplæring i PDA.

A: ikke jeg heller

Er det enkelt å bruke Gericca?

A: nei, jeg synes ikke det

B: nei, ikke jeg heller. Men det er jo fordi jeg føler at vi har ikke grunnen, kunnskap til det. så leter ganske mye for å finne noe, hvis en skal forandre for eksempel en tiltakk, det har jeg ikke gjort på flere måneder sikkert, det er forskjellige som bytter på å skrive arbeidslistene, så

skal vi oppdatere, det har jeg ikke gjort på lenge, da synes jeg det er vanskelig å finne fram, hvor jeg skal gå inn for å finne det.

A: Tidkrevende,

B: ja, veldig tidkrevende

A: men det er på grunn av dårlig opplæring

B: ja, det er jo det.

Har man ikke tid å bruke det på en ordentlig måte?

B: Det er akkurat det man skal gjør, og jeg kunne tenke meg sitte og kikke litt på forskjellige ting og se hvor ting ligger. Men en gjør akkurat det en må, med hjerte i halsen av og til, det er veldig tids nød.

A: men det er veldig trist.

Hvis dere skal finne opplysningen om en pasient, vet dere hvor dere skal lete for å finne dem?

A: vi spør, det er alltid noen som vet det, føler jeg

B: men det liker vi dårlig i at vi har ikke diagnose og medisinene, så er det jo så veldig mangelfullt

Når dere skal vite diagnose, ser dere da kardex?

A: ja, det ble laget kardex for de vi pasientene vi hadde før, men jeg vet ikke hvordan det blir med nye?

B: vi har laget kardex på nye brukere,

Oppdaterer dere papirversjon av journal ved forandringer?

A: ja, på en rapport, inne på Gerica, men vi forandrer også på hovedkortet i kardex,

B: ja

Fører dere forandringene både elektronisk og skriftlig?

A: ja

B: ja, fordi vi har ikke oppslagsverk på diagnose på Gerica, og da blir det skrevet i vannlig rapport, men da retter vi ikke de papirversjonene.

A: lett for å ikke bli sett igjen, det er det som er skummelt

Kan Gerica og PDA oppleves som en stress faktor?

A: Ja, det er nok egentlig det, jeg synes det er spennende også. Har vi fått god tid og god opplæring, så hadde det vært positiv egentlig, synes det er litt gild. Men når vi er såpass slitne til å sette oss til så føler jeg som er noe, deler av det som stress, ikke alt, men noe.

B: Så har det vært mye styr, PDA har vært mye av – og på.

A: tekniske feil.

B: det er veldig stress.

A: Da får vi ikke rapportert før på slutten av dagen, som du plutselig må skrive klokkeslett og tiden vi var inne hos pasienten i ettertid, det tar veldig langt tid.

Men hvis PDA er ikke fungerer helt fra morgen, hva slags backup plan har dere, hva gjør dere?

A: nei, vi skriver ut arbeidslistene i papirform foreløpig, og det er jo sikkert typisk fordi vi enda tør ikke å overlate alt til PDA, vi har samme arbeidsliste på PDA og i papir form.

B: ja

Hvis jeg har forstått det riktig, så er det på arbeidslistene det står navn, brukernummer, hvor pasienten bor og hva dere skal gjøre og klokkeslett, enten de er i papirform eller på PDA?

A: ja

B: ja

Får dere pasientopplysninger opp på PDAen?

A: nei

B: ikke diagnose

Kan dere lese gamle rapporter?

A: ja

B: ja

Hvor mange dager tilbake kan lese rapporter?

A: så mange du vil, tror jeg

Får dere opp flere opplysninger i Gerica, når dere går på brukeren der, enn dere får opp på PDA?

A: ja

B: ja

A: for da vi kan gå inn på hovedkortet, det har du på Gerica, men ikke på PDA. Der det står pårørende, telefon nummeret, også personlig opplysninger. Dette står ikke på PDA.

B: det er ganske mye som jeg ikke finner, men det er kanskje med opplæringen å gjøre. For at jeg skal ikke trykke på det jeg ikke vet om.

Har dere en PDA hver, alle som jobber?

A: ja.

B: ja.

Så det er alltid nok PDA?

A: ja, nå er det.

Det har ikke vært det?

A: nei, Det var ikke nok til alle vikarene en stund, men nå fikk vi to nye læringer, nå har de også mulighet å bruke den.

Er det nok maskiner inn på kontoret?

A: foreløpig er det, det

B: vi har tre + tre, seks tilsammen

A: det er ikke så lenge siden vi fikk så mange.

B: ja.

Dere sa at PDA ofte var nede, gjelder dette også Gericca?

A: det har skjedd at det løser seg på en eller annen vis, at du kan ikke fortsette, du sitter og holder på med arbeidslistene, så plutselig låser det seg.

B: da ringer vi til IKT Agder. Så fikser de som regel, men det er av og til med det, men det er ikke ofte.

Har dere rutiner på avdelingen hvis nettet er nede en dag?

A: hvis PDA er nede, så har vi arbeidsliste på papir, da må vi skrive rapporten inne på data.

B: det skal jo mye til at det skjer med begge, men jeg vet ikke hva jag skal gjøre hvis begge er nede

A: vi har gamle arbeids listene som vi hadde før Jul

B: men de er ikke oppdatert.

A: arbeidslistene er gjerne skrevet en dag i forveien, så du har de liggende klart.

B: Men vi har ikke noe godt back up system.

A: det er ganske skummelt.

Når dere får en ny pasient. Hvilke rutiner har dere for å få tak i pasient opplysninger, hvor får dere opplysninger fra?

A: tjeneste kontoret skal legge brukeren inn i Gericca, slik at vi kan slå opp og finne der.

Men jeg har opplevd i helger at pasienten ligger ikke i Gericca, da så har jeg skrevet et godt gammeldags hovedkort på de md penn

Får du opplysninger fra pasienten selv da?

A: ja

B: eller hvis de var innlagt en plass da, for eksempel på sykehus, så kommer de med rapport. men hvis det er nye som plutselig trenger hjelp, så må vi ha innkomstintervju,

A: vurderingsbesøk,

B: men det er egentlig tjenestekontoret som gjør det. I helgene og kvelder, så gjør vi det.

Tar tjeneste kontoret innkost/ vurderingsbesøk? Registrere de pårørende, medisiner, diagnose?

A: jeg synes at det er ofte slik at de tar opp med pårørende og pasienter hva de må ha hjelp til, og så ligger det ofte brev fra sykehus med medisiner og diagnose.

B: De melder ofte på telefon om de nye i tillegg.

Er det tjenstekontoret som ringer og sier i fra?

A: ja, de skal alltid ringe først.

Lager dere selv tiltak, problemområde for nye pasienter?

B: nei, tjenstekontor skal gjøre det. De skal lage hvilke tiltak pasient skal ha, ikke skrive det på Gerica, men vurdere hvilke behov pasienten har. Det vil si oppdrag, og så vi skal legge inn problemområde.

Har dere jevnlig kontakt med fastlege?

A: noen mer enn andre.

B: vi er ganske jevnlig på møter.

A: hver 14 dag.

Hvis dere har en bruker som får fast plass på M for eksempel? Hva slags rutiner har dere for utskriving av pasient? Hvordan skriver dere sykepleie sammenfatning?

A: vi var egentlig litt i tvil når vi sendte en bruker på P, da skrev vi bare en rapport i Gerica, dato rapport, slik at de kunne gå inn å lese

B: vi har fått beskjed om å lage sluttrapport,

A: er det med punkter, eller?

