



Referat FSU 27.08.26

Navn	Tilstede	Forfall
Sissel Andreassen, Horten kommune	x	
Cathrine Aagaard Nilsen, Tønsberg kommune	x	
Nina Klevan, Holmestrand kommune	x	
Rannveig Velken, Færder kommune	x	
Anne Grethe Sneegeen, Larvik kommune		x
Gina Justad, Sandefjord kommune	x	
Solveig Arheim, brukerrepresentant		x
Geir Dunseth, samhandlingslege	x	
Michelle Shcubert Amundsen, USN	x	
Trine Skov Wagner (utgår fra fagutvalget pga overgang til ny stilling)		x
Henriette Ruud, USHT	x	
Linn Grimestad Nordbø, kir/ort.klinikk SiV		x
Hanne Sørmoen for Sønneva Bergtun, kvalitet- og smittevern SiV	x	
Ingvild Slaatssveen, samhandling SiV	x	
Renate Solstad, samhandling SiV	x	
Finn Arthur Forstrøm, analyse SiV	x	
Irmeli Øistad, KPA		x

Vedlegg til saker:

- Sak 2026.19 Resultatpresentasjon kvalitetsindikatorer
Sak 2026.22 Deltagerevaluering etter partnerskapskonferansen/møtet 2026
Sak 2026.23 Evalueringsrapport for Vitality, og presentasjon vist i møtet

Referatpunkter

Sak 2026.16 – Referatsaker

Vedlegg:

Referat-FSU-15.04.26.pdf

Referat Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) 07.05.2026

Konklusjon:

1. Referater tas til orientering.

Sak 2026.17 – Status fra arbeidsgruppe samhandlingsavvik

Oppfølging FSU sak 2026.10 Status fra arbeidsgruppe samhandlingsavvik.

Sak meldt fra FSU til SSU 03.09.26 jfr plan. SSU har utsatt sak til SSU 26.11.26.

Hensikt med sak fra FSU til SSU:

SSU besluttet i sak 2022/40 «Forslag til endret rutine for samhandlingsavvik» å tilpasse saksgangen til to hovedløp med ulik saksbehandling:

1. alvorlige saker med saksbehandling tilsvarende klagebehandling
2. en enkel digital løsning for å melde «avvik» for statistikk, læring og forbedring uten personidentifiserbar informasjon for identifisering av områder med høy risiko

FSU reetablerte i 2025 en arbeidsgruppe for å gjenoppta arbeidet etter opphold i arbeidet med vedtatt sak. FSU støttet i møtet 15.04.26 innstillingen fra arbeidsgruppen:

- Inndeling i to hovedløp er ikke intuitivt for helsepersonell. Helsepersonell må forholde seg til parallelle systemer som krever kunnskap til å skille mellom ulike kvalitetsavvik. Helsepersonell må kunne forholde seg til en arbeidsflate for å melde avvik.
- Meldinger uten identifiserbare id umuliggjør identifisering av hendelser for gjennomgang for læring og forbedring. Endringer i helsepersonell-loven om taushetsplikt iverksatt 01.07.26, åpner for å tilgjengeliggjøre opplysninger på tvers av virksomheter med formål kvalitetsforbedring av behandlingsforløp der partene har vært delaktig.
- Kategoriseringen i dagens skjema for samhandlingsavvik er fra 2015 bør revideres

Møtebehandling:

Basert på beslutningen i SSU i 2022, må eventuelle foreslåtte endringer fra arbeidsgruppen behandles på nytt av SSU for evt videre mandat med arbeid med definisjon av hvilke avvik som skal meldes, derav også kategorisering, og veivalg for arbeidsflyter.

Sandefjord har arbeidet med en mulighet for å melde samhandlingsavvik i Compilo og forenkle oversendelsen til SiV. De har ønsket test med SiV høsten 26. Dersom dette fungerer bør andre kommuner inviteres med for evt videre arbeid og spredning.

Konklusjon:

1. Saksgrunnlaget utarbeides av Renate/Ingvild basert på arbeidsgruppens innstillinger, og sendes for innspill til medlemmene i FSU før oversendelse til SSU for behandling av SSU i nov-26.
2. Involvering av systemansvarlige for Compilo i øvrige kommuner avventes til etter tester mellom Sandefjord kommune og SiV.

