

Felles kommunal journal interim AS

Bilag 2.1: Gjennomføring og resultat

Styringsdokument

Felles kommunal journal: Et felles journalløft for kommuner utenfor helseregion i Midt-Norge

1. INNLEDNING	1
2. INNSPILL TIL INFORMASJONSBEHOVENE	2
2.1. Aktørfora	2
2.2. Arbeidsmøte og kartlegging med helsepersonell (selvobservasjon og arbeidsmøte)	2
3. RESULTAT FRA INNSPILLSRUNDER OG KARTLEGGING	4
3.1. Aktørfora:	4
3.2. Selvobservasjon og arbeidsmøte	7

1. INNLEDNING

I dette bilaget gis en kort beskrivelse av arenaer prosjektet har brukt for innspill, hvordan dette er gjennomført, samt hvilke resultater arbeidet har gitt.

Behovsbildet prosjektet opererer innenfor er bredt, og inkluderer flere ulike tjenesteområder og profesjoner. Det foreligger et grundig utredningsarbeid fra tidligere, både gjennom Konseptvalgutredningen¹ (2018) og i Sentralt styringsdokument (SSD) for Akson i 2020². Her var over 40 kommuner og 300 helsepersonell involvert i behovsarbeidet³. Tidligere utredninger inneholder betydelige kartlegginger av funksjonelle brukerbehov i en løsning. Samhandlingsbehov mellom forvaltningsnivå er også godt beskrevet, mens det foreligger relativt sett mindre underlag knyttet til informasjons- og samhandlingsbehov mellom aktørene internt i en kommune. For vårt formål har dette vært utfordrende ettersom vårt fokus ikke er på hele sektoren, men primært inn mot kommunene, samtidig som det er internt i kommunene at samhandlingsbehovet er størst. Det å kartlegge disse utfordringene har derfor vært en viktig oppgave for prosjektet.

I dette bilaget beskrives hvilke arenaer prosjektet har fått innspill til informasjons- og samhandlingsbehov. Når vi referer til informasjons- og samhandlingsbehov sikter vi til det informasjonsbehovet helsepersonell har for å kunne samhandle, gi forsvarlig helsehjelp samt ivareta pasient og brukere best mulig. Arenaene som beskrives er aktørfora, samt arbeidsmøte med helsepersonell. Det beskrives også om selvobservasjon gjennomført av helsepersonell.

Resultatene som presenteres i bilaget er brukt som deler av et grunnlag og forslag for plattformens avgrensning innledningsvis, og hensikten med bilaget er derfor å gjøre disse tilgjengelig.

¹ <https://www.ehelse.no/publikasjoner/konseptvalgutredning-nasjonal-losning-for-kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

² <https://www.ehelse.no/publikasjoner/sentralt-styringsdokument-akson-helhetlig-samhandling-og-felles-kommunal-journallosning>

³ Prop 1S, faktaboks 4.1, s.73

2. INNSPILL TIL INFORMASJONSBEHOVENE

2.1. Aktørfora

Prosjektet har siden begynnelsen av 2022 gjennomført «aktørfora»⁴. Dette er en prosess for økt involvering av relevante aktører, og det har vært viktig at deltakerne i aktørforaene omfatter interessentene som blir påvirket av prosjektet. Deltagere fra kommuner, bruker- og pasientforeninger, fag- og profesjonsorganisasjoner og nasjonale aktører deltok.

Aktørfora er gjennomført som digitale arbeidsmøter over 2-4 timer med jevn frekvens for å sikre en kontinuitet i arbeidet frem mot et leveringsklart styringsdokument. I hvert aktørfora har ulike forhåndsdefinerte tema blitt drøftet, for å få faglige innspill, samt for å komme mer i dybden på innhold sammen med deltagerne. Målet har vært å få en trygghet for opplevd nytteverdi, innspill på retning, samt konkretisere og videreutvikle selve løsningsforslaget.

Tematikken og deltagerens tilbakemeldinger har gitt prosjektet både større trygghet for at behov og utfordringer på ulike områder er gjenkjennbare og reelle, og ikke minst gitt innspill til nye behov eller områder. Aktørfora har derfor også vært en arena for prosjektet å både få innspill til, og ikke minst en bedre forståelse av behovene. Disse innspillene er også inntatt i behovsgrunnlaget.

Informasjons- og samhandlingsbehov har vært direkte og indirekte tematikk for aktørfora tre ganger.

I første møte (aktørfora 1) ble behovet for samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester drøftet. Prosjektet presenterte et sett hypoteser knyttet til samhandling, for tilbakemeldinger og innspill til disse. I de videre møtene med samme tematikk fokuserte vi på informasjonsmodell. I aktørfora 3 (gruppe 2) presenterte vi en generisk informasjonsmodell og ba om høynivå tilbakemeldinger på bruken av en slik modell, noen tanker rundt de ulike informasjonskategoriene i modellen, samt hvem/hvilke roller som burde være involvert i informasjonsforvaltning. I aktørfora 4 (gruppe 1) gikk vi dypere inn i den samme modellen og ba gruppene prioritere først domeneområdene i modellen etter viktighet, og videre vurdere hvilke informasjonskategorier som er viktigst innenfor de prioriterte domeneene.