B: nei, det er som å skrive fritekst, men den er merket som sluttrapport

Når dere har sammenfatning, ringer dere og sier i fra hvor den ligger i Gerica?

A: ja, sikkert.

B: ja, vi ringer og sier i fra.

Snakker dere muntlig med de om pasienten?

A: ja, ofte

B: ja, ofte.

Skriver dere ikke sykepleiesammenfatning i papirversjon lenger?

A: nei, men der ikke så lenge siden.

B: nei, men det er ikke lenge siden.

Har bruk av Gerica påvirket rutiner ved utveksling av pasientinformasjon?

A: jeg synes kanskje det var lettere å se i kardex hva slags diagnose en har, for eksempel. Nå reiser vi egentlig uten å oppdatere oss om det.

B: helt enig, følte det var lettere og mer oversiktelig med papir kardex. Eneste, kanskje som er enklere nå, er at når du sitter i bilen, før du skal inn til bruker, så kan gå inn og lese de rapportene som i går eller forgårs for eksempel, at det kan være litt greit. Så det er noe positive ting der absolutt. Foreløpig føler jeg at det er så mange ting som jeg ikke kan, stresser og tenker og det tar så langt tid for å finne fram. Bruker mye energi og tid på det, den tiden har jeg ikke bestandig.

Dere nevnte at dere ringte selv om dere hadde skrevet sammenfatning, er det for å sikre at den blir lest?

A: ja, det har jeg gjort to ganger, og de gangene, så har jeg, fordi de har ringt og spurt, om jeg kan sende en rapport; men jeg har ikke ringt etterpå hvis de ikke ba meg om det.

Så du har fått forespørsel om å ringe?

A: ja, og da gjør vi det. Men hvis ikke, så skulle jeg har ringt og spurt.

så om de da allikevel vil ha en rapport og ofte så vil de det, fordi de vil ha det helt oppdatert.

Er det selvfølge at dere skal skrive elektronisk sykepleiesammenfatning når dere sender pasienten? Ville du stole på det at det du har sendt blir lest?

A: om jeg stoler på det vi har sendt på Gericca? Ja, jeg gjør det.

Eller ville du har ringt og sagt at det kommer rapport?

A: Senest i dag ringte de og sa at de har ikke fått rapport, for at det er ikke gode rutiner på det. Hvis de skal legge pasienten inn fra institusjonen på sykehuset, så har de ikke noe å forholde seg til. De føler jeg meg ikke for det, fordi vi har sendt full dosett og konvolutt med sykepleier rapport.

B: jeg skulle har ringt og sagt at nå har jeg skrevet den, og at de kan gå inn

Finnes det felles rutiner på dette i kommunen?

A: skulle være en slikkelig mal: ved innleggelse – slik og slik; ved ny bruker – slik og slik, de som er ansvarlig på arbeidsplasser her, de har prøvd å lage slike rutiner, permer, slik at vi kan ha oppskrifter på hvordan for eksempel legge nye pasienter osv,

Og det gjelder bare for denne arbeidsplassens?

A: Ja

Du gir muntlig rapport på telefon?

A: nei, hvis de spør... men allikevel det blir ofte en liten muntlig rapport.

Er det fordi dere har rutiner for å gjøre det slik?

A: Det føles ofte godt å prate med den du skal sende til, for at hvis det er noe de lurer på, kan de spør der og da, og det setter de veldig pris på gode rapporter, for det er man avhengig av

Kan elektronisk overføring av data påvirke pasient behandling?

A: hvis det virkelig skjer at alt bryter sammen, da er det krise for pasientbehandlingen, da står vi veldig på barbakken, men mens det funker...

B: vanskelig å si, i og med det er så nytt, vi bruker selvfølgelig mer tid på det nå, enn da vi skrev i kardex, og den tiden må tas fra et sted.

A: jeg tror de har merket at vi ser mer stresset ut, fordi de har hørt om det, de har skjønt at vi står og registrer tid, selv om vi står ikke der inne og registrerer tid, jeg tror de får med seg mye allikevel, de merket at vi har dårligere tid...det er et stress moment, så lenge det er så nytt i hvert fall.

Har dere fått beskjed å ikke skrive på PDA hos brukere?

A: ja,

B: ja

A: vi logger oss inn i bilen, går å gjør det vi skal Går ut av bilen og logger oss ut når besøk er over. Og at kjøring ikke er med

Observasjonsstudiet vårt registrerte utstrakt bruk av telefon. Opplever dere også at telefon fortsatt brukes mye etter Gerica ble tatt i bruk?

A: ja

B: ja, det er like mye

Men er det mye som kommuniseres på telefon som kunne vært rapportert i Gerica?

A: vet ikke, legekantor vel ikke, apoteket, bandasjister, pårørende ikke..

B: og institusjoner, de vil ofte ha tilleggsopplisninger.

A: det er av og til ting som er ikke lett å skrive om, bør bare snakke. Jeg synes det blir mye mer utfyllende å snakke.

B: kan virke litt kortfattet, hvis det blir bare rapport på Gerica. Når vi snakker, så kommer vi på flere ting, som man spør..

Hvordan tror dere Gerica kan fungere godt som et dokumentasjonsverktøy i fremtiden?

A : det er vanskelig, mange forskjellige meninger.

B: det har vært en vannvittig stress faktor på jobb, noen er veldig redd, har aldri vært på data før i det hele tatt, da er det skremmende.

A: jeg synes det , mengler en del . Vi kaver veldig mye, mye hastverk. Ikke godt verktøy for oss, vi liksom må gjøre det, det er pålagt; det er son det føles, vi må gjøre son.

B: om det ble satt en som jobber Gerica hver dag, så kunne vi skrive rapporter, som vi gjorde med vannligg kardex, det er mange som skal læres på Gerica, og allikevell har så lite tid å sette seg inn med dette, vi får mye kontor jobb uten å få tid, skal gjøre det i tillegg til alt annet.

Detføles veldig feil, veldig gjennomtenkt av de som bestemte at vi skal ha det.

A: ja. Føler ikke at det er bedre med rutiner.

Hva skal til for at Gericca skal bli et optimalt verktøy?

A: rutiner, å få oversikk over brukere, hvor er de, så det er oversiktlig å føle med på det? Det er ikke bedre kommunikasjon enn i andre kommunale enheter.

Man bruker gamle rutiner, selv om man har nye ting man kan bruke?

A: veldig usikkert om vi har rutiner, hvordan er det nye rutinene?

B: vi har ikke felles rutiner, det blir veldig mye om en hørt, vi bør ha samlet møter og diskutere, at alle blir enige om det

Er det noe dere vil si om gericca?

A: stress

B: stress.

Vedlegg 9, Intervju 4

Hvilke del av Gerica bruker dere mest?

A: Bruker det med journalskriving.

B: Ja.

Det er tilgjengelig alt det andre, slik at dere kan gå inn å se ved behov?

A: Ja, begge vi skriver arbeidslister, slik at vi bruker Gerica mye til det. Og så har vel vi fått så god opplæring at vi er inne å ser på tjenestebilde, ser på vedtak, hva som har blitt besluttet der og hvem som har foretatt det. Vi henter jo alle opplysninger der. Unntatt medisiner og diagnose. Det har ikke blitt lagt inn skikkelig her enda. Men ellers så føler jeg at vi kan bruke det systemet og hente de opplysninger vi trenger, med unntak de to tinga.

Det vil si at dere har medisiner i papirkardex?

A: Ja

B: Ja

Er det noe annet der har i papirkardex?