Sak 2026.18 – Prosjekt analyse av reinnleggelser

Oppfølging FSU sak 2025.30 og 2026.03

Tilbakemeldinger fra partnere om interesse for nærmere analyse av reinnleggelser og årsakssammenhenger jfr arbeid gjennomført i Helsefellesskapet i Østfold:

Sandefjord	Nei
Holmestrand	Ja, men redusert kapasitet pga ny EPJ
Larvik	Ja, men forbehold om kapasitet pga ny EPJ
Tønsberg	Ja
Horten	Viktig, men må sees opp mot kapasitet pga ny EPJ. Jfr.reduksjon i reinnleggelser, kanskje ikke prio i høst?
Færder	Ukjent
SiV	Avvente til strategi og mål for Helsefellesskapet er godkjent av SSU nov-26 for å knytte tiltak til denne

Konklusjon:

1. Initiativ til nærmere analyse av reinnleggelser avventes til mål og strategi for Helsefellesskapet er vedtatt for å sikre at mål, strategi og tiltak henger sammen.
-

Sak 2026.19 – Styringsinformasjon kvalitet og pasientsikkerhet

Vedlegg: PP fra møtet med indikatorer

Presentasjon av status på indikatorene epikrisetid, reinnleggelser og samhandlingsavvik:

- Epikrisetid for pasienter med behov for kommunale tjenester

Samlet sett en forbedring fra SiV for samhandlingspasienter siste 5 år med epikriser samme dag som utskrivelse i 90% for samhandlingspasientene. Noe variasjon mellom seksjoner, kan ha naturlige forklaringer. Dette undersøkes.

- Reinnleggelser

Reduksjon samlet for 1.halvår-26 sammenlignet med tall for hele året i perioden 2021-2025 (totalt for somatikk og PHV). Imidlertid en økning fra 1.kvartal til 2.kvartal 2026 fra 20,7% til 24,6%. Dersom antall reinnleggelser fra 2.kvartal forsetter på dette nivået, betyr det på nivå med tidligere år.

- Samhandlingsavvik

Antall meldte samhandlingsavvik meldt fra SiV til kommuner er per 27.08.26 104 meldinger, samlet antall meldinger i 2025 er 162. Ikke mulig med en samlet oversikt fra kommunene pga ulik praksis for arkivering og oppfølging.

Resultatpresentasjon oppdateres før utsending til å omfatte 1.halvår.

Konklusjon:

1. Presentasjon av indikatorer tas til orientering, med oppdatering ønsket i møtet.
 2. Kvalitetsavdelingen SiV forespørres hvordan/om epikrisetider følges opp i KPSU etter sak i nov-25. Ansvar: Renate
-

Sak 2026.20 – Avvik på epikriser til sykepleietjeneste

Identifisert avvik på lavt antall sendte epikriser til sykepleietjenesten i Larvik kommune i mai-26. Informasjon om identifisert problem og oppfølging v/ Renate Solstad.

Årsak ikke kjent, og ikke lett tilgjengelig. Kun en måned hvor dette er identifisert, gjelder kun Larvik. Samhandling og eHelse SiV har månedlig oppfølging for kvalitetssikring.

Konklusjon:

1. Informasjon tas til orientering.
 2. Medlemmer av FSU gir rask tilbakemelding til samhandlingsavdelingen dersom problemet erfares i egen kommune.
-

Sak 2026.21 – Organisering av fagutvalg

Oppfølging av sak:

2025.33, 2026.02 og 2026.14 – Organisering av fagutvalg

Sak 2026.15 - Innspill til strategiarbeidet i Helsefellesskapet

Orientering om status og tidslinje for videre arbeid i SSU v/ Hilde Kari Maugesten.

Strategien for helsefellesskapet planlegges vedtatt i SSU nov-26. Evaluering av fagutvalg og videre organisering for å understøtte denne gjennomføres etter dette.

Konklusjon:

1. Tas til orientering.
-

Sak 2026.22 Evaluering av partnerskapskonferansen

Vedlegg: Deltagerevaluering etter partnerskapskonferansen/møtet

Presentasjon av tilbakemeldinger etter evaluering av partnerskapskonferansen/møtet. Innspill fra FSU på eventuelle forslag til endringer for neste år dersom gjennomføring.

