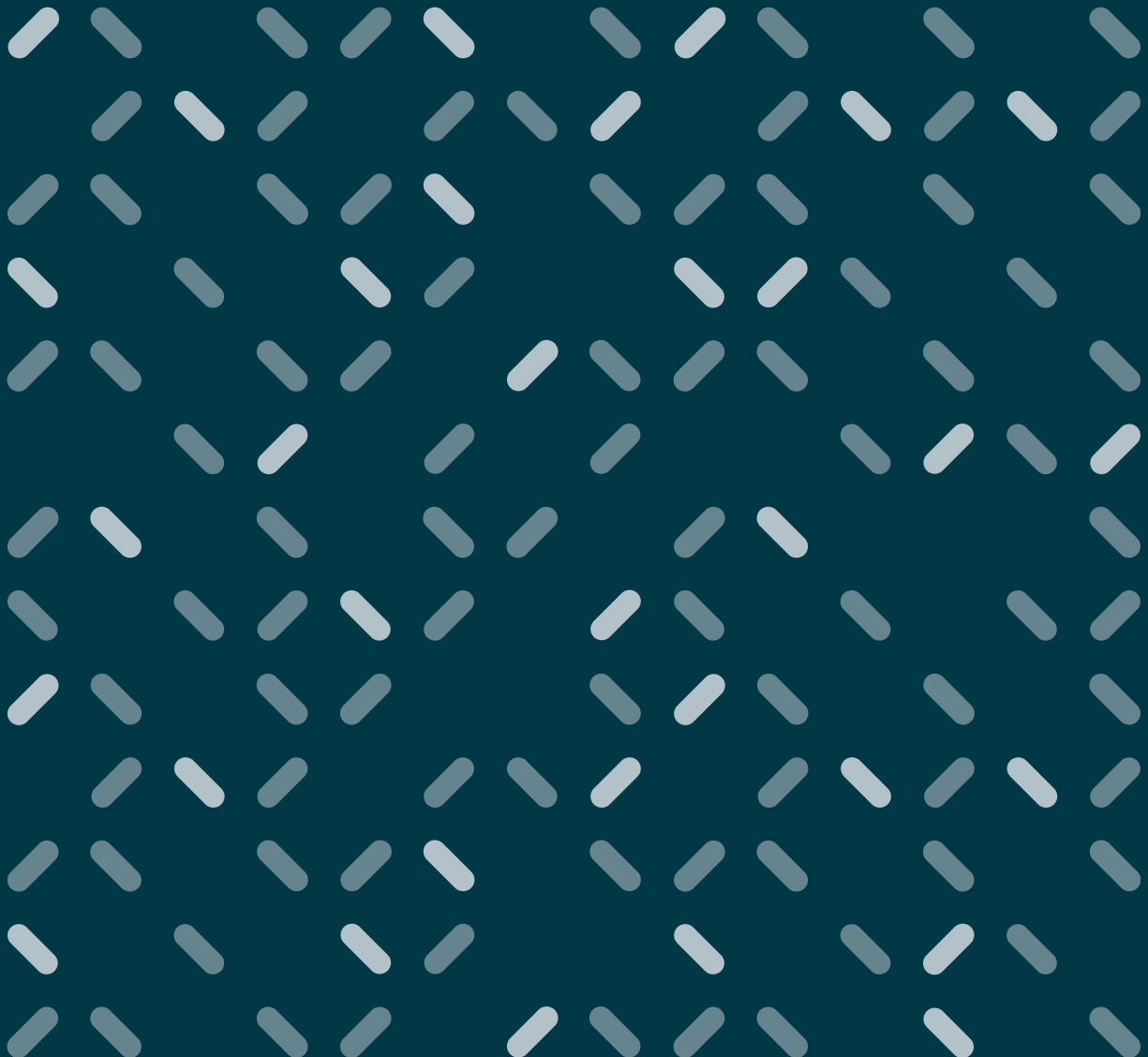




Samhandling og informasjonsutveksling

Beskrivelse av tidsbruk og arbeidsoppgaver blant fastleger

Malm-Nicolaisen K., Holm I.M., Silsand L., Rotvold G.-H., Ulriksen G.-H., Holthe H.,
Ekeland A.G., Kristiansen E., Bergmo T., Pedersen R.



Samhandling og informasjonsutveksling

Beskrivelse av tidsbruk og arbeidsoppgaver blant fastleger

Rapportnummer

05-2018

Prosjektleder

Gunn Hilde Rotvold

Forfattere

Kristian Malm-Nicolaisen, Inger Marie Holm, Line Silsand, Gunn Hilde Rotvold, Gro-Hilde Ulriksen, Halgeir Holthe, Anne Granstrøm Ekeland, Eli Kristiansen, Trine Bergmo, Rune Pedersen

ISBN

978-82-8242-087-7

Dato

04.09.2018

Antall sider

27

Emneord

Tidsmåling, informasjonsutveksling, informasjonsbehandling, samhandling, kommunehelsetjenesten, Én innbygger – én journal

Oppsummering

Denne rapporten presenterer funn og resultater fra undersøkelser rundt tidsbruk knyttet til utveksling og behandling av informasjon i den kommunale helsetjenesten. Rapporten beskriver metode, framgangsmåte og empiriske data fra den kvalitative delen av forskningsprosjektet, og gjengir utvalgte resultater fra prosjektets kvantitative del.

Utgiver

Nasjonalt senter for e-helseforskning

Postboks 35

9038 Tromsø

E-post: mail@ehealthresearch.noInternett: www.ehealthresearch.no

Innholdsfortegnelse

1	Innledning og bakgrunn.....	6
1.1	Oppsummering av prosjekt knyttet til tidsbruk	7
1.2	Kort om rapporten	8
2	Kommunikasjon og informasjonsutveksling innad i kommunene	9
2.1	Kartlegging av kontekst	9
2.2	Strategisk utvalg av kommuner.....	10
2.3	Forståelse av kontekst.....	11
2.4	EPJ i kommunehelsetjenesten.....	11
2.5	Kunnskapsgrunnlag for utvikling av relevante spørsmål.....	12
2.5.1	Hjemmesykepleien	12
2.5.2	Sykehjem.....	13
2.5.3	Fastlegekontor	13
2.5.4	Legevakt.....	14
2.5.5	Helsestasjon.....	14
2.5.6	Tildelingskontor	15
3	Oppsummering av spørreundersøkelse	16
3.1	Planlegging og utarbeiding av spørreundersøkelse	16
3.1.1	Utvikling av spørsmål.....	16
3.1.2	Rekruttering.....	17
3.2	Presentasjon av respondentgruppen.....	18
3.3	Metodiske utfordringer.....	19
4	Oppsummering av funn	21
4.1	Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten	21
4.2	Økt effektivitet og ressursbruk.....	22
4.3	Redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger	23
5	Avslutning.....	27
5.1	Oppsummering	27

Tabelloversikt

Tabell 1: Oversikt over deltagerkommunene	9
Tabell 2: Rekrutterte informanter fra de ulike tjenesteområdene	18

Figuroversikt

Figur 1: (Modifisert) Effektmodell fra "Utredning av "Én innbygger - én journal" (sammendrag).....	16
Figur 2: Respondentfordeling mellom kommunestørrelsene.....	18
Figur 3: Respondentfordeling mellom tjenesteområdene	19
Figur 4: Minutter per dag på å gi/innhente informasjon utenfor EPJ.....	21
Figur 5: Minutter per dag på avvikshåndtering, purring, fordeling og kontaktadministrasjon av elektroniske meldinger	24
Figur 6: Minutter per dag på å lese, skrive og sende meldinger	25
Figur 7: Minutter per pasient på printing og skanning.....	26

Sammendrag

I rapporten presenteres resultater fra undersøkelser rundt tidsbruk knyttet til utveksling og behandling av informasjon i den kommunale helsetjenesten. Metode for innhenting av empiriske data fra den kvalitative delen av prosjektet beskrives, og data analyseres. Resultater fra utvalgte områder i prosjektets kvantitative dele presenteres før oppsummering og avslutning.

Norske helsemyndigheter har pekt ut en felles målsetting for helsesektoren om å etablere en helsetjeneste der pasienten er i sentrum. Helsesektoren skal investere betydelige summer i IKT for å utvikle en pasientsentrert helsetjeneste. Stortingsmelding «Én innbygger – én journal» definerer tre overordnede mål:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

For å nå målene trengs ny kunnskap om organisatoriske, økonomiske og menneskelige faktorer og mekanismer som styrer bruken av teknologi i sektoren. Undersøkelser knyttet til ressursbruk, effektivitet og prosesskartlegging er tidligere gjennomført i spesialisthelsetjenesten. I samarbeid med Direktoratet for e-helse har Nasjonalt senter for e-helseforskning i dette prosjektet gjennomført undersøkelser på utvalgte effektmål i den kommunale helsetjenesten.

Formålet var å kartlegge og beskrive rutiner og prosesser for kommunikasjon og informasjonsutveksling mellom aktører i den kommunale helsetjenesten, herunder undersøke tidsbruk for innhenting og bearbeiding av pasient- og behandlingsinformasjon.

Prosjektet er gjennomført i to faser. Fase 1: Å framskaffe en helhetlig forståelse av kontekst og arbeidsflyt i den kommunale helsetjenesten. Det ble gjennomført intervju, observasjoner og uformelle samtaler med helsepersonell i fem tjenesteområder. Fase 2: Å utarbeide og gjennomføre en digital spørreundersøkelse blant helsepersonell og ansatte i førstelinjetjenesten i alle landets kommuner, med unntak av kommunene i Midt-Norge, som er del av prosessen med Helseplattformen.

Et hovedfunn var at mye tid og ressurser brukes på kommunikasjon og informasjonsutveksling blant aktørene i den kommunale helsetjenesten. Dagens IKT-systemer legger ofte begrensninger på helsepersonellens mulighet til:

- i) innhenting av oppdatert legemiddelloversikt;
- ii) effektiv deling av pasientinformasjon mellom andre kommunale aktører;
- iii) tilgang til nødvendig behandlingsinformasjon;
- iv) effektiv elektronisk kommunikasjon med andre aktører;
- v) å holde oversikt over pasientens behandlingsforløp på tvers av organisatoriske nivå;
- vi) effektiv informasjonsdeling på tvers av IKT-systemer.

