

**Sluttrapport /erfaringsrapport fra Prosjekt
Finnmark DHO Gamvik i spredning av digital
hjemmeoppfølging 2022 – 2024**



Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning	3
2. Faktaboks om prosjektet.....	4
Samarbeid	4
Organisering, eierskap og styring i prosjektet.....	4
Forankring i Helsefellesskapet	4
3. Mål med tiltaket.....	4
Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt (kommune/bydel/helseforetak)	4
Målgruppe	4
Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten(primær/spesialist)	4
Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging.....	5
4. Måloppnåelse / gevinster	5
5 Modell for digital hjemmeoppfølging I vårt prosjekt/ Helsefellesskap.....	5
Tjenesteforløp generelt	6
Tjenesteforløp hodekamera.....	6
Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier hodekamera	6
Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten hodekamera.....	6
Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan.....	6
Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging	6
Språkbarrierer og ivaretagelse av det samiske språk	6
Erfaring med fastlegens rolle og ansvar	6
Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle.....	7
Anskaffelse har vært gjennomført, og hvordan implementering og prosesser rundt dette har gått (Leverandør, type teknologi, omfang).....	7
Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten	7
Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på.....	7
6 Prosessveiledning.....	7
Innomed.....	7
Helsedirektoratet	7
7. Læringspunkter / erfaringer.....	8
Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune	8
Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO?	8
Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi.....	8

Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?	8
Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)	8
Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging ...	8
8. Oppsummering og veien videre	8
Status for overgang til drift , evt. plan for dette.....	8
Prosjektet vil følge sin plan for 2025.....	8

Sammendrag

Prosjektet fikk tilskudd fra Helsedirektoratet spredningsprosjekt i oktober 2023 og startet opp i november 2023.

I prosjektet hadde en kommune innført DHO løsning og kunne gi erfaringer til de andre kommuner og sykehuset.

Prosjektet hadde og annen vinkling enn de øvrige DHO prosjektene, ved at det i søknaden ble gitt tilskudd for å kunne se på hodekamera i både DHO og for de øvrige innbyggere i prosjektkommunene. Altså i akutte situasjoner. Målet var å kunne benytte samme digitale utstyr til flere aktører og styrke samarbeidet mellom disse.

Det er ikke gjort direkte utprøvinger, men hodekamera er utplassert i aktiv tjeneste hos ambulanse med tilknytning til lokal legevakt. Det jobbes videre med tilknytning til øvrige aktører.

Parallelt med spredningsprosjektet har DHO Finnmark hatt tett samarbeid med prosjekt Nord Trom og deltatt i iHac-prosjektet, integrated Healthcare and Care through distance-spanning solutions, ledet av Nordisk velferdssenter. Målet har vært å fremskynde implementering av teknologi og digitale løsninger i rurale områder. Dette har gitt oss mulighet til å dele erfaringer med fag- og forskningsmiljø i andre land som Sverige, Finland, Island, Danmark og Estland.

Har og hatt felles workshop ilag og utført emnekurs i samarbeid i november 2024.

1. Innledning

Formålet med deltakelse har vært å få en felles datadeling ved å ta i bruk en ny type tjeneste som kan bidra til bærekraftige helseog omsorgstjenester med effektiv bruk av ressurser.

Det er spredt bosetting i Finnmark med store avstander, og befolkningen i mange kommuner har lang reisevei til spesialisthelsetjenesten og nærmeste sykehus/klinikk. Vinterstid kan dette være særlig krevende på grunn av dårlig vær og stengte veier.

Det er og knapphet på både (helse)personell og institusjonsplasser, tror man DHO kan frigjøre ressurser, samtidig som tjenesten gir god pasientopplevelse. Ved å utforme en tjeneste som gir økt samhandling på tvers av kommuner og sykehus, vil også dette gi sammenhengende og koordinerte pasientforløp der man får utnyttet kompetanse og personell på en god måte.

2. Faktaboks om prosjektet

Samarbeid

I prosjektet «Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke» samarbeider Vadsø, Lebesby, Gamvik, kommune og Finnmarkssykehuset om innføring av digital hjemmeoppfølging (DHO).

Organisering, eierskap og styring i prosjektet

Prosjekteier: Gamvik kommune

Styringsgruppe: Lederrolle fra hver kommune og helseforetak

Prosjektledere: 30% ressurs fra hver deltager og en overordnet prosjektleder

Prosjektgruppe: Nøkkelpersoner fra hver kommune og helseforetaket

Styringsgruppa består minimum av kommunalsjefer/helsesjef som i deltager kommunene og klinikkssjefer for aktuelle sykehus/klinikk

Forankring i Helsefelleskapet

Prosjektet har god dialog med helsefelleskapet og prosjektet er forankret der. Det er og på bakgrunn av denne forankringen besluttet av Helsefelleskapet om å lyse ut 2 stillinger i starten av 2025. Hvor begge skal jobbe med hvordan innføre DHO i Helsefelleskapet.

3. Mål med tiltaket

Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt (kommune/bydel/helseforetak)

Overordnet mål for prosjektet har vært å etablere bærekraftige helse- og omsorgstjenester med gode pasientforløp og effektiv bruk av ressurser. Målene er utformet i tråd med nasjonale anbefalinger og utprøvinger.

Målgruppe

skal forbedre helsetjenesten og føre til bedre fysisk og psykisk helse for pasientene i målgruppen som tar i bruk tilbudet og som beslutningsstøtte i akutte situasjoner, både for kronisk syke og alle øvrige pasienthendelser/ulykker.