Konklusjon:

1. FSU mener bruk av Våle samfunnshus bør opprettholdes når man ser til kostnader ved evt annet sted.
 2. Innspill i partnerskapsmøtet om beredskap som tema for neste års konferanse støttes.
-

Sak 2026.23 Vitality resultatpresentasjon

Vedlegg: Presentasjon vist i møtet og evalueringsrapport

Prosjekt Vitality- Integrerte helsetjenester har arbeidet for kunne å vise til målbare resultater ved å kombinere data fra NPR og KPR. Prosjektleder/seksjonsleder Marte Wang Hansen presenterte funn fra arbeidet som er gjort med støtte hjelp fra Innomed.

Konklusjon:

1. Tas til orientering.
 2. Fullstendig evalueringsrapport og PP vist i møtet oversendes FSU etter behandling i SSU.
-

Sak 2026.24 CFS i Vestfold

Initiativ fra Vitality- Integrerte helsetjenester om innføring av CFS i Vestfold til behandling i SSU 03.09.26. Presentasjon av initiativ v/ Marte Wang-Hansen.

Forslag i sak til SSU legger opp til at kommuner og sykehus er ansvarlig for innføring i egen organisasjon. SiV har laget et forslag til en kompetanseplan som kan deles.

Marte viser til ny side på HDir fra juni-26: Klinisk skrøpelighetsskala (CFS) - Helsedirektoratet

Innspill fra FSU i møtet:

Bør man tenke på felles opplæring sykehus/kommune eller kommuner sammen?

Bør arbeidet forankres i handlingsplan for helsefellesskapet 2027 og bør det vurderes å søke om bruk av rekrutterings- og samhandlingsmidler?

Viktig at journalsystemer er tilrettelagt for deling av score

Inkluderes fastleger, f.eks. ved forventning om CFS ved henvisninger?

Konklusjon:

1. Informasjon tas til orientering.
 2. Innspillene fra FSU tas med som et grunnlag for eventuelle videre vurderinger i saken.
-

Evt.

Renate Solstad – Informasjon om innføringen av pasientens legemiddelliste PLL

Informasjon om pågående innføringsløp i alle kommuner og HF i helseregion Sør-Øst. Kommuner har ansvar for fastleger og legevakter i fase 1, øvrig HO etter at ny EPJ er på implementert. Innføring i Vestfold og Telemark ledes av prosjektleder Johanne Lysgård fra DigiTV. Sykehuset har ansvar for sykehusene og avtalespesialister. Samhandlingsavdelingen v/Renate har ansvar for å lede innføringen ved SiV HF.

Innføringen i sykehus og kommuner koordineres for å oppnå nødvendig samtidighet for opplevd nytte. Det er etablert samarbeid mellom SiV HF og prosjektleder DigiTV.

Finn Arthur Forstrøm - Refleksjon om positive erfaringer fra innføringen av Helseplattformen.

Dette er et område som er lite belyst, noe man også bør se til? Finn Arthur gjennomfører et AI-søk med de forbehold som må tas. Hans «samtale» med AI vedlegges referatet for interesserte.

Spørsmål mitt.

En av intensjonene med Helseplattformen var at det skulle bli en elektronisk mer sømløs samhandling mellom kommunehelsetjenesten, fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Spørsmål 1: Hvilke målsettinger vedr elektronisk mer sømløs samhandling mellom kommunehelsetjenesten, fastleger og spesialisthelsetjenesten ble gjort før innføring.

Spørsmål 2: Er det gjort noen evaluering vedr måloppnåelse på dette punktet?

Spørsmål 3: hvis ikke det er gjort en evaluering - kan du finne andre erfaringsgrunnlag.

Spørsmål 4: Kan du basis av punkt 2/3 gjøre en vurdering av hvilke elektroniske "samhandlingsgevinster" en kan innføre her hos oss i Vestfold, der vi har DIPS på sykehuset, kommunene har i ferd med å innføre nytt felles journalsystem og fastlegene har ulike journalsystemer.

Svaret fra AI (Claude)

Helseplattformen og elektronisk samhandling – status og relevans for Vestfold

Spørsmål 1: Hvilke målsettinger ble satt for elektronisk samhandling?

