

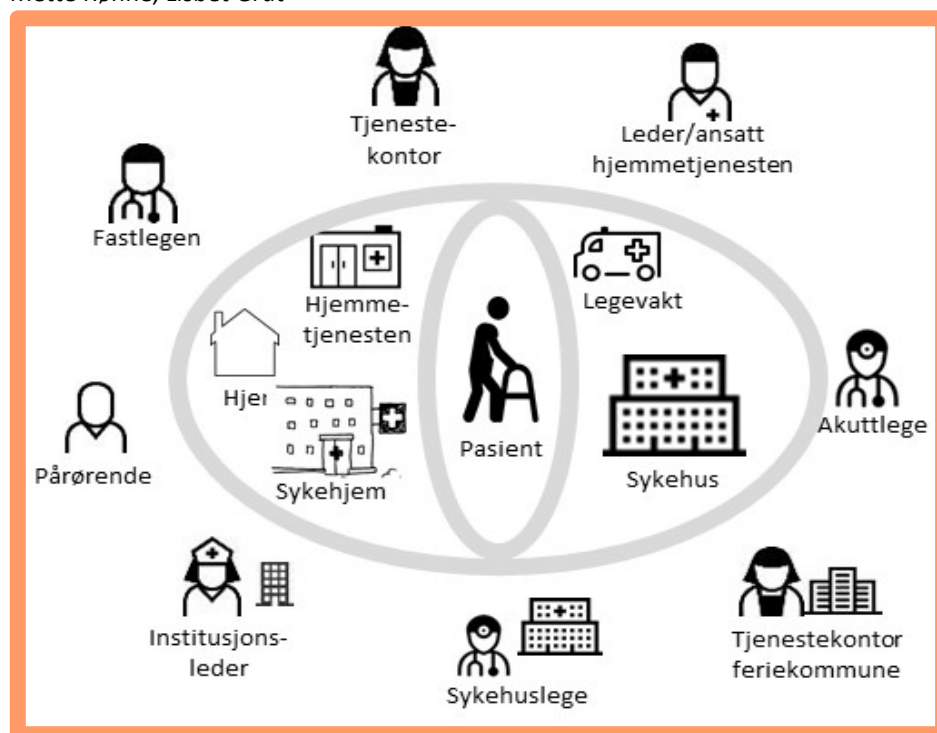
Rapport

DigiPAS: Digitale tavleløsninger for økt kvalitet, bedre pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk i kommunehelsetjenesten

Erfaringer fra fem norske kommuner

Forfattere

Mette Røhne, Lisbet Grut



Rapport

DigiPAS: Digitale tavleløsninger for økt kvalitet, bedre pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk i kommunehelsetjenesten

Erfaringer fra fem norske kommuner

EMNEORD:

Digitale tavler,
pasientsikkerhet, økt
kvalitet, samhandling

VERSJON

1.0

DATO

2021-05-12

FORFATTERE

Mette Røhne, Lisbet Grut

OPPDRAGSGIVER(E)

RFF Oslofjordfondet

OPPDRAGSGIVERS REF.

285538

PROSJEKTNR

102019160

ANTALL SIDER OG VEDLEGG:

76 + vedlegg

SAMMENDRAG

I DigiPAS har digitale tavler for pasientsikkerhet og samhandling blitt innført for økt kvalitet og bedret pasientsikkerhet. IKOS-tavler for pasientsikkerhet og IMATIS-samhandlingstavler er innført i hhv to og tre kommuner. Digitale tavler har gitt gevinster gjennom 1) orden og struktur, 2) effektiv arbeidsflyt, 3) smartere jobbing og 4) systematisk pasientsikkerhetsarbeid på tvers av hjemmetjenesten, korttidsinstitusjoner og tjenestekontor. Innsatsområder i Pasientsikkerhetsprogrammet er forbedret; kartlegging av nye pasienter innen frist har økt fra 8,9% til 60% og fullført kartlegging økt fra 17,8% til 90%. IMATIS-tavlene har støttet samhandling på tvers av avdelinger og erstattet ressurskrevende arbeidsprosesser hvor ansatte har koordinert via telefon, e-post og PLO-meldinger. På tjenestekontor har samhandlingstavler gitt god oversikt over pasienter og plasser og gitt arbeidsstøtte ved utskrivning av pasienter fra sykehus. Det har bidratt til en reduksjon i overliggedøgn på 53,9% som tilsvarer en unngått kostnad på ca. 2,6 millioner kroner for den aktuelle kommunen og har bidratt til en kapasitetsøkning på cirka 30%. Målrettet deling av personsensitiv informasjon har gitt bedre personvern. Tavlene har vært et nyttig verktøy for å jobbe annerledes med brukermedvirkning og for håndtering av koronasituasjonen. Strukturert og målrettet utvikling og innføring har forenklet pasientsikkerhetsoppgaver og brukeroppfølgning og støttet arbeidsprosesser og samhandling og ført til økt kvalitet, frigjort tid og unngåtte kostnader. Skien kommune har vært prosjekteier og Horten, Larvik, Drammen og Sandefjord kommune har vært partnere sammen med Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Telemark v/Porsgrunn kommune og leverandørene Imatis AS og Sensio AS samt SINTEF og Universitetet i Sørøst-Norge (USN) som forskningspartnere.

UTARBEIDET AV

Mette Røhne

SIGNATUR

**KONTROLLERT AV**

Tone Øderud

SIGNATUR

**GODKJENT AV**

Stine Hellum Braathen

SIGNATUR


Stine Hellum Braathen (Sep 28, 2021 09:40 GMT+2)**RAPPORTNR**

2020:01350

ISBN

978-82-14-06412-4

GRADERING

Åpen

GRADERING DENNE SIDE

Åpen

Historikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
0.9	2021-02	Kvalitetssikring på SINTEF
1.0	2021-05	Endelig versjon

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1 Innledning	7
2 Bakgrunn og erfaringer som førte fram til DigiPAS	9
3 Innovasjonsprosjekt i kommunale helse- og omsorgstjenester	10
3.1 Innovasjonsprosjekt med digitale tavler i kommunene	11
3.2 Leverandører av digitale tavler	12
4 Målbildet for DigiPAS-prosjektet	14
4.1 Bedre kvalitet med digitale verktøy	15
4.2 Bedre kvalitet gjennom struktur og oversikt	16
4.3 Digitale tavler for pasientsikkerhet og samhandling	16
4.4 Utprøving av digitale tavler i DigiPAS	18
5 Kvalitet og pasientsikkerhet	20
5.1 Hva er kvalitet?	21
5.2 Hva er pasientsikkerhet?	21
5.3 Hva er pasientsikkerhetskultur?	22
5.4 Hva er effektiv ressursbruk?	23
5.4.1 Nøkkeldata i KOSTRA	23
5.4.2 Kvalitetsindikatorer og kartlegging av ressursbruk i hjemmetjenesten.....	23
5.4.3 Nøkkeldata i kommunehelsetjenesten.....	24
5.4.4 Gevinstmåling.....	25
6 Metode	25
6.1 Aksjons- og følgeforskning	25
6.2 Behovsdrevet innovasjon og tjenstedesign	26
6.3 Metoder for datainnsamling.....	27
6.4 Sikkerhet, etikk, personvern og risiko.....	27
7 Gjennomføring og datainnsamling	28
7.1 Erfaringsutveksling gjennom møter og prosjektsamlinger	28
7.1.1 Avklaring og identifisering av gevinster	28
7.1.2 Utveksling av praktisk erfaring med IMATIS- og IKOS-tavler.....	29
7.1.3 Identifisering, prioritering og måleindikatorer for gevinstevaluering.....	30
7.1.4 Dele erfaringer for "beste praksis" for gevinstevaluering og måling	31

7.2	Kartlegging av arbeidsprosesser og tjenesteforløp før og etter digitale tavler.....	32
7.3	Ansattundersøkelse med forventninger til og erfaringer med digitale tavler.....	33
7.4	Pasientsikkerhetskulturundersøkelse.....	34
7.5	Intervju for erfaringer med digitale tavler i koronasituasjonen.....	36
8	Resultater og erfaringer med digitale tavler.....	36
8.1	Tavler forbedrer pasientsikkerhetsarbeid.....	38
8.1.1	Tavler har strukturert kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.....	38
8.1.2	Bedre oppfølging og færre avvik i hjemmetjenesten og på korttid.....	41
8.1.3	Forbedret kartlegging av pasienter i hjemmetjenesten.....	45
8.1.4	Tavler for å styrke pasientsikkerhetskulturen.....	48
8.2	Tavler gir bedre samhandling.....	54
8.2.1	Bedre oversikt og økt kapasitet på tjenestekontoret.....	54
8.2.2	Utvikling av IKOS-tavler på tjenestekontoret.....	56
8.2.3	Bedre samhandling mellom avdelinger.....	58
8.3	Sikkerhet og personvern – fra krav til muligheter.....	62
8.4	Digitale tavler i koronasituasjonen.....	64
8.5	"Beste praksis" for innovasjon – innføring, måling og realisering av gevinster.....	64
8.6	Suksessfaktorer for innovasjon med digitale løsninger.....	66
9	Oppsummering og diskusjon.....	68
9.1	Nye arbeidsprosesser.....	70
9.2	Nye digitale løsninger.....	71
9.3	Nye former for organisering og ledelse.....	72
9.4	Effekter og gevinster.....	72
9.5	Læringspunkter fra innovasjonsprosessene.....	73
10	Veien videre.....	74
	Referanser.....	76
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv ansattundersøkelse.....	78
	Vedlegg 2: DigiPAS ansattundersøkelse. Del A, B, C og G.....	80
	Vedlegg 3: Kartlegging av oppgaver og samhandling på tjenestekontor.....	84

BILAG/VEDLEGG

Vedlegg 1: Informasjonsskriv ansattundersøkelse

Vedlegg 2: DigiPAS ansattundersøkelse

Vedlegg 3: Kartlegging av oppgaver og samhandling på tjenestekontor

Sammendrag

I DigiPAS har digitale tavler for pasientsikkerhet og samhandling blitt innført for økt kvalitet, forbedret pasientsikkerhet og mer effektiv bruk av ressurser. Innovasjonsprosessene har gitt ansatte og ledere bedre innsikt i utfordringer og muligheter knyttet til pasient- og oppgaveflyt i kommunene. Gjennom innovasjonsprosesser har kommunene utformet og tatt i bruk IKOS- og IMATIS-tavler for å forbedre oversikt og arbeidsflyt henholdsvis i hjemmetjenesten, på korttidsinstitusjoner og på tjenestekontor. Strukturert og målrettet utvikling og innføring av tavler har forenklet pasientsikkerhetsoppgaver, forbedret arbeidsprosesser og støttet samhandling i sanntid mellom avdelinger.

DigiPAS har vist et betydelig gevinstpotensial i kommunehelsetjenestene både internt og i overganger for eksempel til spesialisthelsetjenesten. Det har blitt dokumentert gevinster i form av: 1) *Orden og struktur*, 2) *Effektiv arbeidsflyt*, 3) *Smartere jobbing* og 4) *Systematisk pasientsikkerhetsarbeid* gjennom tavler som systematiserer, visualiserer og forenkler beslutninger, strukturerer kartlegging og oppfølging av brukere.

IKOS-tavler utviklet for pasientsikkerhetsoppgaver har blitt innført i Nedre Eiker og Sandefjord kommune. IMATIS-tavler rettet mot samhandling har blitt innført i Skien, Horten og Larvik kommune. Både IKOS- og IMATIS-tavlene har blitt innført for pasientsikkerhetsoppgaver og økt kvalitet og effektivitet i pasientsikkerhetsarbeidet. IMATIS-tavlene har også blitt innført for å støtte arbeidsprosesser og samhandling på tvers av avdelinger for økt kvalitet og effektivitet.

Innføring av **digitale tavler for å støtte pasientsikkerhetsoppgaver som kartlegging og oppfølging av brukere**. Digitale tavler har forbedret kartlegging på innsatsområder i Pasientsikkerhetsprogrammet. For oppstart av nye pasienter i hjemmetjenesten har IMATIS-tavlene bidratt til at flere nye pasienter har blitt kartlagt innen fristen. Journalgjennomgang har vist at kun 8,9% av nye pasienter ble kartlagt innen frist på 14 dager før innføring av tavler. Tilsvarende gjennomgang etter innføring av IMATIS-tavler har vist at 60% av de nye pasientene ble kartlagt innen frist. Likeledes var kartleggingen kun fullført for 17,8% av de nye pasientene før innføring av tavler mens kartleggingen var fullført for så mange som 90% med tavler. Innføring av tavler har ført til at kartlegging av nye pasienter innen frist har økt fra 8,9% til 60% og at fullført kartlegging har økt fra 17,8% til 90%. Det er tilsvarende resultater for etablering av tiltak for hjemmeboende med fallfare. Før IMATIS-tavler ble innført var det ikke etablert tiltak hos noen av brukerne som hadde hatt fall, mens det etter innføring av tavler var etablert tiltak hos alle brukere som hadde hatt fall. Bruk av IKOS-tavler på rapportmøter i hjemmetjenesten har gitt bedre oversikt over viktige oppgaver og brukere og har ført til at møtene har blitt redusert med cirka 10 minutter som har blitt frigjort til andre oppgaver. I en avdeling hvor ansatte har en stillingsprosent på 60% i gjennomsnitt, betyr det at *cirka 4% av tiden er frigjort til andre oppgaver*. Resultatene fra DigiPAS har vist at pasientsikkerhetsavler har forbedret kvaliteten på pasientsikkerhetsoppgaver.

De digitale tavlene har gitt bedre struktur og oversikt som er viktig i oppfølging av brukere, men som også har vist seg å være ekstra nyttig i håndtering av koronasituasjonen. IMATIS-tavlene ble raskt endret for å gi oversikt og støtte håndtering av korona. IKOS-tavlene har gitt støtte til å dele opp morgenrapport i mindre grupper samtidig som prioriterte oppgaver har blitt tydeligere for ledere og ansatte gjennom risiko- og forløpstavler.

Innføring av **digitale tavler for å støtte samhandling gjennom å digitalisere arbeidsprosesser og forbedre både pasient- og arbeidsflyt**. Det er innført IMATIS-tavler som har støttet informasjonsdeling og samhandling på tvers av avdelinger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Tavlene har erstattet manuelle og ressurskrevende arbeidsprosesser hvor ansatte har koordinert oppgaver via telefon, e-post og PLO-meldinger. Med IMATIS-tavler har en oppgave som har blitt fullført for eksempel på tjenestekontoret ført til at tavlene i andre avdelinger automatisk har blitt oppdatert og ansatte har fått varsel. Samhandlingstavlene har forbedret arbeidsprosesser mellom avdelinger som igjen har gitt bedre pasientflyt og økt pasientsikkerhet i overgangene. Det har blitt målt *50% redusert tidsbruk* på koordinering samt færre sendte e-poster og PLO-meldinger i forkant av samarbeidsmøter. Samhandlingstavler har gitt ansatte på tjenestekontoret god oversikt over pasienter og plasser samt arbeidsstøtte ved utskrivning av pasienter fra sykehus. IMATIS-tavlene har bidratt til en *reduksjon i overliggerdøgn på 53,9%*. Med en

døgnpris for overliggerdøgn på ca. 5000 kroner, har det representert en unngått kostnad på ca. 2,6 millioner for den aktuelle kommunen. Samhandling i IMATIS-tavlene har muliggjort mer effektive arbeidsprosesser og har bidratt til en betydelig kapasitetsøkning på tjenestekontoret. Med samhandlingstavlene har tjenestekontoret med samme antall ansatte håndtert et større antall brukere og saker. Tavlene har vært en viktig faktor for *økt kapasitet på cirka 30% på tjenestekontoret*. Mer målrettet deling av personsensitiv informasjon har ført til bedre *personvern*. Informasjon om utskrivningsklare pasienter har blitt delt med færre ansatte og kun med ansatte som har hatt behov for informasjonen. Som eksempel var det før samhandlingstavler ble tatt i bruk cirka 35 ansatte som mottok sensitiv informasjon om utskrivningsklare pasienter, mens det etter innføring kun var tre ansatte som mottok informasjonen. Det tilsvarer en reduksjon på mer enn 90%. Resultatene har vist at samhandlingstavlene har ført til bedre ressursbruk, frigjort tid og unngåtte kostnader.

Erfaringer i DigiPAS har vist at det kreves en helhetlig tilnærming til tjenester og arbeidsprosesser for utvikling og innføring av samhandlingstavler. Det krever god beskrivelse av arbeidsprosesser i kommunehelsetjenesten og i overganger til andre aktører som for eksempel til sykehus for utskrivning av pasienter til kommunehelsetjenesten. Samhandlingstavler har krevd omfattende endringer i organisering av oppgaver, men har til gjengjeld ført til økt kapasitet, bedre overganger og ressurseffektivisering.

Digitale tavler har gitt mulighet for å skifte fokus, vise annen informasjon og raskt gjøre endringer for å kunne jobbe annerledes. Et eksempel har vært å øke brukermedvirkning ved å sette "Hva er viktig for deg?" i første kolonne i tavla på rapportmøtene. Det har automatisk ført til at ansatte har fått fokus på hva brukerne opplever som viktig. Et annet eksempel er hvordan tavlene når koronasituasjonen plutselig kom i mars 2020, ble et nyttig verktøy i håndteringen av pandemien. To kommuner endret umiddelbart IMATIS-tavlene med oversikt over mistanke om smitte, bekreftet smitte og karantene. Ansatte på tvers av avdelinger har brukt samhandlingstavlene som et verktøy for en mer effektiv håndtering av koronasituasjonen. Likeledes har IKOS-tavler muliggjort at rapportmøter kunne gjennomføres på flere rom med færre ansatte per rom. Samlede gevinster fra de fem kommunene er vist i tabellen:

Type	Gevinst	Dokumentert gevinst
1. Økt kvalitet	Økt pasientsikkerhet	Bedre kartlegging, fra 8.9% til 60% av nye pasienter kartlagt innen frist
	Økt personvern	Tilgangskontroll og informasjonsdeling i tavlene gir personsensitiv informasjon kun til ansatte som trenger den. Antall som mottar informasjon, er redusert med 90%.
	Riktig bruk av ressurser Bedre arbeidsprosesser	Ansatte har bedre oversikt over oppgaver, 100% var enige. Bedre oversikt over oppgaver de skal prioritere, 90% var enige. Enklere å følge prosedyrer og gjennomføre oppgaver, 67% var enige
	Brukertilfredshet og ansattifredshet	Ledere har erfart reduksjon i klager fra brukere og pårørende. Ansatte har erfart at tavlene har gitt bedre oversikt, 100% var enige
2. Spart tid	Mindre tid i overganger	Mindre tid til koordinering, 50% redusert tid til planlegging av fagråd/samarbeidsmøter
	Kortere rapporttid	Morgenrapport er redusert med 10 min. Eks. avdeling med 12 ansatte gir spart tid på 120 min/dag (tilsvarende 56 timer/måned, 672 timer/år) tilsvarer en kostnad på 268.000 kroner
3. Unngåtte kostnader	Færre overliggerdøgn	Antall overliggerdøgn redusert med 53%. Det har tilsvart unngåtte kostnader på 2,6 millioner kroner i aktuelle kommune
	Kortere saksbehandling	Unngått oppbemanning ved at kapasiteten på tjenestekontor har økt med 39%.

Skien kommune har vært prosjekteier og Horten, Larvik, Drammen¹ og Sandefjord kommune har vært partnere sammen med Utviklingssenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Telemark v/Porsgrunn kommune og leverandørene Imatis AS og Sensio AS samt SINTEF og Universitetet i Sørøst-Norge (USN) som forskningspartnere.

¹ Ved prosjektstart var Nedre Eiker kommune partner. Kommunen har blitt en del av nye Drammen kommune i løpet av prosjektperioden, men det er avdelinger i tidligere Nedre Eiker kommune som hovedsakelig har deltatt i prosjektet.

1 Innledning

Rapporten presenterer resultater fra prosjektet DigiPAS - *Digitale løsninger for økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet samt effektiv ressursbruk i kommunehelsetjenesten* som er et innovasjonsprosjekt i offentlig sektor for utvikling og utprøving av digitale tavler.

Overordnet mål:

Prosjektets ambisjon: Muliggjøre systematisk oppfølging av pasienter for økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet samt effektiv ressursbruk. Prosjektet skal utvikle **nye arbeidsprosesser og digitale verktøy som forbedrer kvalitet og pasientsikkerhet** i 1) kommunehelsetjenesten med fokus på hjemmetjenesten og 2) i overganger mellom avdelinger, forvaltningsnivå og samarbeidsparter (institusjon, fastlege, legevakt, sykehus etc.).

Innovasjon:

- Nye **arbeidsprosesser** som sikrer oppfølging av pasientsikkerhet og utnytte ressurser effektivt
- Nye **digitale løsninger (elektroniske tavler)** som kan støtte oppgaver knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten og i relevante overganger
- Nye **former for organisering og ledelse** for å få bedre kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet

Verdiskapning:

DigiPAS har et betydelig potensial for verdiskapning i kommunehelsetjenesten i form av **økt kvalitet** og **bedre pasientsikkerhet** samt **effektiv ressursbruk**. Kommunene vil yte bedre helsetjenester til innbyggerne og frigjøre ressurser ved å bruke ressursene riktig. Bedre pasientsikkerhet forebygger, gir bedre helse og utsetter økt behov for helse- og omsorgstjenester.

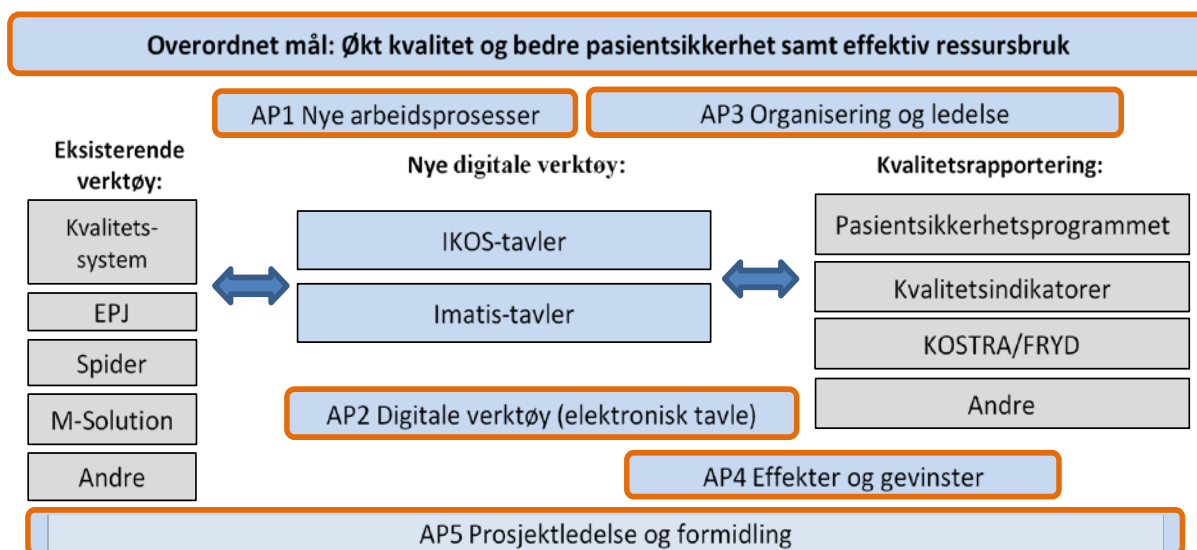
Prosjektet har vært finansiert av RFF Oslojordfondet. Skien kommune v/kommunalsjef har vært prosjekteier og prosjektansvarlig. Deltagere i prosjektet har vært helse- og omsorgstjenesten i kommunene Skien, Horten, Larvik og Nedre Eiker kommune². I tillegg har Utviklingscenteret for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) i Vestfold og Telemark v/Porsgrunn kommune deltatt i prosjektet for å formidle kunnskap og erfaringer til andre kommuner. Imatis AS og Sensio AS har utviklet og levert henholdsvis IMATIS-tavler og IKOS-tavler³ (og deltatt som partnere og støttet kommunene i utprøving og utvikling av tavleløsningene. Forskningspartnere har vært Universitetet i Sørøst-Norge (USN) og SINTEF. USN deltar med ekspertise på pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur, og har hatt som hovedoppgave å gjennomføre en spørreskjemaundersøkelse om ansattes oppfatninger og holdninger til pasientsikkerhet. Universitetet i Stavanger (UiS) har vært involvert i å tilpasse spørreskjemaet til hjemmebaserte tjenester og har ansvar for validering av spørreskjemaet. Prosjektet startet høsten 2018 og ble avsluttet høsten 2020 og har vært tilknyttet innovasjonsprosesser i hver kommune enten gjennom FoU-avtaler eller anskaffelser. Kommunene har startet på ulike områder og hadde også ulike erfaringer med bruk av tavler. Kunnskap om beste praksis vil ha betydning for pasientsikkerhet og digitalisering regionalt og nasjonalt og de digitale tavlene er aktuelle i Norden og har også et potensial internasjonalt.

Prosjektet er gjennomført i kommunale helse- og omsorgstjenester og tavlene er tatt i bruk i hjemmebaserte tjenester for eldre hjemmeboende, på korttidsinstitusjoner hvor personer er på kortere opphold for avlastning og rehabilitering og på kontoret som behandler søknader og fatter vedtak om kommunale helse- og omsorgstjenester som hjemmebaserte tjenester, plass på institusjoner og ulike type boliger, tjenester innenfor rus og psykiatri og rehabilitering. I rapporten brukes betegnelsen

² Nedre Eiker kommune har etter kommunesammenslåing blitt en del av Drammen kommune i løpet av prosjektperioden.

³ IKOS er forkortelse for Individbasert KOMPetanseStyring

hjemmetjenesten om hjemmebaserte tjenester, korttid brukes om institusjoner som har korttidsplasser og tjenestekontor brukes om enhet som er ansvarlig for saksbehandling og det å fatte vedtak. Videre brukes ofte kun tavler som benevnelse for digitale tavler, dersom det refereres til whiteboards kommer dette frem av sammenhengen.



Figur 1 Oversikt over DigiPAS og arbeidsområder

Prosjektet er delt inn i fire hovedområder 1) nye arbeidsprosesser, 2) digitale verktøy, 3) organisering og ledelse og 4) effekter og gevinster i tillegg til prosjektledelse og formidling. De fire områdene har vært sentrale i utprøvingen av tavler i de fem kommunene. Prosjektet startet august 2018 og ble avsluttet september 2020. Prosjektet har blitt meldt til Norsk Senter for forskningsdata (NSD) og har blitt godkjent med referansenummer 561903.

I DigiPAS har ledere og helsepersonell vært involvert i å beskrive førsituasjonen og identifisere utfordringer og behov og deretter utforme digitale tavler og arbeidsprosesser for å forbedre pasientsikkerheten. Det har vært en sentral hypotese at struktur (som innføring av teknologi krever) bidrar til å tydeliggjøre oppgaver og ansvar, forbedre tjenestekvalitet og ivareta pasientsikkerhet – og at teknologi på den måten blir en pådriver i tillegg til en støtte.

Rapporten beskriver kort utgangspunktet for prosjektet (kap. 1), bakgrunnen for prosjektet (kap. 2), beskrivelse av innovasjonsprosjektet og partnere (kap.3), målbildet for prosjektet (kap. 4), en beskrivelse av kvalitet og pasientsikkerhet slik det er omhandlet i DigiPAS (kap. 5), redegjørelse for metoder brukt i forskning på innovasjonsprosessene (kap. 6) og gjennomføring og datainnsamling (kap. 7). Videre beskriver rapporten de viktigste resultatene og erfaringene (kap. 8) før en oppsummering og diskusjon (kap. 9) og veien videre for arbeid med digitale tavler (kap. 10).

2 Bakgrunn og erfaringer som førte fram til DigiPAS

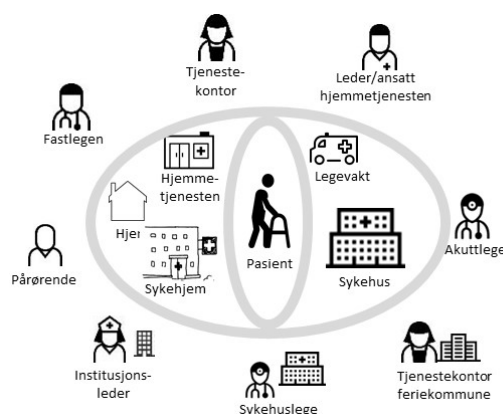
Flere og flere eldre får helse- og omsorgstjenester, og i tillegg yter kommunene tjenester til en økende andel yngre brukere (Mørk mfl. 2017). De fleste får tjenester i hjemmet, og andelen som mottar tjenester hjemme øker. Dette skjer både fordi mange ønsker å bo hjemme så lenge som mulig og som følge av politiske føringer. Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009) har gitt kommunene ansvar for stadig flere pasienter med alvorlige og sammensatte helseproblemer. For å ivareta pasientenes helse og sikkerhet, må kommunene tilby tjenester med høy faglig kvalitet, noe som er krevende i en kompleks organisasjon med stor flyt av pasienter og ansatte. Den hjemmebaserte helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å gi hjemmeboende trygge og gode tjenester, og ivareta pasienten i overgangene mellom sykehus, sykehjem, øyeblikkelig hjelp-plasser (KAD), korttidsplasser og hjemmetjeneste, eller når pasienten får behandling av fastlege, fysioterapeut, ergoterapeuter og spesialister på sykehuset, se Figur 2. Denne situasjonen krever smidig samhandling slik at overgangene mellom de ulike tjenestene skal bli gode, og pasienten blir godt ivarettatt.

I de kommunale helse- og omsorgstjenestene skjer det en kontinuerlig utskiftning av pasienter. For eksempel var det i 2016 i hjemmetjenesten i Porsgrunn til enhver tid ca. 1200 pasienter. I løpet av året kom det til ca. 600 nye pasienter og omtrent like mange avsluttet tjenestene. I realiteten hadde derfor hjemmetjenesten ca. 2400 ulike pasienter å følge opp gjennom året.

Med Samhandlingsreformen og endringer i organisering av helse- og omsorgstjenestene blir stadig mer ansvar og oppgaver flyttet fra spesialisthelsetjenesten og over til kommunene.

Med ambisjon om at flest mulig skal bo hjemme så lenge som mulig, og reise hjem så tidlig som mulig etter et sykehusopphold, blir hjemmebaserte tjenester viktige for å ivareta faglig kvalitet og pasientsikkerhet. Derfor er det viktig at overgangene mellom ulike typer tjenestetilbud ivaretar pasientsikkerhet. Kvalitetsforring og pasientsikkerhet har stått sentral i nasjonale føringer (Helsedirektoratet, 2005) og gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, 2019). Nydal og kolleger (2016) fant i sin undersøkelse at arbeidet med pasientsikkerhet ofte blir tilfeldig, personavhengig og ustrukturert, delvis på grunn av en travel arbeidshverdag der ansatte står i et krysspress mellom pasientens behov og organisasjonens faglige krav til utførelse. Det er gjennomført studier som viser at 20-60% av hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie, er underernærte eller er i fare for å bli det⁴. Underernæring har stor påvirkning på pasientsikkerhet gjennom økt risiko for komplikasjoner, redusert motstand mot infeksjoner, forverret fysisk og mental funksjon, redusert livskvalitet, forsinket rekonvalesensen og økt dødelighet. Fallskader blant eldre har ofte store helsemessige og personlige omkostninger for den enkelte, men har også store økonomiske konsekvenser for samfunnet. Omtrent en tredjedel av alle over 65 år har minst én fallelpisode pr år, og av dem som faller, er halvparten utsatt for gjentatte fall⁵. Vurdering av fallrisiko bør gjøres så raskt som mulig etter oppstart av tjenester og ved endringer. Ansvar for å følge opp pasientene ligger hos den enkelte ansatte, men med utydelig ansvar og mange ansatte som følger opp et stort antall pasienter blir arbeidet med pasientsikkerhet nedprioritert. Dette øker risiko for svikt i oppfølgingen av pasientene.

Pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring i hjemmetjenesten var utgangspunkt for utvikling av et nytt verktøy SPIDER for å planlegge arbeidslistene. I prosjektene "Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten



Figur 2 Mange aktører involvert i pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten

⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lgning-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>

⁵ <https://nhi.no/sykdommer/eldre/diverse-problemstillinger/fall-og-fallskader-hos-eldre/>

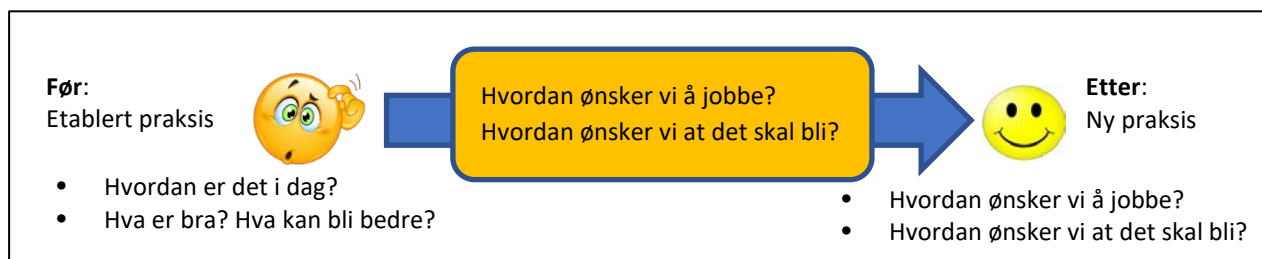
i Horten kommune" (Grut, Fauske og Kraver, 2016) og "OPTET Optimeringsteknologi i hjemmebaserte tjenester" (2016-2018) hvor Horten og Sandefjord kommune deltok, ble det etablert kunnskap om hvordan optimeringsteknologi kan brukes for å lage arbeidslister slik at ressursene ble brukt bedre, "riktig ressurs til riktig oppgave til riktig tid". Erfaringer fra OPTET viste at behov for struktur og oversikt for riktig bruk av ressurser og bedre prioritering av oppgaver.

Skien og Horten kommune deltok i et forprosjekt hvor det ble etablert kunnskap om *praksis* knyttet til pasientsikkerhetsarbeidet i kommunene. Gjennom observasjoner, intervjuer og journalgjennomgang ble det vist at ansatte og ledere var opptatt av pasientsikkerhet, og at tjenestene til dels hadde utarbeidet sjekklister for nye pasienter og skjemaer for kartlegging av risikoområder som fall, ernæring og legemiddelgjennomgang. Informasjonen var imidlertid papirbasert eller lagret i et kvalitetssystem og forprosjektet viste at det ikke var etablert rutiner for når og hvordan ansatte skulle bruke skjemaene. Fagsystemene brukes hovedsakelig til dokumentasjon og har ikke funksjonalitet som støtter oppfølging av pasientsikkerhet. Kartlegging var ikke gjort for mange brukere og utfylte kartleggingsskjema som var lagret i journal ble ikke fulgt opp tilfredsstillende. Journalsystemene gir ikke varsler ved frister for oppfølging og gir ikke oversikt over pasienter som for eksempel har risiko for fall. Kommunene mangler gode støtteverktøy for å gjennomføre en helhetlig og systematisk oppfølging av pasientene. Spesielt mangler de hendelsesbasert oppfølging slik at endringer kan fanges opp fortløpende og evalueringer gjennomføres. Forprosjektet konkluderte med at ansatte i de hjemmebaserte helse- og omsorgstjenestene var opptatt av pasientsikkerhet, men i mangel av gode rutiner og verktøy opplevdes arbeidet med pasientsikkerhet som merarbeid. Det er dermed en risiko for at tiltak ikke blir fulgt godt nok opp.

DigiPAS ble etablert for å utvikle digitale løsninger og kunnskap om hvordan løsningene kunne bidra til økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet samt mer effektiv bruk av ressurser ved å muliggjøre systematisk oppfølging av pasienter.

3 Innovasjonsprosjekt i kommunale helse- og omsorgstjenester

DigiPAS har vært et innovasjonsprosjekt med FoU knyttet til innovasjonsprosessene i fem partnerkommuner. Målet har vært å etablere kunnskap om hvordan digitale tavler kan utvikles, tilpasses og brukes for å øke kvaliteten og forbedre pasientsikkerheten samt bidra til mer effektiv ressursbruk. Det krever innsikt i etablert praksis for å kunne identifisere hva som er bra og hva som kan forbedres, Figur 3.



Figur 3 Fra etablert til ny praksis

Tavlene skal muliggjøre systematisk oppfølging gjennom økt kvalitet og pasientsikkerhet internt i kommunehelsetjenesten og i overgangene med andre aktører som spesialisthelsetjenesten.

Gjennom DigiPAS skal kunnskap etableres om:

- Nye **arbeidsprosesser** som sikrer oppfølging av pasientsikkerhet og utnytte ressurser effektivt
- Nye **digitale løsninger (digitale tavler)** som kan støtte oppgaver knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten og i relevante overganger
- Nye **former for organisering og ledelse** for å få bedre kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet

Skien, Horten og Larvik kommune har tatt i bruk IMATIS-tavler levert av Imatis AS og Sandefjord og Drammen kommune har hatt i bruk IKOS-tavler levert av Sensio AS. Begge leverandørene leverer og utvikler digitale tavleløsninger som har fellestrekk, men det er også forskjeller både funksjonelt og teknisk. Det har imidlertid ikke vært en målsetning å evaluere og sammenligne tavleløsningene. DigiPAS har gjennom innovasjonsprosessene etablert kunnskap om hvordan kommunene kan nyttiggjøre seg respektive digitale tavler for økt kvalitet, bedre pasientsikkerhet og ressursbruk.

3.1 Innovasjonsprosjekt med digitale tavler i kommunene

I det følgende er innovasjonsprosessene i kommunene kort beskrevet.

Skien kommune har inngått FoU-avtale for utprøving av digitale tavler med Imatis AS. Kartlegging i forprosjektet viste at det var mange kartlegginger som ikke ble utført i henhold til etablerte rutiner. En gjennomgang av pasientjournaler ble gjennomført for 60 pasienter i hjemmetjenesten i Skien og Porsgrunn kommune, og viste at prosedyrer for kartlegging av pasientsikkerhet og brukerbehov bare ble fullført for en liten andel av de nye pasientene (<10%). Hjemmetjenesten innførte IMATS-tavler for å holde oversikt over rutiner og oppgaver for nye pasienter. Det har blitt utviklet sjekklister for alle oppgaver med tilhørende frist for nye pasienter. Nye pasienter har umiddelbart blitt registrert i tavla, og tavla blitt brukt på rapportmøtene hver morgen. Tilbakemeldinger fra ansatte har vist at nye pasienter etter innføring av tavler har blitt håndtert i henhold til gjeldende rutiner. En ny journalgjennomgang våren 2020 viste at kartlegging ble gjort innen frist for 60% av nye pasienter. Klyve hjemmetjeneste har videre utvidet tavla for alle brukerne i hjemmetjenesten for å sikre at oppfølging av alle brukere blir gjort etter gjeldende rutiner og i henhold til vedtak og frister. Ledere og ansatte har erfart at digitale tavler gir god støtte i oppfølging av pasienter og vil bruke tavler videre.