Etter gjennomføring av aktørfora så man et behov for ytterligere innspill på samme tematikk. Man valgte derfor å arrangere et arbeidsmøte med helsepersonell fra samarbeidskommunene for å gå dypere inn i tematikken, og videreføre arbeidet som ble gjort i aktørfora.

2.2. Arbeidsmøte og kartlegging med helsepersonell (selvobservasjon og arbeidsmøte)

For å innhente behov knyttet til intern samhandling i en kommune eller mellom kommuner inviterte prosjektet helsepersonell fra samarbeidskommunene, representert fra ulike tjenesteområder til å bidra inn i identifiseringen av samhandling- og informasjonsbehov. Deltagerne ble bedt om å prioritere sett ut fra et helsefaglig perspektiv, hva de mente vil gi størst nytte. Arbeidet innebar en systematisering av hvilken informasjon som i stor grad ble dokumentert, lest og delt gjennom flere arbeidsvakter, for å hente ut tall og grunnlag for bruk, samt behov for ulik informasjon. Det ble også gjennomført en diskusjonsøvelse for en prioritering i de ulike tjenestene av informasjonstyper, samt knytte disse til konkrete caser.

Deltagelsen ble begrenset til noen av kommunenes tjenesteområder. Disse var:

- Legevakt
- Fastlegekontor
- Hjemmetjenester
- Institusjon
- Rehabilitering (inkl. ergoterapi/fysioterapi)
- Psykisk helse

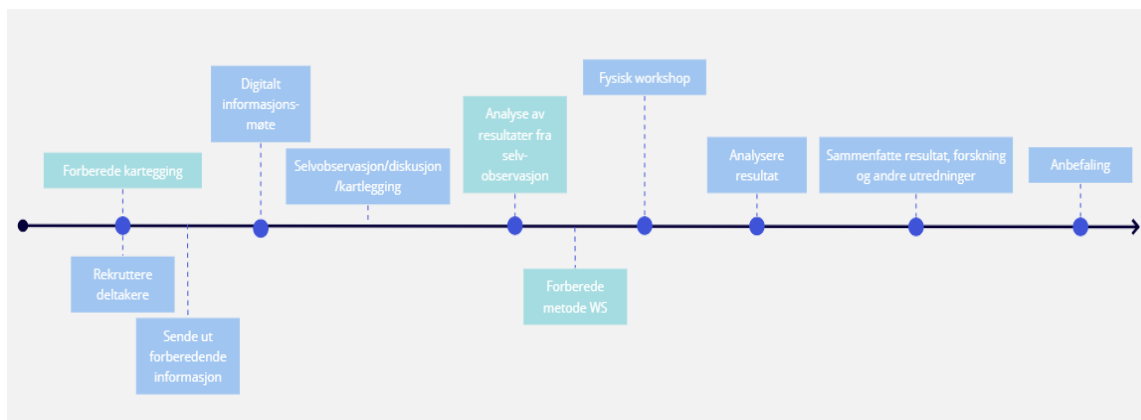
⁴ Siste aktørfora avholdes 18.10.22

- Miljøtjenester
- Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Bakgrunnen for begrensningen var utfordringen i å frigi ressurser til denne type arbeid, og at det var ønskelig å begrense omfanget for å få en kvalitetsmessig god oppfølging og gjennomføring både før og etter arbeidsmøte. Man har også en formening om at resultatene disse tjenesteområdene vil gi, vil være representativt for flere mindre tjenester. Basert på resultatene kan det vurderes med supplerende utredninger for å kvalitetssikre resultatet, opp mot andre tjenester. Som nevnt tidligere vil det være viktig med videre arbeid knyttet til identifisering, konkretisering og prioritering av informasjonsbehov før eventuelle utprøvinger.

2.2.1. Forberedende (kvalitativ) selvobservasjon

I forkant av det fysiske arbeidsmøtet ble det gjennomført en forbedrende (kvalitativ) selvobservasjon. Denne ble gjennomført ved at deltakerne gjennom en uke på egen arbeidsplass skulle ha fokus på bruk av informasjon i journalsystemer, med hovedvekt på helseopplysninger. Denne selvobservasjonen inkluderte en systematisering av hva som ble dokumentert, lest og delt av informasjon i løpet av den enkelte vakt. Dette ble dokumentert i eget skjema. Formålet med en innledende selvobservasjon var å hente ut tall på konkret bruk av informasjon, samt bidra til en bevisstgjøring på tematikken før arbeidsmøte.



2.2.2. Fysisk arbeidsmøte og tilhørende aktiviteter

I arbeidsmøte ble deltagerne delt inn i grupper ut fra tjenesteområdene man representerte. Gruppene bidro til å kvalitetssikre resultatene fra selvobservasjon. Her fikk de presentert samlede tall fra sine tjenesteområder, og besvarte og diskuterte spørsmål og problemstillinger rundt dette.

Spørsmål til drøfting og kvalitetssikring av resultat fra selvobservasjonene:

- Kjenner alle seg igjen i resultatene og var disse som forventet?
- Er det noen av informasjonstypene som har en sammenfallende betydning slik dere ser det?
- Er det noen av informasjonselementene som er avhengig av hverandre?
- Er det noe annet dere bemerket dere ved resultatene, evt. andre innspill som bør med?

