

# **Medisinsk kunnskapsutveksling ved bruk av videokonferanse**

## **Bruk av videokonferanse til samtaler om pasientbehandling**

### **mellom allmennleger og spesialister**

Populærvitenskapelig foredrag til Kvinneforskermaraton, Driv lørdag 22. september 2007

Line Lundvoll Nilsen, Doktorgradsstipendiat i Pedagogikk,

Nasjonalt senter for telemedisin, Universitetssykehuset Nord- Norge,

[line.lundvoll.nilsen@telemed.no](mailto:line.lundvoll.nilsen@telemed.no)

### **Introduksjon**

Jeg vil benytte denne anledningen til å presentere mitt doktorgradsprosjekt med tittelen "Læring og kunnskapsutveksling mellom allmennleger og spesialister ved bruk av telemedisin". Arbeidet er en doktorgrad i pedagogikk som jeg startet i 2006 og som etter planen skal avsluttes ved utgangen av 2009.

Hensikten med prosjektet er å undersøke konsekvensene av bruk av videokonferanse til kunnskapsutveksling mellom allmennleger og spesialister. Fokuset for studien er på kunnskapsproduksjon og endring av handlemønster. Jeg holder for tiden på med datainnsamling, så jeg har ennå ingen resultater som er klar for presentasjon. Jeg vil derfor bruke anledningen til å gi en kort introduksjon av prosjektet.

### **Bakgrunn**

Bakgrunnen for prosjektet er en oppfatning om at samarbeid og samhandling mellom helsepersonell ved bruk av IKT, i kombinasjon med organisasjonsutvikling, kan bidra til å forbedre kvaliteten på – og effektivisere arbeidet i helsetjenesten. Det er også en oppfatning om at samhandling mellom helsepersonell på tvers av organisatoriske skillelinjer bidrar til å skape helhetlige og sammenhengende tjenestetilbud til pasienter<sup>1</sup>. Et samarbeid mellom profesjoner kan også gi positive konsekvenser for helsepersonellet, eksempelvis i form av økt kunnskap og økt faglig trygghet.

### **Bruk av videokonferanse mellom helsepersonell**

Bruk av videokonferanse er en av arbeidsmetodene som kan benyttes for å fremme samarbeid mellom ulikt helsepersonell på ulike organisatoriske nivå. For de som ikke kjenner til videokonferanseløsningen, så er videokonferanse lyd- og bildekommunikasjon mellom to eller flere parter, uavhengig av avstand, i nå-tid.

Samhandling mellom de ulike behandlingsnivåene kan ha flere konsekvenser. Det antas blant annet at samhandling fører til endring i tradisjonelle rutiner rundt behandling, og åpner for læring og kunnskapsutveksling mellom profesjoner. Mitt doktorgradsprosjekt fokuserer på læring og kunnskapsutvekslingen mellom allmennleger og spesialister som deltar sammen på videokonferanser. Mitt hovedfokus er på spørsmål som: *Hvilken kunnskap utveksles og produseres, hvilken betydning har denne kunnskapen for allmennlegene og spesialistene, og hvilken betydning har kunnskapen for den organisasjonen de arbeider i?*

Jeg har vært så heldig å komme i kontakt med to miljøer i Norge som benytter videokonferanseløsningen mellom allmennleger og spesialister, for å diskutere medisinske

problemstillinger. Allmennlegene er lokalisert på sin daglige arbeidsplass, på et distriktsmedisinsk senter eller ei sykestue. Spesialistene er lokalisert på nærmeste lokale sykehus.

I det ene caset benytter allmennlegene og spesialistene videokonferanse 4 dager i uken, til faste tidspunkt. Konferansen foregår som en del av det daglige morgenmøtet ved avdelingen. Allmennlegen, ved det distriktsmedisinske senteret, møter dermed alle legene på sykehusavdelingen. Under videokonferansen utveksles informasjon om pasienter som skal sendes mellom sykehus og det distriktsmedisinske senteret, og det diskuteres konkrete medisinske problemstillinger knyttet til pasienter. Disse samtalene kan dreie seg både om direkte anbefalinger om videre behandling av pasienten, men også om å få bekreftelse på en beslutning som allerede er tatt av allmennlegen.

I det andre caset er det satt av 1 time per uke til diskusjon av medisinske problemstillinger. Dersom allmennlegen, ved sykestuen, har behov for å konsultere med spesialist meldes behovet inn dagen i forveien. Hvilken spesialist fra sykehuset som deltar i samtalen, er avhengig av hvilken problemstilling som skal diskuteres. Disse samtalene dreier seg først å fremst om diskusjon av medisinske problemstillinger. I de fleste tilfellene foregår møtene uten pasient til stede.

### **Hvorfor kunnskapsutveksling?**

Er det behov for kunnskapsutveksling mellom 1ste og 2dre linjetjenesten? Og, hva er hensikten med å utveksle kunnskap mellom profesjoner?

Det vi vet er at årsaken til et behov for samhandling ofte ligger i et behov for mer kunnskap om noe. Basert på mine to caser ser det ut til at samtalene over videokonferansene i hovedsak kan deles inn i to behov for kunnskap. For det første et behov for informasjonsutveksling om pasient, og for det andre et behov for å få veiledning i behandling av pasienter.