Larvik kommune har innført samhandlingstavler på tjenestekontoret og på korttidsavdelinger gjennom en FoU-avtale med Imatis AS. Larvik har i løpet av prosjektperioden tatt i bruk IMATIS-tavlene for flere pasientsikkerhetsoppgaver og for samhandling mellom tjenestekontor og korttidsavdelinger. Tavlene har gitt god oversikt over risikosituasjonen til hver pasient, prøver som skal tas og oppgaver som skal utføres. Det har blitt utarbeidet nye arbeidsprosesser og datastrukturer for sammenkobling av tavlene på tjenestekontoret og korttid. Det har blitt identifisert informasjon som var aktuell å utveksle når pasienter overføres mellom tjenestene og tavlene har blitt utviklet for å støtte samhandlingen. Larvik kommune har i prosjektperioden vært gjennom en kommunesammenslåing som har medført endringer i prioriteringer og forsinket arbeidet med å koble tavlene sammen. IMATIS-tavlene har vært i bruk på det nye tjenestekontoret med svært gode resultater. Prosjektet har vært godt forankret i ledelsen og hos ansatte som har blitt pådrivere i utviklingen. Ledere og ansatte har jobbet aktivt med utvikling av tavlene og fått eierskap til tavlene og har snakket om "tavla mi". Ved prosjektslutt har Larvik kommune etablert samhandling gjennom IMATIS-tavlene og har innført deling av informasjon i sanntid mellom tjenestekontor og korttid. Kommunen fortsetter arbeidet med utforming og bruk av digitale tavler som et verktøy.



Horten kommune etablerte en FoU-avtale med Imatis AS for utvikling og utprøving samhandlingstavler for bruk i hele kommunehelsetjenesten og inkluderte tjenesteområdene hjemmetjenesten, korttidsavdelinger, tjenestekontoret og responscenteret. Tavlene skulle støtte arbeidsprosesser internt i hver avdeling og samhandling på tvers for å sikre bedre pasientflyt og pasientsikkerhet på tvers av avdelinger. Det ble krevende, og kommunen valgte å ta et skritt tilbake og fokuserte kun på samhandling der de opplevde at digitale tavler ville gi mest nytte. Nye arbeidsprosesser og IMATIS-tavler ble utviklet for å forbedre samhandlingen mellom hjemmetjenesten, korttidsavdelinger og tjenestekontoret og ivareta overgangene. Horten kommune har



hatt fokus på å utvikle tavler som samhandlingsløsning mellom avdelingene for eksempel når pasienter skrives ut fra sykehus til korttid og hjemmebaserte tjenester. Samhandlingstavlene har vært navet i samhandling når pasienter har blitt flyttet mellom avdelinger og i saksbehandling. Samtidig har erstattet mange manuelle og tidkrevende oppgaver og har gitt bedre kvalitet og mer målrettet kommunikasjon samtidig som ressursene brukes bedre. Målet er fortsatt å utvikle bedre løsninger for effektiv samhandling og bedre pasientflyt.

Sandefjord kommune har jobbet med pasientsikkerhetstavler i mange år og var aktivt med i utviklingen av IKOS-tavlene (Individbasert kompetansestyring)⁶. Kommunen anskaffet IKOS-tavler fra Sensio AS i 2018 og de har vært i bruk o hjemmesykepleien og på sykehjem og helsehus. I tillegg har ambulerende team for hjemmerehabilitering, psykisk helsetjeneste og tjenester til funksjonshemmede innført tavler. Det har vært ca. 40 avdelinger som har hatt IKOS- tavler i daglig bruk i Sandefjord kommune. Det har vært en utfordring i enkelte avdelinger å få tavla i aktiv bruk internt før samhandling har vært mulig. I DigiPAS har kommunen fokusert på utforming av tavler for tjenestekontoret og startet med å kartlegge arbeidsprosesser på vakttelefonen og saksbehandling. Basert på behov ønsket Sandefjord kommune en annen logikk i tavlene på tjenestekontoret og har jobbet med denne utviklingen gjennom 2019 og fikk våren 2020 en første versjon av tavler for uttesting. Tavlene kom ikke i drift i løpet av prosjektperioden, men målet er fortsatt innføring av tavler på alle avdelinger for å kunne flytte samhandling over i tavlene.



Nedre Eiker kommune anskaffet IKOS-tavler i 2018 for å støtte arbeidsprosesser både innenfor avdelinger og i samhandling mellom avdelinger. IKOS-tavler fra Sensio AS har blitt innført på korttidsinstitusjon og i hjemmetjenesten og har blitt utviklet gjennom prosjektperioden for å støtte arbeidsoppgaver på tjenestekontoret. Nedre Eiker og Sandefjord kommune har jobbet med utvikling av tavler for tjenestekontorer og har gitt ulike innspill til behov og prioriteringer for en enhetlig IKOS-tavle for bruk i flere kommuner. Kommunen vil jobbe videre for å få IKOS-tavlene i drift på tjenestekontoret og i aktiv samhandling mellom avdelinger. Nedre Eiker kommune har underveis blitt en del av Drammen kommune og videre prosess vil bli påvirket av kommunesammenslåingen.



3.2 Leverandører av digitale tavler

Sensio AS og Imatis AS har vært med som prosjektpartnerne i DigiPAS og leverandører av tavler til kommunene som har deltatt i prosjektet. Sensio AS har utviklet IKOS-tavlene for individrettet kompetansestyring for bedre kvalitet og effektivitet i oppfølging av brukere. Imatis AS leverer IMATIS-tavler som et tavleverktøy rettet mot både spesialist- og kommunehelsetjeneste og har utviklet "best practise"-tavler for ulike anvendelser.

⁶ <https://sensio.no/ikos-digital-tavle>



Foto: Sensio AS

sensio

Sensio AS: "IKOS digitale tavler sikrer gode pasientforløp, pasientsikkerhet, god pasientflyt og samhandling, effektive tjenester og innsikt for tjenesteforbedring."

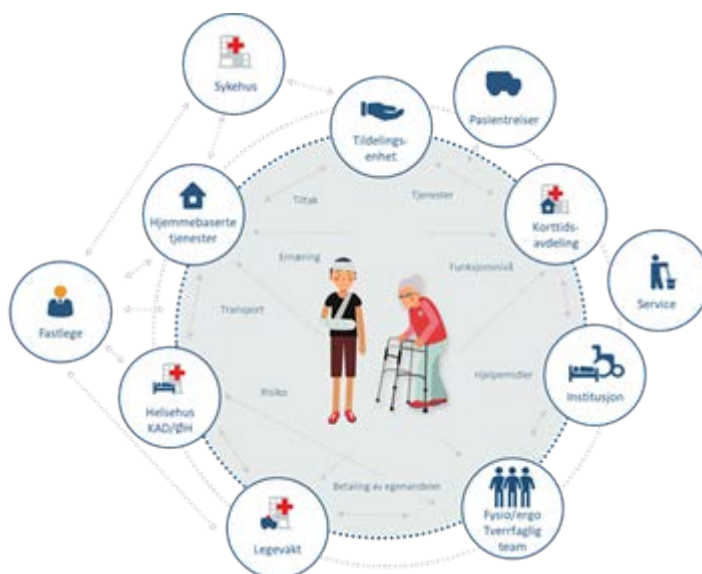
Sensio AS har utviklet IKOS-tavler for kvalitet og styring i kommunal helse- og omsorgstjeneste gjennom flere år i samarbeid med flere kommuner. Hensikten var å utvikle IKOS til en helhetlig løsning for kommunehelsetjenesten, i først versjon var det en systematisering i en tavle (papirbasert eller som whiteboards), i perioden 2016-17 ble IKOS utviklet til et digitalt verktøy med støtte fra Innovasjon Norge (IKOS, 2016). Teorier og erfaringer bak IKOS er beskrevet i boken «Veien til bedre helseledelse. IKOS – Individbasert kompetansestyring» (Strandquist og Adal 2011). Målet i dette arbeidet var kvalitet, arbeidsmotivasjon og effektivitet gjennom riktig bruk av kompetanse samt å legge til rette for ivaretagelse av Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten⁷. Tavlene har blitt utformet for innføring av hjemmesykepleie, sykehjem, tjenester til funksjonshemmede og rus-/psykisk helsetjeneste. IKOS-tavlene kan skreddersys til den enkelte avdeling i kommunen. Det er forløpstavler, hvor brukere følges opp med et sett oppgaver, og syklustavler, hvor det er lagt inn jevnlig helhetsvurderinger, samt eget pasientforløp for nye tjenestemottakere, brukere i funksjonsfall og brukere i livets siste dager. Det er også mulig å velge tavle for tverrgående og virtuelle team. Systemadministrator kan skreddersys for hver avdeling.



Imatis AS: "Imatis sine løsninger knytter mennesker, teknologi og fagansvarlige sammen, og muliggjør et helhetlig helsetilbud til pasienten. Sanntids informasjonsdeling og mobil arbeidsstøtte skaper en bedre hverdag for pasienter og ansatte. Imatis tilbyr en lettvekts IKT-plattform med et omfattende utvalg av applikasjoner."

Imatis AS har utviklet samhandlingsapplikasjoner til både primær- og spesialisthelsetjenesten som fungerer som verktøy for å understøtte og forbedre arbeidsprosesser. Helsetjenestene har erfart at fagsystem og journalsystem ikke nødvendigvis har gitt god støtte til arbeidsprosesser. Imatis har utviklet tavler som har synliggjort for ansatte og ledere hvilke oppgaver som skal utføres og hva som skal prioriteres. Det har gitt bedre oversikt over arbeidsoppgaver og bedre pasientforløp. Imatis har blitt tatt i bruk på Østfoldsykehuset, St. Olavs Hospital i Trondheim og på KAD i Oslo kommune. For kommunehelsetjenesten har Imatis basert på erfaring utviklet et sett av "best practise" applikasjoner og tavler for hjemmebaserte tjenester, tildelingskontor, heldøgnsinstitusjon, fysio- og ergoterapitjeneste samt at de har tavler for oversikt over og håndtering av plasser i omsorgsboliger og på korttidsinstitusjoner.

⁷ Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (2017). Helse- og omsorgsdepartementet



Figur 4 Imatis leverer applikasjoner som gir samhandlingsfunksjonalitet og støtter arbeidsprosesser mellom aktører på flere flater: pc, veggskjerm, nettbrett og mobil (Illustrasjon: Imatis AS)

Sensio AS og Imatis AS leverer begge digitale tavler. IKOS-tavler har fokus på oppfølging av brukere og pasientsikkerhet i kommunehelsetjenesten hvor "Brukeroppfølgingen er standardisert med gjennomtenkte sjekklister og frister. Det sikrer effektiv og individuelt tilpasset oppfølging i tråd med lovverk, nasjonale føringer og faglige krav."⁸. IMATIS-tavler har fokus på samhandling og arbeidsprosesser i helsetjenestene og muliggjør gjennom samhandlingsløyper deling av informasjon i sanntid mellom ansatte internt i avdelinger, på tvers i kommunehelsetjenesten og i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Skien, Sandefjord og Nedre Eiker kommune har hatt fokus på innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet og det var bakgrunnen for anskaffelsen i Sandefjord og Nedre Eiker kommune i tillegg til å forbedre samhandling. Larvik og Horten kommune har fokusert på å forbedre pasientsikkerheten i overganger gjennom bedre samhandlingsløsninger.

4 Målbildet for DigiPAS-prosjektet

Målet i DigiPAS-prosjektet har vært å etablere kunnskap hvordan digitale verktøy og nye arbeidsprosesser kan forbedre og effektivisere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i kommunehelsetjenesten. Prosjektets ambisjon har vært å utvikle og innføre digitale tavleløsninger for en helhetlig og systematisk oppfølging av pasienter for bedre pasientsikkerhet og beslutningsstøtte til ledelse og ansatte, og gjennom dette øke kvaliteten i tjenesten og effektivisere ressursbruken. Prosjektets delmål:

Delmål:

1	Beskrive nye arbeidsprosesser som forenkler og forbedrer kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet
2	Etablere konsept for digitale tavler for kvalitet og pasientsikkerhet
3	Beskrive tavler som verktøy for ledelse
4	Dokumentere og analysere erfaringer fra innføring og bruk i partnerkommunene. Kunnskap om effekter av innovasjonene som effektivisering, kvalitet, ressursutnyttelse, individuell brukeropplevelse, pasientsikkerhet, arbeidstilfredshet gjennom utprøving i kommunene

DigiPAS-gevinster: De digitale tavlene skulle bidra til økt kvalitet og bedre ressursbruk i kommunene, og realisering av gevinster har vært en viktig del av prosjektet. I tråd med Veikart for tjenesteinnovasjon (KS,

⁸ <https://sensio.no/ikos/kort-om-ikos>

2018) har forventede gevinster for DigiPAS blitt identifisert i kategoriene økt kvalitet, spart tid, og unngåtte kostnader, se Tabell 1.

Tabell 1 *Gvinster i DigiPAS*

Gevinsttype	Hva er gevinsten?
1. Økt kvalitet	Økt pasientsikkerhet - kartlegging og avvik
	Forbedret pasientsikkerhetskultur
	Økt personvern
	Riktig bruk av ressurser
	Bedre arbeidsprosesser (mindre koordinering, bedre oversikt)
	Brukertilfredshet (inkludere klager) og ansattilfredshet
2. Spart tid (effektivitet)	Mindre tid brukt i overganger (reduere antall telefoner, meldinger, mail, møter og dobbeltarbeid, oversikt over ventelister)
	Kortere rapporttid
3. Unngåtte kostnader	Færre overliggerdøgn
	Bedre belegg
	Redusert gjennomsnittlig liggetid
	Kortere saksbehandling (færre frister som overskrides)
	Mindre overtid

Tidlig i prosjektet ble gevinstene identifisert, og det har vært krevende å identifisere gode måleindikatorer og etablere et godt dataunderlag for å måle gevinstene. Tavlene har blitt et sentralt verktøy som har blitt tatt i bruk i mange oppgaver og arbeidsprosesser ulike steder i kommunene. Det har ikke vært opplagt hvilke gevinster som kan tilskrives tavlene, men tavlene har vært sentrale i realiseringen av gevinstene.

4.1 Bedre kvalitet med digitale verktøy

Fagsystemene har begrenset støtte til planlegging og dette gjøres derfor i stor grad manuelt i norske kommuner. Desto flere faktorer, desto vanskeligere er det å planlegge gode arbeidslister. Med overføring av stadig flere og mer spesialiserte oppgaver til hjemmetjenesten, blir god planlegging enda viktigere. Det har gjennom prosjektet OPTET blitt vist at bedre planleggingsverktøy har bidratt til økt kvalitet og effektivitet i hjemmetjenesten (Røhne, Aussen og Grut, 2017; Røhne, Grut, Thaqi, Andersen og Sandåker, 2018). Verktøyet har gjort det mulig å endre arbeidspraksis og prioriteringer samtidig som effekten kunne evalueres raskt. Horten og Sandefjord kommune var pilotkommuner i prosjektet OPTET, og har begge innført SPIDER med gode resultater (Grut, Fauske og Kraver, 2016; Røhne mfl., 2018).

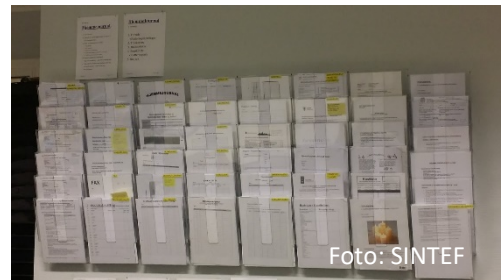
OPTET avdekket at planlegging av arbeidsoppgaver og arbeidslister var en kompleks oppgave med mange faktorer som skulle hensyntas:

1. Hvilke ansatte kan utføre hvilke oppgaver? (kompetanse og erfaring)
2. Hvordan kan ressurser og kompetanse nyttes best mulig?
3. Hvordan sikre at brukerne mottar tjenester med god kvalitet til riktig tid?
4. Hvordan redusere kjøring ved å etablere gunstige arbeidslister?
5. Hvordan redusere behovet for samhandling mellom ansatte innenfor og på tvers av avdelinger?
6. Hvordan unngå dobbeltarbeid fordi informasjon ikke følger pasientene?
7. Hvordan sikre at personvern ivaretas?
8. Hvordan øke kontinuitet og redusere antall ulike ansatte på hjemmebesøk hos hver bruker?

Optimeringsteknologien viste seg å være egnet i forbedrings- og innovasjonsarbeid og OPTET pekte på et tilsvarende behov for støtte til arbeidsprosesser for å øke kvaliteten, noe som ble videreført i DigiPAS.

4.2 Bedre kvalitet gjennom struktur og oversikt

Kommunale helse- og omsorgstjenester har fått flere pasienter som har alvorlige og sammensatte helseproblemer noe som har krevd avanserte og sammensatte tiltak og mer spesialisert kompetanse. For å ivareta pasientsikkerheten kreves det bedre oversikt og støtte for at ansatte og ledere skal kunne ta gode beslutninger. Pasientsikkerhetsprogrammet i regi av Helsedirektoratet (2019) har etablert innsatsområder hvor arbeid med pasientsikkerhet for kommunehelsetjenesten struktureres. Pasientsikkerhetsprogrammet har utarbeidet sjekklister og kartleggings skjema som i hovedsak er papirbasert. I hjemmetjenesten er det gjennom forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid innført mange skjemaer og sjekklister for kartlegging av nye pasienter og for å følge opp pasientsikkerhet gjennom ernæringskartlegging,



Figur 5 Sjekklister og skjema på vaktrommet



Figur 6 Kartleggings skjema og prosedyrer

legemiddel-gjennomgang, kartlegging for å oppdage forverret tilstand osv. Skjemaene skrives slik at de er tilgjengelig på vaktrommet, se Figur 6. Ansatte tar med papirskjema på pasientbesøk. Skjemaet scannes i etterkant og lagres i journal. Ledere utvikler stadig nye sjekklister for at ansatte skal huske oppgaver for hver pasient, og nye skjema som skal forenkle kartleggingene. Det forenkler kartleggingen, men det er fortsatt en utfordring at kartlegginger ofte ikke blir ferdig på ett besøk, og ansatte legger skjemaet til side for å fortsette ved neste besøk. Det er sjelden at det er etablert rutiner for hvordan ansatte skal dele informasjonen seg imellom om at en kartlegging er påbegynt. Dermed vil kartleggingen ofte gå over lang tid, og det skjer også at andre ansatte også starter en kartlegging av samme pasient parallelt.

Pasientsikkerhetsprogrammet har anbefalt å ta i bruk whiteboards-tavler og gjennomføre tavlemøter for å løfte frem forbedringsarbeidet. Programmet viser til at tavler (whiteboards) i arbeidsmøter er en effektiv metode for å få fokus på viktige oppgaver. Mange kommuner er i gang med forbedringsarbeid, og både i hjemmetjenesten og på korttidsavdelinger innføres det tavler/whiteboards på vaktrommene for å få oversikt over pasienter med risiko, smittefare hos pasienter og på rom, for å huske oppgaver som skal gjøres og hvilke prøver som skal tas. Dette bidrar til at avdelingen lettere kan følge opp pasienter som har risiko, og kan prioritere de viktigste oppgavene.

Erfaringer fra Oppsalhjemmet har vist at ansatte opplever at whiteboards er nyttige, fordi de raskt får oversikt over situasjonen for avdelingen og for hver pasient (Tidsskrift for Den norske legeforening, 2016). Tavlene gir ledere og ansatte bedre beslutningsstøtte. Men med et økende antall papirskjema og tavler/whiteboards blir det mye for ansatte å følge med på. Det er også krevende med whiteboards siden situasjonen oftest endrer seg raskt og det er stadig behov for å gjøre endringer på tavla noe som fortsatt er krevende med en whiteboard-tavle. Forsvarlige helsetjenester krever bedre støtte i kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet og digitale verktøy kan gjøre tavler og tavlemøter mer effektive.

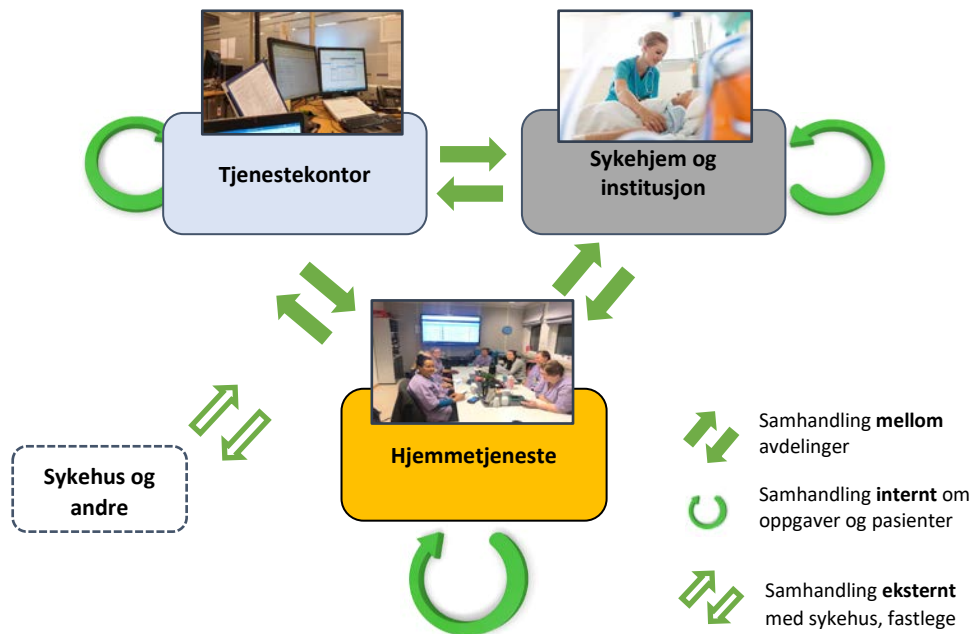
Elektroniske tavler og tavlemøter ble forholdsvis tidlig tatt i bruk på KAD i Oslo og ved Sykehuset i Østfold. KAD-prosjektet i Oslo kommune har vist til gevinster i form av bedre pasientforløp og en reduksjon på 20% i personalkostnader per pasient etter innføring av tavler (Ausen mfl., 2017; GEMINI, 2017).

4.3 Digitale tavler for pasientsikkerhet og samhandling

Pasientsikkerhetstavler tydeliggjør og visualiserer oppgaver, tidsfrister og hvem som er ansvarlig for pasienter og oppfølging samt for risikosituasjonen til pasientene. Tavlene har vært brukt på morgenmøter

i hjemmetjenesten og på korttidsavdelinger for å koordinere oppfølging av pasienter og har blitt brukt på prioriterte innsatsområder i Pasientsikkerhetsprogrammet.

Tavlene kan gjøres tilgjengelig på mobile flater for å gi ansatte oversikt over pasienter og oppgaver også ute i felt. Samhandlingstavler har blitt brukt for å sikre arbeids- og pasientflyt på tvers av avdelinger i kommunehelsetjenesten og i overganger med eksterne aktører som sykehus og fastlege, se Figur 7.

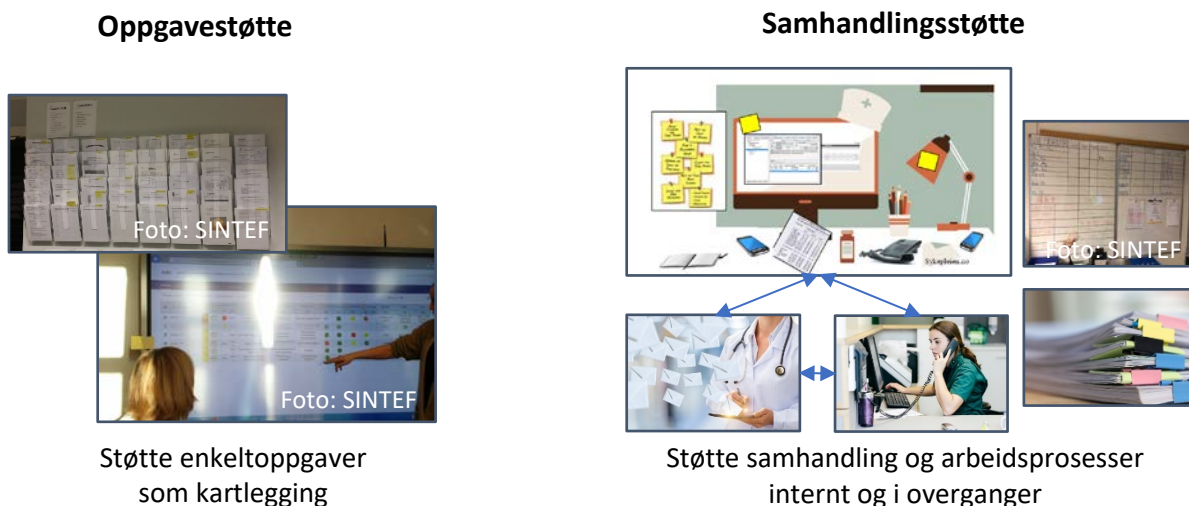


Figur 7 Tavler for å jobbere smartere internt i hver avdeling og mellom avdelinger og på tvers i kommunen

Pasientsikkerhetstavler forenkler og strukturerer pasientsikkerhetsoppgaver og gir bedre oversikt over oppgaver og pasienter ved å støtte:

1. Gjennomføring av kartlegginger
2. Prosedyrer og sjekklister
3. Oppfølging og evaluering av tiltak for pasienter

Samhandlingstavler utformes for å støtte **overganger mellom avdelinger** og såkalte samhandlingssløyfer. Det er arbeidsprosesser som typisk involverer flere avdelinger som korttid, tjenestekontor og hjemmetjeneste som for eksempel når en pasient skrives ut av sykehus eller reiser hjem etter et korttidsopphold.



Figur 8 Digitale tavler kan støtte oppgaver eller være en støtte i samhandling internt eller mellom avdelinger

Tavler støtter enkeltoppgaver som kartlegginger og sjekklister

- Oversikt over oppgaver
- Status på oppgaver med «ikke utført», «påbegynt» og «utført».
- Dato for kartlegging og evaluering av tiltak
- Sjekklister ved utskrivning fra korttids plass
- Status for oppgaver som etablering av hjemmejournal, inntakssamtale, ernæring, fall, IPLOS, LMG og tverrfaglig samarbeid.



Figur 9. Sjekklister ved utskrivning fra korttid

Tavler støtter arbeidsprosesser for samhandling mellom flere ansatte fra en eller flere avdelinger

- Støtte arbeidsprosesser hvor flere aktører er involvert
- Dele informasjon mellom avdelinger
- Tavlene erstatter informasjonsutveksling og koordinering gjennom journal, mail, møter, PLO-meldinger og telefoner
- Samarbeid utføres gjennom tavlene på tvers av avdelinger
- Strukturer samarbeid med eksterne med god oversikt på tvers av kommunehelsetjenesten (ved å "rydde" opp internt)



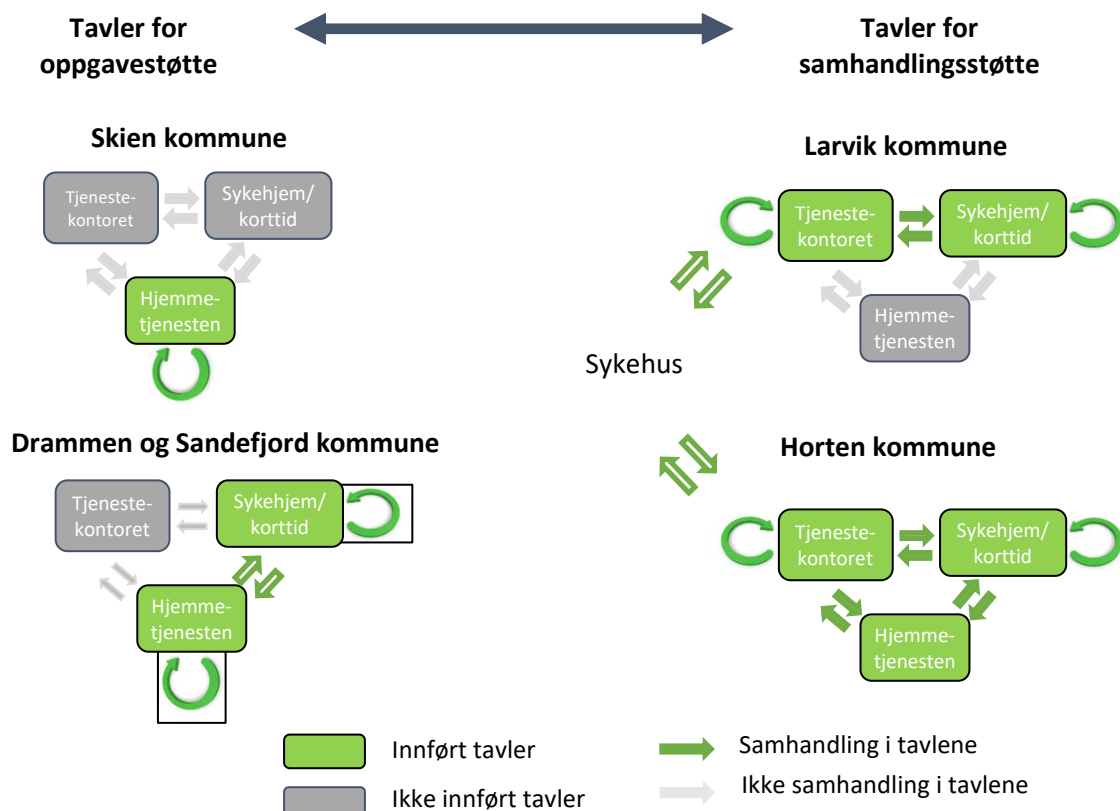
Figur 10: Støtte arbeidsprosesser mellom avdelinger

Digitale tavler for samarbeid på tvers må støtte behov i flere avdelinger

og krever felles arbeidspraksis. Avdelinger må være enige om betydningen av innholdet i tavlene og det krever også en felles datastruktur på tvers av avdelinger. Det gjør det mer krevende å gå i gang med digitale samhandlingstavler samtidig som det kan gi større muligheter for forbedringer.

4.4 Utprøving av digitale tavler i DigiPAS

Det er mange måter å bruke digitale tavler på og i DigiPAS har noen kommuner startet med tavler internt for kartlegging av nye pasienter innenfor en avdeling. Andre kommuner har valgt å utvikle tavleløsninger som kan støtte arbeidsprosesser og samhandling på tvers av avdelinger i såkalte samhandlingsløyper.



Figur 11 Oversikt over avdelinger som har innført digitale tavler og samhandling

Status for hvor tavler er innført i avdelinger og for samhandling på tvers av avdelinger ved prosjektslutt i september 2020, er vist i Figur 9. Grønt indikerer at tavler var i bruk og grått at tavlene var planlagt innført. Det samme gjelder for pilene mellom avdelingene, grønt betyr at tavlene var i bruk for samhandling mellom avdelingene og grått betyr at tavlene ikke er koblet sammen. Grønn pil til/fra samme avdeling betyr at tavlene var i bruk for arbeidsoppgaver internt i avdelingen. Der det ikke er pil til/fra samme avdeling er tavla hovedsakelig i bruk for samhandling med andre avdelinger.

Tavler for oppgavestøtte internt i avdelinger:

Skien, Drammen og Sandefjord kommune startet med tavler for å støtte pasientsikkerhetsoppgaver internt i hjemmetjenesten og på korttidsinstitusjoner. Skien kommune startet med IMATIS-tavler i hjemmetjenesten, mens Sandefjord og Nedre Eiker kommune innførte IKOS-tavler i hjemmetjenesten og på korttidsinstitusjon. Det har vært en ambisjon i de tre kommunene å utvikle tavlene videre for å støtte samhandling på tvers av avdelinger.

Tavler for samhandlingsstøtte mellom avdelinger:

Larvik kommune har hatt fokus på sammenkobling av IMATIS-tavlers for bedre samhandling. Horten kommune har innført IMATIS-tavler som samhandlingsløsning på tvers av avdelinger. Tavlene har blitt tatt i bruk i hjemmetjeneste, på tjenestekontor og på korttidsinstitusjon for å støtte arbeidsprosesser på tvers av avdelinger for saksbehandling, oppfølging av pasienter og når brukere har flyttet mellom avdelinger for eksempler etter sykehusopphold eller korttidsopphold.

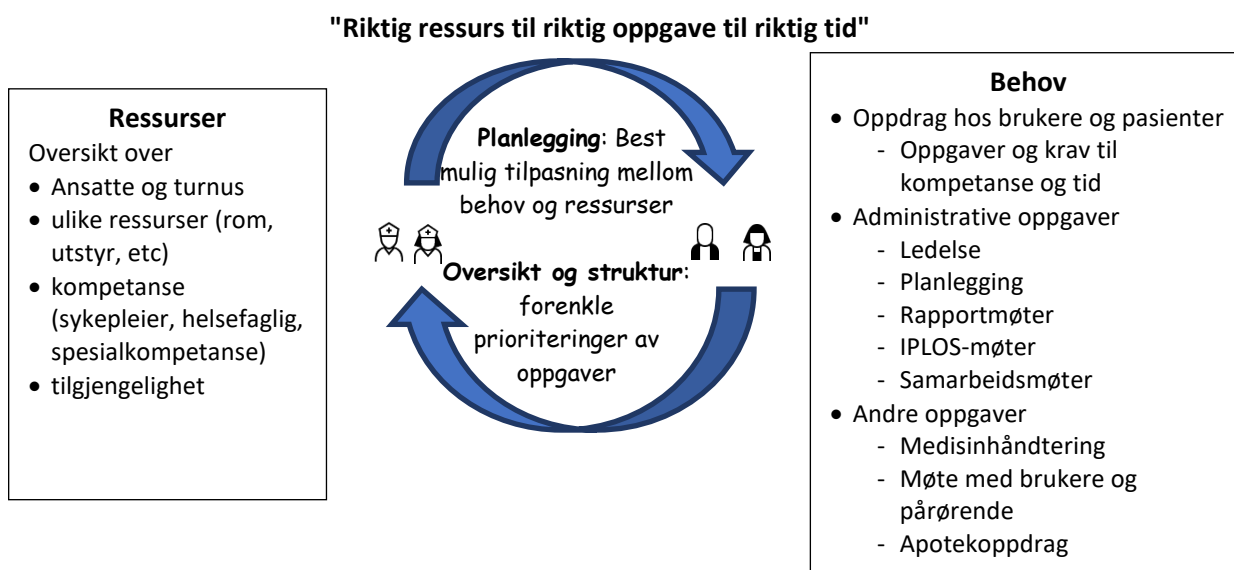
Figur 12 IKOS- og IMATIS-tavler i kommunene

Kommune	Bruk av IKOS- og IMATIS-tavler og videre utvikling
Drammen kommune	IKOS-tavler innført i hjemmetjenesten og på korttidsavdelinger for å støtte pasientsikkerhetsoppgaver internt.

	Utviklet testtavle for tjenestekontoret som støtter saksbehandling og oversikt over pasienter som overføres fra sykehus til kommune. Planen er å utvikle tavlene for samhandling på tvers.
Sandefjord kommune	IKOS-tavler innført i hjemmetjenesten og på korttidsavdelinger for å støtte pasientsikkerhetsoppgaver internt. Samme som for Drammen kommune (se over): Utviklet testtavle for tjenestekontoret som støtter saksbehandling og oversikt over pasienter som overføres fra sykehus til kommune. Planen er å utvikle tavlene for samhandling på tvers.
Horten kommune	IMATIS-tavler innført på tjenestekontor, i hjemmetjeneste og på korttid for å støtte samhandling og oppfølging av brukere på tvers av avdelingene. Tavler også innført på tjenestekontor og på korttidsavdelinger for å støtte oppgaver internt. Tavlene i hjemmetjenesten utvikles videre med støtte også for oppgaver internt for bedre oppfølging av brukere.
Larvik kommune	IMATIS-tavler innført på tjenestekontor for saksbehandling og håndtering av plasser samt overføring av pasienter fra sykehus til kommunen og på korttidsavdelinger for samhandling og pasientsikkerhetsoppgaver. IMATIS-tavler videreutviklet for sammenkobling mellom tjenestekontor og korttidsinstitusjon for å støtte samhandling på tvers.
Skien kommune	IMATIS-tavle innført i hjemmetjenesten for pasientsikkerhetsoppgaver og bedre oppfølging av nye brukere og etter hvert alle brukere.

5 Kvalitet og pasientsikkerhet

Det er et betydelig potensial for økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet, og dermed for verdiskapning, i kommunehelsetjenesten. Innføring av digitale verktøy har som målsetning at kommunene skal yte bedre tjenester til innbyggerne og samtidig bruke ressursene riktigere og mer effektivt samtidig som behov blir dekket. Som vist i Figur 13 yter kommunen helsetjenester som skal dekke behovene til innbyggerne på best mulig måte med et sett av ressurser.



Figur 13 Kvalitet og pasientsikkerhet henger sammen med planlegging og bruk av ressurser

Økt kvalitet i tjenesten og bedre pasientsikkerhet skal forebygge funksjonsfall, gi bedre helse og utsette behov for helse- og omsorgstjenester både for hjemmeboende og beboere i institusjon. I det følgende er det gitt en beskrivelse av hva kvalitet, pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur samt effektiv ressursbruk betyr i DigiPAS.

5.1 Hva er kvalitet?

Kvalitet er vanskelig å definere, og det finnes ikke en entydig definisjon av kvalitet i helsetjenesten. Kvalitet er et abstrakt begrep og det kan tolkes på flere måter. Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem bruker en definisjon av kvalitet som er utarbeidet av Helsedirektoratet (2018). Ifølge definisjonen er tjenester av god kvalitet tjenester som er *virkningsfulle, trygge og sikre, involverer bruker, samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressurser, er tilgjengelige og rettferdig fordelt*. For å kunne si noe om kvaliteten i en tjeneste er det videre nødvendig å etablere *kvalitetsindikatorer*. Dette er indirekte mål som kan si noe om kvaliteten på det området som måles. Kvaliteten i kommunale helse- og omsorgstjenester bestemmes av mange faktorer i ulike deler og på ulike nivå i kommunehelsetjenesten. Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene handler om å tilfredsstille de kravene som er beskrevet for tjenesten slik at forventninger og behov i størst mulig grad innfris. Kvalitet er beskrevet i lover, forskrifter, tjenestebeskrivelser, planer og prosedyrer utarbeidet av kommunene selv, eller fra brukere og pårørende. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 stiller krav om at tjenestene skal være *forsvarlige*, kommunene skal tilrettelegge tjenestene slik at den enkelte pasient/bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud og et verdig tjenestetilbud, samtidig som tjenesten skal være i stand til å utføre lovpålagte plikter og at tilstrekkelig fagkompetanse sikres. Videre krever loven at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. § 4-2.

Kvalitet i DigiPAS.

DigiPAS-prosjektet omhandler kvalitet i kommunale helse- og omsorgstjenester, først og fremst til hjemmeboende og beboere på sykehjem og er knyttet til tjenestene som pasienter/brukere har vedtak om. Overordnet betyr det at pasienter/brukere skal få tjenester med avtalt omfang og tilstrekkelig kompetanse til avtalt tid. Kommunene har kartlagt områder de ønsker å forbedre for å øke kvaliteten, og har identifisert viktige faktorer for å forbedre pasientsikkerheten.

1. Bedre oversikt over brukerne i hjemmetjenesten og oppfølging av pasientsikkerhet og tiltak på en bedre og mer strukturert måte, sette inn tiltak der det er risiko for forverring av helsetilstand, sikre evaluering av tiltak og at både tjenester og tiltak revurderes ved behov.
2. Bedre overganger når pasienter skrives ut av sykehus og enten overføres til korttidsavdeling eller reiser hjem. Det viser seg at informasjon og vurderinger ikke følger med pasientene i overgangene noe som utgjør en risiko for pasientsikkerheten og bidrar til ekstra bruk av ressurser siden vurderinger må gjøres flere ganger.

