

DIGITAL SAMKONSULTASJON OG
HEIMEOPPFØLGING AV KRONISK SJUKE
TVERRFAGLEG SAMHANDLING OG MEIR HEILSKAPLEG TILBOD, DER
PASIENTEN BUR

Innholdsfortegnelse

1 Innledning	3
2 Faktaboks om prosjektet	4
Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet	4
Prosjektorganisering under styringsgruppen for prosjekt DSK og DHO	4
Plan for gjennomføring – en stegvis tilnærming	5
Steg 1: Utrede, vurdere og avklare (prosjekt oppstart januar 2022)	5
Steg 2: Planlegge og forberede for implementering og utprøving	6
Steg 3: Utprøving, evaluering, justering og redesign (oktober 2023-februar 2025)	6
Ikke gjennomført - Steg 4 og 5: Utarbeide helhetlig tjenestemodell og vurdere implementering i flere kommuner og for flere pasientgrupper	7
Forankring i Helsefellesskapet	7
3 Mål med tiltaket	7
Aktuelle pasientgrupper ved utprøving	8
Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten	8
Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging	8
4 Måloppnåelse / gevinster	9
I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?	9
Hvilke gevinster har prosjektet gitt?	10
Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?	10
Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet	11
5 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt	12
Tjenesteforløp beskriv kort (endringer/utvikling i løpet av perioden?)	12
Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier	12
Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten	13
Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan	13
Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging (Organisering, kompetanse, omfang og etiske vurderinger)	14
Erfaring med fastlegens rolle og ansvar	14
Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle	14
Beskrivelse av hvordan anskaffelse har vært gjennomført, og hvordan implementering og prosesser rundt dette har gått (Leverandør, type teknologi, omfang)	15
Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten	15

Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på	15
6 Prosessveiledning	16
Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?.....	16
Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed.....	16
Hvilke aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært nyttig for framdrift i prosjektet?	16
7 Læringspunkter / erfaringer	16
Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune	16
Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO?.....	16
Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi?	17
Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?	17
Hvilke suksesskriterier ville dere peke på, og evt. barrierer?.....	17
Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging?	17
8 Oppsummering og veien videre	17
Hva er status for overgang til drift og planer for videre utvikling?.....	17
9 Vedlegg	18

Sluttrapport /erfaringsrapport prosjekt for spredning av digital hjemmeoppfølging 2022 – 2024

Prosjektet digital samkonsultasjon (DSK) og digital hjemmeoppfølging (DHO) av kronisk syke
Prosjekteier: Masfjorden

Kort oppsummert

Prosjektet digital samkonsultasjon (DSK) og digital hjemmeoppfølging (DHO) av kronisk syke startet i 2022 som et samarbeidsprosjekt for kommunene i Region Nordhordland og spesialisthelsetjenestene. Målet med prosjektet har vært å prøve ut digital samkonsultasjon og hjemmeoppfølging som metode og verktøy for å forbedre samhandlingen og tilbudet om helsetjenester nærmere der pasienten bor. Dette har vært et utviklings- og innovasjonsprosjekt, der en stegvis tilnærming med tydelige mål for de ulike fasene har styrket gjennomføringsevnen og måloppnåelsen til prosjektet. Pilotkommunene Masfjorden, Alver og Austrheim har deltatt i utprøvingen. Prosjektet startet med forankring- og kartlegging. Arbeidet med utprøving av digital samkonsultasjon startet i oktober 2023 og ble avsluttet i juni 2024. Utprøvingen av digital hjemmeoppfølging begynte i september 2024 og avsluttes i slutten av februar 2025. Utprøvingen har gitt mange erfaringer om hvordan DSK og DHO kan fungere i en kommunal tjeneste, og hva som videre må på plass for at det kan bli en langvarig og bærekraftig tjeneste.

Ordliste

DSK – Digital samkonsultasjon

DHO – Digital hjemmeoppfølging

RNI – Region Nordhordland Interkommunale selskap

1 Innledning

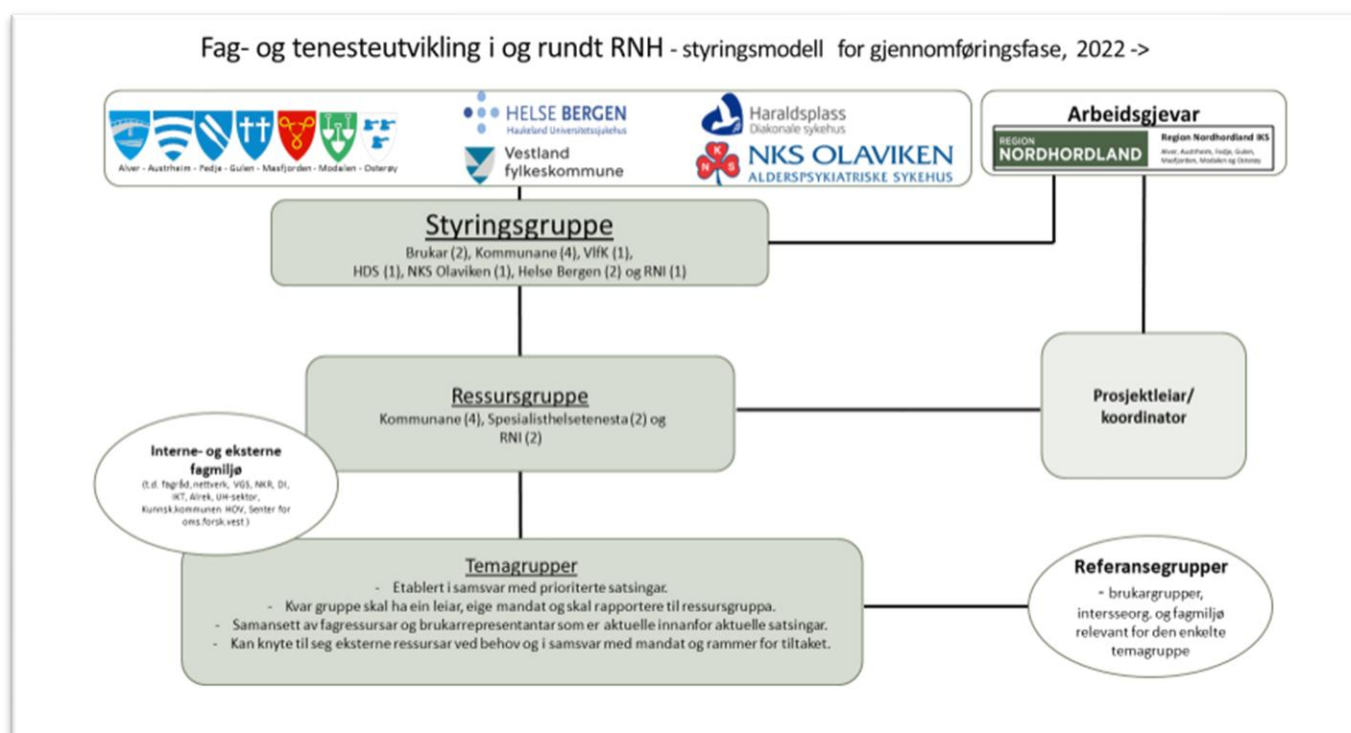
Digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging av kronisk syke er et av prosjektene i porteføljen til Fag og tjenesteutvikling. Fag og tjenesteutvikling i og rundt Region Nordhordland Helsehus er et samarbeidsprosjekt for å fremme utvikling, innovasjon, samarbeid og faglige synergier mellom ulike tjenestetilbud og tjenestenivåer i regionen.

Det overordnede målet med prosjektet digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging av kronisk syke har vært å prøve ut metoden og verktøyet for å forbedre samhandlingen og tilbudet om helsetjenester nærmere der pasienten bor. Gjennom den nasjonale satsingen på Digital hjemmeoppfølging (DHO) og kunnskap og erfaringer fra andre i sluttrapporter, så man at utprøving av digital samkonsultasjon kan sees som en av flere innsatsfaktorer i DHO.

2 Faktaboks om prosjektet

Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet

Prosjekt digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging av kronisk syke er godt forankret gjennom samarbeidsstrukturen mellom kommunene og helseforetakene, og gjennom mandatet til prosjektet Fag- og tjenesteutvikling i og rundt Region Nordhordland Helsehus. Gjennom samarbeidsprosjektet Fag- og tjenesteutvikling i og rundt Region Nordhordland Helsehus er det opprettet en styringsgruppe med representanter for kommunene Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy. I tillegg deltar Helse Bergen, Vestland fylkeskommune, Haraldsplass Diakonale sykehus og NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus. Styringsgruppen har et faglig ansvar og et overordnet ansvar for å godkjenne handlingsplaner, korrigere, veilede og skape handlingsrom for planlegging og gjennomføring av tiltak knyttet til utviklingsarbeidet i og rundt Region Nordhordland Helsehus.



Figur 1. Styringsmodell for gjennomføringsfase 2022- fag og tjenesteutvikling i og rundt RNH. (Prosjektplan)

Prosjektorganisering under styringsgruppen for prosjekt DSK og DHO

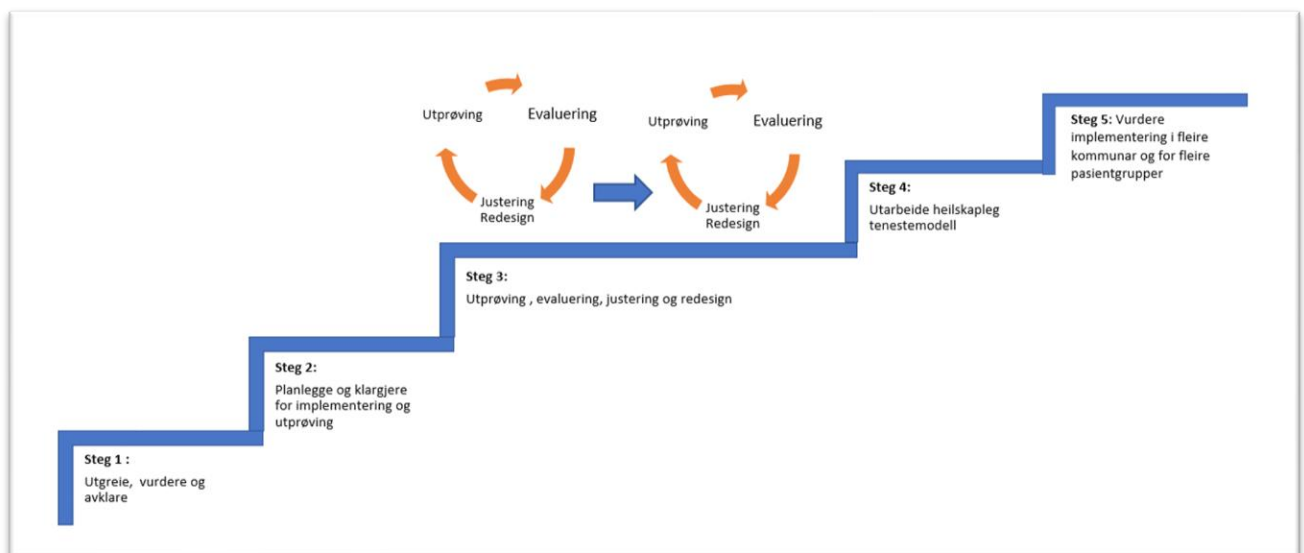
1. Prosjektgruppen har vært en satsing under styringsmodellen som vist i Figur 1. Prosjektgruppen har hatt jevnlig møter for fremdrift i prosjektet. Sammensetningen av prosjektgruppen har vært slik:

- Prosjektleder og koordinator med helsefaglig bakgrunn og erfaring innen prosjektledelse, planlegging og organisering av utviklingsprosjekter.

- Brukerrepresentanter fra brukerutvalget i helseforetaket og fra lokale interesseorganisasjoner med kompetanse og erfaring fra de aktuelle pasientgruppene.
 - Prosjektmedarbeidere med medisinsk faglig kompetanse: fastlege/spesialist i allmennmedisin, spesialist i samfunnsmedisin, psykologspesialist og sykepleier. Prosjektmedarbeidere med kompetanse innen digitalisering, løsningsarkitektur, samt systemforståelse og prosesskompetanse.
 - Ressurser fra e-Helse Vestland som bidrar med prosessveiledning og erfaringsspredning.
2. Faggruppe for palliasjon og alderspsykiatri ble etablert med relevante representanter i utredningsfase, og for å finne ut av hvordan tjenesteforløpet kan foregå for disse pasientgruppene.
 3. Arbeidsgruppe DSK og arbeidsgruppe DHO ble etablert, med relevante helsepersonell fra kommunene for å gjennomføre utprøvingsarbeidet.

Plan for gjennomføring – en stegvis tilnærming

For å nå målet med prosjektet ble det planlagt for en stegvis tilnærming, som skissert under i figur 2. Digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging har vært et utviklings- og innovasjonsprosjekt, der en stegvis tilnærming med tydelige mål for de ulike fasene har styrket gjennomføringsevnen og måloppnåelsen til prosjektet. Prosjektet har i tillegg hatt følgeforskning fra HVL og Vestlandsforskning som følger prosjektet, og gevinstkvalitetene.



Figur 2 Plan for gjennomføring – Ei stegvis tilnærming. (Prosjektplan)

Steg 1: Utrede, vurdere og avklare (prosjekt oppstart januar 2022)

Utrede, vurdere og avklare rammer, muligheter og forutsetninger for å prøve ut digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging som metode og verktøy.

Blant annet vurdere og konkretisere:

- Rammefaktorer for planlegging og gjennomføring
- Økonomiske
- Organisatoriske
- Kompetansebehov og ressurstilgang
- Behov og nytteverdi for pasienten, for samfunnet og for helsesektoren
- Vurdere og avklare når i et pasientforløp det kan være nyttig/hensiktsmessig å bruke digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging
- Avklare målgruppe og kriterier for aktuelle pasientgrupper
- Samarbeidsaktører – hvem som må involveres i de ulike fasene
- Tekniske installasjoner og infrastruktur
- Vurdere evalueringskriterier for prosjektet

Steg 2: Planlegge og forberede for implementering og utprøving

Med bakgrunn i avklaringer gjort i Steg 1, kan Steg 2 begynne for videre planlegging og forberedelse på plass før utprøvingen starter.

I denne fasen vil det blant annet bli arbeidet med:

- informasjon og dialog med aktuelle aktører og pasientgrupper
- å planlegge for hvordan utprøvingen skal organiseres
- planlegge for praktisk gjennomføring
- å etablere system for teknisk bistand hos samarbeidspartene
- søke å få på plass følgeforskning som kan følge og evaluere metode og verktøy
- å avklare hva kommuner, fastlegekontor og avdelinger i spesialisthelsetjenesten skal prøve ut som en digital samhandlingsmodell
- vurdere og avklare når i et pasientforløp det kan være nyttig, hensiktsmessig og forsvarlig å nytta digital samkonsultasjon i oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer
- logostikk, t.d. finne løsninger for felles timebestilling
- økonomiske rammer og forutsetninger hos partene når det gjelder takstsystemene ved samtidige konsultasjoner mellom ulike tjenesteytere
- Utarbeide tjenesteforløp for digital heimeoppfølging

Steg 3: Utprøving, evaluering, justering og redesign (oktober 2023-februar 2025)

- [Utprøvsperiode digital samkonsultasjon \(oktober 2023-juni 2024\)](#)
- [Utprøvsperiode digital hjemmeoppfølging \(september 2024-februar 2025\)](#)

Etter steg 1 og 2 er gjennomført, og det er en enighet mellom samarbeidspartene om grunnlaget for å prøve ut metode og verktøy kan prosjektet gå videre til å gjennomføre steg 3. Det omhandler utprøving, fortløpende evaluering, gjøre nødvendige justeringer og eventuelt redesigne modellen ved behov.

I denne fasen vil blant annet bli et arbeid med å:

- Prøve ut teknisk plattform og system sammen med aktuelle fagpersoner.
- Gjennomføre utprøving av digitale samkonsultasjoner på legekontor.

