

# Arbeidsnotat

## Working Paper

2023:1

Berit Irene Helgheim  
Erlend Vik

Innføring av Helseplattformen:  
Rammeverk for nullpunktsanalyse



Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Berit Irene Helgheim  
Erlend Vik

Innføring av Helseplattformen:  
Rammeverk for nullpunktsanalyse

Arbeidsnotat / Working Paper 2023:1

Høgskolen i Molde  
Vitenskapelig høgskole i logistikk

Molde University College  
Specialized University in Logistics

Molde, Norway 2023

ISSN 1894-4078

ISBN 978-82-7962- 333-5 (trykt)

ISBN 978-82-7962- 334-2 (elektronisk)

Innføring av Helseplattformen

## Rammeverk for nullpunktsanalyse

Berit Irene Helgheim

Erlend Vik

## Forord

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund. Kontaktpersoner har vært direktør Geir Sylte, forskningsleder Bjarte Bye Løfaldli og rådgiver forskning Terese Nerbøvik.

Hovedmålet med denne rapporten er å lage et rammeverk for en nullpunktsanalyse i anledning innføring av Helseplattformen i kommune i Møre og Romsdal. Rapporten skal være et verktøy for kommunene slik at de skal være i stand til å utføre en nullpunktsanalyse.

Rapporten gir en rekke eksempler på indikatorer som deretter operasjonaliseres. Rapporten dekker ikke alle indikatorene som det legges opp til Helseplattformen, men tar for seg noen utvalgte indikatorer, basert på informasjon fra 6 kommuner som ble intervjuet i prosjektet samt våre vurderinger. Det kan derfor være indikatorer som kommunene anser som viktige, men som vi ikke omtaler. Bakgrunnen for vårt utvalg av indikatorer er beskrevet. Det er opp til hver enkelt kommune å bestemme hvilke indikatorer man ønsker å måle. Eksempelene i rapporten kan gjøre det lettere for kommunene å måle både kvalitative og kvantitative indikatorer. I prosjektet har seks kommuner deltatt: Averøy, Sula, Aukra, Kristiansund, Molde og Surnadal.

Førsteamanuensis Berit Irene Helgheim og førsteamanuensis Erlend Vik, Høgskolen i Molde har utviklet rammeverket og skrevet rapporten. Professor Svein Bråthen, Høgskolen i Molde, har kvalitetssikret arbeidet.

Vi takker alle kommunene som har bidratt med god og konstruktiv informasjon underveis.

Molde, januar 2023

Berit Irene Helgheim

Erlend Vik

## Innhold

Forord .....	2
Sammendrag .....	5
1. Innledning.....	6
3. Nullpunktsanalyse .....	7
4. Fokusgruppeintervju med utvalgte kommuner.....	8
4.1 Resultater fra intervju med kommunene .....	9
Bedre faglige kvaliteten og bedre informasjonsutveksling .....	9
Bedre ressursutnyttelse for kommunen .....	10
Pasientperspektivet.....	11
5. Operasjonalisering av indikatorer .....	12
5.1 Tid brukt til informasjonshåndtering.....	12
5.2 Samhandling med spesialisthelsetjenesten (om utskrivningsklare pasienter) .....	13
5.3 Kommunale ledes bruk av styringsdata.....	15
5.4 Prosesskartlegging .....	16
5.5 Pasienters og pårørendes behov for informasjon.....	18
6.0 Anbefalinger.....	18
Referanser.....	20
Vedlegg 1 .....	21
Tidsmålinger med timetracker .....	21
Vedlegg 2 .....	22
Skjema for manuell tidsmåling.....	22
Vedlegg 3 .....	23
Spørreundersøkelse: Samhandling med spesialisthelsetjenesten (om utskrivningsklare pasienter) .....	23

Vedlegg 4 .....	28
Spørreundersøkelse: Bruk av styringsdata .....	28
Vedlegg 5 .....	31
Eksempel: Mottak av pasient.....	31
Vedlegg 6 .....	32
Skjema for registrering av prosess.....	32
Vedlegg 7 .....	33
Spørreskjema til pasienter vedrørende bruk av teknologi og tilgjengelig helseinformasjon	33

## Sammendrag

Innføringen av Helseplattformen i Møre og Romsdal medfører at kommunene bør gjøre en nullpunktsanalyse. Kommunene har derfor behov for et rammeverk hvor indikatorene blir operasjonalisert.

De to overordnede effektmålene for Helseplattformen er 1) Bedre helse, økt pasientsikkerhet og kvalitet og 2) Bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser. Siden en nullpunktsanalyse kan være meget omfattende ble det gjort fokusintervjuer med sekskommuner for å identifisere hva som er de mest sentrale behovene. I fokusintervjuene kom det frem at kommunene har store forventninger til tidseffekten i forbindelse med samhandling med spesialisthelsetjenesten, og generelt at samhandlingen skal bli bedre. Det er også forventninger om at styringsdata blir lettere tilgjengelig og at man dermed i større grad kan bruke dette til å planlegge og styre virksomheten.

Basert på resultatet fra fokusintervjuene har vi sett nærmere på fem hovedområder:

- tid brukt til informasjonsinnhenting (samhandling),
- opplevd samhandling med spesialisthelsetjenesten,
- kommunale ledes bruk av styringsdata, og
- prosesskartlegging
- pasienters bruk av teknologi og tilgjengelig informasjon

Det er redegjort i rapporten for hvordan målingene skal foregå. I vedleggene er det tilrettelagt for at kommune skal kunne ta dette i bruk.

## 1. Innledning

I stortingsmeldingen «Kvalitet og pasientsikkerhet» fremheves det at på sikt skal man ha kun en journal per pasient i Norge (Meld. St 12, 2015-2016). Videre fremheves det at digitale verktøy, som elektronisk pasientjournal og pasientadministrative systemer, er nødvendig for at helsepersonell kan håndtere og ha lett tilgang til nødvendige helseopplysninger. Alle data skal samles på ett sted, og innbyggerne skal få bedre tilgang og oversikt gjennom pasientportalen. Dette er noe av bakgrunnen for Helseplattformen, hvor man får ett system for spesialisthelsetjenesten og de kommunale helsetjenestene.

I 2016 ble organisasjonen Helseplattformen nedsatt. Den fikk ansvaret for innhenting av tilbud for et felles journalsystem. Systemet som ble valgt er Epic Systems. Helseplattformen har også ansvaret for innføring av den valgte journalløsning for spesialisthelsetjenesten og kommunene i Midt-Norge. Målet er en mer sammenhengende helsetjeneste for pasienter og ansatte i regionen. Heretter omtales det digitale pasientjournalsystemet som «Helseplattformen» fordi det omtales slik av de berørte partene.

