



Det helsevitenskaplige fakultet

«Når pasientens stemme blir borte»

Hvordan erfares innføringen av elektronisk kommunikasjon i møte mellom fastlege og pasient?

Tobias Bergum Olsen & Sigurd Andreas Windfeldt

Masteroppgave i profesjonsstudiet medisin, MED-3950, juni 2022.

Forord

Vi er begge opptatte av de mellommenneskelige relasjonene, og særlig i møte mellom leger og pasienter. Dermed var det naturlig for oss å skrive en oppgave sammen om elektronisk kommunikasjon, og dens innvirkning på kommunikasjon mellom fastleger og brukere av hjemmebasert omsorg. Den elektroniske kommunikasjonen, i helsevesenet som i samfunnet for øvrig, er kommet for å bli og vil i fremtiden trolig supplere den direkte kontakten mellom pasient og lege i større grad enn tidligere.

Vi har begge ulike erfaringer i helsevesenet, både som assistenter i hjemmetjenesten, pårørende og som medisinstudenter i allmennpraksis. Det var dette som la grunnlaget for at vi ønsket å skrive om PLO-meldinger, og erfaringene gjort av fastleger og brukere av hjemmebasert omsorg. Vi har begge bidratt i like stor grad i utforming av oppgaven, fra søknader og rekruttering, til gjennomføring og analysering.

En stor takk rettes til våre veiledere Torsten Risør og Johanna Laue ved Institutt for samfunnsmedisin ved Universitetet i Tromsø, for uvurderlig veiledning og støtte under hele prosjektet – fra start til slutt. Uten dem hadde prosjektet aldri kommet i mål og vært det det er i dag. De har virkelig gitt av seg selv, og lagt til rette for at vi skal få god opplæring i kvalitativ forskning; både med workshops og inkludering i forskermiljøet.

Vi ønsker også å rette en stor takk til fastlegene og pasientene som deltok i vår studie, og bidro med tanker og refleksjoner. En stor takk rettes også til enhetslederne for de ulike hjemmetjenestene som har bidratt i rekrutteringen av intervjuobjekter. Takk til Maria Fenes med flere for grundig korrekturlesing!

Tromsø, mai 2022



Tobias Bergum Olsen



Sigurd Andreas Windfeldt

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag.....	5
1 Innledning.....	6
1.1 Den tradisjonelle kommunikasjonen.....	6
1.2 PLO-meldinger.....	7
1.3 Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenesten og fastleger.....	9
1.4 Pasientens perspektiv.....	9
1.5 Hjemmetjenestens rolle.....	10
1.6 En allerede travel hverdag med flere komplekse pasienter?.....	11
1.7 Formål og problemstilling.....	11
2 Materiale og metode.....	13
2.1 Valg av metode.....	13
2.1.1 Forforståelse.....	14
2.2 Intervju som metode.....	14
2.2.1 Valg av informanter.....	15
2.2.2 Oppbygning av intervjuene.....	15
2.2.3 Gjennomføring av intervjuene og egen rolle i intervjusituasjonen.....	16
2.2.4 Transkripsjon av intervjuene.....	17
2.3 Datahåndtering og etiske aspekt.....	17
2.4 Metode for analyse av intervju.....	18
3 Resultater.....	21
3.1 PLO-meldinger gjør at simple problemer blir håndtert mer effektivt.....	21
3.1.1 Effektivitet og fleksibilitet.....	21
3.2 PLO-meldinger er lite egnet til komplekse problemer, og det trengs nye hybride former for kommunikasjon.....	22
3.2.1 Ikke-dynamisk kommunikasjon.....	22

3.2.2	Alternativer til PLO-meldinger	23
3.3	PLO-meldinger styrker den formelle pasientsikkerheten.....	23
3.3.1	Kvalitetssikring	24
3.4	Bruk av PLO-meldinger kan føre til en falsk trygghet.....	25
3.4.1	«Hands-on»	26
3.5	Pasientperspektivet fra fastlegens ståsted	26
3.6	Pasientene deler ikke fastlegenes bekymringer.....	27
3.6.1	Hvem tar pasientene kontakt med?	27
3.6.2	Oppstart av behandling.....	28
3.6.3	Inkludering	28
3.6.4	Fremtidens møter.....	29
4	Diskusjon.....	30
4.1	Diskusjon av resultater	30
4.1.1	Egalitær versus paternalistisk kommunikasjon	30
4.1.2	Manglende direkte kontakt.....	31
4.1.3	Formell pasientsikkerhet på bekostning av pasientsentrert behandling?	32
4.1.4	Skillet mellom det «simple» og det «komplekse»	33
4.1.5	Den elektroniske kommunikasjonen i nær fremtid	34
4.2	Diskusjon av metode	35
4.2.1	Forenklingsproblematikk	35
4.2.2	Bruk av konvensjonelle intervjuer	35
4.2.3	Utvalg	36
4.2.4	Generaliserbarhet versus overførbarhet	37
4.2.5	Reliabilitet og validitet	37
4.3	Implikasjoner.....	38
5	Konklusjon	40
	Referanseliste	41

Vedlegg 1: Intervjuguide fastlege	44
Vedlegg 2: Intervjuguide pasient	45
Vedlegg 3: Informasjonsskriv fastlege.....	46
Vedlegg 4: Informasjonsskriv pasient.....	48
Vedlegg 5: Eksempler på identifiserende tema fra intervjuene ved bruk av STC	50

Figurliste

Figur 1: Skjematisk fremstilling av kommunikasjon mellom bruker av hjemmebasert omsorg og fastlege.	9
Figur 2: Skjematisk fremstilling av rammeverket rundt valg av intervju som metode.....	15
Figur 3: Systematisk tekstkondensering (STC), i fire trinn..	18
Figur 4: Skjematisk fremstilling av fremtidens kommunikasjon.....	35

Sammendrag

Bakgrunn: Gjennom teknologisk utvikling vil det som tidligere har vært en fysisk kontakt mellom pasient og lege i større grad kombineres med alternative metoder, som for eksempel elektronisk kommunikasjon. Pleie- og Omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) ble integrert i samtlige norske kommuner i 2014, og ble utviklet for å effektivisere og forbedre kommunikasjon primært mellom fastleger og hjemmebasert omsorg. Den tradisjonelle kommunikasjonen bærer preg av en egalitær tilnærming, der pasienten inkluderes i behandlingsvalg. Dagens fastleger møter flere pasienter med komplekse problemstillinger, og økte forventninger, men har samme arbeidstid som tidligere. Ved innføring av PLO-meldinger kan behandling startes, doseringer endres og medisiner seponeres, uten at pasienten trenger å involveres direkte.

Materiale og metode: Dette er en kvalitativ studie basert på semistrukturerte intervju med totalt seks fastleger og fire brukere av hjemmebasert omsorg. Intervjuene er tatt opp på en diktafon, transkribert og analysert ved bruk av systematisk tekstkondensering (STC).

Resultater: Innføring av PLO-meldinger har tillatt en mer fleksibel og effektiv hverdag for fastlegene. Samtidig heves kvalitetssikkerheten ved medikamenthåndtering, da forordninger konverteres til tekst. Det er imidlertid kun enkelte intervensjoner fastlegene er komfortable med å gjennomføre basert på informasjon tilsendt i en PLO-melding. Fastlegene problematiserer ikke PLO-systemet i seg selv, men bruken. Systemet ansees som særlig uegnet til komplekse problemstillinger som krever en mer dynamisk kommunikasjon. I tillegg frykter de at pasientens perspektiv forsvinner. Pasientens relasjon til fastlegen ansees derimot som den samme som før innføring av hjemmebasert omsorg og PLO-meldinger. Pasientene understreker imidlertid viktigheten av inkludering. Ved spørsmål knyttet til helse og behandling tar pasientene direkte kontakt med fastlegen per telefon.

Konklusjon: De intervjuede pasientene opplever fortsatt en egalitær kommunikasjonsstil med en høy grad av autonomi. Fastlegene er derimot bekymret for hva som skjer med pasientenes stemme, og at de ikke inkluderes tilstrekkelig i valg vedrørende deres egen helse. Fremtidens løsning på dette kan være innføring av videokonsultasjoner.

1 Innledning

I 2015 proklamerte regjeringen gjennom stortingsmelding 26 - *fremtidens primærhelsetjeneste* at «teknologi vil bli en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste» (1). Gjennom den teknologiske utviklingen vil det som tidligere har vært en ren fysisk pasient-lege-kontakt suppleres i større grad med alternative metoder, som for eksempel e-konsultasjoner og elektronisk kommunikasjon på tvers av instanser. Hvordan erfares denne innføringen av fastleger og pasienter som allerede er i et system, og der elektronisk kommunikasjon som Pleie- og Omsorgsmeldinger (PLO-meldinger), supplerer den tidligere rent fysiske kommunikasjonen mellom lege og pasient?

Da covid-19-pandemien brøt ut i mars 2020 ble utsagnet fra stortingsmeldingen fra 2015 en realitet, da det oppsto en drastisk økning i bruk av e-konsultasjoner i Norge (2). Den elektroniske kommunikasjonen, både e-konsultasjoner og e-meldingstjenester, utfordrer det som tidligere har vært den tradisjonelle lege-pasientrelasjonen, ved blant annet sosioøkonomiske barrierer. Pasienter som ikke innehar digital kompetanse og digitale verktøy opplever en betraktelig redusert kvalitet i møtet med sin fastlege på de digitale plattformene (3). På tross av den økte bruken av elektronisk kommunikasjon i dagens samfunn anser både pasienter og fastleger den fysiske kontakten dem imellom som gullstandard ved konsultasjoner (2). I denne forbindelse blir begrepene paternalistisk- og egalitær tilnærming sentrale.

1.1 Den tradisjonelle kommunikasjonen

Kommunikasjon mellom fastlege og pasient innebærer interaksjoner mellom to individer med ulike maktposisjoner, og ofte er ikke fastleger bevisste over denne maktbalansen (4). Disse situasjonene er ofte emosjonelt ladet, tar for seg sensitiv informasjon, og krever dermed et tett samarbeid mellom lege og pasient (5). Som oftest foregår disse samtalen innenfor et gitt rammeverk inne på et legekantor.

Szasz og Hollender har delt den tradisjonelle kommunikasjonen inn i tre modeller; 1. aktiv-passiv, 2. veiledningssamarbeid og 3. likeverdighet (3). Modell 1 og 2 ansees som totalt paternalistiske (6). En paternalistisk tilnærming sees når kommunikasjonen bærer preg av at legen kontrollerer samtalen og tar beslutninger basert på det legen oppfatter vil være til pasientens beste (5). En slik tilnærming sees i dag særlig i møte mellom fastlege og spedbarn (7). Studier viser også at eldre pasienter i større grad aksepterer en slik tilnærming

sammenlignet med en yngre pasientpopulasjon (8). Paternalismen kan rettfærdiggjøres dersom pasienten ville tatt skade uten noen form for intervensjon, eller dersom det er forventet at pasienten retrospektivt ville ha samtykket til intervensjonen (9). Modell 3 ansees derimot som egalitær. En egalitær tilnærming vil være når pasientens perspektiv settes i fokus, og der pasienten aktivt deltar i beslutningen om videre behandling (5). For å opprettholde en egalitær tilnærming kreves det at pasienten har en høy grad av kontroll over dialogen (5). De fleste pasienter foretrekker en egalitær tilnærming, men det finnes en minoritet av pasienter som foretrekker den paternalistiske (10).

Paternalismen har stått sterkt i kommunikasjonen mellom behandler og pasient opp gjennom medisins historie. Det er først i moderne tid at en gjennom psykoanalytiske teorier begynte å se pasienten som et subjekt fremfor et objekt (7). Det var først på 1960-tallet at Balint tok et oppgjør med den medisinske praksisen, og argumenterte for at pasienten skal settes i fokus fremfor sykdommen (11). Legene måtte nå sette søkelys på hva pasienten hadde å si, fremfor å bare se etter kliniske tegn og symptomer. Den egalitære tilnærmingen ble dermed implementert i legeutdanningen, og anses i dag som den mest ønskelige modellen for kommunikasjon mellom pasient og lege. En norsk studie viser at leger, til tross for dette, til tider behandler pasientene sine «biomekanisk», ved å aktivt flytte fokuset vekk fra pasientens eksistensielle bekymringer og over til medisinske fakta (12).

I et egalitært helsevesen som bygger på solidaritetsidealet, der en tar ansvar for de svakeste i samfunnet, er pasientautonomien en av grunnpilarene. Pasientautonomi baseres på det sentrale moralske idealet om å kunne ta egne opplyste valg, og realiseres i det tradisjonelle møtet mellom fastlege og pasient ved at pasientens meninger og ønsker vektlegges (13). Kan derimot utviklingen av elektronisk kommunikasjon i helsevesenet ha bidratt til favorisering av en paternalistisk stil, der fastlegene i større grad tar beslutninger på pasientens vegne?

1.2 PLO-meldinger

«Kommunikasjon på tvers av ulike helseinstitusjoner er nøkkelen til trygg og effektiv omsorg» (14), og er helt essensielt for opprettholdelse av en verdig pasientsikkerhet.

Pasientsikkerhet kan defineres på mange måter, men Hoffman og Rohe definerer det som «fravær av uheldige hendelser knyttet til bruk av medikamenter» (15). En av de vanligste årsakene til redusert pasientsikkerhet, ut fra Hoffmanns definisjon, er manglende kommunikasjon mellom helseinstansene (16). Spesielt viser tidligere studier at manglende

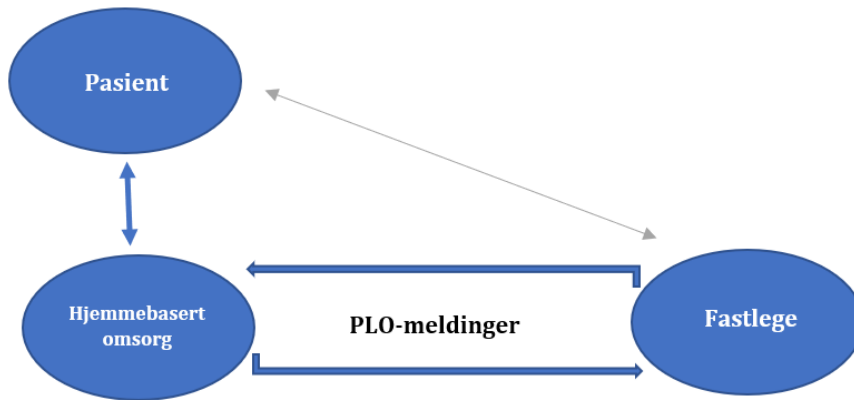
dokumentasjon av behandling, og fravær av en ryddig kommunikasjonsplattform, er komponenter som truer pasientsikkerheten (17).