Før innføring ble det formulert flere konkrete mål for samhandling mellom nivåene:

Nasjonalt utgangspunkt – Helseplattformen bygger på Stortingsmelding 9 "Én innbygger – én journal" (2012–2013), som satte mål om at helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukeropplysninger, og at innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester. Averoy
Konkret for Helseplattformen var målet at pasienter og brukere skal møte en mer helhetlig og sømløs helsetjeneste, og oppleve en mer samlet tjeneste. Løsningen skulle være den første felles journalløsningen for sykehus, kommuner, fastleger og avtalespesialister, bygget av helsepersonell fra Midt-Norge selv. Helseplattformen

Målbildet var tydelig differensiert etter aktør: spesialisthelsetjenesten ønsket delt informasjon om pasientene, sammenhengende og standardiserte pasientforløp, oppdaterte medisiner og bedre verktøy for samhandling, mens kommunene ønsket bedre verktøy for forebyggende arbeid og bedre tilgang på rapporter og styringsinformasjon. Det ble understreket at disse gevinstene ville ha størst

effekt dersom løsningen ble innført hos alle aktører samtidig – sykehus, kommunehelsetjeneste, fastleger og innbyggere. AveroyAveroy

Et konkret målepunkt var å redusere såkalte "overliggerdøgn" – flest mulig utskrivningsklare pasienter skulle unngå unødig liggetid på sykehus, fordi dette ville gjøre helsetjenesten mer sømløs. Helsedirektoratet

Spørsmål 2: Er det gjort evaluering av måloppnåelsen?

Ja – **Riksrevisjonen** gjennomførte i 2024 en grundig undersøkelse (Dokument 3:3 (2024–2025), i samarbeid med Trondheim kommunerevisjon), og konklusjonen om samhandlingsmålet er ganske klar og nedslående:

"Samhandlingsgevinstene reduseres betydelig fordi fastleger, avtalespesialister og flere kommuner ikke bruker Helseplattformen." Riksrevisjonen

Riksrevisjonens vurdering er nyansert: Helseplattformen legger til rette for bedre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, og gjør det enklere for pasienter å ha kontakt med helsevesenet i prinsippet. Men svakhetene i IT-systemet reduserer samhandlingsgevinstene og den samfunnsmessige nytten, og det at fastleger, avtalespesialister og mange kommuner ikke tar systemet i bruk reduserer gevinstene betydelig. Riksrevisjonen

Den samlede overordnede vurderingen fra Riksrevisjonen var at planlegging, organisering og innføring var **"sterkt kritikkverdig"** – den strengeste kategorien de bruker.

Riksrevisjonen anbefalte departementet å sikre god informasjonsflyt om pasienter, først og fremst ved å legge til rette for størst mulig oppslutning om Helseplattformen fra kommuner, fastleger og avtalespesialister – altså en erkjennelse av at selve premisset (alle på samme system) ikke er innfridd. Riksrevisjonen

Spørsmål 3: Andre erfaringsgrunnlag

Utover Riksrevisjonens rapport finnes flere kilder som utdyper bildet:

- **BCG-evalueringen** (bestilt av styret i Helse Midt-Norge) så spesifikt på årsaker til forsinkelser og fant blant annet at innføringsmetodikken til leverandøren Epic ikke tok tilstrekkelig hensyn til at det norske helsevesenet bygger vesentlig mer på samhandling og tverrfaglighet enn det amerikanske – et strukturelt poeng som er relevant uansett leverandør. Stortinget
- **Trondheim kommunerevisjon** pekte på at selve premisset (samme system) skaper et *potensial*, men ikke en garanti: innføringen har ført til at kommunen og sykehuset har samme journalsystem, og dette innebærer at forholdene ligger til rette for samhandling – altså en forutsetning, ikke et faktisk oppnådd resultat. Trondheim kommune
- **Fastlegenes egne erfaringer** er dårlige der de faktisk har måttet forholde seg til systemet uten å bruke det fullt ut. En felles undersøkelse blant fastleger i Trøndelag-regionen (april 2025) pekte på at Helseplattformen fører til dårligere samhandling med fastleger, og en debattant med innføringserfaring konkluderte med at erfaringene etter innføring ikke har vist "sømløs og sanntidsbasert samhandling" mellom kommuner og sykehus, og at samhandling ikke nødvendigvis blir sømløs bare fordi aktørene bruker samme EPJ, særlig når brukervennligheten er dårlig. Dette er et viktig funn: **felles system er ikke tilstrekkelig for samhandlingsgevinst** dersom løsningen samtidig er tungvinn i daglig bruk. NamdalsavisaNamdalsavisa
- **Motstykket i resten av landet:** Utenfor Midt-Norge har man i stedet bygget samhandling på et **meldingsbasert prinsipp** mellom ulike journalsystemer (PLO-meldinger, e-resept, henvisninger, epikriser, dialogmeldinger via Norsk Helsenet), samt nasjonale fellestjenester som kjernejournal. Dette er en grunnleggende annen arkitektur enn Helseplattformens "alle i samme database". Nasjonalt satses det nå videre på dette sporet gjennom **"digital**