Både kvalitative og kvantitative undersøkelser viser at helsepersonell i den kommunale helsetjenesten bruker vesentlig tid og ressurser på å bearbeide, dele, innhente og kommunisere pasient- og behandlingsinformasjon mellom aktører i den kommunale tjenesten. Elektronisk meldingsutveksling er på noen områder et godt verktøy, mens det er mindre egnet i andre sammenhenger. Dagens løsninger krever kontinuerlig fokus fra helsepersonell for å håndtere avvikshåndtering, oppdatering og oppfølging. Manglende funksjonalitet framtvinger i flere tilfeller dobbelrutiner og merarbeid. Deling av legemiddelloversikt er for eksempel i liten grad tilrettelagt gjennom elektroniske løsninger. Flere informanter peker på selvopplevde situasjoner med redusert pasientsikkerhet som følge av at ansvarlig lege ikke har tilgang til oppdatert medisinsliste i sitt system. Helsepersonell oppgir videre å bruke betydelig tid på ikke-pasientnære oppgaver som en direkte konsekvens av manglende funksjonalitet og mulighet i elektroniske systemer. Dette framtvinger nye ikke-tiltenkte prosesser for deling og innhenting av informasjon, som for eksempel bruk av gule lapper eller bæring av papirjournaler mellom avdelinger. Tiden

brukt på slike rutiner anses ikke som «bortkastet», og helsepersonellet fremhever de som helt nødvendig i arbeidet sitt.

Å sammenligne tidsbruk knyttet til IKT-basert kommunikasjon i og mellom kommunehelsetjenestene er problematisk, særlig grunnet ulik grad av standardisering mellom både tjenestenivåer og kommuner. Spesialisthelsetjenesten har i større grad gjennomført regionale, og til dels nasjonale, standardiseringsprosesser rundt teknisk infrastruktur, organisasjon- og arbeidsprosesser, og IKT. For eksempel gjennom konsolidering av databaser for journaldata, dokumentasjonsstandarder og rutiner. Sammenligning av tidsbruk mellom kommuner og tjenesteområder, herunder fastlegetjenester, er vanskelig. Dette fordi forholdet mellom teknologi og organisasjon varierer betydelig i- og mellom kommunene, og ofte er dette dårlig belyste faktorer i slike undersøkelser. Flere interessante funn peker på gode grunner til videre undersøkelser rundt informasjonsdeling og kommunikasjon, dette gjelder i særlig grad rutiner og arbeidsprosesser knyttet til én felles journal. Erfaringsmessig ser vi at tidsbruken på kommunikasjon og informasjonsdeling vurderes som både negativ og positiv av informantene medfører at tidsbruksundersøkelser som et middel i gevinstrealisering vanskelig gjøres.

1 Innledning og bakgrunn

Helsemyndighetene i Norge har pekt ut en felles målsetning for helsesektoren i årene som kommer: etablering av en helsetjeneste der pasienten er i sentrum. Helsesektoren skal investere betydelige summer i IKT for å utvikle en pasientsentrert helsetjeneste. For å sikre at de økonomiske investeringene brukes samfunnsnyttig og effektivt trengs kunnskap som kan understøtte politikk og strategisk arbeid på e-helseområdet. Stortingsmelding «Én innbygger – én journal»¹ representerer den strategiske utviklingsretningen for sektoren, og dette prosjektet må sees i sammenheng med de tre overordnede målene i meldingen:

- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger
- Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester
- Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning

Flere nasjonale og regionale prosjekt er initiert med utgangspunkt i målene. Direktoratet for e-helse skal blant annet planlegge en felles nasjonal journalløsning for kommunal helse- og omsorgstjeneste, i tråd med anbefalingene i utredning av «Én innbygger – én journal». Hensikten er å forbedre tilgangen til informasjon i helse- og omsorgstjenesten, blant annet for å kunne fatte bedre og tryggere vedtak om tiltak for pasientene. Dokumentet «Nasjonal e-helsestrategi og mål 2017-2022» definerer konkrete strategiske mål for digitalisering av arbeidsprosesser og økt sammenheng i pasientforløp på tvers av behandlingsnivå. Hovedpunktene fra «Én innbygger – én journal» utgjør rammene for handlingsplanen. Et av tiltakene er utprøving av målbildet med felles journal.

Prosjektet Helseplattformen i Helse Midt-Norge er utpekt til å være nasjonal pilot for målbildet i «Én innbygger – én journal», og skal anskaffe og innføre elektronisk pasientjournal for spesialisthelsetjenesten og kommuner i Midt-Norge. De erfaringer som framkommer gjennom Helseplattformen vil kunne være et startpunkt for en felles nasjonal løsning.

I utredningen av «Én innbygger – én journal»² ble det identifisert og vurdert betydelig dokumentasjon knyttet til effekter av e-helseløsninger. For kommunale helse- og omsorgstjenester var det imidlertid lite tilgjengelig dokumentasjon. Nasjonalt senter for e-helseforskning (NSE) har, i samarbeid med Direktoratet for e-helse, nylig gjennomført en undersøkelse om tidsbruk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten blant kommuner som ikke er omfattet av Helseplattformen, det vil si alle norske kommuner med unntak av kommunene i Midt-Norge. Formålet var å bidra til nullpunktsmålinger³ av kommunal helse- og omsorgstjeneste på effektområdet knyttet til tidsbruk:

- Effektivitet i informasjonshåndtering, avgrenset til samhandling mellom helsetilbyderne innad i kommunen.
- Tidsbruk på innhenting og bearbeiding av behandlingsinformasjon
- Tidsbruk på innhenting og bearbeiding av informasjon til sekundærdata

I forkant av nullpunktsmålingen ble det gjennomført en kvalitativ kartleggingsstudie i fem kommuner. Formålet var å kartlegge betingelsene for tidsbruk hos ulike aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Metodikk var observasjon, intervju og samtaler. Resultatene dannet grunnlaget for en kvantitativ

¹ Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal

² Utredning av «Én innbygger – én journal»; Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse sin innstilling til HOD om hvordan målene i Meld. St. 9 (2012-2013) kan realiseres, Desember 2015

³ «Å gjennomføre en nullpunktsmåling vil si å måle tilstanden før tiltaket eller prosjektet implementeres i linjeorganisasjonen. Det betyr at man måler tilstanden på de områdene der man forventer gevinster som følge av tiltaket» (Direktoratet for økonomistyring, 2014).

spørreundersøkelsen der konkrete spørsmål om tidsbruk i informasjonshåndteringen ble stilt. En hovedkonklusjon fra kartleggingsstudien er at nøyaktig måling av tidsbruk i primærhelsetjenesten er vanskelig å gjennomføre. Det er av den grunn utfordrende å oppnå generaliserbare resultater. Den kvantitative spørreundersøkelsen viser samme tendens. Her ser vi stor varians i besvarelsene, som blant annet kan forklares med utfordringer knyttet til å gjennomføre tidsmålinger. Tallmaterialet som presenteres i rapporten må derfor behandles varsomt. Metodiske refleksjoner rundt hvorfor tidsmålinger er utfordrende å gjennomføre i primærhelsetjenesten presenteres i kapittel 3.

Med bakgrunn i funn fra dette prosjektet, skal Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomføre et nytt prosjekt knyttet til prosessene i Helseplattformen: «Samhandling og informasjonsutveksling – kartlegging av fastlegers tidsbruk og rutiner». I den forrige undersøkelsen var fastlegene en av flere kategorier helsepersonell som var inkludert i studien. I det nye prosjektet skal det kun tas utgangspunkt i fastlegerollen og fastlegenes behov knyttet til helseplattformens vedtatte effektmål om:

1. Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
2. Økt effektivitet og bedre ressursbruk
3. Redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger

Formålet med det nye prosjektet er å kommunisere relevant kunnskap om kommunehelsetjenesten, i tillegg til å etablere et empirisk grunnlag for prosjektet «Samhandling og informasjonsutveksling – kartlegging av fastlegers tidsbruk og rutiner». Med utgangspunkt i erfaringene fra tidsbruksundersøkelsen understrekes at det i det nye prosjektet legges opp til å innhente kvalitative data. Ettersom formålet er å etablere kunnskap om organisatoriske, økonomiske og menneskelige faktorer og mekanismer som styrer bruken av teknologi i sektoren, anses kvalitativ metodikk som best egnet. Slik kunnskap vil, på en mer hensiktsmessig måte enn tidsbruksmålinger der effektmålene er økonomisk styrt, kunne bidra til å legge til rette for tilpassede anskaffelser som understøtter behovene i tjenesten.

1.1 Oppsummering av prosjekt knyttet til tidsbruk

Nasjonalt senter for e-helseforskning gjennomførte i 2017 et samarbeidsprosjekt med Direktoratet for e-helse, der overordnede mål var å planlegge og gjennomføre tidsmålinger på utvalgte effektområder knyttet til føringene i «*Én innbygger – én journal*» i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Prosjektets effektmål var å forsøke å skaffe oversikt over tidsbruk på ulike aktiviteter knyttet til innhenting og bearbeiding av behandlingsinformasjon.

Prosjektet ble planlagt og gjennomført i to faser:

- **Fase 1 Kartlegging** hadde til hensikt å framskaffe en helhetlig forståelse av kontekst og arbeidsflyt i den kommunale helsetjenesten, og har bestått av observasjoner, intervju og uformelle samtaler med helsepersonell i fem tjenesteområder i fem kommuner.
- **Fase 2 Design og gjennomføring av spørreundersøkelse** hadde til hensikt å utarbeide og gjennomføre en digital spørreundersøkelse blant helsepersonell og ansatte i førstelinjetjenesten i alle landets kommuner, med unntak av kommunene i Midt-Norge som er del av prosessen med Helseplattformen.

Prosjektet definerte målepunkter og måleenheter for de fire aktuelle effektområdene:

- Kommunikasjon og dokumentasjon i/mellom systemer
- Operere med ikke-brukervennlige systemer
- Enkel tilgang til nødvendig informasjon
- Logistikk og oppgavefordeling

Disse punktene er videre spesifisert i flere målbare aktiviteter. Resultatene fra prosjektet skulle gi et øyeblikksbilde over tidsbruk knyttet til disse aktivitetene. Det var ikke mulig å oppnå et valid øyeblikksbilde gitt stor varians i svarene i tillegg til få svar i flere av respondentgruppene. Det er vesentlige faglige

utfordringene knyttet til å gjennomføre tidsmålinger i en heterogen sektor som primærhelsetjenesten. Resultatene gir likevel interessante indikasjoner på områder som bør undersøkes nærmere. Samtidig mener vi at flere av de kvalitative funnene representerer potensielt viktige lærepunkter og forhold som bør hensynstas i en anskaffelse av felles journal.

1.2 Kort om rapporten

Denne rapporten presenterer funn og resultater fra undersøkelser rundt tidsbruk knyttet til utveksling og behandling av informasjon i den kommunale helsetjenesten. Rapporten beskriver metode, framgangsmåte og empiriske data fra den kvalitative delen av forskningsprosjektet, og gjengir utvalgte resultater tilknyttet spørreundersøkelsen som utgjorde den kvantitative delen av prosjektet. Formålet med rapporten er å bidra med kunnskap og en ytterligere økt forståelse for samspillet mellom teknologi og organisasjon i den aktuelle konteksten.