Utviklingen av PLO-meldinger startet i 2005 som en del av ELIN-k prosjektet, og var ferdigutviklet i 2011 (18). I 2011 var systemet testet som en pilot i 6 kommuner og 16 fastlegekontor og fra 2014 var systemet integrert i samtlige norske kommuner. I dag brukes disse meldingene som den primære skriftlige kommunikasjonsplattformen mellom ulike kommunale helseinstanser. Formålet med prosjektet var å forbedre kommunikasjonen mellom de ulike instansene (18). I forbindelse med ELIN-k prosjektet ble det utarbeidet faglige retningslinjer for bruk av PLO-meldinger:

«Trygg og sikker informasjonsutveksling krever at alle ansatte har et bevisst forhold til bruk av de elektroniske samhandlingsløsningene. Helsepersonell har et spesielt ansvar for å kvalitetssikre at det faglige innholdet er tilfredsstillende, og at meldingene blir sendt til riktig mottaker til riktig tid» (18).

En elektronisk kommunikasjonsvei mellom leger og kommunale helseinstanser har flere fordeler. Til forskjell fra tidligere kan medisinsk behandling starte opp uten forsinkelse, grunnet raske oppdateringer av medisinlister mellom leger og sykepleiere i hjemmetjenesten (19). En annen styrke vil være en bedre og mer oversiktlig koordinering av komplekse behandlingsplaner på tvers av helseinstanser (20).

Våren 2014 gjennomførte Helsedirektoratet i samråd med Kommunesektorens organisasjon (KS) en kartlegging av utfordringer knyttet til bruk av PLO-meldinger, som viste manglende funksjonalitet for å understøtte den kliniske oppfølgingen av pasientene (1). En studie viste at å motta medisinlister fra fastleger elektronisk kunne medføre feil, som videre kunne føre til både feilbehandling og økt arbeidsmengde for sykepleiere i hjemmetjenesten som måtte korrigere feilene (19). Samtidig viser statistikk at over halvparten av brukere av hjemmebasert omsorg bor alene, noe som kan problematisere evalueringen av effekten av behandlingen (21).



Figur 1: Skjematisk fremstilling av kommunikasjon mellom bruker av hjemmebasert omsorg og fastlege.

1.3 Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenesten og fastleger

Som nevnt har kommunikasjon ved hjelp av PLO-meldinger vært implementert i norske kommuner i underkant av et tiår. Hvilke erfaringer har brukerne av systemet gjort seg til nå? En norsk studie fra 2015 som undersøkte hjemmesykepleieres og fastlegers bruk av e-meldingstjenester viste at den elektroniske kommunikasjonen hadde en positiv effekt på informasjonskvaliteten, særlig rundt spørsmål og avklaringer om medisinbruk for deres felles pasienter (22).

I tillegg viser ulike studier at innføringen av PLO-meldinger har økt kommunikasjonsmengden mellom fastleger og hjemmebasert omsorg, og at det nå foreligger en bedre tilgjengelighet til hverandre (23;24). En kan tenke seg at denne tilgjengeligheten vil endre på måten «The Doctor-Nurse Game» utspiller seg i norsk helsevesen; et konsept problematisert i USA mot slutten av 1960-tallet (25). Konseptet tar for seg de tradisjonelle rollene til sykepleiere og leger, der sykepleiere tidligere aldri var uenig med legen, og der det legen gjorde og sa, var det som ble ansett som rett. En kan anta at økt tilgjengelighet gjør det lettere for sykepleiere å stille spørsmål ved behandlingen som gis pasienter, og å komme med egne tanker og idéer til behandlingsvalg. Hvordan involveres da pasienten i dette?

1.4 Pasientens perspektiv

En stor kanadisk oversiktsstudie viser at kommunikasjon der pasientens perspektiv tas med i dialogen gir et bedre resultat med økt symptomlindring, bedre smertekontroll og bedre psykisk helse (26). I tillegg viser flere studier at pasienter er mer tilfredse med de legene som

kartlegger pasientens egen forståelse av sin sykdom (27). Pasienter som involveres i beslutningen av behandlingsvalg har i tillegg en tryggere opplevelse av helsevesenet (28), og dermed har legene et etisk ansvar for å inkludere pasientene i beslutningsprosessen så langt det lar seg gjøre (11). En rekke studier viser at kronisk syke pasienter har et særlig sterkt behov for medisinsk informasjon, også når det kommer til akutte medisinske tilstander som enkelt kan kureres (5).

Selve kommunikasjonsferdighetene og kunnskapsnivået til fastlegen ansees som de to viktigste indikatorene for hva pasienten identifiserer som en «god» lege (8). Andre viktige faktorer er empati, tilgjengelighet, respekt og vennlighet (10). Pasienter som ekskluderes i dialogen med fastlegen opplever negative konsekvenser i form av tillitsbrudd, misnøye, dårligere behandlingskvalitet og overforbruk av ressurser (28). Dersom legen kun kommuniserer via hjemmebasert omsorg om pasienten, og ignorerer pasientens perspektiv, ansees legen som «dårlig» (29).

1.5 Hjemmetjenestens rolle

Ifølge pasientsikkerhetsprogrammet er «uhensiktsmessig bruk av legemidler et betydelig pasientsikkerhetsproblem både nasjonalt og internasjonalt». I tillegg påpekes det at feilbruk av legemidler og mangelfull oppfølging resulterer i et betydelig antall pasientskader, noe som igjen påfører samfunnet store økonomiske utgifter (30).

I trygge hender 24/7, drevet av avdelingen for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet, lanserte i 2013 innsatsområdet «Riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten» (30). Innsatsområdet tok for seg fire ulike tiltak som skulle styrke og kvalitetssikre samarbeidet og oppfølgingen av pasienter der det forelå et vedtak om hjelp til legemiddeladministrering. Spesielt to av hovedtiltakene; tiltak 3.2 og 3.3, tok for seg behandling igangsatt av observasjoner gjort av hjemmesykepleiere, og oppfølging av legemiddelforskrivning med faglige observasjoner. I tillegg vektla tiltak 3.2 at iverksatte tiltak forordnet av fastlegen skulle gjøres i samråd med pasienten. En norsk studie skisserer gode eksempler på oppstart av behandling hos pasienter i hjemmebasert omsorg som får bistand til legemiddeladministrering uten at pasientens stemme inkluderes (31).

I forskrift om fastlegeordning i kommunene, kapittel 4 §18, heter det følgende; «fastlege som har eller mottar informasjon om at personer på listen har behov for helsehjelp, men selv ikke søker hjelp, skal tilby konsultasjon eller hjemmebesøk.» (32). Studier gjennomført av

Helsedirektoratet i 2018 viser at hele 94% av alle hjemmeboende med demens og 85 % av alle hjemmeboende med utviklingshemming, fikk en eller annen form for oppfølging av fastlegen (33;34). Begge disse pasientgruppene er ofte integrert i et kommunalt helsenettverk, og mottar tjenester fra hjemmebasert omsorg. På bakgrunn av dette, og en norsk studie (20), kan en konkludere med at hjemmesykepleiere har en signifikant rolle når det kommer til observasjoner og videreformidling av denne informasjonen til fastlegene. Denne formidlingen gjøres i dag primært gjennom PLO-meldinger (31).

1.6 En allerede travel hverdag med flere komplekse pasienter?

«Pasientene fastlegene møter har i dag flere, mer omfattende, og mer alvorlige sykdommer enn tidligere» (35). Samtidig viser statistikken at andelen yngre brukere av hjemmebasert omsorg har økt, og at mange av disse har komplekse sykdomsbilder med én eller flere kroniske sykdommer (22). Mange av disse pasientene krever tett oppfølging i form av bistand til administrering av en rekke medikamenter og avansert klinisk omsorg. Dermed er det helt essensielt med en tilrettelagt kommunikasjonsplattform på tvers av de ulike instansene.

På toppen av det som for mange fastleger er en travel hverdag, er det i dagens samfunn også økte forventninger til fastlegen. Dette gjelder både når det kommer til kvaliteten i behandlingen som gis (36), og at fastlegen skal gjøre noe for å «forbedre» tilstanden til pasienten. Pasientens forventninger til legens tilgjengelighet og enkel pasientkontakt har endret seg betydelig de siste årene, blant annet grunnet rask teknologisk utvikling i samfunnet generelt (35).

Samtidig som fastlegen får flere komplekse pasienter og økt forventningspress, brukes fastlegen mer og mer. Statistikken viser en økning på omtrent 300 000 konsultasjoner fra 2018 til 2019 hos fastlegen i Norge (37). Dette reiser et betimelig spørsmål: Vil fastlegen også i fremtiden kunne gi adekvat behandling til kronisk syke og brukere av hjemmebasert omsorg; en sårbar pasientgruppe som krever tettere oppfølging, og som kanskje ikke oppsøker fastlegen på eget initiativ?

1.7 Formål og problemstilling

Våre veiledere hadde fra tidligere utviklet en skisse til en oppgave om dette temaet, og det var slik oppgaven kom til i starten. Den opprinnelige oppgaven skulle handle om hvordan elektronisk kommunikasjon, særlig PLO-meldinger, eventuelt endrer håndtering av pasientenes helse, sykdommer og behandling.

Oppgavens art endret seg underveis, da vi først ønsket å undersøke hvordan det subjektive kommer frem i PLO-meldinger ved hjelp av tekstanalyse. Deretter vinklet vi problemstillingen mer mot behandlingskvaliteten, og hvordan PLO-meldinger påvirket denne. Også da var det tenkt en tekstanalyse av PLO-meldinger. Vi fant imidlertid raskt ut at en slik vinkling av oppgaven var uhensiktsmessig og vanskelig å besvare. Dermed endte vi opp med en kvalitativ intervjustudie, der vi undersøkte erfaringer fra både av fastleger og brukere av hjemmebasert omsorg.

Formålet med oppgaven er å se på hvordan fastleger og brukere av hjemmebasert omsorg erfarer innføringen av elektronisk kommunikasjon, med særlig vekt på PLO-meldinger. Den endelige problemstillingen vi endte opp med var:

«Hvordan erfares innføring av elektronisk kommunikasjon i møte mellom fastlege og pasient?»

Som en del av prosjektet ønsker vi i tillegg å få et innblikk i det betimelige spørsmålet knyttet til behandling, reist i avslutningen av delkapittel 1.6. Det overordnede målet med oppgaven er å belyse et tema som både fastleger og pasienter står ovenfor daglig, som det per i dag ikke foreligger mye forskning på. På denne måten håper vi å åpne opp for mer forskning på et høyaktuelt tema.

2 Materiale og metode

I forskningens verden skiller en mellom kvalitative og kvantitative forskningsmetoder. Hver for seg omfatter de et spektrum av metoder, som er basert på ulike metodologier og med ulik epistemologisk grunn. Kvalitativ forskning bygger på «hvordan» noe gjøres, sies, oppleves, fremstår eller utvikles. Her arbeider en ikke med statistikk, men kartlegger konkrete prosesser, som for eksempel hvordan mennesker tenker og erfarer. I kvantitativ forskning undersøker man «hvor mye» som finnes av noe, altså kvantiteter. Kvantitetene tilskrives ofte egenskaper bestemt av tallverdier, noe som gjør at en gjennom statistiske metoder kan bearbeide datamaterialet. Ved kvantitativ forskning benyttes statistiske metoder for å generalisere forskningsresultatene. Ved kvalitativ forskning derimot må generaliseringen skje på andre premisser enn via statistiske metoder (38, s. 11-12).

I denne delen skal vi redegjøre for de metodiske valgene vi har tatt, og videre hvordan vi har gått frem for å innhente og analysere data.

2.1 Valg av metode

Valg av metode er nært knyttet til problemstillingen vi jobber ut fra: *Hvordan erfares innføringen av elektronisk kommunikasjon i møte mellom fastlege og pasient?* Ved en kvalitativ tilnærming kan en utforske menneskers erfaring, der målet med metoden er en forståelse fremfor en endelig forklaring (39, s. 27-28). Den norske forskeren Malterud definerer kvalitative metoder som «forskningsstrategier for beskrivelse og analyse av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres» (39, s. 26). Ved valg av en kvalitativ metode kan en åpne for forskning på områder der kunnskapsgrunnlaget er tynt, og der problemstillingen som skal utforskes er sammensatt og kompleks (39, s. 29).

Kvalitative metoder bygger på teorier om hermeneutikk og fenomenologi, og omfatter ulike former for systematisk innsamling, bearbeiding og analyse av materiale fra observasjoner, tekster eller samtaler (40, s. 32). En hermeneutisk tilnærming vektlegger at det ikke finnes én endelig sannhet, og at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Dette bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av sammenhengen vi studerer den i (41, s. 37).

Fenomenologien tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og søker å oppnå en forståelse av personenes erfaring. I vår studie undersøker vi dette perspektivet ved å forsøke å forstå essensen i kommunikasjonen mellom pasienter, leger og hjemmebasert omsorg,

gjennom å analysere deres felles erfaringer. Våre refleksjoner over deres erfaringer danner derfor et grunnlag for forskningen (41, s. 36)

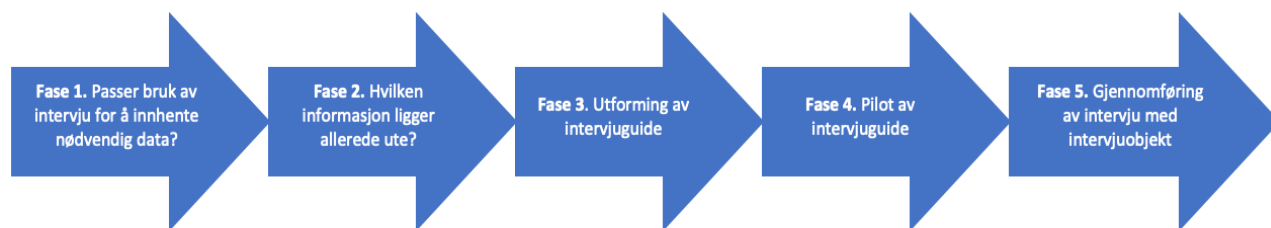
2.1.1 Forforståelse

Allerede i en forberedelsesfase vil en som undersøker danne seg noen tanker om de funnene en kommer til å gjøre. I vårt tilfelle vil vi ha med oss tanker, ideer, personlige erfaringer og lignende som danner et grunnlag for vår *forforståelse* (42, s. 40;43, s. 68). Dette er det viktig å være bevisst på, slik at en ikke lar dette komme i veien for empiriske funn vi gjør i vår analyse av intervjuene. Dette anser vi som en viktig bevisstgjørelse å ta med seg inn i undersøkelsen. I forkant av intervjuene skrev vi ned våre tanker rundt temaet, og diskuterte dem i plenum. Tanker som ble diskutert var «mindre kommunikasjon», «dårligere behandlingskvalitet» og «uforsvarlighet».

