

Felles kommunal journal interim AS

## **Bilag 2.3:**

# **Utfordringsbildet i kommunene – Samhandling og informasjonsdeling**

# **Styringsdokument**

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

## **Utfordringsbilde i kommunene:**

### **Samhandling og informasjonsdeling - dagens situasjon**

Felles kommunal journal interim AS

Oslo den 22.09.2022

## **Bakgrunn**

I dialog med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) ble vi bedt om å gi en beskrivelse av og eksempler på ulike samhandlingsbehov som foreligger internt i en kommune, spesielt som følge av manglende tilgang til samlet og oppdatert pasientinformasjon

I forbindelse med dette har vi utarbeidet denne rapporten som kombinerer en kortfattet beskrivelse av dagens utfordringsbilde og brukerhistorier som eksemplifiserer ulike samhandlingsbehov. Brukerhistoriene som presenteres gir på ingen måte noe helhetlig bilde eller uttømmende oversikt over samhandlingsbehov, men det representerer noen konkrete eksempler på situasjoner helsepersonell i kommunale helse- og omsorgstjenester opplever regelmessig.

## **Kommunene har et «sørge for» ansvar**

Kommunene spiller en helt sentral rolle i å levere tjenester som skal møte innbyggernes behov gjennom ulike faser av livet. Som nyfødt og småbarn blir du fulgt opp på helsestasjonen. Etter noen år er det skolehelsetjenesten som tar ansvaret. Om du blir syk går du til fastlegen, eller om det haster, til legevakten. Og om du skulle bli utrygg eller ikke lenger klarer deg like godt på egenhånd, trenger du kanskje hjelp i hjemmet eller en sykehjemsplass. Kommunene leverer tjenester til oss som bor og oppholder oss i kommunen på mange ulike områder, og i alle livets faser og situasjoner. I hvert av disse møtene er det behov for samhandling og informasjonsdeling. Behovet for samhandling og deling av felles informasjon oppstår i flere dimensjoner:

- Mellom tjenesteder (mest innenfor, men også utenfor den enkelte kommune)
- Mellom personell innenfor det samme tjenestestedet
- I tid, både i forhold til historie og planlegging

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1) forutsetter at kommunene sørger for at alle personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Kommunens ansvar omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. I tillegg har kommunen et ansvar for å sikre at innbyggernes behov for tjenester ivaretas på helhetlig vis på tvers av fagsektorer. Barnehage, skole og barnevern er eksempler på store tjenesteområder hvor kommunen skal bidra til et helhetlig og koordinert tilbud til innbyggerne. Dette innebærer at det er et betydelig kommunikasjons- og samhandlingsbehov internt i kommunen i forbindelse med kartlegging, saksbehandling, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon.

## **Kartlegging av behov for deling av ulike typer helseinformasjon**

For å få bedre innsikt i utfordringene knyttet til kommunikasjon- og samhandlingsbehov i en ordinær hverdag, gjennomførte vi i juni i år en workshop i samarbeid med helsepersonell fra samarbeidskommunene. Før samlingen ba vi deltagerne gjennomføre en observasjon av egen praksis for å kartlegge behovet for deling av ulike typer helseinformasjon i kommunen.

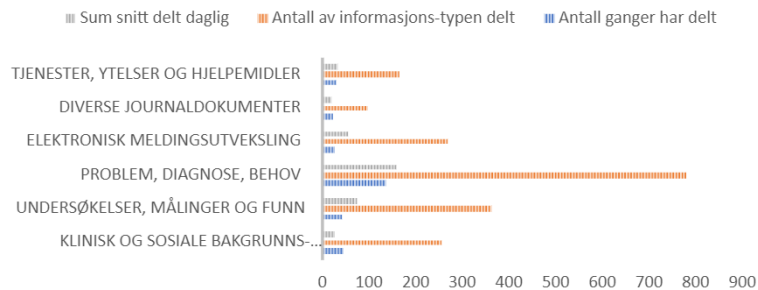
Det var tjue personer som bidro med selvobservasjoner i perioden 25.05.-05.06.2022. De fleste deltagerne jobbet fem dager i den gjeldende perioden.

Selvobservasjonene omfattet tjenesteområdene:

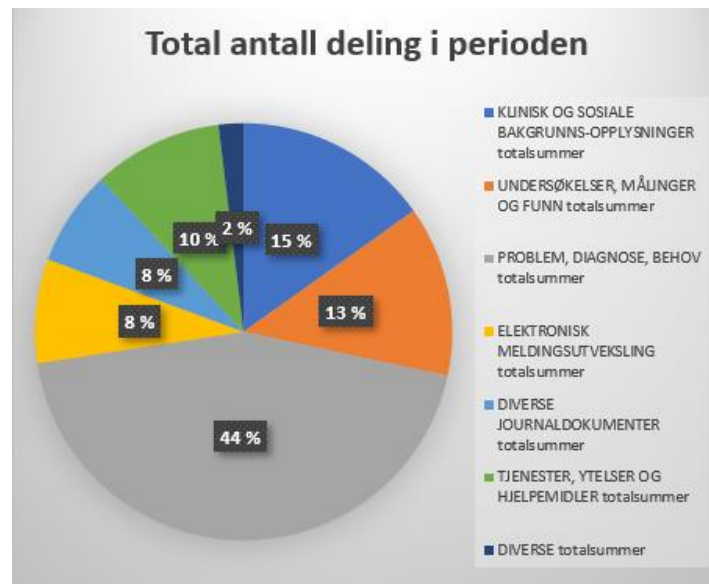
- legekontor/legevakt
- tjenester i hjemmet (hjemmesykepleie)
- helsestasjon
- rehabilitering
  - fysioterapi
  - ergoterapi
  - rehabilitering i sykehjem
- miljøtjeneste/psykisk helsetjeneste
- rusarbeid

I oversiktene er helseopplysningen delt i sju kategorier, der hver kategori innehar mange ulike informasjonstyper. Utenom elektronisk meldingsutveksling blir de ulike opplysningene i dag delt gjennom muntlig dialog, internmeldinger i EPJ, via telefon o.l. Resultatene viste at samtlige tjenesteområder delte alle kategoriene av opplysninger i et betydelig omfang.

## DELING AV OPPLYSNINGER TOTALT ANTALL GANGER (5 DAGER) PÅ 20 RESPONDENTER

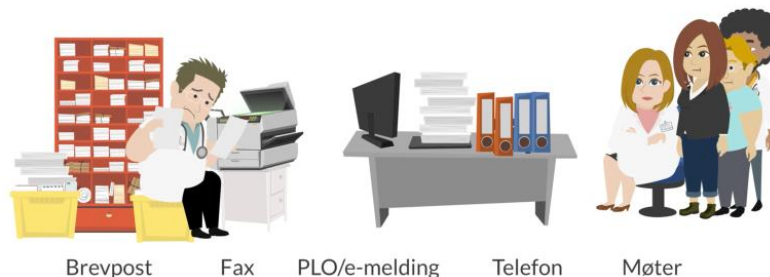


Fordeling av de ulike kategoriene er vist i figuren under.



### Kommunene er ikke én samlet enhet, men et fragmentert landskap

Utover det enkelte helsepersonellens kunnskap og kompetanse er journalen det viktigste verktøyet. Journalen er også hovedkilden til livsviktig informasjon. For å dekke de ulike tjenesteområdene benytter de fleste kommuner flere ulike journalløsninger. Det er ofte 5-6 ulike journalløsninger i bruk i samme kommune, og de kommuniserer stort sett dårlig eller ikke i det hele tatt. Dermed er det liten eller ingen samhandling mellom løsningene, så selv internt i samme kommune får man ikke delt, eller samhandlet rundt, samme informasjon. Der man skulle delt informasjon direkte i løsningene må man i stedet kommunisere muntlig, per telefon, i møter, via e-meldinger eller på papir.



#### **EKSEMPEL**

*Sykepleier Ida er på vakt i hjemmesykepleien. En lørdag formiddag, mens hun er ute hos en annen bruker, ringer vakttelefonen. Det er legevakten som ringer om en kvinne som har blitt behandlet hos dem. Hun har behov for hjelp til å sette en sprøyte blodfortynnende medisin en gang daglig de neste fem dagene. Ettersom det er lørdag er tildelingskontoret i kommunen stengt og legevakten melder derfor kvinnen direkte til hjemmesykepleien.*

*Legevakt og hjemmesykepleie bruker ulike systemer og kan ikke kommunisere via e-meldinger. Legevakten ringer derfor inn rapporten muntlig. Ida må notere ned navn, personalia og annen relevant informasjon som behov/problem, medikament og frekvens på en lapp. Kvinnen får i tillegg med seg et skriftlig notat hjem. Fastlegen mottar en epikrise fra legevakten, men fastlegen er først tilbake på mandag og benytter dessuten et annet journalsystem.*

*Mot slutten av vekten kommer Ida inn på kontoret. Hun setter seg ned foran pc-en for å dokumentere fra dagen. Hun må åpne journal på den nye brukeren, skrive en sammenfatning av det hun vet og kjenner til, åpne tiltak på brukeren, samt sende beskjed til tildelingskontoret så de kan kontakte bruker og skrive et vedtak på hjelp over helgen.*

Gule lapper eller «svarteboka» med beskjeder til neste skift er fortsatt utbredt. Når nødvendig informasjon mottas på slik måte leses inn manuelt i mottagerens eget system. Det er verdt å presisere at det ikke er noe galt i muntlig kommunikasjon, tvert om. Det er i mange sammenhenger en nødvendig måte å sikre at informasjon både er mottatt og forstått. Problemet er at muntlig kommunikasjon krever samtidighet (deltagerne er til stede samtidig), og det er ofte svært krevende i en hektisk hverdag. I tillegg skaper det merarbeid fordi den muntlige informasjonen må skrives ned på nytt når den er mottatt. Sist, men ikke minst, innebærer det en risiko for at informasjonen oppfattes, tolkes eller testes inn feil. Effektiv samhandling betyr at man kan finne relevant informasjon *der og når behovet oppstår*, uten å måtte involvere tredjepart med mindre det er nødvendig for en dypere forståelse. Informasjonsmessig blir kommunen ikke en samlet enhet, men et fragmentert landskap.