De ble også bedt om å prioritere informasjonselementene/arketypene de ble presentert for under selvobservasjonen, samt diskutere og begrunne prioriteringen som ble gjort. Dette ble deretter grunnlag for å utarbeide noen brukerhistorier som belyste informasjonselementet, med blant annet begrunnelse for gevinster i forbindelse med deling av disse helseopplysningene eller konsekvenser av å ikke ha disse opplysningene oppdaterte og delbare.

<p>Informasjonstype: Kommunale tjenester (Tjenester, ytelser og hjelpemidler)</p> <p>Berørte aktører: Legevakt og Pleie og omsorg (hjemmetjeneste)</p> <p>Case (hva er utfordrende og trenger å løses?): En innbygger blir akutt syk og ankommer legevakt, det er behov for oppdatert informasjon om pasienten er mottaker av kommunale tjenester (i egen EPJ) og i hvilken grad</p> <p>Årsak til behov for informasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - For å kunne forstå helhetsbilde av pasienten - Innhente og få svar dersom pasienten ikke er klar og orientert - Vurdere om videre behandlingsforløp kan dekkes av evt. tjenester eller om dette f.eks. krever innlegges ved korttid <p>Om du hadde denne opplysningen kontinuerlig oppdatert i din EPJ hva ville gevinstene vært for deg som helsepersonell?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enkelt kommunisere med f.eks. hjemmetjenester om økt/endret behov ift. oppfølging av behandling - Bedre faglig beslutninger <p>Gevinster for pasient?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unngått unødig innleggelse - Bedre oppfølging og tryggere forløp <p>Hvilke konsekvenser kan det få om denne opplysningen ikke deles?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Økte kostnader og unødig ressursbruk i kommunen - Dårligere pasientsikkerhet

Figur 1: Eksempel på mal brukt for å utarbeide brukerhistorier på relevante informasjonselementer

3. RESULTAT FRA INNSPILLSRUNDER OG KARTLEGGING

Resultatene legges til grunn for å understøtte mulige områder for en oppstart i første utprøvinger, og gi oss et overblikk over trender flertallet har besvart som viktigst. Innspillene vil derimot ikke legges til grunn for en prioritering alene. Dette med bakgrunn i at deltagerne ikke er gitt nødvendig forutsetninger for å sette seg godt inn i bakgrunn, forankre resultater eller innspill, samt ikke alle tjenesteområder har vært representert. Resultatene beskrives i det følgende.

Sammenstilling av resultatene skal bidra til en formening om et hensiktsmessig startpunkt for informasjonsdeling i plattformen. Det må legges til grunn at endringer som oppstår i de nasjonale strategiene, samt hva som blir hensiktsmessig i en gjennomføringsfase kan resultere i at prioriteringene ikke blir som tenkt, eller endrer seg over tid etter oppstart. Dette må derfor sees på som et utgangspunkt. Prioriteringene er kun sett på fra et helsefaglig perspektiv og tar ikke hensyn til andre elementer som bør med i en utarbeidelse av en overordnet prioritering for gjennomføring.

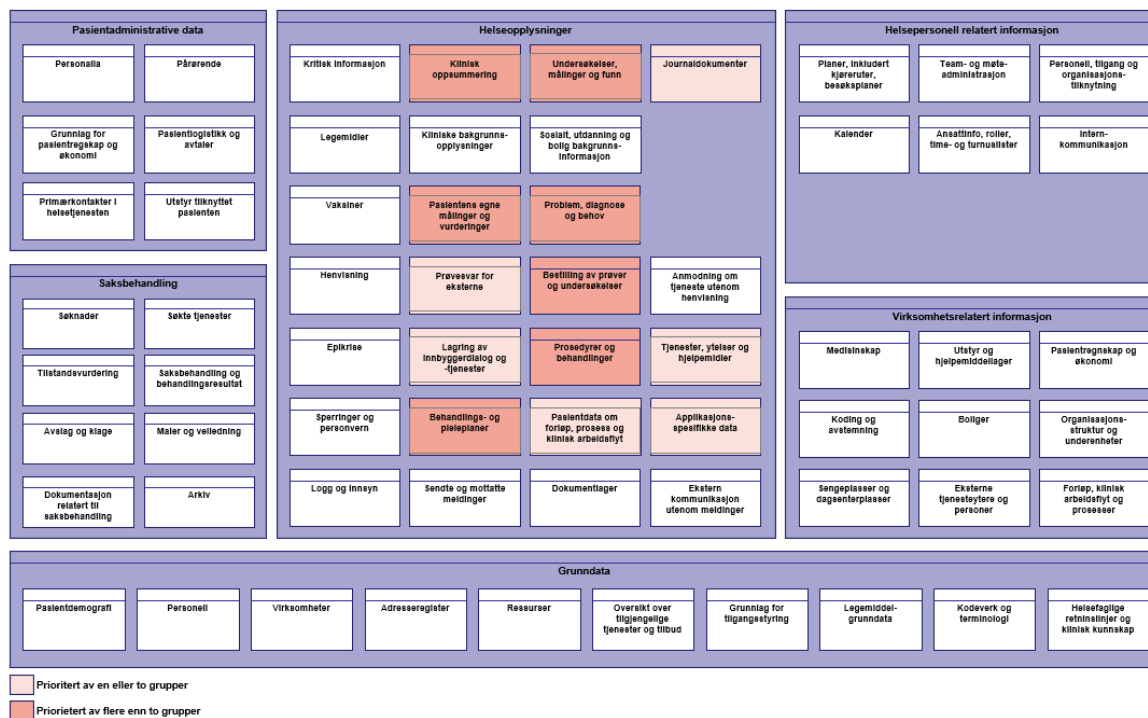
3.1. Aktørfora:

Aktørfora 3 (gruppe 2) og aktørfora 4 (gruppe 1) hadde tematikk som innebar vurdering av informasjon og samhandlingsbehov, samt vurderinger med utgangspunkt i informasjonsmodellen. Oppgavene var både knyttet til prioritering av domeneområder og informasjonskategorier.

I aktørfora 3 gruppe 2 var tematikken «Informasjonsmodeller i plattformen». Deltagerne ble gitt samme problemstillinger, uavhengig av tilhørighet eller virksomhet. De ble stilt to spørsmål/oppgaver. Det ene var hvorvidt det var greit å prioritere helseopplysninger før andre informasjonsområder. Den andre oppgaven var å gjennomføre en vurdering av hvilke informasjonskategorier innenfor helseopplysninger som ville være viktigst i en begynnelse.

Det var enighet om at helseopplysninger var viktig prioritet.

Figur 4 oppsummerer hvilke informasjonskategorier som ble prioritert innenfor domeneområdet helseopplysninger. De som er lys rosa ble prioritert av en eller to grupper, de mørkerosa ble prioritert av flere enn to grupper.



Figur 2: Aktørfora 3 gr 2 resultater på viktigste informasjonskategorier

Oversikten viser at flere kategorier er prioritert av to eller flere grupper. Eksempler på noen av disse er *problem, diagnose, og behov, klinisk oppsummering, og undersøkelser, målinger og funn*. I tillegg ble det nevnt behov for administrering av legemidler som ikke finnes som en egen boks i denne modellen.

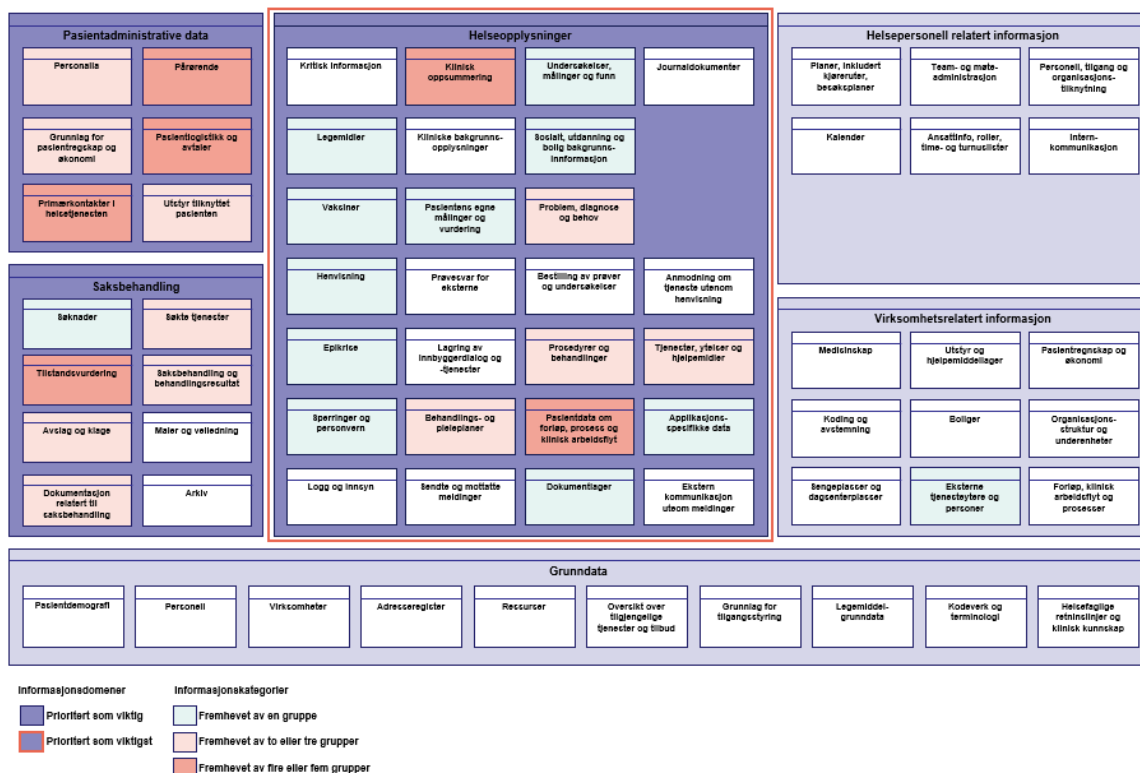
Til noen av kategoriene ble det også gitt innspill til eller stilt spørsmål til om noe av funksjonaliteten og informasjonen ble løst nasjonalt. Dette gjaldt eksempelvis Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), og om den bidro til pasientens egne målinger og behandlingsplan/egenbehandlingsplan. Tilsvarende ble det gitt innspill til at Pasientens prøvesvar kunne løse prøvesvar for eksterne. Helsenorge vil håndtere lagring av innbyggerdialog og tjenester, samt om det ikke burde opprettes et eget nasjonalt dokumentlager eksempelvis for journaldokumenter. Dette er viktige innspill.