2.2 Intervju som metode

Innenfor den kvalitative forskningen er intervju den mest brukte metoden, da den er særlig godt egnet for å få innsikt i erfaringene, tankene og følelsene til en person (41, s. 89). De første stadiene av en intervjuundersøkelse handler om tematisering og planlegging (44, s. 118), og skjer før selve intervjuene finner sted. Her ble vi enige om undersøkelsens formål, og vi gikk gjennom egne tanker om temaet. Det ble ut fra dette utarbeidet en intervjuguide, slik at intervjuene ble semistrukturerte. En slik struktur er fordelaktig da det bidrar til å kunne sammenligne svarene vi får fra de ulike intervjuobjektene, samtidig som intervjuet opprettholder en viss fleksibilitet og kan tilpasses det enkelte intervjuobjektets beskrivelser (41, s. 91). Allerede på dette planleggingsstadiet ble det tatt stilling til hvordan intervjuene skulle utføres, transkriberes og analyseres, som vi forklarer videre i metodedelen.

Vi endte opp med seks intervjuer av fastleger og fire intervjuer av mottakere av hjemmebasert omsorg. Vi antok at 15-30 minutter per intervju skulle være adekvat med tid for å få dekket intervjuobjektens tanker rundt temaet. Ønskene våre til intervjuene var at intervjuobjektene skulle bidra til å beskrive erfaringer av kommunikasjonen mellom de respektive gruppene i etterkant av innføringen av PLO-meldinger.



Figur 2: Skjematisk fremstilling av rammeverket rundt valg av intervju som metode (45).

2.2.1 Valg av informanter

Vi forsøkte som nevnt å undersøke intervjuobjektene erfaringer. Det var derfor nærliggende at utvalget vårt var strategisk sammensatt. Mer konkret var utvalget strategisk med *selvseleksjon*; hvor det først ble sendt ut informasjon om studien samt en invitasjon for deltakelse, og videre ble utvalget alle enheter som meldte seg som villige til deltakelse (46). Disse intervjuobjektene hadde egenskaper som vi anså som relevante med tanke på problemstilling, og vi mente at dette best mulig ville danne grunnlag for tolkninger som kunne lære oss noe nytt om det vi lurte på (41, s. 56;40, s. 56). Dette har vi benyttet oss av både i utvalg av fastleger og hjemmetjenestebrukere.

Pasientpopulasjonen i dataen besto av pasienter som mottok hjemmebasert omsorg i én kommune i Troms og Finnmark fylkeskommune. Inklusjonskriteriene var at de var samtykkekompetente og hadde mottatt hjemmebasert omsorg i over ett år. Strategien for rekrutteringen av disse var at vi tok kontakt med ledere for hjemmetjenester og forhørte oss om de kunne kontakte brukerne på vegne av oss. Deretter kunne interesserte brukere ta kontakt med oss. Dette for å unngå at lederne for hjemmetjenesten skulle måtte utgi kontaktinformasjon om pasienter uten samtykke.

Fastlegene som ble inkludert i vår studie jobber på forskjellige legekantor i Nord-Norge. De måtte ha pasienter som mottok hjemmebasert omsorg på sin liste og de måtte ha erfaring som fastlege også fra tiden før PLO-meldinger ble innført. Disse ble rekruttert per e-post.

2.2.2 Oppbygning av intervjuene

Intervjuene tok utgangspunkt i en utarbeidet intervjuguide. Guiden inneholdt en oversikt over emner vi ønsket å få dekket, samt tilhørende forskningsspørsmål og forslag til intervju spørsmål, etter modell fra Kvale og Brinkmann (44, s. 145). På denne måten utarbeidet vi en guide til henholdsvis fastlegeintervjuene og pasientintervjuene (vedlegg 1 og

2). Det ble benyttet ulike spørsmålstyper; i utgangspunktet en blanding av åpne og direkte spørsmål, samt ble det supplert med oppfølgende, inngående og spesifiserende spørsmål.

Før intervjuene med fastlegene ba vi intervjuobjektene om å ha en bestemt pasientkasus i bakhodet under intervjuet. Dette for å bedre kunne beskrive sine erfaringer dypere slik at det ikke ble for generelt og overfladisk. Videre tok vi utgangspunkt i våre forskningsspørsmål for å utarbeide guiden (vedlegg 1).

Intervjuene med brukerne av hjemmebasert omsorg skulle ikke omhandle PLO-meldinger direkte, da dette ikke syntes å ha en hensikt. I disse intervjuene ønsket vi å legge fokuset over på kommunikasjonen mellom pasient og lege, og hvilke erfaringer pasientene gjorde seg med dette, før og etter de ble brukere av hjemmebasert omsorg (vedlegg 2).

Felles for begge guidene er at de inneholdt få spørsmål. Dette med den hensikt at det skulle invitere intervjuobjektet til å snakke mer fritt, og unngå å iscenesette intervjuet som et «avhør» med bekreftende eller avkreftende spørsmål.

2.2.3 Gjennomføring av intervjuene og egen rolle i intervjusituasjonen

Som intervjuere ønsket vi å ha en passiv, men ledende rolle, der vi la opp til at legene og pasientene svarte så godt som mulig uten avbrytelser. Intervjuene ble gjennomført enten av én av oss alene eller begge to sammen. Legene ble intervjuet på deres kontor, og pasientene enten hjemme eller der pasienten selv ønsket å bli intervjuet. Det viktigste var at omgivelsene rundt var kjent for intervjuobjektet, slik at en skapte en trygg og ivaretagende atmosfære som åpnet for at intervjuobjektene kunne ytre sin mening fullt og helt. Et annet viktig kriterium var at omgivelsene var stille og rolig, slik at en unngikk forstyrrelser og støypåvirkning.

Målet vårt var å holde oss så nøytrale som mulig, både når vi stilte spørsmål og svarte intervjuobjektene. Dette for å unngå at vi påvirket dem og deres svar. Vi opplevde imidlertid under intervjuene at vi til dels kom med bekreftende responser, også kjent som prober (41, s. 96), noe som ikke var så nøytralt som vi opprinnelig hadde tenkt. Til dels kom enkelte ledende spørsmål grunnet et yrende engasjement under samtalene, noe som førte til at både leger og pasienter svarte bekreftende på enkelte spørsmål, uten å videre utdype deres faktiske mening. Dette ble tatt høyde for ved analysering av transkripsjonene.

Ved intervju av pasienter måtte vi i større grad ta en aktiv rolle som intervjuere, der spørsmålene ofte ble oppstykkede, korte og til dels ledende. Dette for å få fordypende svar på

spørsmålene tatt ut av intervjuguiden. Årsaken til den mer aktive rollen kan tilskrives ulike forståelser av oppgavens omfang, og ulike maktposisjoner. Samtidig kunne en i ettertid se at prosentandelen meningsbærende enheter (se delkapittel 2.4) fra intervjuene med pasientene, var noe lavere enn i intervjuene med fastlegene. Ved intervju av pasientene ble det også i større grad brukt en hermeneutisk tilnærming, der vi oppsummerte svarene sammen med pasientene, for å undersøke om vi hadde forstått utsagnene korrekt (41, s. 103).

2.2.4 Transkripsjon av intervjuene

Alle intervjuene vi gjennomførte ble tatt opp på en diktafon, og deretter transkribert samme dag som de fant sted. Vi valgte å bruke diktafon for å sikre at vi fikk med oss alt som ble sagt i samtalen. Vi vurderte at det å ta notater underveis kunne forstyrret samtalen, gjennom at respondenten ble for fokusert på notattakingen og ikke på det de ønsket å fortelle. I tillegg sikret dette en friere flyt i samtalen mellom intervjueren og intervjuobjektet (44, s. 188).

Videre valgte vi, som nevnt, også å transkribere intervjuene samme dag. Dette gjorde vi fordi intervjuene dermed ville være ganske ferske i minnet, slik at vi i større grad kunne skrive ned de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjusituasjonen. I tillegg hadde vi bedre mulighet til å huske ord og uttrykk som ikke hørtes godt nok i opptaket (44, s. 189).

Vi valgte å gjennomføre transkripsjonen av lydopptakene basert på en enkel transkripsjonsstrategi, hvor det sentrale for oss var å fastslå meningsinnholdet i det som ble sagt, og ikke hvordan det ble sagt (38, s. 34). Under transkripsjonen ble dialekter oversatt til bokmål og bekreftende lyder fra intervjuer ble fjernet. Foruten dette fremsto transkripsjonen i etterkant som den originalt kom frem, med ventelyder og setningsoppbygninger med en muntlig ordlyd.

2.3 Datahåndtering og etiske aspekt

Datainnsamlingen baserte seg på frivillige intervjuer, og de ble nedskrevet fullstendig anonymiserte. Deltakerne fikk utskrevet et informasjonsskriv (vedlegg 3 og 4) i forkant av intervjuene, og var informerte om retten til å trekke uttalelser eller hele intervjuet i etterkant. Opptakene, transkriberingen og håndteringen av de ferdige transkripsjonene ble gjennomført i henhold til vår plan, godkjent av NSD – *Norsk senter for forskningsdata* i forkant av at intervjuene ble gjennomført. Ved transkripsjon av intervjuene ble det tatt hensyn til anonymisering av stedsnavn og personnavn, dette for å unngå at intervjuobjektene skulle kunne identifiseres (44, s. 195).

Ved å studere brukere av hjemmebasert omsorg, og deres erfaringer, må en være bevisst over de etiske implikasjonene. Dette er en gruppe som vi som forskere har definert som «syk nok» til å delta i vår studie. Dermed kan det å bli studert av oss, oppleves som en ytterligere belastning. Gjennom innhenting av data har vi uttrykt forståelse, slik at intervjuobjektene kan oppleve støtte for sin situasjon (41, s. 61).

I intervjusituasjonen, og da særlig med pasientene, ble det brukt oppsummeringer for å undersøke om vi som intervjuere og de som pasienter hadde samme forståelse av deres utsagn. Ved signering av samtykkeskjema forpliktet intervjuobjektet til å svare på temaer som intervjuet omhandlet. De forpliktet seg imidlertid ikke til tolkninger eller nye forståelser av sine erfaringer under intervjuene. Dermed har de ikke samtykket til å bli konfrontert med våre tolkninger av deres utsagn i intervjusituasjonen (41, s. 104).

2.4 Metode for analyse av intervju

Innenfor kvalitativ forskning finnes det flere metoder for analyse av data. En skiller ofte mellom tverrgående og langsgående analyse, der den tverrgående analysen sammenfatter informasjon fra en rekke informanter, mens den langsgående analysen følger et enkelt forløp over tid (39, s. 94). Analysemetoden i denne oppgaven baserer seg på en *tverrgående* analyse. Vi valgte å gjennomføre en systematisk tekstkondensering (STC), inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, og modifisert av Malterud (39, s. 96). Analysemetoden bygger på stramme steg, og krever ingen tidligere erfaringer innenfor kvalitativ forskning. Det er dermed et godt alternativ for nybegynnere.

Trinn	Beskrivelse
1	Skaffe helhetsinntrykk – lage temaer
2	Identifisere og sortere meningsbærende enheter – lage koder
3	Kondensering – fra kode til sammenfattet meningsinnhold
4	Syntese – fra kondensering til beskrivelser og kategorier

Figur 3: Systematisk tekstkondensering (STC), i fire trinn. Utarbeidet fra; Malterud K. (47).

Systematisk tekstkondensering består av fire trinn. Det *første* består av å få et helhetsinntrykk der en blir kjent med materialet. I denne fasen jobber en aktivt med å sette forforståelsen i parentes, noe som er en forutsetning for at en kan stille seg åpen for inntrykkene som

datamaterialet formidler. Etter første gjennomgang av transkripsjonene identifiserte vi foreløpige temaer som for eksempel *effektivitet, erfaringer og falsk trygghet*. Oftest ansees det som en fordel å gjøre dette steget av analysen sammen, da det skaper et analytisk rom med flere nyanser (39, s. 99).

I det *andre* trinnet organiseres deler av materialet som skal studeres nærmere i hver sin «eske» med hver sin «merkelapp» (koder). I denne fasen gjøres en systematisk gjennomgang av materialet for å identifisere meningsbærende enheter. En meningsbærende enhet er tekst som bringer med seg kunnskap om temaene fra første trinn. Disse kan være én setning, flere setninger eller et avsnitt. Det er ingen begrensninger for hvor lang en meningsbærende enhet kan være.

Ved hjelp av koding systematiserer vi de meningsbærende enhetene, slik at en identifiserer tekstelementer som har sammenheng med temaene funnet i den første fasen. Kodene lages med utgangspunkt i temaene fra første analysetrinn, fortrinnsvis som noe annet enn de tiltenkte temaene som allerede er identifisert i intervjuguiden. Kodingen innebærer en systematisk dekontekstualisering, der momenter av teksten hentes ut fra sin opprinnelige sammenheng, for senere å kunne leses i sammenheng med beslektete tekstelementer (39, s. 104).