-

Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten(primær/spesialist)

Prosjektet skal utvikle en effektiv og målrettet rekrutteringsmekanisme for å fange opp pasienter i målgruppen for DHO. Bedre innsikt i egen helse og mulighet for løpende faglig oppfølging på riktig

tjenestenivå gjennom teknologien skal sikre en bedre helsetjeneste og dermed en bedre fysisk og psykisk helse.

Skal også sikre at behandlingen kan foregå mest mulig lokalt i tett samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten

Økt trygghet og mestring av sykdom ses på som det fremste effektmålet for pasienter og pårørende. Innsikt i egen sykdom der man er kjent med eget symptom-bilde og behandling, vil kunne virke forebyggende. Tjenestene kan da også jobbe proaktivt slik at både pasientens fysiske og psykiske helse blir ivarettatt på tidligere tidspunkt. Færre besøk i hjemmet og færre helsereiser til og fra sykehus, vil kunne gi pasient og pårørende mindre belastning, men også større frihet i hverdagen. For tjenesten vil det være ressursbesparende. I tjenestene har man avdekket manglende samhandling på tvers, både lokalt og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Digital hjemmeoppfølging forventes å gi effekter i form av bedre informasjonsflyt på tvers av helsepersonell og mellom pasient og helsepersonell, samt gi økt intervensjon og beslutningsstøtte i et behandlingsforløp. DHO vil også gi større mulighet for tverrfaglig tilnærming i et koordinert og helhetlig pasientforløp.

Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging

Det jobbes med å finne gode kartleggingsskjema og har hatt veiledning fra dette fra InnoMed

Har etablert ett internt spørreskjema som skal benyttes ved hodekamera, hvor man gjør en vurdering om dette sparte noe for pasient og helsepersonell. Vil bli evaluert i juni 2025

Prosjektleder deltar og på hvordan kartlegge gevinster i regi av Helse Nord RHF, slik at vi samme kan bli enige om en god måte å kartlegge på.

Det blir kartlagt tid og ressurser på alt arbeid den enkelte gjør, via regnearket til InnoMed, som deles via Teams til alle prosjektledere. Der hver deltager har egen arkfane som auto summer opp i felles arket.

4. Måloppnåelse / gevinster

Prosjektet har nådd målet om å få hodekamera tatt i bruk i tjeneste innenfor ambulanse og legevakt. Samt opprettet digitale møterom mellom både lege, ambulanse og hjemmesykepleien og også innad med hverandre. Slik at denne tjenesten kan benyttes i både akutte situasjoner (befolkning og hjemmesykepleie) for rask samhandling og utnyttelse av spart reisetid for både helsepersonell og pasienter. Det jobbes i 2025 med å spre videre denne samhandlingen til flere aktører. Har vært svært krevende å få til pga de tekniske løsningene måtte det finne ut av. Dette ser ut til å kommet på plass i 2025.

Det har ikke kommet i gang DHO og skjema som planlagt høsten 2024, dette er utsatt til mars 2025, slik at Vadsø kan finne lokal prosjektleder.

Det er foreløpig ikke hentet inn gevinster og det vil kunne se effekt av dette iløpet av 2025

Det har blitt kjøpt inn noe nødvendig utstyr, slik at prosjektet er rustet til å kunne iverksettes.

5 Modell for digital hjemmeoppfølging I vårt prosjekt/ Helsefellesskap

Tjenesteforløp generelt

Det er jobbet med tjenesteforløp i felles workshop sammen med prosjekt Nord Troms

Der ble det jobbet med Helhetlig tjenestemodell som ble gjennomført workshops mellom kommuner og UNN, og på tvers av Nord-Troms og DHO Finnmark (juni-24 og okt. -24) i Alta. Dette ble knyttet opp mot tjenesteforløp for å identifisere roller og oppgaver.

Tjenesteforløp hodekamera

Det er i samarbeid med Sykehuset Innlandet mottatt forskjellige bruksområder for bruk av hodekamera, se vedlegg

Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier hodekamera

Det som er viktig med hodekamera er å alltid innhente samtykke fra pasienten før man tar i bruk dette verktøy. Dette gjøres ved å muntlig spørre pasienten om dette.

Det skal generelt ikke brukes innen psykiatrien.

Der pasient er bevisstløs, brukes hodekamera frem til det er mulig å be om samtykke.

Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten hodekamera

Det er ikke tatt med brukere i utforming og utvikling av hodekamera, dette også fordi det er ett utstrakt avansert digitalt videomøte. Slik som allerede og finnes i DHO løsningen. Fokuset har vært hvordan kan dette bidra til bedre beslutningsstøtte hos helsepersonell.

Prosjektleder presenterer denne løsningen og andre skjema-løsning for ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset i mars 2025

Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

Det ble valgt å ikke bruke den digitale løsningen som ligger i kjernejournal som testløsning. Det jobbes videre med utarbeidelse av egenbehandlingsplan via Dignio og antas på plass i 2025

Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging

Dette gjøres i dag i hjemmesykepleien i Lebesby og sees på muligheter å utvide dette til flere pasientgrupper

Språkbarrierer og ivaretagelse av det samiske språk

Prosjektet ser behov for å kunne gi informasjon til pasienten på deres språk, så alle enheter som etter hvert for rullet ut JodaPro sin løsning, får også rullet ut en egen app «Caretotranslate» for oversettelse. Denne er foreløpig i testing i Finnmarkssykehuset sine ipad som er i prosjektet, og øvrige enheter da hos noen lokasjoner i Finnmarkssykehuset.