Kapittel 2 inneholder beskrivelse av metode og prosess rundt den kvalitative komponenten i prosjektet. Kapitlet inneholder også en tematisk beskrivelse av den kommunale helse- og omsorgstjenesten som kontekst for spørreundersøkelsen, basert på den kunnskapen og informasjonen som framkom i denne fasen. Kapittel beskriver kort utviklingen og gjennomføringen av spørreundersøkelsen, inklusive metodiske utfordringer. Kapittel 4 Beskriver de kvalitative funnene fra intervjuer og observasjoner gjennomført i de utvalgte deltakerkommunene. Kapitlet er tematisk inndelt i henhold til definerte mål i prosjektbeskrivelsen. Kapittel 5 oppsummerer funnene.

2 Kommunikasjon og informasjonsutveksling innad i kommunene

Kommunehelsetjenestens ansvarsområde er å løse oppgaver innen forebyggende helsearbeid, diagnostikk og behandling, medisinsk rehabilitering, pleie og omsorg samt bistand ved ulykker og andre akutte situasjoner⁴.

Vi har hatt et avgrenset fokus på fem tjenesteområder; sykehjem, hjemmetjeneste, allmennlegetjenesten (legekantor, legevakt), helsestasjoner og tildelingskontor. Innenfor disse tjenesteområdene er det i særlig grad fokusert på fire målområder knyttet til tidsbruk:

- Kommunikasjon i og mellom systemer
- Operere med ulike systemer
- Tilgang til nødvendig informasjon
- Logistikk og oppgavefordeling

Arbeidet i kommunal helse- og omsorgstjeneste innebærer kontakt og koordinering med andre tjenesteområder både innad i kommunen og med spesialisthelsetjenesten. Dette kapitlet oppsummerer funnene fra intervju og observasjoner.

2.1 Kartlegging av kontekst

For å få et inntrykk av tidsbruk, rollefordeling, arbeidsrutiner og organisering i ulike tjenesteområder i den kommunale helsetjenesten, gjennomførte vi en kartleggingsstudie ved hjelp av observasjoner, intervjuer og uformelle samtaler.

Vi gjennomførte kartlegginger på fem tjenesteområder i et utvalg på fem pilotkommuner:

Kommune	Helseregion	Innbyggere	Areal	Tjenesteområder som er intervjuet ⁵
Tromsø kommune	Nord	74 541	2477 m ²	Hjemmesykepleie, tildelingskontor, helsestasjon, Kommunalsjef
Lenvik kommune	Nord	11 697	850 m ²	Sykehjem (korttidsavdeling og langtidsavdeling), hjemmesykepleie, tildelingskontor, helsestasjon, legekantor, legevakt
Gildeskål kommune	Nord	2 014	665 m ²	Sykehjem (langtidsavdeling og korttidsplasser), hjemmesykepleie, tildelingskontor, helsestasjon, legekantor, legevakt, Kommunalsjef
Trondheim kommune	Midt	190 494	323 m ²	Sykehjem (korttidsavdeling), hjemmesykepleie, tildelingskontor, helsestasjon, legekantor, legevakt, Kommunalsjef
Ullensaker kommune	Sør-øst	35 000	250 m ²	Sykehjem (korttidsavdeling), hjemmesykepleie, tildelingskontor, helsestasjon, legekantor, legevakt

Tabell 1: Oversikt over deltagerkommunene

⁴ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

⁵ Av tidsmessige årsaker har det ikke vært mulig å få avtaler om intervju med samtlige tjenesteområder i alle kommunene.

2.2 Strategisk utvalg av kommuner

1.januar 2017 teller vi 426 kommuner i Norge. Den 8. juni vedtok stortinget at antall kommuner skal reduseres til 354. Kommunesammenslåingen skal være gjennomført senest 1.januar.2020⁶. Kommunene varierer i størrelse, areal, lokalisasjon og i måten de har organisert sine helsetjenester på.

Metodisk vil det være vanskelig å argumentere for at et utvalg på 5 kommuner vil kunne være representativt på nasjonalt nivå. Likeså er ikke formålet i den kvalitative delen av prosjektet å gi generaliserbare data, men å produsere kunnskap med en viss overføringsverdi.

I valg av kommuner har vi vurdert følgende faktorer:

Tilgjengelighet: *Hvilke kommuner har anledning til å ta imot oss /stille opp for intervju innenfor tidsrommet til prosjektet?*

Tilgangen på informanter ble tidlig flagget som en av risikofaktorene i prosjektet. Vi valgte derfor å innta en strategisk tilnærming, der vi kontaktet kommuner innenfor vårt nettverk. Vi har like fullt prøvd å etterstrebe ulikhet i størrelse og geografisk spredning av de valgte kommunene. Hensynet til tilgjengelighet er forsøkt balansert mot hensynet til relevans.

Intervjuene og observasjonene har i hovedsak vært gjennomført ved besøk til de ulike tjenesteområdene i hver kommune. Unntaket er Ullensaker kommune hvor det er gjennomført intervju via telefon og Skype.

Relevans: *Er de utvalgte kommunene med deres tjenesteområder relevant i forhold til kartleggingens formål?*

Valget av kommunale tjenesteområder er gjort i samarbeid med prosjektgruppen i Direktoratet for e-helse, men baserer seg også på tilbakemeldinger vi fikk gjennom innledende møter med Tromsø kommune. Formålet med det aktuelle utvalget har vært å på best mulig måte belyse variablene i effektmodellen og sjekklisten. De valgte kommunene er relevant i forhold til kartleggingens formål. Samtlige kommuner i utvalget tilkjenner erfaringer, kunnskaper og synspunkter knyttet til informasjonsutveksling innad i den kommunale helsetjenesten og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Valget av kommunale tjenesteområder som vi har fokusert på er helsestasjoner, hjemmesykepleie, sykehjem (korttids- og langtidsplasser i Lenvik og i Gildeskål), legekontor, legevakt og tildelingskontor/tildelingsmøte. I små kommuner er disse tjenesteområdene gjerne samlokalisert, noe som tilsier at muntlig overføring av informasjon skjer i større grad enn i kommuner der de ulike tjenesteområdene er lokalisert i separate bygg med geografiske avstander. Slike variasjoner er viktig å ta høyde for i utvikling av spørreskjema. Kommunene har også valgt å utforme tjenestene noe ulikt, for eksempel hvordan tildeling av tjenester er organisert. Dette har vært problematisert i prosessen, og vi har valgt å ikke vektlegge dette ytterligere i dette prosjektet.

Troverdighet: *Kan vi ha tillit til informasjonen som blir presentert?*

⁶ Wikipedia_Norges kommuner

Informantene ble rekruttert ved at prosjektleder sendte forespørsel til KomUT-representantene⁷ eller kommunaldirektør for helse- og omsorgstjenestene der vi ba om tilgang til å gjennomføre observasjoner/intervju med ansatte innenfor de ulike tjenesteområdene skissert i prosjektet. Eposten inkluderte et kort informasjonsskriv⁸ der prosjektets bakgrunn og hensikten med kartleggingsundersøkelsen ble beskrevet. På denne måten fikk vi etablert direkte kontakt med informantene og kunne gjøre avtaler. Observasjoner og intervju ble gjennomført på helsearbeidernes arbeidsplass. Informantene har uttrykt at de ønsker å bidra til forbedringer av informasjonsutvekslingen. Ingen av de forespurte kommunene var negativ til å delta.

I arbeidet med nytt prosjekt i Helseplattformen vurderer vi det som nyttig å kunne gjenbruke enkelte av disse kriteriene, da de kan bidra med å gjøre et objektivt utvalg blant respondentene.

2.3 Forståelse av kontekst

Fem forskere har observert/intervjuet ulike ansatte i fem ulike kommuner. Forskerrollen i denne settingen har vært å sette seg inn i informantenes arbeidshverdag, og med utgangspunkt i denne å få tilgang til informantenes erfaringer. Det vil alltid være fortolkinger knyttet til observasjoner og samtaler og det å skulle gjengi slike situasjoner i prosjektets analytiske fase. Gjennom å benytte felles sjekklister har vi gjort datainnsamlingen mest mulig standardisert. På denne måten har vi sikret tilgang til den samme informasjonen i de ulike kommunene uavhengig av forskeren. Forskerne har skrevet notater i tillegg til at og noen har digitale opptak av intervjuene, som er transkribert i etterkant.

Kartleggingsstudien har også tatt høyde for at måleenhetene skal kunne brukes som en indikasjon for tidsbruk i en videre kontekst. Likevel ser vi at konteksten som datainnsamlingen er gjennomført i varierer mellom kommunene og mellom de ulike tjenesteområdene innad i kommunehelsetjenesten. Kommunene har ulike rutiner, ulike ressurser tilgjengelig og ulike systemer til rådighet. Forståelsen av arbeidsoperasjoner, ressurser og systemer i hver av de undersøkte tjenesteområdene, innebærer at vi har kunnet vurdere måleområdene og eventuelt tilpasse og justere disse. Dette har vært en svært viktig kunnskap i prosessen med å utarbeide konkrete spørsmål til den kvantitative spørreundersøkelsen. Spørsmålene ble utviklet i løpet av tre workshops der forskerne i fellesskap fulgte sjekklstens måleområder og drøftet funnene, instans for instans. Ved å organisere arbeidet slik ble funnene fra den kvalitative delen belyst i forhold til måleområdene i den kvalitative delen.

2.4 EPJ i kommunehelsetjenesten

I forbindelse med Kommunal Utbredelse (KomUT) av elektroniske meldinger er det gjennomført flere nasjonale kartlegginger som overvåker utviklingen i primærhelsetjenesten. Den siste nasjonale kartleggingen av meldingsutbredelse viser at per 2014 bruker alle kommunene i Norge elektronisk pasientjournal (EPJ) i pleie- og omsorgstjenesten. EPJ brukes til saksbehandling, løpende journalføring, tiltaksplaner, medisinmodul med mer.⁹

⁷ KomUT (Kommunal Utbredelse) prosjektet har sørget for at alle kommuner er tilknyttet helsenettet og har bidratt til at de har kunnet komme i gang med elektronisk meldingsutveksling med sykehus og fastleger (pleie- og omsorgsmeldinger).

⁸ Se vedlegg 1

⁹ Meldingsutbredelse i kommune helsetjenesten. Sluttrapport Kommunal Utbredelse (KomUT) 2012 – 2014, Norsk helsenett SF, Heidi Slagsvold 2015

Det er i hovedsak tre leverandører av EPJ til pleie og omsorgstjenestene:

- Profil (Visma)
- CosDoc (Acos)
- Gericca (Tieto)

Disse benyttes i alle kommunale pleie- og omsorgstjenester, inkludert sykehjemslegene¹⁰ (enkelte sykehjemsleger dupliserer mellom PLO-system og fastlegesystem). Systemene er bygget på moduler, slik at du kan ha én modul for lege, én modul for hjemmetjeneste og én modul for saksbehandling. Det er likevel utfordringer knyttet til å innhente informasjon mellom modulene selv om tjenesteområdene internt i kommunene bruker det samme systemet, for eksempel mellom hjemmetjeneste og tildelingsenhet.

På fastlegesiden er primært følgende systemer i bruk:

- Plenario (Infodoc)
- Profdoc (GCM)
- System X (Hove)
- CGM-legevakt er et eget legevakts system for legevakt. Systemet har ikke tilgang til fastlegesystemet.