I det *tredje* trinnet kondenseres innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen, og trinnet baseres på abstraksjon av informasjon som vi sorterte i trinn 2. Her la vi til side de delene av intervjuet der vi ikke identifiserte meningsbærende enheter. Her tok vi dermed for oss én og én kodegruppe med meningsbærende enheter, for deretter å sammenfatte disse til subgrupper. For eksempel ble kodegruppen *ikke-adekvat informasjonsutveksling* delt inn i subgruppe *lite utfyllende informasjon* og *oppstykket kommunikasjon*. Deretter laget vi et kondensat fra de ulike subgruppene. For eksempel ble kondensatet fra subgruppen *lite utfyllende informasjon* seende slik ut:

«Og når jeg ser den (*PLO-meldingen*) så svarer jeg jo på den, og så leser jeg neste PLO der det kommer tilleggsinformasjon om samme person, som jeg ikke visste om da jeg svarte på den første PLOen, så svarer jeg på den og går videre, og så 20 minutter senere oppdager jeg enda en PLO om et helt annet tema på samme pasient. Så det blir veldig, veldig oppstykket kommunikasjon med korte beskjeder.»

I det *fjerde* og siste trinnet sammenfatter vi kategorier ut fra essensen i hver kondenserte kodegruppe, noe som kalles syntese. Her fant vi for eksempel kategorier som *hjemmetjenesten som mellomledd* og *ikke-dynamisk kommunikasjon*. Til slutt velges «gullsitat» hentet fra transkripsjonen, som på best mulig måte beskriver det abstraherte kondensatet. Det er dette som danner grunnlaget for oppbyggingen av kapittel 3. En oversikt over eksempler på hvordan hele STC-prosessen foregikk kommer frem av vedlegg 5.

3 Resultater

Identifiserbare temaer fra intervjuguidene utarbeidet i forkant av intervjuene er for eksempel «kommunikasjon», «forsvarlighet» og «relasjon». Identifiserbare kategorier ved analyse av intervjuene i etterkant er for eksempel «bruk» og «pasientperspektiv». Det er disse temaene og kategoriene resultatene baseres på. Vi har valgt å dele resultatene inn i to hoveddeler. Fra delkapittel 3.1 til 3.5 er resultatene hentet fra det fastlegene forteller, mens i delkapittel 3.6 er det pasientenes fortellinger som fremstilles.

3.1 PLO-meldinger gjør at simple problemer blir håndtert mer effektivt

Flere av fastlegene trekker frem at deres problem med PLO-meldinger ikke nødvendigvis er systemet i seg selv, men heller bruken av det. Det ser ut til at de fleste synes systemet er godt egnet til å formidle korte, praktiske beskjeder. Et par av fastlegene trekker for eksempel frem blodtrykksmedisinering og mild smertelindring som forordninger de med god samvittighet kan gjennomføre ved hjelp av PLO-meldinger. Samtidig trekker alle de intervjuede frem at elektronisk kommunikasjon ikke egner seg for alle samtaler som gjelder pasientene. Her trekker fastlegene frem pasienter med komplekse tilstander, samt at flere av og til føler at PLO-meldinger brukes feilaktig som en kanal for øyeblikkelig hjelp.

«Av og til ser vi jo at folk har blitt liggende dårlige hjemme fordi de har sendt en PLO for fire dager siden, der svaret er at pasienten må legges inn.»

En av legene problematiserer skjevheten som oppstår ved bruk av PLO-meldinger, der hjemmesykepleien ofte svarer timer etter at legen har sendt meldingen, mens legen på sin side har en svarfrist på fem dager på spørsmål fra hjemmesykepleien. Den intervjuede fastlegen mener at dette bidrar til å svekke kvaliteten på kommunikasjonen dem imellom.

3.1.1 Effektivitet og fleksibilitet

Halvparten av de intervjuede fastlegene ønsket å trekke frem hvordan dagens system med PLO-meldinger er mer effektivt enn tidligere kommunikasjonsformer. Beskjedene kommer raskere frem, og det er enkelt å sende praktiske beskjeder. Én føler at de får gjort mer for pasienten i dag enn tidligere, på grunn av det gode systemet med PLO-meldinger. Tidligere var det visitt én gang i uken, der hjemmetjenesten kom til legekantoret for å diskutere pasientene. Ved spørsmål utenom dette måtte legene tidligere kontakte hjemmetjenesten per

telefon. Det var da mye usikkerhet knyttet til hvor man skulle ringe, om man fikk svar på de spørsmålene man hadde og om de som tok telefonen var kjent med pasienten.

«Det har vært mye ringing, og det har vært fryktelig frustrerende, for da vet en ikke hva man skal ringe, og om noen tar telefonen. «...» Det er lett å sende melding, de svarer raskt, jeg prøver å svare raskt, og vi får nok gjort en del mer for pasienten.»

To av de intervjuede peker samtidig på en økt fleksibilitet som følge av utviklingen av PLO-meldinger. Der man tidligere måtte stoppe opp det man drev med for å besvare en telefon, kan man i dag besvare en elektronisk melding når det enn måtte passe inn i en travel hverdag som fastlege.

«(...) da er man jo på en måte mer tilgjengelig – i en travel hverdag er det ikke sikkert du har tid til å svare på en telefon fra hjemmebasert omsorg innimellom, men du kan svare på en PLO når som helst i løpet av dagen. «...» Vi har ikke mulighet til å være tilgjengelige på telefon hele tiden, det går ikke. Så det er en fordel, det er mer fleksibelt.»

3.2 PLO-meldinger er lite egnet til komplekse problemer, og det trengs nye hybride former for kommunikasjon

På spørsmål om kommunikasjonspartnere peker samtlige intervjuede fastleger på hjemmebasert omsorg som den de kommuniserer mest med gjennom PLO-meldinger. Andre helseaktører trekkes også frem, som fysioterapi, ergoterapi og rus- og psykiatritjenesten. Likevel er kommunikasjonsmengden betydelig størst med hjemmebasert omsorg.

3.2.1 Ikke-dynamisk kommunikasjon

Flere av de intervjuede fastlegene problematiserer at en kommunikasjonsform som PLO-meldinger blir statisk, og ikke en fullgod samtaleform. De viser til at samtalene blir bestående av korte, udetaljerte beskjeder frem og tilbake uten gode muligheter for å kunne følge opp og diskutere pasientene skikkelig.

«(...) det kommer monstrøse problemstillinger formet i et par enkle setninger i en PLO, og så forventes det at vi skal gi et like enkelt svar, på noe som er fryktelig vanskelig – og som jeg tidligere opplevde at vi løste fint når vi satt her og hadde en toveis kommunikasjon.»

Andre igjen savner noe av pasientkontakten, og de små variasjonene de tidligere har erfart i møter med pasientene når kommunikasjonen flyttes til skrift. Tidligere var kommunikasjonen i stor grad dynamisk, der begge parter gjerne deltok i like stor grad. Når enkelte beskjeder flyttes til digitale plattformer, forsvinner noe av pasientkontakten som fastlegene tidligere har hatt.

«Det er jo litt det som har verdi i allmennpraksis, denne kontinuerlige kontakten over tid – den blir jo litt mindre kontinuerlig nå. Jeg får sett litt mindre av de småvariasjonene hos pasienten og muligheten til å stille det ekstra spørsmålet.»

3.2.2 Alternativer til PLO-meldinger

En av legene diskuterer alternativer til PLO-meldinger, da det per i dag finnes alternative metoder å kommunisere med hjemmebasert omsorg og pasient på. Det gjenstår likevel at disse innføres i praksis. Legen problematiserer at hjemmebesøk ofte er svært ressurskrevende, og at gjennom PLO-meldinger kommer pasientperspektiv sjeldent frem. Dermed fremmer legen bruk av videokonsultasjoner hvor alle tre parter er til stede, også når det kommer til trivielle ting som doseringsendringer. Legen argumenterer blant annet med at dette er mindre slitsomt for pasienten, og at samtale med pasient og hjemmebasert omsorg ofte vil gi et godt nok vurderingsgrunnlag.

«Det jeg skulle ønske var at hjemmesykepleien ble utstyrt med en iPad eller en liten laptop, og at vi kunne ha satt opp videokonsultasjoner. «...» Det tror jeg hadde vært en veldig god mellomløsning mellom det å komme på time, og det å dra på hjemmebesøk.»

3.3 PLO-meldinger styrker den formelle pasientsikkerheten

Et av spørsmålene tatt ut fra intervjuguiden til fastlegene omhandler tanker rundt oppstart av behandling uten å ha sett til og undersøkt pasienten. Alle legene forteller at dette er noe de gjør fra tid til annen, men med måte. Det er kun ved enkelte problemstillinger fastlegene føler seg komfortable med oppstart av behandling uten å ha møtt pasienten, deriblant endring av smertestillende medisiner, oppstart av antibiotikakurer og innsetting av medisiner pasienten tidligere har brukt.

«Det vrir seg litt i meg, ofte, når jeg gjør det. Men jeg gjør jo det «...» Det er et eller annet instinkt som ikke liker det.»

Ved mer komplekse problemstillinger er samtlige enige om at de må dra på hjemmebesøk eller få pasienten til kontoret sitt. Det kommer frem i intervjuene at grunnlaget for å kunne ta vurderinger uten å ha sett til pasienten er: 1. tidligere kjennskap til pasienten, 2. gode journalsystemer på tvers av kommunale instanser og 3. «korrekte» PLO-meldinger. PLO-meldingene må da inneholde både subjektive og objektive holdepunkter. Særlig vektlegges de objektive, som for eksempel infeksjonsparameterne temperatur og CRP ved spørsmål om infeksjon.

3.3.1 Kvalitetssikring

Samtlige leger påpeker at ved innføring av PLO-meldinger heves kvalitetssikkerheten ved doseendringer, da en får det skriftlig dokumentert. Tidligere ble doseendringer ofte gjort per telefon, og en var da avhengig av at mottakende part hørte ordrett den ordineringsen som ble gjort, i hvilken dose, hvor ofte, og hvorfor. Dette gjøres nå raskt og effektivt ved hjelp av PLO-meldinger.

«(...) det har vært såpass mye misforståelser som ofte har med språk å gjøre – at sykepleierne ikke oppfatter, eller at legen ikke har oppfattet... Vi hører i hvert fall forskjellige ting. Så det er jo en kvalitetssikring, særlig i forhold til doseendringer.»

Dersom pasienten har en kognitiv svekkelse som gjør at vedkommende ikke kommer til å huske beskjeden som blir gitt av legen, så ansees PLO-meldinger som et godt verktøy. Legene anser dette som en kvalitetssikring, ved at for eksempel korrekte doseendringer gjennomføres, da en tredjepart som hjemmebasert omsorg får en oppdatering fra legen. Enkelte problematiserer imidlertid den litt for «enkle» løsningen som PLO-meldinger er blitt. Til tider sender fastlegene PLO-meldinger til hjemmebasert omsorg, der beskjeden istedenfor kunne vært gitt direkte til pasienten.

«Denne beskjeden kunne jeg i prinsippet gitt direkte til pasienten. Det er veldig lettvent, men kanskje litt synd å bruke PLO på et vis.»

Innføringsfasen av hjemmebasert omsorg hos pasienter blir imidlertid problematisert av enkelte leger, da mye av kommunikasjonen som tidligere hadde gått mellom pasient og fastlege, nå preges av en tredjepart. Dette beskrives som et kvalitetsfall, da mye pasientkontakt forsvinner. Selve kvalitetsfallet kan blant annet tilskrives bruk av PLO-meldinger, og den «litt lettvent» løsningen dette blir.

«Det er lett for at det blir et kvalitetsfall i innføringsfasen av hjemmesykepleien, da kontakten glipper litt med pasienten. Mye av kommunikasjonen går da mellom oss og hjemmesykepleien.»

3.4 Bruk av PLO-meldinger kan føre til en falsk trygghet

Enkelte av fastlegene erfarer at det i samarbeid mellom fastlege og hjemmebasert omsorg startes opp behandling av pasienter, ofte uten at pasienten involveres direkte. Fastlegen er avhengig av å få tilbakemelding på om ting ikke fungerer slik de skal, eller dersom pasienten blir dårligere. En av fastlegene problematiserer da at PLO-meldingene ofte blir et juridisk dokument på at hjemmesykepleien har gjort sitt, men at det ikke kommer oppfølgingssvar ved forverrelse av helsetilstanden, som gjør at fastlegen kanskje ville prioritert PLO-meldingen i større grad, og håndtert situasjonen annerledes.

««Nå har vi gitt beskjed – vi har sendt en melding». Også er det ikke alltid det kommer en oppfølgende melding dersom pasienten blir dårligere, eller ting ikke fungerer. «...» Jeg tenker PLO gir en litt sånn falsk trygghet.»

De fleste pasientene som fastlegene har tenkt på bruker paradoksalt nok fastlegen mindre. Årsaken til dette er primært pasientens helsetilstand, men også fordi det er et tettere system rundt pasienten, og hyppigere kommunikasjon med hjemmebasert omsorg. Likevel problematiserer noen av fastlegene dette ved at det skaper en falsk trygghet, der pasienten nå kanskje føler at de *må* ta det meste med hjemmebasert omsorg, og ikke har mulighet til å gå direkte til sin fastlege med sine problemer og spørsmål.

«PLO-meldinger utelukker jo ikke konsultasjoner. Alle pasienter er fortsatt hjertelig velkommen til å bestille time til alt de måtte ønske.»

Et tredje problem en av legene ønsket å ta opp, er det som i delkapittel 1.3 er betegnet som «The Doctor-Nurse Game». Legen forteller at ved innføring av PLO-meldinger har vedkommende opplevd ulike situasjoner der sykepleiere går ut av «sitt mandat», og tar på seg legeoppgaver, som for eksempel dosejusteringer og seponering av medisiner. Legen forteller at før innføringen av PLO-meldinger var dette et sjeldent problem, da legen og sykepleieren i fellesskap på dialogmøter kunne finne frem felles løsninger. Legen problematiserer at dersom rolleavklaringen oppfattes uklart fra pasientens side kan det føre til en falsk trygghet.

3.4.1 «Hands-on»

Generelt har elektronisk kommunikasjon, og ikke PLO-meldinger alene, ført til at en som lege er mindre «hands-on» og undersøker pasientene i mindre grad. Særlig fremkommer det i et av intervjuene viktigheten ved å undersøke pasientene fysisk, og ikke bare samtale med dem direkte, eller indirekte gjennom PLO-meldinger. Fastlegen trekker frem et eksempel på en pasient som har en kjent hoftelidelse og som dermed er predisponert for artroseutvikling. Pasienten har over lengre tid utviklet hoftelidelse, og fastlegen har behandlet smertene som en begynnende artrose, uten undersøkelse av pasienten. Grunnet manglende bedring blir pasienten etter en stund undersøkt. Ved undersøkelse er det funn forenlig med trokanterbursitt, og pasienten behandles snarlig for dette, med god effekt. Eksemplet understreker viktigheten av å ta på pasientene, selv om anamnesen skulle tilsi noe annet.