Målsetningen i kommunene har vært økt kvalitet for å forbedre pasientsikkerheten og bruk av ressurser.

5.2 Hva er pasientsikkerhet?

Pasientsikkerhet er en ny helsedisiplin som retter oppmerksomhet mot å rapportere, analysere og forhindre medisinske feil som kan føre til negative konsekvenser for pasientene (Helsebiblioteket, 2009). Pasientsikkerhet «er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser» (Helsedirektoratet, 2019a). Pasienter flyttes mellom sykehjem, korttidsplasser og hjemmetjenesten samtidig som de får behandling av fastlege og sykehus. Dette gjør det utfordrende å samhandle om behandling, og risikoen for feilbehandling og feilmedisinering øker. For eksempel var det i Porsgrunn kommune i 2016 til enhver tid ca. 1200 registrerte brukere i hjemmetjenesten, og i løpet av året ble det registrert cirka 600 nye brukere. Det vil si omtrent det samme antallet brukere som avsluttet tjenestene. I realiteten betyr det at hjemmetjenesten har ytt tjenester og behandlet inntil 2400 brukere. Brukernes sammensatte behov, oppfølging fra flere aktører og flytting mellom ulike tjenester krever at

aktørene samhandler om tjenestene til *hver enkelt bruker* og at overganger, f.eks. mellom sykehjem og hjemmetjeneste, blir godt ivaretatt for å sikre kvalitet i tjenesten og pasientenes sikkerhet.

Hvert år skades omkring 13% av pasienter på norske sykehus. Selv om det ikke finnes en tilsvarende oversikt for den kommunale helse- og omsorgstjenesten, indikerer internasjonale og nasjonale studier at pasientskader også er utbredt her. I Norge er den kommunale helse- og omsorgstjeneste inkludert i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Konkrete tiltak kan bidra til å hindre at mange av de uønskede hendelsene inntreffer. Innsats på dette området er viktig, men det jobbes primært med dette på sykehusene, noe i sykehjem og tilnærmet ingenting i forbindelse med korttidsplasser og hjemmetjenesten (NOU 2015:11). Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender 24-7" (Helsedirektoratet, 2019) ble etablert som et nasjonalt program for 2014-2018, og skal bidra til å redusere pasientskader og forbedre pasientsikkerheten i Norge. Programmet har etablert tiltakspakker i tett dialog med Helsedirektoratet med nasjonale anbefalinger. I dag er arbeidet med I trygge hender 24-7 videreført av avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Helsedirektoratet. Pasientsikkerhet har vært hovedsakelig vært i fokus i spesialisthelsetjenesten og det er dermed få metoder og verktøy utviklet for å måle pasientsikkerhet i kommunale helse- og omsorgstjenester (Cappelen, Aase, Storm, Hetland og Harris, 2016; Halligan og Zecevic, 2011). Blant innsatsområdene som er viktige for kommunal helse- og omsorg, det vil si både sykehjem, korttidsplasser og i hjemmetjeneste, er riktig legemiddelbruk, samstemming av legemiddellister, forebygging av fall samt forebygging og behandling av underernæring. Oppsalhjemmet er eksempel på et sykehjem som jobber med sikker legemiddelbruk i sykehjem (Tidsskrift for Den norske legeforening, 2016). De har tatt tak i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid, og kan vise til lovende resultater. Dette har de oppnådd ved å organisere forbedringsarbeidet med risikotavler og forbedringsmøter knyttet til tavlene. Oppsalhjemmet viser hvordan pasientsikkerhetsarbeid kan praktiseres gjennom tradisjonelle tavler ("whiteboards") og gi effekt innad i en organisasjon der aktørbildet er relativt homogent. For å kunne skalere til hjemmetjenestene med et stort antall brukere, og med et ulikt aktørbilde rundt den enkelte bruker blir whiteboards fort krevende. Der er det derfor nødvendig å løse dette på andre måter.

Pasientsikkerhet i DigiPAS

I DigiPAS har digitale tavler digitalisert oppgaver knyttet til pasientsikkerhet. Det mangler støtte i fagsystemene for å samhandle om behandling og pasientsikkerhet på tvers av ansatte og avdelinger noe som øker risikoen for feilbehandling og pasientskader. Digitale tavleløsninger har blitt tatt i bruk for å forbedre overgangene og sikre at informasjonen følger med pasientene. Hensikten har vært å gjøre overgangene mer effektive, øke kvaliteten og gi bedre pasientsikkerhet.

5.3 Hva er pasientsikkerhetskultur?

For å ivareta pasienters sikkerhet er det avgjørende at tjenesten utvikler en arbeidskultur der både ansatte og ledere er opptatt av pasientsikkerhet. Deilkås og Bondevik (2020) definerer pasientsikkerhetskultur som "hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helse-tjenesten, og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasient-behandling».

Både organisasjonen som helhet og den enkelte ansatte må aktivt støtte opp om og fremme tiltak, holdninger og verdier som er rettet mot pasientsikkerhet. Kultur handler om å utvikle og opprettholde felles verdier, holdninger og normer. Det er sammenhenger mellom organisasjonskultur, arbeidskultur (enhetsnivå eller yrkesgruppe) og behandlingsresultat og organisasjonskulturen predikerer pasientsikkerhetsfaktorer både positivt og negativt (Arnetz mfl., 2011; Braithwaite, Herkes, Ludlow, Testa og Lamprell, 2017). Pasientsikkerhetskultur består derfor av flere elementer. Pasientsikkerhetsprogrammet beskriver det slik:

"... de holdninger og rutiner ansatte og ledere har, som igjen påvirker behandlingen pasientene og brukere mottar. En god pasientsikkerhetskultur forutsetter et godt samspill mellom ansatte og ledere, og en felles

bevissthet om hva som må på plass for å forhindre unødvendig skade. Det handler om å få på plass et system, det vil si rutiner, ressurser og infrastruktur for å redusere risiko for skader og feil." (I trygge hender)

Dette viser at ansattes og ledes oppfatning om hva som påvirker pasientenes sikkerhet, og oppfatning om hva som skal til for å forbedre den, er viktig.

Pasientsikkerhetskultur i DigiPAS

I DigiPAS har gjennomført en pasientsikkerhetskulturundersøkelse for å kartlegge kulturen knyttet til pasientsikkerhet som et viktig bidrag til utvikling av tavler for økt pasientsikkerhet. Hensikten har vært å knytte et forbedringsarbeid til undersøkelsen og oppfordre kommunene til aktivt å tenke på om og hvordan tavlene kan brukes i tiltakene som etableres for å styrke kulturen.

5.4 Hva er effektiv ressursbruk?

Effektiv bruk av ressurser er oftest en av målsetningene ved innføring av teknologi og ved digitalisering og som det derfor er ønskelig å beskrive og måle. Kommunale helse- og omsorgstjenester rapporterer på nøkkeldata som en god indikasjon på driften. Nøkkeldata rapporteres imidlertid på et overordnet nivå og det er uklart hvilke faktorer som kan påvirke nøkkeldataene. Nøkkeldata til rapportering: Data som rapporteres og som kommuneledelsen bruker for å styre innsats og ressurser. Denne type nøkkeldata må trekkes ut av ulike system som turnussystem, fagsystem, økonomisystem og kvalitetssystem. Beregning og rapportering av data er som regel en oppgave for økonomiavdelinger og ikke for helsefaglig personell. Det er et behov for å etablere data som kan brukes aktivt for å evaluere tiltak og effekter på ulike tjenestenivå. Helsefaglig ledelse har behov for nøkkeldata for å evaluere kvalitet og ressursbruk, sikre gode tjenester til innbyggerne, godt arbeidsmiljø og best mulig bruk av ressurser.

Det er tidkrevende å innhente gode data fra systemer som også kan brukes til forbedringsarbeidet og nødvendig å telle og beregne manuelt for å få oversikt, noe som er tidkrevende og kostbart. Det er dermed viktig at digitale løsninger bidrar til å etablere bedre datagrunnlag.

5.4.1 Nøkkeldata i KOSTRA

Kommunene bruker KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) for å følge opp driften (Abrahamsen, Allertsen og Skjøstad, 2016). Kommunene rapporterer tallmateriale inn i KOSTRA hvis målsetning har vært å få et datagrunnlag for å måle ressursbruk, prioriteringer og måloppnåelse i kommunene.

KOSTRA bidrar til å samordne og effektivisere rapportering fra kommunene til staten og sørger for å etablere relevant styringsinformasjon om kommunal virksomhet. KOSTRA-tallene er allikevel for overordnet til at ledere og ansatte i de ulike avdelingene i kommunehelsetjenesten kan bruke dette til å få oversikt over og evaluere egne aktiviteter og drift.

8.3 Regnskapsføring av kommunale utgifter til hjemmetjenester, fordelt på målgruppe

Samordningsrådet i KOSTRA har en klar holdning om at en eventuelt mer detaljert kontoplan må gjelde alle kommuner. Samtidig viser undersøkelsen at mange kommuner har stort behov for å kunne sammenligne seg med andre og seg selv over tid, på et nivå under den store hjemmetjenesteposten. Selv om noen er skeptiske og ikke ser nytten i en mer detaljert kontoplan, er det mange – også mindre kommuner – som allerede intern regnskapsfører mer detaljert enn det som pålegges. En hovedutfordring er at ingen gjør det likt. Dermed kan en ikke sammenligne seg med andre kommuner, regioner eller landsgjennomsnitt. Det er derfor viktig å komme disse kommunene i møte, eventuelt med andre alternativer enn gjennom KOSTRA.

5.4.2 Kvalitetsindikatorer og kartlegging av ressursbruk i hjemmetjenesten

I Norge er arbeidet med kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten kommet atskillig lengre enn innenfor kommunale pleie- og omsorgstjenester. Kommunen registrerer nøkkeldata i hjemmetjenester som regnskapstall for hjemmesykepleien, planlagte vedtakstimer pr. uke, faktiske utførte vedtakstimer pr. uke (om kommunen har tallene), totalt antall årsverk i hjemmesykepleien som utfører tjenester i hjemmet/vedtakstimer, samlet sykefravær og antall dager ansatte i snitt bruker på opplæring/kursing,

KS, Virke og NHO har utviklet en løsning for kartlegging av tidsbruk i hjemmetjenesten som ble kalt FRYD, en forkortelse for *Forhold mellom Ressurser og Ytelse for Dimensjonering av hjemmetjenesten i kommunene* (KS, Virke og NHO, 2012). Formålet var å kartlegge tids- og ressursbruk for ansatte i hjemmetjenesten over en tidsperiode. FRYD var et papirbasert verktøy for å registrere og dokumentere tidsbruk i hjemmetjenesten og hvilke ressurser som brukes på ulike oppgaver. Hensikten var å kunne lage statistikk innen og på tvers av kommuner om tidsbruken på ulike oppgavetyper.

5.4.3 Nøkkeldata i kommunehelsetjenesten

Nøkkeldata innhentes og rapporteres i kommunene for å følge opp helsetjenestene. Dataene egner seg for å gi en indikasjon på utvikling i kommunene og for å sammenligne tjenester på tvers av kommuner. Dataene kan brukes i en overordnet vurdering av nye arbeidsmetoder eller verktøy, men er ikke egnet for å evaluere tiltak enten det er nye måter å jobbe på eller innføring av nye digitale løsninger i en avdeling. Eksempel på nøkkeldata i kommunehelsetjenesten:

Overliggerdøgn.

- "Pasienter lå over 56.000 døgn ekstra på sykehus i fjor i påvente av et kommunalt tilbud" (Bersagel, 2019)
- Milliardbøter for overliggerdøgn: "Før samhandlingsreformen ble innført 1.1.2012 betalte kommuner fra dag 10 etter at pasienten var utskrivningsklar fra sykehuset. Boten var på 1600 kroner. Etter samhandlingsreformen gjelder betalingsplikten fra dag én. I 2019 er dagboten på 4 885 kroner."⁹
- Antall overliggerdøgn er høyt og økende i mange kommuner. I de tre årene fra 2016 til og med 2018 har helseforetakene fakturert norske kommuner nærmere 700 millioner kroner for utskrivningsklare pasienter kommunene ikke klarer å ta imot.¹⁰ Antall overliggerdøgn kan gjenspeile kvaliteter eller effektivitet i saksbehandlingen, men det kan også bestemmes av kapasiteten i kommunene.
- Kommunene betaler en døgnpris for overliggerdøgn for utskrivningsklare pasienter til sykehus¹¹. Døgnprisen har økt, se Figur 14, og med mange overliggerdøgn kan dette bli en betydelig kostnad for kommunene.

År	Døgnpris
2020	5 036 kroner
2019	4 885 kroner
2018	4 747 kroner
2017	4 622 kroner
2016	4 505 kroner
2015	4 387 kroner
2014	4 255 kroner

Figur 14 Prisen på overliggerdøgn fra 2014-2020

Pasientskader.

- "Tre av ti sykepleiere frykter ukentlig å gjøre feil som skader pasienten." (Helmers, 2019). Dette kommer frem i en undersøkelse som Sykepleien har gjort blant sykepleiere som er medlemmer i Norsk Sykepleierforbund knyttet til pasientsikkerhet.

Vedtak om tjenester.

- Nøkkeltall fra Helsedirektoratet som for eksempel andel som har fått vedtak om sykehjemsplass innen 15 dager, 16-30 dager eller mer enn 30 dager¹² eller andel beboere (67 år og eldre) som har vært på langtidsopphold.

Overordnede nøkkeltall kan si noe om driften, men de er ikke godt egnet for å evaluere mindre og mer målrettede tiltak i en mindre del av helsetjenesten.

⁹ (<https://www.vg.no/spesial/2019/pasient-boter/>)

¹⁰ <https://sykepleien.no/2019/10/pasienter-la-over-56-000-dogn-ekstra-pa-sykehus-i-fjor-i-pavente-av-et-kommunalt-tilbud>

¹¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/utskrivningsklare-pasienter>

¹² <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/ventetid-p%C3%A5-sykehjemsplass>

5.4.4 Gevinstmåling

Det er behov for å etablere et godt datagrunnlag for å evaluere digitale tavlers betydning på kvalitet og ressursbruk. Det mangler gode nøkkeltall med entydige definisjoner som kommunene kan benytte for å evaluere driften (Grut, Fauske og Kraver, 2016; Røhne, Ausen og Grut, 2017). Data fra KOSTRA brukes i forbedringsarbeid og for sammenligning med andre kommuner og kan brukes for å evaluere effekter av endringer på et overordnet nivå, men er ikke egnet for å evaluere forbedringsarbeid ute i tjenestene.

I DigiPAS har antall overliggedøgn blitt brukt for å måle effektene av digitale tavler og bedre struktur i overgangen fra sykehus til kommunehelsetjenesten for utskrivningsklare pasienter. Annet dataunderlag har blitt etablert i prosjektet for å evaluere i hvilke grad tiltak og endringer bidrar til å forbedre kvalitet og effektivitet i tjenestene. Det har også vært en målsetning at de digitale tavlene skal etablere relevante nøkkeldata som kan brukes i forbedringsarbeidet.

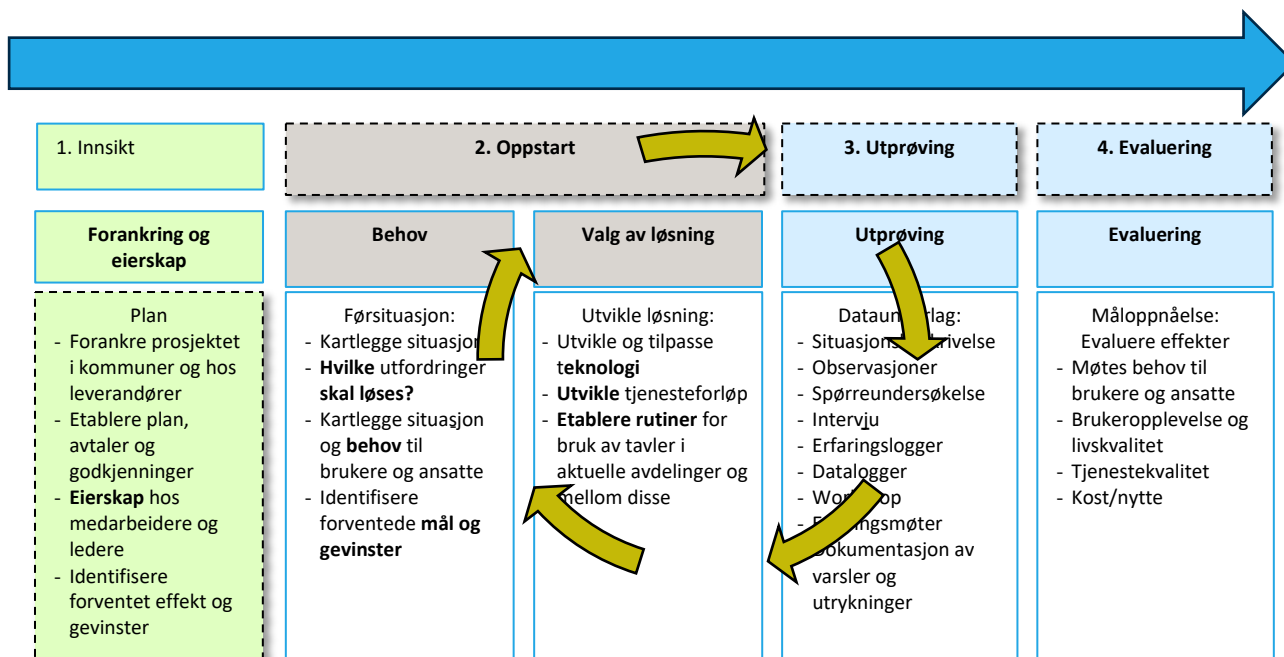
6 Metode

DigiPAS har etablert en erfarings- og læringsarena for kommuner, leverandører og forskningspartnere som har bidratt til kunnskapsbaserte innovasjonsprosesser i kommunene. Samspillet mellom ledelse og ansatte så vel som tett samarbeid mellom alle involverte aktører har vært viktig for erfaringsutveksling og fremdrift. Metodene i DigiPAS-prosjektet har blitt valgt basert på erfaringer fra innovasjonsprosjekter som OPTET og SamKAD med henholdsvis Horten og Oslo kommune som prosjekteiere. Det har blitt utarbeidet et informasjonsskriv og samtykke har blitt innhentet til deltakelse. For pasientsikkerhetskulturundersøkelsen og ansattundersøkelsen har ansatte samtykket ved å besvare på undersøkelsen enten de har blitt gjennomført på papir eller har vært web-basert.

6.1 Aksjons- og følgeforskning

SINTEF som FoU-partner har bidratt med aksjons- og følgeforskning som er metodiske tilnærminger rettet mot utviklings- og læringsaspekter (Meyer, 2000). Tett interaksjon mellom forskere og ansatte i tjenesten har vært sentralt for å følge opp erfaringer og endringer underveis. Data har blitt hentet inn gjennom workshops, intervjuer, observasjoner og spørreskjema til ansatte. I tillegg har det blitt hentet inn data ved gjennomgang av loggskjemaer, kvalitetsindikatorer (fra kvalitetssystemer) og journalgjennomgang. Det har også blitt innhentet tallmateriale for ressursbruk og overliggedøgn, for å evaluere gevinster og effekter. Forskerne har deltatt i møter med ansatte og leverandører både i forberedelse til prosjektet, oppstart og gjennomføringsfase.

Det har i FoU-arbeidet blitt innhentet erfaringer og datamateriale i fire faser: 1) innsikt, 2) oppstart, 3) utprøving og 4) evaluering, se Figur 15, og i flere iterasjoner i hver kommune:



Figur 15 Fire faser i DigiPAS for digitale tavler

- Innsikt** – kartlegge hvordan ansatte jobbet i de ulike avdelingene uten tavler, hvor var det behov for å forbedre kvaliteten, hva var årsak til at kvalitet og pasientsikkerhet ikke var god nok, hvor var det flaskehalser (baseline/nåsituasjon)
- Oppstart** – erfaringer med innføring, endring og opplæring knyttet til digitale tavler
- Utprøving** – innsamling av erfaringer med bruk, hva fungerte og fungerte ikke, gjennomføring av evalueringer. Hvilke opplevelser hadde ansatte og ledere, hvilke endringer førte bruken av tavlene til, og fungerte det tilfredsstillende eller var det behov for å gjøre flere endringer
- Evaluering** – sammenstilling av data og evaluering av erfaringer og gevinster

6.2 Behovsdrevet innovasjon og tjenstedesign

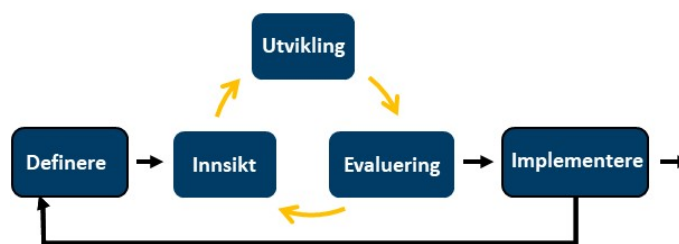
Metoder for innovasjon og tjenstedesign har blitt benyttet for å beskrive arbeidsprosesser slik at tjenestene og oppgavene kan gjennomføres på en bedre og mer hensiktsmessig måte. Innføring av en ny teknologi eller et nytt verktøy krever oftest endring i arbeids- og tjenesteprosesser. Prosjektet har brukt prinsipper fra VISUAL¹³ i arbeidet med å etablere nye arbeidsprosesser og utforme tavler for å sikre felles forståelse på tvers av alle som har vært involvert (administrativt, helsefaglig og teknisk personell). Innovasjonsmetodikk (Fagerberg, Mowery og Nelson, 2005; Maguire, 2001) har blitt anvendt i DigiPAS for å utvikle nye arbeidsprosesser og digitale tavler som støtter prosessene. Viktig i denne metodikken er brukersentrert design hvor alle aktører blir involvert i innovasjonsprosessen (Clark, 2011), med krav og anbefalinger i ISO Standard (2019). Metodikken bygger på erfaringer fra andre studier av innovasjonsprosesser (Eason og Waterson, 2013).

¹³ <https://visualproject.org/>

Forskningsaktivitetene har vært knyttet til innovasjonsprosessene i kommunene og til praktisk utvikling, utprøving og innføring av digitale tavler. Gjennom forskningsstøttede og behovsdrivne innovasjonsprosesser har utvikling av teknologi og tjeneste gått hånd i hånd. Tverrfaglige workshops med ledere og ansatte fra både kommuner og leverandører har blitt gjennomført for å skape felles problemforståelse og for å få fremdrift både i innovasjonsprosjektene i

kommunene og på tvers. Erfaringsutveksling mellom kommuner har bidratt til utprøving av nye ideer og partnerne har fått innspill på hva som er viktig for å lykkes og hva som bør unngås.

Det er krevende å gjøre endringer i arbeidsmetodikk og ta i bruk ny teknologi, det krever engasjement og utholdenhet. DigiPAS har benyttet modellen for innovasjonsprosjekter som er vist i Figur 16 hvor innsikt, utvikling og evaluering har blitt gjennomført i flere iterasjoner for å få arbeidsprosesser og digitale løsninger som forbedrer. Gjennom prosjektet har det blitt identifisert hva som hemmer og fremmer i innovasjonsprosjektene, hvilke faktorer som er viktig for å lykkes og hvilke gevinster digitale tavler kan gi i form av økt kvalitet og forbedret pasientsikkerhet i hver kommune.



Figur 16 SINTEFs modell for innovasjonsprosjekter

6.3 Metoder for datainnsamling

Fleire metoder for datainnhenting har blitt brukt for å kartlegge og samle erfaringer>

- Observasjon på morgenmøter, rapportmøter og på i arbeidsgjennomføring
- Intervju med nattevakter, avdelingsledere og ledere
- Ansattundersøkelse for ansatte før og etter innføring av tavler
- Dagbok: Ansatte registrerer hvor ofte de utfører ulike oppgaver
- Møter og workshop: det er arrangert mange møter og workshops både i prosjektet og i hver kommune for å innhente erfaringer og synspunkt
- Dataunderlag: Innhentet data om overliggerdøgn, saksbehandlingstider, avvik etc
- Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen har blitt gjennomført i hjemmetjenesten og på korttid¹⁴

6.4 Sikkerhet, etikk, personvern og risiko

Ved innføring av digitale tavler i hjemmetjeneste, på korttidsavdelinger og på tjenestekontorene har det vært mange hensyn å ta knyttet til personvern og sikkerhet. Tavlene inneholder personsensitiv informasjon om pasienter/brukere og i noen tilfeller også informasjon om deres pårørende.

Både kommuner og leverandører har gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse) for å vurdere både de tekniske løsningene og hvordan tavlene anvendes i helsetjenestene. Det har blitt vurdert hva som endres når fysiske tavler og whiteboards erstattes av digitale tavler. Hvilke opplysninger registreres i de digitale tavlene og hvordan det påvirker både bruk og plassering rent fysisk i bygningene. Tavler som plasseres i vaktrom/fellesrom og er tilgjengelig for mange, må enten ha begrenset med sensitiv informasjon eller ansatte må logge seg på for å få tilgang til informasjon. Digitale tavler plassert i rom med begrenset tilgang gir andre muligheter, sikkerhet må vurderes for plassering og bruk av tavlene. Det er viktig med funksjonalitet som gjør det mulig for kommunene å velge plassering, tilgjengelighet og informasjon ut fra

¹⁴ SINTEF har vært ansvarlig for utarbeidelse av elektronisk versjon av spørreundersøkelsen, gjennomføring, samt ansvarlig for databehandling og analyse i samarbeid med USN

sine behov. Ledere og ansatte har bidratt til etiske refleksjoner knyttet til utforming og plassering av tavlene i hver kommune og dette har også vært tema på fellessamlinger.

Når det gjelder informasjon har det også blitt avklart hvilken informasjon det har vært viktig å ha tilgang til i tavla og hva som skal inn i pasientjournal, eventuelt hvilken informasjon som bør være begge steder.

7 Gjennomføring og datainnsamling

DigiPAS-kommunene har gjennom deltakelse i Nasjonalt program for velferdsteknologi tilegnet seg mye kunnskap om gjennomføring av innovasjonsprosesser og involvering av ansatte og brukere. De fem kommunene har gjennomført innovasjonsprosesser. Identifisert behov og kartlagt arbeidsprosesser. Sintef har fasilitert innovasjonsprosessene etter de samme prinsippene som i nasjonalt program og har samlet data gjennom observasjonsstudier, intervjuer, gruppeintervjuer, workshops og undersøkelser både knyttet til tidligere praksis, endringer og ønsket praksis og til utvikling av digitale tavler.

Noen av kommunene startet med mål om at de digitale tavlene skulle støtte behov internt i en avdeling og samhandling med andre avdelinger var ikke et tema. For eksempel var oppmerksomheten i hjemmetjenesten rettet mot innsatsområder i pasientsikkerhetsprogrammet og på korttidsavdeling var målet at tavlene skulle gi oversikt over status for hver pasient og prioriterte oppgaver. Målsetningen var å utforme tavler for å forbedre arbeidsprosesser internt mellom ansatte i avdelingene.

Andre kommuner fokuserte på samarbeid på tvers av avdelinger. De utformet nye arbeidsprosesser når pasienter ble skrevet ut av sykehus enten til korttidsopphold eller hjemmebasert tjenester. Tavler ble utviklet for samhandling for eksempel ved å melde pasienter i tavla når de blir innlagt på sykehus for å synliggjøre det for ansatte i flere avdelinger. Likeledes ble det varslet når pasienten var forventet å være utskrivningsklar. På den måten har tavlene støttet samhandling mellom hjemmetjeneste, korttid og tjenestekontor og gitt bedre oversikt overfor eksterne aktører som pårørende, sykehus og fastlege.

7.1 Erfaringsutveksling gjennom møter og prosjektsamlinger

7.1.1 Avklaring og identifisering av gevinster

På første samling ble det avklart hvilke forventninger partnerne hadde til de digitale tavlene og til prosjektet. Det ble også identifisert hvilke gevinster kommunen ønsket og forventet at tavlene og et tilhørende forbedringsarbeid skulle bidra til.

Oppstartmøtet viste at deltagerne hadde mange ønsker og store forventninger til prosjektet:

- Realisere gevinster med digitale tavler
- Kartlegge pasientsikkerhetskulturen i kommunehelsetjenesten i hjemmetjeneste og sykehjem. Kartlegge områder hvor pasientsikkerhetskulturen er god, hvor den bør forbedres og jobbe sammen om å utvikle tavler som kan styrke kulturen
- Utvikle tavler som styrker kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Utvikle tavler som forbedrer pasientbehandlingen i hjemmetjenesten og på korttid
 - Kartlegging av pasienter
 - Forbedre oppfølging av tiltak og redusere avvik
 - Tydeligere vurdering og vedtak
- Utvikle tavler for bedre samhandling i overganger
- Identifisere suksessfaktorer for innovasjon og innføring av tavler
- Hvordan ta i bruk tavler som innovasjonsverktøy, hvordan ansatte og ledere bruker tavlene som et verktøy for å realisere endringer

- Tavler for å styrke sikkerhet og personvern. Det stilles krav til sikkerhet og personvern i utforming av tavler og tavlene kan gi økt sikkerhet og personvern gjennom tilgangskontroll og endringssporing

Det var også forventinger til hva DigiPAS skulle bidra til "Tenk om vi kunne fått til dette sammen!"



Foto: SINTEF

Figur 17 Gruppeoppgave: Best practise – hvordan måle gevinster

Videre har samlinger og workshops blitt gjennomført for å utveksle erfaringer på tvers av kommuner og leverandører. Det har også vært en samling for praktisk erfaring med de digitale tavlene som har blitt arrangert separat for hver tavleleverandør for best mulig utbytte.

7.1.2 Utveksling av praktisk erfaring med IMATIS- og IKOS-tavler

Tavleverktøyene til Imatis AS og Sensio AS har fellestrekk, men de har samtidig ulik funksjonalitet. Det ble behov for å dele i to ulike workshoper for å utveksle praktiske erfaringer med tavleverktøyene fra de to leverandørene. Det ble gjennomført separate samlinger hvor kommunene med samme leverandør delte erfaringer og "best practise". Det ga mulighet for mer detaljert utveksling av erfaringer med henholdsvis IMATIS- og IKOS-tavlene. Dette dreide seg om erfaring med tavleoppsett for de ulike avdelingene og hvordan samhandling ble løst i tavlene. I tillegg ble det diskutert hva som skulle til for at tavlene faktisk skulle bli brukt av ansatte i en travel arbeids-hverdag.

Kommunene jobbet i grupper med konkrete brukseksempler som var utarbeidet på forhånd. Følgende brukseksempler ble brukt:

1. En ny bruker skal overføres fra korttid til hjemmebaserte tjenester.
2. En kjent bruker skal overføres fra hjemmebaserte tjenester til korttid.
3. En kjent bruker for hjemmebaserte tjenester skal legges inn på sykehus, og deretter meldes tilbake til kommunen med behov for korttidsopphold.



Foto: SINTEF

Figur 18 Praktisk erfaring med IKOS-tavler

4. En person skrives ut fra sykehus. Tjenestekontoret får melding om behov for tjenester. Personen skal ha hjemmebaserte tjenester. (stikkord: nye tjenester, vakttelefon/sykehustavle).
5. En henvendelse om psykisk syk pasient kommer fra fastlegen til tjenestekontoret via vakttelefon/tildeling. Det er behov for intern samhandling på tjenestekontoret.
6. En ny søknad kommer fra en kjent bruker. Brukeren har praktisk bistand og hjemmesykepleie, men trenger nå mer hjelp. Det søkes også om støttekontakt. Pårørende søker omsorgslønn.

Samlingene har vært en arena der kommunene har utvekslet erfaringer med tavlene og innføringsprosessene, tavlefunksjonalitet, hva de har erfart skal til for å lykkes med innføring, hvilke funksjoner som har vært viktige for videre utvikling, se Figur 19. Det har gitt mulighet til å dele erfaringer om "plunder og heft" som har oppstått underveis i arbeidet, noe som har gitt leverandørene bedre innsikt i kommunenes situasjon og konkrete innspill på hva som skulle til for at tavlene skulle bli et bedre verktøy.

Det ga også mulighet for mer konkrete innspill til videre utvikling av tavlene.

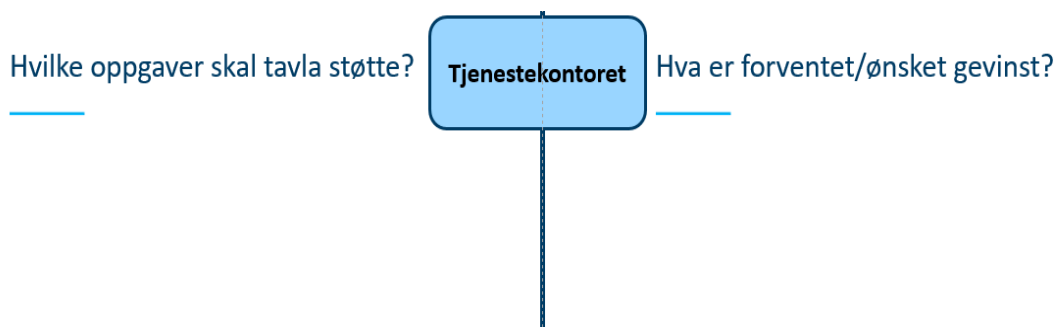


Figur 19 Innføring av samhandlingstavler krever endringer (kilde: Horten kommune)

7.1.3 Identifisering, prioritering og måleindikatorer for gevinstevaluering

Det var klare forventninger ved prosjektstart at tavlene skulle bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitet og pasientsikkerhet er sammensatt og påvirkes av mange ulike faktorer og det er derfor vanskelig å finne gode måleparametere for å måle gevinster.

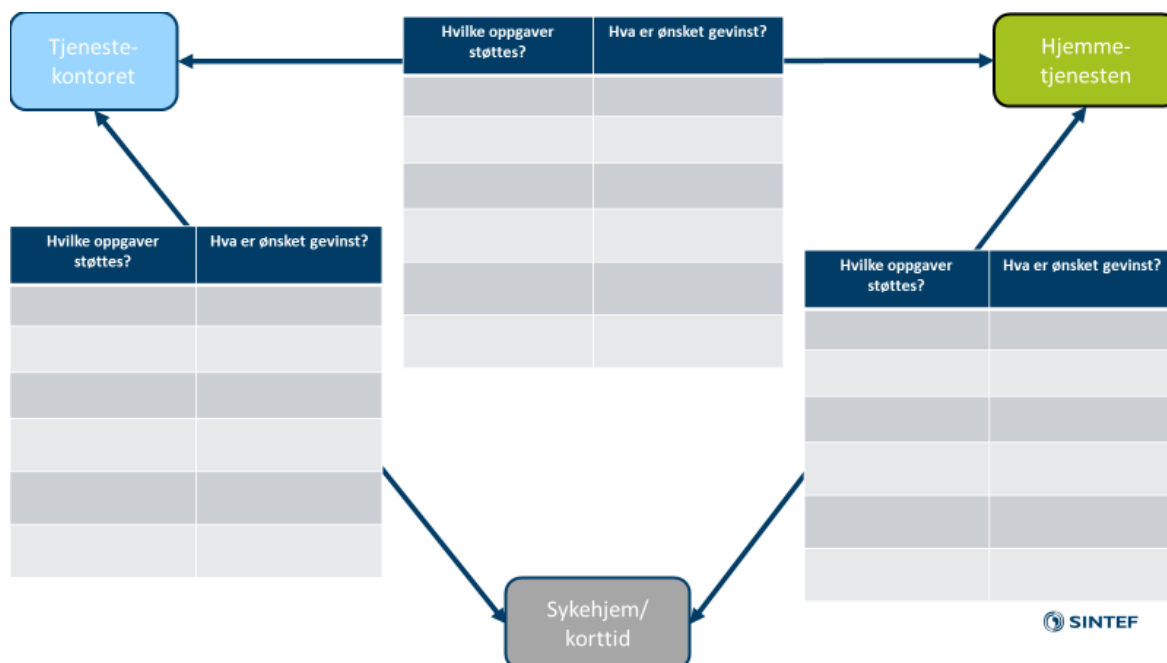
Det har blitt gjennomført samlinger hvor gevinster ble identifisert for digitale tavler i en avdeling og for informasjonsutveksling og samhandling mellom avdelinger. Det ble gjennomført gruppearbeid for å identifisere potensielle gevinster for hjemmetjeneste, tjenestekontoret og korttid, se Tabell 1. Deltakerne jobbet på tvers av kommunene og identifiserte oppgaver og arbeidsprosesser hvor tavlene skulle gi støtte og hvor det var forventet gevinster. Gruppene ble etablert med deltakere på tvers av kommuner og leverandører og gruppene fikk ulike oppgaver, se eksempel i Figur 20. Gruppene identifiserte behov og gevinster knyttet til oppgaver og arbeidsprosesser *internt* i de tre avdelingene.



Figur 20 Eksempel på gruppeoppgave for tavler på tjenestekontoret

Nytt gruppearbeid for å identifisere behov og gevinster for oppgaver og arbeidsprosesser *eksternt mellom avdelingene*. De identifiserte hvilke oppgaver som utføres i overgangene mellom avdelinger: mellom tjenestekontor og hjemmetjeneste, mellom hjemmetjenesten og korttid og mellom korttid og tjenestekontor, se Figur 21. Ansatte beskrev hvordan oppgaver gjennomføres i overgangen mellom

avdelingene og skisserte arbeidsprosessene med flere avdelinger involvert. Det inkluderte både faste oppgaver, som for eksempel ukentlig møter, og oppgaver som oppstår når pasienter skal flyttes mellom avdelingene. Gruppearbeidet startet med å beskrive hvordan de jobbet uten tavler, hvordan de delte informasjon, hvordan de kommuniserte og hvordan de koordinerte oppgaver. Spørsmål de jobbet med var: Hvordan gjøres disse oppgavene i dag? Hva fungerer bra? Hva er krevende? Hvilke ideer har ansatte til hvordan tavlene kan brukes for å støtte arbeidsflyt og pasientflyt i overgangene?



Figur 21 Eksempel på gruppeoppgave for tavleoppgaver og ønsket gevinst i overgangene

Samlingene ga deltagerne tilbakemelding på eget arbeid og innspill og ideer til å jobbe videre med utforming og innføring av tavler. Det ga også mer kunnskap om hvordan kommunene jobbet med forankring, eierskap, involvering av ansatte, utforming av tavler og gevinstrealisering.

Gjennom arbeidet med å etablere felles gevinster, oppstod det mange diskusjoner og ulike oppfatninger om hva det var viktig å måle og hva som var mulig å tallfeste. Et eksempel var å finne en god måte å måle pasientsikkerhet på. Gevinsten "bedre pasientsikkerhet" kunne knyttes til å redusere antall avvik som det var mulig å måle på før og etter innføring av tavler. Imidlertid ville det også være avhengig av hvilken praksis avdelingene hadde hatt for rapportering av avvik før tavlene ble innført. I kommuner hvor det er praksis at alle avvik blir registrert, kan avvik være et godt mål på om tavla bidrar til å forbedre arbeidspraksis og pasientsikkerhet. Dette er et resonnement som bygger på en hypotese om at hvis prosedyrer følges vil pasientsikkerheten bli bedre enn om de ikke følges. På den andre siden var det en innvending at for mye oppmerksomhet på at prosedyrer for kartlegging gjennomføres kan gi mindre oppmerksomhet på at ansatte bruker kunnskap fra kartlegging til å sette inn tiltak for å evaluere hva som virker.