- Gjennomføre utprøving av digitale samkonsultasjoner i pasientens hjem.
- Gjennomføre utprøving av digital hjemmeoppfølging via egenrapportering på nettbrett for brukar/pårørende.
- Evaluere og justere modell og metode der det vil vurderes om:
 - metode og verktøy gir de resultatene som er ventet i prosjektets målsetting
 - om tilbudet skal prøves ut sammen med flere aktører og andre pasientgrupper
 - om det er behov for ytterligere tilpassinger og justeringer før flere kommuner og pasientgrupper skal implementere
 - I denne prosessen er det viktig at aktuelle interessenter blir involvert, og ikke minst at aktuelle brukergrupper blir representert og deltar i utviklingsarbeidet.

Ikke gjennomført- Steg 4 og 5: Utarbeide helhetlig tjenestemodell og vurdere implementering i flere kommuner og for flere pasientgrupper

På bakgrunn av erfaringer og resultatene i steg 3, og med en enighet om grunnlaget for å utarbeide helhetlig tjenestemodell kan forankringen hos samarbeidspartene føre til et arbeid med steg 4.

Steg 4 vil innebære:

- Vurdere å utarbeide en helhetlig tjenestemodell med tydelig rolle og ansvarsfordeling inkludert konkrete oppgavebeskrivelser.
- Sørge for at nødvendig og pålagte oppgaver i forbindelse med personvern og informasjonssikkerhet er ivarettatt.

Dersom samarbeidspartene gjennom steg 3 og 4 vurderer digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging som nyttige og gode metoder og verktøy for å bedre samhandlingen, samt for å gi tilbud om helsetjenester nærmere der pasienten bor, vil prosjektet arbeide videre for å ta i bruk helhetlig tjenestemodell for digital samkonsultasjon og heimeoppfølging for flere pasientgrupper og i alle kommunene i Region Nordhordland.

Forankring i Helsefellesskapet

Ved prosjektstart, og ved etableringen av prosjektplan ble det avklart at ved videre utvikling og produksjonssetting av prosjektet skal det forankres gjennom de formelle foraene i Helsefellesskapet i Helse Bergen sitt opptaksområde. Digi Vestland er også involvert for å sikre spredning i kommunene. Dette arbeidet ble igangsatt i desember 2024.

3 Mål med tiltaket

Målet med prosjektet har vært å prøve ut digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging som metode og verktøy for å forbedre samhandlingen og tilbudet om helsetjenester nærmere der pasienten bor.

Målgruppen for å teste ut DSK og DHO:

- Pasienter med kroniske sykdommer og behov for helhetlige og koordinerte tjenester
- Eldre innbyggere
- Pasienter med kroniske sykdommer som har risiko for forverring
- Pasienter med lang reisevei som opplever det som belastende å bli flyttet fra hjemmet/institusjon til konsultasjon hos spesialist
- Pasienter med lang reisevei som skal ha kontrolltime hos spesialist, og der det er nyttig at fastlege, annet helsepersonell og/eller pårørende deltar sammen med pasienten
- Pasienter med psykiske lidelser
- Fastleger med behov for veiledning og rådgivning knyttet til konkrete problemstillinger, for å styrke kunnskapsgrunnlaget for videre behandling av pasienten der vedkommende bor

Aktuelle pasientgrupper ved utprøving

I et samspill mellom prosjektgruppen og fagmiljøene i kommunene ble pasienter innen palliasjon og alderspsykiatri identifisert som kandidater til utprøving av digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging.

I utredningsfasen steg 1 (se Figur 2) ble det etablert to faggrupper, sammensatt av fagressurser fra kliniske miljøer i kommuner og sykehus knyttet til de aktuelle pasientgruppene, samt brukerrepresentanter med erfaring fra de aktuelle pasientgruppene. Faggruppene identifiserte aktuelle pasienter innen fagområdene palliasjon og alderspsykiatri, og fikk i oppdrag å vurdere når i et pasientforløp det kan være nyttig, hensiktsmessig og forsvarlig å bruke digitale verktøy/digital hjemmeoppfølging av pasienter med kroniske sykdommer.

Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten

Resultatmål: Forventet nytte for pasienter og tjenester

- Gi innbyggerne i Region Nordhordland bedre helsetilbud og bringe spesialisthelsetjenesten nærmere der pasientene bor
- Grønn helse: Mindre transport av pasienter, redusere kostnader og miljøavtrykk
- Redusere belastningen for pasienter og pårørende med lang reisevei
- Styrke pasientens medvirkning og egenmestring i forebygging, behandling og oppfølging
- Kunnskapsdeling og faglig samarbeid mellom fagressurser i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging

Gevinstplan DHO og DSK er vedlagt.

Plan for oppfølging DSK

- Teknisk løysing: Virtuelt møterom Join eller Delta frå Norsk Helsenett. Spesialisthelsetjeneste sender lenke til pasient og annet helsepersonell når avtalte om DSK er på plass.
- Takstbruk under utprøving: Lege i kommunen bruker konsultasjonstakst. Spesialist i sykehus bruker kode for indirekte konsultasjon; «Samarbeidsmøter med førstelinjen».

Framgangsmåte for utprøving

- Pasient har fått informasjon om DSK og ønsker å delta i utprøving. Helsepersonell kommune har ansvar for å levere informasjonsskriv til pasient. Unntak vil vere dersom pasient er på sykehus under DSK, da har helsepersonell spesialisthelsetjenesta ansvar for å levere informasjonsskriv.
- Rekruttering fra kommunen: Lege i kommunen vurderer pasient i målgruppen som aktuell for DSK og sender henvisning til spesialisthelsetjenesten, der ønsket om videokonsultasjon gjennomført som DSK presiseres. Lege i kommunen noterer telefonnummer som skal brukes av spesialisthelsetjenesten til kontakt for koordinering av tidspunkt for DSK (for eksempel hjelpepersonell på legekontor, eventuelt avdelingsnummer på sykehjem). Behandler i kommunehelsetjenesten koordinerer time med spesialisthelsetjenesten via tlf. til kontaktpersonar for utprøving.
- Rekruttering fra spesialisthelsetjenesten: Kontaktperson (koordinator) i spesialisthelsetjenesten tar kontakt med kontaktperson i kommunen for å avklare grunnlaget for DSK.
- Ved grunnlag for DSK: Spesialisthelsetjenesten sender time til pasienten og dialogmelding til fastlegen med Join/Delta-lenke og avtalt tidspunkt for gjennomføring av DSK.

Plan for oppfølging av DHO

- Oppfølgingsansvar: Hjemmetjeneste
- Mål om oppfølging av minimum 10 pasienter i utprøvingsfasen
- Teknisk løsning: Dignio Prevent
- Utprøving av DHO ved egenrapportering: Pasientgruppa palliasjon – ESAS skjema, og pasientgruppa alderspsykiatri
- Kommunalsjefene for helse og omsorg i samarbeidskommunene får jevnlig orientering fra prosjektlederen i faste møtefora for kommunalsjefene
- Innsjekkssamtale for arbeidsgruppa og prosjektleder hver tirsdag for å diskutere Dignio Prevent, rekruttering av kandidater og erfaringer i utprøving

4 Måloppnåelse / gevinster

I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?

Målet om å teste DHO og DSK som et verktøy og metode er oppnådd. Allikevel har samhandlingen mellom partene, og nytten blitt annerledes enn tiltenkt. For overgang til drift kreves en større rigg og

et tilstrekkelig volum i antall pasienter for at det kan bli en del av en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

Hvilke gevinster har prosjektet gitt?

Gevinstoppfølgingen ved DSK utprøvingen viser til:

1. Reduserte transportkostnader
 2. Styrket faglig samhandling og kompetanse fra helsepersonell
 3. Styrke pasient og pårørende sin medvirkning og egenmestring
 4. Redusert belastning ved transport og reisetid for pasient og pårørende
- Se oppsummeringsnotat fra utprøving DSK vedlagt.

Gevinstoppfølgingen ved DHO utprøvingen (foreløpige resultater av nytten):

1. Mer innsikt i egen helsesituasjon for pårørende og brukere, som i seg selv er forebyggende
2. For pasienter (og pårørende) kan DHO i kommunal tjeneste bidra til å være et forpliktende egenmestringstiltak til rehabilitering og forebyggende, og oppleves trygt og forutsigbart ettersom avtalt oppfølging fra helsepersonell
3. Enklere og lettere for helsepersonell å forstå og se helsesituasjonen til pasient i et større bilde, og bistå med veiledning.

Momenter fra gevinstoppfølgingen DHO illustreres gjennom en eksempelse.

Case: Pårørende til en pasient med demens



Pasient bor sammen med kone. Alzheimers diagnose. I utgangspunktet er det en ok rytme i hverdagen for pasient og pårørende, men lite endring som skal til før påvirkning i negativ forstand.

Pårørende anvendte DHO sammen med helsepersonell for å:

- Gjenkjenne symptom på forverring tidlig
- Bryte mønster som kan føre til dårlige perioder/forverring
- Opprettholde god struktur i hverdagen



Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?

1. DSK

Gevinstoppfølging for DSK-utprøving baserer seg på registreringer fra evalueringsskjema i Forms, utført av helsepersonell som deltok i DSK. Inkludert intervjuer ved forprosjektet RFF. Forprosjektet med støtte fra Regionalt Forskningsfond Vestland følger opp kvalitative gevinster fra utprøving av DSK og DHO gjennom intervjuer med helsepersonell som har deltatt i utprøvingen. Følgeforskningen startet i januar 2024 og er planlagt avsluttet ved utgangen av april 2025.

2. DHO

Forprosjektet ser på kvalitative gevinster ved utprøving. I tillegg for å få et bedre bilde av brukeropplevelsen ved DHO-tjeneste ble det sendt ut oppstartsspørsmål, og etter en periode ble oppfølgingsspørsmål til brukerne. Dette for å se på hvordan brukere og (pårørende som målgruppe) opplevde DHO som en mulig tjeneste. Det ble sendt et spørreskjema i Dignio Prevent ved oppstart og etter en periode. Skjema inneholdt samtykkespørsmål om innhenting. Antallet brukere i utprøvingen har vært såpass få at å bruke Dignio Prevent bidro til å forenkle informasjonsflyten ovenfor pasientene som prøvde ut. Svarene ble videre formidlet fra Helsepersonell til prosjektleder ved å skrive over og anonymisere.

Utprøvingen av DHO har i hovedsak foregått gjennom egenrapporteringsskjema, og ved hjelp av egenbehandlingsplan. Noen pasienter har også brukt verktøyene knyttet til logg av vekt og egen blodsuktermåling. Hvordan en slik DHO-oppfølgning konkret bidrar til å spare et besøk eller reisetid for helsepersonell kan være vanskelig å fremstille i et regnestykke. I utprøvingsfasen har det heller gitt en økning i antall timer med oppfølging.

For å ha en oversikt over utfordringsbildet, oppfølgingsbehovet og mulige innsparinger på reise ble det opprettet et oversiktsskjema med inspirasjon fra gevinstrealiseringsskjema til Helsedirektoratet. Oversiktsskjema ble tilpasset og de involverte helsepersonell i alle pilotkommunene fikk egne tilganger til et eget skjema for hver kommune. Skjemaet inneholder den anonyme bruker, men med kort info om pasientens utfordringsbilde, DHO verktøy brukt, antall timer vedtak om hjemmetjenester, antall timer brukt på DHO- oppfølging, kjøreavstand og oppstarts- og avslutningstidspunkt for DHO-oppfølgning. Ved avslutningen av DHO-utprøving i februar vil informasjonen bli systematisert for å videre kunne ta en vurdering på nytten ved utprøving.

Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet

Se figur 2 for stegvis tilnærming i prosjektet

Steg 1

Rapporteringer til Helsedirektoratet

Prosjektplan (Oppdatert underveis)

Prosessveiledning Innomed 2022

Steg 2

Rapporteringer til Helsedirektoratet

Grunnopplæring i Dignio Prevent for kontaktpersoner kommuner høst 2023

Prosessveiledning Innomed 2023

Steg 3

Oppstart utprøving DSK

Prosessveiledning Innomed 18.april 2024: Utarbeide tjenesteforløp og gevinstplan DHO

Opplæring DHO med Dignio september/oktober 2024

DPIA/ROS for Dignio Prevent august 2024

Mal for oppstarts- og oppfølgingsspørsmål

Informasjonsskriv til kandidater

DHO- samling for å avklare utprøving/gjennomføring med involverte fra arbeidsgruppe og helsepersonell fra kommunene- 5. november 2024

Rapporteringer til Helsedirektoratet

Evaluering og oppsummering av uttesting av digital samkonsultasjon (Vedlegg)

5 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt

I henhold til den stegvise prosjekttilnærmingen (figur 2) er steg 1 og 2 gjennomført. Arbeidet per februar 2025 forgår innenfor steg 3 og innebærer å ferdigstille utprøvingen med DHO, og videre evaluere, justere og redesigne tjenesteforløp/modell som ble utarbeidet i prosessveiledningen. Det er synlig at det er et behov for en annen organisering for å få til et tilstrekkelig volum i antall pasienter, og en bredere koordinering med spesialisthelsetjeneste og fastleger. Se videre planer i punkt 7.

Tjenesteforløp beskriv kort (endringer/utvikling i løpet av perioden?)

Prosessveiledningen med Innomed den 18.april 2024 ga et godt utgangspunkt for partene til en utarbeidelse av tjenesteforløp og mulig tjenestemodell for DHO. I uttestingen foregikk det ikke en involvering av vedtaksinstans/forvaltning. Ved utprøvingen av DHO i hjemmetjenesten var ikke forvaltningen involvert, men hjemmetjenesten rekrutterte deltakere på egenhånd. Se vedlegg for tjenesteforløp.

Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier

Digital samkonsultasjon

Inklusjonskriterier for utprøving:

- Pasient har behov for oppfølging av spesialisthelsetjenesten.
- Pasient kan få god og forsvarlig oppfølging fra spesialisthelsetjenesten via digitalt møte.
- Pasient har lang reisevei, eller opplever reisevei til sykehus som en belastning.
- Pasient har behov for avklaringar vedr. oppfølging/behandling der det vil vere nyttig at helsepersonell både i kommune og sykehus deltar.

Digital hjemmeoppfølging

Inklusjonskriterier for utprøving:

- Pasient må ha et sykdomsbilde som er mulig å observere, måle og følge opp på avstand.
- Pasient eller pårørende er motivert for å prøve DHO
- Det må være forsvarlig og ønskelig å følge pasienten med DHO
- Det må være forventet nytte av tiltaket for pasienten eller pårørende.
- Det bør være forventet effekt på tjenesteforbruk.
- Pasient/pårørende kan nytte enkel teknologi eventuelt med opplæring/testperiode.

Eksklusjonskriterier for utprøving:

- Dårlig dekning/ ikke tilgang på nettverk
- Bruker/pårørende har ikke digital kunnskap eller kjennskap til bruk av smart telefon/nettbrett
- Uinteressert / ønsker ikke å delta
- Klarer ikke å følge opp målinger og forholde seg til egenbehandlingsplan.

Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten

Brukerinvolvering har vært viktig i alle stegene og nivåene i prosjektorganiseringen. I møter med styringsgruppa for Fag- og tjenesteutvikling deltar to brukerrepresentanter (Haraldsplass Diakonale sykehus og Ungdomsrådet Helse Bergen). Prosjektgruppa for prosjektet DHO og DSK har to brukerrepresentanter fra Brukerutvalget Helse Bergen deltatt. Faggruppe alderspsykiatri har hatt brukerrepresentanter fra lokalgruppa i Demensforeninga, og faggruppe palliasjon har hatt en brukerrepresentant utpekt av Kreftforeninga. I tillegg har brukerevalueringer fra brukere i utprøving (oppstarts- og oppfølgingsspørsmål) gitt nyttige tilbakemeldinger på opplevelsen av DHO som tjeneste.

Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

I prosjektet har utprøvingen av DHO omhandlet egenbehandlingsplan i kombinasjon med egenrapporterings skjema. Egenbehandlingsplan i utprøvingen av DHO har vist seg å være et mer forpliktende habiliterings/egenmestringsverktøy for brukere. Det gir også forutsigbarhet for pasient ettersom det er avtalt at helsepersonell følger opp etter avtale. DHO har gitt pårørende (ved demens) og brukere et bredere innblikk og kunnskap om egen kapasitet og helsesituasjon ut ifra nivåene grønn, gul og rød.