A: Ja, diagnose og slike ting, for det har vi ikke lagt inn ennå.

Er det som et hovedkort da, det dere har?

A: Nei, vi har ingenting av det der gamle, men vi har en liten medisinkardex inne på medisinrommet.

Og der står diagnose?

A: Nei, altså når folk kommer fra sykehuset og såne ting, så har vi det i en perm alfabetisk. Så har vi epikkriser og sånt, medisinoversikt i en perm og sykepleiesammenfatning i en annen. Sånn har vi skilt det.

Hva med diagnose og telefon til pårørende?

A: Nei, telefon til pårørende har vi på Gerica.

Hvor mye opplæring fikk dere før dere startet med Gerica?

B: Ja, var vi ikke på to kurs, et dagskurs og, pluss en halv dag.

A: Det har vært litt forskjellig, noen har fått litt mer. Jeg tror jeg fikk 3 nesten såne fulle dager. Også vet jeg at andre bare har fått, slik som du sier, en og en halv dag og såne ting.

Synes dere det var nok med opplæring for å ta i bruk Gerica?

A: Nei

B: Nei

Er det noe du kan sette fingere på som du synes dere manglet når dere skulle starte?

A: Ja, for den opplæringen de fikk der, da fikk du alt innover deg på 3 dager, et verktøy som var helt fremmed for oss. Du får ikke plassert halvparten av det. Og så er det Arendal kommune i et nøtteskall, så er det kanskje en måned etterpå får du kanskje lov til å praktisere det og da har du glemt halvparten. Det er jo ingen god læring. Så hadde det vært planlagt bedre og lagt opp bedre hadde det sikkert vært kjempefint, men ikke i den bolken jeg kom med i.

Ttok veldig lang tid fra du hadde opplæring til dere begynte med Gerica?

A: Ja, på dette arbeidsstedet her så.

B: Og i tillegg skulle du lære det vekk til andre igjen.

Fikk dere opplæring på PDAèn da?

A: Nei, det har vi lært sjøl. Jo vi hadde K.T nede her i to timer.

B: Ja, det var alt, var det ikke det?

A: Og det var bare rot, fra ene til annen.

B: Det var egentlig mest om hvordan vi skulle ringe med den - ikke hvordan man gikk inn på Gerica med den.

Hvordan har dere lært dere det da?

A: Ja, vi har lært av hverandre og så har vi utnevnt noen sånne superbrukere, også tar de mye ansvar. Og så har vi organisert dette her slik, vi har vært fire stykker som har tatt pleiegruppen for oss, delt de inn i grupper og drevet med undervisning og delt det inn i bolker ut i fra trinn 1, 2 og 3. Så vi holder på hele veien.

Har dere noen dere kan få hjelp av i kommunen eller har dere tilgang på brukerstøtte?

A: Så bruker vi I.A, Gericakonsulenten, også T, men hun er sykmeldt nå. K.T brukte vi ikke. Nå er det I.R, så det er to nå da, men de er ikke lette å få tak i, ikke sant. Så vi har funnet ut og lest i papirer sjøl. Så bruker vi T på KP-teknikk, han er kjempeflink, han er nok den som kan PDAèn best da, så nå har vi fått i stand at vi skal få litt undervisning av han der oppe, de som er superbrukere, så slipper vi å løpe opp. For det er mye vi kan reparere sjøl. Dette har vi fått lov av sjefene til å sette av tid til og gjøre avtaler på. Det er slik vi finner ut av sjøl, så vi må bare gå veien sjøl.

Fikk dere opplæring i elektronisk samhandling?

B: Det kan jeg ikke huske.

A: Jeg tror de var innpå det, i alléfall de kursene jeg var på, berørte de det lite grann, men vi fikk så dårlig tid. Der satt vi, 12 stykker, noen fra oss og noen fra Solhaug. Så tror jeg det gikk en og en halv time før kurset kunne begynne, for det var altså bare halvparten av dataene som

var oppe å gikk. Så jeg tenkte: for en sløsing med tid. Men det er vel sånn denne dataverdenen er da. Sånn at etter hvert fikk vi dårlig tid, og sånn var det hver dag. vi brukte 1 1/2 time før alle var på nett.

B: Sånn var det på det jeg gikk også.

A: Så det høres så flott ut at vi har 5x3 timer, så 15 timer blir fort til 10 vet du. Så da går det ut over noe, så da tror nok jeg det ble nedprioritert. Det er i alle fall det jeg kan minst om.

Oppfatter dere det som enkelt å bruke Gerica?

B: Det er jo ikke vanskelig, hvis du først kan det - holdt jeg på å si..

A: I forhold til IPLOS er det kjempenkelt synes jeg. Jeg er glad for at kommunen gikk inn for Gerica og jeg tror den er god nok for oss.

Finner dere lett frem til opplysninger dere har behov for?

A: Ja, med unntak av medisiner og.. Nei, ikke alt. For vei beskrivelse og sånne ting som er nyttig for oss ute i felten, der må vi komme da frem til en felles forståelse av hvor en skal plassere det. Så det er mye som egentlig kunne vært bedre der.

Opplever dere Gerica som et nyttig verktøy?

A: Ja , jeg tror det er veldig nyttig, for nå kan vi endelig, når alle gjør tingene riktig, kan vi endelig begynne å måle den tida vi bruker ute hos brukerne. Så slipper vi å sitte på hver vår haug og trette om penger og bevilgninger. Så, for det har vi ikke kunnet gjøre før, så det tror jeg blir bra. Det er jo alt for tidlig å.... For nå skal de jo fordele de ekstra millionene i kommunen ut fra den siste registreringa, og den er jo så feil at, og det er jo ikke rart. Folk er jo nybegynnere enda. Vi registrere feil, så de har jo funnet ut at de ikke kan bruke det allikevel som verktøy. Så det har vært noen småkrisemøter, der hver enhet måtte rydde opp i sine.... Men det var som forventet..

B: Det er jo ikke rart, vi har fått så lite opplæring hos oss.

A: Og så jobber vi med en generasjon som ikke er vandt til PC'èr, damer i 60 årene, det er knalltøft av de at de nå bruker PDA'ene og er inne på dataene. Ja, det er mye som skal ligge til rette.

Har dere opplevd Gerica som en stress faktor?

B: Ikke for oss kanskje, men for de eldre så har det, garantert.

For noen da?

A: Ja.

Har dere brukt mer tid på å dokumentere i Gerica en det dere gjorde før?

A: Ja i begynnelsen gjorde det, men ikke nå. Nå er det mye greiere, slippe missforståelser med dårlige skrifter og alt. Så er jo det kjempe bra. Vi er jo litt frustrerte fremdeles over det Gerica

systemet, for på morgenrapportene så må jo vi bla igjennom alt som er skrevet, vi får ikke lov til å kode det som er viktig å formidle med for eksempel 151, og så 150 da en generell rapport, så den som holder rapporten må lese alt inne seg og så lese høyt det som er vesentlig. Og det er vist veldig vanskelig for ledelsen og forstå at vi kunne spart en halv time på morran, de er redd for at vi koder feil. De kunne ha hatt flagg på det som skal plukkes ut. Vi mener på at det er synd at det ikke kan gjøres noe der, for der ligger det sikkert tilrette for at noe kan gjøres.

For dere som bruker PDA - hvordan fungerer PDAen og hva slags opplysninger får dere opp?