«Det kan være lurt å se og undersøke pasientene av og til. «...». Man må aldri glemme som lege at man har et klinisk blikk, og skal trene opp et klinisk blikk.»

3.5 Pasientperspektivet fra fastlegens ståsted

Flere av de spurte trekker frem at de opplever at pasientens ønsker og preferanser har blitt mindre synlig som følge av den økte bruken av e-kommunikasjon i helsevesenet. De føler at de ikke har kontroll på hvorvidt pasientenes ønsker inkluderes i utarbeidelsen av en PLO-melding. I enkelte situasjoner er legene svært sikre på at pasientens perspektiv ikke er inkludert i PLO-meldingene. Dette er særlig fremtredende på pasienter der det kom flere PLO-meldinger fra ulike ansatte i hjemmebasert omsorg, om egentlig samme problemstilling. Her har en av de intervjuede uttalt seg om å utarbeide en behandlingsplan per PLO-melding:

«Jeg får ikke noen tilbakemelding om hva pasienten tenker om den planen. «...» For eksempel øke sånn og sånn på smertestillende eller hva det enn skulle være. Så får ikke jeg noen tilbakemelding om hva pasienten tenker. «...» Var det til hjelp eller ikke? Pasienten blir jo litt borte for meg. Og pasientens ønske. Hva vil pasienten? Hva slags preferanser? Den diskusjonen er jo ikke jeg inne i, i det hele tatt. Det er jo mellom pasienten og sykepleieren.»

Enkelte av legene, som antar at pasientens stemme er blitt hørt av hjemmebasert omsorg, påpeker at disse preferansene likevel ikke alltid ble kommunisert til legen. En av legene understreker at selv om ikke pasientperspektivet kommer direkte frem i PLO-meldingen, så er det et likeverdig trekantsamarbeid.

«Selv om ikke alle partene snakker med hverandre hele tiden, så er det jo et trepartssamarbeid.»

Vi har tidligere nevnt at etter innføring av PLO-meldinger oppfatter fastlegene at hverdagen i større grad effektiviseres og oppleves mer fleksibel, men hva opplever pasientene? Fastlegene understreker viktigheten av undersøkelse av pasienten, og samtale med dem, men samtidig så opplever enkelte leger at behovet for å se selve pasienten blir mindre etter innføring av PLO-meldinger.

«Behovet for å se pasienten blir kanskje mindre, men det er ikke sikkert at pasienten sitter med det inntrykket. Kanskje de fortsatt har like mye behov for å se oss, men de ser kanskje mindre til oss?»

3.6 Pasientene deler ikke fastlegenes bekymringer

3.6.1 Hvem tar pasientene kontakt med?

For å komme i kontakt med fastlegen sin svarer samtlige pasienter at de selv tar direkte kontakt med legen per telefon. De opplever ikke at kommunikasjonen mellom dem og fastlegen går gjennom hjemmebasert omsorg uten at de selv involveres. De besøker imidlertid fastlegen sjeldnere nå sammenlignet med tidligere, men dette skyldes primært deres helsetilstand og ikke innføring av hjemmebasert omsorg. Generelt opplever ikke pasientene endringer i relasjonen til sin fastlege etter at de ble brukere av hjemmebasert omsorg.

«For meg er jo hjemmetjenesten og fastlegen to helt forskjellige ting, som jeg tar opp ulike ting med.»

Også ved spørsmål knyttet til medisiner eller symptomer tar de som regel kontakt med fastlegen direkte per telefon. Én av pasientene mener at de ansatte i hjemmebasert omsorg som besøker vedkommende ikke innehar tilstrekkelig med medisinsk kunnskap. De prater med de ansatte i hjemmebasert omsorg om de aktuelle plagene dersom de blir for besværende, men pasientene har ikke direkte erfart at dette har ført til endring av medisinerings eller oppstart av eventuell behandling.

«Det jeg har hatt, har jeg tatt direkte med fastlegen. Jeg går ikke rundt grøten, jeg går rett til legen, om det er en stor eller liten sak.»

3.6.2 Oppstart av behandling

Pasientene opplever ikke at legen starter opp behandling, eller endrer på medisineringsen, uten at fastlegen har pratet med dem om det aktuelle, enten direkte eller indirekte via hjemmebasert omsorg. De har imidlertid opplevd at det startes opp behandling for «enkle» ting, som for eksempel urinveisinfeksjon, uten at fastlegen har undersøkt dem. I disse tilfellene har pasienten vært i kontakt med legen per telefon, og selv rapportert om sine symptomer. De intervjuede pasientene opplever sjeldent at fastlegen kommer på hjemmebesøk, og husker ikke hva som skal til for at legen kommer hjem til dem. Dersom de ønsker undersøkelse eller direkte samtaler med legen, må de selv komme seg til legekontoret.

«Nei, det tror jeg ikke, men er ikke 100% sikker. Jeg tror ikke de starter opp behandling. Som oftest så snakker de med meg først.»

Noen av pasientene har opplevd at hjemmebasert omsorg har tatt bilder av for eksempel sår som de har. De vet ikke videre hva bildene er blitt brukt til, eller hvem som har sett dem, men de antar at både sykepleier og fastlegen har sett bildene. De opplever ikke at det ble startet noen behandling som en konsekvens av dette.

«De har jo fotografert småsår på tærne mine, men så hører man ikke mer fra hjemmetjenesten om det. Jeg vet jo ikke hva de gjør videre med bildene.»

3.6.3 Inkludering

Som nevnt foretrekker alle våre intervjuede brukere å gå direkte til sin fastlege med spørsmål som gjelder sin helse, fremfor å gå via hjemmebasert omsorg. Noen av de intervjuede viser stor interesse for hva hjemmetjenesten og fastlegene eventuelt da prater om, og særlig én forteller om at kommunikasjon bak brukerens rygg ville føltes som et overtramp. Alle de intervjuede har vært opptatt av at de inkluderes i dialogen mellom hjemmebasert omsorg og fastlegen, når det er spørsmål knyttet til dem og deres helsetilstand. I tillegg understreker de viktigheten av en effektiv og sikker kommunikasjonsplattform mellom hjemmebasert omsorg og fastlegen. Enkelte savner imidlertid informasjon om at en slik kommunikasjonsplattform eksisterer, hva dens funksjon er, og hvorfor den til tider brukes.

«Skal det være en kommunikasjon mellom hjemmetjenesten og fastlege, så er det veldig viktig at jeg som bruker vet *hva* som formidles.»

3.6.4 Fremtidens møter

En av brukerne ønsker å diskutere fremtidens møter med fastlegene, der en kan ta i bruk videokonsultasjoner. Dette blir av brukeren ansett som en gylden middelvei fra det å dra på legekantoret og det at spørsmål går gjennom hjemmebasert omsorg og til fastlegen. Fra pasientens side hadde det vært ønskelig å få hjelp fra de ansatte i hjemmebasert omsorg med det tekniske under videokonsultasjonene. Brukeren understreker viktigheten av fastlegens kjennskap til vedkommende, for at dette skulle kunne gjøres på en forsvarlig måte.

«Videokonsultasjoner kunne jeg godt tenkt meg. Det er jo ikke så kompliserte spørsmål jeg ofte har til legen. Man kjenner jo fastlegen sin godt, så.»

4 Diskusjon

I denne studien er formålet å se på hvordan innføringen av elektronisk kommunikasjon erfares i møtet mellom fastleger og brukere av hjemmebasert omsorg, særlig med vekt på PLO-meldinger. For å drøfte rundt formålet til oppgaven har vi valgt å dele diskusjonen inn i to hoveddeler. I første delkapittel drøftes resultatene, og i det andre delkapittelet drøftes styrker og svakheter ved valg av metode. Avslutningsvis i diskusjonskapittelet drøftes implikasjonene.

4.1 Diskusjon av resultater

I den første delen av diskusjonen rettes fokuset mot resultatene. Denne delen bygger på de identifiserbare kategoriene fra resultatkapittelet.

4.1.1 Egalitær versus paternalistisk kommunikasjon

Begrepene egalitær og paternalistisk kommunikasjon er definert i delkapittel 1.1, men en kan enkelt oppsummere det med henholdsvis pasientsentrert- og legedominert kommunikasjon (5). Det er nærliggende å tro at ved innføring av PLO-meldinger vil en paternalistisk kommunikasjonsstil favoriseres, men hva viser resultatene?

Fastlegene beskriver en hverdag der de er konsekvente på hvilke intervensjoner som kan igangsettes etter dialog med hjemmebasert omsorg gjennom PLO-meldinger. Det enkelte av legene imidlertid understreker er den manglende inkluderingen av pasienter ved utarbeidelse av en behandlingsplan ved hjelp av PLO-meldinger. Manglende inkludering av pasienter i utarbeidelse av en slik plan oppfattes som paternalistisk, da kommunikasjonen er legedominert, og der legen lager en plan som vedkommende oppfatter er til pasientens beste (5). Selv om den direkte dialogen mellom enkelte pasienter og fastlege reduseres, beskriver legene fortsatt at det er et trepartssamarbeid, der en til tider antar at pasientens stemme gjenspeiler det sykepleierne skriver i PLO-meldingene. En slik tilnærming vil aldri kunne tolkes som fullverdig egalitær, da pasienter gjennom tekstmeldinger skrevet av et mellomledd aldri vil kunne oppnå en høygradig kontroll over dialogen (5).

Ved et hypotetisk scenario som fastlegene skisserer, der en tar beslutninger basert på dialoger utelukkende med hjemmebasert omsorg, kan en tenke seg at pasientautonomien svekkes. En kvalitativ intervjustudie fra 2018 viser at pasientautonomien til yngre kronisk syke svekkes ved innføring av elektronisk kommunikasjon. Dette tilskrives primært økt tilgjengelighet til

fastlege og bruk av e-meldingstjenester, slik at behovet for å ta egne beslutninger og kontroll over egen helse reduseres (48). Et slikt scenario som fastlegene skisserer vil ansees som paternalistisk, men dette kan igjen forsvares dersom pasienten mangler samtykkekompetanse for å kunne delta i behandlingsvalget, og at behandlingen ansees som nødvendig. Enkelte leger opplever imidlertid at beskjeder som i teorien kunne vært gitt direkte til pasienten, går via PLO-meldinger og hjemmebasert omsorg. En slik tilnærming kan kun tolkes som paternalistisk dersom beskjeden har behandlingsmessig konsekvens, da prøvesvar ofte sendes per post til pasientene. Pasientene har heller ikke da mulighet til å stille oppfølgingsspørsmål.

De intervjuede pasientene opplever ingen endring i kommunikasjon mellom seg og fastlegen, før og etter oppstart med hjemmebasert omsorg. Samtlige understreker viktigheten av å inkluderes i en eventuell dialog mellom hjemmebasert omsorg og fastlegen som omhandler dem. En slik inkludering ansees som like viktig nå, som før innføringen av PLO-meldinger. En kan dermed ikke ut fra funnene i denne studien si at PLO-meldinger i seg selv fører til ekskludering og paternalistisk favorisering, i møte med de intervjuede pasientene. Basert på pasientens erfaringer kan en tolke det dit hen at pasientautonomien fortsatt står sterkt, og at en egalitær kommunikasjonsstil fortsatt dominerer, selv ved oppstart av hjemmebasert omsorg og PLO-meldinger. En kan imidlertid tenke seg at de som var «for syke» til å delta i studien ville ha opplevd situasjon annerledes, og at det er denne typen pasienter fastlegene beskriver.

4.1.2 Manglende direkte kontakt

Flere av de intervjuede legene forteller at den direkte kontakten mellom dem selv og pasientene som benytter hjemmebasert omsorg er blitt mindre. De opplever å se dem sjeldnere, og forteller at de sjeldnere får undersøkt disse pasientene klinisk. Kan det tenkes at dette fører til redusert kvalitet på diagnostikk og behandling?

Det er nærliggende å tenke at det ikke er optimalt at den som skal starte opp en behandling av en pasient ikke får sett og undersøkt vedkommende, men kun får informasjon tilsendt gjennom PLO-meldinger. Dette er derimot ikke ensbetydende med at behandlingskvaliteten blir dårligere. Gode anamneser, observasjoner og undersøkelser som er grundig beskrevet av det helsepersonellet som møter pasienten i sitt hjem, vil som regel være adekvat for at legen igangsetter en behandling som legen selv bedømmer å være av god kvalitet.

Et av våre forskningsspørsmål tatt ut fra intervjuguiden til pasientene omhandler pasientens opplevelse av behandlingen som gis av fastlegen, uten at de har vært involvert i

behandlingsbeslutningen. Det er imidlertid vanskelig å få et innblikk i pasientenes formening om kvaliteten på behandlingen som gis, da de intervjuede ikke har opplevd at fastlegen starter opp behandling basert på PLO-meldinger fra hjemmebasert omsorg. Det de derimot har erfart er at fastlegen starter opp behandling av for eksempel urinveisinfeksjoner basert på subjektiv informasjon fra pasienten per telefon. Dersom denne behandlingen ikke virker, tar pasienten igjen kontakt med fastlegen, og det er nærliggende å tro at pasienten må til legekontoret for videre kliniske undersøkelser.

Telefonkontakt bryter, på lik linje med PLO-meldinger, det «tradisjonelle» møtet mellom fastlege og pasient, som tidligere i sin helhet har foregått på et legekontor eller hjemme hos pasienten. Ved bruk av telefonkontakt er det derimot garantert at pasientens stemme fremmes, fremfor i en PLO-melding som er skrevet av et mellomledd. En kan dermed bryte ned forskjellen mellom PLO-meldinger og telefonkontakt til to hovedpunkter. Telefonkontakt er i større grad: 1. pasientsentrert og 2. dynamisk. I tillegg viser studier at det er lettere å gjennomføre livsstilsintervensjoner per telefon, fremfor i e-meldingstjenester (49). Den store forskjellen i kvalitet på diagnostikk og behandling ved bruk av PLO-meldinger fremfor telefonkontakt er imidlertid vanskelig å beskrive ut fra våre data.

