

Samhandlingsreformen og bruk av digitale verktøy på Fosen

En innledende kartlegging

Petter Grytten Almklov
Frode Heldal
Trond Kongsvik
Marit Schei Olsen
Hans Donali Tilset

NTNU Samfunnsforskning AS
Trondheim
2010

Avdeling:

 Postadresse: NTNU Dragvoll
7491 Trondheim
Besøksadresse: Loholt Allé 85, Paviljong B

 Telefon: 73 59 63 00
Telefaks: 73 59 62 24

 E-post: kontakt@samfunn.ntnu.no
Web.: www.ntnusamfunnsforskning.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

RAPPORT

TITTEL

**Samhandlingsreformen og bruk av digitale verktøy på Fosen.
En innledende kartlegging.**

FORFATTER(E)

 Petter G. Almklov, Frode Heldal, Trond Kongsvik, Marit Schei
Olsen, Hans Donali Tilset

OPPDRAGSGIVER(E)

Midgard Media Lab og Fosen DMS IKS

RAPPORT NR. 2010	GRADERING Åpen	OPPDRAGSGIVERS REF.	
	ISBN 978-82-7570-212-6	PROSJEKTNR. 2082	ANTALL SIDER OG BILAG 51 sider, 5 bilag
PRIS (eksl. porto og ekspedisjonsomkostninger)	PROSJEKTLEDER (NAVN, SIGN.) Trond Kongsvik	KVALITETSSIKRET AV (NAVN, SIGN.) Lars Andersen	
	DATO 15. februar 2010	GODKJENT AV (NAVN, STILLING, SIGN.) Per Morten Schiefloe, professor	

SAMMENDRAG

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT), som høykvalitets videokonferanser, sensorteknologi etc., kan være viktige hjelpemidler i gjennomføringen av Samhandlingsreformen (SHR). Gjennom kvalitative intervjuer av 53 personer ble det undersøkt hvilke strukturelle og kulturelle forhold som det er viktig å ta hensyn til i Fosenkommunene i gjennomføringen av SHR ved hjelp av digitale verktøy.

Det eksisterende kommunesamarbeidet på Fosen er et meget godt utgangspunkt for realisering av SHR. Det gis også i dag et relativt avansert helsetilbud som inkluderer bruk av IKT, særlig gjennom Fosen Distriktsmedisinske Senter, men også ved sykehjemmene. Ansatte i helsetjenestene er generelt positive til utviklingsprosjekter og til å ta i bruk ny IKT. Det er imidlertid noe skepsis knyttet til bruk av IKT mellom behandler og pasient, og også generelt til hvorvidt brukerstøtten vil være tilstrekkelig.

Det anbefales at innføring av nye IKT-løsninger tas i avgrensede steg. Ved hvert steg bør det sikres tilstrekkelig opplæring, mestring og brukerstøtte for å ivareta tilliten til løsningene. Sykehjemmene kan være "noder" i utvidelsen av samarbeidet mellom Fosenkommunene ved hjelp av IKT. Det beskrives noen utfordringer som bør søkes løst, blant annet knyttet til opplæring av mange deltidsansatte, tilgjengelighet til videokonferanseutstyr, brukerstøtte og organisatoriske forhold i spesialisthelsetjenesten.

STIKKORD	NORSK	ENGELSK
	Samhandlingsreformen	Health reforms
	IKT	ICT
	Fosen	Fosen

FORORD

Fosenkommunene har etter hvert en lang tradisjon for samarbeid på ulike områder, formalisert blant annet gjennom Fosen Regionråd. Helse- og omsorgssektoren er et sentralt samarbeidsområde, illustrert gjennom opprettelsen av Fosen Distriktsmedisinske Senter. Dette samarbeidet vil også kunne bli enda viktigere framover på bakgrunn av nye og mer omfattende helse- og omsorgsbehov i befolkningen.

Samhandlingsreformen vil, dersom den blir vedtatt, medføre en annen organisering av behandlingslinjen og gi flere og mer omfattende oppgaver for kommunene. Kommunesamarbeid vil på bakgrunn av det bli enda viktigere for å kunne yte gode helsetjenester.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi vil kunne være hjelpemidler i samarbeidet mellom kommunene og mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Gjennom det planlagte prosjektet ”Pilot Digitale Fosen” ønsker man å prøve ut noen nye teknologiske løsninger som kan understøtte samarbeidet og gi bedre helsetjenester. I den foreliggende rapporten presenteres noen resultater fra en innledende kartlegging som er ment som et grunnlag for dette prosjektet. Den viser noen forhold som det blir viktig å ta hensyn til når ny teknologi innføres. Kartleggingen er finansiert av Helse Midt-Norge.

Forfatterne har bidratt likeverdig i rapporten. Lars Andersen har vært prosjektrådgiver og takkes for konstruktive råd i arbeidet. Vi vil også takke oppdragsgiverne Midgard Media Lab (NTNU) v/ Carina Reinholtsen og Fosen DMS IKS v/ Leena Stenkløv for et godt samarbeid og tilrettelegging under hele prosessen. Sist, men ikke minst, takkes informantene for velvillighet og lærerike samtaler i datainnsamlingen.

Trondheim, februar 2010

Trond Kongsvik
Prosjektleder

INNHold

	side
FORORD	i
INNHold	iii
FIGUR- OG TABELLISTE	v
1. Innledning	7
1.1 Forprosjektet til Digitale Fosen	7
1.2 Gjennomføring av kartleggingen	9
1.3 Videre oppbygging av rapporten	11
2. Funn og Analyse	12
2.1 Samhandlingsrelasjonene	12
2.1.1 Fosen DMS, Avdeling for Observasjon og Etterbehandling (AOE)	12
2.1.2 Sykehjem og hjemmetjeneste	14
2.1.3 Primærleger	18
2.1.4 Fagnettverk og lederforum	19
2.1.5 Oppsummerende vurderinger	20
2.2 Forventninger til Samhandlingsreformen	23
2.2.1 Ledere i kommunehelsetjenesten	23
2.2.2 Sykepleiere og ansatte i hjemmesykepleien	25
2.2.3 Primærleger	26
2.2.4 Sykehusansatte og ansatte knyttet til Fosen DMS	26
2.2.5 Oppsummering	27
2.3 Mulige konsekvenser ved innføring av nye teknologiske løsninger	28
2.3.1 Teknologi kan forandre kommunikasjons- og relasjonsbildet	28
2.3.2 Teknologi kan styrke fagmiljøer	29
2.3.3 Teknologi kan forandre arbeidsoppgaver	30
2.3.4 Teknologi kan komplisere hverdagen	32
2.3.5 Oppsummering	33
2.4 Krav til kompetanse og kompetanseutvikling	34
2.4.1 Kompetansenivå og læringsevne.	34
2.4.2 Nye krav til helse-, og medisinskfaglig kompetanse	34
2.4.3 Nye krav til teknisk kompetanse (IKT)	35
2.4.4 Krav til samhandlingskompetanse	38

3. Hva har betydning for ibruktaking av ny teknologi?	40
3.1 Venkatesh sin modell	40
3.2 Noen relevante forhold i Fosenkommunene	42
3.3 Spesielt om bruk av videokonferanser	45
4. Konklusjon: Hva blir det viktig å ta hensyn til for å lykkes?	47
LITTERATUR	51
Vedlegg 1: Intervjuguide	
Vedlegg 2: Om "Samhandlingsreformen"	
Vedlegg 3: Om prosjektet "Pilot Digitale Fosen"	
Vedlegg 4: Relasjonskart overordnet	
Vedlegg 5: Relasjonskart ekspandert for en kommune	

FIGURLISTE

Figur	side
Figur 1.1: Konstekstuelle forhold for vurdering ved innføring av nye digitale verktøy	8
Figur 2.1: Forskyvning av pasientbehandlingen i Samhandlingsreformen	24
Figur 3.1: Sammenheng mellom faktorer som påvirker bruk av informasjonsteknologi i en organisasjon. (Venkatesh 2003)	41

TABELLISTE

Tabell	side
Tabell 1.1: Antall intervjuede i ulike informantgrupper	10
Tabell 2.1: Kommunenes relasjoner til AOE, sykehus og ulike legevaktordninger	13
Tabell 3.1: Noen forhold med betydning for teknologibruk basert på intervjuene	43

1. INNLEDNING

1.1 Forprosjektet til Digitale Fosen

Den foreslåtte Samhandlingsreformen (SHR) søker å svare på viktige utfordringer som helse- og omsorgssektoren står ovenfor i tiden framover. Disse utfordringene omhandler hvordan man kan skape mer helhetlige tjenester for pasienter og brukerne, hvordan man bedre kan drive forebyggende helsearbeid og hvordan man kan møte "eldrebølgen" og de nye behovene som oppstår i forbindelse med denne¹.

Et av virkemidlene som foreslås er å styrke kommunenes rolle som et ledd i et nærhetsprinsipp til befolkningen. Dette vil blant annet kreve en annen kompetanse i kommunene og en annen organisering opp mot spesialisthelsetjenesten. Opprettelse av distriktsmedisinske senter (DMSer) er et tiltak som tar dette opp i seg, og som i mange tilfeller krever samarbeid mellom kommuner. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) kan benyttes i kommunikasjonen mellom 1. og 2. linje for å sikre kvalitet og informasjonsflyt, og generelt bidra til å understøtte ny samhandling i helsesektoren.

Kommunene på Fosen samarbeider på en rekke områder, ikke minst i helse- og omsorgssektoren. Det er opprettet et distriktsmedisinsk senter, Fosen Distriktsmedisinske Senter Interkommunale Selskap (Fosen DMS), i et samarbeid mellom kommunene, helseforetaket og St. Olavs Hospital. IKT brukes aktivt i dette samarbeidet.

For å forberede seg på SHR ønsker Fosenkommunene å gjennomføre pilotprosjektet "Pilot Digitale Fosen" (PDF). Gjennom dette prosjektet ønsker man å prøve ut nye digitale verktøy som hjelpemiddel for å realisere målene i SHR. Aktuelle teknologier omfatter blant annet høykvalitets videokonferanser, sensortechnologi og pasientterminaler².

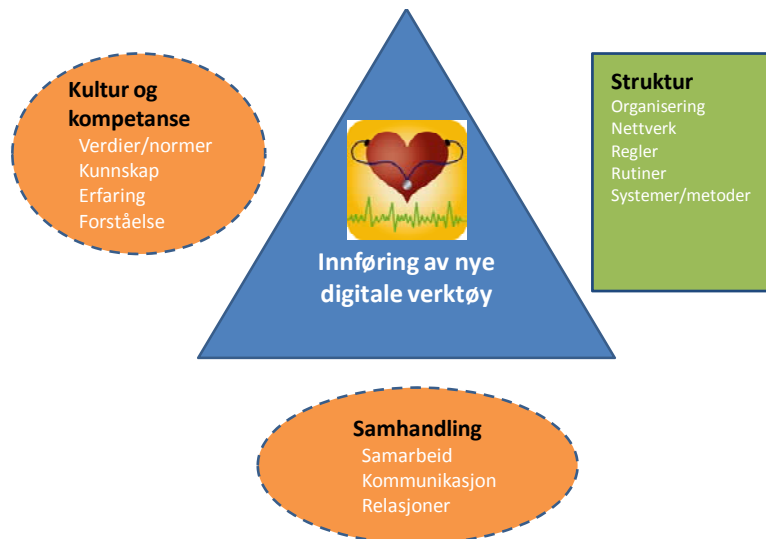
Det er imidlertid en rekke eksempler, både fra helsesektoren og andre bransjer, på at innføring av ny samarbeidsteknologi støter på vanskeligheter og mislykkes, noe som ofte har bakgrunn i at man ikke tar hensyn til de lokale forholdene som teknologien skal innføres i. De nye teknologiske løsningene

¹ En nærmere beskrivelse av hovedinnholdet i Samhandlingsreformen er beskrevet i vedlegg 2.

² Planene for "Pilot Digitale Fosen" og noen aktuelle digitale verktøy som kan prøves ut er kort beskrevet i vedlegg 3.

bør gi muligheter som svarer på noen behov som ”sluttbrukerne” har og den bør innføres på en slik måte at man sikrer en best mulig forankring blant dem.

Gjennom dette forprosjektet ønsker vi nettopp å kartlegge hvilke forhold i Fosenkommunene som er viktige å ta hensyn til i denne sammenhengen. Noen relevante forhold er illustrert på overskriftsnivå i figur 1.1:



Figur 1.1: Konstekstuelle forhold for vurdering ved innføring av nye digitale verktøy

Den foreliggende innledende kartleggingen har som målsetting å klargjøre hvilke eksisterende strukturelle, kulturelle og samhandlingsmessige forhold i Fosenkommunene som det er viktig å ta hensyn til i innføring av nye digitale verktøy. Strukturelle forhold vil være de mest konkrete, og synliggjøres blant annet gjennom organisasjonskart og rapporteringslinjer. Også lovverk, skriftlige regler, rutiner, systemer og prosedyrer kommer inn under denne kategorien. Verdier og felles forståelse omtales gjerne samlet som *kultur*. Verdier kan i vår sammenheng betraktes som brede, generelle mål som ligger til grunn for hele virksomheten. Kompetanse kan forstås som aktørenes totale kunnskap, erfaring, evner og forståelse som kan bidra til å utføre arbeidsoppgaver. Det vil si at både formell utdanning og kursing, samt erfaring fra praksis inngår i det vi omtaler som kompetanse. Samhandling, dvs. den arbeidsrelaterte interaksjonen er også en viktig del av konteksten. Forhold som handler om samhandling kan være samarbeid, kommunikasjon og relasjoner.

Den overordnede problemstillingen som vil bli belyst i kartleggingen er:

Hvilke forhold i Fosenkommunene er det viktig å ta hensyn til i gjennomføringen av Samhandlingsreformen ved bruk av nye digitale verktøy?

Denne er konkretisert i følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke samhandlingsrelasjoner finnes i dag, og hvordan fungerer disse?
- Hvilke forventninger har aktørene til Samhandlingsreformen, og dens betydning for Fosen?
- Hvilke konsekvenser vil innføring av ny teknologi kunne medføre?
- Hvilke krav til kompetanse og kompetanseutvikling vil ny teknologi og samhandling medføre for aktørene i Digitale Fosen?

1.2 Gjennomføring av kartleggingen

Vi benyttet kvalitative intervjuer, både gruppe- og individuelle intervjuer, som metode for å belyse forskningsspørsmålene. Denne innfallsvinkelen kan være hensiktsmessig dersom man er interessert i hva som særpreger et bestemt miljø eller hvordan spesielle fenomener oppleves. En viktig fordel med kvalitativ metodikk er at den med sin åpne tilnærming er egnet å fange opp momenter, temaer og synspunkter som vanskelig lar seg tallfeste (Repstad 2007). En viktig side ved denne intervjurunden ut over det å produsere denne rapporten var å forankre prosjektet på Fosen og dessuten å gi forskergruppen en kjennskap til regionen, kommunene og helsetjenestene der. Vi valgte derfor å gjøre flere intervjuer enn det de allokerte ressursene normalt ville ha gitt grunnlag for.

Det ble utarbeidet en delvis strukturert intervjuguide (vedlegg 1) som hadde følgende oppbygging:

- Bakgrunn/innledning
- Samhandlingsrelasjoner
- Samhandlingsreformen
- Bruk av IKT
- Kompetanse
- Forventninger til nye IKT-løsninger

Innledningsvis i kartleggingen (oktober 2009) ble det gitt informasjon om planene for kartleggingen i et møte i forumet for helse- og omsorgslederne på Fosen. Alle Fosenkommunene var representert på møtet. I etterkant tok vi kontakt med helse- og omsorgslederne telefonisk for å avtale intervjuer. Disse fikk også oversendt et informasjonsskriv til distribusjon til mulige informanter.

Her ble det understreket at deltakelse var frivillig, og at alt som ble sagt var konfidensielt og ville bli anonymisert.

Vi ønsket å få et bredt grunnlag for kartleggingen, og ønsket å innhente vurderinger fra personer i alle kommunene som hadde en relasjon til Fosen DMS. Det ble gjennomført intervjuer i Osen, Roan, Åfjord, Bjugn, Ørland, Leksvik og Rissa kommune. Følgende grupper ble intervjuet i disse kommunene:

- Helse- og omsorgsledere
- Ansatte i hjemmetjenestene
- Sykehjemsansatte
- Kommunelege/ lege
- Virksomhetsledere

Det ble også gjennomført intervjuer av representanter fra Fosen DMS og St. Olavs Hospital som hadde innsikt i Fosensamarbeidet. Disse ble kontaktet direkte av oss for intervjuavtaler og de fikk det samme informasjonsskrivet. Tabell 1.1 gir en oversikt over antall personer som ble intervjuet i de forskjellige gruppene:

Tabell 1.1: Antall intervjuede i ulike informantgrupper

	Antall personer intervjuet
Ansatte i hjemmetjenestene	14
Sykehjemsansatte	15
Ledere i kommunene	13
Kommuneleger/leger	2
Ansatte St. Olavs hospital	5
Ansatte tilknyttet Fosen DMS/ Avdeling for observasjon og etterbehandling	4

Totalt ble 53 personer intervjuet. Intervjuene hadde en varighet på ca 1 time. Det ble brukt opptaker og intervjuene ble transkribert i etterkant. I tillegg til intervjuene, ble det innhentet en god del dokumentasjon som ble benyttet som bakgrunnsinformasjon om SHR, Fosen, Fosen DMS og kommunene. Relasjonene mellom kommunene og aktørene ble forsøkt strukturert gjennom relasjonskart. Eksempler på slike er gjengitt i vedlegg 4 og 5.

1.3 Videre oppbygging av rapporten

I neste kapittel (kapittel 2) presenteres funn og analyser knyttet til de fire forskningsspørsmålene; vurderinger av eksisterende samhandlingsrelasjoner (kapittel 2.1), forventninger til SHR (2.2), mulige konsekvenser ved innføring av ny teknologi (2.3) og nye krav til kompetanse og kompetanseutvikling som teknologien og SHR vil kunne medføre (2.4).

I kapittel 3 drøftes hovedfunnene i lys av teori om forhold som påvirker bruk av ny teknologi generelt. Avslutningsvis (kapittel 4) konkluderes det i forhold til hovedproblemstillingen og det presenteres noen sentrale forhold som det blir viktig å ta hensyn til i gjennomføringen av SHR ved bruk av nye digitale verktøy.