7.1.4 Dele erfaringer for "beste praksis" for gevinstevaluering og måling

I DigiPAS var målsettingen at kommunene skulle måle de samme gevinstene og sammenligne resultater og dele "best practise". I siste fase ble det gjennomført en samling for å dele erfaringer med å måle og realisere gevinster. Dette ble gjort som gruppearbeid på tvers av kommunene. I gruppene utvekslet deltagerne erfaring med beste praksis for å kartlegge, måle og realisere gevinster. Deltagerne diskuterte også viktige forskjeller og likheter mellom kommunenes arbeid med tavler.

Det ble utvekslet erfaringer med de gevinstene kommunene erfarte at tavlene faktisk hadde gitt og hvordan de ble målt. Prosjektet har vist at kommunene har tatt i bruk ulike tavleløsninger og brukt de på

ulike måter og innovasjonsprosessen i kommunene har dermed også blitt ulike. Det har videre ført til at kommunene har fokusert på ulike gevinster og gjorde det vanskelig å måle og sammenligne gevinster på tvers av kommuner.



Figur 22 Samling i Herredsstyresalen i Horten kommune

På prosjektsamlingen var hovedspørsmålet "Hvilke effekter og gevinster gir innovasjonene i kommunehelsetjenesten?". Kommunene delte erfaringer og beste praksis med måling og realisering av gevinster, se Figur 22. De digitale tavlene har blitt brukt som et verktøy i mange og ulike, store og små oppgaver og arbeidsprosesser. Erfaringen i prosjektet har vist at det også gjør det krevende å måle gevinster som spesifikt er en følge av at tavlene er tatt i bruk siden de digitale tavlene er en av mange faktorer som påvirker arbeidsprosesser og tilhørende gevinster.

7.2 Kartlegging av arbeidsprosesser og tjenesteforløp før og etter digitale tavler

Kommunene har kartlagt hvordan de jobbet uten tavler og detaljert beskrevet arbeidsprosesser og tjenesteforløp for deretter å utvikle nye prosesser samtidig som digitale tavlene utvikles. Det har blitt kartlagt hva ansatte opplevde som mest utfordrende, hva de brukte mye tid på, hvem de samhandlet med og hva de samhandlet om.

Arbeidet i workshopene omhandlet typisk:

- Beskrivelse av eksisterende og nye behov
- Kartlegging av behov for samhandling med andre avdelinger og eksterne aktører.
- Identifisering av informasjon som er relevant å dele internt og i samhandling med andre.
- Kartlegging av flaskehals og potensielle gevinster.
- Utarbeidelse av felles navnsetting og datastruktur for å forberede sammenkobling av tavlene.

Dette førte til mange faglige diskusjoner og til et større eierskap til utviklingsarbeidet både blant ansatte og ledere. Ansatte er oppriktig engasjert i jobben de utfører og er veldig opptatt av at det de gjør skal være til det beste for pasientene. Mange ansatte har etter hvert fått erfaring med hvordan innføring og bruk av teknologi faktisk kan brukes til forbedringer.

I Horten kommune jobbet ansatte fra flere avdelinger sammen for å beskrive hvordan de faktiske gjennomførte ulike oppgaver- Eksisterende tjenesteforløp ble beskrevet for eksempel for en bruker



Figur 23 Eksisterende tjenesteforløp som utgangspunkt for å utvikle nye forløp med digitale tavler

som etter et korttidsopphold skulle reise hjem og ha hjemmebaserte tjenester, se Figur 23. Tilsvarende samling ble gjennomført i Nedre Eiker kommune for å etablere nye arbeidsprosesser hvor det ble tydeliggjort hvordan tavlene skulle taes i bruk, se Figur 24.



Figur 24 Workshop i Nedre Eiker for å etablere nye arbeidsprosesser med digitale tavler

Larvik kommune har hatt IMATIS-tavler på tjenestekontoret og på korttidsavdeling over lenger tid og har videreutviklet IMATIS-tavlene for samhandling. De har jobbet frem nye arbeidsprosesser for samhandling og har identifisert hvordan tavlene skal støtte oppgaver og utveksling av informasjon, se Figur 25. De digitale tavlene har blitt endret både på tjenestekontoret og på korttidsavdelingene som følge av dette. I tillegg har Larvik kommune sammen med Imatis utarbeidet en ny datastruktur slik at sammenkobling av tavlene ble mulig.



Figur 25 Arbeidsmøte for å etablere samhandling mellom tavler på tjenestekontor og korttid i Larvik kommune tjenesteforløp blir skissert

I løpet av prosjektperioden har det vært flere omorganiseringer og kommunesammenslåinger, noe som har påvirket både prosjektarbeidet. Det har også ført til endringer i tavleutforming og i navnsetting og datastrukturer.

7.3 Ansattundersøkelse med forventninger til og erfaringer med digitale tavler

Det har blitt gjennomført en ansattundersøkelse rettet mot ansatte i hjemmetjeneste, korttidsavdeling og tjenestekontor. Hensikten med undersøkelsen har vært å innhente erfaringer med hvordan ansatte har opplevd de digitale tavlene i bruk til arbeidsoppgaver. I noen avdelinger ble undersøkelsen gjennomført før tavler ble innført og ansatte ble spurt om hvilke forventninger ansatte hadde til tavler. I andre avdelinger ble undersøkelsen gjennomført etter innføring av tavler og her ble ansatte spurt om hvilke erfaringer de har med bruk av tavler.

Del A: Mine erfaringer med arbeidssituasjonen

Del B: Mine forventninger til tavler ev. mine erfaringer med tavler

- Arbeidsoppgaver

- Pasientrettede oppgaver
- Overganger mellom sykehus, sykehjem/institusjon eller hjem

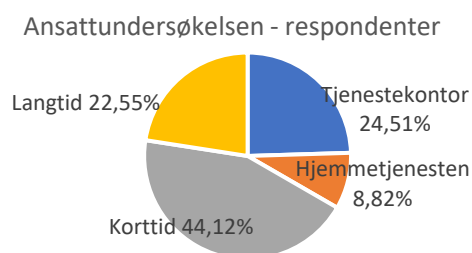
Del C: Bakgrunnsinformasjon

Del D: Tjenestekontor/Del E: Hjemmetjenesten/Del F1. Korttid/ Del F2. Langtid

- Hvilke erfaringer har du med å jobbe på (tjenestekontor/hjemmetjeneste/korttid/langtid)?
- Hvilke erfaringer/forventninger har du til digitale tavler på (tjenestekontor/hjemmetjeneste/korttid/langtid)?
- Hva forventer du at tavlene skal erstatte? (kryss av)
- Tror du tavler kan forbedre pasientsikkerhetskulturen på (tjenestekontor/hjemmetjeneste/korttid/langtid)?

Del G: Tilhørighet

Det er til sammen 102 ansatte fra tre kommuner som har svart på ansattundersøkelsen. Respondentene er fordelt på avdelinger som vist i Figur 26. Det er flest ansatte fra korttidsavdeling med 44%, det er 24,5% som er fra tjenestekontor og i underkant av 9% fra hjemmetjenesten. I tillegg er det 22,5% som er ansatte på langtidsinstitusjon hvor en av kommunene planlegger innføring av tavler.



Figur 26 Andel respondenter fra ulike avdelinger i ansattundersøkelsen

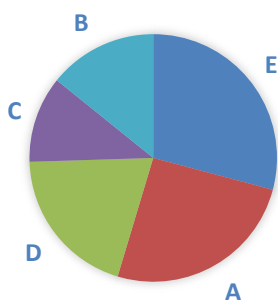
7.4 Pasientsikkerhetskulturundersøkelse

En undersøkelse om pasientsikkerhetskulturen har blitt gjennomført i DigiPAS. Hensikten med undersøkelsen var å kartlegge ansattes opplevelse og holdninger til pasientsikkerhet og kulturen knyttet til området pasientsikkerhet. Resultater fra undersøkelsen har blitt publisert i en separat Sintef-rapport (Grut, Røhne og Cappelen, 2020), men i det følgende er utvalgte resultater tatt med for å vise hvor og hvordan tavler kan støtte kulturendringer. Undersøkelsen skulle etter planen gjennomføres to ganger for å kartlegge endringer i kultur som følge av at digitale tavler har blitt innført. Første runde av pasientsikkerhetskulturundersøkelsen ble gjennomført våren 2019 og andre runde var planlagt våren 2020, men ble ikke gjennomført da koronasituasjonen kom i mars 2020. Koronasituasjonen førte til mange og forholdsvis omfattende endringer i kommunehelsetjenesten og det var enighet blant partnerne at undersøkelsen ikke ville fungere i en "før-og-etter"-vurdering av pasientsikkerhetskultur. Kommunene har stått fritt til å gjennomføre undersøkelsen senere, gitt at personvern og sikkerhet ivaretas på en tilfredsstillende måte.

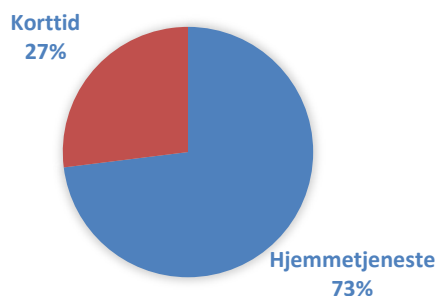
Kommunene fikk et verktøy for å jobbe med tiltak etter første undersøkelse og ble oppfordret til å vurdere hvordan tavlene kunne taes i bruk. Resultatene har også blitt brukt til å identifisere tiltak for forbedring og hvordan tavlene skal brukes for å utvikle god kultur for pasientsikkerhet. Spørreskjemaet ble sendt til i alt 1011 mottagere i de fem kommunene og det var 539 som svarte, det vil si en svarprosent på 53%. Undersøkelsen ble besvart av ansatte i hjemmetjenesten og på korttidsinstitusjon.

- Kommune A: 138 svar (60 prosent)
- Kommune B: 76 svar (54 prosent)
- Kommune C: 59 svar (33 prosent)
- Kommune D: 109 svar (66 prosent)
- Kommune E: 157 svar (53 prosent)

Andel fra kommunene



Andel korttid og hjemmetjeneste



Figur 27 Andel av respondentene fra kommune A-E og fra hhv korttid og hjemmetjeneste

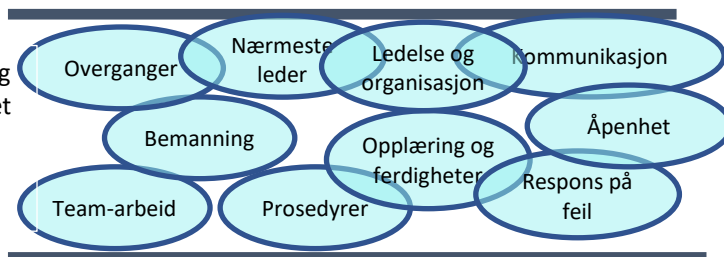
Mange av respondentene jobbet i todelt turnus (58% på korttid og 70% i hjemmetjenesten), se Figur 27. Det var flest ansatte i kategoriene "Helsepersonell med min. treårig utdanning fra høgskole eller universitet" (50% på korttid, 34% i hjemmetjenesten) og "Helsepersonell med utdanning fra videregående skole eller tilsvarende" (37% på korttid og 46% i hjemmetjenesten).

Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen har blitt brukt som et verktøy i arbeidet med forbedring. I DigiPAS har pasientsikkerhetskulturundersøkelsen identifisert områder hvor kommunene er sterke og svake. Alle områdene har vært viktige og selv om kommuner scorer høyt på f.eks. teamarbeid, er det fortsatt viktig å jobbe med forbedring også på dette området. Samtidig har kommunene blitt oppfordret til å se på resultatene og etablere tiltak og ta i bruk av tavlene på områder der de har scoret lavt/lavest.

1. Pasientsikkerhetskultur = hjertet i sikkerhetsarbeidet



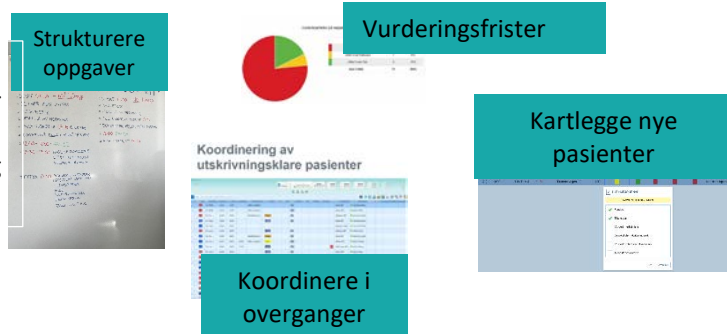
2. Faktorer som er viktig for god pasientsikkerhet (10 faktorer)



4. Tavler for å styrke pasientsikkerhetskulturen

3. Tiltak og støtte for å

- Forenkle oppgaver
- Sikre strukturering og systematisering



Figur 28 Hvordan tavlene kan styrke pasientsikkerhetskulturen – og dermed pasientsikkerheten

Som vist i Figur 28 har kommunene blitt oppfordret til aktivt å bruke tavlene i forbedringsarbeidet. Pasientsikkerhetskulturen er hjertet i pasientsikkerhetsarbeidet og kunnskap om hvor kommunene har vært sterke og hvor de har hatt forbedringspotensial har blitt brukt i arbeidet med å utforme tavler og endre arbeidsprosesser for å styrke utvalgte områder. Tavler har blitt utformet for å støtte kartlegginger, overganger og at prosedyrer blir fulgt og for å støtte ansatte i pasientsikkerhetsarbeidet.

7.5 Intervju for erfaringer med digitale tavler i koronasituasjonen

Koronasituasjonen kom til Norge i midten av mars 2020. Det ble gjennomført intervju med kommunene samt at kommunene delte erfaringer gjennom prosjektmøter. Det ble etablert innsikt i og kunnskap om hvordan digitale tavler faktisk ble brukt som et verktøy for å håndtere korona og som støtte i endringer og innovasjon. Spesielt ble samhandlingstavlene fra Imatis videreutviklet og aktivt brukt for å håndtere Covid-19 med svært gode erfaringer.

8 Resultater og erfaringer med digitale tavler

Det har vært gode erfaringer med innføring og bruk av digitale tavler selv om det også er krevende prosesser for ledere og ansatte. Kommunene har opplevd at tavlene har vært nyttige og har gitt gevinster på alle gevinstområdene som ble identifisert. Erfaringen i DigiPAS har vist at det er vanskelig å finne gode måleindikatorer for å måle gevinster ved innføring av digitale tavler som et sentralt verktøy for mange og ulike oppgaver og arbeidsprosesser. Kommunene har lang erfaring med innføring av velferdsteknologi og med gevinstkartlegging, måling og realisering, men har erfart at måling av gevinster for digitale arbeidsverktøy har vært mer krevende. Kommunene har hatt felles gevinstområder, men ingen har målt alle gevinstene og gevinstene har heller ikke blitt målt helt på samme måte på tvers av kommunene.

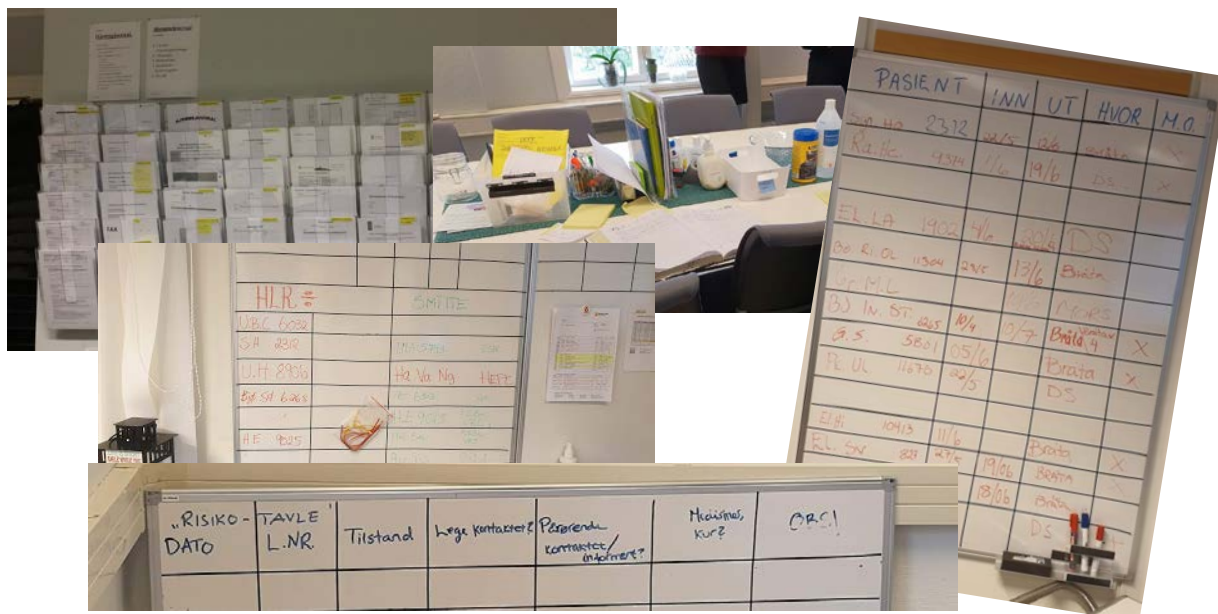
I det følgende presenteres de viktigste resultatene og erfaringene fra innovasjonsprosessene med digitale tavler i partnerkommunene.

Kommunene har opplevd at tavlene har bidratt til økt kvalitet, bedre pasientsikkerhet og effektiv ressursbruk noe også forskningsresultatene har vist. De viktigste gevinstene ved innføring av tavler har i DigiPAS blitt oppsummert i:

1. **Orden og struktur:** tavlene både krever og gir struktur, orden og oversikt.
2. **Effektiv arbeidsflyt:** bedre ressursbruk gjennom digital oppgavestøtte og digitalisering av arbeidsprosesser
3. **Jobber smartere:** Tavlene gjør det enklere og raskere å gjøre endringer, fokusere på utvalgte tema, gjennomføre oppgaver og å koordinere og samhandle.
4. **Systematisk arbeid med pasientsikkerhet:** Tavlene støtter forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid.

Ved prosjektslutt ville alle kommuner fortsette med å utvikle og innføre tavler. Erfaringen har vist at digitale tavler har bidratt med struktur og oversikt som har vært avgjørende for nytte og gevinster. Digitale tavler har gjort det enklere å ha oversikt over status for pasienter og oversikt over oppgaver, kartlegginger, sjekklister og beskjeder som ofte noteres i en bok (svarteboka¹⁵) se Figur 29.

¹⁵ "Svarteboka" brukes ofte av ansatte om beskjedboka i kommunehelsetjenesten



Figur 29 Oversikter og beskjeder på tavler, lapper, papirer og beskjedbøker inn i digitale tavler for bedre oversikt (foto: SINTEF)

Prosjektet har dokumentert at tavlene har gitt gevinster i alle de tre kategoriene *økt kvalitet*, *spart tid* og *unngåtte kostnader*, se Tabell 2. Pasientsikkerhetskulturen har blitt målt gjennom en undersøkelse, men det ble ikke mulig å gjennomføre andre runde av denne undersøkelsen på grunn av koronasituasjonen. Det er dermed ikke dokumenterte gevinster knyttet til pasientsikkerhetskultur. Brukertilfredshet har ikke blitt målt gjennom innbyggerundersøkelser, men avdelingsledere har registrert at det har vært færre klager fra pårørende. Ansattundersøkelsen som er gjennomført i tre av kommunene har vist at tavlene oppleves nyttige og har gitt økt kvalitet. Unngåtte kostnader i form av bedre belegg og gjennomsnittlig liggetid har ikke blitt målt, men er gevinster som kommunene må måle over en lenger tidsperiode.

Tabell 2. Gevinster i DigiPAS som har blitt målt (P)/ikke målt (x)

Gevinst	Nr	Hva er gevinsten?	Målt
1. Økt kvalitet	a	Økt pasientsikkerhet - kartlegging og avvik	✓
		Forbedret pasientsikkerhetskultur	x
		Økt personvern (eks. tilgangskontroll)	✓
	b	Riktig ressursbruk . Bedre arbeidsprosesser (mindre koordinering, bedre oversikt)	✓
c	Brukertilfredshet (inkludere klager) og ansattilfredshet	x	
2. Spart tid	a	Frigjøre tid i overganger (reduere antall telefoner, meldinger, mail, møter og dobbeltarbeid)	✓
	b	Kortere rapporttid	✓
3. Unngåtte kostnader	a	Færre overliggertid	✓
	b	Bedre belegg . Gjennomsnittlig liggetid	x
	c	Kortere saksbehandling (økt kapasitet). Mindre overtid	✓

I DigiPAS var det en ambisjon om å sammenligne gevinster på tvers av kommuner og avdelinger for beste praksis. Det har ikke vært mulig siden kommunene har brukt tavlene ulikt. Det har også vært krevende å måle spesifikt hvilke gevinster som er følge av tavlene og konkludere med at "Vi sparte 5,2 millioner på tavler". Tavlene har vært et arbeidsverktøy som ansatte bruker for mange og for ulike oppgaver og har gitt noen gevinster her og noen der. I tillegg er erfaringen at innføring av digitale tavler har fordret en strukturering som i seg selv har gitt gevinster. Erfaringen fra prosjektet har tydelig vist at tavlene har bidratt til å effektivisere oppgaver og arbeidsprosesser som igjen har gitt gevinster.

For kommunene har dette vært starten på en utvikling av samhandlingsløsninger for å "jobbe mer strukturert og smartere" på tvers av avdelinger og tjenester. Tavlene har bidratt til at kommunene har brukt ressurser bedre, ytt forsvarlige tjenester i henhold til vedtak, fått flere brukere over til et riktigere omsorgsnivå, kortet ned opphold i institusjon, redusert tjenestetid og økt gjennomstrømning i administrasjonen.



Foto: SINTEF

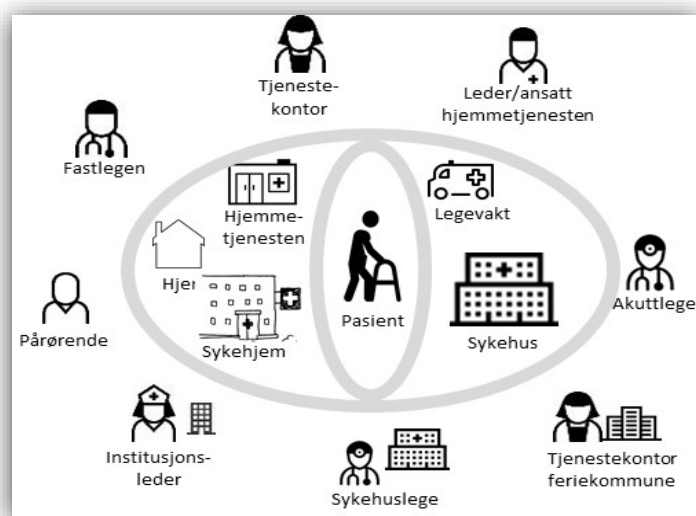
Figur 30 *Gevinster med samhandlingstavler i Horten kommune*

Kommunene i DigiPAS har tatt i bruk tavler i egen organisasjon og har samtidig jobbet med forbedringsarbeid og identifisert områder med behov for forbedring. Det har økt bevissthet om hvilke oppgaver og arbeidsprosesser som påvirker pasientsikkerhet og hvilke faktorer påvirker kvalitet og ressursbruk. Tavlene har blitt brukt som verktøy i forbedringsarbeidet og for å kunne rette seg etter nasjonale retningslinjer spesielt fra Pasientsikkerhetsprogrammet, noe som også har vært en gevinst kanskje spesielt sett fra ledelsen.

8.1 Tavler forbedrer pasientsikkerhetsarbeid

8.1.1 Tavler har strukturert kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet

Etablering av struktur har i prosjektet vist seg å være den aller viktigste faktoren for å forbedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det er mange og sammensatte oppgaver i kommunehelse og veldig mange ansatte som sammen skal følge opp pasienter og sikre kvalitet i tjenestene. Faktorer av særlig betydning for pasientsikkerhet er å sikre pasientsikkerheten i overgangene, se Figur 31, og sikre at prosedyrer følges og sikre ledelsesstøtte og organisatorisk læring.

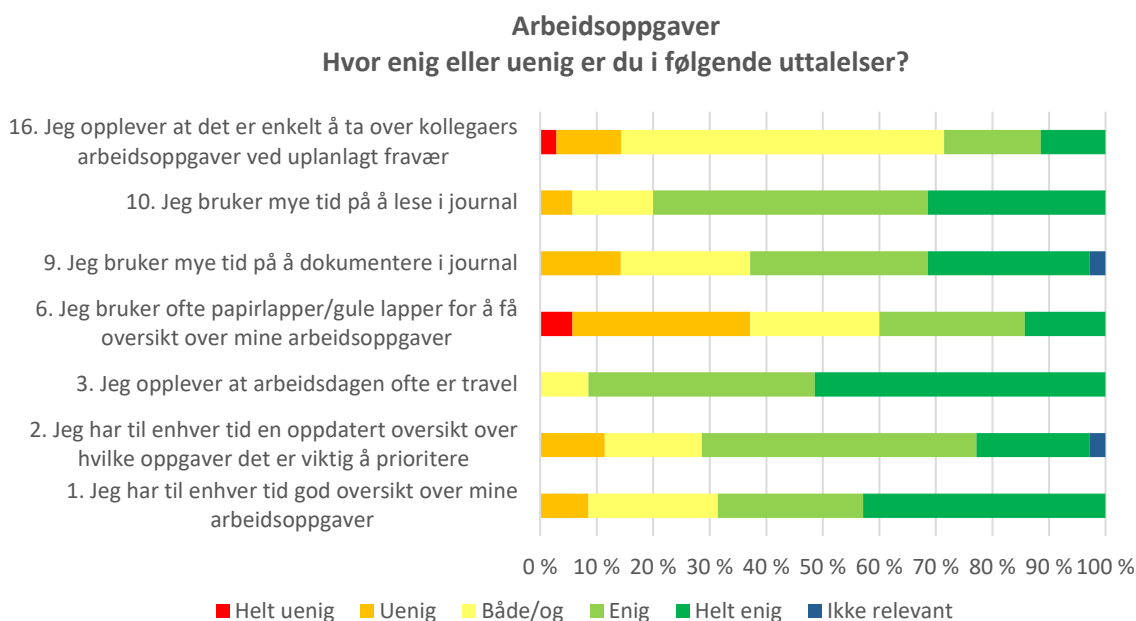


Figur 31 *Pasientsikkerhetskulturen bestemmes av mange aktører og overgangene mellom disse*

Det er mange oppgaver, men få gode verktøy som ansatte og ledere kan støtte seg på. Journalen inneholder informasjon om hver enkelt pasient/bruker som er relevant for diagnosen, videre behandling og oppfølging, men journalsystemet har ikke hatt støtte for å varsle om kartlegginger og evalueringer. Ansatte har erfart at de må bruke mye ressurser på å gjennomføre kartlegginger og evalueringer av tiltak. De har ofte etablert andre system for å få oversikt og kartleggingsskjema og sjekklister har ofte vært skrevet ut på papir for å være lett tilgjengelig for ansatte.

Tavlene har blitt brukt som oppgavestøtte i pasientsikkerhetsarbeidet så vel som i forbedringsarbeidet. Utforming og innføring av tavler har gjennom å etablere struktur¹⁶ ført til tydeligere arbeidsprosesser og gjennomføring av oppgaver.

Den generelle erfaringen er at ansatte har vært fornøyd med tavlene og at de har opplevd at tavlene er nyttige og har bidratt til bedre struktur i pasientsikkerhetsarbeidet og i oppfølging av pasienter. Ansatte i avdelinger både med og uten tavler ble gjennom en ansattundersøkelse spurt om hvordan de opplever arbeidsoppgavene sine: Resultatene viser at 70% av de ansatte opplever at de bruker mye tid på å lese og dokumentere i journalen og nesten 90% har opplevd arbeidsdagen som travel. Det var i underkant av 40% som opplevde at de ofte brukte gule lapper for å få oversikt over oppgaver og i overkant av 40% som opplevde at det var enkelt å ta over kollegaers arbeidsoppgaver ved uplanlagt fravær: Sistnevnte er viktig i kommunehelsetjenesten hvor det er mange ansatte fordelt ulike vakter og avdelinger som følger opp pasientene. Ansatte erfarte at de brukte mye tid på å lese og dokumentere i journal, i underkant av 70% var enige i dette, mens ca. 12% er uenige. Tilsvarende var 70% enige i at det tar mye tid å dokumentere i journal, mens litt mer enn 10% var uenige.



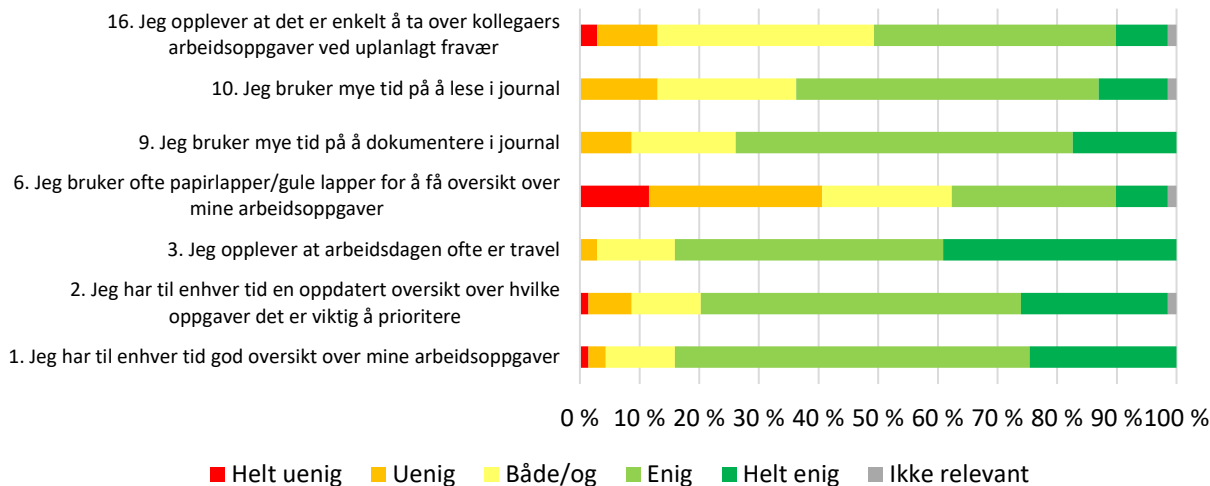
Figur 32 Ansattes opplevelse av arbeidsoppgavene (uten tavler)

Det er vesentlig flere ansatte som bruker tavler som opplever at det er enkelt å ta over kollegaers oppgaver ved uplanlagt fravær, se Figur 32. Det er i overkant av 50% som er enige i dette, mens det for ansatte som ikke bruker tavler er i underkant av 30% som er enige i dette, se Figur 27. Ansatte som bruker tavler, har vært mer enig i utsagnet "Jeg har til enhver tid god oversikt over mine arbeidsoppgaver" enn

¹⁶ <https://www.cw.no/artikkel/helse/vil-bli-kvitt-gule-lapper-whiteborad-kommunehelsetjenesten>

ansatte som ikke bruker tavler. Det er 85% som er enige av ansatte som bruker tavler, mens det er i underkant av 70% for de som ikke bruker tavler. Tilsvarende er det for utsagnet "Jeg har til enhver tid en oppdatert oversikt over hvilke oppgaver det er viktig å prioritere".

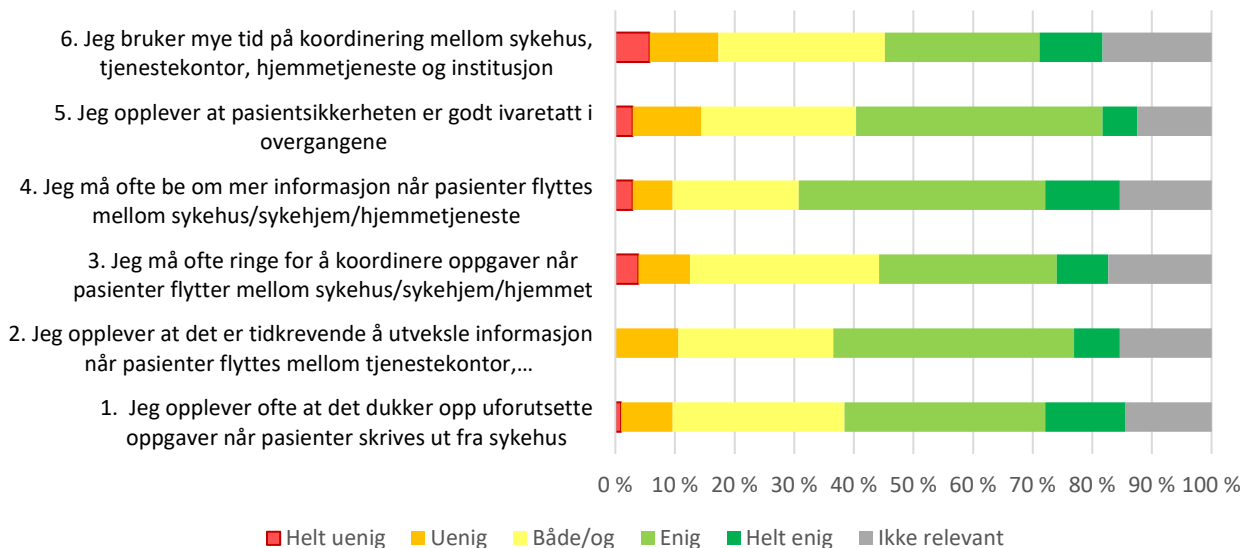
Arbeidsoppgaver (med tavler) Hvor enig eller uenig er du i følgende uttalelser?



Figur 33 Ansattes opplevelse av arbeidsoppgavene (med tavler)

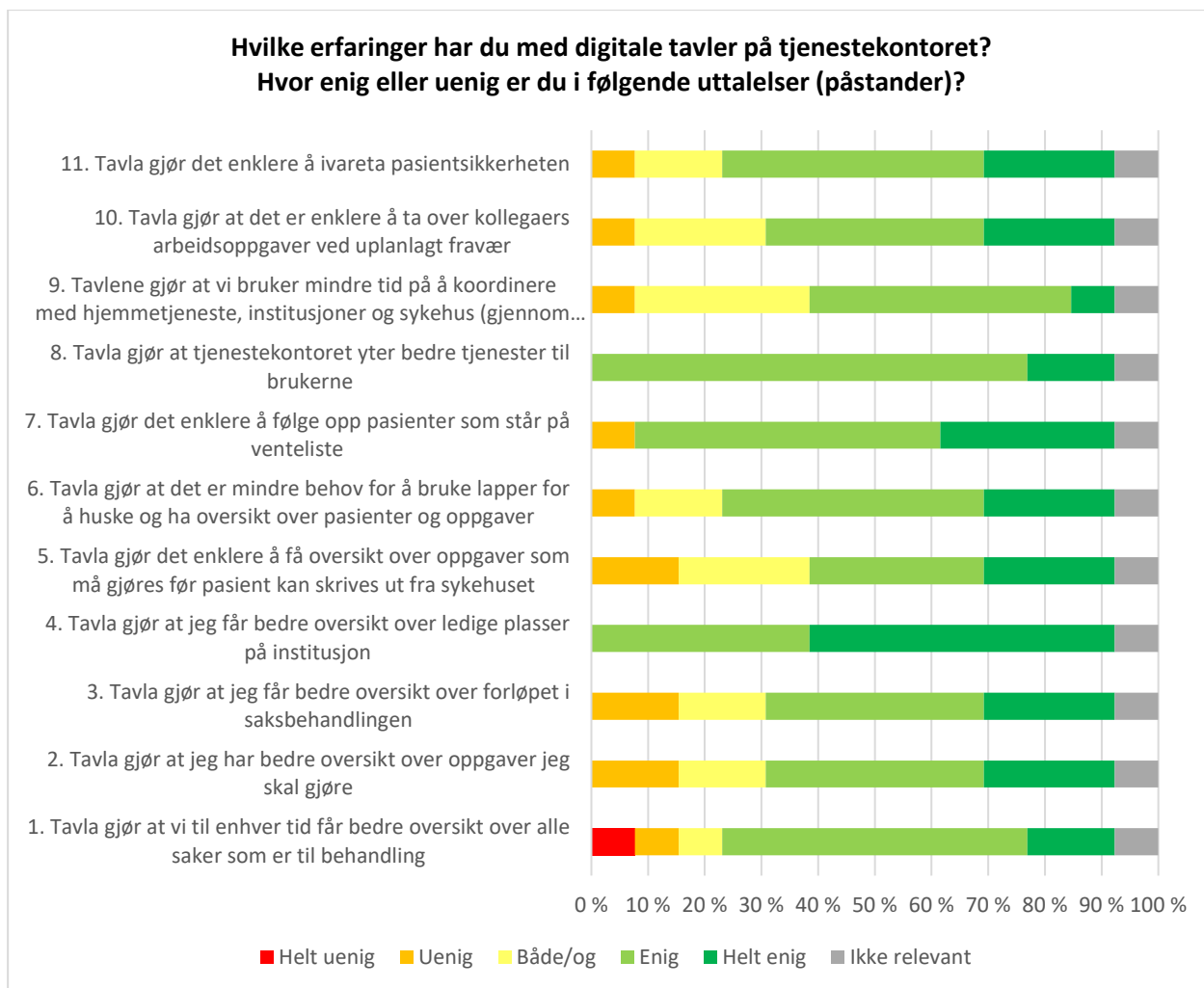
Tilsvarende var det færre ansatte med tavler som var enig i at de brukte mye tid på å lese i journal ca. 64%, mens det for ansatte uten tavler var 80% som var enige i dette, se Figur 33. For utsagnet "Jeg bruker mye tid på å dokumentere i journal" var det tvert imot. Her var det ca. 75% som var enige i dette av ansatte som bruker tavler, mens det var 64% av ansatte uten tavler som var enige.

Overganger mellom sykehus, sykehjem/institusjon eller hjem. Hvor enig eller uenig er du i følgende uttalelser (påstander)?



Figur 34 Ansattes opplevelse av overganger mellom sykehus, sykehjem eller hjem (med og uten tavler)

Det var tydelig fra undersøkelsen at ansatte opplevde at overganger var krevende, de brukte mye tid og måtte ofte be om mer informasjon, ringe og koordinere oppgaver. Ansatte svarte allikevel at de opplevde at overgangene var godt ivaretatt, se Figur 34. Dette kan være et tegn på at overganger var noe de prioriterte og antagelig opplevde at de brukte mye ressurser på å håndtere på en god måte.



