



UNIVERSITETET I AGDER

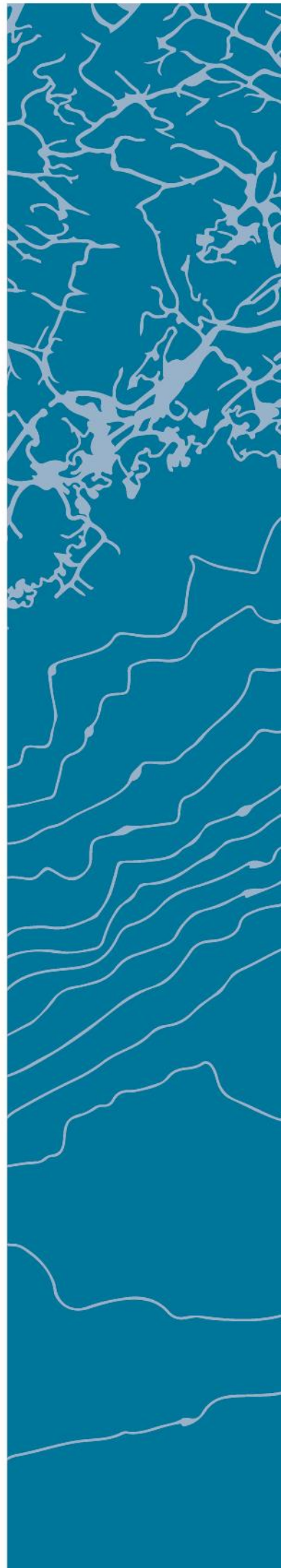
Hvilke faktorer påvirker IPLOS registreringen i primærhelsetjeneste?

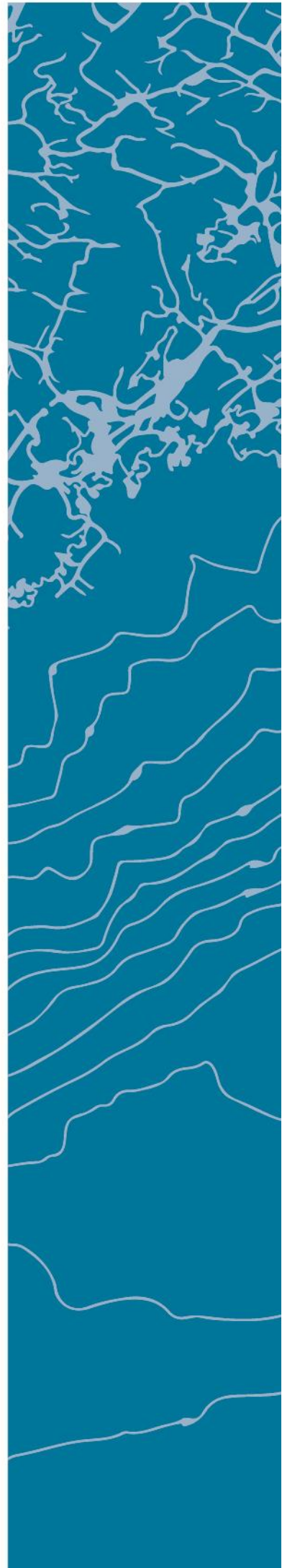
EVY JANNE BERLE FJELLESTAD
HEIDI SAMUELSEN
ELIN SKARVANG-HAMNEFORS

Masteroppgave i Helse- og Sosialinformatikk

VEILEDER
Jan-Gunnar Dale

Universitetet i Agder, 2019
Fakultet for helse- og idrettsvitenskap
Institutt for helse- og sykepleievitenskap





Sammendrag

Bakgrunn: Kommunesektoren forplikter seg ifølge «forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk» til å registrere sine tjenester og pasienter i kommunene. På bakgrunn av dette ble det utviklet et registreringssystem som er integrert inn i EPJ-systemene som brukes i kommunesektorene. IPLOS er registeret hvor alle data samles, og brukes til blant annet statistikk og fordeling av øremerkede midler. Å rapportere inn til IPLOS registeret er en pålagt oppgave som kan medføre en del utfordringer for helsepersonellet som utfører registreringene.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å undersøke hvilke faktorer som kan påvirke registreringen av IPLOS hos helsepersonell i primærhelsetjenesten.

Utvalg og metode: Det er brukt en kvalitativ tilnærming for å belyse problemstillingen. Det er utført 11 semistrukturerte intervjuer i 3 kommuner på Vestlandet. Inklusjonskriterier for studien innebærer minst 80% stilling, og minimum 2 års erfaring med bruk av IPLOS. Intervjuguiden er strukturert etter BenMessaoud et.al. (2011), UTAUT-modell i modifisert versjon, som er mer tilpasset helsetjenester. Intervjuene ble analysert ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse og resultatene er presentert i tabeller.

Resultat: Det som kommer frem under intervjuene er at de hovedtyngden av informantene rapporterer om utfordringer rundt registrering. De fleste snakker om utfordringer ved å velge rett tallvariabler for IPLOS, men også noen snakker om systematiske utfordringer ved IPLOS systemet. De fleste sier at de ønsker å være to stykker når de registrerer, pga vanskeligheter med å velge rett tallvariabel. Svarene var preget av at IPLOS er en pålagt oppgave, og grunnforståelsen for hva IPLOS er noe fragmentert. Flere informanter sier at det har vært manglende opplæring og manglende registreringsrutiner. Ledelsen oppfordrer til bruk men legger ikke alltid til rette for arbeid med IPLOS.

Konklusjon: Det er vanskelig å velge rett tallvariabel ved registrering av IPLOS. Det er stor variasjon i hvor mye opplæring som blir gitt og hvor mye IPLOS er forankret i ledelsen. Det er flere som føler seg usikre på IPLOS registrering, og ved manglende rutiner for registrering lager hver arbeidsplass sine egne rutiner. De melder at det at ledelsen som får gå på kurs og får opplæring men at ikke de ansatte «på gulvet» får være med på dette. En sier at det ikke er det godt nok system for å spre kunnskap om IPLOS.

Nøkkelord: IPLOS, informasjonssystem, registrering, rutiner, primærhelsetjenesten, opplæring.

Abstract

Background: According to the «Regulations on pseudonymous register for individual health and care statistics» the municipality sector commits itself to register their services and patients in the municipalities. Based on this, a registration system was developed which is integrated into the EPR systems used in the municipal sectors. IPLOS is the registry where all data is collected and used for statistics and distribution of earmarked funds. Reporting to the IPLOS registry is an imposed task that can pose a number of challenges for the health personnel who perform the registrations.

Purpose: The purpose of the assignment is to investigate which factors can influence the registration of IPLOS in health care personnel in the primary healthcare service.

Selection and method: A qualitative approach has been used to elucidate the issue. There have been 11 semi-structured interviews in 3 municipalities in Western Norway. Inclusion criteria for the study involve at least 80% position, and a minimum of 2 years experience with the use of IPLOS. The interview guide is structured according to BenMessaoud et.al (2011), the model in a modified version, which is more adapted to health services. The interviews were analyzed using qualitative content analysis and the results are presented in tables.

Result: What emerges during the interviews is that most of the informants report on challenges regarding registration. Mostly they talk about challenges by choosing the right numerical values for IPLOS, but also some talking about systematic challenges with the IPLOS system. Most say they want to be two when registering because of difficulties in choosing the right numerical value. The answers were characterized by the fact that IPLOS is an imposed task, and that the basic understanding of what IPLOS is somewhat fragmented. Several informants say there has been a lack of training and lack of registration routines. The management encourages use but does not always facilitate work with IPLOS.

Conclusion: It is difficult to choose the right numerical value when registering IPLOS. There is a great deal of variation in how much training one gets and how much IPLOS is rooted in the management. There are several who feel unsafe on IPLOS registration, and in case of missing routines for registration, each workplace creates their own routines. They report that management gets to do courses and get training but that the employees «on the floor» do not get involved in this. One says that there is not a good enough system to spread knowledge about IPLOS.

Keywords: IPLOS, information system, registration, routines, primary health service, training.

Forord

Vi er tre sykepleiere med ulik bakgrunn innen helsevesenet og som gjennom de to siste årene har hatt et ønske om å skrive om et tema som vi har ulikt ståsted til, men som påvirker oss i vår arbeidshverdag. IPLOS er et slikt tema. I våre jobber har vi ulike erfaringer med IPLOS, og det som vi har erfart som fellesnevner er ulik praksis på hvordan det registreres og generell bruk av IPLOS. Vår initiale undring er om det er slik at det er ulik praksis i ulike kommuner, til tross for at dette er et etablert system, og om dette har noen påvirkning på pasientene.

Vi vil rette en stor takk til vår veileder, Jan Gunnar Dale, som har loset oss gjennom denne spennende og krevende tiden. Læringskurven har vært høy og utbyttet stort. Vi vil takke våre informanter og for den velvilje og interesse de viste under intervjuprosessen. Vi setter stor pris på deres synspunkter og tanker.

Tilslutt vil vi takke hverandre. Det er ikke alltid lett å være tre ulike individer som skal enes om et tema, men vi har hatt en god gruppeprosess. Vi setter pris på hverandres styrker og har hjulpet hverandre gjennom denne tiden.

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	4
Forord	6
Innhold	7
Begrepsforklaring	11
Forkortelser	12
1.0 Innledning.....	13
1.1 Bakgrunn	13
1.2 Gerix	14
1.3 IPLOS	15
1.4 Lokal sumrapport – bruksområder og målgrupper	17
1.4.1 Ledelse, politikere og administrasjon	17
1.4.2 Tjenesteledere.....	17
1.4.3 Saksbehandlere og tjenesteutøvere.....	17
1.5 Offentlige føringer.....	17
2.0 Problemanalyse	20
2.1 Leavitt's diamant.....	20
2.1.1 Individ	21
2.1.1.1 Tid	21
2.1.1.2 Ulike praksiser.....	21
2.1.2 Struktur.....	22
2.1.2.1 Kompetanse	22
2.1.1.2 Organisering av de som registrerer.....	23
2.1.2.3 Opplæring.....	23
2.1.3 Oppgaver	24
2.1.3.1 Tidkrevende prosesser	24
2.1.4 Teknologi.....	25
2.1.4.1 Integrasjon med EPJ	25
2.2 Problemstilling	26
3.0 Teoretisk rammeverk.....	27
3.1 Valg av teori	27
3.1.1 Modifisert UTAUT.....	28
3.1.1.1 Forklaring av modellen.....	28
3.1.1.2 Hvordan de ulike kategoriene påvirker hverandre	29
4.0 Metode.....	31
4.1 Valg av metode.....	31
4.2 Forskningsdesign.....	31

4.2.1 Fenomenologisk tilnærming	32
4.2.2 Den hermeneutiske spiralen	32
4.2.3 Kvalitativ innholdsanalyse	33
4.3 Datainnsamling.....	33
4.3.1 Semistrukturerte intervjuer	33
4.3.2 Utarbeiding av intervjuguiden	34
4.3.3 Utvalg av informanter.....	34
4.3.4 Datagrunnlag	35
4.3.5 Godkjenning av NSD og FEK.....	36
4.3.6 Gjennomføring av intervjuer	36
4.4 Validitet, reliabilitet og troverdighet	37
4.5 Etske overveielser og metodekritikk	37
4.6 Litteratursøk	38
5.0 Resultat (funn og analyser).....	40
5.1 Tabeller.....	40
5.1.1 Informantenes bakgrunn	41
5.1.2 Informantenes grunnleggende forståelse av IPLOS	41
5.2 Modifisert UTAUT- Hovedkategorier	43
5.2.1 Forventet utbytte.....	43
5.2.1.1 Pivotdiagram «Forventet utbytte»	49
5.2.2 Forventet innsats.....	50
5.2.2.1 Pivotdiagram «Forventet innsats»	56
5.2.3 Sosiale påvirkninger	56
5.2.3.1 Pivotdiagram «Sosial påvirkning»	61
5.2.4 Tilretteleggende forhold	61
5.2.4.1 Pivotdiagram «Tilretteleggende faktorer».....	67
5.3 Påvirkende faktorer	67
5.3.1 Erfaring.....	67
5.3.2 Frivillighet til bruk	74
5.4 Tillegg i den modifiserte UTAUT modellen	75
5.4.1 Holdninger til bruk	75
5.4.2 Lederskap	79
5.5 Sluttprodukt	87
5.5.1 Atferdsmessige intensjoner	87
5.5.2 Bruksadferd	90
5.6 Funn og oppsummering.....	96
6.0 Diskusjon.....	98
6.1 Bakgrunn og forståelse for IPLOS	98
6.2 Forventet utbytte.....	99

6.2.1 Subkategorier; «Systeminnsikt» og «Ressursstyring»	99
6.2.2 Subkategorier; «Registrering» og «Tolkningsforskjell»	99
6.3 Forventet innsats.....	104
6.3.1 Subkategorier; «Ledelse» og «Registrering»	104
6.3.2 Subkategorier; «Registrering», «Systeminnsikt» og «Opplæring»	107
6.4 Sosiale påvirkninger	111
6.4.1 Subkategorier; «Registrering» og «Tidsbruk»	111
6.4.2 Subkategorier; «Ledelse» og «Systeminnsikt».....	112
6.5 Tilretteleggende faktorer	113
6.5.1 Subkategorier; «Tilrettelegging» og «Opplæring»	113
6.5.2 Subkategorier; «Registrering» og «Tolkningsforskjell».....	117
7.0 Konklusjon	123
Litteraturliste	125
Vedlegg 1 NSD Personvern	132
Vedlegg 2 FEK.....	134
Vedlegg 3 Tankekart	135
Vedlegg 4 Intervjuguide.....	136
Vedlegg 5 Informasjonsskriv	139
Vedlegg 6 Samtykkeerklæring	141

Tabell 1 Datagrunnlag

Tabell 2 - Tabell 1a Hva er IPLOS?

Tabell 3 - Tabell 1b Hva er IPLOS?

Tabell 4 - Tabell 2a Forventet utbytte

Tabell 5 - Tabell 2b Forventet utbytte

Tabell 6 - Tabell 3a Forventet innsats

Tabell 7 - Tabell 3b Forventet innsats

Tabell 8 - Tabell 4a Sosiale påvirkninger

Tabell 9 - Tabell 4b Sosiale påvirkninger

Tabell 10 - Tabell 5a Tilretteleggende forhold

Tabell 11 - Tabell 5b Tilretteleggende forhold

Tabell 12 - Tabell 6a Erfaring

Tabell 13 - Tabell 6b Erfaring

Tabell 14 - Tabell 7a Frivillighet til bruk

Tabell 15 - Tabell 7b – Frivillighet til bruk

Tabell 16 - Tabell 8a Holdninger til bruk

Tabell 17 - Tabell 8b Holdninger til bruk
Tabell 18 - Tabell 9a lederskap
Tabell 19 - Tabell 9b lederskap
Tabell 20 - Tabell 10a Atferdsmessige intensjoner
Tabell 21 - Tabell 10b Atferdsmessige intensjoner
Tabell 22 - Tabell 11a Bruksadferd
Tabell 23 - Tabell 11b Bruksadferd
Pivotdiagram 1 Forventet utbytte
Pivotdiagram 2 Forventet Innsats
Pivotdiagram 3 Sosial påvirkning
Pivotdiagram 4 Tilretteleggende forhold
Figur 1 Leavitt's diamant
Figur 2 Modifisert UTAUT
Figur 3 Den hermeneutiske spiral

Begrepsforklaring

Samhandlingsreformen: Samhandlingsreformen er en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge som ble presentert av daværende Helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen i Jens Stoltenbergs andre regjering gjennom Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009 Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid 19. juni 2009).

Primærhelsetjenesten: Primærhelsetjeneste er helsetjenester som leveres i lokalsamfunnet i det daglige. Primærhelsetjenester består av allmennpraktiserende leger, hjemmesykepleie, helsesøstre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, logoped, annet helsepersonell som kiropraktorer, og av institusjoner som sykehjem og bo- og servicesentre.

Spesialisthelsetjenesten: Spesialisthelsetjenesten i Norge er den delen av Norges helsevesen som har ansvar for somatiske og psykiatriske sykehus, andre institusjoner samt ambulansetjenesten. De fire regionale helseforetakene har ansvaret for å sikre befolkningen i regionen tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester.

Informasjonsteknologi: Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), også omtalt som bare informasjonsteknologi (IT), er et begrep som omfatter teknologi for innsamling, lagring, behandling, overføring og presentasjon av informasjon. I praksis brukes ofte begrepene datateknikk og kommunikasjonsteknologi.

Saksbehandler: Betegnelse (særlig i offentlig forvaltning) for de tjenestemenn som bearbeider og forbereder sakene, og utarbeider forslag til avgjørelse

Tjenesteytere: Den som leverer tjenester til pasientene.

Vedtak: Et vedtak er en betegnelse på en avgjørelse truffet under utøvelse av offentlig myndighet, som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter for private personer, jf. forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav a).

Kravspesifikasjon: En viktig del av programvareutvikling; hvorved forretningsekspert eller programvareutviklere identifiserer en kundes (eller sluttbrukers) behov og krav; når disse krav er identifisert er de i stand til å utvikle en løsning.

Forkortelser

IPLOS	Individbasert pleie og- omsorgsstatistikk.
EPJ	Elektronisk pasientjournal
OECD	Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling
KPR	Kommunalt pasient- og brukerregister
SSB	Statistisk sentralbyrå
RAI	Resident assessment instrument
RUG	Resource utilization groups
UTAUT	Unified Theory of Acceptance and Use of Technology
NSD	Norsk senter for forskningsdata
FEK	Fakultetets etiske komité
SAFO	Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner
NESH	NESH - Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora

1.0 Innledning

Individbasert pleie og- omsorgsstatistikk (IPLOS) er en del av hverdagen til helsepersonell som jobber i kommunal helse- og omsorgstjenesten. Det er kommunen og den enkelte dokumentasjonspliktige som skal sørge for at opplysningene som sendes inn til Helsedirektoratet er korrekte og i henhold til forskrift om pasientjournal (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013). IPLOS rapportene gir oversikt over hvilke tjenester på hvilket tjenestenivå helse- og omsorgstjenesten i kommunen gir. IPLOS er forankret i forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

I OECD «*Reviews Of Health Care*» fra 2017 påpekes det at Norge i sammenligning med land som Danmark, har markant dårligere informasjonsinfrastruktur i helsesektoren. Informasjonen som finnes er ikke godt nok tilgjengelig som beslutningsgrunnlag, og viser til at norske myndigheter må legge bedre til rette for sammenligning av ytelse mellom kommuner i kvalitetsforbedring (OECD, 2017). Rapporten baseres på kartlegging gjort i 15 OECD land, og rapporten om Norge ble publisert i 2014 (OECD, 2014)

I denne studien vil en belyse mulige problemer de kommunale helse- og omsorgstjenestene har med den generelle IPLOS forståelsen blant de ansatte i kommunen, og utfordringene som kan oppstå på bakgrunn av dette. På bakgrunn av OECD rapporten og Helsedirektoratets rapport om status på systemene innført i helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, n.d.-b), er det interessant å undersøke hvordan brukere av IPLOS benytter seg av registreringssystemet, og om IPLOS registreringsrutine ar noe innvirkning på deres arbeidshverdag nå snart fire år senere.

Om organisasjonen skal kunne hente ut gevinst av et system, må det være forankret på alle nivåene i organisasjonene. Derfor er det ønskelig å undersøke hvordan de som registrerer IPLOS erfarer bruken av systemet. Gabrielsen et.al (2011) skriver at registrering nær pasient gir utslag på hvordan årlig innrapportert statistikk til SSB (Gabrielsen et al., 2011).

1.1 Bakgrunn

Kommunene sender inn oversikt over tjenester og oppbygging av tjenestestrukturen til statistisk sentralbyrå (SSB). Utviklingen av IPLOS som et informasjonssystem kom på tidlig

90 tallet. Bakgrunnen var manglende opplysninger fra kommunene på vurdering av utviklingen rundt kommunale helse- og omsorgstjenester (Gabrielsen et al., 2011).

Det ble satt i gang utviklingsprosjektet Gerix, der målsettingen skulle være å arbeide mot utviklingen av et bedre helse- og omsorgsstatistikksystem. St.meld. 50 «*Handlingsplan for eldreomsorg*» ble førende for dette arbeidet mot utviklingen av det nye statistikksystemet (Sosial- og Helsedepartementet, 1999).

1.2 Gerix

Gerix er et registreringssystem for dokumentasjon av behov og ressurstildeling av type tjenester og timeverk for brukere av kommunale helse- og omsorgstjenester. Der det blir registrert kjønn, alder, sivilstand, funksjonsnivå i forhold til daglige gjøremål, kognitiv og psykososial funksjonsevne. Systemet omfatter også informasjon om økonomi, personell og institusjoner, som blir innhentet gjennom andre registreringsskjemaer som er utviklet for individdataene. I 1997 var 100 kommuner i drift og derav 50 av de sende data fra Gerix-registeret til SSB. Gerix legger vekt på å dekke kommunenes behov for data som grunnlag for faglig, administrativ og økonomisk beslutningsstøtte (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Rapporten fra 90 tallet konkluderte med at datidens registrering ikke sa noe om bistandsbehovet og hvordan kommunene disponerte tjenestene og samspillet mellom tjenestenivåene (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Det nye systemet som ble utviklet basert på rapporten fra Sosial- og omsorgsdepartementet i (2000), IPLOS, basert på måling av pasienten/brukeren sitt bistandsbehov på RAI (Resident assessment instrument), et system for registrering av fysisk og psykisk funksjonsevne, og kognitive og sosiale forhold hos eldre pasienter/brukere, og RUG (Resource utilization groups), utviklet på bakgrunn av registrering i RAI og tidsregistrering, og er et mål på kostnader for ulike brukergrupper (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Holmøy og Heldal (1994), sier at opplysninger fra summarisk uttrekk av bruker/tjenestemottaker i ulike aldersgrupper gav grunnlaget for kunnskap som i grove trekk sa noe om hvilken type tjeneste pasientene fikk i kommunehelsetjenesten (Holmøy og Heldal, 1994). IPLOS statistikken vil gi grunnlag for øremerkede midler/tilskudd og vil synliggjøre hvordan kommunen forvalter tjenestene sine.

1.3 IPLOS

I undersøkelsen «*Hvordan benytter kommunene seg av og vedlikeholder IPLOS-dataene? En undersøkelse til norske kommuner*» fra 2014 beskrives IPLOS slik;

«IPLOS er et nasjonalt pseudonymt helseregister med data som beskriver ressurser og bistandsbehov til dem som søker om eller mottar nærmere definerte kommunale helse- og omsorgstjenester og hvilke tjenester som ytes. IPLOS-registeret er utviklet for at helsemyndighetene nasjonalt, regionalt og lokalt kan utvikle tjenestene på grunnlag av kunnskap om søkeres/tjenestemottakerens bistandsbehov skal kunne følge med på utviklingen innenfor helse- og omsorgssektoren. IPLOS-registeret er hjemlet i lov av 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) og forskrift av 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS-forskriften). IPLOS er obligatorisk i alle kommuner fra denne dato. Helsedirektoratet er databehandlingsansvarlig for IPLOS-registeret, mens SSB er databehandler» (Helsedirektoratet, n.d.-b)

Samhandlingsreformen ble innført 1. januar 2012, sier noe om at behovet for styringsinformasjon har økt, både for kommuner, helseforetak, offentlige helsemyndigheter, fylkesmenn, media og andre aktører. Dette for å kunne følge utviklingen i helsetjenestenes kostnader, organisering og faglige kvalitet (tilgjengelighet, effekt og trygghet). For pasientene og innbyggerne er det viktig at tjenestene som tildeles er sikre, har god kvalitet og oppleves som nyttige. Samhandlingsreformen har skapt økt behov for mange ulike typer styringsinformasjon, for å danne grunnlag for alternative tilbud og drive virksomhetsstyring (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Rapporten «*Samhandlingsstatistikk 2014/15*» sier at god kunnskap på detaljert nivå bidrar til utviklingen innen de enkelte helse- og omsorgstjenester, og for at statistikk som viser de store sammenhengene skal gi et helhetlig perspektiv (Helsedirektoratet, 2016).

Kommunene har siden 2007 sendt inn data fra elektronisk pasientjournal system (EPJ) til IPLOS registeret i SSB (statistisk sentralbyrå). Stortinget vedtok i 2016 endring av dette og etablerte kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) (Helsedirektoratet, 2018a). Dette er et nytt register for kommunale helse- og omsorgstjenester som kommunene selv eier, men driftes av Helsedirektoratet. Etter at endringen tredde i kraft 2019, opphørte innsendingen til SSB. IPLOS blir nå ikke et selvstendig register, men vil ha samme datarapportering som IPLOS melding (Helsedirektoratet, 2018b).

IPLOS har til hensikt å gi statlige myndigheter, kommunene og allmennheten kunnskap om utviklingen av tjenestetilbudet i kommunal pleie- og omsorgssektoren. Denne kunnskapen er et viktig grunnlag for velferdspolitiske beslutninger iforhold til utviklingen av behov, tjenesteyting og ressursinnsats, og er viktig i vurderingen av måloppnåelsen i forhold til politiske mål for sektoren (Sosial- og helsedepartementet, 2000).

Ifølge SSB var det i løpet av 2017 totalt 361 402 ulike personer som mottok én eller flere kommunale helse- og omsorgstjenester, eller 6,8 prosent av befolkningen i Norge (SSB, 2018). IPLOS registeret inneholder mange forskjellige kategorier om person, forhold, tannlege/lege vurdering, helsehjelp til aktiviteter i dagliglivet, samfunnsdeltakelse, diagnose, bruk av tvang, døgnopphold i spesialisthelsetjenesten, ernæring, legemiddelgjennomgang, individuell plan og koordinator (Helsedirektoratet, n.d.-b). IPLOS-registeret, som det fremstår i dag, er et resultat av en lang prosess og et samarbeid mellom nasjonale myndigheter, kommuner, brukerorganisasjoner, fagorganisasjoner, fylkesmenn og fagmiljø. Registeret er i stadig utvikling og kommunene jobber kontinuerlig for å sørge for at kvaliteten på dataene blir bedre (Helsedirektoratet, n.d.-b).

Informasjon om diagnoser er et viktig supplement til opplysninger om bistandsbehov for å forklare hvordan tjenesteb Bruken varierer mellom forskjellige brukergrupper. En bedre diagnoseregistrering vil også gi et bedre grunnlag for å vite noe om hvor mange som befinner seg i ulike sykdomsgrupper, hva som kjennetegner den delen av befolkningen som mottar omsorgstjenester i dag, og hvordan vi kan fremskrive behov for tjenester i ulike sykdomsgrupper i årene som kommer (Beyrer et al., 2017)

Fra 2016 ble det innført flere nye variabler i IPLOS-registeret, der blant annet skal kommunene rapportere på om det er gjennomført legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging. Med bakgrunn i at variablene er nye er det flere utfordringer knyttet til både rapportering og registrering av disse i kommunenes systemer. IPLOS er organisert som et hendelsesregister som inneholder nødvendig informasjon for å belyse problemstillinger med hendelsesforløp i fokus. Utfordringen er at datamaterialet ikke har blitt brukt til forløpsstudier tidligere, og at kvaliteten på datavariabler i registeret ikke har vært vurdert til forløp (typisk start- og sluttdato for ulike omsorgstjenester).

De siste årene er det jobbet mye med kvaliteten til datoopplysningene i registeret, noe som helt konkret har bidratt til at det er mulig å bruke søknadsdato i forbindelse med vurdering av ventetid på ulike omsorgstjenester (Beyrer et al., 2017).

1.4 Lokal sumrapport – bruksområder og målgrupper

1.4.1 Ledelse, politikere og administrasjon

Der er 14 sumrapporter som kommunene kan ta ut statistikk for å kunne danne grunnlag for budsjettarbeid og kommunale planer samt evaluering/rapportering i forhold til øremerkede midler, reformer og handlingsplaner. Noe av det sumrapportene kan benyttes til er for eksempel, vurdere kvaliteten på tjenester, vurdere ressursbruk, sikre likeverdig og virkningsfulle tjenester og sammenlikne statistikker. Rapportene kan være til stor nytte, da de gir mulighet til å ta ut statistikk basert på IPLOS registreringer. For å kunne ta ut gode sumrapporter stilles de krav til god dokumentasjon lokalt i kommunene (Helsedirektoratet, 2011).

1.4.2 Tjenesteledere

Tjenesteledere kan ta ut sumrapporten på sitt organisatoriske nivå. Informasjonsgrunnlaget for prioriteringer og tiltak kan måles over tid ved registrering av datagrunnlag som bistandsbehov og tjenester gitt. Noe som vil gi tjenesteleder informasjon om utvikling knyttet til enkelte grupper av tjenestemottakere over tid. Eksempel på hva tjenesteledere kan benytte sumrapporter til er kvalitetssikring ved dokumentasjon, rutiner ved saksbehandling, ressurs planlegging knyttet til ressursbehov, og innspill til budsjett (Helsedirektoratet, 2011).

1.4.3 Saksbehandlere og tjenesteutøvere

Kan benytte seg av sumrapportene til kvalitetssikring av tjeneste, saksbehandling og dokumentasjon. Det gir mulighet til å følge utviklingen hos tjenestemottakere i planlegging og evaluering av resultatmålet og iverksette tiltak overfor grupper av tjenestemottakere. Sumrapporten vil også bidra til kvalitetssikring av søknadsprosesser sett opp mot kravene til saksbehandling i forvaltningsloven og faglig utvikling (Helsedirektoratet, 2011).

1.5 Offentlige føringer

Der er lagt flere offentlige føringer for arbeidet med statistikk for kommunale helse- og omsorgstjenester. St.meld 50 «*Handlingsplan for eldreomsorgen*», sier i sin rapport at de vil

videreføre arbeidet med etableringen av Gerix som et nasjonalt informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten (Sosial- og helsedepartementet, 1999).

Samhandlingsreformen (2009), sier at det er ønskelig å få til en modell der «pengene følger pasienten», etter en trygdeforvaltningsmodell. Der «sørge for» ansvaret er oppretta med lokalt statelig enhet. Der det blir gitt vedtak på tjenester og disse vil utløse statlige finansieringer. For at det skal kunne fungere treng modellen et velutviklet pasientklassifiseringssystem. Stortingsmeldingen sier at det finnes internasjonale systemer som RAI/RUG og for rehabilitering, men som per i dag ikke er i funksjon i Norge. De sier at IPLOS kan funger som pasientklassifikasjonssystem, men dette systemet er ikke godt nok for pasienter inne psykiatri og rus (Helse og omsorgsdepartementet, 2009).

«*Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*» sier at der er behov for felles standarder, prosedyrer og kodeverk, og at det viktigste arbeidsverktøyet er elektronisk pasientjournalssystem (EPJ). Dette for å sikre nødvendig tilgang til pasientinformasjon og dokumentasjon. I sammenlikning med andre internasjonale land i EPJ-funksjonalitet, kommer Norge relativt greit ut. Systemene er ikke heilt optimale og det trengs tiltak for å sikre bruk at standardiserte koder og termer i kliniske fagsystemer, ved en eventuell deling av informasjon gjennom IPLOS. Slik at data blir registrert en gang og kan gjenbrukes. Det er viktig at helsepersonalet opplever at det er nyttig å registrere ved å få tilgang til resultat/rapporter i ettertid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

«*God kvalitet-trygge tjenester*» sier at på tidlig 90 tallet gav Sosial- og helsedepartementet og Statens helsetilsyn ut første nasjonale strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Der målet vart at alle som «yter helsetjenester skal etablere helhetlige og effektive kvalitetssystemer innen år 2000», som et ledd i kvalitetsutvikling. De første indikatorene kom i 2005 for pleie- og omsorgstjenesten, og i 2009 kom det to for kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

Kunnskap om kvalitet på tjenester gitt til pasienter er nødvendige forutsetninger for all kvalitetsforbedring. Måling av tjenesteytelse har til nå hatt hovedvekt på måling av aktivitet, økonomi og bemanning. Ansatte og ledere må vite om virksomheten drives med for høy risiko eller om det er for stor variasjon i resultatene, og de må kjenne til pasientens vurdering av tilbudet. Kunnskap og kvalitet må basere seg på fakta og ikke skjønn. Pasientrapporterte effektmål er standardisert validerte verktøy for å måle pasient opplevelsen av sin helsetilstand, funksjonsevne og livskvalitet og gir viktig informasjon om hvordan sykdom og behandling påvirker pasienten sitt liv (Helsenorge.no, 2019).

Stortingsmelding 10 fra 2016 tydeliggjører fokuset på kommunale helse- og omsorgstjenestene og viktigheten av pasientmedvirkning, kvalitet og kontroll.

«.... manglende kvalitetssikring og kontroll påvirker pasientsikkerheten. Det er behov for utvikling av systemer og kultur for å lære av feil, og mer kunnskap om kvalitet i tjenesten. Det at pasient/bruker som skal stå i sentrum. Det skal også legges vekt på at pasienten/brukeren har ulike behov, og at disse behovene endres over tid» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016).