Erfaring med fastlegens rolle og ansvar

Fastlegene er involverte og ønsker denne tjenesten, spesielt i Lebesby og Gamvik kommune. Alle er svært enige at de skal være tett involvert i utarbeidelsen av egenbehandlingsplan og at de er hoved rekruttere til DHO i kommunen.

Vi så og stor nytte av det å delta på emnekurs DHO

Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle

Det har vært utfordrende å få med Finnmarkssykehuset og da Hammerfest sykehus. Da det er bygget nytt sykehus og vært innflytting i dette siste halvår i 2024 og endelig innflytting i januar 2025. Så har vært svært begrenset med ressurser.

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

Det ble gitt mulighet for investeringer gjennom tilskuddet fra Helsedirektoratet. Slik at det ble kjøpt inn noe utstyr. Det var ikke mulig å kjøpe inn alt som planlagt grunnet begrensinger for hva man kan gjøre av anskaffelse. Derfor ble dette mer begrenset. Da tiden for utlysning til anskaffelse ble for kort og prosjektet var ikke kommet dit.

Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten

Det har vært lave kostnader, som viser at man kan implementere dette personellmessig, men utfordringen for alle er at det rett og slett ikke er nok hender til å delta i prosjektene og da går og kostnader i prosjektet ned, selv om det ikke er ønskelig.

Da mange har flere ulike roller i sin kommune

Det er og svært kostnadsdyrt å drifte lisenser på den måten både JodaPro og Dignio er satt opp i dag, dette for de små kommuner. Dignio og JodaPro er begge svært hjelpelig med kostnader, men det er viktig å få dette med i fremtidige avtaler og ikke i kortsiktige innføringsforløp. Dette gjelder selvsagt for alle aktører.

Det viser seg og at det er viktig med god dialog med leverandører.

Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

Selve organiseringen har gått helt fint, og Teams, epost er flott samhandlingsverktøy. Det har og vært flere nyttige lokale workshop. Hvor vi ser at fysisk oppmøte er i mange tilfeller mye mer effektive en Teamsmøter. Derimot er det ekstreme reisekostnader i Finnmark, eller rimelige men da svært lange reiseavstander med bil (500 km en vei) Dette krever da også mye avsatt tid hos den enkelte.

6 Prosessveiledning

Innomed

- Det har vært en del utfordring å motta prosessveiledning, da det ble gitt beskjed fra Helsedirektoratet at InnoMed ikke skulle gi veiledning på hodekamera. Dette gjorde det litt vanskelig å utnytte prosessveiledningen. Vi forsøkte å vinkle det opp mot gevinstkartlegging og prosjektet fikk noe veiledning på tjenestekart. Det ble ikke enighet om hvordan gjøre god gevinstkartlegging
- Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed var jo at man fikk veldig mange nye innspill slikt at vi hadde mulighet å komme oss videre. Samt at de var veldig flinke å dele og finne informasjonen vi trengte.

Helsedirektoratet

- Aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært veldig nyttig for framdrift i prosjektet, ved å bidra med felles Teams kanal, deling av informasjon og en ekstremt god arena for å knytte kontaktet mellom prosjektene. Trekker særlig fram samlingene og de veldig gode tema og gjennomføringer som ble gjort der.

7. Læringspunkter / erfaringer

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

Det ved å jobbe i prosjekt gjør at man får bedre forståelse for hvordan kan min rolle gi en effekt hos en annen aktør. Så det er svært viktig med god og kontinuerlig samhandling.

Dette får man ved å drive en felles plan for DHO og hodekamera.

Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO?

Ser det helt klart at det ikke er gode nok rolleavklaringer og hvor skal DHO ligge, så der har Finnmark en god vei å gå. Det anbefales med hyppige små avklaringsmøter og tydelig bestilling og deltakelse.

Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi

Vi ser at leverandører er veldig på for å selge inn sin løsning, og har vært ett veldig godt samarbeid som og har bidratt til nye løsningsforslag.

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

Det er svært mange ulike utfordringer, og hoveddelen er det å få med lokale ressurser, vi ser det som noe vanskelig og har forståelse hvorfor det i perioder er lav deltagelse. Dette kan løses ved å få servert ett ferdig oppsett av DHO som man i stedet blir bedt om å innføre, enn å selv finne løsningen hvordan innføre dette. Dette vil vært mer effektivt i mange tilfeller.

Vi ser og at det at alle skal ha hver sine lokale databaser gjør deling av data veldig komplisert og det finnes ikke gode nok sentrale løsninger for dette. Dette gjør at man vil låse seg mot en leverandør og har da ikke alle samme leverandør gjør det samhandling svært vanskelig.

Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)

Det har vært en stor suksess å samarbeide med Nord Troms og det har i mange tilfeller gitt en svært god boost for prosjektet. Det og samles alle fysisk er en stor suksesskriterier, da dette er svært komplisert å få løst.

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

Det er viktig å sikre god forankring og en god driftsplan for å kunne innføre DHO. Slik vi ser dette må det sikres veldig tidlig i fasen. Det å opprettholde forankring og gi ut informasjon, bidrar til å styrke prosjektet, men informasjonen kan ikke gis for lavt på tjenestenivået. Slik at det ikke skapes for tidlige forventninger.

8. Oppsummering og veien videre

Status for overgang til drift , evt. plan for dette

Det er ikke lagt direkte plan for overgang til drift, de lisenser vi har i dag vil bli viderført hos den enkelte deltager. Det skal jobbes i 2025 med å sikre god overgang.

Prosjektet vil følge sin plan for 2025

01.02.25 – 28.02.25

Aktivitet: Utarbeide rutinebeskrivelser, prosedyrer og behandlingsplan for DHO til en pasientgruppe.

