

Forord

Jeg jobber innenfor administrasjon og ledelse ved et distrikts psykiatrisk senter (DPS) i mange år og har en informatikk bakgrunn. Jeg har opp gjennom årene vært med på å implementere ulike datasystemer innenfor spesialisthelsetjenesten og lært opp mange brukere. Samhandling med kommunehelsetjenesten med IKT løsninger er noe som er kommet de siste 5 årene og blitt mer og mer viktig som kommunikasjonsløsning. Gjennom helseinformatikk studiet ved NTNU har jeg lært mye, som blant annet gjorde at jeg satte et fokus på samhandling innenfor et poliklinisk pasientforløp. I min studie har jeg forsket på samhandling, og fått god kjennskap til hvordan samhandling fungerer i praksis mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Jeg ønsker å takke min arbeidsgiver Universitetssykehuset Nord Norge som har lagt til rette for at jeg kunne fullføre min masterutdanning i helseinformatikk. For å kunne gjennomføre et masterstudie er en avhengig av å kunne sette av tid og rom og jeg vil derfor takke min samboer Anita for støtte og oppmuntring på hjemmebane. Videre vil vi takke min veileder på NTNU Pieter Toussaint som har kommet uvurderlige innspill gjennom hele prosessen. Sist men ikke minst vil jeg også takke de ti informantene som var villige til å sette av tid for et intervju, og derved gjorde dette masterstudiet mulig.

Abstract

To ensure that the patient is provided with a holistic course of treatment and to support health care professionals' need for cooperation and interaction, good IT solutions are required to support information sharing and communication between the parties. Referral is a common form of communication between primary and secondary health care services. A complicated course of disease and psychosocial factors are difficult to describe in sufficient detail in a referral; this applies, in particular, to psychiatry.

The patient is assessed based on the information provided in the referral. Specialist health care providers cannot reject referrals that contain insufficient information. When insufficient information is provided, more detailed information must be obtained, which requires additional resources. To ensure that specialist health care services have the necessary information, it is important to facilitate a dialogue between general practitioners and specialists and to ensure that the parties can request more information related to patient care and management. This can be done via dialogue messaging.

In my thesis, I have studied relevant literature on socio-technical solutions, decision support, use of e-messaging, collaboration and interaction, referral quality as well as national eHealth guidelines.

On this basis, I have done a qualitative study of general practitioners' and specialists' experience with referrals. What works and what is lacking in the current solution and how they view the use of dialogue messaging. My aim is to explore how dialogue messaging fits into this cooperation and interaction and to examine the need for other ICT solutions to provide sufficient support for such interaction.

My findings show that dialogue messaging can be used to obtain and send information that does not concern patient cases that require discussion. But good interaction between general practitioners and specialists must be supported by other solutions.

Good quality of referrals will require a high degree of collaboration and interaction as well as ICT tools that support a referral process.

Sammendrag

For å være i stand til å gi pasienten et helhetlig behandlingsforløp og understøtte helsepersonells behov for samhandling er det behov for gode IKT-løsninger som understøtter informasjonsdeling og kommunikasjon mellom partene. Henvisning er en vanlig kommunikasjonsform mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Kompliserte sykdomsforløp og psykososiale forhold lar seg vanskelig beskrive grundig nok i en henvisning, spesielt gjelder dette til psykiatrien. Vurderingen gjøres på grunnlag av informasjonen i henvisningen. Spesialisthelsetjenesten kan ikke avvise mangelfulle henvisninger. Når informasjon blir mangelfull må det innhentes bedre informasjon, noe som krever ekstra ressursbruk. For å sikre at behandler har den nødvendige informasjon, er det viktig å tilrettelegge for en god dialog mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste og at man kan etterspørre mer informasjon knyttet til behandlingen av pasienten. Dette kan gjøres med en dialogmelding.

I masteroppgaven har jeg studert relevant litteratur innenfor områdene sosio-tekniske løsninger, beslutningsstøtte, bruk av e-meldinger, samhandling, henvisningskvalitet samt nasjonale føringer innenfor e-helse. På bakgrunn av dette har jeg gjort en kvalitativ studie av erfaringene fastleger og spesialister har med henvisninger, hva som fungerer og hva som mangler i dagens løsning og hvordan de ser på bruken av dialogmelding. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan en dialogmelding passer inn i denne samhandlingen og se om det er behov for andre IKT løsninger for å støtte denne samhandlingen godt nok.

Mine funn viser at dialogmelding kan brukes for å innhente/ sende informasjon som ikke omfatter pasientsaker som krever drøfting. Men for å få en god nok samhandling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten bør denne også suppleres av andre løsninger.

God kvalitet på henvisninger vil kreve en høy grad av samhandling og IKT verktøy som støtter opp under en henvisningsprosess.

Innhold

Sammendrag	2
1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn formål.....	7
1.2 Begreper	8
1.3 Generell dialogmelding	10
1.4 Hva er en e-melding?	10
1.5 Pleie- og omsorgsmeldinger	11
1.6 Hva er Basismeldinger?.....	14
1.7 Dialogmelding i et poliklinisk forløp	15
1.8 Status på utvikling av dialogmelding poliklinisk forløp	17
1.9 Henvisningsforløp	17
1.10 Bruk av dialogmelding i forbindelse med henvisninger?.....	19
1.11 Tema.....	19
1.12 Avgrensning	20
1.13 Problemstilling	21
2.0 Metode.....	22
2.1 Dybdeintervju	22
2.2 Dybdeintervjuets struktur	23
2.3 Utvalg av informanter	24
2.4 Forskningsetikk	25
2.5 Kvalitet	26
2.6 Troverdighet	27
2.7 Intervjuguide	28
2.8 Praktisk gjennomføring av dybdeintervjuer	29
2.8.1 Stegvis-deduktiv induktiv metode – SDI modellen.....	29
2.8.2 Koding.....	31
3.0 Teori	32
Del I sentrale teorier	32
3.1 Sosio-tekniske løsninger for å forbedre effektiviteten av elektroniske henvisningsprosesser	32
3.2 Beslutningsstøtte	33
3.3 Utfordringer med å lage IT støtte for prosesser i helsevesenet	34
3.4 Bruk av e-meldinger.....	34
3.5 Henvisninger som kommunikasjonsmiddel	36
3.6 Bruk av henvisningsmaler for å gi bedre kvalitet.....	38

3.7 Samhandling.....	41
Del II Sentrale føringer om e-meldinger	43
3.7 Nasjonal handlingsplan for e-helse 2014–2016	44
3.8 Stortingsmelding 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.	44
3.9 Stortingsmelding 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.....	45
3.10 Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi	46
3.11 Nasjonalt meldingsløft	47
3.12 Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren	48
3.13 Nasjonal strategi for standardisering innen e-helse.....	48
4.0 Funn.....	49
4.1 Noen historier om henvisningsproblematikk fra hverdagen.....	49
4.2 Kan dialogmelding brukes for å innhente informasjon i forbindelse med en henvisning?	51
4.2.1 Kartlegging av informasjonsinnhenting	51
4.2.2 Bruk av dialogmelding i en henvisningsprosess.....	61
4.2.3 Oppsummering	66
4.3 Kan informasjon mellom henviser og spesialist foregå bare med meldinger og støtter IKT verktøy denne asynkrone samhandling godt nok?.....	67
4.3.1 Ved avslag på henvisning.....	68
4.3.2 Pasient som budbringer mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten.....	69
4.3.3 Bruk av dialogmelding som kommunikasjonsmiddel i et pasientforløp	71
4.3.4 Fellesforståelse av at pasienten trenger helsehjelp	72
4.3.5 Oppsummering	74
4.4 Bør dialogmeldinger suppleres med andre IKT løsninger for å bidra til bedre kommunikasjon?	74
4.4.1 Bedre samhandling med faste møter	74
4.4.2 Bruk av henvisningsmaler	75
4.4.3 Fra fritekst til strukturert informasjon og henvisningsmaler med beslutningsstøtte (CDS) .	77
4.4.4 Oppsummering	79
5.0 Diskusjon.....	79
5.1 Faglig dialog.....	80
5.2 Bruk av e-meldinger	83
5.3 Samhandling.....	86
5.4 Henvisningskvalitet	89
5.5 Diskusjon av IKT løsninger som kan bidra til bedre kommunikasjon og henvisninger	91
6.0 Konklusjon	94
Litteratur.....	96

Vedlegg	99
Vedlegg 1 Intervjugal henviser	99
Vedlegg 2 Intervjugal spesialist	100
Vedlegg 3 Presentasjon som ble gitt til informanter i forkant av intervjuet.....	102

1.0 Innledning

Bruk av standardiserte meldinger for elektronisk samhandling ble tatt i bruk i Norge på slutten av 1980 tallet. Denne standarden¹ ble utviklet av KITH for kommunikasjon innen norsk helsevesen og eksterne aktører. I den første fasen ble det særlig satset på effektivisering av svarrapportering fra laboratorier til leger som hadde sendt inn prøver for analysering, men senere har en rekke andre typer meldinger kommet til, slik som henvisning, epikrise og PLO-meldinger. Elektronisk samhandling er et virkemiddel som understøtter viktige helsepolitiske mål. Til dette er det laget et program som er kalt nasjonalt meldingsløft[1] som skal realisere effektiv, helhetlig og fungerende meldingsutveksling av henvisninger, epikriser, prøvesvar, laboratoriesvar, røntgenrekvisisjoner og sykemeldinger. Gjennom dette meldingsløftet er det meste av dagens papirbaserte samhandling mellom aktører i helsevesenet stort sett erstattet av elektronisk samhandling.

For å kunne følge intensjonen i samhandlingsreformen om at rett pasient får rett tilbud til rett tid, stiller dette store krav til helsetjenesten som system. Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav til at helsetjenesten skal levere helsehjelp av god kvalitet, som betyr at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og er samordnet. Overføring av pasienter mellom nivåer krever samordning av tjenester og stiller store krav til informasjonsoverføring for å ivareta et helhetlig pasientforløp. Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må i større grad være gjennom gode samhandlingsløsninger med bruk av IKT.

PLO meldinger² mellom sykehus og kommunal pleie og omsorg har bidratt til raskere og mer effektiv avklaring i forhold til utskrivningsklare pasienter, og skape bedre forutsigbarhet og trygghet både for pasient, pårørende og for helsepersonellet i helseforetak og kommuner. I tillegg til PLO meldinger, epikrise og henvisning er det et sterkt ønske i helsesektoren om å kunne ha en sikker, elektronisk dialog mellom spesialisthelsetjenesten og

¹ http://www.kith.no/templates/kith_WebPage____1444.aspx

² Pleie- og omsorgsmeldingene (PLO-meldinger) er nasjonale standardiserte meldingstyper som understøtter en elektronisk samhandling mellom Pleie- og omsorgsenheter i kommunen og deres samarbeidsparter på ulike nivå av helsesektoren. Meldingene genereres, sendes og mottas mellom elektroniske pasientjournalssystem.

primærhelsetjenesten for polikliniske pasienter. Ved å ta i bruk dialogmelding kan en erstatte brev og telefoner mellom sykehusleger og fastleger. Kommunikasjonen foregår i EPJ – systemene hos begge parter og meldingene lagres i pasientjournalen i hvert system. Det er bruken av dialogmelding som jeg vil se nærmere på i min masteroppgave.

1.1 Bakgrunn formål

I Stortingsmelding [2] står det som følger:

”IKT er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten”.

Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må i større grad være gjennom gode samhandlingsløsninger med bruk av IKT, og e-helse vil derfor være en forutsetning for gjennomføring av samhandlingsreformen.

Mye av informasjonsutvekslingen i forbindelse med overføring av pasienter mellom nivåer i helsetjenesten skjer ved hjelp av epikriser, PLO meldinger og henvisninger i en elektronisk samhandlingskjede mellom allmennleger, helseforetak og pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (PLO). For å samhandle elektronisk på denne måten må partene ha ifølge KITH [3]: 1.) felles terminologi og informasjonsgrunnlag og 2.) standardisert samhandlingsarkitektur.

Andre viktige føringer finner vi i Nasjonal helse og omsorgsplan[4] som definerer følgende mål for IKT-systemer:

- All skriftlig informasjonsutveksling i helse- og omsorgssektoren skal skje elektronisk.
- Nødvendige pasientopplysninger skal være tilgjengelige for behandlende helsepersonell ved behov.
- Helse- og omsorgssektoren skal tilby kvalitetssikrede og brukervennlige tjenester på nettet til pasienter og brukere.
- Personell i alle deler av helse- og omsorgstjenesten skal ha enkel tilgang til god og oppdatert kunnskap.

- Helse- og omsorgssektoren skal ta i bruk teknologi for å fremme nye samarbeidsmåter og nye måter å levere helse- og omsorgstjenester på.

Meldingsdingsutveksling mellom henvisende lege og spesialisthelsetjeneste er i form av asynkron kommunikasjon slik som henvisninger og epikriser. Det finnes ikke samhandlingsverktøy som understøtter eller krever en dialog mellom partene når en pasient antas å ha behov for poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten. Spesialisten som vurderer henvisninger har ikke tilgang effektiv kommunikasjonsteknologi for å innhente supplerende opplysninger fra henviser. I primærhelsemelding[5] vil regjeringen legge til rette for regelmessig faglig dialog mellom kollegaer i primær- og spesialisthelsetjenesten. Infrastruktur som moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi, må støtte en slik utvikling og bruk av dialogmelding vil kunne bidra til dette.

IKT-systemer og e-helsetjenester er et viktig virkemiddel for å yte gode helse- og omsorgstjenester. Teknologien skal legge til rette for at nødvendig informasjon er tilgjengelig for helsepersonell gjennom hele pasientforløpet og at helsesektoren oppnår effektivisering og kvalitetsforbedring. Nøkkelen til samhandling mellom nivåene i helsetjenesten ifølge samhandlingsreformen[2] vil være gode IKT-systemer. For å følge opp disse intensjonene er det i nasjonal handlingsplan[6] laget strategiske mål, som blant annet skal sørge for en utvikling av felles infrastruktur for elektronisk samhandling.

1.2 Begreper

Asynkron: ikke samtidig; det motsatte av synkron.

e-helse³ er en samlebetegnelse som omfatter bruk av IKT i helsevesenet. Målet er å øke kvaliteten, sikkerheten og effektiviteten innenfor helsetjenestene gjennom bruk av informasjonsteknologi.

³ <http://www.ks.no/tema/Helse-og-velferd/Samhandlingsreformen/Verktoy-metode-og-forskning/eHelse--bruk-av-IKT-i-helsevesenet/>

Elektronisk meldingsutveksling

Helse- og personopplysninger (evt. andre opplysninger) som sendes fra et elektronisk fagsystem til et annet, eller til et nasjonalt system for mottak av meldinger (for eksempel hos NAV, Krefregisteret, Folkehelseinstituttet osv).

Elektronisk sanntidskommunikasjon⁴ er et samlebegrep for kommunikasjon av flere typer, som fasttelefoni, mobiltelefoni, telefonkonferanse, videokonferanse, webkonferanse og lynmeldinger. Innen hver av typene kan det finnes mer enn en teknologi. Kriteria er, som navnet sier, at det foregår elektronisk og i sanntid (det vil si tilnærmet direkte/samtidig begge/alle veier).

EPJ

Elektronisk pasientjournal.

Fagsystem

Programvare som håndterer helsefaglig informasjon.

Frittstående dialogmelding

En dialogmelding uten tidligere sendt henvisning eller epikrise mellom sykehus og fastlege. Brukes når sykehus og fastlege ønsker å kommunisere uavhengig av om det tidligere er sendt en henvisning eller epikrise.

Meldingsstandard

Etablert for å sikre korrekt innhold, format og struktur.

Norsk Helsenett⁵ – «motorveien» for transport av opplysninger og elektronisk kommunikasjon, som er et lukket profesjonsnett for helsesektoren.

Norsk Helsenett

Et lukket nettverk for elektronisk kommunikasjon og samhandling i helse- og sosialsektoren i

⁴ https://it.uib.no/Elektronisk_sanntidskommunikasjon

⁵ <https://www.nhn.no/Sider/default.aspx>

Norge.

Mer: <http://www.nhn.no>

Pasientforløpet kan beskrives som en prosess, som går over en viss tid, og har et visst mål. Prosessen drives fram av et sett av ulike aktører, som hver er ansvarlige for bestemte tiltak (har et mandat), og som deretter overfører ansvaret til neste aktør i rekken.[7]

1.3 Generell dialogmelding

Standarden⁶ beskriver en type melding som benyttes for å ivareta mer generelle kommunikasjonsbehov som ikke er dekket under spesifiserte innholdsstandarder som for eksempel epikrise, henvisning, laboratoriesvar etc. Dialogmeldingen er i første omgang tenkt benyttet i tilknytning til pasientbehandling. All bruk av meldingen blir logget, og mottatte forespørsler, svar og notat vil varsles og arkiveres på riktig måte i EPJ. Standarden beskriver en type melding som benyttes blant annet for sending av henvisning fra henvisende lege til spesialisthelsetjenesten.

Barne- og ungdomspsykiatrien har noen obligatoriske felter i sitt papirskjema⁷ som ikke støttes av den eksisterende henvisningsmeldingen. Obligatoriske felter ved bruk av henvisningsmeldingen innenfor BUP er ikke tatt i bruk fordi obligatoriske felter til bruk innenfor BUP ikke er satt som obligatoriske ved bruk av henvisningsmeldingen i ordinær bruk. Derfor blir også papirskjema for henvisning også brukt noen ganger innenfor henvisning til BUP.

1.4 Hva er en e-melding?

En av målsetningene i Nasjonal handlingsplan for e-helse[6] er at aktører i helse- og omsorgssektoren skal kunne samhandle elektronisk. Alle IKT-systemene skal benytte samme standarder for å få tilgang til opplysninger, for å dele informasjon eller for å utveksle

⁶ <https://ehelse.no/dialogmelding-his-806032006>

⁷ <http://nbup.no/doc/skjema/Bup%20henvisningsskjema%20-%20bokmaal.pdf>

informasjon. E-meldingssystem er en modul som kan integreres i elektroniske pasient journaler(EPJ) og det finns en rekke ulike EPJ systemer i Norge⁸. Disse systemene er ikke integrert og informasjon kan ikke utveksles uten videre mellom dem. Derfor er det utviklet standardiserte e-meldinger som skal sendes på en sikker måte mellom EPJ systemene. Meldinger er en formalisert beskrivelse av en klart avgrenset informasjonsmengde som skal overføres mellom to aktører, for eksempel henvisning og epikrise. EPJ systemene skal kunne generere en melding samt sende og motta. Norsk Helsenett står for transport av opplysninger og elektronisk kommunikasjon innenfor helsesektoren.

1.5 Pleie- og omsorgsmeldinger

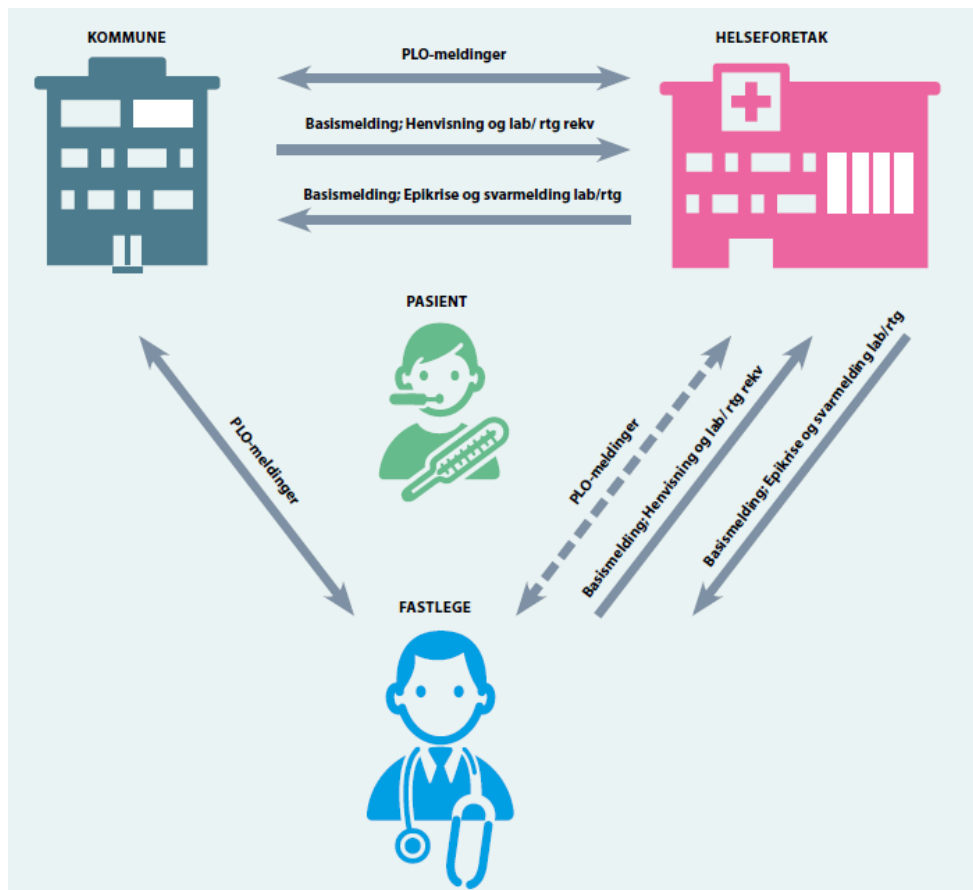
I det nasjonale ELIN-k prosjektet⁹ er det blitt utviklet et sett med standardiserte elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) som skal brukes i samhandlingen mellom:

- Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen og fastlege.
- Pleie- og omsorgstjenesten i kommunen og helseforetak.

For disse meldingene er det utarbeidet nasjonale retningslinjer og meldingene vil være viktige verktøy i samhandlingen mellom kommuner og sykehus. Figur 1 under beskriver den elektroniske samhandlingskjeden.

⁸ [Acos](#), [DIPS](#), [DocuLive](#), [Siemens](#), [FastTrak](#), [Emetra](#), [Gerica](#), [Tieto](#), [Infodoc](#), [Profdoc/CGM](#), [Profil](#), [Visma](#), [System X](#)

⁹ http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_3666.aspx





Figur 1 Elektronisk samhandling mellom fastlege, kommune og sykehus[8]

Pr. 1. januar 2015 kommuniserte 422 (99 %) av kommunene elektronisk med PLO - meldinger, enten med leger, sykehus eller begge. Dette er en økning på 62 % fra 2013[9]



Målet var ifølge *Meldingsutbredelse*[10] å etablere elektronisk meldingsutveksling mellom alle kommuner, sykehus og fastleger i løpet av 2014. PLO-meldinger mellom sykehus og kommune skal brukes i samhandlingen før, under og etter sykehusopphold og er ikke tiltenkt brukt i et poliklinisk pasientforløp.

Det er ulike «sett» med PLO- meldinger, ett sett mellom kommune – fastlege og ett mellom kommune – helseforetak, se tabeller under.

Følgende meldinger er utviklet til bruk i samhandling mellom fastlege og pleie- og omsorgstjenesten(PLO)[11]

Fra PLO  Fastlege	Til PLO  Fastlege
<ul style="list-style-type: none"> • Orientering om tjenestetilbud fra kommunen • Helseopplysninger til lege • Legemiddelopplysninger • Forespørsel/svar på forespørsel <ul style="list-style-type: none"> ○ Forespørsel om utlevering av helseopplysninger ○ Forespørsel om oppdaterte legemiddelopplysninger ○ Forespørsel om fornying av resept ○ Forespørsel om time ○ Annen henvendelse • Orientering om dødsfall • Avvik 	<ul style="list-style-type: none"> • Medisinske opplysninger • Legemiddelopplysninger • Forespørsel og svar på forespørsel <ul style="list-style-type: none"> ○ Forespørsel om tjenestetilbud ○ Forespørsel om tilstandsvurdering ○ Forespørsel – Annen henvendelse ○ Svar på forespørsel om fornying av resept ○ Svar på forespørsel om time • Avvik • Orientering om dødsfall

Følgende meldinger er utviklet til bruk i samhandling mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenesten

Fra Kommune  Sykehus	Til Kommune  Sykehus
<ul style="list-style-type: none"> • Innleggelsesrapport • Helseopplysninger ved søknad (mottak) • Utskrivningsrapport (mottak) • Forespørsel/svar på forespørsel (sending/mottak) <ul style="list-style-type: none"> ○ Forespørsel om utlevering av helseopplysninger 	<ul style="list-style-type: none"> • Innleggelsesrapport (Melding om innlagt pasient) • Helseopplysninger ved søknad (sending) • Utskrivningsrapport (sending) • Forespørsel/svar på forespørsel (sending/mottak) <ul style="list-style-type: none"> ○ Forespørsel om helseopplysninger

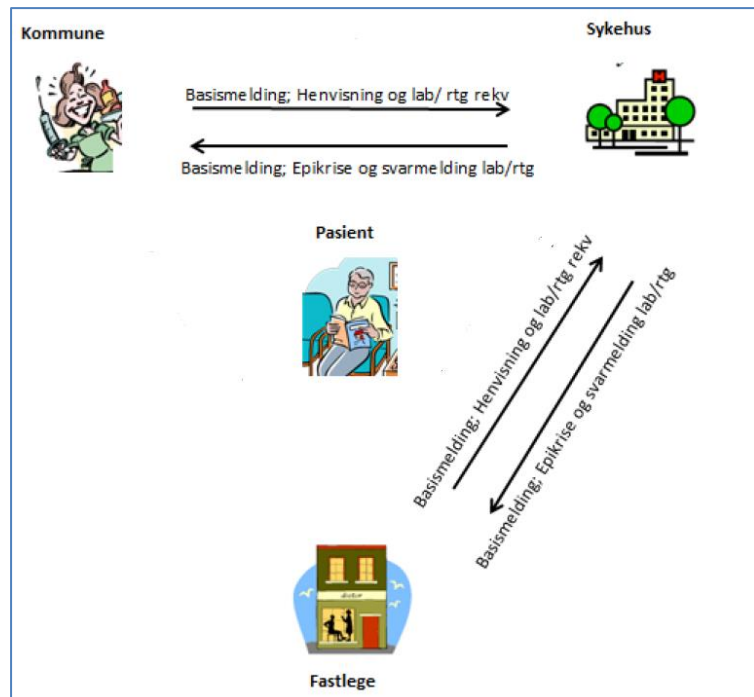
<ul style="list-style-type: none"> ○ Forespørsel om oppdaterte legemiddelopplysninger ○ Forespørsel om status/plan for utskrivning ○ Annen henvendelse • Avvik (sending/mottak) • Logistikkmeldinger: (mottak) <ul style="list-style-type: none"> ○ Melding om innlagt pasient ○ Melding om utskrivningsklar pasient ○ Avmelding utskrivningsklar pasient ○ Melding om utskrevet pasient 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forespørsel legemiddelopplysninger ○ Forespørsel om status/plan for utskrivning ○ Forespørsel - Annen henvendelse • Avvik (sending/mottak) • Logistikkmeldinger: (sending) <ul style="list-style-type: none"> ○ Melding om innlagt pasient ○ Melding om utskrivningsklar pasient ○ Avmelding utskrivningsklar pasient ○ Melding om utskrevet pasient
--	---

1.6 Hva er Basismeldinger?

Basismeldinger er standardiserte e-meldinger som henvisning, epikrise og laboratorie- og røntgenrekvisisjoner/svar. Disse har vært brukt i lang tid, men videreutvikling og utbredelsen av disse meldingene har ikke vært godt nok organisert ifølge samhandlingsreformen 2008-2009 [2]. Meldingene har også i stor grad kun vært sendt mellom fastleger og sykehus og myndighetene varsler derfor en sterkere nasjonal styring av disse prosessene, slik at man kan nå målet om at alle partene i helse- og omsorgstjenesten utveksler informasjon elektronisk. Prosjektet kommunal utbredelse[10] har derfor hatt som mål å forbedre dette de siste årene og pr. 01.01.15 er det 6 kommuner[9] som ikke har tatt meldingen i bruk.