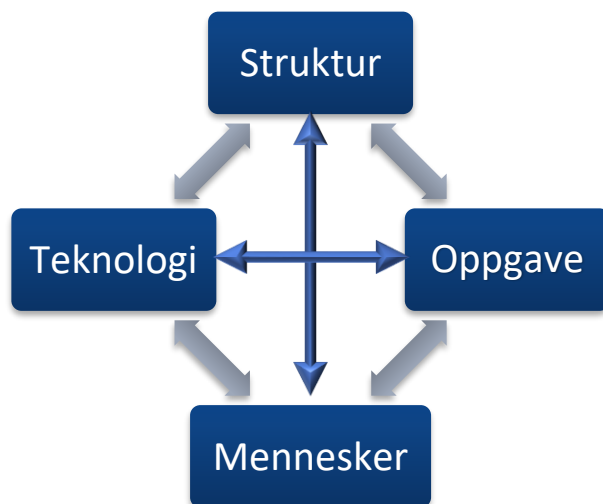
Stortingsmeldingen understreker også at forutsetningen for god kvalitet i utformingen av behandlingsvalg og tjenester forutsetter et samarbeid med pasienten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). I Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i kommunale helse- og omsorgstjenesten stilles det krav til virksomheten iforhold forbedring av kvalitet i primærhelsetjenesten. Systematisk kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid er et ansvar for ledere, men og spesielt hos ledere nær pasienten (Lovdata, 2016).

«*Leve hele livet*» er ei stortingsmelding der skriver at det ble etablert kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) 1. desember 2017. «KPR skal gi mer kunnskap og åpenhet om hvordan helse- og omsorgstjenestene fungerer». Registeret skal være et nytte verktøy for kommune og statlige myndigheter i styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

2.0 Problemanalyse

2.1 Leavitt's diamant

Problemanalysen er strukturert etter Leavitt's diamant. Modellen er laget av organisasjonspsykologen Dr. Harold Leavitt i 1965. Leavitt's diamant beskriver at enhver organisasjon består av 4 komponenter, individ/menneske, oppgave, struktur og teknologi. Han hevder at disse komponentene påvirker hverandre, hvordan organisasjonen fungerer og hvordan organisasjonen tilpasser seg til forandring (Leavitt, 1965).



Figur 1 Leavitt's diamant

Ifølge Jacobsen og Thorsvik (2016) er en organisasjon:

«Et sosialt system som er bevisst konstruert for å løse oppgaver og realisere bestemte mål» (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

Offentlige organisasjoner skiller seg fra de private organisasjonene ved at de styres av statlige og lokale myndigheter (Jacobsen et al., 2016)

Denne studien tar utgangspunkt i offentlig sektor som består av flere offentlige organisasjoner eller forvaltningsnivåer under ett. Offentlig forvaltning kan defineres på følgende måte:

«Forvaltning, eller mer presist offentlig forvaltning, er den virksomhet som utøves av organer for stat, fylker og kommuner og som ikke er lovgivning eller rettspleie. Forvaltningen kalles også administrasjon og byråkrati.» (Bernt, 2018)

2.1.1 Individ

2.1.1.1 Tid

Sosial- og helsedepartementet sier at alle førstegangssøkere av kommunale helse- og omsorgstjenester skal IPLOS registreres. Dette vil si at helsepersonell går gjennom IPLOS kartleggingen for å gjøre en vurdering av pasientens bistandsbehov. I en hverdag hvor antall eldre og behovet for bistandsbehov øker i takt, vil arbeidsbelastningen for helsepersonell bli større (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Har helsepersonell tid til kartleggingsbesøk og førstegangsregistrering i tillegg til andre oppgaver i en kommune med mange eldre? IPLOS kartleggingen ligger til grunn for tjenestene som tildeles. Tallverdien er med på å si noe om tjenestenivået pasienten vil motta. Endringer i pasientens helsetilstand blir dokumentert med ny IPLOS registrering.

IPLOS-forskriftene sier at IPLOS -registreringer skal innsendes 1 gang pr. år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Innenfor disse rammene kan det ligge mye rom for ulike prosedyrer avhengig av geografi og lokale tolkninger. Det mest hensiktsmessige for pasienter er kontinuerlig registrering, Men er dette realistisk med dagens bemanning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten?

2.1.1.2 Ulike praksiser

Faglig, politisk og lokal omgivelse medierer virkelighetsoppfatninger i de enkelte arbeidslivskulturene (Mufwene, 1992). Ansatte på ulike tjenestenivå og innen ulike avdelinger i én og samme kommune kan ha ulike oppfatninger om IPLOS (Andersen, 2012). Bjerkan et al. (2016) sier også at det kan virke som det er utfordrende å tilegne seg forståelse for hva variabler og verdier i IPLOS står for. Dette står i kontrast til forskjell fra tradisjonell sykepleiefaglig tenkning, og kronologisk dokumentasjon om problemer, skjønnsvurderinger og daglig omsorgspraksis (Bjerkan et al., 2016).

Algoritmen for beregning av samlemålet er delt inn i 4 trinn, der det beregnes et uveid aritmetisk gjennomsnitt av sosial fungering, kognitiv svikt, ivareta egen helsetilstand, husholds funksjoner og egenomsorg. Disse verdiene blir kategorisert i «lite/avgrenset bistandsbehov», «middels til stort bistandsbehov» og «omfattende bistandsbehov» (Gabrielsen et al., 2011). Men er det en felles forståelse for hva f.eks.» middels til stort bistandsbehov» egentlig vil si?

IPLOS er ikke utviklet med bakgrunn i noen sykepleieteoretisk modell Tøndel (2011) sier: «Systemet representerer et oppdrag designet og gitt av myndighetene, ikledd et helsefaglig kostyme». Hun argumenterer her for sitt syn på årsakene til at det kan være uenigheter innad i tjenestene om systemets kvalitet (Tøndel, 2011). Andre grunner til manglende forståelse av kartleggingsverktøyet kan bunne i for liten kunnskap om funksjonsmålinger og kartleggingssystemer for helse og funksjon (Bjerkan et al., 2016). Mangel på omforent forståelse av det faglige begrepsapparatet hos ansatte i praksisfeltet kan muligens skape problemer for de som skal gjennomføre IPLOS-kartlegging. Kartlegging med vurdering av tallverdier for assistansebehov kan være uvant, til forskjell fra daglig bruk av skjønn (Bjerkan et al., 2016).

2.1.2 Struktur

2.1.2.1 Kompetanse

Samhandlingsreformen (2009) sier at i arbeidet med å ivareta de kompetansekrevende kommunale oppgavene, er det viktig å se på kommunenes oppgaver knyttet til administrasjon og systemarbeid. Tjenesteytere innen helse og omsorg har kunnskap om de ulike helseutfordringer og virksomme tiltak. I større grad må de ordinære plan- og beslutningsprosesser bringes inn på overordnet styringsnivå i kommunene. Eksempler på oppgaver knyttet til administrasjons- og systemarbeid er helseovervåking, folkehelsearbeid, arbeid med kommunale planer og arbeid med lokale samarbeidsavtaler. (Helse og omsorgsdepartementet, 2009).

Er det etablert gode rutiner og arbeidsfordelinger i dag, for å sikre at en får registrert IPLOS? I «*Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*» fra 2005, viser til helsepersonellens eget ansvar til økt faglig kompetanse, men i tillegg har den klare føringer for ledere til hvordan kompetanseheving og kunnskapsdeling kan legges til rette

for. Noen av tiltakene er at ny og relevant kunnskap skal sikres, etablering av faglig beslutningsstøtteverktøy, skape samarbeid på tvers av nivåer, og sikre at retningslinjer er basert på et godt kunnskapsgrunnlag (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Er nevnte tiltak grunnfestet i kommunen fra leders side slik at helsepersonell har mulighetene som tiltakene lover?

2.1.1.2 Organisering av de som registrerer

Helsedirektoratet gjorde en kvantitativ undersøkelse i 2014, hvor de fant ut fra tilbakemeldinger fra flere IPLOS-ansvarlige i kommunene om manglende forankring i kommuneledelsen ved innføring av registreringssystemet (Helsedirektoratet, n.d.-b). Har dette vært fulgt opp i ettertid? Max Weber (1971), sier i sin modell om organisasjonskultur at gjennomslag for avgjørelser i offentlig sektor trenger tydelige føringer for lojalitet overfor ledelse (Weber og Østerberg, 1971). Kan dette tyde på at innføringen og etterhvert bruken av IPLOS som registreringsverktøy ikke blir brukt etter hensikten?

2.1.2.3 Opplæring

Helsedirektoratet (2006), sier at ved endring av pleie- og omsorgsbehov skal det dokumenteres ny IPLOS. Registrering utføres av kvalifisert helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester. Definisjonen på kvalifisert helsepersonell er:

«jf. Helsepersonelloven, personell med autorisasjon etter §48 og lisens etter §49, personell i helse- og omsorgstjenesten som utfører handlinger etter tredje ledd og elever/studerende under opplæring som utfører handlinger etter tredje ledd» (Lovdata, 2001).

Er det implisitt at helsepersonell forstår hvordan registreringen skal gjøres, og bruker IPLOS? Det er en veileder for IPLOS hos helsedirektoratet, men ingen krav til gjennomgang før IPLOS tas i bruk (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Er dette forsvarlig?

Regjeringens strategiske tiltak for å iverksette samhandlingsreformen, har som mål å øke kompetansen til helsepersonell i de ulike tjenestene. Dette fordi det å jobbe i helsetjenestene skal være attraktivt, videreutvikle kunnskap og føre til gode arbeidsvilkår. Uten dette sier de at det er vanskelig å kunne gjennomføre god helsepolitikk. Det er viktig med tidlig innsats,

kartlegging av behovet for helsepersonell og gjøre nødvendige tiltak for å hindre mangel på ressurser på sikt (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Vil det da ikke være hensiktsmessig å prioritere opplæring og gjentakende opplæring av helsepersonell som skal utføre disse IPLOS registreringene?

Samhandlingsreformen (2009) legger til grunn at krav til kompetanse og spesialisering vil gjøre at i framtiden vil kommunale helse- og omsorgstjenester organiseres ulikt. Det er da avgjørende, både iforhold til pasientenes behov og iforhold til samfunnsøkonomi, at det er system, strukturer og motiverende faktorer som hjelper til å se det helhetlige iforhold til behovene som skal dekkes (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Vil dette ha noe innvirkning på hvordan kommune legger opp sin organisasjonsstruktur?

Jacobsen og Thorsvik (2016) sier noe om de industrielle omgivelser som viser til normer, verdier og forventninger til organisasjonen. Dette viser til hvordan organisasjonen blir oppfattet. Forventninger til normer og verdier fra omgivelsen, hensyn til eksterne normer og verdier i målformulering og formulering av mål. Lage opplegg for styring, koordinering og kontroll (Jacobsen og Thorsvik, 2016). Hvor sterke er føringene fra organisasjonen i hvordan tiden disponeres i registrering av IPLOS?

2.1.3 Oppgaver

2.1.3.1 Tidkrevende prosesser

Det er et omfattende arbeid å registrere nye pasient til en ny tjeneste. Nye pasienter av tjenester skal kartlegges og IPLOS registreres i EPJ som kommunen benytter seg av (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Tjenesteytere og dokumentasjonspliktig helsepersonell er de som skal registrere opplysningene i EPJ. Rustan (2015), sier at opplysningene skal være dynamiske og beskrivende av hver enkelt pasient sin situasjon, behov og mottak av tjenester. Informasjon skal være til bruk lokalt i tjenesten og i kommuneadministrasjon gjennom hele året. Endringer må derfor registreres fortløpende. Hver enkelt pasient sine endringer av behov, som eksempelvis kan føre til endring av vedtak om nye tjenester, tjenesteendring eller til avslag, skal registreres (Rustan, 2015). Hva om dette ikke er gjennomførbart i praksis. Relatert til begrensede ressurser, hvilke konsekvenser kan dette gi dersom registrering utføres etter lokal organisering av rutiner?

Gabrielsen et al. (2012), sier at det er kun personer med gyldig vedtak innen inngang og utgang av året som skal defineres som mottaker av pleie- og omsorgstjenester. Pasienter som ikke har vedtak om tjenester, eller som har tidsavgrensede vedtak som er gått ut før 31.12, blir ikke regnet med i statistikken til SSB. Det er et kommunalt ansvar å oppdatere vedtak (Gabrielsen et al., 2011). Haugdahl (2016), sier at IPLOS har en nasjonal nytteverdi, ved hjelp av IPLOS kan en vurdere situasjonen og utviklingen som kommunale helse- og omsorgstjenester har. Den kan gi bedre beslutningsgrunnlag for velferdspolitiske beslutninger, gi bedre grunnlag for rammeoverføringer til kommunene og gi bedre grunnlag ved fordeling av øremerkede midler og oppfølging av disse (Haugdahl, 2016). Kan mangelfull IPLOS registrering medføre redusering av øremerkede midler til kommunen?

2.1.4 Teknologi

2.1.4.1 Integrasjon med EPJ

I dokumentet «*IPLOS Funksjonell kravspesifikasjonen versjon 3.0.5*» (2015), beskriver de IPLOS sin informasjonsteknologi som elektronisk sending av opplysninger fra kommunene til det sentrale IPLOS registeret (Rustan, 2015). Helsedirektoratet er databehandleransvarlig for dette registeret. Det er hjemlet i helseregisterloven §8 andre ledd (Lovdata, 2015). På bakgrunn av denne hjemmelen er kommunen pliktig til å sende inn opplysningene som er definert i denne forskriften. Dokumentasjon, og innhenting av opplysninger til saksbehandling og tjenesteproduksjon er opplysningene er en obligatorisk del i den kommunale helse - og omsorgstjenesten. I kommunenes EPJ er IPLOS registreringen standardisert slik at opplysningene kan hentes ut og brukes til statistikk (Rustan, 2015).

Men er designet av systemene så enkelt å benytte seg av, at hver enkelt kan lett registrere IPLOS?

Kravspesifikasjonene til EPJ har som mål å sørge for at IPLOS-opplysningene håndteres etter IPLOS innholdsstandard. Implementeringen skal ivareta korrekt registrering av IPLOS-opplysningene, og tilrettelegge for videre behandling hos databehandler (Rustan, 2015). I dag er det hovedsakelig 3 ulike systemer som benyttes i kommunene som EPJ og for rapportering av IPLOS data. Svakheter kan variere fra system til system. Funksjonaliteten i EPJ er også med på å gjøre det vanskeligere å bistå enkelte kommuner, dersom de oppdager problemer knyttet til data som sendes inn. Rettelser som tidligere kunne ordnes med enkel kontakt mellom oppgavegiver og SSB krever nå ofte kommunikasjon mellom 3 aktører, kommune,

SSB og systemleverandør (Rustan, 2015). Har helsepersonell kunnskap om hvem de skal kontakte dersom feilregistreringer forekommer?

2.2 Problemstilling

Problemstillingen vi har kommet frem til basert på problemanalysen er:

«Hvilke faktorer påvirker IPLOS-registrering blant ansatte i primærhelsetjenesten?»

3.0 Teoretisk rammeverk

Å velge teoretisk rammeverk vil si å velge hvilke «briller» som blir benyttet når analyse og tolkning av funn skal gjennomføres (Stockholms Universitet, 2013). Den teoretiske referanserammen er valgt på grunnlag av problemstillingen. Ved å strukturere oppsettet av studien etter en teori eller modell vil det bli enklere å forstå, forklare og vurdere funnene og løfte arbeidet til et mer generelt nivå (Stockholms Universitet, 2013).

I dette kapitlet presenteres valgt teoretisk rammeverk som vil brukes i utviklingen av datainnsamlingsinstrumentet. Valg av teoretisk modell i studien er med på å gi struktur og økt forståelse for temaet. I denne studien er modellen til BenMessaoud et al. (2011), valgt som teoretisk rammeverk.

3.1 Valg av teori

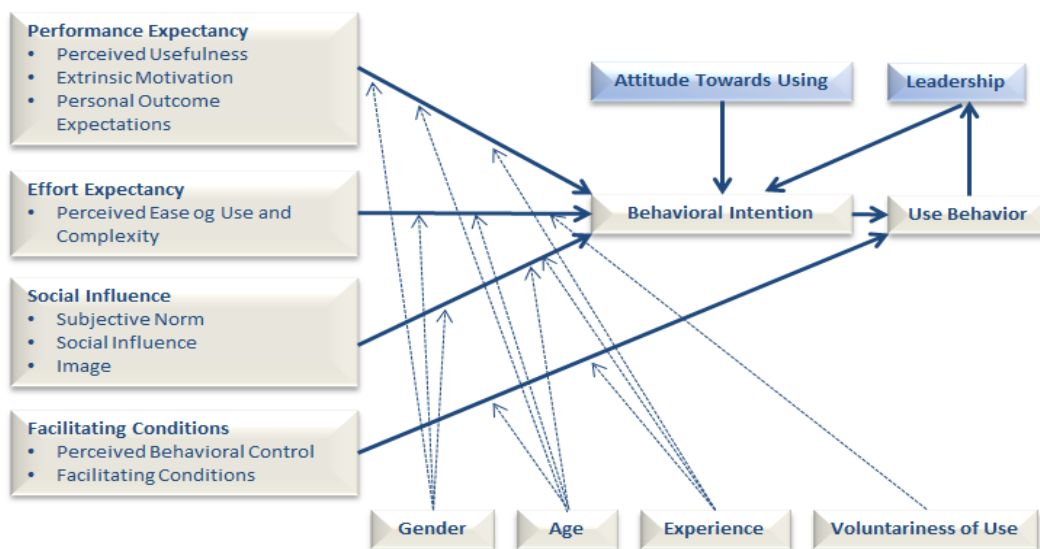
Det eksisterer etterhvert mye forskning på bruk av informasjonssystemer gjennom flere tiår med erfaringer på feltet. På 1980-tallet ble brukerens teknologiaksept belyst. Dette var basert på teorien om overveid handling av Fishbein og Ajzen fra 70-tallet. Teorien la frem at intensjonen til å utføre en handling er en forutsetning for selve handlingen (Hill, Fishbein, og Ajzen, 1977). I 2003 sammenfattet Venkatesh åtte ulike modeller for aksept av teknologi i Unified Theory of Acceptance and Use of Technology (UTAUT). Artikkelen ble utformet basert på erfaringer gjort i fire ulike bedrifter i forbindelse med implementering av ny teknologi. De elementene som viste seg å ha høyest innflytelse kom med i den «nye modellen» (Venkatesh et al., 2016). Modellen har blitt sitert i underkant av 5000 ganger og blitt brukt for å vurdere internettsider, systemer brukt av skatteetaten, mobil-teknologi og informasjonssystemer brukt i helsevesenet.

Det er valgt en modifisert versjon av UTAUT modellen i denne studien. BenMessaoud, Kharrazi og MacDorman (2011) gav ut artikkelen; «*Facilitators and Barriers to Adopting Robotic-Assisted Surgery: Contextualizing the Unified Theory of Acceptance and Use of Technology*». I denne artikkelen var målet å finne ut av hva som påvirket kirurger til å ta i bruk eller ikke bruke robotassistert kirurgi. Modellen ble modifisert iforhold til bruk innen helsevesenet ved å legge to påvirkende faktorer som holdning til bruk og lederskap, til den originale modellen fra 2003 (BenMessaoud et al., 2011).

3.1.1 Modifisert UTAUT

Modellen brukes til å forklare i hvilken grad informasjonsteknologi og informasjonssystemer aksepteres, og i hvilken grad dette påvirker bruken av ulike systemer. Modellen kan brukes til å vurdere innføringen av nye systemer eller forstå hvorfor det eventuelt ikke har blitt en suksess. Ifølge modellen er; «*forventet utbytte*», «*forventet innsats*», «*sosiale påvirkninger*» og «*tilretteleggende faktorer*» de fire hovedkategoriene. Disse med påvirkning av *alder*, *kjønn*, *erfaring* og *frivillighet til bruk* utgjør den *atferdsmessige intensjonen* og *selve bruken* av et system. Det som skiller UTAUT fra modifisert UTAUT er at det er lagt til to påvirkende faktorer; *Holdning til bruk* og *lederskap*. Ifølge modellen påvirker holdning til bruk atferdsmessige intensjonen og lederskapet påvirker atferdsmessige intensjonen på selve bruken av systemet direkte (BenMessaoud et al., 2011).

3.1.1.1 Forklaring av modellen



Figur 2 Modifisert UTAUT

Forventet utbytte av systemet (Performance Expectancy) defineres som i hvilken grad et individ mener at bruk av systemet vil hjelpe ham eller henne til å oppnå gevinster i jobbprestasjoner. Forventet utbytte kan tenkes å påvirke atferdsmessige intensjoner iforhold til alder og kjønn.

Forventet innsats (Effort Expectancy) defineres som hvor mye innsats og tid som må legges i bruk av systemet, og grad av letthet knyttet til bruken av systemet. Forventet innsats påvirker atferdsmessige intensjoner iforhold til alder, kjønn og frivillighet til bruk.

Sosiale påvirkninger (Social influence) defineres som i hvilken grad en person mener er viktig og andre mener at han eller hun skal bruke systemet. Sosiale påvirkninger påvirker atferdsmessig intensjoner iforhold til alder, kjønn og erfaring.

Tilretteleggende faktorer (Facilitating conditions) defineres som graden et individ mener at en organisatorisk og teknisk infrastruktur eksisterer for å støtte bruken av systemet.

Tilretteleggende faktorer påvirker **bruken av systemet** iforhold til alder og erfaring.

Tre av hovedkategoriene med påvirkning av kjønn, alder, erfaring og frivillighet til bruk av systemet fører til påvirkning av **atferdsmessig intensjon** (Behavioral intention), som igjen direkte påvirker den faktiske **bruken av systemet** (Use behavior). Den fjerde av kategoriene, **tilretteleggende faktorer**, er den eneste som direkte påvirker **bruken av systemet**.

I den modifiserte UTAUT- modellen er det ytterligere to punkter som legges til. **Holdninger** til bruk av systemet (**Attitude towards using**) og **lederskap (leadership)**

(BenMessaoud et al., 2011)

3.1.1.2 Hvordan de ulike kategoriene påvirker hverandre

- Forventet utbytte, forventet innsats og sosiale påvirkninger påvirker atferdsmessige intensjoner, som igjen påvirker den faktiske bruken av systemet
- Tilretteleggende faktorer påvirker bruk av systemet
- **Kjønn og alder** påvirker forventet utbytte av systemet, hvor mye innsats personen tror det kreves å bruke systemet og hvordan det sosiale påvirker dette
- **Erfaring** påvirker hvor mye som forventes å få ut av systemet, hvordan det sosiale påvirker, hvor mye tro personen har på bruken av systemet og hvor mye tilrettelegging som kreves
- **Frivillighet** til bruk av systemet påvirker hvor mye innsats og tid som må legges i bruk av systemet
- **Holdninger** til bruk av systemet påvirker hvor mye innsats og tid som må legges ned i bruk av systemet
- **Den faktiske bruken** av systemet påvirker lederne

- **Lederne** påvirker hvor mye innsats og tid som må legges i bruk av systemet
(BenMessaoud et al., 2011)

4.0 Metode

I dette kapittelet vil det bli redegjort for metodisk valg benyttet i denne studien og hvordan dette er gjennomført. Underkapitlene vil gi detaljert oversikt over datainnsamlingen, hvordan intervjuguiden er satt opp, utvalgskriterier som ligger til grunn for valg av informanter, og litteratursøkene som understøtter forskningen.

4.1 Valg av metode

Halvorsen (2003) påpeker at vi gjennom bruk av ulike metoder kan forbedre evnen til å oppdage, slik at vi lettere kan finne ut av årsaken bak et fenomen. Det er også finne holdninger, interesser og meninger bak fenomenet (Halvorsen, 2003).

Metode kan defineres ifølge Halvorsen (2003) på følgende måte: «*En systematisk måte å undersøke virkeligheten på*» (Halvorsen, 2003).

På bakgrunn av problemanalysen er det interessant å se nærmere på de ulike kommuners praksis rundt IPLOS. Ved å bruke semistrukturert intervju som utgangspunkt for analysen kan meninger, holdninger og erfaringer studeres mer detaljert. Målgruppen er de som bruker IPLOS. Det er ønskelig å få frem deres erfaringer for å avdekke om det finnes ulike faktorer som påvirker registrering.

Johannessen et al. (2006) sier at intervju benyttes når hensikten er å nå dypere ned i informantenes forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner knyttet til et fenomen (Johannessen et al., 2006).

Målet med de kvalitative metodene er å gi et helhetsbilde av problemstillingen. Nøkkelordet er fullstendighet, ikke nøyaktighet noe som gjør intervjueren og intervjuguiden blir det kritiske leddet i datainnsamlingen når kvalitativ metodikk skal benyttes (Beck og Polit , 2017).

4.2 Forskningsdesign

Forskningsdesign beskrives av Beck og Polit (2017), som «*den arkitektoniske ryggraden i studien*». Kvalitativ forskning går ut på å samle inn data basert på menneskelige subjektive

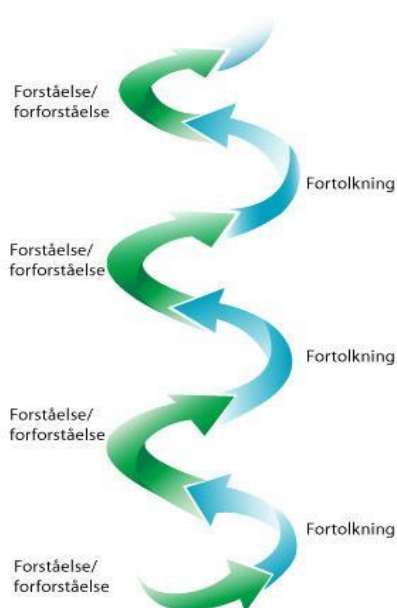
meninger, holdninger og erfaringer. Det er derfor ikke mulig å generalisere resultatene den kvalitative metoden gir oss. Derimot kan metoden gi oss en indikasjon på - Hva, hvordan og hvorfor (Beck og Polit., 2017).

4.2.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologi er en filosofisk retning som tilskrives filosofen Edmund Husserl (1859-1938). Husserl mente at verden kun kan studeres gjennom menneskers bevissthet. Han hevdet at det var subjektet som erfarer verden og ikke verden uavhengig av subjektet (Svendsen, 2018). Metodedesignet egner seg når et fenomen som det finnes lite informasjon om fra tidligere skal studeres (Malterud, 2011). Heidegger sier at fenomenologien ikke forplikter til noen standpunkt eller retning (Heidegger, 1988).

4.2.2 Den hermeneutiske spiralen

Den hermeneutiske spiral er en beskrivelse av fortolkningsprosessen i stadig bevegelse mellom forståelse, forforståelse og fortolkning. Johannessen et.al (2006) beskriver også dette med å ta utgangspunkt i fortolkning av tekster. For å begrunne fortolkning av for eksempel et sitat i en tekst, må forskeren vise til fortolkning av hele teksten. For å begrunne fortolkning av hele teksten, må forskeren ta utgangspunkt i fortolkning av for eksempel enkeltsitater (Johannessen et al., 2006).



Figur 3 Den hermeneutiske spiral

4.2.3 Kvalitativ innholdsanalyse

For å strukturere og analysere dataene fra intervjuene utføres kvalitativ innholdsanalyse.

Målet med innholdsanalyse er å gi kunnskap og forståelse av fenomenet i en studie.

Kvalitative innholdsanalyser bygger på systematisk gjennomgang av dokumenter med sikte på kategorisering av innholdet og registrering av data som er relevante for problemstillingen i den aktuelle studien (Grønmo, 2004).

Hsieh og Shannon (2005), skriver i «*Three Approaches to Qualitative Content Analysis*» at bruk av tidligere forskning kan benyttes til å fokusere på fenomenet (Hsieh og Shannon, 2005). I denne studien brukes den modifiserte UTAUT-modellen til Benmassoud et.al (2011) for å strukturere datainnsamlingsinstrumentet og analysen. Dette vil skape grunnlag for koding og hjelp til å forstå forholdet mellom kodene. Hsieh og Shannon (2005) sier at analyse av materiale ved bruk av en «direkte tilnærming» er en mer strukturert prosess. (Hsieh og Shannon, 2005).

Videre skriver Hsieh og Shannon (2005) forskning ved hjelp av kvalitativ innholdsanalyse fokuserer på egenskapene til språk kommunikasjonsmetode med tilnærming til innholdet eller kontekstuell betydningen av teksten (Hsieh og Shannon, 2005). Kondracki et al., (2002) sier at tekstdata kan være verbal, utskrift eller elektronisk form. Det kan hentes fra fortellende svar, spørreundersøkelser, intervjuer, fokusgrupper, observasjoner eller utskriftsmedier som artikler, bøker eller manualer. En kvalitativ innholdsanalyse vil gjerne ta for seg en mindre del eller et færre antall tekster for en grundigere analyse, hvor det legges vekt på hvordan de ulike elementene i teksten kan forstås i sammenheng (Kondracki et al., 2002).

4.3 Datainnsamling

4.3.1 Semistrukturerte intervjuer

Formålet med å gjøre intervjuer er å forstå hvordan enkeltpersoner opplever sin livssituasjon, hvilke synspunkter og perspektiver de har på fenomenet som blir tatt opp i intervjusituasjonen. Forskningsintervjuets struktur kan ifølge Kvale og Brinkmann (2009), ligne på en dagligdags samtale, men i forskningssammenheng følges det en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale og Brinkmann, 2009).

I denne undersøkelsen er det valgt å bruke en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2). Thagaard (2013), skriver at semistrukturerte intervjuer eller dybdeintervjuer er intervjuer der forskeren introduserer et tema og deretter leder en diskusjon, ved hjelp av bestemte spørsmål fastlagt i en intervjuguide (Thagaard, 2013). På denne måten er temaet fastsatt på forhånd, men rekkefølgen på temaene bestemmes underveis. Denne formen for intervju gjør det lett å gripe tak i temaer eller perspektiver forskeren ikke hadde tenkt på i forkant av intervjuet (Thagaard, 2013). En forutsetning for et vellykket intervju er ifølge Thagaard (2013) at forskeren har satt seg godt inn i intervjupersonen situasjon. Kunnskap om konteksten er nødvendig for å stille spørsmål som oppleves som relevante for intervjupersonen (Thagaard, 2013).

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at kunsten å stille oppfølgingsspørsmål handler om at intervjueren er fordypet i den konkrete situasjonen og oppmerksom på de betingede ledetrådene som dukker opp underveis. Dette gir intervjueren mulighet til å fortsette intervjuet i stedet for utelukkende fokusere på intervjuguiden. Intervjueren må dermed lytte aktivt og følge opp det informanten forteller (Kvale og Brinkmann, 2009).

4.3.2 Utarbeiding av intervjuguiden

Intervjuguiden er en plan over hvilke spørsmål som skal stilles og i hvilken rekkefølge. Intervjuet eller samtalen bygges opp rundt et sett med nøkkelspørsmål som danner basen for fokuset intervjuet er ment å ha, dvs studiens informasjonsbehov (Kvale og Brinkmann, 2009).

I kapittel 3 beskrives det teoretiske grunnlaget for utarbeidelse av intervjuguiden, modifisert UTAUT modell av BenMassoaud (2011).

4.3.3 Utvalg av informanter

Etter gjennomgang av problemstillingen ble utgangspunktet for valget av informanter lagt til kommuner der kommunene har forholdsvis lik demografi og tilnærmet likt økonomisk grunnlag. Dette med tanke på studiens hensikt i forhold til bruk av IPLOS, nytten av gode registreringsrutiner og korrekt statistikk som innsendes KPR.

Informantene er fra tre kommuner som benytter samme EPJ, Visma Profil®. Det var ønskelig med 4 informanter pr kommune. Dette for å få et mer helhetlig bilde av hvordan aktuelle kommuner jobber med IPLOS og hvordan de benytter seg av den informasjonen i IPLOS. Det ble ikke fokusert på kjønn, fordi informantene bestod av helsepersonell i kommunal helse- og

omsorgstjeneste. Dette basert på at helseyrke i stor grad er kvinnedominert (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

Inklusjonskriteriene som ble satt var:

- Minimum 80 % stilling i kommunal helse- og omsorgstjeneste
- Ansettelsesforhold i to år eller mer

Bakgrunnen for inklusjonskriteriene er årlig innrapportering til KPR. Dette betyr at informantene må ha erfaring med IPLOS registrering på et minimumsnivå, for å kunne ha en formening om hva IPLOS er og hvordan det brukes.

Eksklusjonskriteriene ble:

- Mindre enn 80 % stilling
- Ansettelse i mindre enn to år

Kriteriene som er valgt her har som hensikt å tydeliggjøre flere sider av hvordan IPLOS registreringen gjennomføres i de utvalgte kommunene. Det ble tatt kontakt med respektive kommuner som selv rekrutterte informanter til studien på grunnlag av inklusjons og eksklusjonskriteriene.

4.3.4 Datagrunnlag

I tabell 1 fremgår en oversikt over informantene fra intervjuene.