Bruk av teknologi. Opplæring og innføring av ansatte (legekontor/oppfølgingssenter)
Bruke den informasjon vi har innhentet i workshop og prosjektmøter gjennom 2024
Deltagere: Prosjekt- og ressursgruppe

15.01.25– 20.01.25

Aktivitet: Evaluering av videobrillene som er testet under jula 2024.
Ambulanse og lege har benyttet utstyret under vakt og fortsetter med dette.
Hjemmesykepleien tester det i noen caser ved behov.
Deltagere: Lebesby og Finnmarkssykehuset

01.01.25 – 31.03.25

Aktivitet: Lage plan og sette i drift innføring av DHO i Vadsø kommune i samarbeid med Dignio ved bruk av Kvikk Guide og Dignio sin erfaring.
Deltagere: Prosjekt- og ressursgruppe

01.04.25 – 15.04.25

Aktivitet: Evalueringsmøte, gjennomgang av rutinebeskrivelser og prosedyrer
Deltagere: Prosjekt- og ressursgruppe

01.05.25 – 31.05.25

Aktivitet: Plan for videre drift og skalering av tjeneste til nye brukergrupper, oppfølging av gevinster
Deltagere: Styrings- og prosjektgruppe + ressursgruppe

01.05.25-30.06.25

Aktivitet: Hvordan få med flere kommuner, oppsummering og se på felles løsninger som gjør det mulig for alle kommuner å koble seg til
Deltager: Prosjektleder og Helsefelleskapet i Finnmark

01.09.25 – 31.10.25

Aktivitet: Ferdigstille tjenesteforløp, gevinstmåling, prosjektrapport
Deltagere: Styrings- og prosjektgruppe

8 Vedlegg

- Tjenesteforløp for ulike målgrupper hodekamera, hvor vi tillegg har flere områder, som samisk tolk
- Tjenesteforløp for videobriller
- Lenke til YouTube om Hodekamera
 - https://www.youtube.com/watch?v=QG1Cx61Jyiw&list=PLABJLAK_hKjGZdIObLbNlStFN4BnCsvog&index=13

**Sluttrapport /erfaringsrapport fra Prosjekt
Finnmark DHO Gamvik i spredning av digital
hjemmeoppfølging 2022 – 2024**



Innhold

Sammendrag.....	3
1. Innledning	3
2. Faktaboks om prosjektet.....	4
Samarbeid	4
Organisering, eierskap og styring i prosjektet.....	4
Forankring i Helsefellesskapet	4
3. Mål med tiltaket.....	4
Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt (kommune/bydel/helseforetak)	4
Målgruppe	4
Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten(primær/spesialist)	4
Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging.....	5
4. Måloppnåelse / gevinster	5
5 Modell for digital hjemmeoppfølging I vårt prosjekt/ Helsefellesskap.....	5
Tjenesteforløp generelt	6
Tjenesteforløp hodekamera.....	6
Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier hodekamera	6
Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten hodekamera.....	6
Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan.....	6
Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging	6
Språkbarrierer og ivaretagelse av det samiske språk	6
Erfaring med fastlegens rolle og ansvar	6
Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle.....	7
Anskaffelse har vært gjennomført, og hvordan implementering og prosesser rundt dette har gått (Leverandør, type teknologi, omfang).....	7
Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten	7
Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på.....	7
6 Prosessveiledning.....	7
Innomed.....	7
Helsedirektoratet	7
7. Læringspunkter / erfaringer.....	8
Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune	8
Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO?	8
Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi.....	8

Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?	8
Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)	8
Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging ...	8
8. Oppsummering og veien videre	8
Status for overgang til drift , evt. plan for dette.....	8
Prosjektet vil følge sin plan for 2025.....	8

Sammendrag

Prosjektet fikk tilskudd fra Helsedirektoratet spredningsprosjekt i oktober 2023 og startet opp i november 2023.

I prosjektet hadde en kommune innført DHO løsning og kunne gi erfaringer til de andre kommuner og sykehuset.

Prosjektet hadde og annen vinkling enn de øvrige DHO prosjektene, ved at det i søknaden ble gitt tilskudd for å kunne se på hodekamera i både DHO og for de øvrige innbyggere i prosjektkommunene. Altså i akutte situasjoner. Målet var å kunne benytte samme digitale utstyr til flere aktører og styrke samarbeidet mellom disse.

Det er ikke gjort direkte utprøvinger, men hodekamera er utplassert i aktiv tjeneste hos ambulanse med tilknytning til lokal legevakt. Det jobbes videre med tilknytning til øvrige aktører.

Parallelt med spredningsprosjektet har DHO Finnmark hatt tett samarbeid med prosjekt Nord Trom og deltatt i iHac-prosjektet, integrated Healthcare and Care through distance-spanning solutions, ledet av Nordisk velferdssenter. Målet har vært å fremskynde implementering av teknologi og digitale løsninger i rurale områder. Dette har gitt oss mulighet til å dele erfaringer med fag- og forskningsmiljø i andre land som Sverige, Finland, Island, Danmark og Estland.

Har og hatt felles workshop ilag og utført emnekurs i samarbeid i november 2024.

1. Innledning

Formålet med deltakelse har vært å få en felles datadeling ved å ta i bruk en ny type tjeneste som kan bidra til bærekraftige helseog omsorgstjenester med effektiv bruk av ressurser.

Det er spredt bosetting i Finnmark med store avstander, og befolkningen i mange kommuner har lang reisevei til spesialisthelsetjenesten og nærmeste sykehus/klinikk. Vinterstid kan dette være særlig krevende på grunn av dårlig vær og stengte veier.