Det første; behovet for god informasjon mellom organisasjonsnivåene bidrar blant annet til at de som behandles på sykehus får en god oppfølging når de overføres til- og fra et distriktsmedisinsk senter, eller en lokal sykestue, for videre behandling. Ved å utveksle kunnskap på denne måten skapes en mer helhetlig behandling av pasienten.

Det andre behovet er tilgang til medisinsk veiledning. For pasienten kan veiledning fra spesialist til allmennlege eksempelvis hindre unødvendig transport. Pasienten kan også få behandling nærmere hjemmet sitt og familien sin. For helsepersonellet kan tett kommunikasjon mellom profesjonene bidra til læring. Helsepersonellet får mer helhetlig informasjon om pasienten, noe som kan påvirke retningen i den videre behandlingen. Muligheten til å rådføre seg kan også utvide den eksisterende kunnskapen. Ikke minst er det viktig at samtalene kan bidra til å øke tryggheten hos allmennlegen i at de beslutningene som tas, er de som ansees som de mest korrekte. Dette kan være verdifullt både for erfarne leger og for nyutdannede leger, som ofte er alene i distriktene.

### **Læring i arbeidskontekst**

Normalt blir begrepene om læring og kunnskapsutveksling assosiert med den tradisjonelle opplæringen vi deltar i- altså gjennom deltakelse i undervisning. Men læring er en prosess som også kan være erfaringsbasert. I dette prosjektet forsker jeg på læring som en del av den

daglige arbeidspraksisen<sup>2</sup>. Den veiledningen som helsepersonellet gir til- og mottar fra hverandre i behandlingskonteksten er en utveksling av kunnskap som over tid kan bidra til læring og endring i handlemønstre<sup>3</sup>.

I arbeidet med ny teknologi i helsevesenet høster vi ofte erfaringer om hvordan blant annet faktorer som historie og rutiner bidrar til at ny teknologi ikke benyttes. Det er dessverre sjeldnere vi har mulighet til å høste erfaringer om hvordan nye artefakter bidrar til at tradisjonsrike rutiner brytes, og nye aktiviteter dannes.

I forskningsprosjektet mitt har jeg fått tilgang til to empiriske felt hvor videokonferanse er tatt i bruk. To felter hvor tradisjonsrike rutiner brytes, og hvor nye handlemønstre er under etablering. Bruken av videokonferanse mellom disse allmennlegene og spesialistene gir kunnskap om hvorfor mennesker handler som de gjør, på tvers av organisasjonsnivåer<sup>4,5</sup>. Hvordan de på tross av sin historie, motsetter seg reproduksjon av en kultur, tar i bruk nye artefakter og skaper nye aktiviteter<sup>6,7</sup>.

### Kvalitativt forskningsprosjekt

Jeg startet feltarbeidet i vår, og skal fortsette med datainnsamlingen ut 2007. Forskningsmetoden jeg benytter er kvalitativ. Siden hovedfokuset mitt er på interaksjon mellom helsepersonell ble det naturlig for meg å innhente hovedmengden av data fra de situasjonene der helsepersonellet møtes for å diskutere medisinske problemstillinger, altså under videokonferansesendingene. Over en periode observerer jeg nå videokonferansene. Hensikten med denne type observasjonsdata er å studere læringsaktivitetene, ved å analysere helsepersonellens samtaler og interaksjon<sup>8,9</sup>.

I tillegg skal jeg gjennomføre intervjuer med helsepersonellet. Hensikten med intervjuene er å få utdypende informasjon og å diskutere hovedtrekkene av mine observasjoner med informantene, for å teste ut funnene mine.

Innen utgangen av året skal jeg avslutte hovedfasen med feltarbeid, og vil gjerne komme tilbake med resultater fra prosjektet ved en senere anledning.

---

<sup>1</sup> Sosial- og helsedirektoratet: S@mspill 2007. [http://www.shdir.no/samspill/s\\_mspill\\_2007\\_5642](http://www.shdir.no/samspill/s_mspill_2007_5642)

<sup>2</sup> Prosjektet har et sosiokulturelt perspektiv på læring og kunnskapsutveksling. Kunnskaper og ferdigheter blir utviklet i sosiale praksiser. Det er aktiviteten i det sosiale systemet som er analyseenheten i denne tilnærmingen.

<sup>3</sup> Engeström, Y (2001): *Expansive Learning at Work: toward an activity theoretical reconceptualization*, Journal of Education and Work, 14(1), s: 133-156.

<sup>4</sup> Kaptelinin, V (2005): *The Object of Activity: Making Sense of the Sense-Maker*. Mind, Culture, and Activity, 12(1), s. 4-18.

<sup>5</sup> Foot, K (2002): *Pursuing an Evolving Object: A case Study in Object Formation and Identification*. Mind, Culture, and Activity, 9(2), s.132-149.

<sup>6</sup> Engeström, Y & Miettinen, R (1999): Introduction, i Engeström, Miettinen & Punamäki (red): *Perspectives on Activity Theory*, s. 1-19, Cambridge University Press.

<sup>7</sup> Engeström, Y (1995): *Objects, contradictions and collaboration in medical cognition: an activity-theoretical perspective*. Artificial Intelligence in Medicine 7, s. 395-412.

<sup>8</sup> Jordan, B & Henderson, K (1995): *Interaction analysis: Foundation and practice*. The Journal of the Learning Sciences, 4 (1), 39-103.

<sup>9</sup> Silverman, D. (2001): *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Second edition. Sage Publications. London.