Tabell 1 Datagrunnlag

Kommune	Antall informanter
Kommune 1	5
Kommune 2	3
Kommune 3	3

4.3.5 Godkjenning av NSD og FEK

Norsk senter for forskningsdata (NSD), er et nasjonalt arkiv for forskningsdata og et av verdens største i sitt slag. NSD arkiverer, tilrettelegger og formidler data til forskningsmiljøer, nasjonalt og internasjonalt. Målet er å gi forskere tilgang til data uten store juridiske, økonomiske og praktiske hindringer. NSD har egen seksjon for personvern som behandler prosjektsøknader fra rundt 150 institusjoner og gir råd om personvern til forskere og studenter (NSD - Norsk senter for forskningsdata, n.d.). Studien ble meldt til NSD 12. desember, 2018 og ble godkjent 20. desember, 2018, se vedlegg 1.

Fakultetets etikk komite (FEK), har tre mandat; etablering og drøfting av fakultetets forskningsprosjekt, vurdere forskningsetisk forsvarlighet og pådriver for opplæring av vitenskapelige ansatte og studenter ved Fakultetet for helse- og idrettsvitenskap har tilgang til informasjon og følger anerkjent etisk normer (Universtet i Agder, n.d.). Studien ble godkjent av FEK 17. desember 2018, se vedlegg 2.

4.3.6 Gjennomføring av intervjuer

Informantene sin selvbestemmelse og autonomi ble ivaretatt ved at de gav et informert og frivillig samtykke til å delta i prosjektet. Det at samtykket er gitt, betyr at informantene ble informert om prosjektets formål og hovedtrekkene i forskningsdesignet (Kvale og Brinkmann., 2009). Informantene ble informert om at de uten begrunnelse, og på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra prosjektet, uten at dette skulle gi noen form for ubehag eller negative konsekvenser. Respekt for privatlivet handler om at forskeren ivaretar konfidensialitet til de som deltar i prosjektet uten at de kan identifiseres (Johannessen et al., 2006). Ifølge Johannessen et al. (2006), må all forskning underordne seg etiske prinsipper og juridiske retningslinjer. Etikk dreier seg om forholdet mellom mennesker og måten mennesker direkte eller indirekte kan påvirke hverandre (De nasjonale forskningsetiske komiteer, 2016).

En av forfatterne på denne studien jobber som systemansvarlig i en kommune og har gode kontakter i nabokommunene. Forskningen ble ikke utført i denne studenten sin arbeidskommune, men i nabokommunene. Studenten har heller ingen personlige forbindelser med informantene som deltok i denne studien. For å videre hindre påvirkning mellom forsker og informant, ble det bestemt at de to studentene som ikke har tilhørighet til disse kommunene skulle gjennomføre intervjuene. I starten av intervjuene ble det lagt vekt på at de

to studentene som utførte intervjuene ikke hadde egen erfaring med IPLOS, noe som kan bidra til at informantene snakker mer fritt om egne erfaringer rundt systemet.

Under intervjuene ble det presisert at opptakene vil bli slettet etter prosjektets slutt, våren 2019.

4.4 Validitet, reliabilitet og troverdighet

Lund og Haugen (2006) sier at om noe skal kunne anses som kunnskap må det oppfylle bestemte kvalitetskrav. Boken beskriver bruken av uttrykk som troverdighet, tilforlidelighet, sikkerhet og bekreftbarhet i kvalitativ forskning (Lund og Haugen, 2006). Reliabilitet peker på forskningsresultatenes troverdighet. Dette vil si om hvorvidt forskningsresultatene kan reproduseres på andre tidspunkt av andre forskere (Kvale og Brinkmann, 2009). Dette legges et ekstra ansvar på forskerne i forhold til å skape et miljø hvor informasjonen ikke blir påvirket av inhabilitet. Svarenes reliabilitet vurderes utfra stabilitet, som vil si om svarene gir stor variasjon ved lik metode.

«Det å vurdere om intervjuets transkripsjonsgyldighet er mer komplisert enn å bringe deres pålitelighet på det rene» (Kvale og Brinkmann., 2009). Hvordan transkripsjonsprosessen foregår er avhengig av at transkribereren skriver ordrett og lytter godt til hvordan informanten legger fram svaret. Reliabilitet er hvordan prosessen kommer fram til innholdet av intervjuene, hvilke data som blir brukt, måten de blir samlet inn på, lastes opp og hvordan de bearbeides i etterkant. Validitet eller gyldighet vil si i hvilken grad resultater kan vurderes som gyldige. Med troverdighet menes å kunne stole på, hvordan funn fremkommer avhenger av metoden som benyttes (Johannessen et al., 2006).

4.5 Etske overveielser og metodekritikk

De nasjonale forskningsetiske komiteer (NESH) sine forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi er nevnt i (Johannessen et al., 2006). De viser til tre typer hensyn som forskeren må tenke gjennom; informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar for å unngå skade (NESH, 2006). I denne studien er det benyttet en kvalitativ metode. En svakhet

med denne metoden er at den begrenser muligheten til å fange et stort antall informanter, og dermed få et snevert utvalg (Malterud, 2011).

I studien deltok elleve informanter fra tre forskjellige kommuner. Hvis informantene kjenner forskeren kan det føre til at informantene føler seg presset til å delta i undersøkelsen. En svakhet med metoden er at det kan oppstå en relasjon mellom forskeren og informantene som kan påvirke svarene informantene gir (Johannessen et al., 2006). Dette ble imidlertid ikke vurdert som et problem i denne studien da den ene studenten ikke hadde en aktiv rolle i den praktiske gjennomførelsen av intervjuene.

Informantenes utsagn kan ikke sees på som gjeldende for alle ansatte. Det kunne vært valgt å intervjuere ledere i kommunen som er ansvarlige for tjenestefordeling, men da kunne resultatet potensielt blitt annerledes. Hensikten var imidlertid å intervjuere ansatte i kommunen som jobber med pasienten i det daglige. Den teoretiske referanserammen, modifisert UTAUT (2011), gir en klar retning for utvikling av intervjuguide og analysearbeid.

4.6 Litteratursøk

For å avklare problemanalysen er det søkt etter aktuell litteratur og forskning om IPLOS. Det har vært noe utfordrende å finne aktuell litteratur om valgt tema. Litteratursøk ble utført via Universitet i Agders databaser der Cinahl, EbscoHost og PubMed ble benyttet. Det er gjort søk i Google Scholar og Google for å komplimentere med blant annet offentlige dokumenter som datagrunnlag. I databasene var det utfordrende å finne forskning om IPLOS. Litteraturlister til andre forskningsartikler og studier ble derfor benyttet. IPLOS er ikke internasjonalt kjent, så det er valgt å bruke artikler som omtaler bruk av informasjonssystemer på generell basis. Søkord som ble brukt var; Information system, registrering, implementation, use, IPLOS, helsepersonell, forskrift, kravspesifikasjon, EPJ, pasientjournalssystem, kommune. Samt ulike kombinasjoner av disse. Resultatet av de ulike søkene var store, så det var meget viktig med kildekritikk under gjennomgang av artikler som omhandlet IPLOS registrering i primærhelsetjenesten.

Artiklene som er brukt er fagfellevurdert, og publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Ved søk på offentlige dokumenter og norsk forskning var IPLOS nøkkelordet. Det ble funnet noen norske artikler som omhandler IPLOS, men hovedtyngden av funnene var offentlige dokumenter.

5.0 Resultat (funn og analyser)

«En analyse er en systematisk undersøkelse der et subjekt/objekt (en sak, en gjenstand, et begrep) betraktes som sammensatt av enkelte bestanddeler for å få avdekket et budskap eller en mening. Den enkelte bestanddel kan bli subjekt/objekt i en ny analyse osv. til ønsket nøyaktighet i betraktningen er nådd. Det motsatte prinsipp er en syntese» (Fennen, 2012).

Oppbyggingen av dette kapittelet er strukturert etter BenMessaoud, et al. (2011), sin modifiserte UTAUT modell (The unified theory of acceptance and use of technology). Kapittelet er strukturert etter oppsettet på intervjuguiden (vedlegg 4). Informantene har variasjon i alder, alle informantene er kvinner, noe som gjør at den modifiserte UTAUT sine påvirkende kategorier ikke ble vurdert i henhold til alder og kjønn. Et tilleggsspørsmål er tatt med for å belyse hensikten med undersøkelsen og for å sette ramme på intervjuene. Spørsmål om informantene vet hva IPLOS er tatt med av nevnte grunn.

5.1 Tabeller

Struktureringen av funn er satt i en Excel-tabell med spørsmål, utvalgte meningsenheter, kondenserte meningsenheter, koder, subkategorier og kategorier. Sistnevnte er navngitt etter de fire hovedkategoriene i den modifiserte UTAUT modellen. Denne strukturen er valgt for enklere å kunne trekke ut essensen av datainnsamlingen, og for å være en hjelp iforhold til systematiseringen av analysen.

Tabellene/underkapitlene presenteres med utgangspunktet i nodene identifisert i transkriberingsarbeidet navnsatt etter hovedkategoriene, de påvirkende faktorene og tilleggskategoriene fra modellen. Utvalgte representative sitater kan også gå igjen flere steder i forskjellige tabeller fordi sitatet kan inneholde svar som passer inn under flere noder. I systematiseringsprosessen ble det valgt å sette opp en spørring i tabellen (Excel) for å få frem en visuell fremstilling av funnene. Disse pivotdiagrammene presenteres i slutten av de fire første underkapitlene til tross for at spørringen er gjort opp mot koder, subkategorier og kategoriene fra hele tabellen i sin helhet. Kategoriene er satt opp etter de fire hovedkategoriene i modifisert UTAUT.

5.1.1 Informantenes bakgrunn

Alle informantene ble spurt om hvor lenge de hadde jobbet i kommunen. Informantene bestod av sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere, og de jobbet henholdsvis i hjemmetjenesten, psykisk helsetjenesten og på sykehjem/helsehus. Alle har vært kjent med IPLOS og IPLOS registrering i over 2 år, på ulike nivåer i kommunene.

5.1.2 Informantenes grunnleggende forståelse av IPLOS

Hva er IPLOS?

Informantene ble spurt om de visste hva IPLOS er for å sette ramme rundt intervjuene og for å lage innledning til temaet for intervjuene. Informantene svarer her at det er funksjonsbeskrivelsesverktøy og et kartleggingsverktøy der det registreres/kartlegges funksjonen til pasienten med utgangspunkt i pasientens funksjonsnivå. Pasientene registreres etter tallfestet tabell. En av informantene forklarer IPLOS slik:

«Ja.. det er jo ein funksjonskartlegging av brukarane på ein skala frå 1 til 5. 9 er vel ikkje aktuelt. Og det går jo på kor mykje de klarar å gjere i stell og i matsituasjonen og forflytning.. Det er jo ein del av det..og det er og der vi registrerar tannlegebesøk, legebesøk og ja..og inn og ut på sykehus, om de har plass på sykehjem. Det er det eg tror at vi bruker det til».

I tabell 1b er kodene og subkategoriene entydige. Informantene har alle jobbet i kommunen i minimum 2 år og kjenner til IPLOS gjennom sitt daglige arbeid i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Noe som også fremkommer i tabell 1a.

Tabell 2 - Tabell 1a Hva er IPLOS?

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Hva er IPLOS?	Då forklara eg det med at det er variabla som skal inn i eit register. Det seier noko om hjelpebehovet til brukarane. Der det graderast hjelpebehov frå 1 til 4	Variabler som beskriver hjelpebehov, fra 1-4.	Registrering av hjelpebehov

	Det er registrering på fleire brukarar på kor mykje dei klarar sjølv og kor mykje dei treng hjelp til	Registrering av hvor mye hjelp de trenger	Registrering av hjelpebehov
	Iplos for meg, det er hjelpeverktøy som kan sei noko om endringar, og so er det det heilhetlig, seier noko om ein heilhetlig, korleis situasjonen er	Hjelpeverktøy for å si noe om hvordan situasjonen er for pasientene.	Registrering av hjelpebehov
Hva bruker du det til?	Nei, det er for å sjå kva hjelpebehov brukarane har, ja også går eg inn på og ser om det er en trear i hjelpebehov, då pleier eg å legge inn kommentarar.	Ved registrering av en «3» (eller mer) legges det inn en kommentar på kva det er pasienten trenger hjelp til/har vanskeligheter med	Registrering av hjelpebehov

Tabell 3 - Tabell 1b Hva er IPLOS?

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Registrering av hjelpebehov	Registrering
Registrering av hjelpebehov	Registrering
Registrering av hjelpebehov	Registrering
Registrering av hjelpebehov	Registrering

5.2 Modifisert UTAUT- Hovedkategorier

5.2.1 Forventet utbytte

I Kategorien forventet utbytte ble informantene spurt om hvilke forventninger de har til IPLOS? Om systemet er tilrettelagt slik at det er enkelt å orientere seg i, og om det eksisterer en brukerveileder som hjelpeverktøy.

«Ja, det var vel ikkje noko forventningar, men det er jo når det er noko nytt at ein blir informert om kva det er og fører det vidare til de andre at de brukar det då. Og det syntes eg jo, ja, at leiarane er flinke til å minne oss på at nå må dokke ta IPLOS registrering på ny pasient og skriver det opp i almanakken vår..ja..med det er jo...ein forventar jo at det blir oppdatert og når det nye brukarane fordi har ein IPLOS registrering og då er det jo den som er primærkontakt som helst tar det men at det er to som tar det ilag, sånn at vi er to som registrerer for då er det enklere å være enige om kva som er 2 og 3 og 4 og sånn, så er det jo litt bedre no, når ein er to som registrerar».

Mange av informantene sier at de ikke har så stor forventning til IPLOS. Det er et registreringsverktøy som benyttes når pasientens bistandsbehov skal registreres. Informantene gir uttrykk for å vite hva IPLOS benyttes til, men at utfordringen kommer når verdiene i registreringen skal bestemmes på pasienten. Vanskeligheter rundt definisjon på IPLOS verdiene er gjentakende utifra datamaterialet.

«Eh, ja, nei altså det. Kanskje så er retningslinjene på «verdi valgt». At det kanskje, de er jo ikkje utdelige heller med at.. det må jo blir oppfatta som litt utdelige, når ein igjen og igjen finner det vanskelig å finne riktig tall, og at ein ikkje lander på samme. Så må det må det være en grunn til at ein vaklar. Eg veit ikkje korleis ein skulle gjort det tydeligere. Sånn at «der burde det stått det». Eg merker det å være i mellomgangen mellom å være «heilt sjølvhjulpen» og «klarar seg med litt tilrettelegging». Altså overgangen mellom «2» og «4» og sånn. Eller «3», «4» kanskje, det er der eg synes er vanskeligst, og det kan ha litt å si når det er snitt på 3, eller om det plutselig er en «firer». Det er jo dumt å legge inn feil.»

Tabell 4 - Tabell 2a Forventet utbytte

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
<p>Redegjør for innsats og tid du legger i bruk av systemet daglig?</p>	<p>Om det er ein ny brukar då må ein bruke mykje tid tenkjer eg. Då man en kanskje fordele det på 2-3 dagar og observere. Eg har vore bort i så demente som påstår at dei klarar absolutt alt, men dei klarara nesten ingenting. Men dei brukarane som man er med kvar dag, då er IPLOS egentlig bare å sette seg ned med datamaskina og krysse. Det ser eg nesten kvar dag, både laurdag og søndag. Då trengje eg ikkje å spørje på en måte. Så det variera kor mykje eg kjenner brukaren.</p>	<p>Ved førstegangsregistrering må pasienten observeres 2-3 dager før registrering kan gjennomføres, men ellers tar det kort tid. Varierer etter hvor godt man kjenner brukeren.</p>	<p>Tidkrevende førstegangsregistrering</p>

<p>Er det noe ved fagsystemet som du mener bør endres?</p>	<p>Eh, ja nei also det. Kanskje så er retningslinjene på «verdi valt». At det kanskje, dei er jo ikkje so utydelige heller med at.. det må jo bli oppfatta som litt utydelige, når man igjen og igjen finne det vanskeleg å finne riktig tall, og at man ikkje lander på det samme. Så må det må det være ein grunn til at man vakler. Eg veit ikkje korleis man skulle gjort det tydeligare. Sånn at «der burde det stått det». Eg merkar det å være i mellomgangen mellom å være «heilt sjølvhjelp og «klarar seg med litt tilrettelegging» Also overgangen mellom «2» og «4» og sånn. Eller «3» og «4» kanskje, det er det eg syns er vanskelegaste, og at det kan ha litt å sei når det er eit snitt på 3, eller om det er ein «firer». Det er jo dumt å legge inn feil.</p>	<p>Retningslinjene Ift. Tallverdiene kan oppfattes som utydelige. Vet ikke hvordan man kan forbedres. Overgangen mellom tall-variablene «2» og «4» er vanskeligst, og det er lettere å registrere feil.</p>	<p>Vanskelig å velge rett tallvariabel</p>
--	--	---	--

	<p>Ja det var jo dette med, men det er endra på, fordi det var forferdelig irriterande med den då vi måtte skrive alt om igjen. Det eg skal lære med no er at eg skal kunne være inne på IPLOS og sjonglere med tiltaksplanen etterkvart. No er vi jo pålagt å dette med at alle som skårer 3 eller dårlegare so skal det opprettast ein tiltaksplan på dei. Det var eit kurs no so eg ikkje fekk sjansen til å gå på, men det er berre å lære seg å være på IPLOS'en og so ta tiltaksplanen etterkvart. Det er det so eg må lære no.</p>	<p>Nye rutiner som kobler tiltaksplan og IPLOS avhengig av tallverdien. Tidligere manglende funksjoner er endret på. Det finnes nye funksjoner som hun skal lære seg.</p>	<p>Registreringsrutiner i endring</p>
<p>Hva bruker du det til?</p>	<p>Det er først og fremst for fagteamet. Godkjenne tenester. Det er sjølv sagt om man krysser av at brukar treng.. ja lagar dei mat sjølv so får han ikkje middager ikkje sant. Pluss at det er ein liten kommune so alle kjenner alle so, om det er nye tilsette so kan og dei lese f.eks kor mykje dei treng av hjelp. Og om vi sende dei til sjukehuset eller ein annan institusjon innan kommuna. So kan dei få innsyn i kva dei brukar av.. f.eks kor mykje dei klarte før innlegging på sjukehus. Det kan og gje eit bilde av kor</p>	<p>IPLOS brukes av fagteamet for å godkjenne tjenester. Det kan brukes til å få en oversikt over brukerens hjelpebehov, f.eks ved innleggelse på sykehus.</p>	<p>Oversikt over hjelpebehov</p>

	<p>mykje verre det har blitt eller, om at han har gått med rullator i 10 år so det er ikkje nytt.</p>		
	<p>I hovudsak saksutgreiing. Her ligg det litt til grunn. Vi bruka jo og i forhold til om vi finne endring, endringa i hjelpebehov, det kan føre til at eg må omprioritere ressursane. Eg bruka det aktivt til fordeling.</p>	<p>Bruker det til saksutredning, finne endringer i hjelpebehov, og til fordeling av tjenester</p>	<p>Iplos brukes til saksutredning</p>
<p>Hvordan du ble introdusert til IPLOS, og hva var dine forventninger til IPLOS?</p>	<p>Also, eg har jobba i heimesjukepleien i veldig mange år. Dar eg jobba først i (seier namnet på tidlegare arbeidaplass), visste eg knapt kva IPLOS var. Vi fekk beskjed om å oppdatere, men eg skjønnte aldri ka det var. So begynte eg i (seier noverande arbeidaplass), og der er dei litt meir «på» på sanne ting. Eg syns ikkje.. ehh eg syns ikkje, jau der har jo opplæringa vore grei men eg syns likevel ikkje, eg føler det fortsatt er litt vanskeleg med IPLOS. Eg syns det er vanskeleg å skjønne med på det rett og slett. So sjølv om eg tenkjer at eg har gitt riktige verdiar. Om han har teke desse testane, sanne nettbaserte, opplæringstestar, so merka eg at eg fekk feil på dei tinga eom eg tenkte var sjølv sagte at eg</p>	<p>Har tidligere ikke fått god opplæring i IPLOS, men har nå fått litt mer opplæring og fått økt forståelse for IPLOS. Opplever fortsatt at det er vanskelig å registrere.</p>	<p>Vanskelig å forstå IPLOS</p>

	har rett på. Sånn at eg trur ikkje at eg skjønner IPLOS en heilt rett, rett og slett.		
Hvilke forventninger har du iforhold til IPLOS?	Ja, det var vel ikkje nokon forventningar, men det jo når det er noko nytt at en blir informert om kva det er og fører det vidare til dei andre at dei bruka det då. Og det syns eg jo, ja, at ledelsen er flinke til å minne oss på at no må de ta IPLOS registrering på ny pasient og skrive det opp i almanakken vår.. ja med det er jo, en forventa jo at det blir oppdatert og når det er nye brukara fordi har ein IPLOS registrering og då er det jo den som er primærkontakt som helst tek det men at det er to som registrera for då er det enklare å være enige om kva som er 2, 3 og 4 og sånn, så er det jo litt beire no, når ein er to som gjer registrering.	Hadde ingen forventninger. Fikk informasjon av ledelsen, og blir fortløpende påminnet om registrering. Er ofte to stykker som registrerer sammen.	Samarbeid rundt registrering

Tabell 5 - Tabell 2b Forventet utbytte

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Tidkrevende førstegangsregistrering	Registrering
Vanskelig å velge rett tallvariabel	Tolkningsforskjeller
Registreringsrutiner i endring	Registrering

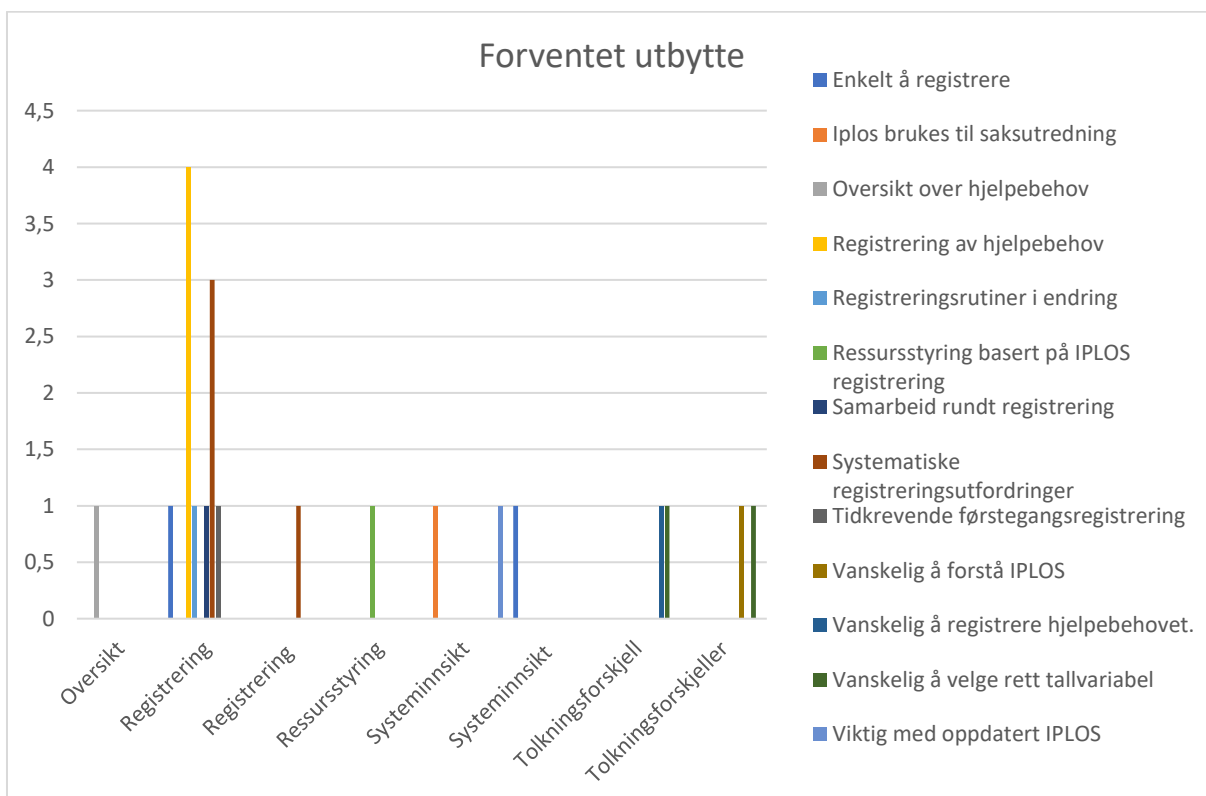
Oversikt over hjelpebehov	Oversikt
Iplos brukes til saksutredning	Systeminnsikt
Vanskelig å forstå IPLOS	Tolkningsforskjeller
Samarbeid rundt registrering	Registrering

5.2.1.1 Pivotdiagram «Forventet utbytte»

Etter gjennomgang av dataene under dette punktet, er utfordringene i IPLOS systemet vanskeligheter med definisjoner tallvariablene. Et funn som tas med videre i diskusjonen, sammen med informantenes formening om at systemet gir et oversiktsbilde av pasientens tjenester og behov.

Visuell fremstilling av funn i denne kategorien, viser at kodene **registrering av hjelpebehov** og **systematiske registreringsutfordringer** er de mest fremtredende.

Pivotdiagram 1 Forventet utbytte



5.2.2 Forventet innsats

Informantenes informasjon handlet også om rutiner rundt registreringen.

Utsagnene vitner blant annet om leders forventning til registreringsrutiner, men det fremkommer mangel på tydelige rutiner på hvem som gjør registreringen og når.

Utfordringene rundt registrering går igjen her også. Det dreier seg om tid og ansvarsfordeling. Slik en av informantene sier:

«Vi har ein del av dei som ikkje ser noko på det. Veldig mange, det er eit par andre som fikk opplæring bortsett fra meg iallefall fikk vi opplæring samtidig. Ho sikkert like mykje om det som meg og ho og eg vi pleide å ta det ilag til å begynne med også passet det ikkje alltid med vaktene og vi hadde ikkje alltid tid. Den eine var på ein avdeling og den andre på den andre. Det eg ofte har gjort er når eg jobber helg og då på helg formiddag har eg litt ekstra tid og da tar eg det og berre kjører igjennom»

Informantene snakker blant annet om viktigheten av IPLOS iforhold til vedtak som går på institusjonsplass. Registrering med kommentarer i øvrig EPJ må være gjort for å gi et rett grunnlag for pleiebehovet. På spørsmål knyttet til tid, innsats og bruk av systemet svarer en informant:

«Registrering når det gjelder om brukeren skal få plass i institusjon for då har ein det med på innkost eller altså når ein har sånne ledermøter om kven som får plass då er det jo viktig at IPLOS'en er registrert og gjerne om ein skriver kommentarar til punkta ikkje sant! ikkje berre skrive på punkta ein legger inn kommentarar. ja...også er det når registreras når det er endringar i tilstanden til dei, også når dei kjem inn på korttidsopphald eller nye brukara til då ventar vi ein tid også registreras det når det gjelder endringar frå når dei har budd heime for det jo registrert ein grunn til at de kjem inn fordi det er ein forverring i tilstanden...ja...også var det jo det at hvis du registrerer tannlege og lege altså sist dei hadde...ja...»

Det er lederne som oppfordrer til bruk av IPLOS.

Oppdatert IPLOS er viktig iforhold til pleien av pasienten i det daglige. Ved endringer i tilstand må det settes av tid til oppdatering. Dette kan gå greit med tanke på tidsbruk dersom pasienten er kjent ifølge informantene. En utfordring er når det skal registreres andre

elementer i EPJ som ikke er direkte knyttet til IPLOS registreringene. Dette oppleves som tidkrevende for informantene grunnet dokumentasjon andre steder i EPJ.

Tabell 6 - Tabell 3a Forventet innsats

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Redegjør for innsats og tid du legger i bruk av systemet daglig?	Det var vel mykje gjennom ledarane som, no huska ikkje eg heilt når vi starta med det då men det er noko ledarane oppfordra til at vi skal bruke altso det er jo viktig og ha ein oppdatert IPLOS	Introdusert gjennom ledelsen. Ble oppfordret til å bruke IPLOS	Oppfordret til bruk
	Registrering når det gjelde om brukaren skal få plass i institusjon for då har ein det med på inntømt eller also når ein har sånne ledarmøte om kven som får plass då er det jo viktig at IPLOS òg er reigstrert og gjerne om ein skriv kommentarar til punkta ikkje sant! Ikkje berre skriv på punkta men legg inn kommentarar. Ja.. og so er det når det registrerast endringar i tilstanden til dei, og so når dei kjem inn på korttidsopphald eller nye brukarar til då ventar vi ei tid og so registrerast det når der gjeld endringar frå då dei budde heime for det er jo registrert ein grunn til at dei kjem inn fordi det er ei forverring i tilstand.. ja.. og so var det jo at om du registrer	Viktig med oppdatert IPLOS registrering ved endring av funksjonsnivå, som f.eks ved innleggelse på institusjon, og det er viktig å skrive i kommentarfeltet. Må observere pasienten en tid før IPLOS registreres.	Viktig med oppdatert IPLOS

	tannlege og lege altso sist dei hadde.. ja..		
Har du tiden du ønsker til IPLOS-registrering, og hvor mye faktisk tid bruker du?	Det går jo kjapt når du kjenner brukar og det må du nesten gjære når du begynner med den registringa, so eg har ikkje noko problem, eg gjer det sopass ofte at det som eg styre med å finne ut av korleis var det no eg gjorde det. So det er ikkje noko tidkrevande, men det er heller dette med det du ikkje gjer so ofte, registrerer. Korleis var det egentlig eg kom inn på den sida no igjen... dette med å registrere tannlege, korleis var det no eg gjorde det liksom.. då må eg finne fram til det på nytt kvar gong.	Når vi kjenner pasienten er det ikke vanskelig å registrere IPLOS, men sjeldne registreringer er vanskelige å finne frem til.	Systematiskeregistrerings-utfordringer

<p>Har din arbeidsplass utarbeidet rutiner på IPLOS-registrering og kan du fortelle hvordan disse rutinene er?</p>	<p>Ja, leder kjem og skriver inn når det er nye brukara, men då må ein bli kjent med dei, med då er det skrive opp i almanakken. Og so er det jo sånn at vi har primærbrukara, ligg det i journalen at dei har kjeme inn so må hjelpepleiarane gjere det. Dei andre som har sine primær har eit ansvar for å følge opp sine brukara. Sjå endringar type funksjonsnivå på sine brukara. Det er ein del av... og so ser vi og at innlagde med forlenga opphold so må det registrerast ny IPLOS so ein har den klar til brukaren kjem.</p>	<p>Lederne lager påminnelser ved nye pasienter. Primærkontakt har ansvar for registrering på sine pasienter. Hjelpepleierne må registrere de nye pasientene. IPLOS'en oppdateres ved forlengelse av tjenester.</p>	<p>Egne registreringsrutiner</p>
	<p>Det er ikkje noko særlig rutine på det. Eg går jo inn når eg har ei ledig stund, so går eg inn og ser og so ser eg at det er noko som, og særlig om eg ser at det er noko spesielt med nokon so må eg passe på og gå inn, og ellers so blir det meir sånn skippertak.</p>	<p>Ingen rutine rundt IPLOS registrering. Registrerer når tiden er der. Kan bli skippertak.</p>	<p>Manglende registreringsrutiner</p>

<p>Hvordan har opplæringen på IPLOS registrering blitt gjennomført?</p>	<p>Vi har en del av dei so ikkje ser noko på det. Veldig mange, det er et par som fekk opplæring bortsett frå meg i alle fall fekk vi opplæring samtidig. Ho andre sikkert like mykje som meg, og ho og eg brukte å ta det i lag til å begynne med og so passa det ikkje alltid med vaktene og vi hadde ikkje alltid tid.. den eine var på ei avdeling og den andre på den andre. Det eg ofte har gjort er når eg jobba helg og då på føremiddag har eg litt ekstra tid og då tek eg det og berre køyre igjennom.</p>	<p>Det var få som fikk opplæring i registreringen av IPLOS, men det har blitt til at en sitter igjen med ansvaret for dette. Registreringen skjer også litt tilfeldig tidsmessig.</p>	<p>Manglende opplæring</p>
<p>Hvem spør du om hjelp om det er noe du lurer på?</p>	<p>Nei, vi prøva men det har vi ikkje klart til no. For det er alltid litt, vi tenkje ikkje likt alle, å være to om det synes eg er ein veldig fordel.</p>	<p>Fordel å være to ved registrering av IPLOS, men ikke alltid mulig å få til.</p>	<p>Samarbeid rundt registrering</p>
<p>Er det noe ved fagsystemet som du mener bør endres?</p>	<p>Ja, det er jo dette med, men det er endra på, fordi det var forferdelig irriterande med den då vi måtte skrive alt om igjen. Det eg skal lære meg no er at eg skal kunne være inne på IPLOS og sjonglere med tiltaksplanen etterkvart. No er vi jo pålagt å dette med at alle som skårer 3 eller dårlegare , so skal det opprettast ein tiltaksplan på dei. Det var eit kurs no som eg ikkje fekk sjansen til å gå på, men det er</p>	<p>Nye rutiner som kobler tiltaksplan og IPLOS avhengig av tallverdien. Tidligere manglende funksjoner er endret på. Det finnes nye funksjoner som hun skal lære seg.</p>	<p>Registreringsrutiner i endring</p>

	berre å lære seg å være på IPLOS'en og so ta tiltaksplanen etterkvart, det er det so eg må lære meg no.		
--	---	--	--

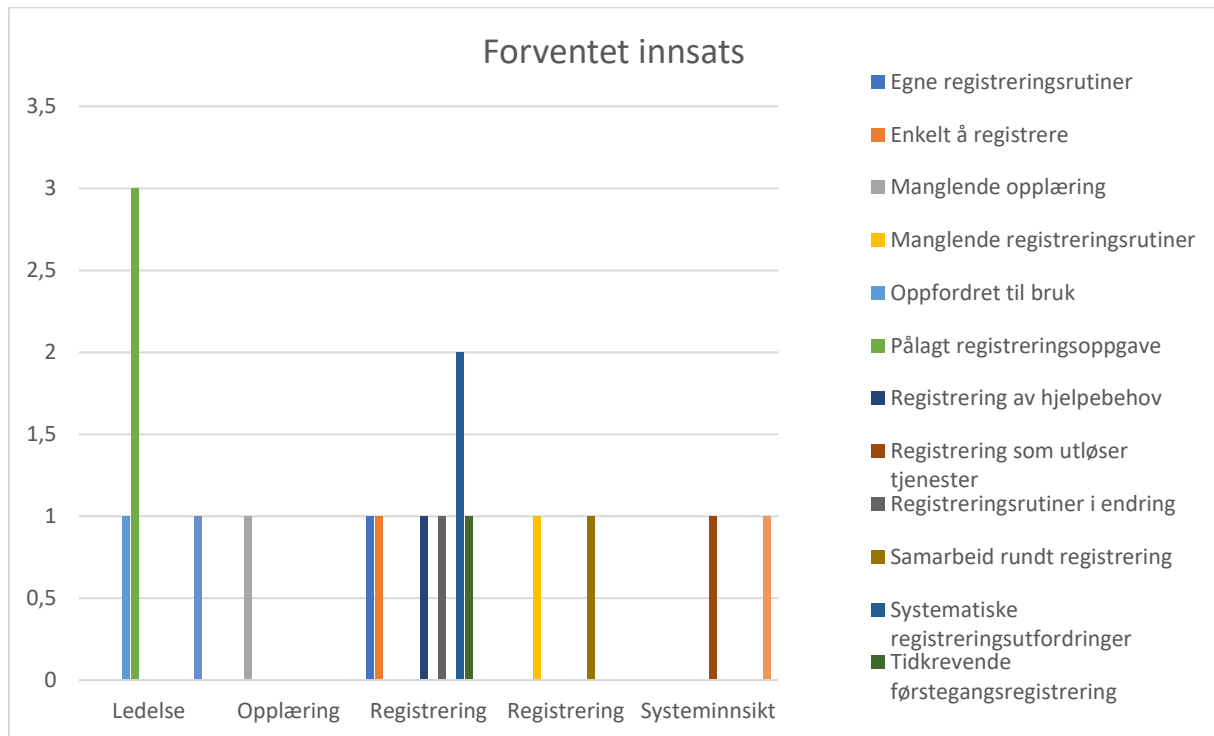
Tabell 7 - Tabell 3b Forventet innsats

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Oppfordret til bruk	Ledelse
Viktig med oppdatert IPLOS	Systeminnsikt
Systematiske registreringsutfordringer	Registrering
Egne registreringsrutiner	Registrering
Manglende registreringsrutiner	Registrering
Manglende opplæring	Opplæring
Samarbeid rundt registrering	Registrering
Registreringsrutiner i endring	Registrering

5.2.2.1 Pivotdiagram «Forventet innsats»

Det som kommer frem av datamaterialet på dette punktet er tiden, rutine og at IPLOS er en pålagt oppgave. Overordnet funn er pålegg om registrering. **Pålagt registreringsoppgave** og **registrering av hjelpebehov** er tydelig i den visuelle fremstillingen av analysen i denne kategorien.