Det er og knapphet på både (helse)personell og institusjonsplasser, tror man DHO kan frigjøre ressurser, samtidig som tjenesten gir god pasientopplevelse. Ved å utforme en tjeneste som gir økt samhandling på tvers av kommuner og sykehus, vil også dette gi sammenhengende og koordinerte pasientforløp der man får utnyttet kompetanse og personell på en god måte.

2. Faktaboks om prosjektet

Samarbeid

I prosjektet «Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke» samarbeider Vadsø, Lebesby, Gamvik, kommune og Finnmarkssykehuset om innføring av digital hjemmeoppfølging (DHO).

Organisering, eierskap og styring i prosjektet

Prosjekteier: Gamvik kommune

Styringsgruppe: Lederrolle fra hver kommune og helseforetak

Prosjektledere: 30% ressurs fra hver deltager og en overordnet prosjektleder

Prosjektgruppe: Nøkkelpersoner fra hver kommune og helseforetaket

Styringsgruppa består minimum av kommunalsjefer/helsesjef som i deltager kommunene og klinikkssjefer for aktuelle sykehus/klinikk

Forankring i Helsefelleskapet

Prosjektet har god dialog med helsefelleskapet og prosjektet er forankret der. Det er og på bakgrunn av denne forankringen besluttet av Helsefelleskapet om å lyse ut 2 stillinger i starten av 2025. Hvor begge skal jobbe med hvordan innføre DHO i Helsefelleskapet.

3. Mål med tiltaket

Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt (kommune/bydel/helseforetak)

Overordnet mål for prosjektet har vært å etablere bærekraftige helse- og omsorgstjenester med gode pasientforløp og effektiv bruk av ressurser. Målene er utformet i tråd med nasjonale anbefalinger og utprøvinger.

Målgruppe

skal forbedre helsetjenesten og føre til bedre fysisk og psykisk helse for pasientene i målgruppen som tar i bruk tilbudet og som beslutningsstøtte i akutte situasjoner, både for kronisk syke og alle øvrige pasienthendelser/ulykker.

•

Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten(primær/spesialist)

Prosjektet skal utvikle en effektiv og målrettet rekrutteringsmekanisme for å fange opp pasienter i målgruppen for DHO. Bedre innsikt i egen helse og mulighet for løpende faglig oppfølging på riktig

tjenestenivå gjennom teknologien skal sikre en bedre helsetjeneste og dermed en bedre fysisk og psykisk helse.

Skal også sikre at behandlingen kan foregå mest mulig lokalt i tett samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten

Økt trygghet og mestring av sykdom ses på som det fremste effektmålet for pasienter og pårørende. Innsikt i egen sykdom der man er kjent med eget symptom-bilde og behandling, vil kunne virke forebyggende. Tjenestene kan da også jobbe proaktivt slik at både pasientens fysiske og psykiske helse blir ivarettatt på tidligere tidspunkt. Færre besøk i hjemmet og færre helsereiser til og fra sykehus, vil kunne gi pasient og pårørende mindre belastning, men også større frihet i hverdagen. For tjenesten vil det være ressursbesparende. I tjenestene har man avdekket manglende samhandling på tvers, både lokalt og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Digital hjemmeoppfølging forventes å gi effekter i form av bedre informasjonsflyt på tvers av helsepersonell og mellom pasient og helsepersonell, samt gi økt intervensjon og beslutningsstøtte i et behandlingsforløp. DHO vil også gi større mulighet for tverrfaglig tilnærming i et koordinert og helhetlig pasientforløp.

Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging

Det jobbes med å finne gode kartleggingsskjema og har hatt veiledning fra dette fra InnoMed

Har etablert ett internt spørreskjema som skal benyttes ved hodekamera, hvor man gjør en vurdering om dette sparte noe for pasient og helsepersonell. Vil bli evaluert i juni 2025

Prosjektleder deltar og på hvordan kartlegge gevinster i regi av Helse Nord RHF, slik at vi samme kan bli enige om en god måte å kartlegge på.

Det blir kartlagt tid og ressurser på alt arbeid den enkelte gjør, via regnearket til InnoMed, som deles via Teams til alle prosjektledere. Der hver deltager har egen arkfane som auto summer opp i felles arket.

4. Måloppnåelse / gevinster

Prosjektet har nådd målet om å få hodekamera tatt i bruk i tjeneste innenfor ambulanse og legevakt. Samt opprettet digitale møterom mellom både lege, ambulanse og hjemmesykepleien og også innad med hverandre. Slik at denne tjenesten kan benyttes i både akutte situasjoner (befolkning og hjemmesykepleie) for rask samhandling og utnyttelse av spart reisetid for både helsepersonell og pasienter. Det jobbes i 2025 med å spre videre denne samhandlingen til flere aktører. Har vært svært krevende å få til pga de tekniske løsningene måtte det finne ut av. Dette ser ut til å kommet på plass i 2025.

Det har ikke kommet i gang DHO og skjema som planlagt høsten 2024, dette er utsatt til mars 2025, slik at Vadsø kan finne lokal prosjektleder.

Det er foreløpig ikke hentet inn gevinster og det vil kunne se effekt av dette iløpet av 2025

Det har blitt kjøpt inn noe nødvendig utstyr, slik at prosjektet er rustet til å kunne iverksettes.