4.1.3 Formell pasientsikkerhet på bekostning av pasientsentrert behandling?

Som det fremkommer av resultatene peker flere fastleger på at en av de store fordelene med PLO-meldinger er at det blir mindre rom for misforståelser, siden ordineringer, spørsmål og svar nedtegnes. Er fokuset på at kommunikasjonen er mest sikker om den foregår skriftlig utelukkende positivt? En stor oversiktsartikkel fra Cochrane utgitt i 2012, viser et manglende evidensgrunnlag for å konkludere om skriftlig kommunikasjon i helsevesenet er utelukkende positivt (49). Det fastlegene derimot forteller, er at PLO-meldinger tidvis går på bekostning av at partene møtes ansikt til ansikt. Dersom partene ikke møtes, men all kommunikasjon foregår per tekst, hvordan blir det da med den individuelle tilpasningen rundt pasientens problemer?

Som enkelte fastleger beskriver, og som vi tidligere har diskutert, forsvinner til tider pasientens tanker og idéer om behandling igangsatt gjennom trepartssamarbeidet. Ved videre kommunikasjon om igangsatt behandling mellom hjemmebasert omsorg og fastlegen, vektlegges i stor grad objektiv informasjon i PLO-meldinger, som for eksempel blodsukkerverdier og infeksjonsparametere. Samtidig viser studier en manglende

funksjonalitet for å understøtte den kliniske oppfølgingen av pasienten (1). En kan på bakgrunn av dette stille spørsmål ved innføring av PLO-meldinger. Har dette ført til økt bruk av standardiserte behandlinger basert på objektive tallverdier, som for eksempel antibiotikadoseringer, fremfor en individuelt tilpasset behandling til den enkelte pasient og akkurat denne pasientens behov? Dersom dette er tilfelle har innføringen av PLO-meldinger favorisert en foreldet tankegang, der en behandler sykdom fremfor pasienten som en helhet.

På den andre siden rapporterte samtlige av de intervjuede fastlegene at de ikke ønsker å starte opp med nye livslange behandlinger uten at de har pratet med pasienten om det aktuelle. I tillegg rapporterer de intervjuede pasientene at dersom de har spørsmål knyttet til behandlingen tar de direkte kontakt med fastlegen sin. Basert på fastlegenes erfaringer tillater PLO-meldinger i liten grad igangsettelse av individuelltilpasset behandling, i motsetning til standardiserte behandlinger. Disse behandlingsavgjørelsene tas i samråd med pasientene direkte, og der PLO-systemet fungerer som en kommunikasjonsvei som videreformidler informasjon til hjemmebasert omsorg, fra møtet mellom pasient og fastlege.

4.1.4 Skillet mellom det «simple» og det «komplekse»

Fastlegene opplever i dag økte forventninger, mer komplekse problemstillinger og flere pasienter (33;35). Om vi legger til grunn fastlegenes svar om at PLO-meldinger ikke egner seg for komplekse problemstillinger, kan en trekke slutningen at PLO-meldinger ikke egner seg for fremtiden. På den andre siden kan en si at PLO-meldinger vil kunne effektivisere arbeidet rundt de mindre komplekse problemstillingene, slik at det blir mer tid satt av til de komplekse.

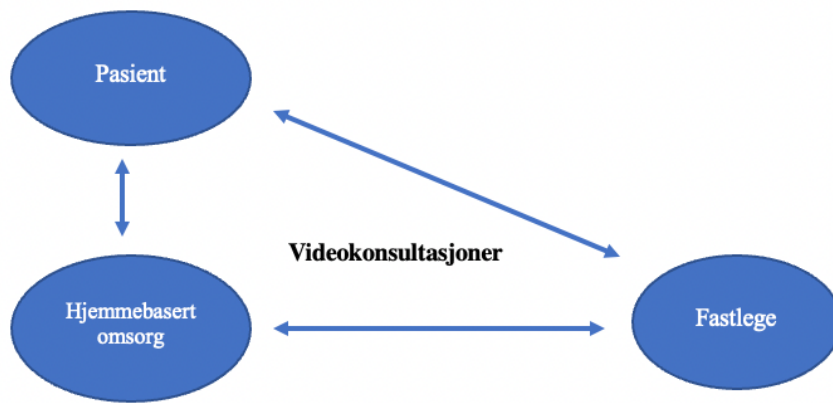
I klinisk praksis hører en ofte om komplekse situasjoner og problemer. Hva definerer en «simpel» og en «kompleks» problemstilling? En artikkel fra 2021 viser til at simple problemstillinger ofte kjennetegnes ved at det foreligger få faktorer, spesifikke verktøy til hjelp og kjente utfall (50). De komplekse kjennetegnes på sin side ved samspill mellom flere faktorer og at de må analyseres nøyere før en kan finne riktig intervensjon. Også de intervjuede fastlegene i vår studie brukte ordet «kompleks» om sine pasienter, uten at det ble nøyere spesifisert hva de la i bruken av dette ordet. Dermed vet vi ikke om det er ment som pasienter med komplekse tilstander, pasienter det er vanskelig å diagnostisere eller pasienter hvor ikke-kliniske faktorer forstyrrer diagnostikken, sett fra fastlegens ståsted (50).

4.1.5 Den elektroniske kommunikasjonen i nær fremtid

Statistikk viser at det er flere yngre og komplekse brukere av hjemmebasert omsorg (20). Samtidig viser studier at kommunikasjon der pasientens perspektiv inkluderes gir et bedre behandlingsresultat (24). Vil fastlegene kunne imøtekomme både det økte trykket og pasientens perspektiv på en adekvat måte?

Som vi kan lese av resultatene peker både fastleger og pasienter på alternative løsninger for bedre elektronisk kommunikasjon i fremtidens primærhelsetjeneste. Særlig fremheves bruken av videokonsultasjoner hvor både pasient, hjemmetjeneste og fastlege kan være til stede, og slik unngå at kommunikasjonen behøver å gå gjennom eventuelle mellomledd. Teknologien for å kunne gjennomføre dette finnes allerede i dag, men det mangler å få satt dette ut i praksis i kommunene. I denne utviklingen vil det bli viktig å etablere systemer som ivaretar pasientautonomi og -sikkerhet, og som samtidig er brukervennlige for daglig bruk, både for helsepersonell og pasienter. En lite ønskelig konsekvens om dette ikke blir gjort riktig, vil være at det oppstår et digitalt skille mellom de teknologisk kompetente og mindre teknologisk kompetente pasientene, og hvilket helsetilbud de får.

En slik løsning, implementert på riktig måte, vil kunne spare både pasienten og fastlegene for unødige belastninger. Pasientene kan møte fastlegen sin hjemme innenfor trygge rammer, uten å bekymre seg for reisevei og det praktiske rundt dette. Fastlegen som allerede har en travel hverdag, kan møte og diskutere ulike problemstillinger raskt og effektivt med pasienten og hjemmebasert omsorg. Videokonsultasjoner kan være fremtiden, og ansees av begge parter som en gylden middelvei mellom PLO-meldinger og hjemmebesøk. For at dette skal kunne realiseres kreves det et imidlertid et gjensidig kjennsksforhold mellom de to partene. Om pasientens problem krever en klinisk undersøkelse vil det likevel være nødvendig at partene møtes.



Figur 4: Skjematisk fremstilling av fremtidens kommunikasjon.

4.2 Diskusjon av metode

I denne andre delen av diskusjonen ønsker vi å sette søkelys på metoden vi har benyttet oss av, og fordeler og ulemper med valgene vi har tatt. I dette delkapittelet vil vi ta for oss forenklingsproblematikk, bruk av konvensjonelle intervjuer, utvalget, generaliserbarheten, samt reliabilitet og validitet.

4.2.1 Forenklingsproblematikk

Er det uproblematisk å hente ut kjernetemaer fra utgreiende kvalitative intervjuer? Formålet med en slik uthenting er å forsøke å finne likheter mellom det de intervjuede har informert oss om, og å kategorisere denne informasjonen. I denne prosessen kan trolig informantenes utsagn bli noe «forenklet» til forskjell fra hva de opprinnelig har fortalt. Til tross for at man da forsøker å ivareta det unike i hvert intervju, kan en ikke hindre at denne prosessen forenkler informasjonen vi har fått (51).

4.2.2 Bruk av konvensjonelle intervjuer

Ved bruk av konvensjonelle intervjuer får en kartlagt erfaringene gjort av både brukere av hjemmebasert omsorg og fastleger. Dermed kan vi så langt det lar seg gjøre svare på problemstillingen for vårt prosjekt. Ved bruk av spørreskjemaer som for eksempel var sendt ut til en stor bruker- og legepopulasjon, ville vi trolig ikke fått like utfyllende besvarelser, som en får ved kommunikasjon ansikt til ansikt.

Ved bruk av konvensjonelle intervjuer, fremfor online-intervjuer, dannes et personlig tillitsforhold, noe som kan gjøre at intervjuobjektene i større grad er åpne om personlige temaer (41, s. 111). Samtidig får en med seg kroppsspråket og de emosjonelle aspektene ved

direkte tilstedeværelse. Dette ansees som særlig viktig i møte med pasientene, da spørsmålene er knyttet til deres opplevelser og følelser. På denne måten åpner vi opp for at de kan dele sine erfaringer med oss på best mulig vis.

4.2.3 Utvalg

Totalt er seks fastleger inkludert i studien, der kjønnsfordelingen var lik. Den gjennomsnittlige fartstiden i allmennpraksis til legene er rundt 15 år. Vi har i tillegg intervjuet fire brukere av hjemmebasert omsorg. Også disse er ulike med tanke på kjønnsfordeling, helsetilstander, alder og lengde som brukere av hjemmebasert omsorg. Vi anser at utvalget på ti intervjuobjekter er stort nok til å gi en forståelse av fenomenet vi studerer (41, s. 59). Kanskje hadde studien vært tjent med flere deltakere, og kanskje særlig pasienter, men grunnet oppgavens omfang har vi konkludert med at utvalget er stort nok for vårt formål.

Av resultatene kan en se at det tidvis er diskrepans mellom det fastlegene forteller og det pasientene erfarer. Dette kan skyldes at vi har intervjuet en «annen» pasientpopulasjon enn det fastlegene har tenkt på. Fastlegene snakker ofte rundt en bestemt pasientkasus, men grunnet personvern og fastlegens taushetsplikt, har ikke vi fått snakket med disse pasientene. Dette anser vi som en svakhet ved studien. Ved reproduksjon av vår studie vil vi anbefale at en legger til rette for intervjuer av de konkrete pasientene fastlegene har tenkt på i sin pasientkasus.

I vår modell av kommunikasjonen (figur 1) inngår både fastleger og brukere, samt ansatte i hjemmebasert omsorg som et mellomledd. De intervjuede i undersøkelsen vår er kun hentet fra de to førstnevnte gruppene. Dette medfører at til tross for at de ansatte i hjemmebasert omsorg er mye omtalt fra de øvrige intervjuobjektene, har de ikke selv fått delta med sin beskrivelse av kommunikasjonen mellom disse aktørene. Dette må en være bevisst over når en leser og tolker resultatene fra vår studie.

En kan problematisere det strategiske utvalget vårt, ved at en kan anta at både fastlegene og brukere av hjemmebasert omsorg som deltar i denne oppgaven, er personer som er fortrolig med forskningen, og som ikke har noe imot at deres situasjon ble studert. Et annet problem med utvalget er at de som ikke valgte å delta muligens opplever utfordringer knyttet til fenomenet vi studerer, og derfor ikke ønsket å delta. Disse intervjuobjektene kunne ha bidratt med nyttige erfaringer i vår studie. Dermed må en være bevisst over skjevheten som oppstår, og hvordan den igjen påvirker generaliserbarheten. (41, s. 57).

4.2.4 Generaliserbarhet versus overførbarhet

En kan stille seg spørsmålet om hvorvidt funnene fra denne undersøkelsen ville være gjeldende for andre fastleger og brukere av hjemmebasert omsorg. Det å skulle kunne generalisere funnene vil kunne «(...) invitere til urealistiske assosiasjoner om allmenngyldig overførbarhet» (39, s. 62). Det vil derfor være mer treffende å bruke begrepet *overførbarhet*, da det bedre viser at det finnes grenser for hvordan våre funn kan gjøres gjeldende for mennesker og situasjoner utover vår undersøkelse (41, s. 200).

Dette vil trolig bety at selv om en ikke kan ta svarene fra våre intervjuobjekter og legge dem i munnen på andre fastleger og brukere, kan det tenkes at de vil ta opp mange av de samme fordelene og ulempene med elektronisk kommunikasjon i helsevesenet.

4.2.5 Reliabilitet og validitet

Thagaard definerer reliabilitet som «(...) at en annen forsker som anvender de samme metodene, vil komme frem til de samme resultatene» (41, s. 187). Dersom andre følger vår metode, vil de sitte igjen med andre resultater, da en ikke kan kvantifisere tanker og idéer. Det er likevel viktig at metoddelen vår er detaljert beskrevet, slik at utenforstående kan vurdere forskningsprosessen trinnvis, og dermed vurdere reliabiliteten (41, s. 188;39, s. 181). I resultatkapitlet har vi, ut fra retningslinjer for rapportering av intervjusitater (34, s. 282-284), markert sitatene fra intervjuobjektene med et innrykk i teksten og anførselstegn. Dette for å skille mellom råmaterialet og våre indirekte fortolkninger av deres utsagn, noe som styrker reliabiliteten.

Ved transkripsjon av intervjuene vil en alltid få frem et indirekte bilde av virkeligheten, da oversettingen fra muntlig til skriftlig inneholder en viss filtrering der meningsfylt innhold kan gå tapt (39, s. 75). En kan sette spørsmål ved reliabiliteten til transkripsjonen, da det er vanskelig å avgjøre hvor en plasserer tegnsettingen, da talespråket ofte er en strøm av ufullstendige setninger, og der intervjuobjektet til stadig vender tilbake til viktige poeng (39, s. 76). Dermed kan det være vanskelig å få frem de «korrekte» meningene til intervjuobjektene, da for eksempel endringer av tegnsetting kan føre til en annen mening av sitatet enn hva intervjuobjektet i utgangspunktet mente med sitt utsagn.