I aktørfora 4 (gruppe 1) var tematikken «Kommunale informasjon- og samhandlingsbehov». I aktørfora 4 ble oppgavene tilpasset de ulike aktørgruppene for å få en innsikt i de ulike gruppens meninger, og for å se om det forelå variasjoner i dette. Selv om vi ser mange fellesnevnerer er det også noen ulikheter basert på de ulike gruppens svar, for eksempel ulike prioriteringer mellom deltakere fra kommuner og fag- og profesjonsorganisasjoner.

Første problemstilling omhandlet domeneområder, og hvilke av domeneområdene som ble ansett som viktigst for samhandling internt i og mellom kommuner. Det ble åpnet for innspill på tvers av hele modellen og domeneområder, og det kunne prioriteres inntil tre domeneområder. Her gikk de ulike aktørene samlet inn i grupper og diskuterte seg frem til et svar.

Gruppene var enige om at helseopplysninger, saksbehandling og pasientadministrative data var de viktigste domeneområdene for samhandling internt i, og mellom kommune. Resultatene viste likevel at det samlet var informasjonsdomenet helseopplysninger som ble fremhevet som viktigst.

Figur 5 viser hvilke informasjonselementer som de ulike gruppene prioriterte. Den lysegrønne fargen indikerer at kategorien ble prioritert av en gruppe, den lyserosa fargen indikerer at den ble prioritert av to eller tre grupper, mens den mørkere røde fargen indikerer at informasjonskategorien ble prioritert av fire eller alle fem gruppene. Prioriteringen kunne gjøres innenfor alle domeneområdene de valgte ut, derfor er prioriteringen gjort på et bredere område enn i aktørfora 3 (der det var avgrenset til helseopplysninger).



Figur 3: Oversikt over prioriterte informasjonskategorier i aktørfora 4 gruppe 1

3.1.1. Oppsummering

- Felles for begge sesjoner var at helseopplysninger kom ut som det domeneområdet som flest prioritere som viktigst innledningsvis, men det ble poengtert at dette ikke utelukker at de andre domeneene også er viktige å få på plass i en stegvis utvikling.
- Det ble trukket frem at mange av de ulike informasjonselementene har avhengighet til hverandre, og at også PAS (pasientadministrative) opplysninger ble trukket frem som viktig å se i sammenheng med andre informasjonselementer.
- Innenfor domeneområde helseopplysninger er det følgende informasjonskategorier som definerer seg som felles prioriterte områder på tvers av begge aktørfora:
 - Klinisk oppsummering
 - Prosedyre og behandling
 - Tjenester, ytelser og hjelpemidler
 - Behandlingsplaner
 - Problem, diagnose og behov
- Det er en vanskelig øvelse å gjøre en prioritering av informasjonskategorier fordi det er mange utfordringer med informasjonsdeling i kommunale helse- og omsorgstjenester i dag, og det er mange ulike profesjoner og tjenester med ulike behov. Det er også utfordrende å gjøre en slik øvelse i et format som et aktørfora som er over en kort tidsperiode og med lite mulighet for forankring og innspill til innholdet i forkant. Derfor vil ikke resultatene fra aktørfora legges til grunn for en prioritering (også i forhold til forventningsavklaringer til møtearenaen), men vi velger likevel å se på innspillene som viktige for å forstå trenden i hva flertallet prioriterer, og hvilke områder vi kan velge å se nærmere på i videre arbeid.

3.2. Selvobservasjon og arbeidsmøte

3.2.1. Selvobservasjon

Selvobservasjonene ble utført i perioden ultimo mai-primus juni 2022 og de fleste har gjennomført kartlegging over 5 vakter/dager i perioden. Det er 20 deltagere som har sendt inn sine selvobservasjoner.

Tabellen under viser en oppsummering av innmeldte selvobservasjoner inndelt i kategorier av informasjonselementer.

	Antall "personer" som har lest/dokumentert informasjonselementer i kategorien	Antall ganger informasjonselementer i kategorien er lest/dokumentert	Antall "personer" som har delt informasjonselementer i kategorien	Antall ganger informasjonselementer i kategorien er delt (kun når antall ganger er oppgitt)	Antall "personer" som har vurdert viktigheten av informasjonselementer i kategorien	Snitt Viktig for alle informasjonselementene i kategorien (fra 1-3)
KLINISK OG SOSIALE BAKGRUNNS-OPPLYSNINGER totalsummer	112	768	47	256	159	1
UNDERSØKELSER, MÅLINGER OG FUNN totalsummer	100	879	41	362	103	2
PROBLEMER, DIAGNOSE, BEHOV totalsummer	286	1725	137	779	309	2
ELEKTRONISK MELDINGSUTVEKSLING totalsummer	45	539	25	269	37	1
DIVERSE JOURNALDOKUMENTER totalsummer	58	444	23	96	72	2
TJENESTER, YTELSE OG HJELPEMIDLER totalsummer	88	493	31	166	94	2
DIVERSE totalsummer	20	91	6	10	22	1,5