Det er utviklet 12 typer av basismeldinger[10] som brukes i dag mellom kommune, lege og sykehus se figur 2:

- Epikrise
- Henvisning
- Rekvisisjon immunologi
- Rekvisisjon medisinsk biokjemi
- Rekvisisjon mikrobiologi
- Rekvisisjon patologi
- Rekvisisjon radiologi
- Svar immunologi
- Svar medisinsk biokjemi
- Svar mikrobiologi
- Svar patologi
- Svar radiologi



Figur 2 Kommunikasjonsflyt av basis melding

Det er også laget en veileder «Bruk av elektronisk henvisning og epikrise[12]» som gir råd og veiledning på hvordan disse skal brukes.

1.7 Dialogmelding i et poliklinisk forløp

De fleste pasientkontakter er polikliniske, og en økende andel av dagens døgnbehandling tilbys nå i form av poliklinisk behandling/ dagbehandling¹⁰. Dagens elektroniske kommunikasjon mellom lege og sykehus i et poliklinisk forløp skjer ved bruk av basismeldinger. Derfor kan det være et stort behov for å kunne kommunisere bedre med e-meldinger også for pasienter som går i polikliniske pasientforløp. En slik kommunikasjon kan skje med dialogmeldingen, som er en generell melding som kan brukes i kommunikasjonen mellom aktørene i helsesektoren. I henhold til beskrivelse av standard for dialogmelding [13]

¹⁰ <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse>

kan den benyttes innenfor anvendelsesområdene: forespørsel i tilknytning til pasientbehandling, svar på en forespørsel, notat om pasient eller avviksmelding.

Forrest[14] har gjort en undersøkelse på hvorfor leger henviser pasienter til spesialister. De årsakene som blir rapportert er at leger trenger råd om diagnose, behandling, ønsker gjennomført en teknisk prosedyre, kirurgi, eller psykiatrisk intervensjon, eller ønsker å samarbeide om å administrere en langsiktig oppfølgingsplan for pasienten. Dialogmeldinger kan benyttes til å ivareta det generelle kommunikasjonsbehovet som ikke er dekket av basismeldinger som epikrise, henvisning, laboratoriesvar etc. Den kan også være godt egnet til bruk i forespørsel om råd og behandling som omtalt i rapporten til Forrest.

Psykologforeningen[15] har kommet med ønsker om å bruke en meldingstype som kan brukes mer i retning av «sikker e-post». Dette for å kunne ha en faglig dialog om en pasient med en annen behandler. Dialogmeldingen kan også brukes som forespørsel fra henviser til spesialisthelsetjenesten før henvisning sendes. For eksempel for å avklare spørsmål i forbindelse med henvisning slik at en unngår unødvendige henvisninger.

Spesialisthelsetjenesten kan også bruke denne type melding for å få mer og bedre opplysninger om pasienten som mangler i en «dårlig henvisning». Dermed vil en på en bedre måte kunne kvalitetssikre beslutningsgrunnlaget før en fatter vedtak om pasienten har rett til helsehjelp. Thoresen[16] har i sin artikkel påpekt problemet med dårlige henvisninger og de konsekvenser dette får for beslutningsgrunnlaget i vurdering av henvisningen.

Dagens elektroniske kommunikasjon mellom lege og sykehus i et poliklinisk forløp skjer ved bruk av basismeldinger og støtter ikke godt nok kommunikasjon i en henvisningsprosess. Ved å utvikle en dialogmelding som er tilpasset denne type kommunikasjon vil en kunne lette arbeidet og bidra til en mer effektiv og tidsbesparende kommunikasjon mellom aktørene. En dialogmelding vil kunne gi bedre samarbeid mellom aktører og bidra til at henvisende lege får bedre kunnskap om sine pasienter som igjen kan bidra til færre henvisninger.

“Enhancing the knowledge base and skill sets of primary care physicians, particularly for management of common problems, can improve their capacity to care for problems without referral[14].»

1.8 Status på utvikling av dialogmelding poliklinisk forløp

Nasjonal IKT har besluttet å utvikle dialogmelding hvor Helse Vest har kjørt en pilot høsten 2014[17]. Pilotstudiet baserer seg på frittstående dialogmeldinger som meldingsteknisk ikke har noen tilknytning til henvisning eller epikrise i EPJ systemene. Løsningen er valgt fordi dette er den enkleste løsningen å utvikle. En løsning hvor dialogmelding er knyttet til henvisning og epikrise vil kreve endring i EPJ systemene og lang utviklingstid. Dette er tenkt utviklet i fase to i prosjektet. Pilotstudiet skulle skaffe seg erfaring på frittstående dialogmeldinger innenfor følgende områder¹¹:

- Nytteverdi og standard innhold i meldingene
- Hvor mange meldinger som vil bli brukt.
- Behov for / krav til responstid mellom aktører.
- Brukstider / periode for bruk av Frittstående dialogmeldinger (ukedager mellom tidsaspekt, helg, etc.).
- Rutine beskrivelser
- Forslag på forbedringer.
- Erfaringsgrunnlag som er viktig å ta med seg inn i neste fase for dialogmeldinger.
- Innspill løsningsbeskrivelse for Dialogmeldinger, fase 2.

Pilotstudiet [18] har levert en sluttrapport høsten 2015 hvor de kommer med anbefalinger på tiltak som må gjøres før utbredelse nasjonalt. Det er denne type melding som jeg ønsker belyst i min masteroppgave. Jeg vil se på hvordan dialogmelding kan dekke kommunikasjonsbehovet mellom henviser og spesialisthelsetjenesten.

1.9 Henvisningsforløp

Begrepet «henvisning[12]» benyttes generelt for en henvendelse vedrørende en pasient om utredning og/eller behandling hos en annen instans i helsevesenet, noe som vanligvis innebærer at denne instansen overtar behandlingsansvaret for pasienten.

¹¹ <https://nasjonalikt.no/prosjekter/avsluttede-prosjekter>. Tiltak 1002 Dialogmeldinger.

Henvisningsmeldingen er en del av basismeldingene og benyttes for elektronisk overføring av en henvisning fra en henvisende instans til et helseforetak.

Hovedelementene i samhandlingsprosessen ved henvisning fra henvisende lege til poliklinisk behandling i spesialisthelsetjenesten framstår slik:

1. Henvisning sendes fra lege (henviser) til spesialisthelsetjenesten.
2. Spesialisthelsetjenesten vurderer henvisningen etter prioriteringsforskriften på bakgrunn av innholdet i henvisningen. Hvis behov for nærmere opplysninger tas kontakt med henviser. Vurdering må gjøres innen 10 virkedager.
3. Pasient gis et behandlingstilbud eller henvisning avslås.
4. Tilbakemelding sendes til henviser om resultat av vurdering av henvisning (elektronisk svarbrev).
5. Henviser kan få tilbakemeldinger på status under behandlingsforløpet (elektronisk brev).
6. Epikrise sendes elektronisk til henviser ved avsluttet behandling.

Henviser kan ikke sende e-melding til spesialisthelsetjenesten om tilleggsinformasjon på henvisningen og spesialisthelsetjenesten kan ikke etterspørre dette elektronisk fordi henviser ikke kan svare elektronisk på dette. Det kan heller ikke sendes meldinger om status i behandlingsforløpet, heller ikke for å gi råd og veiledning. Dette må eventuelt ettersendes som en henvisning, noe som medføre doble henvisninger.

E-meldinger fra andre aktører som skole, helsesøster, PPT, kommunehelsetjenesten er heller ikke mulig da det ikke er utviklet e-meldinger for denne type kommunikasjon. I rapporten Samspill 2.0[19] legger de vekt på at IKT vil kunne bidra til å understøtte bedre samordning og kontinuitet i tjenestene, samt bidra til at ressursene utnyttes på en best mulig måte.

Regjeringen har gjort endringer i prioriteringsforskriften¹² som bl.a. innebærer at maksimal vurderingstid av henvisninger reduseres fra dagens 30 virkedager til 10. Dette vil kreve at spesialisten som vurderer henvisningen har nok opplysninger til å gjøre en god vurdering og

¹² <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2012-2/horing---endringer-i-pasient--og-brukerr/horingsnotat.html?id=704814>

til riktig tid. Ved bruk av dialogmelding som omtalt ovenfor kan en raskere innhente nødvendig informasjon som også blir dokumentert i pasientens journal. I den nye NOU Åpenhet og rettferdighet[20] er det påpekt at det er nødvendig med gode informasjonssystemer som skal sørge for dette.

«Utvalget mener det er viktig å etablere et godt og gjennomgående informasjonssystem innenfor helse- og omsorgssektoren for å understøtte prioriteringsbeslutninger. Et slikt system bør forsyne beslutningstakere på alle nivåer, klinikere og borgere med pålitelig og relevant informasjon til rett tid[20]»

1.10 Bruk av dialogmelding i forbindelse med henvisninger?

Inntaksteam i spesialisthelsetjenesten som vurderer henvisninger har ikke en rask og enkel måte for å innhente supplerende opplysninger fra henviser. Nye tidsfrister gjør dette også vanskelig. Løsningen på dette kan være dialogmelding som kan sendes til henviser som en forespørsel, der hvor informasjon i henvisning vurderes utilstrekkelig for riktig prioritering. Henviser kan deretter respondere med en ny dialogmelding tilbake til den som prioriterer. I dag må henviser respondere med ny henvisning hvis han ønsker å komme med tilleggsinformasjon. Ved bruk av dialogmelding kan en dialog starte med en forespørsel uten at dagens arbeidsflyt, eller fristbruddtidsfrister i helseforetakene utfordres mer enn nødvendig.

1.11 Tema

Samhandling med e-melding innenfor kjeden sykehus, kommunal pleie - og omsorg og lege er det utviklet et sett av standardiserte meldinger (PLO meldinger). Disse meldingene skal bidra til raskere og mer effektiv avklaring i forhold til utskrivningsklare pasienter, og skape bedre forutsigbarhet og trygghet både for pasient, pårørende og for helsepersonellet i helseforetak og kommuner. Det er ikke utviklet noen tilsvarende sett med meldinger innenfor et poliklinisk pasientforløp, her er det bare basismeldinger som bl.a. henvisning og epikrise som er utviklet. Samhandlingsreformen legger stor vekt på bruken av IKT som verktøy for samhandling, derfor bør en også utvikle e-meldinger som verktøy for samhandling i et poliklinisk pasientforløp.

Det er kommet nye krav for vurdering av henvisninger¹³ fra 01.11.15, som sier at spesialist trenger bare å vurdere retten til helsehjelp ut fra hva som står i henvisningen. Men det er også et krav at om henvisninger som er mangelfulle ikke kan returneres til henvisende instans uten vurdering. Kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsi at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger.

Henvisningskvaliteten¹⁴ er skjerpet og dette krever at henviser vet hva som kreves av nødvendig informasjon i en henvisning. Ved at spesialisten har all nødvendig informasjon tilgjengelig vil han kunne gjøre en god faglig og forsvarlig vurdering av henvisningen. Da vurdering skal skje innen 10 dager fra mottatt henvisning er det viktig at dette skjer effektivt. Spørsmålet er da om en dialogmelding være et godt supplement til innhenting/utdyping av mer informasjon. For å studere samhandling innenfor dette området vil jeg i masteroppgaven se om dialogmelding kan bidra til bedre samhandling mellom henviser og spesialisthelsetjenesten for pasienter i et poliklinisk pasientforløp.

1.12 Avgrensning

Jeg vil i masteroppgaven beskrive hvordan dagens samhandling foregår mellom henviser og spesialisthelsetjenesten innenfor fagområdet psykisk helse. Fokus vil spesielt være på bruk av dialogmeldinger og henvisninger. Jeg har begrenset meg til henvisninger til psykisk helsevern både for voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri (BUP) fordi disse krever mye informasjon om pasienten fra henviser.

¹³ <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1208>
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer>

¹⁴ <https://www.helsetilsynet.no/no/Publikasjoner/Brev-hoeringsuttalelser/Brev-og-hoeringsuttalelser-2015/Henvisningsveileder-hoering/>

1.13 Problemstilling

Hvordan kan dialogmeldinger bidra til bedre samhandling mellom henviser og spesialist i psykisk helsevern?

For å svare på dette har jeg satt opp følgende forskningsspørsmål:

1. Kan dialogmelding brukes for å innhente informasjon i forbindelse med en henvisning?
2. Kan informasjon mellom henviser og spesialist foregå bare med meldinger og støtter IKT verktøy denne asynkrone samhandling godt nok?
3. Bør dialogmeldinger suppleres med andre IKT løsninger for å bidra til bedre kommunikasjon?

For å studere om dialogmelding kan brukes i samhandling vil jeg intervjuer nøkkelpersonell om hva som fungerer og hva som mangler i dagens løsning. Denne kartleggingen vil gi meg innsikt i hva som er utfordringer, problemstillinger og hva som fungerer. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan en IKT løsning med dialogmeldinger passer inn i samhandlingen mellom henviser og spesialisthelsetjenesten.

2.0 Metode

For å studere om dialogmelding kan brukes i en henvisningsprosess har jeg intervjuet nøkkel personell om hva som fungerer og hva som mangler i dagens løsning uten dialogmelding. I masteroppgaven har jeg samlet inn data gjennom intervjuer fra informanter som kan si noe om hvordan samhandling i forbindelse med henvisninger og under et pasientforløp fungerer mellom kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten. Fokus vil være kvalitet på informasjonen i henvisningsprosessen og om dialogmelding kan bidra til mer effektiv samhandling. For å finne ut av dette, vil jeg bruke kvalitativ metode som er et induktivt design hvor en bruker intervju. I induktivt design går en fra empiri til teori og metoden er klassifisert som eksplorativt/ utforskende. Den kan brukes der kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet er tynt, og problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks. Jeg har brukt dybdeintervju ut fra denne tilnærmingen, da denne metoden forhåpentligvis kan gi meg relevante og adekvate data på problemstillingen og momenter som jeg ikke har tenkt ut på forhånd[21].

For å kunne besvare forskningsspørsmålet må jeg finne ut hvordan informantene opplever samhandlingen mellom henviser og spesialisthelsetjenesten. Dybdeintervju er ifølge Tjora[21] en metode hvor vi kan studere livsverden til informanten og hvordan han reflekter over den. Den kvalitative forskningen vektlegger forståelse snarere enn forklaring, nærhet til dem en forsker på, åpen interaksjon mellom forsker og informant. Dette vil være en induktiv (eksplorerende og empiridrevet) fremgangsmåte som betyr at man antar eller utvikler noe fra generelle sammenhenger i observasjonen av enkelttilfeller [21].

2.1 Dybdeintervju

Dybdeintervju baser seg på et fenomenologisk perspektiv fordi vi ønsker å forstå informantens opplevelser[21]. I følge Tjora[21] krever intervjuer at en fokuserer på informanten som subjekt fordi det er individets synpunkter som er viktig i forskningen. Med gode informanter og gode intervjuer vil en komme til et punkt hvor en ikke finner flere interessante data og vi kan gå over i fase med analyse av data.

«Dybdeintervju er avhengig av en god dialog mellom forsker og informant for å få fram slike refleksjoner, og vi kan derfor betegne dybdeintervjusituasjonen som intersubjektiv[21]»

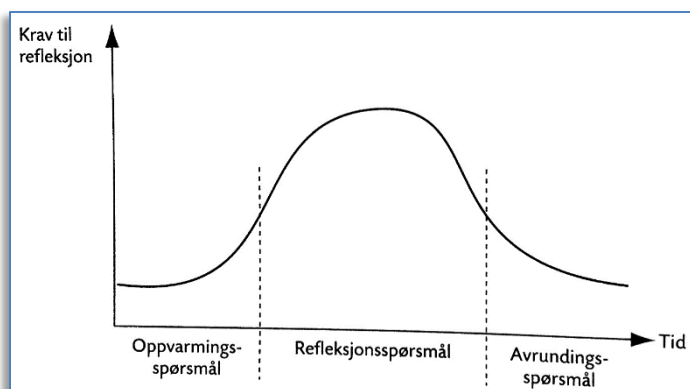
I dybdeintervju kan informanter komme inn på personlige opplevelser og erfaringer som forskeren ikke på forhånd kan ha forutsett i et spørreskjema. For å få dette til, må den gode dialogen være til stede mellom forsker og informant og spørsmålene bør være åpne, noe som også gir god kvalitet på intervjuet[21]. Dette vil gi gode og interessante data som bygger på hva informanten forteller. Under et intervju kan intervjuobjektet få ny innsikt i temaet og endre mening[22]. Da har forskeren fått informanten til å reflektere og vi har hatt en god dialog i intervjuet. Dette perspektivet vil være viktig i gjennomføringen av intervjuer i min oppgave for å kunne forstå hva som fungerer og ikke fungerer i samhandlingen mellom henviser og spesialisthelsetjenesten.

Intervjusituasjonen kan være krevende og for å få struktur i intervjuet kan det være viktig å strukturere intervjuet i 3 faser[21] med en god intervjuguide. Refleksjonsfasen vil være den viktigste som krever at forsker klarer å hente ut informasjon fra informanten. Her vil jeg som «forsker» ha en fordel fordi jeg har mye kunnskap på området og kan komme med oppfølgingsspørsmål og skape en god dialog. I følge Tjora[21] er det en fordel å ha mye kunnskap om temaet, men forskeren må være bevisst over dette slik at dataene ikke blir subjektive.

Utfordringen blir å finne gode informanter som kommer med kunnskap som er forankret i informantens livsverden slik at vi får et kvalitativt meningsinnhold. Som «forsker» må jeg arbeide med meg selv for å være i stand til å lytte uten å bringe inn mine meninger slik at dataene ikke blir subjektive. Som uerfaren intervjuer kan det være vanskelig å ha en god nok sensitivitet i et intervju slik at en fanger opp viktige poeng og at intervjuet blir konstruktiv både for meg og informanten.

2.2 Dybdeintervjuets struktur

Intervjuet bør ifølge Tjora[21] struktureres i 3 faser, se figur 3: oppvarming, refleksjon og avslutning som preges av ulike typer spørsmål og ulik grad av refleksjon fra informantens side.



Figur 3 Faser i et dybdeintervju

Fase 1: består av enkle og uformelle oppvarmings spørsmål.

Fase 2: som er hoveddelen hvor vi skal få informanten til å reflektere og beskrive sine egne erfaringer med forskningsområdet. Her kan intervjuer også komme inn med oppfølgningsspørsmål for å utdype tema/ avklaringer.

Fase 3: runder vi av på en naturlig måte. Takker for innsatsen og si noe om for eksempel veien videre i prosjektet.

2.3 Utvalg av informanter

I følge Lund[23] vil utvalgsprosedyre som anvendes i kvalitativ forskning være en variant av skjønsmessig utvelgning hvor informantene velges ut fra et hensiktsmessig utvalg. Disse informantene bør være typiske for populasjonen. Anbefalt antall intervjuer vil sjelden være mer enn 10 -15. Dette er avhengig av gjennomtenkte prinsipper for utvelgelse slik at informantene kommer med god informasjon med tanke på problemstillingen. Tjora[21] sier at en hovedregel for utvelgelse er at man velger informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet.

Informantene som plukkes ut må kunne gi relevant og reflektert informasjon om prosjektets problemstilling, Tjora[21] kaller dette et strategisk utvalg. Informantene blir ikke tilfeldig

trukket ut, men ut fra sin stilling eller at de har god kunnskap om temaet som det skal forskes på. Mine informanter ble strategisk valgt ut for å få et så bredt perspektiv som mulig på både forventninger og erfaringer med henvisninger og samhandling mellom henviser og spesialisthelsetjenesten.

Jeg har dybdeintervjuet informanter som jobber med henvisninger i spesialisthelsetjenesten og leger som henviser til spesialisthelsetjenesten. Disse personene bruker systemene i daglig klinisk virksomhet og kjenner til hva som fungerer eller ikke fungerer i kommunikasjonen mellom nivåene i helsetjenesten. Utvalget av henvisende leger ble valgt ut fra de som har lang erfaring med å henvise til spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helsevern. Informanter innenfor spesialisthelsetjenesten ble det valgt ut blant personer som har deltatt i inntaksteam i mange år og har mye erfaring med henvisningsproblematikk. Å intervjuer både henviser og informanter som deltar i inntaksteam vil gi meg et grunnlag til å forstå de ulike eller sammenfallende perspektiver i en henvisningsprosess samt pasienter i et poliklinisk pasientforløp. Totalt ble 10 personer intervjuet som omfattet 5 leger fra to forskjellige legekontorer i kommunehelsetjenesten og 5 personer fra inntaksteam¹⁵ ved 3 ulike distriktpsikiatriske sentere. Henviser er leger som henviser til de samme distrikt psikiatriske sentere som jeg har intervjuet informanter fra.

2.4 Forskningsetikk

Etikk dreier seg om prinsipper, regler og retningslinjer for vurdering av om handlinger er rette eller gale. Slike regler og retningslinjer gjelder naturligvis for forskningsvirksomhet som for all annen virksomhet i samfunnet. Informanter som deltar i forskning skal få all informasjon som er nødvendig for å danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, av konsekvensene ved å delta i prosjektet og om hensikten med forskningen. Som hovedregel skal forskningsprosjekter som forutsetter aktiv deltakelse settes i gang bare etter informantens samtykke, og informantene har til enhver tid rett til å avbryte sin deltakelse uten at dette skal få negative konsekvenser for dem[23]. Alle mine informanter fikk tilsendt et

¹⁵ Inntaksteam er tverrfaglig sammensatt team som skal vurdere henvisninger.

informasjonsskriv om formålet med oppgaven, samt informasjon om at det var frivillig å delta. Samtlige informanter har skrevet under en avtale om å delta.

Jeg behandler ikke personopplysninger i masteroppgaven og prosjektet er godkjent av NSD – Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

2.5 Kvalitet

Validitet er i hvilken grad resultatene er gyldige for det utvalget og det fenomenet som er undersøkt og **reliabilitet** er i hvilken grad andre forskere kan anvende begrepsapparatet for analysen av data på samme måte som den opprinnelige forskeren[24].

Lund[23] operer med indre validitet som er sikkerhet av en kausal slutning. Dette betyr at relasjon mellom begreper kan påvirke (kausalt) hverandre, som har betydning når vi setter opp forskningsspørsmål og hvilke begreper vi bruker.

Reliabiliteten ble sikret ved at jeg brukte lydopptak. Etter at intervjuet var gjennomført, ble alt fullstendig transkribert. Dersom undersøkelsen hadde vært gjentatt, og jeg hadde kommet fram til tilnærmet samme resultat, kunne vi si at undersøkelsen har høy reliabilitet. På grunn av tidsmessige årsaker har dette ikke vært mulig.

Ytre validitet er ifølge Lund[23] sikkerhet av en **generalisering**, det vil si i hvilken grad resultatene kan overføres til andre utvalg og situasjoner.

Generaliserbarheten av dette studiet er prøvd sikret gjennom å benytte to ulike legekontorer og informanter fra 3 ulike inntaksteam. For å beskrive noe av utfordringene med henvisninger spurte jeg informantene om en henvisning som ikke fungerte bra og som var overførbar til generell problematikk med henvisninger. Disse historiene har jeg sammenlignet med materialet som jeg fikk i intervjuene for å se om de var sammenfallende. På denne måten kan en kanskje si at materialet kan være generaliserbart.

2.6 Troverdighet

Når man skal vurdere et forskningsprosjekts troverdighet, vil ulike forskningstradisjoner prege valg av begreper. I kvantitativ forskning brukes begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet. Imidlertid vil man også finne de kvantitative begrepene i kvalitativ forskning. Det er da viktig å være klar over at begrepene har ulik betydning i kvalitativ og kvantitativ forskning. Kriterier som gjelder i kvantitativ forskning gjelder også for kvalitativ forskning [23]. I kvalitative studier prøver man å oppfylle dette gjennom dokumentert refleksivitet, som innebærer at forskeren har et kritisk blikk på egne ideer, rolle, bruk av metoder, møtet med informanter, tolkning osv [25]. Som uerfaren forsker har jeg begrenset erfaring. For å ivareta refleksivitet har bistand fra veileder i alle ledd vært nødvendig for å sikre kvalitet i prosessen.

Subjektivitet og objektivitet påvirker i ulike faser i forskningsprosessen og det er viktig å forstå prosessen slik at forskningsdataene og resultat blir troverdige. Dette gjøres med et bevist forhold til de ulike stadiene i figur 4 under [21].

	Design	Data-generering	Dataanalyse	Tolkning
Dybde-intervju (kvalitativt)	Forsker-subjektiv og teoretisk	Intersubjektiv	Forsker-subjektiv	Forsker-subjektiv
Observasjon (kvalitativt)	Forsker-subjektiv og teoretisk	Forsker-subjektiv	Forsker-subjektiv	Forsker-subjektiv
Survey (kvantitativt)	Forsker-subjektiv og teoretisk	Informant-subjektiv	Objektiv	Forsker-subjektiv

Figur 4 ulike stadier forskningsprosessen.

I noen tilfeller kan det være lurt å kontrollere sin egen subjektivitet ved å være to forskere om samme fenomen. Dette har jeg ikke hatt mulighet til men har støttet meg til min veileder.

Det er forskerens ansvar å se til at de uttalelsene som kommer frem i intervjuet er så nær informantens opplevelser og forståelse som mulig. For å oppnå dette ble alle informanter gitt

samme presentasjon i forkant av intervjuet se vedlegg 3. Alle intervjuer ble foretatt i rolige omgivelser på informantens kontor og det var satt av god tid til intervjuet. Forskerens tolkning av uttalelsene vil være preget av intersubjektiviteten mellom forsker og informant. Derfor er det viktig at en legger forholdene til rette for at det kan skapes intersubjektivitet mellom forsker og informant, noe som styrker validiteten i fortolkningen av informantens uttalelser.

Mine tolkninger og funn er så langt som mulig, støttet av annen litteratur.

2.7 Intervjuguide

En intervjuguide er et hjelpemiddel for å holde fokus på tema og intervju spørsmålene og har til hensikt å åpne opp slik at temaet blir belyst fra ulike perspektiv og vinkler. Spørsmålene kan være åpne eller lukket eller en kombinasjon og det er viktig å opprettholde en asymmetrisk interaksjon med informantene[21]. Intervjuguiden bør ha ferdig formulerte spørsmål med de 3 faser nevnt i kapittel 2.2 og det er viktig med åpne spørsmål slik at informanten kan reflektere rundt tema for intervjuet.

Mine informanter representerer både henviser og spesialisthelsetjenesten. For å få en riktig spørsmålstilling og de rette spørsmålene krevde dette at jeg måtte lage to forskjellige intervjuguides, se vedlegg 1 og 2. Spørsmålene er stort sett de samme, men formulert ut fra hvilken side jeg intervjuet. I tillegg til dette er spørsmål to og fem helt ulike samt at henviser har to spørsmål mer enn spesialisthelsetjenesten. Dette ga meg rom til å utdype med spørsmål som bare var relevant for enten henviser eller spesialisthelsetjenesten.

Min forskning er avgrenset til populasjonen av pasienter som henvises for psykiske lidelser og fokus under intervjuene var på problematikk om henvisinger til psykisk helsevern.