Helsestasjoner benytter HsPro, Infodoc Plenario eller CGM-helsestasjon.

2.5 Kunnskapsgrunnlag for utvikling av relevante spørsmål

I det følgende oppsummeres de mest sentrale funnene fra hvert tjenesteområde. Fokus for denne delen er knyttet til de fire tematiske målområdene prosjektet fokuserer på:

- Kommunikasjon i og mellom systemer
- Operere med ulike systemer
- Tilgang til nødvendig informasjon
- Logistikk og oppgavefordeling

2.5.1 Hjemmesykepleien

Alt helsepersonell som yter pasientbehandling har dokumentasjonsplikt. I hjemmesykepleien er det likevel i hovedsak sykepleiere som håndterer den elektroniske informasjonsutvekslingen. En av konklusjonene etter å ha gjennomført intervjuer, observasjoner og samtaler, er at en spørreundersøkelse om tidsbruk knyttet til informasjonsutveksling primært bør rettes til sykepleiere i hjemmetjenesten. Hjemmesykepleiere dokumenterer og utveksler hyppig informasjon via kommunenes elektroniske PLO-system.

Et annet hovedfunn er at mobil tilgang til journalsystemene er svært viktig, og er allerede utbredt i hjemmesykepleien. Mobile løsninger i form av PC, nettbrett og smarttelefon/PDA som gjør det mulig å dokumentere mens man er på hjemmebesøk er viktige verktøy i mange kommuner. Dette er særlig aktuelt i distriktskommuner med store avstander der hjemmesykepleierne har mye ventetid i ferger eller i bil. Utfordringer som rapporteres i den forbindelse er fortsatt dårlig mobildekning i perifere områder. Ved bruk av mobilt utstyr slipper ansatte å skrive ut arbeidslister på papir, de kan dokumentere

¹⁰ I Bergen brukes GBD i tillegg til Profil, GBD mangler bl.a. saksbehandling og elektronisk kommunikasjon.

fortløpende i løpet av arbeidsdagen i tillegg til at de har tilgang til nødvendige helseopplysninger når de utfører oppdrag hjemme hos pasienten. Dette under forutsetning av god nettforbindelse.

Bruk av mobile løsninger synes å påvirke graden av informasjonsduplisering. I eKommunekartleggingen¹¹ gjennomført sommeren 2014 svarte over 60% av kommunene at de har tatt i bruk håndholdte enheter, ca. 37% av disse i stor/meget stor grad. Til tross for 2014-tallene finner vi stor variasjon i erfaring i observasjonskommunene, i særlig grad gjelder dette distriktsområder som rapporterer problemer med mobildekning. Fordi mobile enheter kan påvirke smidighet i både informasjonsutveksling, planlegging og logistikk har vi, med utgangspunkt i funnene fra den kvalitative studien, valgt å vektlegge mobile enheter som en potensiell faktor i den kvantitative spørreundersøkelsen.

2.5.2 Sykehjem

På sykehjem er flere profesjonsgrupper involvert i informasjonsutvekslingen. Enhetsledere, avdelingsledere, sykepleiere, sykehjemsleger, fysioterapeuter og ergoterapeuter har alle sentrale roller. Vi mener likevel at det er hensiktsmessig å fokusere spesielt på tidsbruk knyttet til sykepleiere og sykehjemslegers funksjoner. Begrunnelsen for dette er at vi gjennom kartleggingen erfarer at disse rollene er hovedaktørene i kommunikasjonen vi vil undersøke. Den omfattende informasjonsutvekslingen mellom avdelingen og pårørende, fastleger, tildelingskontor, legevakt og andre tjenestesteder i kommunen gjør at koordinatorrollen bruker mye tid på å ringe eller svare på telefoner. Denne koordinatorrollen er det hovedsakelig sykepleiere som innehar.

Organiseringen av sykehjemslegefunksjonen varierer mellom observasjonskommunene. Det er i særlig grad demografiske forhold som påvirker denne organiseringen, men hovedtrekkene er at større sentrale sykehjem har faste sykehjemsleger, mens legen ved mindre sykehjem er ansatt i mindre stillinger. Legene på sykehjem må logge seg inn i sykehjemmets journalsystem. For de fleste innebærer dette at de må forholde seg til et annet journalsystem enn de vanligvis møter på fastlegekontoret. I slike tilfeller blir det mye duplisering av informasjon.

Pårørende har også en viktig rolle i informasjonsutvekslingen rundt pasienten. Vi velger derfor å ta dette inn som et moment i Nasjonalt senter for e-helseforskningss forskningskomponent av spørreundersøkelsen.

2.5.3 Fastlegekontor

Fastlegen har en viktig rolle i å koordinere pasientens behov for medisinske tjenester, og er i de fleste tilfeller pasientens viktigste og nærmeste helseaktør. Fastlegefunksjonen fremstår derfor som et kritisk punkt; dersom tjenesten ikke fungerer hos fastlegen vil det kunne gi ringvirkninger videre i et behandlingsforløp eller pasientsituasjonen for øvrig.

Fastlegene samhandler mye med spesialisthelsetjenesten. Funn fra den kvalitative undersøkelsen viser at det brukes mye tid på å rette opp feil i adresselister. Slike feil fører ofte til avvik som at henvisninger ikke følges opp fort nok, og at pasientene ikke får nødvendig helsehjelp i rett tid. Dette temaet er ikke fokus i denne kartleggingsstudien. Det er likevel viktig å poengtere at en velfungerende informasjonsutveksling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for en god og effektiv informasjonsflyt også innad i kommunehelsetjenesten. For å få enda bedre innsyn i fastlegenes arbeidshverdag besluttet vi å gjennomføre et fokusgruppeintervju med et definert ekspertpanel bestående av fastleger tilknyttet et fastlegekontor i Tromsø. Dette ble gjort på bakgrunn av at fastlegene er et nav i behandlingsskjeden. Vi ønsket å få verifisert vår forståelse av fastlegerollen og informasjonsutvekslingen de

¹¹ Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten Status, utfordringer og behov; helsedirektoratet, 2014

ivaretar også når de er på sykehjem, legevakt og helsestasjoner. Fokusgruppeintervjuet ble tatt opp på lydband og transkribert.

Manglende muligheter for informasjonsutveksling med spesialisthelsetjenesten eller andre helseaktører utenfor egen kommune fremheves av informantenesom en utfordring og en tidstyv. Det samme gjelder pasienter som bytter fastlege internt i kommunen. Fastlegene rapporterer at de bruker mye tid på å lete i gamle journalnotat, skaffe seg oversikt over medisinalister og oppdatere disse. De forteller videre om mye unødvendig tidssløs på å skanne informasjon fra papir, som for øvrig ikke er søkbar i journalsystemet etter skanning. Det er i seg selv en utfordring. Videre er ofte pasientenes journaler mangelfulle da dokumentasjon på tidligere rekvireringer (eks. røntgen, laboratorieprøver etc) ikke er registrert. Mye av informasjonsutvekslingen internt i kommunen skjer via telefon, både inngående og utgående samtaler. Fastlegene har svært tett dialog med hjemmetjenesten, der legene bruker mye tid på muntlig informasjon.

Fastlegene savner nasjonal samkjøring av journalsystemene. Dagens situasjon innebærer mange plattformer/moduler, som i seg selv er tidkrevende å forholde seg til.

Samtidig finner vi at andre yrkesgrupper på fastlegekontor er interessante for spørreundersøkelsen. Både helsesekretærer og sykepleiere deltar aktivt i bearbeiding og klargjøring av pasientinformasjon. Dette er et viktig moment å ivareta i senere undersøkelser av tjenesten.

2.5.4 Legevakt

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet¹². Legevaktordningen skal blant annet

- Vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- Diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og
- Yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.

Legevaktlegene rapporterer at de forholder seg til flere informasjonssystemer enn de gjør i andre legeroller. De poengterer at avhengig av hvilken løsning som benyttes, vil eksempelvis Pasientreiser, oppslag i Fastlegeregisteret og administrering av betalingssystem kunne være godt integrert med EPJ-løsningen.

Ansatte ved legevakten bruker mye tid på å innlogging i ulike systemer. De bruker i tillegg mye tid på å innhente opplysninger om nye tilflyttede pasienter samt å sjekke systemet for meldinger (epikriser) sendt fra lege på legevakt til pasientens fastlege. I tilfeller der legevakten ikke er kommunikasjonspartner¹³ med pasientens fastlegekontor er det en løpende risiko for at epikrisen blir liggende usendt. Denne må i så tilfelle sendes pr. post.

2.5.5 Helsestasjon

Helsestasjonen har en sentral plass i kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid. Helsestasjonens ansatte møter nesten alle barn fra fødselen av, og kan nå mennesker som ikke fanges opp av øvrige tjenester. Helsestasjonene er involvert i svangerskapsoppfølging, spedbarnskontroller, vaksina-

¹² Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften)

¹³ Definert kommunikasjonspartner i Adresseregistret

sjonsprogram og skolehelsetjeneste. Helsestasjon er den instansen som er minst digital av de tjenestekområdene vi har observert. Her ligger det forventninger om store gevinster ved overgang til i elektronisk informasjonsutveksling.

Helsestasjonene benytter i noen grad egne journalsystem der de utfører intern dokumentasjon, men har i mindre grad enn de andre tjenestekområdene etablert elektronisk meldingsutveksling med de øvrige tjenestekområdene i kommunen. Mye av informasjon som utveksles med fastleger, jordmortjeneste, vaksinasjonskontor og skolene dupliseres. På mange helsestasjoner er det en del av daglig rutine at notater fra håndskrevne gule lapper legges inn i systemene når man er tilbake på kontoret.

Mye unødvendig tid går med til å signere/skrive samtykkeerklæringer fra foreldre på vegne av deres mindreårige barn. Å innhente skriftlig samtykke er også tidkrevende.

Helsekort for gravide nevnes også som en tidstyv. Fordi disse enda er i papirform på mange helsestasjoner dupliseres mye informasjon. Dette fordi det stilles krav til både skriftlig og digital dokumentasjon.

2.5.6 Tildelingskontor

Kommunene organiserer tildeling av helse- og omsorgstjenester forskjellig. Noen kommuner har egne tildelingskontor, andre har egne, ansvarlige personer, mens atter andre har tjenesteansvaret delegert til personer som jobber ved desentraliserte enheter.

Tildelingskontorets hovedoppgave er å tildele tjenester og fatte vedtak om hjelpemidler som kommunen tilbyr, for eksempel hjemmesykepleie, korttidsopphold, omsorgslønn, personlig assistent, velferdsteknologi og tjenester knyttet til funksjonshemming eller psykisk helse.