2. FUNN OG ANALYSE

2.1 Samhandlingsrelasjonene

Innenfor helse- og omsorgssektoren på Fosen er det samhandling både internt i kommunene, mellom kommunene og mellom kommunene og DMS og sykehus. For å se på samarbeidet innenfor helse- og omsorgssektoren på Fosen er det viktig å kartlegge disse samhandlingsrelasjonene, for å finne ut hvilke samhandlingsmønstre og kommunikasjonsmønstre som eksisterer. I det følgende belyses forskningsspørsmålet: *Hvilke samhandlingsrelasjoner finnes i dag, og hvordan fungerer disse?*

Nedenfor følger en nærmere beskrivelse og vurdering av de forskjellige samhandlingsrelasjonene mellom helsetjenestene i kommunene på Fosen. Vi har delt opp beskrivelsene i Fosen DMS/AOE, sykehjem, hjemmetjeneste, primærleger og fagnettverk. Vi har blant annet spurt om hvem de samhandler med, og hvordan dette gjøres og om eventuelle barrierer mot samhandlingen. Til slutt blir det en oppsummering med forslag til noen forbedringsområder for samhandlingen i behandlingslinja.

2.1.1 Fosen DMS, Avdeling for Observasjon og Etterbehandling (AOE)

Fosen DMS, avdeling for observasjon og etterbehandling (AOE) er den enheten som har jevnlig kontakt med sykehuset i Orkanger, som er en del av St.Olavs Hospital. AOE har 13 døgnplasser og er utstyrt som en sykehusavdeling. Det faglige ansvaret for enheten ligger hos klinikkjefene på akuttavdelingen og ortopediavdelingen ved St. Olavs Hospital. De har samarbeidet tett over lengre tid, og sier samarbeidet med Fosen DMS fungerer veldig bra.

Videre har AOE kontakt ut mot kommunene i Fosen, spesielt med hjemmetjeneste når pasienter skal legges inn på AOE eller tilbake til kommunene. Ikke alle kommuner er brukere av tilbudet til AOE, så samhandlingen vil bli begrenset av dette. Med de kommunene som bruker AOE er det samhandling mellom alle instanser mot kommunene (leger, legevakt, sykehjem og hjemmetjenesten) alt etter hvor pasienten kommer fra/skal tilbake til. På dette nivået vil samhandlingen være knyttet til behandling av pasienten. Mot sykehuset er samhandlingen delvis planlagt og til faste tider, i tillegg til at legevakten vil ha samhandling med sykehus og kommuner etter behov. Tabellen under viser hvilke kommuner som er brukere

av AOE, hvilke sykehus de sokner til og de legevaktordningene som eksisterer³:

Tabell 2.1: Kommunenes relasjoner til AOE, sykehus og ulike legevaktordninger

Kommune	Bruk av AOE	Sykehus	Legevaktordning
Osen	Nei	Sykehuset Namsos	Felles legevakt med Namsos
Roan	Nei		
Åfjord	Ja	St. Olavs Hospital /Orkdal	Felles legevakt - Fosen legevaktsentral, ved Fosen DMS
Bjugn	Ja		
Ørland	Ja		
Rissa	(Noe) ⁴		Felles legevakt, lokalisert i Vanvikan
Leksvik	Nei	Sykehuset Levanger	

Ansatte ved Fosen DMS vurderer samarbeidet med sykehuset og kommunene som godt, og ansatte fra samarbeidskommuner ser på Fosen DMS som ”en samarbeidsarena mellom St.Olavs og Fosenkommunene”. Denne arenaen ses på som en viktig forutsetning for samarbeidet, ved at sykehuset kan forholde seg til en samarbeidspartner, istedenfor syv kommuner. Fosen DMS, AOE, fungerer som bindeleddet mellom sykehuset og kommunene, og er i praksis også ”nærsykehuset” til innbyggerne på Fosen.

De kommunene som ikke benytter AOE (Osen, Roan, Leksvik, delvis Rissa) blir stående litt utenfor denne forankringen til sykehuset. Noen av disse kommunene sokner til andre sykehus (og legevaktsordninger) og sier selv at de har et tilstrekkelig behandlingstilbud. Selv om ikke alle kommunene benytter tilbudet ved AOE, sier alle kommunene at de verdsetter samarbeidet gjennom Fosen regionråd og Fosen DMS, og ser på dette som en styrke for samarbeid mellom kommunene på Fosen.

Kommunene som ikke benytter AOE nå ønsker en videreutvikling av samarbeidet med Fosen DMS, og de er spesielt fornøyd med muligheter for

³ Jfr. vedlegg 4 og 5 for en illustrasjon av samhandlingsrelasjonene slik vi har oppfattet dem.

⁴ Rissa benytter sengeplasser for etterbehandling, men ikke for observasjon.

kompetanseutvikling og samarbeid mellom ansatte i kommunene, for å bedre pasientbehandlingen. De ønsker at Fosen DMS kan fungere som en kompetanse- og ressursbase for dem, slik at de på den måten kan få kompetanse og eventuelt låne utstyr om de får en pasient med spesielt behov for behandling de ikke gjør så ofte, så kan de få hjelp av andre kommuner eller Fosen DMS. Digitale verktøy vil da føre til at man kan slippe å reise langt til kurs, eller kjøpe inn dyrt utstyr som man kanskje bare behøver en gang.

Vurdering av kommunikasjonsmønstre og bruk av teknologi

Det er daglige morgenmøter over videokonferanse mellom AOE og medisinsk avdeling ved Orkanger Sykehus. Disse er planlagte og til faste tidspunkt, og informantene er veldig fornøyde med dette. Det fremheves blant annet at de som bruker tilbudet på Fosen DMS får en trygghet ved å få tilgang på spesialistkompetanse.

Dessverre har ikke teknologien fungert optimalt til enhver tid, og det har vært perioder hvor de ikke har kunnet benytte videokonferanse på flere uker. Fosenkommunene vil være avhengig av at de har en fungerende brukerstøtte for å kunne bruke videokonferanseutstyr mer aktivt. Hvis man ikke får god nok støtte når slike problemer dukker opp, kan det medføre at man slutter å bruke utstyret fordi det ikke er stabilt nok. Når utstyret fungerer er ansatte ved AOE veldig fornøyde med bruken av videokonferanse mot Orkdal.

Fra AOE ut mot kommunene brukes videokonferanse i liten grad. AOE og legevakten har ofte telefonisk kontakt med sykehjem/hjemmetjeneste/leger. Dette er det antageligvis flere årsaker til. Flere sier at man sjelden selv tar initiativ til videokonferanser. Noen ansatte har også opplevd at motparten ikke ønsker dette, eller at de ikke vet hvor utstyret er, hvordan man kobler seg opp og lignende. Det ser ut til å være problematisk å initiere til videokonferanse om dette ikke planlegges på forhånd, og begge parter er villige og kompetente nok til å bruke videokonferanseutstyret. Plasseringen av videokonferanseutstyret ser også ut til å spille en rolle. Hvis utstyret står ned i en kjeller, langt unna de ansatte eller på en "ukurant" plass, vil også dette være en barriere mot bruk.

2.1.2 Sykehjem og hjemmetjeneste

De ansatte på sykehjemmene og i hjemmetjenesten samarbeider med både leger, sykehus og Fosen DMS. Pasienter som blir sendt hjem etter behandling, til Fosen DMS eller rett til legevakt/sykehus vil naturlig nok skape behov for samhandling med disse instansene. Internt i enkelte kommuner har hjemmetjenesten og sykehjem tett samarbeid, blant annet ved at de deler

personell, er lokalisert i samme bygg og har god kontakt når pasienter forflytter seg mellom hjemmet/sykehjem. De administrativt ansatte opplever å få utnyttet ressursene bedre gjennom dette, samtidig som det også kan bedre kompetansen og være med oversiktlig for pasientene.

Vurdering av kommunikasjonsmønstre og bruk av teknologi

Ved samhandling mellom sykehjem/hjemmetjeneste og lege/Fosen DMS/Sykehus er det ofte epikriser, medisinkort og andre opplysninger som følger pasienten og som er viktig informasjon for alle samarbeidsparter. Flere av de ansatte nevner denne informasjonsutvekslingen som en viktig del av samhandlingen, og de fleste er klare på at de ikke har tatt i bruk de digitale mulighetene som finnes for å gjøre dette på en mer effektiv måte.

Selv om flere vurderer samarbeidet som godt, er det problemer med informasjonsflyten og måten informasjonen utveksles på. Ved utskrivelse fra St. Olav kan det være tildels store forsinkelse på ettersendelse av epikriser, og mangler i informasjon om hjemkomst og helsetilstand.

Dokumentprogrammet Profil ble innført fra 2006, og brukes nå av alle kommunene utenom Ørland. De ansatte er generelt veldig fornøyde med dette programmet og ser klare fordeler med å bruke det. Det ble dannet et fagnettverk for at man sammen skulle bli enige om et dokumentprogram man kunne kjøpe inn i fellesskap. Samhandlingen om Profil har fungert godt og de ansatte trekker fram at det er en stor fordel at man samarbeider om dette. Programmet kan endres etter behov, og kommunene har derfor gått sammen om å tilpasse programmet slik at det fungerer optimalt etter kommunenes behov.

”Det tror jeg vi har tjent mye utrolig mye på [...]. Både i forhold til at vi har kommet bedre ut økonomisk, enn om hver kommune skulle kjøpt det inn hver for seg, og det med at vi kan veilede hverandre og bruke oss slik på tvers av kommunene. Det er kjempefordel”.

Blant annet vil dette programmet inneholde en egen prosedyredel, hvor man kan gå inn og få prosedyren om det er noe nytt man må gjøre, eller man trenger en oppfriskning.

Innføringen av Profil medførte at alle ansatte måtte ta i bruk programmet og få opplæring i det. På forhånd var det både positive og negative reaksjoner til

dette, men lederne mener innføringen har gått veldig bra og at det er mye mindre motstand mot dette nå enn i starten.

Legene bruker imidlertid andre journalprogram, og disse programmene kommuniserer ikke med Profil. Dette medfører at man ofte bruker papir for å utveksle informasjon om f. eks. medisinnoppdateringer. Dette er tungvint for de som må registrere dette inn i sitt system, samtidig som det medfører en risiko for pasienten da dokumentasjonen ikke alltid kommer i rett tid, eller at den ikke blir lagt inn i Profil.

Nesten alle kommunene har videokonferanseutstyr, og har hatt dette et par år. De som ikke har hatt dette skal få det på plass i løpet av 2010, og det er samtidig planlagt en forbedring av infrastrukturen.

Når det gjelder digitale verktøy og bruk av disse er det først og fremst kurs og opplæring over nett og videokonferanse de ansatte nevner. Flere ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste har i løpet av de siste årene vært med på kurs eller opplæring gjennom blant annet Fosen DMS og NettOpp Fosen. Dette har som regel fungert godt, og de ansatte er veldig positive til slike tiltak. De ønsker også mer av dette. For eksempel gjennomfører Fosen DMS videokonferanse på et fast tidspunkt i uken/annenhver uke, men på grunn av tidspunktet for kurset kan ikke sykehjemsansatte være med på dette (dette er først og fremst ment til ambulansetjenesten, men det er også åpent for andre som ønsker det).

Men selv om teknologien er på plass, er det flere som fremhever at det må være enkelt å bruke, det må være til å stole på, og ikke minst må man bruke det:

”Jeg tror det er det her med å være bevisst at vi har det. Jeg tror det er så enkelt som det, at man må komme på: oi, vi har jo videokonferanse. Det vi bruker det mest på er i opplærings- og kompetanseøymed [...]. Men i den her administrative hverdagen vår, den her møtehverdagen vår, så er vi kanskje ikke så gode. [...] Og når det gjelder det her med medisinsk utredning og oppfølging så er vi veldig avhengig av at legene også er bevisste”.

Ved behov for behandling av sår har det i noen tilfeller blitt gjennomført videokonferanser mellom sykehjemsansatte og leger eller sykehus. Dette ser ut til å ha fungert greit hos noen, men det skjer veldig sjelden. Som oftest sendes bilder av sår pr. post for vurdering. Dette opplevdes som veldig tungvint og unødvendig når det kunne blitt sendt elektronisk. Flere kommuner har opplevd negativ respons når de har foreslått å bruke digitale verktøy i samhandlingen.

Dette har igjen ført til at de ikke tar initiativ til dette, og at man også føler seg usikker på hvordan utstyret fungerer når det brukes sjelden. I tillegg har det også vært problemer med at utstyret eller forbindelsen ikke fungerer optimalt i kommunene, noe som igjen har skapt en usikkerhet rundt teknologien. Det blir en barriere mot bruk om man hele tiden må teste om utstyret fungerer, eventuelt bruke tid på å sette opp utstyret og risikere at man ikke får brukt det når man først har planlagt et møte over videokonferanse.

Enkelte ansatte har tidligere fått demonstrert enkelte prosedyrer fra sykehus over videokonferanse, og var veldig fornøyde med det. Dette kan muligens overføres til samhandlingen mellom kommunene, hvor sykehjemmene kan bruke hverandre som ressurser når man for eksempel trenger en prosedyregjennomgang. Med fungerende utstyr og kontaktpersoner kan sykehjemmene dele kompetanse uten at man trenger å bruke mye tid eller reising på dette. Dette vil igjen være med å stimulere bruk av videokonferanse og kan skape tettere samhandling mellom enheten som vanligvis ikke samhandler så mye med hverandre.

Når det skal gjennomføres kurs rettet mot disse ansatte er det flere ting, slikt som tidspunkt, som det bør tas hensyn til. Det har også vært prøvd ut kurs med flere kommuner, men aldri med alle kommunene samtidig. Dette er både på grunn av manglende utstyr og linjekapasitet.

Ved videokonferanse vil det være to parter som begge må være forberedt og innstilt på å bruke dette i kommunikasjonen. For å komme i gang kan det derfor være nyttig å opprette noen faste relasjoner og planlagte møter, og så utvide det til også andre bruksområder. For eksempel i forbindelse med Profil, vil det kunne være nyttig for sykehjemsansatte og konferere med andre sykehjemsansatte angående prosedyrer eller andre ting. Men for å øke bruken av dette utstyret må man bli vant til å bruke det, og man må ha noen å samhandle med som også ønsker å bruke dette og som ser fordeler med det. På spørsmål om ansatte seg for seg at de kunne brukt videokonferanse i arbeidet, er det mange som er positive til dette, men at det ikke er naturlig å tenke på det som et alternativ.

”Det er i flere sammenhenger at vi kunne brukt det, men vi tenker det ikke i hverdagen, for vi har ikke blitt vant til det”.

De kommunene som ligger langt unna Ørland og AOE ved Fosen DMS ser ikke på Fosen DMS, AOE som en naturlig samhandlingspartner, grunnet de geografiske avstandene. Dette forsterkes også av at de har egne

legevaksordninger, og sokner til andre sykehus enn St. Olavs Hospital. Men alle kommunene er med i noen aktiviteter i Fosen DMS, eksempelvis Folkehelse Fosen og NettOpp Fosen og andre kurs og opplæringer som blir tilbudt. Dette er med å knytte sammen Fosenkommunene og opprettholder et visst nivå av samarbeid.

2.1.3 Primærleger

Primærlegene er knutepunkt i pasientbehandling, og samarbeider med Fosen DMS, legevakt, sykehus og kommuner. Kommunelegene har også et kommunelegeforum for miljørettet helsevern hvor de fleste kommunelegene på Fosen er med.

Vurdering av kommunikasjonsmønstre og bruk av teknologi

Enkelte leger har erfaring med bruk av videokonferanse gjennom legevaksordningen eller fra sykehjem, men fastlegene bruker generelt videokonferanse i liten utstrekning. Det er en uttrykt skepsis til hvorvidt videokonferanse er egnet til konsultasjoner mellom lege og pasient. En lege forklarer dette med at *”man helst vil se pasienten. Høre på dem og slike ting”*. Skepsisen er knyttet til om videokonferansen gir nok *”båndbredde”* og informasjon til god diagnostisering.

Det er mer positiv respons til bruk av videokonferanse *mellom behandlere*. I enkelte kommuner er det også veldig få leger, og man må *”være god på alt”*. I slike tilfeller har ny teknologi potensial til å bedre den faglige støtten til leger i mindre kommuner. Da kan man bruke det til å få tilgang til kompetanse, og også spare pasienten for reising:

”Jeg tenker at som fastlege kunne man jo brukt videokonferanse, for eksempel kunne man konferere hudlege og slikt, i stedet for å sende pasienten. Så det har en del uutnyttede muligheter”.

I all bruk av samhandlingsteknologi i behandlingslinja vil legene komme til å spille en stor rolle, og de må kunne se merverdien av å benytte denne typen teknologi. De vil derfor spille en viktig rolle i hovedprosjektet Digitale Fosen.

Også legene sier at det er et problem at Profil og de ulike journalprogrammene til legene ikke kommuniserer med hverandre. Dette medfører ofte dobbeltarbeid. Eksempelvis må medisinendringer ofte skrives ut på papir, slik at de ansatte på sykehjem/hjemmetjeneste kan skrive disse inn i sitt system. Dette medfører også en større risiko for pasienten. *”Dersom en lege endrer*

medisinering kan informasjonen om dette ikke komme fram. De bruker ulike systemer som ikke snakker sammen”. En av legene mente det var behov for en felles database som de ulike datasystemene kunne hente informasjon fra, for eksempel om medisinoppdateringer. Dette vil medføre en mindre risiko for pasienten og mindre jobb med å kommunisere ut til alle enheter.

2.1.4 Fagnettverk og lederforum

På Fosen er det også helsefaglig samhandling på tvers av kommuner utenfor behandlingslinja – på et mer administrativt og faglig nivå. Som tidligere nevnt har Fosen et fagnettverk som samarbeider om dokumentprogrammet til sykehjem og hjemmetjeneste. Et annet forum er helse- og omsorgslederforum, hvor ledere fra alle kommunene møtes jevnlig.

Helse- og omsorgslederforum

I kartleggingen er det også intervjuet en god del ledere i kommunene på Fosen, tilknyttet helse- og omsorgssektoren. Flere av disse er med i helselederforumet på Fosen, som er et formelt organ, utnevnt av Fosen Regionråd. Dette forumet består av helselederne i kommunene. Forumet har ikke beslutningsmyndighet, men brukes som en arena hvor helselederne kan samarbeide, snakke sammen, få informasjon og muligheten til å spille på hverandre i saker de ønsker innspill. Dette fungerer som en plattform for mer samarbeid mellom kommunene også, hvor alle kommunene er representert og de har etablert en relasjon seg i mellom, på administrativt nivå i kommunene.

Det blir i noen sammenhenger holdt møter over videokonferanse i forbindelse med samarbeid på Fosen, men det vanligste er likevel fysiske møter. Helse- og omsorgslederforumet har et potensial til å utnytte videokonferanse bedre, f. eks. ved å ta inn eksterne innledere og enkelt deltakere gjennom slike konferanser. Men også lederne har erfart at teknologien ikke har fungert optimalt til enhver tid, og man er avhengig av stabilitet for å få en struktur på bruken av videokonferanse. I tillegg må også lederne være initiativtakere til bruk av utstyret.