Felles kommunal journal

#### **EKSEMPEL**

*Yamal ble enkemann for et par år siden, og flyttet da til en leilighet i nabokommunen for å være nærmere datteren som er innom jevnlig og hjelper til så godt hun kan. Omtrent samtidig fikk han påvist en demensdiagnose. Han er glad for at han fortsatt kan bo hjemme. Fastlegen kjenner han godt og han har tilgang på kommunale tjenester som hjemmesykepleie, demenskoordinator og dagsenter.*

*En lørdag ettermiddag er Yamal ute og går i nabolaget. Etter en stund kjenner han seg ikke igjen og blir både redd og forvirret. Forbipasserende tilkaller politiet, og de følger Yamal til legevakten. På legevakten søker de opp Yamal i systemet, men der finner de ingenting ettersom Yamal, som nyinnflyttet, ikke har vært på legevakten i kommunen tidligere. I kjernejournal finner de hvilke medisiner han har mottatt via apotek, men ingen annen oppdatert informasjon.*

*Legevaktslegen kjenner ikke til at Yamal er dement. Hun gjør nødvendige undersøkelser for å utelukke diagnoser som infeksjon eller slag. Ettersom det er lørdag, er det kommunale tildelingskontoret stengt. Legevakten forsøker å kontakte datteren, men hun svarer ikke. Legevaktslegen og sykepleieren diskuterer seg imellom og vurderer at det oppleves uforsvarlig å sende Yamal hjem igjen gitt den informasjonen de har. De velger i stedet å legge han inn på sykehuset for tilsyn og observasjon over natten da de uten bakgrunnsopplysninger ikke kan utelukke annen årsak til forvirringen. Rundt midnatt tar datteren kontakt med legevakten som informerer om situasjonen og avtaler at hun kan hente faren dagen etter.*

*Hadde legevakten hatt tilgang til informasjon om demensdiagnose, eller allerede aktive tjenestetilbud i kommunen kunne innleggelse vært unngått. Legevaktslegen kunne fått et bedre grunnlag for tiltak ved å vite at nødvendige tjenester og ressurser allerede var på plass for at Yamal kunne sendes hjem, og at dette vil være det beste tiltaket for å gi trygghet innenfor kjente rammer. På denne måten ville kommunen spart et liggedøgn, Yamal ville sluppet den belastningen et opphold i fremmede omgivelser representerer og datteren ville sluppet å uroe seg for hvordan det gikk med faren på et nytt og fremmed sted.*

#### **Mangel på samhandling svekker pasientsikkerheten**

Mangelfull eller fraværende samhandling kan innebære at helsepersonell har et mangelfullt grunnlag for å vurdere riktig nivå på helsehjelp og hva som bør iverksettes av nye tjenester eller tiltak. Mangel på informasjon utfordrer kontinuitet, trygghet for tilstrekkelig innsikt i pasient eller brukers situasjon og dermed også riktig type og nivå på helsehjelpen. Det kan forringe et allerede planlagt forløp, og det kan i verste fall sykeliggjøre eller bidra til feilbehandling.

Ulike grupper av helsepersonell behandler i varierende grad de samme brukerne og pasientene. Behandlingen varierer avhengig av hvilken utdanning de har, i hvilken sammenheng de arbeider og av hvilken relasjon de har.

Fastlegene er uten tvil «navet» i helse- og omsorgstjenesten generelt og i den kommunale tjenesten spesielt. Fastlegene har mange hundre pasienter på sine lister, og de fleste av dem er stort sett friske innbyggere som fastlegen har liten eller ingen kontakt med. For mindre grupper av pasienter er dette bildet helt annerledes, spesielt de multi- og/eller langtidssyke. Selv om dette tallmessig er en liten gruppe for hver enkelt fastlege, behøver de oftest mye oppfølging. Over tid etablerer fastlegen mye kunnskap om, og innsikt i den enkeltes situasjon. Dette dokumenteres godt i fastlegens journal, men er ikke tilgjengelig for andre grupper. Fastlegene jobber som regel innenfor ordinær arbeidstid på hverdager, dvs. den tiden hvor resten av samfunnet også stort sett er åpent og tilgjengelig. I en slik hverdag er det lett å forstå at mange fastleger opplever at de stort sett har tilgang til den informasjonen de behøver.