Tildelingskontorene mottar søknader om helsehjelp elektronisk eller på papir. Det er mange koordineringsoppgaver knyttet til å ha oversikt over ledige plasser for korttidsopphold på sykehjem eller ledige KAD-senger. Informantene oppgir at journalsystemet de bruker ofte er delt opp i én modul som de kliniske tjenestene bruker, og en annen modul som sakbehandlertjenesten bruker. Flere opplevde det som en kompliserende faktor at de ikke hadde automatisk tilgang til pasientopplysningene de hadde behov for i saksbehandlingen. De måtte ofte bruke tid på å kontakte de kliniske tjenestene muntlig eller skriftlig for å få tilgang til nødvendig informasjon. I tillegg til at dette oppleves som en tidstyv har slike heftelser negative effekter på saksbehandlingstiden. Sen saksbehandling grunnet lite effektive elektroniske systemer innebærer ofte purringer og klager, med ytterligere ineffektivitet som konsekvens.

3 Oppsummering av spørreundersøkelse

Dette kapitlet oppsummerer kort prosessen knyttet til utvikling, gjennomføring og etterarbeid med spørreundersøkelsen i prosjektet.

Fase 1 inkluderer kartlegging, observasjoner og intervju, og gav god innsikt og forståelse av arbeidsrutiner, oppgavefordeling, organisering og øvrig kontekst i tjenesteområdene. Denne kunnskapen har vært avgjørende for utviklingen av spørsmålene til den kvantitative delen.

Spørreundersøkelsen er basert på kunnskap fra Fase 1 og har til hensikt å skaffe oversikt over tidsbruk på ulike aktiviteter knyttet til innhenting og bearbeiding av behandlingssinformasjon. Denne kunnskapen kan bidra til å verifisere tallmateriale i effektanalysen for «*Én innbygger – én journal*».

Gjennom lisensiert tilgang er Questback brukt som plattform for spørreundersøkelsen.

3.1 Planlegging og utarbeiding av spørreundersøkelse

3.1.1 Utvikling av spørsmål

Spørsmålene er validert og kvalitetssikret gjennom workshop med fagressurser fra et utvalg kommuner, Direktoratet for e-helse, KS og Nasjonalt senter for e-helseforskning. I forkant av utsending av undersøkelsen ble det i tillegg gjennomført pilotering og testing av spørreskjema ved hjelp av testpersoner fra samtlige tjenesteområder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Utgangspunktet for spørsmålene er effektmodellen fra utredningen av «*Én innbygger - én journal*»¹⁴.

Effektmål (nivå 1)	Effektområde (nivå 2)	Effekt (nivå 3)
1. Bedre helse, økt pasientsikkerhet og kvalitet	1.1 Innbyggermedvirkning	1.1.1 Grunnlag for etterlevelse av behandling og råd
		1.1.2 Mulighet for egenvurdering og etterprøvnbarhet
	1.2 Kvalitet i helsehjelp og forebygging	1.2.1 Omfang av feil, svikt og skader
		1.2.2 Presisjon og virkningsgrad i behandling
		1.2.3 Konsistens i behandlingspraksis og innsikt i kvalitet som grunnlag for kontinuerlig kvalitetsforbedring og valgfrihet
		1.2.4 Samspill mellom personell og IKT
	1.3 Grunnlag for styring og kunnskapsutvikling	1.3.1 Kvalitet og tilgjengelighet i data
		1.3.2 Nye aktivitets- og helsedata
	1.4 Personvern	1.4.1 Ivaretagelse av pasient- og brukerrettigheter, tilgangsstyring mv.
		1.4.2 Eventuelle personvernulemper
2. Bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser	2.1 Effektivitet i samhandling med innbygger	2.1.1 Selvbetjening, samhandling og grunnlag for hjemmemåling
	2.2 Effektivitet i informasjonshåndtering	2.2.1 Tidsbruk til innhenting og bearbeiding av behandlingssinformasjon
		2.2.2 Kostnader til informasjonsdeling
		2.2.3 Tidsbruk til innhenting og bearbeiding av sekundærdata
		2.2.4 Kostnader til forvaltning av beste praksis/IKT-fagutvikling
	2.3 Effektivitet i bruk av kompetanse og infrastruktur	2.3.1 Omfang av duplikate undersøkelser og utredninger/vurderinger
		2.3.2 Ressursforbruk i behandlingsbeløp
		2.3.3 Utnyttelsesgrad for utstyr og personell
2.4 Effektivitet og stabilitet i IT-drift, vedlikehold og utvikling	2.4.1 Kostnader til drift og vedlikehold i IKT-løsninger	
	2.4.2 Stabilitet og robusthet i IKT-løsninger	

Figur 1: (Modifisert) Effektmodell fra "Utredning av "Én innbygger - én journal" (sammendrag)

¹⁴ https://ehelse.no/Documents/En%20innbygger%20-%20en%20journal/Sammendrag%20Utredning%20av%20C3%89n%20innbygger%20-%20C3%A9n%20journal_1.0.pdf

I samarbeid med prosjektgruppen i Direktoratet for e-helse ble det besluttet å planlegge og gjennomføre en nullpunktsmåling på effektmodellens punkt 2.2.1 «Tidsbruk til innhenting og bearbeiding av behandlingsinformasjon»; og 2.2.3 «Tidsbruk til innhenting og bearbeiding av sekundærdata», begge under effektområdet 2.2 «Effektivitet i informasjonshåndteringen». I tillegg har Direktoratet for e-helse utarbeidet en variabelliste brukt i vurdering av effektområdene i tidligere prosesser. Denne har vært benyttet i en bearbeidet versjon i dette prosjektet, og har i stor grad vært førende for spørsmålene undersøkelsen.

Selv om prosessen med å utvikle spørsmål har vært iterativ gjennom aktivt å etterstrebe forankring hos de aktuelle tjeneste- og fagmiljøene, ser vi i ettertid at ikke alle spørsmål har truffet like godt. Spørreundersøkelsens målgruppe inkluderte flere tjenesteområder, og ble dermed svært omfattende. Å treffe optimalt med formuleringer til en helsetjeneste som nasjonalt er organisert svært ulikt viste seg å være vanskelig. Undersøkelsen ble av den grunn en øvelse i å utarbeide tilstrekkelig presise og relevante spørsmål, som samtidig var så åpne og generiske at de var egnet til å ta høyde for svært ulik praksis i tjenestene.

3.1.2 Rekruttering

Informantene ble rekruttert ved at prosjektleder sendte en henvendelse til kommunalsjefer for helse via postmottak i den enkelte kommune. Hensikten var å informere om den forestående spørreundersøkelsen og å forankre den hos øverste leder for helse. I tillegg til ba vi om å få oppnevnt kontaktpersoner for de relaterte tjenesteområdene som undersøkelsen rettet seg mot.

Samtlige kontaktpersoner fikk tilsendt informasjonsskriv der undersøkelsens formål og bakgrunn ble presentert. En orientering om praktisk gjennomføring, personvern og forskningsetikk ble gitt i samme skriv. Undersøkelsen ble distribuert ved at oppnevnte kontaktpersoner sendte epost med link til spørreskjema til alle ansatte i sitt tjenesteområde.

Tabellen under viser de roller ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen. Med bakgrunn i omfanget av denne rapporten har vi valgt å ta med spørreundersøkelsesresultatene fra de gruppene markert med grønt. Disse presenteres i Kapittel 4 sammen med de kvalitative funnene.

Tjeneste	Roller
Helsestasjon	Helsesekretær
	Lege
	Helsesøster
Fastlege/Legevakt	Helsesekretær
	Sykepleier
	Lege
	Andre
Hjemmetjenester	Helsesekretær
	Helsefagarbeider
	Sykepleier
Sykehjem Korttids-avdeling/Langtids-avdeling	Helsesekretær
	Lege

	Helsefagarbeider
	Sykepleier
Tildelingskontor	Saksbehandler
Organisert ulikt i kommunene. Kan være sentralisert ved tildelingskontor eller distribuert ute i tjenestene	Systemansvarlige for kommunale helse og omsorgs-tjenester

Tabell 2: Rekrutterte informanter fra de ulike tjenesteområdene

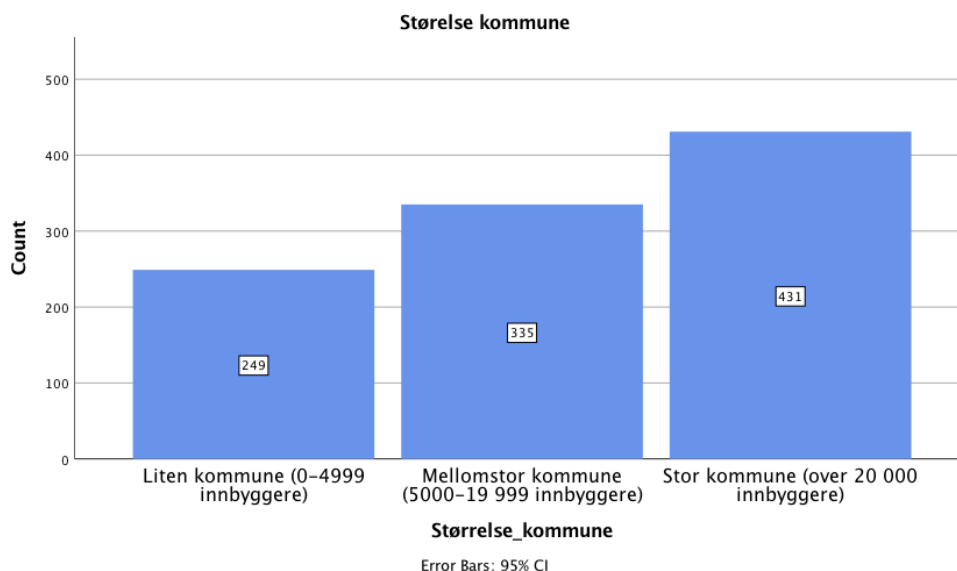
3.2 Presentasjon av respondentgruppen

Spørreundersøkelsen ble åpnet og distribuert til kontaktpersonene via e-post 21. september 2017. Spørreundersøkelsen var åpen i tre uker. I løpet av denne tiden ble det sendt ut to påminnelser/purringer til kontaktpersonene. Etter at spørreundersøkelsen ble avsluttet var antall innsendte individuelle svar (N) = 1245. Etter eksklusjon og vasking av datasettet ble endelig antall respondenter = 1022.

Datamaterialet ble eksportert fra Questback og behandlet av statistikere ved Nasjonalt senter for e-helseforskning. Vasking, grafisk framstilling og produksjon av tabeller i rapporten er gjort i SPSS.

Geografi: Vi har i undersøkelsen bedt respondentene angi hvilken størrelseskategori kommunen deres tilhører, og har i datagrunnlaget muligheten til å skille besvarelsene mellom disse kategoriene for sammenligning. Vi har i denne omgangen valgt å ikke gjøre det, med bakgrunn i en forholdsvis lavt antall respondenter. Det kan likevel være en interessant observasjon å se at besvarelsene er fordelt mellom både, små, mellomstore og store kommuner. På sammen måte blir også fylkesinndelingen en illustrasjon av fordelingen av svar på fylkesnivå.