Validitet omhandler «gyldighet av de tolkninger forskeren kommer frem til» (41, s. 189). Ved en systematisk beskrivelse av metode for analyse (se også vedlegg 5), kan en få en forståelse av hvordan vi har kommet frem til våre resultater. Ved å presentere forforståelsen i

metodedelen styrkes validiteten, da den kritiske leseren kan ta stilling til vår fortolkning av resultatene (41, s. 191). Et av problemene med validiteten i vår oppgave er at det foreligger lite forskning på det samme området, og dermed få studier å sammenligne resultatene våre med (41, s. 192). Funnene i studien baseres på en liten gruppe informanter, noe som kan svekke den eksterne validiteten. Både pasientene og fastlegene var ulike med tanke på kjønn, alder og erfaringer, noe som igjen kan styrke validiteten.

4.3 Implikasjoner

I den avsluttende delen av diskusjonskapitlet ønsker vi å trekke frem begrepene som brukes i en del fremtidsforskning; sannsynlighet, ønskelighet og jokertegn (52). Helt avslutningsvis trekker vi frem tentative problemstillinger for fremtiden.

Fastlegene problematiserer nødvendigvis ikke PLO-meldinger og systemet i seg selv, men hvordan disse brukes. En løsning på et slikt problem kan være at kommunene tilgjengeliggjør og holder helsepersonellet oppdatert på de retningslinjene som ble utformet under ELIN-k prosjektet, beskrevet i delkapittel 1.2 (18). Dersom en i fremtiden velger å innføre videokonsultasjoner med fastlege, hjemmebasert omsorg og bruker, vil sannsynligvis ikke dette erstatte PLO-meldinger som en funksjonalitet.

Norske kommuner har enten et felles journalsystem på tvers av aktører eller ulike systemer (53). Ved et felles journalsystem vil blant annet legekontor, legevakt og sykehjem kunne kommunisere gjennom samme system. Som det fremkommer av resultatene, er fastlegene ofte avhengige av «nok» bakgrunnsinformasjon om pasienten før de starter intervensjoner. For at samtlige norske leger skal kunne stille likt i vurdering av pasienters behov ut fra en PLO-melding er det nærliggende å tro at et felles journalsystem mellom disse instansene vil implementeres i samtlige norske kommuner i nær fremtid. Kunnskapen og systemene er der, men det kreves en økt satsing på området for å få dette realisert.

Et ønskelig tiltenkt scenario for fremtiden er å gjøre PLO-meldingene tilgjengelig for brukere av hjemmebasert omsorg, slik at de kan se hvilke beskjeder som sendes mellom hjemmebasert omsorg og fastlege om seg selv. Det er stadig flere yngre brukere av hjemmebasert omsorg (24), samtidig som flere av de eldre har digital kompetanse. Disse kan ha interesse av å få et innblikk i kommunikasjonen som går «bak ryggen» deres. En kan imidlertid problematisere dette, siden pasientene det sendes flest PLO-meldinger om, ofte er

svært syke, og har for eksempel demenslignende tilstander. Hvilken nytte vil denne pasientgruppen ha av å få innsyn i slike meldinger?

Jokertegn er når det oppstår hendelser med lav sannsynlighet, men med stor innvirkning (52), som for eksempel en ny verdenspandemi. Da covid-19 inntraff Norge, og ble en pandemi i mars 2020, ble mye av den daglige fysiske kontakten mellom fastlege og pasient konvertert til videokonsultasjoner (2). En kan tenke seg at ved en ny lignende pandemi vil elektronisk kommunikasjon igjen stå sentralt, og særlig PLO-meldingene i møte mellom brukere av hjemmebasert omsorg og fastlegene. For å være rustet til dette kreves en del funksjonelle endringer, som blant annet inkluderer pasientene i større grad. Dette kan løses ved for eksempel innføring av et fremtidig chatteprogram på en sikker plattform, lignende de sosiale medie-plattformene som allerede eksisterer, der en har «gruppechatter» mellom fastlege, bruker av hjemmebasert omsorg og ansatte i hjemmebasert omsorg. Et slikt system krever imidlertid et stramt rammeverk. Hvem skal kunne starte dialogen? Hvem skal kunne aktivt delta i dialogen? Hva kan en slik dialog inneholde? Hvordan kan en gjøre en slik kommunikasjon sikker for alle partene? Mange av disse spørsmålene er det kun fremtiden som kan besvare.

Vi håper vår forskning har bidratt til å åpne dørene til videre forskning innenfor lignende tematikk. Vil fremtidens møter mellom fastlege og pasient rettes i større grad mot det egalitære, eller kan PLO-meldinger føre til en paternalistisk utvikling? Hvilken risiko er det for at PLO-meldinger forenkler det «komplekse»? Hvordan erfares for eksempel innføring av elektronisk kommunikasjon, og særlig med vekt på PLO-meldinger, i møte mellom fastlege og de pasientene som fastlegene hadde tenkt på i pasientkasusene? Hvordan erfarer hjemmebasert omsorg sin rolle som mellomledd i kommunikasjon mellom pasient og fastlege? Slike viklinger kunne vært interessant å få besvart i fremtiden.

5 Konklusjon

PLO-meldinger har med årene blitt en integrert del av kommunikasjonen i primærhelsetjenesten. Ut fra våre funn kan en se at de effektiviserer hverdagen til både hjemmebasert omsorg og fastlegene, og sikrer kvaliteten til viktige beskjeder ved at de konverteres til tekst. Imidlertid ansees PLO-meldinger som uegnet for mer komplekse problemstillinger, og flere peker på bruken av systemet som utfordrende, fremfor systemet i seg selv. PLO-meldinger vil kunne effektivisere arbeidet rundt de mindre komplekse problemstillingene, slik at det blir mer tid satt av til de komplekse.

Viktigheten av tidligere kjennskap til pasient, felles journalsystemer og velskrevne PLO-meldinger står sentralt for fastlegene i oppstart av behandling uten å ha tilsett pasienten. Behandling igangsatt basert på informasjon i PLO-meldinger er ut fra våre gjennomførte intervjuer dermed ikke ensbetydende med «dårlig» behandlingskvalitet. Ut fra fastlegenes erfaringer tillater PLO-meldinger i liten grad igangsettelse av individuelltilpasset behandling, men heller standardiserte behandlinger. Slike behandlingsavgjørelser tas i samråd med pasientene, der PLO-meldingene virker som en kommunikasjonsvei for videreformidling av informasjon fra møtet mellom fastlege og bruker til hjemmebasert omsorg.

Fastlegene skisserer til tider det som kan tolkes som en paternalistisk kommunikasjonsstil, da de bekymrer seg for at behandling i noen tilfeller startes opp uten at brukerens meninger og preferanser er det som står sterkest. Brukerne som er inkludert i vår studie opplever til tross for dette en egalitær kommunikasjonsstil med en høy grad av autonomi. I tillegg bevares den direkte kontakten mellom bruker og fastlege, til tross for at hjemmebasert omsorg er til stede som et mellomledd, da pasientene inkludert i vår studie foretrekker å gå direkte til sin lege med spørsmål vedørende sin helse.

Fremtidens løsninger på problemene som både fastlegene og brukerne beskriver, henholdsvis ressursbruk og logistikk, kan løses ved implementering av videokonsultasjoner. Dermed kan hjemmebasert omsorg, bruker og fastlege aktivt diskutere sammen, og komme frem til felles løsninger.

Referanseliste

1. Meld. St. 26 (2014-2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
2. Johnsen TM, Norberg BI, Kristiansen E, Zanaboi P, Austad B, Krogh FH, et al. Suitability of Video Consultations During the Covid-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners. *J Med Internet Res.* 2021;23(2):e26433. DOI: 10.2196/26433.
3. Bloom JR, Martin EJ, Jones JA. Communication strategies during the COVID-19 pandemic: Unforeseen opportunities and drawbacks. *Seminars in Oncology.* 2021;48(4):292-294. DOI: 10.1053/j.seminoncol.2021.10.001.
4. Nimmon L, Stenfors-Hayes T. The «Handling» of power in the physician-patient encounter: perceptions from experienced physicians. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):114. DOI: 10.1186/s12909-016-0634-0.
5. Ong LM, de Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995;40(7):903-18. DOI: 10.1016/0277-9536(94)00155-m.
6. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med.* 1956;97(5):585-92. DOI: 10.1001/archinte.1956.00250230079008.
7. Kaba R, Sooriakumaran P. The evolution of the doctor-patient relationship. *Int J Surg.* 2007;5(1):57-65. DOI: 10.1016/j.ijssu.2006.01.005.
8. Borracci RA, Gallesio JMA, Ciambone G, Matayoshi C, Rossi F, Cebraera S. What patients consider to be a “good” doctor, and what doctors consider to be a “good” patient. *Rev Med Chil.* 2020;148(7):930-938. DOI: 10.4067/S0034-98872020000700930.
9. Woodward VM. Caring, patient autonomy and the stigma of paternalism. *J Adv Nurs.* 1998;28(5):1046-52. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1998.00741.x.
10. Rocque R, Leanza Y. A systematic review of patients' experiences in communicating with primary care physicians: Intercultural encounters and a balance between vulnerability and integrity. *PLoS ONE* 10(10):e0139577. DOI: 10.1371/journal.pone.0139577.
11. Balint E. The possibilities of patient-centred medicine. *J R Coll Gen Pract.* 1969;17:269-76.
12. Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R, Wifstad Å. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics.* 2011;37(11):650-654. DOI: 10.1136/jme.2010.041988.
13. Larsen BH, Andersson H, Førde R. Pasientautonomi er ingen enkel sak. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013;133:1955-7. DOI: 10.4045/tidsskr.13.0128.
14. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009.
15. Hoffmann B, Rohe J. Patient safety and error management: what causes adverse events and how can they be prevented? *Dtsch Arztebl Int.* 2010;107:92-99. DOI: 10.3238/arztebl.2010.0092.
16. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C: National Academy Press; 2000. 312 s.
17. Jensen SA, Oien T, Jacobsen G, Johnsen R. Erroneous drug charts—a health hazard? *Tidsskr Nor Legeforen.* 2003;123 (24): 3598-9.

18. Skarsgaard S, Lyngstad M. ELIN-k prosjektet - Sluttrapport. Oslo: Styringsgruppen i ELIN-k; 2011. Sluttrapport.
19. Lyngstad M, Melby L, Hellesø R. Standardised electronic exchange between nurses in home care and GPs - the medication information processes. 11th International Congress on Nursing Informatics. 2012.
20. De Jong C, Ros WJG, van Leeuwen M, Schrijvers G. How Professionals Share an E-care Plan for the Elderly in Primary Care: Evaluating the Use of an E-communication Tool by Different Combinations of Professionals. *J Med Internet Res*. 2016;18(11):304. DOI: 10.2196/JMIR.6332
21. Mørk E, Sundby B, Otnes B, Wahlgren M. Pleie- og omsorgstjenesten 2013 - Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Oslo-Kongsvinger: Statistisk Sentralbyrå; 2014. SSB-rapport 2014:33.
22. Borgen K, Melby L, Hellesø R, Steinsbekk A. Elektronisk meldingsutveksling mellom hjemmetjenestene og fastleger. *Sykepleien Forskning*. 2015;10(1):42-48. DOI: 10.4220/Sykepleienf.2015.53388.
23. Melby L, Hellesø R. Introducing electronic messaging in Norwegian healthcare: Unintended consequences for interprofessional collaboration. *Int Journal of Med Inf*. 2014;83: 343-353. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2014.02.001.
24. Lyngstad M, Grimsbo A, Hofoss D, Hellesø R. Home care nurses' experiences with using electronic messaging in their communication with general practitioners. *J Clin Nurs*. 2014;23(23-24):3424-33.
25. Holyoake D. Is the doctor-nurse game being played? *Nurs times*. 2011;107(43):12-4.
26. Stewart MA. Effective physician – patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995;152(9):1423-33.
27. Lang F, Floyd MR, Beine KL. Sequences listening to elicit the patient's perspective on illness: Effects on information disclosure, patient satisfaction and time expenditure. *Fam Med*. 2002;34(5):325-30.
28. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systemic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570. DOI: 10.1136/bmjopen-2012-001570.
29. Levine C. The good doctor: the carer's perspective. *Clin Med*. 2004;4(3):244-5. DOI: 10.7861/clinmedicine.4-3-244.
30. I Trygge Hender 24-7. Tiltakspakke for riktig legemiddelbruk i hjemmetjenesten [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet. [oppdatert 15. sep 2015; hentet 06. okt 2020]. Tilgjengelig fra: https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten/_/attachment/inline/7f735210-b0cf-4787-8c10-ea0dca320723:c39c5f759ceeb80cab68b445545add64fcbdb719/tiltakspakke-for-riktig-legemiddelbruk-i-hjemmetjenesten.pdf.
31. Melby L, Obstfelder A, Hellesø R. "We Tie Up the Loose Ends": Homecare Nursing in a Changing Health Care Landscape. *Gl Qual Nursing Res*. 2018;5(1-11). DOI: 10.1177/2333393618816780.
32. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. 2012. Forskrift om fastlegeordning i kommunene m.v. av 2012-08-29 nr 842.
33. Haugan L. Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med demens. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. IS-2882.
34. Haugan L. Fastlegers oppfølging av sine hjemmeboende pasienter med utviklingshemming. Oslo: Helsedirektoratet; 2020. IS-2883.
35. Mjelva SU, Berg IB. Utviklingsplan for fastlegeordningen. Oslo: Den Norske Legeforening; 2019.