## 2. Helseplattformen

Helseplattformen er et helhetlig digitalt journalsystem. Det er et prosessdesignsystem og har mange likhetstrekk med ERP systemer som industrien bruker. Systemet er modulbasert og har syv moduler. Hver modul har igjen en rekke undermoduler som er spesialisert mot ulike bruksområder og brukergrupper. For eksempel er det eget brukergrensesnitt for pasienter og helsefagarbeidere, analytiske verktøy for ledere osv.

Det overordnede samfunns målet for Helseplattformen er:

«Én helhetlig og kunnskapsbasert helse- og omsorgstjeneste som utnytter de teknologiske mulighetene og involverer innbyggere for å bidra til bedre helse, bedre resultat av helsehjelp og bedre utnyttelse av kapasitet» (St. Prp. 91 L, 2022)

Helseplattformen skal dermed forbedre kvaliteten på pasientbehandling og sikkerhet.

Samtidig skal den være et brukervennlig system og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en mer effektiv måte. Dette innebærer også at systemet har en helhetlig tilnærming hvor en har forventinger om at pasienter/innbyggere og helsepersonell, til enhver tid skal ha elektronisk tilgang til oppdaterte data om den enkelte.



Den overordnede problemstillingen brytes deretter ned i effektmål. Effektmålene skal være SMARTE, det vil si *Spesifiserte, Målbare, Akseptable, Realistiske, Tidfestbare og Etterprøvbare (evt. Enkle)*. Dette innebærer i hovedsak at målene skal være prosjektspesifikke, forståelige, målbare og egnet til overordnet styring. Målbarheten kan være både kvantitativ og kvalitativ. Effektmålene, som kan ha underliggende resultatmål, må en kunne forholde seg til på en slik måte at man er i stand til å formulere dem før et tiltak iverksettes, og at man kan evaluere graden av måloppnåelse i ettertid.

I utredning av Helseplattformen har man kommet frem til to effektmål (Dir e-helse, 2015):

1) Bedre helse, økt pasientsikkerhet og kvalitet

Effekten av denne målsetningen skal resultere i bedre samhandling og koordinering av helse- og omsorgstjenester og tilgjengelig informasjon for innbyggerne gjennom digitale innbyggertjenester.

2) Bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser

Dette effektmålet skal forstås slik at systemet skal gi en bedre funksjonalitet for helsepersonell og dermed oppnå en bedre kapasitets- og ressursutnyttelse. Dette påvirkes også av at man får en konsolidering av systemer og informasjon i ett digitalt system.

### 3. Nullpunktsanalyse

En nullpunktsanalyse har som formål å måle en tilstand i et system før et tiltak iverksettes. Det er dermed en situasjonsbeskrivelse av hvordan systemet fungerer med dagens prosesser. Tiltaket som iverksettes her er innføring av Helseplattformen. Nullpunktsanalysen skal derfor brukes for å evaluere effekten av Helseplattformen etter at det er iverksatt. Det er derfor vesentlig at analysen tar utgangspunkt i de effektmål og resultatmål som er definert for Helseplattformen i utredningsdokumentene.

Samtidig er det viktig å påpeke at kommunene kan ha ulike målsetninger. Kommunene kan ha velfungerende systemer på ulike områder. Hvilke indikatorer som det er naturlig at kommunene skal måle på, kan dermed variere. Det er allikevel viktig å påpeke at velfungerende systemer også bør måles på tidspunkt null, selv om man ikke forventer en forbedring. Målingene skal brukes som sammenligningsgrunnlag for å se om nivået ikke endrer seg, blir bedre eller dårligere.

Nullpunktsanalysen for Helseplattformen må ta utgangspunkt i de forventede effektmålene og resultatmålene. Effektene kan være direkte, dvs. at resultatet er målbart som en direkte effekt av systemet (Ramstad, 2019). Samtidig er dette et komplekst og omfattende system og man kan derfor forvente en rekke indirekte effekter som for kommunene er like viktige som de direkte effektene.

Kompleksiteten i et slikt omfattende system innebærer at det er mange både direkte og indirekte effekter. For at nullpunktsanalysen skal være overkommelig for kommunene og for at man ikke skal gå seg bort i detaljer, er det viktig å se på hvilke *hovedindikatorer* som er viktigst for den enkelte kommune. Vi anbefaler derfor kommunene å diskutere hva som er viktig for dem og deretter velge indikatorer ut fra dette. Disse må allikevel være knyttet til effektmål og resultatmål for Helseplattformen.

#### 4. Fokusgruppeintervju med utvalgte kommuner

Det har vært reist kritikk mot deler av gevinstrealiseringsarbeidet som er gjennomført tilknyttet Helseplattformen for at det har vært basert på spesialisthelsetjenestens premisser. Et viktig grunnlag for denne nullpunktsanalysen er at de overordnede effekt- og resultatmål for Helseplattformen skal operasjonaliseres og sees i lys av kommunenes behov og målsetninger. Dette er viktig for prosjektet da det er kommunene selv som skal gjennomføre nullpunktsanalysene, og resultatene skal primært benyttes internt i de ulike kommunene.

For å få innsyn i kommunenes behov og målsetninger har vi derfor gjennomført fokusgruppeintervju med 6 kommuner (Molde, Kristiansund, Sula, Averøy, Aukra og Surnadal). Fokusgruppeintervju er et gruppeintervju hvor deltagere inviteres til i felleskap å drøfte et eller flere temaer, med forskeren(e) som ordstyrer og moderator (Tjora, 2021). Metoden er godt egnet til å få belyst ulike synspunkter om et tema, og generer i større grad refleksjon og diskusjon enn et ordinært dybdeintervju.