Figur 35 Ansattes erfaringer med digitale tavler på tjenestekontoret

Erfaringer til ansatte på tjenestekontor med IMATIS-tavler er vist i Figur 35. Resultatene viser at ansatte opplever at tavlene bidrar til at tjenestekontoret yter bedre tjenester til brukerne, at ansatte får bedre oversikt over ledige plasser på institusjon og at oppfølging av pasienter som står på venteliste forenkles. Det vises til gode erfaringer med IMATIS-tavler for samhandling og flere av kommunene vil fokusere på samhandling for å:

- redusere antall overliggerdøgn ytterligere og redusere antall avvik
- forenkle samarbeid på tvers gjennom brukervennlige tavler som støtter arbeidsprosesser
- redusere saksbehandlingstid og overholde frister

8.1.2 Bedre oppfølging og færre avvik i hjemmetjenesten og på korttid

Nedre Eiker kommune anskaffet IKOS-tavler i 2018 for innføring på tvers av hele kommunehelsetjenesten og i løpet av prosjektperioden ble tavlene innført i alle hjemmetjenesteavdelinger. Utgangspunktet var å forbedre tjenestene til brukerne gjennom økt pasientsikkerheten. Kommunen var opptatt av at IKOS-tavlene skulle bidra til å redusere avvik og gjøre overgangene bedre ved å sikre at oppgaver og tiltak ble utført i henhold til plan. Videre ønsket de at de digitale tavlene skulle bidra til at ansatte brukte mindre tid på å koordinere.

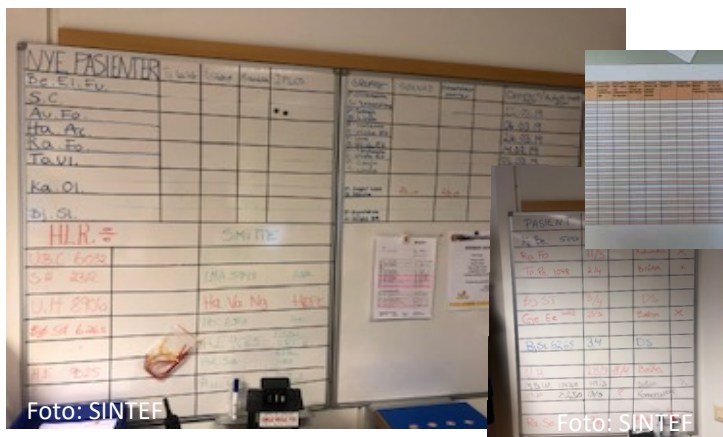
Det var et mål å etablere god struktur, lik praksis og lik kvalitet på tjenestene i kommunene og samtidig gi bedre beslutningsstøtte til ledere og ansatte. Bedre oversikt over oppgaver gir mindre behov for at oppgaver gjøres to ganger, ergo mindre dobbeltarbeid.

Erfaringer:

Ansatte har erfart at de digitale tavlene har bidratt til bedre kontinuitet og struktur i daglig oppgavefordeling mellom ansatte og har ført til **"rett tiltak til rett tid"**. Tavlene har endret arbeidspraksis og sørget for at ledelse systematisk har kunnet sette av tid til opplæring og gjennomgang ved å bruke tavlene.

Ved å gi raskere og bedre oversikt for ledere og ansatte har tavlene bidratt til økt faglig fokus og faglighet i arbeidet. Alle brukere har fått sykepleiefaglig vurdering og oppfølging. Tavlene har også bidratt til å støtte ansatte i kliniske vurderinger og har dermed økt vurderingskompetansen.

Ledelsen har erfart at tavlene har gitt økt fokus på de kliniske observasjonene og tilhørende oppfølging og ikke bare at en oppgave eller et oppdrag har blitt "utført".



Figur 36 Whiteboards for over pasienter og oppgaver er erstattet av digitale tavler i Nedre Eiker kommune

Oversikt over brukere med risiko og kritiske oppgaver:

Det er mange hjemmetjenester som har deltatt i Pasientsikkerhetsprogrammet og av andre grunner har opplevd et behov for bedre oversikt og struktur for både brukere, ansatte og oppgaver. Kommuner har jobbet iherdig med å etablere god oversikt på whiteboards og på papirlister. Noen har også strukturert svarteboka¹⁷ for å etablere oversikt. Mange har lyktes og har gode resultater med strukturering for å få fokus på pasienter i risiko og viktige oppgaver. Ledere og ansatte har vært veldig fornøyd med det de har fått til og har satt i gang å strukturere mer og mer. Hjemmetjenesten i Nedre Eiker kommune hadde etablert god oversikt og struktur i hjemmetjenesten med whiteboards og opplevde at de hadde fått god oversikt over situasjonen, se Figur 36. Etter hvert som de fikk flere whiteboards og lister for pasienter i risiko og kritiske oppgaver, ble det etter hvert utfordrende å holde oversikt og å holde informasjonen som endrer seg raskt oppdatert til enhver tid. Med whiteboards er det av hensyn til personvern ikke mulig å skrive inn navn på brukere og ansatte og risikoen for å lese og skrive feil på tavlene ble stor. Det oppstod lett situasjoner hvor det ble gjort feil, som når nye pasienter ble skrevet inn på tavlene og tekst var igjen fra tidligere. Tavlene var også plassert slik at ansatte enkelt skulle kunne lese og skrive på tavlene, det gjorde det lett å komme borti tavlene og viske ut tekst utilsiktet. Ledere erfarte et det var krevende og vanskelig å ha tillitt til at tavlene var oppdatert og at informasjonen var riktig.



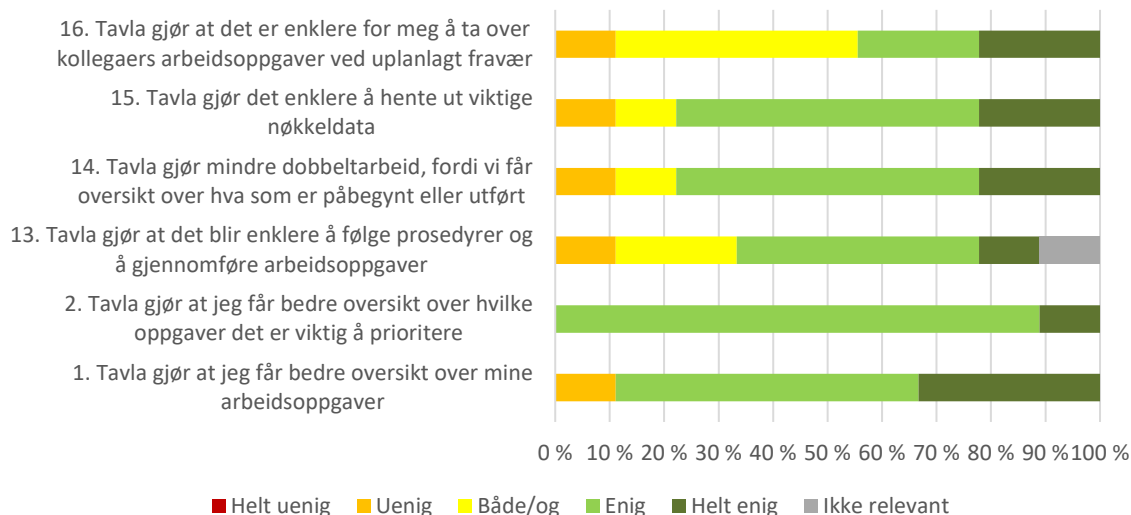
Figur 37 Scoring av tavler (kilde: Drammen kommune)

DigiPAS har vist at digitale tavler har gitt bedre oversikt og struktur. Ledere i hjemmetjenesten har opplevd at de digitale tavlene har gitt *god oversikt* og vært et godt verktøy for alle, se Figur 37. Det har forenklet samhandling mellom ansatte og har *ansvarliggjort ansatte* på en helt annen måte. Det har vært en stor fordel at *all oppfølging har vært ivaretatt på ett sted*. Tavlene har bidratt til *økt fokus på risikopasienter* og flere *faglige diskusjoner*. Ledere og ansatte har i fellesskap hatt ansvar for oppfølging av brukere og de erfarer at tavlene har gjort det det enklere å ivareta dette.

¹⁷ "Svarteboka" brukes ofte av ansatte om beskjedboka i kommunehelsetjenesten

Det har blitt mindre muntlige beskjeder og færre eposter som har blitt sendt gjennom journalsystemet til mange mottakere. Avdelingene har jobbet mer målrettet og effektivt enn tidligere. Ledelsen har med bedre oversikt avklart forventinger med brukere og pårørende, noe de har opplevd har gitt økt tilfredshet blant pårørende og pasienter.

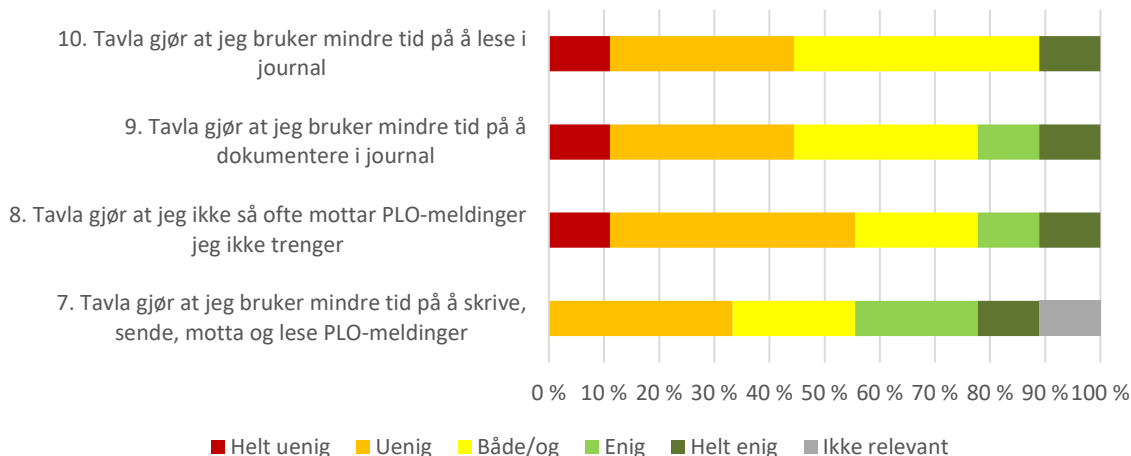
Erfaringer med tavler i hjemmetjenesten



Figur 38 Ansattes erfaringer med tavler i hjemmetjenesten

Ansattundersøkelsen i hjemmetjenesten med tavler har vist at tavlene har gitt ansatte bedre oversikt over sine oppgaver, det er 100% som er enig i dette. 90% har vært enige i at tavla har gitt bedre oversikt over oppgaver de skal prioritere, se Figur 38. Videre er det ca. 67% som har opplevd at tavlene har gjort det enklere å følge prosedyrer og gjennomføre oppgaver og ca. 10% var uenige i dette.

Erfaringer med tavler og tidsbruk i hjemmetjenesten



Figur 39 Ansattes erfaringer med tavlene og tidsbruk på journal og PLO-meldinger

Det var forventet at tavlene skulle redusere tidsbruk og gjøre at ansatte jobbet mer effektivt. Ansatte har hatt en opplevelse av at det ble frigjort tid og at oppgaver ble gjort raskere. I ansattundersøkelsen ble det spurt om ansatte opplevde at de brukte mindre tid på å lese og dokumenter i journal og på å skrive, sende, motta og lese PLO-meldinger. Som vist i Figur 39 opplevde ikke ansatte at de sparte tid på dette etter at tavlene ble innført noe som skyldes at tavlene kun blir brukt internt i hjemmetjenesten og samhandling med andre fortsatt ble utført via PLO-meldinger og journal.

Ledere i hjemmetjenesten har også trukket frem at tavlene har bidratt til å ivareta informasjonssikkerhet og personvern. Ved innlogging gir de digitale tavlene raskt oversikt over brukere/pasienter som for eksempel har forverret tilstand og økt risiko samtidig som personvernet er ivaretatt. Med bruk av tilgangskontroll og tilgjengeliggjøring på flere og ulike flater kan applikasjonene tas i bruk på flere måter og for flere anvendelser.

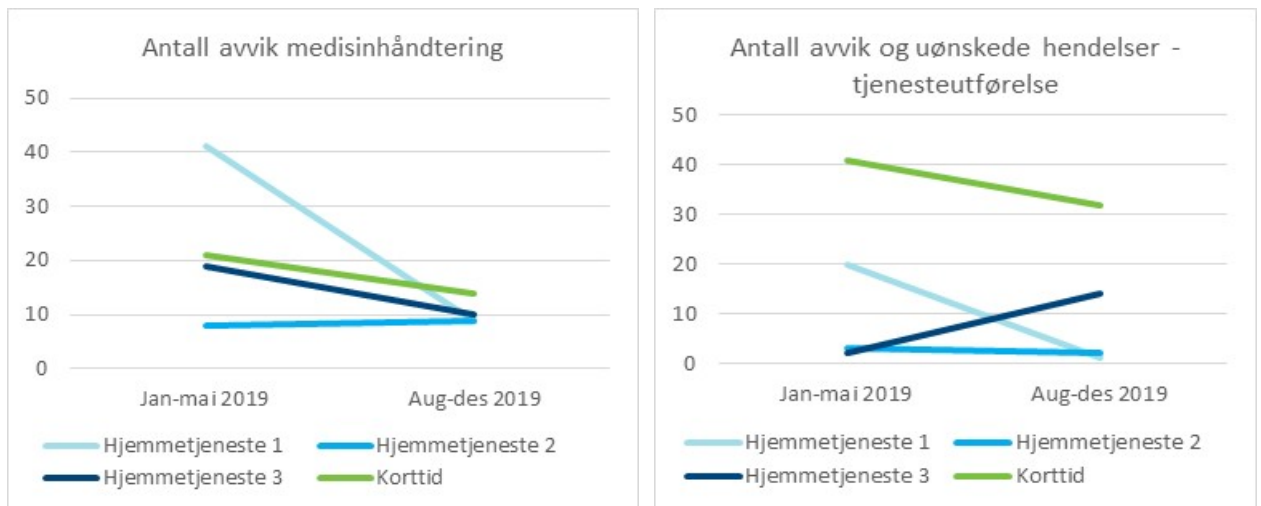
Suksessfaktorer: Hjemmetjenesten opplevde det krevende å jobbe med nye digitale løsninger samtidig opplevde de arbeidsoppgavene som krevende med dårlig støtte og få verktøy. Innovativ kommuneledelse og virksomhetsledelse har vært viktig for innovasjonsprosessene i kommunene. Kommunene har erfart at anskaffelsesprosessene har gitt økt eierskap, der fagkoordinerende og avdelingsledere har vært med på å utarbeide underlaget har de blitt mer oppmerksomme på utfordringer og ønsker om forbedringer gjennom digitale tavler.

Innføring i hjemmetjenesten har vært enklere der de har startet med tavler på noen utvalgte områder eller for enkelte pasientgrupper og deretter utvidet og utviklet videre. Det har gjort overgangen til digitale tavler mindre overveldende og opplevelsen hos ansatte av deltakelse og medvirkning større. Ledelsen har hatt en viktig rolle i prosessene gjennom å forberede avdelinger, være tydelig på at tavlene skal innføres og ved å framsnakke tavlene.

Gevinster: I forkant av innføringen identifiserte kommunene hvilke gevinster de ønsket og forventet at tavlene skulle gi. Følgende gevinster ble identifisert: økt pasientsikkerhet, mer lik praksis, lukke avvik, strukturerte rapporter, redusere tidsbruk, unngå dobbeltarbeid og bedre kommunikasjon.

Ansatte og ledere har vært tydelige på at tavlene har gitt gevinster både i kvalitet og frigjort tid. Kommunene har erfart at det har vært krevende å gjennomføre evaluering siden tavlene har hatt en funksjon i mange ulike arbeidsoppgaver og har blitt brukt av mange ansatte. Nedre Eiker kommune valgte ut antall avvik som en indikasjon på kvaliteten i pasientsikkerhetsarbeidet. Økt pasientsikkerhet har blitt målt i hjemmetjenesten og på korttidsinstitusjoner gjennom å kartlegge avvik. Det har gjennom journalgjennomgang blitt hentet ut data på antall avvik i to perioder; første periode før IKOS-tavler ble innført (01.01- 31.05.2019) og andre periode etter innføring av IKOS-tavler (01.08.-31.12.2019).

Korttid hadde allerede jobbet med strukturering og hadde fått god kontroll på kritiske oppgaver. Det har allikevel vært en nedgang i antall avvik etter at IKOS-tavler ble innført. I hjemmetjenesten hadde det vært flere utfordringer og IKOS-tavler bidro til å etablere bedre struktur og vesentlig forbedring i antall avvik for medisin håndtering. I hjemmetjenesten hvor det var størst utfordringer gikk antall avvik kraftig ned fra ca. 40 avvik i den første perioden til ca. 10 avvik i den andre perioden (se hjemmetjeneste 1 i Figur 40). Mindre avvik har gitt en bedre oppfølging av tjenestemottakerne og har ført til bedre pasientsikkerhet.



Figur 40 Avvik for medisinhandling og uønskede hendelser før og etter innføring av tavler

I hjemmetjenesten har det også blitt frigjort tid etter at IKOS-tavler ble innført. Morgenrapporten ble gjennomført på kortere tid enn tidligere og det ble frigjort 10 minutter per ansatt per dag. I en hjemmetjenesteavdeling med 12 ansatte så betyr det at 120 minutter eller to arbeidstimer ble frigjort hver dag (selv om ikke alle hadde full stilling). Det samme resultatet var det på korttid hvor både morgenrapport og midtrapport er forkortet.

8.1.3 Forbedret kartlegging av pasienter i hjemmetjenesten

Skien kommune har innført IMATIS-tavler på to hjemmetjenestelag, Klyve 1 og 2, og har hatt fokus på å sikre kartlegging og oppstart av tjenester for nye pasienter og å støtte nasjonale kvalitetsindikatorer for alle pasienter. Kommunen har vært opptatt av tavler som digital støtte for å minimere risiko for pasienter mellom vaktskift, men også i overganger mellom tjenestesteder.



Figur 41 Utforming av tavler for morgenrapport

Innhold i IMATIS-tavlene:

- Nye pasienter har blitt lagt inn for å få oversikt over og støtte til å gjennomføre kartlegging av nye pasienter for oppstart av tjenester. Dette er spesielt viktig for pasientsikkerhet
- Alle pasienter ble lagt inn i tavla etter gode erfaringer med tavler for nye pasienter. For alle pasienter ble tavla utformet for å følge opp nasjonale kvalitetsindikatorer på utvalgte innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet som ernæring, legemiddelgjennomgang og fall

Forventning om gevinst:

- Gjennomføre kartlegging i løpet av de første 14 dagene for nye pasienter

- Få bedre oversikt over pasienter og oppfølging for bedre pasientkontinuitet
- Riktige tjenester til brukere ved å kartlegge brukere og behov oftere og ha bedre oversikt.
- Sikre at kartlegginger og vurdering av tiltak gjennomføres innenfor gitte tidsfrister for alle pasienter.
- Forbedre samhandling internt hvor brukere følges opp av mange ansatte på ulike skift
- Redusere risiko ved å ha bedre oversikt når pasienter flytter, i overganger til/fra sykehus og korttid.

Kartlegging av nye pasienter og videre oppfølging:

I et forprosjekt ble det i 2018 gjennomført en studie av om og i hvilken grad etablerte rutiner ble fulgt for nye pasienter. En gjennomgang av journal ble utført i hjemmesykepleien i Skien og Porsgrunn kommune. Hensikten med journalgjennomgangen var å sjekke om etablerte rutiner ble fulgt, dvs. om klinisk kartlegging etter gjeldende mal ble utført i løpet av de første 14 dagene for nye pasienter. Gjennomgangen inkluderte 45 pasienter som hadde fått hjemmesykepleie i mer enn seks måneder, var 65 år eller eldre og som ikke var i den endelige fasen av kreft. Resultatet av gjennomgangen viste at:

- kartleggingen for 17,8% av utvalget i løpet av de første seks månedene
- kartleggingen for så få som 8,9% i løpet av 14 dager

Som et resultat av dette ble en IMATIS-tavle utviklet for å ivareta nye pasienter. Tavla for nye pasienter hadde sjekklister med kartlegginger og oppgaver med tilhørende frister i tråd med etablerte rutiner. Erfaringen et halvt år senere viste at kartleggingen ble gjennomført innen 14 dager for 60% av nye pasienter og ble fullført for så mange som 90%.

IMATIS-tavlene har støttet kartlegging og vurdering av tiltak ut fra denne kartleggingen. Hjemmetjenesten har fulgt opp hjemmejournal, inntakssamtale, ernæring, fall, IPLOS, LMG og tverrfaglig samarbeid.

IMATIS-tavlene har hatt fokus på følgende innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet:

- Fall og vurdering av tiltak ut fra kartlegging
- Ernæring og vurdering av tiltak ut fra kartlegging.
- Legemiddelgjennomgang for å sikre at dette blir gjort i henhold til forskriftene

Erfaringer:

Hjemmetjenesten opplevde IMATIS-tavlene som et nyttig verktøy som forenklet oppgavene for nye pasienter, se Figur 42. Med så gode resultater, valgte kommunen å utvikle tavlene videre for å kunne følge opp alle pasienter i hjemmesykepleien. Hjemmetjenesten har erfart at de mest sårbare pasientene har blitt prioritert, pasientinformasjonen har blitt oversiktlig og blitt oppdatert ofte (sanntidsinformasjon). Tiltak har jevnlig blitt evaluert for pasienter i risiko. Pasientsikkerheten har økt, og avdelingen har opplevd at det er flere oppgaver som har blitt utført uten at det har blitt vesentlig dobbeltarbeid. Ledere og ansatte har hatt ansvar for at informasjon har blitt lagt inn i tavlene slik at de har vært oppdatert og til nytte. De har opplevd at det har gitt enklere tilgang til oppdatert pasientinformasjon selv om mer omfattende dokumentasjon fortsatt ligger i journalsystemet.



Figur 42 Klyve hjemmetjeneste i Skien kommune har med tavler forbedret kartlegging av nye pasienter.

Gevinster:

Journalgjennomgangen før innføring av tavler i 2018 har vist at det var behov for å forbedre kartlegginger på flere områder. Klyve startet med nye pasienter i IMATIS-tavlene og innførte deretter alle pasienter på Klyve 1 og 2. USHT og kommunen hadde planlagt en ny journalgjennomgang for å undersøke andelen som var kartlagt innenfor fristen på 14 dager md tavler. Klyve gjennomførte i 2020 journalgjennomgangen og sammenlignet antall avvik før og etter innføring av IMATIS-tavler.

"God oversikt over prioriterte oppgaver"
"Gir tydeligere ansvarsfordeling"
"Bedre eierforhold til oppgavene, vil ha orden på mine primærpasienter"
"Slipper å huske på alt som skal gjøres"
"Lett å bruke"
"Er blitt bedre på kartlegging/risikovurdering"



Figur 43 Ildsjeler i arbeidet med tavler på Klyve

Det ble hentet ut tall fra 2018 og 2020 fra pasienter med følgende inklusjonskriterier:

- Nye pasienter i hjemmetjenesten
- Pasientene som har mottatt hjemmesykepleie i minst seks måneder
- Pasientene er 65 år eller eldre
- Kreftpasienter i terminal fase inkluderes ikke

Totalt 21 pasienter med gjennomsnittsalder 81,8 år ble inkludert i journalgjennomgangen i 2018, mens det var totalt 10 pasienter med en gjennomsnittsalder på 80,1 år inkludert i stikkprøvene i 2020.

Gjennomføring av stikkprøvene for nye pasienter:

- Kartlegging/datasamling: Blir pasientene kartlagt med datasamling innen 14. dager etter oppstart av hjemmesykepleie?
- Ernæring: Blir ernæringsstatus kartlagt og dokumentert ved oppstart av tjenester? Minst ett av følgende spørsmål skal være vurdert for at ernæringsstatus skal være kartlagt:
 1. Er BMI for lav?
 2. Vekttap siste måned?
 3. Redusert næringsinntak siste måned?
- Fall: Blir fallrisiko kartlagt og dokumentert ved oppstart av tjenester?
Minst et av følgende spørsmål må være vurdert for at fallrisiko skal være kartlagt:
 1. Har pasienten falt tidligere, eller er redd for å falle?
 2. Har pasienten balanse/gangproblemer, men fortsatt i stand til å gå?
 3. Er pasienten synsskadet/synshemmet i et slikt omfang at hverdagslige funksjoner er påvirket?

Resultatene fra journalgjennomgangen i 2018 og stikkprøvene i 2020 er vist i Figur 44 og viser en tydelig forbedring etter innføring av IMATIS-tavlene.



Figur 44 Datasamling for nye pasienter og kartlegging av ernæring og fall før tavler i 2018 og med tavler i 2020

Datasamling for nye pasienter skal gjennomføres i løpet av de første 14 dagene, men det viste seg at det i 2018 ikke ble fullført for noen av pasientene i utvalget. Ved gjennomgang i 2020 var dette vesentlig forbedret, og datasamlingen hadde da blitt etablert for 60% av de nye pasientene og datasamlingen hadde blitt etablert etter 14 dager for ytterligere 30% av pasientene. Journalgjennomgangen i 2018 viste at det bare var deler av datasamlingen som hadde blitt fullført, mens det i 2020 var fullstendig datasamling for flere brukere. Fra at datasamling var fullført for 17,8% av pasientene til at den var fullført for 90% har vært en betydelig forbedring.

Kartlegging av ernæringsrisiko var også forbedret. IMATIS-tavlene har bidratt til at antall pasienter som har blitt kartlagt for ernæringsrisiko ved oppstart av tjenester har blitt fordoblet, fra 5% i 2018 til 10% i 2020. For pasienter med ernæringstiltak har det vært uendret. Høyde og vekt, eller kun vekt, har blitt kartlagt hos 8 av 10 pasienter, mens samtaler om matlyst og/eller måltider/måltidsrutiner har blitt dokumentert hos 7 av 10 pasienter. Stikkprøven har vist at mange tiltak har blitt iverksatt uavhengig av om det har vært gjennomført kartlegging eller ei. Klyve har brukt resultatene videre for å forbedre implementering av ernæringskartlegging.

Kartlegging av fall var forbedret fra 5% i 2018 til 20% i 2020 og alle pasienter som hadde falt hadde i 2020 fått iverksatt tiltak. Det var økt fokus på fallrisiko og fallforebyggende tiltak og med gode resultater skulle tavlene bli innarbeidet enda bedre i daglig praksis for å forbedre resultatene ytterligere.

IMATIS-tavlene for nye pasienter gjorde det enklere og tydeligere for ansatte å gå i gang med nye pasienter. Det har ikke vært like enkelt å ta tavlene aktivt i bruk på andre innsatsområdene fra pasientsikkerhetsprogrammet og for alle pasienter. Her har det vært behov for bedre forankring og involvering og tydeliggjøring av prosedyrer.

Innføring av IMATIS-tavlene medførte at kartleggingen ble fullført for 90% av de nye pasientene mot 17,8% uten tavler. Kartleggingen var gjennomført innen fristen på 14 dager for 60% av de nye pasientene med tavler mot kun 8,9% før innføring av tavler. IMATIS-tavlene har vært viktig i forbedringsarbeidet og har vist at det å jobbe målrettet med forbedring har gitt resultater.

8.1.4 Tavler for å styrke pasientsikkerhetskulturen

Pasientsikkerhetskulturen i kommunehelsetjenesten er avgjørende for pasientsikkerheten, se avsnitt 5.3. Gjennom pasientsikkerhetskulturundersøkelsen (PSKU) har det blitt etablert kunnskap om hvordan ansatte oppfattet pasientsikkerheten våren 2019. Med utgangspunkt i dette har kommunene identifisert tiltak for å forbedre pasientsikkerhetskulturen. I dette forbedringsarbeidet har de digitale tavlene hatt en viktig rolle. Mer utfyllende resultater fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er beskrevet i en separat

rapport: "Pasientsikkerhetskultur: Oppfatninger og holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmetjenesten og på korttidsavdeling i kommunale helse- og omsorgstjenester" (Grut, Røhne og Cappelen, 2020).

Resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen viser områder med høyest score i henholdsvis hjemmetjeneste og korttid i Tabell 3 og tilsvarende er områder med lavest score vist i Tabell 4.

Tabell 3 Høyeste score på pasientsikkerhetskultur i hjemmetjenesten og på korttid

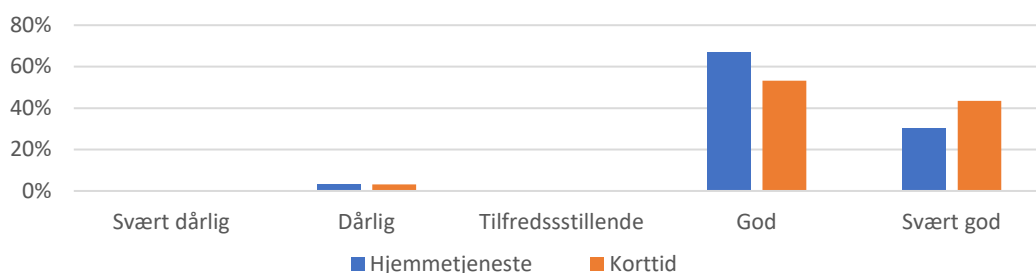
Samlet score	De høyeste scorene er knyttet til følgende faktorer:
Hjemmetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Forventninger til nærmeste leder - 81% andel positive • Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser – 80% andel positive • Teamarbeid – 77% andel positive
Korttid	<ul style="list-style-type: none"> • Forventninger til nærmeste leder – 96 prosent andel positive • Tilbakemelding og kommunikasjon knyttet til uønskede hendelser – 91 prosent andel positive • Kommunikasjon og åpenhet – 81 prosent andel positive • Ikke straffende respons på feil – 81 prosent andel positive

Tabell 4 Laveste score på pasientsikkerhetskultur i hjemmetjenesten og på korttid

Samlet score	De laveste scorene er knyttet til følgende faktorer:
Hjemmetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Bemanning 47 prosent andel positive • Opplæring og ferdigheter – 52 prosent andel positive • Overganger – 56 prosent andel positive
Korttid	<ul style="list-style-type: none"> • Bemanning – 42 prosent andel positive • Opplæring – 54 prosent andel positive • Følge prosedyrer – 71 prosent andel positive

Ansattes opplevelse av brukernes sikkerhet i hjemmetjenester og korttid er presentert i Figur 45. Det er 97% av de ansatte som vurderer at brukernes sikkerhet er godt eller svært godt ivaretatt.

Alt i alt, hvordan vurderer du brukernes sikkerhet i hjemmetjenestene? Jeg kan fortelle til venner at dette er en trygg enhet (sykehjem/korttid/institusjon) for deres familiemedlem



Figur 45 Vurdering av brukernes sikkerhet i hjemmetjenesten og på korttid

I hjemmetjenesten svarer 87% av de ansatte at de opplever at det er trygt å motta hjemmetjenester, mens det er 89% av de ansatte som opplever at det er trygt for beboere på korttid.

Bemanning, opplæring og ferdigheter samt overganger var de områdene som fikk lavest score i undersøkelsen. DigiPAS har jobbet med hvordan tavler kan styrke områdene i pasientsikkerhetskulturen. Høy score på for eksempel teamarbeid betyr ikke at det ikke er viktig å jobbe med ytterligere forbedringer. Det har blitt identifisert tre faktorer som er av særlig betydning ved innføring av risikotavler og kritiske for pasientsikkerheten (Fredwall, Dale, Nilsen og Strøm, 2020; Schibeavaag, Laugaland og Aase, 2018):

- Overganger
- Følge prosedyrer
- Ledelsestøtte og organisatorisk læring

Dette er faktorer som også har vært sentrale i DigiPAS og hvor kommunene har erfart at tavlene har vært et nyttig verktøy. IMATIS-tavlene har spesielt støttet samhandling i overgangene og har støtte samarbeid og arbeidsprosesser på tvers av avdelinger som ellers har vært krevende å gjennomføre.

Både IMATIS- og IKOS-tavlene har gjort det enklere for ansatte å følge prosedyrer knyttet til pasientsikkerhetsoppgaver. Tavlene har strukturert oppgaver, gitt god oversikt over hvor status på hver oppgave og hvilke frister det er for å utføre oppgaven. Dette har gitt både ledere og ansatte god støtte. **Systematisk oppfølging** av pasienter er viktig for kvalitet og pasientsikkerhet og for å bruke ressurser bedre. Det har blitt identifisert områder fra PSKU hvor erfaringen med digitale tavler tilsier at tavlene vil kunne bidra til forbedring:

- **Bemanning:** Oversikt til å prioritere riktige oppgaver når det er travelt
- **Prosedyrer:** Tydeliggjøre oppgaver, ansvar og rekkefølge – enklere å følge prosedyrer
- **Opplæring:** Synliggjør hva som skal utføres og bidrar til faglighet og opplæring
- **Overganger:** Sjekkliste av oppgaver for overganger (eller oppgaver er implementert i tavla)
- **Feilrapportering:** Felt i tavla for å rapportere feil forenkler tilbakemelding
- **Støtte til ledere:** Bedre oversikt over status på oppgaver, ansatte og brukere

Hensikten med PSKU var å bruke resultatene aktivt i forbedringsarbeidet og til utforming av tavler. Det er i det følgende vist områder hvor det var lav score og hvor det er vurdert om og hvordan tavler har et potensial for forbedring.

Tavler for å støtte oppgaver og forbedre overganger:

- *Ansatte får den informasjonen de trenger for å gi omsorg til brukere*
 - Aldri/sjelden: 2-3%
 - Av og til: Korttid: 11,7%, **hjemmetjeneste 21,8%**

Tavler: I hjemmetjenesten har tavlene gitt ansatte raskere, oppdatert og bedre tilgang til informasjon om "sine" brukere
- *Ansatte får nødvendig informasjon når de skal ta seg av brukere for første gang*
 - Aldri/sjelden: Korttid: 4%, hjemmetjeneste: 7,7%
 - Av og til: Korttid: 14,7%, **hjemmetjeneste 26,7%**

Tavler: I hjemmetjenesten har tavlene synliggjort nye brukere og aktuelle kartlegginger og behov
- *Ansatte blir tidlig informert når det er endring i en brukers tiltaksplan/pleieplan*
 - Aldri/sjelden: Korttid: 6,5%, hjemmetjeneste: 17%
 - Av og til: Korttid: 23%, **hjemmetjeneste 39%**

Tavler: I hjemmetjenesten har tavlene vist endringer i tiltaksplan/pleieplan til brukere og informasjon om at tiltak skal vurderes har blitt markert.
- *Vi har all den informasjonen vi trenger når brukere overføres fra sykehus*
 - Aldri/sjelden: Korttid: 7,6%, hjemmetjeneste: 9,5%
 - Av og til: **Korttid: 33,5%, hjemmetjeneste 48,7%**

Tavler: Samhandlingstavlene har gitt oversikt over brukere som er utskrivningsklare fra sykehus og skal hjem eller til korttid og informasjonen blir delt i sanntid med involverte avdelinger.
- *Brukernes behov blir også ivaretatt i forbindelse med vaktskifte*
 - Enig: Korttid: 47%, hjemmetjeneste 74%

- Uenig: Korttid: 7%, hjemmetjeneste 6%
- Både og: **Korttid: 36%**, hjemmetjeneste 20%

Tavler: På korttid har tavlene gitt god oversikt over brukere og situasjon på rapportmøter og ved vaktskifte.

Tavler har forenklet oppfølging av prosedyrer:

- *Ansatte ignorerer ofte prosedyrene for å gjøre arbeidet lettere*
 - Enig: Korttid: 6,5%, hjemmetjeneste 7,1%
 - Både og: Korttid: 15%, hjemmetjeneste **22,9%**

Tavler: I hjemmetjenesten har prosedyrer blitt lagt inn og har gjort det enklere å utføre oppgaver i henhold til prosedyrer og har gitt ansatte oversikt over hvor langt de til enhver tid har kommet i prosedyrene.
- *Ansatte tar snarveier for å få arbeidet raskere gjort*
 - Enig: Korttid: 9%, hjemmetjeneste 19,5%
 - Både og: **Korttid: 36%, hjemmetjeneste 39%**

Tavler: Ansatte både i hjemmetjenesten og på korttid tar snarveier og det kan være nødvendig for å få hverdagen til å gå rundt. Tavlene kan tydeliggjøre viktige oppgaver og redusere faren for at de ikke blir utført.
- *Ansatte følger gjeldende prosedyrer når de yter pleie og omsorg til brukerne*
 - Uenig: Korttid: 1,5%, hjemmetjeneste 2,6%
 - Både og: **Korttid: 19%, hjemmetjeneste 28,7%**

Tavler: Både på korttid og i hjemmetjenesten er det mange ansatte og ofte vikarer på jobb og tavlene gjør det enklere for alle å følge samme prosedyrer.

Tavler i aktiv bruk bidrar i opplæring og ferdigheter (Figur 46):

- *Ansatte skjønner den opplæringen de får ved vår enhet*

- 68% enige
- **30%** både/og

- *Ansatte får nødvendig opplæring i hvordan de skal håndtere utfordrende brukere*

- **48%** både/og
- 20% uenige

- *I vår enhet får ansatte den opplæringen de har behov for*

- **37%** både/og
- 10% uenige

- *Jeg har gjennomført*

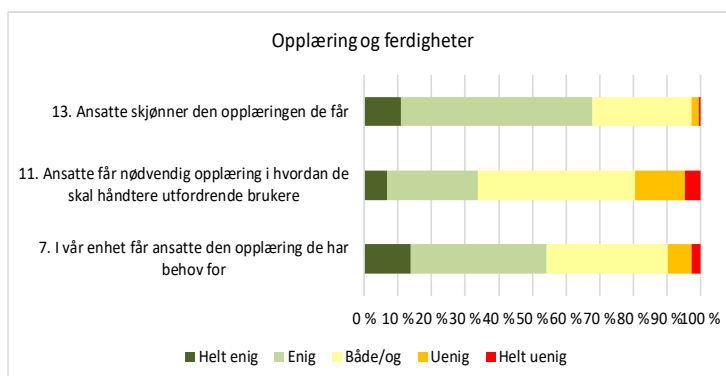
opplæring som bidrar til å

bedre brukernes sikkerhet ved vår enhet i løpet av det siste året

- Enig: Korttid: 40%, hjemmetjeneste 44%
- Både og: Korttid: 30%, hjemmetjeneste 25%
- Uenig: Korttid: 30%, hjemmetjeneste 31%

- *Ved vår enhet har vi gjennomført tiltak for å forbedre pasientsikkerheten siste år (opplæring)*

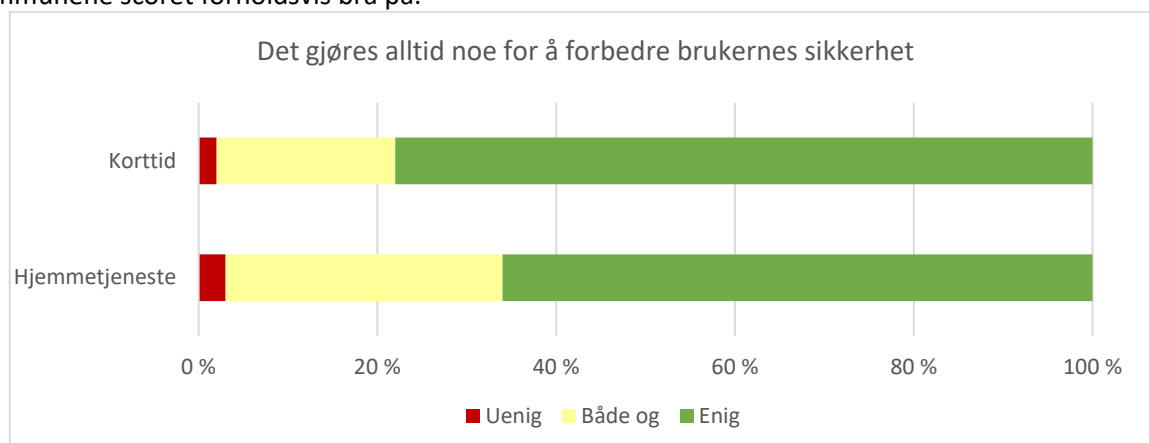
- Enig: Korttid: 69%, hjemmetjeneste 56%
- Både og: Korttid: 25%, hjemmetjeneste 33%
- Uenig: Korttid: 6%, hjemmetjeneste 11%



Figur 46 Ansattes erfaringer med opplæring og ferdigheter

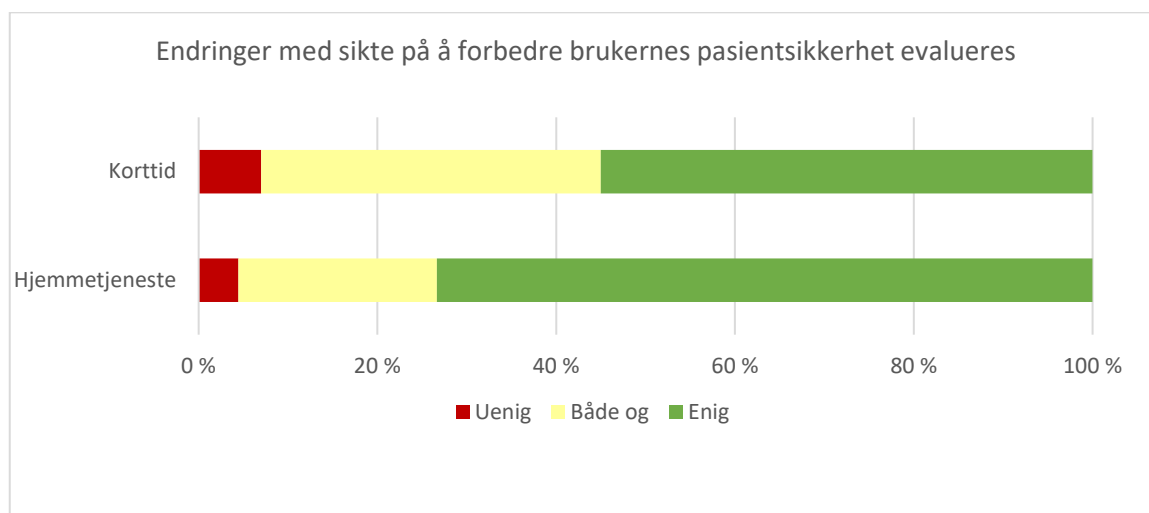
Tavlene har støttet opplæring indirekte ved at gjeldende prosedyrer har blitt implementert i tavlene og har veiledet ansatte. En av kommunene har utviklet en egen tavle med oversikt over ansatte og deres kompetanse, behov for opplæring og gjennomførte kurs. Hensikten har vært å gi lederne et nyttig verktøy gjennom denne oversikten over ansatte og vil også være nyttig for ansatte når de trenger assistanse eller vil rådføre seg med andre.