Det har i tillegg vært lettere for helsepersonell å bistå og veilede ettersom egenbehandlingsplanen er utarbeidet i felleskap og sammen med pasienten. Det gir helsepersonell tilgang på mer helhelhetlig informasjon om helsesituasjonen til pårørende/pasient. Det var også lettere for helsepersonell å sette seg inn i en oppstått situasjon, og følge opp tettere i perioder med forverring.

Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging (Organisering, kompetanse, omfang og etiske vurderinger)

I prosjektet ble hjemmetjenesten den ansvarlige enhet for oppfølging ved utprøvingen av digital hjemmeoppfølging. I pilotkommunene Alver, Masfjorden og Austrheim er hjemmetjenesten forskjellig organisert ut ifra geografi, og har ulik kapasitet og omfang av pasienter/brukere. Alle involverte i kommunene har fått den samme opplæringen, men kommunene har hatt forskjellig utgangspunkt for den videre organiseringen av DHO-oppfølging, og i kapasiteten til å finne aktuelle kandidater.

Det var i utgangspunktet bestemt utprøvingen av DHO for pasientgruppene palliasjon og alderspsykiatri. I oppstart av utprøvingen av DHO ble det tydelig at det var hensiktsmessig å utvide pasientgruppene ut ifra kandidater der et behov forelå, men å følge eksklusjons/inklusionskriteriene. Bakgrunnen for å utvide pasientgruppen omhandlet behovet for at kommunene skulle få testet ut og opparbeidet nok erfaringer. Aktuelle kandidater snevret seg inn ettersom det var DHO gjennom egenrapporteringsskjema som skulle prøves ut.

Erfaring med fastlegens rolle og ansvar

Ved DSK-utprøving har fastleger vært et nøkkelpunkt, ettersom samhandlingsmodellen mellom fastlege, spesialisthelsetjeneste og kommune var verktøyet som skulle testes. Fastlegeressurser har også bidratt til utviklingen av tjenesteforløp for DSK til den første utprøvingen. I overgangen fra tjenesteforløp til utprøving møtte prosjektet utfordringer med å rekruttere pasienter innen målgruppen med behov for DSK, for deretter å rekruttere deres fastleger. Det kompliserte og forsinket prosessen.

Ved utprøving av DHO har fastlegene blitt orientert om pasienter ved nødvendighet. At det ikke har foregått mer kommunikasjon har imidlertid hindret en solid forankring av DHO som verktøy blant fastlegene. Å arbeide ut fra en egenbehandlingsplan er en ny måte å jobbe på også for fastlegene. For at DHO i større grad kan anvendes i fastlegenes arbeidshverdag kreves der mer informasjon, kommunikasjon og opplæring for å til en bedre påkobling av fastlegene. I tillegg må det foreligge et ønske om å bruke et slikt verktøy. DSK/DHO har ikke vært en prioritert oppgave i fastlegenes arbeidshverdag.

Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle

Samarbeidet med spesialisthelsetjenestene har foregått på flere nivåer i prosjektet, og fra steg 1 til steg 3. I utgreiingsfasen deltok representanter fra spesialisthelsetjenesten inn faggruppene for palliasjon og alderspsykiatri. For fremdriften, forankring og overordnede avgjørelser mellom kommune og spesialisthelsetjenesten har møtene med Styringsgruppa for fag og tjenesteutvikling vært viktig. I tillegg har representanter fra Helse Bergen, NKS Olaviken og Haraldsplass deltatt i møter med Prosjektgruppa for digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging, og i faggruppene for palliasjon og alderspsykiatri.

Beskrivelse av hvordan anskaffelse har vært gjennomført, og hvordan implementering og prosesser rundt dette har gått (Leverandør, type teknologi, omfang)

I forkant av prosjekt var det en eksisterende rammeavtale med Atea knyttet til velferdsteknologi, og etter en vurdering av funksjonalitetsbehovet ble Dignio leverandøren i utprøving av DHO. I DSK-utprøvingen ble det anvendt Virtuelt møterom Join eller Delta fra Norsk Helsenet.

Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten

1. Utprøving DSK

Det var vanskelig å finne kandidater/pasienter, og fastlegene hadde ikke DSK som prioritet. I utprøvingen var det også vanskelig å finne et felles kontaktpunkt for fastlege og spesialisthelsetjenestene. Ettersom det ikke foreligger et system som er tilrettelagt for slik koordinering oppsto det et merarbeid for støtteapparatet rundt. Det økonomiske aspektet ved utprøvingen ble fordelt slikt at det ikke var noen av partene som tapte økonomisk ved å prøve ut.

2. Utprøving DHO

Slik flere andre prosjekter i det nasjonale spredningsprosjektet påpeker så er det avgjørende å ha et volum i antall pasienter for at DHO kan gi kostnadsmessige besparelser for kommunene. Spesielt fordi det også krever en annen type organisering og oppfølging fra helsepersonell. Lisensen på MyDignio har kommunene betalt selv. Det er en kostnad på rundt 720 kroner per bruker. Kostnadsspørsmålet har derfor dukket opp ettersom flere relevante og potensielle DHO-brukere ikke har hatt tjenester fra hjemmetjenesten fra før av. Det har dermed blitt en tilleggstjeneste/oppgave, og en slags luksustjeneste.

Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

Det har vært en fordel å ha utprøving av DSK og DHO i et interkommunalt samarbeid. I samarbeidet har ressurser fra RNI bistått med prosjektledelse og organisering uavhengig av pilotkommunene. I arbeidsgruppa har representanter fra kommunene deltatt, og det har fungert godt ved hjelp av deltakelse på ukentlig innsjekkssamtaler, og teams-kanal/chat. I tillegg har prosjektgruppa vært en viktig arena for å se alle perspektivene i utprøvingene fra de ulike partene og brukerrepresentantene når det gjelder både DSK og DHO.

Det har vært en ulempe å ha hjemmetjenesten som enhet for oppfølging i uttestingen av DHO. Personell i hjemmetjenesten jobber i utgangspunktet ikke foran en pc i det daglige, og DHO blir en ekstra oppgave uten en tilrettelagt organisering. Det har allikevel fungert bedre for helsepersonell som også jobber med oppfølging og koordinering foran pc.

Ettersom vedtaksinstansen ikke har vært med i utprøvingen har det også vært vanskelig for hjemmetjenesten å finne aktuelle kandidater. DHO-kandidatene er ofte mest aktuelle før de blir avhengige av hjemmetjenester. I tillegg er det muligheter for tydeligere kostnadsbesparelser hvis DHO-utprøvingen i større grad hadde testet i målingsutstyr, og ikke kun egenrapporteringsskjema. Om pasienter/brukere/pårørende kan anvende målingsutstyr

på egenhånd kan besøk og reisetid til pasienten spare tid og kostnader. Det innebærer å teste ut på brukergrupper som er avhengig av hyppige målinger som f.eks diabetes, og kols.

6 Prosessveiledning

Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?

- 4.september 2022: Prosessrettleder fra InnoMed orienterte om erfaringer fra utprøving av Digital heimeoppfølging i 4 pilot – kommunar.
- 21. august 2023: Arbeidsmøte for Digital hjemmeoppfølging og samkonsultasjon
- 18. april 2024: Prosessveiledning for å utarbeide tjenesteforløp og gevinstplan for digital hjemmeoppfølging.

Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed

Det har vært nyttig med prosessveiledning med InnoMed, og det bidro til å gi partene rom til å sammen forstille seg hvordan dette ville påvirke tjenestene. Det var kanskje vanskeligere enn antatt å omsette innsikten fra prosessveiledningen i selve utprøvingsfasen.

Hvilke aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært nyttig for framdrift i prosjektet?

Det har vært nyttig for prosjektledere og andre involverte å delta på prosjektledersamlinger, og fysiske samlinger i Oslo. Det har gitt innsikt, inspirasjon og påkobling i nettverket. I tillegg har det vært verdifullt med en felles teamskanal hvor kontakt lett kan oppnås med de andre deltakende kommunene. I tillegg til at dokumenter fra andre prosjekter har vært lett tilgjengelig, og til inspirasjon i eget arbeid.

7 Læringspunkter / erfaringer

Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune

I begge prosjekt kommer det tydelig frem en nødvendighet av å ha et volum i antall pasienter, og at det derfor er en nødvendighet å velge brukergrupper ut fra det behovet. For DHO er det samtidig helt avgjørende å ha en involvering, og organisering av spesialisthelsetjenesten og fastleger inn i utprøvingen. Hvis ikke blir det noe som hjemmetjenesten tester ut. For DSK innebærer det å få på plass en avklart koordinering for samhandling. Det innebærer blant annet takstbruk og møtepunkter mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten for at det kan bli en nyttig samhandlingsmodell på tvers, og videre i møte med pasientene.

Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO?

Det er viktig med gode avklaringer av hvem som har ansvar, og når. Flere aktuelle pasienter/kandidater for DHO ved utprøvingen ville i utgangspunktet ikke fått en tjeneste av kommunen. Ansvar for pasientene havner i mellomrommet mellom sykehuset og kommune, eller retter sagt til den kommende bruker/ pasient av pleie- og omsorgstjenestene.

Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi?

Det har vært et godt samarbeid, og en god informasjonsflyt spesielt i møte med leverandør, og spesielt med ansatte som har sykepleiebakgrunn. Det har allikevel vært utfordrende å finne en felles forståelse, og sammen undersøke hvordan teknologien skal anvendes i arbeidshverdagen til helsepersonell som jobber i kommuner med forskjellig organiseringer.

Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?

Gjennom de tre årene prosjektet har pågått har det vært flere skifter av prosjektleder. Det første skiftet av prosjektleder var i januar 2023, og deretter i august 2024. Ny prosjektleder startet i september 2024, og tok over ansvaret i siste del av prosjektet høst 2024. Det har bidratt til at prosjektet har stoppet noe opp i perioder, og til forsinkelser av prosjektet. Sett tilbake fra prosjektstart burde det vært sikret et bedre støtteapparat rundt prosjektleder gjennom hele prosjektet.

Hvilke suksesskriterier ville dere peke på, og evt. barrierer?

Ved utprøving DHO har en teams-gruppe, og faste ukentlig innsjekkssamtaler for arbeid/utprøvningsgruppa gitt kontinuiteten og god informasjonsflyt. Det har vært med å skape et godt samarbeid på tvers av pilotkommunene. Det kan ha bidratt til synergier mellom fagpersoner på tvers av kommunene, og smittet over på andre oppgaver i kommunaldrift.

Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging?

Fra en utprøving av DHO til drift kreves det et tilstrekkelig volum i antall pasienter, og i vårt tilfelle ikke å ha for snevre pasientgrupper. DHO som verktøy kan bidra til at pasienter og brukere i større grad opplever egenmestring, og får en bedre livskvalitet. Det kan på den måten fungere som en forebyggende tjeneste gjennom å utsette behovet for kommunale helsetjenester. Det kan allikevel innebære å måtte etablere et nytt tilbud som kan være et gode for innbyggere. Det kan bli et luksuspreget tilbud sett i lys av utfordringene som helsetjenesten står overfor i tiden som kommer, og i tråd med en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.

8 Oppsummering og veien videre

Hva er status for overgang til drift og planer for videre utvikling?

Per februar 14.02.25 har pilotkommunene i Region Nordhordland 3 aktive DHO-brukere. Totalt har det vært totalt 10 brukere i utprøvningsperioden.

For videre overgang til drift er det viktig at både kommunene og spesialisthelsetjenesten har et reelt behov for DHO og DSK, og at de i større grad kan samordne/legge til rette for det i felleskap med alle kommunene i samme opptaksområde. I tillegg til at det bør foreligge en enighet om brukergrupper for å oppnå tilstrekkelig volum i antallet pasienter. Det kan se ut som at det lokale prosjektet i Region Nordhordland har vært for lite til at spesialisthelsetjenesten har mobilisert ressurser.

Det er store potensielle forebyggende gevinster med DHO- tjenester, men det er nødvendig å ta et steg tilbake og etablere en rigg på tvers av tjenestenivåene slik at det blir en bærekraftig tjeneste over tid. I samarbeid med flere kommuner i Vestland og spesialisthelsetjenesten har derfor blitt søkt om midler til en videreføring av DHO-prosjekt gjennom

Helseteknologiordningen 2025. Prosjektet innebærer strategisk samhandling om DHO og DSK i Helse Vest, og skal stimulere til at teknologi blir tatt i bruk og bidrar til skalering for å sikre et bærekraftig tjenestetilbud og helhetlige pasientforløp på tvers av nivåer. Prosjektet vil dra nytte av tidligere og pågående nasjonale og regionale erfaringer knyttet til utfordringer ved skalering og samhandling om DHO og DSK. Erfaringene fra digital samkonsultasjon og digital hjemmeoppfølging i Region Nordhordland vil komme til nytte i et større samhandlingsperspektiv.

9 Vedlegg

1. Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging_Projektplan versjon 5.0_juni24 (1)
2. Gevinstplan DSK/DHO
3. Tjenesteforløp DHO
4. Utprøvningsnotat digital samkonsultasjon_informasjon til helsepersonell som deltek i utprøving_versjon 3.0
5. Rapport for utprøvningsperioden av Digital Samkonsultasjon_2024

DIGITAL SAMKONSULTASJON OG HEIMEOPPFØLGING AV KRONISK SJUKE

TVERRFAGLEG SAMHANDLING OG MEIR HEILSKAPLEG TILBOD, DER PASIENTEN BUR



Innhald

1.0	Innleiing.....	2
2.0	DIGITAL SAMKONSULTASJON OG HEIMEOPPFØLGING AV KRONISK SJUKE - tverrfagleg samhandling og meir heilskapleg tilbod, der pasienten bur.....	3
3.0	Mål for utviklingsarbeidet	4
4.0	Målgruppe	5
5.0	Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag	5
5.1	Samhandling og samarbeid om tenesteutvikling i Region Nordhordland	5
5.2	Bakgrunn	6
5.3	Kunnskapsgrunnlag.....	6
6.0	Organisering, forankring og involvering av brukargrupper og samarbeidspartane	7
7.0	Plan for gjennomføring – ei stegvis tilnærming	9
	Steg 1: Utreie, vurdere og avklare (prosjekt oppstart januar 2022)	9
	Steg 2: Planlegge og klargjere for implementering og utprøving	10
	Steg 3: Utprøving, evaluering, justering og redesign (oktober 2023-desember 2024).....	10
	Steg 4: Utarbeide heilskapleg tenestemodell (prosjekt avslutning desember 2024)	11
	Steg 5: Vurdere implementering i fleire kommunar og for fleire pasientgrupper.....	11
8.0	Kostnadsfaktorar og inntekter	12

1.0 Innleiing

[Region Nordhordland Helsehus](#) er på veg til å utvikla seg til å bli eit knutepunkt for innovasjon, utvikling, samarbeid og faglege synergjar mellom ulike tenestetilbod og tenestenivå i regionen.

Det overordna målet med Region Nordhordland Helsehus (RNH) er å realisera eit bygg som legg til rette for **brukarvenlege, berekraftige og framtidsretta løysingar**, der kommunale, interkommunale og spesialiserte helsetenester vert samlokalisert og samarbeider på tvers av tenester og nivå.

Formålet med prosjektet er å:

- betra helse og tryggleik for innbyggjarane i Region Nordhordland
- styrka samarbeidet mellom kommunane i regionen, spesialisthelsetenesta og sivilt samfunn gjennom auka dialog, utvikling av gode samarbeidsløysingar og tenleg oppgåveløysing
- bidra til rekruttering og auka kompetanse innan helse- og omsorgssektoren

For å nå hovudmål og føremål med Region Nordhordland Helsehus er det einigheit om at partane¹ skal samarbeide om felles satsingar knytt til fag og tenesteutvikling i samarbeidsprosjekt [Fag og tenesteutvikling i- og rundt Region Nordhordland Helsehus](#). Eit [styringsdokument](#) med struktur, rammer og prinsipp for vidare samhandling og samarbeid er vedtatt.

Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke er eit av prosjekta i porteføljen Fag og tenesteutvikling

Det overordna målet med prosjektet er å:

Prøve ut digital samkonsultasjon og heimeoppfølging som metode og verktøy for å betra samhandlinga og tilbod om helsetenester nærmare der pasienten bur.