Intervjuene har vært organisert av Helseinnovasjonssenteret i Kristiansund, og gjennomført via Teams i perioden 28. november til 8. desember 2022. Prosjektansvarlige har deltatt på alle møtene sammen med representanter fra ulike deler av den kommunale ledelsen. Det har vært mellom 5 og 7 deltagerne fra hver kommune i møtene. Blant disse har det vært administrative ledere (kommuneoverlege, kommunedirektører, økonomisjefer og kommunalsjefer for helse og omsorg), enhetsledere (sykehjem, hjemmetjeneste), og aktører som leder den kommunale

implementeringen av Helseplattformen (gevinstkoordinatorer og innføringsledere). Utvalget kan kritiseres for å være for homogent og topptungt, og at det mangler deltakere som representerer pasient og profesjoner. Dette kan også være med å forklare hvorfor pasientperspektivet i liten grad var i fokus i møtene. Samtidig var vi opptatt av å inkludere både faglige og administrative ledere for å få frem ulike synspunkter, med fokus på tilbudssiden av tjenesteproduksjonen. Gjennom fokusgruppeintervjuene ønsket vi å få frem ulike synspunkt og innspill knyttet til hva som var de viktigste målsetningene for kommunene, og hvilke indikatorer som kunne være relevante for kommunene å måle på. Vi ønsket også å få frem synspunkter på hvordan de så for seg det metodiske og praktiske arbeidet med gjennomføring av undersøkelsene og analyser.

#### 4.1 Resultater fra intervju med kommunene

Kartlegging viser at kommunene har forventninger til at Helseplattformen skal gi effekter både for den faglige kvaliteten i tjenestene og på ressursbruken knyttet til pleie og omsorg i kommunen. Kommunene ga uttrykk for at de ønsket målinger som kunne gi en situasjonsbeskrivelse av dagens praksis. De var også opptatt av at de ønsket både kvantitative og kvalitative målinger. I møtene kom det også frem at det foregår en rekke ulike prosjekter i kommunene knyttet til Helseplattformen og andre digitaliseringsprosesser. Det ble derfor påpekt at det var viktig at man unngikk dobbeltarbeid. Det ble også uttrykt ønske om støtte til gjennomføring og analyse av nullpunktsanalysen for å sikre kvaliteten til undersøkelsen.

##### Bedre faglige kvaliteten og bedre informasjonsutveksling

Målsetningene om bedre faglig kvalitet var spesielt knyttet til at man har forventninger om å få bedre samhandling, informasjonsflyt og informasjonshåndtering når man har fått implementert Helseplattformen. Enhetslederne og de som jobbet tett på tjenestene hadde tydelige forventninger om at Helseplattformen skulle bedre informasjonsflyten mellom pasienter og de som jobber i kommunen, internt i kommunen og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen. Flere fortalte at det i dag tar for lang tid å innhente riktig informasjon og at kvaliteten på den informasjon som sendes, både internt i kommunen og fra spesialisthelsetjenesten, ikke er god nok. I dag er det i stor grad fritekst ved epikriser og journalføring. Dette fører til at det kan være vanskelig å følge opp samt spore historikken til ulike intervensjoner. En mer strukturert journalføring hvor man følger spesifikke maler, vil gjøre dette arbeidet lettere.

I møtene ble det fortalt om samhandling rundt en rekke ulike prosesser som man hadde forventninger om at skal bli bedre når Helseplattformen blir innført. Utskrivning fra sykehus til hjemmetjenesten eller sykehjem ble beskrevet som en utfordring hvor epikriser og opplysninger om når pasienter ankommer ofte kommer for sent. Blant annet er det forventninger om Helseplattformen som verktøy skal føre til en bedring i helhetlig pasientforløp og at det skal bli lettere å følge opp pasientene. Dette gjelder også korttidsopphold, hvor man forventer at en bedre oppfølging skal føre til at pasienter som er på korttidsopphold skal kunne utskrives til hjemmet.

Prosser tilknyttet legemiddelhåndtering er en annen sentral utfordring i flere av kommunene. Dagens praksis med ulike systemer innebærer en fare for at medisinlistene ikke er oppdaterte, noe som i sin tur kan føre til feilmedisinering. Til tross for disse konsekvensene var det flere kommuner som viste til at det i liten grad ble skrevet avvik knyttet til legemiddelhåndtering, men at man ute i tjenesten måtte benytte mye ekstra tid på å sikre at medisinlistene var samstemt.

Tuberkulose-screening, som er sentralt innen migrasjonshelse, er en annen prosess som ble trukket frem. Her bruker man i dag papirhenvisninger, da de ulike journalsystemene gjør det umulig å jobbe elektronisk mellom spesialisthelsetjeneste, skolehelsetjenesten og flyktningetjenesten. Også oppfølging og flyt av tiltaksplaner mellom sykehjem og hjemmetjenesten var en prosess som ble nevnt som en interessant indikator for å måle effekten av Helseplattformen i kommunene.

Informasjonsutveksling er sentralt i Helseplattformen og kommunene forventer derfor oppdatert informasjon til enhver tid. Det skal da indirekte føre til en kortere saksbehandlingstid, siden mye av tiden går med på å skaffe korrekt informasjon.

Bedre ressursutnyttelse for kommunen

Fra de administrative lederne var det en forventning om at bedre informasjonsflyt ikke bare skulle skape bedre kvalitet i tjenesten, men at dette også kunne føre til bedre ressursutnyttelse. Ved at det benyttes mindre tid til å innhente, bearbeide og sende informasjon vil man også kunne sikre mer effektive tjenester i form av at man kan betjene flere brukere. Dette innebærer også at man vil få en økt ansikt-til-ansikt tid (ATA).

Det var også en forventning om at Helseplattformen ville gi bedre grunnlag for ressursplanlegging. Et uttalt mål var å betjene så mange brukere som mulig med minst mulig bruk av ressurser, og at man har riktig personell på rett sted. Mer og bedre data om tjenestene

vil kunne gjøre det enklere å nå disse målene. Gode styringsdata skal også kunne gi grunnlag for bedre overføring av oppgaver. Ett mål som ble fremhevet, var det å ha pasientene lengst mulig i eget hjem. Om Helseplattformen ville ha effekt på om pasientene er i sykehjem eller i hjemmetjenesten, ble i denne sammenheng løftet opp som en mulig indikator. I en av kommunene ble det også påpekt at økt digital kompetanse, både blant befolkningen og tjenesteutøverne, kan være en indirekte effekt av Helseplattformen. Det ble også påpekt at det allerede var utviklet et standardisert verktøy knyttet til å måle digital modenhet (KS, 2019).