Pivotdiagram 2 Forventet innsats



5.2.3 Sosiale påvirkninger

I kategorien sosiale påvirkninger, stilles spørsmålet om hvordan kulturen på arbeidsplassen er med tanke på tid til registrering av IPLOS. Som den ene informanten sier:

«Det er godtatt, det er greit blant kollegaene. Det er jo klart at det skjer mykje ute som vi må ta tak i og... »

Informantene forteller om aksept i forhold til tidsbruk på IPLOS registrering og grad av samarbeid rundt vurderinger som skal tas. I en kommune kommer det frem av datamaterialet at det også er etablert organiserte registreringsrutiner.

«Det er veldig ofte at primæra, det er helsefagarbeidere, og hjelpepleiere og dei har noko gangar i turnusen DP'et, betyr at dei jobbar ute i feltet til 12. og etter matpausen så sitter ein og jobbar med pleieplan, IPLOS, litt forskjellig. Sjukepleiarane dei er sekundære, så vi tar ofte berre medisinar, legemiddelgjennomgang og litt forskjellig. Av og til er det veldig tunge brukere, dei har ganske mange forskjellige tenester, då samarbeider vi. Sete ofte ilag og samarbeidar. At her må vi gjer nokon tiltak.»

Rutiner som går på samarbeid kommer frem når utfordringer iforhold til valg av rett verdiregistrering melder seg. Som to av informantene sier:

«Nei, dette blir som eg sa veldig subjektivt. Men eg føler at det er helsefagarbeidarane som ein samarbeidar med og om det er noko men ikkje er heilt sikker på så spør ein. Og kva sjukepleiarane meiner, vi går ofte der»

«Og hvis det er virkelig vanskelig av ein eller annen grunn så diskuterer vi på gruppemøte og, kva vi kan gjere for å komme fram eller for å avlaste familien. Eller for å spare på våre ryggar. Vi har jo ganske mange forskjellige brukara.»

Tabell 8 - Tabell 4a Sosiale påvirkninger

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Hvordan er aksepten innad i gruppen over at du setter deg ned å bruker tid på IPLOS registrering?	Det er godteke, det er greit blant kollegaer. Det er jo klart at det skjer mykje ute som vi må ta tak i og.	Tidsbruken på registrering av IPLOS er godkjent av kolleger.	Godkjent tidsbruk på IPLOS

<p>Det er veldig ofte at primære, det er helsefagarbeidere, og hjelpepleiarar og dei har nokon gangar i turnus ein DP, som betyr at dei jobba ute i feltet til 12, og etter matpausa so set dei å jobba med pleieplan, IPLOS, litt forskjellig. Sjukepleiarane dei er sekundære , so vi tek ofte berre medisinar, legemiddelgjennomgang og litt forskjellig. Av og til er det veldig tunge brukara dei har mange ulike teneste, då samarbeide vi. Vi set ofte saman og samarbeide. At her må vi gjere nokon tiltak.</p>	<p>Helsefagarbeidere er primærkontakt for brukerne. De får tid avsatt i turnus til administrativt arbeid. Sykepleierne er sekundærkontakter og hjelper til om det er noe som er uklart.</p>	<p>Samarbeid rundt registrering</p>
<p>Det er aksept for når det står i almanakken at vi skal registrere IPLOS, då er det sånn at du kan gå ifrå, den som er primær å..ja..altså ein gir beskjed og so tek det ikkje so lang tid, so det er egentlig ikkje noko problem.</p>	<p>Rutinemessig tilrettelegging i forhold til IPLOS registrering</p>	<p>Godkjent tidsbruk på IPLOS</p>

	<p>Ja, det trur eg at det er sjukepleiarane med oss . Eg begynte i heimetenesta i mars i fjor. Og so har vi en del involverte i andre prosjekt, kommunesamanslåing. Eg føler at eg har altfor lita tid i avdelinga. Og oppfølging av dei tilsette der. Det er sjukepleiarane som fyller ut IPLOS, ikkje hjelpepleiarar og slik, men eg trur ikkje at det er nokon som ikkje aksepterar det. Men so er det kor mykje tid dei bruka på det, trur ikkje dei bruka mykje tid på det. Det er noko ein må terpe på, kvar gong det er auka behov må ein fyller ut IPLOS. So då vil dei aller fleste brukarane då bli oppdatert fleire gongar i løpet av eit år.</p>	<p>Det er aksept for å sette seg ned med IPLOS, men det er for lite tid. Sykepleierne prioriterer heller ikke IPLOS. Ledelsen må «terpe» på de.</p>	<p>Iplos blir ikke prioritert</p>
<p>Hvordan er forståelsen for hva IPLOS er på din arbeidsplass?</p>	<p>Nei dette blir so eg sa veldig subjektivt. Men eg føler at det er helsefagarbeidarane so man samarbeider med og om det er noko , men ein ikkje er heilt sikker på, so spør man. Og kva sjukepleiarane meina, som går ofte der.</p>	<p>Subjektiv forståelse av IPLOS. Usikker på hvem hun kan spørre.</p>	<p>Subjektiv forståelse av IPLOS</p>

Hvem spør du om hjelp om det er noe du lurer på?	Og om det er virkelig vanskeleg av ein eller annan grunn so diskuterar vi det på gruppemøte og, kva kan vi gjere for å komme fram eller for å avlaste familien. Eller for å spare våre ryggar. Vi har jo ganske mange ulike brukarar	Ved en vanskelig registrering går vi sammen og diskuterer.	Samarbeid rundt registrering
	Kanskje vi har so mykje fokus på det at kulturen er veldig positiv til det då. So det har absolutt vore jevnleg.	Samarbeidet blir bra når vi har fokus på IPLOS.	Samarbeid rundt registrering
Har du registrert mye IPLOS?	Ja, det kan hende det er meir jobb på leiar nivå, og brukarvariablane sånn til å begynne med. Det var avdelingssjukepleiar som dreiv med det. No er vi på lik linje alle.	Ikke alle som har brukt IPLOS på tross av at de har jobbet i kommunen. Tidligere var IPLOS-registrering en lederoppgave.	Egne registreringsrutiner

Tabell 9 - Tabell 4b Sosiale påvirkninger

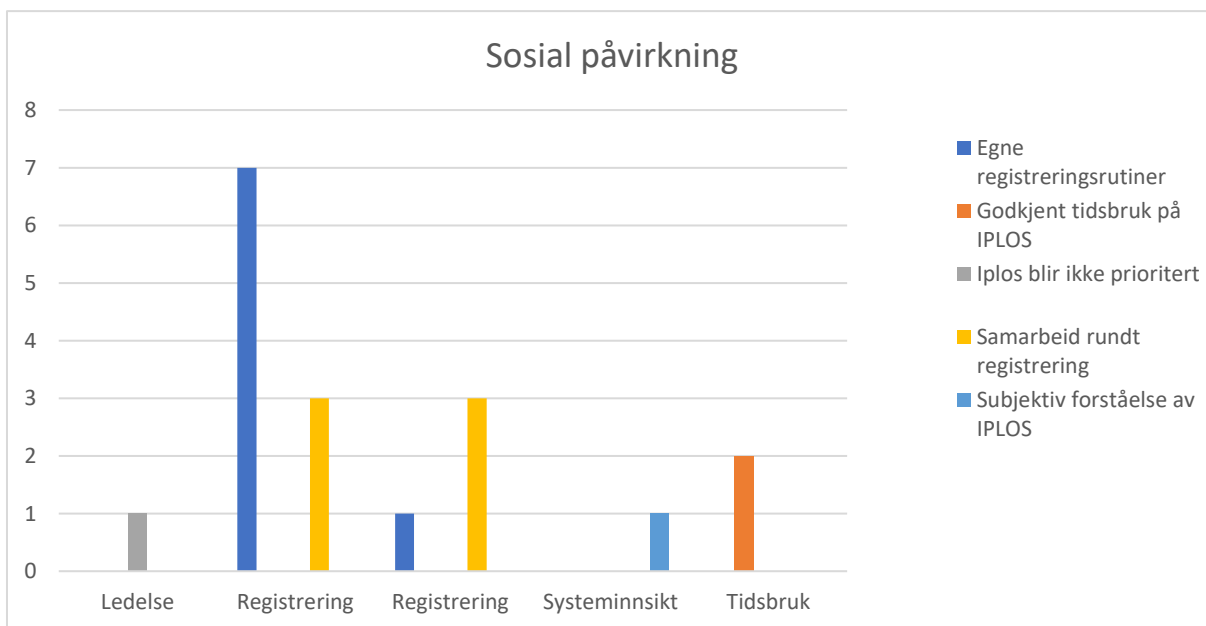
Kode	Subkategorier (underkategorier)
Godkjent tidsbruk på IPLOS	Tidsbruk
Samarbeid rundt registrering	Registrering
Godkjent tidsbruk på IPLOS	Tidsbruk
IPLOS blir ikke prioritert	Ledelse
Subjektiv forståelse av IPLOS	Systeminnsikt
Samarbeid rundt registrering	Registrering

Samarbeid rundt registrering	Registrering
Egne registreringsrutiner	Registrering

5.2.3.1 Pivotdiagram «Sosial påvirkning»

Funn under denne kategorien er samarbeid og aksept for bruk av tid ved registrering av IPLOS. Kodene som dominerer i diagrammet er **egne registreringsrutiner**, **godkjent tidsbruk på IPLOS** og **samarbeid rundt registrering**. Dette samsvarer med funn fra analysen til tross for at koden egne registreringsrutiner topper diagrammet.

Pivotdiagram 3 Sosial påvirkning



5.2.4 Tilretteleggende forhold

På spørsmål om tilretteleggende forhold ble de spurt om hvor mye tid organisasjonen legger til rette for bruk av IPLOS. En av informantane sier:

«Det har eg ikkje peiling på, men eg har ikkje noko tid til det i det heile tatt, eg gjer det same som alle dei andre her som ikkje gjer det. Det er ikkje noko tid til å avsjå, men av og til, det er jo sånn at to ganger i året så er det sånne frister og då pleier

sjefen min å si at no må du sitte med dette idag og eg får kanskje nokon timer men ellers er det ikkje nokon rutine på det».

Tid er et element som er fremtredende iforhold til tilretteleggende forhold. Rutine på når registrering av IPLOS skal gjennomføres er ulik.

Som denne informanten sier:

«Det er skjer kanskje når eg har nokon nattevakter då har ein jo meir tid då blir det jo gjerne at ein registrerar aleine..du har ikkje nokon med deg. Men det er jo kanskje først og fremst på dei pasientane du kjenner godt då, men vi har det hektisk i ein vanlig jobb på dagvakt og seinvakt og for den del. Det er ikkje alltid rom for å gå ifrå for å registrere, men så er det ikkje hektisk hele tida så som regel finner du tid til det.»

To av informantene tar opp temaet opplæring iforhold til kursing om IPLOS registrering.

«Eg vart berre heve ut i det som student også då oppdaga eg at det er veldig subjektivt. Ein kan vurdere forskjellig. Då etterlyste vi etterkvart.. Vi var fleire studentar i den tid, som skulle avslutte studiane. Då etterlyste vi kurs, og det fikk vi på fleire timar. Alle i kommunen har fått det kurset.»

«Ja vi har jo fått forskjellig, vi har jo mykje info, men som eg seier så sjølv om eg ser på desse veiledarane så likevel så merker eg at eg tenker litt feil. Eg veit ikkje heilt kva som.. Det er ikkje sånn at eg vil sette ein «2» og så skulle det vært ein «7» men, eg merker at eg ikkje tenker heilt rett alltid.»

Lederne har forskjellig fokus på behovet for opplæring ifølge disse to utsagnene. Felles for begge kan hevdes å være den subjektive forståelsen av hvordan registrere rett.

Tabell 10 - Tabell 5a Tilretteleggende forhold

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Fortell om hvordan du ble introdusert for IPLOS?	Eg blei berre kasta ut i det som student og då oppdaga eg at det er veldig subjektivt. Man kan vurdere ulikt. Da etterlyste vi etterkvart.. Vi var fleire studentar i den tid, som	Ble hevet ut i det. Opplevelse av at registrering er subjektivt. Etterlyste kurs i	Subjektiv forståelse for registrering

	<p>skulle avslutte studiane. Då etterlyste vi kurs og det fekk vi på fleire timar. Alle i kommuna har fått det kurset.</p>	<p>etterkant, noe som alle fikk.</p>	
<p>Benyttes det en brukerveiledning til hjelp for registrering av IPLOS?</p>	<p>Ja vi har jo fått forskjellig, vi har jo mykje info, men som eg seier so sjølv om eg ser på desse veiledarane so merka eg likevel at eg tenkjer litt feil. Eg veit ikkje heilt kva som..Det er ikkje sånn at eg ville sett ein «2» og so skulle det vore ein «7» men, eg merka at eg ikkje tenkjer heilt rett alltid.</p>	<p>Vanskelig å forstå hvordan en skal registrere og sette de rette tallverdien på den enkelte pasient.</p>	<p>Vanskelig å velge rett tallvariabel</p>
	<p>Eg har ikkje opplevd det med brukarane, men eg har forklart det til pårørande. Det er ikkje alltid vi er einige. Systemet er som psykologien, sånn at man skal jo pushe dei til å gjere litt sjølv, men so om dei skal få teneste, ei teneste dei treng, då må vi faktisk pushe dei litt ned. Det er viktig å forklare overfor brukarane og pårørande at eg faktisk må skrive «4», for at mor di skal få den tenesta ho treng. Skal eg kun fokusere på det positive, får ho ikkje hjelp. Vi må forklare det. Men det er jo pårørande og brukarar som krev og krev. Dei treng ingen forklaring, dei blir berre fornøgde.</p>	<p>Ikke alltid enighet om registrering-verdier. pasientene bør «pushes» til å gjøre det pasienten klarer selv, men da får pasienten kanskje ikke tjenestene han trenger. Tallverdi må av og til være høyere for å få det de behøver.</p>	<p>Registrering som utløser tjenester</p>

<p>Har du tiden du ønsker til IPLOS-registrering, og hvor mye faktisk tid bruker du?</p>	<p>Det skjer kanskje når eg har nokre nattevakter, då har ein jo meir tid då blir det jo gjerne at ein registrere aleine..du har ikkje nokon med deg. Men det er jo kanskje først og fremst på dei pasientane du kjenner godt då, men vi har det hektisk i ein vanleg jobb på dagvakt og seinvakt og for den del. Det er ikkje alltid rom for å gå i frå for å registrere, men so er det ikkje hektisk heile tida så som regel finn du tid til det.</p>	<p>Mer tid til registrering på nattevakter, men da utføres registreringen alene. Det er ellers ikke mye tid til å registrere, men man finner tiden.</p>	<p>Manglende registreringsrutiner</p>
	<p>Det har eg ikkje peiling på, men eg har ikkje noko tid til det i det heile teke, eg gjer det same som alle dei andre her som ikkje gjer det. Det er ikkje noko tid til å avsjå, men av og til, det er jo sånn at to gongar i året so er det jo sånne frista og då bruka sjefen min å sei at no må du setje deg med dette i dag og eg får kanskje nokre timar men ellers er det ikkje nokon rutine på det.</p>	<p>Ikke tid å registrere IPLOS. Ledelsen setter av litt tid rett før fristen for innlevering av IPLOS.</p>	<p>Manglende tilrettelegging fra ledelsen</p>
	<p>Det er kanskje nokon som ikkje er her so ofte, som kanskje har helga vakter og kanskje sånn ikkje norskspråklig eller som generelt sett skrive lite på data, og dei har ikkje noko. Men no har ikkje dei primæransvar. So eg tenkje at dei som har tildelt primæransvar at dei. Eg føler i alle fall at det ikkje er noko problem for dei.</p>	<p>Det er forskjeller i personalet i forhold til IT kompetanse og språkforståelse. Men de som har fått primæransvaret ser ikke dette som et problem fordi ansvarshavende</p>	<p>Egne registreringsrutiner</p>

		har ansvar for registreringen.	
	<p>No er det i hovudsak heimetenesta som skårer IPLOS på dei resterande brukarane, men primærane her er flinke til å syns eg, hjelpe dei som er i heimetenesta om dei ikkje har tida so veit eg at det er primærane her har teke dei, men eg har teke skår denne gongen her. Sånn at ja. Også er dei flinkare no enn kva dei var kun for to år sidan å samarbeide og slik at det skal jo kun være 1 IPLOS som er oppdatert per... både for heime og jobb. Dei er flinkare til å samkøyre seg og eg har sett at dei ofte tek dei skåringane etter at dei for eksempel i forkant av ansvarsgruppemøte eller samarbeidsmøte eller i etterkant har dei registrert. So dei tek det litt i samanheng med det dei jobba allerede med... å her på huset har dei mulighet til kontortid og då brukar dei å sette seg ned , men eg må innrømme det at det er meir vekeplaner/ IP planer og oppdatering av tiltak inne på profil før dei vel IPLOS'en for å sei det slik.</p> <p>Det er noko vi arbeider med at dei skal bli meir bevisste på at den er veldig viktig. men i forhold til</p>	<p>Hjemmetjenesten registrerer IPLOS, men man hjelper hverandre om det behøves. Flinkere nå enn tidligere, jobber sammen og registrerer etter ansvarsmøter. Her er det mulighet for kontortid, men ofte blir IPLOS nedprioritert. De jobber med å bli mer bevisste på IPLOS.</p>	Samarbeid rundt registrering

	<p>personale so er vi i gang med. Noko vi synes fungerer og får tilbakemelding frå personalet og at dei synes at det er ok å ha desse kursa og at dei har kurs saman og dei kan gå på kurs i lag med primærane i heimetenesta, slik at dei kan jobbe med brukarane dei har i felles på kurset. For vi legg opp til informasjon og jobbe sesjon slik at vi kan jobbe «spot – on» på det vi akkurat har snakka om. Det har løfta ting veldig.</p>		
--	---	--	--

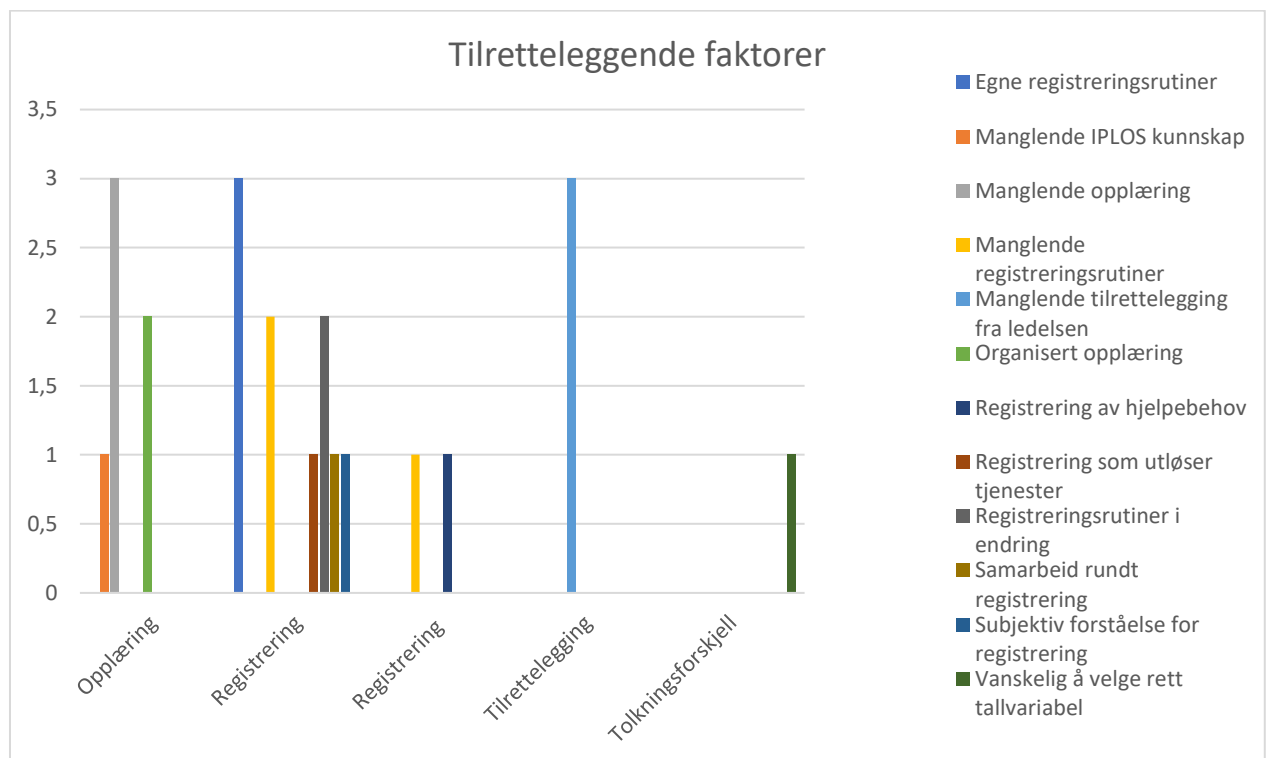
Tabell 11 - Tabell 5b Tilretteleggende forhold

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Subjektiv forståelse for registrering	Registrering
Vanskelig å velge rett tallvariabel	Tolkningsforskjell
Registrering som utløser tjenester	Registrering
Manglende registreringsrutiner	Registrering
Manglende tilrettelegging fra ledelsen	Tilrettelegging
Egne registreringsrutiner	Registrering
Samarbeid rundt registrering	Registrering

5.2.4.1 Pivotdiagram «Tilretteleggende faktorer»

Etter gjennomgang av dataene i analysen er mangel på tilretteleggende forhold rundt rutiner og opplæring to viktige funn i denne kategorien. I den visuelle fremstillingen topper flere koder som overlapper hverandre i tematikk. Koder som **egne registreringsrutiner**, **manglende opplæring** og **manglende tilrettelegging fra ledelsen**, dominerer funn under dette punktet.

Pivotdiagram 4 Tilretteleggende faktorer



5.3 Påvirkende faktorer

5.3.1 Erfaring

Mange av informantene opplever IPLOS som et enkelt system å registrere i, men at det er utfordrende når kun IPLOS verdiene skal legges til grunn for vedtak.

«Vi har jo det at for kvar gang det er auka behov hos brukaren eller kvar gang dei har levert ny søknad om teneste så er det vel sagt minimum 1 gang i halvåret skal ein fylle ut ein ny IPLOS. Men eg ser jo stadig, her sist hadde eg ein bruker som eg

skulle skrive eit vedtak på ser eg at IPLOS ikkje er tatt, den ble tatt 10. januar i 2017, og der er jo litt lenge sida. Og det er ein brukar som ikkje har omfattende heimeteneste, men som vi har i systemet og som då skulle vert tatt IPLOS på.»

Tiltaksplan må også legges til grunn for å få et bredere grunnlag for vedtak om pleie. En av informantene sier det slik:

«Ja få ut kommentarane. Får brukt dei litt meir internt og ikkje kun når ein sender e-meldinga. Vi har jo gjerne verge og slikt som skal ha kopi av alt og ha ut IPLOS'en, og sete og klipt og limt for å legge til kommentarene slik at dei skal få det. Det er litt slik det kjem litt, altså de til vidt forskjellige pasientene kan jo skåre likt på IPLOS, men det kjem ikkje fram av variasjonen om ein ikkje kan legge inn informasjon fra desse kommentarene.»

Variasjonene kommer ikke godt nok frem kun ved bruk av IPLOS systemet.

Tid, samarbeid og ansvarsfordeling er elementer som oppleves utfordrende. En informant gir uttrykk for at det er problematisk at sykepleiere ikke tar seg tid til å registrere IPLOS iforhold til at dette må oppdateres ved endringer i pasientens tilstand.

«Ja, det trur eg at det er hos oss er det sjukepleiarane. Eg begynte i heimetenesta i mars i fjor. Og så har vi no ein del involverte i andre prosjekt, kommunesamanslåinga. Eg føler at eg har alt for lite tid i avdelinga, og oppfølging av de tilsette der. Men eg... Det er sjukepleiarane som fyller ut IPLOS ikkje hjelpepleiarane å sånn. men trur ikkje at der ikkje er nokon som ikkje aksepterer det. Men so er det kor mykje tid dei brukar på det heller, trur ikkje at dei brukar mykje tid. Det gjenspeila det eg ser at dei brukar lite tid på det. Det er noko som ein må terpe på, kvar gang der er auka behov må ein fylle ut IPLOS. Så då vil det alle flest brukarane så vil det då blir oppdatert fleire gangar iløp av eit år.»

Erfaringen informantene besitter iforhold til registrering av IPLOS viser seg å være utfordringer på tid og mangel på variasjon i IPLOS verdiene. Et komplett pleiebilde må til for synliggjøringen av grunnlaget for pleiebehov og tildeling av tjenester.

En av informantene uttrykker seg på følgende måte:

«Eg syns det er viktig. Vi må bli flinkere å bruke det. Er eit verktøy, ja det er ikkje fullgått, men det er eit verktøy som vi kan bruke bevisst.. Både i forhold til brukarane og økonomi som eg har nemnd før. Vi er og lovpålagt og det er viktig at

vi følger lovverket og gjøre det vi skal. Tenke eg. So får ein då heller skrive desse journal notata ved sidan av slik at ein for å få med disse nyansane som er i grå sona. For å kartlegge tenke eg.»

Tabell 12 - Tabell 6a Erfaring

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Hva er din holdning til IPLOS?	Eg syns at den er viktig. Vi må bli flinkare til å bruke det. Er eit verktøy, ja det er ikkje fullgått, men det er eit verktøy som vi kan bruke bevisst.. Både i forhold til brukarane og økonomi som eg har nevnt før. Vi er og lovpålagt og det er viktig at vi føl lovverket og gjer det vi skal, tenke eg. So får en då heller skrive desse journalnotata ved sida av slik at ein for å få med disse nyansane som er i grå-sona. For å kartlegge tenke eg.	Synes IPLOS er viktig, men må ta ekstra notater til IPLOS'en for å få fram detaljene rundt bistandsbehov til pasienten som er vanskelig å registrere på IPLOS	Egne registreringsrutiner
Hvordan opplever du at IPLOS registreringen er tilpasset din tekniske kunnskap?	Heldigvis er eg eit teknisk vidunder, so det går heilt fint, hehe. Nei men IPLOS er vel sånn at man ikkje skal være «Rocket Scientist» for å få til det. So dei som set og stressa ..., det er jo mange som synes det er stress med data, men det skal jo ikkje være ei unnskyldning. Ei registrering er såre enkelt å få til for alle. So eg meina at	Mange finner det tekniske utfordrende, men systemet er enkelt. Det skal ikke være en unnskyldning for å ikke registrere.	Enkelt å registrere

<p>teknisk sett skal det være veldig enkelt.</p>		
<p>I starten er det kanskje det, når eg først har lært meg det so går det jo bra. I starten opplevde eg det veldig vanskeleg, lite logisk. Det sa meg veldig lite om eg skulle gå inn og sjå på nivået på dei brukarane som er her ut frå IPLOS skåring, so ville ikkje det hjelpe meg. Men vi kunne lært meir, det er det eg ville sei at, når ein har mulighet for det skriver inn på området når du vurderer ein pasient, du kan skrive kva som ligg i skåren og kva hjelpebehov dei har. Det gjer vi altfor lite. So er det at ein skal legge inn ein IPLOS saksbehandlar og so får ein ikkje med det likevel.</p>	<p>Finner systemet enklere nå, men fant det vanskelig i begynnelsen. Synes ikke systemet er logisk. Vanskelig å få en beskrivelse av pleienivå ut fra IPLOS. Viktig å bruke kommentarfeltet for å beskrive status.</p>	<p>Systematiskeregistrerings utfordringer</p>

	<p>Eg går nok ikkje for å være veldig teknisk, men det er jo sånn at når du er inne og gjer det ofte så er det klart at du... når du gjer det regelmessig so kjem du inn i det...det er ikkje noko hokus pokus egentlig.</p>	<p>Er ikke teknisk anlagt med det går fint. Når man gjør det regelmessig er det enkelt å registrere.</p>	<p>Enkelt å registrere</p>
<p>Redegjør for innsats og tid du legger i bruk av systemet daglig?</p>	<p>Ja, det trur eg at det er sjukepleiarane med oss . Eg begynte i heimetenesta i mars i fjor. Og so har vi en del involverte i andre prosjekt, kommunesamanslåing. Eg føler at eg har altfor lita tid i avdelinga. Og oppfølging av dei tilsette der. Det er sjukepleiarane som fyller ut IPLOS, ikkje hjelpepleiarar og slik, men eg trur ikkje at det er nokon som ikkje aksepterar det. Men so er det kor mykje tid dei bruka på det, trur ikkje dei bruka mykje tid på det. Det er noko ein må terpe på, kvar gong det er auka behov må ein fyller ut IPLOS. So då vil dei aller fleste brukarane då bli oppdatert fleire gongar i løpet av eit år.</p>	<p>Det er sykepleierne som registrerer IPLOS. De bruker ikke så mye tid på registrering av IPLOS. Ser at det er noe en må «terpe» på. IPLOS skal oppdateres ved økt behov, og da ser hun at det bør då bli gjort flere ganger i året.</p>	<p>Egne Registreringsrutiner</p>

<p>Hvem spør du om hjelp om det er noe du lurer på?</p>	<p>Nei, trur dei sete ein og ein. Av og til har eg sete saman med dei. Ikkje at eg føler meg som ein verdensmester, men føler at det kan være greit av og til å sitte to og to og kan stille kvarandre spørsmål. Men trur i all hovudsak at primæren er den som har teke kartlegginga.</p>	<p>Registrerer en og en. Det kan være greit av og til å være to, men er hovedsakelig den som har gjort kartlegginga som registrerer.</p>	<p>Samarbeid rundt registrering</p>
<p>Er det noe ved fagsystemet som du mener bør endres?</p>	<p>Ja få ut kommentarane. Får brukt dei litt meir internt og ikkje berre når ein sende e-meldingar. Vi har jo gjerne verge og slikt som skal ha kopi av alt og ha ut IPLOS'en, og sit og klipper og limer for å legge til kommentarar slik at dei skal få det. Det er litt slik det kjem litt, altso til dei vidt forskjellige pasientane, dei kan jo skåre likt på IPLOS, men det kjem ikkje fram av variasjonen om ein ikkje kan legge inn informasjon frå desse kommentarane.</p>	<p>Få synliggjort kommentarene. Bruke IPLOS mer aktivt. Det blir mye klipp og lim nå en skal ta ut papirer. To pasienter kan ha samme «skår» men man får ikke frem variasjonen.</p>	<p>Vanskelig å velge rett tallvariabel</p>

<p>Benyttes det en brukerveiledning til hjelp for registrering av IPLOS?</p>	<p>Det må eg berre innrømme at det er lite brukt, men vi har hatt ei. Men eg opplever at sjukepleiarane egentlig er usikre på IPLOS, korleis dei skal registrere det rett, og synes kanskje at dei har for lita tid til å setje seg inn i det, og eg opplever also det. Eg er avhengig av sjukepleiarane som fyller ut det dei kjenner. Eg opplever at det ikkje er heilt. Det er ei onde dei må gjere.</p>	<p>Brukerveiledning er lite brukt. Sykepleierne er usikre på IPLOS. Har for lite tid til å sette seg inn i det. Ser ikke nytten.</p>	<p>Manglende registreringsrutiner</p>
--	---	--	---------------------------------------

Tabell 13 - Tabell 6b Erfaring

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Egne registreringsrutiner	Registrering
Enkelt å registrere	Systeminnsikt
Systematiske registreringsutfordringer	Registrering
Enkelt å registrere	Systeminnsikt
Egne Registreringsrutiner	Registrering
Samarbeid rundt registrering	Registrering
Vanskelig å velge rett tallvariabel	Tolkningsforskjell
Manglende registreringsrutiner	Registrering

5.3.2 Frivillighet til bruk

Under denne påvirkende faktoren er utsagnene til informantene klare. IPLOS er pålagt oppgave fra myndighetenes side. Alle informantene er tydelige på at dette var noe de måtte ta i bruk. En av informantene sier det slik:

«Det var no berre ein ting vi måtte begynne å bruke. Kor viktige variablene var for kommunehelsetenesta, kva dei egentlig ville fram til. Det var liksom berre eit system som vi skulle begynne å bruke»

Den ene informanten som ikke sier at registreringen er en pålagt oppgave nevner kursing som et element. Hun understreker mot slutten av sin uttalelse at; «Alle i kommunen har fått dette kurset», så indirekte bekrefter hun det de øvrige informantene hevder.