Utprøvinga av *digital heimeoppfølging* (DHO) har vist at eit slikt tilbod kan gje gevinstar på fleire område. Evalueringar viser også at det er behov for meir kunnskap om kva gevinstar det kan ha for brukarane og for helsetenesta, samt at dette er eit tilbod som framleis er i utvikling. Evalueringar viser også at det er utfordringar knytt til samhandlinga og informasjonsdelinga mellom samarbeidsaktørane ved bruk av DHO. Det er derfor eit potensiale for utvikling av metodar der ein nyttar digitale verktøy for å styrkje samhandlinga mellom fastlege, anna kommunal helse- og omsorgsteneste og spesialisthelsetenesta.

Med bakgrunn i målet med ei nasjonal satsing på *Digital heimeoppfølging* (DHO), kunnskap og erfaringar frå utprøvinga som er belyst i sluttrapportar, ser ein at ei utprøving av *digital samkonsultasjon* kan sjåast som ein av fleire innsatsfaktorar i DHO.

Før samarbeidspartnarane i prosjektet kan starte ei utprøving i samsvar med overordna mål, må det utgreiast, vurderast og avklarast kva føresetnader som må vere på plass for å implementere og prøve ut digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke som metode og verktøy i vår lokale kontekst. Det bør også vurderast om det er mogleg å nytta velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) som ein plattform til formidling av data.

I [kapittel 7.0](#) er det skissert ein plan med ei stegvis tilnærming for gjennomføring av utviklingsprosjektet.

¹ Kommunane i Region Nordhordland (Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen, Osterøy), Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale sjukehus, Vestland fylkeskommune og NKS Olaviken.

2.0 DIGITAL SAMKONSULTASJON OG HEIMEOPPFØLGING AV KRONISK SJUKE - tverrfagleg samhandling og meir heilskapleg tilbod, der pasienten bur

Digital samkonsultasjon er å sjå som ein samhandlingsmodell der det tverrfaglege perspektivet i DHO blir ivarettatt, ved at aktuelle helsepersonell møtes digitalt, saman med pasient og evt. pårørande på når det i eit pasientforløp kan vere nyttig, hensiktsmessig og forsvarleg.

Digital heimeoppfølging omhandlar aktivitetar som gjer det mogeleg at pasienten kan tileigne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens eigenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell»

Formålet med digital samkonsultasjon er som for DHO, å dele relevant informasjon, meir tverrfagleg samhandling, få rettleiing og beslutningsstøtte, og på den måten kunne utarbeide ein felles plan for oppfølging som dekkjer brukar sine behov.

Bruk av digitale verktøy i oppfølging og behandling av pasientar (ofte omtala som videokonsultasjon) har vore prøvd ut og er tatt i bruk mange stader, og innanfor ulike fagområde i helsetenesta. Spesialisthelsetenesta har tatt digitale verktøy i bruk i pasientbehandlingar, m.a. der lege og/eller anna helsepersonell har konsultasjonar med enkeltpasientar, i ulike delar av eit pasientforløp. Vi erfarer at pasientar i stor grad er nøgd med denne måten å møte spesialisten på, det gir mindre reiseveg, mindre bruk av ressursar til å reise inn til sjukehuset, og det har ein miljøgevinst ved seg.

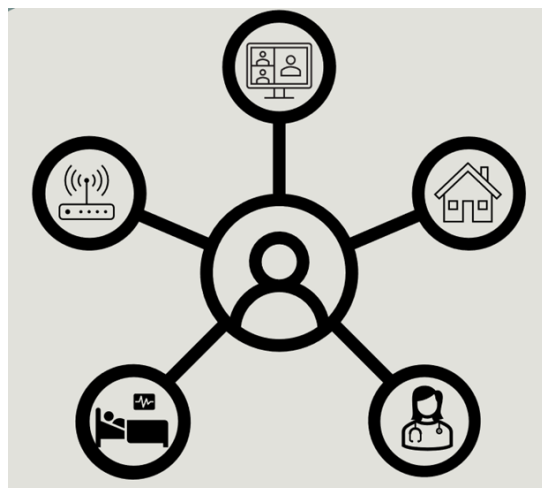
Til no har tiltak og løysingar knytt til digitale konsultasjonar/ videokonsultasjon i stor grad vore etablert med utgangspunkt i spesialisthelsetenesta si oppfølging av pasientar, initiert av desse helsetenestene.

I Nordhordlandskommunane ønskjer vi å rette fokus på dei behova innbyggjarane i distrikta har, ta utgangspunkt i kommune- og pasientperspektivet og utgreie korleis vi kan bruke nye metodar og verktøy for å få til meir heilskaplege tenester og tverrfagleg samarbeid på tvers av fagområde og nivå.

Gjennom dette prosjektet ønskjer vi å prøve ut måtar å samarbeide på, der aktuelt helsepersonell møtes digitalt, saman med pasient og evt. pårørande i ein *felleskonsultasjon*, der det det tverrfaglege og heilskaplege perspektivet er sett i fokus.

Før ein kan starte ei slik utprøving må vi kartlegge, analysere og avklare kva pasientar som kan ha nytte av eit slikt tilbod, samtidig som prosjektet må tileigne seg meir kunnskap, sjå til erfaringar og evalueringar etter utprøvingar av DHO som eit nytt tenestetilbod. Prosjektet må også sjå til dei nasjonale råd som vert gitt til denne ordninga, og det må avklarast kva legar og anna helsepersonell i kommunane og i spesialisthelsetenesta som vil delta i ei utprøving av *Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke som metode og verktøy for tverrfagleg samhandling og meir heilskapleg tilbod, der pasienten bur*.

Ei sentral oppgåve for prosjektet er å avdekke strukturelle faktorar som må være på plass for å gjere tenesta berekraftig. Dette betyr å finne nødvendige bidragande faktorar som honorering av aktørar og permanent frigjerings av kapasitet, samt identifisere og avklare blokkerande faktorar som kan vere



Figur 1 Digital samhandling med pasienten i sentrum

til hinder for samarbeidet og utøving av tenestene. Gjennom disse tiltaka er det ei målsetting å gjere samarbeidsmodellen permanent og berekraftig.

Prosjektet er gjort kjent og forankra hos alle samarbeidspartane, samt gjennom formelle samarbeidsfora i Helse Bergen sitt opptaksområde.

Innspel til satsinga frå Palliativt team, Haraldsplass Diakonale Sykehus:

«Videokonsultasjon kan fungere som en kartlegging av situasjonen og avklare om det er nødvendig med hjemmebesøk eller ikke. Kan også vurdere i en videokonsultasjon om det aktuelt for pasienten å komme til en poliklinisk time.»

«Dersom vi får videokonsultasjoner opp å gå vil vi kunne gi støtte til flere fastleger/ hjemmesykepleiegrupper enn vi gjør i dag i forhold til reisetid. Det kan være med å gi flere pasienter et bedre palliativt tilbud.»

3.0 Mål for utviklingsarbeidet

Strategisk forankring for prosjektkandidaten

Utvikling av tenester som stettar framtidige behov innan helse og omsorgsrelaterte tenestetilbod i kommunane, samt å gjere helsetenester tilgjengelege nærare innbyggjarane i regionen.

Formålet med utviklingsarbeidet er å:

- betra helse og tryggleik for innbyggjarane i Nordhordland
- styrka samarbeidet mellom kommunane i regionen, spesialisthelsetenesta og sivilt samfunn gjennom auka dialog, utvikling av gode samarbeidsløysingar og tenleg oppgåveløysing
- bidra til rekruttering og auka kompetanse innan helse- og omsorgssektoren.

For å nå måla er det utarbeida følgjande strategiske innsatsområde for ei felles satsing på Fag- og tenesteutvikling:

- 1. Digitalisering, utvikling og bruk av digitale samhandlingsplattformer**
- 2. Interkommunalt samarbeid og samhandling** som bidrar til å styrke kommunale tenester innan oppvekst og helse og omsorgsfeltet
- 3. Kunnskapssenteret** som felles arena for utvikling, opplæring og kompetansebygging
- 4. Forsking og utvikling i samarbeid med eksterne kompetansemiljø**

Mål for prosjekt Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging for kronisk sjuke:

Det overordna målet med prosjektarbeidet er å:

Prøve ut digital samkonsultasjon og heimeoppfølging som metode og verktøy for å betra samhandlinga og tilbod om helsetenester nærmare der pasienten bur.

Resultatmål:

- Gje innbyggjarane i Region Nordhordland betre helsetilbod og bringe spesialisthelsetenesta nærmare der pasientane bur.
- «Grøn helse»: mindre transport av pasientar, redusere kostnader og miljøavtrykk
- Redusere belastninga for pasient og pårørande med lang reiseveg
- Styrke pasienten si medverking og eigenmestring i førebygging, behandling og oppfølging
- Kunnskapsdeling og fagleg samarbeid mellom fagressursar i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta

4.0 Målgruppe

Med bakgrunn i ei førebels kartlegging, kunnskapsgrunnlaget (kap. 5.3) og erfaringar som fastlegar i distriktet har gjort seg er det avdekka at der er nokre målgrupper som ein trur vil ha nytte av eit slikt tilbod.

Dette er til dømes;

- pasientar med kroniske sjukdommar og behov for heilskaplege og koordinerte tenester
- den eldre innbyggjaren
- pasientar med kroniske sjukdommer som har risiko for forverring
- pasientar med lang reiseveg som opplever det som belastande å bli flytta frå heimen/institusjon til konsultasjon hos spesialist
- pasientar med lang reiseveg som skal ha kontrolltime hos spesialist, og der det er nyttig at fastlege, anna helsepersonell og/eller pårørande deltar saman med pasienten
- pasientar med psykiske lidningar
- fastlegar med behov for rettleiing og rådføring knytt til konkrete problemstillingar, for m.a. å styrke kunnskapsgrunnlaget for vidare behandling av pasienten der han bur.

Førebels har samarbeidspartane identifisert pasientar innan palliasjon og alderspsykiatri som kandidatar til utprøving av digital heimeoppfølging. Vi ser for oss at nettopp kombinasjonen av medisinsk avstandsoppfølging og digital samkonsultasjon vil kunne gje desse pasientgruppene eit meir heilskapleg tenestetilbod, der dei bur.

5.0 Bakgrunn og kunnskapsgrunnlag

Det nasjonale utfordringsbiletet viser at pasientane sine behov for heilskaplege og koordinerte tenester ikkje vert svara godt nok for. Tenestene framstår ofte som fragmenterte og er prega av for liten innsats for å avgrensa og førebygga sjukdom. Demografisk utvikling og endring i sjukdomsbiletet gir utfordringar som vil kunne trua samfunnet si økonomiske bereevne. Statistiske data viser at utviklingstrekk bygger oppunder dette utfordringsbiletet, også for kommunane i Region Nordhordland.

5.1 Samhandling og samarbeid om tenesteutvikling i Region Nordhordland

Kommunane i Region Nordhordland² har over lang tid arbeidd med ei rekke utgreiingar, initiert og sett i verk tiltak og prosjektsamarbeid, nettverkssamarbeid og planlegging med omsyn til å utvikling av interkommunale løysingar innan Helse og omsorgsfeltet i Region Nordhordland. Det er utarbeidd og vedteke ein plan for «*Felles satsingar for Helse og omsorgssektoren i Nordhordland 2021 - 2031*» (vedlegg 3). Planen er revidert i inneverande år og lagt fram til politisk handsaming i dei 7 samarbeidskommunane. Føringer og prioriteringar i planen må sjåast i samanheng med samarbeid om fag- og tenesteutvikling i og rundt helsehuset. Teknologi og innovasjon er eitt av dei prioriterte områda i planen, og som kommunane ser behov for å samarbeid om, og som understøtter regionen si satsing på samarbeid om digitalisering og innovasjon på mange områder. Ei felles satsing på Digital samkonsultasjon er å sjå som eit av tiltaka under denne satsinga og det må sjåast i samanheng med utviklingsarbeid som er planlagt mellom kommunar og spesialisthelsetenesta i og rundt Region Nordhordland Helsehus.

² Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Masfjorden, Modalen og Osterøy

5.2 Bakgrunn

Nasjonale føringer, lovendring med nye reformar har ført til at kommunane har fått større ansvar for tenester som tidlegare låg under spesialisthelsetenesta. Demografiske endringar knytt til alderssamansetting og framskrivingar tilseier at det kan bli utfordrande for kommunane å rekruttere og behalda nok og rett kompetanse, samt å tilpassa tenestetilbodet til pasientgrupper med kronisk sjukdom og meir komplekse sjukdomsbilete. Dette saman med endra utfordringsbilete knytt psykisk helse og rusproblematikk, saman med eit aukande tal eldre gjev nye utfordringar innan kommunal tenesteyting.

Med bakgrunn i utfordringsbilete, felles satsingar og utviklingsarbeid ønskjer kommunane i Nordhordland, saman med spesialisthelsetenesta å prøva ut *Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging som metode og verktøy for å betra samhandlinga og tilbod om helsetenester nærmare der pasienten bur.*

5.3 Kunnskapsgrunnlag

Erfaringar og modellar frå andre prosjekt og kartleggingar vil danne eit viktig kunnskapsgrunnlag for det vidare arbeidet med breidding av digital heimeoppfølging, her under utvikling og utprøving av digital samkonsultasjon som metode og verktøy for tverrfagleg samhandling og meir heilskapleg tilbod, der pasienten bur. Det vil vere nyttig å sjå til fleire interne og eksterne kunnskapskilder. Ein vil særskilt trekke erfaringane frå:

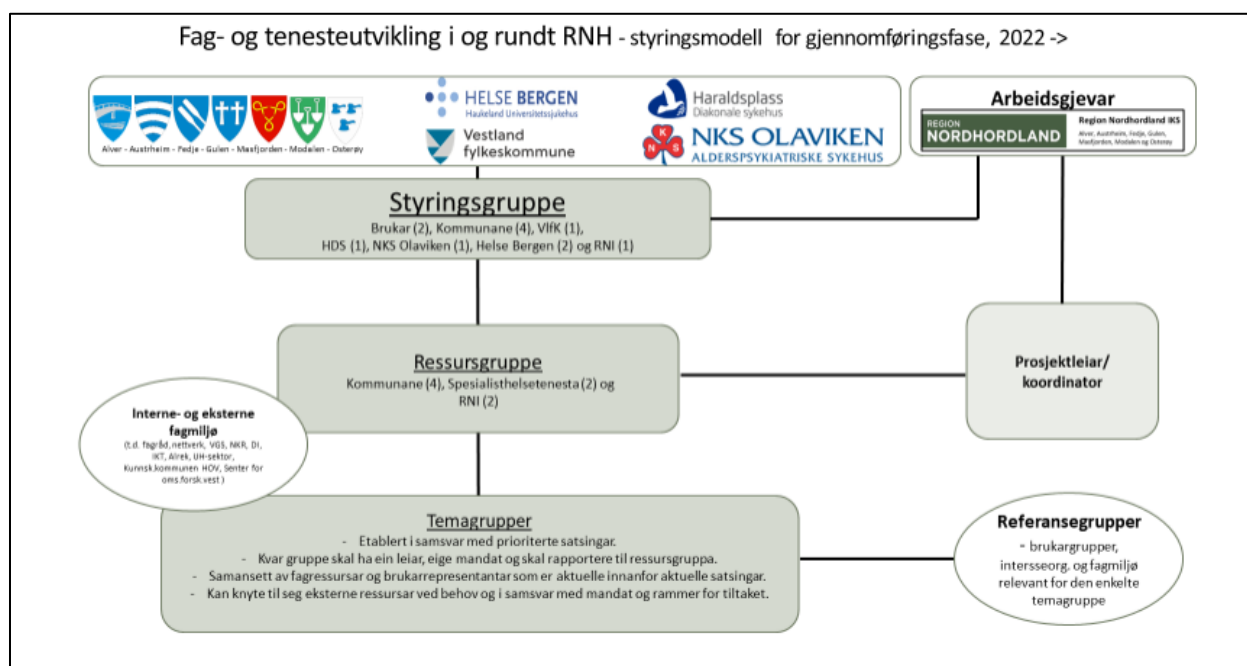
- *Prosjekt om etablering av fleksibel videokommunikasjonsløsning ved Nordlandssykehuset*
Etablering av fleksibel videokommunikasjonsløsning ved Nordlandssykehuset og godt samarbeid med Bodø kommune har åpnet opp for at flere pasientgrupper på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesten får hjelp under koronakrisen.
Ein kan lese meir om dette her: <https://innomed.no/erfaring/video-bygger-bro-i-nord>
- *Prosjekt «Langvarige og koordinerte tenester» (LKT prosjektet)*
LKT-prosjektet er eit lokalt samarbeidsprosjekt forankra i [samhandlingsstrukturen](#) for kommunar og spesialisthelsetenesta i Helse Bergen sitt føretaksområde, der måla var å finne løysingar som kan bidra til meir heilskaplege og koordinerte tenester for prosjektets definerte målgruppe. Meir informasjon om prosjektet finn ein her: <https://saman.no/utvikling-og-strategi/langvarige-og-koordinerte-tjenester-lkt-prosjektet>
- *Kartlegging blant fastlegar i Region Nordhordland, desember 2020/ januar 2021.*
Ved årsskiftet 2020/2021 vart det gjennomført ei kartlegging blant fastlegar i Region Nordhordland etter initiativ frå kommunalsjefsgruppa for helse- og omsorg. Kartlegginga ga mellom anna gode innspel og indikasjonar på ønska tenesteutvikling innanfor helse- og omsorg, både knytt til kommunale- og spesialisthelsetenester i regionen. Rapport frå kartlegging og analyse er lagt ved søknaden. (vedlegg 5 Rapport frå spørjeundersøkinga)
- *Bruk av videokonsultasjonar ved Helse Vest (Vestlandspasienten)*
Erfaringar gjort ved bruk av videokonsultasjonar ved Helse Vest. Mellom anna kan ein lese meir om erfaringane her: <https://helse-vest.no/nyheiter/nyheiter-2020/pasientar-onskjer-auka-bruk-av-videokonsultasjon-velkommen>
- [Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021](#)
- [Digital hjemmeoppfølging erfaringer med samhandling og informasjonsdeling](#)
- [Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging, Sluttrapport, 07.01.2022](#)
- [Digital hjemmeoppfølging - Nasjonale faglige råd](#)