#### Pasientperspektivet

I forhold til ressursutnyttelse og faglig kvalitet var det relativt lite diskusjon rundt Helseplattformens betydning for pasientene. Kommunene fortalte at det i dag primært gjøres manuell timebestilling, og at det er en forventning om at pasienten skal bruke HelsaMi og i større grad avtale timer digitalt når Helseplattformen iverksettes. Det er også en av målsetningene ved Helseplattformen, nemlig at pasientene i større grad skal ha oversikt over informasjon tilknyttet sin helsetilstand og at de i større grad deler dette med sine pårørende, gitt at pasienten gir sitt samtykke. Lettere tilgjengelig informasjon for pasienter og pårørende forventes å gi en effekt når det gjelder lavere telefonpågang. Når pasient og pårørende har tilgang til full informasjon til enhver tid, kan dette også gi seg utslag i mer tilfredshet.

## 5. Operasjonalisering av indikatorer

Basert på fokusintervjuene og Helseplattformens effektmål har vi valgt ut fem indikatorer som er relevante for å måle effekten av Helseplattformen i kommunene. Disse indikatorene er:

- Tid brukt til informasjonshåndtering
- Opplevd samhandling med spesialisthelsetjenesten om utskrivningsklare pasienter
- Kommunale ledes bruk av styringsdata
- Prosesskartlegging
- Pasienters bruk av teknologi og tilgjengelig informasjon

Vi vil videre redegjøre for hvordan vi har operasjonalisert indikatorene i form av fem metodiske rammeverk. Rammeverkene genererer både kvalitative og kvantitative data, og vil gi en god situasjonsbeskrivelse for kommunene. I tillegg til disse indikatorene vil vi avslutningsvis i kapitlet vise til andre indikatorer som kommunene kan måle ved hjelp av foreliggende data. Altså er det flere av indikatorene som ble nevnt i møte med kommunene som kan måles uten tilpassede metodiske rammeverk.

### 5.1 Tid brukt til informasjonshåndtering

Tidseffekten er beskrevet av flere som en av de parameterne hvor man regner med å få størst utbytte. Helseplattformen har som en klar målsetning at man skal utnytte ressursene bedre og bli mer tidseffektiv. Tidseffekten kan måles i flere dimensjoner og områder, imidlertid har kommunene vist størst interesse for måling av tid brukt på samhandling og informasjonsdeling. ATA har vært i fokus som en viktig parameter i helse- og omsorgssektoren. Mange kommuner har gjort målinger på både på ATA og reisetid i hjemmebasert omsorg. Det finnes derfor rimelig gode estimater som kan brukes av kommunene i en nullpunktsanalyse. ATA vil være en indirekte effekt av innføring av Helseplattformen.

Det er to ulike tilnærminger for måling av tid; 1) Ansattes oppfattelse av brukt tid 2) Måling av faktisk brukt tid ved hjelp av stoppeklokke eller mobilapp.

Den første måten å måle på vil avdekke aktørens oppfatning av hvor mye tid som går med, og kan gjøres via et spørreskjema. Svakheten med denne metoden er at den kan være noe unøyaktig da den enkeltes oppfatning av faktisk medgått tid kan avvike fra det faktiske

tidsforbruket. Siden dette også skal være et utgangspunkt for sammenligning etter at Helseplattformen er tatt i bruk, er det mulig at man ikke kan spørre samme personer igjen ved kontroll. Dette kan derfor være en vesentlig feilkilde.

Måling ved hjelp av faktisk tid brukt ved hjelp av mobilapp eller lignende vil derfor være et bedre estimat. Målingene anbefales å gjøres over 2-3 uker i en normal arbeidsperiode.

Registreringene via en mobilapp er lette å håndtere, og dataene går rett til en database. Dataene kan deretter lastes ned når målingene er ferdige, og man kan relativt enkelt gjøre analyser og beregne statistiske mål som gjennomsnitt og median. En slik måling krever at man har nettilgang. Velger man en slik løsning bør kommunene diskutere hvilke aktiviteter som skal måles, for eksempel tid brukt til samhandling. Dette vil typisk inneholde følgende aktiviteter:

- Telefonsamtaler for å avklare når pasienten kommer
- Telefonsamtaler for å få manglende informasjon for å avdekke pasientens behov
- Telefonsamtaler med spesialisthelsetjenesten for å avklare medikamenter.

Vi anbefaler kommunene at kommunene fokuserer på et lite utvalg av sentrale aktiviteter ved denne type måling. Erfaringen med slike målinger er at dersom det blir for mange aktiviteter, så er det vanskelig å få registreringer som er gode og valide. Vedlegg 1 Tidsmålinger med time tracker viser et eksempel på en slik app og hvordan den brukes og Vedlegg 2 skjema for manuell tidsmåling kan brukes til manuelle registreringer. Aktivitetene som er satt inn i skjema er eksempler, og disse bør vurderes av den enkelte kommune.

## 5.2 Samhandling med spesialisthelsetjenesten (om utskrivningsklare pasienter)

Helseplattformens målsetning om bedre helse, økt pasientsikkerhet og kvalitet skal ha en positiv effekt på samhandling og koordinering av helse- og omsorgstjenester. I møte med kommunene kom det tydelig frem at det i dag var flere utfordringer ved samhandling med spesialisthelsetjenesten. Særlig ble utskrivning fra sykehus til sykehjem og hjemmetjeneste sett på som prosesser som kommunene håper kan bli bedre ved hjelp av Helseplattformen. Vi argumenterer derfor for at den opplevelsen som helsepersonell ved sykehjem og hjemmetjeneste har av samhandling med spesialisthelsetjenesten i utskrivingsprosesser, bør være en relevant indikator for bedre samhandling. Dette vil være en av indikatorene som kan påvirke måloppnåelse når det gjelder bedre helse, økt pasientsikkerhet og kvalitet. For å måle

dette har vi utviklet en spørreundersøkelse som kan benyttes før og etter innføringen av Helseplattformen (se Vedlegg 3), med ulike kategorier som indikatoren omfatter.

Spørreundersøkelsen tar sikte på å kartlegge hvordan tjenesteytere i sykehjem og hjemmetjeneste opplever samhandling med spesialisthelsetjenesten ved utskrivingsprosesser. Mer spesifikt vil spørreundersøkelsen kartlegge hvordan tjenesteytere opplever informasjonsflyt, ansvarsfordeling, retningslinjer, gjensidighetskunnskap, legemiddelhåndtering og pasientsentrert omsorg i samhandling med spesialisthelsetjenesten. Spørsmålene i undersøkelsen er inspirert av validerte spørreskjemaer som PINCOM (Ødegård, 2006) og PSPIC (Derett, et al 2017), samt Vik (2018) og Vik og Hjelseth (2022) sine perspektiver på samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste. For at undersøkelsene skal være relevante for tjenesteytere i ulike kommunale enheter og fange opp samhandling rundt flere pasientgrupper, er spørsmålene av en generell karakter. Spørreundersøkelsen består av 7 kategorier som igjen er bestående av 3-4 spørsmål. Spørsmålene besvares ved hjelp av en skala fra 1-7. Se Vedlegg 3 Spørreundersøkelse: Samhandling med spesialisthelsetjenesten (om utskrivningsklare pasienter).