samhandling"-programmet med konkrete tiltak: pasientens legemiddelliste (PLL), pasientens journaldokumenter (PJD), pasientens kritiske informasjon, pasientens prøvesvar og pasientens måledata – alle driftet av Norsk Helsenett og designet nettopp for å understøtte aktørene i sektoren som konsumenter, rekvirenter og produsenter uavhengig av hvilket EPJ-system de bruker. regjeringen

Spørsmål 4: Vurdering for Vestfold

Deres utgangspunkt – DIPS på sykehuset, nytt felles kommunalt journalsystem på vei inn, og et lappeteppes av ulike fastlegesytemer – er strukturelt **det motsatte** av Helseplattformens modell. Dere kan ikke (og trenger sannsynligvis ikke) velge "ett system for alle"-strategien. Erfaringene over peker likevel på noen klare implikasjoner:

1. Lærdommen fra Midt-Norge er ikke primært "velg felles system", men "brukskvalitet og oppslutning avgjør gevinsten". Selv med felles database uteble gevinsten fordi fastleger og kommuner ikke tok i bruk løsningen fullt ut, og fordi brukervennligheten var for dårlig. For Vestfold betyr det at investering i **gode, robuste meldings- og datadelingstjenester på tvers av de ulike systemene** trolig gir bedre og raskere gevinst enn å vente på eller forsøke å tvinge frem ett felles system for alle tre nivåer.

2. Prioriter de nasjonale samhandlingstjenestene som allerede er under utrulling og er systemuavhengige:

- *Pasientens legemiddelliste* – reduserer legemiddelfeil og dobbeltarbeid mellom fastlege, sykehus, kommune (hjemmetjeneste/sykehjem) og apotek, med finansiering og støtte til frikjøp av koordinatorene i innføringsfasen
- *Pasientens journaldokumenter* – gir helsepersonell tilgang til relevante dokumenter fra andre virksomheter uten å måtte ringe eller etterspørre manuelt
- *Kjernejournal / pasientens kritiske informasjon* – gir et minimumsnivå av delt informasjon (kritiske allergier, diagnoser) på tvers, uansett EPJ
- Videreført og forbedret **PLO-meldingsutveksling** mellom sykehus (DIPS), det nye kommunale journalsystemet og fastlegesytemene – dette er en moden, velprøvd infrastruktur i resten av landet

3. Sørg for at kravspesifikasjonen til det nye kommunale journalsystemet eksplisitt stiller krav om støtte for disse nasjonale tjenestene og gode API-er, ikke bare mot sykehuset (DIPS), men også mot de ulike fastlegesytemene. Dette er trolig det enkeltpunktet med størst innflytelse på faktisk samhandlingsgevinst, siden dere har mulighet til å påvirke kravene nå, før systemet er låst.

4. Invester i innføringsstøtte og brukervennlighet, ikke bare teknologi. Riksrevisjonens og fastlegenes erfaringer viser at selv teknisk velfungerende deling ikke gir gevinst hvis løsningen oppleves som tungvinn i klinisk hverdag. Kompensasjon og opplæringsstøtte til fastleger (som er lagt inn i det nasjonale PLL-mandatet) er et konkret grep som bør etterspørres lokalt.