Spørsmålene i intervjuguiden dreier seg mye om kommunikasjon mellom henviser og spesialisthelsetjenesten fordi mine forskningsspørsmål dreier seg om bruken av dialogmelding i en henvisningsprosess og pasienter i et poliklinisk pasientforløp. Jeg ønsket å få kartlagt om dialogmelding er ønsket og på hvilken måte den kan gi støtte i kommunikasjonen som foregår mellom henviser og spesialisthelsetjenesten. Det ble også tatt med spørsmål om hvordan henviser innhenter informasjon. Etter analyse av rådata viser det seg at i noen tilfeller får ikke

henviser nok informasjon fra pasienten til å gi gode henvisninger, noe jeg kommer tilbake til i diskusjon av funn i kapittel 5.

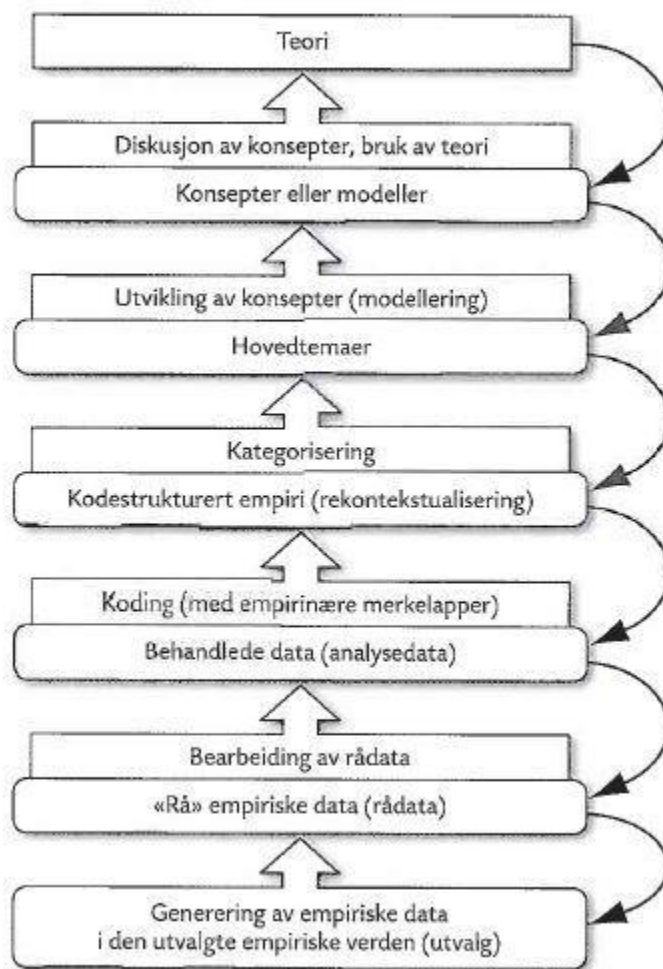
Intervjuguiden var ferdig utviklet før intervjuene begynte og ble ikke endret underveis.

2.8 Praktisk gjennomføring av dybdeintervjuer

I forkant av intervjuene ble jeg veiledet av min veileder til å starte med ti informanter, 5 fra legesiden som henvisere og 5 informanter fra spesialisthelsetjenesten. Alle informantene fikk en e-post med informasjon om studiet og ble invitert til å delta. Intervjuene ble fortatt i perioden mai – juni 2016. Intervjuene ble gjennomført på kontoret til hver informant. Det ble gitt informasjon om hva er en elektronisk dialogmelding og hva den kan brukes til. På denne måten fikk alle informanter det samme bakgrunnstappe før vi startet intervjuet. Det ble gjort lydopptak av alle intervjuer som i gjennomsnitt varte i en time.

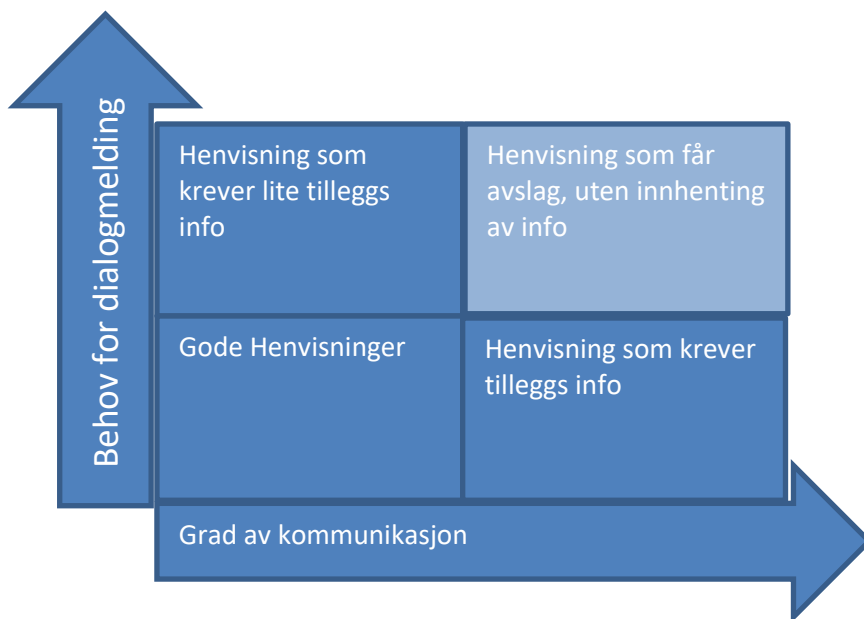
2.8.1 Stegvis-deduktiv induktiv metode – SDI modellen

Tjora[21] sier at det er i analysen at potensialet til kvalitativ forskning ligger og beskriver en stegvis-deduktiv induktiv metode (SDI) for å redusere kompleksiteten i analysearbeidet, som vist i figur 5.



Figur 5 SDI modellen

I min oppgave har jeg brukt modellen for å få en systematikk og framdrift i analysearbeidet. Modellen ble brukt for å utvikle konsepter fra rådata som er en induktiv metode knyttet opp til teori fra mine funn som er en deduktiv prosess. Figur 6 viser en konseptmodell som ble utviklet fra rådata som blir beskrevet nærmere i kapitel 4.2.3.



Figur 6 sammenheng mellom kommunikasjon og behov for dialogmelding

2.8.2 Koding

For å lage koder sier Tjora[21] at vi skal starte med første analysedokument og opprette koder som allerede finnes i datamaterialet slik at en jobber tett opp mot empirien. Gjennom analysen har jeg valgt å lage tekstnære koder som ikke kommer fra teori eller mine forskningsspørsmål. På denne måten blir kodene generert induktivt etter SDI modellen. Jeg har generert 57 koder som ble analysert videre i Excel, ved at kodene ble koblet opp mot mine forskningsspørsmål. Ikke alle koder var like interessante fordi noen koder var knyttet til få utsagn fra informantene. Koder som var mye brukt og koder som var sammenfallende fra både henviser og spesialisthelsetjenesten ble brukt videre og danner grunnlag for mine funn i kapitel 4.

3.0 Teori

For å studere hvordan dialogmelding jfr. kapitel 1.7 kan brukes i samhandling mellom aktører i helsesektoren har jeg prøvd å få en oversikt over forskning og litteratur som er relevant samt vist til de nasjonale føringene.

Del I sentrale teorier

3.1 Sosio-tekniske løsninger for å forbedre effektiviteten av elektroniske henvisningsprosesser

Esquivel et al.[26]. beskriver i sin artikkel at elektroniske henvisninger som brukes som kommunikasjonsmiddel mellom henviser og spesialisthelsetjenesten fortsatt er av dårlig kvalitet. For å forbedre denne prosessen har de foreslått en sosio -teknisk modell som baserer seg på en sosio-teknisk modell av Sitting og Singh [27]. Denne er laget for å studere design, utvikling, bruk, gjennomføring og evaluering av IKT systemer i helsevesenet. Ut fra denne modellen har de laget 10 anbefalinger for å utvikle, implementere, forbedre og overvåke elektronisk henvisningskommunikasjon.

“Using an 8-dimensional socio-technical model for health information technology as a framework, we describe ten recommendations that represent good clinical practices to design, develop, implement, improve, and monitor electronic referral communication in the outpatient setting. These recommendations were developed on the basis of our previous work, current literature, sound clinical practice, and a systems-based approach to understanding and implementing health information technology solutions. Recommendations are relevant to system designers, practicing clinicians, and other stakeholders considering use of electronic health records to support referral communication.[26]”

Oppsummering av anbefalinger og deres relasjon til sosio-tekniske dimensjoner

Anbefaling	Primær Sosio-teknisk Dimension
1. Inkluder sanntid kommunikasjon funksjoner for kliniker til kliniker som en del av henvisning systemet.	Programvare & Maskinvare
2. Design og bruke elektroniske standardiserte henvisningsmaler som inkluderer både strukturert og fritekstfelt.	Menneske - maskin grensesnitt
3. Elektroniske henvisninger må være utformet for å forhindre henvisninger uten grunnlag for henvisning	Klinisk innhold
4. Ta med henviser og spesialisthelsetjenesten for å utvikle henvisningsretningslinjer for inkludering i elektronisk henvisning system.	Mennesker

5. Integrer pasient kommunikasjon i den elektroniske henvisningsprosessen.	Mennesker
6. Bruk automatisering til å forhånds utfylle elektronisk henvisninger med pasientspesifikke data.	Arbeidsflyt & kommunikasjon
7. Ta i bruk elektroniske konsultasjoner	Arbeidsflyt & kommunikasjon
8. Lukk kommunikasjonssløyfen ved å gi henvisning status og tilbakemeldinger, som må integreres i arbeidsflyten.	Arbeidsflyt & kommunikasjon
9. Standardisere og vedlikeholde regler og prosedyrer for elektroniske henvisninger.	Organisasjon retningslinjer og prosedyrer
10. Overvåk henvisning kommunikasjon ytelse elektronisk.	Måling og Overvåking

For å forbedre henvisningsprosessen med bruk av dialogmelding vil disse anbefalingene ut fra et sosio-teknisk perspektiv kunne si noe om hvordan henvisningsprosessen kan forbedres, noe som jeg kommer tilbake til i kapittel 5.

3.2 Beslutningsstøtte

Kawamoto[28] et al. har i en systematisk gjennomgang av beslutningsstøttesystemer studert om disse systemene kan forbedre klinisk praksis og hvilke funksjoner som er avgjørende for å lykkes. Gjennomgangen viste at beslutningsstøttesystemer har en evne til å forbedre pasientbehandlingen betydelig og klinikere og andre interessenter bør ta i bruk beslutningsstøttesystemer. Denne systematiske gjennomgang påviste tre faktorer som er viktig ved innføring av beslutningsstøtte:

- Automatisk beslutningsstøtte må være tilpasset klinisk arbeidsflyt
- Tydelige faglige anbefalinger med innsyn for pasienter
- Periodisk tilbakemelding til kliniker hva angår kvalitet, herunder krav om å redegjøre for avvik fra faglige anbefalinger.

Disse faktorer inngår også i den sosio-tekniske modell i kapittel 3.2. Ved å utvikle et beslutningsstøttesystem som ivaretar disse faktorer, samt de sosio-tekniske anbefalinger vil en kunne få et beslutningsstøttesystem som kan understøtte henvisningsprosessen.

3.3 utfordringer med å lage IT støtte for prosesser i helsevesenet

Lenz og Reichert[29] sier i sin artikkel at for lite og manglende informasjon er blant de viktigste faktorer som fører til uønskede hendelser ved behandling av pasienter. IKT støtte for helsetjenester har derfor et potensiale for å redusere frekvensen av uønskede hendelser, ved å gi nøyaktig og tidsriktig informasjon på det tidspunktet som en beslutning blir tatt. De mener også at det er viktig å skille mellom organisatoriske prosesser og medisinsk behandling når en skal prøve å forstå prosessene i helsesektoren. Fordi IKT støtte for sistnevnte er vanskelig å understøtte, da den inneholder både taus og eksplisitt kunnskap som ikke kan automatiseres. Mens organisatoriske prosesser kan sies å være mer stabile prosesser som det vil være lettere å utvikle IKT systemer for.

E-meldinger er ikke direkte involvert i pasientbehandling og vil komme i kategorien organisatoriske prosesser som det vil være lettere å lage IKT støtte for. Hvordan dialogmeldinger kan bidra til informasjonsutveksling er et tema som jeg vil se på senere i drøftingsdelen.

3.4 Bruk av e-meldinger

Melby og Hellesø[30] har i sin artikkel om innføringen av e-meldinger i Norge studert bruken av PLO-meldinger jf. kapitel 1.5 som kommunikasjonsmiddel mellom fastleger og hjemmesykepleier i kommunen. Målet med artikkelen var å identifisere og diskutere utilsiktede konsekvenser av innføring av PLO-meldinger, spesielt hvordan dette påvirket samarbeidet mellom disse to aktørene. Hovedfunnet deres var at PLO-meldinger ga bedre kommunikasjon mellom hjemmesykepleiere og fastleger. Utilsiktede konsekvenser ved innføring av PLO-meldinger som de fant var: tap av mellommenneskelige relasjoner, omfordeling av faglige oppgaver og ansvar og myndiggjøring av sykepleiere. De to første konsekvensene vil jeg beskrive nærmere da disse er relevant for masteroppgaven.

Tap av mellommenneskelige relasjoner:

Innføring av PLO-meldinger medførte at de sluttet med møter og den mellom menneskelige kommunikasjonen opphørte. Som Lenz og Reichert[29] skriver i sin artikkel er det viktig å skille mellom organisatoriske prosesser og medisinsk behandling når en skal prøve å forstå

prosessene i helsesektoren. Møter med andre mennesker kan inneholde både taus og eksplisitt kunnskap som ikke kan automatiseres. Denne type kunnskap kan ha gått tapt ved innføring av PLO-meldinger. I funnene til Melby og Hellesø var også informantene noe uenig om hvor viktig denne type informasjon var.

Omfordeling av faglige oppgaver og ansvar

Innføring av PLO-meldinger medførte at mer informasjon ble sendt og mottatt, noe som førte til økt kunnskap om pasientene. Bruk av PLO-meldinger medførte en strukturell endring med at sykepleierne kunne tilrettelegge arbeidet for fastlegen bedre, noe som ga bedre oppfølging av pasientene. Det ble også påpekt at bruk av PLO-meldinger gjorde at en fikk gjort jobben sin bedre. Utfordringene som ble beskrevet i denne artikkelen er at informasjonsmengden øker og det kan bli vanskelig å finne riktig og relevant informasjon.

Melby et al.[31] har i en artikkel om e-meldinger beskrevet at samhandlingen er blitt bedre etter innføring av e-meldinger. Bakgrunnen for dette er at e-meldinger som samhandlingsverktøy støtter arbeidsflyt, informasjonsutveksling og kommunikasjon. Dette er ulike samhandlingsprosesser som krever ulike teknologiske løsninger for å gi støtte til helsepersonell i deres arbeid.

“We argue that technology support for collaboration can be understood from the collaboration ideas embedded in the technology (workflow, information exchange, communication). We analyze the e-messaging system from these three perspectives and show that its relative success is a result of how the system supports all three ideas of collaboration.[31]”

De viser til at e-melinger støtter alle disse prosessene. Og de har også fått tilbakemelding om at brukere ser fram til et meldingssystem som er komplett utbredd og hvor flere aktører kan delta.

“They are better informed at all phases of the patient trajectory than before the introduction of e-messaging, and they are able to communicate with each other in a simple way. That said, since the system was in a pilot phase, users were looking forward to the full-scale implementation of the system so that all collaborating partners would use e-messaging. This would eliminate the need for parallel systems (faxing to some and emessaging to others), and it would also give staff more experience in using the system, thus making them more confident users[31]”.

Innføring av dialogmeldinger for polikliniske pasienter kan være med på å gjøre e-meldinger mer komplett for alle aktører. Artikkelen viser at e-meldinger har et potensiale for å støtte opp under samhandlingsprosesser mellom aktører i helsesektoren.

Bruk av e-meldinger styrker også samarbeid og kommunikasjon mellom aktører og styrker pasientsikkerheten. Dette diskuterer Lyngstad et al.[32] i sin artikkel om elektronisk kommunikasjon av medisinsk informasjon mellom hjemmesykepleiere og allmennleger som viser at pasientsikkerheten øker. Studiet ser på hvordan bruken av PLO-meldinger påvirker pasientsikkerheten i medisineringsprosessen mellom hjemmesykepleiere og allmennleger. Resultatene viste at bruk av PLO-meldinger i den kliniske kommunikasjon og samarbeid førte til at hjemmesykepleiere og allmennleger lettere samarbeidet om medisiner og den medisinske informasjon fikk bedre kvalitet. Resultatene viste også at bruken av PLO-meldinger forårsaket feil i medisinsk informasjonen. Men ifølge hjemmesykepleierne og allmennleger var den generelle konklusjonen at medisinsk informasjon ble forbedret og dermed økt pasientsikkerhet.

Denne studien er interessant å se på ved innføring av dialogmeldinger da den viser til at bruk av e-meldinger kan øke kvaliteten på informasjonen og gjøre samarbeidet lettere.

3.5 Henvisninger som kommunikasjonsmiddel

Martinussen[33] har sin artikkel om henvisningskvalitet og samarbeidet mellom sykehusleger og fastleger beskrevet at dårlig kommunikasjon mellom sykehusleger og fastleger er ofte betraktet som hovedårsaken til koordineringsproblemer, noe som medfører dårlig kvalitet på henvisningene. Når henviser ikke skriver gode henvisninger gjør dette jobben med å vurdere henvisningen vanskelig for spesialisthelsetjenesten som gir seg utslag i følgende:

- Dårlig kvalitet på henvisninger medfører at spesialisthelsetjenesten får problemer med å sette en diagnose. Noe som kan resultere i at tidligere behandlinger kan bli gjentatt selv om de har vært ineffektive.
- Henvisninger blir ofte betraktet som unødvendig av spesialister.

- Spesialister må innse at fastleger henviser ikke bare av kliniske grunner, ettersom det også finnes andre aspekter involvert i henvisningsprosessen. Mange henvisninger kan for eksempel være et resultat av press fra pasienten.

Henvisningsgrunner har også Thorsen et al.[34] omtalt i sin artikkel hvor han beskriver at fastleger også henviser for å få en «second opinion» eller et ønske om gjensidig ansvar for pasientbehandlingen.

“Referring is not a simple mechanical process, but a complex interaction influenced by different factors. We found that GPs are using the referral letter for different purposes: a request or requisition for a special diagnostic assessment or medical treatment that the GP cannot perform him/herself for his/her patient, an invitation to have a second opinion on a clinical problem, and a wish for mutual responsibility for the medical handling of a patient”.

Kun 16,5% av sykehusleger oppfattet kvaliteten på henvisninger å være "normalt gode", og både mangel på informasjon i henvisninger og unødvendige henvisninger blir sett på som viktige barrierer for samarbeid med fastlegene. En av faktorene som ble funnet i denne undersøkelsen er at jevnlige møter mellom sykehusleger og allmennleger øker henvisningskvaliteten. Konklusjonen i artikkelen er at det er behov for å øke kunnskapen om hvordan kontekstuelle, institusjonelle og profesjonelle faktorer påvirker henvisningskvaliteten. I artikkelen foreslås det blant annet at spesialister bør hospitere hos en fastlege og det må avholdes faste møter mellom henviser og spesialisthelsetjenesten for å få god henvisningskvalitet.

I en artikkel av Durbin et al.[35] ser de på kvaliteten av kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og psykisk helsevern hvor de ser på bruken av henvisninger og epikriser. Studiet er et scoping review som er rettet mot kvaliteten på informasjonsutveksling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern. For å administrere behandlingen for personer med psykiske lidelser har fastlegen et behov for å kommunisere med spesialisthelsetjenesten på ulike måter over tid for å gi hensiktsmessig behandling og kontinuitet i pasientbehandlingen. Men effektiv kommunikasjon mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten er ofte dårlig noe som dette studie viste. Henvisningen er et verktøy som brukes av fastlegen for å be om eksperthjelp for å gi pasienten behandling hos spesialisthelsetjenesten. Fastlegen henviser for å få råd om diagnose eller andre meninger eller for å få en overføring av pasienten til annet omsorgsnivå. Dårlig henvisningskvalitet kan føre

til ekstra belastninger på spesialisthelsetjenesten når de må innhente tilleggsinformasjon for å gjøre en vurdering av henvisningen. Dette kan også føre til forsinkelser på behandlingen av pasienter.

Studien viser at det er variasjon i hva som blir skrevet i en henvisning. Rapportering av kliniske opplysninger, inkludert diagnose (62%), henvisningsgrunner (74%), mental status (51%), og behandling under episode (45%). Informasjon om undersøkelser / testresultater (14%) og somatiske undersøkelser (31%) ble sjelden rapportert.

Studien resulterte i at det ble lagd nye retningslinjer for henvisninger. Disse nye retningslinjene ble det også gjort en undersøkelse på som viste at de heller ikke påvirket kvaliteten på henvisningene til psykisk helsevern til noe bedre.

“Quality not different in guideline exposed group (no significance testing)[35]”

I studiet ble det antatt at henvisningspraksis ofte blir påvirket av kollegaer og ikke av retningslinjer. I dette studiet viser de også til en artikkel av Ball og Box[36] som viser til at kvaliteten på henvisninger blir bedre med telefonsamtaler mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten fordi telefonsamtaler er en synkron dialog hvor en kan diskutere.

E-meldinger var ikke en del av dette studiet, men forfatterne[35] mener at e-meldinger har et potensiale for å tilrettelegge og overvåke informasjonsutveksling.

3.6 Bruk av henvisningsmaler for å gi bedre kvalitet

Hartveit[37] har i sin doktor avhandling undersøkt hvilke opplysninger som er sett på som viktigst og som bør inkluderes i henvisningsbrev fra primærhelsetjenesten til spesialisert psykisk helsevern for å legge til rette for prioritering og planlegging av behandling og oppfølging av pasientene.

Hun har utviklet en anbefaling til innhold i en henvisning med 19 informasjonselementer som skal gi bedre kvalitet på henvisningen vist i figur 7.

Recommended content for referral letters to Specialized Mental Health Care (adults):

- *Personal information that ensures correct identity and contact information, inclusive of phone numbers of relatives.*
- *Patient data: Social security number, place of residence.*
- *Information about the referring doctor, and contact information: phone number, where to reach him/her.*

• <i>Is the patient suicidal?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <i>Is the patient a threat to others?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <i>Is there an emergency situation?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <i>Is the patient responsible for the care of children?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <i>Do you suspect severe illness/psychosis?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
• <i>Does the patient have a drug problem or addiction?</i>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No

- *Concrete information on previous suicide risk*
- *Somatic health and diseases relevant for this referral.*
- *Present problem, present mental status*
- *Level of function: present level, loss and duration of the loss*
- *Present state of symptoms and duration of symptoms*
- *Updated medication record*
- *Tested interventions with assessment of the effect, what has the referring doctor tried so far?*
- *Existing interventions/involved services with assessment of the effect.*

- *The patient's goals, desires and motivation*
- *"Order"/goal for the referral, what the referring doctor is asking of the specialist health care provider.*

Figur 7 Anbefalte punkter i en henvisning til psykisk helsevern

Ved å bruke disse anbefalingene forventes det at spesialisthelsetjenesten får nok og riktig informasjon til riktig tid. Dette skal redusere forsinkelser i henvisningsprosessen med unødvendig innhenting av tilleggsinformasjon.

«Using the developed recommendation for the content of referral letters to specialized mental health care, we have defined guidelines for GP's that can be used as a checklist to ensure that the necessary information is gathered and included in the referral letter. Compliance with these guidelines is expected to have a positive impact on timely access and coordination between services.[37]»

Hartveit tenker at disse anbefalingene skal brukes som en sjekklister når henviser skriver en henvisning i sitt fagsystem. Mange fastleger er skeptiske til bruk av maler, noe som Thoresen et al.[34] beskriver i sin artikkel:

“Many GPs are, however sceptical about mandatory templates. The freedom to use one ’ s own words is assessed highly. The making and implementation of new recommendations, guidelines, or templates for referring should be made in cooperation between senders and receivers of referrals [34].”

Det å endre fastlegers henvisningspraksis kan være utfordrende, Durbin[35] anbefaler strategier som opplæring, henvisningsmaler og tilbakemeldinger som nyttige verktøy ved innføring av guidelines.

“Development of guidelines could be followed by development of methodologies for measuring data quality, including electronically generated performance metrics. However, changing physician practices related to documentation is challenging. Strategies such as on-site training, performance feedback, and use of standardized forms may be helpful, especially if supported by senior program leaders. Identifying barriers to change and then selecting the most appropriate change strategies may increase chances of success in each setting. [35]“

Wåhlberg[38] har i sin artikkel skrevet om henvisnings malers effekt på kvaliteten på henvisninger fra fastlegen til sykehus. Bakgrunnen for studiet var at henvisningen er et viktig dokument for overføring av behandling fra fastlege til spesialisthelsetjenesten. Sykehusleger har ofte kritisert kvaliteten og innholdet i henvisninger. Dette var et randomisert studie som ble utført med henvisningsmaler for pasienter i fire diagnosegrupper: dyspepsi, mistanke om tykktarmskreft, brystmerter og kronisk obstruktiv lungesykdom. Den gjennomsnittlige henvisningskvaliteten i hver av de fire diagnostiske grupper var høyere i intervensjon enn i kontrollgruppen. Undersøkelsen viste at det var signifikante forbedringer i henvisningskvalitet i alle kliniske områder unntatt for KOLS. Forfatteren mener at henvisningsveiledere må være forankret i pasientjournalen for å sikre gjennomføringen nasjonalt.

Hartveit[37] og Wåhlberg[38] har laget hver sin henvisningsmal for hvert sitt fagområde. Men i Norge har vi bare en nasjonal standard for henvisninger jf. kapittel 1.6. For å implementere veiledere på nasjonalt nivå for ulike fagområder vil dette kreve en gjennomgang av nasjonal standard for henvisninger.

3.7 Samhandling

Thorsen et al.[34] retter søkelyset mot fastlegens refleksjoner på henvisning, og stiller spørsmål ved om det er en asymmetrisk eller ikke-dialogisk prosess. I artikkelen har de identifisert og beskrevet fastlegens refleksjoner og holdninger til henvisningsprosessen og samarbeidet med spesialisthelsetjenesten. Oppsummert viste undersøkelsen disse hovedpunkter:

Fastleger og ansvar i helsevesenet

Fastlegen tar et ansvar både overfor pasienten og det medisinske systemet. Dette er viktig når en skal lage spesifikasjoner for henvisninger fordi en må ta hensyn til arbeidsmengden som er knyttet til dette ansvaret. Fastleger føler seg noen ganger klemt mellom pasientenes behov og de faglige betraktninger av et klinisk problem.

En asymmetrisk prosess

Mange av legene uttrykte en følelse av at henvisningsprosessen er asymmetrisk. Forholdet mellom sykehusspesialister og fastleger ble beskrevet som top-down. Mange følte at nye behandlingslinjer og administrative prosedyrer ble tvunget på dem, og at de ikke ble tatt med i beslutninger om nødvendig informasjon i henvisninger. Det faktum at en henvisning kan bli avvist gir en følelse av at dette ble gjort pro-forma, og ikke som ekte dialog. Det å få en henvisning tilbake med et avslagsbrev som indikerer lav kvalitet eller mangler informasjon ble av mange betraktet som ydmykende.

Bruk av maler og ledetekster

Fastlegen er ofte usikker på hva som er nødvendig eller forventet informasjon i henvisningen. De ønsker at kravet til innholdet i henvisningene skal blir klarere og mer tydelig. Maler, ledetekster og guider for henvisninger blir ansett å være nyttig. De fleste av legene foretrekker maler som presenterer popup-menyer eller hjelpelister ikke som obligatoriske felter i henvisningsmalen.