Kategoriene 1-5 er direkte knyttet til utskrivning fra sykehus, mens kategori 6 og 7 også berører andre deler av samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

K1 Kategorien *Samhandling om utskrivningsklare pasienter* måler den generelle tilfredsheten med samhandlingen i utskrivningsprosesser fra spesialisthelsetjenesten.

K2 Kategorien *Informasjonsflyt* måler opplevd kvalitet på informasjonen fra spesialisthelsetjenesten og systemene som benyttes for å formidle informasjonen.

K3 *Ansvarsfordeling* måler hvorvidt ansvarsfordelingen mellom organisasjoner og profesjoner oppleves som forankret og tydelig.

K4 Kategorien *Retningslinjer* måler hvorvidt det er kjennskap til og konsensus om retningslinjene for samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i utskrivningsprosesser. Retningslinjer er et vidt begrep som både viser til de formelle retningslinjene som foreligger i samarbeidsavtaler og i forskrifter, men som også kan omfatte lokale prosedyrer og retningslinjer. Formålet med denne kategorien er basert på at en hovedutfordring ved samhandling er at profesjonsutøvere uttrykker uklarhet om hvordan samhandling skal foregå, og at det mangler lokale retningslinjer (Vik 2018).



K5 Kategorien *Gjensidig systemkunnskap* måler om tjenesteyterne opplever at man har kunnskap om hverandres profesjonelle praksis og i hvilken sammenheng denne praksisen utføres. Gjensidig systemkunnskap og annerkjennelse for hverandres oppgaver beskrives som en sentral faktor for å skape integrasjon mellom tjenestene (Vik, 2018).

K6 Kategorien *Legemiddelhåndtering* måler hvordan tjenesteytere opplever kvaliteten på informasjonen og systemene som benyttes for å koordinere medisinlister. Spørsmålene er her ikke direkte formulert opp mot utskrivningsprosessen, og de kan dermed benyttes som et mer generelt mål på legemiddelhåndtering mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Kategorien ble inkludert da dette er en utfordring som flere kommuner løftet frem i fokusgruppeintervjuene. Vi foreslår også et annet mål for indikatoren legemiddelhåndtering avslutningsvis i kapitlet.

K7 Siste kategori i undersøkelsen er *Pasientfokus*. Heller ikke i denne kategorien er spørsmålene direkte formulert opp mot utskrivningsprosessen. Kategorien er inkludert for å kunne måle hvor sentralt pasientperspektivet oppleves i samhandlingen. Det å gi pasienter mer innsyn og deltagelse i egen helse er et sentralt i effektmål i Helseplattformen.

### 5.3 Kommunale lederes bruk av styringsdata

En av effektmålene i utredningen av Helseplattformen er bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser. Dette ble også fremhevet av kommunene i fokusintervjuene. En viktig målsetting er at mer integrerte styringsdata skulle gi bedre grunnlag for ressursplanlegging. Med bakgrunn i dette ser vi kommunale lederes bruk av styringsdata som en relevant indikator på effektmålet om bedre utnyttelse av kapasitet og ressurser. Vi har derfor utviklet et spørreskjema som kan benyttes til å kartlegge kommunale lederes opplevelser når det gjelder tilgang og bruk av styringsdata før og etter innføringen av Helseplattformen (se Vedlegg 3).

Spørreskjemaet består av 4 kategorier som i sin tur består av 3-4 spørsmål. Spørsmålene besvares på en skala fra 1-7. Kategoriene måler hvor tilfreds ledere er med de styringsdataene som er tilgjengelig, hvor viktig disse oppleves i lederens arbeidshverdag, hvor stort fokus det er på styringsdata i organisasjonen og på hvilke områder dataene blir benyttet. Vi anbefaler at spørreundersøkelsen sendes ut til avdelingsledere, enhetsledere, fagledere og kommunalsjefer innen helse og omsorg.

Det finnes i dag en rekke ulike kilder som kommuner kan benytte som styringsdata.

Eksempler som kan benyttes i den kommunale helse og omsorgstjenesten er IPLOS, KPR, SAMDATA, KOSTRA, BrukerPlan, Ungdata, og egengenererte data basert på

journalsystemer, fagsystemer og driftsoversikter. Styringsdata betyr i denne sammenheng altså aggregerte (helse)data som kan knyttes til drift og som kan benyttes til å:

- vurdere kvalitet på tjenestene
- vurdere ressursbruk og sikre likeverdige og virkningsfulle tjenester
- prioritere/planlegge for den videre utvikling
- følge med på hvordan ulike brukergrupper og tjenester endrer seg ved gjennomføring av ulike handlingsplaner og reformer
- sammenligne med nasjonal statistikk og andre kommuner
- Etc.

En mulig utfordring med spørreskjemaet er hvordan de kommunale lederne forstår og oppfatter begrepet styringsdata. Enhetsledere og kommunalsjefer har mest sannsynlig et bevisst forhold til begrepet, mens det kan være mer ukjent for avdelingsledere. Vi har derfor skrevet en veiledende tekst i spørreundersøkelsen som kan bidra til en lik forståelse blant respondentene.

#### 5.4 Prosesskartlegging

Helseplattformen legger opp til at måten tjenesten skal utføres på er via prosessdesign, hvilket betyr at hver enkelt aktivitet og hvert steg i prosessen skal identifiseres og beskrives. For å få et bilde på om prosessen har endret seg må en derfor nedtegne dagens prosess. Det er to hovedpunkter som er viktig å registrere i en prosess med hensyn til Helseplattformen: 1) Hvor lang tid prosessen tar, og 2) Feil eller avvik og konsekvensene av et avvik.

I en nullpunktsanalyse kan tid registreres slik vi tidligere har beskrevet for andre tidsmålinger. Feil eller avvik kan registreres via en skala hvor ansatte antyder hvor sannsynlig det er for avvik eller at feil gjøres. En slik registrering i en nullpunktsanalyse vil kunne gi et sammenligningsgrunnlag på kvaliteten i tjenesten.