A: Alt som egentlig ligger inne på Gerica, når du kan den optimalt. Eller når den blir optimal, for nå holder de på med at vi snart kan gå inn å bytte oppdrag på PDA. Vi kan gå inn å hente opplysninger, til og med på brukere vi ikke har. Og pårørende og lege. Medisiner og diagnose hvis en også legger det inn der. Vi har gjort det på to pasienter og det klarer en å hente opp på PDAen også. Problemet er at vi faller ut av nett hele veien og hele systemet kan kollapse sammen. Og IKT Agder som må gjøre sin bit igjen, som kan også bli bedre. For den har vært veldig mye ute av drift.

Kjører dere papirversjon da?

A: Ja, men vi har ikke vært flinke til å kjøre back opp, vet dere, så da må vi finne gamle lister. Så det har vært noen morgener....

Når du sier dere kan finne alle opplysninger, kommer alt opp?

A: Du må klikke og velge hva du vil hente opp.

Ut i fra andre hjemmetjeneste kontor vi har snakket med, virker dere som om dere er superbrukere på PDA!

A: Det er vi , det vet vi.

Har alle som er på jobb, hver sin PDA?

B: Ja.

Det er tilstrekkelig med utstyr?

B: Ja

Dokumenterer dere alt på PDAen? Eller dokumenterer dere noe på stasjonær pc?

B: Alt kan vi vel dokumenteres på PDAen, alt av legging av dosetter til...

A: Ja, aberet med det er, vi kan ennå ikke bytte oppdrag på PDA og det skjer ofte. Du har gjerne, hvis du bor i samme sonen, familie eller noen du kjenner som du ikke vil gå til. Så da bytter vi gjerne etter morgenrapporten, da har vi så dårlig tid at vi løper ut, så da må vi enten inn på den stasjonære dataen å gjøre de forandringene der, men de er jo ikke lett å finne. For

når vi lager arbeidslister, så er et oppdrag liksom et grønt felt og etter hvert gult og svart og grått og kryss og sånt, så det ligger 4 - 5 oppdrag under hverandre. Så å finne den du skal flytte på er vanskelig. Så dette velger vi å ikke bruke tid på. Og hvis du da går inn å skriver en rapport på en du har byttet til deg som ikke står på arbeidslista, så er det en svakhet ved PDAen at du ikke får registrert tida, den faktiske medgåtte tida, mens på dataen da står det estimert tid, men når du henter ut rapportene vil de se på den faktiske, den medgåtte tid. Da oppfordrer vi folk til at de da må bruke dataen inne på kontoret og da skriver vi var der klokken og ferdig klokken. Skriver de det rett inn på dataen, kommer ikke det noe tid og da mister vi det i forhold til ressursfordeling og sånne ting. Men det kan vi da gjøre når vi har lært hvordan vi kan bytte brukere. Det er noe de jobber med nå for at skal gå greit å få til.

Er det nok maskiner?

A: Nei, det syns vi ikke, men vi skal få flere. En på medisinerrommet og så en til.

Må dere vente på tur?

B: Ja.

Hvor mange maskiner har dere?

B: Vi har vel fire som er oppe.

Dokumenterer dere etter hvert besøk?

B: Ja-a.

Synes dere det er bedre, en å gjøre det på slutten av vekten?

A: Ja, i forhold til å ha ting friskt i minne. Spesielt det med at vi vet hvor lang tid vi har brukt der.

Hvilke rutiner har dere ved ny bruker, hva skjer?

B: Det er jo tjenestekontoret som melder de, og så går vi inn på personsøk og legger inn på dataen. Det ligger gjerne noe der fra tjenestekontoret, og så fyller vi inn når vi får våre opplysninger.

Tar dere vurderingsbesøk hos pasienten?

A: Ja,

Vurderer dere da hva som skal gjøres?

B: Ja, tiden.

Da legger dere inn diagnoser, medisiner osv?

A: Det er ikke oppe å gå enda. Men det vi legger inn er de tiltaka de får. Det ligger inne forslag fra tjenestekontoret, men det ser vi at de ikke treffer alltid. Så da må vi inn og slette det de har lagt inn eller avslutte det tiltaket og så går vi inn å legger riktige tiltak og tidsplan som følger med alt det. Og det er arbeid, og det som følger med det, litt prosedyrer og

forklaringer og sånne ting. Og det er en del av vurderingsbesøket, det er en del arbeid rundt det.

Får dere all informasjon fra pasienten selv?

B: Ja

Hva hvis pasienten er uklar?

B: Da får vi papir.

A: Epikkrise fra sykehuset hvis de har vært der, ellers så får vi inn fra pårørende. Vi får som regel et hint fra et eller annet sted at vurderingsbesøket ikke er så lurt å ta alene med bruker, så bistår da familien.

Tar dere kontakt med familien?

B: Ja

Også eventuelt fastlege?

B: Ja

Bruker dere telefonen?

B: Ja

Bruker noen av fastlegene Geric?

A: Ja det forstår jeg som de skulle gjøre.

Så egentlig kunne dere fått de opplysningene via Geric om medisiner osv?

A: Vet ikke om de har kommet så langt ennå. Jeg tror det er en visjonen for å si det sånn, men jeg vet ikke hvor langt de har kommet. Det er liksom meninga at hele Arendal kommune skal kunne bruke det og da gjelder det legevakta og fastlegene og.

Hvis dere har en bruker hjemme som får et fast plass på S, hva er rutinene med informasjonsutveksling?

B: Det er vel egentlig papir, hvis ikke så skriver vi på Geric, litt forskjellig.

Tenker du da på sykepleiesammenfatningen?

B: Ja, vi kan skrive den på Geric, for der kan alle med tilgang se den, men de fleste vil ha det skriftlig.

Hvor skriver dere den i Geric?

B: Skriver vi den ikke på vanlig?

A: Jo, eller så kan vi gå inn å velge på journal, velge koden for en sluttrapport eller en overflytningsrapport, og at det står på brukerens navn, og så skriver du. Der ligger en mal, med høyre musknapp, som Gericakonsulenten har lagt inn med de opplysninger, navn, cave, medisiner og hva de trenger hjelp til. Og så er det bare å gå inn å fylle ut det. Og så sende det, så mailer vi da i tillegg til den instansen som skal ta de i mot, om at nå har vi skrevet rapport

eller overflyttingsrapport på nummer den og den. Da får vi svar tilbake om at det er mottatt og lest. For så slipper vi å sende det i posten, det tar tid. Eller kjøre oppom med det selv.

Pleier dere å ringe, gi rapport muntlig, i tillegg?

A: Vi behøver ikke det hvis vi vet at Solhaug er oppe å går på dette her, men der har blitt mye telefoner, for vi vet jo ikke hvordan folk ligger ann, ikke sant. Jeg var med på sånn der vi skulle møtes alle sonene for å se på, vi måtte tenke litt felles i forhold til tidsregistrering, og da så vi det at vi jobbet forskjellig og hadde kommet veldig forskjellig i gang med Gerica og PDAen, og da har jeg tenkt at jeg måtte ta en telefon også for å være sikker på at folk skulle få den informasjonen de skal, for det var store forskjeller. I Moland er det ikke tatt i bruk i det hele tatt, i enkelte arbeidslag der, og det er jo skremmende. Nå har vi hatt opplæring med nattevaktene også for de skal jo begynne å skrive arbeidslister og bruke PDAen. Det er helt klin umulig for de driver ikke å bruker dette her på Saltrød og i Flostad, så de vil ikke få opp de pasientene, så de har fått påpakning om at de må få kommet i gang. Så det bremser for andre som vil kjøre i gang dette her.

Skal nattevaktene skrive på alle?