Ønske om en god dialog

En henvisning er beskrevet av mange fastleger som en invitasjon for å ta et felles ansvar for en pasient eller et medisinsk problem. Fastlegene søker råd og trenger spesialisthelsetjenesten for å kunne gi helsehjelp til pasienten. Begrepet dialog brukes av mange, eller beskrivelse for å be om en felles vurdering, tilbakemeldinger, eller synspunkt. Mange henvisninger er en forespørsel om en «second opinion» eller råd om videre undersøkelse eller behandling i en vanskelig sak.

Henvisningsprosessen er avgjørende for god pasientbehandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Fastlegene synes henvisningsprosessen er asymmetrisk og noen ganger ydmykende. Motsetningen mellom ønsket om gjensidig dialog og bekvemmeligheten av å bruke maler bør holdes i bakhodet når en skal sikre kvaliteten på henvisningsprosessen.

Winpenny et al.[39] diskuterer i sitt scoping review hvordan en kan forbedre effekten og effektiviteten av polikliniske tjenester mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Variasjon i henvisningsmønster fra primærhelsetjenesten kan føre til overforbruk eller underforbruk av spesialistressurser. Deres mål i artikkelen var å gjennomgå litteratur som sa noe om hvordan en kan forbedre effekten og effektiviteten av polikliniske tjenester, hvor også primærhelsetjenesten er involvert. De ønsket å studere disse fem områdene:

- Overføring: primærhelsetjenesten overtar oppgaver fra spesialisthelsetjenesten.
- Flytte: spesialisthelsetjenesten kommer ut til primærhelsetjenesten og behandler pasienten der.
- Samarbeid: felles arbeidsgruppe mellom spesialister og primærhelsetjenesten for å gi pasientbehandling.
- Øke henvisningskvaliteten: Tiltak for å øke henvisningskvalitet som omfatter henvisningsretningslinjer, revisjon og tilbakemelding, profesjonsutdanning og finansielle incentiver.
- Pasient atferdsendring: Beslutningsstøtte og hjelpemidler for å hjelpe pasienten til å ta et valg om han ønsker henvisning.

Studien viste at antall henvisninger går ned når fastlegen kan søke råd hos spesialisthelsetjenesten, enten på telefon, videokonferanse eller via e-post. Antall henvisninger gikk også ned når spesialisthelsetjenesten og fastlegen samarbeidet om

pasientene, fordi fastlegene fikk overført kunnskap fra spesialisthelsetjenesten. I min masteroppgave vil jeg blant annet drøfte om bruk av dialogmelding kan brukes for å søke om råd hos spesialisthelsetjenesten.

Gillies et al.[40] har i en Cochrane-oversikt sett på bruken av konsulterende kontaktperson (*consultation liaison*) i primærhelsetjenesten for mennesker med psykiske lidelser. Omtrent 25% av mennesker vil bli berørt av en psykisk lidelse på et eller annet tidspunkt i sitt liv. Til tross for utbredelsen og negative konsekvenser av psykiske lidelser, er mange mennesker ikke diagnostisert eller de har ikke fått adekvat behandling. Kommunehelsetjenesten blir sett på som viktig for å forbedre psykisk helsevern men bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten er også nødvendig. Konsulterende kontaktperson er en modell hvor en spesialist samarbeider med kommunehelsetjenesten for å gi riktig behandling til noen typer psykiatriske problemstillinger. Denne Cochrane-oversikten[40] viser at helsepersonell som samarbeider om pasienten på tvers av spesialist- og kommunehelsetjenesten, muligens fører til bedre behandling. Det fører trolig til at flere følger behandlingen slik den er foreskrevet og at flere muligens får bedre psykisk helse og er tilfredse med behandlingen og oppfølgingen de får.

Dialogmelding kan kanskje understøtte denne modellen med å bidra til bedre informasjonsflyt fordi vi i dag ikke har gode løsninger for kommunikasjon mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten utenom henvisning- og epikrisemeldinger.

Del II Sentrale føringer om e-meldinger

Satsingen på e-helse i regi av myndighetene stiller tydeligere krav til IKT i spesialisthelsetjenesten. Dette kommer til uttrykk i dokumenter omtalt under. I disse dokumentene kommer det klart frem at IKT skal understøtte helsesektorens behov. IKT har blitt en stadig sterkere integrert del av alle aspekter ved helsetjenester, og alle deler av dagens helsetjeneste utnytter og blir påvirket av ulike IKT- løsninger og systemer. Denne utviklingen vil bare akselerere i fremtiden, og kommunikasjon mellom aktører må utvikles slik at en får

en god samhandling. IKT vil være en integrert del av helsevesenet og helsevesenet kan ikke lenger eksistere uten gode og brukervennlige IKT- systemer.

3.7 Nasjonal handlingsplan for e-helse 2014–2016

I nasjonal handlingsplan[6] beskrives det at dagens informasjonsdeling med meldingsutveksling er ikke god nok fordi informasjon på tvers av ulike virksomheter ikke blir oppdatert fort nok. For å få til dette må en modernisere sektorens IKT-infrastruktur. Innsatsen må rettes mot å etablere løsninger for identitetshåndtering og tilgangsstyring på tvers av virksomhetsgrenser[6]. Nasjonal handlingsplanen for e-helse skal understøtte helsepolitiske mål og føringer. Den legger føringer for videreutvikling av elektronisk meldingsutveksling. Planen operasjonaliserer målene i Meld. St. 9 «Én innbygger – én journal». I denne planen defineres e-helse som bruk av IKT løsninger for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren. Handlingsplanen skal gi en samlet oversikt over e-helsetiltak av nasjonal betydning som ønskes gjennomført eller igangsatt i perioden 2014 – 2016. Tiltakene er ikke prioritert, men sier noe om ønsket retning. Årlige tiltaksplaner skal utarbeides på bakgrunn av prioritering i nasjonalt utvalg for IT prioritering i Helse og omsorgssektoren (NUIT), i tilknytning til de årlige budsjettprosesser. I handlingsplanen påpekes det at det skal utarbeides en plan for videreføring av e-meldinger hvor også ansvar og ansvarsområder skal avklares.

3.8 Stortingsmelding 9 (2012–2013) Én innbygger – én journal.

Stortingsmelding «Én innbygger – én journal[41]» har målsetning om standardiserte løsninger for hele helse- og omsorgssektoren. Det problematiseres at IKT-systemene i sektoren i for liten grad ikke har tatt i bruk elektronisk meldingsutveksling mellom alle aktører selv om standarder for slik informasjonsutveksling er utviklet. En av årsakene til dette sies å være at for mange enkeltstående og ulike løsninger som resultat av mange selvstendige virksomheter med eget ansvar for prioriteringer og forvaltning av egne løsninger. For å løse dette har Norsk Helsenett fått i oppdrag å bistå med koordinering, rådgivning og kvalitetssikring i forbindelse

med innføring av elektroniske meldinger i sektoren. Dette oppdraget skulle etablere elektronisk meldingsutveksling mellom alle kommuner, helseforetak og fastleger innen 2014.

Med meldingen vil man «klargjøre målene og vise retningen for IKT-utviklingen i helse- og omsorgssektoren» og det understrekes at det er nødvendig å utnytte mulighetene som ligger i moderne teknologi for å nå helsepolitiske mål; om bedre kvalitet, pasientsikkerhet, effektivitet og ressursbruk. Stortingsmeldingen legger føringer for at tiltakene som pågår eller er planlagt for å bedre den elektroniske samhandlingen skal fortsette og at infrastrukturen skal være god. Meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og kommunal pleie- og omsorgstjeneste skal tas i bruk. Standardiseringsarbeidet skal fortsette og det skal lages en strategi for dette som blant annet skal inneholde krav til enhetlig terminologi, kodeverk og meldingsstandarder.

3.9 Stortingsmelding 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen

IKT beskrives i samhandlingsreformen[2] som et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgssektoren. Det vektlegges at verktøyene skal brukes for å understøtte samarbeidspartenes behov for informasjon ved diagnostikk, pasientbehandling og pleie. Det understrekes at innføring av IKT-verktøy må kombineres med organisasjonsutvikling og endringer av rutiner. Det er en målsetning at standard kommunikasjonsform skal være elektronisk og at all dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå slik.

Det beskrives også at det har vært vanskelig å innføre standardisert meldingsutveksling i en helsesektor med mange ulike systemer og lovverk som ikke harmoniserer med utviklingen. Som løsning på dette har samhandlingsreformen[2] som en av målsetningene, at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på. Dette gjelder både:

- I forholdet mellom tjenesteyter/behandler og pasient/brukere, elektronisk timebestilling, helseinformasjon/ -opplæring, online-konsultasjoner/ telemedisin og tilgang til egen journal.
- I forholdet mellom de ulike tjenesteytere/ behandlere, skal all dokumentasjon og informasjonsutveksling foregå elektronisk.

Samhandlingsreformen legger føringer for at elektroniske meldinger skal tas i bruk.

3.10 Helse- og omsorgsdepartementets samhandlingsforskningsstrategi

Handlingsplanen for e-helse[42] skal understøtte helsepolitiske mål og føringer. For å oppnå målene i nasjonale føringer, må det bygges på forskningsbasert kunnskap. Denne planen skal bidra til å sikre økt kunnskap om helse- og omsorgstjenestene for å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene og innenfor de ulike tjenesteområdene. Strategien vektlegger følgende:

- En helhetlig, koordinert og langsiktig satsing på forskning og innovasjon som et ledd i gjennomføringen av samhandlingsreformen.
- Økt oppmerksomhet på forskning og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger.
- At samhandlingsforskning og innovasjon har høy kvalitet og er relevant for tjenestene.

Denne planen inneholder konkrete tiltak innenfor åtte innsatsområder:

1. Styring, koordinering og prioritering av e-helsetiltak.
2. Innbyggertjenester.
3. Helsepersonelltjenester.
4. Styrings- og kunnskapsgrunnlag.
5. Personvern og informasjonssikkerhet.
6. Standarder, terminologi og kodeverk.
7. Forskning, innovasjon og kompetanse.
8. IKT-infrastruktur og felleskomponenter.

Disse innsatsområde er delt inn i underpunkter. Innenfor området meldinger har jeg funnet disse underpunkter som kan være viktige:

3.5 Meldingsutveksling

Dette punkter sier at NUIT skal prioritere hvilke aktiviteter som skal igangsettes og at det skal utarbeides planer for videreføring av e-meldinger. En utvikling av dialogmelding innenfor et poliklinisk pasientforløp må derfor komme inn på NUIT sin prioriteringsplan.

8.3 Sikkerhetsinfrastruktur for meldingsutveksling

Dette punktet sier noe om at IKT-systemer som brukes i meldingsutveksling skal bli mer robuste slik at de kan tilfredsstille eksisterende krav til sikkerhet og pålitelig adressering. Dette mener jeg vil være viktig for utbredelse av dialogmeldinger.

3.11 Nasjonalt meldingsløft

Nasjonalt meldingsløft[1] har på mange måter bidratt til å forberede helsesektoren slik at den er i stand til å ta i bruk teknologiske løsninger for å samhandle og samarbeide med meldingsutveksling. Nasjonalt meldingsløft [1] ble lansert i 2008 og påpekte at elektronisk meldingsutveksling er et vanskelig område, fordi det fantes umoden teknologi og organisatoriske utfordringer. Standarder var også kun basert på anbefalinger, noe som åpnet for tolkning og valg hos leverandørene. Forvaltningsoppgavene av meldingstjenesten ute i kommuner og sykehus var mangelfull med uklar ansvarsfordeling. I Nasjonalt meldingsløft ble det identifisert et stort behov for koordinering av meldingsutvekslingen mellom virksomhetene og det er lagd et dokument, «minstekrav til elektronisk meldingsutveksling[43]» som beskriver hvordan koordinering av meldinger, brukerstøtte, feilsøking, avvikshåndtering og at den enkelte aktør har ansvar for forvaltning i egen virksomhet. Det er også lagd en evalueringsrapport ”Nasjonalt meldingsløft Sluttrapport»[44] som blant annet påpeker at dialogmeldinger og vedlegg til meldinger er sterkt etterspurt. I arbeidet gjennom nasjonalt meldingsløft er det tydeliggjort at det er behov for en presisering av de organisatoriske og tekniske krav som må være oppfylt for at meldingskommunikasjon skal kunne tas i bruk og fungere i daglig drift mellom aktørene. Denne presisering er utdypet i «minstekrav til elektronisk meldingsutveksling»[45].

3.12 Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren

Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)¹⁶ har mandat til å prioritere all nasjonal IKT-utvikling av betydning. E-helsetiltak som ligger i Nasjonal handlingsplan for e-helse[6] skal også prioriteres av dette utvalget. Følgende meldingsstandarder skal prioriteres i NUIT:

- Utvikling av ny meldingsstandard.
- Videreutvikling av eksisterende meldingsstandard.
- Endring i formål/bruk av eksisterende meldingsstandard.

Nye forslag på e-meldinger som dialogmeldinger i poliklinisk pasientforløp skal godkjennes av dette utvalget.

3.13 Nasjonal strategi for standardisering innen e-helse

Nasjonal strategi for standardisering[46] skal legge grunnlag for standardisering for fremtidige løsninger innen e-helse. En slik strategi har vært etterspurt og er utarbeidet med tanke på følgende aktører: helse- og omsorgstjenestens virksomheter, Norsk Helsennett, leverandører og Helsedirektoratet. Det er utarbeidet seks strategier basert på status og behov i helse- og omsorgssektoren:

1. Utredning av standardiseringstiltak for å støtte opp under nasjonale helsefaglige og helsepolitiske føringer.
2. Nyutvikling eller tilpasning av standarder for å støtte nasjonale prioriteringer innen e-helse.
3. Utbredelse, revisjon og vedlikehold av etablerte standarder.
4. Tydeligere styring gjennom krav til bruk av standarder.
5. Innføring av standarder på legemiddelområdet.
6. Støttetjenester og informasjonstiltak for standarder.

¹⁶ <http://helsedirektoratet.no/it-helse/ehelse/nuit/Sider/default.aspx>

Dette er veivisere for standardiseringsarbeidet de neste fem årene, og er en del av den digitale tjenestesatsningen som er forankret i stortingsmeldingen Én innbygger – én journal[41].

4.0 Funn

4.1 Noen historier om henvisningsproblematikk fra hverdagen

For å beskrive noe av utfordringene med henvisninger spurte jeg mine informanter om en henvisning som ikke fungerte bra og som var overførbar til generell problematikk med henvisninger. Det som er understreket i beretningene under er hva jeg mener er hovedutfordringen i en henvisningsprosess.

<i>Beretninger fra henviser</i>	<i>Beretninger fra spesialisthelsetjenesten</i>
<p><i>Jeg hadde en pasient som var blitt voldtatt og er i en krise og trenger psykolog der og da. Ikke vente et par uker, det går ikke. Pasienten var åpen for samtale og ville ha hjelp, hun følte at det gikk kjempedårlig og hun ble dårligere og dårlige for hver uke. <u>Og jeg følte at jeg ikke hadde kontroll på situasjonen og sende en henvisning og fikk avslag.</u> Det synes jeg var skikkelig dårlig fordi det var akutt der og da og alle vet at en voldtekt er dramatisk hendelse som hender nå. Og da synes jeg det var dårlig at DPS ikke kunne ta imot pasienten. <u>Så klaget jeg og fikk inn pasienten men da hadde det gått 3 mnd.</u></i></p>	<p><i><u>Hoved problemet er at fastlegen ikke har sett pasienten selv og ikke gjort seg opp en mening men bare henviser på grunnlaget av hva andre sier.</u> Eller det beskrives de bor i en forferdelig familie men det er ikke beskrevet noe om barnet. Når vi skal vurdere en henvisning så skal vi ikke vurdere omgivelsene men om barnet har noen reaksjoner eller problemer</i></p>
<p><i>Til voksen psykiatrien hadde jeg en pasient med en traumatisk opplevelse som medførte en betydelig angstproblematikk og hadde i tillegg en sykehistorie med en psykisk syk mor med langvarig problematikk. Jeg henviste til voksen psykiatrien med ønske om rask hjelp. Da fikk jeg ikke noe mer svar enn at det var ikke var behov for helsehjelp. Det</i></p>	<p><i>Innenfor voksen psykiatrien går henvisningsflyten greit fordi det som oftest bare gjøres en vurdering av den henvisingen som er kommet. Innenfor barne- og ungdomspsykiatrien er det nok større latenstid som har ledet til en del brudd på vurderingsfristen. <u>Da er det manglende svar, manglende ting som skal ettersendes</u></i></p>

<p>synes jeg var veldig tynt. Da skrev jeg en re-henvisning og sa at dette godtok jeg ikke. Det har hent at jeg har sendt henvisning til voksen psykiatrien hvor jeg skriver at jeg avviser deres avslag. På samme måte som dem sende meg et avslag Jeg får lite informasjon tilbake fra dem.</p>	<p>og som skal inn i henvisningen. Ofte kommer det en henvisning fra fastlegen, og det kommer <u>ettersendt papirer fra PPT, helsesøster</u>. Så sitter vi jo der og fristen er begynt å løpe, og vi er avhengige av denne info som skal ettersendes. <u>Så ringer du å for å purre på disse tingene eller prøve å få en beskrivelse så du får det tilgjengelig med en gang. Og ofte er ikke folk tilgjengelig.</u> Generelt sett går det ok med inntak og man har nødvendig info tilgjengelig, men fra tid til annen så kommer det henvisninger som er ufullstendig, men tenker samtidig at man trenger mer info for å gjøre en vurdering. <u>Og så er de andre instanser for treg de har ikke denne 10 dager fristen. Det er kun spesialist helsetjenesten som har dette. Derfor blir det ikke behandlet med samme hastegrad hos andre aktører.</u></p>
<p>Jeg hadde en pasient med tvangshandlinger som jeg mente burde prioriteres. Den henvisningen fikk jeg avslag på og da ble jeg veldig provosert for <u>jeg syntes at jeg hadde skrevet en god henvisning</u>. Så ringer jeg og fikk svar at henvisning hadde fått lang ventetid og hvorfor det var så lang ventetid, <u>det var visse opplysninger som jeg ikke hadde fått med i henvisningen</u>. Så da skrev jeg en ny og da fikk pasienten en ny vurdering og fikk time tidligere. Dette var en pasient som jeg synes burde fått time fort, og som fikk for lang ventetid førstegangen.</p>	<p>Pasient som blir henvist på grunn av angst og kan ikke gå på jobb og viste det seg at pasienten hadde stort alkoholproblem. <u>Det står ingen ting i henvisningen om dette.</u> Pasienten kommer til behandling og så viste det seg at vedkommende har et betydelig rusproblem. Dette skjer i mange henvisninger. Inntak av sentralstimulerende midler er forstyrrende i behandlingen. Dette må spesialisten få beskjed om i henvisningen slik at en kan legge opp behandlingen får lage en målsetning for å redusere inntaket. Eventuelt at pasienten må henvises til helt andre instanser for å få behandling, f.eks en rusinstitusjon.</p>
<p>Pasient som hadde stor funksjonssvikt og klarte ikke å fungere i arbeidslivet på grunn av det som både jeg og pasient tenke var ADHD. Denne henvisning ble avvist fordi pasienten var nærmere 50 år og liten forventet nytte av behandling. Både jeg og pasient var helt uenige om avslaget, hun sende et brev til spesialisthelsetjenesten. Da fikk hun komme inn og fikk diagnose og har det mye bedre i dag. Da skrev pasienten mer opplysninger til spesialisten som gjorde at</p>	<p>Vi får en henvisning med henvisningsdiagnose angstfølelse og så står det aktuelt: og så står det 4 linjer om at pasienten har langvarig angst som går utover funksjonsnivå, er ikke i jobb, behov for vurdering fra DPS. Pasienten ønsker noen å lufte tankene med. Og så lurte vi veldig på hva slags angst er det snakk om, panikkangst, sosial angst. Har fastlegen gjort noe for å finne ut litt nærmere av disse vanskene. Er dette alvorlig, mild eller</p>

<p><i>dem skjønnte problemet og tok henne i behandling. Dette var en høyst oppgående pasient som ble sint da hun fikk avslag. Ressurssvake pasienter ville ha akseptert avslaget og levd videre med sine problemer. Hvis ikke fastlegen kunne følge det opp og eventuelt sende ny henvisning. Noen ganger avviser spesialisten henvisninger fordi dem er helt sikker på at spesialisthelsetjenesten ikke er rett nivå. Andre ganger kan det være litt mer tvil og blir avvist, hvor en ber fastlegen prøve dette først. <u>Da kan det være fornuftig og ha en dialog om disse tingene. Det handler om å få nok informasjon.</u></i></p>	<p><i>moderat, er pasienten sykemeldt. Lite opplysninger om bosituasjon og nettverk rammene rundt pasienten. Fastlegene må bli tydeligere på hva de ønsker fra spesialisthelsetjenesten, de er blitt flinkere de siste årene. <u>Fastlegene må bli tydelige på hva de ønsker, det kan være, be om utredning, be om en vurderingssamtale, ber om råd for videre behandling, ber om råd om medisiner. Men når det bare står 4 linjer så blir det vanskelig</u></i></p>
---	--

4.2 Kan dialogmelding brukes for å innhente informasjon i forbindelse med en henvisning?

I dette forskningsspørsmålet har jeg kartlagt kommunikasjonsprosessen som skjer i forbindelse med henvisninger, samt kartlagt om henviser tar kontakt med spesialisthelsetjenesten i forkant av en henvisning for å rådføre seg. Jeg vil også se på om dialogmelding kan brukes som kommunikasjonsmiddel i en slik rådføring og hvilke utfordringer som finnes.

4.2.1 Kartlegging av informasjonsinnhenting

For å få behandling i spesialisthelsetjenesten kreves det en henvisning fra fastlegen. Den er grunnlaget for vurderingen om og eventuelt når pasienten skal få behandling i spesialisthelsetjenesten. Prioriteringsveilederen utdyper dette slik:

«Henvisninger som er mangelfulle kan ikke returneres til henvisende instans uten vurdering. Kravet til faglig forsvarlig virksomhet kan tilsi at den som vurderer henvisningen bør ta kontakt med pasient eller henviser for tilleggsopplysninger. Hvis dette ikke er mulig, må henvisningen uansett vurderes. Usikkerhet om pasienten har

rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten vil kunne bety at pasienten gis rett for å unngå at pasienten blir den skadelidende part. I etterkant bør spesialisthelsetjenesten ta kontakt med henviser for veiledning.[47]»

Men inneholder henvisningen nødvendig informasjon for at pasienten skal få den helsetjenesten de trenger og når de trenger den og hvordan kan spesialisthelsetjenesten innhente tilleggsinformasjon som er nødvendige for riktig vurdering og prioritering? I dette kapitlet vil jeg svare på dette spørsmålet.

4.2.1.1 Gode henvisninger

Mangler i henvisningen kan være omfattende noe som disse spesialister uttrykker det:

Det er vanskelig å vurdere henvisningen når det er lite informasjon:

«Det er veldig stor forskjell på den informasjon som følger henvisningen. Noen leger er flink til å komme med riktig og utdypende informasjon som gjør det lett å gjøre vurderinger. Andre er litt mer kortfattet og man sitter igjen med noen spørsmål etterpå, men samtidig er man litt bekymret for om det skal være rett til helsehjelp eller ikke.»

Henviser beskriver ikke relevant informasjon i henvisningen:

«Det mangler ofte hva som er problemet til pasienten nå, hvordan er alvorlighetsgraden nå. Det er dette som mangler mest. Så kan det også være om de har utelukket somatiske faktorer. Det står som regel hvilke medisiner pasienten bruker. Noen ganger mangler også funksjonsnivået, er dem i jobb, er dem sykemeldt, er dem på tiltak? Og ikke minst hva har fastlegen prøvd ut, dette mangler ofte. Har dem prøvd støtte samtaler, har dem prøvd antidepressiva. Vi sitter noen ganger og følger at pasienten kommer på kontoret til fastlegen og så vet ikke fastlegen hva dem skal gjøre og så sender dem henvisning til oss.»

Dårlige henvisninger kommer ofte fra de samme leger:

«Det er noen leger som går igjen som skriver veldig mangelfulle henvisninger. Er ikke så sikker på at dette ikke går utover pasientene. Vi skal selvfølgelig ikke avslå på grunn av for lite opplysninger, men vi kan ikke ta inn alle til vurderingssamtale eller ringe etter enhver henvisning for å få flere opplysninger, de må skrive bedre henvisninger»

Henvisningene er blitt bedre med årene men spesialisthelsetjenesten mener at henviser har et potensiale til å skrive bedre henvisninger noe henviser til en viss grad også mener selv. Noe som henvisende leger uttrykker på denne måten:

«Men jeg vet at hvis jeg skriver ordentlig og på en måte som jeg syns bør stå i en henvisning, så hjelper det som oftest i en henvisning. Det er veldig viktig med måten jeg skriver på. Men hvorfor skal det være slik at jeg må skrive på et visst sett for å få inn en pasient. Og ikke kunne skrive slik jeg vil fritt, mer fritekst henvisninger.»

En annen sier det på denne måten:

«Jeg tror at jeg har en stor påvirkning når jeg skriver en god henvisning og gjort et godt forarbeide, så da bør samhandlingen bli lettere. For da får dem grundig informasjonsgrunnlag, slik at det blir lettere for spesialisthelsetjenesten å vurdere pasienten. Hvis jeg gjør et godt nok arbeide og fått med alle opplysninger som dem skal ha så tror jeg at det blir lett for dem å vurdere om det her er en pasient som skal til spesialisthelsetjenesten eller ikke.»

Det finnes mye forskning bl.a. av Martinussen [33] og Hartveit [37] på henvisningskvalitet og mine funn støtter også opp under denne forskningen som beskriver at det fortsatt er dårlig kvalitet på henvisninger.

4.2.1.2 Vanskelig for henviser å beskrive alvorlighetsgraden i henvisningen når pasient kommunikasjonen er utfordrende.

Gjennom intervjuer med henviser beskriver de ett av sine hovedproblem slik: Hva skal jeg skrive i en henvisning når pasienten ikke greier å formidle sine problemer slik at spesialisthelsetjenesten tar imot pasienten. En billedlig illustrasjon av dette er vist i figur 8.



Figur 8 Den tause pasienten

Informanter beskriver det slik når de ikke greier å formidle alvorlighetsgraden:

Subjektive symptomer som gjør det vanskelig å beskrive alvorlighetsgraden:

«Jeg vet ikke hva den andre siden [spesialisthelsetjenesten] vil ha av meg i en henvisning. Og jeg skriver det jeg tenker er nødvendig for dem å vite. Det er subjektive symptomer, pasienten er trist, energiløs o.l. Det å formidle alvorlighetsgraden kan ofte være utfordrende. Jeg har mange ganger opplevd at pasienten er blitt avvist, med svar om at dette kan håndteres av kommunehelsetjenesten. Noe som jeg har vært helt uenig i. Pasienten er mye sykere enn det som kommer fram i henvisningen. Da lurer jeg på om det er noe i henvisningen som jeg ikke har klart å formidle, hvor alvorlig det er eller hva som er forsøkt tidligere og sånne ting»

Sammensatte problematikk som er vanskelig å beskrive i en henvisning:

«Utfordring er at det ofte er veldig sammensatt problematikk, sånn det å få med, eller å få forklart godt, sånn at det blir innenfor en kategori slik at pasienten får rett til helsehjelp. Det er ofte ikke så lett å plassere, altså hvilke symptomer skal en vektlegge f.eks. i en henvisning og hvor mye informasjon er nødvendig i en henvisning. Vi har det ofte veldig travelt og skal en utbrodere veldig om alle ting som en vet om de siste årene så tar dette tid. Det kan være en utfordring å komprimere ned det som er viktig.»