Respondentene er fordelt som følgende på ulike kommunestørrelser¹⁵:

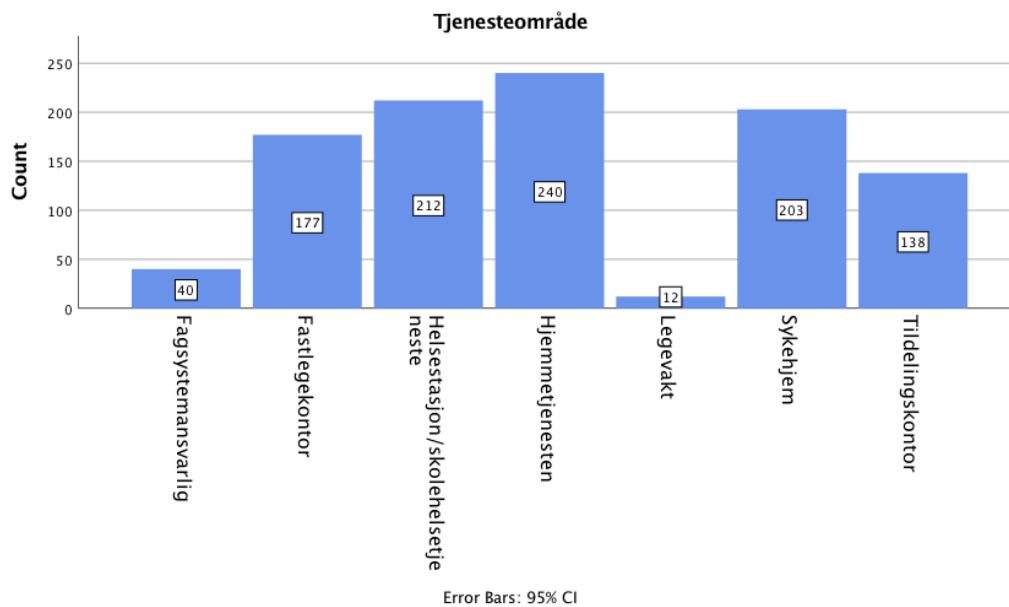


Figur 2: Respondentfordeling mellom kommunestørrelsene

¹⁵ SSBs standard for størrelsesgruppering av kommuner: https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201108/rapp_201108.pdf

Tjenesteområde: For noen av tjenesteområdene vil det i rådataen være mulig å skille besvarelser på et mer detaljert nivå enn presentert her. Blant annet vil tjenesteområde Sykehjem kunne differensieres mellom langtidsavdeling og korttidsavdeling. En slik differensiering vil imidlertid gi et for lavt antall respondenter.

Respondentene er fordelt som følgende mellom tjenesteområdene:



Figur 3: Respondentfordeling mellom tjenesteområdene

3.3 Metodiske utfordringer

Konteksten som datainnsamlingen er gjort i, varierer mellom de ulike tjenesteområdene i kommunehelsetjenesten da de har ulike rutiner, ulike ressurser tilgjengelige og ulike systemer til rådighet. Utfallet av de ulike variablene varierer i de ulike kommunene, innenfor de samme tjenesteområdene, basert på kommunens størrelse, kommunenes samhandlingsmuligheter og kommunens kapasitet. Totalt vil dette gi store variasjoner i målingene av tidsbruk. Ved å bygge analysene på forståelsen av arbeidsoperasjoner og ressurser fra kartleggingene i Fase 1, har vi kunne gjøre en vurdering av variasjonen i variablene. Den kvalitative pre-studien gav oss verdifull informasjon om at man i en tidsmåling av tjenesteområder i primærhelsetjenesten kunne forvente vesentlige utfordringer med å innhente valide data samt ta høyde for all variasjon. Det ble poengtert fra en rekke informanter at de vurderte det som svært vanskelig å skulle svare nøyaktig på spørsmål om tidsbruk knyttet til registrering i og bruk av ulike datasystemer. Som årsaker til disse utfordringene oppgav de at slikt «administrativt arbeid» er noe de gjør innimellom andre oppgaver, og gjerne samtidig som at de gjør andre ting (for eksempel tar en rask kaffekopp ved PC-en, tar en kort pause eller lignende). Selv det å skulle være bevisst på å notere tidsbruk en dag eller en uke mente flere informanter likevel ville gi unøyaktige data. Dette fordi det oppleves som vanskelig å være bevisst på tidsbruken knyttet til slike «små men mange» gjøremål som ikke er direkte knyttet til utøvelse av en helsetjeneste. I tillegg påpekte flere av informantene at tidsbruk knyttet til flere av målepunktene ikke i seg selv var negativ; de følte at dette var nødvendige kommunikasjonsrutiner og -oppgaver som gav viktig informasjon i deres arbeid. Når det likevel ble gjennomført

en undersøkelse av tidsbruk, uten å kartlegge de spesifikke betingelsene disse fenomenene oppstår i på hvert enkelt sted, var det en kjent risiko å få et forenklet bilde av situasjonen. Vi har gjennom arbeidet i Fase 1 kartlagt overordnede betingelser, men disse er kun gjeldende for det enkelte sted observasjonene er gjort. Det er store variasjoner mellom kommunene, både demografisk, organisatorisk og kulturelt. Det er derfor vanskelig å si noe generelt om tidsbruk ut fra datagrunnlaget, uten samtidig å se på underliggende betingelser. Dette understreker det faktum at helsetjenesten er en svært heterogen organisasjon. Greenhalgh et al 2010 har undersøkt innføringen av elektronisk pasientjournal i National Health Services (NHS) i Storbritannia. I studien advares det mot å søke etter universelle og statistiske parametere som grunnlag for slutninger om forbedring i komplekse og politiserte arenaer.¹⁶

¹⁶ (T. Greenhalgh and J. Russell (2010) "Why Do Evaluations of eHealth Programs Fail? An Alternative Set of Guiding Principles", PLoS Medicine | www.plosmedicine.org 2 November 2010 | Volume 7 | Issue 11 | e1000360)

4 Oppsummering av funn

4.1 Bedre samhandling i og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Fastlegene bruker mye tid på å kommunisere med spesialisthelsetjenesten. Flere respondenter påpeker imidlertid at mye av informasjonsflyten fungerer godt, og nevner elektroniske epikriser som eksempel på hvordan de mottar informasjon fra sykehuset raskere enn før. Likevel påpekes det at systemet er sårbart, og at de er helt avhengig av at helsepersonell på sykehus har gode rutiner på utsending av notater. Dette gjelder dels også innholdet i epikriser. En respondent utdyper:

Det vi får elektronisk av epikriser nå gjør at vi får dem raskere, nå står det ikke på postgang mer men når står det mer på at de på sykehuset er nødt til å ta seg sammen og få sendt epikriser ut, og noen er flinke til det og noen er ikke flinke til det. Men, informasjonsflyten krever ganske mye tid og det er uoversiktlig i betydelig grad.

En annen utdyper:

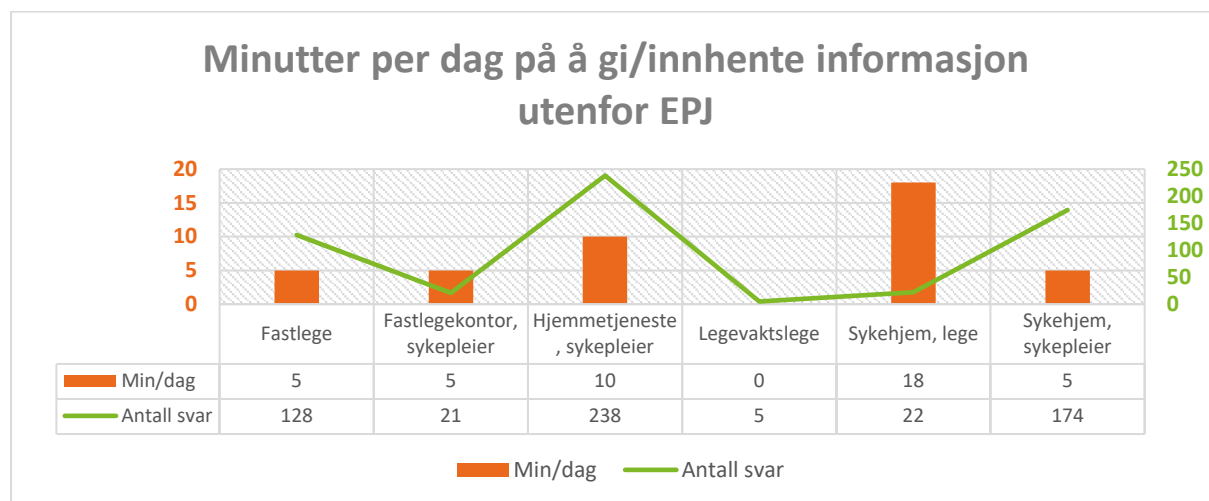
Vi får PLO-meldinger, det er en stor fordel, vi får NAV-meldinger, det er også en fordel og vi får andre typer meldinger. Vi får brev fra sykehuset om at nå har pasienten fått time, og alt dette legger seg inn i en journal til pasienten.

Flere av respondentene påpeker også at den begrensede mengden relevant informasjon de som fastleger har tilgang til fra spesialisthelsetjenesten fører til tidkrevende ekstraarbeid, og i flere tilfeller unødvendige undersøkelser for pasienten:

Fastlegene har heller ikke oversikt over blodprøver og røntgen tatt på sykehuset, så man ender opp med å rekvirere ting unødvendig på nytt. Også får man beskjed om at den undersøkelsen er seponert fordi pasienten gjorde samme undersøkelse for noen dager siden.

Sitatet over illustrerer godt behovet for mer effektiv informasjonsdeling på tvers av journalsystemer og organisatoriske grenser, og gjenspeiler godt intensjonen bak felles journal. Dette syntes å være spesielt utfordrende for de fastlegene som også fylte rollen som legevakslege i distriktene. Særlig synlig ble dette for en legevakslege som i sin tjeneste måtte benytte en røntgenstue som organisatorisk var underlagt spesialisthelsetjenesten, og dermed et annet journalsystem. Legen forklarte at han etter utført røntgen måtte ringe radiolog på sykehuset som måtte tolke bildene, siden han selv ikke hadde tilgang til å se dem. Dette resulterte i økt ressursbruk for legen og økt ventetid for pasienten, ofte for å konstatere enkle bruddtilstander.

I spørreundersøkelsen ble respondentene spurt om tidsbruk knyttet til det å innhente og gi informasjon som ikke var dokumentert i journalsystemet.



Figur 4: Minutter per dag på å gi/innhente informasjon utenfor EPJ

Mens fastlegene bruker fem minutter per dag på å innhente/gi informasjon som ikke er dokumentert i journal, bruker sykehjemslegene til sammenligning 18 minutter. Dette harmonerer godt med det som framkommer i intervjuene, der flere av respondentene opplever at arbeidet tar lengere tid på sykehjem på grunn av utfordringer med journalsystemer. Dette poenget er relevant å bringe inn i det videre arbeidet mot Helseplattformen.