A: Ja, nattepatruljene for alle fire sonene i Arendal samles her, så er den en som skal skrive arbeidslister for alle de fire lagene og får ikke henta nok opplysninger for å lage arbeidslistene til øst. Det er ikke bra.

Hvis dere tenker på før Gerica kom inn i bilde, synes dere at det er store forskjell på å ta imot og skrive ut pasienter. I forholdt til nå når dere bruker Gerica?

A: Det har blitt mye lettere. Kjappere, mer effektivt og det er jo alle interessert i.

Skriver dere medisiner i sluttrapport?

A: Ja, de blir skrevet der. Hvis det da er sånn at de vil ha medisinene med seg, og ikke får levert det med pårørende. At du da reelt må ta deg en tur opp, så da legger vi medisin, tar en kopi av medisinkardex, slik at det blir en skriftlig del. Ellers så tar vi alt på dataen altså.

Men dere skriver papirrapport også?

B: Noen ganger gjør vi det, for sikkerhet skyld.

Så noen ganger blir det gjort begge deler?

B: Ja, det hender det.

Kan du se på Gerica at sluttrapporten du skrev har blitt lest?

A: Nei

Du kan ikke være sikker på at de har sett den?

A: Nei, det er derfor jeg mailer i tillegg og så får en bekreftelse på den.

Det er en rutine dere har innarbeidet, når dere skriver sluttrapport på Gerica, så sender dere mail?

A: Det er det vi har fått et tips om av leder, og vi syntes det var veldig lurt.

Pleier dere ikke å ringe, gi muntlig sammenfatning?

A: Jo, vi gjør sikkert det og. Men Gerica blir mer og mer brukt, så det er nok det som er meninga og at den skal brukes mer og mer.

Pleier de å ringe fra andre institusjoner når de mottat pasienter fra dere?

A: Har ikke opplevd det. Angående den siste pasienten vi sendte, nei de ringte ikke da. Det kan jo hende det ble sendt skriftelig rapport, det vet jeg ikke, kanskje det var derfor de ikke ringte. På Bjorbekk har vi en pasient som går til og fra i et leilighetsopphold, og der sender vi rapporten på Gerica, og mailer om at den er sendt og får bekreftelse på at det er greit og lest.

Det er altså lite muntlig rapport i kommunen?

B: Det er vel mer muntlig mellom sykehuset og oss, en det er i kommunen.

Det kan jo være for at systemet på sykehuset ikke kommuniserer med Gerica?

B: Ja

Skjer det ofte at de fra andre enhetene ringer og spør, selv om de får pasientopplysningene skriftlig?

A: Jo da, det har selvfølgelig hendt. Vanskelig å si prosentvis, fordi systemet er så nytt, så du kan sikkert si 50/50. Det vil bli bedre, men at vi ikke er der riktig ennå.

Kan den elektroniske samhandlingen helt erstatte den muntlig og skriftlig rapporteringen?

A: Ja, du vil jo miste noe underveis selvfølgelig av de finulige, spesielle tinga. Hvis det er spesielle krevende brukere så kan man ikke utelatte den muntlige rapporten. Men hvis det er en grei bruker, så er det et fullgodt verktøy det.

Det er kanskje i de spesielle tilfellene der er lettere å uttrykke seg muntlig?

B: Ja

Opplevs det vanskelig å samhandle med de andre i kommunen via Gerica?

A: Ja, vi vet for lite om de vi skal samarbeide med, hvor de ligger i forhold til opplæring og hva de bruker, så derfor blir det vanskelig.

Finnes det felles rutiner i kommunen, eller tror dere at hver omsorgs enhet har sine egne rutiner?

A: Det var derfor vi hadde den samlingen, vi brukte mange timer på dette og målet er at vi skal gjøre ting mest mulig likt, i forhold til det å bruke Gerica. Derfor håper jeg folk tar dette med seg og bruker det. For vi fikk jo samme opplæring i forhold til å skrive i innkomstrapport

og sluttrapport på det og det viset. Da må man forvente at de tar det med seg og lærer bort til sine.

Mener du at det må utarbeides like rutiner for å oppnå god samhandling?

B: Ja

Men står det skrevet noen steder, eller er det bare muntlig?

A: Inne på Gerica står det, men det er noe vi ikke er trygge på ennå. Men det er noe Gerica konsulentene sier, vi får tips om bruker manualer, men det er vi ikke trygge på å hente ennå. Vi får jo opp dagstips når de gjør forandringer.

Jeg har savnet en skikkelig blekke der det står fra A til Å. Vi har fått en liten en, men det er ikke halvparten av det vi berører når vi bruker det. En skikkelig bruksanvisning hadde vært fint egentlig. For det ligger ikke ute på hvert arbeidsted altså.

Alt skal etter hvert over på Gerica. Tenker dere på at kvaliteten på informasjonen i Gerica kan påvirke pasientbehandlingen?

A: Det kan det helt klart, og i vert fall så lenge vi ikke har fått lagt inn diagnose, medisinoversikt og sånne ting. For når du går primærvakt en lørdags ettermiddag og en blir innlagt akutt, uten at vi har vært inne i bilde, det har blitt ringt 113, og legevakta ringer og trenger opplysninger og du er på den andre siden av byen. Så hadde det vært greit å sitte i bilen og hentet det opp, men du kan ikke finne ut av diagnose og medisiner og du kan ikke huske det i hodet. Hadde det lagt der så kunne en, da hadde det vært fullgodt verktøy. Og det er jo slikt som legene vil vite noe om, medisiner og diagnose. Det er noe vi må få tatt fatt i og lagt inn.

Det høres ut som dere har kommet godt i gang!

A: Ja, det har vi egentlig.

Nå er jo allerede den modellen av PDAen vi bruker utgått, den har vi hatt siden september/november 2005, fra i høst. Så kommunen har kjøpt opp det de fikk tak i, slik at det er noen i reserve. Når vi hadde opplæring av nattevaktene brukte vi en helt ny modell, som så ut som en lapp topp, selv om mye var likt, så var det en helt annen pålogging, det var masse operasjoner før de kunne logge seg på nettet og sånne ting. Og ganske komplisert. Så når vi har lært opp folk som er litt utrygge på dette, har hatt masse vegring. Og så må vi bytte telefon etter et år, så kommer misnøyen altså. Men det er jo en rivende utvikling... Ting blir jo håndtert dårlig, det kjenner vi jo med bilene, så det slites veldig. Vet ikke hvor mange "penner" vi mister, sånne pinner. Det er en skikkelig kostnad for kommunen detter her. Vi sletter programmer og må opp å legge det opp igjen...

Det er så synd at det er alt for mange ting som kan gjøres på PDAèn som vi ikke vet hva innebærer, også plutselig er ting borte vekk.

Opplevs dokumentasjon og samhandling enklere med Gerica?

A: Ja, kjempegreit. Kardexen ble fjernet i desember 2005, vi fikk ressurser til å sette i gang, teamleder har gjort en kjempejobb.

Dobbelt førte dere en periode?

A: Ja, i en overgangsfase for å øve oss, ca en halv måned.

B: Ja, 2 uker

A: Det var ikke lenge. Så alle unntak en ekstravikar bruker PDAèn og det er folk som jobber hver tredje helg og sjeldnere. Det er bra dette her, vi er heldige, vi har mange som tar ting kjapt, virker det som. Det er ikke mange som er trege. Noen?

Er det en ung arbeidsgruppe?

A: egentlig ikke, alle aldere.

B: Alle sykepleierne er egentlig unge, mens de andre er eldre. Det har gått kjempergreit, folk har tatt vare på hverandre.