Avviket eller feilen registres på en skala fra 1-10 i to dimensjoner: 1) hvor sannsynlig er det for at feilen kan oppstå og 2) hvor alvorlig er det dersom en slik feil oppstår. Disse to dimensjonene multipliseres, og man får en matrise på kvaliteten av prosessen.

For å identifisere feil, kan dette gjøres enkelt ved at deltageren lister opp alle potensielle feil man kan tenke seg kan oppstå. Deretter gis hver av disse en skår fra 1-10 på sannsynlighet for at feilen oppstår. Hver «feil» har en tilhørende konsekvens eller en alvorlighetsgrad.

Alvorlighetsgraden kan være alt fra mindre forsinkelser til at pasienten dør.

Alvorlighetsgraden gis også en skår fra 1-10.

Prosedyren for en prosessdesignregistrering er som følgende:

- 1) List opp hvert enkelt steg/aktivitet i prosessen og beskriv hva som gjøres i dette steget.
- 2) List opp alle feil/avvik som kan oppstå og gi disse en skår på en skala fra 1-10
- 3) Sett opp den mest alvorlige konsekvensen (men skal være realistisk/relevant) som kan oppstå dersom avvik skjer, og gi hver konsekvens en skår på en skala 1-10.
- 4) Multipliser sannsynlighet for avvik og konsekvens.

Hvert steg i prosessen kan deretter settes inn i en matrise som vil gi en oversikt over kvaliteten på prosessen: Desto lavere skår, desto bedre er kvaliteten på prosessen. Vanligvis setter vi dette inn i en matrise hvor fargene grønn, gul, oransje og rød brukes. Grønn representerer god/høy kvalitet/lav risiko, mens desto rødere matrisen blir, desto lavere kvalitet og høyere risiko er det i prosessen:

		Sannsynlighet									
		1 vil nesten aldre oppstå	2	3	4	5	6	7	8	9	10 vil helt sikkert oppstå
Konsekvens	10= Katastrofe, liv vil gå tapt	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
	9	9	18	27	36	45	54	63	72	81	90
	8	8	16	24	32	40	48	56	64	72	80
	7	7	14	21	28	35	42	49	56	63	70
	6	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
	5	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50
	4	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
	3	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30
	2	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20
	1=minimal konsekvens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Figur 1: Risikomatrix som gir et bilde på kvaliteten i prosessen. Hver enkelt rute representerer et steg i prosessen

Identifisering av stegene i prosessen kan foregå med mange deltagere. Hver enkelt deltager setter sin skår på både sannsynlighet og konsekvens. Deretter bruker man gjennomsnittet som den endelige skåren. Vedlegg 5 gir et eksempel på en aktivitet/steg i prosessen *mottak av pasient* og vedlegg 6 er skjema for utfylling ved dokumentering av prosess. Eksempel på prosesser i denne sammenhengen er:

- Utskrivningsprosess fra sykehus til hjemmebasert omsorg

- Medikamenthåndtering
- Vedtaksprosesser
- Informasjonsflyt internt i kommunen

### 5.5 Pasienters og pårørendes behov for informasjon

Pasientene vil få tilgang til all informasjon om egen helsetilstand og tiltak/behandling som er gjort og planlagt. Det gis også anledning for pårørende til å kunne få samme opplysninger og tilgang, gitt at pasienten gir sin fullmakt til dette. En kan tenke seg at dette vil bety færre telefonsamtaler og dermed spart tid for kommunene gjennom et mindre behov for verbal informasjon. For å få et bilde på behovet for informasjon, har vi laget et spørreskjema som skal fange opp hvordan pasienter og pårørende opplever dagens situasjon. Den samme undersøkelsen kan gjøres på nytt etter innføring av Helseplattformen (vedlegg 7). Alternativt kan man digitalt se på innloggingstall etter at Helseplattformen er innført. Sammen med registrerte antall pårørende/pasientsamtaler vil dette gi et bilde på om innføringen av Helseplattformen har ført til et mindre behov for informasjon.

## 6.0 Anbefalinger

En fullstendig nullpunktsanalyse er krevende og ressurskrevende. Vi anbefaler derfor at kommunene samarbeider og fokuserer på noen sentrale målinger. Disse må være knyttet opp til målsetningen med Helseplattformen. Flere av målingene vil kunne brukes felles av kommunene. For eksempel har noen kommuner gode registreringer på avvik knyttet til informasjon fra spesialisthelsetjenesten. Disse målingene kan også brukes av de andre kommunene fordi det er stor sannsynlighet for at det her kun vil foreligge mindre forskjeller mellom dem. Vi anbefaler kommunene å diskutere hvilke målinger man kan bruke som et felles estimat og hvilke som må gjøres spesifikt. Etter at man har tatt stilling til hva som kan brukes for alle kommuner, bør de enkelte kommunene se om det er spesifikke målinger som skal gjøres for deres kommune. En slik tilnærming vil være langt mindre ressurskrevende.

Tidsmålinger kan være krevende. Vi anbefaler derfor at man fokuserer på noen aktiviteter og at disse måles over en periode på 2-3 uker. Den første uken ved slike målinger går med til å at de som skal utføre den lærer seg å bruke verktøyet. De midterste ukene er de hvor man ser at flest bruker verktøyet og man får best tallmateriale (dette ser vi blant annet på antall registreringer). For tidsmålinger anbefaler vi å bruke et elektronisk sporingssystem med

mobil app registrering både fordi dette er mindre krevende å bruke under selve utførelsen av tidsmålingen, og fordi man lettere kan laste ned data til bruk i analyser.

Likeledes er det ressurskrevende å sette opp prosesser dersom kommunene ikke har dette skriftlig fra før. Vi anbefaler derfor at kommunene arrangerer en workshop hvor man i fellesskap blir enig om hvilken prosess (er) man skal designe, og hvordan. Dette vil spare tid, og man kan få gjort mye på en dag.

Gjennomføring av spørreundersøkelser kan være krevende med tanke på å få inn svar fra ansatte og pasienter/pårørende. Vi anbefaler at en derfor går bredt ut, dvs. sender dette ut i flere kommuner, og at man dermed får et større materiale. Kommunene har da anledning til å samarbeide om svarene slik at man får et større materiale å analysere. Videre anbefaler vi at man bruker et elektronisk spørreskjema fordi man minsker etterarbeidet på lik linje med tidsmålinger.