5. Vurder en trinnvis, målt tilnærming – f.eks. starte samhandlingsgevinst-arbeidet på et avgrenset område (som legemiddelliste eller utskrivningsklare pasienter/overliggerdøgn, som allerede er et etablert målepunkt nasjonalt), fremfor å sikte mot "sømløs samhandling" som ett stort mål. Det gjør det også lettere å faktisk **evaluere** om dere oppnår noe – noe som påfallende har vært en svakhet i Midt-Norge-prosjektet.

Kort oppsummert: Vestfolds fragmenterte systemlandskap er en ulempe sammenlignet med Helseplattformens ambisjon om ett felles system, men gitt at selv Helseplattformen ikke har innfridd samhandlingsmålene i praksis, er en pragmatisk satsing på de nasjonale, systemuavhengige samhandlingstjenestene trolig et like godt – og mer realistisk – spor for dere.

Oppfølgingsspørsmålet mitt

Takk skal du ha, jeg er godt fornøyd med svaret ditt , men kan du sjekke en gang til om det finnes beskrevet positive elektroniske samhandlingseffekter -gjærne konkretiser hva det er og hvem som har gjort disse erfaringene?

Svaret fra AI (Claude)

Jeg fant et godt kildegrunnlag – særlig en fersk styresak fra Helseplattformen AS (august 2025) der 21 kommuner og St. Olavs hospital selv rapporterte konkrete erfaringer. Her er de mest håndfaste positive funnene, med kilde:

Kvantifiserte positive effekter (fra kartlegging i flere kommuner)

Riktigere medisinerer: Basert på kartlegging i 17 kommuner økte andelen medisinerer utført til riktig tid fra (cite index="43-1">52 % før Helseplattformen til 82 % etter innføring, med en markant nedgang i antall varsler helsepersonell mottar om medisinerer utenfor planlagt tidsvindu.</cite>

Færre ubesatte timer ("ikke møtt"): På tvers av sykehus og kommuner sank andelen timer pasienten ikke møtte til, fra (cite index="43-1">9 % i 2023 til 7,1 % i 2025 for timer planlagt av personell, og fra 8,6 % til 4,7 % for timer bestilt av pasienten selv – sistnevnte drevet av pasientstyrt timeadministrasjon i HelsaMi (appen/portalen).</cite>

Mindre dobbeltdokumentasjon (tidligere problem): En kartlegging i 14 kommuner før innføring viste at (cite index="43-1">4,4 % av total arbeidstid på tvers av alle fagområder gikk med til manuell dobbeltføring, og hele 10 % av arbeidstiden ved helse- og velferdskontor/saksbehandling gikk med til dobbeltdokumentasjon og sammenstilling av opplysninger</cite> – dette er baseline-tallet som Helseplattformen skal redusere.

Utstrakt bruk av sikker chat: Per august 2025 hadde (cite index="43-1">53 % av alt helsepersonell med tilgang til sikker chat i Helseplattformen tatt det i bruk i løpet av 2025 (70 % på sykehusene, 20–64 % i kommunene), med 2,8 millioner sikker chat-meldinger sendt hittil i år.</cite>

Konkrete kvalitative eksempler, med navngitt kilde

Samhandling mellom sykehus og kommune:

- Indre Fosen og Røros kommune rapporterte (cite index="43-1">mer effektiv informasjonsflyt og færre telefoner mellom kommuner og sykehus.</cite>
- Rindal kommune trakk frem at (cite index="43-1">ambulansetjenesten får bedre oversikt over pasienten før ankomst, fordi de kan se journalinformasjon på forhånd.</cite>
- Flere kommuner (Levanger, Rindal, Røros, Sula) meldte at (cite index="43-1">sikker chat og meldingsfunksjoner brukes aktivt for pasientrelatert dialog, både internt og mellom kommuner og sykehus, og gir raskere arbeidsprosesser og tryggere kommunikasjon.</cite>

Legemiddelsikkerhet i sykehjem:

- Oppdal kommune fremhevet at (cite index="43-1">bruk av verktøyet "Rover" ved legemiddelhåndtering gir sanntidsføring og tryggere administrasjon,</cite> og Sitatet fra en kommune oppsummerer dette godt: samstemming av legemidler i sykehjem gir bedre pasientsikkerhet fordi pasienten får rett medisin til rett tid.