36. Meld. St. 11 (2014-2015). Kvalitet og pasientsikkerhet 2013. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
37. Texmon I. Flere konsultasjoner hos fastleger og legevakt i fjor [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 02. juni 2020. [hentet 06. okt 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/flere-konsultasjoner-hos-fastleger-og-legevakt-i-fjor>.
38. Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015. 224 s.
39. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2011. 238 s.
40. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017. 254 s.
41. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder. 5. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. 222 s.
42. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. Tidsskr Nor Legeforen. 2002;122:2468-72.
43. Nilssen V. Analyse i kvalitative studier: Den skrivende forskeren. 1. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2012. 190 s.
44. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2009. 344 s.
45. Kallio H, Pietilä AM, Johnson M, Kangasniemi M. Systematic methodological review: Developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. J Adv Nurs. 2016;72(12):2954-2965. DOI: 10.1111/jan.13031.
46. Grønmo S. Utvalg. I: Store Norske Leksikon. Oslo; Store norske leksikon; 2009 [oppdatert 01.mar 2021; hentet 31.mar 2022]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/utvalg>.
47. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012;40(8):795-805. DOI: 10.1177/1403494812465030.
48. Ignatowicz A, Slowther AM, Elder P, Bryce C, Hamilton K, Huxley C, et al. Ethical implications of digital communication for the patient-clinician relationship: analysis of interviews with clinicians and young adults with long term conditions (the LYNC study). BMC Med Ethics. 2018;19(1). DOI: 10.1186/s12910-018-0250-0.
49. Atherton H, Sawmynaden P, Sheikh A, Majeed A, Car J. Email for clinical communication between patients/caregivers and health professionals (review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2012;14(11). DOI: 10.1002/14651858.CD007978.pub2.
50. Risør T, Rodríguez C. Clinical reasoning – a Scotoma in the medical gaze? Education for Primary Care. 2021;32(5):256-258. DOI: 10.1080/14739879.2021.1931965.
51. Buus N, Perron A. The quality of quality criteria: Replicating the development of the Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ). Int J Nurs Stud. 2020;102:103452. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103452.
52. Inayatullah S. Future Studies: Theories and Methods. I: Junquera FG, red. There's a Future: Visions for a Better World. Madrid: BBVA; 2013. s. 36-66.
53. Direktoratet for e-helse. Konseptutvalgutredning – Nasjonal løsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste. Oslo: Direktoratet for e-helse; 2018. IE-1029.

Vedlegg 1: Intervjuguide fastlege

Tema	Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
Tilgjengelighet	Hvordan har elektronisk kommunikasjon påvirket tilgjengeligheten av både pasient og fastlege? En allerede travel hverdag med flere komplekse pasienter?	<i>Besøker pasienten deg mindre/mer enn før, hva tenker du er ev. årsaken til dette?</i> <i>Hvordan føler du at PLO-meldinger har påvirket forholdet mellom deg og pasienten?</i>
Informasjon	Hvordan har informasjonsutvekslingen endret seg?	<i>Hvem henvender du deg til ved spørsmål om pasientens helsetilstand?</i> <i>Hvilken informasjon må du få gjennom PLO-meldinger for at du drar på et hjemmebesøk til pasienten?</i>
Forsvarlighet	Startes behandling uten tilsyn av pasient?	<i>Hvilke tanker har du rundt det med oppstart av behandling av pasienter som du ikke har undersøkt/møtt, kun kommunisert via. PLO-meldinger?</i>
Kommunikasjon	Hvordan påvirker kommunikasjon, når det som tradisjonelt har vært toveis, erstattes med et tredje ledd?	<i>Hvordan opplever du som fastlege kommunikasjonen/forholdet mellom deg og din pasient, når hjemmebasert omsorg blir et tredje ledd gjennom PLO-meldinger?</i>
Erfaringer	Hvilke erfaringer har fastleger gjort seg ved bruk av PLO-meldinger?	<i>Hvilke erfaringer har du ved bruk av PLO-meldinger? (tilleggsspørsmål: Noen ulemper/fordeler?)</i> <i>I hvilke sammenhenger bruker du PLO-meldinger?</i>

Vedlegg 2: Intervjuguide pasient

Tema	Forskningsspørsmål	Intervjuspørsmål
Kommunikasjon	Hvordan erfares kommunikasjon mellom pasient og fastlege, fra pasientens ståsted, når PLO-meldinger er innført?	<i>Fortell litt om kommunikasjonen mellom deg og lege, før du begynte å motta hjemmebasert omsorg.</i> <i>Hvilke tanker har du om at mye av kommunikasjonen mellom deg og din fastlege, nå går gjennom hjemmesykepleien?</i> <i>Hva tenker du er den største utfordringen/fordelen knyttet til at kommunikasjonen mellom deg og fastlegen, ofte går gjennom hjemmesykepleien?</i>
Tilgjengelighet	Hvordan har elektronisk kommunikasjon påvirket tilgjengeligheten av både pasient og fastlege?	<i>Hvordan føler du deg sett av fastlegen nå, i forhold til før du begynte å motta hjemmesykepleien?</i>
Behandling	Hvordan opplever pasienten behandlingen som gis av sin fastlege? Hvem kan pasienten henvende seg til ved spørsmål om sin behandling?	<i>Hva skal til for at fastlegen kommer på hjemmebesøk til deg?</i> <i>Hvilke tanker har du rundt det at fastlegen starter opp medisinsk behandling av deg, uten å ha pratet med deg om det aktuelle?</i> <i>Hvem henvender du deg til nå, ved spørsmål om medisinske problemstillinger? Hvorfor? Hvem henvendte du deg til tidligere?</i>
Relasjon	Hvordan erfarer pasienten forholdet til fastlegen, etter innføring av hjemmebasert omsorg?	<i>Hvordan er forholdet ditt til fastlegen nå, sammenlignet med før du begynte å motta hjemmebasert omsorg? Hva er ev. endret?</i>

Vedlegg 3: Informasjonsskriv fastlege

Vil du delta i forskningsprosjektet

Når pasientens stemme blir borte

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å kartlegge hvordan brukere av hjemmebasert omsorg, og fastleger erfarer innføringen av elektronisk kommunikasjon. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Elektronisk kommunikasjon har kommet for å bli, og blir stadig mer integrert i store deler av samfunnet, deriblant helsetjenesten. Ved innføringen av *Pleie- og omsorgsmeldinger* (PLO-meldinger) i samtlige kommuner i 2014, var formålet å forbedre kommunikasjonen mellom de ulike instansene i helsevesenet. Hvilke erfaringer gjør fastleger seg med disse meldingene?

Dette er en masteroppgave i profesjonsstudiet medisin, hvor en ønsker å undersøke erfaringene gjort av både brukere av hjemmebasert omsorg og fastleger knyttet til innføringen av elektronisk kommunikasjon gjennom PLO-meldinger

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for samfunnsmedisin (ved Universitetet i Tromsø (UiT) – Norges Arktiske Universitet), er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å komme i kontakt med deg fordi vi håper du har pasienter som er brukere av hjemmebasert omsorg på din pasientliste og har erfaring knyttet til bruk av PLO-meldinger..

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du samtykker til å delta i studien vil det innebære å delta i et intervju på 30-40 minutter, hvor Medisinstudentene Tobias Bergum Olsen og Sigurd Andreas Windfeldt intervjuer deg. Du vil få spørsmål knyttet til dine erfaringer med oppfølging av pasienter ved bruk av PLO-meldinger. Intervjuet tas opp på lydfil og transkriberes for senere analyse. Det er mulighet for å gjennomføre intervjuene digitalt, med Zoom som digital plattform.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet blir lagret på kryptert minnepenn på privat enhet, og det er bare studentene Tobias Bergum Olsen og Sigurd Andreas Windfeldt som har tilgang til denne. Navnet ditt vil ved transkribering erstattes med en tallkode, som lagres på en annen kryptert minnepenn, slik at Olsen og Windfeldt til enhver tid vet hvem du er, dersom du ønsker å trekke deg fra studien. I sluttresultatet som er en skriftlig oppgave som publiseres i UiT sitt arkiv, vil ikke du fremstå som noe annet enn f.eks. «fastlege a». Du vil ikke kunne identifiseres i den endelige publikasjonen, for utenom at du selv gjenkjenner dine egne sitater.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er oktober 2022. Ved godkjenning av masteroppgave slettes endelig transkript og lydopptak.

Dine rettigheter

Du har rett til:

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


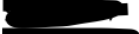


Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for Samfunnsmedisin ved UiT har Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) vurdert at behandlingen av person- og helseopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Tobias Bergum Olsen	tol100@uit.no		Student
Sigurd Andreas Windfeldt	swi055@uit.no		Student
Torsten Risør	torsten.risor@uit.no		Veileder
Johanna Laue	johanna.laue@uit.no		Biveileder

- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevoll, personvernombud@uit.no, 77646322/97691578

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

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

Med vennlig hilsen

Torsten Risør
ISM UiT

Johanna Laue
ISM UiT

Sigurd Andreas Windfeldt
Student UiT

Tobias Bergum Olsen
Student UiT

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Når pasientens stemme blir borte*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Informasjonsskriv pasient

Vil du delta i forskningsprosjektet

Når pasientens stemme blir borte

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt, hvor formålet er å kartlegge hvordan brukere av hjemmebasert omsorg, og fastleger erfarer innføringen av elektronisk kommunikasjon. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Elektronisk kommunikasjon har kommet for å bli, og blir stadig mer integrert i store deler av samfunnet, deriblant helsetjenesten. Den elektroniske kommunikasjonen har forbedret kommunikasjonen mellom ulike instanser i helsevesenet, men hvordan har dette påvirket kommunikasjonen mellom pasient og fastlege?

Dette er en masteroppgave i profesjonsstudiet medisin, hvor en ønsker å undersøke erfaringene gjort av både brukere av hjemmebasert omsorg og fastleger knyttet til innføringen av elektronisk kommunikasjon mellom fastlegen og hjemmetjenesten.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Institutt for samfunnsmedisin (ved Universitetet i Tromsø (UiT) – Norges Arktiske Universitet), er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å komme i kontakt med deg som bruker hjemmebasert omsorg, og som kommuniserer med fastlegen sin gjennom hjemmetjenesten. Vi har vært i kontakt med ansvarlig for hjemmetjenesten i din kommune/region, og de har kontaktet deg med vår forespørsel. Vi kontakter deg nå, da du gjennom hjemmetjenesten har gitt uttrykk for interesse for å delta i denne studien.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du samtykker til å delta i studien vil det innebære å delta i et intervju på 30-40 minutter. Medisinstudentene Tobias Bergum Olsen og Sigurd Andreas Windfeldt intervjuer deg. Du vil få spørsmål knyttet til erfaringer du har med å kommunisere med fastlegen gjennom hjemmetjenesten. Intervjuet tas opp på lydfil og skrives om til tekst (transkriberes) for senere analyse.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler person- og helseopplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Intervjuet blir lagret på en låst minnepinne (kryptert minnepenn) på privat enhet, og det er bare studentene Tobias Bergum Olsen og Sigurd Andreas Windfeldt som har tilgang til denne. Navnet ditt vil ved transkribering erstattes med en tallkode, som lagres på en annen kryptert minnepenn, slik at vi til enhver tid vet hvem du er, dersom du ønsker å trekke deg fra studien. I sluttresultatet som er en skriftlig oppgave som publiseres i UiT sitt arkiv, vil du ikke fremstå som noe annet enn f.eks. «pasient a». Du vil ikke kunne identifiseres i den endelige publikasjonen, for utenom at du selv gjenkjenner dine egne sitater.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er oktober 2022. Ved godkjenning av masteroppgave slettes endelig transkript og lydopptak.

Dine rettigheter

Du har rett til:

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Institutt for Samfunnsmedisin ved UiT har Norsk senter for forskningsdata AS (NSD) vurdert at behandlingen av person- og helseopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Tobias Bergum Olsen	tol100@uit.no	[REDACTED]	Student
Sigurd Andreas Windfeldt	swi055@uit.no	[REDACTED]	Student
Torsten Risør	torsten.risor@uit.no	[REDACTED]	Veileder
Johanna Laue	johanna.laue@uit.no	[REDACTED]	Biveileder

- Vårt personvernombud: Joakim Bakkevoll, personvernombud@uit.no, 77646322/97691578

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

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

Med vennlig hilsen

Torsten Risør
ISM UiT

Johanna Laue
ISM UiT

Sigurd Andreas Windfeldt
Student UiT

Tobias Bergum Olsen
Student UiT

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Når pasientens stemme blir borte*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5: Eksempler på identifiserende tema fra intervjuene ved bruk av STC

Meningsbærende enheter:	Koder:	Subgrupper:	Kategorier:
Hjemmetjenesten doserer medisiner, blant annet smertestillende. Da mister jeg oversikt over hva hun egentlig bruker av smertestillende. Og så spør hjemmesykepleien om de heller skal gi fentanylplaster. Nei! Det har jeg ikke nok grunnlag for å si. Det er tross alt sterke medisiner.	Tanker rundt oppstart av medisiner uten å ha sett pasienten	Behov for flere opplysninger Lite utfyllende kommunikasjon mellom helseaktører Fare for overmedisinering	Forsvarlighet
Det er mye mer sikker informasjon som er dokumentert. Den kommer direkte inn i journalen. Før når man ga en ordinasjon på visitt så smuldret det bort og ingen gjordet det, men nå er det dokumentert og nå er det liksom mer pålegg, dette må følges opp.	Tydeligere journalføring	Tydeligere rollefordeling Hindrer at beskjeder glemmes bort	Kvalitetssikring
Jeg tenker, mange av pasientene som har hjemmesykepleie har jo en redusert evne, en kognitiv svikt, eller på en annen måte redusert evne til å gjøre rede for symptomer, og da tenker jeg det ofte har mer verdi det de som kjenner pasienten sier,	Forutsetninger for å vurdere pasienten	Daglig tilsyn av pasienten Kjennskap til hva som unnviker fra det normaltilstand	Hjemmetjenesten som mellomledd

enn hvis jeg som ikke kjenner pasienten skal se pasienten.

Noen ganger tenker jeg at de har bedre forutsetninger for å vurdere det enn meg, om det er et symptom eller ikke.

Og når jeg ser den (*PLO-meldingen*) så svarer jeg jo på den, og så leser jeg neste PLO der det kommer tilleggsinformasjon om samme person, som jeg ikke visste om da jeg svarte på den første PLO-en, så svarer jeg på den og går videre, og så 20 minutter senere oppdager jeg enda en PLO om et helt annet tema på samme pasient. Så det blir veldig, veldig oppstykket kommunikasjon med korte beskjeder.

Det jeg har hatt, har jeg tatt direkte med fastlegen. Jeg går ikke rundt grøten, jeg går rett til legen, om det er en stor eller liten sak.

Ikke-adekvat informasjonsutveksling

Lite utfyllende informasjon
Oppstykket kommunikasjon

Statisk, ikke-dynamisk kommunikasjon

Pasientens kommunikasjonsvei

Unngå mellomledd
Å selv ta ansvar

Direkte kommunikasjon mellom pasient og lege