Pasienten er taus og vil ikke formidle noe til fastlegen:

«I blant så skriver jeg en henvisning som ikke er så kjempegod og skriver at jeg ikke får frem mer informasjon her. Tenåringer kan være vanskelig å få frem informasjon fra. De kan være inne på to- tre konsultasjoner og jeg skjønner fortsatt ikke problemet. Og da kan jeg ha snakket med foreldre og jeg er fortsatt usikker på hva er problemet. For dem kan sitte på konsultasjonen uten å si et ord i 20 min og da kommer jeg ikke lenger. Da skriver jeg i henvisningen et det er noe som er vanskelig å få tak på, dette er hva moren forteller og jeg har hatt jenta inne på 3 konsultasjoner og jeg skjønner ikke riktig hva som skjer, jeg kan ikke vurdere diagnose.. Da skriver jeg en henvisning og ber om en vurdering.»

Vanskelig å beskrive subjektive symptomer som følelser og hvordan pasienten fremstår på mitt kontor:

«... men ofte jeg tenker liksom de ser en tekst men ikke pasienten. Dette tenker jeg ofte. Jeg ser pasientens følelser og hvordan pasienten har det når han er her inne på mitt kontor. Det er vanskelig å beskrive hvordan pasienten er. Noe som er vanskelig å beskrive i en tekst og formidle i en henvisning. Slik at dem skjønner at dette er alvor.»

Når henviser er usikker på hva som feiler en pasient med psykiatiske problemer blir det vanskelig å beskrive alvorlighetsgraden i en henvisning. Henviser får lite informasjon fra

pasienten men opplever pasienten som alvorlig syk. Kan dette være en av årsakene til dårlig kvalitet på innholdet i noen av henvisningene?

4.2.1.3 Hvordan innhente nødvendig tilleggsinformasjon fra andre aktører

Når henvisningene ikke har tilstrekkelig kvalitet må tilleggsinformasjonen innhentes fra henviser og andre aktører, og spesielt har barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) mange aktører de må forholde seg til. Innhenting av informasjon er en tidskrevende prosess som det ikke finnes IKT støtte for. Spesialisthelsetjenesten kan sende brev elektronisk til henviser og be om mer tilleggsinformasjon, men henviser kan ikke svare på denne henvendelsen uten å måtte sende det som ny henvisning. Noe som en informant beskriver på denne måten:

«Det er en prinsipiell forskjell på å sende melding kontra og bruke henvisning for å forspørre. Hvis du vet at du har en funksjon som en enkel melding inn til spesialisthelsetjenesten for å innhente supplerende opplysninger så blir dette sikkert brukt mere. Nå har vi ikke denne kanalen[dialogmelding] og hvis vi skal sende noe så blir det en henvisning. Hvis det er en enkelt beskjed som om at målet ble 12, et eller annet sånt. Så gjør vi det ikke fordi det ikke er en henvisning, henvisning er ikke ment til dette.»

Informasjon kan også innhentes fra andre aktører enn henviser, slik som pasienten, pårørende, skole, PPT og helsesøster. Disse aktørene kan ikke kommunisere elektronisk og informasjon blir derfor sendt på papir direkte til spesialisthelsetjenesten eller via henvisende lege som skal være navet i kommunikasjonen. Dette er ikke bestandig tilfelle da noe kommunikasjon også foregår utenfor henviser, slik som beskrevet her av informantene:

Det må innhentes samtykke fra pasient før opplysninger kan innhentes fra andre aktører:

«Vi sender ut først et skjema for å få samtykke til å innhente mer informasjon [fra andre aktører]. Hvis det er mer spesielt så hender det at vi sender ut et elektronisk brev til henviser hvor vi ber om kopi av brev som de henviser til i henvisningen f.eks. fra skolen»

Noen ganger velger spesialisthelsetjenesten å innkalle pasient til samtale i stedet for å gå via henviser:

«Det kommer an på hvor lang tid vi har på oss og hvor alvorlig saken synes å være. Hvis det mangler mye informasjon så innkaller vi pasienten og pårørende for en samtale fordi dette går mye raskere enn at fastlegen

skal kalle inn pasienten for å innhente tilleggsopplysninger som de da må sende til oss. Så er dette kanskje ikke nok»

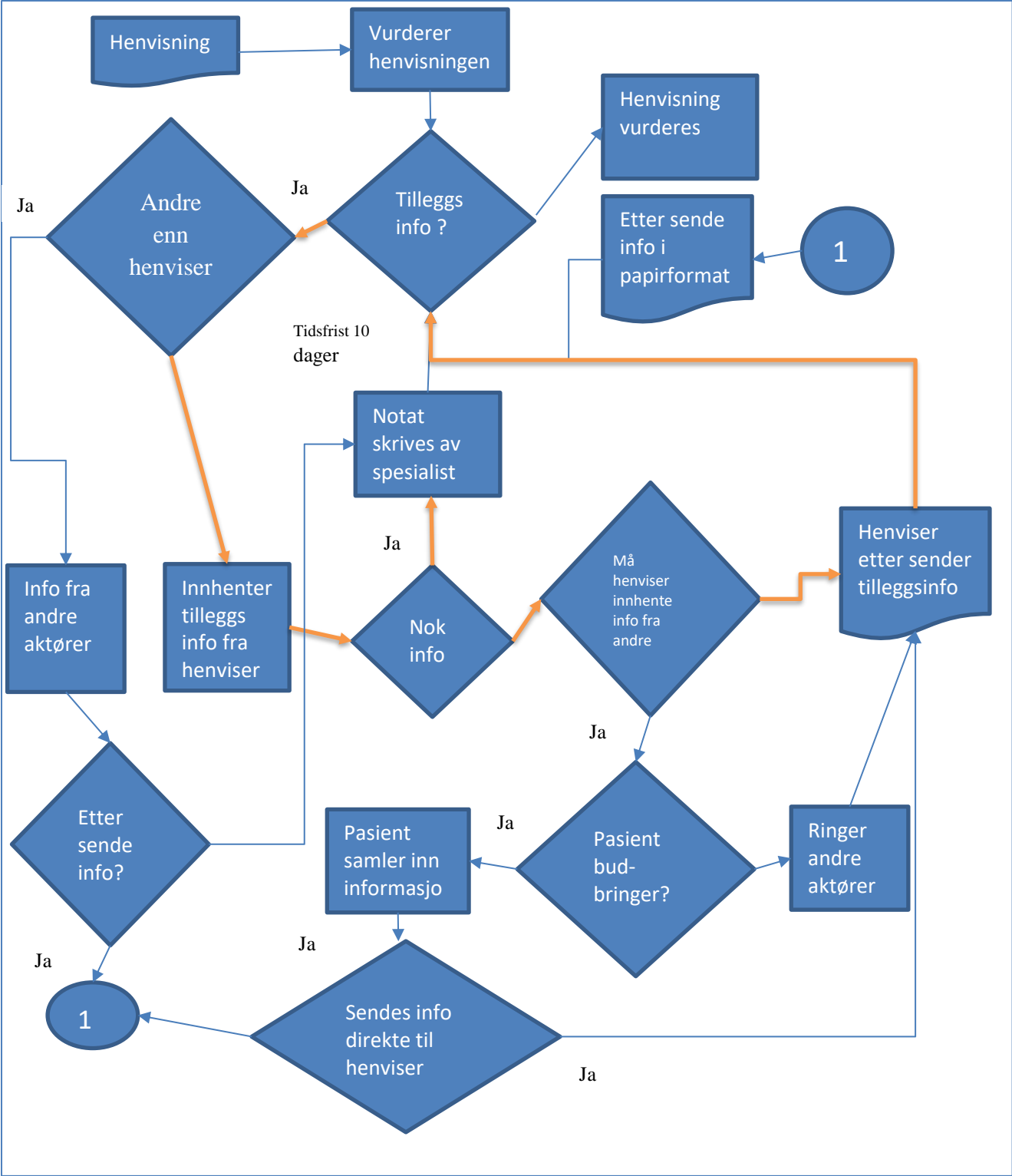
Denne informanten beskriver hvordan han innhenter informasjon fra andre aktører:

«jeg sender en kopi av henvisningen til disse instanser og ber dem om å sende tilgjengelig informasjon om pasienten til BUP. For å gjøre dette må jeg ha samtykke fra foreldre. En annen mulighet er at foreldre kan innhente denne informasjon eller at PPT og andre aktører sender til meg. Men det er lettere at dem sender direkte til BUP»

En annen henviser beskriver det slik:

«Jeg tar ikke ansvar for å ringe skole, PPT o.l., da skulle det være noe spesielt hvis jeg gjør det. Hvis foreldrenes evne skulle svikte i å innhente informasjonen så kan det hente at jeg ringer.»

Mine informanter beskriver mange ulike måter å innhente informasjon på. Hvordan informasjonsinnhenting blir gjort har jeg beskrevet i figur 6 som viser kompleksiteten når det må innhentes tilleggsinformasjon. Informasjon innhentes stort sett ved å ringe andre aktører og i noen tilfeller må pasient/pårørende innkalles. Specialisthelsetjenesten ber også henviser om å gjøre en jobb med å innhente informasjon og i mange tilfeller brukes også pasienten som budbringer for denne jobben som vist i kapitel 4.3.2.



Figur 9 kommunikasjonsflyten ved informasjonsinnhenting

De gule piler i informasjonsflyten i figur 9 viser at bare en del av kommunikasjonen foregår direkte mellom henviser og spesialisthelsetjenesten. Noe av informasjonsinnhentingene foregår også mellom andre aktører som pasient, skole, PPT, helsesøster, barnehage, NAV.

4.2.1.4 Telefon som kommunikasjonskanal

Både henviser og spesialisthelsetjenesten bruker primært telefon for å kommunisere med hverandre. Dette er den raskeste måte å innhente informasjon på, og er nesten det eneste praktiske verktøyet de har til dette formålet. Bruk av telefon beskrives slik av mine informanter:

Denne informanten beskriver at de stort sett er sluttet med inntakssamtaler og i stedet ringer for å innhente informasjon for å komplementere innholdet i henvisningen:

«Vi bruker telefon for å innhente nødvendig informasjon. Informasjon blir innhentet i etterkant og tas inn til inntaksteamet. Før brukte vi mere av inntakssamtaler når vi hadde lengre vurderingsfrister. Man skal gjøre forsvarlige vurdering og da kan det være nødvendig å kontakte noen for mere informasjon. Nå ringer vi i stedet for å bruke vurderingssamtaler»

Denne spesialisten beskriver hvor viktig det er å få informasjon fra andre aktører som de ringer til:

«Informasjon har mye å si for å danne seg et bilde av hva som er feil med ungen eller er det noe i miljøet rundt barnet som kan forårsake problemet til barnet. Da er det viktig å få informasjon fra skole og barnehage spesielt. Her kommer det veldig mye nyttig informasjon.»

Denne informanten beskriver at de ringer for å drøfte henvisningen når den er uklar:

«Det er veldig sjelden at vi har sendt brev med spørsmål om tilleggsinformasjon. Vi ringer eller kaller inn pasienten til en vurderingssamtale. Vi ringer også noen ganger og drøfter saken med fastlegen for at vi synes henvisningen er litt uklar, eller for at det er en vanskelig sak.»

I en artikkel fra Thorsen et al.[34] beskrives det at det er ønskelig med telefonsamtaler for å rydde opp i misforståelser i forbindelse med en henvisning og dette kan gjøres best med telefonsamtaler.

«Having specific advice for further investigation or treatment is considered a useful learning process. The hospital doctor calling the referring GP to ask for more information about a patient is perceived as desirable. It can clear up misunderstandings, and give the patient higher priority. Electronic messaging is expected to replace many such calls. Inaccessibility by phone may be a mutual obstacle for professional dialogue. [34]»

4.2.1.5 Hvordan oppleves bruk av telefon som kommunikasjonsmiddel?

Kommunikasjonsmidlet som primært brukes mellom spesialisthelsetjenesten og henviser er telefon. Mine informanter beskriver det som utfordrerne å finne felles telefontid og de bruker mye tid til å forsøke å treffe hverandre på telefon.

Informantene beskriver det på denne måten:

«Fastlegen er nærmest aldri tilgjengelig, det er sjelden du bare kan ringe og så er han der. Du kan be om å bli ringt tilbake, men da er det ikke sikkert at behandler er tilgjengelig da. Dette er veldig knotet.»

«Hvis jeg ringer til DPS og prøver å få tak i en eller annen behandler så er de som oftest opptatt, man kan da be om dem skal ringe tilbake. Og de gjør som regel dette. Som oftest ringer dem tilbake når jeg selv har pasient, så det kan være vanskelig å treffes på telefon.»

«Med telefon blir en avbrutt i en pågående konsultasjon. Og så må man komme seg inn i journalsystemet for å kunne skrive ned opplysninger. I denne sammenheng tror jeg en dialogmelding vil kunne være mye bedre enn telefon. Men jeg foretrekker som oftest en direkte samtale. Å finne et felles tidspunkt hvor både allmennlege og spesialist har samtidig tid til å føre en samtale det er ikke alltid like enkelt å få til.»

Mine informanter beskriver at bruk av telefon er vanskelig fordi begge parter ikke er ledig samtidig og det kreves flere telefoner før et møte kan gjennomføres.

4.2.1.6 Vurderingsfrist på 10 dager påvirker kommunikasjon

Henvisningen skal være vurdert i løpet av maksimalt 10 virkedager¹⁷. Utfordringen blir å få nok informasjon til riktig tid spesielt når andre aktører ikke har denne fristen å forholde seg

¹⁷ Prioriteringsveileder: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/aktuell-informasjon-om-lov-og-forskrift-for-prioriteringsveilederne>

til. Informasjonsinnhenting skjer derfor stort sett med telefon og i mindre og mindre grad av innkalling av pasient fordi dette tar for lang tid.

Denne informanten antyder at de gir mer avslag fordi de ikke får tid til å innhente nok tilleggsinformasjon:

«Grunn til at vi ikke sender så mye brev er at vi har 10 dager vurderingsfrist, derfor ringer vi. Det er også blitt vanskelig med vurderingssamtale innenfor 10 dager. Så dette gjør vi mindre, så det kan godt hende at det blir mer avslag fordi vi har ikke tid til å vente på tilleggsopplysninger. Vi må nå si at her fremkommer det ikke at det er så alvorlig, så vi gir avslag. Vi må heller få ny henvisning med tilleggsopplysninger, så får vi en ny vurderingsfrist. Men hadde vi hatt et annet system så kunne dette vært avklart mye raskere.»

Denne informanten beskriver at det er vanskelig å få tak i fastlegen slik at de får informasjon nok til å gjøre en vurdering innen 10 dager:

«Fastlegen er opptatt hele dagen så det er en håpløs øvelse og få tak i han, men vurdering må gjøres innen 10 dager.»

Denne informanten beskriver at de er avhengig av telefon for å informasjon tidsnok:

«Vi har 10 dager på å vurdere en henvisning så vi må bruke kommunikasjonsformer som ikke har så lang reisetid. Vi er avhengig av øyeblikkelig kommunikasjon. BUP har litt mer innhenting av informasjon i forbindelse med en henvisning. Informasjon innhentes primært med telefon. Ringer til fastlege, foreldre, barnevern, helsesøster. Alt etter hvem det er som er relevant for den enkelte sak.»

Denne informanten beskriver at de ikke har tid til å innhente tilleggsinformasjon fordi den ikke kommer innenfor tidsfristen på 10 dager. De avslår henvisningen og ber henviser sende ny henvisning med tilleggsinformasjon:

«... men hvis vi da ber om å få mer opplysninger og venter så tar det alt for lang tid før vi får det, så da får vi trøbbel på det. Så det vi har gjort i det siste, så har vi skrevet at ut fra de opplysninger som er fremkommet så avslår vi men, men saken vil bli vurdert med en gang til hvis det kommer nye opplysninger i neste henvisning.»

Noen informanter innenfor spesialisthelsetjenesten sier at det er vanskelig å få nok tilleggsinformasjon innenfor fristen. De må derfor vurdere henvisningen med de opplysninger de har og noen antyder at dette kan føre til mer avslag. Avslag kan igjen genere re-henvisning noe som jeg kommer tilbake til i kapittel 4.3.1.

4.2.2 Bruk av dialogmelding i en henvisningsprosess

Bruk av dialogmeldinger kan bidra til at kommunikasjon mellom henviser og spesialisthelsetjenesten i en henvisningsprosess kan skje raskere, men hvordan dette vil påvirke kvaliteten i prosessen bør det forskes mere på[34].

“The extended use of electronic communication may facilitate the referral process by making communication faster, but we do not know whether or how this affects the quality of the process. This should be further investigated.[34]”

I disse underkapitlene vil jeg beskrive mine funn om dialogmelding kan brukes for informasjonsinnhenting i en henvisningsprosess og hva mine informanter mener om det.

4.2.2.1 Søke råd i forkant av en henvisning

Når jeg spurte henviserne om de søker råd i forkant av en henvisning beskriver de det som følgende:

Denne informanten beskriver at han ikke tar kontakt i forkant:

«Jeg tar aldri kontakt i forkant. Hvis pasienten har vært i kontakt med DPS' et tidligere så sier dem [pasienten] det til meg og jeg finner de opplysninger jeg trenger i vårt journalsystem.»

Denne informanten sier at de kan ringe for å diskutere, men ser ikke verdien av å bruke dialogmelding for å få råd:

Det er ofte vanskelig, hvis du er usikker i utgangspunktet så tror jeg at de fleste sender en henvisning. Du er ansvarlig uavhengig av hva spesialisten som ikke har sett pasienten mener. Hvis du ringer så sier spesialisten tjaa, usikker så må du ta et valg uansett. Hvis vi er usikker på om vi skal henvise så har vi tradisjon for å ringe, hva tror dere om denne saken. Tror det å ringe for å diskutere er mer fruktbart enn å sende en dialogmelding. For du får ikke med alle opplysninger og da kan du like godt sende en henvisning, det blir kanskje bedre. Veiledning i forhold til henvisning ser jeg ikke at dette vil ha så stor verdi, da er det bedre med de vanlige kanaler vi bruker.»

En annen informant uttrykker det slik når det gjelder bruk av dialogmelding for å innhente råd:

Jeg tenker vel at dialogmeldingene har sin plass når man vil sende eller innhente eller forespørre om navngitte pasienter. Det vil ikke være en bred faglig diskusjon rundt pasienten den må man heller ta face til face, eller på videokonferanse eller telefon. Så veilednings aspekt, det kan legges mye i ordet veiledning, mye ulikt. Jeg tror ikke dialogmeldingen vil være en veiledningskanal i en pedagogisk forstand. Der tenker jeg at kanal som gir umiddelbar respons som en samtale er mer relevant.»

En annen informant sier at når de henviser så henviser de fordi de må ha hjelp fra spesialisthelsetjenesten og tror ikke på at han vil søke om råd i forkant:

«Jeg tror ikke jeg kommer til å henvise mindre til spesialisthelsetjenesten selv om at jeg kan spørre om råd i forkant. Ofte henviser man gjerne når man trenger ordentlig hjelp av større omfang. Mens når du sender dialogmelding er det kanskje et lite spesifikk problem/ ting som du lurer på, som du ikke har sendt henvisning på uansett kanskje. Jeg tror at jeg ikke kommer til å bruke dialogmelding til å avklare om henvisning skal sendes eller ikke. Men det er mulig jeg tar feil, dette er noe som en må prøve ut.»

Mine informanter beskriver at de ikke søker så mye råd i forkant av en henvisning. De henviser fordi de trenger hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Bruk av dialogmelding er ikke hensiktsmessig fordi de trenger å diskutere saken med spesialisthelsetjenesten noe som gjøres på telefon se kapittel 4.2.1.4.

4.2.2.2 Kan dialogmeldinger brukes for å innhente informasjon?

Informantene synes å ha tro på at dialogmelding kan brukes for å innhente informasjon og de svarer som følgende:

En henviser sier spesialisthelsetjenesten må være tydelig på hva de trenger av tilleggsinformasjon:

«Det kan fungere med dialogmelding hvis dem er tydelige på hvilken type tilleggsinformasjon dem ønsker. Dem kan skrive at vi har mottatt henvisingen men mangler rapport fra PPT, opplysninger om foreldre o.s.v så er det ganske kontret.»

En annen henviser sier at dialogmelding kan brukes til å etterlyse informasjon som mangler:

«Pr. i dag får vi lite tilbakemeldinger. Hvis jeg har henvist en pasient for ett eller annet og så har jeg glemt av en viktig opplysning så får vi ikke noe tilbakemelding om dette. Dette kan kanskje være viktig å vite før

pasienten kommer, før hastegrad for eksempel. Dette får vi ikke noe tilbakemelding om. Til dette kunne det vært greit å bruke en dialogmelding, om f.eks. hva står det i den blodprøven o.l. Eller har du gjort en MADRS.»

En annen henviser mener at prioritering av henvisningen blir bedre:

«At spesialisthelsetjenesten har muligheter til å innhente supplerende opplysninger gjør at prioritering blir mer riktig og at henvisning ikke blir avvist på uriktig grunnlag.»

Spesialisthelsetjenesten mener at dialogmeldinger vil gi raskere informasjon:

«Vi prøver med telefon, men det å klare å få det til å klaffe å få tak i henviser, når dem kan og vi kan det er ofte flaks. Mens hvis du kunne ha sendt en sånn dialogmelding med at jeg fikk en henvisning fra deg i dag, vi er litt usikker på ditt eller datt. Kan du avklare det eller det og sende oss en presisering på det. Så kunne vi jo ha fått det mye fortere.»

En informant innenfor spesialisthelsetjenesten uttrykker behovet slik for tilleggsinformasjon:

«Så da kan vi sende melding til fastlegen og si at jeg ser at du henviser, men bestillingen er litt uklar eller hva som er alvorlighetsgraden, hvordan er motivasjonen til pasienten. Eller vi mangler noen somatiske opplysninger eller har du prøvd noen medisiner»

En annen beskriver hvordan dialogmeldinger kan brukes for å avklare uklarheter slik at en slipper å få re-henvisninger etter avslag:

«Dialogmeldinger er veldig fornuftig for å kunne få avklart ting der og da og dermed unngå en henvisning, eller en klassisk henvisning (avslag, brev, ny henvisning). Det hender att vi har fått tre re- henvisninger på et avslag. Og da har vi kanskje misforstått hverandre. Dem tenker at her er det virkelig behov og må bare fortsette å henvise.»

Denne informanten beskriver hvordan dialogmelding kan brukes for å innhente konkret informasjon:

«Når legen f.eks. ikke forholder seg til retningslinjene for ADHD, kan vi be fastlegen om å sjekke alt det han skal gjøre., sjekke hjemmeforhold, sjekke mobbing, sjekke blodprøver osv., dette kunne vært gjort med en dialogmelding. Så hadde det gått raskere å få inn dette informasjonen. Vi kommer raskere i gang med utredning når vi har den informasjonen vi trenger ved oppstart.»

Denne informanten beskriver at dialogmeldinger kanskje vil gjøre det lettere å innhente tilleggsinformasjon slik at de kan gjøre en bedre vurdering:

«Spesialisthelsetjenesten må innhente komparentopplysninger fra andre. Men som regel gjør man vurdering ut fra den informasjon som står i henvisningen. I noen tilfeller prøver man å innhente opplysninger. Dette fordi at det er så vanskelig og at vi har 10 dager å gjøre en vurdering på. Hadde vi hatt en lettere måte å innhente opplysninger på, f.eks. med dialogmelder så kanskje hadde vi innhentet opplysninger oftere. Når vi gir avslag på en henvisning så blir hvert avslagsbrev tilpasset hver sak. Vi gir råd til fastlegen om hva han bør gjøre»

Det kan synes som at det er spesialisthelsetjenesten som har det største behovet for dialogmelding fordi de har et behov for å kunne innhente informasjon for å gjøre en forsvarlig vurdering av henvisningen. Denne informasjonsinnhenting skje raskt og med en kommunikasjonsform som gjør dette mulig, og dialogmeldinger kan være et bidrag til dette mener informantene.

4.2.2.3 Dialogmelding ved kortere beskjeder

Informantene synes å være enig om at dialogmelding er best egnet ved korte meldinger fordi en mer omfattende diskusjon er ikke egnet i dette meldingsformatet. I sistnevnte tilfeller foretrekkes telefon. Mine informanter beskriver det slik:

«Vi ringer fastlegen for å be han finne ut av ting, slik som nye blodprøver, vekt og mål og BMI og sånt. Dette hadde vi ikke trengt å gjøre hvis henvisning var god nok. På grunn av at det mangler noe i henvisning så må vi gjøre det sånn, med å innhente informasjon i etterkant. Det hadde nok vært greit å kunne ha en dialogmelding som vi kunne sende til fastlegen for å få tilleggsinformasjon, dette hadde nok gått mye raskere. Men er det en dårlig henvisning og vi skjønner at dette kan være alvorlig, Da trenger vi mye informasjon og da ringer vi for å snakke med pasienten.»

«Hvis det er helt konkrete opplysninger vi trenger så kan dialogmeldinger være egnet. Hvis det er vurderinger så kan dette bli for langt til at legen vil sette seg ned å bruke tid på dette.»

«Hvis det er kort informasjon om f.eks. vekt, BMI. Sånne korte meldinger kunne vi ha send med dialogmeldinger, dette hadde vært veldig nyttig. Men ofte er det litt mere komplekst og da er det greit å ta en telefon, saker som vi må diskutere.»

4.2.2.4 Spesialisthelsetjenesten må ta ansvar for å innhente nok informasjon.

Henviser er usikker på hva som er nok informasjon i henvisningen og noen ganger kan dette bare være to – tre linjer se kapittel 4.2.1.1. Når henvisninger er mangelfulle er det spesialisthelsetjenesten som må ta ansvar for innhenting av tilleggsinformasjon og henviser ønsker beskjed hvis det mangler informasjon i henvisningen.

En informant uttrykker det på denne måten:

«Henvisningene har ofte for få opplysninger eller at det er ting som vi ønsker avklart som det ikke er informasjon om, så da må vi ringe eller innkalle til vurderingssamtale. Dette kan være tungvint. Mer opplysninger i henvisninger, noen ganger er henvisningen bare på 3 linjer. Så det blir det en del mer arbeid med å ringe, finne åpningstid og få kontakt med henviser.»

En annen beskriver det på denne måten:

«Hvis det er en alvorlig og som vi må ta i kjapt på, så pleier vi å ringe legen for å få utfyllende informasjon eventuelt ringe hjem til pasient eller pårørende og snakke med dem for å få nok informasjon. Vi bruke også å gjøre vurderingssamtaler, litt færre av dem nå som vi har så kort frist, men vi bruke å innkalle pasienten til en vurderingssamtale for å få snakket ordentlig med dem og få sett dem. Og så skriver vi et tillegg til henvisningen og så gjør vi ny vurdering på neste inntaksmøte, vi har møte 2 ganger i uken. Hvis det ikke er så alvorlig og henvisningen er forferdelig dårlig så sender vi den tilbake med avslag med en detaljert tilbakemelding til legen om at dem må forholde seg til nasjonale retningslinjer, og vi skriver litt om hva vi mangler av informasjon. Det står ikke noe om symptomer, det ikke noe om funksjonsnivå. Vi bruker mye tid på avslag fordi må lære opp legene.»

En informant i spesialisthelsetjenesten beskriver det slik når det gjelder ansvar i en samhandlingsprosess:

«Noen må sette den i gang. Og fastlegene tenker jeg ofte, de føler at de har gjort sitt når de har henvist. Hvis det skal bli noe mer, må vi ta initiativ. Eller hvis det var en enkel kommunikasjonsmåte ville kanskje fastlegen litt lettere på forhånd, kunne ha sendt en melding i forkant av en henvisning og si at han lurer på sånn og sånn, hva trenger dere og hva må jeg gjøre først.»