Fagnettverk Profil

Fagnettverket er en faggruppe med representanter fra kommunene, som gikk sammen om å ta i bruk Profil – fagprogrammet for sykehjem og hjemmetjeneste. Dette programmet inneholder alt av rapportering, tiltak, medisinkort etc., og kan brukes av både hjemmetjeneste, sykehjemsansatte og lege. Kommunene har fått mye igjen for dette – både faglig og økonomisk: De

benytter en felles standard og blir enige om hvordan de bygger opp innholdet, og om noe bør endres og lignende. I tillegg sier de ansatte at ”*vi begynner også å tenke faglig likt*”. Det påpekes at man drar stor nytte av hverandre i dette fagnettverket – man kan veilede hverandre og bruke folk på tvers av kommunene. Det avholdes møter ca en gang i måneden, men dette blir kanskje endret etter hvert som man ikke trenger det så ofte. Flere sier ellers at det ikke er noe problem å ta en telefon til noen andre i faggruppen, hvis det er noe man lurer på eller har problemer med. Faggruppen betegnes som et veldig positivt tiltak for kommunene, og for samarbeidet mellom kommunene på Fosen.

”Vi pusher hverandre i utvikling og ta i bruk alle deler av fagprogrammet, så vi har kommet veldig langt i forhold til den tiden vi har hatt det”.

De ansatte forteller om enkelte tekniske problemer, og litt forsinkelser hos leverandør, men de tror dette ordner seg etter hvert, og ønsker å videreutvikle programmet.

Fagnettverket har ikke benyttet videokonferanse som samhandlingsverktøy men kunne også hatt nytte av dette i noen tilfeller, f. eks. gjennom å ta med eksterne med i møter eller enkeltdeltakere i nettverket.

Det er også flere ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste som kunne tenke seg mer samarbeid mellom kommunene. Fagnettverket har etablert en relasjon mellom kommunene som går på faglig utvikling, hvor de samarbeider om å utvikle et godt dokumentprogram. Denne relasjonen kan man bygge videre på, og bruk av digitale verktøy i denne samhandlingen kan føre til ressursbesparelser, samtidig som man kan utvikle det faglige samarbeidet. Også her vil det være nødvendig å få til rutiner hos alle parter, slik at man minker eventuelle barrierer mot bruk av slike verktøy. Flere ansatte i behandler/pleie og omsorgsfunksjon vil ha stor nytte av samhandling på tvers av kommunene, hvor de kan utveksle informasjon og kompetanse mer direkte.

2.1.5 Oppsummerende vurderinger

Det eksisterende helsefaglige samarbeidet mellom de ulike aktørene på Fosen fungerer i store trekk godt. Dette er et godt utgangspunkt for en videreutvikling av dette samarbeidet, blant annet knyttet til behandling. Mange kommuner (sykehjem og hjemmetjeneste) sier de allerede er i gang med mye av det man ønsker å oppnå med SHR, med tanke på behandling. De gjør mye behandling i kommunene, sykepleierne utfører oppgaver som ofte blir gjort på sykehus, og folk er lengre hjemme, enn ”institusjonalisert” på sykehjem.

Vi finner mange samhandlingsrelasjoner innad i kommunene. Det meste av denne samhandlingen er direkte knyttet til behandlings- og omsorgsbehov som pasientene har. Enkelte kommuner har også organisert sykehjems- og hjemmetjenesteansatte sammen for å utnytte ressursene godt og øke robustheten ved f. eks. fravær.

Det er også en del faglig samhandling mellom ansatte på tvers av kommunene gjennom blant annet helse- og omsorgslederforum, men dette gjelder mest for ledere og administrativt ansatte. Flere ansatte i behandler/pleie og omsorgsfunksjon vil ha stor nytte av samhandling på tvers av kommunene, hvor de kan utveksle informasjon og kompetanse mer direkte. Et annet trekk ved samhandlingen er at det ofte blir valgt tradisjonelle kommunikasjonsmidler, og det er kun AOE og Orkdal sykehus som har faste, planlagte møter over videokonferanse.

Fosen DMS er et nettverk, og et knutepunkt for samarbeid på Fosen, og det vil bli viktig å styrke dette nettverket videre i prosjektet Digitale Fosen. For de kommunene som ikke bruker AOE vil andre deler av Fosen DMS kunne være en viktig samarbeidsaktør på Fosen, for eksempel ved å fungere som en kompetanse- og/eller ressursbase for disse kommunene. Dette vil igjen styrke nettverket og føre til at alle kommunene er med i sterkere grad enn i dag.

Fosen DMS, AOE, har naturlig nok mest eksternt samarbeid, som omfatter både primær- og spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet med disse fungerer stort sett godt. Ved utskrivelse fra St. Olavs Hospital er det imidlertid stor forsinkelse på ettersendelse av epikriser. Dette gjelder også andre kommuner, hvor både hjemmetjeneste og sykehjem til tider opplever dårlig kommunikasjon med sykehus når pasienter skal komme tilbake til kommunen. For kommunene gjelder ikke dette bare epikriser, men også informasjon om hjemkomst og vurdering av helsetilstand. I tillegg har det vært lite elektronisk samhandling mellom disse enhetene, og de må av og til sende bilder på papir i post. Dette er både unødvendig og tar for mye tid. Her kan informasjonsflyten bedres med mer bruk av digitale verktøy og bedre rutiner for bruk av dette.

Fosen DMS er også lite tilfreds med brukerstøtte og oppfølging på det utstyret de bruker i dag. De opplevde at utstyret ble plassert ut, og så skulle alt gå av seg selv. Dette er med på å svekke tilliten til disse teknologiske løsningene. AOE og St. Olavs Hospital (Orkdal) har likevel klart å opprettholde en viktig og velfungerende samhandlingsrelasjon over videokonferanse. Erfaringer fra denne måten å arbeide på kan også overføres til kommunene, som kan lære av AOE og Orkdal sykehus sine kommunikasjonsmønstre.

Det er også problematisk at kommunene har videokonferanseutstyr, uten at samhandlingspartnerne har god kjennskap til dette. Om man skal bruke dette opp mot sykehusene er det også viktig at kommunene vet hvem de skal kontakte, og at man slipper å bruke mye tid på å ringe rundt. Her bør aktørene utarbeide rutiner for å muliggjøre slik bruk.

Sykehjemmene og ansatte i hjemmetjenesten i de ulike kommunene har faglige samarbeid gjennom blant annet NettOpp Fosen, medisinhåndteringskurs, Faggruppen Profil og lignende. Kurs og opplæring har ofte blitt gjennomført over nett og video, og de ansatte er veldig fornøyde med kurs og kompetansetiltakene, selv om teknologien ikke alltid har fungert.

De ansatte mener også de har et stort potensial til å bedre kommunikasjonen og informasjonsflyten mellom sykehjem og leger, legevakt og sykehus. De ønsker derfor å kunne bruke videokonferanse enda mer, og også for ”møter”, for eksempel knytte kontakter/nettverk, for deretter å kunne øke kompetansen på dette. Ved å skape flere møteplasser/arenaer for samhandling, for eksempel for å styrke og implementere bruk av videokonferanse mellom alle instanser, kan man spille mer på hverandres kompetanse og man kan løse utfordringer i fellesskap. utfordringen ligger i å skape disse møteplassene og få de ansatte til å bruke utstyret mer, slik at man kan opparbeide rutiner på dette over tid.

Blant annet har hjemmetjenesten et fagnettverk med kreftsykepleiere. Slike nettverk kan skapes for alle grupper ansatte som ønsker det, og med digitale verktøy kan samhandlingen gå raskere og mer effektivt. Det kan også være med å senke terskelen for å ta kontakt med andre ansatte/faggrupper.

Selv om videokonferanse har blitt brukt i flere sammenhenger, har det vært en del problemer med teknologien og infrastrukturen. Her føler kommunene de får for dårlig brukerstøtte, og dette bidrar til at man ikke bruker det så ofte ellers. Man gir heller opp, og bruker i stedet andre metoder for å avholde møter. En sterkere satsning på support, og klare retningslinjer for hvem som er ansvarlig for dette må også være på plass samtidig med utstyret. Flere mislykkede forsøk med slikt utstyr vil skape flere barrierer for bruk, og den ressurs- og tidsmessige gevinsten vil også forsvinne. De ansatte nevner flere årsaker til at de ikke bruker det i dag, og en av de viktigste er at de ikke har en mottaker som er klar for å bruke det, eller at man rett og slett ikke tenker at man kan bruke det. Imidlertid mener de ikke det er på grunn av at man mangler teknologisk kompetanse, for de aller fleste har fått opplæring i utstyret, og synes det er relativt enkelt å bruke. Når det brukes så sjelden opplever de ansatte at de

mister ”troen” på at de kan det, selv om de sier det er enkelt, og man har ikke full tillit til at det fungerer.

Geografien påvirker også samhandlingsrelasjonene mellom kommunene og kommunene og sykehus. Kommunene sokner til forskjellige sykehus og fylker. I tillegg er det langt mellom enkelte nabokommuner og lokalt samarbeid er derfor heller ikke så enkelt. Man har også forskjellige legevaktordninger (3 stk) blant de syv kommunene, og det er lite sannsynlig at dette blir slått sammen til en.

2.2 Forventninger til Samhandlingsreformen

I dette avsnittet belyser vi forskningsspørsmålet: *Hvilke forventninger har aktørene til Samhandlingsreformen, og dens betydning for Fosen?* De forskjellige aktørene hadde til dels ulike forventninger og presenteres separat for ledere i kommunene, sykepleiere og ansatte i hjemmesykepleien, primærlegene og for ansatte ved sykehus og Fosen DMS.

2.2.1 Ledere i kommunehelsetjenesten

Den tydeligste forventningen lederne i kommunehelsetjenesten hadde i tilknytning til SHR var at den ville innebære sterkere incitament for kommunene for å satse på forebyggende helsearbeid, mestring og egenomsorg. Oppfatningen var at dette på sikt kunne føre til at helsekostnadene for kommunene kunne reduseres. En større satsning på forebygging ville imidlertid kreve en mental omstilling.

”Men jeg tror nok at den vridningen vi må ha i kommunene, det er at vi tørr å satse helt ytterst, at vi tørr å satse på den forebyggende biten, og at vi klarer å sette av nok midler og har tro på at det skal gjøre befolkningen vår i stand til og enten unngå sykdom eller kunne leve med å ivareta sin sykdom i mye større grad i lengre tid. Det er den største vridningen i tankegangen vår.”

Det foreligger allerede en beslutning om å etablere en satsning på forebyggende helsearbeid kalt ”Folkehelse Fosen”. En mulighet man så innenfor denne satsningen var å etablere en interkommunal enhet som inkluderte et lærings- og mestringssenter. I dag ligger slike senter hovedsakelig innenfor sykehusene.

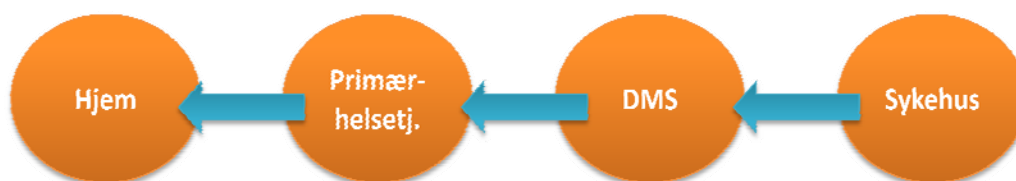
Lederne var imidlertid i stor grad også opptatt av *utfordringene* som SHR ville kunne gi for kommunene. Dette var blant annet knyttet til kommunikasjon, ved at man måtte bli i stand til å kommunisere både bedre og med flere når mer av

helsetjenestene skulle gis i kommunene. Man så at samarbeidsteknologi kunne være et hjelpemiddel i så måte:

”Det jeg ser at blir utfordringene med samhandling i det hele tatt, er at vi må ha enkle måter å kommunisere og samhandle på. Det er for langtekkelig slik det er i dag. Det må være enklere, og da er det klart det er de teknologiske løsninger som må ligge i det.”

Flere påpeker svakheter når det gjelder IKT-integrasjonen mellom 2. og 1. linje, for eksempel når det gjelder journaler og epikriseoverføring, og ser dette som en utfordring i forhold til økt og medisinsk sett mer avansert samhandling mellom disse fremover.

Lederne så også en kompetanseutfordring knyttet til ”forskyvningen mot venstre” av pasientbehandlingen som det legges opp til i SHR (figur 2.1):



Figur 2.1: Forskyvning av pasientbehandlingen i Samhandlingsreformen

SHR ville kunne føre til at man fikk ansvaret for andre pasientgrupper enn de man hadde i dag, og dermed at man fikk nye kompetansebehov knyttet til disse nye gruppene. Flere hadde imidlertid et nyansert syn på dette, og mente at små kommuner var godt forberedt også kompetansemessig på SHR ved at man har erfaring med mer avanserte oppgaver enn større kommuner. Det var også oppfatningen at man i Fosen-kommunene hadde lang erfaring med å gi tilbud til diagnosegrupper som f. eks. kols-, kreft- og psykiatrispasienter. Flere av lederne mente man i Fosen-kommunene allerede i dag gjennomfører mye av det som ligger i SHR:

”Det er mulig jeg er litt korttenkt, men jeg tror ikke småkommunene får så store utfordringer i forhold til Samhandlingsreformen, i forhold til de store kommunene. For vi i småkommunene har vært nødt til å ta mye av dette fra før. Vi foretar blodtransfusjoner her, vi har terminalpleie til kreftpasienter. Utrolig mye slikt, det har vi holdt på med i mange år. Men jeg vet det, at blant annet i store kommuner så legger ikke sykepleierne inn en venflon ved intravenøs behandling. Det er noe som er helt naturlig for oss å gjøre.”

En annen mulig utfordring med SHR som ble trukket fram av lederne var kapasitet. Generelt ga helselederne uttrykk for at SHR ville kunne bety en større aktivitet i kommunene, både *før* sykehusinnleggelse, da i betydningen forebyggende helsearbeid, *i stedet for* sykehusinnleggelser, for eksempel i DMSet og *etter* sykehusinnleggelser som en følge av tidligere utskrivinger fra sykehus.

Det var enighet om at reformen ville kreve flere helse- og omsorgsarbeidere, uten at man hadde noen klar formening om hvor man skulle hente flere fagarbeidere fra eller hvordan nye stillinger skulle finansieres. Dette ble sett på som en klar utfordring i kommuner med negativ befolkningsvekst. Flere hadde vansker med å se hvordan finansieringsmodellene knyttet til SHR, for eksempel prinsippet om at ”pengene skal følge pasienten”, skulle gjennomføres i praksis.

2.2.2 Sykepleiere og ansatte i hjemmesykepleien

Mange sykepleiere og ansatte ved sykehjem/ i hjemmesykepleien som ble intervjuet var mindre opptatt av SHR og hadde til dels uklare forventninger til reformen og betydningen den kunne få for Fosen. Noen ga uttrykk for at arbeidshverdagen ikke ga rom for å reflektere over den generelle organiseringen av helsevesenet og mente at dette lå ”over vårt nivå” og var en sak for ledelsen og politikerne. Noen knyttet imidlertid SHR mot Fosen DMS og mente at man gjennom dette allerede var en modell for resten av landet. En sykehjemsansatt uttrykte seg slik:

”Det jeg føler jeg vet er jo det at Fosen er litt spesiell og har DMS og samarbeid mellom flere av kommunene. Og at dette er ønskelig å ta opp flere plasser i landet. Noe annet kan jeg ikke si at jeg føler meg trygg på.”

Noen så også for seg at man gjennom SHR kom til å få pasienter med større og mer avansert behov for pleie/behandling. De mente imidlertid at dette også hadde vært utviklingen de senere årene uavhengig av SHR, noe som blant annet ble knyttet til en større andel eldre i befolkningen, tidligere utskrivinger fra sykehus og større forventninger fra pårørende til pleie/behandling. En ansatt i hjemmesykepleien sier det på denne måten:

”Men det er jo en utvikling som vi har hatt de senere årene, så det er ikke noe nytt for oss. Vi har fått mer og mer ansvar og det blir mer og mer komplekst hva hver enkelt pasient trenger.”

2.2.3 Primærleger

Primærlegene hadde merket seg at tidligere helse- og omsorgsminister hadde uttalt at det kunne være aktuelt å sette et tak på 1000 pasienter for den enkelte fastlege. Hensikten med dette var å frigjøre tid til andre oppgaver. De uttrykte imidlertid usikkerhet i forhold til hva den frigjorte tiden eventuelt kunne brukes til. De var imidlertid positive til at denne tiden kan brukes til forebyggende helsearbeid.

”Det betyr at vi må ut av kontorene våre eller jobbe på en annen måte for å drive forebyggende helsearbeid, mye flere timer enn vi jobber nå. Det vil ha stor betydning, en revolusjon i forhold til måten man jobber på. [...] Vi tenker at her bør kommunene definere sine behov selv, men det legges opp til ganske sterk styring. Men dette med at vi skal være med ute og drive forebyggende helsearbeid og ta mer ansvar for pasientene selv, det har jeg veldig sansen for altså. Det er klart vi kan det.”

Det ble likevel framhevet at det er uavklarte spørsmål, blant annet knyttet til refusjonsordninger og en reduksjon i lønn som taket på pasienter ville medføre. Det ble også satt spørsmålstegn ved hvor realistisk SHR var, blant annet i forhold til rekruttering av leger. Taket på antall pasienter ville kreve flere legestillinger, og det ble stilt spørsmålstegn ved hvor disse skulle hentes fra, all den tid man også nå hadde problemer med å få fastleger til å bli værende i kommunene over tid.

2.2.4 Sykehusansatte og ansatte knyttet til Fosen DMS

Sykehusansatte forventet at SHR kunne redusere belastningen på sykehusene. DMSer slik man har på Fosen og i Stjørdal kunne behandle pasienter som ellers ville bli innlagt på sykehusene og også observere de i etterkant av sykehusinnleggelse. Totalt sett mente man at dette kunne bli mer samfunnsøkonomisk lønnsomt:

”Gjennomgående så vil det jo være økonomisk gunstig å flytte deler av vår virksomhet ut på Fosen, hvis den kan drives der, for de driver jo på et lavere kostnadsnivå enn oss. [...] DMSen er billigere per døgn enn sykehuset.”

Generelt hadde man en positiv oppfatning av Fosen DMS fra sykehusets side og det samarbeidet man hadde fått til mellom kommunene og opp mot spesialisthelsetjenesten. Det ble imidlertid stilt spørsmålstegn ved om hvor lett det var å få til tilsvarende samarbeid mellom andre kommuner i Norge. Oppfatningen var at samarbeidet på Fosen hadde utviklet seg steg for steg over tid og for en stor grad blitt drevet fram av ildsjeler. På bakgrunn av dette ble

Fosen betraktet som å være i en særstilling når det gjaldt mulighetene for å realisere SHR.