5 Modell for digital hjemmeoppfølging I vårt prosjekt/ Helsefellesskap

Tjenesteforløp generelt

Det er jobbet med tjenesteforløp i felles workshop sammen med prosjekt Nord Troms

Der ble det jobbet med Helhetlig tjenestemodell som ble gjennomført workshops mellom kommuner og UNN, og på tvers av Nord-Troms og DHO Finnmark (juni-24 og okt. -24) i Alta. Dette ble knyttet opp mot tjenesteforløp for å identifisere roller og oppgaver.

Tjenesteforløp hodekamera

Det er i samarbeid med Sykehuset Innlandet mottatt forskjellige bruksområder for bruk av hodekamera, se vedlegg

Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier hodekamera

Det som er viktig med hodekamera er å alltid innhente samtykke fra pasienten før man tar i bruk dette verktøy. Dette gjøres ved å muntlig spørre pasienten om dette.

Det skal generelt ikke brukes innen psykiatrien.

Der pasient er bevistløs, brukes hodekamera frem til det er mulig å be om samtykke.

Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten hodekamera

Det er ikke tatt med brukere i utforming og utvikling av hodekamera, dette også fordi det er ett utstrakt avansert digitalt videomøte. Slik som allerede og finnes i DHO løsningen. Fokuset har vært hvordan kan dette bidra til bedre beslutningsstøtte hos helsepersonell.

Prosjektleder presenterer denne løsningen og andre skjema-løsning for ungdomsrådet i Finnmarkssykehuset i mars 2025

Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

Det ble valgt å ikke bruke den digitale løsningen som ligger i kjernejournal som testløsning. Det jobbes videre med utarbeidelse av egenbehandlingsplan via Dignio og antas på plass i 2025

Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging

Dette gjøres i dag i hjemmesykepleien i Lebesby og sees på muligheter å utvide dette til flere pasientgrupper

Språkbarrierer og ivaretagelse av det samiske språk

Prosjektet ser behov for å kunne gi informasjon til pasienten på deres språk, så alle enheter som etter hvert for rullet ut JodaPro sin løsning, får også rullet ut en egen app «Caretotranslate» for oversettelse. Denne er foreløpig i testing i Finnmarkssykehuset sine ipad som er i prosjektet, og øvrige enheter da hos noen lokasjoner i Finnmarkssykehuset.

Erfaring med fastlegens rolle og ansvar

Fastlegene er involverte og ønsker denne tjenesten, spesielt i Lebesby og Gamvik kommune. Alle er svært enige at de skal være tett involvert i utarbeidelsen av egenbehandlingsplan og at de og er hoved rekruttere til DHO i kommunen.

Vi så og stor nytte av det å delta på emnekurs DHO

Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle

Det har vært utfordrende å få med Finnmarkssykehuset og da Hammerfest sykehus. Da det er bygget nytt sykehus og vært innflytting i dette siste halvår i 2024 og endelig innflytting i januar 2025. Så har vært svært begrenset med ressurser.

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

Det ble gitt mulighet for investeringer gjennom tilskuddet fra Helsedirektoratet. Slik at det ble kjøpt inn noe utstyr. Det var ikke mulig å kjøpe inn alt som planlagt grunnet begrensinger for hva man kan gjøre av anskaffelse. Derfor ble dette mer begrenset. Da tiden for utlysning til anskaffelse ble for kort og prosjektet var ikke kommet dit.

Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten

Det har vært lave kostnader, som viser at man kan implementere dette personellmessig, men utfordringen for alle er at det rett og slett ikke er nok hender til å delta i prosjektene og da går og kostnader i prosjektet ned, selv om det ikke er ønskelig.

Da mange har flere ulike roller i sin kommune

Det er og svært kostnadsdyrt å drifte lisenser på den måten både JodaPro og Dignio er satt opp i dag, dette for de små kommuner. Dignio og JodaPro er begge svært hjelpelig med kostnader, men det er viktig å få dette med i fremtidige avtaler og ikke i kortsiktige innføringsforløp. Dette gjelder selvsagt for alle aktører.

Det viser seg og at det er viktig med god dialog med leverandører.

Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

Selve organiseringen har gått helt fint, og Teams, epost er flott samhandlingsverktøy. Det har og vært flere nyttige lokale workshop. Hvor vi ser at fysisk oppmøte er i mange tilfeller mye mer effektive en Teamsmøter. Derimot er det ekstreme reisekostnader i Finnmark, eller rimelige men da svært lange reiseavstander med bil (500 km en vei) Dette krever da også mye avsatt tid hos den enkelte.

6 Prosessveiledning

Innomed

- Det har vært en del utfordring å motta prosessveiledning, da det ble gitt beskjed fra Helsedirektoratet at InnoMed ikke skulle gi veiledning på hodekamera. Dette gjorde det litt vanskelig å utnytte prosessveiledningen. Vi forsøkte å vinkle det opp mot gevinstkartlegging og prosjektet fikk noe veiledning på tjenestekart. Det ble ikke enighet om hvordan gjøre god gevinstkartlegging
- Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed var jo at man fikk veldig mange nye innspill slikt at vi hadde mulighet å komme oss videre. Samt at de var veldig flinke å dele og finne informasjonen vi trengte.

Helsedirektoratet

- Aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært veldig nyttig for framdrift i prosjektet, ved å bidra med felles Teams kanal, deling av informasjon og en ekstremt god arena for å knytte kontaktet mellom prosjektene. Trekker særlig fram samlingene og de veldig gode tema og gjennomføringer som ble gjort der.

7. Læringspunkter / erfaringer

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

Det ved å jobbe i prosjekt gjør at man får bedre forståelse for hvordan kan min rolle gi en effekt hos en annen aktør. Så det er svært viktig med god og kontinuerlig samhandling.

Dette får man ved å drive en felles plan for DHO og hodekamera.

Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO?

Ser det helt klart at det ikke er gode nok rolleavklaringer og hvor skal DHO ligge, så der har Finnmark en god vei å gå. Det anbefales med hyppige små avklaringsmøter og tydelig bestilling og deltakelse.

Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi

Vi ser at leverandører er veldig på for å selge inn sin løsning, og har vært ett veldig godt samarbeid som og har bidratt til nye løsningsforslag.

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

Det er svært mange ulike utfordringer, og hoveddelen er det å få med lokale ressurser, vi ser det som noe vanskelig og har forståelse hvorfor det i perioder er lav deltagelse. Dette kan løses ved å få servert ett ferdig oppsett av DHO som man i stedet blir bedt om å innføre, enn å selv finne løsningen hvordan innføre dette. Dette vil vært mer effektivt i mange tilfeller.

Vi ser og at det at alle skal ha hver sine lokale databaser gjør deling av data veldig komplisert og det finnes ikke gode nok sentrale løsninger for dette. Dette gjør at man vil låse seg mot en leverandør og har da ikke alle samme leverandør gjør det samhandling svært vanskelig.

Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)

Det har vært en stor suksess å samarbeide med Nord Troms og det har i mange tilfeller gitt en svært god boost for prosjektet. Det og samles alle fysisk er en stor suksesskriterier, da dette er svært komplisert å få løst.

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

Det er viktig å sikre god forankring og en god driftsplan for å kunne innføre DHO. Slik vi ser dette må det sikres veldig tidlig i fasen. Det å opprettholde forankring og gi ut informasjon, bidrar til å styrke prosjektet, men informasjonen kan ikke gis for lavt på tjenestenivået. Slik at det ikke skapes for tidlige forventninger.

8. Oppsummering og veien videre

Status for overgang til drift , evt. plan for dette

Det er ikke lagt direkte plan for overgang til drift, de lisenser vi har i dag vil bli viderført hos den enkelte deltager. Det skal jobbes i 2025 med å sikre god overgang.

Prosjektet vil følge sin plan for 2025

01.02.25 – 28.02.25

Aktivitet: Utarbeide rutinebeskrivelser, prosedyrer og behandlingsplan for DHO til en pasientgruppe.

Bruk av teknologi. Opplæring og innføring av ansatte (legekontor/oppfølgingssenter)
Bruke den informasjon vi har innhentet i workshop og prosjektmøter gjennom 2024
Deltagere: Prosjekt- og ressursgruppe

15.01.25– 20.01.25

Aktivitet: Evaluering av videobrillene som er testet under jula 2024.
Ambulanse og lege har benyttet utstyret under vakt og fortsetter med dette.
Hjemmesykepleien tester det i noen caser ved behov.
Deltagere: Lebesby og Finnmarkssykehuset

01.01.25 – 31.03.25

Aktivitet: Lage plan og sette i drift innføring av DHO i Vadsø kommune i samarbeid med Dignio ved bruk av Kvikk Guide og Dignio sin erfaring.
Deltagere: Prosjekt- og ressursgruppe

01.04.25 – 15.04.25

Aktivitet: Evalueringsmøte, gjennomgang av rutinebeskrivelser og prosedyrer
Deltagere: Prosjekt- og ressursgruppe

01.05.25 – 31.05.25

Aktivitet: Plan for videre drift og skalering av tjeneste til nye brukergrupper, oppfølging av gevinster
Deltagere: Styrings- og prosjektgruppe + ressursgruppe

01.05.25-30.06.25

Aktivitet: Hvordan få med flere kommuner, oppsummering og se på felles løsninger som gjør det mulig for alle kommuner å koble seg til
Deltager: Prosjektleder og Helsefelleskapet i Finnmark

01.09.25 – 31.10.25

Aktivitet: Ferdigstille tjenesteforløp, gevinstmåling, prosjektrapport
Deltagere: Styrings- og prosjektgruppe

8 Vedlegg

- Tjenesteforløp for ulike målgrupper hodekamera, hvor vi tillegg har flere områder, som samisk tolk
- Tjenesteforløp for videobriller
- Lenke til YouTube om Hodekamera
 - https://www.youtube.com/watch?v=QG1Cx61Jyiw&list=PLABJLAK_hKjGZdIObLbNlStFN4BnCsvog&index=13