Gjennom svarene som ble sendt inn ser man enkelte svakheter med selve malene for selvobservasjon, der gjennomførelsen av dokumentasjonen har blitt tolket ulikt av noen. Dette igjen har ført til at man ikke får helt korrekte konkrete tall over bruk av helseopplysningen, men heller ser «trender» i bruken. Det må også tas høyde for at benevnelsen av de ulike helseopplysningene kan være tolket ulikt. Med bakgrunn i dette, valgte man nettopp å bruke første del av arbeidsmøte til en kvalitetssikring av resultatene pr. tjenesteområde. I diskusjonene rundt dette kom slike ulike tolkninger frem, som var viktig å få frem før man gjennomførte en prioritering i gruppen. Tallene og dokumentasjonen som presenteres må derfor leses og tolkes med disse mulige utslagsgivende forutsetningene.

3.2.2. Arbeidsmøte:

Gjennom arbeidsmøte ble det tydelig at de ulike tjenesteområdene har et omfattende behov for helseopplysninger i forbindelse med oppfølging og behandling av pasientene som mottar kommunale helsetjenester.

Informasjonsbehovene ble i arbeidsmøtet kun diskutert gjennom et helsefaglig perspektiv, hvor deltakerne ikke tok høyde for restriksjoner eller begrensninger i dagens lovgivning eller teknologi. Vi vil her presentere på et overordnet nivå hvilke opplysninger og informasjonselementer helsepersonellet som deltok diskuterte seg frem til at hadde størst betydning i form av nytte og bruk i en arbeidshverdag.

Det var to informasjonselement som skilte seg ut i diskusjon blant de ulike grupperingene av helsepersonell i arbeidsmøte.

Sammendrag av helseinformasjon under kategorien «Kliniske og sosiale bakgrunnsopplysninger», samt *Kommunale tjenester* under kategorien «Tjenester, ytelser og hjelpemidler» var informasjonselementer som flere grupper i arbeidsmøte anså som relevante og viktige for gjennomføring av behandling og oppfølging av pasientene.

Sammendrag av helseinformasjon ble prioritert på bakgrunn av å inneholde sentral bakgrunnsinformasjon for å kunne behandle pasienten, og en forutsetning for gode pasientforløp og pasientsikkerhet. Det ble også pekt på som et grunnlag for å avdekke behov.

Kommunale tjenester ble ansett som viktig for å avgjøre videre tiltak og behandling, samt for å få nødvendig bakgrunnsinformasjon for innblikk i pasientens situasjon og nettverk.

Eksempel på brukerhistorie knyttet til «Sammendrag av pasientinformasjon»

Berørte aktører: Hjemmetjeneste, fastlege, tildelingskontor/saksbehandler, pasient

Case: Ny pasient som har vært hos fastlege og trenger hjelp i hjemmet

Årsak til behov for informasjon: Må kjenne til problemstilling, hjelpebehov, hva pasienten klarer selv, hva er viktig for pasienten

Gevinster ved tilgjengelig og oppdatert sykehistorie (helsepersonell):

- Tidsbesparende (slipper å hente inn informasjon) – forhindre like spørsmål
- Informativt
- Bedrer pasientsikkerhet
- Kvalitetssikring i alle ledd

Gevinster for pasient:

- Forhindre å måtte dele samme informasjon om igjen
- Trygghet
- Brukermedvirkning

Konsekvenser ved mangel på deling av opplysningen:

- Pasienten får dårligere tjeneste
- Pasienten kan få feil tjeneste

Eksempel på brukerhistorie knyttet til «Kommunale tjenester»

Berørte aktører: Pasient, Psykisk helse team i kommunen, legevakt

Case: Ung dame, sammensatt problematikk, bosatt i annen kommune. Personlighetsforstyrrelse, selvskading, multibruker av helsetjenester, har flere kommunale tjenester.

Årsak til behov for informasjon:

Validere opplysninger kan gi et godt grunnlag for å vurdere eksisterende tjenester:

- Riktig nivå på helsehjelp
- Hva skal iverksettes av evt. nye tjenester/tiltak

Gevinster ved tilgjengelig og oppdatert sykehistorie (helsepersonell):

Tryggere i avgjørelsen i forhold til denne pasienten

Gevinster for pasient:

- Kontinuitet
- Trygghet
- Riktig nivå på helsehjelp

Konsekvenser ved mangel på deling av opplysningen:

- Foringe et allerede planlagt behandlingsforløp
- Sykeliggjøre pasienten

I tillegg var det flere informasjonselementer i alle kategorier som ble nevnt som relevante;

