

## Oppsummering av ringerunde:

Det vart utarbeida 11 spørsmål som vart stilt til dei som vart kontakta. Det vart forsøkt å nå tak i lokale innføringsleiarar, kommunalsjefar helse og omsorg, kommunedirektørar og tillitsvalde. Totalt fekk vi inn svar frå 9 kommunar representert med alle nivå.

Først ut var spørsmålet om kommunane hadde kontaktinformasjon til brukarorganisasjonar vi kunne ta vidare kontakt med for opplysningar knytt til brukarperspektivet både i innføringsprosessen og opplevinga etter at løysinga var teken i bruk. Her kom det ikkje inn informantar. Fleire kommunar peika på at det ikkje var stor deltaking frå denne gruppa i prosjektet.

Neste spørsmål handla om opplæringa. Det var ganske lik oppfatning blant alle respondentane om at opplæringa som var skissert frå Helseplattformen vart mangelfull. Klasseromsundervisninga som det vert lagt opp til i mellom 8 og 16 timar var fragmentert og gav ikkje tilstrekkeleg innsikt i heilheitene som eit pasientforløp består av. Det vart også løfta fram at det er stor forskjell på arbeidsoppgåvene til assistentar og sjukepleiarar. Tilsette med meir praktiske arbeidsoppgåver skulle kanskje hatt meir fokus på bruk av Rover (app for løypande journalføring), meda sjukepleiarane skulle hatt meir tid til medisinhandteringsmodulen. I tillegg kjem det fram at ein skulle delt opp undervisninga i to. Ein mindre del før innføring, og ein ny del 3-4 veker etter innføringa når dei tilsette faktisk hadde fått testa litt og hadde opparbeida seg spørsmål.

Fleire påpeika også utfordringa med at dashborda (arbeidsflata) mellom institusjon og heimetenesta er såpass forskjellige at dei tilsette som jobba på tvers måtte gjennomgå to komplette opplæringsløp for å sette kunnskapsbehova til å ta i bruk løysinga. Dette medførte ekstra tid og ressursar til opplæring. Nokre kommunar viser til at leiinga hadde overvurdert endringsevna og den tekniske kompetansen i kommunen, noko som gjor at ein del av opplæringa gjekk til basis-ferdigheiter framfor Helseplattformen. 1 år etter innføring, opplyser dei fleste at dei framleis lærer nye ting.

Nokre seksjonar og avdelingar var flinkare til å prioritere eigentreninga i forkant, dette framstår som ein av dei store forskjellane til kvifor det vart strekk i laget i nokre kommunar. Dei fleste melder om eit vedvarande behov for frikjøpte ressursar til å drive opplæring i lang tid etter innføringa. Det vart løfta fram at dei tilsette i små stillingsbrøkar, men også den eldre delen av dei tilsette hadde større utfordringar med opplæringa enn resten.

Neste spørsmålet gjekk på gevinst og gevinstrealisering. Det var eit rimeleg einstydig svar på at kommunane hadde sett til side fokuset, og forventningane om å realisere effektiviserings- og kostnadsmessige gevinstar første 3 åra. All merksemd var knytt til å lære seg løysinga å ta den i bruk på ein god måte før dette skulle prioriterast. Ei kommune sei rett ut at dei valde å sjå vekk frå gevinstarbeidet i regi av Helseplattformen i si heilheit. Fleire melder om store gevinstar der dei har brukarar som har vore innlagd på St. Olavs, og dermed fekk god samhandlingsgevinst i bruk av felles journal. Noko av gevinstforskjellane vert tydelege basert på utgangspunktet kommunane hadde før overgangen til Helseplattformen. Blant anna melder kommunar som ikkje nytta handhalde einingar til løypande journalføring i heimetesta om større gevinst med Helseplattformen, enn dei kommunane som hadde dette frå før. Kvalitative gevinstar som betre strukturert journal, meir korrekte data til nasjonal rapportering og betre etterleving av nasjonale krav til medisinhandtering vart løfta fram av fleire.