For andre grupper er dette bildet helt annerledes. I kommunen er det mange helsearbeidere fra ulike fag- og tjenestegrupper som samarbeider om oppfølging av den enkelte pasient, døgnet rundt. Det er mange som jobber deltidsvakter, og ofte hyppige endringer i bemanningsplaner. Det gir et helt annet behov for enkel og umiddelbar tilgang til komplett og oppdatert informasjon, både for den enkelte helsearbeideren og for samhandlingen. Dette skiller seg eksempelvis fra det 1:1 forholdet fastlegen etablerer til sine pasienter over tid – med unntak av de tilfeller hvor pasienten er i behandling på sykehus eller hos spesialist.

Mange sykepleiere som jobber i tjenester i hjemmet, eksempelvis hjemmesykepleie, eller på sykehjem forholder seg nesten utelukkende til mennesker med varierende grad av kroniske og sammensatte lidelser. Dette kan dreie seg om innbyggere med et sammensatt og komplekst sykdomsbilde, med behov for tett oppfølging, akutte hendelser som fall eller brå sykdom eller endring i sykdomsbildet, kompliserte sår, legemiddelproblematikk eller lindrende og palliativ behandling. Grupper hvor behovet for mest mulig helhetlig kunnskap om tilstand, behandling og prognoser er av stor betydning. Dette er kunnskap som ikke er tilgjengelig i de kommunale systemene, og oftest er heller ikke de kommunale systemene selv samkjørt. I tillegg til mangelen på helhetlig informasjon jobber disse yrkesgruppene også til alle døgnets og årets tider. Dette er altså helsepersonell som ofte er alene på natt- eller helgevakt, eller i hjemmesituasjoner. I tillegg står sykepleieren i et avhengighetsforhold til fastlegen i forhold til medisinske vurderinger, spørsmål eller oppfølging av behandling. Da er behovet for et troverdig og helhetlig informasjonsunderlag og en god informasjonsflyt og kommunikasjon enda viktigere.

På toppen av det hele har pasientgruppene som behandles i de kommunale tjenestene oftest ulike behandlere, spesielt når det gjelder fastlege, og det kompliserer bildet ytterligere. Etersom tilgangen på nødvendig informasjon er så liten må sykepleierne ofte bruke mye tid for å få tak i riktig fastlege, gjerne via telefon. Dette er tids- og ressurskrevende i en oppjaget hverdag og det er også et «forstyrrende» element i fastlegens arbeidsdag. Hadde relevant informasjon om pasientene vært tilgjengelig for deling, hadde dette vært unngått.

Helsepersonell er på jobb alle dager i året og til alle tider av døgnet. Som hjemmesykepleier kan du ha ansvar for et stort antall brukere fra andre områder/distrikter, også mange du ikke kjenner fra tidligere. På allerede sårbare vakter som helg, kveld og natt er dette spesielt vanlig. Når du er hjemme hos brukerne og skal gjøre vurderinger av situasjonen, gjerne i kontakt med legevakt eller andre aktører, ville tilgang til et helhetlig og oppsummerende bilde av brukernes historie og situasjon kunne ha uvurderlig betydning.

Helsepersonell i kommunale helse og omsorgstjenester er svært selvstendige og står ofte alene i mange vurderinger. De fleste har kjent på frustrasjon over mangelfull, fraværende eller ufullstendig informasjon, og dermed et uklart bilde. Som sykepleier i hjemmesykepleien eller på et sykehjem kan man ikke bare rope på en kollega, men må stole på egne avgjørelser. Om det trengs legehjelp må man forholde seg til legevakten utenfor fastlegens åpningstider. Når legen på legevakten skal ta sine avgjørelser, dvs. forordne eller avslutte behandling, må hun gjøre det basert på sykepleierens observasjoner og beskrivelser, helt uten tilgang til oppdatert medisinsk informasjon. Tilgang til helhetlig og oppdatert informasjon ville representert en betydelig kvalitets- og effektivitetsheving for begge parter, og dermed også bidratt til økt pasientsikkerhet.



#### **EKSEMPEL**

Hanne er sykepleier i hjemmesykepleien og går på vakt en fredag kveld. I rapporten står det at hun skal dosere et nytt legemiddel til Per. Hanne kjenner Per godt fra før og stusser litt over at han skal begynne med nettopp dette medikamentet. Hun mener å huske at det ble frarådet etter siste kontroll på sykehuset.

De siste ukene har Per vært mye frem og tilbake mellom sykehus, kommunal akutt døgnplass og legevakt. Det har ført til mange endringer i medisineringen. Per har multidose, og fastlegen hans må sende oppdatert ordinasjonskort til apoteket ved endringer.

Hanne skulle gjerne konferert med fastlegen for å være sikker på at beskjeden om oppstart med det nye medikamentet stemmer. Hun er redd det kan ha oppstått en misforståelse i all kommunikasjonen fram og tilbake mellom de ulike behandlerne. Men ettersom det er fredag kveld er fastlegekontoret for lengst stengt, og det åpner ikke før mandag morgen. Det er lege som må ta avgjørelser knyttet til medikamenter, så Hanne velger å konferere med legevakten.