Forbedring av pasientsikkerhetskultur krever fokus på pasientsikkerhet, noe undersøkelsen viste at kommunene scoret forholdsvis bra på.



Figur 47 Ansattes opplevelse av at det gjøres noe for å forbedre av brukernes sikkerhet

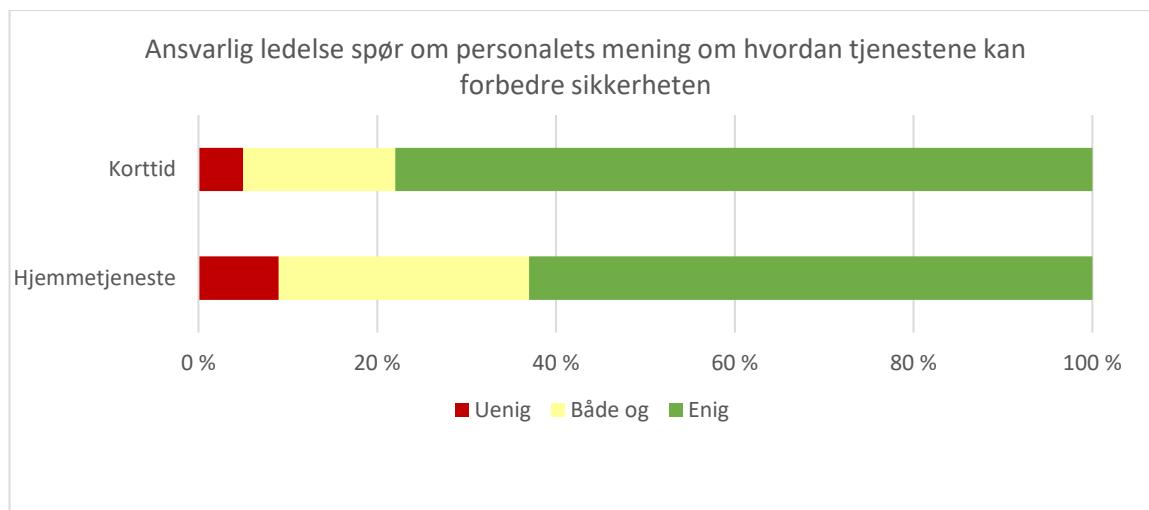
På korttid svarer 78% av de ansatte at de opplever at det gjøres noe for å forbedre brukernes sikkerhet, se Figur 47. Andelen er noe lavere i hjemmetjenesten hvor det er 66%. Det er 31% i hjemmetjenesten som svarer både og til dette.



Figur 48 Ansattes opplevelse av endringer med sikte på å forbedre brukernes pasientsikkerhet evalueres

I hjemmetjenesten svarer 76% av de ansatte at endringer med sikte på å forbedre brukernes pasientsikkerhet evalueres, se Figur 48. Andelen er lavere på korttid med bare 55%. Det er 38% på korttid og 20% i hjemmetjenesten som svarer både og til dette.

Her kan tavlene bidra både til at det gjøres endringer og ikke minst at de også blir evaluert.



Figur 49 Ansattes opplevelse av om ansvarlig ledelse spør om personalets mening om hvordan tjenesten kan forbedre sikkerheten

På korttid svarer 78% av de ansatte at de er enig i at ansvarlig ledelse spør om personalets mening om hvordan tjenesten kan forbedre sikkerheten, se Figur 49. Andelen er noe lavere i hjemmetjenesten hvor det er 63%. Det er 28% i hjemmetjenesten som svarer både og til dette og det er 9% som er uenige i at lederne spør.

Det er få som var uenige, samtidig var det mer enn en tredjedel (38%) på korttid som svarte både og på utsagnet "Endringer med sikte på å forbedre brukernes pasientsikkerhet evalueres". Tavlene har synliggjort pasienter som har hatt behov for oppfølging og oppgaver som har vært kritiske. Tiltak legges inn i tavla med varsler når de skal følges opp og har blitt brukt på rapportmøter eller i personalmøter.

Etter gjennomføring av pasientsikkerhetskulturundersøkelsen fikk kommunene og respektive avdelinger i oppgave å bruke resultatene for å etablere konkrete tiltak for forbedring. Kommunene ble oppfordret til å bruke tavlene som et verktøy i forbedringsarbeidet og sikre at tiltakene ble forankret i avdelingene.

- Gjennomgang av resultater fra undersøkelsen i hver avdeling
- Identifiser områder hvor avdelingen scorer lavt og høyt
- Velge ut 2-3 områder hvor dere ønsker å forbedre dere
- Diskuter mulige tiltak i avdelingene (både avdelinger med og uten tavler)
- Velge tiltak og vurdere om og hvordan tavlene kan støtte tiltaket
- Følge opp tiltak og vurdere om og hvordan tavlene kan støtte oppfølging og evaluering

Det har vært tre områder fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen som har pekt seg ut og hvor tavlene kan bidra til forbedringer. Det er overganger, følge prosedyrer og opplæring, se Tabell 5.

Tabell 5 Faktorer hvor tavlene kan forbedre

Faktor	Tavlene kan bidra til å
Overganger	sikre god informasjonsutveksling, tidlig informasjon, sjekklister med oppgaver
Følge prosedyrer	gjøre det enklere å gjennomføre kartlegging, oppfølging, evaluering og fokusere på brukere hvor det er risiko
Opplæring	sørge for god opplæring og at tavlene understøtter dette (sjekklister for opplæring? bruke tavlegjennomgang for opplæring)

Andre runde av undersøkelsen er ikke gjennomført, men resultatene har vært nyttig og har gitt innsikt i ansattes og ledernes holdninger til pasientsikkerhet noe som har vært viktig forbedringsarbeidet og i utvikling av tavler.

Flere avdelinger har erfart at rapportmøtene har blitt mer faglige, pasientsikkerhetsarbeidet har blitt mer strukturert og ansatte har blitt mer fokusert på oppgaver knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet.

8.2 Tavler gir bedre samhandling

8.2.1 Bedre oversikt og økt kapasitet på tjenestekontoret

Larvik kommune har innført IMATIS-tavler på tjenestekontoret, det startet i det små og med et initiativ fra ansatte som opplevde at de manglet oversikt og struktur over oppgaver og plasser. Tjenestekontoret har utviklet en tavle som støttet arbeidet med søknader, tildeling av plasser, oversikt over ledige plasser, tjenestetildeling og vedtak. Tjenestekontoret har ansvar for utskrivningsklare pasienter og dialog med sykehuset, og det har vist seg å avgjørende å ha god oversikt når pasienter blir skrevet ut og så raskt som mulig skal tilbake enten til korttid eller hjemmebaserte tjenester.

Erfaringer:

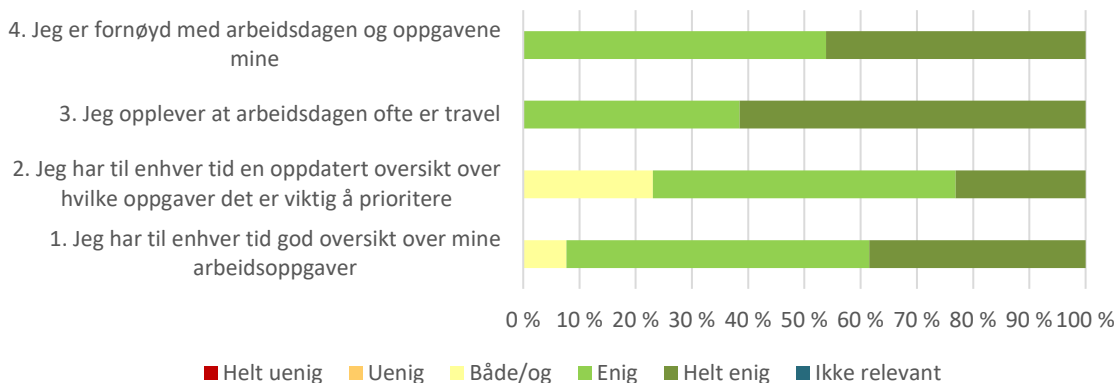
Ansatte har erfart at IMATIS-tavlene fungerer godt, har vært enkle å bruke og har frigjort tid. Det har blitt enklere å gjennomføre mange av oppgavene ved hjelp av enkle sjekklister for eksempel for inn- og utskrivning av pasienter fra sykehus og korttid. Tjenestekontoret har erfart at de har jobbet mer strukturert med tavler som har gitt god oversikt over pasienter, søknader og plasser. Det har vært enklere å følge opp brukere og søknader, samtidig har plasshåndtering blitt enklere.

Det har vært tydelige forventninger til gevinster for IMATIS-tavler på tjenestekontoret:

- Bedre arbeidsprosesser
- Verktøy som alle ansatte kunne bruke enten de var helsepersonell eller administrativt personell.
- Bedre oversikt over tjenestemottaker og søknader på ett sted i kommunen for å kunne følge opp saker og vedtak (også i etterkant av at tjenester har startet hos utførere)
- Bedre kvalitet, mindre tid brukt i overganger og færre overliggerdøgn
- Frigjort tid med god oversikt i tavlene i stedet for innhenting av informasjon og koordinering gjennom bruk av telefon, meldinger, e-post og journal for deretter å vente på svar og følge med på innkommende epost
- Økt ansatt-tilfredshet med tavler som oppleves nyttige, enkle og raskere i bruk
- Oversikt over overliggerdøgn hvor det er enighet med sykehus om årsak
- Oversikt over overliggerdøgn som er til vurdering
- Kortere saksbehandlingstid, bedre oversikt og bedre forløp for brukerne
- Bedre logistikk på vakttelefonen for utskrivning av pasienter fra sykehus
- Oversikt som forenkler prioritering av oppgaver for ledelse f.eks. ved sykdom

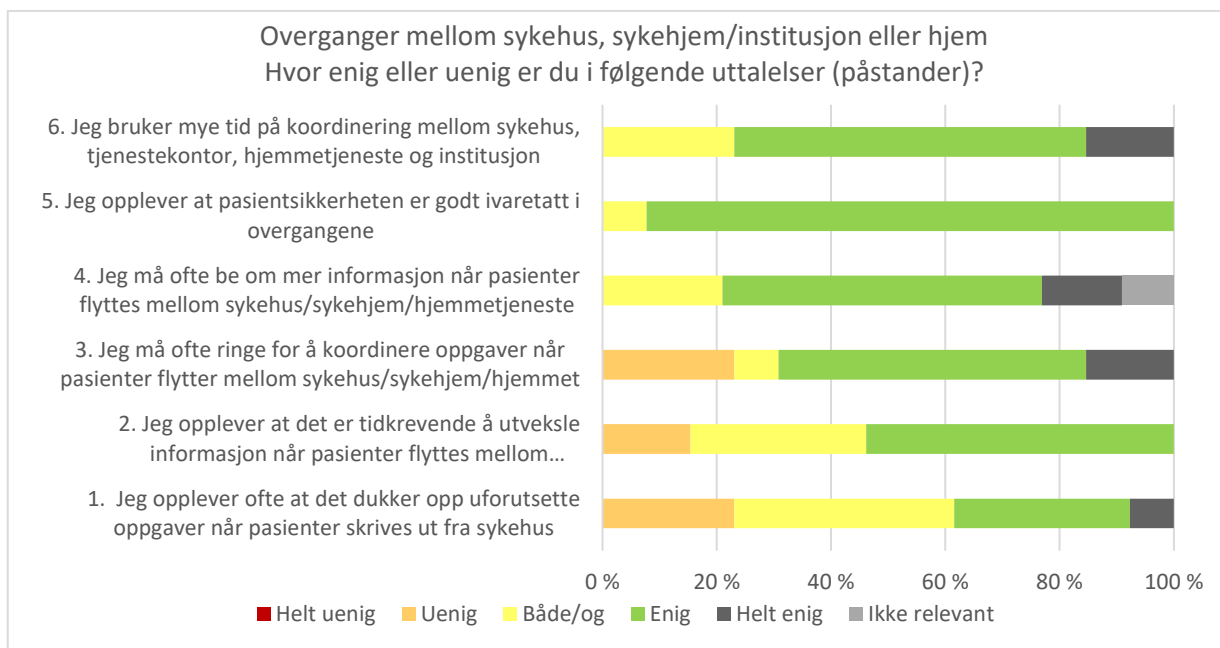
Tavlene har gitt god støtte til å følge oppgaver over tid på en helt annen måte enn med papir- og excelbaserte systemer. Det har gjort arbeidshverdagen enklere for ansatte og tjenestekontoret mer effektivt. Over 90% av de ansatte har etter innføring av tavler svart at de er helt enig eller enig i at de har god oversikt over arbeidsoppgaver som vist i Figur 50. Ansatte har jobbet raskere, fått mer kunnskap om pasientene og fått verktøy som har forenklet oppfølging over tid. Ca. 78% av de ansatte har erfart at de har oppdatert oversikt for å prioritere oppgaver på tjenestekontor.

Ansattes erfaringer på tjenestekontor med tavler Hvor enig eller uenig er du i følgende uttalelser?



Figur 50 Ansattes erfaringer på tjenestekontor som har innført tavler

På tjenestekontoret har tavlene bidratt til at mange oppgaver blir gjort bedre og raskere. Gevinstene kan ikke alene tilskrives IMATIS-tavlene og kan også være krevende å kartlegge og måle. Tavlene har allikevel vært et sentralt verktøy i forbedringsarbeidet og en forutsetning for gevinstene som struktureringen har medført. IMATIS-tavlene har så langt ikke hatt integrasjon med journalsystemene og ansatte har registrert noe informasjon både i tavlene og i journal. Det har medført noen dobbeltføringer, men erfaringene har vist at ansatte har opplevd at gevinstene har vært så store at det allikevel har fungert bra.



Figur 51 Ansattes erfaringer med overganger på tjenestekontor som har innført tavler

Tavler på tjenestekontoret har erstattet papirlapper, epost, svarteboka og andre system som har blitt etablert i Excel eller på papir for felles bruk eller for hver enkelt ansatt.

Gevinster:

Med IMATIS-taver har tjenestekontoret har fått god oversikt og verktøy som forenkler arbeidet, noe som også har gitt betydelige gevinster for kommunen. Tjenestekontoret har strukturert arbeidsoppgaver og fått oversikt over plasser og ressurser noe som har gitt resultater. Tavlene har vært essensielle i

forbedringsarbeidet. Det har blitt hentet ut data på antall overliggerdøgn a før tavler ble innført i 2018 og etter innføring av tavler i 2019. I 2018 hadde kommunen 952 overliggerdøgn, mens det i 2019 var redusert til 439 overliggerdøgn. Det tilsvarer en reduksjon på 53,9%. Når kostnaden på ett overliggerdøgn er ca. 5000 kroner, har det dermed resultert i en vesentlig unngått kostnad på ca. 2,6 millioner kroner.

Midt i arbeidet med innføring av tavler ble fremdriften påvirket av en kommunesammenslåing. Tjenestekontoret overtok ansvaret for denne funksjonen i den nye storkommunen med et større antall innbyggere, men med samme bemanning som tidligere. Det har blitt målt antall tjenester som ble tildelt i løpet av ett år *før* og ett år *etter* innføring av tavler. Det har blitt tatt ut data fra 2018 før tavlene ble innført og det ble da tildelt 1144 tjenester. Året etter var tavlene innført og i løpet av 2019 ble det tildelt totalt 1482 tjenester. Det tilsvarer en økning på 29,5% i antall tjenestetildelinger på tjenestekontoret med samme bemanning. Det betyr en betydelig kapasitetsøkning på tjenestekontoret og ansatte og ledere har opplevd at tavlene har vært sentrale for å kapasitetsøkningen.

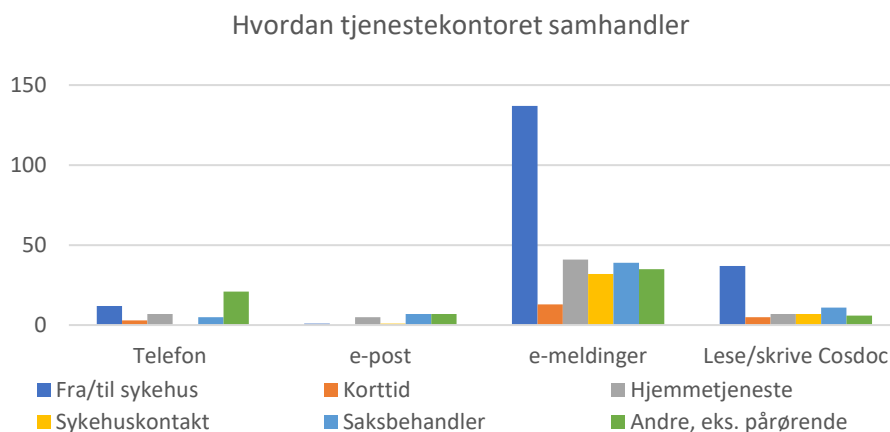
Suksessfaktorer

Tjenestekontoret har vært veldig tydelig på at muligheten til å utforme og konfigurere IMATIS-tavlene og gjøre de til sitt eget verktøy har vært avgjørende. De har kartlagt utfordringer og identifisert behov for struktur og støtte på tjenestekontoret og deretter utviklet tavler som har støttet dette. Tjenestekontoret er et slags nav med oversikt over pasienter og tjenestemottakere og deres vedtak, tjenester og søknader og samhandling har derfor vært ekstra viktig her. Videre til kommunen redusere antall overliggerdøgn ytterligere og behandle saker innenfor vedtatte frister. Målsetningen er å utvikle IMATIS-tavlene til et enda bedre digitalt verktøy for ansatte på tjenestekontoret som også støtter samhandling og informasjonsdeling med andre avdelinger i kommunen.

8.2.2 Utvikling av IKOS-tavler på tjenestekontoret

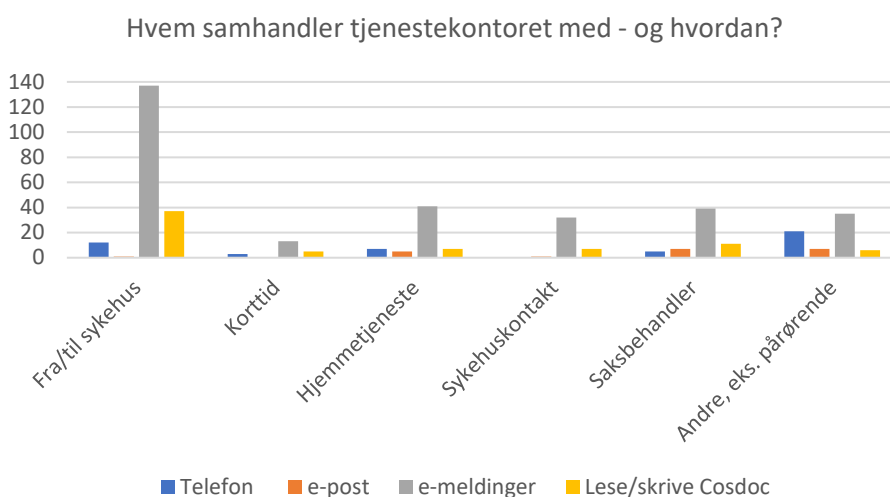
Nedre Eiker og Sandefjord kommune har i DigiPAS jobbet med å utvikle IKOS-tavler for tjenestekontoret i samarbeid med leverandør Sensio. Det har vært mange runder og kommunene har endt på at de har behov for to ulike tavler: en tavle for saksbehandling og en for vakttelefonen, som er en funksjon som har ansvar for å etablere tjenester for pasienter som er utskrivningsklare etter sykehusopphold.

Saksbehandling er prosesser som typisk går over lengre tid, hvor det er mange frister, hendelser og kontaktpunkter underveis som det er viktig å ha oversikt over. *Vakttelefonen* har kortvarige prosesser når pasienten skrives ut av sykehus enten til en institusjonsplass eller til hjemmebaserte tjenester. Ansatte må raskt skaffe oversikt og nødvendig informasjon for å igangsette riktige og tilfredsstillende tjenester i kommunen. Dersom pasienten er meldt utskrivningsklar, men kommunen ikke innen en frist (f.eks. kl. 14.00) har bekreftet at tjenester kan iverksettes i kommunene, blir pasienten værende på sykehuset en natt til og dette regnes da som et overliggerdøgn. Overliggerdøgn er en kostnad for kommunen. Vakttelefonen er i kontakt med sykehus, saksbehandler, korttidsavdelinger og sykehuskontakt og ofte flere ganger for hver pasient som skrives ut. Samhandlingen foregår gjennom telefon, e-post, e-meldinger (PLO-meldinger) og ved at ansatte både leser og skriver inn i journal.



Figur 52 Vakttelefonen samhandler ved utskrivning fra sykehus med andre aktører gjennom telefon, epost, e-meldinger og andre

Observasjon har bekreftet at ansatte på vakttelefonen bruker mye tid på å koordinere og skaffe til veie informasjon for å kunne tildele tjenester raskt. Sandefjord kommunene hadde et høyt antall overliggerdøgn og ønsket å etablere en bedre struktur på vakttelefonen for å unngå unødvendige kostnader som overliggerdøgn ga. Tavler skulle utvikles for bedre oversikt internt og for å forbedre dialogen med sykehuset om utskrivningsklare pasienter. Det har blitt gjennomført en kartlegging på vakttelefonen på tjenestekontoret hvor ansatte har gjort en telling av hver gang de har vært i dialog med noen eller har utført en oppgave knyttet til utskrivningsklare pasienter, se Figur 52. Det har vært e-meldinger som oftest har blitt brukt for dialog med involverte og hyppigst med sykehuset, se Figur 53, deretter har det tatt tid å lese epikriser fra lege i journal og annen informasjon har også blitt sjekket i journal for å informere sykehuset.



Figur 53 Hvem vakttelefonen samhandler med og hvordan det gjøres

Målet med å utvikle IKOS-tavler for tjenestekontoret har vært å erstatte papirlapper, epost, svarteboka og andre system som har blitt etablert i excel eller på papir for felles bruk eller for hver enkelt ansatt. Ansatte har opplevd at det har vært behov for bedre oversikt på tjenestekontoret og at det ofte har blitt "kaos" med mange brukere, mye informasjon og mange ulike ansatte. Det har vært behov for mye koordinering og mange møter for å koordinere tildeling av tjenester og plasser. Ansatte har brukt mye av arbeidsdagen på å dokumentere i journal, men også på å oppdatere excel-oversikter og papirlister.

Ansatte på tjenestekontoret har hatt et ønske om bedre arbeidsflyt og verktøy for å kunne avlaste hverandre ved sykdom og for å fordele oppgaver når det har vært mye å gjøre.

Erfaringer

IKOS-tavla har vært under utvikling av leverandør og ansatte på tjenestekontorene i Nedre Eiker og Sandefjord kommune. Plasser på institusjon og i omsorgsboliger ble registrert i excel-filer hvor kun en ansatte hadde mulighet til å være innlogget ad gangen, noe som gjorde det svært krevende å få oversikt over plasser og jobbe med tildeling av plasser. Ansatte har opplevd at tjenestekontoret har behov for bedre oversikt og at det lett blir "kaos" med mye informasjon og mange brukere. Det gjelder spesielt i overganger og ved søknad om nye tjenester. Ansatte har et ønske om bedre arbeidsflyt og også bedre mulighet til å hjelpe og avlaste hverandre både ved sykdom og for å fordele på oppgave når det er mye å gjøre. Ansatte opplever at det gjøres mye dobbeltarbeid og at de ikke har gode verktøy i jobben de gjør. De sitter med journalsystemet og har etablert en excel-fil med oversikt over alle utskrivningsklare pasienter.

I Drammen og Sandefjord kommune har utvikling av IKOS-tavler på tjenestekontoret tatt tid og vært en krevende prosess. De har jobbet både internt og med leverandør for å få etablert felles forståelse for tavler og "forløpstavler". Det har resultert i utvikling av en tavle for vakttelefonen og en annen tavle for saksbehandling. Det har vært nyttig erfaringsutveksling mellom kommunene om utforming av tavler til bruk internt på tjenestekontoret, mens samhandling med andre enn så lenge ikke har blitt prioritert. Kommunene vil først innføre tavler på tjenestekontoret før samhandling settes på agendaen for videre utvikling av IKOS-tavlene.

8.2.3 Bedre samhandling mellom avdelinger

IMATIS-tavler har i Horten kommune blitt innført for samarbeid mellom korttids-, hjemmesykepleie- og tjenestekontor. Her har tavlene blitt utformet for å støtte deling av informasjon i sanntid. Erfaringene har vært positive, mye av informasjonen og informasjonsmeldingen har blitt flyttet over i tavlene og det har også mye av koordineringen mellom ansatte i ulike avdelinger og roller. IMATIS-tavlene har erstattet en rekke telefonsamtaler, eposter og meldinger og ansatte har erfart at arbeidsflyten har blitt bedre. Pasientsikkerhet handler om mer enn kartlegginger og tiltak. Overgangene i helsetjenestene er spesielt viktig for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet, og Horten kommune har opplevd at tavlene har støttet viktige arbeidsprosesser som igjen har bidratt til å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten.

- *"Overganger mellom helsetjenester kan være nødvendig, da pasientens symptomer, behandlingsbehov og omsorgsbehov endrer seg ettersom sykdommen utvikler seg. At pasienten tilbys helsetjenester fra forskjellige aktører kan slik sett være et gode for pasienten, men det er også en risiko for feilbehandling, eller at pasientene ikke ivaretas godt nok ved overganger" (Aldring og Helse, Nasjonal kompetansetjeneste, 2017).*
- *"For å sikre gode overganger anbefales det å legge til rette for god informasjonsflyt mellom ulike instanser i helsetjenesten. Gode elektroniske løsninger for kommunikasjon mellom helsetjenestene kan bidra til dette". (Aldring og Helse, Leve hele livet, En kvalitetsreform for eldre, Overganger og brudd i pasientforløp for eldre, 2017)*

Horten kommune har valgt å ta tak i overgangene i kommunehelsetjenesten i DigiPAS og har fokusert på samhandling på tvers av avdelinger. Hensikten har vært å bruke IMATIS-tavlene som et verktøy i alle overgangene mellom avdelingene for bedre oversikt, enklere samhandling, økt pasientsikkerhet og økt informasjonssikkerhet, se Figur 44. Det har krevd tett samarbeid mellom avdelingene for å identifisere hvilken informasjon som har vært nyttig og nødvendig å dele for å få bedre flyt i overgangene. Hvilke

informasjon skal følge pasienten og deles med andre ansatte og avdelinger – og hvilken informasjon har det ikke vært behov for å dele – enten fordi det ikke er nyttig eller av andre hensyn som personvern eller at det er for tidkrevende å dokumentere informasjonen flere steder.



Bedre oversikt



Bedre/enklere samhandling



Økt pasientsikkerhet



Økt informasjonssikkerhet

Figur 54 Områder og gevinster i Horten kommune (kilde: Horten kommune)

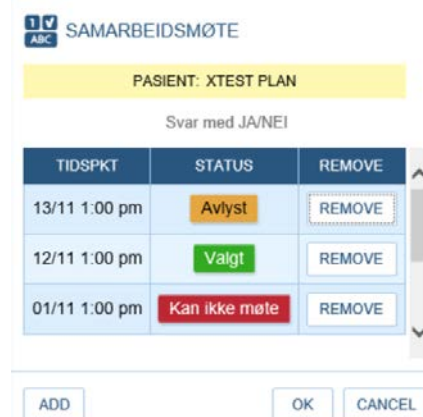
Horten kommune har identifisert flaskehalser og har vært opptatt av å finne gode løsninger for å forbedre eller fjerne flaskehalser. Et eksempel har vært overgangen mellom sykehus (eventuelt sykehjem) og hjemmet. Horten kommune har utviklet IMATIS-tavler for:

- Tavlemøter for pasientoppfølging, kartlegging og samhandling
- Melde om behov for forlengelse av korttidsopphold
- Planlegge samarbeidsmøter (se Figur 55)
- Melde om behov for tjenester til tildelingskontoret
- Få oversikt over meldte pasienter
- Få oversikt over pasienter som reiser
- Få oversikt over plasser kommunen har
- Registrere påvist smitte, mistanke om smitte og karantene
- Samhandling og meldingsutveksling

Mange brukere har behov for trygghetsalarm for å kunne flytte hjem etter et sykehusopphold. Tjenestekontoret har hatt rutiner for å bestille og montere trygghetsalarm før bruker har blitt skrevet ut og reist hjem, men erfarte at det ofte ble forsinkelser i bestilling av alarmen, montørene fikk ikke beskjed om installering og korttidsavdelingen fikk ikke vite at alarmen var operativ. Horten kommune valgte å implementere denne samhandlingssløyfa i IMATIS-tavlene. Status og bestilling har blitt sendt i sanntid i tavlene basert på at en hendelse har blitt "trigget" i tavlene. Hjemmetjenesten har kvitteret i tavlene når alarmen er installert og tjenestekontoret og korttidsavdelingen har deretter fått varsel gjennom tavlene om at alarmen er operativ. Tavlene har funksjoner for å støtte arbeidsprosesser hvor ulike hendelser og oppgaver automatisk varsles gjennom tavlene.

I Horten kommune har forventede gevinster ved IMATIS-tavlene hovedsakelig vært knyttet til å:

- Forbedre overganger mellom ulike enheter,
- Bedre samhandling mellom tildelingskontoret, korttid og hjemmetjeneste



SAMARBEIDSMØTE		
PASIENT: XTEST PLAN		
Svar med JA/NEI		
TIDSPKT	STATUS	REMOVE
13/11 1:00 pm	Avlyst	REMOVE
12/11 1:00 pm	Valgt	REMOVE
01/11 1:00 pm	Kan ikke møte	REMOVE

ADD OK CANCEL

Figur 55 Planlegge samarbeidsmøter i tavlene (kilde: Horten kommune)

- Bedre oversikt knyttet til samhandling, pasientsikkerhet og informasjonssikkerhet
- Sikre at rett informasjon kommer til rett person og unngå at informasjon sendes til mange mottakere som det ofte gjøres i kommunehelsetjenesten.

IMATIS-tavlene har blitt utformet for å støtte samhandlingsløyper som for trygghetsalarmen som beskrevet over, men også for å samhandle bedre på tvers. Tavlene har blitt brukt aktivt for å avtale samarbeidsmøter og møter i fagrådet:

- Samarbeidsmøtene tar utgangspunkt i tavla. Ansatte melder behov for forlengelser til fagråd i tavla. Tidligere ble behov for forlengelser beskrevet i lange CosDoc-mailer som sendes til mange. Hvis det er behov for trygghetsalarm for en bruker som skal hjem så avklares det på møtet og alarmen bestilles direkte i tavla)
- Møtetidspunkt for samarbeidsmøtene både avklares og avtales ved å bruke tavla. Tidligere var det ofte at ansatte i hjemmetjenesten ikke møtte på samarbeidsmøtene, fordi det var uklart hvem som hadde mottatt melding om møtet og hvem som skulle møte. Når møtene ligger i tavla, blir dette avtalt og synliggjort for ansatte på jobb.
- Listene til fagrådet er lagt inn i tavla og automatisert. De erstatter mange lister til fagråd som tidligere ble koordinert manuelt
- IMATIS-tavlene styrker pasientsikkerheten og samhandlingen gjennom sjekklister før hjemreise. Det er mange oppgaver som skal utføres og ting som skal sjekkes. Kommunen erfarte at det var krevende å ha oversikt over hva som var gjort og sjekket siden det er flere ansatte som sammen sørger for at sjekklista er gjennomført før pasientene sendes hjem, Det glapp ofte på en eller flere områder og førte både til utfordringer knyttet til pasientsikkerhet (eks medisiner), til at ansatte måtte bruke mye tid i etterkant (gjenglemt tøy) og eventuelt at brukere ble sent hjem uten tilstrekkelig hjelpemidler (eks. bestilt seng eller alarm ikke montert). Digitale sjekklister ga bedre samhandling, Figur 56.



Figur 56 Sjekklister og oversikt over meldte pasienter og ledige rom i IMATIS-tavlene for bedre samhandling og økt pasientsikkerhet

- IMATIS-tavlene brukes aktivt til planlegging. Tildelingskontorer legger inn tjenester i tavlene hos seg og dette kommer automatisk inn i arbeidsplanen i hjemmetjenesten.
- IMATIS-tavlene brukes aktivt ved utskrivning fra korttid. Det ble tidligere sendt informasjon til mange ansatte når pasienten skulle hjem som nå legges inn i tavlene og det er kun ansatte som

har behov for informasjonen som får tilgang til den (og kun de som behøver å bruke tid på å lese informasjonen også). Dette bidrar til at IMATIS-tavlene bidrar til spart tid og sikrer personvernet til den enkelte bruker.

Erfaringer:

- Enklere og sikker samhandling rundt pasienter og tildeling av tjenester.
- Det er enklere å sikre overganger som f.eks. opprettelse av trygghetsalarmtjeneste for en bruker som skal skrives ut fra sykehus eller korttid til hjemmebaserte tjenester.

Gevinster:

Kommunen har erfart at IMATIS-tavlene har ført til at *tjenestene til pasientene er blitt bedre*. Overgangene har blitt tryggere når tavlene har sikret at oppgaver har blitt utført slik at pasienten kan overføres. Ansatte har opplevd at systematisk kartlegging har gjort kvaliteten bedre og støtte til kartlegging i tavlene har gitt ansatte en opplevelse av et sømløst forløp for pasientene.

Bedre arbeidshverdag for ansatte gjennom struktur, bedre oversikt og digitalisering av arbeidsprosesser; IMATIS-tavlene har gjort det raskt og enkelt å se pasientens helsetilstand og hvilke kartlegginger som har vært påbegynt og hvilke som har gjenstått. Informasjonen i IMATIS-tavlene har blitt brukt som grunnlag for tverrfaglige diskusjoner og har gjort informasjonsutveksling og planlegging i hjemmetjenesten enklere. Oversikten over kartlegginger har forhindret at flere ansatte har gått i gang med kartlegging av samme pasient uten å vite om hverandre. IMATIS-tavlene har bidratt til færre gjentakelser og unødvendig ressursbruk.

Tavler som et innovasjonsverktøy. Kommunen har jobbet med utvikling av IMATIS-tavlene som en del av en innovasjonsprosess for "restrukturering av hele kommunen". Tavlene har vært både et mål, men har også vært middelet i dette arbeidet. Ledelse og ansatte har jobbet iterativt og kartlagt behov og funnet nye løsninger for implementering både i IMATIS-tavlene og i organisasjonen. Et godt eksempel har vært håndtering av koronasituasjonen da den kom i mars 2020. Horten kommune startet umiddelbart med å få Covid-19 inn i IMATIS-tavlene med oversikt over pasienter, mistenkt smitte, påvist smitte og i karantene, se avsnitt 8.8. Det ga ledelse og ansatte oversikt over situasjonen i tavlene de allikevel brukte til daglig.

IMATIS-tavlene har gitt gevinster:

- *Redusert tid* brukt til å ajourholde plassoversikt
- *Redusert administrasjonstid* for å lage pasientoversikter og skrive CosDoc-meldinger
- *Redusert administrasjonstid* på å ajourholde plasser på korttidsavdeling på Brårudåsen.
 - Redusert fra cirka 4 timer per uke til 2 timer per uke. Det vil si en reduksjon på **50%**.
- *Redusert administrasjonstid* for ansatte på å lage pasientoversikt til fagråd. Før tavlene ble innført (målt mars 2019) ble det brukt 20 min for tre personer hver uke. Etter innføring av tavlene (målt i januar 2020) er dette redusert til 10 min
 - Redusert fra ca. 60 min per uke til 30 min per uke. Det vil si en reduksjon på **50%**,
- *Redusert administrasjonstid* på å skrive CosDoc-mail vedrørende utskrivningsklare pasienter. Redusert med 1,5 time per uke (målt i 2019) til 0 time/uke (målt i januar 2020)
 - Redusert med **100%**
- *Bedre personvern* ved redusert antall som mottar sensitiv informasjon om utskrivningsklare pasienter. Tidligere ble informasjon sendt til ca. 35 ansatte og fra januar 2020 ble informasjonen sendt gjennom tavlene og da var det kun 3 ansatte som mottok informasjonen. Det tilsvarer en reduksjon på **91,5%**.
- *Bedre struktur* ved at ledere opplever å ha bedre oversikt og mer struktur i arbeidsoppgaver og oppfølging "mer ordening og reda"

Videre:

Kommunen videreutvikler IMATIS-tavlene for samhandling med målsetning om å forbedre områdene hvor det var lav score fra pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen:

- Opplæring/ferdigheter hvor 50% var positive
- Overganger hvor 55% var positive
- Bemanning hvor 48% var positive

Samhandling mellom avdelinger gjennom IMATIS-tavlene har effektivisert arbeidsprosesser på tvers av flere avdelinger. Det er et mål å realisere gevinster ved samhandling IMATIS-tavlene i hele tjenesten gjennom raskere saksbehandlingstid, reduksjon i overliggerdøgn og avklaringsdøgn, bedre pasientforløp og mer målrettet og riktige bruk av ressurser.