Henviser på sin side beskriver et ønske om å få tilbakemelding på mangler, - noe denne informanten uttrykker slik:

«Kan dialogmelding brukes i forkant av en henvisning? Ja, eller kanskje omvendt hvis jeg har skrevet en henvisning og jeg kunne få en tilbakemelding fra voksenpsykiatrien hva er det som mangler i henvisningen av tilleggsinformasjon.»

En annen uttrykker det kort og greit slik, at de ønsker tilbakemelding:

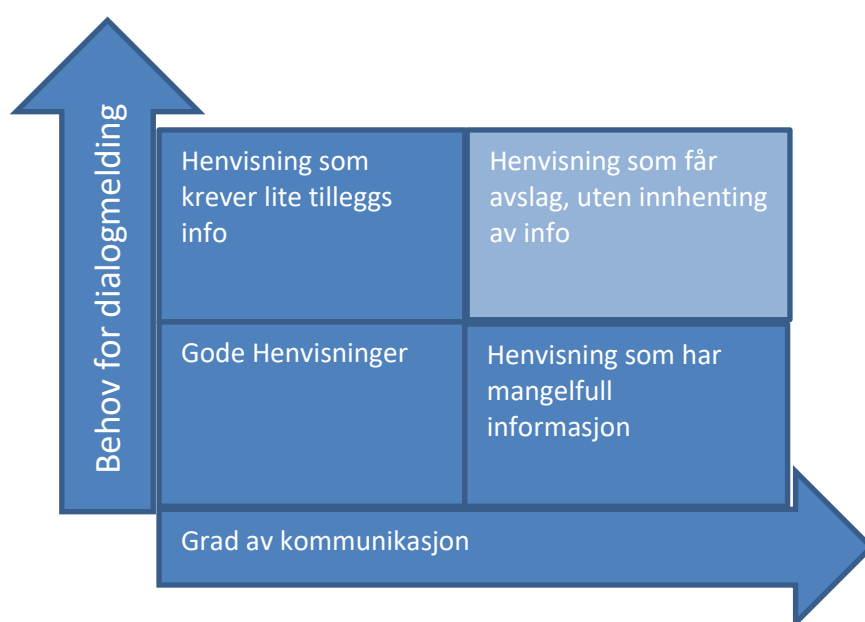
«Prinsipielt er det vel viktig å få tilbakemelding om at det mangler informasjon i henvisningen før den avvises»

4.2.3 Oppsummering

Gode henvisninger gir grunnlag for gode vurderinger og det vil derfor ikke være behov for å innhente tilleggsinformasjon. Spesialisthelsetjenesten mener fortsatt at henviser har potensiale til å skrive bedre henvisninger. Men noen fastleger synes det er vanskelig å vite hva som skal stå i en henvisning slik at spesialisthelsetjenesten har den informasjonen som de trenger. Noen beskriver også at det er vanskelig å få informasjon fra en pasient med psykiske problemer og har behov fra spesialisthelsetjenesten til finne ut hva som feiler pasienten, noe som medfører at henvisninger blir mangelfulle. Dårlige henvisninger krever at spesialisthelsetjenesten må starte arbeidet med å innhente informasjon. Telefon er stort sett den eneste måten informasjon blir innhentet på. Utfordringen er å finne tidspunkt hvor begge aktører kan komme i en dialog.

Henviser synes ikke å ha et behov for å innhente råd /veiledning i forkant av en henvisning ved hjelp av dialogmelding, fordi denne kommunikasjonsformen ikke er egnet for diskusjon. Men det er mulig dette kan endre seg hvis de hadde et bedre IKT verktøy for dette som f.eks. dialogmelding. Informasjonsinnhenting jf. figur 1 i kapittel 4.2.1.3 skjer også fra andre aktører enn henviser som ikke har mulighet for dialogmelding f.eks. skole, PPT, pasient, helsesøster, kommunepsykologer. For disse aktører må tilleggsinformasjon fortsatt innhentes via telefon eller papir. Utvikling av kommunikasjonsløsninger også for disse aktører bør vurderes slik at en får et komplett og sømløst kommunikasjonssystem mellom alle aktører.

Henvisningskvalitet kan ha sammenhengen med grad av kommunikasjon mellom partene og behovet for dialogmelding som vist i figur 7. Gode henvisninger krever lite eller ingen kommunikasjon, det er heller ikke behov for dialogmelding. Dårlige henvisninger krever mye kommunikasjon i form av synkron kommunikasjon som for eksempel telefon fordi dialogmeldinger er lite hensiktsmessig. Der hvor henvisninger krever lite tilleggsinformasjon, kan en i større grad bruke dialogmelding. Avslag på henvisninger vil ofte starte en form for kommunikasjon fordi henviser da vil vite hvorfor henvisningen ble avslått. Avslag kan ofte medføre ny runde med henvisning og behov for dialog med spesialisthelsetjenesten.



Figur 7 Behov for dialogmelding i en henvisningsprosess

4.3 Kan informasjon mellom henviser og spesialist foregå bare med meldinger og støtter IKT verktøy denne asynkrone samhandling godt nok?

I dette kapitlet vil jeg se på om dialogmelding kan brukes i hele pasientforløpet og hvilke begrensinger det eventuelt har. Mine informanter beskriver muligheter for bruk av dialogmeldinger under hele pasientforløpet slik:

En informant fra spesialisthelsetjenesten beskriver det på denne måten:

Vi sender bare informasjon til fastlegen om status. Det hadde vært fantastisk hvis vi hadde hatt en mulighet til å spørre fastlegen om ting som var relevant om i forhold til behandlingsforløpet, eller utredning. Det hadde vært fint å få tilbakemelding på dette elektronisk. I dag er dette en arbeidsform som er vanskelig å få til fordi vi ikke har muligheter.

En fastlege beskriver hvordan dialogmelding kan bidra til kommunikasjon i et behandlingsforløp:

«Noen ganger kommer det spørsmål fra spesialisthelsetjenesten dette gjelder ikke bare for psykiatri. Der man etterspør noen form for informasjon etter henvisningen er sendt. og likedan vil det til tider være behov for å avklare problemstillinger der hvor henvisning ikke er det rette formatet. Vi har f.eks. folk som har vært inne på senter for psykisk helse og blitt sendt hjem og så kommer hjemmesykepleien og etterspør hvilke medisiner skal han egentlig ha. og så har vi ikke mottatt opplysningene og så vil vi etterspørre det. og da kan jeg bruke telefon og spørre meg frem, men da får jeg kanskje beskjed om han ikke er her i dag, men kommer tilbake på tirsdag. og det blir veldig utilfredsstillende. sånn at det i sånne sammenhenger ... altså i alle andre situasjoner i livet ville man sendt en mail. men det kan man ikke fordi det er sensitive personopplysninger. Der fremkommer behovet for informasjonsutveksling som ikke ivaretas av konseptet henvisning og epikrise.»

En informant fra spesialisthelsetjenesten beskriver manglende muligheter for dialog slik:

«Vi bruker ambulante notat for å kommunisere med fastlegen, men det er jo som å snakke ut i et stor mørk hull, det kommer ikke svar tilbake. For han har ikke noen muligheter til å skrive tilbake. Det hadde vært fint hvis fastlegen kunne svare med en dokumenttype som ikke var henvisning.»

Disse sitatene beskriver noe av hverdagen og behovet for å kunne kommunisere på en bedre måte under hele pasientforløpet og det synes som om mulighet for en bedre kommunikasjon med e-melding savnes av begge parter.

4.3.1 Ved avslag på henvisning

Når det gis avslag sier fastlegene at de ofte tar kontakt med spesialisthelsetjenesten for å diskutere saken og hvorfor de fikk avslag. Avslag generer et behov noen ganger hos henviser for å vite grunnen til avslaget og de ønsker å komme i dialog for å vite årsaken slik som disse informanter uttrykker det:

Spesialisthelsetjenesten prøver å oppdra henviser med å returnere dårlige henvisninger men opplever noen ganger at pasienten blir re-henvist.

«Vi prøver noen ganger når vi ser at noen stadig kommer med dårlige henvisninger, og så prøver vi å være litt streng og oppdragene og sender den tilbake og sier at dette ikke er bra nok. men det vi da ofte opplever er at vi får en ny henvisning etter kjempe lang tid. og ungen er blitt veldig mye dårligere i mellom tiden. Dette er et dilemma.»

En annen informant beskriver re-henvisning slik:

«Det kommer bare en ny henvisning. vi har ingen oppfølging av fastlegene når vi har sendt dem en oppskrift på hva dem bør gjøre videre. Det hender at vi får telefoner fra fastlegene som vil diskutere avslaget.»

Avslag generer noen ganger ny runde med henvisning fordi henviser ikke godtar avslaget, disse to informanter beskriver det slik:

«Ikke så rent sjelden så henviser jeg på nytt og ber dem se på dette på nytt. Noen ganger kommer det fornuftige forslag i avvisningen som fastlegen kan prøve ut»

«Vi kjenner situasjonen bedre enn spesialisthelsetjenesten og dermed blir tilbakemeldingene vi får ofte det vi har tenkt på men forkastet fordi det ikke vil fungere. Da ender det med at vi henviser på nytt. Disse tilbakemeldingene er ikke så nyttig for det er noe jeg har tenkt og det fungerer ikke

Disse fastleger beskriver sitt behov for bedre forklaring i avslaget slik:

«Hvis dem gir avslag på henvisningen, må dem forklare hvorfor de gir avslag og forklare meg hva jeg kan gjøre videre. Hvis dem føler at det ikke er nok informasjon for å kunne vurdere, så kunne dem bruke dialogmelding så vil dem få alt av meg. Så kanskje da, at det hadde kommet fram at dem fikk nok informasjon til å se på henvisningen på nytt»

«Som regel står det at pasienten ikke har rett til helsehjelp, det er svaret man får. Det er sjeldent vært en utfyllende tilbakemelding på henvisningen. Dette synes jeg er ganske frustrerende»

Ut fra tolkning av mine informanter kan dialogmelding sannsynligvis også være hensiktsmessig i forbindelse med avslag fordi dette generer et behov for kommunikasjon.

4.3.2 Pasient som budbringer mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten

Kommunikasjon mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten foregår ikke bare med telefon. Pasienten blir også brukt som budbringer, sannsynligvis fordi fastlegen og

spesialisthelsetjenesten ikke har mulighet for en enkel kommunikasjon og da blir letteste løsning brukt, pasienten må formidle budskapet. Mine informanter beskriver det på denne måten det som skjer i deres hverdag.

Ønsker skriftlig beskjed fra spesialisthelsetjenesten:

«.. noen ganger kommer pasienten tilbake og sier at psykolog har sagt at jeg ikke må jobber mer enn 50%. Dette er veldig frustrerende for en fastlege, når en pasient kommer med en slik beskjed. Dette er noe en gjerne vil ha skriftlig og dette hadde også kunne ha fungert med en dialogmelding.»

Bruk at pasient som budbringer skaper støy i kommunikasjonen:

«For polikliniske pasienter i psykiatrien kan det være lettere å få tilbakemelding og kunne spørre om viktig informasjon når jeg skal ha pasienten inn til time hos meg. Er det noe jeg trener å vite. f.eks. hvis pasienten skal ha forlengelse av sykemelding, kunne dette vært greit å få en kort melding om dette fra spesialisthelsetjenesten. Som fastlege får vi mye informasjon via pasienten det er ikke sikkert at alt er riktig. Noen ganger kan det å bruke pasienten som budbringer være konfliktfylt. Når pasienten får beskjed fra spesialisthelsetjenesten om at kan skal gå til fastlegen får å sjekke ut at det ikke er noe somatisk, så er det litt usikkert hva pasienten formidler til fastlegen og hva fastlegen kommer til å gjøre. Da hadde det vært greit med en dialogmelding mellom spesialist og fastlege for å få korrekt»

Ønsker fortløpende informasjon fra spesialisthelsetjenesten, ikke via pasient:

«Når jeg legger ansvaret på DPS' et så sier jeg alltid til pasienten kom tilbake om 6 uker så jeg får en oppdatering. Slik at jeg får vite hva dem prater om. For som oftest dreier det seg om sykemeldinger, mye sånt som ligger i bunnen også. Derfor må jeg ha en fortløpende dialog, jeg kan ikke sende pasienten til DPS og vente 6 mnd. og så kommer pasienten til meg og sier at han skal ha sykemelding, dette går ikke. Når pasienten kommer tilbake så sier jeg til pasienten at jeg vil at han skal si til sin psykolog at han skal sende meg en epikrise eller et notat på siste samtale så jeg vet hva jeg prater om.»

Bruker pasienten aktivt som budbringer:

«Jeg sier til pasienten at jeg må ha det, ellers så skriver jeg ikke sykemelding og da ordner pasienten det ganske raskt.»

Kan ikke stole på hva pasienten formidler:

«Det er ikke alltid at man kan stole på pasienten at det er sant det dem sier. Det er også en utfordring at hvis jeg sier noe til deg, så får du en oppfatning av det som jeg har sagt og det trenger ikke å stemme med hva jeg faktisk har sagt. Og meddeler du din oppfatning til en lege som igjen tolker den uttalelsen. Da har du to tolkninger underveis. Og da kan man komme fram til noe som er veldig forskjellig fra det som jeg egentlig mente. Dette har

jeg opplevd, både i forhold fysikalsk behandling og psykiatri eller hvor som helst. Hvis en da ringer til behandler og fremstiller uttalelsen man har fått, så blir dem overrasket og noe forbannet»

Disse sitater fra mine informanter beskriver at noe av informasjonsflyten skjer via pasienten. De er ikke fornøyd med denne situasjon, men det finns ikke gode nok systemer som støtter denne type kommunikasjon godt nok i deres hverdag. Bruk av dialogmelding kan sannsynligvis erstatte noe av bruken av pasient som budbringer.

4.3.3 Bruk av dialogmelding som kommunikasjonsmiddel i et pasientforløp

Begge parter har tro på at dialogmelding kan brukes som kommunikasjonsmiddel og spesielt synes dialogmelding og være egnet bare for korte beskjeder i et pasientforløp. Mine informanter beskriver det slik:

Mulighet for å følge opp om pasient har tatt tester:

«Vi har hatt noen innslag av at vi har bedt pasient om å gå til fastlegen for å ta rustest i 3 mnd. Så skal spesialisten ha innsyn i disse testene. Men så kommer ikke rustesten inn til DPS 'et og så siter vi der og lurert på hva som foregår og så sender vi kanskje et ambulant notat. Og så får vi ikke svar på dette fordi dem ikke kan svare på dette. Det hadde vært veldig fint hvis vi kunne ha hatt en mer direkte kommunikasjonsform med leger.»

Fastlegen har behov for opplysninger fra spesialisthelsetjenesten for å følge opp pasienten:

«Når jeg har noen pasienter som går på behandling på DPS og som også går her hos meg for å ordne med sykemeldinger eller andre praktiske bistand. Da kan jeg synes å vite kan jeg skal gjøre og hva skal spesialisthelsetjenesten følge opp når det gjelder pasienten. Da kan jeg mangle en måte å kommunisere direkte med den legen eller behandleren på DPS 'en.»

Denne fastlegen beskriver også et behov for å få informasjon for å følge opp pasienten:

«Men vi trenger informasjonen og spesielt når jeg forutsetter gjøre ting som har med oppfølging av pasienten enten når det er rammene rundt eller aktivisering eller det er sykemelding eller medikamenter. Så trenger vi informasjon den må vi ha innen kort tid.»

Denne informanten beskriver at dialog melding ikke er egnet når det er behov for større oppsummeringer av pasientens problemer:

«Men hvis jeg har spurt om større ting som er viktig for oppfølging fremover, hvor ofte skal det tas CT hode hvis du har en aneurisme eller noe sånt så er det fint at det kommer oppsummert i et brev slik at en kan se de viktige tingene i journalen. Dialogmelding kan brukes til et lite problem som kan komme på ved siden av.»

Denne informanten har etterlyst dialogmeldinger i mange år:

«Jeg har i mange år etterlyst muligheten for dialog, så jeg stoler på at det er en god ide og at den må implementeres. Det betyr ikke at man må eliminere henvisning og epikrise.»

Dialogmelding kunne vært greit så slipper en å sende svar på et prøveresultat som henvisning:

«Men hvis jeg vil gi opplysninger på pasienter som har vært og tatt en prøve og vil gi opplysninger om det, da kan det være greit å sende en e-melding med resultatet, ellers så må vi sende resultatet som en henvisning»

Oppfølging av medisiner kan dialogmelding være egnet til:

«Det er mange epikriser som inneholder feil bl.a. på medikament, hvordan det skal doseres og sånt. Da kunne det være greit å bruke dialogmelding, stemme det at pasienten har fått lagt til den og den medisinen, den prøvde du jo for 2 år siden og da fungerte det ikke. Sånne ting kan man bruke dialogmeldinger til. Konkrete ting som ikke krever en vurdering av at pasienten kommer til spesialisthelsetjenesten

Denne henviser mener at hvis han skriver gode henvisninger så er det ikke behov for dialogmeldinger:

«Henvisninger fungerer godt hvis du vil at pasienten skal få en vurdering i spesialisthelsetjenesten. Hvis du gjør en god jobb med henvisningen så skulle det ikke være nødvendig med dialogmeldinger. Men så er det mange ganger at du mangler/ glemt og har det travelt som gjør at henvisningen ikke blir perfekt og da kan det være fint med dialogmelding.»

Ut fra hva mine informanter beskriver det kan dialogmelding bidra til bedre kommunikasjon mellom henviser og spesialisthelsetjenesten. Spesielt ved korte avklaringer og informasjon synes det som om dialogmelding har sin berettigelse.

4.3.4 Fellesforståelse av at pasienten trenger helsehjelp

Samarbeid og dialog må prege helsevesenet for å gi god behandling til pasienten. I en artikkel[48] om helsevesenets floker tar de opp temaet om at samarbeid må være dialogisk, formålsrettet og bygges opp rundt dialogen mellom pasienten og hans medhjelpere for å løse

opp i de problemene helsevesenet har i dag[48]. Mine informanter(henviser) beskriver et behov for tettere samarbeid og felles forståelse av pasientens problemer. Når de søker hjelp hos spesialisthelsetjenesten så søker de hjelp fordi de mener pasienten har behov for hjelp som de ikke kan få hos fastlegen(henviser). Denne forståelse synes de ikke er gjensidig hos spesialisthelsetjenesten. Mine informanter beskriver det på denne måten:

Kommuneleger henviser fordi de mener at pasienten trenger helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten:

«Hvis jeg som allmennlege henviser en pasient til en avdeling så gjør jeg det for at pasienten har behov for en mer spesialisert hjelp enn det jeg kan tilby. Det er ikke sjelden et ønske fra pasienten, Når det gjelder psykiatri er det ikke så veldig mange som ønsker en henvisning, men hvis dem ønsker det så er det fordi dem som oftest er veldig syk. Da er vi to her på mitt kontor som føler at her trenger vi spesialkompetanse.»

I stedet for støtte til å fylle ut en henvisning ønsker denne informant en felles forståelse for behovet til pasienten som må løses i fellesekap:

«Jeg kunne heller ønske meg at man kommer fram til en mer fellesforståelse av hva som skal til for at pasientene skal få den hjelpen de trenger. Avvisning går som oftest på at dette er en kommunal oppgave og det skal løses på denne måte, og det kan man løse på denne måte Det er jo ikke det at spesialisthelsetjenesten ikke ser hjelpebehovet men de mener at det kanskje kan løses på kommunalt plan. Selv om man egentlig skulle forstå at hvis man først skriver en henvisning så får man ikke løst dette på kommunalt plan.»

Spesialisthelsetjenesten trenger ikke å ta ansvar, de skyver problemet tilbake til henviser:

«Ønsker mer forklaring på hvorfor man nekter henvising. Man får et standard skriv med råd om hva man kan gjøre eller.. dialog igjen som åpner seg som så jeg kan få litt (...). Det er så enkelt å gjemme seg. (.) Ja sånn her føler jeg det, jeg føler de gjemmer seg bak en standard tekst. Jeg føler at det er så enkelt for dem å sende en standard tekst til meg, men dem gir meg ikke en skit, jeg søker jo hjelp for å hjelpe pasienten og ikke for moroskyld. Jeg søker hjelp for at jeg søker hjelp og dem gir meg et standard svar og jeg får ingen hjelp dem gjemmer seg bakom det. Det er ingen svar, de behøver ikke å jobbe ekstra, de behøver ikke å sette seg inn i situasjonen, de må ikke gjøre noe. De trenger ikke å ta ansvar.»

4.3.5 Oppsummering

Begge parter har tro på at dialogmelding kan brukes som kommunikasjonsmiddel for å gjøre samhandlingen bedre. Dagens IKT verktøy støtter ikke kommunikasjonsbehovet fordi henviser ikke kan svare på melding og kan heller ikke sende en melding til spesialisthelsetjenesten for å søke råd eller forespørre. Dialogmelding synes å kunne bidra til mer kommunikasjon under et pasientforløp fordi begge parter har behov for å utveksle mer informasjon med hverandre.

På grunn av uhensiktsmessige kommunikasjonsløsninger blir pasienter også brukt som budbringer mellom aktørene i helsevesenet. Mine informanter har beskrevet dette som en uheldig løsning og ønsker seg et bedre IKT system som kan støtte denne informasjonsflyten.

Avslag på henvisninger genererer også et behov for kommunikasjon hvor det kan brukes dialogmeldinger. Begge parter synes dialogmelding kan være egnet for korte beskjeder. Drøfting og diskusjon krever en mer synkron dialog noe som dialogmelding ikke støtter. Henviser ønsker tettere dialog med spesialisthelsetjenesten og felles forståelse av pasientens problemer. Samhandling i praksis rundt pasientens behov er et tema som spesialisthelsetjenesten bør se nærmere på i henhold til mine informanter.

4.4 Bør dialogmeldinger suppleres med andre IKT løsninger for å bidra til bedre kommunikasjon?

4.4.1 Bedre samhandling med faste møter

Etter gjennomgang av intervjuer med mine informanter synes bedre samhandling å være et område som kan forbedres både for å få bedre henvisninger og samhandling gjennom hele pasientforløpet. Et område som det bør fokuseres på, er møteplasser for aktørene slik at de kan diskutere felles utfordringer og bli kjent med hverandre. Det å kunne møtes en gang i blant kan være et virkemiddel for bedre kommunikasjon og samhandling under hele pasientforløpet.

Informanter beskriver at det å møtes gir en plattform for bedre samhandling og dialog, noe som de beskriver slik:

Det blir lettere å samhandle hvis en har møttes i et møte

“Tiltak som vi har gjort er møter med legekontorer. Vi har fått så mye igjen for å møtes, det trengs ikke være så ofte. Men at vi har ansikter på folk vi samhandler med, vi har hørt spesifikt hva dem er fornøyd med og ikke er fornøyd med.»

Lettere å samarbeide hvis en har mer kontakt med hverandre:

«Jeg vil tenke at det er mulig å utvikle en tettere samarbeid omkring pasientene dersom fagpersonell fra primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste har mer kontakt.

Det kan være greit at man kjenner hverandres ansikter mer enn som en side på en web side. Jeg ser at når jeg ringer til sykehuset for å snakke med en kollega så sier vedkommende hei og takk for siste hvis har truffet hverandre i et møte.»

Møter er gode tiltak:

«Før fastlege ordningen kom hadde man et møte en eller to ganger i året mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger og kommunehelsetjenesten. Dette møte ble nedprioritert og forsvant. Hvordan kan man reaktivere dette vet jeg ikke, jeg vet at det har vært et kurs om depresjon, der spesialisthelsetjenesten inviterte samarbeidspartnere. Dette var et veldig godt tiltak og dette kunne vi hatt mere av»

Spesialisthelsetjenesten bør ha mer utadrettet virksomhet:

«Spesialisthelsetjenesten bør bli mer aktiv på å dra ut å gjøre vurderinger sammen med fastlegen eller lokalt hjelpeapparat. Eller at man i større grad kommuniser på telefon eller videokonferanse.»

4.4.2 Bruk av henvisningsmaler

Spesialisthelsetjenesten er ganske tydelig på at mer bruk av henvisningsmaler¹⁸ kan forbedre kvaliteten på henvisninger og kanskje dermed unngå prosessen med innhenting av tilleggsinformasjon. Informanter innenfor spesialisthelsetjenesten sier det slik:

¹⁸ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/henvisningsveileder>

Viktig med maler for å få tilstrekkelig informasjon, men har ikke tro på dette vil skje:

«Fastlegen må i mye større grad bruke godkjente maler som foreligger fra sentralt hold. Slik at de kan få med tilstrekkelig informasjon med legens vurdering og hvorfor spesialisthelsetjenesten skal se på det. Hvis det skulle være helt optimalt så skulle det være slik, men det kommer det ikke til å bli. Da må man ty til alternative kommunikasjonsveier, f.eks dialogmeldinger, ringer.»

Det er viktig med maler for at henviser skal tenke gjennom, hvorfor han/hun bør henvise og hva som bør være med i henvisningen:

«Hvis legene var flink til å bruke de malene som finns og tenkt igjennom hva som skal stå under hver overskrift, hva skal stå her, Hvis den som skal ta imot henvisningen skal skjønne hva det er jeg vil. Hvorfor har jeg skrevet inn denne informasjon og hva er sluttvurderingen i forhold til å sende den til spesialisthelsetjenesten. Da hadde nok flere henvisninger ikke blitt sendt fordi da hadde de skjønt at dette ikke er noe å sende til spesialisthelsetjenesten.»

Henviser på sin side er tydelig på at de ikke ønsker maler og vil hovedsakelig skrive i fritekst noe som en informantene uttrykker på disse måter.

Ønsker fritekst men ser også at beslutningsstøtte hadde vært fornuftig å ta bruk:

«Fastleger ønsker fritekst. Det kunne poppe opp tips om hva som er vanlig å ta med i en henvisning. Beslutningsstøtte vil være mer fornuftig enn at man skal tenke seg at fastlegene skal lære seg prioriteringsveilederne eller henvisningsveiledere, dette går ikke an.»

Ønsker å skrive fritekst:

«Det er veldig viktig med måten jeg skriver på. Men hvorfor skal det være slik at jeg må skrive på et visst sett for å få inn en pasient. Og ikke kunne skrive slik jeg vil fritt, mer fritekst henvisninger.»

Ønsker å bruke sin erfaring:

«I praksis når jeg skriver en henvisning så bruker jeg den erfaring jeg har opparbeidet og skriver en fritekst i henvisningsmalen.»

Informantenes ønske om bruk av fritekst støttes av legeforenings IT- utvalg som mener at fritekst bør kunne implementeres i en strukturert journal.

«Når fritekst fortsatt er en viktig del av journalføring skyldes dette nok ikke primært at leger er en faglig konservativ gruppe eller generell motstand mot forandringer, men først og fremst at leger ønsker å benytte det verktøy man finner mest hensiktsmessig for sin primære oppgave – å yte helsehjelp til pasienten. Ønsket om å ha pasienten i fokus bør i minst mulig grad påvirkes av omgivelsenes ønske om sekundærbruk av journaldata[49]».

Informantene beskriver at informasjonsflyten mellom henviser og spesialisthelsetjenesten ofte er dårlig, henviser skriver dårlige henvisninger og spesialisthelsetjenesten gir lite tilbakemeldinger noe som også støttes i artikkelen av Durbin et al [35].

“However, information continuity between PCPs and MH specialists is often poor. In survey and focus group studies, primary care providers have reported a lack of feedback from psychiatrists^{1,8} who, in turn, cite receiving inadequate medical and treatment history and a lack of clearly stated expectations when a consultation is requested[35]”

Selv om henviser ikke ønsker å forholde seg til maler, så viser forskning at bruk av maler kan øke henvisningskvaliteten som Wåhlberg[38] skriver i sin forskning.