Tabell 14 - Tabell 7a Frivillighet til bruk

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Hvordan du ble introdusert til IPLOS, og hva var dine forventninger til IPLOS?	Det var no berre ein ting vi måtte begynne å bruke. Kor viktige variablane var for kommunehelsetenesta, kva dei egentlig ville fram til. Det var liksom berre eit system som vi skulle begynne å bruke	Det var bare noe man måtte bruke. Flere oppgaver som en må bare gjøre.	Pålagt registreringsoppgave
	Eg blei berre kasta ut i det som student og då oppdaga eg at det er veldig subjektivt. Man kan vurdere ulikt. Da etterlyste vi etterkvart.. Vi var fleire studentar i den tid, som skulle avslutte studiane. Då etterlyste vi kurs og det fekk vi på fleire timar. Alle i kommuna har fått det kurset.	Ble hevet ut i det. Opplevelse av at registrering er subjektivt. Etterlyste kurs i etterkant, noe som alle fikk.	Pålagt registreringsoppgave

Hva bruker du det til?	Vi brukar det til å registrere alle brukarane våre...ja..noko vi er pålat til, det er derfor vi må gjere det.	IPLOS registrering er en pålagt oppgave	Pålagt registreringsoppgave
Hvordan er aksepten innad i gruppen over at du setter deg ned å bruke tid på IPLOS registrering?	Alle er einige om at det ikkje passar til psykiatri, men det er noko vi må gjere, man gjer det ein må liksom..ja..sånn blir det liksom.	Noe en er pålagt men passer ikke for psykiatrien.	Systematiskeregistrerings-utfordringer

Tabell 15 - Tabell 7b – Frivillighet til bruk

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Pålagt registreringsoppgave	Ledelse
Pålagt registreringsoppgave	Ledelse
Pålagt registreringsoppgave	Ledelse
Systematiske registreringsutfordringer	Registrering

5.4 Tillegg i den modifiserte UTAUT modellen

5.4.1 Holdninger til bruk

Noen av Informantene gir uttrykk for at de finner IPLOS systemet nyttig dersom det benyttes etter hensikten. Det kommer frem av datamaterialet at noen savner bedret kunnskap hos kollegaer. Tidspress er også et viktig funn. En informant snakker om at rutineene er mangelfulle ved at mye tid går med å rydde opp etter andre.

«Nei, altså eg.. Kan du sier, kan du sei. Eg er meir der atte brukar tid fordi andre ikkje har fylt ut IPLOS'en. Det har ikkje blitt noko godt system, vi har nok ikkje, vi har ikkje eit godt system og har ikkje vert eit godt system på å fylle ut IPLOS.»

Den pålagte delen av registreringsoppgaven kommer frem i informantenes utsagn.

«Klart de, må nå svare meg skuldig i de. Vi har det på årshjulet vårt og skal gjere det minimum to gangar i året. Og eg ser jo at det glipper jo. Det og. Men ja.. Så de. Men 1 gang i året har vi hvert fall gjort de, det har vi alltid gjort men den gang nr. 2 på sommaren men den har ein tendens til ja. eller så har eg kanskje skreve vi har ein brukar som har veldig endring i helsa si som gjer at vi har skreve på. I fjor var der 4 registreringer på ho varierer litt og. Men det har jo og litt med at eg er primæren henna og har kontortid og har meir mulighet til å sette meg ned og gjere slike ting. Det henger litt sammen med arbeidsdagen og. Men ja må svare meg skyldig på den ja.»

Holdning til bruk av IPLOS systemets nytteighet overskygges av grad av frivillighet, mangel på rutiner og begrensninger i IPLOS verdiene. Av disse er etablering av gode rutiner det som dominerer.

Tabell 16 - Tabell 8a Holdninger til bruk

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Har du opplevd å ikke ha tid til å oppdatere IPLOS?	Klart det, må no svare meg skuldig i det. Vi har det på årshjulet vårt og skal gjere det minst to gongar i året. Og eg ser jo at det glipper jo. Det og. Men ja.. so det. Men 1 gong i året har vi i alle fall gjort det, det har vi alltid gjort, men den gang nr. 2 på sommaren den har en tendens til ja..eller so har eg kanskje skrive, vi har ein brukar som har veldig endring i helsa si som gjer at vi har skrive på. I fjor var det 4 registreringar på ho, varierer litt og. Men det har jo og med at eg er primæren	Det står på årshjulet at en skal registrere, men det glipper. Registrerer ihvertfall en ganger i året. Føler at en ikke har tid.	Egne registreringsrutiner

	<p>hennar og har kontortid og anledning til å sette med ned og gjere slike ting. Det heng litt saman med arbeidsdagen og. Men ja må svare meg skuldig på den ja</p>		
	<p>Det er nyttig, spesielt for flytting av brukarar til ein annan institusjon eller når vi får nye brukarar.</p>	<p>IPLOS er et godt verktøy spesielt når pasienter flytter mellom tjenestenivå eller ved nye pasienter</p>	<p>Registrering av hjelpebehov</p>
	<p>Tja, veit ikkje eg. Eg.. om nokon kan få brukt det til noko nyttig, egentlig legge til rette for, men då må det og fyllast ut på ein rett måte. Det er då å få den kunnskapen godt nok ut til dei som fyller det ut, at dei ser nytta av den og.</p>	<p>Sier at ved å lære seg til å bruke det slik som det skal, kan nytten av systemet komme fram. Kunnskap om IPLOS må komme ut slik at andre kan se nytten av IPLOS registreringen.</p>	<p>Manglende IPLOS kunnskap</p>
<p>Hvordan er aksepten innad i gruppen over at du setter deg ned å bruke tid på IPLOS registrering?</p>	<p>Det er aksept for når det står i almanakken at vi skal registrere IPLOS, då er det sånn at du kan gå ifrå, den som er primær å..ja..altso en gir beskjed og so tek det ikkje so lang tid, so det er egentlig ikkje noko problem.</p>	<p>Det er akseptert å sette seg ned med IPLOS når det står i almanakken. Det tar ikke så lang tid.</p>	<p>Egne registreringsrutiner</p>
<p>Benyttes det en brukerveiledning til hjelp for registrering av IPLOS?</p>	<p>Ikkje...also vi har jo tilgjengeleg..ja, det har vi, men det er noko med at det ikkje passa inn i psykiatrien, det går jo på dei fakta på dei punkta som står der som ikkje passa på ein måte, fordi det ikkje er ting</p>	<p>Har tilgjengelig brukermanual. Men synes ikke at IPLOS registreringen er tilpasset psykiatrien</p>	<p>Systematiske registreringsutfordringer</p>

	som vi er opptekne av, ikkje so mykje innan IPLOS egentlig.		
Hvordan du ble introdusert til IPLOS, og hva var dine forventninger til IPLOS?	Vi hadde jo eit kurs då, og vi fekk eit årshjul. Det er blitt sett meir og meir fokus på det. Vi var ikkje like flinke i 2006 som i 2019	Det står på årshjulet, økt fokus, ser endra praksis sidan 2006	Egne registreringsrutiner
Hvordan er aksepten innad i gruppen over at du setter deg ned å bruker tid på IPLOS registrering?	Nei, also eg..kan du sei, kan du sei. Eg meiner atte brukar tid, fordi andre ikkje har fylt ut IPLOS'en. Det har ikkje blitt noko godt system, vi har nok ikkje, vi har ikkje eit godt system og har ikkje hatt eit godt system på å fylle ut IPLOS.	Bruker tid på at andre ikkje har fylt ut IPLOS'en. Synes ikke de har fått til et godt system på arbeidsplassen.	Manglende registreringsrutiner

Tabell 17 - Tabell 8b Holdninger til bruk

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Egne registreringsrutiner	Registrering
Registrering av hjelpebehov	Registrering
Manglende IPLOS kunnskap	Opplæring
Egne registreringsrutiner	Registrering
Systematiske registreringsutfordringer	Registrering
Egne registreringsrutiner	Registrering

5.4.2 Lederskap

På spørsmål rettet mot lederskap ble alle informantene spurt om hvordan de ble introdusert til IPLOS. Det var variasjoner i svarene, og en av informantene sier:

«Vi hadde jo et kurs da, og vi fikk eit årshjul. Det er blitt satt meir og meir fokus på det. Vi var ikkje like flinke i 2006 som i 2019».

På spørsmål om tilrettelegging til IPLOS registrering sier en av sykepleierne:

«Det veit eg ikkje. Eg var ny i kommunen i mars i fjor og då kom eg frå anna kommune, så korleis ting har vort opp gjennom her veit eg ikkje. Men eg opplever at kommunalsjefen er opptatt av at ein skal reise på dei kurs som er og holde seg oppdatert. Så har eg ein liten følelse at det stopper der. At det er noko få utvalgte, kanskje fagleier og ein og anna sjukepleiar som reiser på desse. Det var noko no i haust meina eg. Eller i vår.. I alle fall det stoppar hvert fall der, det kjem ikkje vidare. Så det er ikkje godt nok system for å spre den kunnskapen».

Under denne kategorien er mangel på organiserte opplæringsrutiner et fremtredende element.

Ledelsen i de ulike kommunen prioriterer ulikt iforhold til å sørge for grunnkompetanse på området. En informant forteller om leder som jobber aktivt for vedlikehold av kunnskap i ansattgruppen:

«Nei det er slik vi ordna sjølv. Det er teneste leiaren vår som har starta, ho ønsker av vi skulle starte ei faggruppe der ein har fokus på auke kunnskapen til alle i tenesta for.....(sa kva arbeidsplassen heter) e de som kjøre alle de interne kursa. Og så her vi legger.. prøva å samarbeide på tvers og har samarbeidsmøte og ansvarsgruppe møte. Så eg synes terskelen for å ta kontakt med kvarandre er blitt lavare sida vi har hatt fokus på det. Så de legger leier grupper til rette ja, men vi kunne nok bli flinkare til å fronte det endå meir enn vi gjer, altså eg tenke at vi leiarane må bli flinkare å bruke IPLOS skåren, pushe på de tilsette for at IPLOS skåren skal være rett slik at ein kan bruke det i økonomi og ressurs styring og budsjettering og kanskje der har vi en god vei å gå tenke eg då.»

En annen informant gir et helt annet inntrykk ved å fortelle at opplæringsrutiner er tilstede, men kunnskapen kvalitetssikres ikke fra ledelsen:

«Ja litt, men eg syns ikkje at det er godt nok med opplæringa på sånt system generelt egentlig, men det har eg etterspurt og vel sidan eg kom, og ha eit fast opplegg for nytilsette. Opplæringsmapper der det er sånne viktige ting som ein skal gjere, og at det er ein person som sørger for...also, eg fekk spørsmål «kjenne du til IPLOS»? og eg sa «ja». Allrigh, kjekt. Eg kjente jo til IPLOS, ja litt. Eg kjente jo til IPLOS, men ikkje kva som låg i det. Also, kjenne eg til Napoleon? Ja, men eg veit ikkje so mykje om han. Kjenne til? Eg har haurt om det. Seinare sa eg at eg kjenne til det, men eg er skikkelig dårlig på IPLOS, so om de trur at eg har skikkelig peiling, so har eg jo ikkje det. Det sa eg til dei at vi må ha det slik at ein må ha litt meir, det er ikkje nok...same med «kvalitetslosen». Ja, men eg visste ikkje korleis ein loggar seg inn eingong. So det er veldig mange ting ein reknar med ein kan., men det har mykje å sei kor man har jobba før. Små plassar, store plassar? Nokre plassar det gjer andre. Der eg jobba før, var det sjefen som nesten tok alle IPLOS registreringane, i dei kommunane det er få pasientar. So det var ingen sjølvfølge at eg skulle kunne dette. Det trengs eit bra opplegg, og kvalitetssikre det vi faktisk skal kunne.»

Tabell 18 - Tabell 9a lederskap

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Hvordan har opplæringen på IPLOS registrering blitt gjennomført?	Ja, det vil eg sei. Ofte får vi helsefagarbeidere ei delt vakt som ei delar på. Og har ei liste nr. 3, då får vi som helsefagarbeider fri frå 12 til 15.30, med datatid, då kan vi jobbe med IPLOS eksempelvis. Det er veldig bra organisert, og den er godt fordelt med 1 eller 2 delte vakter i veka og har då ganske mykje tid til å jobbe med slikt.	IPLOS oppdatering følges av helsefagarbeider som har avsatt tid i arbeidsplanen sin.	Egne registreringsrutiner

<p>Hvordan er fokus på kompetanse med henhold til IPLOS registrering fra ledelsen?</p>	<p>Det veit eg ikkje. Eg var ny i kommuna i mars i fjor og då kom eg frå ei anna kommune, so korleis ting har vore gjennom tidene her veit eg ikkje. Men eg oppleve at kommunalsjefen er oppteken av at ein skal reise på dei kurs som er og holde seg oppdatert. So har eg ein liten følelse av at det stoppar der. At det er nokre få utvalgte, kanskje fagleg leiar og ein og anna sjukepleiar som reiser på desse. Det var noko no i haust meina eg, eller i vår...i alle fall det stoppar i allefall der, det kjem ikkje vidare. So det er ikkje noko godt nok system for å spre den kunnskapen.</p>	<p>Ny i denne kommunen i fjor, mangler informasjon om hvordan opplæring har vært gjennomført tidligere. Føler at ledelsen setter fokus på opplæring og kursing, men ser at informasjonen ikke kommer ut i avdelingene</p>	<p>Manglende tilrettelegging fra ledelsen</p>
<p>Hvordan er IPLOS forankret hos ledelsen i din organisasjon?</p>	<p>Det er ikkje nokon som pålegg meg noko, det er ikkje det, men det er meir sånn at sjefen min rekna med at eg gjer det</p>	<p>Blir ikke pålagt å gjennomføre IPLOS registrering, sjefen regna med det blir gjort</p>	<p>Manglende tilrettelegging fra ledelsen</p>
	<p>Ja, det føler eg at det er. Alle er klar over at dei skal gjere det. Vi får jo sånne tilbakemeldingar frå sjefar høgare opp. Det får vi, det er jo sånne sjekkar i juni og november, to gongar i året.</p>	<p>Synes at det er godt forankret i ledelsen, får tilbakemeldinger to ganger og hun sier at det er sjekker to ganger i året.</p>	<p>Tydelige føringer fra ledelsen</p>

<p>Hvordan blir tilbakemeldingen formidlet i forhold til innrapportert IPLOS?</p>	<p>Ikkje so eg har fått med meg. Det var jo sagt då vi først starta med det at bemanninga på avdelingane, så dei litt i forhold til IPLOS og hjelpebehovet brukarane har, at bemanninga skulle gå litt utfrå dette.</p>	<p>Det ble sagt at bemanningen skulle vurderes opp om pasientene sitt bistandsbehov.</p>	<p>Ressursstyring basert på IPLOS registrering</p>
<p>Får dere tilbud om oppfriskningskurs?</p>	<p>Nei, det er slikt vi ordna sjølv. Det er tenesteleiaren vår som har starta, ho ynskjer at vi starta ei faggruppe, der ein har fokus på å auke kunnskapen til alle i tenesta for...(sa navnet på arbeidsplassen), er dei som kjøyre alle dei interne kursa. Og so her vi legger..prøvar å samabeide på tvers og har samarbeidsmøte og ansvarsgruppemøte. So eg synes terskelen for å ta kontakt med kvarandre er blitt lavare sidan vi har hatt fokus på det. So det legg leiargruppa til rette ja, men vi kunne nok bli flinkare til å fronte dei endå meir enn vi gjer, also eg tenkje at leiarane må bli flinkare til å bruke IPLOS skåren, pushe på dei ansette for at IPLOS skåren skal være rett, slik at ein kan bruke den i økonomi og ressursstyring og budsjettering</p>	<p>Har egne interne opplærings- og oppfriskningskurs. Felles kurs med andre som jobber i andre delar av tjenesten. Synes dette har bidratt til at terskelen for et godt samarbeid har blitt betre. Ser potensialet til IPLOS ved å bruke det riktig.</p>	<p>Organisert opplæring</p>

	og kanskje der har vi en god vei å gå tenke eg då.		
Redegjør for innsats og tid du legger i bruk av systemet daglig?	<p>IPLOS systemet? Ja, also so har eg lagt meg til ein vane at eg går inn på brukarane kvar veke og oppdaterer fast kvar 6. mnd. Slik at eg laga ein sånn fast, kvar januar og kvar juli, då skal eg ha ein huskedato. Men når ein kjem til juli, då føler ein at ein akkurat har teke IPLOS òn. Men vi skal jo gjere endringane etterkvart som ting endrar seg egentlig, men det er so himla mykje som skal registrerast, kartleggast og utredast. So ein har liksom så ein føler aldri at man når aldri over dei «papirgreiene» ein skal gjere. Men eg føler eg er meir bevisst på IPLOS'en enn det eg var. So er dei jo flinke til å pushe på IPLOS'en. Det er jo viktig og vi får forklart kvifor. Det visste eg aldri dar eg jobba før. Eg visste ikkje kva som var poenget med det.</p>	<p>Bruker har rutine på å oppdatere IPLOS på sine pasienter hver 6. mnd uavhengig om det forekommer endringer i hjelpebehov underveis. Krav til dokumentasjon medfører stor arbeidsbelastning.</p>	<p>Egne registreringsrutiner</p>

<p>Sto vel på ei liste på opplæringa at ein skulle gå gjennom IPLOS registrering, men eg vil ikkje seie at eg har fått noko opplæring på det. Det er når ein skal ta IPLOS at ein får ein liten gjennomgang og so får ein den boka, men eg følte at det var ganske lett då og skjønnte samanhengen. Men når eg før har haurt om IPLOS, skjønnte eg ikkje kva det var, kva det stod for, eller noko IPLOS...Er usikker på kva det egentlig betyr...</p>	<p>Punkt i opplæringsplanen, men har ikke fått grundig opplæring. Har brukermanual bok som alle får, synes registrering av IPLOS er lett. Lurer litt på hva IPLOS står for?</p>	<p>Manglende opplæring</p>
<p>Ved at når du er ny, so er ein med sjukepleiarane og når vi er rundt, tek vi IPLOS</p>	<p>Nyansatt sykepleier får opplæring av kollega ved å ta IPLOS i samarbeid de første gangene.</p>	<p>Manglende opplæring</p>
<p>Ja litt, men eg syns ikkje at det er godt nok med opplæringa på sånt system generelt egentlig, men det har eg etterspurt og vel sidan ef kom, og ha eit fast opplegg for nyttilsette. Opplæringsmapper der det er sånne viktige ting som ein skal gjere, og at det er ein person som sørger for...also, eg fekk spørsmål «kjenne du til IPLOS»? og eg sa «ja». Allrigh, kjekt. Eg kjente jo til IPLOS, ja litt. Eg kjente jo til</p>	<p>Syns ikke det var god opplæring. Kjente til IPLOS på lik linje som hun kjente til andre punkt i opplæringsmappa. Hun påpekte at der er ulike rutiner for hvordan IPLOS registrering er organisert i de ulike kommunene alt etter størrelse og antall pasienter som skal registreres.</p>	<p>Manglende opplæring</p>

IPLOS, men ikkje kva som låg i det. Also, kjenne eg til Napoleon? Ja, men eg veit ikkje so mykje om han.

Kjenne til? Eg har haurt om det. Seinare sa eg at eg kjenne til det, men eg er skikkelig dårlig på IPLOS so, om de tur at eg har skikkelig peiling, so har eg jo ikkje det.

Det sa eg til dei at vi må ha det slik at ein må ha litt meir, det er ikkje nok...same med «kvalitetslosen». Ja, men eg visste ikkje korleis ein loggar seg inn eingong.

So det er veldig mange ting ein reknar med ein kan., men det har mykje å sei kvar man har jobba før. Små plassar, store plassar? Nokre plassar det gjer andre. Der eg jobba før, var det sjefen som nesten tok alle IPLOS registreringane, i dei kommunane det er få pasientar. So det var ingen sjølvfølge at eg skulle kunne dette. Det trengs eit bra opplegg, og kvalitetssikre det vi faktisk skal kunne.

Informanten sier at det trengs systemer for å kvallitetsikre at ansatte får tilstrekkelig med kunnskap om det de ulike systemene som de skal kunne.

	<p>Ja, då fekk vi den brukarmanualen der det stod forklart kva treøren stod for og..ja..no har vi nettopp fått sånn e- læringskurs so alle skal ha vore igjennom. Og vi har hatt før og men med en del ny case. Men då får vi frigjort tid og kan også gjere dette heimefrå, og får registrere inntil 1,5 time for at alle skal få gjennomført det, ellers so ser vi at ikkje alle gjer det. Og vi har jo denne papirversjonen der det står, ikkje sant, om vi lurar på korleis der skal gjerast...so du kan gå i den og sjå.</p>	<p>Brukermanual ble utdelt med definisjoner på registreringsverdiene. Nylig gjennomført e- læringskurs som er tatt tidligere også, men som nå er oppdatert. Ledere har prioritert avsetning av tid for ansatte til kursgjennomføring.</p>	<p>Organisert opplæring</p>
--	---	---	-----------------------------

Tabell 19 - Tabell 9b lederskap

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Egne registreringsrutiner	Registrering
Manglende tilrettelegging fra ledelsen	Tilrettelegging
Manglende tilrettelegging fra ledelsen	Tilrettelegging
Tydelige føringer fra ledelsen	Ledelse
Ressursstyring basert på IPLOS registrering	Ressursstyring
Organisert opplæring	Opplæring
Egne registreringsrutiner	Registrering

Manglende opplæring	Opplæring
Manglende opplæring	Opplæring
Manglende opplæring	Opplæring
Organisert opplæring	Opplæring

5.5 Sluttprodukt

5.5.1 Atferdsmessige intensjoner

De fleste informantene gir uttrykk for gode intensjoner om å bruke IPLOS systemet på en måte som fører til best mulig pasientbehandling, men som en informant sier:

«Altså vi må jo legge inn registreringene så vi får ein oversikt over kva og korleis brukarbehovet er, og kva tenester som skal tildelas. Og vi bør vel gå inn å registrere oftere enn det vi gjer. Det er det som er litt probleme, at vi ikke er overens med det som faktisk er hjelpebehovet. Så da blir det feil i forhold til tenester som blir gitt, og gjerne i forhold til systemoversikt.»

Her fremkommer det at registreringene bør gjennomføres oftere enn det som er praksis. Det nevnes også at systemet gir oversikt over tjenester og behov, men at IPLOS ikke er tilpasset alle pasientgrupper eller hjelpebehov.

«Ikkje altså vi har jo tilgjengelig..ja..det har vi, men det er noko med at det passer ikkje i psykiatrien..»

«For når eg begynte så var det jo bare å gå igjennom punkta og trykke på tall, så framt ein ikkje skrev kommentarar. Også fikk vi beskjed om å skrive kommentarar på alle eller på det mest vesentlige. Også er det ein del punkt som ikkje passer på våre brukara sånn foreksempel matlaging og sånne ting de gjer heime .. det må du nesten berre forestille deg kva dei kan klare fordi det veit vi egentlig ikkje..Det er ingen som lager mat her.»

Informantene viser at de har innsikt i hva systemet kan bidra med, men at det ligger utfordringer iforhold til å legge et riktig grunnlag for pasientbehandling grunnet begrensningene i IPLOS og mangel på opplæring.

Tabell 20 - Tabell 10a Atferdsmessige intensjoner

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
Hva bruker du det til?	Also vi må jo legge inn registreringane so vi får ein oversikt over kva og korleis brukar sitt behov er, og kva tenester som skal tildelast. Og vi bør vel gå inn å registrere oftare enn det vi gjer. Det er det som er problemet, att vi ikkje kom overeins med det som faktisk er hjelpebehovet. So då blir det feil i forhold til tenester som blir gitt, og gjerne i forhold til systemoversikt.	De må legge inn registreringsverdier for å få oversikt over tjenestebehovet, men ser at dette burde gjøres oftere. Forskjeller i oppfatning rundt verdidefinisjoner medfører feil i tjenestetildeling.	Viktig med oppdatert IPLOS
	Nei, f.eks når ein får ein ny brukar og ein skal finne ut kva hjelp dei treng og kor mykje vi skal inn i bildet, er det eit greit verktøy. For då får ein oversikt over alt frå det psykiske til korleis kvardagslivet er og kva dei treng hjelp til. So det er mest for å få ei ganske saman sett oversikt over kva dei treng hjelp til i kvardagen.	Et godt verktøy bruke til registrering av pasientens tjenestebehov. Gir god oversikt ut ifra hva brukerne trenger, og hvor mye hjelp de har rett på. Syns det er godt system fordi man får en oversikt.	Registrering av hjelpebehov

<p>Har du tiden du ønsker til IPLOS-registrering, og hvor mye faktisk tid bruker du?</p>	<p>...på ein ny brukar om det er eit korttidsopphald eller langtidsopphald, treng ein jo ei lita tid for å bli kjent for det er kanskje hensikt å ikkje ta det første veka. Men det er fort gjort å gå inn og endre då, so sann sett då burde det då ikkje stoppe, men vi veit at brukarane ikkje får avslag på avdelinga litt seint. Så har vi jo eit krav om at vi skal gå inn og gjere kartlegging</p>	<p>Pasienten må observeres en ukes tid før korrekt registrering kan utføres uansett tjenestenivå. Selve registreringen går fort. Det foreligger krav til kartlegging av nye pasienter som innlegges i institusjon.</p>	<p>Tidkrevende førstegangsregistrering</p>
<p>Er systemet slik at du enkelt kan registrere ny IPLOS på pasienten?</p>	<p>For når eg begynte so var det jo berre å gå igjennom punkta og trykke på tal, so framt at ein ikkje skreiv kommentarar. Og so fekk vi beskjed om å skrive kommentarar på alle eller på det mest vesentlige. Og so er det en del punkt som ikkje passa på våre brukara sann som f.eks matlaging og sånne ting dei gjer heime... Det må du berre førestille deg kva dei kan klare, fordi det veit vi egentlig ikkje... det er ingen som laga mat her.</p>	<p>Tidligere var det registreringsverdiene som ble registrert alene uten krav til kommentar. Dagens bruk har høyere krav til kommentarer. IPLOS er ikke tilpasset alle situasjoner og pasientgrupper.</p>	<p>Registreringsrutiner i endring</p>
<p>Benyttes det en brukerveiledning til hjelp for registrering av IPLOS?</p>	<p>Ikkje also vi har jo tilgjengelig.. ja ..det har vi, men det er noke med at det passa ikkje i psykiatrien..</p>	<p>IPLOS er ikke tilpasset alle pasientgrupper.</p>	<p>Vanskelig å registrere hjelpebehovet.</p>

Hvordan er det for deg å navigere i IPLOS?	Nei, det er ikkje enkelt also, det er faktisk ikkje... begge skal prøve å sette seg inn i å tenkje spesielt på kvar person... og eg syns det er ein veldig fordel at vi er to.	Det er ikke enkelt, men det at vi er to om registreringen ser vi som en fordel.	Samarbeid rundt registrering
--	--	---	------------------------------

Tabell 21 - Tabell 10b Atferdsmessige intensjoner

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Viktig med oppdatert IPLOS	Systeminnsikt
Registrering av hjelpebehov	Registrering
Tidkrevende førstegangsregistrering	Registrering
Registreringsrutiner i endring	Registrering
Vanskelig å registrere hjelpebehovet.	Tolkningsforskjell
Samarbeid rundt registrering	Registrering

5.5.2 Bruksadferd

På spørsmål om brukeradferd, ble informantene spurt om IPLOS er forankret mot ledelsen, forståelse for IPLOS og om det er tid til å registrere IPLOS.

En av informantenes sier:

«Ja men akkurat no eg føler at vi drive det litt i lag, vi omsorgssenteret er blitt litt meir inn og ut det er ikkje sikkert alle brukarane skal inn for å være. Så der er viktig at vi då gjer ein skår slik at når dei kjem heim så vil det stemme med det dei faktisk oppleve de. Hvis eg gir ein god skår og dei blir sendt heim for tidlig. Så då føler eg at alle bruker det aktivt».

Informantene har gitt uttrykk for at det er viktig å gå inn å oppdatere IPLOS slik at pasientene får de rette tjenestene på rett behandlingsnivå. Men oppfatning/forståelse rundt definisjoner på verdiene kan variere, noe som kan føre til at det oppstår tolkningsforskjeller på bakgrunn av nyansene i hjelpebehovet ikke fremkommer i systemet.

«Nei, det kan være litt ulik oppfatning på det, alt ettersom kor mykje ein kjenner til verdien av. At det går på statistikk og at statlige myndigheter. Det som er utfordringa er at de får ikkje tillit til det, fordi ein ikkje får fram nyansene i det virkelige hjelpebehovet. Du kan få to som havner på «4» og den ene treng dobbelt så mykje. Likevel så har de ein skår på «4» begge to.»

Selv med eksisterende rutiner på når, hvor ofte og i hvilke situasjoner IPLOS skal oppdateres i noen kommuner, opplever noen informanter at det er lite nytte i IPLOS registrering. IPLOS registrering er et lovpålagt krav som kommunen har. En av informantene sier imidlertid at riktig bruk kan føre til gode rapporter.

«Nei, trur ikkje dei syns det er, eg har ikkje opplevelsen av at dei syns det er nyttig, det er berre noko de må gjere. Sånn ekstra. Det er hvert fall min opplevelse. Eg ser ikkje nytta av det direkte, men eg kjenner ikkje god nok til rapporteringane må eg innrømme. Så nytte bruk i det daglige, så er det kun krav om at vi fyller det ut. Men eg har såpass forståelse for det at ser at blir det rett så kan nok ein ta ut rapportar. Bruke det bra. Der er det mykje å gå på.»