8.3 Sikkerhet og personvern – fra krav til muligheter

Digitale løsninger som tas i bruk i helse og omsorg må tilfredsstille strenge krav til sikkerhet og personvern. Kommunene har gjennomført risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser) før nye tjenester og teknologier har blitt tatt i bruk enten de har blitt prøvd ut eller innført i ordinær drift. Det har gjort at tjenestene har blitt mer bevisst på hvilke utfordringer det er knyttet til sikkerhet og personvern, både knyttet til hvordan ansatte har jobbet og hvordan de har delt data både før innføring av digitale tavler og etter. Det har også satt fokus på sikkerheten i de digitale tavlene og de tekniske løsningene.

Ny lov om behandling av personopplysninger trådte i kraft i 2018¹⁸. GDPR (The General Data Protection Regulation) hvor Privacy by design eller *Innebygd personvern* ligger til grunn. Det er et prinsipp om at et teknisk system eller en løsning blir utviklet slik at personvernet blir ivaretatt i løsningen. Prinsippene har vært konstante og i kraft i 40 år: grunnleggende menneskerettighet til å ha private data beskyttet gjennom OECD Guidelines (OECD, 1980), Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal data (Council of Europe, 1981), Directive (EU, 1995) and GDPR 2016/679 (EU, 2016).

GDPR bygger på tidligere prinsipper og øker åpenhet om databehandling og rettigheter for beskyttelse av enkeltpersoner. GDPR bygger på hvilke rettigheter pasienter og brukere har.

Det er ikke alle som har etterfulgt prinsippene verken innenfor helsetjenestene eller innenfor forskning. Av den grunn ble lovgivningen besluttet, og personvernet er nedfelt i et lovverk. Det er ikke et valgfritt lovverk, men et regelverk som er innført, er bindende og det gis store bøter dersom GDPR brytes.

Lovverket krever åpenhet om både databehandling og individers rettigheter til egne data (f.eks. personnummer, hvor personen oppholder seg, navn adresse, IP-adresser, fysiologisk og psykologisk kjennetegn). Alle operasjoner knyttet til samling, organisering og strukturering av data er regulert i GDPR.

I DigiPAS bidro informasjon om GDPR til at tankegangen ble snudd: Det er regler som skal følges, men som samtidig gir store muligheter til å ivareta pasienter og pårørende på en god måte. GDPR krever bevissthet om:

I DigiPAS bidro informasjon om GDPR til at tankegangen ble snudd: Det er regler som skal følges, men som samtidig gir store muligheter til å ivareta pasienter og pårørende på en god måte. GDPR krever bevissthet om:



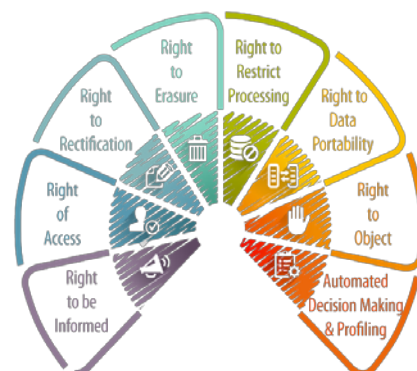
Figur 57 Personvern, etikk og sikkerhet som følge av GDPR

¹⁸ Lovverket ble vedtatt 15. juni 2018 og trådte i kraft 20. juli 2018

- Hvem som eier dataene
- At brukere og pårørende må involveres
- Hva som er viktig for at noen skal leve med sykdom gjennom livet

Individuelle rettigheter som følge av GDPR

1. Rett til å bli informert
2. Rett til tilgang/innsyn til data
3. Rett til å endre data - rette opp informasjon
4. Rett til å slette data - slette data om seg selv,
5. Data skal ikke behandles, reservere seg mot at egne data behandles
6. Rett til portabilitet – flytte data til andre
7. Rettigheter knyttet til at data brukes i støttesystemer.
8. Rett til å si nei – til at data skal brukes til beslutningsstøtte, ref. AI
9. Rett til å bestemme



Figur 58 GDPR og rettigheter

Brukere og pasienter forventer at helsetjenestene er sikre og at personvernet er ivaretatt på en god måte. Innføring av GDPR kan skape økt tillitt; innbyggere vil ha mer tillitt til virksomheter som tar personvern på alvor. Det å ivareta personvernet kan bli en forutsetning og også et konkurransefortrinn.

Risikovurderinger for innføring av tavler og GDPR har gitt:

- **Økt bevissthet:** Ledere og ansatte har gjennom systematisk arbeid med digitale tavler og tilhørende personvern og sikkerhet blitt mer bevisst på hvordan tavler skal brukes, hvilken informasjon ulike ansatte i ulike roller har behov for, for å kunne utføre ulike oppgaver.
- **Økt personvern:** I digitale løsninger er det mulig å lage regler som for deling og lagring av data som er tilpasset behov og lovverk. En digital tavle kan være en utfordring for personvern og sikkerhet, men kan også gjøre det enklere å kontrollere og styre gjennom å begrense hvem og hvor mange som har tilgang til ulike typer informasjon og hvilke rettigheter de har til å lese, endre og dele data. Digitale løsninger kan også loggføre alle som logger inn og leser, endrer og deler data.

Det har vist seg i prosjektet at det før innføring av tavler var krevende (om ikke umulig) å rette seg etter gjeldende lovverk når mye av informasjonen deles på papir eller muntlig, men også når systemene ikke har vært tilrettelagt for å dele informasjonen med utvalgte personer i spesifikke roller.

Digitale løsninger som tavler, kan gjøre det enklere å ivareta personvern forutsatt at løsningene har tilfredsstillende funksjoner for dette. I DigiPAS har arbeidsprosesser og arbeidsflyt blitt gjennomgått for å definere hvilke ansatte og i hvilke roller som skulle ha tilgang til hvilken informasjon. Det har gitt innsikt både i når, hvorfor og hvordan det skal gis tilgang til data og deling av data. I utforming av tavlene og arbeidsprosesser har det blitt definert hvordan informasjon deles og hvem som har hatt tilgang til hvilken informasjon. Digitale løsninger med god tilgangskontroll kan ivareta personvernet og kan også dokumentere hvem som har lest og endret data i systemet.

Erfaringen i DigiPAS har vist at tavlene har bidratt til at deling av informasjon og spesielt personsensitiv informasjon har blitt redusert og at kommunen har fått bedre kontroll på hvem som har tilgang til informasjonen. I Horten kommune har det blitt gjennomført "før- og etter"-målinger på hvor mange ansatte som får tilsendt informasjon i utvalgte forløp. Ved utskrivning av pasienter fra sykehus, ble det før innføring av tavler sendt personsensitiv informasjon via epost til ca. 35 ansatte. Etter innføring av tavler

var det kun to ansatte i spesifikke roller som fikk tilgang til å se den samme informasjon. Dette har gitt bedre personvern, men det har også vært en gevinst at ansatte kun får den informasjonen de har behov for å få og behandle. Det vil også være tidsbesparende når som i eksempelet over, 33 ansatte ikke behøver å lese mailen og vurdere informasjonen de får tilsende. Hvert enkelt tilfelle gir ikke store tidsbesparelser, men summen av mange tidsbesparelser vil ha stor betydning.

8.4 Digitale tavler i koronasituasjonen

Koronasituasjonen våren 2020 har tydeliggjort hvordan digitale tavler kan brukes som et verktøy. Fra 12. mars ble samfunnet delvis stengt ned og alle kommunene jobbet med beredskap for å kunne håndtere pandemien best mulig. Det var en svært krevende periode for kommunepartnerne og mange ansatte ble midlertidig brukt på andre måter. Kommunen har ulike beredskapsplaner de jobbet etter og kom etter hvert tilbake til en ny "normalsituasjon". I DigiPAS-kommunene var ikke smittetallene spesielt høye (våren 2020) noe som førte til en roligere hverdag etter den første hektiske beredskapsperioden. DigiPAS-prosjektet kontaktet leverandørene Sensio AS og Imatis AS og sjekket mulighet til å bistå kommunene som ønsket å tilpasse de digitale tavlene for aktiv bruk i koronasituasjonen. Leverandørene var svært positive til dette og kommunepartnerne ble kontaktet. To av kommunene innarbeidet på kort tid Covid-19 og smitte i IMATIS-tavlene sine, se Figur 59.

Horten kommune har lagt til kolonner for påvist smitte, karantene eller mistenkt smitte. Dette er informasjon som er synlig i tavlene på tvers av avdelinger. Dette ga Horten kommune raskt oversikt over koronasituasjonen for sine brukere og fikk kontroll over smittesituasjonen.

I **Larvik kommune** var de i gang med dette allerede før prosjektet og leverandør tok kontakt og tjenestekontor og korttid har dermed oversikt over Covid-19 for sine pasienter. I de andre kommunene er det ikke gjort konkrete endringer i tavlene i forbindelse med Covid-19, men kommunene erfarer at strukturert informasjon i tavlene allikevel gjør det enklere å håndtere koronasituasjonen.

Kommuner med IKOS-tavler har i mindre grad endret tavlene for å bruke tavlene som støtte i koronasituasjonen. Drammen kommune valgte av smittevernhensyn å splitte morgenmøtene i en og samme hjemmetjeneste i to. Med IKOS-tavlene fungerte det bra og avdelingsleder beholdt allikevel oversikten gjennom tavlene. Ansatte har også valgt å bruke kolonner i tavlene på en litt annen måte for å få oversikt over smittestatus.

Det å kunne bruke de digitale tavlene som et verktøy på denne måten er verdifullt både i daglig og i små og store krisesituasjoner hvor det oppstår andre og nye behov som det er viktig å støtte. Det har spart tid og ressurser å få oversikt over korona for pasientene i IMATIS-tavlene som er i bruk til daglig. Det har gitt god oversikt til å ta beslutninger og har redusert muligheten for at det "glipper".

8.5 "Beste praksis" for innovasjon – innføring, måling og realisering av gevinster

I DigiPAS har målsetningen vært at de digitale tavlene skal støtte innovasjon i pasientsikkerhetsoppgaver og samhandling i kommunehelsetjenesten. Kommunene har utnyttet de digitale tavlene i sitt innovasjonsarbeid uavhengig av hvilke tavleløsning og leverandør de har hatt. Prosjektet har ikke hatt fokus på å identifisere likheter og forskjeller i tavleløsningene fra Imatis og Sensio. Tavlene har ikke blitt



Figur 59 Status på Covid-19 i tavlene

studert med den hensikt å vurdere og sammenligne de tekniske løsningene i seg selv. Det er allikevel etablert mye kunnskap om hvilken funksjonalitet tavleløsningene har til felles og hvilke funksjonaliteter som skiller løsningene.

Erfaringen i DigiPAS har vist at det å ta i bruk digitale tavler har bidratt til innovasjon. Det ligger mange muligheter i tavlene som inspirerer til videre utvikling gitt at det er kultur for nye ideer, ledere og ansatte som griper muligheter og midler tilgjengelig for utvikling. I enkelte kommuner og avdelinger har ansatte så fort de har kommet godt i gang med tavlene, sett etter nye muligheter til å jobbe bedre, smartere og mer effektivt, for deretter å endre tavlene igjen for å løse nye oppgaver.

Tavler som et innovasjonsverktøy: De to tavleløsningene har i ulik grad vært et verktøy (ref. wikipedia: *Verktøy er redskap man bruker til å reparere, montere, demontere, lage, eller vedlikeholde noe med*). IKOS-tavler har blitt utviklet som et tavleprodukt av leverandøren i samarbeid med flere kommuner gjennom mange år. Målsetningen var å utvikle IKOS for å støtte arbeidet med pasientsikkerhet og tilhørende kartlegginger og sjekklister i hjemmetjenesten. Tavlene har en tydelig struktur hvor informasjonen, kolonnene og logikken har vært definert og det har vært begrenset hvilke tilpasninger som hver kommune har hatt mulighet til å gjøre selv. IKOS-tavlene har også blitt tilpasset bruk på korttidsinstitusjoner. IMATIS-tavler er mest utbredt og kjent som samhandlingsapplikasjoner i spesialisthelsetjenesten som kan utformes for å støtte ulike arbeidsprosesser etter behov. Imatis har utviklet et sett av standard- eller basistavler for ulike avdelinger i kommunehelsetjenesten basert på "beste praksis", se Figur 60. Tavlene kan innføres og brukes slik de er, men Imatis leverer IMATS-tavler som et tavleverktøy som kommuner og sykehus kan utvikle etter egne behov. De oppfordrer ansatte til å gjennomføre kurs for å kunne videreutvikle tavlene og på den måten bruke tavlene som et innovasjonsverktøy. Dette har gjort det mulig for ansatte selv å utvikle og utforme tavlene og tavlene har fått en mer fremtredende rolle som innovasjonsverktøy enn IKOS-tavlene.

Et eksempel er hvordan ansatte i to av kommunene med IMATIS-tavler raskt fant løsninger og endret utforming av tavlene for å få oversikt og håndtere Covid-19. Et annet enklere eksempel kan være det å få ansatte til å skifte fokus til "hva er viktig for deg?", ved å endre første kolonnen i tavla som brukes på morgenrapport får ansatte raskt innblikk i hva som er viktig for brukerne. Det kan virke opplagt, men det er ikke opplagt verken å ha denne type verktøy i bruk eller å ha kultur og vilje til å gjennomføre denne type endringer.

Kommunene har jobbet målrettet med digitale tavler og har erfart at innovasjon og innføring, utvikling og implementering av nye løsninger har vært krevende. I praksis har det vært stor forskjell på kommunene, hvilken tilnærming og framgangsmåte de har valgt, hvilket tempo de har hatt i utviklingen og hvor langt de har kommet i implementeringen.



Figur 60 Utveksling av kunnskap om "best practice"

Beste praksis for innføring av tavler basert på erfaringer:

- Tavler er nyttig i forbedringsarbeid og sikrer målrettet utforming
 - Beskriv arbeidsprosesser internt i avdelinger og på tvers av avdelinger og tydeliggjør tavlenes rolle i arbeidsprosessene.
 - Viktig å sikre at tavlene brukes som planlagt for eksempel for å gjennomføre kartlegginger eller ha sjekklister for oppgaver som må utføres.

- Følg opp aktivt dersom tavlene ikke er i bruk. Det kan skyldes at ansatte ikke har sett nytten av tavlene eller at det er behov for å gjøre endringer i tavlene
- o Sikre enkle og felles mål når tavler innføres:
 - Etablere enkle mål som ansatte forstår
 - Etablere styringsdata som kan vise om forbedringsarbeidet går i riktig retning.
- o Sikre god samhandling:
 - Sjekklistene i tavlene som viser rutiner og tilhørende oppgaver og frister. Det kan for eksempel være for overganger når bruker skal skrives ut av korttidsinstitusjon eller sykehus og overføres til hjemmebaserte tjenester
 - Etablere en felles oversikt over ulike ressurser som institusjonsplasser
 - Oversikt over status for saksbehandling så vel som for pasientforløp
- o Brukermedvirkning ved å fokusere på brukere og pasientforløp.
 - "Hva er viktig for deg" kan gjennomføres og synliggjøres i tavlene
 - Liste med informasjon skal være med pasienten i videre oppfølging eller over til annen enhet.

IKOS- og IMATIS-tavler har bidratt til ønskede gevinster på mange områder og samtlige kommuner vil jobbe videre med innovasjon gjennom tavlene.

8.6 Suksessfaktorer for innovasjon med digitale løsninger

Det er mange og ulike faktorer som bestemmer om og i hvilken grad helsetjenesten lykkes med innføring av teknologi og endring i organisering. Erfaringene i DigiPAS, har vist at det ikke er en måte eller en metode som er riktig og en annen er feil. Det har både vært mange veier til mål og mange ulike mål for innføring av både IKOS-tavler og IMATIS-tavler. Noen viktige læringspunkter innledningsvis:

- *Eierskap og involvering* har vært viktigere enn om tavlene har blitt anskaffet eller om kommunene har inngått en FoU-avtale
- Utvikling basert på *identifiserte behov* og utforming av tavler *i flere iterasjoner*. IMATIS-tavlene har blitt utviklet etter behov og har bidratt til at et sett av standard tavleapplikasjoner har blitt utviklet for kommunehelsetjenesten. IKOS-tavlene har blitt tilpasset hjemmetjeneste og korttid i hver kommune og av tjenestekontor hvor IKOS-tavler har vært under utvikling.
- Utvikling *i samarbeid med andre kommuner, leverandører og forskningspartner* har vært *verdifullt sammen med det at tavlene er innført i daglig praksis*
- Digitale tavler *gir struktur, men krever også struktur*.

I avsnitt 5 ble viktige faktorer som påvirker pasientsikkerhet og pasientsikkerhetskultur presentert. Disse faktorene har vært viktige i DigiPAS hvor digitale tavler nettopp har blitt innført for økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet. For å lykkes med innføring av tavler har det vært viktig å vurdere hvordan tavlene kan styrke disse faktorene.

Pasientsikkerhetskultur defineres som **hvordan ledelse og ansatte samarbeider for å redusere risiko for uønskede hendelser i helsetjenesten**, og gjenspeiler de delene av organisasjonskulturen som har betydning for risiko i pasientbehandling, se avsnitt 5.2. Viktige faktorer for å forbedre *pasientsikkerhet* vil dermed være:

1. Ledelse og kultur
2. Kompetanse
3. Nasjonale satsninger / utvikle, iverksette og følge opp
4. Systemer og strukturer, følge med på utvikling av pasientsikkerhet og kvalitetsforbedringer

Viktige faktorer for å forbedre *pasientsikkerhetskultur*, se avsnitt 5.3 og (Deilkås og Bondevik, 2020):

1. Systemperspektiv
2. Forstå hvordan arbeidsprosessene fungerer
3. Forbedre arbeidsprosesser for å redusere risiko

Det har blitt identifisert faktorer fra innføringsprosessene som henholdsvis hemmer og fremmer innovasjon. Faktorene er oppsummert under.

Faktorer som hemmer innovasjonen:

- *Kommunesammenslåing.* Nedre Eiker kommune ble slått sammen med Drammen og Svelvik kommune. Helse og omsorg ble omorganisert og fikk nye ledere, noe som var krevende midt i en prosess med innføring av IKOS-tavler i hjemmetjeneste og på korttid og utvikling av nye IKOS-tavler for tjenestekontoret.
- *Bytte av journalsystem.* Som følge av kommunesammenslåingen byttet Nedre Eiker kommune journalsystem fra Profil til Gerica med det det krever av opplæring og ekstraarbeid og omregistreringer. Alle løpenummer ble registrert på nytt tre ganger i løpet av DigiPAS-prosjektet
- *Ikke tilfredsstillende infrastruktur:* Enkelte avdelinger har ikke tilstrekkelig god infrastruktur noe som har gjort at det har tatt tid å oppdatere tavlene. Det har også tatt tid å utføre oppgaver og ansatte har opplevd at de må vente på at skjermbildet oppdateres. Det skaper frustrasjon og virker hemmende på viljen til å ta i bruk tavlene som et nytt verktøy.
- *Svak forankring:* I kommuner og avdelinger hvor det ikke har vært god nok forankring hos lederne har det vært mer (tid)krevende å innføre tavler, gjennomføre endringer og utvikle nye tavler.
- *Ikke ta snarveier:* Det kan være fristende å ta "snarveier" og gå fortere frem i nye avdelinger etter hvert som kommunen har fått erfaring. Erfaringen har vist at det ikke alltid er riktig å ta disse "snarveiene". Avdelingene trenger å gå gjennom en prosess ved innføring for å få eierskap.

Faktorer som fremmer innovasjonen

- *Positiv ledelse:* Det har vært viktig at kommunalsjefene har vært positive og har vært "på". Det har bidratt til at ansatte har vært mer entusiastiske. Kommunene har erfart at lederne har blitt svært sentrale i innovasjonsarbeidet og det er derfor viktig at de framsnakker nye løsninger og endringer som må gjøres. Det er viktig at de er ute i tjenesten, hjelper til og bidrar til at løsningen blir tatt i bruk.
- *Forankring og eierskap:* Det har vært viktig at innovasjonen har vært godt forankret i ledelsen og at ledelsen har tatt eierskap. Og her forstås det ikke bare som økonomisk forankring, men at innføring, bruk av ressurser, mål og gjennomføring har vært forankret både i ledelse og hos ansatte. Der det har vært forankring og eierskap fra bunn til topp (og topp til bunn) avhengig av hvor ideen og initiativet har oppstått, har prosessene blitt enklere og resultatene bedre.
- *Involvering:* Det er viktig at ansatte på flere nivå og på tvers av tjenesteområder er involvert, gjerne fra ansatte ute i tjenesten til lokal og operativ ledelse og opp til kommuneledelsen. Innovasjon hvor både digitale tavler skal utvikles samtidig som det utvikles nye og endrede arbeidsprosesser krever stor grad av involvering av ledere og ansatte for å lykkes.
- *Opplæring:* Ansatte må forstå hvordan ny teknologi skal kunne brukes i tjenesten. Leverandørene i samarbeid med kommunene har organisert opplæringen. Imatis har gjennomført superbruker- og administrasjonskurs hvor ansatte har fått får opplæring i bruk og videre utvikling av IMATIS-tavlene i takt med nye behov og anvendelsesområder. Sensio har hatt lederutviklingskurs som en del av opplæringen i IKOS-tavler noe som har gitt fokus på at tavlene også fører til og krever endringsprosesser. Lederutviklingsprogram har vært viktig for å lykkes med innføring av IKOS-tavlene.
- *Ildsjetter:* Det har vært viktig at noen av de ansatte har tatt et spesielt eierskap til tavlene. "Ildsjetter" har vært viktige for å lykkes og det har vært en fordel å ha flere av dem. De har brent

for ideen og som hele tiden har fortsatt å ha tro på at innføring av tavler har vært smart å gjøre. Ildsjelene har dratt med seg flere, har klart å være positive til tross for motgang og har sørget for å motivere andre og har gjort prosessen morsommere

- *Opplever nyttig:* Det er krevende å identifisere og kartlegge hva ansatte opplever som utfordrende i sin arbeidshverdag, men det har vært viktig for at ansatte skal forstå hvilke problemer IKOS-tavler og IMATIS-tavler skal løse. Det gir mening å løse problemer som du forstår.
- *Tydelig mål (og kortsiktige mål):* Det er viktig å identifisere tydelige mål og gjerne velge ut områder hvor ansatte ønsker forbedring. Det kan være smart å identifisere noen "lavhengende frukter" og mål som er realistiske å nå. Konkrete og kortsiktige mål har gjort ansatte motivert, de har opplevd å nå noen milepæler underveis og de har sett nytten i tavlene.
- *Felles forståelse og arbeidsmetodikk:* Det har vært motstand mot å gjøre nye ting og å jobbe på andre måter. Opplæring har vært essensielt, men like viktig har det vært å etablere felles forståelse og arbeidsmetodikk. Det har vært viktig å tydeliggjøre hvem som skal brukes tavlene, når og hvordan for å sikre at de brukes og til enhver tid er oppdaterte.
- *Brukervennlighet:* Brukervennlighet har vært viktig og det har handlet både om enkle og intuitive brukergrensesnitt for å gi ansatte mestringfølelse, men like mye om hvordan tavlene har fungert som et verktøy i rutiner og prosedyrer. Som eksempel har utprøving av IKOS-tavler ført til forenkling av prosedyrer med færre spørsmål og bekreftelser slik at ansatte opplever at avlene har blitt mer effektive.
- *Opplever nyttig:* Ansatte på alle nivå må helst oppleve at tavlene er nyttige fra første stund. Det har vist seg at det å imøtekomme lokale behov har vært viktig for opplevd nytte. Det er avdelinger som har sluttet å bruke tavlene, fordi de ikke har opplevd nytte på egen avdeling, og det har gjort det mer krevende å få til samhandling på tvers. Hvis ansatte har opplevd tavlene som nyttige så har de fungert som ildsjeler eller ambassadører.
- *Alle må bruke tavlene:* Det er viktig at alle faktisk bruker tavlene.

DigiPAS har bekreftet erfaringer fra tidligere innovasjonsprosjekter (SamKAD, OPTET) om hvilke faktorer som er viktig for å lykkes med innovasjon og innføring av teknologi. I tillegg har ansatte formidlet at IMATIS-tavlene har vært et verktøy hvor ansatte har hatt mulighet for å drive innovasjonen gjennom videre utvikling og konfigurering av tavlene for å møte nye og endrede behov. Ansatte har opplevd det om en fordel at de selv kan konfigurere tavlene og ikke har vært avhengig av leverandør for endringer. Ansatte har opplevd at dette har forsterket eierskapet til tavlene og de har omtalt de som "mine/våre tavler".

9 Oppsummering og diskusjon

Gjennom utprøving med kommuner og leverandører har DigiPAS i prosjektperioden (2018-2020) etablert kunnskap om utforming, innføring og bruk av digitale tavler i kommunale helse- og omsorgstjenester. Både IKOS- og IMATIS-tavler har digitalisert pasientsikkerhetsoppgaver i tillegg har IMATIS-tavler digitalisert arbeidsprosesser og samhandling på tvers i kommunehelsetjenesten i sanntid. Prosjektet har etablert kunnskap om hvordan pasientsikkerhets- og samhandlingstavler kan forbedre og effektivisere pasientsikkerhetsoppgaver gjennom digital støtte i oppfølging og samhandling. DigiPAS har også etablert viktig kunnskap om hvordan digitalisering kan skape bedre og mer bærekraftige kommunehelsetjenester.

Digitale tavler har vært en **vesentlig innovasjon** i forhold til "state of the art" hvor det utover journalsystemene var lite bruk av IKT, tekniske løsninger og verktøy i kommunene. DigiPAS-partnerne har utviklet og tatt i bruk digitale tavler for 1) å få oversikt, strukturere, tydeliggjøre og visualisere informasjon, oppgaver og ansvar knyttet til pasientsikkerhet og for 2) informasjonsdelen og samhandling mellom ansatte internt i og mellom avdelinger samt mot sykehus. Tavler har gitt ansatte tilgang til oppdatert informasjon og samhandling i sanntid. Det har vært et ønske om integrasjon med journalsystemene for å unngå dobbeltarbeid og sikre riktig og oppdatert informasjon på tvers av journalsystem og tavler. Det har

ikke vært støtte for dette i prosjektperioden, men det har allikevel vært betydelige gevinster samtidig som det har blitt etablert mer kunnskap om hva som blir viktig i denne integrasjonen.

Erfaringene i DigiPAS har vist at kommunehelsetjenesten har jobbet "smartere" og mer strukturert med digitale tavler. Ledere og ansatte har jobbet bevisst med utvikling av tavler og hvordan de bli en naturlig del av arbeidspraksisen og ikke oppleves som et verktøy som kommer i tillegg og gir dobbeltarbeid. Prosjektet har også bidratt til å skape en innovasjonskultur i kommunene og tavlene har vært et innovasjonsverktøy. Dette ble bekreftet da ansatte og ledere selv utviklet nye funksjoner i tavlene for å håndtere koronasituasjonen med svært gode erfaringer.

Innføring av digitale tavler for å digitalisere pasientsikkerhetsoppgaver. Både IKOS- og IMATIS-tavler har blitt tatt i bruk som *pasientsikkerhetstavler* for å støtte arbeidsoppgaver. Ansatte og ledere har opplevd at tavler som støtter pasientsikkerhetsoppgaver har vært nyttige ved at de har gitt bedre støtte til kartlegging og oppfølging av pasienter i hjemmetjenesten (Røhne, 2020). Tavlene har gjort det enklere å endre arbeidspraksis og fokus, et eksempel har vært å legge til en kolonne i tavla for "Hva er viktig for deg"-samtale¹⁹. Implementering av dette i tavla har ført til at ansatte automatisk fokuserer på brukernes behov og mål. Ansatte har erfart at tavlene har gjort det enkelt å se hvilke oppgaver som skal prioriteres for sine pasienter og har gjort det enklere å gjennomføre oppgaver som *kartlegging, vurdering av risiko og evaluering av tiltak*.

Erfaringene har vist at struktur som digitale tavler både krever og gir er viktig for kvalitet i pasientsikkerhetsarbeidet. Tavlemøter og tavler i bruk på rapportmøter har bidratt til effektiv informasjonsdeling i hjemmetjenesten før ansatte skal ut på oppdrag. Bruk av tavler har bidratt til at ansatte har brukt mindre tid på å koordinere i og utenfor avdelingen, sendt færre meldinger og delt informasjon med et mindre antall ansatte. Oppgaver gjøres mer effektivt. Pasientsikkerhetstavlene har gitt støtte til pasientsikkerhetsoppgaver og har vist til økt kvalitet og pasientsikkerhet, samt mer effektiv ressursbruk.

Innføring av digitale tavler for å digitalisere arbeidsprosesser. Kommunehelsetjenesten er kompleks, og det er mange arbeidsprosesser som involverer mange ansatte og flere avdelinger. IMATIS-tavler har blitt innført for samhandling gjennom å digital støtte til arbeidsprosesser på tvers av avdelinger i kommunehelsetjenestene. *Samhandlingstavlene* har gitt bedre oversikt over arbeidsoppgaver og gitt bedre arbeidsflyt for ansatte som igjen har bidratt til bedre flyt for pasienter for eksempel ved overføring fra sykehus til kommunehelsetjenesten eller ved hjemreise etter korttidsopphold. Tavlene har gitt ledere og ansatte sanntids beslutningsstøtte og viktig informasjon har blitt flyttet over i tavlene for å forenkle samhandling. Informasjonsutveksling gjennom tavlene har erstattet telefoner, e-poster og meldinger for oppfølging av pasienter og for saksbehandling.

Digital støtte har forbedret overganger mellom hjemmetjeneste, korttid og tjenestekontor, men tavlene har også bidratt til å forbedre overgangen mellom sykehus og kommune selv om avlene ikke har digital støtte for denne overgangen. Tjenestekontoret har gjennom IMATIS-tavlene fått strukturert og oppdatert pasientinformasjon og status på prosesser for å etablere et tjenestetilbud ved utskrivning fra sykehus. Bedre struktur og oversikt i kommunen har ført til raskere prosesser i kommunen og kommunen har blitt tydeligere og mer målrettet i samhandling med sykehus. IMATIS-tavlene har på den måten bidratt til å redusere antall overliggerdøgn betraktelig. Samme effekt er forventet når tavler ta i bruk for samhandling med andre aktører som legevakt, sykehus og fastlege.

I DigiPAS har partnerne delt erfaringer med "best practice" på innføring og utforming av tavler gjennom samlinger. Erfaringer og resultater har i samarbeid med utviklingssenteret i Telemark og Vestfold blitt formidlet eksternt og har blitt spredd til kommuner i regionen og ellers i Norge. Prosjektresultatene vil ha betydning for forbedringsarbeid knyttet til pasientsikkerhet og har stor betydning for digitaliseringen i

¹⁹ For hverdagsrehabilitering: <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/hva-er-viktig-for-deg/>

deltakerkommunene så vel som i andre kommuner. Digitale tavler for pasientsikkerhetsoppgaver og samhandling har et stort potensial i Norden, men også internasjonalt.

9.1 Nye arbeidsprosesser

Endring i arbeidspraksis er krevende som adressert i (Berg, 1999) og i prosjektet har det blitt gjennomført sosiotekniske vurderinger underveis for å lykkes med å få endringene implementert i kommunene. Digitale tavler har blitt utviklet for å støtte nye arbeidsprosesser, sikre oppfølging av brukere og økt av pasientsikkerhet og bedre utnyttelse av ressurser. Erfaringene har vist at det ikke finnes en "enkel oppskrift eller "guideline" som ledere kan ta i bruk for denne type endringsarbeid. Det er krevende å jobbe annerledes og det kan være krevende å ta i bruk nye løsninger. Imidlertid er behov endret, tidligere var sykepleierens relasjon til pasienten kjennetegnet av en «en-til-en»-relasjon, mens i dagens virkelighet og i fremtiden er at pasientenes helsetilstand krever en «mange-til-mange»-relasjon (Allen, 2015; Hellesø & Lorensen, 2005; Hellesø med flere, 2019). Det betyr at oppfølging av pasienter har blitt mer krevende å organisere, og nye behov kan kreve nye løsninger og med digitale tavler og digitalisering av arbeidsprosesser vil det bli enklere for ansatte å ivareta komplekse pasienter.

Hvordan kan nye arbeidsprosesser bidra til å forbedre pasientsikkerheten?

En sentral hypotese i DigiPAS har vært at struktur bidrar til bedre pasientsikkerhet ved å forenkle oppgaver som kartlegging, oppfølging av tiltak og utveksling av informasjon i overganger. Både IKOS- og IMATIS-tavler har blitt brukt i hjemmetjenesten for å strukturere pasientsikkerhetsarbeidet med gode resultater. IKOS-tavlene har blitt utviklet gjennom år for oppfølging av brukere og ivareta pasientsikkerhetsoppgaver. Sjekklister i IMATIS-tavlene har forbedret kartlegging av nye pasienter innenfor fristen på 14 dager. Journalgjennomgang har vist en tydelig forbedring fra at 9% var kartlagt før tavlene ble tatt i bruk, til at 60% ble kartlagt etter innføring av tavler. Det er en betydelig forbedring av pasientsikkerhetsarbeidet. Tilsvarende har kommunene erfart at de har utfordringer med å få et tjenestetilbud på plass når pasienter skrives ut av sykehus. IMATIS-tavler har blitt tatt i bruk for å støtte oppgaver og arbeidsprosesser ved utskrivning av pasienter og har i en kommune resultert i 53,9% nedgang i overliggerdøgn fra 2018 til 2019. Overgangen ut av sykehus er kritisk for pasientsikkerheten og tavlene har vært sentrale i forbedring av denne overgangen. Erfaringer har vist at systematisk jobbing med tavlene for økt pasientsikkerhet også har bidratt til at ledelse og ansatte har fått økt oppmerksomhet på kvalitet og pasientsikkerhet.

Hvilke behov er det for samhandling og deling av informasjon med pårørende og andre aktører i kommune- og spesialisthelsetjeneste? Prosjektet har vist at det er et stort behov for å samhandle og dele informasjon internt i kommunehelsetjenesten og med andre aktører i spesialisthelsetjenesten. Det kreves mye dialog, innhenting av informasjon og koordinering hver gang en pasient skal forflyttes eller en pasient har behov for flere eller andre tjenester. Erfaringer i DigiPAS har bekreftet at det er tidkrevende å innhente all informasjon og å dele den med involverte aktører inkludert pårørende. Ansatte har lite digital støtte og bruker mye tid på koordinering gjennom telefon, e-post og PLO-meldinger med ansatte i kommunen og på sykehus så vel som med pårørende.

Hjemmetjenesten har mange brukere på den ene siden og på den andre siden mange ansatte på ulike vaktshift. Det gjør oppfølging av brukere og pasientsikkerhet krevende uten gode verktøy og ansatte som for eksempel har påbegynt en kartlegging har ikke hatt en god måte å overlevere denne oppgaven videre til en kollega på. I prosjektet har tavler i hjemmetjenesten gitt oversikt over kartlegginger for hver pasient som har blitt startet og gjennomført for alle pasienter, som for eksempel at "ernæringskartlegging er påbegynt hos Fru Hansen". Tavler har gitt ansatte oppdatert oversikt over pasienter når de flyttes mellom sykehus, korttid og hjemmebaserte tjenester. Pasientsikkerhets- og samhandlingstavler har gjort det enkelt og raskt å dele informasjon og det har gjort samarbeidet bedre til pasientens og helsetjenestens beste. Deling av informasjon og bedre samhandling har et potensial for også redusere antall oppgaver. Et eksempel fra prosjektet har vist at bedre samarbeid gjør det mulig å bruke en IPLOS-kartlegging som er gjennomført på korttid både i hjemmetjenesten og på tjenestekontoret.

*Hvilke **etiske implikasjoner** oppstår knyttet til personvern?* Innføring av digitale tavler har hatt betydning for personvernet. Prosessene med utforming og bruk av tavler har gjort ansatte og ledere mer bevisst på hvordan personvern ivaretas. Det har også vist at etablerte rutiner som har blitt innarbeidet gjennom år ikke nødvendigvis ivaretar personvernet i tilstrekkelig grad. I DigiPAS har erfaringen vært at informasjon har blitt delt med et større antall ansatte uten en kritisk vurdering av hvem som har hatt behov for å få informasjonen. I prosjektet har digitale tavler blitt tatt i bruk for å dele informasjon og i tavlene har informasjon kun blitt delt med ansatte i roller der de faktisk har et behov for å få denne informasjonen. Prosjektet har vist at det både er behov for at de tekniske løsningene ivaretar sikkerhet og tilgangskontroll, men at refleksjon og bevisstgjøring av etablert praksis og utvikling av ny praksis er like viktig.

9.2 Nye digitale løsninger

Kommunene har hatt journalsystemet som sitt viktigste verktøy. Journalsystemene er imidlertid et dokumentasjonssystem som har lite støtte til arbeidsprosesser og samhandling og helsepersonell bruker ofte mye tid på å samhandle om pasienter og oppgaver. Digitale tavler har gitt ansatte oversikt over prioriterte oppgaver og pasienter noe som har vært en støtte i oppfølging av brukere. Det har bidratt til å forbedre kvaliteten i pasientsikkerhetsarbeidet og har også forbedret overgangen til spesialisthelsetjenesten.

Hvordan utforme digitale tavler for pasientsikkerhetsarbeid?

DigiPAS har vist at det ikke er ett svar på hvordan tavler skal utformes for å forbedre pasientsikkerhetsarbeid. Noen kommuner og avdelinger hadde allerede etablert god struktur på utvalgte innsatsområder i Pasientsikkerhetsprogrammet, mens det i andre kommuner og avdelinger var et stort behov for å strukturere dette arbeidet. Gjennom tavlene har oppgaver som kartlegging, valg av tiltak og evaluering blitt digitalisert og forenklet. IKOS-tavlene er rettet inn mot pasientsikkerhet og støtter disse innsatsområdene. IMATIS-tavlene synliggjør og støtter oppgaver knyttet til pasientsikkert, men tavlene er rettet mot å støtte arbeidsprosesser og samhandling knyttet til pasientsikkerhetsarbeidet mer enn selve kartleggingsoppgavene. DigiPAS har som eksempel vist hvordan IKOS- og IMATIS-tavler har bidratt til bedre oppfølging av brukere i hjemmetjenesten gjennom å tydeliggjøre kartlegginger og sjekklister og gjøre samarbeidet rundt brukerne enklere. DigiPAS har vist at digitale tavler som strukturerer oppgaver er et nyttig verktøy for ansatte og forenkler pasientsikkerhetsarbeidet. Et godt samspill mellom tavler og arbeidspraksis har vært viktig for å lykkes med forbedringer.

Hvordan utforme digitale tavler for samhandling?