4.4.3 Fra fritekst til strukturert informasjon og henvisningsmaler med beslutningsstøtte (CDS)

Mange allmennleger er skeptisk til henvisningsmaler. Friheten å bruke ens egne ord vurderes høyt. Utvikling og implementering av nye anbefalinger, retningslinjer, eller maler for å henvise bør gjøres i samarbeid mellom sendere og mottakere av henvisninger[34].

Beslutningsstøtte og nasjonale henvisningsveiledere er lite kjent blant mine informanter og de uttrykker skepsis til å forholde seg til slike systemer. De beskriver det på denne måten:

Har ikke noe erfaring med beslutningsstøttesystemer og er redd for at slike systemer skal bli for byråkratiske.

«Det blir vanskelig å svare på når man ikke har dette i systemet. For dette kan bli byråkratisk, for det kan føles som om en byråkrat som har tenkt på dette, for det er ikke praktisk gjennomførbart. så kan man ikke trykke på knappen for å få det sendt før noen ting er utfylt. Og da fyller man bare i det før at det skal fylles ut og da blir det ikke bra.»

Kjenner ikke til beslutningsstøttesystemer.

«Nei dette vet jeg ikke noe om. Har aldri vært borti et beslutningsstøttesystem»

Beslutningsstøttesystemer er ukjent.

«kjenner ikke til beslutningstøtte systemer.»

Noen informanter mener at beslutningsstøtte hadde vært greit hvis det var implementert i deres systemer.

Hadde gjerne brukt beslutningsstøttesystemer hvis de hadde tilgang til det.

«... dette hadde jeg veldig gjerne brukt. Men kort sammenfattet jeg vil ikke ha noe tekst som jeg må scrolle meg gjennom, det fungerer ikke. Jeg må ha det her og det her og så ferdig.»

Denne informanten er tydelig på at han ønsker beslutningsstøttesystemer.

«At spesialisthelsetjenesten har muligheter til å innhente supplerende opplysninger gjør at prioritering blir mer riktig og at henvisning blir avvist på uriktig grunnlag. Beslutningsstøtte verktøy i fastlegens journal hadde vært fornuftig. I stedet for at vi må lese henvisningsveiledere om hva som skal være med i en henvisning, dette kunne heller poppe opp. Er det depresjon så kunne det komme opp at dette er viktige ting som må være med i henvisningen. Beslutningsstøtte vil være mer fornuftig enn at man skal tenke seg at fastlegene lære seg prioriteringsveilederne eller henvisningsveiledere, dette går ikke an»

Noen av mine informanter kunne ønsket beslutningsstøtte ved henvisning. Det finnes allerede veldig mange retningslinjer og huskelister for henvisninger, men disse har man ikke for hånden når man trenger dem. Fastleger som jeg har intervjuet synes det er vanskelig å vite hva spesialisthelsetjenesten trenger for å kunne prioritere riktig. Utformingen av selve henvisningen vil være viktig, men her var det stor variasjon i hva informantene foretrakk, fritekst vs. avkryssninger, for eksempel. De fleste var svært skeptiske til obligatoriske felter.

4.4.4 Oppsummering

Hovedfunnene viser at dialogmelding kan brukes som et supplement i kommunikasjon mellom spesialisthelsetjenesten og henviser. Men informantene mener at dialogmelding stort sett bare vil være egnet til korte konkrete meldinger.

Jeg vil nå videre drøfte om dialogmelding kan gi bedre samhandling mellom henviser og spesialisthelsetjenesten ut fra min empiri sett i lys av de opplistede teorier.

5.0 Diskusjon

Mine funn tyder på at det er mulig å ta ut gevinster innenfor elektronisk meldingsutveksling. Men for å få full utnyttelse av dette vil det kreve at all helseinformasjon er tilgjengelig i den elektroniske pasientjournalen og at alle aktører som bidrar i pasientforløpet samhandler elektronisk. I en undersøkelse om kostnader og gevinster[50] sier aktørene at de har god nytte-effekt av elektronisk samhandling. I samme undersøkelse blir det vist til at for å få full gevinst av meldingsutvekslingen må volumet på antall meldinger økes. Gjennomgang av nasjonale dokumenter viser at IKT-systemene har i liten grad vært preget av helhetstenkning. Dette har resultert i mange forskjellige fagsystemer, som ikke godt nok støtter et helhetlig pasientforløp og samhandling på tvers av virksomheter og tjenestenivåer.

Jeg vil i her diskutere mine funn opp mot forskningsspørsmålene:

- Kan henviser bruke dialogmelding for å innhente informasjon i forbindelse med en henvisning?
- Kan informasjon mellom henviser og spesialist foregå bare med meldinger og støtter IKT verktøy denne asynkrone samhandling godt nok?
- Bør dialogmeldinger suppleres med andre IKT løsninger for å bidra til bedre kommunikasjon?

Diskusjonen omfatter fem områder som: faglig dialog, bruk av e-meldinger, samhandling, henvisningskvalitet og diskusjon av IKT løsninger som kan bidra til bedre kommunikasjon og

henvisninger. Årsaken til at disse områdene fremheves i diskusjon er at disse områdene ble fremhevet som problemområder i mitt materiale.

5.1 Faglig dialog

Informantene beskriver at de ikke søker så mye råd i forkant av utsendelse av en henvisning og at bruk av dialogmelding ikke er hensiktsmessig nok for å innhente råd og veiledning når fastlegen ønsker å diskutere en pasientsak med spesialisthelsetjenesten. Innenfor psykisk helse synes det som om behovet for direkte kommunikasjon er viktig for å diskutere vanskelige pasientsaker. Thorsen et al.[34] beskriver at henviser ønsker en god dialog og henvisningen blir derfor en invitasjon til å ta felles ansvar for pasienten. Dette støtter opp om mine egne funn som viser at fastlegene ønsker en felles forståelse av at pasienten trenger helsehjelp, og når de henviser så søker de råd og trenger spesialisthelsetjenesten for å kunne gi utfyllende helsehjelp til pasienten. Thorsen et al.[34] sier videre at kommunikasjonsprosessen bør være interaktiv og balansert for å oppnå en god dialog.

«We found that GPs expressed positive attitudes to the professional relationship with hospital specialists. They described the referring as a learning process. This interactive process should be balanced and mutual. The respect for each other 's work situation is mandatory for balanced communication.[34]»

Funnene mine viser at henviser ønsker en forklaring på hvorfor avslag blir gitt og det er ofte ikke dialog i forkant av et avslag. Når henviser får avslag på en henvisning inviterer dette ikke til en balansert kommunikasjon. Funnene viser også at henviser må ta kontakt med spesialisthelsetjenesten for å få en god forklaring på avslag og eventuelt komme med supplerende opplysninger. I noen tilfeller resulterer dette i en ny henvisning. Dette er en asymmetrisk kommunikasjon som kanskje heller burde vært symmetrisk som Thorsen[34] omtaler i sin artikkel. Innføring av dialogmelding kan kanskje bidra til å gjøre denne prosessen mer symmetrisk fordi partene kan bli mer likeverdige, slik Medby[30] viser til med innføringen av PLO-meldinger. Hovedfunnet her var at PLO-meldinger ga bedre kommunikasjon mellom hjemmesykepleiere og fastleger noe som tyder på at kommunikasjonen også ble mer symmetrisk.

Lenz og Reichert[29] sier i sin artikkel at for lite og manglende informasjon er blant de viktigste faktorene som fører til uønskede hendelser i behandling av pasienter. IKT støtte for helsetjenester har derfor et potensiale for å kunne gi nøyaktig og tidsriktig informasjon på det tidspunktet som en beslutning blir tatt. Lenz og Reichert[29] viser til at det er viktig å skille mellom organisatoriske prosesser og medisinsk behandling når en skal prøve å forstå prosessene i helsesektoren. Dette fordi IKT støtte for sistnevnte er vanskelig å understøtte, da den inneholder både taus og eksplisitt kunnskap som ikke kan automatiseres. Mens organisatoriske prosesser kan sies å være mer stabile prosesser som det vil være lettere å utvikle IKT systemer for.

I noen tilfeller er kommunikasjonen mellom pasient og lege vanskelig fordi psykiatriske pasienter kan ha problemer med å uttrykke hva de trenger hjelp til, noe som kan medføre lite informasjon i henvisningen og derfor en dårligere henvisning jf. mine funn. Bruk av elektroniske informasjonssystemer vil ikke hjelpe i disse tilfellene, da de ikke støtter taus og eksplisitt kunnskap [29]. Det blir derfor viktig å utvikle bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og henviser slik at de får en bedre felles forståelse av pasientens problemer. Thorsen[34] beskriver også i sin artikkel viktigheten av at fastlegene søker faglig dialog og de trenger spesialisthelsetjenesten for å kunne gi utvidet helsehjelp til pasienten. Og i mange saker er henvisningen en forespørsel om en «second opinion».

Regjeringen har tatt grep gjennom primærhelsemeldingen for å sikre at det innføres faglig dialog mellom henviser og spesialisthelsetjenesten og sier det slik:

«Det innføres en plikt til faglig dialog mellom fastleger/primærhelseteam og spesialisthelsetjenesten. Infrastruktur som moderne informasjons- og kommunikasjonsteknologi, må støtte en slik utvikling[5].»

I primærhelsemeldingen beskrives det også en utvikling av teamorganisering av helsetjenesten, noe som skal gi bedre dialog mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Gillies et al.[40] har i en Cochrane-oversikt sett på bruken av konsulterende kontaktperson (*consultation liaison*) i primærhelsetjenesten for mennesker med psykiske lidelser. Den viser at helsepersonell som samarbeider om pasienten på tvers av linjenivåene fører til bedre behandling fordi alle forsøker å følge behandlingen som er foreskrevet. Bruk av konsulterende kontaktperson ser ut til å være en modell som kan gi bedre

samhandling og dermed gi en bedre totaloversikt over pasientens problemer som omtalt i kapittel 4.3.4.

Mine funn kan tyde på at en henvisning kan sammenlignes med en «stafettpinne» hvor den som har stafettpippen må ta ansvaret for en faglig dialog. Denne henviseren uttrykte det slik:

«Prinsipielt er det vel viktig å få tilbakemelding om at det mangler informasjon i henvisingen før den avvises»

Mens en informant fra spesialisthelsetjenesten sa det slik:

«Noen må sette den i gang. Og fastlegene tenker jeg ofte, de føler at de har gjort sitt når de har henvist. Hvis det skal bli noe mer, må vi ta initiativ. Eller hvis det var en enkel kommunikasjonsmåte ville kanskje fastlegen litt lettere på forhånd, kunne ha sendt en melding i forkant av en henvisning og si at han lurte på sånn og sånn, hva trenger dere og hva må jeg gjøre først.»

Etter avslag på henvisningen blir «stafettpippen» sendt tilbake til henviser som fortsatt beholder behandlingsansvaret for pasienten alene mens videre dialog med spesialisthelsetjenesten pågår. Informantene mener at dialogmelding vil være egnet for korte beskjeder og kan bidra til at spesialisthelsetjenesten får nok informasjon til å gjøre en riktig beslutning slik at henvisninger ikke blir avslått på feil grunnlag. Det kan derfor være mulig at dialogmelding kan bidra til bedre avklaring i de tilfeller det ikke kreves diskusjon før henvisningen sendes, slik at det ikke sendes unødvendige henvisninger som er å anse som en unødvendig tidstyv for begge instanser. En slik bruk av dialogmelding kan gjøre henvisningsprosessen mer symmetrisk[34] og henviser blir dermed mer delaktig i denne prosessen. Dialogmelding er enda ikke innført som et verktøy for kommunikasjon. For å finne mer ut av dette mener Martinussen[33] at det er behov for å øke kunnskapen om hvordan kontekstuelle, institusjonelle og profesjonelle faktorer påvirker henvisningskvaliteten. Med det mener han at alle disse faktorene må ses i en sammenheng når det gjelder kommunikasjonsflytens påvirkning i en henvisningsprosess.

Oppsummert viser mine funn med støtte av teori at det er nødvendig med en god faglig dialog mellom henviser og spesialisthelsetjeneste i henvisningsprosessen for å sikre at pasienten får den nødvendige helsehjelp han trenger fra riktig behandlingsnivå. I denne prosessen ser det ut

til at dialogmelding kan være et nyttig bidrag når det gjelder avklaring innenfor mindre problemområder.

5.2 Bruk av e-meldinger

IKT systemene er i stor grad utviklet for informasjonsutveksling og dokumentasjon internt i sykehusene. PLO meldinger som er utviklet de siste årene ivaretar noe av informasjonsbehovet som er til stede mellom sykehus og kommunehelsetjenesten for innlagte pasienter. Melby et al.[31] viser til at samhandling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten er blitt bedre etter innføring av PLO meldinger. Bakgrunnen for dette er at e-meldinger som samhandlingsverktøy støtter arbeidsflyt, informasjonsutveksling og kommunikasjon. Dette er ulike samhandlingsprosesser som krever ulike teknologiske løsninger for å gi støtte til helsepersonell i deres arbeid.

“We argue that technology support for collaboration can be understood from the collaboration ideas embedded in the technology (workflow, information exchange, communication). We analyze the e-messaging system from these three perspectives and show that its relative success is a result of how the system supports all three ideas of collaboration.[31]”

De viser til at e-melinger støtter alle disse prosessene og de har også fått tilbakemelding om at brukere ser fram til et meldingssystem som er komplett utbredd og hvor flere aktører kan delta.

“They are better informed at all phases of the patient trajectory than before the introduction of e-messaging, and they are able to communicate with each other in a simple way. That said, since the system was in a pilot phase, users were looking forward to the full-scale implementation of the system so that all collaborating partners would use e-messaging. This would eliminate the need for parallel systems (faxing to some and emessaging to others), and it would also give staff more experience in using the system, thus making them more confident users[31]”.

Melby et al [30] viser videre til at PLO-meldinger ga bedre kommunikasjon mellom hjemmesykepleiere og fastleger. Og i mine funn etterlyses dette og blir sagt slik av en informant:

«jeg har i mange år etterlyst muligheten for dialog, så jeg stoler på at det er en god ide og at den må implementeres»

Innføring e-meldinger for polikliniske pasienter kan være med på å gjøre e-meldinger mer komplett for alle aktører. Lyngstad et al. [32] viser til et eksempel om bruk av medikamentliste ved bruk av e-meldinger. Ved at legene på en enkel måte kunne sende oppdaterte medikamentlister til sykepleierne kunne de i neste omgang på en rask og effektiv måte effektivt medisin til riktig tid og sted for pasienten. Dette bidro til å styrke samarbeidet mellom sykepleierne og kommunelegene. Innføring av dialogmeldinger for polikliniske pasienter ville være en glimrende samhandlingsmåte for både henviser og spesialisthelsetjeneste som i eksemplet om oppdatert medikamentliste. Her kunne begge aktører på en enkel måte utveksle informasjon.

Når det er sagt viser også Medby et al til at PLO meldinger har sine begrensninger. Det er et godt verktøy når det gjelder korte beskjeder mellom aktørene der det ikke er behov for diskusjon og drøfting av pasientsaker. Kommunikasjonsprosessen i et poliklinisk pasientforløp viser at det også er behov for dialogmelding men dialogmelding kan ikke støtte denne prosessen fullt ut. Telefon vil fortsatt være et viktig kommunikasjonsmiddel. Kommunikasjonsprosessen i poliklinisk pasientforløp bør lages i et sosio-teknisk perspektiv noe jeg vil diskutere senere i kapittelet.

Jeg har i mine empiriske data fått en forståelse av at kommunikasjonsprosessene mellom henviser og spesialisthelsetjenesten kan fremstå som kompleks i arbeidsflyten. Dialogmelding vil ikke dekke hele behovet for kommunikasjon og spesielt hvis en ønsker gode henvisninger. Et spørsmål da blir om telefonisk kontakt kan bidra til å dekke behovet mer fullstendig. Thoresen et al.[34] skriver i sin artikkel at utilgjengelighet på telefon hindrer faglig dialog, men det er viktig at spesialisthelsetjenesten ringer henviser for mer informasjon og for å oppklare misforståelser. De mener også at dialogmeldinger kan erstatte slike telefonsamtaler i mange tilfeller.

«Having specific advice for further investigation or treatment is considered a useful learning process. The hospital doctor calling the referring GP to ask for more information about a patient is perceived as desirable. It can clear up misunderstandings, and give the patient higher priority. Electronic messaging

is expected to replace many such calls. Inaccessibility by phone may be a mutual obstacle for professional dialogue.[34]”

Funnene mine viser at det er vanskelig for partene å finne et felles møtetidspunkt på telefon. Men når de treffes på telefon så har de en god dialog. Informantene mener dialogmeldinger kan brukes ved korte beskjeder med konkret innhold og kan erstatte noen telefonsamtaler.

Melby & Hellesøy[30] beskriver at kommunikasjon med e-meldinger kan både ha ønskede konsekvenser, uønskede og ønskede utilsiktede konsekvenser. Kommunikasjon mellom hjemmesykepleiere og kommuneleger ble forbedret og det ble en mer faglig likestilling mellom disse parter ved bruk av e-meldinger. Utvikling av dialogmeldinger i et poliklinisk pasientforløp kan også tenkes å få en slik effekt mellom de aktørene som tar i bruk denne dialogmeldingen. Og på denne måten kan det gi en bedre samhandling mellom henviser og spesialisthelsetjenesten for å ivareta pasientens behandlingsbehov.

Oppsummert viser bruken at elektroniske meldinger som kommunikasjonen mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren er økende. Dette er fulgt opp i Nasjonalt meldingsløft[1] som skal bidra til sterkere trykk på utbredelsen av samhandlingsløsninger. En utfordring for innføring av meldingsutveksling er at anskaffelse og bruk har vært frivillig hos aktørene og det har heller ikke vært stilt krav til bruk av nasjonale standarder. Ved etablering av elektronisk meldingsutveksling mellom to eller flere aktører må det skje en samtidig innføring i alle virksomhetene som skal utveksle meldinger seg imellom. Uten dette er det vanskelig å få full utbredelse og full effekt av meldingsutveksling. Nasjonal strategi [46] viser til at dette forutsetter krav om bruk av standardisert elektronisk kommunikasjon. Hvis ikke vil det kunne ta lang tid før alle kommunikasjonspartnere tar i bruk meldingsutveksling. Derfor blir dette en viktig jobb som må gjøres før innføring av dialogmelding i et poliklinisk pasientforløp. Både Medby et al og egne funn tyder på at det bør satses på utvikling av dialogmeldinger mellom henviser og spesialisthelsetjenesten som kommunikasjonsmiddel og spesielt synes dialogmelding å være egnet for korte beskjeder i et pasientforløp. Når dialogmelding ikke understøtter henvisningsprosessen fullt ut kan være den ikke støtter synkron kommunikasjon som er en av anbefalingene i Sitting et al.[26] sosio -tekniske modell.

5.3 Samhandling

Spesialisthelsetjenestens utfordring er at kvaliteten på henvisningene fortsatt er mangelfulle jf. mine funn. Dette støttes av Martinussen[33] undersøkelse som viser at bare 16.5% av henvisningene av god nok kvalitet for spesialisthelsetjenesten. Dette medfører et behov for informasjonsinnhenting noe som kan være både en tid- og resurskrevende prosess.

Informantene beskriver mange ulike måter å innhente informasjon på som vist i figur 9 og viser kompleksiteten når det må innhentes tilleggsinformasjon. Informasjon innhentes stort sett ved å ringe andre aktører og i noen tilfeller må pasient/pårørende innkalles slik at spesialisthelsetjenesten får nødvendig tilleggsinformasjon. Spesialisthelsetjenesten ber også henviser om å gjøre en jobb med å innhente informasjon og i mange tilfeller blir pasienten brukt som budbringer for denne jobben. En informant sa det slik:

«Det er mange pasienter som ikke klarer å ta ansvar for informasjonsflyten. Dette gjelder også for kommunikasjon mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten hvor spesialisthelsetjenesten ber pasienten om å dra tilbake til fastlegen for å gjøre en somatisk undersøkelse. Så vet spesialisten ingenting om hvilken informasjon fastlegen får fra pasienten. Her kunne dialogmelding ha vært til stor nytte. Man kan risikere at pasienten glemmer å dra til fastlegen eller glemmer det av, eller fastlegen ikke skjønner hva pasienten snakker om. Så blir det ikke gjort det som skulle gjøres og så kan det vise seg at pasienten har en uoppdaget sykdom av et eller annet slag. Hvem blir dette sitt ansvar? Dette er en ordentlig bakdel med det systemet vi har i dag. Det er også vanskelig for spesialisthelsetjenesten og innhente tilleggsinformasjon på en enkel måte».

I dette eksemplet på bruk av pasient som budbringer viser det at dialogmeldinger kan være bedre egnet som kommunikasjonsmiddel og ville vært en mer forsvarlig måte å overføre informasjon på.

Mitt forskningsmateriale viser at bedre samhandling vil være et område som kan forbedres både for å få bedre henvisninger og for oppfølging av pasienten gjennom det totale behandlingsforløpet. Et område som det bør fokuseres på, er faste møtetidspunkter for aktørene slik at de kan diskutere felles utfordringer og dermed bli bedre kjent med hverandre. Dette kunne for eksempel skje ved faste møter med fastlegene eller gjennom faste innringetider mellom legene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det å kunne møtes en gang i blant kan være et virkemiddel for bedre

kommunikasjon og samhandling under hele pasientforløpet og gjøre terskelen lavere for å ta gjensidig kontakt med hverandre. Jeg støtter meg til Martinussen[33] som også beskriver at møter mellom henviser og spesialisthelsetjenesten kan være nyttig for å få bedre kvalitet.

«This study suggests that specialist training in general practice and regular meetings between hospital physicians and GPs may improve referral quality and cooperation.[33]»

Martinussen[33] sier videre at dårlig kommunikasjon mellom sykehusleger og fastleger ofte er betraktet som hovedårsaken til koordineringsproblemer, noe som medfører dårlig kvalitet på henvisningene. Mine funn kan tyde på at dårlig kommunikasjon kan henge sammen med at dagens IKT verktøy ikke støtter kommunikasjonsbehovet fordi henviser ikke kan svare på meldinger og henviser kan heller ikke sende en melding til spesialisthelsetjenesten for å søke råd. Men funnene tyder på at begge parter har tro på at dialogmelding kan brukes som kommunikasjonsmiddel for å gjøre samhandlingen bedre.

Thorsen et al.[34] gjør oss oppmerksom på at fastleger også henviser for å få en «second opinion» eller et ønske om gjensidig ansvar for pasientbehandlingen.

“Referring is not a simple mechanical process, but a complex interaction influenced by different factors. We found that GPs are using the referral letter for different purposes: a request or requisition for a special diagnostic assessment or medical treatment that the GP cannot perform him/herself for his/her patient, an invitation to have a second opinion on a clinical problem, and a wish for mutual responsibility for the medical handling of a patient[34]”.

Også mine funn viser at henviser ønsker gjensidig ansvar for pasientbehandlingen og et tettere samarbeid og felles forståelse av pasientens problemer. Når henviser søker hjelp hos spesialisthelsetjenesten så søker de hjelp fordi de mener pasienten har behov for utvidet helsehjelp som fastlegen ikke kan gi. Denne forståelsen synes de ikke er gjensidig hos spesialisthelsetjenesten. Thorsen et al.[34] sier at mange av legene uttrykte en følelse av at henvisningsprosessen er asymmetrisk og forholdet mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger ble beskrevet som top-down. Det faktum at en henvisning kan bli avvist gir en følelse av at dette ble gjort pro-forma og ikke som ekte dialog. Det å få en henvisning tilbake med et avslagsbrev som indikerer lav kvalitet eller manglende informasjon ble av mange

betraktet som ydmykende. Funnene viser at fastlegene ofte tar kontakt med spesialisthelsetjenesten for å diskutere saken og med spørsmål om hvorfor de fikk avslag. De ønsker å komme i dialog for å vite årsaken slik som denne informanten uttrykker det:

«Som regel står det at pasienten ikke har rett til helsehjelp, det er svaret man får. Det har sjeldent vært en utfyllende tilbakemelding på henvisningen. Dette synes jeg er ganske frustrerende»

Informantene beskriver at de stort sett bruker telefon når de ønsker å kontakte hverandre for å diskutere pasientsaker og dialogmeldinger slik tidligere nevnt kan supplere slike kontakter når det gjelder korte enkle beskjeder. De ønsker også mer direkte kommunikasjon som for eksempler mer møter hvor de kan treffes for å diskutere. Dette støttes også i et scoping review[39] av Winpenny hvor telefon og e-post ble funnet som gode tiltak for å forbedre henvisningsprosessen. Det nye i dette studiet er at også flytting av spesialister til primærhelsetjenesten for et felles ansvar for behandling av pasienter kan være pedagogisk lærende for fastlegen. E-post kan i dette tilfelle erstattes med dialogmelding som er en sikker form for overføring av pasientinformasjon mellom henviser og spesialisthelsetjenesten.

«There is evidence of reduced referrals when the specialist (doctor or nurse) carries out joint clinics with a GP with a special interest or provides educational input in some other way[39].»

Oppsummert kan en si at spesialisthelsetjenesten er avhengig av gode henvisninger for å ivareta pasienten og henviser trenger hjelp og bistand fra spesialisthelsetjenesten for å kunne behandle pasienten. Målet er å gi pasienten den helsehjelp han har krav på. Mine funn kan tyde på at det er behov for en mer omforent forståelse av pasientens problemer. Utfordringen er at tjenestenivåene skal samhandle bedre og dette kan oppnås med bedre dialog og gode kommunikasjonsløsninger. Dette beskrives også i nasjonale føringer som «En innbygger - én journal[41]» der det blir lagt vekt på økt bruk av strukturerte data for å gjøre samhandlingen enklere, men det må også tas hensyn til brukernes behov.

5.4 Henvisningskvalitet

Funnene mine tyder på at det er henvisninger med dårlig kvalitet og at henviser ikke er sikker på hva som er nødvendig informasjon i en henvisning. Taus og eksplisitt informasjon er også vanskelig å formidle i en henvisning noe som kan bidra til dårlig henvisningskvalitet.

Forskrift om fastlegeordning i kommunene[51] fastsetter at henvisninger skal inneholde nødvendig informasjon slik at pasienten får forsvarlig helsehjelp. Den skal også bidra til god samhandling mellom nivåene.

*«§ 24. Henvisningspraksis
... Fastlegenes henvisninger til spesialisthelsetjenesten skal støtte faglig riktig oppgavefordeling og god samhandling mellom behandlingsnivåene i tråd med lov, forskrift og lokale samarbeidsavtaler, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 6-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e andre ledd. Henvisningen skal gi nødvendig informasjon slik at pasienten kan få god og forsvarlig behandling...[51]».*

Når det gis avslag på henvisninger fra spesialisthelsetjenesten gis det ofte råd/anbefalinger om hva pasienten syntes i behov av fra primærhelsetjenesten ut fra beskrevet informasjon i henvisningen. Mine funn tyder på at det er behov for en god og løpende dialog før avslag gis.

Dette støttes igjen av Hartveit[37] som skriver i sin doktoravhandling at hovedårsaken til uheldige hendelser i spesialisthelsetjenesten er utilstrekkelig informasjonsoverføring mellom helsepersonell og at henvisningen fortsatt mangler vesentlig informasjon. Hun foreslår i sin avhandling at en god henvisningsmal kan bidra til bedre henvisninger og kommer med et forslag på hvordan denne skal se ut.

Wåhlberg[38] har også i sin artikkel skrevet om henvisningsmalers effekt på kvaliteten på henvisninger og har lagd en henvisningsmal for noen diagnosegrupper innenfor somatikk. Denne undersøkelsen viste at det var signifikante forbedringer i henvisningskvalitet når henviser brukte malene. Forfatteren mener at henvisningsveiledere må være forankret i pasientjournalen for å sikre gjennomføringen nasjonalt.