6.0 Organisering, forankring og involvering av brukargrupper og samarbeidspartane

Samarbeid om fag- og tenesteutvikling i og rundt helsehuset skal støtta opp om mål og formål med helsehusprosjektet. Prosjektet er no i ein overgangsfase mellom konsept – og gjennomføringsfasen. For å skape eit naudsynt handlingsrom som bidrar til å sikre operasjonalisering av ønska utvikling og tiltak, samt sikra medverking og forankring er det utarbeidd ein styringsmodell.

Styringsmodellen er godkjent av samarbeidspartane, og forankra gjennom felles [Plan for samarbeid om Fag og tenesteutvikling i- og rundt Region Nordhordland Helsehus](#)

Felles prinsipp og mål i utviklingsarbeidet er å styrka samarbeid og involvering av pasient og brukarar slik at brukarstemma vert høyrte og vektlagt i samarbeidet om fag- og tenesteutvikling i Nordhordland.



Prosjekt *Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke* er godt forankra gjennom samarbeidsstrukturen mellom kommunane og helseføretak, og gjennom mandatet til prosjekt Fag- og tenesteutvikling i og rundt Region Nordhordland Helsehus. Brukarmedverking og -involvering stå sentralt i alle fasar i prosjekt Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke.

Styringsgruppa har eit fagleg ansvar og eit overordna ansvar for å godkjenne handlingsplanar, korrigere, rettleie og skape handlingsrom for planlegging og gjennomføring av tiltak knytt til utviklingsarbeidet i og rundt Region Nordhordland Helsehus.

Ressursgruppa har saman med prosjektleiar ansvar for oppfølging av mål og gjennomføring av prioriterte tiltak og satsingar i handlingsplan.

Gruppa skal fungere som bindeleddet mellom styringsgruppa og temagrupper i utviklingsarbeidet.

Temagrupper skal etablerast i samsvar med prioriterte satsingar innanfor dei aktuelle fagområda. Kvar av temagruppene kan etablere egne **arbeidsgrupper** som får i oppdrag å utgreie og følgje opp tiltak og prioriterte satsingar i samarbeidet.

Prosjektgruppe for prosjekt *Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging for kronisk sjuke* er ei av satsingane under denne styringsmodellen.

Prosjektgruppa er samansett av:

- Prosjektleiari og koordinator med helsefagleg bakgrunn og med erfaring og kompetanse innan prosjektleiing, planlegging og organisering av utviklingsprosjekt.
- Brukarrepresentantar frå brukarutval i helseføretaket og frå lokale interesseorganisasjonar med kompetanse og erfaring frå dei aktuelle pasientgrupper
- Prosjektmedarbeidarar med medisinsk fagleg kompetanse: fastlege/spesialist i allmennmedisin, spesialist i samfunnsmedisin, psykologspesialist og sjukepleiar
- Prosjektmedarbeidarar med kompetanse innan digitalisering, løysingsarkitektur, samt systemforståing og prosesskompetanse
- Ressursar frå e-Helse Vestland som bidrar med prosessretteleiing og erfaringsspreiing

Det skal førebels etablerast **2 faggrupper**, samansett av fagressursar frå kliniske miljø i kommune og i sjukehus knytt til dei aktuelle pasientgruppene, samt brukarrepresentantar med erfaring frå dei aktuelle pasientgrupper. Faggruppene skal identifisere aktuelle pasientar innan fagområda **palliasjon** og **alderspsykiatri**, og får i oppdrag å vurdere når i eit pasientforløp det kan vere nyttig, hensiktsmessig og forsvarleg å nytta digitale verktøy/digital heimeoppfølging av pasientar med kroniske sjukdommar.

Eit sentralt element i satsinga er at beslutningstakarane medverkar i utviklinga og tar del i dei beslutningar som skal takast.

Referansegruppe:

- Prosjektet vil etablere ei referansegruppe for spreining av kunnskap, idemyldring og for å knyte til seg sentrale diskusjonspartnarar.
- Deltakande kommunar er; Askøy, Austevoll, Bergen, Bjørnafjorden og Øygarden.
- I tillegg vil prosjektet invitere med representantar for prosjekt *Vel Heim* i regi av Helse Vest RHV, Digi Vestland, KS Vest og andre aktuelle som kan styrke utviklingsarbeidet

Vidare utvikling og produksjonssetting skal forankrast gjennom dei formelle fora i Helsefelleskapet i Helse Bergen sitt opptaksområde. I tillegg vil ein arbeide gjennom Digi Vestland for å sikre spreining i kommunane.

7.0 Plan for gjennomføring – ei stegvis tilnærming

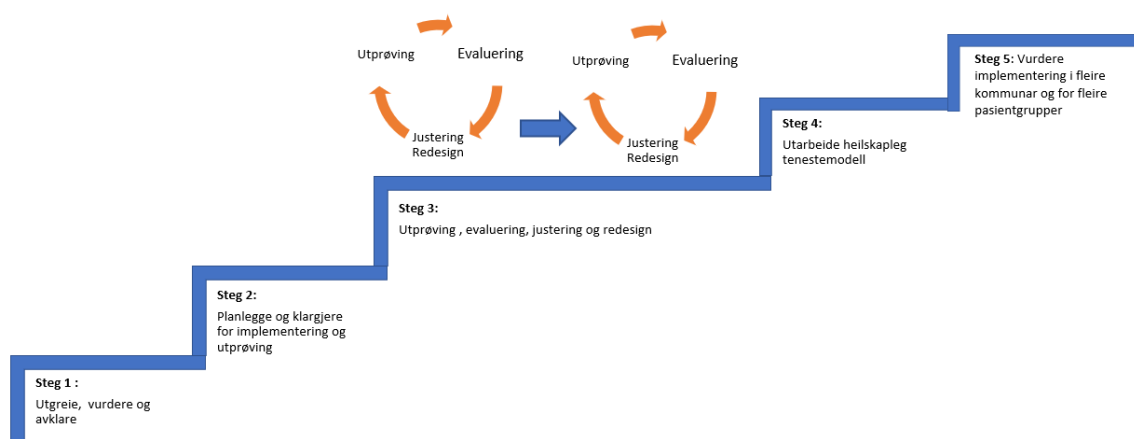
For å nå måla med prosjektet er det planlagt for ei stegvis tilnærming, slik det er skissert i modellen under. Steg tre inneheld ein iterativ fase der tenestemodellar blir utprøvd, evaluert, justert og forbedra.

I denne prosessen er det viktig at aktuelle interessentar blir involvert, og ikkje minst at aktuelle brukargrupper blir representert og deltar i utviklingsarbeidet.

Digital- samkonsultasjon og heimeoppfølging som metode og verktøy for å betra samhandlinga og tilbod om helsetenester nærmare der pasienten bur og heime hos pasienten, er eit utviklings- og innovasjonsprosjekt, der ei stegvis tilnærming med tydelege mål for dei ulike fasane vil styrka gjennomføringsevna og måloppnåinga til prosjektet.

Prosjektet vil søkje å komme i dialog med forskingsmiljø for m.a. å vurdere om det er mogleg å få til ei avtale om følgjeforskning knyta til dette prosjektet.

Gjennom ei utprøving av verktøy og metode vil ein vektlegga kontinuerleg evaluering og om nødvendig gjere justeringar og redesigne løysingane.



Figur 2 Plan for gjennomføring – Ei stegvis tilnærming

Steg 1: Utgreie, vurdere og avklare (prosjekt oppstart januar 2022)

- Utgreie, vurdere og avklare rammer moglegheiter og føresetnader for å prøve ut Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging som metode og verktøy.
Mellom anna vurdere og konkretisere:
 - rammefaktorar for planlegging og gjennomføring
 - Økonomiske
 - Organisatoriske
 - Kompetansebehov og ressurstilgang
 - behov og nytteverdi for pasienten, for samfunnet og for helsesektoren
 - vurdere og avklare når i eit pasientforløp det kan vere nyttig/hensiktsmessig å nytte digital samkonsultasjon og heimeoppfølging

- avklare målgruppe og kriterier for aktuelle pasientgrupper
- samarbeidsaktørar – kven som må involverast i dei ulike fasane
- tekniske installasjonar og infrastruktur
- vurdere evalueringskriterier for prosjektet

Steg 2: Planlegge og klargjere for implementering og utprøving

- med bakgrunn i avklaringar gjort i Steg 1, kan Steg 2 med planlegging og klargjering som må på plass før utprøvinga starte.

I denne fasen vil det mellom anna arbeidast med:

- informasjon og dialog med aktuelle aktørar og pasientgrupper
- å planlegge for korleis utprøvinga skal organiserast
- planlegge for praktisk gjennomføring
- å etablere system for teknisk bistand hos samarbeidspartane
- søke å få på plass følgjeforskning som kan følge og evaluere metode og verktøy
- å avklare kva kommunar, fastlegekontor og avdelingar i spesialisthelsetenesta som skal prøve ut ein digital samhandlingsmodell som metode og verktøy
- vurdere og avklare når i eit pasientforløp det kan vere nyttig, hensiktsmessig og forsvarleg å nytta digital samkonsultasjon i oppfølginga av pasientar med kroniske sjukdommar
- logostikk, t.d. finne løysingar for felles timebestilling
- økonomiske rammer og føresetnader hos partane når det gjeld takstsystema ved samtidige konsultasjonar mellom ulike tenesteytarar
- Utarbeide tenesteforløp for digital heimeoppfølging

Steg 3: Utprøving, evaluering, justering og redesign (oktober 2023-desember 2024)

- *Utprøvsperiode digital samkonsultasjon (oktober 2023-juni 2024)*
- *Utprøvsperiode digital heimeoppfølging (september 2024-desember 2024)*
- når steg 1 og 2 er gjennomført og det er semje om at grunnlaget for å prøve ut metode og verktøy er utgreidd og godt forankra hos samarbeidspartane vil ein gjennomføre steg 3; utprøving, fortløpande evaluering, gjere nødvendige justeringar og eventuelt redesigne modellen ved behov. I denne fasen vil det mellom anna arbeidast med å:
 - Prøve ut teknisk plattform og system saman med aktuelle fagpersonar.
 - Gjennomføre utprøving av digitale samkonsultasjonar på legekontor.
 - Gjennomføre utprøving av digitale samkonsultasjonar i pasientens heim.
 - Gjennomføre utprøving av digital heimeoppfølging via eigenrapportering på nettbrett for brukar/pårørande.
 - Evaluere og justere modell og metode der ein mellom anna vil vurdere om:
 - metode og verktøy gir dei resultata som er venta i prosjektets målsetting
 - om tilbodet skal prøvast ut saman med fleire aktørar og andre pasientgrupper
 - om det er behov for ytterlegare tilpassingar og justeringar før fleire kommunar og pasientgrupper skal implementerast i utprøvinga

Steg 4: Utarbeide heilskapleg tenestemodell (prosjekt avslutning desember 2024)

- På bakgrunn av erfaringar og resultat i steg 3, og når det er semje om at grunnlaget for å utarbeide heilskapleg tenestemodell er godt forankra hos samarbeidspartane, vil arbeidet med steg 4 starte.
 - o Vurdere å utarbeide ein heilskapleg tenestemodell med tydeleg rolle og ansvarsfordeling inkludert konkret oppgåvebeskriving.
 - o Sørge for at nødvendig og pålagte oppgåver i forbindelse med personvern og informasjonsikkerheit er ivare tatt.

Steg 5: Vurdere implementering i fleire kommunar og for fleire pasientgrupper

- Dersom samarbeidspartane gjennom steg 3 og 4 vurderer Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging som nyttige og gode metodar og verktøy for å betra samhandlinga, samt for å gje tilbod om helsetenester nærmare der pasienten bur, vil prosjektet arbeide vidare for å ta i bruk heilskapleg tenestemodell for digital samkonsultasjon og heimeoppfølging for fleire pasientgrupper og i alle kommunane i Region Nordhordland.