Legevaktslegen har heller ikke informasjonen om bakgrunnen for oppstart, eller annen informasjon fra sykehusbesøk eller KAD. Hun har kun informasjonen om fastlegens ordinasjon via e-resept, og historikk fra Pers tidligere besøk på legevakten. Hun må dermed ta sin avgjørelse basert på sykepleiers resonnement, vurdering av bruk av medikamentets eventuelle bivirkninger/komplikasjoner mot eventuelt nytte.

#### **EKSEMPEL**

Anne jobber som spillutvikler når hun venter sitt første barn og skal følges opp i tilknytning til svangerskapet. Hun har hatt sin første oppfølging hos fastlegen, men ønsker å bruke jordmor på helsestasjonen i tillegg i oppfølgingen. Som gravid får Anne et «Helsekort for gravide» som til hennes store forbløffelse viser seg å være en utskrift på papir. Enda større blir overraskelsen når hun forstår at det forventes at hun selv skal ta vare på utskriften og sørge for at den er med i møte med ulike behandlere eller ved annen relevant kontakt med helsevesenet gjennom hele graviditeten. Helsekortet inneholder linjer der BT, vekt, mål, prøvesvar, samt skriftlig rapport fylles inn for hånd fortløpende. Er dette 2022 eller har jeg havnet i en alternativ virkelighet tenker hun, men fokuset på selve graviditeten og det som skal skje gjør at hun fort vinner seg til tanken.

Fastlegen tar alle nødvendige innledende undersøkelser og noterer dette i sin pasientjournal, samt på helsekortet. I tillegg tar Anne obligatoriske blod- og urinprøver. Anne får også med seg blodprøveresultat på et eget papir.

Anne ønsker å gå til jordmor ved neste kontroll for å få bedre tid til samtale og spørsmål. Jordmor oppretter en ny journal i sitt journalsystem. Hun legger inn den samme informasjonen som fastlegen la inn i sitt system gangen før. Jordmor tar nye undersøkelser, som noteres i hennes journalsystem samtidig som hun noterer det for hånd på helsekortet som Anne heldigvis husket å ha med seg.

Anne forteller jordmor om økende smerter i bekkenet. Jordmor ber Anne kontakte fastlegen. Anne ringer fastlegen og bestiller time. Når hun kommer til timen må hun gjenta den samme informasjonen til fastlegen som hun allerede har gitt jordmor. Fastlegen leser i tillegg av den håndskrevne rapporten fra jordmor på helsekortet. Fastlegen anbefaler Anne å kontakte fysioterapeut.

Når Anne kommer til fysioterapeuten opplever hun å måtte gjengi informasjonen på nytt da fysioterapeuten ikke har tilgang til informasjonen fastlege eller jordmor har.



#### **EKSEMPEL**

*Ida arbeider som sykepleier på et sykehjem. En gang i uken kommer sykehjemslegen innom i noen timer for å gjennomføre legevisitt. Olga, som er beboer på sykehjemmet, har fått påvist en urinveisinfeksjon og legen forskriver en antibiotika kur til henne. Hun forordner samtidig en rekvisisjon på urinprøve. Etter legevisittiten sørger Ida for umiddelbar oppstart av antibiotikakuren og at urinprøve blir sendt til laboratoriet for analyse.*

*To dager senere er Ida tilbake på arbeid. Hun ser fort at Olaug fremdeles har betydelige symptomer på urinveisinfeksjon. I tillegg viser svaret på urindyrkningen at den valgte antibiotika-kuren ikke er gunstig. Ida kontakter sykehjemslegen som arbeider som fastlege på et privat legekontor. Legen har ikke tilgang til kommunale journaler når han er på legekantoret. Siden Olga ikke er en av pasientene på legens fastlegeliste har han heller ikke informasjon om henne i egen journal. Ida må informere legen om prøvesvaret og Olgas status slik at han kan vurdere alternativ medisiner og om det eventuelt skal tas andre prøver. Ettersom Ida ikke kan sende noen pleie og omsorgs-melding til legen ender hun med å bruke store deler av formiddagen på å prøve å få tak i legen på telefon.*

#### **Behov for tilgang til relevant informasjon der man er**

I kommunale helse og omsorgstjenester brukes det mye tid på å sammenstille og holde oversikt over informasjon om pasienter og brukere. Flere oppgaver er overført til kommunene. Pasientene har ofte mange ulike og til dels kroniske tilstander, hvor forståelse av helhetsbildet er avgjørende. Liggetiden i sykehus blir stadig kortere, hjemmebehandling benyttes i forhold til sykere pasient- og brukergrupper, og det benyttes mer avansert medisinsk og sykepleiefaglig behandling i kommunene. I sum øker dette behovet for effektiv tilgang til relevant pasientinformasjon ytterligere i årene som kommer.