Utfordringer rundt registrering og rutine er felles elementer ved bruksadferd. En informant uttaler seg slik:

«Kan være eit nyttig verktøy for dei som bestemme i kommunen. Forstår at ein må gjere dette, men synes det er vanskelig. Trur det handler om rutinar, at når ho har gjort det mange ganger vil ho ikkje oppleve det slik.»

Tabell 22 - Tabell 11a Bruksadferd

Spørsmål fra intervjuguiden	Meningsbærende enhet	Kondensert Meningsbærende enhet	Kode
-----------------------------	----------------------	---------------------------------	------

<p>Hvordan er fokus på kompetanse med henhold til IPLOS registrering fra ledelsen?</p>	<p>Ja, men akkurat no eg føler at vi drive litt i lag vi, omsorgssenteret er blitt litt meir inn og ut, det er ikkje sikkert alle brukarane skal inn for å være. So det er då viktig at vi gir ei skår slik at når dei kjem heim, so vil det stemme med det dei faktisk oppleve det. Om eg gir ei god skår og dei blir sende heim for tidleg. So då føler eg at alle bruka det aktivt.</p>	<p>Det er viktig å gå inn å oppdatere IPLOS slik at pasientene får de rette tjenestene på rett behandlingsnivå.</p>	<p>Registrering som utløser tjenester</p>
<p>Hvordan er forståelsen for hva IPLOS er på din arbeidsplass?</p>	<p>Nei, det kan være litt ulik oppfatning på det, alt etter som kor mykje man kjenne verdien av. At det går på statistikk og at statlege myndigheter. Det som er utfordringa er at dei får ikkje tillit til det, fordi man ikkje får frå nyansane i det virkelege hjelpebehovet. Du kan få to som hamna på «4», og den eine treng dobbelt so mykje. Likevel so har dei ei skår på «4» begge to.</p>	<p>Ulik oppfatning om definisjoner på verdiene. Ulikt verdisyn på Iplos i forhold til funksjon. Kan oppstå tolkningsforskjeller på bakgrunn av at nyansene i hjelpebehovet ikke fremkommer i systemet.</p>	<p>Systematiskeregistrerings-utfordringer</p>

Har din arbeidsplass utarbeidet rutiner på IPLOS-registrering og kan du fortelle hvordan disse rutinene er?	Vi har jo det at for kvar gong det er auka behov hos brukar eller kvar gong dei har levert ny søknad om teneste, so er det vel sagt minimum 1 gang i halvåret skal ein fylle ut ein ny IPLOS. Men eg ser jo stadig, her sist hadde eg ein brukar som eg skulle skrive eit vedtak på, ser eg at IPLOS ikkje er teke, den blei teke 10. januar i 2017, og det er jo litt lenge sia. Og det er ein brukar som ikkje har omfattande heimeteneste, men som vi har i systemet og som då skulle vore teke IPLOS på.	Det finnes eksisterende rutiner på når, hvor ofte og i hvilke situasjoner IPLOS skal oppdateres.	Egne registreringsrutiner
Hvem spør du om hjelp om det er noe du lurer på?	Ja, nokre ganga, det gjer vi... og gjerne når vi har to kontakter per brukar. Då er det den ein konfererer med... ja...	Samarbeidsrutiner rundt registrering av IPLOS når pasienten har to kontakter.	Samarbeid rundt registrering
Hva bruker du det til?	Eg brukar det til registrering.. ja .. og so til tiltaksplan på dei brukarane som er dårlege, og so sender vi det med til sjukehus, og so håper vi at dei les lese det. Alt har endra seg på dei åra eg har helde på med det.. det er jo litt forandring.	Registrering i IPLOS har endret seg over tid. IPLOS sendes med når pasienten legges inn på sykehus. Håpet er at de på sykehus benytter seg av den.	Registreringsrutiner i endring
Hva er din holdning til IPLOS?	Mi personlege holdning? Eg trur det ville vore—for dei som er over meg so er det vel eit nyttig verktøy når dei skal bestemme ting, når det er IPLOS'en dei rekna med. Men for meg, når eg skal gjere	Kan være et nyttig verktøy for dei som bestemmer i kommunen. Forstår at en må gjøre dette, men synes det er vanskelig. Tror det	Egne registreringsrutiner

registreringane, so personleg so skjønn eg godt at vi må gjere det, eg føle at det blir ein ekstra masete ting. Men samtidig so... det har jo også med rutinar, kor godt man er inni ting. Ting som man er godt inni, slutter jo å være mas, det gjer man jo berre. So eg trur at det er berre det at eg endå ikkje har gjort det nok, fått det godt nok inni vanen med at sånne. So går eg inn på med jamne mellomrom å fyller ut. Eg er fortsatt en sånn «Januar»... då blir det ein «huske – ting». I staden for ein «sjølv sagt – ting».

So om det hadde hjelpt?
Sikkert! Om ein blei litt meir... eg veit ikkje, meir fast eller oftare enn 2 gonga i året. At det var krevd av en, ikkje berre sånn «no må de ta ein IPLOS»... ja also ein må trene, og ein må ete sunt men ein gjer det ikkje likevel, sant?

Ein høyrer at det er lurt. Om ein seie at det skulle vore meir krav til hyppigare... ja... ja då trur eg ein hadde fått det meir inni fingrane, so blir det enklare. Dar fekk de eit langt personlig forhold til IPLOS.

handler om rutiner, at når hun har gjort det mange ganger vil hun ikke oppleve det slik.

<p>Nei, trur ikkje dei syns det er, eg har ikkje ein opplevelse av at dei syns det er nyttig, det er berre noko dei må gjere, sånn ekstra. Det er i alle fall min opplevelse. Eg ser ikkje nytta av det direkte, men eg kjenne ikkje godt nok til rapporteringane må eg innrømme. So nytte bruk i det daglege, so er det kun krav om at vi fyller det ut. Men eg har sopass forståelse for det at, ser at det blir rett so kan nok ein ta ut rapporta. Bruke det bra. Der er det mykje å gå på.</p>	<p>Det oppleves at det er lite nytte i IPLOS registrering. Ser selv liten nytte, men kjenner ikke til rapporteringene ved IPLOS. IPLOS registrering er et krav som de har, men ser at om de blir brukt riktig kan gode rapporter bli tatt ut.</p>	<p>Systematiskregistrerings-utfordringer</p>
---	---	--

Tabell 23 - Tabell 11b Bruksadferd

Kode	Subkategorier (underkategorier)
Registrering som utløser tjenester	Registrering
Systematiske registreringsutfordringer	Registrering
Egne registreringsrutiner	Registrering
Samarbeid rundt registrering	Registrering
Registreringsrutiner i endring	Registrering
Egne registreringsrutiner	Registrering
Systematiske registreringsutfordringer	Registrering

5.6 Funn og oppsummering

For å oppsummere analysen er det seks funn som gjentar seg i datamaterialet. Overordnet er det funnet elementer som er felles innenfor alle kategoriene. Kode og subkategori som er benyttet i forbindelse med funn redegjøres for i diskusjonskapittelet.

Gjennomgående felles funn:

- Informantene vet hva IPLOS er
- IPLOS registrering er pålagt
- Utfordring rundt korrekt registrering
- Rutiner i forbindelse med registrering
- Tid til registrering
- Samarbeid rundt registrering
- Opplæring av IPLOS systemet

Utfordringene i IPLOS systemet iforhold til vanskeligheter med definisjoner er et funn som tas med videre i diskusjonen sammen med informantenes formening om at systemet gir et oversiktsbilde av pasientens tjenester og behov. Datamaterialet gir også indikasjoner på at tid til registrering mangler i de fleste kommunene. Informantene forteller om å ta seg tid til registrering når de har muligheten. Aksepten blant kollegaer for å sette av tid til registrering var positiv ifølge informantene. Det ble rapportert om tildeles rutinemessig samarbeid iforhold til valg av rett tallverdi der dette var en innarbeidet kultur på arbeidsplassen.

Men bare et fåtall av informantene sa noe om organiserte registreringsrutiner tilrettelagt fra ledelsen.

Ledelsen i de ulike kommunene prioritere på ulike måter iforhold til å sørge for grunnkompetanse gjennom opplæring ifølge flere av utsagnene. Her er tilretteleggende forhold, eller mangel på dette, rundt tidsbruk og opplæring to funn som kan si noe om elementene som påvirker IPLOS registreringen ut i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

IPLOS er pålagt oppgave fra myndighetenes side, Noe som kommer frem av informantens utsagn ved at oppgaven blir kommunisert fra leder på forskjellige måter. To av informantene oppsummerer det ved å snakke om frivillighet, begrensninger i IPLOS verdiene og mangel på rutiner.

«Altså eg har jo jobba i heimesjukepleien i veldig mange år. Der eg jobba først i ... (nevner tidligere arbeidsplass) visste eg knapt hva IPLOS var. Vi fikk beskjed om å oppdatere, men eg skjønnte aldri kva det var. Så begynte eg i (nevner nåværende arbeidsplass), og der er de litt memeirr «på» på sånne ting. Eg synes ikkje.. eh eg synes ikkje, jo der har jo opplæringa vert grei men eg synes likevel ikkje, eg føler det fortsatt er litt vanskelig med IPLOS. Eg synes det er vanskelig å skjønne meg på det rett og slett. Så selv om eg tenker at eg har gitt riktige verdier. Om han har tatt desse testane, sånne nettbaserte, opplærings-tester, så merker eg at eg fikk feil på de tingene som eg tenkte var sjølvsagt at eg har rett på. Sånn at eg tror ikkje at eg skjønner IPLOS en helt, rett og slett.»

«Det er ikkje noe særlig rutine på det. Eg går jo inn når eg har ein ledig stund, så går eg inn og ser også ser eg at det er noko som, og særlig viss eg ser at det er noko spesielt med noko så må eg passe på å gå inn, og ellers så blir det meir sånn skippertak.»

6.0 Diskusjon

Diskusjonen struktureres etter den modifiserte UTAUT modellen. Underkategoriene i modellen vil bli integrert i diskusjonsteksten.

Underkapitlene har navn etter subkategorier som er i samsvar med funnene gjort i denne studien. Noen av kodene og subkategoriene benyttet i dataanalysen har beslektet innhold, underkapitlene vil derfor noen steder bestå av flere subkategorier. Funnene diskuteres opp mot aktuell litteratur på feltet og statlige føringer om IPLOS. Kodene benyttet i systematiseringen av dataene vil fremheves med **fet skrift**.

I følge modifisert UTAUT så kan «forventet utbytte» påvirke «atferdsmessige intensjoner» med henhold til alder og kjønn. I denne studien var informantene kvinner og hovedsakelig i alderen 25-60 år. Ifølge registerbasert sysselsetting (SSB) er det tydelig overvekt av kvinner i helse- og omsorgssektoren (Statstisk sentralbyrå, 2018). På bakgrunn av dette er ikke alder og kjønn en stor del av diskusjonen.

«Hvilke faktorer påvirker IPLOS-registrering blant ansatte i primærhelsetjenesten?»

6.1 Bakgrunn og forståelse for IPLOS

Alle informantene ble spurt om hvor lenge de hadde jobbet i kommunen. Informantene bestod av sykepleiere og hjelpepleiere/helsefagarbeidere, og de jobbet henholdsvis i hjemmetjenesten, psykisk helsetjenesten og på sykehjem/helsehus. Alle har vært kjent med IPLOS og IPLOS registrering i over 2 år, på ulike nivåer i kommunene.

IPLOS brukes til saksutredning og gir en **oversikt over hjelpebehov** iforhold til pasientens tjenester. Blant annet om det er en institusjonsplass eller om det dreier seg om hjelp av hjemmetjenesten. Mange informanter viser at de har systeminnsikt. Her vil det si innsikt og kunnskap om praktisk bruk av IPLOS systemet, i det daglige arbeidet med dokumentasjon av pasientbehandlingen i primærhelsetjenesten. En informant snakker om **registrering av hjelpebehov** inn mot de som sitter med vurderingsarbeidet iforhold til godkjenning av tjenester:

«Det er først og fremst for fagteamet. Godkjenne tenester. Det er sjølv sagt om man krysser av at brukar treng.. ja lagar dei mat sjølv so får han ikkje middager ikkje

sant. Pluss at det er ein liten kommune so alle kjenner alle so, om det er nye tilsette so kan og dei lese f.eks kor mykje dei treng av hjelp. Og om vi sende dei til sjukehuset eller ein annan institusjon innan kommunen. So kan dei få innsyn i kva dei brukar av.. f.eks kor mykje dei klarte før innlegging på sjukehus. Det kan og gje eit bilde av kor mykje verre det har blitt eller, om at han har gått med rullator i 10 år so det er ikkje nytt».

6.2 Forventet utbytte

I følge modifisert UTAUT er «forventet utbytte» - i hvilken grad en person mener at bruk av systemet vil hjelpe ham eller henne til å oppnå gevinster i jobbprestasjoner.

6.2.1 Subkategorier; «Systeminnsikt» og «Ressursstyring»

På spørsmålet «Hva brukes det til?» svarer en informant:

«I hovudsak saksutgreiing. Her ligg det litt til grunn. Vi bruka jo og i forhold til om vi finne endring, endringa i hjelpebehov, det kan føre til at eg må omprioritere ressursane. Eg bruka det aktivt til fordeling».

Denne informanten vitner om kjennskap til anvendelsesområdene til IPLOS og **viktigheten med oppdatert IPLOS** ved å snakke om **ressursstyring basert på IPLOS**.

Ifølge sluttrapporten til Andersen (2012) er fagpersonellens oppfatning om IPLOS delt. I utgangspunktet finner brukere av systemet at denne formen for registrering har mange fordeler ved seg. Denne formen for systematisert dokumentasjon vil styrke kontrollen og oversikten på utviklingen av kommunal pleie- og omsorgstjeneste (Andersen, 2012). Som nevnt tidligere er denne kunnskapen et viktig grunnlag for de velferdspolitiske beslutningene iforhold til behov, tjenesteyting og ressursinnsats.

6.2.2 Subkategorier; «Registrering» og «Tolkningsforskjell»

Mange gav uttrykk for at den praktiske gjennomføringen av IPLOS registrering er **enkel å registrere**. Dette kommer frem i et av sitatene:

«Heldigvis er eg eit teknisk vidunder, so det går heilt fint, hehe. Nei men IPLOS er vel sånn at man ikkje skal være «Rocket Scientist» for å få til det. So dei som set og

stressa ..., det er jo mange som synes det er stress med data, men det skal jo ikkje være ei unnskyldning. Ei registrering er såre enkelt å få til for alle. So eg meina at teknisk sett skal det være veldig enkelt».

I en artikkel av Bagozzi (2006) snakker han om «*Self-efficacy*», eller egen mestringsevne. Det kan defineres som overbevisning av evne til å lykkes i bestemte situasjoner. Forventninger som motivasjon, ytelse og følelsen av frustrasjon knyttet til gjentatte feil er med på å påvirke atferdsmessige reaksjoner. En følelse av egen mestringsevne, kan på bakgrunn av dette spille en rolle iforhold til hvordan en person nærmer seg mål, oppgaver og utfordringer (Bagozzi, 2006). De atferdsmessige intensjonene kan derfor kunne ha en påvirkning på ulike oppfatninger av vanskelighetsgraden rundt registrering av IPLOS. Dette er til stede blant informantene til tross for at mange finner selve registreringen enkel. Flere av informantene gav uttrykk for **systematiske registreringsutfordringer** når de skulle legge grunnlaget for hjelpebehovet, dvs. pasientens vedtak om tjenester. De uttrykker at det kan være **vanskelig å registrere hjelpebehov** på bakgrunn av tolkningsforskjell som en av informantene sier:

«Nei, det kan være litt ulik oppfatning på det, alt etter som kor mykje man kjenne verdien av. At det går på statistikk og at statlege myndigheter. Det som er utfordringa er at dei får ikkje tillit til det, fordi man ikkje får frå nyansane i det virkelege hjelpebehovet. Du kan få to som hamna på «4», og den eine treng dobbelt so mykje. Likevel so har dei ei skår på «4» begge to».

Bruksadferd kan også bli påvirket av begrensningene i IPLOS systemet ved at det er **vanskelig å velge rett tallverdi**. På spørsmål om det er noe ved fagsystemet som burde vært endret, peker informanten på utydelige retningslinjer iforhold til definisjon på IPLOS verdiene:

«Eh, ja nei also det. Kanskje så er retningslinjene på «verdi valt». At det kanskje, dei er jo ikkje so utydelige heller med at.. det må jo bli oppfatta som litt utydelige, når man igjen og igjen finne det vanskeleg å finne riktig tall, og at man ikkje lander på det samme. Så må det må det være ein grunn til at man vakler. Eg veit ikkje korleis man skulle gjort det tydeligare. Sånn at «der burde det stått det». Eg merkar det å være i mellomgangen mellom å være «heilt sjølvhjelpet og «klarar seg med litt tilrettelegging» Also overgangen mellom «2» og «4» og sånn. Eller «3» og «4» kanskje, det er det eg syns er vanskelegaste, og at det kan ha litt å sei når det er eit snitt på 3, eller om det er ein «firer». Det er jo dumt å legge inn feil».

Dette kan tyde på at utfordringene iforhold til tolkning og definisjon av tallverdiene, ligger i IPLOS systemet.

Ifølge Hoerbst og Schweitzer (2015), sin undersøkelse om barrierer og kritiske suksessfaktorer for kliniske informasjonssystemer, er faktorer som øker bruken og produktiviteten en motivasjon og forklaring på om det er en implementeringssuksess. De har funnet at individuelle informasjonsbehov, godt brukergrensesnitt, muligheten til å systemtilpasning og automatiserte prosesser ved eksempelvis automatisk datainnsamling og datafiltrering, gir brukeren en god opplevelse (Hoerbst og Schweitzer, 2015). IPLOS ble som tidligere nevnt innført i 2006. Noe som betyr at informantene har fått muligheten til å opparbeide seg erfaring med registreringsrutinene. En av informantene snakker om hvordan hennes erfaring med IPLOS er:

«I starten er det kanskje det, når eg først har lært meg det so går det jo bra. I starten opplevde eg det veldig vanskeleg, lite logisk. Det sa meg veldig lite om eg skulle gå inn og sjå på nivået på dei brukarane som er her ut frå IPLOS skåring, so ville ikkje det hjelpe meg. Men vi kunne lært meir, det er det eg ville sei at, når ein har mulighet for det skriver inn på området når du vurderer ein pasient, du kan skrive kva som ligg i skåren og kva hjelpebehov dei har. Det gjer vi altfor lite. So er det at ein skal legge inn ein IPLOS saksbehandlar og so får ein ikkje med det likevel».

Tidkrevende førstegangsregistrering er også et element som sier noe om erfaring. Når en pasient er ny i primærhelsetjenesten kreves det dokumentasjon som forsvarer tildelte pleie- og omsorgstjenester. IPLOS er en viktig del av dette. Informanten bak dette sitatet forteller om observasjon av pasienten for å evne å registrere riktig, kontra registrering på kjente pasienter:

«Om det er ein ny brukar då må ein bruke mykje tid tenkjer eg. Då man en kanskje fordele det på 2-3 dagar og observere. Eg har vore bort i så demente som påstår at dei klarar absolutt alt, men dei klarar nesten ingenting. Men dei brukarane som man er med kvar dag, då er IPLOS egentlig bare å sette seg ned med datamaskina og krysse. Det ser eg nesten kvar dag, både laurdag og søndag. Då trengje eg ikkje å spørje på en måte. Så det variera kor mykje eg kjenner brukaren».

Kompleksiteten i pasientgruppene som primærhelsetjenesten har ansvaret for, er imidlertid omfattende. Noe S. meld. 26 (2015) «Fremtidens primærhelsetjeneste-nærhet og helhet» tar for seg:

«Kompleksiteten og bredden i de oppgavene kommunene skal ivareta har økt gradvis over tid. Primærhelsetjenesten ble bygd opp i en tid hvor bekjempelse av smittsomme sykdommer stod sentralt, og hvor liggetiden i sykehus eller annen institusjon var lang. Arbeidsdelingen mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og sosialtjenestene, som gradvis vokste frem i årene frem til kommunehelsetjenesteloven tredde i kraft i 1984, var svært annerledes enn idag. Personer som før bodde i institusjoner skal nå få hovedparten av sine tjenester i kommunene der de bor.» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)

Det kan se ut som at IPLOS ikke er tilpasset denne kompleksiteten.

En informant sier dette om bruken av IPLOS på spørsmål om de hadde en brukermanual. Det kommer frem at variablene i pasientbehandlingen ved dette tjenestestedet ikke passer til registrering på pasientgruppen ifølge informanten:

«Ikkje...also vi har jo tilgjengeleg..ja, det har vi, men det er noko med at det ikkje passa inn i psykiatrien, det går jo på dei fakta på dei punkta som står der som ikkje passa på ein måte, fordi det ikkje er ting som vi er opptekne av, ikkje so mykje innan IPLOS egentlig».

I forarbeidet med implementering av systemet var den tidens system på feltet for mangelfullt til innhenting av helseinformasjon og vurdering. Den gangen problematiserte myndighetene rundt spørsmålene om nasjonale mål og lovpålagte tjenester i kommunen ble ivaretatt, og om pasientene ble gitt likeverdige tjenester. Rapporten «*En kartlegging av relevante og praksisnære problematikker knyttet til implementering av IPLOS i norske kommuner*» (2012,) sier at det kan være flere svakheter ved anvendelser av IPLOS statistikk ved ressursstyring og kvalitetsmåling. SAFO (Samarbeidsforumet av Funksjonshemmedes Organisasjoner), peker på at IPLOS ikke er et godt kvalitetsmål på tjenester. De viser til at IPLOS-dataene ikke fanger opp dekningen av tjenestebehovet for ulike pasientgrupper. Flere pasientgrupper faller på siden av tilgjengelig registreringsverdier og registrering av hjelpebehov i IPLOS (Andersen, 2012).

Særlig innen psykiatrien er dette en opplevelse av registreringspraksisen. Noe som informantene fra kommunal psykiatritjeneste sier på spørsmål om brukermanual:

«Ikkje also vi har jo tilgjengelig.. ja ..det har vi, men det er noke med at det passa ikkje i psykiatrien».

I rapporten til Andersen (2012) påpekes det at IPLOS-dataene er et minste felles datasett (Andersen, 2012).

Svakhetene ved systemet kommer frem når det dreier seg om pasientgrupper som faller utenfor de summariske uttrekkene, som var lagt til grunn for utviklingen av IPLOS systemet (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Videre viser hun til tilbakemeldinger fra medlemmer av NSF's landsgruppe for psykiatriske sykepleiere, at bistandsvariablene må forbedres og tilspisses slik at alle brukergruppers behov favnes av IPLOS-statistikken (Andersen, 2012). Holdning til bruk av IPLOS systemet kan i denne sammenhengen bety at forventet utbytte er fraværende hos helsepersonell som jobber innenfor denne delen av den kommunale helse- og omsorgstjeneste.

I «Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen» (2018–2019), fremkommer det at kvalitetsindikatorerne har dårlig datakvalitet. Disse indikatorerne baseres på kommunale data hovedsakelig fra IPLOS- registeret. Rapporten sier at «*Mange kommuner har ikke gode nok rutiner for å sikre at IPLOS-variablene blir registrert som forutsatt*» (Riksrevisjonen, 2018).

For å motvirke dårligere kvalitet på registreringen kan fokus på gode rutiner være et virkemiddel. I alle tre kommunene kunne informantene fortelle om **samarbeid rundt registrering**. En av informantene beskrev en rutine som gikk ut på at det var to som satt sammen for å lettere unngå tolkningsforskjellene på IPLOS verdiene:

«Ja, det var vel ikkje nokon forventningar, men det jo når det er noko nytt at en blir informert om kva det er og fører det vidare til dei andre at dei bruka det då. Og det syns eg jo, ja, at ledelsen er flinke til å minne oss på at no må de ta IPLOS registrering på ny pasient og skrive det opp i almanakken vår.. ja med det er jo, en forventa jo at det blir oppdatert og når det er nye brukara fordi har ein IPLOS registrering og då er det jo den som er primærkontakt som helst tek det men at det er to som registrera for då er det enklare å være enige om kva som er 2, 3 og 4 og sånn, så er det jo litt beire no, når ein er to som gjer registrering».

Ifølge «*Draft of Models of Innovative Knowledge Communities and Three Metaphors of Learning*», er rådende kunnskap og praksis en del av en prosess hvor kunnskap eller deltakelse i et sosialt samfunn bidrar til kunnskapsskaping (Hakkarainen et al., 2004).

I kommunens EPJ er det funksjonalitet for opprettelse av tiltaksplan. Denne er med på å støtte grunnlaget for vedtak som fattes (Helsedirektoratet, 2009). Siden 2006 har

registreringsfunksjonalitet i kommunenes EPJ iforhold til pleie- og omsorgsbehov hatt en utvikling. Informanten i dette utsagnet forteller om **registreringsrutiner i endring** iforhold til IPLOS registrering, og opplevd usikkerhet med tanke på egen kunnskap:

«Ja, det var jo dette med, men det er endret på, fordi det var forferdelig irriterende med den da vi måtte skrive alt om igjen. Det jeg skal lære meg nå er at jeg skal kunne være inne på IPLOS også sjonglere med tiltaksplanen etterhvert. Nå er vi jo pålagt å dette med at alle som skårer 3 eller dårligere så skal det opprettes en tiltaksplan på dem. Det var et kurs nå som jeg ikke fikk sjansen til å gå på, men det er bare å lære seg å være på IPLOS en og så ta tiltaksplanen etterhvert.. Det er det som jeg må lære nå.»

Forståelsen om viktigheten rundt hensikten med IPLOS er mer fremtredende enn mestring av bruken. Utbytte av systemet og begrensningen i dette viser seg gjennom manglende variasjon i IPLOS verdiene.

6.3 Forventet innsats

Ifølge modifisert UTAUT er forventet innsats definert som hvor mye innsats og tid som må legges ned i bruken av et system og grad av letthet knyttet til bruken av systemet (BenMessaoud et al., 2011).

6.3.1 Subkategorier; «Ledelse» og «Registrering»

Informantene i de tre kommunene var entydig i sine uttalelser med tanke på IPLOS som en **pålagt registreringsoppgave** iforhold til forventet innsats:

«Det var vel mykje gjennom leiaren som, nå husker ikkje eg heilt når vi begynte med det då men...det er noko leiarane oppfordret til at vi skal bruke altså det er jo viktig og ha ein oppdatert IPLOS»

Systeminnsikten kommer frem i dette sitatet. Hun trekker frem **tydelig føring** fra ledelse med tanke på **oppfordring til bruk**, opp mot at det er **viktig med oppdatert IPLOS**.

I rapporten «Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) i KOSTRA» (2000), snakker de om IPLOS som grunnlag for innrapportering til KPR:

IPLOS er et system som legger grunnlaget for innrapportering til KPR som ble presentert i kapittel 1. Ifølge Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS) er IPLOS, «...målingen av pasienten/brukeren sitt bistandsbehov på RAI (Resident assessment instrument, et system for registrering av fysisk og psykisk funksjonsevne, og kognitive og sosiale forhold hos eldre pasienter/brukere), og RUG (Resource utilization groups, utviklet på bakgrunn av registrering i RAI og tidsregistrering, og er et mål på kostnader for ulike brukergrupper» (Sosial- og helsedepartementet, 2000)

Holdning til bruk er likevel ulik. Tre andre informanter viser ingen innsikt i hvorfor IPLOS registrering benyttes opp mot KPR og i pasientbehandlingen i kommunal helse- og omsorgstjeneste. IPLOS er **enkelt å registrere** dersom oppgaven skal gjennomføres kun basert på føringer fra leder. Dette vises under i 3 ulike sitater:

«Vi brukar det til å registrere alle brukarane våre...ja..noko vi er pålagt til, det er derfor vi må gjere det».»

«Ja, det føler eg at det er. Alle er klar over at dei skal gjere det. Vi får jo sånne tilbakemeldingar frå sjefar høgare opp. Det får vi, det er jo sånne sjekkar i juni og november, to gongar i året».»

«Det var no berre ein ting vi måtte begynne å bruke. Kor viktige variablane var for kommunehelsetenesta, kva dei egentlig ville fram til. Det var liksom berre eit system som vi skulle begynne å bruke».»

Offentlige føringer er klare i forhold til IPLOS registrering er en pålagt oppgave. Dette tydeliggjøres i Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (Helse-og omsorgsdepartementet, 2006). IPLOS skal registreres på alle pasienter som mottar eller kommer til å motta pleie- og omsorgstjenester innen primærhelsetjenesten. Registrering av IPLOS skal gjennomføres ved endringer av funksjonsnivå. Grad av frivillighet er derfor ikke tilstede.

På bakgrunn av dette kunne det vært naturlig å anta at lederskapet tar en aktiv rolle iforhold til å legge føringer for gode rutiner for registrering. Denne informanten gav uttrykk for **Manglende registreringsrutiner** i hennes kommune:

Det er ikkje noko særlig rutine på det. Eg går jo inn når eg har ei ledig stund, so går eg inn og ser og so ser eg at det er noko som, og særlig om eg ser at det er noko

spesielt med nokon so må eg passe på og gå inn, og ellers so blir det meir sånn skippertak.

I Samhandlingsstatistikk 2014-15 fra Helsedirektoratet kommer det frem at:

«... gitt informasjon om hvilke data som etterspørres i veiledningsmateriellet, regelverket og i utbetalingsbrevet til kommunene. De opplysningene som etterspørres i rapporteringen er likevel ikke lett tilgjengelig for alle enhetene. Dette skyldes manglende rutiner for registrering og eller problem med statistikkuttrekk fra fag- systemene» (Helsedirektoratet, 2016).

Myndighetene er ifølge dette klar over problemet, men har ikke kommet med konkrete forslag for hvordan kommunene kan løse dette innen eksisterende drift. Praksisen er derfor forskjellig og avhengig av lederes prioritering. I en kommune har de løst **egne registreringsrutiner** ved å;

«Ja, leder kjem og skriver inn når det er nye brukara, men då må ein bli kjent med dei, med då er det skrive opp i almanakken. Og so er det jo sånn at vi har primærbrukara, ligg det i journalen at dei har kjeme inn so må hjelpepleiarane gjere det. Dei andre som har sine primær har eit ansvar for å følge opp sine brukara. Sjå endringar type funksjonsnivå på sine brukara. Det er ein del av... og so ser vi og at innlagde med forlenga opphold so må det registrerast ny IPLOS so ein har den klar til brukaren kjem».

Forventet innsats preger denne informantens adferdsmessige intensjoner og bruksadferd. Kunnskap om at IPLOS er **registrering som utløser tjenester** og **registrering av hjelpebehov** kommer tydelig frem i dette sitatet. To andre informanter uttrykker seg på en måte som viser kunnskap og forståelse av IPLOS registrering i sitt daglige arbeid. Det kan antas at leder i disse kommunene har et fokus på at dette arbeidet skal oppnå kvalitet og gi et riktigere bilde av faktisk situasjon. Den første informanten snakker også om **samarbeid rundt registrering** på tvers av tjenestenivåene.

«Ja men akkurat no eg føler at vi drive det litt i lag, vi omsorgssenteret er blitt litt meir inn og ut det er ikkje sikkert alle brukarane skal inn for å være. Så der er viktig at vi då gir en skår slik at når dei kjem heim så vil det stemme med det dei faktisk oppleve de. Hvis eg gir en god skår og dei blir sendt heim for tidlig. Så då føler eg at alle bruker det aktivt.»

«Det er nyttig. Spesielt for flytting av brukere til en annen institusjon eller når vi får nye brukere.»

I innledningen til «Samhandlingsstatistikk, 2014-15» skriver de:

«For kommunene innebærer samhandlingsreformen at det har blitt viktigere enn før å følge med på egne innbyggers bruk av spesialisthelsetjenesten, og for helseforetakene er det blitt viktig å følge utviklingen i kommunenes tilbud av helsetjenester for å kunne planlegge riktig kapasitet og bemanning. For pasientene og innbyggerne er det viktig at tjenestene som tildeles er sikre, har god kvalitet og oppleves som nyttige.

Samhandlingsreformen skaper behov for mange ulike typer styringsinformasjon. Det er behov for systematisk kunnskap om effekten av ulike typer forebygging, om de små, men effektive tiltakene som gjør at behovene for innleggelse på sykehus modereres. Det er også behov for god kunnskap på detaljert nivå om utviklingen innen de enkelte helse- og omsorgstjenester, og for statistikk som viser de store sammenhengene og gir et helhetlig perspektiv.» (Helsedirektoratet, 2016)

I 2019 har IPLOS systemet vært i drift innen kommunal helse- og omsorgstjeneste i 13 år. I løpet av denne perioden har systemet vært i utvikling. I 2016 ble det innført nye variabler i IPLOS systemet (Statistisk Sentralbyrå, 2017).

6.3.2 Subkategorier; «Registrering», «Systeminnsikt» og «Opplæring»

I rapporten «Kvalitet i IPLOS registeret 2017» fremkommer det utfordringer med variabler som ble innlemmet i systemet fra 2016. Det gjelder bl.a. informasjon om legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging. Til tross for utfordringer med registrering i kommunenes fagsystemer, og dermed innrapportering til IPLOS-registeret i fjor, har mange flere kommuner klart å sende opplysningene om ernæring og legemiddelgjennomgang til registeret i 2017 (Statistisk Sentralbyrå, 2018).