Medisinlister ble også trukket fram som et område der sårbar informasjonsflyt og mangelfulle rutiner skapte unødvendig tidsbruk og risiko for feil hos legen. Ofte opplevdes det som svært uklart for fastlegen hvorfor det var gjort spesifikke endringer i pasientens medikasjon etter et sykehusopphold. Det ble etterlyst større transparens i disse prosessene. Fastlegene brukte betydelig telefontid på å oppklare hvorfor legemidler var blitt ordinert eller seponert. Ofte var dette begrunnet i bivirkninger, eller at legemidlet hadde vært forsøkt uten ønsket effekt. Å ringe vedkommende lege på sykehuset for å oppklare dette ble derfor en nødvendighet for å unngå feil eller ordinere legemidler som allerede hadde vært forsøkt. En annen lege påpeker likevel: «Vi får en epikrise fra sykehuset og der står det en medisinliste, og den forholder jeg meg til. Da oppdaterer jeg pasientens medisinliste hos meg, og så tenker jeg dette er den korrekte».

På spørsmål om hvordan de ser for seg at denne informasjonen bedre kunne vært delt, utdypes det:

I Sverige så var det her gjort mye mer genialt. Der ligger multidose på nettet, og hver lege har en bruker til multidose. Så når du hadde en pasient med multidose og du skulle gjøre endringer i multidosen, så logger du deg inn på nettet, gjorde endringene der, og så var det den databasen som apoteket forholder seg til.

Videre:

Og så endrer jeg jo da i medisinkortet som jeg da skriver ut og signerer og leverer dit tilbake, sånn at de kan endre og sende til apoteket. Men hadde da sykehuslegen kunnet logget seg inn på multidose, så kunne han ha gjort de endringene i multidose og så hadde det blitt sånn.

På direkte spørsmål om funksjonaliteten i en delt journalløsning med spesialisthelsetjenesten var likevel flere av respondentene tilbakeholden, og fryktet at det fort kunne resultere i for mye informasjon:

Det er helt overflødig. Og jeg vil tro at sykehuset har ingen interesse av å lese alle mine journalnotater. Altså, hva ortopedien skal med øyekatarren i forrige uke? Det er jo nada niks interesse. Så heller det at man har gode kommunikasjonsveier og så at de viktige tingene som medisiner og lab-svar var en base som alle journalsystemene hadde tilgang på.

En annen fastlege påpeker videre at de i sin funksjon har kontakt med svært mange aktører allerede, og at kommunikasjon fra hjemmetjenesten, sykehuset og NAV allerede i noen kommer inn i journalsystemet deres: «Det gjør journalbildet betydelig mer uoversiktlig, og selv om det er søkemuligheter så er det blitt mer uoversiktlig, og jeg tør nesten ikke tenke på at hvis vi får en felles journal (...)».

4.2 Økt effektivitet og ressursbruk

Et annet aspekt som respondentene rapporterte som ressurskrevende var selve journalsystemene. Tungvinte brukergrensesnitt og dårlig tilgang på support ble av flere trukket fram som en utfordring. Det ble også påpekt at mye tid kastes bort i telefonkø hos systemleverandøren: «Jeg er ikke veldig godt fornøyd med den programvaren vi har, det er for uoversiktlig, det har vært store problemer med å få support, må vente i veldig lang tid og fortsatt er ikke det bra». En annen lege utdyper: «Det er jo litt sånn telefonkø hos [journalsystemet], men vi får jo som regel det i løpet av dagen i hvert fall».

På spørsmål om de vurderer egen, eller fastlegekontorets, nødvendige kompetanse som tilstrekkelig var det flere som uttalte at de hadde kompetansen tilgjengelig, men at det ofte var svært sårbart da det som regel var én person som kunne systemene godt nok. Flere oppgav også at de regelmessig måtte

belage seg på å bruke papirjournaler som back up-løsning på grunn av hyppig nedetid på den elektroniske journalen deres.

Respondentene som i tillegg til fastlegefunksjonen hadde stilling som sykehjemslege påpekte utfordringer med å ha flere ulike journalsystemer å forholde seg til. En lege beskrev det å måtte lære seg å håndtere to ulike journalsystemer som å lære seg to ulike språk, mens en annen sa: «70 % av tiden brukes på datatrøbbel og 30 % på pasienter når jeg er på sykehjem (...) Ting tar dobbelt så lang tid på sykehjemmet som på fastlegekontoret». Fastlegene med sykehjemslegefunksjon opplevde også bruken av to ulike systemer som problematisk når pasienten skulle flytte mellom tjenestenivåene:

[Det] skal det jo være ulike journalsystem og eneste som er, det hadde jo vært fordel hvis man kunne overføre journal elektronisk fra [journalsystem 1] og over i [journalsystem 2] når pasienter flytter inn på sykehjemmet. For nå printer vi den jo ut og så bærer vi den fysisk over gangen.

Dette representerer også en alternativ rutine for flytting av journalinformasjon som også flere andre steder har tvunget seg fram.

4.3 Redusert tidsbruk på dokumentasjon og leting etter helseopplysninger

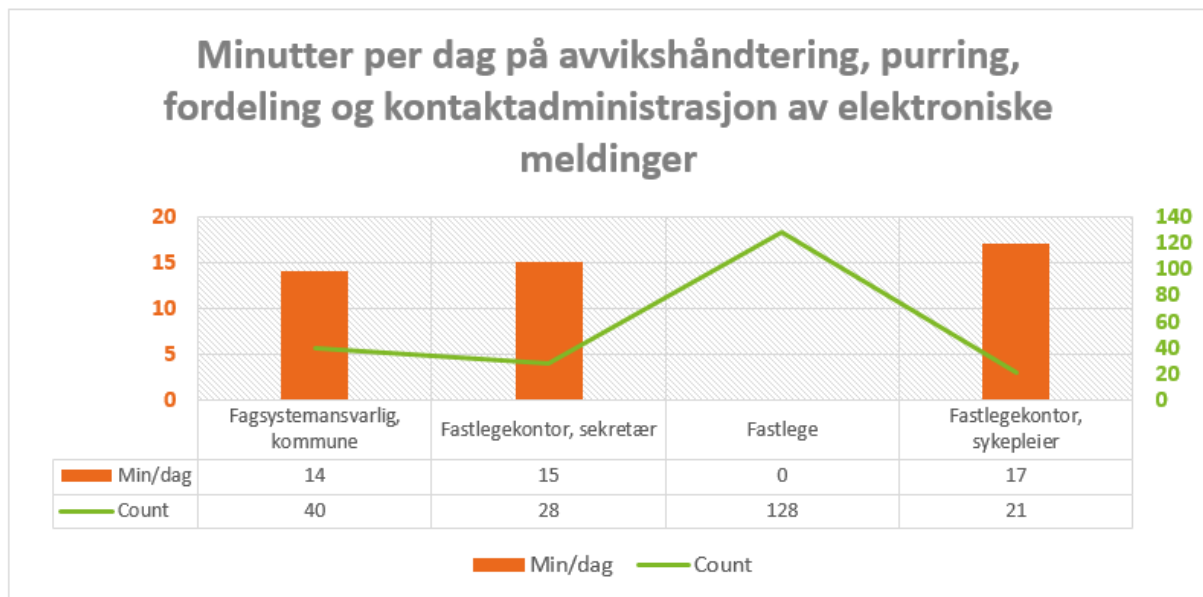
Gjennom intervjuer med fastlegene ble det beskrevet flere aspekter ved dagens situasjon som bidro til unødvendig tidsbruk knyttet til kommunikasjon og informasjonsutveksling. Blant annet påpekte flere at Adresseregisteret¹⁷ over kommunikasjonspartnere var lite intuitivt og ofte utdatert. Dette førte til at flere ikke fikk sendt informasjon elektronisk etter hensikt, og dermed måtte benytte vanlig postgang for å oversende viktig pasientinformasjon: «Henvvisninger på sykehjem til spesialisthelsetjenesten må skrives ut på papir og sendes i post, det er en manglende mulighet til å kommunisere elektronisk».

En annen respondent utdyper:

Også sender vi noe per post, men jeg vet ikke om det er fordi vi på en måte ikke har en god nok [måte] å sette opp partnere i [journalsystemet]. Men sånn som hvis jeg skal henvise noen til Lovisenberg i Oslo, da funker det ikke sånn som det er satt opp nå i hvert fall. Så der har jeg måtte ha sendt som brev, henvisninger.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det brukes betydelig tid på administrering og oppfølging av meldingssystemet og meldinger, men at dette i stor grad ble utført av annet personell på fastlegekontoret enn fastlegene selv. Merk at tallene under er basert på median, og at store individuelle variasjoner forekommer.

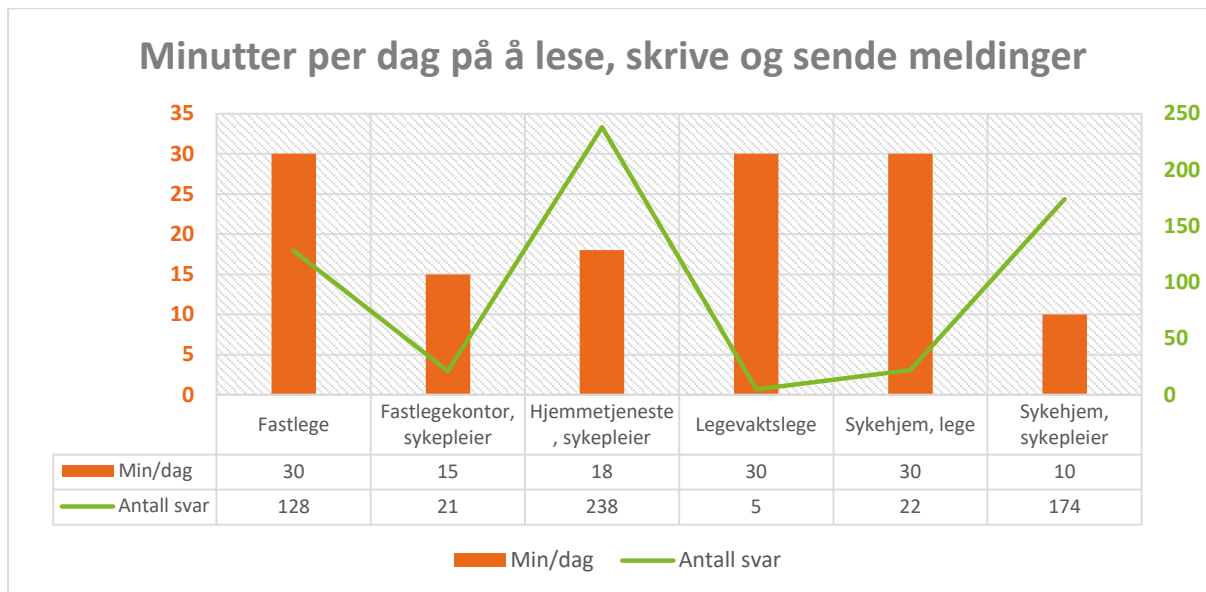
¹⁷ Adresseregisteret (AR) er et felles nasjonalt register for presis adressering ved utveksling av helseopplysninger som sendes elektronisk eller per post innen helse- og omsorgssektoren.