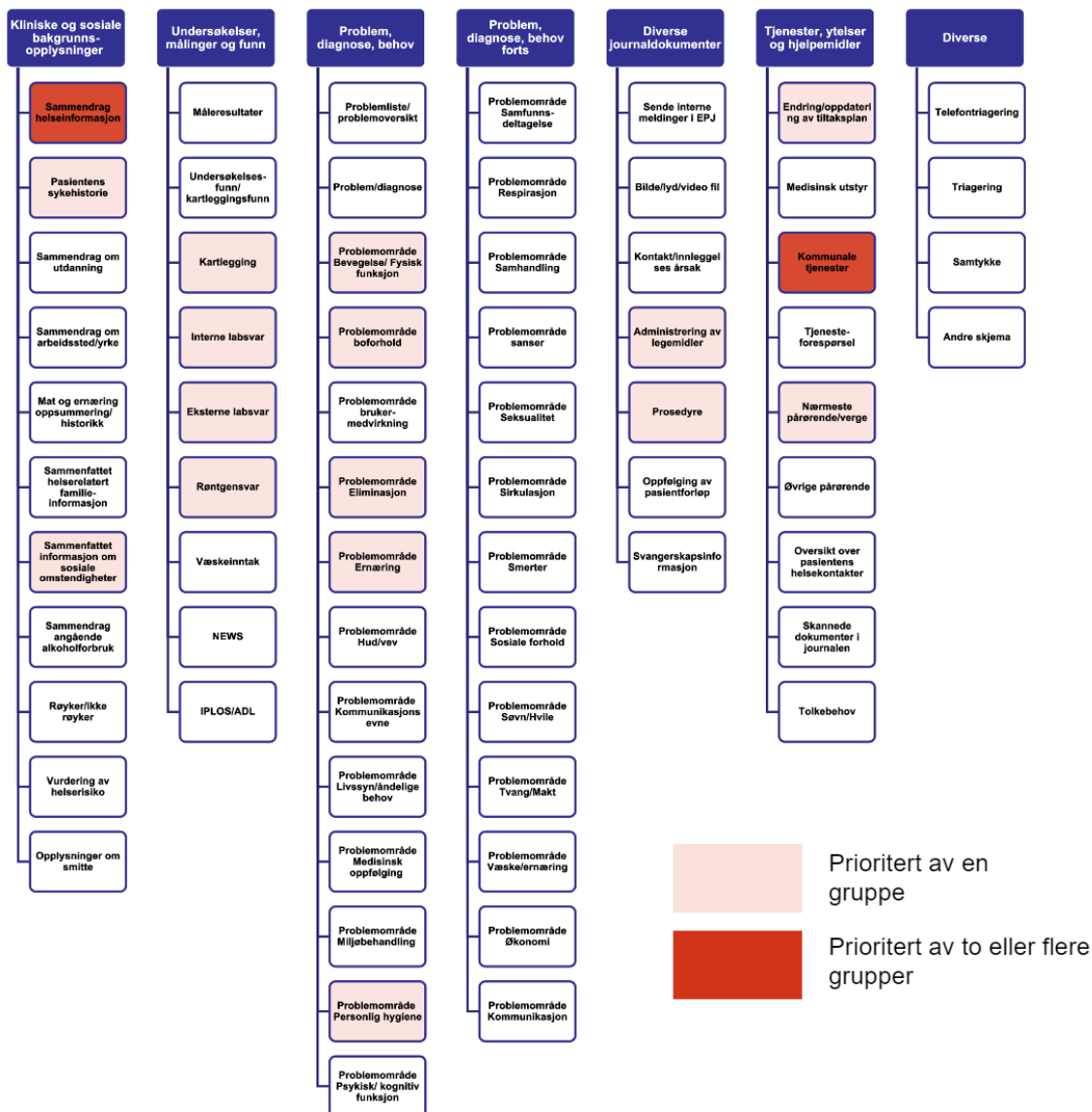
- **Sammenfatning av sosiale omstendigheter** ble også prioritert som viktig informasjon, og dette omhandler informasjon om hus og bosituasjon, familie og nettverk. Dette er viktig for å avgjøre både tiltak og behandling.
Dette kan eksempelvis være viktig informasjon i situasjoner der en pasient har økt hjelpebehov, men ikke grunnlag for innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Det kan sørge for riktigere behandlingsnivå, styrke pasientsikkerheten og gi verdifull informasjon i om dette er kjent eller nyoppstått problemstilling. Helsepersonellet vil bruke mye mindre tid på å innhente informasjon fra pårørende eller andre aktører før en vurdering av videre hjelpebehov kan gjøres. For pasientene vil det kunne bidra til økt trygghet og pasientsikkerhet. Ved å ikke ha informasjon tilgjengelig kan det føre til økt belastning på andre kommunale tjenester, økt belastning på pårørende eller feil vurderinger av pasientens behov og dermed fare for nye eller flere skader.
- **Tiltaksplan** ble ansett som viktig med bakgrunn i å få informasjon om hvordan pasientens helseutfordringer løses.
Dette kan eksempelvis være sentral informasjon når pasienten skal behandles av andre enn primærtjeneste, eksempelvis av hjemmesykepleie på permisjon fra langtidsplass. For pasienten vil det bidra til å kunne ivareta allerede pågående behandling og redusere risiko for å forringe, utsette eller ødelegge pågående behandling. Det vil bedre pasientsikkerheten, og ikke minst pasientens opplevelse av trygghet ved å kjenne igjen det som utføres. For helsepersonellet vil det være viktig informasjon i å ivareta en ny pasient og pårørende i løpet av en kort periode.
- **Problemområde Eliminering** ble prioritert som viktig for pasientens velvære, og spesielt for pasienter som ikke kan si ifra selv. Dette er viktig informasjon for å få innblikk i om det har vært historikk på lignende tilstand hos pasienten fra før, og hva er gjort av helsepersonellet. For pasienten kan det bety raskere riktig behandling, og unngått sykehusinnleggelse. For helsepersonellet kan det bety å få igangsatt tidligere tiltak før pasienten opplever mer ubehag og smerte.
- **Problemområde Ernæring** er viktig for pasientens velvære og spesielt for pasienter som ikke kan si ifra selv. Informasjon er viktig for pasienten for å sikre riktig ernæring, og tilførsel av næring på riktig måte. For helsepersonell vil man redusere behov for å innhente informasjon, Pasienten vil ikke bli skadet i spisesituasjon, og man vil redusere risiko for at pasient blir lidende av ubehandlet underernæring eller tilsvarende
- **Administrasjon av legemidler** er sentralt for å ha oversikt over at pasienten tar medisinen sin, til riktig tid. I tillegg vil det være viktig informasjon knyttet til hvordan medisinen skal tas, eller hvorfor. Dette skal sikre at pasienten får riktig medisin til riktig tid, og forebygge feilmedisinering eller dobbelmedisinering.
- **Problemområde fysisk funksjon** er viktig for å kunne vurdere hjelpebehov, for å finne restriksjoner/hvor mye man kan belaste, se til begrensninger. Det er viktig å kjenne pasientens funksjonsnivå på forhånd for å møte pasienten på best mulig vis. Fysisk funksjon vil også være viktig som grunnlag for behandlingsplaner
- **Problemområde boforhold** er essensielt for å få et godt innblikk i pasientens situasjon, eksempelvis vite om pasienten trygt kan sendes hjem. Boforholdene sier mye om pasientens evne til å ta vare på seg selv. Informasjon om boforhold er også viktig grunnlag for vurderinger om behov for tilrettelegging. Ønskelig med oversikt over hjelpemidler og sosiale forhold (ektefelle) hjemme. For pasient vil dette kunne føre til tryggere overføring til hjemmet og raskere utskrivning, redusert sannsynlighet for reinnleggelse og økt livskvalitet. For helsepersonell vil slik informasjon bety spart tid, unngåtte bestillinger av hjelpemidler som allerede er til stede, samt bedre innblikk for å lage behandlingsplaner. Konsekvensen av å ikke ha slik informasjon kan være lengre opphold, flere reinnleggelser, økt ressursbruk og utrygghet hos pasient.
- **Kartlegging** er viktig for å ha relevant informasjon om utredningsbehov eller tidligere kartlegginger samt hjelpebehov. Eksempler på kartlegginger kan være SPPB (balanse/fysisk funksjon), ernæring, ADL, NEWS mm. Informasjon om kartleggingsaktiviteter kan være verdifulle i flere situasjoner, eksempelvis dersom en pasient overflyttes mellom tjenester på