#### **EKSEMPEL**

*Mari og Anders ble foreldre til Magnus for 1 år siden. Ved 1 årskontroll på helsestasjonen oppdager helsesykepleier avvik på percentilskjema og velger derfor å henvise Magnus til oppfølging hos fastlegen. Helsesykepleier sender henvisningen digitalt til fastlegen. Når Mari og Anders kommer til fastlegen med Magnus kan imidlertid ikke fastlegen få opp percentilskjemaene med målinger og trender. De må få en ny time og må selv sørge for å fremskaffe en utskrift av percentilskjemaet til neste gang.*

#### **EKSEMPEL**

*Odd har kreft med spredning og er nå i livets siste fase. Både han og kona Lise er veldig takknemlig for at han får tilbringe den siste tiden hjemme, i nærheten av barna sine og i kjente omgivelser. Odd har mye smerter og kvalme og hjemmesykepleien er innom seks ganger i døgnet, samt ved ytterligere behov for å bistå med smerte- og symptomlindring. Kreftsykepleier i kommunen har også tett kontakt med familien og følger opp gjennom faste avtaler. Fastlegen er tett koblet på som medisinsk ansvarlig hjemme, og skjer det noe akutt vil det være legevaktsbil (eller ambulanse) som må tilkalles for bistand. Verken hjemmesykepleie/kreftkoordinator, fastlege eller legevakt deler informasjon gjennom samme system i dag.*

*Endringer skjer raskt. Hjemmesykepleien er derfor avhengig av å ha tett dialog med fastlegen, slik at det til enhver tid gis effektiv lindrende behandling for å unngå at Odd har unødvendige smerter eller annet ubehag. I tillegg må det avklares hvordan og hvem som skal kontaktes ved endringer eller behov som oppstår utenfor åpningstid.*

*En lørdag når hjemmesykepleieren Line kommer forteller Lise at Odd er blitt tyngre i respirasjonen og virker noe mer urolig. Line vurderer at det har sammenheng med sykdomsbilde og at hun derfor ønsker å kontakte legevakten. Legevakten har ikke relevant historikk i sitt system, men får en muntlig sammenfatning av Line over telefonen. De er på plass innen kort tid.*

*Lise og Odd vil helst bruke tid og krefter sammen med hverandre og resten av familien, og slippe unødige spørsmål eller instruksjoner. De opplever god hjelp og støtte fra helsepersonellet, men at det stadig dukker opp nye pleiere som har behov for oppdatering av situasjonen og behovene. Legevaktslegen er nødt til å stille Lise og Odd, samt hjemmesykepleieren Line flere spørsmål for å danne seg et godt bilde av situasjonen, samt relevant historikk, tiltak, utvikling av forløp og tilstand. Han kjenner ikke Odd fra tidligere. Denne informasjonen utgjør grunnlaget for vurderinger han gjør knyttet til videre hjemmesituasjon, ordinasjon av medikamenter og dose, samt eventuelle medikamenter ved behov med tilhørende prosedyre.*

*Legevaktslegen sender sitt notat til fastlegen, samt gir Line en utskrift på papir som hun tar med inn på kontoret ved vaktslutt for å oppdatere medisinalister, tiltaksplan og annen relevant informasjon før hun informerer kveldsvakten i rapport.*

Helsepersonell har ikke nødvendigvis tilgang til nødvendig informasjon der de er. Dette kan være medisinske opplysninger og diagnoser, legemiddelopplysninger, eller informasjon om pågående eller planlagte behandlinger. E-meldinger har gitt samhandlingen ett stort løft, mellom kommunene og sykehus, men også i forhold til fastlegene. Likevel – mangel på ressurser og mobile verktøy til oppfølging gjør at det kan gå flere timer mellom svarene på informasjonsforespørsler – i noen tilfeller kan det bety tap av tid, i andre fall betydelig og unødige kostnader og i verste fall tap av liv eller helse. Kunne helsepersonell selv innhentet informasjonen de har tjenstlig behov for gjennom egne arbeidsflater, hadde samhandling først og fremst vært knyttet til overgang mellom behandlere, ikke basis informasjonsinnhenting.

#### **EKSEMPEL**

*Marte arbeider som kommunal fysioterapeut og har stilling ved den kommunale rehabiliteringsavdelingen. I tillegg til en stillingsprosent på kommunal rehabiliteringsavdeling har hun også en liten stillingsbrøk på kommunal helsestasjon. Her er hun en gang i uken for å vurdere barn etter forespørsel fra lege eller helsesykepleier. Rehabiliteringsavdelingen og helsestasjon har to ulike leverandører for elektronisk pasientjournal.*

*Ved en konsultasjon av Henrik, et barn på helsestasjonen, vurderer Marte at det er behov for en lengre oppfølging. Hun sender derfor melding til tildelingskontoret slik at Henrik får vedtak på tjenester ved rehabiliteringsavdelingen. I tillegg legger hun en videre plan for behandling og dokumenterer funn og vurderinger som er gjort. Når Henrik kommer til rehabiliteringsavdelingen møter han Marte igjen, men nå i rollen som fysioterapeut på rehabiliteringsavdelingen.*