Pasientsikkerhet handler om oppfølging av brukere internt i avdelinger, men det handler også om å ivareta pasientsikkerheten 1) når brukere følges opp av flere i kommunehelsetjenesten, 2) i overganger innenfor kommunehelsetjenestene og 3) overgang mellom sykehus og kommune. Fagsystemene støtter elektronisk meldingsutveksling, men med lite struktur og standardisering av innhold har det vist seg ikke å være tilstrekkelig for samhandling (Melby, 2015). I DigiPAS har IMATIS-tavler støttet samhandling både ved oppfølging av flere og i disse overgangene. Hjemmetjenesten har for eksempel tidlig fått beskjed i tavlene når pasienter skal reise hjem etter korttidsopphold eller har vært utskrivningsklare fra sykehus. Det har gjort det enklere for hjemmetjenesten å være forberedt, iverksette tjenestetilbud og møte brukere ved hjemkomst.

Hvilket potensial har digitale verktøy for økt kvalitet og effektivitet i pasientsikkerhetsarbeidet?

I DigiPAS har tavler vist sjekklister for oppgaver, implementert kartlegginger (for fall, ernæring etc.) og støttet arbeidsprosesser. IKOS-tavlene har implementert rutiner og prosedyrer for pasientsikkerhet som har forenklet arbeidet for ansatte. IMATIS-tavler har blitt tatt i bruk for kartlegging av nye pasienter og har sikret at kartlegging har blitt gjennomført innen gitte tidsfrister.

Digitale tavler har bidratt til forenklet prioritering og gjennomføring av oppgaver, gitt færre avvik (avsnitt 8.5.1), kortere rapportmøter (avsnitt 8.5.2), spart tid i samhandling mellom avdelinger (avsnitt 8.6) og økt

effektiviteten (avsnitt 8.5.3). IMATIS-tavler på tjenestekontoret har gitt bedre oversikt over pasienter, søknader og plasser og har også effektivisert arbeidsprosessene på tjenestekontoret. Det har bidratt til økt kapasitet på 29,5%.

Tavleløsningene vil bli utviklet og tatt i bruk på flere områder og enheter som mobil og nettbrett, for å bli et bedre og mer effektivt verktøy også for ansatte ute i tjenesten. Helst skulle tavlene vært integrert med fagsystemene, imidlertid har DigiPAS vist at tavlene har vært enkle å ta i bruk og har blitt opplevd som nyttige til tross for manglende integrasjon. Det har vært viktig å tydeliggjøre samspillet med journalsystemet: hva skal registreres i tavlene og hva skal inn i journal og avklare når informasjon skal registreres begge steder. I DigiPAS har det også blitt fokusert på oppgaver og arbeidsprosesser som har lite eller begrenset støtte i journalsystemet -og som dermed ikke fører til dobbeltarbeid ved at både tavlene og journalsystemet skal brukes og oppdateres. Tavlene har fortrinnsvis blitt brukt til å støtte oppgaver og arbeidsprosesser, noe som journalsystemene eller kvalitetssystemene har støtte for. Prosjektet har således vist hvordan tavler har blitt utviklet og vært såkalt lettvektsteknologi (Bygstad, 2015) som frikoblet fra journalsystemet i kommunehelsetjenesten, har gitt ansatte verdifull støtte til å gjennomføre arbeidsprosesser og samhandling på tvers. Funksjonalitet som ikke andre system i kommunehelsetjenesten kan støtte.

9.3 Nye former for organisering og ledelse

Digitale tavler har gitt ledelse og ansatte bedre beslutningstøtte. Ansatte opplever arbeidsdagen i hjemmebasert tjenester som stressende og opplevelsen av ansvar og redusert kvalitet i arbeidet er viktige stressfaktorer (Kirchhoff, 2011). Bruk av tavler og tavlemøter har blitt anbefalt av Pasientsikkerhetsprogrammet for å styrke pasientsikkerhetsarbeidet både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det har vært behov for mer kunnskap om hvordan tavlene kan bidra til å skape pasientsikkerhetskultur gjennom bruk av validerte metoder. I DigiPAS har pasientsikkerhetskulturundersøkelsen Nursing Home Survey on Patient Safety Culture (NHSOPSC) blitt gjennomført i en norsk versjon (Saunes, 2009) i kommunene. Undersøkelsen blir validert for bruk i hjemmetjenesten i et samarbeid mellom SINTEF, UiS og USN.

Hvordan kan ledelsen ta i bruk de digitale tavlene som et ledelsesverktøy for beslutningstøtte?

DigiPAS har vist at lederne opplever god nytte av både pasientsikkerhets- og samhandlingstavlene for å ta beslutninger. I hjemmetjenesten har avdelingslederne fått en samlet oversikt over pasienter og oppgaver. Informasjon har blitt registrert i tavla i stedet for på gule lapper, og har gitt lederne en opplevelse av kontroll gjennom bedre oversikt over helheten. En leder har formulert det slik "vi er ikke så på hæla, men kan sette inn ressurser tidligere og være mer forberedt". God ledelse krever oversikt over oppgaver, hva er gjennomført, hva er utestående for ulike pasienter og hvilke oppgaver må gjøres til hvilke frister. Ledere i kommunehelsetjenesten bruker mye tid og ressurser på å få oversikt, de leser i journal og sjekker med ansatte. Ledere som har fått oversikt gjennom tavlene har erfart at det forenkler planlegging og beslutninger. Pasienter følges opp bedre samtidig som ansatte som har mye å gjøre, blir avlastet.

9.4 Effekter og gevinster

Tavlene har blitt innført for økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet, men også for å sikre mer effektiv ressursbruk. Tavlene har blitt brukt for å gjennomføre mange ulike oppgaver og arbeidsprosesser og har gjort det krevende å evaluere gevinster som følge av tavlene. Parallelt med innføring av tavler har kommunene gjennomført mange andre endringer som følge av nye føringer fra myndigheten, bytte av journalsystem, kommunesammenslåinger eller andre restruktureringer som også påvirker driften. Kommunene har vært tydelige på at tavlene har bidratt til gevinster på flere områder, og at det er betydelige gevinster og gevinstpotensial i tavler som gjør det mulig å jobbe strukturert og enklere å samhandle.

Hvilke indikatorer beskriver kvalitet og effektivitet i hjemmetjenesten og hva er gevinsten av ny arbeidsmetodikk for pasientsikkerhet?

DigiPAS har målt gevinster i kategoriene økt kvalitet, frigjort tid og unngåtte kostnader. Det er vist at digitale tavler øker kvalitet og frigjør tid. Ansatte bruker IMATIS-tavler til å forberede samhandlingsmøter og bruker mindre tid på å koordinere både internt i kommunen og med andre aktører. Tiden som brukes for å forberede samarbeidsmøter er redusert med 50%. Høsten 2019 ble det gjennomført en kartlegging av overliggerdøgn av som viser at mange pasienter blir liggende lenge på sykehus i påvente av kommunale tjenester (Bergsagel, 2019). Overliggerdøgn er en utfordring i mange kommuner. Bedre oversikt på tjenestekontor gjennom målrettet bruk av IMATIS-tavler har ført til unngåtte kostnader gjennom reduksjon i antall overliggerdøgn på 53.9%. IMATIS-tavlene har også vært en sentral faktor for at effektiviteten på et tjenestekontor har økt kapasiteten med 29,5%.

*Hva er **målbare suksesskriterier** for innovasjonen (utforming og innføring) og hvordan kan tjenstedesign bidra til å lykkes med innføring av tjeneste og teknologi?*

I DigiPAS kan det vises til et sett av suksesskriterier, men det er ikke en enkelt oppskrift for å lykkes med innovasjonsprosesser. Erfaringer bekrefter at det er viktig å involvere de som skal bruke løsningene for å lykkes med innføring (McKinsey&Company, *IKT i spesialisthelsetjenesten i Norge* 2015). Det er de som har hatt ideer til utforming og til bruk av tavler som har vært pådrivere. Utvikling av teknologi og arbeidsprosesser i samspill har tidligere vist seg å gi suksess (Halvorsen, 2017), (Ausen, 2017, 1) og teknologi som utformes etter faktiske behov bidrar til at det oppleves mer nyttig for ansatte (Øvreid, 2016). Når ansatte på ulike nivå forstår hvordan de skal bruke tavler og har erfart at tavlene har vært nyttige så har det bidratt til at innføringen har blitt enklere og tavlen har også blitt utviklet videre. I DigiPAS har metodikk for tjenstedesign blitt benyttet for å få innsikt i arbeidsprosesser for utforming og innføring av tavler (Løvlie, 2013). Ledere og ansatte har kartlagt arbeidsprosesser for forhåndsdefinerte brukerscenarier (eller use case) se avsnitt 7.3 og har gitt informasjon om hva som deles med andre og hvilke oppgaver som utføres. Gjennom tjenstedesign har det blitt etablert innsikt i arbeidsprosesser, flaskehals og behov. Kommunene i DigiPAS har adoptert tjenstedesign som en metodikk, fordi det har gitt en felles forståelse av egen organisasjon og arbeidspraksis. Gjennom intervju og observasjoner i DigiPAS erfares det at der ledere og/eller ansatte har sett nytteverdien av tavlene så har det vært *mindre* motstand. Det har også bidratt til entusiasme og eierskap som har vært viktig for utvikling og innføring av nye løsninger. Hvis ansatte ikke opplever nytteverdi er det en økt risiko for at tavlene ikke blir brukt. I DigiPAS har det også vært avdelinger som har sluttet å bruke tavlene og har valgt å gå tilbake til gammel arbeidsmetodikk. Det kan ha sammenheng med at innføringen av tavler har tatt tid og at ansatte ikke har hatt opplevelse av at tavler kun i egen avdeling har gitt tilstrekkelig nytteverdi. Tavlene må brukes aktivt i det daglige arbeidet og brukes av alle for å oppleves nyttige, og ikke bli et verktøy "på siden" eller som skal gi nytte senere.

Engasjert og tydelig ledelse og ildsjeler har hatt betydning for å lykkes med innføring og bruk av tavler sammen med tålmodighet og tid til å skynde seg langsomt for å få alle med. Det kreves god forankring på flere nivå og god opplæring for opplevelse av mestring både med tavlene og med det å jobbe på nye måter.

Hva er effekt for brukere? Og hvordan kan vi måle at det er blitt bedre tjenester?

I DigiPAS har det vært sterk medvirkning fra ansatte som brukere av de digitale tavlene. Teknologien har ikke berørt tjenestemottakerne og deres pårørende direkte, de har derfor ikke blitt involvert og det har ikke blitt innhentet underlag for å vurdere deres erfaringer med tavlene i bruk. Forbedringer i tjenesten har blitt målt gjennom økt kvalitet ved at rutiner og prosedyrer i større grad har blitt fulgt. Det har imidlertid blitt diskutert at kommunene kan vurdere å se på resultater fra brukerundersøkelser hvor de får vurderinger av tjenestene fra brukerne.

9.5 Læringspunkter fra innovasjonsprosessene

Partnerne har etablert kunnskap gjennom utprøvinger og innovasjonsprosesser i kommunene og erfaringsutveksling i prosjektet. I slutfasen av DigiPAS ble ansvarlige fra hver partner forespurt om hva de syntes var de tre viktigste tingene å formidle videre til kommuner som skal gå i gang med

forbedringsarbeid generelt og med innføring av digitale tavler spesielt. De viktigste innspillene resulterte i åtte viktige områder som er listet i det følgende:

- **Våge å starte.** Det er viktig å våge å starte og gå i gang. Det er ikke så viktig hvor man starter og hva man starter med, en at det er vilje til å gjøre noe nytt.
- **Holde trykket oppe.** Innføring av nye tekniske løsninger er krevende og tar tid, det krever også modning over tid både for å få alle ed og for å se resultatene av løsningene. Det er viktig at ledere evner å holde trykket oppe over tid.
- **Samspill teknologi og organisering.** Innføring av nye tekniske løsninger handler om mer enn teknologi og det er viktig for spillet mellom teknolog og tjeneste at de utvikles i parallell.
- **Opplæring.** Det er viktig at alle som skal bruke nye løsninger har fått god opplæring både i hvordan den tekniske løsningen blir brukt, men også hvordan den skal fungere sammen med andre prosesser og system
- **Ledelse og forankring.** Innovasjonsprosessene må være godt forankret i ledelse på alle nivå for å lykkes med alle faser fra idefase til ferdig implementert løsning. Det er mange ansatte som må involveres i ulike prosesser underveis og eierskap er avgjørende.
- **Involvering av ansatte.** De som skal bruke nye løsninger eller vil bli påvirket av nye løsninger som innføres, må bli involvert tidlig. Det er de som jobber i tjenestene som vet hvor de har utfordringer og som også vet hvordan de jobber. De vil ha gode forslag til bruk og innføring. "Den som har skoen på vet best hvor den trykker"
- **Tavler som verktøy.** Dersom tavlene kan brukes som et digitalt verktøy vil verdien av tavlene bli større. Det bør være mulig å gjøre endringer i tavlene etter at de er innført for å møte nye behov eller støtte områder på en bedre måte. Det er viktig at tavlene kan brukes i ulike mindre og større krisesituasjoner noe som er vist gjennom koronasituasjonen.
- **Samarbeidsprosjekter er verdifullt.** Samarbeid mellom kommunene, leverandører og forskere ble trukket frem som veldig verdifullt. Det gir en arena for å dele erfaringer og se om løsningene kan brukes på tvers av kommuner. Det er viktig både for kommuner og leverandører at det ikke lages spesialtilpassede tavler til alle avdelinger i alle kommuner. I tillegg er det viktig at prosesser blir fasilitert og løsninger blir evaluert underveis.

Dette er de viktigste læringspunktene som også har mye til felles med suksessfaktorene som er beskrevet i avsnitt 8.13.

10 Veien videre

Kommuner og leverandører har i DigiPAS i prosjektperioden (2018-2020) utvekslet erfaringer med innføring av tavler i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er etablert mye kunnskap om hvordan pasientsikkerhets- og samhandlingstavler øker kvalitet og pasientsikkerhet samt forbedrer effektivitet. De digitale tavlene har strukturert informasjon, støttet oppgaver og arbeidsprosesser, effektivisert rapportmøter og blitt brukt i planlegging og ledelse. Tavlene har vist sentrale data (eller KPIer), som antall plasser ledige, antall med smitte etc. og gitt god oversikt over situasjonen til nytte for ansatte og ledere.

Det er et stort behov for å forbedre arbeids- og pasientflyt samtidig som ressurser og kompetanse i helsetjenestene brukes på en bedre og mer effektiv måte. Det er et stort potensial for å bruke tavleløsningene videre i digitalisering av helsetjenestene. Et viktig læringspunkt er at innføring og utvikling av tavler er et forbedringsarbeid og en digitaliseringsprosess som tar tid. Det er viktig at ansatte involveres og at veien er viktigere enn målet. Engasjerte ansatte og digitale løsninger som kan videreutvikles for å støtte andre og nye behov er avgjørende.

Kommunene i DigiPAS fortsetter forbedringsarbeidet for økt kvalitet, bedre pasientsikkerhet og bedre bruk av ressurser gjennom bruk av digitale tavler. Skien og Horten kommune og Imatis er partnere i prosjektet BESLUTT med Lørenskog kommune som prosjekteier. Prosjektet startet i 2019 og er et FoU-

samarbeid for å utvikle kunnskap og løsninger for bedre beslutningsstøtte og rapportering. Skien kommune har gjennomført en anskaffelse for "Samhandling og ressursystem" sammen med andre kommuner. Erfaringer fra DigiPAS vil være til nytte i videre implementering.

Referanser

- Abrahamsen, D., Allertsen, L., & Skjøstad, O. (2016). *Hjemmetjenestens målgrupper og organisering*. (Vol. 13). SSB Rapport nr. 13/2016.
- Arnetz, J. E., Zhdanova, L. S., Elsouhag, D., Lichtenberg, P., Luborsky, M. R., & Arnetz, B. B. (2011). Organizational climate determinants of resident safety culture in nursing homes. *Gerontologist, 51*(6), 739-749. doi:10.1093/geront/gnr053
- Ausen, D., Austad, H.O., Svagård, I.S., Landmark, A.D., Tjønnås, M.S., Rohde, T., Halvorsen, T., Halvorsen, M.R., Trondsen, T., Tomasevic, T. (2017). *Utvikling og implementering av digital samhandling og oppgavestøtte på KAD: Et forsknings- og innovasjonsprosjekt*. SINTEF Rapport 2017:00881. Retrieved from: <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2478905>
- Bergsæge, I. *Pasienter lå over 56 000 døgn ekstra på sykehus i fjor i påvente av et kommunalt tilbud*. Sykepleien Nyhet, 25.10.2019
- Braithwaite, J., Herkes, J., Ludlow, K., Testa, L., & Lamprell, G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. *BMJ Open, 7*(11), e017708. doi:10.1136/bmjopen-2017-017708
- Cappelen, K., Aase, K., Storm, M., Hetland, J., & Harris, A. (2016). Psychometric properties of the Nursing Home Survey on Patient Safety Culture in Norwegian nursing homes. *BMC Health Serv Res, 16*(1), 446. doi:10.1186/s12913-016-1706-x
- Clark, K. A. (2011) Human interaction and collaborative innovation. in International Conference on Human Centered Design. 2011. Springer. In. *Second International Conference, HCD 2011, Held as Part of HCI International 2011, Orlando, FL, USA, July 9-14, 2011. Proceedings*.
- Deilkås, E.C. og Bondevik, G.T., 2020: Pasientsikkerhetskultur og koronapandemien – nye muligheter for trygghet og samarbeid i norsk helse- og omsorgstjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning* 01/2020.
- Eason, K., & Waterson, P. (2013). The implications of e-health system delivery strategies for integrated healthcare: Lessons from England. *Int J Med Inform, 82*(5), e96-e106. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2012.11.004>
- Fagerberg, J., Mowery, D. C., & Nelson, R. R. (Eds.). (2005). *The Oxford Handbook of Innovations*. Oxford: Oxford University Press.
- Fredwall, T. E., Dale, B., Nilsen, E. R., & Strøm, B. S. (2020). *Sammenheng og overganger i tjenestene - Kunnskapsnotat* (Vol. 18). Senter for omsorgsforskning.
- GEMINI. (2017). *Millionbesparelser med sykepleiere og leger som it-bestillere*. Retrieved from <https://gemini.no/2017/08/suksess-med-sykepleiere-og-leger-som-it-bestillere/>
- Grut, L., Fauske, A. L., & Kraver, I. J. (2016). *Elektronisk ruteplanlegging i hjemmetjenesten. Erfaringer fra logistikkprosjektet i Horten kommune*. SINTEF Rapport A27853. Retrieved from: https://www.sintef.no/globalassets/sintef-teknologi-og-samfunn/prosjektwebber/velferdsteknologi/a27853-kunnskapsstatus-horten_ruteplanlegging.pdf
- Grut, L., Røhne, M. og Cappelen, K. (2020) Oppfatninger og holdninger til pasientsikkerhet blant ansatte i hjemmetjeneste og i korttidsavdeling i kommunale helse- og omsorgstjenester. SINTEF-rapport
- Halligan, M., & Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf, 20*(4), 338-343. doi:10.1136/bmjqs.2010.040964
- Hellesø, Ragnhild; Lyngstad, Merete; Brattheim, Berit J & Melby, Line (2019). Samhandling mellom sykepleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen, I: Ragnhild Hellesø & Rose Mari Olsen (red.), *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring*. Cappelen Damm Akademisk. ISBN 978-82-02-63264-9. Kapittel 8. s 153 - 178
- Helmers, A.-K., *Tre av ti sykepleiere frykter ukentlig å gjøre feil som skader pasienten*. Sykepleien Nyhet 24.10.2019.
- Helsebiblioteket, 2009: *Hva er pasientsikkerhet?* <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/hva-er-pasientsikkerhet>
- Helsedirektoratet. (2005). ... *OG BEDRE SKAL DET BLI! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten*.

- Helsedirektoratet 2018: *Nasjonal Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Sist faglig oppdatert 29.10.2018. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019). *I trygge hender 24-7. Slik jobber du med pasientsikkerhetskulturen*. Retrieved from <https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/malinger/pasientsikkerhetskultur/slik-jobber-du-med-pasientsikkerhetskulturen>
- Helsedirektoratet, 2019a: *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*. https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf/_attachment/inline/79c83e08-c6ef-4adc-a29a-4de1fc1fc0ef:94a7c49bf505dd36d59d9bf3de16769bad6c32d5/Nasjonal%20handlingsplan%20for%20pasientsikkerhet%20og%20kvalitetsforbedring%202019-2023.pdf
- ISO. (2019). ISO 9241-210:2019. *Ergonomics of human-system interaction — Part 210: Human-centred design for interactive systems*. Retrieved from <https://www.iso.org/standard/77520.html>
- KS. (2018). *Veikart for tjenesteinnovasjon*. Retrieved from <https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/innovasjonsledelse/veikart-for-tjenesteinnovasjon/>
- KS, Virke, & NHO. (2012). *Beregning av enhetskostnader i pleie- og omsorgstjenester. Grunnlag for vurdering av kostnader og kvalitet*. Retrieved from https://www.ks.no/contentassets/62163c753d5a4d2884e298cd567e31f4/beregning-av-enhetskostnader-pleie-og-omsorgstjenester---hefte.pdf?_t_tags=language%3A%20no%20siteid%3A%20779a7a8be2ea&_t_hit.id=Ksno2018_Models_Media_GenericDocument/411d949e-67ad-44ec-866d-d63e786b0e10&_t_hit.pos=3078
- Tidsskrift for Den norske legeforening, 2016. *Oppsalhjemmet vekker internasjonal interesse med forbedringsarbeidet sitt*. Tidsskriftet nyheter. Retrieved from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/spesial/norsk-forening-for-alders-og-sykehjemsmedisin/nyheter/oppsalhjemmet-vekker-internasjonal-interesse-med-forbedringsarbeidet-sitt/>
- Maguire, M. (2001). Methods to support human-centred design. *International Journal of Human-Computer Studies*, 55(4), 587-634. doi:<https://doi.org/10.1006/ijhc.2001.0503>
- Meyer, J. (2000). Using qualitative methods in health-related action research. *Bmj*, 320(7228), 178-181.
- Mørk, E., Beyrer, S., Haugstveit, F. V., Sundby, B., Karlsen, H., & Wettergreen, J. (2017). *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2016. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere*. SSB rapport 2017/26.
- NOU (2015:11) Med åpne kort. Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene. Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Informasjonsforvaltning. <https://www.regjeringen.no/contentassets/daaed86b64c04f79a2790e87d8bb4576/no/pdfs/nou201520150011000ddd.pdfs.pdf>
- Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K., & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*, 3/2016, (68-70).
- Røhne, M., Ausen, D., & Grut, L. (2017). *Verktøy for ressursplanlegging i hjemmetjenesten OPTET – Optimeringsteknologi i hjemmebaserte tjenester*. SINTEF Rapport 2017:00672.
- Røhne, M., Grut, L., Ausen, D., Thaqi, E., Andersen, G. I., & Sandåker, T. (2018). *Planlegging av arbeidslister i hjemmetjenesten. Erfaringer fra OPTET-prosjektet i Sandefjord kommune*. SINTEF Rapport 2018:00313.
- Saunes, I. S., Deilkås, E., Kristoffersen, M., Lyngstad, M., & Nyen, B. (2009). *Formaliserte konsensusprosesser, veiledning ved vanskelige valg?* Schibeavaag, L., Laugaland, K., & Aase, K. (2018). Sikkerhet, samhandling og pasientoverganger. In K. Aase (Ed.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (Vol. 3, pp. 133-144). Oslo: Universitetsforlaget.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
- Strandquist, M., & Adal, L. (2011). *Veien til bedre helseledelse. IKOS – individbasert kompetansestyring*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Strandquist, M. (2016). *IKOS elektronisk tavle for kommunal helse- og omsorgstjeneste*. Rapport.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv ansattundersøkelse

Spørsmål om å delta i prosjektet Digitale løsninger for økt kvalitet og bedre pasientsikkerhet samt effektiv ressursbruk i kommunehelsetjenesten (DigiPAS)

Bakgrunn og formål

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Prosjektet skal utvikle nye arbeidsprosesser og digitale verktøy for å sikre kvalitet og bedre pasientsikkerhet, samt effektivisere ressursbruken i tjenesten. Dette skrevet gir informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Prosjektet er et samarbeid mellom kommunene Skien (prosjektansvarlig), Horten, Larvik, Nedre Eiker og Sandefjord, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Telemark v/Porsgrunn kommune samt bedriftene Imatis AS og Konsens AS. Forskningspartnere er Universitetet i Sørøst-Norge og SINTEF. Universitetet i Stavanger er samarbeidspartner knyttet til forskning om pasientsikkerhetskultur.

Hva gjelder denne henvendelsen til deg?

Dette er et spørsmål til deg om å svare på spørreskjema om dine erfaringer med og synspunkter på arbeidsprosesser i din tjeneste.

Hva innebærer deltakelse i denne studien?

Deltagelse innebærer å svare på spørreskjema i løpet av prosjektperioden. Dette vil foregå i din arbeidstid. Alle data anonymiseres. Tema er arbeidsprosesser, og bruk av digital tavle i arbeidsprosessene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Resultater fra prosjektet vil bli publisert i rapporter og vitenskapelige artikler. Enkelt personer vil ikke gjenkjennes i publikasjoner. Alle personopplysninger (f.eks. navn og stilling) vil bli behandlet konfidensielt og oppbevart adskilt fra intervjuetskrifter. Spørreskjema som besvares vil være uten navn, og kun forskerne har tilgang til personopplysningene. Prosjektet startet i september 2018 og skal etter planen avsluttes i september 2020. Alle personopplysninger og intervjuetskrifter slettes ved prosjektets slutt.

Frivillig deltakelse og dine rettigheter

Det er frivillig å delta. Du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Mette Røhne, SINTEF Digital, tlf.: 415 55 619, epost: mette.rohne@sintef.no,
 - Eventuelt Norsk senter for forskningsdata AS, epost personverntjenester@nsd.no, telefon: 55582117
- Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk senter for forskningsdata AS (NSD), ref. (561903).

Du samtykker til å delta i prosjektet og undersøkelsen ved å svare på spørreskjemaet.

Veiledning til spørreskjemaet

Alle ansatte svarer på del A, B, C og D deretter er del en del for ansatte hhv på tjenestekontor, hjemmetjeneste og korttid.

Spørsmål om tavlene:

- **Hvilke forventninger har du til digitale tavler?** Hvis din avdeling ikke har begynt å bruke tavler så svarer du ut fra hvilke forventninger du har til en innføring av tavler. Hva forventer du at tavlene skal føre til?
- **Hvilke erfaringer har du med digitale tavler?** Hvis din avdeling har begynt å bruke tavler så svarer du ut fra hvilke erfaringer du har etter innføring av tavler. Hvilke erfaringer har du med tavlene og hva de fører til?

Ansattundersøkelse	Tjenestekontor	Hjemmetjenesten	Korttid
Del A: Mine erfaringer med arbeidssituasjonen	x	x	x
Del B: Mine forventninger til tavler evt. mine erfaringer med tavler	x	x	x
Del C: Bakgrunnsinformasjon	x	x	x
Del D: Tjenestekontor	x		
Del E: Hjemmetjenesten		x	
Del F: Korttid			x
Del G: Tilhørighet	x	x	x

Vedlegg 2: DigiPAS ansattundersøkelse. Del A, B, C og G

- Informasjon og samtykke
- Jeg har mottatt og forstått informasjon og har fått anledning til å stille spørsmål.
 - JA, jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 31.12.20
 - NEI, jeg ønsker ikke å delta i studien

Del A Mine erfaringer med arbeidssituasjonen

2	Arbeidsoppgaver	Helt uenig	Uenig	Verken eller	Enig	Helt Enig	Ikke relevant
1	Jeg har til enhver tid god oversikt over mine arbeidsoppgaver						
2	Jeg har til enhver tid en oppdatert oversikt over hvilke oppgaver det er viktig å prioritere						
3	Jeg opplever at arbeidsdagen ofte er travel						
4	Jeg er fornøyd med arbeidsdagen og oppgavene mine						
5	Jeg er ofte stresset på jobb						
6	Jeg bruker ofte papirlapper/gule lapper for å få oversikt over mine arbeidsoppgaver						
7	Jeg bruker mye tid på å skrive, sende, motta og lese PLO-meldinger						
8	Jeg mottar ofte PLO-meldinger som jeg ikke trenger å få						
9	Jeg bruker mye tid på å dokumentere i journal						
10	Jeg bruker mye tid på å lese i journal						
11	Jeg gjør oftest oppgaver som er relevant for min kompetanse						
12	Jeg må ofte jobbe overtid for å bli ferdig med arbeidsoppgavene mine						
13	Jeg må ofte ignorere prosedyrer fordi jeg har for mange oppgaver						
14	Jeg opplever at vi ofte gjør dobbeltarbeid, fordi vi ikke har oversikt over hva som er påbegynt eller gjort						
15	Jeg opplever at det er enkelt å hente ut viktige nøkkeldata						
16	Jeg opplever at det er enkelt å ta over kollegaers arbeidsoppgaver ved uplanlagt fravær						
3	Pasientrettede oppgaver	Helt uenig	Uenig	Verken eller	Enig	Helt Enig	Ikke relevant
1	I min sone/avdeling jobber vi strukturert med pasientsikkerhet						
2	Jeg synes at det er tidkrevende å få god oversikt over situasjonen til hver pasient						
3	Jeg synes at det er vanskelig å huske hvilke pasienter som skal kartlegges						
4	Jeg jobber aktivt for å følge opp forebyggende tiltak hos pasienter						
5	Det er lett å ha oversikt over pasienter som har økt risiko for forverret tilstand						
6	Jeg har god oversikt over hva som er pasientens mål ("Hva er viktig for deg?")						
7	Jeg opplever at personvernet til pasienter er godt ivaretatt						
4	Overganger mellom sykehus, sykehjem/institusjon eller hjem	Helt uenig	Uenig	Verken eller	Enig	Helt Enig	Ikke relevant
1	Jeg opplever ofte at det dukker opp uforutsette oppgaver når pasienter skrives ut fra sykehus						
2	Jeg opplever at det er tidkrevende å utveksle informasjon når pasienter flyttes mellom tjenestekontor, hjemmetjeneste og institusjon (pasientflyt)						
3	Jeg må ofte ringe for å koordinere oppgaver når pasienter flytter mellom sykehus/sykehjem/hjemmet						
4	Jeg må ofte be om mer informasjon når pasienter flyttes mellom sykehus/sykehjem/hjemmetjeneste						
5	Jeg opplever at pasientsikkerheten er godt ivaretatt i overgangene						
6	Jeg bruker mye tid på koordinering mellom sykehus, tjenestekontor, hjemmetjeneste og institusjon						

Del B. Mine forventninger til tavler evt. mine erfaringer med tavler

5. Hva er status for digitale tavler på din avdeling

- Vi har innført digitale tavler og dette er mine erfaringer med tavlene
- Vi skal innføre tavler og dette er mine forventninger til tavler
- Hvis digitale tavler skal innføres er dette mine tanker og forventninger

		Helt uenig	Uenig	Verken eller	Enig	Helt Enig	Ikke relevant
6	Arbeidsoppgaver						
1	Tavla gjør at jeg får bedre oversikt over mine arbeidsoppgaver						
2	Tavla gjør at jeg får bedre oversikt over hvilke oppgaver det er viktig å prioritere						
3	Tavla gjør at arbeidsdagen oppleves mindre travel						
4	Tavla gjør at jeg blir mer fornøyd med arbeidsdagen og oppgavene mine						
5	Tavla gjør at det blir mindre stressende å være på jobb						
6	Tavla gjør at jeg må notere mindre ned på papirlapper/gule lapper for å ha oversikt						
7	Tavla gjør at jeg bruker mindre tid på å skrive, sende og lese PLO-meldinger						
8	Tavla gjør at jeg ikke mottar PLO-meldinger som jeg ikke har behov for å få						
9	Tavla gjør at jeg bruker mindre tid på å dokumentere i journal						
10	Tavla gjør at jeg bruker mindre tid på å lese i journal						
11	Tavla gjør at jeg kan bruke mer tid på oppgaver som er relevant for min kompetanse						
12	Tavla gjør at jeg ikke så ofte må jobbe overtid for å bli ferdig med arbeidsoppgavene mine						
13	Tavla gjør at det blir enklere å følge prosedyrer og å gjennomføre arbeidsoppgaver						
14	Tavla gjør mindre dobbeltarbeid, fordi vi får oversikt over hva som er påbegynt eller utført						
15	Tavla gjør det enklere å hente ut viktige nøkkeldata						
16	Tavla gjør at det er enklere for meg å ta over kollegaers arbeidsoppgaver ved uplanlagt fravær						
7	Pasientrettede oppgaver	Helt uenig	Uenig	Verken eller	Enig	Helt Enig	Ikke relevant
1	Tavla gjør at det blir enklere å jobbe mer strukturert med pasientsikkerhet						
2	Tavla gjør det mindre tidkrevende å få god oversikt over situasjonen til hver pasient						
3	Tavla gjør det enklere å huske hvilke pasienter som skal kartlegges						
4	Tavla gjør det enklere å jobbe aktivt med å følge opp forebyggende tiltak hos pasienter						
5	Tavla gjør det lettere å få oversikt over pasienter som har økt risiko for forverret tilstand						
6	Tavla gjør at jeg får god oversikt over hva som er pasientens mål ("Hva er viktig for deg?")						
7	Tavla gjør at personvernet blir bedre ivaretatt						
8	Overganger mellom sykehus, sykehjem/institusjon eller hjem	Helt uenig	Uenig	Verken eller	Enig	Helt Enig	Ikke relevant
1	Tavla gjør at det er færre uforutsette oppgaver som dukker opp når pasienter skrives ut fra sykehus						
2	Tavla gjør at det er mindre tidkrevende å utveksle informasjon mellom sykehus, tjenestekontor, hjemmetjeneste og institusjon når pasienter flyttes (pasientflyt)						
3	Tavla gjør at jeg bruker mindre tid på å ringe for å koordinere oppgaver når pasienter flytter mellom sykehus/sykehjem/hjemmet						
4	Tavla gjør at jeg ikke så ofte må be om mer informasjon når pasienter flyttes mellom sykehus/sykehjem/hjemmetjeneste						
5	Tavla gjør at pasientsikkerheten blir bedre ivaretatt i overgangene						
6	Tavla gjør at vi bruker mindre tid på koordinering mellom sykehus, tjenestekontor, hjemmetjeneste og institusjon						

Del C: Bakgrunnsinformasjon

9. Alder

20-29 år 30-39 år 40-49 år 50-59 år 60 år –

10. Hva er din stilling/utdanningsbakgrunn

- Lederstilling m/personalansvar
- Helsepersonell med min. treårig utdanning fra høyskole eller universitet
- Helsepersonell med utdanning fra videregående skole eller tilsvarende
- Pleieassistent (ufaglært)
- Administrativt personell (merkantil/økonomi/personal)
- Annet: _____

11. Hvor lenge har du arbeidet i denne hjemmetjenesten?

- Mindre enn 1 år
- 1-5 år
- 6-10 år
- 11-15 år
- 16-20
- År
- 21 år eller lenge

12. Hva er din stillingsprosent?

- 1-15%
- 16-29%
- 20-49%
- 50-74%
- 75-99%
- 100%

13. Hvor mange timer i uken arbeider du vanligvis i denne hjemmetjenesten?

- Mindre enn 15 t/uke
- 16-24 t/uke
- 25-35,5 t/uke
- Mer enn 35,5 t/uke

14. Når arbeider du oftest? (Kryss av kun ett svar)

- Bare
- dag
- Todelt turnus
- Tredelt turnus
- Fast kveldsskift
- Fast nattskift
- Helgestilling
- Annen ordning: _____

15. Arbeider du direkte med brukere det meste av tiden? (Kryss av kun ett svar)

- JA, jeg arbeider direkte med brukere det meste av tiden
- NEI, jeg arbeider ikke med brukere det meste av tiden

16. Hvilken type avdeling jobber du i?

- Tjenestekontor
- Hjemmetjeneste
- Korttid
- Langtid

26. Hvilken kommune jobber du i?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Horten kommune | <input type="checkbox"/> Sandefjord kommune |
| <input type="checkbox"/> Larvik kommune | <input type="checkbox"/> Skien |
| <input type="checkbox"/> Nedre Eiker kommune | |
| <input type="checkbox"/> Kommune | |

27. Hvilken enhet er du tilknyttet? Horten kommune

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Avdeling Syd | <input type="checkbox"/> Nattjenesten |
| <input type="checkbox"/> Avdeling Nord | <input type="checkbox"/> Åsgata Omsorgsbolig |
| <input type="checkbox"/> Avdeling Sentrum | <input type="checkbox"/> Hjemmesykepleien avd. admin |
| <input type="checkbox"/> Avdeling Tveiten | <input type="checkbox"/> Tjenestekontoret |
| <input type="checkbox"/> Avdeling Borre | |

28. Hvilken enhet er du tilknyttet? Larvik kommune

- Presteløkka rehabilitering (med alle vikarer)
- Byskogen 3.etg, Avklaring, korttid og lindrende.
- Byskogen 2.etg, Øyeblikkelig hjelp og korttid.
- Tjenestekontoret

29. Hvilken enhet er du tilknyttet? Nedre Eiker kommune

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lag 2 | <input type="checkbox"/> Bråta rehab |
| <input type="checkbox"/> Lag 3 | <input type="checkbox"/> Bråta intermedier |
| <input type="checkbox"/> Lag 4 | <input type="checkbox"/> Bråta lindrende |
| <input type="checkbox"/> Bråta korttid | <input type="checkbox"/> Tjenestekontoret |

30. Hvilken enhet er du tilknyttet? Sandefjord kommune

- | | |
|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Stokke | <input type="checkbox"/> Solstua |
| <input type="checkbox"/> Sentrum | <input type="checkbox"/> Nygård |
| <input type="checkbox"/> Ranvik | <input type="checkbox"/> Kamfjordhjemmet |
| <input type="checkbox"/> Soltoppen | <input type="checkbox"/> Tjenestekontoret |

31 Hvilken enhet er du tilknyttet? Skien kommune

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ytre | |
| <input type="checkbox"/> Gjerpen hjemmetjeneste 1 | <input type="checkbox"/> Sentrum hjemmetjeneste 1 |
| <input type="checkbox"/> Ytre Gjerpen hjemmetjeneste 2 | <input type="checkbox"/> Sentrum hjemmetjeneste 2 |
| <input type="checkbox"/> Klyve hjemmetjeneste 1 | <input type="checkbox"/> Nattjenesten |
| <input type="checkbox"/> Klyve hjemmetjeneste 2 | <input type="checkbox"/> Tjenestekontoret |
| <input type="checkbox"/> Gulset hjemmetjeneste 1 | |
| <input type="checkbox"/> Gulset hjemmetjeneste 2 | |

Vedlegg 3: Kartlegging av oppgaver og samhandling på tjenestekontor

Tjenestekontor/vakttelefonen

Dato: _____ Antall pasienter ut av sykehus: _____

Sett en strek for hver gang du bruker telefonen, sender eller leser e-post og e-melding og leser/skriver i Cosdoc – sett også et kryss for hvem du kommuniserer med

Henvendelse	Hvordan?				Hvem?				Kommentar
	Telefon	e-post	e-meldinger	Lese/skrive Cosdoc	Hjemme-tj	Kort-tid	Syke-hus	Andre	
8.10	x								<i>Spørre etter epikrise</i>



Teknologi for et bedre samfunn
www.sintef.no