Det ble også uttrykt bekymring for at finansieringsordningen knyttet til reformen var uklar. Både sykehus, helseforetakene og kommunene har en sårbar økonomi og uklarheter rundt hvordan en finansieringsordning skal fungere ble betraktet som en mulig hindring for en god realisering av reformen.

De som var tilknyttet Fosen DMS framhevet at de hadde kommet langt med å jobbe etter de prinsippene som lå i SHR på Fosen. Ved AOE hadde det vært flere hundre innleggelses som hadde avlastet sykehusene og det med et befolkningsgrunnlag på ca 14 000.

Man hadde her en forventning om at SHR kunne gi mer stabile og forutsigbare økonomiske rammebetingelser for DMSet. Slik det var i dag ble det brukt mye tid på å sikre tilstrekkelige ressurser fra de aktørene som er involvert.

2.2.5 Oppsummering

Fosenkommunene virker godt forberedt på gjennomføringen av en eventuell SHR. Det er et godt etablert samarbeid kommunene imellom og det er opprettet et DMS som aktørene anser som en suksess og som har et etablert samarbeid med spesialisthelsetjenesten. På flere områder er helsetjenestene basert på prinsippene i SHR allerede. Det gis også relativt avanserte helsetjenester for en rekke diagnosegrupper i dag. Man hadde forventninger om at SHR kunne gi mer forutsigbare økonomiske rammebetingelser for DMSet.

Forebyggende helsearbeid er et område som aktørene mener kan videreutvikles gjennom SHR i Fosenkommunene, blant annet opprettelsen av "Folkehelse Fosen", som også vil kunne inkludere et lærings- og mestringssenter. Primærlegene kan også arbeide mer forebyggende dersom det innføres et tak på 1000 pasienter pr lege.

Mulige utfordringer som aktørene ser på Fosen ved gjennomføring av SHR er knyttet til kommunikasjon, kompetanse og kapasitet. Økonomiske sider ved SHR oppleves også som uavklarte, både i forhold til hvordan prinsippet "pengene skal følge pasienten" skal gjennomføres i praksis, og også refusjonsordninger for leger dersom de får innført et pasienttak. Gjennomføring av SHR vil også kunne kreve flere legestillinger, og man ser en utfordring i forhold til å få besatt disse stillingene.

2.3 Mulige konsekvenser ved innføring av nye teknologiske løsninger

I det følgende belyses forskningsspørsmålet: *Hvilke konsekvenser vil innføring av ny teknologi kunne medføre?*

Når vi skal diskutere nye teknologier i intervjuene med våre informanter, er disse til en viss grad basert på forventninger, men samtidig er disse gjerne basert på tidligere erfaringer. Funnene og analysen her er således basert både på forhold de har erfart med implementeringen av annen teknologi og dels på hva de tror om nye teknologier og nye arbeidsmåter assosiert med disse.

2.3.1 Teknologi kan forandre kommunikasjons- og relasjonsbildet

Svært mange av intervjuobjektene nevner tillit som et nøkkelord i forhold til potensielle nye løsninger. Begrepet er først og fremst anvendt i to sammenhenger – tillit i relasjoner og tillit til at teknologien fungerer.

Tillit i relasjoner er essensielt i forhold til samhandling. Først og fremst peker intervjuobjektene på at teknologi aldri kan erstatte omsorg. IKT kan formidle informasjon men ikke trøst og menneskelig omsorg. Dette er relevant i forhold til helsepersonellet sitt forhold til pasienter. Spesielt trekkes det fram at sykepleiernes relasjoner til sine pasienter ikke kan erstattes av teknologi. Hvis teknologi erstatter eller svekker en relasjon som er avhengig av å være tett, kan konsekvensen være at aspekter av pleien som handler om den menneskelige kontakten blir svekket med nye teknologier. Dette gjelder kanskje spesielt på sykehjem og i hjemmesykepleien.

Videre er tillit til selve teknologien noe som går igjen. De som snakker om dette refererer ofte til opplevelser med bruk av videokonferanse, som har vært problematisk i mange tilfeller. Etter flere ganger med teknologisk svikt, fikk disse brukerne en lav grad av tillit til det tekniske utstyret. Det var tvil om videoutstyret kom til å fungere. Dette førte igjen til en lavere grad av bruk enn man kunne ha forventet. Mange intervjuobjekter peker på en forventning i forhold til at teknisk utstyr som ikke fungerer i starten (eller har mange feil), kan føre til en lav grad av tillit til det funksjonelle. Dette, ser man for seg, vil kunne medføre at utstyret blir sjeldnere brukt og kanskje til og med at de ikke benytter det. Pålegg om bruk, eller løsninger som innebærer noe i retning av pålegg, vil i slike tilfeller kunne medføre motstand. Spesielt har legene påpekt viktigheten av dette i forbindelse med behandling. Her er det helt essensielt at de kan stole på det tekniske utstyret. En lege uttrykte følgende:

” Nei, man må jo stole på dataene. Hvis du ikke kan det så er det... Ja, du må stole på dataen, slik at du kan ta beslutninger som du kan stå for etterpå. Altså, du blir jo ansvarliggjort sikkert...”

Andre har påpekt at videokonferanser i noen situasjoner kan bidra til øke tillit mellom behandler og pasient. Noen av intervjuobjektene hadde benyttet video til å konferere med St.Olavs – ikke fordi det var medisinsk nødvendig, men fordi det beroliget pasient og pårørende. Pasient og pårørende ble beroliget gjennom at de fikk konsultere ekspertisen, eller også det at de kunne få andre hånds vurdering (som de da følte et behov for). Da det ikke var aktuelt å legge pasienten inn eller på annen måte få en vurdering fra spesialist, valgte man å benytte video til å la pasient og pårørende konferere med spesialist. Dette gjorde, i følge intervjuobjektet, pasienten tryggere på at behandling og vurderinger gjort lokalt var rett. Dette økte tilliten dem i mellom.

Flere av de intervjuede peker videre på behovet for tillit i form av forutsigbarhet til den de skal kommunisere med over avstand via video. Det er her snakk om en litt bredere form for tillit, som dekker både tillit mellom individene men også til teknologien og det organisatoriske. De har behov for en visshet om at kommunikasjonen og relasjonen fungerer, og at det er en forutsigbarhet i den andre enden, at det er noen der, som har den forventede fagkompetanse og beslutningsmyndighet og som kjenner til deres egen situasjon. Og når videokameraene slås av er man igjen veldig langt borte fra hverandre. Den geografiske nærheten til dem man kommuniserer med ble således tatt opp av flere. Det var lettere å kommunisere på avstand med noen man kjente, enn noen man ikke kjente i det hele tatt. En viss kjennskap til hverandre var derfor nødvendig for å kunne kommunisere godt på avstand.⁵ Tillit til kommunikasjonsteknologi handler altså dels om at teknologien kan lites på, men også om at den generelle konteksten for kommunikasjonen er noenlunde som forventet fra gang til gang.

2.3.2 Teknologi kan styrke fagmiljøer

Det er allerede i dag et utstrakt samarbeid på Fosen med det å knytte sammen faglige nettverk. Dette har først og fremst vært tydelig når det gjelder opplæring rundt journalsystemet Profil, hvor man har via videokonferanse kjørt forskjellige opplæringspakker. Det har også i noen grad vært benyttet til utredning av faglige problemstillinger, selv om dette virker å være ganske sjelden. Selv om de ikke har hentet ut potensialet i forhold til faglige nettverk

⁵ Se også Larsen (2009) for noen mer generelle betraktninger om organisatoriske forutsetninger for at distribuert kommunikasjon ved videokonferanse skal fungere.

over video, anser vi det som sannsynlig at dette kan være en av de mest positive konsekvensene av å forsterke et fokus på bruk av dette systemet. Dette er både en erfaring intervjuobjektene har gjort seg og en forventning.

Det er først og fremst to forhold som kan lede utviklingen i riktig retning i så måte. Først og fremst ligger det klare begrensninger i det organisatoriske rundt bruk av videokonferanse. Det er i mange tilfeller snakk om at det tekniske utstyret finnes og fungerer, men at det ikke blir brukt pga andre forhold. For eksempel har det vært nevnt at man ikke bruker det av gammel vane, man er ikke klar over at systemet er tilgjengelig og man har ikke hatt noen motivasjon for å bruke det. Det kreves et økt fokus på tilgjengelighet, endring av holdninger og kommunikasjon fra ledelse om å benytte dette systemet. De aller fleste av intervjuobjektene er positive til å forsøke å få til økt kommunikasjon over systemet, men er til en viss grad tvilende til om tilretteleggingen er god nok til å utnytte potensialet fullt ut. En lege sa følgende om tilrettelegging:

”...Det er jo to ting, det ene er at hvis man skal drive et avansert faglig samarbeid så må det være en gjensidig tillit mellom partene og for det andre så må det være et teknologisk eller kommunikasjonsmessig motsvar til den ressursen eller nivået som er [på mottakersiden].. ... Og det er jo en av, det er en av utfordringene som ligger i vårt fang nå... ...Jeg prøvde å spørre hvor mange videokonferanserom vi har her, men jeg har enda ikke fått noe svar tilbake på det, men det finnes nok her. I dette huset. Hvis ikke må det være en glipp...”

For det andre vil det være fordelaktig å knytte praktiske problemstillinger til mulige tema man tar opp. En viktig utfordring i forhold til læring er å ta kunnskapen i bruk, og det blir påpekt i flere sammenhenger av de intervjuete sykepleierne at selv om de kan ha fått opplæring i en viss type prosedyrer (for eksempel å sette venekateter), er dette kunnskap som blir glemt hvis det ikke utføres jevnlig. Det er derfor viktig å knytte læringen opp mot praksis. Nye kommunikasjonsteknologier har et potensial for formell kursing og opplæring, og ikke minst ser vi også et potensial (som også flere informanter identifiserte) når det gjelder det å gi praksisrettet støtte i slike tilfeller.

2.3.3 Teknologi kan forandre arbeidsoppgaver

Noen av dem vi intervjuet pekte på at (ny) teknologi kan gjøre at man fjerner seg litt fra pasienten. Først og fremst har de en forventning om at det er tidkrevende å bruke ny teknologi, spesielt da i en overgangsfase. De må forholde seg til utstyret, både for gjennomføring av oppgaver men også for rapporteringens del. Ny informasjonsteknologi har gjerne den ulempen at de

krever mer av brukerne i form av rapportering og dokumentering. Det har av flere blitt pekt på at ny teknologi ikke bare medfører nye måter å gjøre gamle ting på, men også helt nye oppgaver. Et godt eksempel er bruk av Profil, som innebærer ikke bare nye måter å føre journal på men også nye oppgaver i forhold til det å vedlikeholde systemet. Tidligere, i følge noen sykepleiere, var det enklere; i dag brukte de uforholdsmessig mye tid på å rapportere via Profil.

En interessant observasjon i forbindelse med bruk av elektroniske journalsystemer var en visjon som noen refererte til om at den elektroniske informasjonsutvekslingen på tvers av skift skulle være tilstrekkelig. Intervjuobjektene ved et sykehjem fortalte om hvordan Profil ble forventet å være tilstrekkelig rapportering – slik at man kunne ha såkalt ”stille overlevering”. På denne måten skulle man da få mer tid til pasienten. I praksis hadde dette ikke blitt gjort. Pleierne opplevde informasjonsutveksling via journalsystemet som såpass utilstrekkelig at de fortsatte med diskusjoner og samtaler ved overlevering. Dette førte da til at de til en viss grad jobbet på tvers av systemet. Dette eksempelet viser hvordan en visjon om hvordan teknologien kan og bør fungere, faktisk virker mot sin hensikt i forhold til den praktiske bruken. Årsakene til hvorfor dette utviklet seg på denne måten er ikke undersøkt, men det er sannsynlig at gapet mellom visjon og praktisk bruk har blitt for stort og at man muligens har undervurdert nytteverdien av bred muntlig kommunikasjon om pleien. En sykepleier uttrykte:

”... Teknologi har jo betydning for tidsbruk. Jeg tenker at du fjerner deg litt fra pasienten. For dette blir jo veldig teknisk. Og du skal jo yte omsorg – det klarer du ikke å gjøre gjennom sånne ting...”

Ellers er en helt klart dreining (som muligens kommer uansett) at sykepleierne får andre oppgaver. Det kreves eksempelvis mer behandling ute i kommunene, og dette merkes allerede nå ved at sykehjems-sykepleierne skal begynne å administrere blodtransfusjoner (i utgangspunktet en sykehusoppgave). Oppgaver som tidligere kun ble gjort på sykehus må nå gjøres utenfor sykehusene. Det kan diskuteres om teknologien her er en årsak, men det blir i tilfelle bare en av flere årsaksfaktorer (dagbehandling og økonomiske insentiver på sykehusene er en annen). Det som virker å være tydelig er at teknologien *muliggjør* denne utviklingen. At sykepleiere får nye oppgaver skaper helt nye behov, først og fremst i form av kompetanse (noen ganger også i form av utstyr). Teknologi blir av mange fremhevet som en viktig støttespiller i å dekke dette behovet. Som tidligere nevnt er videokonferanser viktig i å utvikle fagmiljøene, og man kan tenke seg at andre og nye former for teknologi kan være med å muliggjøre denne utviklingen. En sykepleier uttrykte:

”...et sykehjem handler jo om pleie og omsorg. Men kanskje det vil dreie mer mot behandling... ...et sykehjem er jo gjerne mot livets slutt, hvor pleie og omsorg er viktig... ...og i forhold til sykehjem blir det noe annet. Det blir en behandlingsplass isteden...”

2.3.4 Teknologi kan komplisere hverdagen

De fleste intervjuobjektene er langt på vei svært positive til ny teknologi, selv om det kan være tydelige utfordringer i forhold til opplæring og generell bruk. Tilsvarende peker dog noen på mer alvorlige utfordringer for ny teknologi som ikke alltid er like tydelig før man ser erfaringer fra bruk.

Det kanskje viktigste ”ankepunktet” i forhold til ny teknologi som det pekes på er behovet for dedikert og kontinuerlig brukeroppfølging. Det er store avstander og lite tilgang til lokal kompetanse. Å tilfredsstille dette behovet er spesielt viktig i startfasen, for å bygge opp tillit til teknologien. Dette er en viktig base for videre bruk. Brukerstøtte og teknisk oppfølging er videre viktig for den kontinuerlige bruken. Og det er her man ser for seg den største utfordringen, ettersom det er vanskelig å se for seg en ressursbruk som kan svare til behovet. Flere intervjuobjekter peker for eksempel på behovet for en lokalt tilgjengelig brukerstøtte, både for bruk og teknisk støtte. Dette gjaldt spesielt de mindre kommunene, som for eksempel Osen.

En pleier uttrykte følgende:

” ...Hele tiden noe nytt... muligheter som man ikke klarer å bruke. Dataen er innimellom alt det andre man skal gjøre. Sitter og dokumenterer...”

I tillegg er det et spesielt viktig og springende punkt hvordan de tekniske løsningene passer sammen i forskjellige samarbeidssituasjoner. Slik det er i dag bruker sykepleierne Profil eller Gericia som journalsystem, mens legene bruker et annet. I tillegg til dette bruker Sykehusene DocuLive som journalsystem. Disse systemene kommuniserer dårlig sammen. Eksempelvis kan ikke epikriser overføres elektronisk fra sykehus over i Profil, hvilket skaper en del unødvendig arbeid. Elektronisk informasjon må skrives ut på papir for så å legges inn på nytt for hånd. Eksempelvis fortalte en av sykepleierne ved et sykehjem hvordan hun måtte føre inn data fra epikrisen på nytt i Profil, og i tillegg benytte et eget system de hadde laget for å ivareta bedre kommunikasjon. Videre kommuniserer heller ikke legenes system med Profil – hvilket fører til at legene må bruke begge systemene (noe de også har uttrykt stor misnøye med). En kommunelege uttrykte at han synes det var svært

tungvindt å måtte gå inn i begge systemene, spesielt fordi Profil for han var et dårligere system enn det han selv brukte.

Det er spesielt to konsekvenser av disse forholdene som kan trekkes fram, ettersom de vil kunne utgjøre stor betydning for framtidens teknologiløsninger. Først og fremst utgjør dette en viktig sikkerhetsproblematikk for pasienten. Ettersom systemene kommuniserer dårlig sammen, er det en viss fare for tap av informasjon. Menneskelig svikt er en åpenbar følge av tungvinte løsninger, fordi det undergraver motivasjon og mening for brukerne. Dette fører igjen til feilbruk og eller motstand. Det vil også kunne føre til *work-arounds* som, i seg selv er et risikomoment både med tanke på pasient- og informasjonssikkerhet.

Videre vil det i alle IKT systemer være en teknologisk ramme for hvordan mening kan formidles. Det som uttrykkes i ett system, kan måtte bli uttrykt på en annen måte i et annet system. Når da i tillegg denne oversettelsen må gjøres av en som ikke kjenner den opprinnelige meningen, utgjør dette en ganske stor risiko for feil (Berg, 2004). For det andre vil en slik dårlig systemintegrasjon bidra til å opprettholde grensene mellom de forskjellige aktørene. Det at systemene kommuniserer dårlig bidrar, som i nevnte leges tilfelle, en del frustrasjon som blir rettet mot *det andre systemet*. Det kan ofte i slike tilfeller være vanskelig å skille system fra brukere, hvilket da medfører frustrasjon mot *den andre aktørgruppen*. Vi kunne til en viss grad spore dette på Fosen, hvor aktører på begge sider uttrykte misnøye med at den andre aktørgruppen ikke ville rette seg etter "vårt system". Dette skaper avstand.

2.3.5 Oppsummering

Det er viktig å understreke at teknologien i seg selv ikke er årsak til konsekvenser. Teknologi kan kun muliggjøre, altså bidra til en utvikling, i samspill med andre faktorer. Når det er sagt, vil IKT spille en svært viktig rolle for Digitale Fosen. Som det er diskutert i dette kapitlet, vil IKT kunne forandre kommunikasjons- og relasjonsmønstre, styrke fagmiljøer, forandre arbeidsoppgaver men også gjøre hverdagen mer komplisert. IKT løsninger vil spille mer indirekte rolle i noen av disse utviklingene og mer direkte rolle i andre. Det er ofte ikke nok at utstyret er tilgjengelig og klart for bruk. En god del andre forhold, så som tillit, oppmerksomhet på bruk og fortrolighet, er viktig å ha på plass. Det er viktig at man jobber aktivt med de sistnevnte forholdene for å oppnå de gevinstene man ser for seg.