En informant forteller om andre tiltak som er innført lokalt for å bedre kvaliteten på pasientarbeidet:

«Ja det var jo dette med, men det er endra på, fordi det var forferdelig irriterande med den då vi måtte skrive alt om igjen. Det eg skal lære med no er at eg skal kunne være inne på IPLOS og sjonglere med tiltaksplanen etterkvart. No er vi jo pålagt å dette med at alle som skårer 3 eller dårlegare so skal det opprettast ein tiltaksplan på dei. Det var eit kurs no so eg ikkje fekk sjansen til å gå på, men det er berre å

lære seg å være på IPLOS'en og so ta tiltaksplanen etterkvart. Det er det so eg må lære no».

Informanten snakker om **registreringsrutiner i endring** iforhold til opprettelse av en tiltaksplan som har som hensikt å supplere IPLOS registreringen og dermed vedtaksgrunnlaget. I rapporten, «*Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten - status, utfordringer og behov*» fra 2014, fremkommer det at funksjonalitet i EPJ er i behov av videreutvikling iforhold til endringene i pasientgrunnlag, tjenesteutvikling, arbeidsprosesser og helsepersonellgruppens behov (Helsedirektoratet, n.d.-a). Videre i «*Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven*» § 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8, skriver de:

«Det bør legges inn en fleksibilitet som gjør at pasienten eller brukeren i alle tilfeller kan få nødvendige og forsvarlige tjenester, uten at dette går på bekostning av tydelighet og forutberegnelighet for pasienten eller brukeren. Dette gjelder også i de tilfellene hvor tjenesteytingen inngår i en prosess over noe tid, som f.eks. ved hverdagsrehabilitering. Det kan da for eksempel utformes tiltaksplaner el. ved siden av vedtaket, med en nærmere beskrivelse av hvordan tjenesten skal utføres.»
(Helsedirektoratet, 2017)

Saksbehandling og dokumentasjon for pleie-og omsorgstjenester fra 2006, sier at førstegangssøkere av kommunale tjenester skal IPLOS registreres ved at for eksempel saksbehandler kommer på et hjemmebesøk (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Det vil si at informasjonen som blir innhentet på pasienten blir utslagsgivende for hvor mye tjenester pasienter skal motta. En av informantene forteller om **tidkrevende førstegangsregistrering** på ny pasient. Hun har behov for å bli kjent med pasienten for å registrere rett IPLOS verdi:

Som informanten sier:

«...på ein ny brukar om det er eit korttidsopphald eller langtidsopphald, treng ein jo ei lita tid for å bli kjent for det er kanskje hensikt å ikkje ta det første veka. Men det er fort gjort å gå inn og endre då, so sånn sett då burde det då ikkje stoppe, men vi veit at brukarane ikkje får avslag på avdelinga litt seint. Så har vi jo eit krav om at vi skal gå inn og gjere kartlegging».

Hoerbst og Schweitzer (2015) skriver at det negative sidene til bruk av et informasjonssystem er blant annet den økende tiden helsepersonell bruker på dokumentasjon og innhenting av data. Grunnen til dette kan være dårlig brukergrensesnitt i systemet (Hoerbst og Schweitzer, 2015). IPLOS ble introdusert i 2006. Det blir poengtert i Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester (2006) at individuelle forhold gjør at det ikke blir laget en standard for innhenting av opplysninger, men at dette skal baseres på skjønn. Derimot er det formelle krav til saksbehandlingsprosessen (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Dette forteller at kommunene har ulike prosedyrer på hvordan utførelsen av innhenting av informasjon blir gjort. Uten tydelige føringer kan ledere på bakgrunn av dette få et handlingsrom hvor det oppstår forskjeller med tanke på prioritering av opplæring.

Denne informanten forteller om opplæringen som ble gjennomført på stedet hun jobber:

«Vi har en del av dei so ikkje ser noko på det. Veldig mange, det er et par som fekk opplæring bortsett frå meg i alle fall fekk vi opplæring samtidig. Ho andre sikkert like mykje som meg, og ho og eg brukte å ta det i lag til å begynne med og so passa det ikkje alltid med vaktene og vi hadde ikkje alltid tid.. den eine var på ei avdeling og den andre på den andre. Det eg ofte har gjort er når eg jobba helg og då på føremiddag har eg litt ekstra tid og då tek eg det og berre køyre igjennom».

På bakgrunn av dette kan det hevdes at ansatte i kommunale helse- og omsorgstjeneste ikke vil være skikket til å kunne registrere riktig IPLOS.

Denne informanten snakker om registrering på kjent pasient:

«Det går jo kjapt når du kjenner brukar og det må du nesten gjære når du begynner med den registreringa, so eg har ikkje noko problem, eg gjer det sopass ofte at det som eg styre med å finne ut av korleis var det no eg gjorde det. So det er ikkje noko tidkrevande, men det er heller dette med det du ikkje gjer so ofte, registrerer. Korleis var det egentlig eg kom inn på den sida no igjen... dette med å registrere tannlege, korleis var det no eg gjorde det liksom.. då må eg finne fram til det på nytt kvar gong».

De systematiske registreringsutfordringer og manglende opplæring er fremtredende i dette sitatet.

I artikkelen «Hvordan forstås og praktiseres IPLOS-kartlegging?» av Bjerkan et al. (2016), viser de til at det kan være utfordrende å tilegne seg forståelse for hva variabler og verdier defineres som i registrering av IPLOS. Til forskjell fra tradisjonell sykepleiefaglig tenkning

og kronologisk dokumentasjon om problemer, skjønnsvurderinger og daglig omsorgspraksis (Bjerkan et al., 2016). I «*Og bedre skal det bli - Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015*» fra 2005 legger de til grunn anbefalinger for hvordan ledere har et ansvar for prioritering og arbeidet med å videreutvikle og forbedre tjenestene. De hevder at:

«Ledere har sterk innvirkning på det praktiske kvalitetsarbeidet i sin organisasjon. De lykkes ved å sette av tid til forbedringsarbeid, gå foran og vise vei, og belønne innsatsen og initiativene til medarbeiderne i kvalitetsarbeidet. Mange ledere opplever at det er utfordrende å sikre den faglige kvaliteten på tjenestetilbudet innenfor stramme økonomiske rammer. Det kan da være fristende å redusere tiltak som kompetanseheving og kvalitetsforbedring.» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005)

Videre snakker de om at det; «Det forventes at ledere ser arbeidet med forbedring som en sentral og nødvendig del av sitt arbeid – ikke noe som gjøres i tillegg.» I masteroppgaven, «*IPLOS – Et nyttig kommunalt styringsverktøy? Mellom statlige intensjoner og lokal praksis*» fra 2012 fant de at graden av systematisk opplæring var varierende:

«Vi finner at opplæring kan være et eget forhold av betydning for bruk av IPLOS-statistikk som styringsgrunnlag. 43 % av respondentene er enige i at det drives systematisk opplæring for de som registrerer IPLOS-data i fagprogrammet, men bare 21 % er enige i at det samme gjelder for de som skal lese og tolke IPLOS-statistikk. Mange kommentarer i spørreundersøkelsen handler også om at det er for lite og for dårlig opplæring. Dette kan ha innvirkning på i hvilken grad respondentene opplever at egen kommune har kompetanse og kapasitet (ressurser) til å bruke IPLOS som styringsverktøy.» (Eldal et al., 2012)

Det kan hevdes med bakgrunn i funn at den forventede innsatsen påvirkes av leders fokus på opplæring av IPLOS registrering og rutiner rundt registrering.

6.4 Sosiale påvirkninger

BenMessaoud et al. (2011), definerer sosial påvirkning som hvilken grad en person mener er viktige, og andre mener at han eller hun skal bruke systemet.

Sosiale påvirkninger har påvirkning på atferdsmessig intensjoner med henhold til alder, kjønn, erfaring og frivillighet til bruk. BenMessaoud et al., skriver at det gjør effekten sterkere for kvinner, spesielt eldre kvinner i tidlig stadier av erfaring (BenMessaoud et al., 2011).

6.4.1 Subkategorier; «Registrering» og «Tidsbruk»

Som BenMessaoud et al. (2011), sier så er sosial påvirkning viktig for hvordan et system blir mottatt i en organisasjon. **Godkjent tidsbruk på IPLOS** er noe som enkelte av informantene sier er akseptert. Slik som denne informanten sier:

«Det er aksept for når det står i almanakken at vi skal registrere IPLOS, då er det sånn at du kan gå ifrå, den som er primær å..ja..altså ein gir beskjed og so tek det ikkje so lang tid, so det er egentlig ikkje noko problem».

At det er aksept innad i gruppa og at det blir satt at tid til IPLOS registrering, er viktig for å opprettholde gode IPLOS registreringer. På noen arbeidsplasser er det satt av tid i arbeidslisten/ukeplanen til å jobbe med IPLOS. Disse arbeidsplassene har rutiner for hvilke yrkesgrupper som følger opp IPLOS registreringen, og hvem som har ansvar for IPLOS registrering av nye pasienter. **Samarbeid rundt registrering** er noe som de fleste synes fungerer og ved gode rutiner vet alle hvem som skal gjøre hva. Alle informantene er kvinner i alderen 25-60 år med ulik erfaring i kommunal helse- og omsorgstjeneste, og med ulik utdanning. I travle arbeidshverdager kan det lettere være fare for at arbeidsplassen har tilegnet seg **egne registreringsrutiner**. Erfaring og alder kan ha betydning for forståelsen av IPLOS og hvordan IPLOS skal registreres.

Slik som denne informanten sa:

«Det er veldig ofte at primæren, det er helsefagarbeidar, og hjelpepleiera og de har nokon gangar i turmusen, DP'et, det betyr at de jobbar ute i feltet til 12, og etter matpausa så sete ein å jobbar med pleieplan, IPLOS, litt forskjellig. Sjukepleiarane de er sekundæra, så vi tar ofte berre medisinar, legemiddelgjennomgang og litt forskjellig. Av og til er det veldig tunge brukara, dei har ganske mange forskjellige

tenester, då samarbeider vi. Sitter ofte ilag og samarbeida. At her må vi gjøre noen tiltak».

Datagrunnlaget viser at det er ulike praksis for hvordan IPLOS blir tolket og tatt imot blant de ansatte. Det er store variasjoner i hvordan **samarbeid rundt registrering** av IPLOS ble gjort. Registreringen vil kunne vise staten hvordan forvaltningen av tjenesten i de ulike kommunene er. Her vises det at sosiale påvirkninger direkte påvirker den faktiske bruken av IPLOS. Noen av informantene gav uttrykk for at de ikke fikk tilbakemeldinger på registreringen, og de visste ikke at IPLOS statistikken kunne gi grunnlaget for øremerkede midler/tilskudd.

6.4.2 Subkategorier; «Ledelse» og «Systeminnsikt»

Jacobsen og Thorsvik (2016) sier også at læring forutsetter tilbakemeldinger på det som blir gjort, starte refleksjon og se på resultater (Jacobsen og Thorsvik, 2016). For å få tilbakemeldinger er kommunikasjon et viktig ledd for å ta stilling til handlingsimplikasjoner som bør trekkes.

Som informanten sier iforhold til hvor nyttig IPLOS er i det daglige:

«Nei, tror ikkje dei syns det er, eg har ikkje opplevelsen av at dei syns det er nyttig, det er berre noko dei må gjere. Sånn ekstra. Det er hvert fall min opplevelse. Eg ser ikkje nytta av det direkte, men eg kjenner ikkje god nok til rapporteringane må eg innrømme. Så nytte bruk i det daglige, så er det kun krav om at vi fyller det ut. Men eg har såpass forståelse for det at ser at blir det rett så kan nok ein ta ut rapporter. Bruke det bra. Der er det mykje å gå på.»

Det er ulike svar på nytten og tidsbruk, noen av informantene sa at det er satt av tid for registrering av IPLOS, om det er notert i ukekalenderen/arbeidsplanen. Dette er ikke likt for alle kommunene. Noe som kan vise til at **IPLOS blir ikke prioritert** likt. Informantene i de forskjellige kommunene er like i sine uttalelser når det kommer til IPLOS. Dette kan tyde på at det er lik praksis i kommunene de jobber i, men at det er større variasjoner på hvordan de ulike kommunene prioriterer dette temaet.

Kummer et al. (2013), skriver at overbelastning er i nær forbindelse med stress og inkluderer personlige og kontekstavhengige faktorer. Jobbrelaterte oppgaver er nært knyttet til individuelle ferdigheter, og om ny teknologi gir økt produktivitet ved eksisterende ferdigheter. Dette kan bli oppfattet som økt brukervennlighet (Kummer et al., 2013). Dette kan gjenspeile

seg i den **subjektive forståelsen av IPLOS** og hvordan nytten oppfattes av registreringen på arbeidsplassen. Kvalitet på IPLOS registrering kan sikres ved god kommunikasjonen.

Kommunene har siden 2007 sendt inn data til IPLOS registeret/SSB, nå KPR. Ifølge rapporten «Kvalitet i IPLOS registeret» (2016), har kvaliteten på data bedret seg siden oppstarten av registeret. Rapporten viser til innføring av nye variabler i 2016 til IPLOS-registeret. Disse variablene er knyttet til utfordringer både rapportering og registrering i kommunenes systemer. Rapporten sier og at det har blitt arbeidet med å øke kvaliteten på dataopplysningene i registrering. Noe som har bidratt til at det er mulig å bruke søknadsdato i vurdering av ventetid på ulike omsorgstjenester (Statistisk Sentralbyrå, 2017).

IPLOS er et registreringssystem som kan brukes til å ta ut rapporter. Disse rapportene gjenspeiler hvordan tjenester er fordelt og hvordan bistandsbehovet i kommunen er. Den **subjektive forståelse av IPLOS** kan være til hinder for innføring av nye variabler og gode rapporter internt i kommunen.

Det kan tyde på at kommunene har potensiale for gode rapporter over sine pasienter, og hvordan tjenestene er fordelt, om registreringsrutinene blir endret.

Noen av informantene sa under intervjuet at det er kommet flere punkter til i registreringene av IPLOS. I Beyrer et. al (2017), sin rapport viser at økonomi, legemiddel og ernæring er nye funksjoner (Mørk et al., 2017). Dette krever endringer i hvordan IPLOS registreres i dag.

Ledelsens **subjektive forståelse av IPLOS** kan føre til at **IPLOS ikke blir prioritert**.

6.5 Tilretteleggende faktorer

Tilretteleggende faktorer påvirker atferdsmessige intensjoner med henhold til alder og erfaring. BenMessaoud, Kharrazi, og MacDorman (2011) definerer det som, i hvilken grad en person mener at det eksisterer en organisatorisk og teknisk infrastruktur som støtter bruken av systemet (BenMessaoud et al., 2011).

6.5.1 Subkategorier; «Tilrettelegging» og «Opplæring»

Blant informantene kommer det ulike tilbakemeldinger på hvor mye ledelsen engasjerer seg i IPLOS og tilrettelegging iforhold til registrering. Dette kan medføre store forskjeller fra kommune til kommune iforhold til bruk av IPLOS. **Manglende tilrettelegging fra ledelsen** kan tyde på at IPLOS ikke blir prioritert, og kan igjen føre til at kan IPLOS ikke brukes ved

ressursstyring. Dette støttes også av Chen et al. (2012), som sier i sin artikkel «*An investigation on physicians' acceptance of hospital information systems: A case study*», at toppledernes støtte er mest signifikant iforhold til om de oppfatter et informasjonssystem som nyttig (Chen og Hsiao, 2012).

En informant sa på spørsmål om fokus på kompetanse fra ledelsen side:

«Det veit eg ikkje. Eg var ny i kommuna i mars i fjor og då kom eg frå ei anna kommune, so korleis ting har vore gjennom tidene her veit eg ikkje. Men eg oppleve at kommunalsjefen er oppteken av at ein skal reise på dei kurs som er og holde seg oppdatert. So har eg ein liten følelse av at det stoppar der. At det er nokre få utvalgte, kanskje fagleg leiar og ein og anna sjukepleiar som reiser på desse. Det var noko no i haust meina eg, eller i vår...i alle fall det stoppar i allefall der, det kjem ikkje vidare. So det er ikkje noko godt nok system for å spre den kunnskapen».

Det denne informanten sier kan tyde på at ledelsen ikke prioriterer IPLOS og at de ansatte har **manglende IPLOS kunnskap**. Gabrielsen et al., (2011), sier at IPLOS blir beregnet utifra algoritme der det blir delt inn i 4 trinn som deretter blir tatt et uveid aritmetisk gjennomsnitt av sosial fungering, kognitiv svikt, ivareta egen helsetilstand, husholds funksjoner og egenomsorg. Det blir satt i kategorier som lite/avgrenset bistandsbehov, middels til stort bistandsbehov og omfattende bistandsbehov (Gabrielsen et al., 2011). Det kan tyde på at de ansatte og ledelse ikke har en felles forståelse av disse kategoriene. Tøndel (2011), sier at IPLOS ikke er utviklet med bakgrunn i sykepleieteoretisk modell. Hun sier også at dette er et oppdrags design ikledd helsefaglig kostyme (Tøndel, 2011).

Som en informant sier om IPLOS kunnskap:

«Tja, veit ikkje eg. Eg.. om nokon kan få brukt det til noko nyttig, egentlig legge til rette for, men då må det og fyllast ut på ein rett måte. Det er då å få den kunnskapen godt nok ut til dei som fyller det ut, at dei ser nytta av den og».

Bjerkan et al. (2016), sier at om det skal sikres korrekt datagrunnlag ved IPLOS registrering, må det rett kartleggingskompetanse til. **Manglende IPLOS kunnskap** både blant de ansatte og ledelsen kan tyde på **manglende opplæring**, og kan være negativ for oppfattelsen og forståelse av IPLOS. Ventres et al. (2006), sier i sin artikkel, at opplæring av god kvalitet er viktig for å øke ferdighetene til brukerne iforhold til mestringen og bruk av informasjonssystemer. Videre sier de noe om viktigheten av når opplæringen mottas, dette fordi det kan påvirke oppfatningen av systemet (Ventres et al., 2006).

Slik som denne informanten sier:

«Ja litt, men eg syns ikkje at det er godt nok med opplæringa på sånt system generelt egentlig, men det har eg etterspurt og vel sidan eg kom, og ha eit fast opplegg for nyttilsette. Opplæringsmapper der det er såne viktige ting som ein skal gjere, og at det er ein person som sørger for...also, eg fekk spørsmål «kjenne du til IPLOS»? og eg sa «ja». Allrigh, kjekt. Eg kjente jo til IPLOS, ja litt. Eg kjente jo til IPLOS, men ikkje kva som låg i det. Also, kjenne eg til Napoleon? Ja, men eg veit ikkje so mykje om han. Kjenne til? Eg har haurt om det. Seinare sa eg at eg kjenne til det, men eg er skikkelig dårlig på IPLOS so, om de tur at eg har skikkelig peiling, so har eg jo ikkje det. Det sa eg til dei at vi må ha det slik at ein må ha litt meir, det er ikkje nok...same med «kvalitetslosen». Ja, men eg visste ikkje korleis ein loggar seg inn eingong. So det er veldig mange ting ein reknar med ein kan., men det har mykje å sei kvar man har jobba før. Små plassar, store plassar? Nokre plassar det gjer andre. Der eg jobba før, var det sjefen som nesten tok alle IPLOS registreringane, i dei kommunane det er få pasientar. So det var ingen sjølvfølge at eg skulle kunne dette. Det trengs eit bra opplegg, og kvalitetssikre det vi faktisk skal kunne».

Det kan Tyde på at opplæring av IPLOS registrering går i arv, og at de lærer av hverandre. Nguyen og Nguyen (2016) skriver at utilstrekkelig opplæring av dårlig kvalitet kan settes i sammenheng med dårlig utnyttelse av informasjonssystemet og kan gi lavere effekt. Noe som igjen kan føre til at informasjonssystemet ikke når sitt potensiale (Nguyen et al., 2014). Det kan virke som **manglende opplæring** har en sammenheng med manglende **tilrettelegging fra ledelsen**.

Flertallet av informantene sier at de lærer av hverandre, og at det ikke er **organisert opplæring** eller oppfriskningskurs i regi av ledelsen. Jacobsen og Thorsvik (2016), sier at læring er en prosess der mennesker og organisasjoner tilegner seg ny kunnskap og endrer sin atferd på grunnlag av denne kunnskapen. Læring er noe som fører til endring av praksis. All læring i en organisasjon skal oppleves som relevant, for å kunne reflektere over om det er god eller negativ endring (Jacobsen og Thorsvik, 2016).

Ifinedo (2015), sier at individuelle egenskaper som erfaring med pleie, datakunnskap, kompetanse, kjønn, alder og utdanning har betydning for helsepersonell sin opplevelse ved implementering av informasjonssystemer. Helsepersonell med grunnleggende

datakunnskaper, kan ha positiv en holdning til implementering av nye systemer og utvikle positiv holdning til et nytt system inn i arbeidsmiljøet (Ifinedo, 2016).

Det var ulike svar på hvordan opplæring ble lagt vekt på. I noen kommuner ble opplæring lagt større vekt på enn hos andre.. I 2 av 3 kommuner var ikke **organisert opplæring** i IPLOS lagt vekt på, mens den 3 kommunen har valgt å prioritere **organisert opplæring** i IPLOS.

Sitat fra informant:

«Nei det er slik vi ordna sjøl. Det er teneste leiaren vår som har starta, ho ønsker at vi skulle starte ei faggruppe der ein har fokus å auke kunnskapen til alle i tenesten for.....(sa kva arbeidsplassen heter) e dei som kjøre alle dei interne kursa. Og så her vi legger.. prøva å samarbeide på tvers og har samarbeidsmøte og ansvarsgruppe møte. Så eg synes terskelen for å ta kontakt med kvarandre er blitt lavere sidan vi har hatt fokus på det. Så det legger leiar i gruppa til rette ja, men vi kunne nok bli flinkere til å fronta det endå meir enn vi gjer, altså eg tenke at vi leiara må bli flinkere å bruke IPLOS skåren, pushe på dei tilsette for at IPLOS skåren skal være rett slik at ein kan bruke det i økonomi og ressurs styring og budsjettering og kanskje der har vi ein god vei å gå tenke eg då».

Manglende opplæring er noe som flere av informantene melder om. Hoerbst og Schwitzer (2015), sier at opplæring, utdanning og støtte er de nest viktigste elementene. Aktiv brukerdeltakelse i opplæring og enkel tilgjengelighet er gitt som viktige elementer. Dette støttes også av det faktum at manglende IT-ferdigheter er gitt som en hindring for suksess (Hoerbst og Schweitzer, 2015).

Jacobsen og Thorsvik (2016) skriver at et av de mest sentrale begrepene som blir omtalt innen organisasjonskultur er at de «lærer av hverandre».

De definerer dette som:

«Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon - som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant, og som derfor læres bort til nye medlemmer som det riktige måten å oppføre seg på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene» (Jacobsen og Thorsvik, 2016)

Hoerbst og Schweitzer (2015), sier at faktorer som er med på å øke produktivitet, er motivasjon og informasjon om hvorfor behovet for implementering av et nytt system er der. Dette kan tyde på at det er en sammenheng mellom **manglende opplæring, organisert opplæring og manglende tilrettelegging fra ledelsen.**

Informantene ser ingen nytteverdi av IPLOS, men i rapporten «*Fra tro til kunnskap*» (Veileder i bruk av IPLOS, 2011), beskrives behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester som økende. Kompetanseheving og planleggingsarbeid må derfor være tilstede for å kunne møte fremtidens utfordringer. IPLOS skal gi styringsinformasjon som grunnlag for å kunne bedre kvaliteten på saksbehandlingen i primærhelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011). Dette kan tyde på at IPLOS ikke er godt forankret i ledelsen og i organisasjonen.

Det var flere som uttrykte at der ikke var **organisert opplæring**, at det ikke lå til rette for å sette seg inn i IPLOS og at der er **manglende tilrettelegging fra ledelsen.**

Informanten sier:

«Sto vel på ei liste på opplæringa at ein skulle gå gjennom IPLOS registrering men eg vil ikkje seie at eg har fått noko opplæring på de. Det er når ein skal ta IPLOS at ein får ein liten gjennomgang og så får ein den boka. men eg følte at det var ganske lett då. Og skjønne sammenhengen. men då eg før hørt IPLOS så skjønnte eg ikkje kva det var kva det stod for eller noko IPLOS ... E usikker på kva det egentlig betyr...»

I rapporten til Andersen (2012), «*En kartlegging av relevante og praksisnære problematikker knyttet til implementering av IPLOS i norske kommuner*», snakker om organiseringen av tjenestene sin betydning for hvordan IPLOS implementeres. Det var ønskelig å ha tettere kontakt med mellomledere og ledere kommunalt og hvis mulig på statlig nivå. Dette for å få kunnskap om hvordan de mener at IPLOS statistikken i praksis skal være med på å gi grunnlag for økt kvalitet innen kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Ledervurderinger av kvalitet vil være fruktbart å konfrontere med kvalitetsvurdering på det praktiske tjenestenivået (Andersen, 2012).

6.5.2 Subkategorier; «Registering» og «Tolkningsforskjell»

De tre kommunene som har vært med i denne studien sier at de har laget sine **egne registreringsrutiner**, dette for at det skal være lettere å ha oversikt over pasientenes bistandsbehov til enhver tid.

Sitat fra informant:

«Det er kanskje nokon som ikkje er her så ofte, som kanskje har helgevakter og kanskje sånn ikkje norskspråklig eller som generelt sett skriver lite på data, og dei har ikkje noko ... men nå har ikkje dei primæransvar. Så eg tenker at dei som har tildelt primæransvar at dei ... Eg føler iallefall at det ikkje er noko problem for dem»

Slik denne informanten sier det, så er det ikke lagt til rette for den tiden som er ønskelig for registrering og at det er noen som har fått fritak for registrering. Det er en primærpleiers ansvar å registrere i denne kommunen, og slik som informanten oppfatter er det ikke noe problem for dem å registrere.

En annen informant sier dette om **egne registreringsrutiner**:

«Vi har jo det at for kvar gang det er auka behov hos brukeren eller kvar gang dei har levert ny søknad om tjeneste så er det vel sagt minimum 1 gang i halvåret skal ein fylle ut ein ny IPLOS. Men eg ser jo stadig, her sist hadde eg ein bruker som eg skulle skrive eit vedtak på ser eg at IPLOS ikkje er tatt, den ble tatt 10. januar i 2017, og det er jo litt lenge sida. Og det er ein brukar som ikkje har omfattende heimeteneste, men som vi har i systemet og som då skulle vert tatt IPLOS på».

Det at det er **manglende registreringsrutiner** kan føre til at IPLOS ikke blir gjort etter hensiktsmessige mål. Slik som denne informanten sier:

«Det er skjer kanskje når eg har nokon nattevakter då har ein jo meir tid då blir det jo gjerne at ein registrerer aleine..du har ikkje nokon med deg. Men det er jo kanskje først og fremst på dei pasientane du kjenner godt då, men vi har det hektisk i ein vanlig jobb på dagvakt og seinvakt og for den del. Det er ikkje alltid rom for å gå ifra for å registrere, men så er det ikkje hektisk heile tida så som regel finner du tid til det».

En annen informant bekrefter at det ikke er gode nok rutiner på registrering av IPLOS.

«Nei, altså eg.. Kan du sier, kan du sei. Eg er meir der atte brukar tid fordi andre ikkje har fylt ut IPLOS'en. Det har ikkje blitt noko godt system, vi har nok ikkje, vi har ikkje eit godt system og har ikkje vert eit godt system på å fylle ut IPLOS».

Slik som denne informanten sier om brukerveiledning og deres erfaring rundt **manglende registreringsrutiner**:

«Den må eg berre innrømme at det er lite brukt, men vi har hatt ei. Men eg opplever at sjukepleiarane egentlig er litt usikre på IPLOS, korleis dei skal registrere det rett, og synes kanskje dei har for liten tid til å sette seg inn i det. Og eg opplever altså det, eg er avhengig av sjukepleiarane ut som fyller ut det de kjenner. Eg opplever at det ikkje er heilt. Det er ein onde de må gjere».

Hoerbst og Schweitzer (2015) sier, det viktig at systemet integreres inn i den daglige arbeidsflyten. Det er viktig å analysere, forstå og være nær og fremme samarbeid på organisasjonsnivå (Hoerbst og Schweitzer, 2015). Noe som kan fremme **registreringsrutiner i endring** ved atferdsmessig intensjon og den faktiske bruken.

Slik denne informanten sier:

«Eg bruker det til registrering..ja..også til tiltaksplan på dei brukarane som er dårlige også sender vi det med brukarane til sjukehus, også håper vi at dei leser det. Alt har forandret seg på dei årene eg har holdt på med det..det er jo litt forandring».

En annen informant sier at de fikk beskjed om at rutinene skulle endres ved å benytte seg av kommentarfeltet som IPLOS har. Denne funksjonaliteten er slik at den følger med pasienten, når det sendtes elektronisk innleggelsesrapport til spesialisthelsetjenesten.

«For når eg begynte så var det jo bare å gå igjennom punktene og trykke på tall, så framt ein ikkje skreiv kommentarar. Også fikk vi beskjed om å skrive kommentarar på alle eller på det mest vesentlige. Også er det ein del punkt som ikkje passer på våre brukare sånn foreksempel matlaging og sånne ting dei gjer heime .. det må du nesten berre forestille deg kva dei kan klare fordi det veit vi egentlig ikkje..det er ingen som lager mat her».

Det er ikke alltid IPLOS registreringen gir det resultatet som er ønskelig, slik som denne informanten sier:

«Eg har ikkje opplevd det hos brukarane, men eg har forklart til pårørende. Det er ikkje alltid vi er enige. Systemet er som psykologien, sånn at ein skal jo pushe dei til å gjere sjølv, men så om dei skal få tenester, tenester som dei trenger, då må vi faktisk då må vi pushe dei litt ned. Det er viktig å forklare for nokon av brukarane og pårørende at eg må faktisk skrive «4», slik at mora din får dei tenestene dei trenger. Skal eg berre fokusere på dei positive så får ho ikkje hjelp. Vi må jo forklare

det. Men det er jo pårørende og brukara som krever og krever. Dei trenger ingen forklaring, dei blir berre fornøyd».

Ved **registrering som utløser tjenester** som informanten sier, så er det ikke alltid enighet om registreringsverdien. De sier at de må gi en høyere tallverdi enn det som er det reelle, slik at pasienten skal få den tjenesten som de mener den trenger. IPLOS i **registrering av hjelpebehov** er ikke som det vises i rapporten til Anderson (2012), et utfyllende registreringsverktøy, da det er mangler som fører at enkelte pasientgrupper ikke er like lette å registrere. Det vises ved at deres bistandsbehov ikke kommer tydelig frem, som for eksempel pasientgruppen psykiatri (Andersen, 2012). Noen av informantene jobber innen psykisk helse og sier at det er systematiske registreringsutfordringer ved registrering av denne pasientgruppa.

Som informanten sier:

«Alle er enige om at det ikke passer for psykiatri, men det er noe vi må gjøre man gjør det en må liksom..ja...sånn blir det liksom».

Denne kommunen har laget sine **egne registreringsrutiner** for denne pasientgruppen, slik alle de små nyansene kommer frem. Noe som støttes av hva informanten sier:

«Ikke altså vi har jo tilgjengelig..ja..det har vi, men det er noe med at det passer ikke i psykiatrien..»

Denne gruppen av pasienter er **vanskelig å velge rett tallvariabel** på, så det opprettes i tillegg tiltaksplaner på pasientene for å kunne dokumentere bistandsbehov på pasienter. Andersen (2012), skriver om et prosjekt fra 2007. Prosjektet ble gjennomført i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for demens, Hamar kommune og Alderspsykiatri kompetansesenter ved Sykehuset Innlandet HF. Hensikten med prosjektet var å finne ut om IPLOS-dataene gav et reelt grunnlag i vurdering av hjemmeboende pasienter med demens, og om variablene gav et rettfærdig grunnlag for ressurstildeling til denne pasientgruppen. Dagsformen til denne gruppen pasienter er avgjørende for hvordan registreringen blir. Siden demens er en mental lidelse, viser undersøkelsen at disse pasientene er på siden av IPLOS variablene (Andersen, 2012).

Informantene sier at det er **vanskelig å velge rett tallvariabel** på pasienten, noe som viser at det er rom for tolkningsforskjell og **subjektiv forståelse for registrering**.

Som informanten sier her:

«Eg har ikkje opplevd det hos brukarane, men eg har forklart til pårørende. Det er ikkje alltid vi er enige. Systemet er som psykologien, sånn at ein skal jo pushe dei til å gjere sjølv, men så om dei skal få tenester, tenester som dei trenger, då må vi faktisk då må vi pushe dei litt ned. Det er viktig å forklare for nokon av brukarane og pårørende at eg må faktisk skrive «4», slik at mora din får dei tenestene dei trenger. Skal eg berre fokusere på dei positive så får ho ikkje hjelp. Vi må jo forklare det. Men det er jo pårørende og brukara som krever og krever. Dei trenger ingen forklaring, dei blir berre fornøyd».