## Referanser

Derrett, S., Gunter, K. E., Samaranayaka, A., Singer, S. J., Nocon, R. S., Quinn, M. T., ... & Chin, M. H. (2019). Development and testing of the provider and staff perceptions of integrated care (PSPIC) survey. *Medical Care Research and Review*, 76(6), 807-829.

Direktoratet for e-helse, 2015 Utredning av «Én innbygger én journal» V2 Overordnet strategi og krav

KS (2019). *Kartlegging av digital modenhet i kommunesektoren*. Rambøll. Hentet fra: <https://www.ks.no/fagomrader/forskning-og-utvikling-fou/forskning-og-utvikling/fou-rapporter/hvor-digital-er-kommunesektoren/>. 05.01.2023.

Meld. St. 12 (2015-2016) Kvalitet og pasientsikkerhet. Helse og Omsorgsdepartementet.

St. Prop91 L (2021-2022) Endringer i pasientjournalloven mv. (nasjonal digital samhandling)

Ramstad L S, Stene T M, Finne H (2019) Nullpunktsanalyse av Kapasitetsløft-prosjektene i FORREGION. SINTEF Digital Innovasjon og ledelse, 2019-05-10

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling—en litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119-147.

Vik, E., & Hjelseth, A. (2022). Integrasjon av helsetjenester: åtte teser om samhandling i en funksjonelt differensiert helsetjeneste. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 63(2), 122-140.

Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International Journal of Integrated Care*, 6.

## Vedlegg 1

### Tidsmålinger med time tracker

#### Eksempel på brukergrensesnitt på time tracker

- Hver bruker laster inn appen på en smarttelefon.
- Appen settes opp med de aktiviteter som man ønsker:



- Aktiviteten som skal måles settes i gang ved å trykke på «start», og deretter på «stopp» når aktiviteten er avsluttet.
- Appen har også muligheter for sletting av aktiviteter dersom man har registrert feil
- Når målingene er over, kan dataene lastes ned i excel-format.

## Vedlegg 2

### Skjema for manuell tidsmåling

Manuelt skjema for tidsregistrering <b>TIDSREGISTRERING FOR</b>																	
<b>KOMMUNE - Uke</b>																	
<b>Tileggsopplysninger:</b>								<b>Profesjon:</b>				Leder / merkantil			<input type="checkbox"/>		
Vakt								Hj.hjelp / assistent				Sykepleier			<input type="checkbox"/>		
Fra kl.		Til kl.		Sone/gruppe				Omsorgsarbeider				Hjelpepleier			<input type="checkbox"/>		
<b>AKTIVITET / TID</b>	<b>Fra kl</b>	<b>Til kl</b>	<b>Fra kl</b>	<b>Til kl</b>	<b>Fra kl</b>	<b>Til kl</b>	<b>Fra kl</b>	<b>Til kl</b>	<b>Fra kl</b>	<b>Til kl</b>	<b>Fra kl</b>	<b>Til kl</b>	<b>Fra kl</b>	<b>Til kl</b>			
Administrative oppgaver inkl. møter																	
Infosamtale pas/pår. (ATA)																	
Telefon pas/pårørende																	
Innhenting av info fastlege																	
Innhenting av info sykehus																	
Innhenting av info pårørende																	
Skriving i journal/rapport																	
Muntlig rapport																	





## **K2 Informasjonsflyt:**

K2.1 Vi har gode systemer for informasjonsflyt ved utskriving fra spesialisthelsetjeneste

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K2.2 Informasjon fra spesialisthelsetjenesten kommer til riktig tid

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K2.3 Informasjon fra spesialisthelsetjenesten er av god kvalitet

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K2.4 Vi må ofte be om supplerende informasjon fra spesialisthelsetjenesten

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

## **K3 Ansvarsfordeling:**

K3.1 Det er en tydelig ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K3.2 Det er en tydelig ansvarsfordeling mellom ulike aktører ved utskriving fra sykehus

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K3.3 Det er en felles forståelse for ansvarsfordelingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste ved utskriving fra sykehus

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

**K4 Retningslinjer:**

K4.1 Det er klare retningslinjer for samhandlingen ved utskrivingen fra sykehus

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K4. 2 Det er en felles forståelse av retningslinjene for samhandlingen ved utskrivingen fra sykehus

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K4.3 Det er ulike retningslinjer for samhandling i spesialisthelsetjenesten og i kommunen.

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

**K5 Kjennskap til hverandres praksis og kontekst**

K5.1 Spesialisthelsetjenesten har god kunnskap om kommunens praksis, rutiner og ressurser

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K5.2 Spesialisthelsetjenesten har god kunnskap om vår faglige vurdering

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K5.3 Kommunen har god kunnskap om spesialisthelsetjenestens praksis, rutiner og ressurser

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K5.4 Kommunen har god kunnskap om spesialisthelsetjenestens faglige vurdering

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

**K6 Legemiddelhåndtering:**

K6.1 Vi har gode systemer for legemiddelhåndtering

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K6.2 Informasjon om pasientens medisinbehov kommer til riktig tid

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K6.3 Informasjon om pasientens medisinbehov er alltid oppdaterte

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K6.4 Jeg må ofte dobbeltsjekke at medisinlisten er koordinert og oppdatert

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

## **K7 Pasientsentrert samhandling**

K7.1 Samhandling er tilpasset pasient og pårørendes sine preferanser

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K7.2 Pasienten og pårørende er godt informert om behandling og omsorgstilbud

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K7.3 Spesialisthelsetjenesten har god forståelse for pasientens helse- og omsorgsbehov

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

K7.4 Kommunen har god forståelse for pasientens helse- og omsorgsbehov.

1 = helt uenig 2 3 4 5 6 7=helt enig

## Vedlegg 4

### Spørreundersøkelse: Bruk av styringsdata

Styringsdata er overordnede og aggregerte (helse)data. Eksempler på styringsdata som kan benyttes i den kommunale helse og omsorgstjenesten er IPLOS, KPR, SAMDATA, KOSTRA, BrukerPlan, Ungdata, og egengenererte data basert på journalsystemer, fagsystem og driftsoversikter.

#### Bakgrunnsvariabler:

Stilling \_\_\_\_\_

Alder \_\_\_\_\_

Utdanning \_\_\_\_\_

År i nåværende lederstilling \_\_\_\_\_

#### K1 Tilfredshet med styringsdata

Hvor tilgjengelig er relevante styringsdata for din organisasjon?

1 = i veldig stor grad    2    3    4    5    6    7= i veldig stor grad

                                                                                                                                  

Hvor fornøyd er du med kvaliteten på styringsdataene du har tilgjengelig?