2.4 Krav til kompetanse og kompetanseutvikling

I det følgende belyses følgende forskningsspørsmål: *Hvilke krav til kompetanse og kompetanseutvikling vil ny teknologi og samhandling medføre for aktørene i Digitale Fosen?*

Vår kartlegging er intervjubasert og inneholder i så måte informantenes vurderinger av kompetanse og læringsevne, både for egen del og for kolleger og samarbeidspartnere. Merk også at vi i dette kapittelet snakker om kompetanse og læringsevne både som en individuell størrelse og som en egenskap ved organisasjoner og miljøer.

2.4.1 Kompetansenivå og læringsevne.

Et prosjekt som Digitale Fosen vil stille krav til basisferdigheter innenfor IKT hos helsepersonell, og det vil også stille krav til individers og organisasjonenes evne til å lære ny teknologibruk og nye arbeidsformer. Et viktig moment er også at slik læring må være varig og mulig å opprettholde over tid for å unngå at nye teknologier innebærer en sterk avhengighet av støtte og opplæringspersonell utenifra.

Vi vil i det følgende diskutere kompetanse som i dag finnes på Fosen, og hva som vil kreves innenfor områder som er viktig for IKT-implementering og de organisatoriske endringene som ligger i Pilot Digitale Fosen og SHR.

2.4.2 Nye krav til helse-, og medisinskfaglig kompetanse

Når det gjelder helsefaglig kompetanse, har Fosenkommunene så vidt det fremgår av våre intervjuer ikke store rekrutteringsproblemer til syke-, og hjelpepleierstillinger, og selv om ufaglærte benyttes noen steder, framstår ikke dette som et stort problem for Fosen generelt. Legestillingene i noen kommuner er ikke permanent besatt, og det benyttes vikarer og kortsiktig ansatte. Bildet er altså mer sammensatt når det gjelder leger, der Ørlandet i den ene enden er meget godt besatt, mens det er mer gjennomtrekk, og altså mer uforutsigbar kompetanse i noen av de andre kommunene. Tilgangen til kurs og etterutdanning innenfor helsefagene beskrives også gjennomgående som bra, selv om store avstander og muligheten til å frigjøre seg fra andre oppgaver er problematisk. Kurs på nett og over videokonferanse er av de tingene flere av våre informanter forbinder med Fosensamarbeidet, og erfaringene med disse er i hovedsak positive. Et viktig forbehold er at de får satt av tid, og helst de rette tidspunktene.

SHR og flere av verktøyene som foreslås i PDF, vil innebære å flytte på helsefaglige oppgaver noe som vil kreve opplæring og faglig støtte. Et flertall av intervjuobjektene gir uttrykk for at de er forberedte på å lære seg nye ting og at dette også gjelder deres kolleger. Sykepleierne er kanskje den gruppen som gir sterkest uttrykk for dette og det er også en generell oppfatning av at Samhandlingsreformen vil medføre økte kompetansekrav til dem innenfor sykepleiefaget, ved at det vil gjøres mer avansert behandling på sykehjem og hjemmesykepleie, og at de dermed beveger seg i retning av det som sykepleiere gjør på sykehus. Det fremheves også av flere sykehjemsansatte at de ligger langt fremme når det gjelder å gjøre litt mer avanserte ting på sykehjemmene med støtte fra sykehus, f.eks. har noen erfaring med dialyse og blodoverføring.

Nye samhandlingsmåter vil også stille nye krav til legene i kommunene. En representant fra spesialisttjenesten uttrykte følgende:

”.. Hvis vi skal ha flere fastleger, så må det være fastleger som kan mer, og som har mer tid til å følge opp sine pasienter, slik at de faktisk overtar oppgaver i fra oss. Og da har jo vi behov for at de fastlegene læres opp på en måte fra oss. Og det å få satt det i system er også viktig. Det er ikke bare å opprette nye stillinger, det er på en måte opplæringen og hvilket kompetansenivå man skal ha hos fastlegene er kjempeviktig for at man skal kunne lykkes...”

2.4.3 Nye krav til teknisk kompetanse (IKT)

SHR og teknologier som foreslås i PDF er avhengige av helsepersonellens basiskompetanse innenfor IKT og også at de individuelt og som miljøer har god evne til å tilegne seg ny kunnskap. Viljen virker å være til stede hos mange for kompetanseheving også innenfor IKT-området (i den grad det ikke går ut over primæroppgavene deres). Mange henviser riktignok til en ”eldre generasjon”, i alle faggruppene, som de antar vil ha større problemer med, og muligens en motvilje mot, nye IKT-verktøy.

Sykehjemsansatte og hjemmesykepleiere bruker lite tid foran PC-en i sitt arbeid og den utgjør ikke et sentralt arbeidsverktøy for dem ut over dokumentasjonsprogrammet (Profil / Geric). For eksempel er det mange som ikke har e-postadresse på jobben. Selv om stadig flere er vant med PC-bruk fra andre steder og at det også blir vanligere i jobben, skal man ikke undervurdere den opplæringen og brukerstøtten som må til, spesielt om man skal implementere mer avanserte teknologier. Selv om altså læringsviljen er stor må man forvente at enkelte ansatte vil måtte ha mye opplæring, og til og med at

noen kanskje ikke vil klare å beherske ny teknologi. Dette setter begrensinger i forhold til hva slags teknologi som kan implementeres. For eksempel er det en aktuell begrensning i forhold til teknologi som tenkes brukt i situasjoner hvor pleieren eller legen, og da kanskje en av de som ikke kan bruke teknologien, er alene.

I intervjuene har innføringen av Profil blitt mye diskutert. For de som var svakest på teknologikompetanse har dette vært en tung prosess, men inntrykket har vært at de fleste kommunene har klart å lære opp et flertall av brukerne til et minimumsnivå, slik at pleierne får lagt inn og tatt ut den viktigste informasjonen. Det at innføringen av dette systemet har gått så pass bra, kobles av informantene blant annet til to faktorer relatert til kompetanse. Det ene er at det er etablert et nettverk mellom kommunene og at de har samarbeidet om innføringen. Profilnettverket har hatt flere oppgaver på andre områder enn det som angår det kompetansemessige, men det har bidratt til at det har eksistert en felles arena for de utpekte personene fra kommunene kan diskutere sine erfaringer i. De som har vært sterkest involvert i nettverket har også vært svært viktige ressurspersoner og pådrivere for å lære opp og hjelpe folk i sine hjemkommuner. En annen faktor som trekkes fram av noen, og som mer implisitt kommuniseres av andre er en opplevd nødvendighet og relevans av systemet. Profil **må** man bruke og det inngår i arbeidsdagen deres på en konkret måte. Det finnes få veier utenom. Erfaringene fra Ørlandet som har implementert det konkurrerende systemet Gericar er også at man har klart å få opp et minimum av kompetanse hos brukerne. Gitt at slike rapporteringssystemer er ganske tunge teknologiske systemer å lære seg, kan man anta at også andre teknologier som oppleves som relevante kan innføres med suksess, om et sett av forutsetninger er til stede, og oppfølgingen er god nok.

Det nevnes eksempler på pleiepersonell som ikke har lært seg Profil, gjerne vikarer, folk i brøkstillinger i tillegg til eldre arbeidstakere. Disse tilfellene har oftest blitt håndtert ved at andre har lagt inn informasjon for dem. Det er rimelig å regne med at dette legger et visst sosialt press bak læringen. Det at systemet har en viktig rolle i organiseringen arbeidsdagen har styrket motivasjonen til å lære seg det. Det kommenteres av flere at Profil har vært verre å implementere for legene, som i hovedsak forholder seg til andre systemer og som ikke er avhengige av å kunne bruke Profil på samme måte. Noen mener at legemodulen i systemet rett og slett er dårlig tilpasset legene, men problematikken knyttes også til andre årsaker som at det er et mer perifert system for dem og at de dermed ikke har samme motivasjonen for å lære det, og i enkelte tilfeller at legen ikke har den nødvendige teknologikompetansen.

Det at videokonferanseutstyr blir lite brukt i kommunene blir i liten grad knyttet til manglende kompetanse hos brukerne eller at utstyret er vanskelig å bruke for dem. I de tilfellene det har blitt brukt, har det også i forbindelse med videokonferanse vært lett tilgjengelige ”superbrukere” på stedet, så kompetanse spiller en rolle, men det fremstår ikke som den sentrale hindringen for bruk av videokonferanse.

Helsetjenestene i alle kommunene har altså innført ny teknologi de siste årene, og spesielt erfaringene med nye dokumentasjonssystemer (Geric på Ørlandet og Profil ellers) blir trukket frem av informantene, når vi tar opp dette. Implementeringsprosessene virker i hovedsak å ha vært gode og det gis et generelt inntrykk av man har klart å lære opp de fleste til et nivå der de behersker enkel bruk av rapporteringssystemene. Dette er erfaringer som gir indikasjoner på at miljøene har en evne til å lære ny teknologi og nye arbeidsformer. Dette er en sum av individers læringsevne og vilje, og det man kan se på som en organisatorisk evne til å omstille seg. Det handler altså på den ene siden om individers kompetanse, og på den andre om miljøer og faggruppers evne til å endre seg varig, og for eksempel å lære opp nye og vedlikeholde sin kompetanse.

Vi har stort sett intervjuet den ”stabile” arbeidstakermassen i kommunene. Et problem som trekkes frem av flere intervjuobjekter er situasjonen rundt opplæring av mer flyktig engasjert personell. Om nye arbeidsmåter og nytt utstyr implementert i ”Pilot Digitale Fosen” skal benyttes også av vikarer, folk i brøkestillinger eller turnusleger som er på korte opphold, må man ha en plan for hvordan deres brukskompetanse skal sikres. Er opplæringen som kreves for stor kan ikke nye teknologier få sentrale roller i disse arbeidene, og dette setter dermed klare begrensninger for hvilke teknologier som kan implementeres og hvor de kan implementeres i første runde.

Ørlandet skiller seg ut fra de andre kommunene ved at de har høyere tetthet av helsepersonell, flere faste leger, god kontakt med sykehusene og generelt et sterkt kompetansemiljø rundt DMS-lokaliteten. I de andre kommunene er bildet annerledes med relativt små grupper av helsepersonell og store avstander. Det finnes fora for både leger og sykepleiere på Fosen, hvor den faglige kompetansen kan utvikles, men i de mindre kommunene vil en utfordring ved implementering av ny teknologi være å få knyttet den til mer enn enkeltpersoner og flyktige miljøer som ikke kan forventes å drive løpende opplæring og erfaringsutveksling. I alle kommunene finnes relativt stabile grupper av helsepersonell tilknyttet sykehjem og hjemmesykepleie. Vi tror at det å bygge en varig teknologisk infrastruktur vil være avhengig av at den

knyttet opp mot varige miljøer som er i stand til en viss autonomi i egenopplæring. I så måte er sykehjemmene en god kandidat. Også utviklingen mot forsterkede sykehjem peker i retning av at behovet for faglig kontakt med omverdenen kan bli større på sykehjemmene, for faglig støtte og opplæring.

Det er viktig å diskutere kompetansen for bruk av ny teknologi, men i denne sammenhengen kan man også være oppmerksom på at godt implementerte nye teknologier og kommunikasjonsstrukturer, f.eks. ved at høykvalitets videokonferanse etableres som en samhandlingsform, i like stor grad kan være *en støtte* til kompetanseutvikling, både innenfor faglige problemstillinger og når det gjelder å implementere telemedisinske løsninger.

”[D]et er jo det her med kompetanseutvikling, det er jo et veldig sentralt tema i samhandlingsreformen, så det synes jeg er viktig at vi bruker teknologiske løsninger for å få til. Det å unngå at mange må reise langt og bruke mye tid på det, der kan en virkelig oppnå noe positivt.”

Som tidligere nevnt er dette et forhold som i noen grad allerede er under utvikling, ettersom videokonferansesystemet har blitt benyttet til å utvikle et fagmiljø rundt Profil, og dessuten til kursing. Evnen til å tilegne seg kunnskap på ved hjelp av ny teknologi er altså i stor grad til stede i kommunene. Nye teknologi kan ut over kursing og formell kompetanseutvikling bidra til å gi litt av de plusseffektene det å tilhøre et større kompetansemiljø gir, effekter som det kan se ut til at fagmiljøet på ”huset på Brekstad” til en viss grad har oppnådd.

2.4.4 Krav til samhandlingskompetanse

Det er åpenbart at forskyvningen i arbeidsoppgaver, som man allerede ser i dag og som sannsynligvis kan bli akselerert av en samhandlingsreform, vil komme til å stille nye krav til samhandlingskompetanse. Dette forsterkes av flere forhold som er tatt opp tidligere, som går på opplæring og tillit i relasjoner, og dessuten om oversikt ut over egne oppgaver og evnen til (i noen grad) å sette seg inn i situasjonen til dem man samhandler med.⁶ Det ble uttrykt av et intervjuobjekt at det er selve samhandlingskompetansen (eller mangel på) som er årsaken til at det har ”buttet” tidligere. Mangel på tillit har gjort at man ikke har villet overlate oppgaver og ansvar på tvers av behandlingsledd, spesielt da på tvers av spesialist- og kommunehelsesektorene:

⁶ Se for eksempel Boland og Tenkasi (1995) som diskuterer ”perspective taking” og ”perspective making”.

”...Det er jo ofte der det har buttet. Man har ikke hatt gjensidig tillit til hverandre. Vi har ikke stolt på det som skjer hos fastleger og kommuner, derfor gir vi ikke fra oss oppgaver og motsatt, der mange føler at vi er på en måte utilnærmelig, en stor mastodont og at de føler spesielt det med likeverd er en problemstilling. Det lillebror-komplekset i primærhelsetjenesten i forhold til spesialisthelsetjenesten....”

Som intervjuobjektet peker på her, er gjensidig tillit en viktig bakgrunnsfaktor for samhandling på tvers av ledd. Imidlertid tror vi det ikke bare handler om tillit og ”overlating” av oppgaver. Det er mulig å hevde at en slik ”overlating” av oppgaver medfører grader av overlapp, spesielt hvis en ser for seg en behandlingslinje. Det vil si at en forskyvning av oppgaver, enten bakover eller fremover i kjeden, betyr at aktører må jobbe sammen i en opplæringssituasjon. I en slik situasjon er det nødvendig å forstå den andre aktørens behov, måter å jobbe på og ikke minst konteksten. Dette, blant mye mer, vil utgjøre en del av samhandlingskompetansen som vil ligge til grunn for kompetanseoverføring mellom ledd.

3. HVA HAR BETYDNING FOR IBRUKTAKING AV NY TEKNOLOGI?

3.1 Venkatesh sin modell

Som nevnt har svært mange virksomheter måttet erkjenne at innføring av ny informasjonsteknologi er en krevende prosess og at de som skal bruke teknologien slett ikke er like positive til alle de nye mulighetene som teknologien gir. Ofte skyldes dette at teknologien er dårlig tilpasset de oppgavene som skal løses, og basert på en for enkel forståelse av arbeidsoppgavene i organisasjonene. I mange tilfeller er også selve implementeringen problematisk (Hepsø, 2005; Kongsvik, 2006). For å kunne utnytte ny teknologi i arbeidet er det blant annet nødvendig at brukerne aksepterer teknologien, den nødvendige opplærings- og innføringsprosessen, og de endringer i arbeidsprosesser som dette nødvendigvis fører med seg.

Dette er et område som har fått mye oppmerksomhet, og det er utviklet mange ulike teoretiske modeller for å forstå og forklare problemstillingene omkring varierende grad av brukeraksept. Disse modellene har forankring både i informasjonsvitenskap, psykologi og sosiologi. I artikkelen: "User Acceptance of Information Technology: Toward a Unified View" av Venkatesh et. al (2003), forsøkes det å lage en helhetlig teori som forklarer hva som påvirker brukeraksept av informasjonsteknologi. De tar utgangspunkt i åtte eksisterende modeller, sammenligner disse både teoretisk og empirisk, for til slutt å foreslå en helhetlig modell. Denne viser seg, i følge forfatterne, å ha større forklaringskraft enn alle de andre. Mens de modellene som ble brukt som utgangspunkt kunne forklare 17-53 prosent av variasjonene, kan den nye modellen forklare hele 69 prosent av variasjonene når modellene brukes på de samme dataene. Den helhetlige modellen kan kort forklares slik (Weiseth 2004):

To resultatvariabler hos brukerne blir forsøkt forklart:

1. *Intensjon om bruk.* Dette handler om brukerens *intensjoner* om å ta teknologien i bruk.
2. *Virkelig bruk.* Dette handler om at systemet *virkelig* blir brukt slik tiltenkt.

For å forklare dette brukes fire forklaringsvariabler:

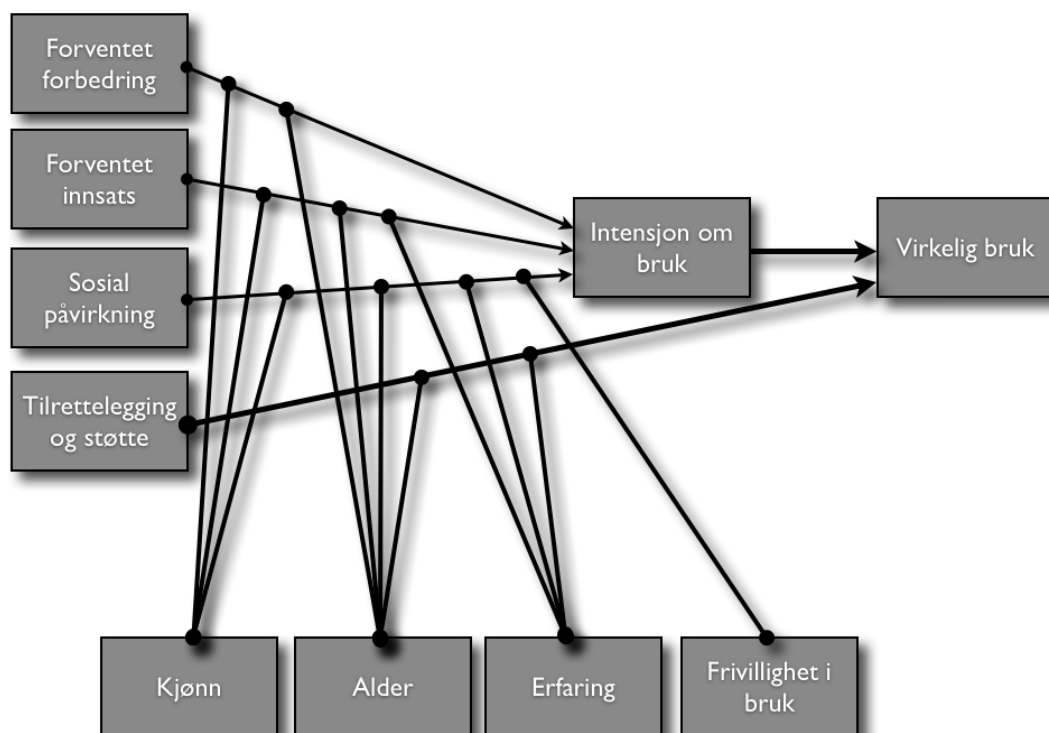
1. *Forventet forbedring.* Forventninger om i hvilken grad systemet vil gjøre den enkelte mer effektiv i utførelsen av arbeidet.
2. *Forventet innsats.* Forventninger om nødvendig innsats for opplæring og bruk av det nye systemet.