8.0 Kostnadsfaktorer og inntekter

For å nå mål og resultatmål, samt gjennomføre tiltak knytt til **prosjekt Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke** vil det i prosjektperioden være kostnader med:

- Leing og koordinering for å utgreie, vurdere og avklare føresetnader som må være på plass for å prøve ut metode og verktøy
- Frikjøp av fastlegar og koordineringsressursar i kommunane
- Honorering av brukarrepresentantar – antyde antal timar
- Frikjøp av fagressursar til koordinering i spesialisthelsetenesta
- Reise til og frå samlingar
- Koordinering og samordning for å sikre at alle partar er inkludert i utforminga og at grunnlaget er tilstrekkeleg forankra i dei aktuelle organisasjonar og fagmiljø.
- Faglege vurderingar av tiltak, modellar, samarbeidsformer og struktur
- Koordinering og samordning i utprøvningsfase
- Planlegging og gjennomføring av møter mellom samarbeidspartane
- Bidra til sikre samhandling og synergjar i implementeringsfasen
- Bistand frå kompetansemiljø innan digitalisering og innovasjon
- Informasjons - og publiseringsarbeid
- Evaluering og rapportering

Tabell 1 Estimert ressursbehov og kostnadsoverslag for 2022 -2024

Kostnadsfaktorer	Estimert ressursbehov			Kostnadsestimat for prosjektperioden
	2022	2023	2024	
Leing og koordinering	500 000	600 000	500 000	1 600 000
Frikjøp/honorering av fastlegar	70 000	200 000	300 000	570 000
Frikjøp av koordineringsressursar i kommunane	100 000	600 000	600 000	1 300 000
Honorering av brukarrepresentantar	50 000	200 000	100 000	350 000
Frikjøp av fagressursar til koordinering i spesialisthelsetenesta	50 000	200 000	200 000	450 000
Reiser, møter, samlingar/work-shop	30 000	100 000	50 000	180 000
Digitaliserings og innovasjon kompetanse (eigeninnsats)	200 000	200 000	200 000	600 000
Ekstern kompetanse	300 000	200 000	100 000	600 000
Eigeninnsats i kommunar og spes.helsetenesta, prosjektgrupper, analysearbeid, forankringsarbeid	300 000	800 000	800 000	1 900 000
Totale kostnader *	1 600 000	3 100 000	2 850 000	7 550 000
Inntekter				
Helsedirektoratet – tilskott til vidareutvikling og breidding	700 000	1 700 000	1 450 000	3 850 000
Eigen finansiering - arbeidsinnsats kommunane /RNI	500 000	1 000 000	1 000 000	2 500 000
Statsforvaltaren i Vestland - skjønsmidlar	400 000	400 000	400 000	1 200 000
Sum Inntekter	1 600 000	3 100 000	2 850 000	7 550 000

Gevinstplan for DSK og DHO

GEVINSTPLAN – digital samkonsultasjon

Gevinst	Resultatindikator	Korleis måle og rapportere	Forutsetningar og tiltak for å realisere gevinst	Frist for tiltak	Ansvarlege for spesifikke tiltak	Korleis gevinsten skal "omsettast"
Oversikt over gevinstar i prosjektet vi ønsker å oppnå. Inkluder inngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet.	Resultatindikator er det som skal målast for å dokumentere gevinsten. (Velgje det som er enkelt å måle)	Beskrive korleis gevinstane skal målast og rapporterast.	Beskriv forutsetningar for at gevinstar vi oppnår. Kva må være på plass for at den aktuelle gevinsten skal inntreffe og kva tiltak må vi sette i gang for å sikre at gevinsten skjer? Det kan være fleire tiltak og gevinstansvarlege per gevinst.			Beskriv kordan gevinsten skal omsettast. Ugåtte kostnader og spart tid kan brukas på andre områder.
Reduserte transportkostnader ved DSK	Spart kostnad og belastning ved DSK: - km. frå brukars heim til spesialist - transportform (kjørt sjølv, taxi, ambulanse) - Medgått timar for følge privat (i arbeid?)/følge helsepersonell	Behandler registrerer i Forms skjema etter gjennomført DSK			Prosjektleder DSK/DHO Prosjektleder forprosjekt RFF	
Styrkja fagleg samhandling og kompetanse hjå helsepersonell	Kunnskapsdeling i DSK. Kvalitativt	Intervju med helsepersonell Behandler registrerer i Forms skjema etter gjennomført DSK			Prosjektleder DSK/DHO Prosjektleder forprosjekt RFF	
Styrkje pasient og pårørende si medverknad og eigenmeistring	Brukar og pårørende oppleving i behandling og oppfølging via DHO i kombinasjon med DSK. Kvalitativt	Intervju med helsepersonell			Prosjektleder DSK/DHO Prosjektleder forprosjekt RFF	
Redusert belastning, transport og reisetid for pasient og pårørende	Brukar og pårørende oppleving via deltaking i DSK	Intervju med helsepersonell			Prosjektleder DSK/DHO Prosjektleder forprosjekt RFF	

GEVINSTPLAN– digital heimeoppfølgning

[illegible]



Digital heimeoppfølging

Visuell framstilling av generalisert tenesteforløp

Organisering

Prosjekteigar: Masfjorden kommune

Prosjektleder: Anita Bjørsvik Kvamme, Region Nordhordland IKS

Prosjektet er forankra og organisert under samarbeidsprosjekt Fag- og tenesteutvikling i og rundt Region Nordhordland Helsehus med samarbeidspartnarar:

- Kommunane i Region Nordhordland: Alver, Austrheim, Fedje, Gulen, Modalen og Osterøy.
- Region Nordhordland IKS
- Helse Bergen HF
- Haraldsplass Diakonale sykehus
- NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus

Andre sentrale samarbeidspartar:

- Digi Vestland
- Prosjekt Vel heim, Helse Vest

Prosjektet er/var del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram (nå Helseteknologiordninga) via deltaking i nasjonal satsing for spreiding av Digital heimeoppfølging av kronisk sjuke, i regi av Helsedirektoratet.

Mål og målgruppe

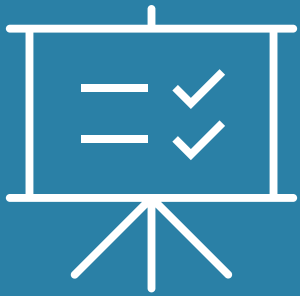
Prosjektets hovudmål:

Prøve ut digital samkonsultasjon og heimeoppfølging som metode og verktøy for å betra samhandlinga og tilbod om helsetenester nærmare der pasienten bur.

1. Utprøving digital samkonsultasjon (pågåande utprøving)
2. Utprøving digital heimeoppfølging

Pasientar innan **palliasjon og alderspsykiatri** er identifisert som kandidatar til ei første utprøving av digital samkonsultasjon og heimeoppfølging.

Mål for spredning av DHO 2022-2024



Effektmål

- Bedre tjenestetilbud med økt kvalitet tilbys til kronisk syke
- Økt mestring og selvstendighet for brukere
- Bedre ressursutnyttelse på tvers av tjenestenivåer og sektorer

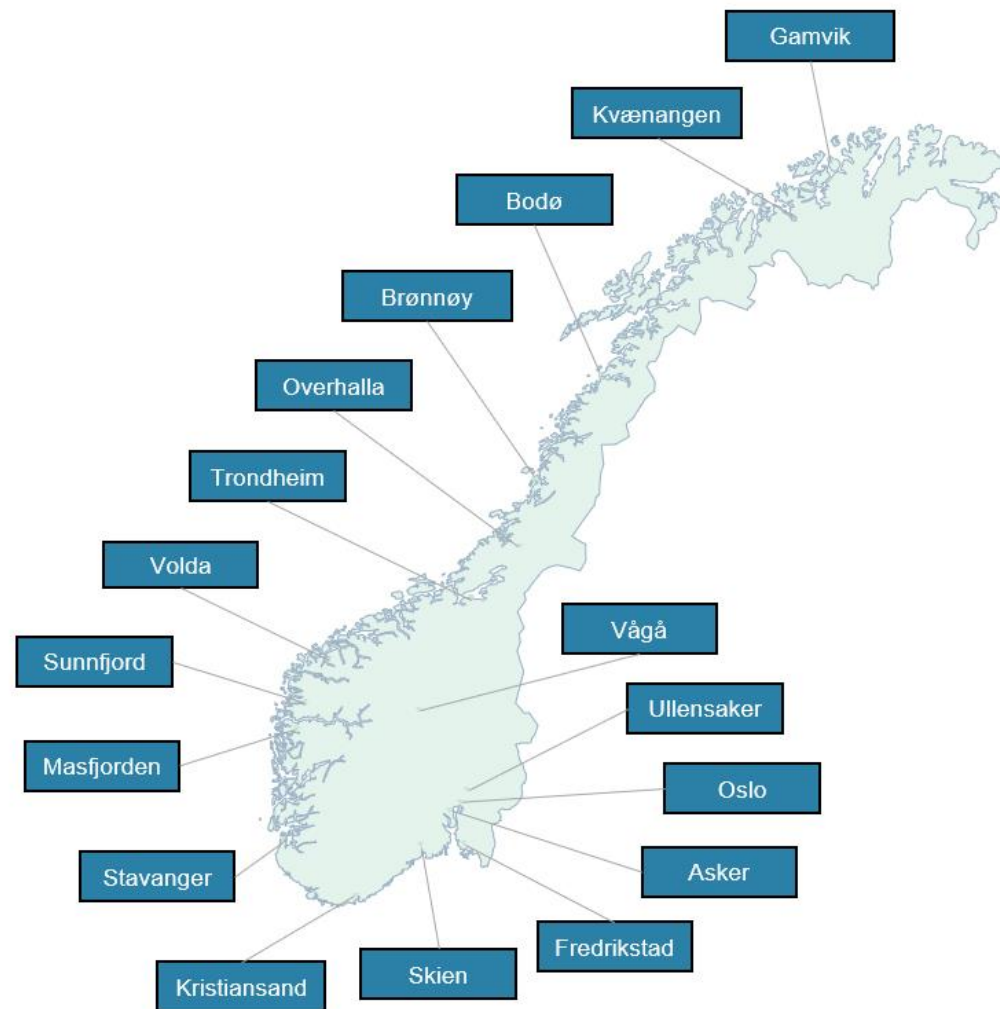
Resultatmål

- Det er etablert tilbud om digital hjemmeoppfølging i et samarbeid mellom kommuner, fastleger og helseforetak i alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024

Spredning av digital hjemmeoppfølging 2022-2024

- 17 samarbeidsprosjekt – inkluderer kommuner, fastleger og helseforetak
- Omfatter alle 19 helsefellesskap og 179 kommuner i ulik grad
- De fleste prosjektene har startet inkludering av pasienter:
 - 954 pasienter følges med digital hjemmeoppfølging, fordelt på 56 kommuner*
- Prosjektene velger ulike modeller ut fra lokale synergier

* pr. rapportering 01.03.2024



Definisjon på digital hjemmeoppfølging

«Digital hjemmeoppfølging innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt.»



A hand holding a smartphone, a glass of water, and a blue pill. The hand is positioned as if about to take the pill. The smartphone screen shows a medical application interface with a blue circular button and some text. The glass is partially filled with water. The pill is blue and oval-shaped with some text on it.

Plan for utprøving digital heimeoppfølging

Rammer:

- Teknisk løsning: Dignio Prevent
- Utprøving av DHO ved eigenrapportering:
 - Pasientgruppa palliasjon – ESAS skjema
 - Pasientgruppa alderspsykiatri – under utarbeiding (pårøranderegistrering)
- Oppfølgingsansvar: Heimetenesta
- Oppfølging av minimum 10 pasientar i utprøvingsfasen

Prosjektet får prosessveiledning frå InnoMed.

Status framdrift DHO

Vår -24:

- Etablert arbeidsgruppe DHO på tvers av dei tre kommunane (Alver, Austrheim og Masfjorden)
 - Åshild Sandvin Olsson, demenskoordinator Austrheim kommune
 - Hildegunn Baravelli, koordinator velferdsteknologi Alver kommune
 - Hildegunn Bjånes, avd.leiar heimetenesta Masfjorden kommune / Eva Louise Solheim, demenskoordinator Masfjorden kommune
- Utarbeide eige tenesteforløp digital heimeoppfølging for utprøvingsskommunar
 - 18.april: Workshop for å utarbeide utkast til tenesteforløp og gevinstplan for utprøving
 - Prosess for innspel på utkast til tenesteforløp og gevinstplan
 - Ferdigstille tenesteforløp og gevinstplan for utprøving
 - Utarbeide utkast til prosedyre for utprøving
- Utarbeide mal for eigenrapporteringsskjema pårørande alderspsykiatri (arbeidet er i gang)
- Vurdere utviding av målgrupper for utprøving digital heimeoppfølging



Plan, vidare framdrift DHO

Haust-24:

- Gjennomføre DPIA og ROS for Dignio Prevent (15.august)
- Gjennomføre opplæring i Dignio Prevent og det godkjend tenesteforløpet
- Gjennomføre utprøving av digital heimeoppfølging i tre utprøvingskommunar
- Evaluering og justering av tenesteforløp
- Gevinstoppfølging og vurdering av overgang til steg 4 i framdriftsplan *Utarbeide heilskapleg tenestemodell*



DHO nyttige lenkjer og informasjonsfilmar

Helsedirektoratet: [Digital hjemmeoppfølging – Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet, Nasjonal faglige råd: [Digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet](#)

Helsedirektoratet: [Velferdsteknologi - digital hjemmeoppfølging \(youtube.com\)](#)

Helseetaten Oslo kommune: [Velferdsteknologi - Digital hjemmeoppfølging \(youtube.com\)](#)



Målgrupper for digital heimeoppfølging

Nasjonale faglige råd: Digital hjemmeoppfølging

Tilbud om digital hjemmeoppfølging vurderes spesielt for personer med:

- kronisk sykdom og behov for langvarig oppfølging som ved diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, kroniske sår, personer med infeksjonssykdommer med behov for langvarig behandling, livsstilsendring, psykiske helseutfordringer og kreft
- middels til høy risiko for forverring av sin helsetilstand
- middels til høy risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester
- høyt forbruk av helsetjenester
- flere diagnoser, og store, sammensatte behov for oppfølging av sin sykdom
- behov for kortvarig oppfølging ved f.eks medisinnstilling, nyoppdaget sykdom, etter behandling ved sykehus
- behov for rehabilitering

Rammer for utprøving i lokale prosjekt, pasientgrupper for utprøving:

- Alderspsykiatri
- Palliasjon

Kvar kommune bør sjølve gjere ei behovsvurdering for kva pasientgrupper det er ønskje om å gjennomføre utprøving for, og rigge utprøvinga i henhold til dette.

Workshop 18.april



Tenesteforløp, aktører og delprosessar

- Aktører
 - Brukar/pårørande
 - Heimesjukepleie (HSY) / Ressursperson digital heimeoppfølging (Ressurs DHO)
 - Fastlege
 - Sjukehus
 - Vurderingsteam / Forvaltning

- Delprosessar
 - *1.0 Identifisere behov og henvisning – ikkje del av utprøving*
 - 2.0 Oppstart
 - 3.0 Utprøving
 - 4.0 DHO
 - 5.0 Avslutte teneste

Fordeling av aktiviteter



Ansvarlig



Rådgivende



Utførende



Deltakende

Aktivitet	Bruker/ Pårørende 	HSY/ Resurs DHO 	Fastlege 	Sykehus 	Vurderingsteam/ Forvaltning
1.0 Identifisere behov og henvisning					
1.1 Identifisere behov	A U	A A	A	A	A
1.2 Tilvising/søknad	A U	A A	A	A	A
1.3 Kartlegging	D	D D/U	D	D	A
1.4 Vedtak	I	I			A

Fordeling av aktiviteter

A Ansvarlig R Rådgivende
U Utførende D Deltakende

Aktivitet	Bruker/ Pårørende 	HSY/ Resurs DHO 	Fastlege 	Sykehus 	Vurderingsteam/ Forvaltning
2.0 Oppstart					
2.1 Rekruttere brukar til utprøving	D/U	A A	R	R	R
2.2 Informasjon og samtykke frå brukar/pårørende	D	A U	R	R	I
2.3 Registrere tjenestekode og /planområde for DHO i EPJ		A U			I A?
2.4 Opprette bruker i Dignio Prevent	I	A U	I		
2.5 Utlevering utstyr (nettbrett)	D	A U			
2.6 Opplæring og oppfølging i bruk av utstyr	D	A U			
2.7 Registrering/ målingar	A	U/R U/R	R	R	

Fordeling av aktiviteter

A Ansvarlig R Rådgivende
U Utførende D Deltakende

Aktivitet	Bruker/ Pårørende 	HSY/ Resurs DHO 	Fastlege 	Sykehus 	Vurderingsteam/ Forvaltning
3.0 Utprøving					
3.1 Evaluering/tilsyn av registrerte data	D	A U	R	R	
3.2 Utarbeide egenbehandlingsplan	D	A U	A	D/R	
4.0 DHO					
4.1 Oppfølging egenbehandlingsplan	A U	A U			
4.2 Evaluering	D	A U	R	R	
4.3 Justering	D	A U	A	R	
4.4 Vurdering av vidare teneste	D	A U	R	R	
5.0 Avslutte teneste					
5.1 Innhente utstyr (nettbrett)	D	A U			
5.2 Arkivere brukar i Dignio Prevent	I	A U			
5.3 Avslutte tjeneste DHO i EPJ		A U?			I A?

Beskrivelse av aktiviteter

Aktivitet	Beskrivelse
1.0 Identifisere behov og henvisning	Identifisere brukarar som er aktuelle for digital heimeoppfølging. Søknad og tilvising til aktuell instans.
1.1 Identifisere behov	Identifisere brukarar som kan ha nytte av DHO.
1.2 Tilvising/søknad	Sende tilvising / søknad til aktuell instans (vurderingsteam/forvaltning).
1.3 Kartlegging	Avdekke behov, mål og eventuelt behov for utstyr.
1.4 Vedtak	Ta beslutning om oppstart av DHO. Forvaltning fatter vedtak.