grunn av fallerende almenntilstand og for vurdering av omsorgsnivå. For pasienten vil det bidra til raskere igangsetting av behandling, og for helsepersonell vil det bidra til at kartlegginger kan forekomme raskere, eller unngås. Dersom informasjon ikke deles kan det bidra til unødvendige kartlegginger, økt tidsbruk, feilvurderinger og urealistiske mål.

I det fysiske arbeidsmøte fikk deltakerne presentert resultatene av selvobservasjon. Totalen ble presentert i plenum, mens resultater sammenstilt pr. område ble delt ut før deltakerne gikk i gang med gruppeoppgaver. De ulike gruppene har tolket oppgavene likt, men løst disse noe ulikt. Enkelte grupper opplevde det som utfordrende å skulle si om noen informasjonselementer var viktigere enn andre og har derfor nevnt flere informasjonselementer enn de ble bedt om.

Tabellen under⁵ illustrerer hvordan helsepersonellet vurderte bruk og viktighet av informasjonselementene i de ulike kategoriene gjennom diskusjon og gruppeoppgaver.

⁵ Modellene kan avvike mellom aktørfora og arbeidsmøte for helsepersonell for det var ikke alle kategorier som var med i arbeidsmøte. Følgende kategorier var utelatt: applikasjonsspesifikke data, pas. egne målinger, prøvesvar fra eksterne, lagring av innbyggerdialog og tjenester og bestilling av prøver og undersøkelser



Den lyserosa fargen indikerer at den ble prioritert en gang, den mørkere røde fargen indikerer at informasjonselementet ble prioritert flere ganger.

De ulike informasjonselementene i tabellen over samsvarer ikke på alle punkt med øvrige tabeller i dokumentet, ettersom vi i denne modellen har brukt navngivningen helsepersonellet selv brukte i arbeidet under arbeidsmøtet. I tillegg har man før arbeidsmøte komprimert kategorier og navngitt disse noe annerledes for å sikre forståelse for innhold.

I modellen ovenfor representerer kategorien «Kliniske og sosiale bakgrunnsopplysninger» også kategoriene som ble presentert som egne kategorier i aktørfora; «Klinisk oppsummering» og «Sosialt, utdanning og bolig bakgrunnsinformasjon». Kategorien «Problem, diagnose, behov» inkluderer også kategoriene «Pasientdata om forløp, prosess og klinisk arbeidsflyt», «Prosedyrer og behandlinger» samt «Behandlings- og pleieplaner».