1 = i veldig lite grad    2    3    4    5    6    7= i veldig stor grad

                                                                                                                                  

Hvor brukervennlig er utformingen av disse styringsdataene?

1 = i veldig liten grad    2    3    4    5    6    7= i veldig stor grad

## K2 Viktighet av styringsdata for arbeidet du gjør?

Hvor stort fokus er det på styringsdata i din organisasjon?

1 = i veldig liten grad   2   3   4   5   6   7= i veldig stor grad  
                 

I hvor stor grad jobbes det systematisk med styringsdata i din organisasjon?

1 = i veldig liten grad   2   3   4   5   6   7= i veldig stor grad  
                 

I hvilken grad er arbeid med styringsdata en sentral del av din arbeidshverdag?

1 = i veldig liten grad   2   3   4   5   6   7= i veldig stor grad  
                 

Hvor viktig er styringsdata for at du skal kunne gjøre en god jobb?

1 = i veldig liten grad   2   3   4   5   6   7= i veldig stor grad  
                 

## K3 På hvilke områder benyttes styringsdata?

I hvor stor grad benytter du styringsdata i tjenesteutvikling og kvalitetsarbeid?

1 = i veldig liten grad   2   3   4   5   6   7= i veldig stor grad  
                 

I hvor stor grad benytter du styringsdata til ressursplanlegging?

1 = i veldig liten grad   2   3   4   5   6   7= i veldig stor grad  
                 

I hvor stor grad benytter du styringsdata til/i økonomistyring?

1 = i veldig liten grad   2   3   4   5   6   7= i veldig stor grad

I hvor stor grad benytter du styringsdata til forskning?

1 = i veldig liten grad   2   3   4   5   6   7 = i veldig stor grad



## Vedlegg 5

Eksempel: Mottak av pasient

Prosess steg, beskrivelse	Handlingsalternativer	Potensiell årsak	Potensiell Konsekvens	Sannsynlighet	Konsekvens	Risiko-skår
Spør pasienten om hans/hennes navn	Gi svaret og be om bekreftelse, i motsetning til å be pasienten oppgi navn og dato	Pasienter som uttrykker manglende tillit sykehuset fordi de skjønner ikke hvorfor sykepleiere ikke vet navnet deres  Pasienten hører dårlig, er forvirret etc	Feil medisinerings	3	8	24

Dette er et eksempel på et steg i prosessen «mottak av pasient».

## Vedlegg 6

Skjema for registrering av prosess

<b>Steg nummer</b>	<b>Prosess steg, beskrivelse</b>	<b>Handlingsalternativer</b>	<b>Potensiell årsak</b>	<b>Potensiell Konsekvens</b>	<b>Sannsynlighet (1-10)</b>	<b>Konsekvens (1-10)</b>	<b>Risiko-skår (Sannyn. X kons.)</b>
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

## Vedlegg 7

Spørreskjema til pasienter vedrørende bruk av teknologi og tilgjengelig helseinformasjon

Kommune \_\_\_\_\_ Alder \_\_\_\_\_ Kjønn \_\_\_\_\_

1) Hvilken type bolig bor du i?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Enebolig med alt på et plan  | <input type="checkbox"/> Enebolig med flere etasjer  |
| <input type="checkbox"/> Leilighet med alt på et plan | <input type="checkbox"/> Leilighet med flere etasjer |
| <input type="checkbox"/> Kommunal leilighet           | <input type="checkbox"/> Omsorgsbolig                |

2) Boforhold

- Bor sammen med andre (ektefelle/samboer/barn/søstre eller brødre etc.)
- Bor alene
- Vet ikke

3) Bruker du dagsentertilbud?

- Ja       Nei

4) Hvor mange dager pr. uke har du hjemmebaserte tjenester?

<input type="radio"/>	Sjeldnere enn en gang i uken
<input type="radio"/>	1 dag per uke
<input type="radio"/>	2 dager per uke
<input type="radio"/>	3 dager per uke
<input type="radio"/>	4 dager per uke
<input type="radio"/>	Hver dag
<input type="radio"/>	Hver dag, flere ganger per dag

5) Teknologi

Har du internett der du bor? Ja  Nei

Har du smarttelefon? Ja  Nei

Har datamaskin? Ja  Nei

6) Hvor ofte bruker du datamaskinen/nettbrett?

Flere ganger per dag

En gang per dag

En-to ganger i uken

En gang i måneden eller sjeldnere

7) Hva bruker du datamaskinen/nettbrettet ditt til?

Nettbank

Forsikringer

Kontakt med min fastlege

Underholdning som lese aviser

8) Hvor ofte bruker du mobiltelefonen din?

Flere ganger per dag

En gang per dag

En gang i uken

En gang i måneden eller sjeldnere

9) Hva bruker du mobiltelefonen din til?

Vanlige telefonsamtaler

Bank

Underholdning, som lese aviser

10) Når du skal ha kontakt med fastlegen din, hva gjør du da?

Bestiller time på nettet

Ringer

Drar til fastlegen og bestiller i luken

11) Når du begynte å motta hjemmebaserte tjenester, var det noen som snakket med deg om (1=svært uenig og 6=svært enig)

						Vet ikke	Ikke relevant
	1	2	3	4	5		
Hvilke tjenester det er mulig å søke om	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innholdet i vedtaket om tjenestene du mottar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvordan huset ditt bør ordnes/bygges om for å bevege seg trygt rundt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reseptene og medisinene du tar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvilken behandling du har fått	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hva som er planlagt videre for deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12) Helsenorge har en hjemmeside hvor du kan se hvilke medisiner du har på resept, timeavtaler osv.

Har du vært inne på Helsenorge og sett på hvilken informasjon som ligger der?

Ja       Nei

Hvis ja, hvilken informasjon er du du har sett på?

Meldinger i innboksen

Timeavtaler

Henvisninger

Legemidler

Prøvesvar

Annet

Har du brukt Helsenorge til å

- Bytte fastlege
- Bestille ny resept
- Bestille time til fastlegen
- Sende melding til fastlegen
- Annet

Dersom du bruker Helsenorge, får du hjelp av pårørende eller andre?

- Ja
- Nei



**Høgskolen i Molde**

PO.Box 2110

N-6402 Molde

Norway

Tel.: +47 71 21 40 00

[post@himolde.no](mailto:post@himolde.no)

[www.himolde.no](http://www.himolde.no)