Beskrivelse av aktiviteter

Aktivitet	Beskrivelse
2.0 Oppstart	Identifisere brukar som er aktuelle for utprøving av DHO i form av eigenrapportering.
2.1 Rekruttere brukar til utprøving	Spørje brukar / pårørande om det kan være aktuelt for dei å delta i utprøving av DHO etter sette inklusjon og eksklusjonskriteria.
2.2 Informasjon og samtykke frå brukar/pårørande	Resurs DHO/HSY gjev informasjon om DHO og innhentar samtykke ihht. skjema «Informasjon DHO og samtykke» Det skal settast av tid til dialog, spm. og kort demonstrasjon av app.
2.3 Registrere tjenestekode og /planområde for DHO i EPJ	Resurs DHO/HSY får registrert tjenestekode «XX» og planområde «XX» i EPJ.
2.4 Opprette bruker i Dignio Prevent	Resurs DHO/HSY oppretter brukar i Dignio Prevent og klargjer app til DHO for brukar.
2.5 Utlevering utstyr	Resurs DHO/HSY har ansvar for utlevering av nettbrett og/eller hjelper til med nedlasting av app på brukar sitt nettbrett/smarttelefon.
2.6 Opplæring og oppfølging i bruk av utstyr	Resurs DHO/HSY gjennomfører opplæring og gjev veiledning til brukar, pårørande og evt. anna helsepersonell som deltar i utprøving.
2.7 Registrering / målingar	Brukar/pårørande startar med eigenregistrering i Dignio Prevent App. Resurs DHO/HSY har tett oppfølging og gjev råd og rettleiing etter behov.
3.0 Utprøving	Utarbeiding av eigenbehandlingsplan.
3.1 Evaluering/tilsyn av registrerte data	Brukar registrerer data og Resurs DHO/HSY følgjer opp registreringar i Dignio Prevent og set opp grenseverdier til eigenbehandlingsplan etter det som er normalen til brukar.
3.2 Utarbeide eigenbehandlingsplan	Resurs DHO/HSY og brukar utarbeider digital eigenbehandlingsplan. Fastlege gjev innspel og godkjenner plan.

Beskrivelse av aktiviteter

Aktivitet	Beskrivelse
4.0 DHO	Digital heimeoppfølging for pasient/brukar. Evaluering og justering av oppfølging og eigenbehandlingsplan.
4.1 Oppfølging eigenbehandlingsplan	Brukar utfører eigenregistrering og følgjer opp tiltak i eigenbehandlingsplanen. Resurs DHO/HSY mottar, vurderer og evaluere brukerrapporterte data.
4.2 Evaluering	Resurs DHO/HSY evaluerer rapporterte data frå brukar.
4.3 Justering	Resurs DHO/HSY i samråd med pasient/brukar og fastlege, evaluerer rapporterte data og gjer nødvendige justeringar av eigenbehandlingsplan, og/eller grenseverdiar. Eventuelt igangsetting av andre tiltak.
4.4 Vurdering av vidare teneste	Med grunnlag frå 4.2 evaluering og 4.3 justering, tar Resurs DHO/HSY i samråd med brukar/pårørande, fastlege og/eller sjukehus avgjersla om å fortsette 4.0 DHO eller 5.0 avslutte teneste.
5.0 Avslutte teneste	Ved beslutning om avslutning av tjenesten. Avslutte oppfølging og samle inn utstyr.
5.1 Innhente utstyr (nettbrett)	Resurs DHO/HSY har ansvar for at eventuelt utlånt nettbrett blir henta hjå brukar.
5.2 Arkivere brukar i Dignio Prevent	Resurs DHO/HSY har ansvar for å arkivere og avslutte brukar i Dignio Prevent.
5.3 Avslutte tjeneste DHO i EPJ	Resurs DHO/HSY eller vurderingsteam/forvaltning avsluttar DHO tenesta i EPJ.

UTKAST / GEVINSTPLAN – digital heimeoppfølging

Gevinst	Resultatindikator	Korleis måle og rapportere	Forutsetningar og tiltak for å realisere gevinst	Frist for tiltak	Ansvarlege for spesifikke tiltak	Korleis gevinsten skal "omsettast"
Oversikt over gevinstar i prosjektet vi ønsker å oppnå. Inkluder inngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet.	Resultatindikator er det som skal målast for å dokumentere gevinsten. (Velgje det som er enkelt å måle)	Beskrive korleis gevinstane skal målast og rapporterast.	Beskriv forutsetningar for at gevinstar vi oppnår. Kva må være på plass for at den aktuelle gevinsten skal inntreffe og kva tiltak må vi sette i gang for å sikre at gevinsten skjer? Det kan være fleire tiltak og gevinstansvarlege per gevinst.			Beskriv kordan gevinsten skal omsettast. Ugåtte kostnader og spart tid kan brukas på andre områder.
Redusert tal heimebesøk frå heimetenesta	Tal på heimebesøk	Differanse tal heimebesøk oppstart DHO og tal heimebesøk ved tidspunkt for evaluering				
Redusert transportbehov for heimetenesta	Km / Tid	Differanse transportbehov heimetenesta ved oppstart DHO og ved tidspunkt for evaluering (Heng saman med tal heimebesøk)				
Avdekke forverring hjå brukar på tidlegare tidspunkt	Tal gule hendingar i egnebehandlingsplan som er handtert til grønt. Kvalitativt.	Kor mange gule hendingar i eigenbehandlingsplan har man klart å handtere <u>vha.</u> tiltak i planen. Intervju med tilsette som følgjer opp pasient med DHO				
Styrkje pasient og pårørende si medverknad og eigenmeistring	Brukar si oppleving av medverknad og eigenmeistring Kvalitativt	Evaluering via spørjeskjema Samle sitat om brukaropplevingar.				

Utprøving av digital samkonsultasjon

Framgangsmåte for planlegging, gjennomføring og evaluering av digitale samkonsultasjonar
i utprøvingsfase

Versjon 3.0

«Prosjekt digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke i Region Nordhordland»

Rammer og kontaktpersonar

Teknisk løysing: Virtuelt møterom Join eller Delta frå Norsk Helsenett. Spesialisthelsetenesta sender lenkje til pasient og anna helsepersonell når avtalte om DSK er på plass.

Lenkjer til informasjon om videoløysing NHN:

- [Join - Norsk helsenett \(nhn.no\)](https://join.nhn.no)
- [Delta \(nhn.no\)](https://delta.nhn.no)
- [Videokonsultasjonar via Helsenorge - Helse Vest IKT \(helse-vest-ikt.no\)](https://helse-vest-ikt.no)

Takstbruk under utprøving: Lege i kommunen bruker konsultasjonstakst. Spesialist i sjukehus bruker kode for indirekte konsultasjon; «Samarbeidsmøter med førstelinjen».

Målgruppe: Pasientar innan palliasjon og alderspsykiatri.

Overordna kriteria for utprøving:

- Pasient har behov for oppfølging av spesialisthelsetenesta.
- Pasient kan få god og forsvarleg oppfølging frå spesialisthelsetenesta via digitalt møte.
- Pasient har lang reiseveg, eller opplever reiseveg til sjukehus som ei belastning.
- Pasient har behov for avklaringar vedr. oppfølging/behandling der det vil vere nyttig at helsepersonell både i kommune og sjukehus deltek.

Kontaktpersonar spesialisthelsetenesta:

Spesialisthelsetenesta / avdeling	Kontaktperson/koordinator	Rolle/stilling	Tlf.
NKS Olaviken alderspsykiatriske sjukehus	Kate Blindheim Myklebust	Avdelingsleiar	55381880/ 48843229
Haukeland sjukehus v/Palliativt senter	Mona Grindheim Monica Nilsen		55971050
Haraldsplass Diakonale sykehus v/Sunniva palliativt team	Vidar Pettersen	Overlege	55979415

Kontaktpersonar kommune:

Kommune / avdeling	Kontaktperson	Rolle/stilling	Tlf.
Alver kommune, sjukeheimstenesta	Karina Olsvold	Driftsansvarleg og palliativ spl.	45373680/ 56349190
Alver kommune, heimetenesta	Randi Bjelke	Kreft spl.	56171214/ 56171202
Alver kommune, heimetenesta	Mona Leknes Fyllingsnes	Hukommelses-team (tlf.tid tysdagar)	94507237
Masfjorden kommune, heimetenesta	Hildegunn Bjånes	Avdelingsleiar	56162000/ 97176550
Austrheim kommune	Åshild Sandvin Olsson	Demenskoordinator	96626656

Kontaktperson prosjektet:

Ved behov for kontakt med anna helsepersonell vedr. utprøving vil kontaktpersonar prosjekt vidareformidle kontakt (OBS: Kontaktpersonar prosjekt skal ikkje ha tilgang til pasientopplysningar).

- Anita Bjørsvik Kvamme (prosjektleiar), tlf: 92284767, mail: anita.kvamme@regionnordhordland.no
- Kathrin Sætren Omland, tlf: 91849142, mail: kathrin.omland@regionnordhordland.no

DSK: Forkorting digital samkonsultasjon

Framgangsmåte for avklaring og planlegging DSK under utprøving

- ✓ Pasient har fått informasjon om DSK og ønsker å delta i utprøving. Helsepersonell kommune har ansvar for å levere informasjonsskriv til pasient. Unntak vil vere dersom pasient er på sjukehus under DSK, då har helsepersonell spesialisthelsetenesta ansvar for å levere informasjonsskriv: [Informasjonsskriv til pasient og pårørende ved deltaking i DSK](#) (dersom du ikkje har tilgang til infoskriv ta kontakt med prosjektleiar).

Frå kommune

Lege i kommune

1. Lege i kommune vurderer pasient i målgruppe som aktuell for DSK og sender tilvising til spesialisthelsetenesta der ønskje om videokonsultasjon gjennomført som DSK vert presisert. Lege i kommune noterer tlf. nummer som skal nyttast av spesialisthelsetenesta til kontakt for koordinering av tidspunkt for DSK (til dømes hjelpepersonell legekontor, evt. avd.nr. sjukeheim).
2. Lege i kommune vurder i samråd med pasient behov for at anna helsepersonell i kommunen skal delta i DSK (*det er ikkje avklart framgangsmåte invitasjon/innkalling).
3. Spesialisthelsetenesta mottek og vurderer tilvising.
4. Kontaktperson (koordinator) spesialisthelsetenesta tar kontakt via tlf. med aktuell kontaktperson kommune for å avklare tidspunkt for DSK.
5. Spesialisthelsetenesta sender time til pasient og dialogmelding til fastlege med Join/Delta lenkje og avtalt tidspunkt for gjennomføring DSK.

Anna helsepersonell i kommune (sjukepleiar, vernepleiar, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog) *Aktuelt dersom pasient er i eit avklart oppfølgingsløp i spesialisthelsetenesta.

Behandlar i kommunehelsetenesta koordinerer time med spesialisthelsetenesta via tlf. til kontaktpersonar for utprøving.

Frå spesialisthelsetenesta

1. Kontaktperson (koordinator) spesialisthelsetenesta tar kontakt med kontaktperson kommune for å avklare grunnlag for DSK.
2. Ved grunnlag for DSK: Spesialisthelsetenesta sender time til pasient og dialogmelding til fastlege med Join/Delta lenkje og avtalt tidspunkt for gjennomføring DSK.
3. Kontaktperson (koordinator) spesialisthelsetenesta vurder i samråd med pasient behov for at anna helsepersonell i kommunen/spesialisthelsetenesta skal delta i DSK (*det er ikkje avklart framgangsmåte for invitasjon/innkalling).

Framgangsmåte for å gjennomføre DSK under utprøving

1. Behandlar i spesialisthelsetenesta som har sendt Join/Delta lenkje går inn i møterom i NHN og startar videomøtet.
2. Pasient, evt. pårørende, inviterte behandlarar/helsepersonell startar videomøte frå eigen eining (PC, nettbrett, smarttelefon). Dobbeltsjekk at URL lenkje ser ok ut (mtp. datasikkerheit).
3. Gjennomfør DSK. Avklar vidare oppfølging og ansvar i behandlingsplan og eigenbehandlingsplan i samråd med pasient evt. pårørende.
4. Behandlar som deltek i DSK lagar journalnotat i respektive journalsystem i kommune og sjukehus.

Framgangsmåte for etterarbeid under utprøving

1. Møtet avsluttast.
2. Behandlar fyller ut skjema, for evaluering av DSK: <https://forms.office.com/e/vKLGyQ9f9g>. Skjema må fyllast ut etter kvar gjennomførte samkonsultasjon som grunnlag for løypande evaluering og forbetring av DSK som metode.

DSK: Forkorting digital samkonsultasjon

Oppsummering for utprøvsperioden av digital samkonsultasjon

August 2024

Prosjekt digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke

v/ Anita Bjørsvik Kvamme

Prosjektleiari i perioden oktober 2023-august 2024

1. Innleiing

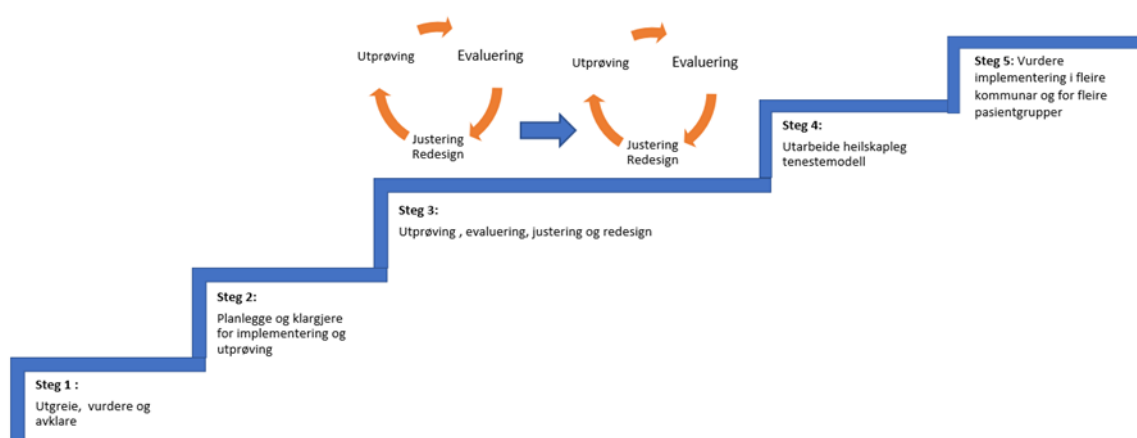
Styringsgruppa vedtok 3.juni 2024 at utprøvsperioden for digitale samkonsultasjonar (DSK) vert avslutta ved utgangen av juni 2024. Styringsgruppa ber prosjektleiari utarbeide ei oppsummering av erfaringar og resultat frå utprøvinga. Oppsummeringa vil danne grunnlag for styringsgruppa si avgjersle for om det skal utarbeidast ein heilskapleg tenestemodell for digital samkonsultasjon i eit samarbeid mellom partane i prosjektet.

Overordna prosjektgjennomføring i «Prosjekt digital samkonsultasjon og heimeoppfølging av kronisk sjuke» følgjer ei stegvis tilnærming, som vist i modellen under (Figur 1). Oppsummering av aktivitetar og erfaring frå utprøvinga av DSK i dette notatet, vert presentert i samsvar med den stegvise planen for prosjektet. Deretter vert resultat frå utprøvinga presentert etterfylgt av ei tilråding for det vidare arbeidet med DSK.

Definisjon av digital samkonsultasjon i prosjektet:

DSK er å sjå som ein samhandlingsmodell der det tverrfaglege perspektivet i digital heimeoppfølging blir ivaretekt, ved at aktuelle helsepersonell møtes digitalt, saman med pasient og evt. pårørande når det i eit pasientforløp kan vere nyttig, hensiktsmessig og forsvarleg.

Formålet med digital samkonsultasjon er å dele relevant informasjon, meir tverrfagleg samhandling, få rettleiing og beslutningsstøtte, og på den måten kunne utarbeide ein felles plan for oppfølging som dekkjer brukar sine behov.



Figur 1: Plan for gjennomføring – ei stegvis tilnærming (Prosjektplan, kap. 7.0)

2. Steg 1 og Steg 2 – Planlegging og førebuing DSK

Med utgangspunkt i mål, formål og overordna målgruppe for prosjektet identifiserte samarbeidspartane pasientar innan palliasjon og alderspsykiatri som kandidatar til ei første utprøving av digital samkonsultasjon og heimeoppfølging.