3. *Sosial påvirkning*. I hvilken grad brukeren føler/oplever at andre sentrale personer i organisasjonen mener at han/hun bør ta systemet i bruk.
4. *Tilrettelegging og støtte*. I hvilken grad den enkelte tror at det finnes en organisatorisk og teknisk infrastruktur som støtter opp under bruken av systemet.

I tillegg er det fire variabler som påvirker effekten av forklaringsvariablene over:

1. *Kjønn*. Det er kjønnsvariasjoner når det gjelder brukeraksept.
2. *Alder*. Forskjeller mellom aldersgrupper
3. *Erfaring*. Det er forskjeller mellom erfarne og uerfarne brukere av et system
4. *Frivillighet i bruk av teknologi*. Varierende grad av frivillighet er også en faktor med betydning.

Sammenhengen mellom disse variablene er vist i figur nedenfor:



Figur 2.1: Sammenheng mellom faktorer som påvirker bruk av informasjonsteknologi i en organisasjon. (Venkatesh 2003)

Blant annet kan følgende leses ut av figuren (Weiseth 2004):

- Jo høyere forventningen om å bli mer produktiv er, jo sterkere er intensjonen om å bruke systemet. - *Sterkere effekt for menn og yngre*
- Jo høyere forventningen er om at systemet vil være lett å lære og bruke, jo sterkere er intensjonen om å bruke systemet - *Sterkere for kvinner, eldre, og de med liten erfaring.*
- Jo sterkere presset om å bruke systemet er, jo sterkere er intensjonen om å bruke systemet - *Sterkere for kvinner, eldre, ved pålagt bruk og de med liten erfaring.*
- Jo bedre tilgangen til ressurser oppfattes, jo mer vil systemet bli brukt. - *Sterkere for eldre, økende med erfaring.*
- Jo høyere intensjonen om å bruke systemet er, jo mer vil systemet bli brukt.

Denne modellen er nyttig for å forstå hva som påvirker brukernes aksept av teknologi og den gir en god antydning av hvilke faktorer som bør vies oppmerksomhet ved innføring av ny informasjonsteknologi.

3.2 Noen relevante forhold i Fosenkommunene

Hovedtyngden av forskning på innføring av ny informasjons-, og kommunikasjonsteknologi er fokusert omkring innføring og bruk i *en* bestemt virksomhet. Når det gjelder bruk av teknologi i samspillet mellom *flere* virksomheter som i Fosensamarbeidet, oppstår en del nye problemstillinger knyttet til aksept av ny teknologi. Det kan imidlertid virke som om Venkatesh et. al. sin modell som er beskrevet over fokuserer på mange aspekter som kan være relevante for samarbeid i helsesektoren på Fosen. En fornuftig framgangsmåte kan derfor være å gå grundigere inn i denne modellen og vurdere hvor det er sammenfall og relevans mellom det modellen beskriver og den situasjon som foreligger.

De fire forklaringsvariablene i figuren over kan betraktes som ”push” og ”pull” - faktorer som kan ha betydning for om teknologiene som planlegges innført i ”Pilot Digitale Fosen” faktisk blir tatt i bruk. Venkatesh sin modell er i utgangspunktet benyttet på individnivå, men vi anser den også relevant for aktørene i kommunene som helhet. I tabellen under framstilles forhold basert på intervjuene som kan ha betydning dersom nye digitale verktøy innføres i Fosenkommunene. Tabellen konkretiserer altså noen eksisterende forhold og forventninger som det bør tas hensyn til i gjennomføringen av ”Pilot Digitale Fosen og noen fortolkninger gjort av oss:

Tabell 3.1: Noen forhold med betydning for teknologibruk basert på intervjuene

	Positive forhold	Negative forhold
Forventet forbedring	Teknologi kan bidra til å kvalitetssikre diagnoser og være en trygghet for pasienter/ pårørende når spesialisthelsetjenesten konsulteres	Det er skepsis til bruk av teknologi mellom behandler og pasient: Ivaretar ikke omsorgsbehov og reduserer muligheten for utøvelsen av "det kliniske blikket"
	Det er positive erfaringer ved bruk av videokonferanser til kompetansetiltak (NettOpp Fosen, kurs), og forventninger om at bruken kan videreutvikles	
	Kan styrke faglige nettverk mellom kommunene og mot spesialisthelsetjenesten	
	Kan bedre informasjonsflyt knyttet til pasienten; epikriser, utskriving, medisinoppdateringer osv.	
Forventet innsats	Mange er kompetente brukere av noen teknologiverktøy i dag (videokonferanser, Profil etc.) noe som kan lette innføringen av nye.	Forventet behov for forholdsvis omfattende utvikling av kompetanse; teknisk, helsefaglig og samhandlingsmessig.
		Opplæringsutfordring knyttet til mange deltidsstillinger
Sosial påvirkning	Det er et etablert samarbeid mellom Fosenkommunene og spesialisthelsetjenesten, hvor teknologi benyttes som verktøy	I kommunene er det i begrenset grad pådrivere eller dedikerte personer som har spesielt ansvar for IKT-bruken
	Generell positiv innstilling til å ta i bruk nye teknologiverktøy blant mange ansatte	Med unntak av St. Olavs Hospital Orkdal, er spesialisthelsetjenesten lite forberedt på ytterligere bruk av IKT-verktøy mot kommunene
	Teknologiske verktøy kan potensielt være nyttig i videreutviklingen av fagnettverk	Små miljøer, brukere kan bli alene, og ha lite sosialt påtrykk lokalt
Tilrettelegging og støtte	Alle kommuner har tilgang til videokonferansestyr og brukerstøtte	Erfaring med mangler i brukerstøtten og nedetid
		Videokonferansestyr ikke lett tilgjengelig i alle kommuner

Det er en god del positive forventninger knyttet til teknologibruk. Brukt opp mot spesialisthelsetjenesten kan f. eks. videokonferanser kvalitetssikre diagnoser og også representere en trygghet for pasienter/pårørende ved at man lettere kan få en "second opinion". Også knyttet til kompetanseheving og faglig nettverksbygging vil teknologien kunne bidra ytterligere. Informasjonsflyt knyttet til pasientforflytninger i behandlingsskjeden ser man mangler ved slik det fungerer nå, men også muligheter for forbedringer ved hjelp av teknologiske løsninger.

Samtidig ser flere også flere potensielle farer med å innføre ny teknologi. IKT-løsninger i forholdet mellom behandlere og pasienter vil kunne medføre mindre direkte pasientkontakt og man står dermed i fare for å redusere omsorgselementet som står sentralt i f. eks. sykepleieryrket. Bruk av teknologiske løsninger alene til diagnostisering ble det også uttrykt skepsis til. Det "kliniske blikket" mente man hadde best rammebetingelser i direkte møter mellom pasient og behandler, og man mente man sto i fare for å miste viktig informasjon ved bruk av IKT.

Innføring av nye IKT-løsninger forventes å kunne være krevende på flere områder. Det vil kunne kreve videreutvikling av tekniske, helsefaglige og samhandlingsmessige ferdigheter. Det er likevel en ikke ubetydelig kompetanse å bygge videre på, i og med den erfaringen man allerede har, knyttet til f. eks. videokonferanser og Profil.

Sosial påvirkning betyr i denne sammenhengen forventninger fra *andre* om at IKT-løsninger bør tas i bruk. I Fosensamarbeidet har man kommet i gang med IKT-bruk på flere områder, og i intervjuene kommer det også fram en generell positiv innstilling og nysgjerrighet til hva slike løsninger kan bidra med. Det er likevel få dedikerte pådrivere i helsetjenestene i kommunene - verken formelle eller uformelle - som kan øke bruken og nytten i det daglige, og på grunn av at mange kommuner har små miljøer av helsearbeidere, kan det fort henge på enkeltpersoner. Det er også en betydelig utfordring knyttet til å få utviklet kontakten fra kommunene til spesialisthelsetjenesten. Ved sykehusene er det både organisatoriske og tekniske barrierer som hindrer et mer utstrakt samarbeid.

Når det gjelder tilrettelegging og støtte har kommunene videokonferanseutstyr, selv om dette ikke oppleves som lett tilgjengelig av alle, og også noe brukerstøtte. Ved Fosen DMS, AOE har de likevel tildels negative erfaringer med den tilretteleggingen og støtten man har fått i tilknytning til bruken videokonferanseutstyret mot sykehus. Dette innebærer at man er skeptisk til å

ta i bruk mer avanserte teknologiske løsninger uten at brukerstøtten tydelig er med fra starten av. Trolig kunne videokonferanseutstyret som finnes ut i kommunene også vært brukt i større utstrekning dersom brukerstøtten hadde vært bedre.

Forholdene nevnt over har alle relevans for gjennomføringen av hovedprosjektet "Pilot Digitale Fosen" og utdypes nærmere i konklusjonen.

3.3 Spesielt om bruk av videokonferanser

Når vi kommuniserer bruker vi mer enn bare ord. Kroppsspråk og stemmeleie er vel så viktig. Straks vi bruker teknologi for å kommunisere (mediert kommunikasjon) går vi glipp av større eller mindre deler av informasjonen i kommunikasjonsprosessen. Hva vi går glipp av og hvor mye er ikke bare avhengig av hvilken teknologi som benyttes. Vel så viktig er *hvordan* teknologien brukes. Videokonferanser er imidlertid av de teknologier som kan gi meget høy informasjonsrikhet (Media Richness Theory, Daft 1984).

Men en vellykket videokonferanse er avhengig av at utstyret har god nok kvalitet, at kommunikasjonslinjer har nok kapasitet og at ansvarlige brukerne har riktig kompetanse. Dårlige erfaringer på grunn av mangelfull teknologi eller feil bruk kan ofte prege folks oppfatning av hva dette egner seg til og ikke i lang tid.

Siden mediet er "nytt", er det også viktig at rammene rundt bruken er trygge og kjente, at tillit til mediet bygges gjennom at man opplever en forutsigbarhet til rammene om kommunikasjonen: At det tekniske virker, at man har rutiner for hvem som deltar, hvordan de skal snakke og lignende. En slik kontekstuell forutsigbarhet er viktig for å flytte oppmerksomheten fra mediet og over på *innholdet* i kommunikasjonen.

For øvrig er det viktig å være oppmerksom på hva mediert kommunikasjon som videokonferanse ikke egner seg til. Selv om videokonferanse gir en høy grad av informasjonsrikhet og er vesentlig bedre enn vanlig telefon er det mange situasjoner hvor ansikt-til-ansikt kommunikasjon absolutt er å foretrekke. Dette gjelder særlig situasjoner hvor temaene er følelsesmessig vanskelig for en eller flere parter eller hvor meningsforskjellene er så store at det utvikles til en konflikt.

Det finnes svært mange eksempler på at innføring av ny teknologi i en organisasjon ikke har lyktes. Jonathan Grudin trekker frem et viktig forhold som handler om at de i organisasjonen som har nytte av teknologien ikke

nødvendigvis er de samme som de som opplever ulemper, endrede arbeidsprosesser eller til og med merarbeid (Grudin 1988). I ettertid har dette blitt formulert som *Grudins Lov*: "*When those who benefit are not those who do the work, then the technology is likely to fail, or at least be subverted*". Det antas at dette er et forhold som kan ha betydning for prosessen med innføring og bruk av ny teknologi i helsesektoren på Fosen.

4. KONKLUSJON: HVA BLIR DET VIKTIG Å TA HENSYN TIL FOR Å LYKKES?

Implementering av IKT i en organisasjon er en gjennomgripende endring og en stor utfordring. Visjonen om det Digitale Fosen representerer en teknologiimplementering i og på tvers av et stort antall organisasjoner som er svært forskjellige seg imellom. De er geografisk spredt og har et variert sett av relasjoner med hverandre og eksterne aktører. Denne heterogeniteten legger etter vår mening sterke føringer på hvilke teknologier som er mest aktuelle og hvordan de bør innføres.

Noen viktige trekk ved helsetjenestene på Fosen er at det er en stor og økende andel eldre med pleie- og omsorgsbehov. De fleste kommunene preges av store avstander. Et særtrekk ved Fosen er at man allerede har erfaringer med en 1,5 linjes tjeneste. Intervjuene våre registrerte en generelt positiv holdning til endring i helsetjenestene, og de fleste informantene var positivt innstilt til utviklingsprosjekter, samhandling og samarbeid. De har også noen suksesshistorier som det bør bygges videre på.

Mesteparten av Fosen preges av store avstander. Om man klarer å etablere gode løsninger for digital samhandling er potensialet stort, spesielt for pasienter som da kan unngå unødig reising. Så vidt vi kan se er ikke akutte tjenester og legevakt nødvendigvis de beste kandidatene for dette. Dette henger både sammen med at kommunene sokner til ulike sykehus i denne sammenheng, men også med det at man i så fall må gjøre en ganske kompleks vurdering, ikke bare av pasientens tilstand, men også av om denne behandles best ved å transportere ham/henne eller ved hjelp av IKT-støttet samhandling. Det som i våre intervjuer fremstod som mest realistisk er at ny teknologi først og fremst kan bidra til å redusere transporten for kronikere og pasienter i hjemmesykepleie og ved sykehjem. Våre informanter så generelt større utfordringer ved å innføre ny teknologi i grensesnittet mellom pasient og behandler, enn i relasjonene mellom helsepersonell. Dette gjelder spesielt de store gruppene med eldre pasienter.

Kommunene på Fosen har tilhørighet til to fylker og helsetjenestene sokner til fire sykehus. Dette bildet av eksterne relasjoner er ikke noe et slikt prosjekt lett kan eller bør ta seg mål av å endre på. Fra kommuneledelse og administrativt hold er det også noe ulike prioriteringer når det gjelder hvilke deler av Fosensamarbeidet som er mest interessante, blant annet på grunn av beliggenhet. Kommunene er forskjellige, både i størrelse og befolkningstetthet, men ikke minst når det gjelder de nevnte relasjonene eksternt. Hvem det er

naturlig å samhandle med i forskjellige situasjoner, blir dermed også varierende. Når det gjelder kompetanse er det også et stort spenn i størrelsen og stabiliteten til fagmiljøene, fra Ørlandet på den ene siden som har flere leger og et sterkt fagmiljø rundt DMS-et til de mindre kommunene, som har få faste leger og hvor sykehjemmet og hjemmesykepleien utgjør de stabile punktene.

Det er trolig fornuftig i første omgang å bruke ny teknologi til å *styrke eksisterende samhandlingsrelasjoner* mer enn å bruke teknologi til å skape nye. Vi synes det er viktig at man tar hensyn til den samhandlingen som fungerer i innføringen av ny teknologi, og tror helsetjenestene på Fosen kan oppnå en stor nytteverdi av å styrke eksisterende fagnettverk og samarbeid. I så måte er en mulighet å forsøke bygge opp en sterkere ”ryggrad” internt mellom Fosenkommunene ved å bygge på samarbeidet som har foregått og foregår i forbindelse med Profil og med kursing. En mulighet er å bruke sykehjemmene⁷ som noder i et utvidet samarbeid, også ut over kursing og møter. Flere sykehjem går i retningen av å bli mer ”forsterket” og vi ser for oss at et samarbeid mellom disse, og mellom sykehjem opp mot DMS et via videokonferanse, også kan inkludere praktiske medisinske og behandlingsmessige problemstillinger, erfaringsutvekslinger om bruk av nytt utstyr, erfaringer med spesielle pasientgrupper og så videre. Om man klarer å bygge opp en robust og pålitelig (både teknisk og organisatorisk) infrastruktur for samhandling mellom disse nodene, vil flere av svakhetene vi ser i forhold til mer avanserte teknologier i små kommuner med små miljøer av helsearbeidere, bli mindre også. Om man klarer å etablere en slik ”ryggrad” vil andre bruksområder kunne henges på denne: For eksempel kan den være et utgangspunkt for bruk av telemedisin og sensorteknologi ved hjemmesykepleie eller sykehjem eller f.eks. for at legene i de ulike kommunene tar den i bruk i forbindelse med spesialistkonsultasjoner.

Gitt de beskrevne eksterne relasjonene er bruken av nye samhandlingsverktøy opp mot sykehusene mer komplekst å få på plass. De aktuelle samhandlingspartnere befinner seg på forskjellige avdelinger på forskjellige sykehus, og det er vanskelig å gjøre et Fosenbasert initiativ i den retning. Det er likevel ikke umulig at man kan bygge på DMS-ets erfaringer på dette punktet og opprette varige relasjoner mot spesifikke kontakter i spesialisthelsetjenesten som også kan brukes i behandlingsøyemed.

⁷ De er stabile med tanke på arbeidskraft som er der over tid, at det alltid er folk på vakt, og de har relativt store grupper med ansatte. I flere av kommunene vi har vært har de også nære relasjoner med hjemmesykepleien.

Den mest kritiske faktoren for å lykkes i Digitale Fosen er brukerstøtte og teknisk oppfølging når de nye teknologiene innføres. Dette gjelder spesielt i startfasen men det er også viktig at helsearbeiderne over tid klarer å løse små problemer selv og at de har tilgang på en pålitelig oppfølging utenifra for større problemer. Det vil trolig være viktig i forhold til de fleste teknologiene at IKT-støttepersonellet har en viss kjennskap til helsetjenestene på Fosen og altså ikke bare driver ren IKT-støtte. Slik det fungerer i dag når det gjelder videokonferanse, er det ingen som har et overordnet ansvar for brukerstøtten og den tekniske oppfølgingen for de løsningene som eksisterer og dette skaper merarbeid og frustrasjon for sluttbrukerne. Dette har medført en viss motstand mot planer om nye teknologiske løsninger. En grunn til at IKT-støtten er så viktig er blant annet at det er store avstander, små fagmiljøer og lite tilgang til lokal kompetanse. En styrket støtte og oppfølging vil også kunne bidra til at de eksisterende digitale verktøyene utnyttes bedre. IKT er et støtteverktøy og det er ikke en primæroppgave for helsepersonellet. Veien fra småprakk og plunder til at man slutter å bruke det, eller gjør mer eller mindre tvilsomme *work arounds*⁸, er derfor kort, og god opplæring og brukerstøtte er barrieren mot dette. På grunn av dette bør det også legges vekt på å lage robuste og brukervennlige teknologiske løsninger, og at disse justeres basert på brukererfaringer.