*Siden Marte benytter et annet journalsystem på rehabiliteringsavdelingen enn på helsestasjonen har hun ikke tilgang til egne notater, funn og vurderinger, eller plan for behandling. I en oppjaget hverdag kjenner ikke Marte seg trygg nok på om hun husker godt nok. Selv om hun er god til å huske og sammenstille informasjon velger hun for sikkerhets skyld å gjøre undersøkelser på nytt, og dokumentere funnene og behandlingsplanen for andre gang, men i et annet system.*

Journalsystemene i kommunale helse og omsorgstjenester har manglende funksjonalitet for innhenting og sammenstilling av informasjon fra andre behandlere og tjenester. Dagens systemer er lite strukturerte. Systemene krever mange manuelle operasjoner, og dobbeltføring er vanlig. Mangel på «obligatoriske felter» utfordrer også god datakvalitet fordi systemene tillater stor variasjon i personlig praksis. Muligheten til å notere i fritekst er viktig og i noen tilfeller helt nødvendig, men det som kan være strukturert informasjon bør følge faste format. Så lenge systemene tilbyr liten prosessstøtte blir det opp til hver enkelt hvordan man forvalter systemet og informasjonen man legger inn. Det blir også svært manuelt hvordan informasjonen oppdateres og forvaltes. Det foreligger dokumentasjonskrav til tjenestenes leveranser, og det forutsettes sporbarhet i prosessene, eksempelvis at pasienten har fått klargjort, utlevert og administrert medikament.

Selv om de fleste systemer tilbyr mobile arbeidsflater er det fortsatt mange prosesser eller registreringer man kun har tilgang til fra stasjonær pc, eksempelvis bruk av e-meldinger. Hjemmesykepleien må kjøre inn på kontoret for å kunne sjekke og behandle e-meldinger, samt registrere ulike målinger, lete frem informasjon eller omprioritere personell. Det er en uholdbar situasjon når utvikling og behov for tjenester fremover forutsetter at stadig mer må utrettes på samme tid og med de samme ressursene.

#### **EKSEMPEL**

*Petter er på vakt på legevakten en torsdag kveld. I løpet av vekten ankommer en mann som er blek og klam, har sterke magesmerter, og dårlige vitale målinger. Petter finner lite relevant historikk i journalsystemet.*

*Pasienten blir brått dårligere, og ulike behandlingstiltak blir igangsatt. Hjertet stanser og hjertekompresjoner igangsettes, men til ingen nytte. Mannen erklæres død kort tid etterpå.*

*Legevakten tar kontakt med pårørende, og informerer blant annet om hvilke tiltak som ble forsøkt, men dessverre uten nytte. Pårørende opplyser da om at pasienten var registrert som HLR – altså en person som har erklært og bekreftet at han ikke ønsker gjenopplivningsforsøk. Dette var ikke registrert i dokumentasjon i legevaktens journalsystem, og dessverre heller ikke i kjernejournal.*

*Petter får en kraftig reaksjon når han tenker på hvordan denne mannens avslutning på livet ble, helt mot hans ønsker. Hadde han visst dette innledningsvis ville han gitt smertelindring og fokusert på å skape ro og trygghet.*

#### **Innbyggers behov for samlet informasjon for en aktiv rolle**

I helse- og omsorgssektoren er det pasientforløpene som er «produksjonskjeden», og det er kunnskapen – informasjonen – om den enkelte innbyggeren som driver forløpet. Sektoren er med andre ord helt informasjonsdrevet. Da sier det seg selv at tilgangen til en mest mulig helhetlig, oppdatert og korrekt informasjon er av helt essensiell betydning, både i behandlingen av den enkelte, men også knyttet til å kunne utvikle tjenestene ved å utnytte nye løsninger innen informasjonsteknologi slik at vi kan frigjøre tid til pasientbehandling.

Hvert år er det mange innbyggere som opplever å få feil behandling. Deling av informasjon vil ikke alene kunne sikre at det ikke gjøres feil, men oppdatert informasjon og medikamentliste vil i stor grad redusere denne risikoen. Ulike aktører har ulike kilder der det produseres informasjon, dette kan resultere i flere «sannheter». Felles relevant informasjon gir helsepersonell én felles «sannhet», ikke mange.

#### **EKSEMPEL**

*Randi har hjertesvikt og diabetes og er i tett kontakt med flere deler av helsevesenet. Spesialisthelsetjeneste, fastlege, diabetes poliklinikk, fysioterapeut samt hjemmesykepleie. Det hender også hun har måttet bruke legevakten. Randi opplever at de ulike behandlerne sjelden har oversikt over hva de andre har gjennomført av behandlinger eller vurderinger. Derfor arkiverer hun alle utskrifter hun får fra de ulike behandlerne i en grønn perm som hun har med seg når hun skal til avtaler. Dette kan være epikriser, generelle notat, medisinlister, prøvesvar, tiltaksplan/prosedyre som hjemmesykepleien følger samt vedtakene hun får fra kommunen.*