Eablering av faggrupper

I januar 2023 vart det etablert to faggrupper i prosjektet, ei for palliasjon og ei for alderspsykiatri. Faggruppe palliasjon inkluderte representantar frå Alver kommune, Palliativt senter ved Haukeland sjukehus (Helse Bergen) og Sunniva palliativt team ved Haraldsplass Diakonale Sjukehus. Faggruppe alderspsykiatri inkluderte representantar frå Austrheim og Masfjorden kommunar, samt Olaviken alderspsykiatriske sjukehus. Begge faggruppene starta sitt arbeid i byrjinga av 2023, med utgangspunkt i mandat og oppdrag frå prosjektgruppa.

Oppdrag til faggruppene inkluderte det å:

- Identifisere aktuelle pasientgrupper.
- Beskrive dagens pasientforløp.
- Vurdere når i pasientforløpet digitale verktøy kunne nyttast.
- Vurdere korleis bruk av digital samkonsultasjon og heimeoppfølging kunne styrkje pasienten si medverking og eigenmeistering.
- Identifisere faktorar som kunne fremje eller hindre bruk av dei digitale løysingane.
- Rapportere til prosjektleiar og prosjektgruppa gjennom arbeidet.

Planlegging og førebuing

Faggruppene styrte eiga framdrift og møteaktivitet. Gruppene leverte skriftleg svar på oppdraget i løpet av våren 2023. I august og september 2023 vart det utarbeidd visuelle framstillingar av tenesteforløp DSK for palliasjon og alderspsykiatri med utgangspunkt i faggruppene sitt arbeid. InnoMed bidrog med rettleiing til prosjektet i denne fasen. Rettleiing frå InnoMed er avtalt og finansiert frå Helsedirektoratet.

Videoløysinga Join frå Norsk Helsenett vart vald som teknisk løysing for digital samkonsultasjon.

I september 23 vedtok styringsgruppa ei todelt utprøving i prosjektet:

- Utprøving av digital samkonsultasjon gjennomført på fastlegekontor og i brukars heim
- Utprøving av digital heimeoppfølging via eigenrapportering på nettbrett for brukar/pårørande

Dei to tenesteforløpa for DSK (palliasjon og alderspsykiatri) vart oppdaterte i samsvar med denne todelte utprøvinga. Arbeidet med å planlegge for utprøving av digital heimeoppfølging vart lagt til ei eiga arbeidsgruppe i prosjektet. Dette sikra at utprøvinga av DHO vart skilt frå utprøvinga av DSK, slik at kvart område fekk nødvendig fokus og ressursar.

Gevinstplan og følgjeforsking digital samkonsultasjon

Følgjande gevinstar for digital samkonsultasjon vart identifisert i gevinstplanen:

- Reduserte transportkostnader ved DSK
- Styrka fagleg samhandling og kompetanse hjå helsepersonell

- Styrka pasient og pårørande si medverknad og eigenmeistring
- Redusert belastning ved transport og reisetid for pasient og pårørande

Prosjektet har fått tilknytt følgjeforsking for digital samkonsultasjon i eit samarbeid med Høgskulen på Vestlandet og Vestlandsforskning i «Forprosjekt digital heimeoppfølging og digital samkonsultasjon for kronisk sjuke». Forskingsspørsmål i forprosjektet samsvarer med gevinstar for det overordna prosjektet. Følgjeforskinga starta i januar 2024 og er planlagt avslutta ved utgang av februar 2025.

3. Steg 3 – Utprøving, evaluering, justering og redesign DSK

Oktober 2023 – Mars 2024

Første utkast til dei to tenesteforløpa for DSK (palliasjon og alderspsykiatri) var klart i oktober 2023. I starten av utprøvings perioden vart det arbeidd med kommunikasjonsaktivitetar for å rekruttere helsepersonell i kommunar og spesialisthelsetenesta til utprøving. Samtidig vart det jobba vidare med tekniske og praktiske avklaringar. Prosjektleiaren erfarte raskt at det var behov for å konkretisere dei to visuelle tenesteforløpa for å sikre at helsepersonell fekk tilstrekkeleg – og forenkla informasjon om framgangsmåten for DSK. Difor vart arbeidet med eit felles utprøvingsnotat for DSK starta.

Spesialisthelsetenesta hadde både tilgang til og erfaring med videokonsultasjonsløyising frå Norsk Helsenett. To av kommunane hadde tilgang til Join frå Norsk Helsenett, men fastlegane hadde lite erfaring med bruk av løysinga. Berre ein av kommunane hadde DPIA og ROS for Join på plass. I starten av januar 2024 var felles DPIA og ROS for bruk av Join i kommunar ferdig.

Frå 15. januar 2024 skjedde ei uventa endring i kommunane sin tilgang til å bestille videoløysinga frå Norsk Helsenett. Kommunar som ikkje hadde hatt tilgang til Join før denne datoen, fekk ikkje lenger tilgang til å bestille løysinga, men måtte gå via offentleg anskaffing. Dette førte til behov for ei versjonsendring av utprøvingsnotatet for DSK, der det vart bestemt at spesialisthelsetenesta skal vere eigar og den som deler lenkje til videokonsultasjon med pasient og helsepersonell i kommunar som fast praksis under utprøving DSK mellom tenestenivå. Utprøvingsnotatet vart endeleg fullført og sendt ut til kontaktpersonar for utprøving, prosjektgruppa og styringsgruppa i mars 2024 (sjå vedlegg).

Evaluering og gevinstoppfølging for gjennomførte DSK vart utført via skjema utarbeidd i Forms. Lenka til Formsskjema vart først sendt ut via e-post til helsepersonell som deltok i utprøving, og deretter inkludert som ein del av utprøvingsnotatet når dette var fullført i mars 2024.

Mars 2024 – Juni 2024

Etter utsendinga av utprøvingsnotatet vart fleire tiltak iverksett for å støtte utprøvinga av digital samkonsultasjon. Seks bordkamera vart kjøpt inn og lånt ut til legekantor og sjukeheimar i Alver, Austrheim og Masfjorden for å sikre den nødvendige tekniske tilrettelegginga. Kommunikasjonsaktivitetar inkluderte møte med kommunalsjefar, leiarar for legetenesta og sjukeheimstenesta for å forankre utprøvinga i dei aktuelle kommunane. Det vart også gjennomført nye informasjonsmøte ute på legekantor og med helsepersonell/ressurspersonar for utprøving DSK ute i kommunane. Det vart etablert tilbod om eit fast valfritt digitalt møtepunkt ein gong i veka i april og mai for alle kontaktpersonar involvert i utprøvinga frå spesialisthelsetenesta og

kommunar. Formålet med dette faste møtepunktet var løypande status og avklaringar vedr. utprøving DSK.

I april 2024 vart takstbruk for DSK i utprøving godkjent av representantar frå spesialisthelsetenesta i styringsgruppa for prosjektet. Takstbruk under utprøving DSK: Lege i kommunen bruker konsultasjonstakst. Spesialist i sjukehus bruker kode for indirekte konsultasjon. Informasjon om taksbruk vart lagt inn i utprøvingsnotat for DSK.

Gjennom utprøving perioden vart det lagt vekt på kontinuerleg evaluering for å identifisere og adressere både tekniske og praktiske utfordringar. Drøftingar om mogleg utviding av målgruppene for utprøvinga førte til positiv respons, sjølv om det ikkje vart funne klare løysingar på korleis ein best kunne finne dei mest aktuelle pasientgruppene som vil ha nytte av DSK. I tillegg vart det gjennomført ei vurdering av å utvide utprøvinga til fleire kommunar. Dialogmøte med kommunalsjefar frå Alver, Austrheim og Masfjorden konkluderte med å ikkje tilråde ei slik utviding, da det ville krevje auka ressursar til informasjonstiltak og rekruttering av helsepersonell utan å sikre at grunnlaget for utprøvinga vart styrkt.

Status for utprøving av DSK vart presentert på styringsgruppemøtet 3. juni 2024. Det vart orientert om forseinka framdrift for utprøvinga av digital samkonsultasjon, med tre gjennomførte DSK (to der pasient deltok frå fastlegekontor og ein der pasient deltok frå sjukeheim). Styringsgruppa drøfta vidare framdrift og tidsramme for utprøving av DSK i prosjektet og vedtok å halde fram med dei tre eksisterande kommunane og dei opphavlege pasientgruppene for DSK, med ny tidsramme for utprøvinga (frå oktober 2023) tom. juni 2024.

4. Resultat frå utprøving DSK

Utprøvingsperioden for DSK vart gjennomført frå oktober 2023 til juni 2024, med totalt fire utprøvingar fordelt på to pasientar (tre der pasient deltok frå fastlegekontor og ein der pasient deltok frå sjukeheim) mot målet om 20 DSK (10 på fastlegekontor og 10 frå heim eller sjukeheim). Målet var å inkludere fleire pasientar og å gjennomføre fleire utprøvingar for å ha eit større erfaringsgrunnlag for gevinstoppfølging og tilråding, men dette vart ikkje oppnådd.

Den vidare presentasjonen av resultat i denne oppsummeringa tek utgangspunkt i dei fire gjennomførte digitale samkonsultasjonane og baserer seg på registreringar frå evalueringsskjema i Forms, utført av helsepersonell som deltok i DSK.

«Forprosjekt digital heimeoppfølging og digital samkonsultasjon for kronisk sjuke» vil også bidra med datagrunnlag for gevinstoppfølging i prosjektet. Forprosjektet er planlagt avslutta ved utgangen av februar 2025.

Gevinstoppfølging og tilbakemelding for 4 gjennomførte DSK / Data frå Forms skjema

Gevinst 1: Reduserte transportkostnader

Gjennomsnittleg spart km frå pasient sin heim til spesialisthelsetenesta T/R pr. DSK:

- 97,5 km

Kva transportform ville pasient måtte hatt ved fysisk konsultasjon i spesialisthelsetenesta:

- 3 blitt kjørt av pårørende/ familie
- 1 pasientreise/taxi

Dersom pasient måtte hatt følge til denne konsultasjon i sjukehus, kven hadde mest sannsynleg vært følge?

- 3 familie eller andre nære relasjonar
- 1 helsepersonell i kommune

Samla sett viser data frå Forms skjema ei sannsynleg innsparing av transportkostnader og følgjeteneste ved DSK i staden for fysisk konsultasjon.

Gevinst 2: Styrka fagleg samhandling og kompetanse hjå helsepersonell / Gevinst 3: Styrka pasient og pårørende si medverknad og eigenmeistering (Vert også fylgt opp via intervju med helsepersonell i forprosjektet)

Sitat henta frå evalueringsskjema: *«Jeg syns dette er en svært god metode. Svært godt utbytte for den aktuelle pasient. God spin off effekt med læring for fastlege og spesialist, det går trolig begge veier. Man kan alltid overføre læring til andre situasjoner og pasienter».*

«...begge konsultasjonene fungerte meget godt. Pasient og pårørende var svært fornøyde. Faglig sett kan ikke pasienten få bedre behandling».

Gevinst 4: Redusert belastning ved transport og reisetid for pasient og pårørende (Vert fylgt opp via intervju med helsepersonell i forprosjektet)

Oppsummering tilbakemelding på det å koordinere tidspunkt for DSK

Tilbakemeldingane frå helsepersonell på koordinering av tidspunkt for DSK viser at, sjølv om samarbeidet og tilgjengelegheita var god, var prosessen meir tidskrevande enn forventa. Fastlege opplevde det å koordinere tidspunkt som meir tidkrevjande enn spesialist i starten, etter den andre konsultasjonen vart oppkoplinga lagt til rette med hjelp av merkantilt personell på legekontor, noko som letta planlegginga.

Samla sett viser tilbakemeldingane at det er behov for betre løysingar for logistikk og koordineringsarbeid for å kunne nytte DSK i større grad.

Oppsummering av teknisk gjennomføring DSK

Tilbakemeldingane frå helsepersonell viser at den tekniske gjennomføringa av digitale samkonsultasjonar stort sett fungerte godt, men med nokre utfordringar. Det å gjennomføre ein test av utstyr og tilkopling mellom fastlege og spesialist i forkant av DSK blir framheva som nyttig.

Lydkvaliteten var stort sett god, men ein pasient med nedsatt hørsel hadde problem med å høyre spesialisten. Bruk av samtaleforsterkar kunne ha vore ein fordel. Ein konsultasjon måtte gjennomførast pr. telefon på grunn av tekniske problem med videoløysinga.

Samla sett viser tilbakemeldingane at den tekniske gjennomføringa stort sett var god, men det er rom for forbetringar når det gjeld å sikre stabil teknisk løysing i form av utstyr og kompetanse til å bruke utstyret ute i kommunane.

Andre tilbakemeldingar og innspel frå helsepersonell

Finansiering og takstbruk: Det vert foreslått at fastlegekontor bør få eit bidrag for ekstratida brukt til tilkopling og formøte DSK, noko som ikkje dekkast av dagens HELFO-takstar. Det kom også tilbakemeldingar om uklarheit rundt takstbruk for spesialist og fastlege ved gjennomført DSK. *Dette vart handtert, og takstbruk for utprøving vart inkludert i utprøvingsnotatet i april 2024.*

Koordinering og arbeidsfordeling: For å implementere DSK som metode på ein god måte må det leggjast meir arbeid i å definere prosessdetaljar for kven som skal gjere arbeidet, kven som skal koordinere time for DSK og honorar/taksting for koordinering. Fastlegar med stramt dagsprogram og økonomiske rammer vil ikkje delta utan tilstrekkeleg løn.

Inkludere andre pasientgrupper: Det kom innspel om behov for å inkludere fleire pasientgrupper i utprøvinga.

5. Oppsummering og tilråding til vidareføring

Samla sett viser tilbakemeldingane frå helsepersonell som har gjennomført DSK i utprøvingsperioden (**totalt fire DSK**) at metoden gir eit godt utbytte for pasientane, med positive spin off-effektar for læring både for fastlege og spesialist. Pasientar og pårørande var fornøgde og fagleg sett vurderte helsepersonell som gjennomførte utprøving at pasientane fekk god behandling. Data frå Forms-skjema viser sannsynleg innsparing av transportkostnader og følgjeteneste ved DSK i staden for fysisk konsultasjon i spesialisthelsetenesta.

På den andre sida viser tilbakemeldingane at det er behov for betre løysingar for logistikk og koordineringsarbeid for å kunne nytte DSK i større grad. Det er også behov for meir stabile tekniske løysingar i form av utstyr og kompetanse til å bruke videokonsultasjonsutstyr ute i kommunane.

Varig avklart takstbruk for DSK mellom kommune og spesialisthelsetenesta, samt økonomisk godtgjersle for fastlegar sin tidsbruk til å koordinere DSK, vert framheva som viktig og naudsynt for å kunne nytte DSK mellom fastlege og spesialisthelsetenesta i større grad.

Tenesteforløp og rammer for DSK i utprøvingsnotatet skildrar den beste praksisen for DSK som prosjektet har klart å komme fram til i løpet av utprøvingsperioden. Framgangsmåten for avklaring og planlegging av DSK kan vidareførast, men rammer i form av takstbruk for DSK mellom kommune og spesialisthelsetenesta må endeleg avklarast for at DSK skal kunne vidareførast i ein heilskapleg tenestemodell.

Nytte av DSK som samhandlingsmodell for den einskilde pasient, uavhengig av diagnose, vil mest sannsynleg vere avgjerande for om helsepersonell vurderer nytte for pasient/pårørande som større enn ressursbruk til å koordinere DSK med utgangspunkt i det føreliggjande tenesteforløpet. Ved å forbetre tenesteforløp for DSK basert på innspel frå tilbakemeldingane, vil mest sannsynleg fleire pasientar kunne få utbytte av digital samkonsultasjon i framtida.

Digital samkonsultasjon vil også kunne vere ein fleksibel og nyttig samhandlingsmodell som kan nyttast med andre faggrupper og i andre kontekstar enn det som er prøvd ut i dette prosjektet.

Vedlegg:

- [Digital samkonsultasjon og heimeoppfølging_Prosjektplan versjon 5.0_juni24.docx](#)
- [Utprøvningsnotat digital samkonsultasjon informasjon til helsepersonell som deltek i utprøving versjon 3.0.pdf](#)
- [Informasjonsskriv til pasient og pårørende ved deltaking DSK versjon 1.0.pdf](#)