A: Noen har hatt ekstra, ekstra oppfølging, men alle har kommet i gjennom det.

Vedlegg 10

Innformasjon i forbindelse med intervju fredag 26.mai, 2006

Vi er tre sykepleiere som er ansatt i Arendal Kommune som holder på med masterstudie i sundhedsinformatik ved Universitetet i Aalborg. Dette er et treårig løp, slik at de to første årene er tatt ved HIA og det siste året tas i Aalborg. Vi er nå kommet til det siste året, og i den forbindelse skal vi skrive en prosjektoppgave om et tema som tar utgangspunkt i en konkret problemstilling fra helsevesenet. Den kan være av teknisk, administrativt eller kommunikativ karakter. Vi har valgt å sette hovedfokus på dokumentasjon og samhandling i Gerica, da vi fra egen praksis opplever at Gerica blir brukt i varierende grad ved overføringer av pasienter. Vi ønsket å gå i dybden på hvordan de ansatte bruker systemet og om innføringen av Gerica har medført rutineendring i forhold til samhandling mellom sykepleiere.

Tema: Gerica som dokumentasjonsverktøy – utfordringer og muligheter.

"Hvordan kan dokumentasjon i Gerica understøtte elektronisk samhandling mellom sykepleiere?"

Vi har gjennomført fire intervjuer med ansatte fra institusjon og hjemmesykepleie på bakgrunn av temaområde.

Vi ønsker en samtale med deg for å få en oversikt over hvilke muligheter som ligger i programmet, og hva slags planer kommunen har for videreutvikling og satsning fremover når det gjelder bruk av Gerica. Spørsmål vi stiller vil da dreie seg om:

- De ulike modulenes funksjonalitet.
- Kommunikasjon mellom moduler
- Muligheter for elektronisk samhandling
- Opplæring og oppfølging av de ansatte fremover
- Kommunens visjon for videre IKT satsning

Med Vennlig Hilsen

Jelena Nikandrova

Heidi Danielsen

Bente Grythe

Vedlegg 11

INTERVJUGUIDE TIL INFORMANT

Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
<p>Bruk av moduler: Hvilken avdeling bruker hva</p>	<p>Hvilke moduler i Gerica er i bruk?</p> <p>Hvilke bruker Institusjon?</p> <p>Hvilke bruker Hjemmesykepleien?</p> <p>Hva bruker begge?</p>
<p>Opplæring Har innhold i opplæring vært rettet spesielt mot de modulene som skal brukes?</p>	<p>Innhold og omfang av opplæring.</p> <p>Alle ansatte skal ha gjennomgått grunnopplæring innen sommeren.</p> <p>Hva går grunnopplæringen ut på?</p>
<p>Informasjonskvalitet</p> <p>Bekreftelse/avkreftelse: Tiltaksplan ligner en tradisjonell pleieplan i oppbygning? Hjemmesykepleien kan ikke skrive pleieplan i dagens løsning?</p>	<p>Hva inneholder modulene?</p> <p>De ansatte har gitt uttrykk for at de mangler pasientopplysninger i Gerica og at de har mange opplysninger i papir?</p> <p>Er det begrensninger i programmet? Mangler de ansatte kunnskap om hva som er mulighetene?</p>
<p>Samhandling</p> <p>Hvilke muligheter gir Gerica til elektronisk samhandling?</p>	<p>Sluttrapport:</p> <p>Innkomstrapport:</p> <p>Brukertilganger: Kan institusjoner fortsette på prosedyrer</p>

	<p>startet av hjemmesykepleien?</p> <p>Hvis hjemmetjenesten har satt på midlertidig stans, er det da mulig for institusjonen å lese?</p> <p>Kan hjemmesykepleien bruke institusjonenes prosedyrer?</p> <p>Det er snakk om å stramme inn hjemmesykepleiens lesetilgang. Kan hjemmesykepleien lese på brukeren når vedk. er inne på avlastning for å følge med utvikling av en behandling?</p> <p>Tjenestekontoret skal få PDAer. Er det slik at man kan registrere tiltak på PDA når et tiltak er repeterende? Det må ikke gjøres på stasjonær?</p>
<p>Fremtidsrettet</p>	<p>Hvordan løse problemet med at man har noe elektronisk og noe i papir?</p> <p>Hvordan skal man få med seg de områdene som ikke er kommet like langt i brukeren av Gerica?</p> <p>Kan Gerica bli et fullverdig elektronisk pasientjournal på sikt? Hva mangler pr i dag og hva skal til?</p> <p>Er Gerica godkjent som EPJ?</p> <p>Kommunen har PPS og andre Beslutningsstøttesystemer. Kan det bli mulig på sikt å få pleieplansystemer med ferdig definerte mål og tiltak?</p> <p>Er det planlagt oppfølging av brukerne av Gerica, for eksempel oppfølgingskurs og undervisning?</p> <p>Hvordan ville kommunen stille seg til å ha en dialogcafe med ansatte fra institusjon og hjemmesykepleie med fokus på dokumentasjon og samhandling i Gerica?</p>

Vedlegg 12

Intervju med Gericakonsulentene i Arendal Kommune

Kan du bekrefte at hjemmesykepleien og institusjonene bruker ulike moduler i Geric?

Til nå har det vært slik fordi det ikke har vært mulig å oppdatere tjenestebilde og dermed arbeidslistene, fra tiltaksplanene, men i den nye versjonen nå, så er det mulig, da skal tiltaksplanen over på PDA, slik at vi nå er i gang med å lære hjemmesykepleien opp i tiltaksplanen. Vi har sammen med Mandal Kommune spilt inn til leverandøren, TietoEnator, at vi har behov for å få tiltaksplanene ut på PDAene slik at dere får både situasjonsbeskrivende og prosedyrer og sånn... det kommer.

Når kommer den nye versjonen?

Første juni, men de sa ikke hvilket år

Men per i dag er det slik at det er delt. Så bruker de noen moduler felles. Kan du fortelle hva som ligger i hovedkortet?

Hovedkortet er tilgjengelig for alle i kommunen som har tilgang til Geric, så der skal det ikke ligge noen helseopplysninger. Der er der opplysninger om navn, adresse, sivil status, spesielle opplysninger i forhold til veianvisninger hvis det er aktuelt, men ingen helseopplysninger skal ligge der.

Er det blitt anbefalt å skrive veibeskrivelse i hovedkortet?

Det har vært en anbefaling at hjemmesykepleien skriver veianvisning hvis det er langt ut på landet, og ikke gateadresse er nok, sånn at det også kommer ut på PDAen.

Saksmodulen, er den tilgjengelig for alle?

De som har pasientene, har tjenesten, kan se vedtaket, men det er tjenestekontoret som bruker saksmodulen i sitt daglige arbeid, og som har tilgang til å gjøre endringene.

Kan du si noe om hvilke muligheter som ligger journalbildet?

Journalmodulen er primært for å lese journaler, fordi når de skrives, da skal de knyttes opp til tiltak i tiltaksplanen, men når en skal lese journalene er det enklest å bruke journalmodulen og da kan du sortere på veldig mange måter. Du kan for eksempel søke ut fra faggrupper, journaltyper, og du kan sortere på dato. Du kan få laget utvalg som gjør at du kan lese alle journalene på alle pasientene på ditt område fortløpende, så der er veldig mange muligheter.

Har det blitt gitt opplæring i den funksjonen?

Det gis opplæring på alle grunnutdanningene i hvordan du gjør dette.

Kan du si litt mer om hva innholdet er i grunnopplæringen. Er det rettet mot den modulen de skal bruke?