På spørsmålet om kommunane opplevde redusert aktivitet i tenesteproduksjonen svarte dei fleste at det var noko redusert på grunn av at ting tok lenger tid. Spesielt legemiddelhandtering (sjukepleiarane), seksjonsleiarane som måtte skrive arbeidslister og forvaltningskontora som fekk utfordringar med faktureringa fekk utfordringar. Samstundes er det sentralt å understreke at

legemiddelhandteringa i Helseplattformen stettar dei nasjonale krava og at dette kanskje ikkje var praktisert godt nok tidlegare i gamle system. 2 til 6 månadar etter innføring er dei fleste oppe i normal produksjon. Alle kommunane hadde ekstrainnleige av personell i innføringsfasa og i dei første driftsmånadane.

Brukargrensesnittet (utsjånaden i løysinga) har i følgje informantane fått eit ufortent dårleg rykte i media. Dersom ein veit kva ein skal trykk på går det greitt. Utfordringa er at løysinga er såpass kompleks, at ein fort rotar seg vekk og det er fleire vegar til mål. Dette er spesielt utfordrande for dei som har små stillingsbrøkar og ikkje får nytta løysinga på dagleg basis. Sjølve overgangen til strukturert journal har fungert heilt ok med tanke på at ein sparar fritekstskriving, og standardiserer. Løysinga vert skildra som lite intuitiv og med krevjande terminologi.

Opplevinga av feilretting i Helseplattformen drog tydeleg eit skilje mellom faktiske feil, og endringsynskjer. Her var det stort sprik i svara, og det vart vist til kapasiteten i Helseplattformen, men også at det var stor forskjell i alvorsgrada på sakene som var innmeld.

På spørsmål om samhandlinga i eigen organisasjon og mellom kommunen og sekundærhelsetenesta har styrka seg kjem det igjen blanda svar. Nokre er usikre, og andre sei ja men at det framleis ligg mykje urealisert potensiale i Helseplattformen. Ein nøkkelfaktor for å lykkast er at alle involverte nyttar løysinga korrekt, og det er framleis behov for auka kompetanse i alle ledd. I dei kommunane som har pasientar som har vore innom St. Olavs før dei kjem innom kommunen vert det meldt om at dette gir betydeleg betre innsikt i helseopplysningane enn tidlegare.

Faktureringsmodulen i Helseplattformen har vore utfordrande. Integrasjonen mot økonomisystem har ikkje fungert godt nok, og fleire melder at dei har dei gamle systema i bruk for å ta seg av spesielt fakturering av tenester som velferdsteknologi og matlevering. Fakturering av institusjonsplass har gått seg til, men er svært avhengig av heilt korrekt data frå søknad og sengeplassering. Fysioterapeutane hadde store utfordringar stort sett i alle kommunane.

På spørsmål om kva avdelingar som fekk det betre, og kven som fekk nye utfordringar vart det teikna eit bilete av at tradisjonell institusjonsteneste (ikkje KAD/ØHD) er dei som kjem best ut. Heimetenesta har hatt ein del utfordringar med appen Rover, men mykje av dette skal være forbetra. Arbeidslistene har resultert i meirarbeid og det var mykje feil i starten. Svara varierer mellom kommunane, og det sei kanskje noko om at kultur, innsats i førebuinga og haldningane til dei tilsette har stor lokal påverknadskraft til om ein lykkast eller ikkje.

Kostnadane til kommunane vart noko høgare enn antatt fordi det var behov for ekstra innleige utover det som var planlagd i opplæringsperioda og etter oppstart. Det vart og behov for vidare frikjøp av superbrukarar til å drive vidare opplæring i den daglege drifta, og enkelte melder at dei måtte vidareføre prosjektstillinga til lokal innføringsleiar. Utover det var det mykje usikkerheit knytt til den faktiske økonomien i prosjektet.

Avslutningsvis var respondentane spurt om dei ville vald å gå for Helseplattformen igjen viss dei fekk gå tilbake i tid med den informasjonen dei no sitt på. Her er det stor forskjell i svara, og mellom nivåa på dei som har svart. Nokre var i pressa situasjonar med system som ikkje skulle vidareførast, desse er meir fornøgd enn dei som hadde system som ikkje nødvendigvis var gode, men som fungerte godt nok. Fleire melder at dei gjerne hadde tenkt seg om ein gong til når dei no veit kor komplisert det vart, og oppmodar om å utsette til ein ser meir av kva løysinga faktisk blir til, og barnesjukdommane er ferdige.

**Thomas Hjelseth, Lokal innføringsleiar Helseplattformen Volda kommune 14.03.2024**