Vi tror at tillit til ny teknologi og nye samhandlingsformer vil være et sentralt suksesskriterium til Pilot Digitale Fosen. På grunn av dette er det trolig fornuftig med en stegvis strategi slik at brukerne får positive erfaringer med prosjektet og ny teknologi. De første stegene bør ta sikte på å styrke og videreutvikle eksisterende relasjoner for dermed å bygge en (organisatorisk og teknisk) infrastruktur for mer avanserte teknologier. Vi anser det som helt avgjørende for prosjektets suksess å bruke ressurser på å kvalitetssikre implementeringen gjennom god oppfølging og brukerstøtte.

Epilog: To eksisterende uheldige forhold

I undersøkelsene for denne rapporten har vi gjort to funn som ikke direkte angår vårt prosjekt, men som vi finner verdt å notere fordi de representerer potensielle risikoer for pasienter. I diskusjonene angående journalsystemer har flere informanter kommet inn på at den dårlige/manglende integrasjonen opp mot sykehus utgjør en potensiell fare for pasienter. Noen nevner eksempler på

⁸ Dette er ikke et ukjent fenomen i helsesektoren, for eksempel at kronglete påloggingsrutiner, typisk begrunnet i sikkerhet, medfører at passordet settes på en post-it lapp på felles PC-er eller lignende.

at det går flere dager mellom at de mottar en overført pasient før de får epikrisen fra sykehuset, og dermed kan vite detaljene i pasientens tilstand.

Et annet faremoment som påpekes er at medisindosene som legen utferdiger ikke automatisk overføres til sykepleiernes medisinkort, slik at pasienten potensielt sett kan få feil doser eller type medisin. Det kan være teknisk vanskelig eller umulig å endre dette i dokument- og journalsystemene til legene, sykehusene og sykehjemmene. Likevel må vi påpeke at man kan utarbeide rutiner eller gjøre andre tiltak for å forbedre denne situasjonen. Dette kan, og bør, gjøres i hver enkelt kommune, da dette går utenfor det Fosensamarbeidet vi har undersøkt i denne kartleggingen.

Vi tror dette er kjent problematikk for de relevante aktører, men vi anser det likevel som relevant at det nevnes i denne rapporten.

LITTERATUR

Berg, M. (2004): *Health Information Management*. Routledge, London.

Boland, R. J. & Tenkasi, R. V. (1995): Perspective Making and Perspective Taking in Communities of Knowing. *Organization Science*, 6 (4), pp. 350-372

Hepsø, I. (2005): *Fra idè til praksis. En studie av endringsprosessen BRA i Statoil*. Dr. polit-avhandling. Trondheim: NTNU

Kongsvik, T. (2006): *Innviklet utvikling. En studie av en endringsprosess i Statoils anskaffelses- og forsyningsvirksomhet*. Dr polit-avhandling, NTNU: Insitutt for sosiologi og statsvitenskap.

Larsen, S. (2009): Koordineringsutfordringer i distribuerte grupper og organisasjonskontekstens rolle. *Nordiske Organisasjonsstudier* nr. 2-2009.

Daft, R.L., Lengel, R.H. (1984): *Information richness: a new approach to managerial behavior and organizational design*. I: Cummings, L.L., Staw, B.M. (Red.), *Research in organizational behavior* 6, (191-233). Homewood, IL: JAI Press.

Grudin, J. (1988): *Why CSCW applications fail: Problems in the design and evaluation of organizational interfaces*. ACM O-89791-282-9/88/0085. 1988

Repstad, P. (2007): *Mellom nærhet og distanse: kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget

Venkatsh V., Morris M.G., Davis G.B. Davis F.D. (2002): User acceptance of information technology: Toward a unified view. *MIS Quarterly*, 27(3): 425-478.

Weiseth P.E.: *Suksessfaktorer ved innføring av ny samarbeidsteknologi*. Forelesning i fag SOS1010, NTNU.

Vedlegg 1: Intervjuguide

INTERVJUGUIDE DIGITALE FOSEN

Bakgrunn

Hensikten med undersøkelsen er å belyse hvordan Samhandlingsreformen bør gjennomføres i Fosenkommunene, inkludert bruken av nye digitale verktøy. Vi ønsker å få belyst hvilke forhold som det blir det viktig å ta hensyn til i gjennomføringen.

Informasjon om prosjektet Digitale Fosen, Samhandlingsreformen

Varighet på intervjuet – en time

Intervjuet behandles anonymt, ingen ting av det som blir sagt blir koblet til person

Avklare bruk av opptaker

Innledning

Kan du si litt om hva jobben din går ut på?

- Bruker du IKT i jobben, evt hvordan?

Hvor lenge har du hatt denne jobben?

Har du hatt tilsvarende jobber andre steder?

Er Fosensamarbeidet noe du merker noe til i din jobb?

Er Fosensamarbeidet viktig for deg i din jobb? Hvorfor/ hvorfor ikke?

Samhandling

Hvem er de viktigste samarbeidspartnerne dine i arbeidet ditt nå? (evt. hvem samarbeider du mest med) - internt - eksternt

Hva går samarbeidet ut på, hva samarbeider dere om?

Er det noen du føler du burde samarbeidet mer med?

Hvem i tilfelle?

Hvorfor er samarbeidet mindre enn du ønsker?

Får dette noen uønskete konsekvenser?

Samhandlingsreformen

Kjenner du til Samhandlingsreformen? (og evt. ha en punktliste over de viktigste tiltakene i denne – kan ikke forutsette at alle har denne i ryggmargen)

Kan Samhandlingsreformen ville komme til å bety endringer for din jobb? Iså fall hvilke?

Vil den kunne ha noe å si for samarbeidet du har med andre, eventuelt hvordan?

Vil samhandlingsreformen gi grunnlag for tettere samarbeid, eventuelt med hvem og hvordan?

Vil behandling kunne flyttes nærmere der hvor bruker er? Eventuelt hvorfor og på hvilken måte?

Hvilke oppgaver vil ”forskyves til venstre”, og hvordan skal dette gjennomføres? Utvidelse av DMS, mer til primærhelsetjenesten)?

Nye teknologiske løsninger (fortrinnsvis IKT)

Bruker dere noen form for samarbeidsteknologi mot andre aktører i behandlingsskjeden (St Olav, avdeling for Observasjon og Etterbehandling osv?)

Hvordan kommuniserer/samarbeider du med andre aktører i behandlingsskjeden? Hvordan benyttes teknologi i denne sammenhengen?

Aktuelle teknologiske løsninger:

- Bruk av høykvalitets videokonferanse

- Medisinsk behandling i hjemmet vha pasientterminaler og pasientportaler
- Online medisinsk utredning vha sensor-teknologi

Finnes det noen lignende løsninger allerede som dere bruker?

Hvordan blir de eksisterende løsningene eventuelt brukt? (si litt om hvordan disse løsningene blir brukt)

Tror du de nye løsningene eller noen av dem kan la seg gjennomføre her hos dere?

Ser du et behov for noen av løsningene vi tidligere har nevnt?

Bruker dere noe av denne teknologien allerede?

Hvilke løsninger er mest/minst aktuelle hos dere?

Er det andre digitale verktøy du mener kunne vært aktuelle hos dere?

Hva kan nye digitale verktøy gi av positive effekter eller gevinster?

Hvilke erfaringer har du med å ta i bruk ny teknologi? Hva har gått bra/dårlig? Hvorfor?

Har du opplevd at bruk av nye teknologiske løsninger har gitt uventete konsekvenser? Hvordan og på hvilken måte?

Hvilke problemer kan man støte på i innføringen av slike løsninger?

- hos dere

- hos andre

Kompetanse

Har dere den kompetansen som trengs for å bruke denne typen teknologi?

Hva trenger dere av ny kompetanse eventuelt?

Hvem trenger denne kompetansen hos dere?

Hvilken opplæring vil innføring av ny teknologi kreve (innhold, form)? Hvem bør få denne opplæringen (brukere, helsepersonell)?

Forventninger

Kan det være en fare for at innføring av ny teknologi fører til at man mister noe som nå fungerer godt eller en fortrenging av godt fungerende samhandlingsmåter? Hva eventuelt? Er det noe man kan gjøre for å avverge dette?

Vil teknologien kunne føre til kvalitetsheving på tjenestene, eller risikerer man flere feil på kortere tid?

Hvilke typer feil tror du det kan være fare for kan oppstå?

Kan teknologien frigjøre tid og/eller ressurser? Hvor da eventuelt?

Hva er det viktig å ta hensyn til i innføringen av slike løsninger hos dere, f eks i måten dere er organisert på, i forhold til hvordan dere jobber?

Vil slike løsninger kreve at dere organiserer dere på en annen måte?

Ligger det noen muligheter i at selve teknologien kan bidra til kompetanseheving?

Det viktigste å ta hensyn til

Til slutt: Hva er det viktigste man bør tenke på hos dere i forbindelse med innføringen av Samhandlingsreformen og digitale verktøy som vi snakket om innledningsvis?

Avslutning

Noe annet du vil trekke fram?

Videre arbeid fra oss, rapportering tilbake

Vedlegg 2: Om "Samhandlingsreformen"

Om "Samhandlingsreformen"

I juni 2009 la Regjeringen fram Samhandlingsreformen (St.mld. 47 (2008-2009)), som handler om framtidens helse- og omsorgsutfordringer. Utfordringene er knyttet både til et samfunnsøkonomisk perspektiv og et pasientperspektiv. De tre hovedutfordringene skissert i samhandlingsreformen er *fragmenterte tjenester* – pasientens behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok og *tjenestene preges av for lite innsats for å forebygge sykdom* – helsetjenesten er ikke tilpasset kroniske sykdommer og fremveksten av disse, og *den demografiske utviklingen og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne* – "eldrebølgen" vil medføre en stor økning i den kommunale omsorgstjenestens utgifter.

Kjernen i samhandlingsreformen er å forsøke å svare på alle de tre påpekte hovedutfordringene. Tiltakene er dels a strukturell karakter; i den forstand at det må skje endringer i den organisatoriske oppbyggingen av tjenestene som skal møte framtidens behov. Det må også etableres rammebetingelser som gir de enkelte virksomhetene motivasjon til å samarbeide og levere tjenester som samsvarer med målene i helse- og omsorgspolitikken. Regjeringen skisserer noen hovedgrep for å svare på utfordringene:

- Klarere pasientrolle – Pasientmedvirkning vil bli opprettholdt og videreutviklet. I tillegg vil det også fokuseres på å trekke med pasientorganisasjoner og andre aktører i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp.
- Ny framtidig kommunerolle – Nødvendig kompetanse er en av hovednøkklene og det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid.
- Etablering av økonomiske insentiver – disse insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsningen og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området.
- Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse – en riktigere oppgavefordeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten vil legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene. I tillegg vil et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.
- Tilrettelegging for tydeligere prioriteringer – etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i 2007 representerer en viktig utvikling av de helhetlige prioriteringene. Som en oppfølging av dette skal Nasjonal helseplan videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjeneste.
- Andre strategiske tiltak – bidra til utvikling av IKT-systemer, bidra til et kompetent helsepersonell – i alle deler av helsetjenesten, og bidra til god samhandling med andre sektorer.

For å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten vil IKT være et viktig virkemiddel. I samhandlingsreformen understrekes det at innføring av IKT må kombineres med endring av rutiner, organisasjonsutvikling og nye måter å samarbeide på for å oppnå kvalitetsforbedring og effektivisering.

I utviklingen av IKT-politikken er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på, dette gjelder både i forholdet mellom tjenesteyter/behandler og pasient/brukere (eksempelvis elektronisk timebestilling, online-konsultasjoner/telemedisin og tilgang til egen journal) og i forholdet mellom de ulike tjenesteytere/behandlere (all dokumentasjon og informasjonsutveksling skal foregå elektronisk).

Utgangspunktet for anvendelse av teknologi og samhandlingsløsninger må baseres på hvordan pasientbehandling kan understøttes best mulig gjennom tilgang til informasjon som grunnlag for god diagnostikk, pasientbehandling og pleie. Teknologien skal legge til rette for at all nødvendig informasjon er tilgjengelig ved behov der pasienten befinner seg, for å ivareta sømløse pasientforløp.

Vedlegg 3: Om prosjektet "Pilot Digitale Fosen"

Pilot Digitale Fosen – Fosen som visningsrom for fremtidens helsetjenester

Kortversjon av søknad om samhandlingsmidler



Copyright: Fosen DMS IKS, Midgard Media Lab (NTNU), SINTEF IKT, Studio Apertura (NTNU Samfunnsforskning AS), Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (Universitetssykehuset i Nord-Norge), Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NTNU)

Bakgrunn – Pilot Digitale Fosen og Fosen DMS IKS

Pilot Digitale Fosen handler om å prøve ut nye samhandlingsmodeller innen regionale helsetjenester basert på utstrakt bruk av nye digitale verktøy og digital infrastruktur med god kapasitet. Målet er at Fosen skal bli et visningsrom ved å oppnå og dokumentere erfaringsgrunnlag som viser hvordan norsk helsevesen kan organiseres i forhold til samhandlingsreformens definerte utfordringer. Prosjektet vil medføre endringer i hvordan helsetjenester organiseres og gjennomføres, og vil påvirke hverdagen både for helsearbeidere og pasienter. Det er et kombinert utviklings- og forskningsprosjekt som formelt startet opp i januar 2009, og det er allerede etablert samarbeid mellom flere aktuelle forsknings- og utviklingsmiljø:

Fosen Distriktsmedisinske Senter Interkommunale Selskap, Midgard Media Lab (NTNU), Studio Apertura (NTNU Samfunnsforskning AS), SINTEF IKT, Norsk senter for elektronisk pasientjournal, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Norsk helsenett, Fosen IKT, Sør-Trøndelag Fylkeskommune, Regionalt senter for sykkelig overvekt, St. Olavs Hospital, Helse Midt-Norge.

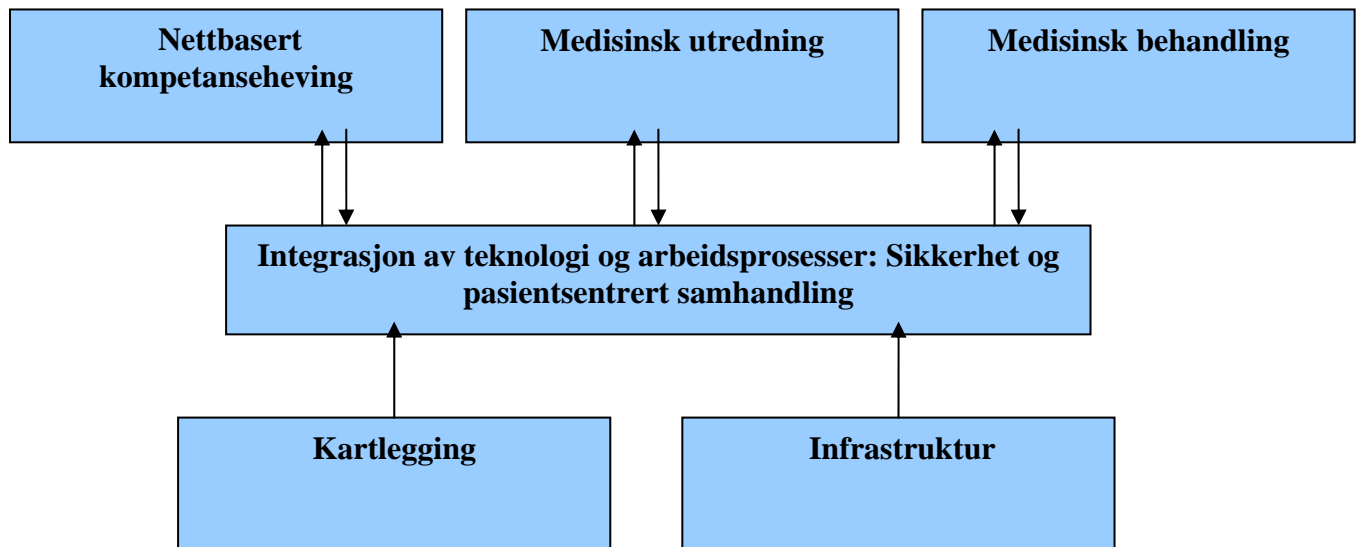
Fosen Distrikt Medisinske Senter Interkommunale Selskap (Fosen DMS IKS) er et mangeårig samarbeid mellom syv¹ Fosen-kommuner og St. Olavs Hospital, og fikk sin formelle organisering våren 2009 da IKS'et ble opprettet. Fosen DMS IKS har kommet langt i utviklingen av interkommunale samhandlingsmodeller og mellom alle helsetjenestens nivå, og har også lang erfaring i å prøve ut digitale samhandlings- og kompetansehevingsverktøy. Intensjonen med Fosen DMS IKS er å iverksette strategiske tiltak som er viktige for hele Fosen, og på den måten være et verktøy for å møte de utfordringer som regionen står overfor. Gjennom tiltak og utviklingsoppgaver knyttet til Fosen DMS IKS synliggjør Fosen en helhetlig politikk innenfor helse- og omsorgsområdene som er til det beste for hele Fosen.

Fosen DMS tilbyr spesialisttjenester slik som lett kirurgi, gynekologi, ØNH, audiografi, dermatologi, lysterapi, gastroenterologi, ortopedi, oftalmologi, digital røntgen og tilbud og behandling for kreftpasienter. DMS'et har en avdeling for observasjon og etterbehandling (AOE) med seks sengeplasser og en utvidet kommunal legevakt som benytter tre observasjonssenger. I tillegg er det fire spesialistsenger for rehabilitering av pasienter med kne- og hofteproteser. DMS'et har høyt kvalifiserte sykepleiere og et tverrfaglig team med helsepersonell og leger med akuttmedisinsk kompetanse som er tilgjengelig hele døgnet. Fosen DMS, St. Olavs Hospital avd. Orkdal sykehus og kommunene bruker også videokonferanse (telemedisin) til virtuelle visitter, generell møteaktivitet og til e-læring over avstand. Ved hjelp av telemedisin er det også god tilgang til spesialistkompetanse til enhver tid. Modellen for denne halvannenlinjetjenesten er nå godt innarbeidet og utviklet, og en ønsker nå å gå videre med erfaringene og utvikle nye digitale tjenester og tilbud.