Ja, der har vi jo gjennomført nærmere 12 000 kurstimer med grunnopplæring. De aller fleste har fått 2 dager opplæring, og da får de en grunnleggende innføring Gerica. Hvordan systemet fungerer og de forskjellige funksjonstastene. De får innføring i hovedkortet, og institusjonene får da tiltaksplan, og hvordan de skal bruke journalmodulen. Mens hjemmesykepleien har da fått mer i tjenestebilde. Nå vil jo det endres for de nye som blir lært opp, for de skal også lære tiltaksplan, selv om de jobber i hjemmetjenesten. Da har vi tatt virksomhet for virksomhet og skreddersydd litt i forhold til de eksemplene vi har brukt, sånn at boveiledertjenesten (BVT), når de har hatt sin grunnopplæring så prøver vi å bruke eksempler fra BVT, og kanskje skreddersyr noen maler, som de har bruk for. Vi prøver å få det så tilrettelagt som mulig.

Nå som hjemmesykepleie skal også bruke tiltaksplan, vil de fortsatt bruke arbeidslistefunksjonen. Hvordan vil dette integreres i arbeidslistebilde? Er dette to forskjellige ting?

Du må legge inn tiltakene fra PC, bygge opp tiltaksplanen fra PC, og da, når legger inn et tiltak vil det automatisk også koble seg opp mot tjenesten, sånn at du må generere arbeidslister på samme måte som gjort tidligere. Når du da skriver journal fra PDA så vil det koble seg opp mot tiltakene, sånn som det skal gjøre, både da på tiltaksplan og du vil kunne finne det i journalene.

Vil da også hjemmesykepleien få en pleieplanløsning?

Ja, det vil de få, som ikke de har i dag.

De ansatte har sagt at de av og til mangler pasientopplysninger i Gerica, og de har en del informasjon på papir fremdeles. Skylls det begrensinger i programmet, eller at de ikke vet om mulighetene? Er det muligheter for at Gerica kan bli full elektronisk?

Det kommer litt an på hvilke opplysninger de tenker på. Men det er, sånn som Gerica er i dag, så er det ikke mulig å scanne dokumenter inn i Gerica - og det betyr at dokumenter som vi får fra andre på papir må oppbevares på papir. . Hittil er det heller ikke så mange som har begynte å bruke medikamentmodul, slik at de må ha medisinkardeks i tillegg. Men nå er vi gang til innføring på Plankemyra og det kommer vi til å jobbe videre med, slik at alle skal ta i bruk medikament modulen.

Da får i alle fall redusert den delen på papir. Også sier vi jo at hvis det finnes en papirjournal skal det stå i Gerica hvor den befinner seg og hva slags type dokumenter den skal inneholde, på samme måte skal det stå i papirjournalen at hovedjournal er Gerica.

Vet du om det er slik?

Jeg har ikke vært ute og kontrollert, men det er det vi lærer bort på grunnutdanningen, og det er det tilsynsmyndighetene er ganske strenge på når de utfører tilsyn. For det er det som er kravet i journalforskriften, hvis du må dele journalen, skal det stå hvor de forskjellige delene befinner seg og hva det inneholder.

Mange av dem vi har intervjuet sier at de skriver ut for eksempel rapporter og hovedkort på papir, og begrunner det med at det er lettere å lese på papir? Det har kanskje med rutiner også å gjøre..?

Det har nok med rutiner og vaner å gjøre og det har med tilgjengelighet til PC å gjøre, og hvor mange som står i kø for å bruke PC. Det er ikke noe i veien for at man kan gjøre det, så lenge det er Geric som er hovedsystemet, altså det er der man oppdaterer opplysningene, og at man sørger for at de utskriftene man tar, at man har et system for å makulere de etter hvert. Så er det full anledning til å ta ut på papir, så lenge man ikke dobbeltfører.

Fokuset vårt er samhandlingsmuligheter i Geric, hvilke muligheter har hjemmesykepleie og institusjon for samhandling?

Du tenker på å ha maler? Ja, det er fullt mulig. Vi har laget mange maler på forskjellige typer journaler, til ulike enheter, og jeg tror det ligger en mal for sluttrapporten nå. Hvis ikke er det noe vi enkelt kan lage hvis det er spørsmål om det. Og det er jo sånn at du kan gå inn selv om en tjeneste er avsluttet, ved for eksempel at et institusjonsopphold er avsluttet og hjemmesykepleien får pasienten tilbake, så kan du klikke på, at du vil se tjenester som ikke er aktive, sånn at du kan få se opplysninger som er lagt inn tidligere.

Gjelder det omvendt også?

Ja, det gjelder omvendt også, og opplysningene blir liggende synlige ett år etter at pasienten er flyttet eller..

Så det er uavhengig om pasienten er i hjemmesykepleien eller institusjon

Ja, så kan man gå inn å se ved å ta bort "aktive tjenester", så kan man se hva som har skjedd.

Da er det rapporter du kan se?

Nei, du kan også se tiltaksplanen, men da må du gå inn i tiltaksplanmodulen. Dere får det ikke ut på PDAene, men dere kan få det ut på skjerm.

Er det muligheter for hjemmesykepleie å fortsette på en prosedyre eller pleieplan som er

startet på en institusjon, eller må det startes opp nye tiltak?

Det kan kopieres over, men det skal startes nye. Men du kan kopiere et tiltak som er startet et annet sted og så legge det inn på nytt.

Men du må fysisk legge det inn?

Ja, du må kopiere teksten, altså som du kopierer i tekstbehandling

Har det vært fokus på elektronisk samhandling i opplæringen, internt i kommunen?

Selve grunnopplæringen er så omfattende for de som har ikke vært bort i Gerica, i det hele tatt, og mange har vært lite bort i datasystemer i det store og hele, så vi har ikke lagt veldig stor vekt på det, hvis ikke noen har spurt. Det er mer enn nok å huske på etter de to dagene for de som er nye. Vi tar runder på det om noen kommer å spør om det, eller vi drar ut å spør om det er noen som ønsker noe ekstra.

Er det noe som kan bli satt fokus på senere en systematisk opplæring i elektronisk samhandling?

Ja, det vil være veldig aktuelt, og det er jo en av de tingene vi planlegger når vi er ferdig med grunnopplæringen nå 1. juli, at vi skal ha oppdateringskurs, ha inn superbrukere som vi skal skolere, spesielt i nye finesser som kommer. Og det kommer jo nå i den nye versjonen som er lovet, så kommer det mange nye muligheter, og da tenker vi oss først og fremst å ta inn superbrukere, for å lære opp dem. Så da vil det være aktuelt å lære sånne teknikker også. Men det krever at du har brukt systemet en stund og at du kjenner det og skjønner det, skjønner gangen i det, før du begynner på de litt spesielle tingene.

Er Gerica godkjent som EPJ per i dag?

Det er ikke noen formell godkjenningsordning for EPJ systemer, men hvis du spør om det oppfyller alle krav i nasjonal kravspesifikasjon, eller nasjonal standard for elektronisk pasientjournal, så gjør det nok ikke det på en del punkter. Men det ble heller ikke stilt de kravene da systemet ble anskaffet, så det er nok grunnen til det.

Men målet er å få det til å bli ?

Vi jobber jo mot leverandøren på de områdene som vi ser at det bør være forbedringer.

Kommunen bruker jo PPS og en del andre beslutningsstøttesystemer. Er det mulig i fremtiden å få standardiserte pleieplansløsninger?