Pasientflyt/logistikk:

- Indre Fosen kommune rapporterte at (cite index="43-1">fagledere og koordinatore kan planlegge arbeidsdagen mer effektivt, og at oversikt over pasientenes avtaler på tvers av tjenester gjør at dobbeltbookinger unngås.</cite>
- Oppdal kommune fant at (cite index="43-1">pasientstyrt timeadministrasjon og selvbetjening har gitt bedre oppmøte til timer.</cite>

Teknisk drift (kommune-perspektiv, ikke bare klinisk):

- Verdal kommune pekte spesifikt på at (cite index="43-1">lov- og forskriftsendringer, KPR-rapportering, IT-sikkerhet, serverdrift og backup er bedre ivaretatt enn i tidligere systemer, og at sentralisert drift og overvåking har redusert lokal belastning og gitt økt stabilitet. I tillegg sparer automatisert tilgangsstyring (integrt med HR-systemet) tid og reduserer feil.</cite>

Fagfellesskap på tvers av kommuner:

- Levanger og Selbu beskrev at (cite index="43-1">deling av prosedyrer, rutiner og opplæringsmateriell gir mer enhetlig praksis, og at fagnettverk styrker små fagmiljøer, særlig i mindre kommuner.</cite>

Viktige forbehold ved denne kilden

Dette er ikke en uavhengig evaluering, men **selvrapportering innhentet av Helseplattformen AS selv** (fra eierne/kundene deres), etter en enkel skriftlig henvendelse i august 2025. Saksdokumentet er ærlig på dette: (cite index="43-1">man var ikke ute etter en samlet evaluering, men refleksjoner og konkrete erfaringer slik de fremstår for kommuner og foretak som bruker løsningen nå.</cite>

Dokumentet peker også selv på et gjennomgående mønster som er verdt å ta med til Vestfold: (cite index="43-1">erfaringene varierer sterkt – noen ser store gevinster i kvalitet og samhandling, andre melder frustrasjon og merarbeid på samme funksjonsområde, og opplevelsene formes i stor grad av lokale rammebetingelser, kompetanse og organisering. Gevinster «tas ikke ut» automatisk, de skapes gjennom ledelse, kultur og systematisk gevinstarbeid.</cite> St. Olavs hospital pekte selv på at de har brukt store ressurser på tilpasning og opplæring uten at målbare gevinster er realisert ennå.

Et annet gjennomgående funn er **målkonflikten mellom kvalitet og ressurseffektivitet**: (cite index="43-1">Helseplattformen gir høyere kvalitet på dokumentasjon, pasientsikkerhet og samhandling, men dette kan skje på bekostning av tidsbruk – ansatte melder at oppgavene utføres mer systematisk, men at arbeidsprosessen samtidig oppleves som mer ressurskrevende.</cite>

Og – gjennomgående i nesten alle temaområdene – **den samme flaskehalsen dere allerede har identifisert for Vestfold**: mange av de rapporterte utfordringene (ikke gevinstene) skyldes nettopp at (cite index="43-1">fastlegene fortsatt i stor grad står utenfor systemet, noe som skaper hull i pasientflyten, manglende felles legemiddelliste, dobbeltføring og risiko for avvik</cite> (nevnt av Selbu, Røros, Sula, Vestnes, Midtre Gauldal m.fl.).

Relevans for Vestfold

De positive gevinstene som er dokumentert (legemiddelsikkerhet, sikker chat/meldinger, bedre pasientflyt/logistikk, redusert ikke-møtt-rate) er i stor grad **funksjonstyper**, ikke unike for Epic/Helseplattformen som teknologi – de kan i prinsipp oppnås gjennom de systemuavhengige nasjonale tjenestene jeg nevnte tidligere (pasientens legemiddelliste, sikker meldingsutveksling, HelseNorge for pasientinvolvering). Samtidig understreker kildene et viktig poeng dere bør ta med: **teknologi alene gir ikke gevinst** – de virkelige suksesshistoriene (Rover, sikker chat, HelsaMi) trekkes eksplisitt frem som eksempler der løsningen er intuitiv, mens gevinstene uteblir der brukervennligheten er dårlig eller fastlegene står utenfor. Det peker mot at **brukervennlighet og fullstendig oppslutning fra alle aktørgrupper** er en like viktig suksessfaktor som selve valget av teknisk arkitektur.