En har i Pilot Digitale Fosen i denne omgang valgt ut fire utviklingsprosjekter som vil gi viktige erfaringer i forhold til samhandlingsreformens utfordringer. Disse involverer utbygging av infrastruktur med høyhastighetsnett, nettbasert kompetanseheving av helsepersonell og to prosjekter som involverer lokale modeller for medisinsk utredning og medisinsk behandling. Det skal også gjennomføres en kartlegging av helsetjenestene på

¹ De syv kommunene er Bjugn, Osen, Rissa, Roan, Ørland og Åfjord i Sør-Trøndelag, og Leksvik i Nord-Trøndelag. Mosvik kommune er ikke med som eierkommune i Fosen DMS IKS da de på grunn av geografiske årsaker er med som eierkommune i DMS Inn-Trøndelag

Fosen, som vil identifisere utfordringer, muligheter og behov Fosen-kommunene står overfor i forhold til samhandlingsreformen. Alle nye tiltak som igangsettes i arbeidspakkene vil følges med sikkerhets- og risikoanalyser. Utviklingsprosjektene medisinsk utredning og medisinsk behandling vil følges av forskning som kartlegger og utreder modeller for ny samhandling og pasientlogistikk. Det skal også utføres kompetanseheving og trening i utviklingsprosjektene slik at helsepersonell vil kunne betjene teknologi og fungere i nye roller og organisatoriske prosesser:



Kartlegging

For å være best mulig rustet til en vellykket gjennomføring av prosjektet er det nødvendig med en grundig kartlegging av behov, utfordringer og muligheter i forbindelse med de endringer som iverksettes, altså dagens situasjon. Den innledende kartleggingen vil ha som målsetting å klargjøre hvilke strukturelle, kulturelle og samhandlingsmessige forhold som det er viktig å ta hensyn til i det videre arbeidet. En kartlegging kan også betraktes som en del av forankringsarbeidet for prosjektet i regionen. Denne kartleggingen er allerede finansiert av Helse Midt-Norge RHF, og vil starte høsten 2009.

Prosjektleder: Studio Apertura, NTNU Samfunnsforskning AS

Infrastruktur

Alle tiltak i Pilot Digitale Fosen krever en godt utbygd og velfungerende digital infrastruktur med tilstrekkelig kapasitet på bredbånd. Krav til infrastrukturen er at en skal kunne benytte videokonferanse i høykvalitetsformat ved alle sentrale enheter i regionen (for eksempel legekontor, legevakt Fosen DMS). Utplassering av teknologi hjemme hos pasienten og oppkopling av denne teknologien via nettverk til sentrale enheter i regionen medfører krav til den infrastrukturen som går ut til den enkelte husstand i regionen, både mht kapasitet, driftsstabilitet og sikkerhet. Dette vil også føre til både teknologiske og organisatoriske utfordringer ved integrasjon med organisasjoner og systemer som er tilknyttet Norsk Helsenett. Det skal i denne arbeidspakken etableres et høyhastighets nettverk, anskaffes og implementeres videokonferanseutstyr med HD-kvalitet samt sikre integrasjon med netten tjenester levert av Norsk Helsenett

Mål

Etablere en teknisk infrastruktur i Fosenregionen som gjør det mulig med flerparts høykvalitets videokonferanse i HD-format mellom sentrale helseinstitusjoner på Fosen og relevante enheter ved St. Olavs hospital i Trondheim og Orkanger. Infrastrukturen skal ivareta norsk helsevesens krav ifht deling av pasientinformasjon.

Delmål

- Avklare og formalisere samarbeidsrelasjoner med Fosen IKT (den interkommunale IKT-tjenesten for alle Fosens kommuner) med tanke på riktig involvering på riktig nivå i infrastrukturens saker.
- Informasjonsvirksomhet overfor kommuner for å øke kommunens oppmerksomhet på betydningen av høyhastighets nettforbindelse.
- Spesifisere nødvendige endringer og tiltak som de ulike kommunene trenger for å delta i Pilot Digitale Fosen.
- Inngå avtaler med kommuner/Fosen IKT mht eventuell dekning av kapasitetsøkning på nettforbindelse pga krav/behov i Pilot Digitale Fosen.
- Anskaffe og implementere høykvalitets videokonferanseutstyr hos alle aktuelle aktører.
- Installere en fungerende PKI infrastruktur (Public Key Infrastructure) mot Norsk Helsenett fra brukere som ikke omfattes av det kommunale ansvar.

Prosjektleder: Studio Apertura, NTNU Samfunnsforskning AS

Nettbasert kompetanseheving

I Stortingsmelding nr. 47, kap. 3 står det beskrevet en endret kommunerolle som følge av helsereformen som vil gi større krav til spesialisert kompetanse i kommunene for å sikre effektive og gode tjenester. For eksempel ser man økt behov for kommunale lærings- og mestringstjenester og tverrfaglige team, og en ser behov for å øke kommunenes kompetanse i hvordan man kan behandle pasienter før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse. Meldingen beskriver at dette krever endringer i innholdet i utdanningene for helsepersonell og en økt satsning på forskning som fordrer riktige og gode endringer i utdanningene. Imidlertid beskriver stortingsmeldingen i liten grad hvordan helsepersonell som arbeider i kommunene i dag skal oppnå nødvendig kompetanse i relasjon til reformen.

Denne arbeidspakken søker å løse denne utfordringen ved å fokusere på nettbasert læring. Nettbasert læring sikrer at ingen blir ekskludert på grunn av geografiske, fysiske eller sosiale omstendigheter. Gjennom deltakelse i kompetanseprogram, fagnett og diskusjonsgrupper på nettet kan en legge til rette for sosiale læringsmiljø som fremmer både erfaringsutveksling, faglig refleksjon og læringskultur. Dette vil også bidra til å styrke samhandlingen mellom yrkesgrupper og nivå i helsevesenet.

Mål

Å sette Fosen-kommunene i stand til å møte de kompetansemessige utfordringene som vil oppstå som følge av samhandlingsreformen på en mer effektiv og kostnadsbesparende måte ved å videreutvikle og utvide bruken av IKT som læringsverktøy på den allerede eksisterende interkommunale nettbaserte samhandlingsarenaen NettOpp Fosen². NettOpp Fosen skal fungere som en modell for hvordan interkommunal kompetanseheving kan utføres på en rimeligere og mer hensiktsmessig måte enn tidligere.

² Prosjektet NettOpp Fosen er delfinansiert av Fylkesmannen i Sør-Trøndelag.

Delmål

Prosjektet skal i løpet av prosjektperioden ha spesifisert, utviklet og startet opp følgende kompetansetilbud:

- 2 kompetanseprogram (videreutvikling av "Aldring på nett" og utvikling av nytt nettbasert kurs i medikamenthåndtering)
- Min. 2 fagnett (herunder kreft/lindrende behandling)
- Min. 10 forelesninger via videokonferanse pr. år
- 2 opplæringskurs for andre arbeidspakker i prosjektet Digitale Fosen

I tillegg skal det i løpet av prosjektperioden være etablert og forankret en 100 % kompetansehevingskoordinator for Fosen kommunene, og en kontaktperson/superbruker i hver kommune som bindeledd til koordinatoren.

Prosjektleder: Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin ved NKU (Nettbasert Kompetanseutvikling). Norsk senter for elektronisk pasientjournal vil gjennomføre følgeforskning av NettOpp Fosen.

Medisinsk utredning

Implementering av et høyhastighetsnett på Fosen gir en plattform for utvikling og utprøving av ulike former for nye teknologiske anvendelser. En av disse er nyvinninger innenfor sensorteknologi som kan benyttes til medisinsk utredning av pasienter.

Sensorteknologi som *begrep* har vært på manges lepper i flere år, men bruken av teknologien har latt vente på seg i det norske helsevesen. I praksis finnes det imidlertid noen godkjente og utprøvde løsninger, og flere er underveis. Dette gjelder særlig teknologi for registrering av EKG og blodsukker.

En del polikliniske utredninger som i dag gjøres av spesialisthelsetjenesten, for eksempel utredning av hjertelidelse og diabetes, kan med fordel overføres et DMS som innehar nødvendig spesialkompetanse. Dette vil spare spesialisthelsetjenesten for reiseutgifter for pasientene, og det vil gi mindre samfunnsmessige kostnader (for eksempel fravær fra arbeidsplass). Mange av sensorteknologiløsningene som finnes på markedet i dag innehar også bedre teknologi og kan detektere typer av funn som kun oppstår i spesielle situasjoner, som for eksempel ved fysisk aktivitet.

Det vil være fordelaktig for noen diagnosegrupper, som for eksempel diabetespasienter, å ha mulighet for lokal utredning i stedet for å overføres spesialisthelsetjenesten. Lokal utredning vil fordre hurtigere involvering av lokale forebyggingstiltak (ambulerende team, kommunale lærings- og mestringsstiltak og liknende).

Mål

I denne arbeidspakken ønsker en å teste ut og utvikle en modell for hvordan sensorteknologi kan brukes som utredningsverktøy nærmere pasientens hjem tilknyttet DMS og kommunehelsetjeneste.

Delmål

- Utarbeide kvalitetssikrede pasientforløp

- Teste ut hvordan videokonferanse med HD-kvalitet på bilder kan fungere som supplement til utredningen (som beslutningsstøtte og fjernkonsultasjon med spesialisthelsetjenesten).
- Forsøke å implementere sensorenes fortolkningsapplikasjoner mot elektronisk pasientjournal (EPJ), hvor personvern, sikkerhet og samhandling mellom ulike systemnivå blir ivaretatt.
- Gjennomføre gevinstrealiseringsanalyse

Prosjektleder: Midgard Media Lab, NTNU

Medisinsk behandling

Ved bruk av digitale visningsskjermer og ulike former for sensormonitorering skal en utvikle en plattform for medisinske støttefunksjoner i pasientens hjem. Løsningen skal spesielt utvikles for kronikere og ”svingdørspasienter”.

I St.meld. nr 7 påpekes det at fremtidens helse- og omsorgstjenester i større grad må gis der brukerne bor og i samarbeid med brukerne. Det skal utvikles en digital plattform som fordrer samhandling mellom helseutøvere, pasienter og deres pårørende for å sikre at bestemmelser skjer i henhold til pasientens behov, ønsker og preferanser, og at pasienter får den kompetansen og støtten de trenger for medbestemmelse og deltakelse i sin egen behandling. Økt grad av læring, mestring og livskvalitet ved hjelp av multimedia står sentralt. Pasientene som deltar i prosjektet vil få tildelt en dedikert helseperson fra kommunehelsetjenesten som et overordnet kontaktpunkt, slik beskrevet i samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47).

Pasientgruppen som prioriteres er eldre og kronikere og pasienter med sammensatte lidelser med behov for oppfølging, monitorering og rehabilitering. Disse er valgt for å forsøke å møte Fosen-halvøyas store omsorgsutfordringer med mangel på helsepersonell i nær fremtid.

Løsningen kan derfor ses som en slags ”fremtidens pleie- og omsorgsbolig”. Den teknologiske løsningen skal bygge på IP-teknologi. Pasientens involvering er tenkt gjennom for eksempel tilgang på digitale visningsskjermer, muligheter for interaktivitet i sanntid med medisinsk personell, relevante kommunale instanser og nær familie. En ønsker at pasienten skal få tilgang på medisinske data og detaljert informasjon om egen lidelse fra sitt eget hjem (eventuelt også pårørende) og motta behandling og opptrening ved hjelp av nye multimedia. Den digitale informasjonsflyten skal gi pasienten større grad av trygghet i sitt eget hjem, noe som vil forandre økt livskvalitet og bedre medisinsk oppfølging og behandling lokalt.

Mål

I denne arbeidspakken skal det testes ut hvorvidt IKT utplassert i pasienters hjem kan utsette institusjons- og sykehusinnleggelse, redusere legevaktsbesøk og føre til økt mestring og livskvalitet.

Delmål

For å oppnå dette målet vil denne arbeidspakken jobbe med følgende to delmål:

- Basert på eksisterende erfaring, og via brukersentrerte metoder, skal en implementere IKT-løsninger for hjemmebasert pleie på Fosen (”Fremtidens pleie- og omsorgsbolig”).
- Utføre vitenskapelig evaluering av nytten og effekten av disse løsningene for pasientene, og deres påvirkning på organisatoriske prosesser og medisinsk behandling og pleie.

Prosjektleder: SINTEF IKT

Integrasjon av teknologi og arbeidsprosesser: Sikkerhet og pasientsentrert samhandling

Denne arbeidspakken vil adressere integrasjonen av teknologi, menneske og organisasjon, med hensyn på nye risikoer og nye muligheter som vil oppstå som følge av de andre aktivitetene i prosjektet. Den vil også være sentral i å sørge for at satsingen Pilot Digitale Fosen blir helhetlig og robust, ved at den fungerer som koordineringskanal mellom de ulike arbeidspakkene, samt at den står for forankring av ny teknologi og nye konsepter i hverdagen på Fosen. Arbeidspakken vil bidra med innspill til de teknologiske løsningene, basert på kartleggingen, samt løpende følgeforskning, bidra med rådgivning i endringsprosessene og sørge for relevante opplærings- og treningsaktiviteter.

Arbeidspakken er bygget opp som et forskningsprosjekt som studerer og bidrar med innspill til de øvrige aktivitetene i prosjektet. Intervjurunder og workshops er de sentrale datakildene, men også erfaringen fra annet arbeid med implementering og forankring vil være en kunnskap som vil dokumenteres. Spesielt vil arbeidspakkene ”Medisinsk utredning” og ”Medisinsk behandling” innebære teknologiske endringer som vil kunne medføre betydelige endringer og utfordringer når det gjelder organisasjon og samhandling. Disse endringene må forankres og implementeres på en god måte for at resultatet skal bli vellykket.

Det sentrale målet for denne arbeidspakken er at implementeringen av Pilot Digitale Fosen som helhet fører til bedre helsetjenester på Fosen. Dessuten vil denne arbeidspakken bidra til de refleksjonene som er nødvendige i et vellykket pilotprosjekt, og dokumentere disse. For at erfaringer fra Pilot Digitale Fosen skal kunne benyttes i andre regioner blir det viktig å forstå forholdet mellom teknologien og den konteksten teknologien skal brukes i. Hva er det for eksempel som er spesielt for Fosen i forhold til andre regioner, og hva er likt.

Denne arbeidspakken vil se teknologi og konsepter i lys av konteksten på Fosen. Med dette vil det oppnås en bedre implementeringsprosess, med bedre tilpassede og forankrede løsninger. Det vil redusere risikoen for uønskede konsekvenser og bidra til ny innovasjon basert på brukernes behov.

Mål

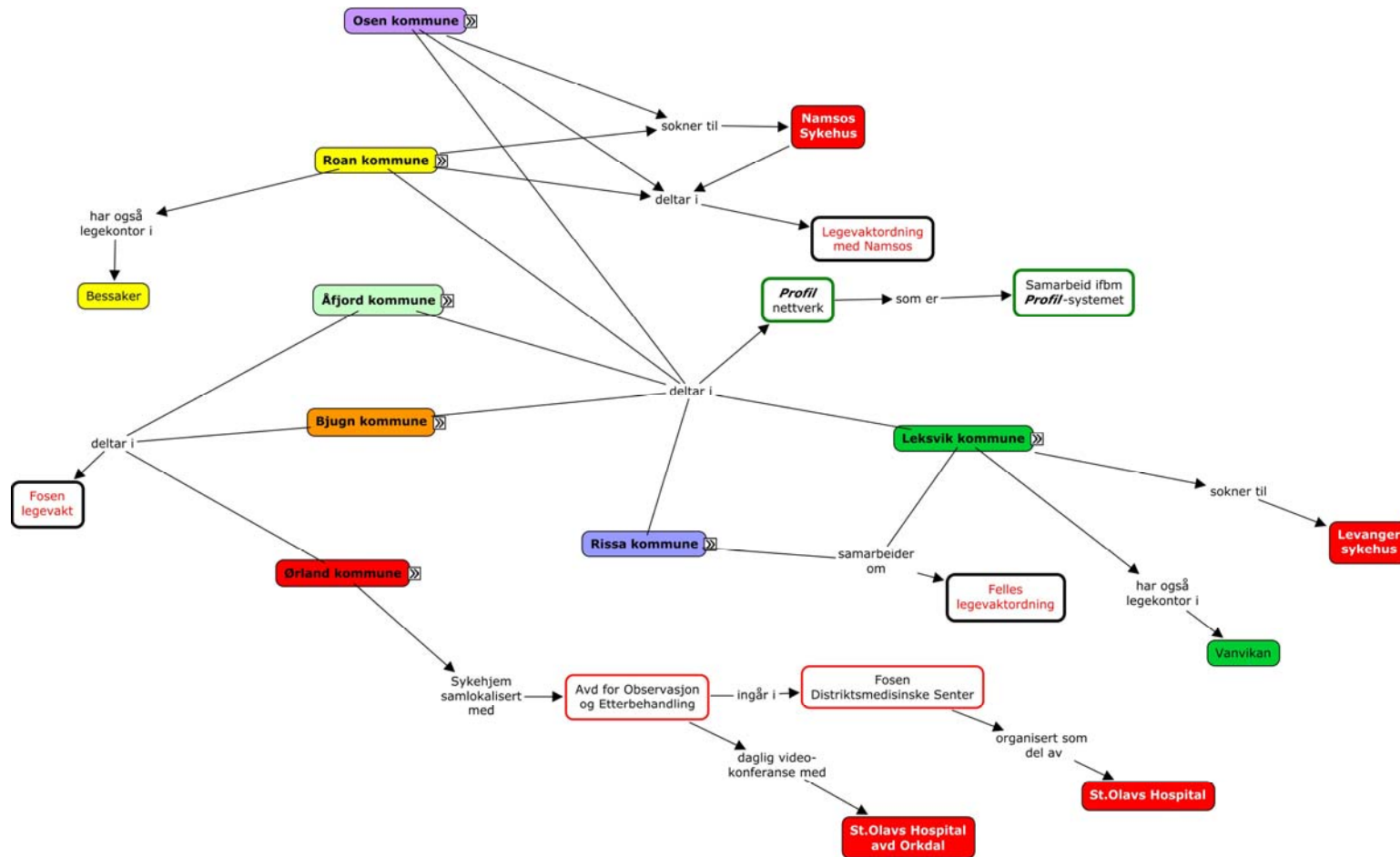
Denne arbeidspakken skal forske på og støtte implementeringen av nye samhandlingsmodeller basert på nye digitale medier og digital infrastruktur på Fosen.

Delmål

- Sikre at det ikke blir noen økt risiko på noe vis for pasienter eller andre som konsekvens av ny teknologi og nye samhandlingsformer.
- Gjennomføre og støtte aktiviteter som sikrer robust og involverende implementering av ny teknologi, nye arbeidsprosesser og nye samhandlingsformer i helsetjenestene på Fosen. Dette inkluderer opplæring og trening i tilknytning til endrede organisatoriske prosesser.
- Utvikle og formidle forsknings-, og erfaringsbasert refleksjon og dokumentasjon fra arbeidet med ny teknologi og nye samhandlingsformer på Fosen.

Prosjektleder: Studio Apertura, NTNU Samfunnsforskning AS

Vedlegg 4: Relasjonskart overordnet



Vedlegg 5: Relasjonskart ekspandert for en kommune