Det er det nok langt fram, jeg tror det er viktig nå at de som har fått opplæring, begynner å ta Gerica i bruk og at de blir trygge på hvordan det fungerer før vi begynner å standardisere noe mer. Det vi har gjort, sammen med Lillehammer kommune, tatt initiativ overfor TietoEnator for å få PPS integrert i Gerica, slik at du kan hente opp prosedyrene fra PPS når du står i Gerica. Og det har vært et møte med forlaget Akribe som eier PPSen og TietoEnator, for å se hvordan det kan løses, så det er satt i gang en prosess. Men foreløpig har det vært så mye feil i Gerica at vi har sagt at leverandøren må sørge for å rette de feila før de går videre med utvikling.

Er det et problem at ikke alle enheter ikke kommet like lagt?

Ja, det er jo noe vi må jobbe med, for å få til at alle tar i bruk i samme grad, før vi begynner å tenke på å innføre nye ting. Og det er jo en forutsetning for elektronisk samhandling, at alle bruker det. Hvis det er noen som ikke gjør det, så skaper det plutselig problemer, for de som baserer seg på slik samhandling.

Arendal Kommune er offensive når det gjelder satsning på elektronisk samhandling med andre aktører, da blir det vel høyaktuelt å fokusere på elektronisk samhandling internt?

Ja, det gjør det.

Samtaler om våre funn ved intervjuene. Uformell samtale, som ikke tas med i transkripsjonen, da det gikk mer på en interesse av hva vi hadde funnet.

Det med innkomstrapport, og særlig det med sluttrapport har vi innført etter at mange har fått sin første runde med opplæring, for opplæringen har jo strukket seg over veldig lang tid. Dere kan jo tenke dere når det har vært gjennomført nesten 12 000 kurstimer og der er en eller to instruktører som skal gjøre det, så har det gått over år. Da skjer det en utvikling både i modenhet hos brukerne og utvikling i programmets muligheter i løpet av den perioden, slik at de første som fikk opplæring har ikke lært det samme som det de siste gjorde, og det er jo en av de utfordringene vi står overfor nå, når vi skal prøve å få opp alle på samme nivå. Da har vi også fått aksept på at vi skal opprette en brukergruppe i Gerica som består av noen fra hjemmesykepleien, institusjon, fysioterapeuter, leger, forskjellige grupper v brukere som skal på en måte være vår referansegruppe, når vi skal diskutere hvordan vi skal løse ting i Gerica. Vi får nok ikke den opp å stå før til høsten.

Det vil være et forum for å diskutere slike spørsmål, og da også et godt nettverk av superbrukere, som er lette å kalle sammen, lette å få tak i når det er nye ting, som de kan formidle videre. Vi ser at vi er helt avhengig av å ha superbrukere ute, for at det skal fungere i praksis.

Har dere det nå?

Vi har det noen steder, men ikke gjennomført, så vi skal jobbe for å få det på plass alle steder fra høsten av.

Det vil jo ha utkrystallisert seg noen superbrukere innen vi nå formelt sett skal ut å få noen oppnevnt, og det er viktig for oss at vi har en gruppe med navn som vi kan forholde oss til, som kan være våre kontakter ute på de forskjellige stedene. Vi kan ikke sette i gang 12 000 timer hver gang det er noe nytt.

Jeg må si at jeg er egentlig ganske imponert over hva de egentlig klarer å få til. Når de da kommer på kurs, og noen har kanskje aldri vært bort i en PC, de har knapt nok lært å slå den

på. Så går de bort og lærer seg det i løpet av de 2 dagene og går hjem og dokumenterer. Det er ganske morsomt.

Det har vært en av suksessfaktorene, og de som ble meldt tilbake da vi hadde spørreundersøkelse i desember, hvor langt i innføringen man var kommet og hva som hadde vært kritisk og hva som hadde vært suksessfaktorer. Det å sette en dato for når papir skal bort – det var en av suksessfaktorene.

Hvis du nå går på kurs og så tenker du at ja, ja det får jeg ikke bruk for om et halvt års likevel, så glemmer du det. Men vet du at om 14 dager, så er kardexen borte, så jobber du litt mer for å sette deg inn i det. Det har vi anbefalt alle lederne, for vi har pleid å kalle inn teamlederne en stund før hver gruppe skal inn på opplæring, sånn at vi har diskutert med teamlederne hvordan de dokumenterer, om det er spesielle ting de vil vi skal fokusere på. Da har vi pleid å anbefale at de tar bort kardex 14 dager etter at sistemann har vært på kurs. Og nå har vi egentlig satt 1. juli som deadline for når det skal Gericia som er innført som hovedsystem i alle deler av kommunen.

Vil det være viktig i fremtiden også med fokus på kvaliteten på dokumentasjonen?

Ja, det er det, og datakvaliteten generelt. Det er noe av det som vi også må ha en grundig gjennomgang av, fordi det å vedlikeholde datakvaliteten, det er sånn som må være inngrodd rutine, at det gjør du når det er endringer. Det skal ikke være noe du kan gjøre i et skippertak og så tro at det er greit et halvt års tid. Her er det snakk om at det hele tiden må vedlikeholdes og ajourføres. En ting er selve datakvaliteten at de dokumenterer på riktig pasient, på riktig tid og riktig sted i systemet. At ikke noen ligger inn med doble tjenester og doble tiltak, og at det settes sluttdato som det skal. Og en annen ting er kvaliteten på selve dokumentasjonen, og der er det nok lederne ute som i større grad må inn, fordi det går litt utover vårt ansvar som systemansvarlige, hva sykepleierne og de andre dokumenterer ute. Vi har et ansvar for at datakvaliteten er så høy som mulig, men innholdet i den enkelte tiltaksplan eller journal er journalansvarlig og teamleders.

Det henger sammen. Vi jobber jo tett sammen med enhetslederne her, og med teamledere og med alle, så det er jo et samspill for å få dette til å bli så bra som mulig.

Samtale om oppgaven vår, vi informerer om funn.

Nedenfor gjengis setninger i samtalen som betyr noe for vårt tema.

Det er en forutsetning at Gericia er tatt i bruk i hele kommunen og folk er trygge på det før de kan begynne med nye prosesser og gå ut å samhandle med andre.

Institusjonene skal kunne se de som ligger inne på institusjonene eller som har vært der innenfor de siste 365 dagene.

De ligger inne et år, og det er bevisst, for erfaringsmessig så kommer det mange henvendelser enten fra pårørende, det kan være regninger, kan være forskjellige ting som gjør at du trenger å ha de liggende sånn. Etter 365 dager blir de ikke synlige.

Finnes et en funksjon som kan overstyre og gi tilgang til pasienter som ikke tilhører institusjonen ved spesielle tilfeller, for eksempel akutt plass i helger?

Ja, det vi gjør er å styre tilgangen til opplysninger gjennom roller, hovedrollen din er det stedet du jobber og da får du tilgang til de pasientene der. Jobber du flere steder må du ha flere roller, og du må bytte roller etter som hvor du er på jobb.

I tillegg til hovedrollen som avgrenser deg til de pasientene du har, så legger vi inn en "blålys" rolle for sykepleierne, de faste ansatte, som gjør at de kan overstyre sin vanlige rolle med "blålys" rollen for å få opp alle pasientene i nettopp slike spesielle tilfeller. Men da skal det føres avvik.

Er dette gjennomført i hele kommunen?

Nei, det er en stor jobb vi holder på. Hjemmesykepleien er de som er lengst etter, de har åpen tilgang, fordi det er vanskelig å styre det. I løpet av juli skal alle ha tildelt roller der de jobber. Da er vi kommet langt i forhold til sikkerhet.