Slik løser enkelte av informantene **registrering som utløser tjenester**, når pasienten ikke kommer «riktig» ut ved registrering av IPLOS. En av kommunene bruker IPLOS som ressursstyring basert på registreringen.

Som tiltak for å få til et godt **samarbeid rundt registrering**, har den ene kommunen satt av tid til felles undervisning, der de ansatte jobber i grupper. Slik at de som har primæransvar for pasienten jobber sammen om registreringen på sin kjente pasient.

Slik som denne informanten sier:

«No er det i hovudsak heimetenesta som skårer IPLOS på dei resterande brukarane, men primærane her er flinke til å syns eg, hjelpe dei som er i heimetenesta om dei ikkje har tida so veit eg at det er primærane her har teke dei, men eg har teke skår denne gongen her. Sånn at ja. Også er dei flinkare no enn kva dei var kun for to år sidan å samarbeide og slik at det skal jo kun være 1 IPLOS som er oppdatert per...både for heime og jobb. Dei er flinkare til å samkøyre seg og eg har sett at dei ofte tek dei skåringane etter at dei for eksempel i forkant av ansvarsgruppemøte eller samarbeidsmøte eller i etterkant har dei registrert. So dei tek det litt i samanheng med det dei jobba allerede med...å her på huset har dei mulighet til kontortid og då brukar dei å sette seg ned , men eg må innrømme det at det er meir vekeplaner/ IP planer og oppdatering av tiltak inne på profil før dei vel IPLOS'en for å sei det slik. Det er noko vi arbeider med at dei skal bli meir bevisste på at den er veldig viktig. men i forhold til personale so er vi i gang med. Noko vi synes fungerer og får tilbakemelding frå personalet og at dei synes at det er ok å ha desse kursa og at dei har kurs saman og dei kan gå på kurs i lag med primærane i heimetenesta, slik at dei kan jobbe med brukarane dei har i felles på kurset. For vi legg opp til informasjon og

jobbe sesjon slik at vi kan jobbe «spot – on» på det vi akkurat har snakka om. Det har løfta ting veldig».

Helsedirektoratet (2016), sier at samhandlingsreformen skaper behov for ulike typer styringsinformasjon. Behovet for systematisk kunnskap, effekten av forebyggingen og om tiltakene har redusert behovet for innleggelse på sykehus. Det er behov for kunnskap på detaljert nivå om utviklingen i kommunale helse- og omsorgstjenester, og statistikk som viser sammenhenger og gir et helhetlig perspektiv (Helsedirektoratet, 2016).

Bruksatferd fra den modifiserte UTAUT modellen, defineres som suksessfaktor som inkluderer tilstrekkelig og konstant motivasjon gjennom aktivitet, insentiver, informasjon og involvering av alle ansatte ved gjennomføring. Det blir lagt vekt på strukturert styring av bruker problem og tilbakemelding (BenMessaoud et al., 2011). Flere av informantene sier at det ikke er faste rutiner for registrering av IPLOS, noe som kan gjenspeile seg til holdning og nytten som den ansatte ser i IPLOS.

Slik som informanten sier om registreringsrutiner på sin arbeidsplass:

«Vi har jo det at for kvar gang det er auka behov hos brukaren eller kva gang dei har levert ny søknad om teneste så er det vel sagt minimum 1 gang i halvåret skal ein fylle ut ein ny IPLOS. Men eg ser jo stadig, her sist hadde eg ein brukar som eg skulle skrive eit vedtak på ser eg at IPLOS ikkje er tatt, den ble tatt 10. januar i 2017, og der er jo litt lenge sida. Og det er ein brukar som ikkje har omfattende heimeteneste, men som vi har i systemet og som då skulle vert tatt IPLOS på»

Det kan tyde på at registrering og tolkningsforskjell er påvirkende elementer iforhold til samarbeid rundt registrering av tallvariablene, og utfordringene knyttet til dette.

7.0 Konklusjon

I denne studien var ønske å undersøke hvilke faktorer som påvirker hos ansatte i kommunale helse- og omsorgstjeneste. Det ble benyttet kvalitativ metode, der 11 helsepersonell fra tre kommuner ble intervjuet. For å sammenfatte resultatene er kodene og subkategoriene fra funnene samlet. Det var variasjoner i svarene fra informantene på spørsmål om organisert opplæring. Flertallet rapporterer at IPLOS ikke blir prioritert, og at det er manglende opplæring. Andre fortalte at fokuset var høyere på organisert opplæring.

En av informantene snakket om ressursstyring basert på IPLOS, og at det brukes til saksutredning og gir oversikt over hjelpebehov til pasientene. Dette kan være en utfordring da førstegangsregistrering på pasienter er tidkrevende, og at det krever observasjoner av pasienten over flere dager før registrering av IPLOS.

Flere påpekte at de synes det er bra med samarbeid rundt registrering, dette på grunn av blant annet systematiske registreringsutfordringer. Men også fordi det er vanskelig å velge rett tallvariabel.

Informantene har ulike erfaringer med hvordan ledelsen prioriterer IPLOS. De sier at det er fagleder og leder som går på kurs og får opplæring, men de ansatte «på gulvet» ikke får dette tilbudet. Kompetansen ledere tilegner seg kommer ikke videre ned i organisasjonen.

Den ene kommunen har organisert dette med interne kurs slik at de ansatte får den opplæringen og felles forståelse for registrering av IPLOS, noe som viser igjen i denne kommune er at de har klart å få IPLOS inn som et verktøy i fordeling av ressurser.

På bakgrunn av at det er vanskelig å velge rett tallverdi i registreringen av pasienter, kan det gi utslag på hvordan helsepersonell registrerer, med tanke på hva de ansatte tenker at pasienten trenger av tjenester.

Det kommer fram at flere av informantene synes kommentar feltene i IPLOS systemet er til nytte da dette kommer med ved overføring av pasienten til sykehuset.

Alle var enige om at IPLOS brukes til registrering av hjelpebehov, men flere gav uttrykk for manglende registreringsrutiner i deres kommune. Det kommer frem under intervjuene at praksisen er forskjellig fra kommune til kommune avhengig av lederes prioritering.

Noen av informantene sier at de har lite fokus på registrering og at dette utføres fordi det kreves av ledelsen. Noen av kommunene har laget egne registreringsrutiner basert på dette. IPLOS er i endring og informantene snakket om dette iforhold til registrering og opplevd usikkerhet med tanke på egen kunnskap. Men flere av informantene sa i tillegg at IPLOS var enkelt å registrere, og at de så viktigheten med oppdatert IPLOS. Bruksadferd kan bli påvirket av begrensningene i IPLOS systemet ved at det er vanskelig å velge rett tallverdi.

For alle er IPLOS en pålagt registreringsoppgave, noe som påvirker brukerne av IPLOS iforhold til holdning til bruk. Et annet aspekt som påvirket holdningene var at det ofte ikke var organisert opplæring ved deres arbeidsplass. Det lå ikke til rette for å sette seg inn i IPLOS og at dette et kunne skyldes manglende tilretteleggelse fra ledelsen. Sitatene til informantene viser at systeminnsikten øker når tydelig føring fra ledelse er tilstede iforhold til på oppfordring til brukt opp mot at det er viktig med oppdatert IPLOS.

Inntrykket som sitter igjen etter intervjuene er at mer organisert opplæring hadde utøvd store forskjeller i hvordan helsepersonell forholder seg til bruken av IPLOS. Forankring i ledelsen er essensielt i hele registreringsforløpet. Det kunne vært interessant å gjøre en lignende studie blant ledere i kommunene, og undersøke hvor mye informasjon og opplæring de får i bruk og registrering av IPLOS.

Florence Nightingale 1820-1910

«The ultimate goal is to manage quality. But you cannot manage it until you have a way to measure it, and you cannot measure it until you can monitor it

Litteraturliste

- Andersen, M. (2012). *En kartlegging av relevante og praksisnaere problematikker knyttet til implementering av IPLOS i norske kommuner Sluttrapport fra en pilotstudie Høgskolen i Bergen Senter for omsorgsforskning-rapportserie 1-2012.*
- Bagozzi, R. P. (2006). The Self-Regulation of Attitudes, Intentions, and Behavior. *Social Psychology Quarterly*, 55(2), 178. <https://doi.org/10.2307/2786945>
- Beck and Polit. (2017). *Essentials of Nursing Research og Biostatistics. Essentials of Nursing Research og Biostatistics* (9th ed.). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.5005/jp/books/13075>
- BenMessaoud, C., Kharrazi, H., og MacDorman, K. F. (2011). Facilitators and barriers to adopting robotic-assisted surgery: Contextualizing the unified theory of acceptance and use of technology. *PLoS ONE*, 6(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016395>
- Bernt, J. F. (2018). forvaltning – Store norske leksikon. Retrieved May 7, 2019, from <https://snl.no/forvaltning>
- Beyrer, S., og Wettergreen og Fatima Valdes Haugstveit, J. (2017). Kvalitet i IPLOS-registeret 2016. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering. Retrieved from https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2464989/NOT2017-33_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bjerkan, J., Hallem, U. L., og Brataas, H. V. (2016). *Hvordan forstås og praktiseres IPLOS-kartlegging?* Retrieved from <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2471426/Bjerkan.pdf?sequence=1>
- Chen, R. F., og Hsiao, J. L. (2012). An investigation on physicians' acceptance of hospital information systems: A case study. *International Journal of Medical Informatics*, 81(12), 810–820. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.05.003>
- Christin, N., Eldal, S., og Holth, H. (2012). *IPLOS-Et nyttig kommunalt styringsverktøy?* Retrieved from https://oda.hioa.no/en/iplos-et-nyttig-kommunalt-styringsverktoy-mellom-statlige-intensjoner-og-lokal-praksis/asset/dspace:4119/Eldal_og_Holth.pdf
- De nasjonale forskningsetiske komiteer. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi. 4.utg.* Retrieved from <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

- Fennen, K. (2012). Discourse on Method. *Teaching Philosophy*, 31(3), 283–286.
<https://doi.org/10.5840/teachphil200831330>
- Gabrielsen, B., Otnes, B., Sundby, B., Kalcic, M., og Strand, P. (2011). *Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløpige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2010*. Retrieved from
https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201133/rapp_201133.pdf
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Fagbokforlaget.
- Hakkarainen, K., og Paavola, S. (2004). A draft of Paavola, S., Lipponen, L., ogamp;
Hakkarainen, K. (2004). Modeling innovative knowledge communities: A knowledge-creation approach to learning. Retrieved from
file:///C:/Users/heids/Downloads/A_draft_of_Paavola_S._Lipponen_L._and_Ha.pdf
- Halvorsen, K. (2003). *Å forske på samfunnet - en innføring i samfunnsvitenskapelig metode av Knut Halvorsen* (4th ed.). Cappelen Damm akademisk. Retrieved from
<https://bokelskere.no/bok/aa-forske-paa-samfunnet-en-innfoering-i-samfunnsvitenskapelig-metode/14236/>
- Haugdahl, B. K. (2016). *IPLOS i kommunal styring og planlegging*. Retrieved from
https://gammel.fylkesmannen.no/Images/Bilder_FMOA/Helse_og_omsorg/IPLOS/IPLOS_i_kommunal_styring_og_planlegging.pdf
- Heidegger, M. (1988). *The Basic Problems of Phenomenology*. Indiana university press.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal (2013). Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385?q=pasientjournal>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Meld. St. 26 (2014–2015) Melding til Stortinget Fremtidens primaerhelsetjeneste-naerhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from
<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding nr. 10 - God kvalitet-trygge tjenester (2016). Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from www.fagbokforlaget.no/offpub
- Helse- og Omsorgsdepartementet. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) (2001). Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5
- Helse-og omsorgsdepartementet. Forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk (2006). Norge. Retrieved from
https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2006-02-17-204#KAPITTEL_1

- Helse-og omsorgsdepartementet. Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven) - Lovdata (2015). Helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2014-06-20-43>
- Helse-og omsorgsdepartementet. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata (2016). helse- og omsorgsdepartementet. Retrieved from [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift om lede](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=forskrift%20om%20lede)
- Helse og omsorgsdepartementet. St.meld. nr. 47 (2008–2009), 47 Samhandlingsreformen § (2009). Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-id567201/sec1>
- Helsedirektoratet. (n.d.-a). *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten*. <https://doi.org/IS-2221>
- Helsedirektoratet. (n.d.-b). *Hvordan benytter kommunene seg av og vedlikeholder IPLOS-dataene - en undersøkelse til norske kommuner*. Oslo. <https://doi.org/IS-0428>
- Helsedirektoratet. IPLOS - registeret Veileder for personell i kommunale helse- og omsorgstjenester, Pub. L. No. IS-1112, 04 (2009). Retrieved from www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. “Fra tro til kunnskap” Veileder i bruk av IPLOS-sumrapporter, Pub. L. No. IS-1929 (2011). Norge. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/769/Veileder-i-bruk-av-IPLOS-sumrapporter-IS-1929.pdf>
- Helsedirektoratet. Samhandlingsstatistikk 2014-15, Pub. L. No. IS-2427 (2016). Retrieved from www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder for saksbehandling. Tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8*.
- Helsedirektoratet. (2018a). Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Retrieved April 19, 2019, from <https://helsedirektoratet.no/kommunalt-pasient-og-brukerregister>
- Helsedirektoratet. (2018b). *Registrering av IPLOS-data i kommunen*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-for-registrering-av-iplos-data-i-kommunen>
- Helsenorge.no. (19AD). Kvalitet og kvalitetsindikatorer. Retrieved from <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer#Hva-er-en-kvalitetsindikator>
- Hill, R. J., Fishbein, M., og Ajzen, I. (1977). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. *Contemporary Sociology*, 6(2), 244.

<https://doi.org/10.2307/2065853>

- Hoerbst, A., og Schweitzer, M. (2015). A Systematic Investigation on Barriers and Critical Success Factors for Clinical Information Systems in Integrated Care Settings. *Yearbook of Medical Informatics*, 24(01), 79–89. <https://doi.org/10.15265/iy-2015-018>
- Holmøy, J., og Heldal, J. (1994). Dokumentasjon GERIX testprogram Administrativt edb-system for kommunale pleie-og omsorgstjenester Avdeling for personstatistikk/Seksjon for helse, trygd og sosiale forhold. Retrieved April 19, 2019, from https://www.ssb.no/a/histstat/not/not_9402.pdf
- Hsieh, H.-F., og Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Ifinedo, P. (2016). The moderating effects of demographic and individual characteristics on nurses' acceptance of information systems: A canadian study. *International Journal of Medical Informatics*, 87, 27–35. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2015.12.012>
- Jacobsen, D. I., og Thorsvik, J. (2016). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4th ed.). Fagbokforlaget.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., og Kristoffersen, L. (2006). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt.
- Kondracki, N. L., Wellman, N. S., og Amundson, D. R. (2002). Content analysis: review of methods and their applications in nutrition education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 34(4), 224–230. [https://doi.org/10.1016/S1499-4046\(06\)60097-3](https://doi.org/10.1016/S1499-4046(06)60097-3)
- Kummer, T. F., Schäfer, K., og Todorova, N. (2013). Acceptance of hospital nurses toward sensor-based medication systems: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(4), 508–517. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.010>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., og Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal akademisk. Retrieved from <https://www.nb.no/nbsok/nb/347a3df92367c6aa1649147e65165001?index=2>
- Leavitt, H. (1965). Leavitt's diamond. Retrieved October 1, 2018, from <https://sopinion8ed.wordpress.com/author/zonic89/>
- Lund, Thorleif, Haugen, R. (2006). *Forskningsprosessen*. Vigmostad og Bjørke AS. Retrieved from <https://www.akademika.no/en/product/402498>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring*. Universitetsforlaget. Retrieved from <https://www.bokkilden.no/medisinsk-forskning/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-kirsti->

malterud/produkt.do?produktId=5506968

- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sunby, B., og Karlsen, H. T. (2017). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017: Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Retrieved from https://www.ssb.no/innrapportering/offentlig-sektor/_attachment/318560?_ts=15de50cf938
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sunby, B., og Karlsen, H. T. (2018). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017: Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. Aschehoug [u.a. in Komm.]. Retrieved from <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-2017>
- Mufwene, S. S. (1992). Acts of Meaning. *Journal of Linguistic Anthropology*, 2(2), 225–226. <https://doi.org/10.1525/jlin.1992.2.2.225>
- Nguyen, L., Bellucci, E., og Nguyen, L. T. (2014). Electronic health records implementation: an evaluation of information system impact and contingency factors. *International Journal of Medical Informatics*, 83(11), 779–796. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.06.011>
- OECD. (2014). *OECD Reviews of Health Care Quality: Norway*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264208469-en>
- OECD. (2017). *Caring for Quality in Health. Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality*. OECD. <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>
- og omsorgsdepartementet, H.-. (n.d.). *Meld. St. 15 (2017–2018)*. Retrieved from www.fagbokforlaget.no/offpub
- Om oss | Personverntjenester | NSD - Norsk senter for forskningsdata. (n.d.). Retrieved May 1, 2019, from https://nsd.no/personvernombud/om_oss.html
- Riksrevisjonen. (2018). Dokument 3:5 (2018–2019) Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen. Retrieved from www.riksrevisjonen.no
- Rustan, Ø. H. (2015). *IPLOS Funksjonell kravspesifikasjon Versjon 3.0.5 Utarbeidet for Helsedirektoratet av*. Retrieved from [https://helsedirektoratet.no/Documents/IPLOS_registeret/IPLOS - Funksjonell kravspesifikasjon 3.0.5.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/IPLOS_registeret/IPLOS_-_Funksjonell_kravspesifikasjon_3.0.5.pdf)
- Sosial- og helsedepartementet. St.meld. nr. 50 (1998-99), 030005-040014 § (1999). regjeringen.no. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-50-1998-99-/id431369/sec1>
- Sosial- og helsedepartementet. (2000). *Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk i KOSTRA*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-292001-dokumentasjons--og-saksbehandli/id108970/>

- Sosial- og helsedirektoratet. Og bedre skal det bli: Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver., Pub. L. No. IS-1162 (2005). Norge. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-2005-2015-IS-1162-bokmal.pdf>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Saksbehandling og dokumentasjon for pleie- og omsorgstjenester*. Retrieved from [https://prosjekt.fylkesmannen.no/Documents/Rettstryggleiksløftet/Dokument/Helse og omsorg/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf](https://prosjekt.fylkesmannen.no/Documents/Rettstryggleiksløftet/Dokument/Helse%20og%20omsorg/veileder-i-saksbehandling-og-dokumentasjon-for-pleie-og-omsorgstjenester.pdf)
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Praksisfeltets anbefalinger for å oppnå god kvalitet på tjenestene i sosial- og helsetjenesten. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/645/Hvordan-kommer-vi-fra-visjoner-til-handling-og-bedre-skal-det-bli-IS-1502.pdf>
- Statistisk Sentralbyrå. (2017). Kvalitet i IPLOS-registeret 2016. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering. Retrieved from https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2464989/NOT2017-33_web.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Statistisk Sentralbyrå. (2018). *Kvalitet i IPLOS-registeret 2017. Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering*. Retrieved from https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/_attachment/365078?_ts=16661ba1508
- Statistisk sentralbyrå. (2018). Sysselsetting, registerbasert - SSB. Retrieved April 23, 2019, from <https://www.ssb.no/regsys>
- Stockholms Universitet. (2013). Teoretiska utgångspunkter Teoretisk bakgrund - Institutionen för språkdidaktik. Retrieved March 13, 2019, from <https://www.isd.su.se/självständigt-arbete/ uppsatsens-delar/teoretiska-utgångspunkter-teoretisk-bakgrund>
- Svendsen, L. F. H. (2018). Edmund Husserl. Retrieved May 7, 2019, from https://snl.no/Edmund_Husserl
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse : en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget. Retrieved from <https://www.bokkilden.no/samfunn-og-samfunnsvitenskap/systematikk-og-innlevelse-tove-thagaard/produkt.do?produktId=9276193>
- Tøndel, G. (2011). Å telle assistansebehov – en kvalitativ studie av individbasert pleieog

- omsorgsstatistikk i praksis. *Geriatrisk Sykepleie- Tidsskrift for Sykepleiere i Geriatri Og Demens*, 3(1), 3–8. Retrieved from [https://www.nsf.no/Content/759679/Geriatrisk Sykepleie 1_2011.pdf](https://www.nsf.no/Content/759679/Geriatrisk_Sykepleie_1_2011.pdf)
- Universtet i Agder. (n.d.). Fakultetets Etikkomité (FEK). Retrieved May 7, 2019, from <https://www.uia.no/om-uia/fakultet/fakultet-for-helse-og-idrettsvitenskap/fakultetets-etikkomite>
- Venkatesh, V., Thong, J. Y. L., og Xu, X. (2016). Journal of the A I S ssociation for nformation systems Unified Theory of Acceptance and Use of Technology: A Synthesis and the Road Ahead. *Journal of the Association for Information Systems*, 17(5), 328–376. Retrieved from http://www.vvenkatesh.com/wp-content/uploads/dlm_uploads/2016/01/2016_JAIS_Venkatesh-et-al.-UTAUT.pdf
- Ventres, W., Kooienga, S., Vuckovic, N., Marlin, R., Nygren, P., og Stewart, V. (2006). Physicians, patients, and the electronic health record: An ethnographic analysis. *Annals of Family Medicine*, 4(2), 124–131. <https://doi.org/10.1370/afm.425>
- Weber, M., og Østerberg, D. (1971). *Makt og byråkrati / essays om politikk og klasse, samfunnsforskning og verdier. Studiefakkell*. Gyldendal Akademisk. Retrieved from <https://www.bokkilden.no/sosiologi/makt-og-byraakrati-max-weber/produkt.do?produktId=117294>

Vedlegg 1 NSD Personvern

NSD Personvern

20.12.2018 13:40

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 165255 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 20.12.2018. Behandlingen kan starte.

MELD ENDRINGER

Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringer gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2019. Denne datoen må fremgå av informasjonsskrivet.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet

- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art.

32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2 FEK

Fra: Request@UiA <request@uia.no>

Sendt: mandag 17. desember 2018 12.34

Til: Elin Skarvang-Hamnefors <elins08@student.uia.no>

Emne: UiA - Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt er kommentert

17/12/2018 12:32:50 CET - Anne Valen-Sendstad Skisland

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Godkjent under forutsetning av gjennomføring som beskrevet i søknaden og godkjenning av NSD.

Vennligst benytt [Tjenesteportalen](#) for oppdateringer på din henvendelse/bestilling.

Med vennlig hilsen
Universitetet i Agder

Ref:MSG1669366

Vedlegg 3 Tankekart



Vedlegg 4 Intervjuguide

Intervjuguide utarbeidet etter modifisert UTAUT modellen

IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som på en standardisert måte

skal beskrive bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir. Dette er et individbasert pleie- og omsorgsstatistikk system.

Hvilke faktorer påvirker IPLOS-registrering blant ansatte i hjemmetjenesten?

- Er opplæring av IPLOS gitt for lite fokus?
- Er leders fokus på kompetanse for registrering nedprioritert?

(4 spørsmål på høyre side med hjelpespørsmål til venstre)

Hva er IPLOS?	
Hva bruker du det til?	
Fortel om hvordan du ble introdusert til IPLOS, og hva var dine forventninger til IPLOS?	
1. Forventet utbytte av systemet (Performance Expectancy), graden av hvor mye systemet tilrettelegger for et bedre utbytte/gevinst i forhold til bruk.	
Hvilke forventninger har du i forhold til IPLOS?	Er systemet slik at du enkelt kan registrere ny IPLOS på pasienten?
	Hvordan er det for deg å navigere i IPLOS?
	Benyttes det en brukerveileder til hjelp for registrering av IPLOS?
2. Hvor mye innsats og tid må dere legge i bruk av systemet (Effort Expectancy)	
Redegjør for innsats og tid du legger i bruk av systemet daglig?	Har du registrert mye IPLOS?
	Hvordan er dine rutiner rundt IPLOS registrering?
	Har du tiden du ønsker til IPLOS-registrering og hvor mye faktisk tid bruker du?
	Har du opplevd å ikke ha tid til å oppdatere IPLOS?

3. Sosiale påvirkninger (Social influence), og herunder subjektive forutsetninger for å registrere i IPLOS

Hvordan er kulturen på din arbeidsplass iforhold til å bruke tid på IPLOS registrering?	Hvordan er aksepten innad i gruppen over at du setter deg ned og bruker tid på IPLOS registrering?
	Har din arbeidsplass utarbeidet rutiner på IPLOS-registrering og kan du fortelle hvordan disse rutinene er?
	Hvordan er forståelsen for hva IPLOS er på din arbeidsplass?

4. Tilretteleggende faktorer (Facilitating conditions), hvor mye organisasjonen legger til rette for bruk av systemet

Hvor mye legger kommunen til rette for bruk av IPLOS?	Hvordan har opplæringen på IPLOS registrering blitt gjennomført?
	Vet du om noen som har fått opplæring?
	Får dere tilbud om oppfriskningskurs?
	Hvem spør du om hjelp om det er noe du lurer på?

De 4 ytre faktorene er:

Kjønn	
Alder	
Erfaring	Hvor lenge har du jobbet i kommunen?
	Hvordan opplever du at IPLOS registreringen er tilpasset din tekniske kunnskap?
	Er det noe ved fagsystemet du mener bør endres for å bedre IPLOS registreringsrutiner?
Frivillighet til bruk av systemet	Er IPLOS registrering noe som du gjøre frivillig eller er det noe som blir forventet av deg?

Holdninger mot bruk av systemet (Attitude towards use)

Hva er din holdning til IPLOS?

Lederskap

Hvordan er IPLOS er forankret hos ledelsen i din organisasjon?

Hvordan er fokus på kompetanse mht IPLOS registrering fra ledelsen?

Hvordan blir tilbakemeldingen formidlet i forhold til innrapportert IPLOS?

Vedlegg 5 Informasjonsskriv

Informasjonsskriv vedrørende deltakelse i forskningsprosjekt

Vi er tre masterstudenter i Helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Vi har lik yrkesbakgrunn innen helsesektoren men med tre ulike jobber. Med bakgrunn i kommunehelsetjenesten, sykehusadministrasjon og post på sykehus har vi ulik erfaring med IPLOS.

IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister med data som på en standardisert måte skal beskrive bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir. Dette er en individbasert pleie- og omsorgsstatistikk system. Registeret er hjemlet i egen forskrift under helseregisterloven og skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren.

IPLOS er en del av hverdagen til mange som jobber innen kommunehelsetjenesten. Det er en lovpålagt oppgave som er lagt inn som en funksjon i alle dokumentasjonssystemene som kommunesektoren benytter seg av.

Ifølge Helsedirektoratet skal registeret være et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. Formålet med IPLOS-registeret er å gi statlige myndigheter, kommunene og allmennheten kunnskap om utviklingen i pleie- og omsorgssektoren.

Datagrunnlaget for IPLOS-registeret legges ved at kommunene bruker en standard metode for systematisert standardinformasjon basert på individ opplysninger om søkere og mottakere av kommunale sosial- og helsetjenester (pleie- og omsorgstjenester). Lokale registre sendes inn til sentralt register i Statistisk Sentralbyrå.

IPLOS eies av Helsedirektoratet.

Formålet med vår studie er å finne ut av hvilke faktorer som spiller inn på hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten stiller seg til IPLOS og hvordan registreringspraksisen er lagt opp:

«Hvilke faktorer påvirker IPLOS-registrering blant ansatte i primærhelsetjenesten?»

Videre stiller vi oss undrende til om fokus på opplæring er for lavt og om leders holdning til kompetanse i forhold til registrering av IPLOS er nedprioritert.

Vi ønsker å utføre intervjuer med helsepersonell i tre forskjellige kommuner med forholdsvis lik demografi og med lik KOSTRA gruppe. Informantene må ha vært ansatt i 2 år eller mer for å kunne få et datagrunnlag med samme utgangspunkt. Målet er å utføre intervjuer med tilsammen 15 heltidsansatte helsearbeidere i hjemmetjenesten som utfører IPLOS-registreringer i sitt daglige arbeid.

Intervjuene vil bli gjennomført på informantenes arbeidsplass og hvert intervju vil ta mellom 20 til 30 minutter.

Intervjuene blir tatt opp på digital lydopptaker. Det vil ikke bli innhentet noen personopplysninger i forbindelse med intervjuene. Dataene/intervjuene blir midlertidig lagret på privat PC som er bruker- og passordbeskyttet, og blir makulert/slettet innen 01.07.19.

Universitetet i Agder, fakultet for helse og idrettsvitenskap er ansvarlig for studien.

Vi understreker at deltakelse er frivillig og at et samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt uten å måtte oppgi grunn.

Med vennlig hilsen

Elin, Heidi og Evy Janne

Evy Janne Berle Fjellestad (evyjanne@online.no Tlf: 906 27 422)

Elin Skarvang-Hamnefors (elinskarvang@gmail.com Tlf: 906 48 971)

Heidi Samuelsen (heidisamu@gmail.com Tlf: 915 83 854)

Veileder: Jan Gunnar Dale (jan.g.dale@uia.no Tlf: 412 40 841)

Vedlegg 6 Samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjekt om *IPLOS og registreringspraksis?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut av hvilke faktorer som spiller inn på hvordan ansatte i kommunehelsetjenesten stiller seg til IPLOS og hvordan registreringspraksisen er lagt opp. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Vi er tre masterstudenter i Helse- og sosialinformatikk ved Universitetet i Agder. Vi har lik yrkesbakgrunn innen helsesektoren men med tre ulike jobber. Med bakgrunn i kommunehelsetjenesten, sykehusadministrasjon og post på sykehus har vi ulik erfaring med IPLOS.

Formål

IPLOS er en del av hverdagen til mange som jobber innen kommunehelsetjenesten. Det er en lovpålagt oppgave som er lagt inn som en funksjon i alle dokumentasjonssystemene som kommunesektoren benyttet seg av. Ifølge Helsedirektoratet skal registeret være et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter.

Vår problemstilling er:

“Hvilke faktorer påvirker IPLOS-registrering blant ansatte i hjemmetjenesten?”

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Agder, fakultet for helse og idrettsvitenskap er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Vi ønsker å utføre intervjuer med helsepersonell i tre forskjellige kommuner med forholdsvis lik demografi og med tilnærma lik økonomi. Informantene må ha vært ansatt i 2 år eller mer for å kunne få et datagrunnlag med samme utgangspunkt. Målet er å utføre intervjuer med til sammen 15 heltidsansatte helsearbeidere i hjemmetjenesten som utfører IPLOS-registreringer i sitt daglige arbeid.

Hva innebærer det for deg å delta?

Intervjuene vil bli gjennomført på informantens arbeidsplass og hvert intervju vil ta mellom 20 til 30 minutter. Intervjuene blir tatt opp på digital lydopptaker og en vil ta notater underveis i intervjuet. Det vil ikke bli innhentet noen personopplysninger i forbindelse med intervjuene. Dataene/intervjuene blir midlertidig lagret på privat PC som er bruker- og passordbeskyttet, og blir makulert/slettet innen 01.07.19.

I innhenting av informanter til prosjektet, har vi vært i kontakt med ledere i de aktuelle kommunene og seksjonene. De sender ut informasjon om at det er ønskelig med informanter til dette prosjektet og finner aktuelle kandidater.

Det er frivillig å delta

Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn.

Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert. 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. De som har tilgang til intervjuene er vi 3 i prosjektet, samt veileder Jan Gunnar Dale. Opplysningene vil bli oppbevart på privat enhet som er bruker- og passordbeskyttet. Vi vil notere ned navn på informantene med nummer. Det vil ikke bli navngitt hvilken kommune eller seksjon informanten arbeider i.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.07.19 . Dataene/intervjuene blir midlertidig lagret på privat PC som er bruker- og passordbeskyttet, og blir makulert/slettet ved prosjekt slutt.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller 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, men kommer ikke til å samle inn personopplysninger.

På oppdrag fra Universitetet i Agder, fakultet for helse og idrettsvitenskap er ansvarlig for studien, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger 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: Universitetet i Agder, fakultet for helse og idrettsvitenskap ved

- **Veileder:** Jan Gunnar Dale (jan.g.dale@uia.no Tlf: 412 40 841).
- **Student:** Evy Janne Berle Fjellestad (evyjanne@online.no Tlf: 906 27 422)
- **Student:** Elin Skarvang-Hamnefors (elinskarvang@gmail.com Tlf: 906 48 971)
- **Student:** Heidi Samuelsen (heidisamu@gmail.com Tlf: 915 83 854)
- **Vårt personvernombud:** Ina Danielsen (ina.danielsen@uia.no tlf: 452 54 401)
- **NSD – Norsk senter for forskningsdata AS,** på epost (personvernombudet@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig
(Forsker/veileder)

Jan Gunnar Dale Studentene Evy Janne, Elin og Heidi

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet - “IPLOS og registreringspraksis”, 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, ca. 01.07.2018

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