Figur 5: Minutter per dag på avvikshåndtering, purring, fordeling og kontaktadministrasjon av elektroniske meldinger

Et annet empirisk funn knyttet til temaet er at flere informanter opplevde meldingsmodulen som lite integrert i deres journalsystem. Mange hadde erfart at elektroniske meldinger ikke nådde fram til dem som mottakere, med det resultat at henvisninger ble liggende uten at pasienten ble innkalt til sykehus fort nok. En respondent beskriver: «Man får ingen beskjed om elektroniske henvisninger som ikke går gjennom til mottaker, ender opp med å måtte sende med post». Respondenten opplevde også Adresregisteret som utdaterte og knotete å forholde seg til.

At meldingsmodulen ikke var fullt integrert i fastlegenes journalsystem gjorde det også utfordrende å finne innholdet i spesifikke meldinger. En av fastlegene forklarer at når en PLO-melding er sendt, blir det kun journalført én linje med følgende tekst: «PLO sendt, hjemmetjenesten Tromsø» i journalen. For å finne innholdet i meldingen må man logge seg inn i meldingsmodulen og aktivt lete etter meldingen fra den aktuelle datoen. Fastlegene opplevde dette som svært tungvint og lite intuitivt. I forlengelsen forklarte fastlegen videre at all informasjon om PLO-meldinger knyttet til pasientene forsvinner dersom pasienten bytter fastlege. Denne informasjonene er et empirisk funn knyttet til utfordringene med å måle tidsbruk.



Figur 6: Minutter per dag på å lese, skrive og sende meldinger

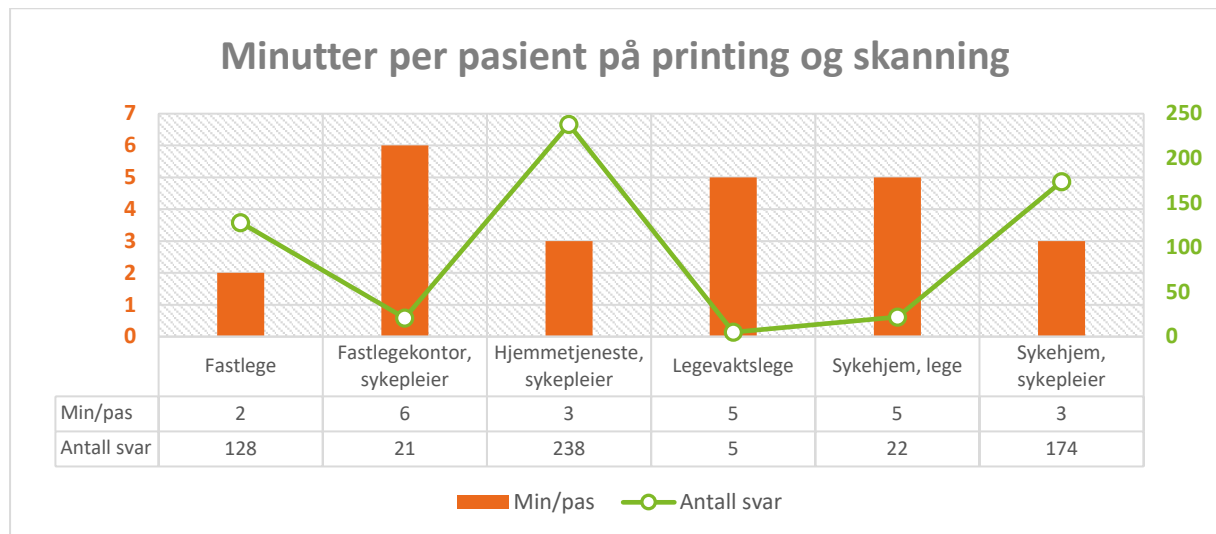
Fra spørreundersøkelsen ser vi at fastlegene bruker tretti minutter på å lese, skrive/opprette ny, og svare per dag. Til sammenligning bruker sykehjemslegene like lang tid. Grunnet heterogeniteten i tjenesten poengteres det at tallene ikke kan brukes som generaliserbare for tjenesten som helhet.

Flere av respondentene påpekte store utfordringer med å få oversikt og tilgang til journalinformasjonen når de fikk nye pasienter fra andre fastleger. For flere medførte dette at de fikk utskrift av journalen fra tidligere fastlege, og at denne måtte skannes inn i deres systemer. Innskannede notater er ikke søkbare på samme måte som notater opprettet i journalsystemet, og flere beskrev den største tidstyven som det å måtte navigere og lete etter informasjon i gamle journaler: «Mye tid går på å orientere seg bakover i tid i pasientens sykehistorie. Innskannede dokumenter er ikke søkbare og mangler mye informasjon».

Andre fikk tilsendt tidligere journaler på digitalt format, men opplevde flere av de samme utfordringene:

Nå får vi det inn som en CD eller DVD og kan legge det inn sånn at nå ligger det inne som er PDF-fil, det vil si at søkemulighetene er helt annerledes. Det integreres ikke i det vanlige journalbildet, og det vil si at søkemulighetene er mye mer uoversiktlig nå. Sånn rent oversiktsmessig er det ikke bedre enn å få det på papir, nesten tvert imot. Det synes jeg er en stor svakhet, der er det vanskelig å skaffe seg oversikt og der kan man bruke enormt mye tid. Jeg fikk en ny pasient på listen min for halvannen måned siden, og på tirsdag så lå det beskjed om at pasienten skulle ha en spesiell medisin som man ikke bare uten videre skriver ut, så lå det ingen notater i journalen i det heletatt, og da må jeg ringe og si at «det er sånn og sånn, hvem har skrevet den ut tidligere?» Så sier han at det har han fått av en spesialist, så sier jeg at «jeg kan ikke skrive denne ut før jeg har din journal. Da må du ta kontakt med Finnsnes og be dem om å sende denne over» Så måtte jeg gå igjennom PDF-filen inntil jeg fant en epikrise. Alene brukte jeg inntil en time på å finne ut av det og kunne skrive ut en resept. Så overføring av pasienter imellom forskjellige fastlegekontor fungerer dårlig i dag.

Noen av respondentene påpekte at en del av jobben med printing og skanning ble utført av annet personell på fastlegekontoret. Dette gjenspeiles også i resultatene fra spørreundersøkelsen:



Figur 7: Minutter per pasient på printing og skanning

Fastlegene bruker to minutter per pasient på å skrive ut og skanne dokumenter, mens sykepleiere på fastlegekontor rapporterer at de til sammenligning bruker 6 minutter¹⁸. Dette stemmer overens med det fastlegene i intervju sier om oppgavefordeling. Det er imidlertid viktig å tilføye at ikke alle fastleger opplever det som tidsheft å printe ut sikker og trygg sykdomsinformasjon til pasienter. Flere fastleger uttrykte at de opplever det som en investering i tid å bruke 60 sekunder på å printe ut et notat med kvalitetssikret informasjon til pasienter. Begrunnelsen for at de vurderer det som en investering i tid er fordi de da senere slipper å få en bekymret pasient på telefon eller på kontoret som har «googlet» sin sykdom, og fått tilgang til feilaktig informasjon fra dårlige kilder.

¹⁸ Tallene er basert på medianverdi

5 Avslutning

5.1 Oppsummering

Både kvalitative og kvantitative undersøkelser viser at helsepersonell i den kommunale helsetjenesten bruker vesentlig tid og ressurser på å bearbeide, dele, innhente og kommunisere pasient- og behandlingsinformasjon mellom aktører i den kommunale tjenesten. Elektronisk meldingsutveksling er på noen områder et godt verktøy, mens det er mindre egnet på andre. Løsningen krever aktiv oppfølging av helsepersonell til både avvikshåndtering, oppdatering og oppfølging. Manglende funksjonalitet framtvinger i flere tilfeller dobbelrutiner og merarbeid. Deling av legemiddeloversikt er i liten grad tilrettelagt gjennom elektroniske løsninger. Flere informanter presenterer eksempler på situasjoner med redusert pasientsikkerhet som følge av at ansvarlig lege ikke har tilgang til oppdatert medisinaliste i sitt system. Helsepersonell oppgir å bruke betydelig tid på ikke-pasientnære oppgaver som en direkte konsekvens av manglende funksjonalitet og mulighet i elektroniske systemer. Dette framtvinger nye ikke tiltenkte prosesser for deling og innhenting av informasjon. Til tross for dette vurderes slike arbeidsrutiner som nødvendige. Tiden brukt på dette vurderes ikke som «bortkastet». Flere interessante funn peker på nødvendigheten av videre undersøkelser rundt informasjonsdeling og kommunikasjon, dette gjelder i særlig grad rutiner og arbeidsprosesser knyttet til én felles journal.

Tidsmåling som metodikk, med de krav det stiller til blant annet rekruttering av informanter, er en utfordrende prosess. Vi har erfart at det på forhånd er vanskelig å anslå og estimere omfanget av respondenter på spørreundersøkelsen. Spesielt utfordrende blir dette når vi ikke har anledning til å kontakte og følge opp respondentene direkte, men må gå via kontaktpersoner. Begrenset mulighet til å purre har også negativ innvirkning på antall svar i undersøkelsen. Metodisk vil vi likevel fremheve ulikheten og variasjonene mellom kommuner, roller, arbeidssteder og organisasjoner som den største utfordringen i arbeidet med å lage én spørreundersøkelse som skal nå alle tjenesteområder. Samtidig har feltarbeidet som er gjennomført langt på vei formet prosessen med utvikling av spørsmål, og har i så måte generert mye ny kunnskap om tjenestene. Basert på de kvalitative undersøkelsene, intervju, observasjoner og uformelle samtaler, er vi gjort oppmerksom på at heterogeniteten i primærhelsetjenesten er større enn forventet. I tillegg er tidsbruk til dels positiv i enkelte sammenhenger (jf. printing av kvalitetssikret informasjon til pasienter), noe som utfordrer tidsmålinger ytterligere.

Konklusjonen blir etter å ha jobbet aktivt med datagrunnlaget over en lengre periode, at tallene fra spørreundersøkelse ikke kan brukes i en generaliserbar hensikt. Antall respondenter innenfor hver gruppe er for lavt til at det lar seg forsvare. Samtidig som antall respondenter innenfor enkelte roller er svært lavt, er andre roller igjen relativt godt representert i materialet. Samlet sett mener vi derfor at datasettet kan gi en god indikasjon og pekepinn mot trender eller interesseområder som kan undersøkes nærmere.

Vi har i denne rapporten valgt å vektlegge kvalitative funn fra feltarbeidet, og samtidig fokusere på fastlegenes rolle knyttet til informasjonsutveksling og kommunikasjon.