*Randi har fått noen alvorlige sår på beina på grunn av diabetes. Hun får ukentlig bistand av hjemmesykepleien til å stelle sårene. Fastlegen er medisinsk ansvarlig. Randis sår følges først og fremst opp av diabetes poliklinikk der hun er innom ca. annenhver uke, litt avhengig av sårenes tilstand. Det er poliklinikken som utarbeider sårprosedyrene. Når Randi har vært på konsultasjon sendes en rapport/epikrise til fastlegen, men Randi må selv ta med en utskrift som hun kan gi til hjemmesykepleien. I tillegg ber hun alltid om en ekstra utskrift som hun legger i permen, tilfelle det skulle bli spørsmål fra en av de andre behandlerne. Randi blir frustrert over at hjemmesykepleien ikke kan få samme informasjon som fastlegen, når det er de som følger dette opp i det daglige.*

*Randi har lært viktigheten av å få med seg informasjonen selv ettersom hun ofte har timer på poliklinikken på fredager, og oppdatert informasjon fra fastlegen til hjemmesykepleien ofte komme først uken etter.*

Det er en nasjonal målsetning at innbyggerne skal få delta mer aktivt i egen behandling og oppfølging. Dagens systemer underbygger ikke dette i nevneverdig grad siden informasjon ligger spredt i ulike systemer avhengig av hvilke behandlere man har vært hos. Informasjonen kan i svært liten grad anvendes eller brukes aktivt i oppfølging eller behandlingsformål. Pasientene skal være informert og involvert i egen behandling, det er nedfelt som en absolutt rettighet. Da må de som selv ønsker det sikres kunnskap og innsikt. Vi vet at mange opplever at de blir friskere når de er bedre informert om egen situasjon og prognose, og involvert i egen behandling.

#### **EKSEMPEL**

*Lars er 92 år, men bor fortsatt hjemme sammen med kona. En søndag midt i middagstid ringer han sønnen som bor langt unna, men som er «brukerstøtte» for faren. Arne er fortsatt aktiv bruker av pc og også sosiale medier. En av hans tekstmeldinger til sønnen var; «Erik – ring meg – Facebook virker ikke!»*

*Denne søndagen er det skriveren som er problemet. Den har på et eller annet vis koblet seg av pc-en. Erik forstår i og for seg at det er kjedelig, men ikke at det «brenner» midt i søndagsmiddagen, så han spør hva det er som er så viktig.*

*Lars forteller at han skal til øyelege neste morgen og da må han ha med seg utskrift av medisinlisten sin. Den har han i et Word-dokument som han oppdaterer løpende og han har den med til alle besøk hos helsepersonell, som det jo har blitt flere av gjennom årene.*

*Bakgrunnen for at Lars er så nøye på medisinliste er at han noen år tidligere var hos en tannlege og fikk gjort et enkelt kjeveingrep. Tannlegen forskrev den vanlige smertestillende kombinasjonen av Paracet og Ibuprofen. Helt ok for de fleste, men ikke for folk som f.eks. har hatt magesår eller tilsvarende problem. Tannlegen glemte å spørre om dette hadde vært noe problem og Lars fulgte forskrivningen, og ble så dårlig at han måtte innlegges, og det tok et par år før han var noenlunde restituert.*

*Lars hadde lært at ingen andre enn han selv har den komplette informasjonen og selv «ufarlige» medisiner som kan kjøpes over disk, kan brukt av feil personer representere en betydelig risiko. Lars hadde forstått at det ikke var noen andre som kunne ha full oversikt over hvilke medisiner han til enhver tid brukte, så da måtte jo han ta ansvar.*

## **Behov for informasjon til styring og kvalitetsforbedring**

Kommunene har et betydelig og økende behov for gode styringsdata fremover. Vi går en utfordrende tid i møte der behovet for helse og omsorgstjenester vil øke dramatisk. Vi må kunne utnytte og styre ressursene våre effektivt, der og når behovet oppstår, men dagens journalløsninger tilbyr lite strukturerte styringsdata og det som eventuelt finnes er vanskelig å få hentet ut. Gode styringsdata vil i tillegg være essensielt for å måle og optimalisere kvalitet på tjenestene som gis, samt kunne legge til rette for å planlegge opplæring og kompetansebehov for å møte fremtidens behov.

## **Hvorfor er FKJ viktig for å understøtte utfordringer i samhandlingen?**

Felles tilgang til relevant informasjon skal bidra til å gi helsepersonellet som står ute i tjenestene hver dag en trygghet om at valgene og avgjørelsene som tas er på bakgrunn av riktig og til enhver tid oppdatert informasjon. Helsepersonellet skal få effektive arbeidsflater der denne informasjonen finnes tilgjengelig i deres arbeidsverktøy, der og når de behøver det. Dette skal bidra til økt pasientsikkerhet, høyere kvalitet og mer effektivitet i tjenestene. Økt samhandling og tilgang til et mer helhetlig bilde av den enkeltes situasjon bidrar til muligheter for mer forebyggende fokus fremfor kun behandlende.