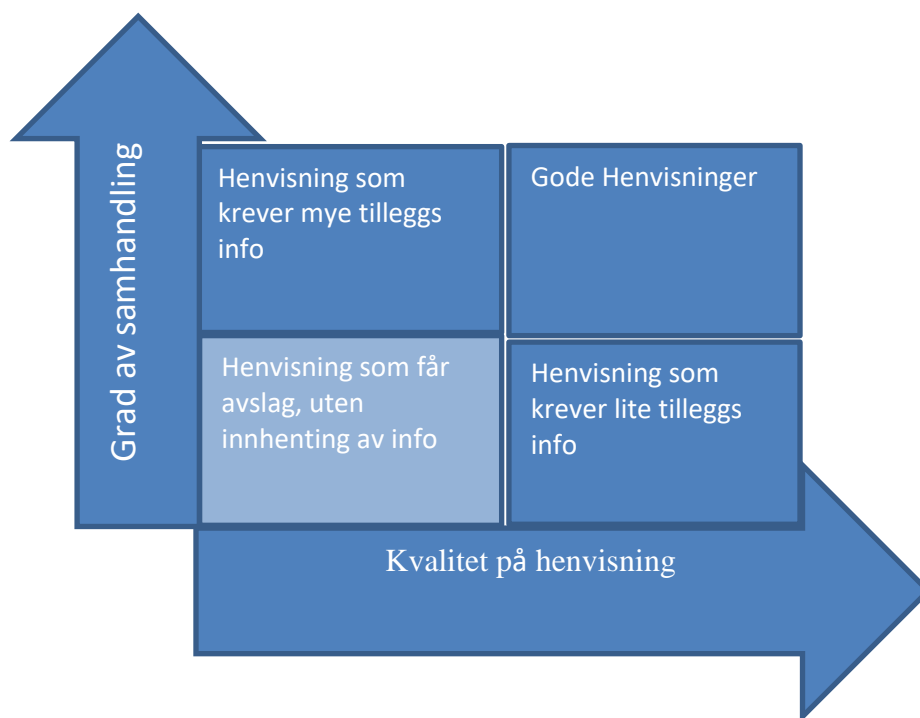
I Norge har vi bare en nasjonal standard for henvisninger jf. kapittel 1.6. For å implementere slike veiledere for ulike fagområder vil dette kreve en gjennomgang av nasjonal standard for henvisninger.

I en artikkel av Durbin et al.[35] ser de på kvaliteten av kommunikasjon mellom primærhelsetjenesten og psykisk helsevern hvor de ser på bruken av henvisninger og

epikriser. Studiet resulterte i at de ble lagd nye retningslinjer for henvisninger. Bruken av disse retningslinjene viste at de heller ikke påvirket kvaliteten på henvisingene til noe bedre innenfor psykisk helsevern. Studiet konkluderte med at det ble antatt at henvisningspraksis ofte blir mer påvirket av samhandlingsprosessen mellom kollegaer enn av retningslinjer.

Slik det ser ut for meg kan det synes som en henvisningsmal ikke vil hjelpe i alle tilfeller innenfor for psykisk helsevern. Dette fordi henviser ikke alle ganger er sikker på hva han bør beskrive i en henvisning, da det i noen tilfeller kan være en utfordring å få nok informasjon fra psykiatriske pasienter f.eks. ved en alvorlig depresjon. Andre ganger trenger henviser hjelp fra spesialisthelsetjenesten til å sette ord på sine kliniske inntrykk av pasienten, slik at han får dette skriftlig presentert i en henvisning. Og under en slik samhandlingsprosess kan en komme frem til at spesialisthelsetjenesten er den riktige adresse eller ikke. Noe av dette har også mine informanter beskrevet.

Jeg vil oppsummer denne delen av drøftingen omkring henvisningskvalitet ved å vise til nedenfor stående figur 8 som billedlig oppsummerer kompleksiteten. Noe av problemene med dårlige henvisninger som fremkommer i mitt forskningsmateriale er at det kan være en sammenheng mellom gode henvisninger og graden av samhandling. For å oppnå gode henvisninger krever dette en høy grad av samhandling med mellom aktørene. Figur 8 under prøver å vise en sammenheng mellom grad av samhandling og kvalitet på henvisning.



Figur 8 sammenheng mellom grad av samhandling og kvalitet på henvisning.

Derneft vil jeg si at henvisningskvaliteten vil være avhengig av en kontinuerlig prosess som krever høy grad av samhandling mellom aktører der målet må være gode henvisninger. Løsningen på dette kan være å se på sosio-tekniske løsninger fordi det handler om å lage IKT systemer som støtter opp om faglige dialoger omkring pasienter. Til dette kreves det mer enn dialogmeldinger og maler. Nedenfor vil jeg diskutere IKT løsninger som kan bidra til bedre henvisninger.

5.5 Diskusjon av IKT løsninger som kan bidra til bedre kommunikasjon og henvisninger

Det er viktig å kartlegge hva som er behovet før en kan beskrive gode løsninger til forbedring av IKT- systemer og e-helsetjenester. Etter en gjennomgang av mitt forskningsmateriale og med støtte i teori mener jeg at det er to IKT-systemer som kan utvikles for å gi bedre støtte til samhandling mellom henviser og spesialisthelsetjenesten i tillegg til dialogmelding. Det ene omhandler beslutningssystemer og det andre kommunikasjonsløsning for henvisninger.

Beslutningsstøttesystemer

Ved utfylling av en henvisning kan beslutningsstøttesystemer hjelpe henviser til å gi de rette opplysningene til spesialisthelsetjenesten slik at de kan avgjøre om pasienten har rett på helsehjelp og med fristgaranti. Dette er også omtalt i Stortingsmelding «En innbygger -en journal[41]».

«Helsepersonell, på tvers av nivåer og profesjoner, trenger brukervennlige IKT-verktøy som også gir enkel tilgang til oppdatert kunnskap og beslutnings- og prosessstøtte[41]»

Beslutningsstøtte og nasjonale henvisningsveiledere er lite kjent blant informantene og de uttrykker skepsis til å forholde seg til slike systemer, men noen kan tenke seg å ta dem i bruk hvis de blir utviklet, viser mine funn.

For at henviser skal få hjelp med å gi de rette opplysningene, er det viktig at beslutningsstøtte blir integrert i journalsystemet. Det bør fremgå tydelig hvilke krav om nødvendig informasjon som kan stilles til henviser. Dette for at spesialisthelsetjenesten skal få nødvendig informasjon for å kunne avgjøre om pasienten har rett på prioritert helsehjelp og med fristgaranti.

Ved utvikling beslutningsstøttesystemer har Kawamoto[28] et al (28) påvist tre faktorer som er viktig ved innføring av beslutningsstøtte:

- Automatisk beslutningsstøtte må være tilpasset klinisk arbeidsflyt.
- Tydelige faglige anbefalinger med innsyn for pasienter.
- Periodisk tilbakemelding til kliniker hva angår kvalitet, herunder krav om å redegjøre for avvik fra faglige anbefalinger.

Disse faktorer inngår også i den sosio-tekniske modell som ble beskrevet i kapittel 3.1. Ved å utvikle et beslutningsstøttesystem som ivaretar disse faktorene samt de sosio-tekniske anbefalinger vil en kunne få et beslutningsstøttesystem som kan understøtte henvisningsprosessen.

Kommunikasjonsløsning for henvisninger

Sosio-tekniske IKT løsninger tror jeg vil kunne bidra til bedre samhandling mellom henviser og spesialisthelsetjenesten. Ved å gjennomføre anbefalingene til Sitting et al.[26] vil en

kunne få en god kommunikasjon i en henvisningsprosess. For å forbedre denne prosessen har de foreslått en modell med 10 anbefalinger. Nedenfor er de vist skjematisk oppsummert.

Oppsummering av anbefalinger og deres relasjon til sosio-tekniske dimensjoner

Anbefaling	Primær Sosio-teknisk Dimensjon
1. Inkluderer sanntid kommunikasjon funksjoner for kliniker til kliniker som en del av henvisningssystemet.	Programvare & Maskinvare
2. Design og bruke elektroniske standardiserte henvisningsmaler som inkluderer både strukturert og fritekstfelt.	Menneske - maskin grensesnitt
3. Elektroniske henvisninger må være utformet for å forhindre henvisninger uten grunnlag for henvisning.	Klinisk innhold
4. Ta med henviser og spesialisthelsetjenesten for å utvikle henvisningsretningslinjer for inkludering i elektronisk henvisning system.	Mennesker
5. Integrer pasientkommunikasjon i den elektroniske henvisningsprosessen.	Mennesker
6. Bruk automatisering til å forhåndsutfylle elektronisk henvisninger med pasientspesifikke data.	Arbeidsflyt & kommunikasjon
7. Ta i bruk elektroniske konsultasjoner.	Arbeidsflyt & kommunikasjon
8. Lukk kommunikasjonssløyfen ved å gi henvisningstatus og tilbakemeldinger som må integreres i arbeidsflyten.	Arbeidsflyt & kommunikasjon
9. Standardisere og vedlikeholde regler og prosedyrer for elektroniske henvisninger.	Organisasjon retningslinjer og prosedyrer
10. Overvåk henvisning kommunikasjon ytelse elektronisk.	Måling og overvåking

Jeg ønsker å se på punkt en fordi informantene beskriver det som viktig med god dialog for å kunne drøfte pasientsaker, noe som i dag ofte gjøres via telefon. Funnene tyder på at det er noen utfordringer når det gjelder bruk av telefon. Derfor bør det satses på å lage IKT systemer som støtter opp under sanntidskommunikasjon som f.eks. videokonferanser med mulighet for deling av informasjon. Videokonferanse løsninger for møtevirksomhet er i dag ganske utbredt, men det gjelder å ta disse systemene systematisk i bruk. Et slikt system vi gi støtte for diskusjon i vanskelig pasientsaker som er spesielt for psykiatrien. Dette vil være en formell informasjonskanal som kan bidra til å redusere antall unødvendige henvisninger. Thoresen et al. sier at:

“The number of inappropriate referrals can be reduced through postgraduate training and the establishment of formal and informal communication channels between GPs and hospital specialists.[34]”

Utfordringen med videokonferanser vil være den samme som for telefon, da hovedproblemet er å sette av et felles tidspunkt for en samtale. For å understøtte dette kan det lages en felles kalender hvor en kan bestille tid, eller spesialisthelsetjenesten kan ha et fast tidspunkt som er tilgjengelig for henviser. Slik det er i dag brukes det mye tid til å finne et felles treffpunkt. I henvisningsprosessen har vi i dag bare elektroniske henvisninger som IKT verktøy i denne prosessen. Ved en eventuell nasjonal gjennomføring av dialogmelding kan slike meldinger i tillegg støtte opp under en henvisningsprosess. Esquivel et al. sier:

“Electronic health records are increasingly being used to facilitate referral communication in the outpatient setting. However, despite support by technology, referral communication between primary care providers and specialists is often unsatisfactory and is unable to eliminate care delays. This may be in part due to lack of attention to how information and communication technology fits within the social environment of health care. Making electronic referral communication effective requires a multifaceted “socio-technical” approach.[26]”

Oppsummert har jeg forsøkt å rette et søkelys mot hvilke IKT løsninger som kan bidra til bedre samhandling totalt innenfor alle de fem områdene jeg har valgt å diskutere. Et system som skissert ovenfor kan komplementere henvisningsprosessen og bidra til mer effektiv kommunikasjon mellom henviser og spesialisthelsetjenesten.

6.0 Konklusjon

I følge samhandlingsreformen[2] skal det være mer samhandling mellom aktører i helsesektoren og elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på i sektoren. Mer samhandling krever også bedre informasjonsflyt mellom aktørene. Informasjon må følge pasienten, rett informasjon til riktig tid blir mer og mer viktig. Dette høres både riktig og viktig ut. Men mitt forskningsmateriale viser at ikke all kommunikasjon lar seg gjennomføre elektronisk. Dette er kanskje spesielt innenfor psykisk helsevern da henviser har kompliserte pasientsaker som de ønsker å diskutere med spesialisthelsetjenesten, og som må gjøres pr telefon.

Etter gjennomgangen av mine funn med påfølgende diskusjon kan jeg svare på mine forskningsspørsmål slik.

- **Kan dialogmelding brukes for å innhente informasjon i forbindelse med en henvisning?**

Dialogmelding kan brukes for å innhente/ sende informasjon som ikke omfatter henvisninger som krever omfattende drøfting av pasientsaker.

- **Kan informasjon mellom henviser og spesialist foregå bare med meldinger og støtter IKT verktøy denne asynkrone samhandling godt nok?**

Samhandling mellom henviser og spesialisthelsetjenesten vil kreve både en synkron og asynkron dialog og derfor kan ikke dialogmeldinger støtte denne samhandlingen godt nok uten støtte av andre løsninger.

- **Bør dialogmeldinger suppleres med andre IKT løsninger for å bidra til bedre kommunikasjon?**

Dialogmeldinger bør suppleres med løsninger for sanntidskommunikasjon. Faste møter mellom henviser og spesialisthelsetjenesten kan også bidra til bedre samhandling, noe som kan gjøres med videokonferanseløsninger.

Oppsummert viser de gjennomgåtte artikler og mine funn at dialogmelding har et potensiale for å støtte opp under samhandlingsprosessene mellom henviser og spesialisthelsetjenesten med unntak av pasientsaker som krever mer omfattende drøfting.

Litteratur

1. Helse direktoratet, *Nasjonalt meldingsløft Fra meldt behov til utbredelse av nye/endrede meldinger og nasjonale understøttende tjenester*, H. direktoratet, Editor. 2011.
2. Helse- og omsorgsdepartement, *St. Meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling - rett sted - til rett tid*. 2008.
3. KITH, *Elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren: Aktører og samhandlingskjeder – status og utfordringer, rapport 09/09*, KITH, Editor. 2009.
4. Helse- og omsorgsdepartement, *Meld.St. 16 Nasjonal Helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. 2010.
5. Helse- og omsorgsdepartement, *Meld.St.26 Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*. 2015.
6. Helse direktoratet, *Nasjonal handlingsplan for e-helse (2014 - 2016)*. 2014.
7. Nasjonal IKT, *God vilje - dårlig verktøy Om samhandling mellom sykehus og kommunale omsorgstjenester ved utskrivninger av omsorgstrengende eldre*. 2008.
8. Vestlandsløftet, *Vestlandsheftet Veileder for utbredelse av elektroniske meldinger mellom kommune, fastlege og helseforetak på Vestlandet*. 2013.
9. Norsk Helsenett SF, *Meldingsutbredelse i kommune helsetjenesten Sluttrapport Kommunal Utbredelse (KomUT)*. 2015.
10. Norsk Helsenett, *Meldingsutbredelse i kommune og helsetjenesten Statusrapport Prosjektet Kommunal utbredelse (KomUT)*. 2013.
11. KITH, *Retningslinjer for bruk av Pleie- og omsorgsmeldinger KITH-rapport 06/08: 2011*. 2011.
12. Helsedirektoratet, *Bruk av elektronisk henvisning og epikrise for allmennleger og helsepersonell i spesialisthelsetjenesten*. 2011.
13. KITH, *Standard for dialogmelding Informasjonsmodell og XML meldingsbeskrivelse*. 2006.
14. Forrest, C.B., *A Typology of Specialists' Clinical Roles*. Health care reform, 2009.
15. direktoratet, H., *ELIN psykolog – elektronisk samhandling for psykologer og psykiatere*. 2013.
16. Thorsen, O., M. Hartveit, and A. Baerheim, *The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators?* BMC Family Practice, 2013. **14:153**.
17. Nasjonal IKT, *Nasjonal IKT HF styremøte 15102014*. 2014.
18. Vest, H., *Sluttrapport Pilot Frittstående Dialogmeldinger*. 2015.
19. Helse- og omsorgsdepartement, *Samspill 2.0 Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013*. 2008.

20. Helse- og omsorgsdepartementet, *Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten NOU 2014:12*. 2014.
21. Tjora, A., *Kvalitative Forskningsmetoder i praksis*. 2. utgave ed. 2010, Oslo: Gyldendal.
22. Kvale, S., *Interviews: An introduction to qualitative Research interviewing*. 1996, California: Sage.
23. Lund, T. and R. Haugen, *Forskningsprosessen*. 2006, Oslo: Unipub forlag.
24. Ringdal, K., *Enhet og mangfold*. 2012: Fagbokforlaget.
25. Berger, R., *Now i se it now i dont researchers position and reflexivity in qualitative research*. Qualitative Health Research, 2013.
26. Esquivel, A., et al., *Improving the Effectiveness of Electronic Health Record-Based Referral Processes*. BMC Medical Informatics and Decision Making, 2012.
27. Sitting, D. and H. Singh, *A new sociotechnical model for studying health information technology in complex adaptive healthcare systems*. qualitative safe Health care, 2010. **19**.
28. Kawamoto, K., et al., *Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success*. BMJ, 2005.
29. Lenz, R. and M. Reichert, *IT support for healthcare processes – premises, challenges, perspectives*. Data & Knowledge Engineering 2006.
30. Melby, L. and R. Hellesø, *Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration*. International Journal of Medical Informatics, 2014. **83(5)**: p. 343-353.
31. Melby, L., P. Toussaint, and R. Hellesø, *Patients in Transition: E-messages as a Tool for Collaboration between Hospital and Community Healthcare – a Norwegian Case*. Computer-Based Medical Systems (CBMS), 2014 IEEE 27th International Symposium on, 2014.
32. Lyngstad, M., et al., *Toward Increased Patient Safety? Electronic Communication of Medication Information Between Nurses in Home Health Care and General Practitioners*. Home Health Care Management & Practice, 2013.
33. Martinussen, P.E., *Referral quality and the cooperation between hospital physicians and general practice: The role of physician and primary care factors*. Scandinavian Journal of Public Health, 2013. **41:74:82**.
34. Thorsen, O., M. Hartveit, and A. Baerheim, *General practitioners' reflections on referring: An asymmetric or non-dialogical process?* Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012.
35. Janet Durbin, et al., *Quality of Communication Between Primary Health Care and Mental Health Care: An Examination of Referral and Discharge Letters*. Journal of Behavioral Health Services & Research, 2012.
36. Ball, C. and O. Box, *General practice referrals to a community team for mental health in the elderly: Information and the mode of referral*. Journal of General Practice, 1997. **47:503-4**.
37. Hartveit, M., *Bridging the Gap between Primary Care and Specialized Mental Health Care*. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen, 2016.

38. Wåhlberg, H., et al., *Impact of referral templates on the quality of referrals from primary to secondary care: a cluster randomised trial*. BMC Health Services Research, 2015.
39. Winpenny, E.M., et al., *Improving the effectiveness and efficiency of outpatient services: a scoping review of interventions at the primary–secondary care interface*. Journal of Health Services Research & Policy, 2016.
40. Gillies D, et al., *Consultation liaison in primary care for people with mental disorders (Review)*. Cochrane, 2015.
41. Helse- og omsorgsdepartementet, *Én innbygger – én journal digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren (2012-2013)*.
42. Helse- og omsorgsdepartementet, *Forskning og innovasjon for bedre samhandling samhandlingsforskningsstrategi 2012–2015*. 2012.
43. Helse direktoratet, *veiviser - Hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling i kommunen*. 2011.
44. Helse direktoratet, *Nasjonalt meldingsløft Sluttrapport*. 2012.
45. Helsedirektoratet, *Krav til elektronisk meldingsutveksling Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren*. 2011.
46. Helse direktoratet, *Nasjonal strategi for standardisering innen e-helse*. 2013.
47. Helse direktoratet, *Aktuell informasjon om lov og forskrift for prioriteringsveilederne*. 2015.
48. Berg, o. and C. Haug, *Helsevesenets floker Tanker om deres årsaker og håndtering*. Nytt Norsk Tidsskrift, nr. 4., 1997.
49. Legeforeningens IT-utvalg, *Om strukturering av medisinsk informasjon i elektroniske pasientjournaler* Legeforeningens IT-utvalg, 2015.
50. KS/ Norsk Helsenett, *Gode modeller for elektronisk meldingsutveksling i helsesektoren Kostnader og gevinster for små kommuner*. 2014.
51. omsorgsdepartementet, H.-o., *Forskrift om fastlegeordning i kommunene*. 2013.

Vedlegg

Vedlegg 1 Intervjumal henviser

	Spørsmål
1	Dersom du erfart noen utfordringer når du skal henvise pasienter til psykisk helsevern, kan du si noe om disse utfordringene?
2	Opplever du at du har tilgang til den informasjon du trenger for å henvise pasienter?
3	Er det informasjon du gjerne skulle formidlet i henvisningen som ikke blir gitt?
4	Opplever du at informasjon som du får fra sykehus/DPS har verdi for deg, på hvilken måte?
5	Hvordan kontakter du sykehus/DPS hvis du ønsker mer informasjon
6	Hvordan ønsker du tilbakemeldinger fra sykehus/DPS på henvisninger.
7	Hva mener du om nytteverdien av dialogmelding?
8	Tror du det blir færre henvisninger, når henviser kan spørre om råd med dialogmelding før en eventuell henvisning.
9	Hvordan tror du uklarheter og mangler ved henvisninger kan avklares på best mulig måte?
10	Hva mener du vil være kravet til responstid på dialogmeldinger?
11	Blir alle telefon henvendelser journalført i forbindelse med en henvisning?
12	Hvordan tror du at pasientens tilgang til egen journal i Helsenorge.no påvirker kommunikasjonen mellom henviser og spesialist.
12a	Bruker du henvisning for å innhente/ gi informasjon
13	Hva ville være den ideelle måten å få/gi mer informasjon på?

14	Hvilke aktører bør inngå i en henvisningsepisode og kan samhandlingen foregå med elektroniske meldinger
15	Fortell om en henvisning som du syntes ikke fungerte bra.
16	Fortell hvilke tiltak du mener bør settes i verk for å forbedre samhandlingen i forbindelse med en henvisning?
17	Hvor stor påvirkning mener du at har på samhandlingen i forbindelse med en henvisning?
18	Bør det innføres beslutningstøtte for henvisning i journalsystemet?

Vedlegg 2 Intervjugal spesialist

	Spørsmål
1	Hvilke utfordringer opplever du i ditt arbeid med henvisninger?
2	Hvor komplett er informasjonen i henvisningen?
3	Er det informasjon du gjerne skulle hatt før vurdering av en henvisning?
4	Opplever du at informasjon som blir gitt gir har verdi?
5	Hvordan kan vurderende spesialist innhente nødvendig informasjon som er viktig for å gjøre en forsvarlig vurdering av henvisning.
6	Hvordan ønsker du tilbakemeldinger fra henviser på henvisninger.
7	Hva mener du om nytteverdien av dialogmelding?
8	Tror du det blir færre henvisninger, når henviser kan spørre om råd med dialogmelding før en eventuell henvisning.
9	Hvordan tror du uklarheter og mangler ved henvisninger kan avklares på best mulig måte?
10	Hva mener du vil være kravet til responstid på dialogmeldinger?
11	Blir alle telefon henvendelser journalført i forbindelse med en henvisning behandlingsforløp?

12	Hvordan tror du at pasientens tilgang til egen journal i Helsenorge.no påvirker kommunikasjonen mellom henviser og spesialist.
13	Hva ville være den ideelle måten å få/gi mer informasjon på?
14	Hvilke aktører bør inngå i en henvisningsepisode og kan samhandlingen foregå med elektroniske meldinger
15	Fortell om en henvisning som du syntes ikke fungerte bra.
16	Fortell hvilke tiltak du mener bør settes i verk for å forbedre samhandlingen i forbindelse med en henvisning?
17	Hvor stor påvirkning mener du at har på samhandlingen i forbindelse med en henvisning?

Dialogmelding

Masteroppgave

Legger dagens IKT-løsninger for e-meldinger til rette for god samhandling og dokumentasjonsprosess knyttet til polikliniske pasientforløp

Bakteppe

- En riktig vurdering av henvisninger forutsetter en tilstrekkelig og god henvisning, og en god samhandling mellom henvisende lege og spesialisthelsetjenesten.
- Det må tilrettelegges for at henvisningene gir best mulig grunnlag for prioriteringer.
- Gode systemer og god elektronisk informasjonsflyt mellom 1. og 2. linjetjeneste er avgjørende for å kunne oppnå dette.
- E-meldinger vil også kunne bidra til en langt raskere avklaring av søknader, sikre rutiner og tidligere start av utredning/behandling enn tilfellet er i dag.
- Nasjonal henvisningsveileder åpner for innhenting av ytterligere informasjon fra henviser. Dette er nyttig og riktig for å få tilstrekkelige og presise henvisninger slik at pasientene kan få vurdert sine rettigheter og en riktig frist for behandling.

Hva er en dialogmelding?

- Gjenbruk av meldingsstandarden «forespørsel/svar på forespørsel» fra Elin-K /PLO –prosjektet.
- Meldingen er i dag i rutinemessig bruk mellom helseforetak og kommunale mottakskontor i forbindelse med forvaltning av pasienter med behov for kommunale tjenester etter sykehusinnleggelse.
- Dialogmeldingen kan erstatte brev og telefoner mellom sykehusleger og fastleger utenom epikrise og henvisning. Kommunikasjonen foregår i EPJ og dokumenteres der.
- *Gjennomført en pilot i Helse Vest for å teste og pilotere frittstående dialogmeldinger (uten å bli være tilknyttet henvisninger eller epikriser) og arbeidsflyt knyttet til disse mellom fastlege og sykehus mellom Helse Vest og flere fastlegekontor. Oppdrag fra NUIT gjennom Nasjonal IKT som tiltakseier*

Definisjon

- **Frittstående dialogmelding:** En dialogmelding uten tidligere sendt henvisning eller epikrise mellom sykehus og fastlege. Brukes når sykehus og fastlege ønsker å kommunisere uavhengig av om det tidligere er sendt en henvisning eller epikrise.

Behov for frittstående dialogmelding

- Det er et sterkt ønske i helsesektoren om å kunne ha en sikker, elektronisk dialog mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, i tillegg til epikrise og henvisning.
- Bruk av dialogmelding kan erstatte brev og telefoner mellom spesialisthelsetjenesten og fastleger.
- Mulighet for leger til å benytte elektroniske meldinger til å innhente faglige råd/veiledning fra sykehus
- Kommunikasjonen foregår i EPJ og dokumenteres der.
- Dialogen kan bedre kvalitet på henvisninger til spesialisthelsetjenesten og kommunikasjon mellom leger og spesialisthelsetjenesten .
- Kan dialogmeldinger bidra til å redusere antall unødige henvisninger?
- Understøtter kravene i ny prioriteringsforskrift om kortere vurderingsfrist av henvisninger til sykehus.

Bruk av frittstående dialogmeldinger

- 1. Forespørsel om supplerende opplysninger, eller råd fra prioriterende leger i sykehuset.*
- 2. Svar på forespørsel fra henviser*
- 3. Purring fra henviser på tidligere sendt henvisning*
- 4. Oversendelse fra henviser av supplerende opplysninger til en sendt primærhenvisning*
- 5. Melding fra HF om gitt prioritet /timeavtale*
- 6. Forespørsel/svar på mottatt epikrise*

Kvalitativt studie for å prøve å besvare dette:

- Hvordan kan vurderende spesialist innhente nødvendig informasjon som er viktig for å gjøre en forsvarlig vurdering av henvisning.
- Kan henviser bruke dialogmelding for å innhente informasjon i forkant av en henvisning, behov for å søke råd.
- Kan informasjon mellom henviser og spesialist foregå bare med meldinger og støtter IKT verktøy denne asynkrone samhandling godt nok.
- Hvilke nye former for kommunikasjon kan være et bedre alternativ enn meldinger.