PreViS

Prehospital Video i Samhandling

Bruksområder for video i helse



Aktører på norsk side

★ Prioritert for behovskartlegging

BERØRTE INNBYGGERE



PASIENTER
PÅRØRENDE

EIERE



★ SYKEHUS
KOMMUNER

MYNDIGHETER



HELSEMYNDIGHET
STATSFORVALTER
BEREDSKAPSMYNDIGHET
DIGITALISERINGSMYNDIGHET
EU

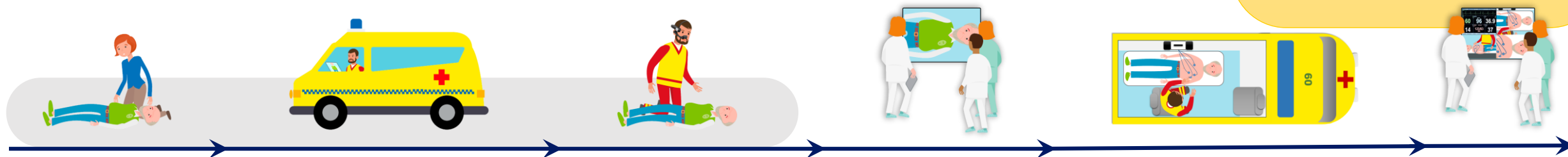
KUNNSKAPSBÆRERE



★ HELSEPERSONELL
AMBULANSEPERSONELL
FASTLEGE
LEGEVAKT
SPESIALISTER
SYKEPLEIERE
HJEMMETJENESTE

TEKNOLOGIBEDRIFTER

FORSKNINGSAKTØRER



PASIENT HJEMME
PASIENT PÅ SYKEHJEM
PASIENT HOS FASTLEGE
PASIENT I DET OFFENTLIGE ROM

PÅRØRENDE
FRIVILLIG HJELPER



UTVIDET AKUTTKJEDE

★ KOMMUNEHELSEJENESTEN

POLITI
BRANN
FRIVILLIGHET
FORSVAR
SIVILFORSVAR



AMBULANSEPERSONELL

HJEMMETJENESTE

SYKEHJEM

TRYGGHETSPATRULJE



SPESIALIST

LEGEVAKT

LEGEVAKTBIL

FASTLEGE

SYKEPLEIER / KOLLEGA



LEVERANDØRER

VIDEO
EPJ
KOMMUNIKASJON

ULTRALYD
MULTIMONITOR
SKOP
(DRONER)



HelseINN

PICTA



Interreg



Medfinansieras av
EUROPEISKA UNIONEN

Sverige – Norge

1

Video i den akuttmedisinske kjede



Beslutningsstøtte via video ved bruk av hodekamera



Hvor / Where

- Hjemme
- Sykehjem
- Skadested

Typiske situasjoner

- Vurdering av pasienten
- Vurdere om pasienten må bli transportert til legevakt/sykehjem/sykehus eller kan bli igjen hjemme
- Medisinering, dobbeltkontroll
- Syning av mors i distrikt

Fjernhjelp

- Legevakt (**Takst 1K**)

Fra prosjekt

[Prehospital Video i Samhandling](#)
(PreViS)

Beslutningsstøtte via video ved bruk av hodekamera



Teknologi

- Hodekamera, mobiltelefon, nettbrett [*](#)

Opplæring

- Gjøres av ambulansetjenesten egen kompetanseavdeling

Prosedyrer

1. Ambulansearbeider er i samtale med «fjernhjelp» via nødnett eller telefon
2. Ambulansearbeider eller «fjernhjelp» spør om de skal benytte video
3. Ambulansearbeider og «fjernhjelp» møtes i felles videomøterom

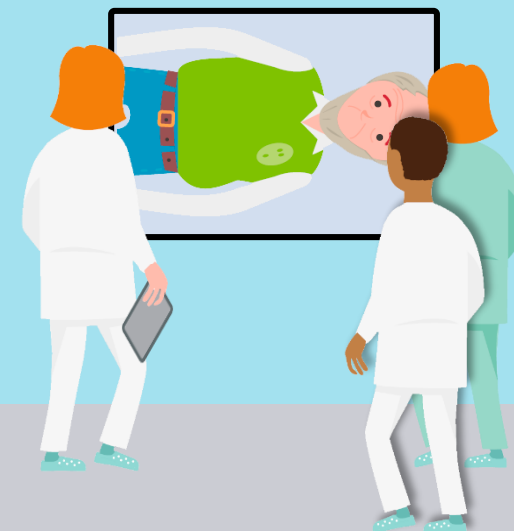
Kan også bli brukt

- Samtaler med akuttutmottak, slaglege, anestesilege
- I sårbehandling
- I smittevern arbeid
- Ved fødsel under transport
- Generelt i kommunalt helsearbeid
- Ved spørsmål om teknisk bistand

Kom i gang med

- Kontakt [Jodatech AS](#) for informasjon

Beslutningsstøtte via video ved bruk av hodekamera



Hvor / Where

- Hjemme
- Sykehjem
- Skadested

Typiske situasjoner

- Smertelindring av barn
- Avklare videre behandling og transport ved
 - mulig slag
 - mulig behov for lufttransport
 - diffuse tilfeller
- Gi bilde av skadested for å sikre riktig behandling

Fjernhjelp

- Akuttmottak
- Slaglege (Nevrolog)
- Anestesilege

Fra prosjekt

[Prehospital Video i Samhandling](#)
(PreViS)

Beslutningsstøtte via video ved bruk av hodekamera



Teknologi

- Hodekamera, mobiltelefon, nettbrett

*
—

Opplæring

- Gjøres av ambulansetjenesten egen kompetanseavdeling

Prosedyrer

1. Ambulansearbeider er i samtale med akuttmottak / nevrolog / anestesilege via nødnett eller telefon
2. Ambulansearbeider eller «fjernhjelp» spør om de skal benytte video
3. Ambulansearbeider og «fjernhjelp» møtes i felles videomøterom

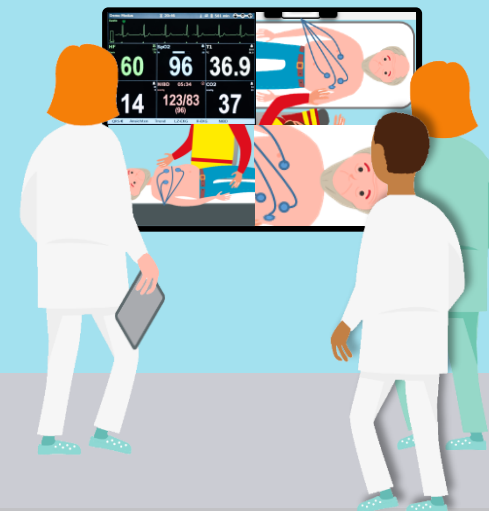
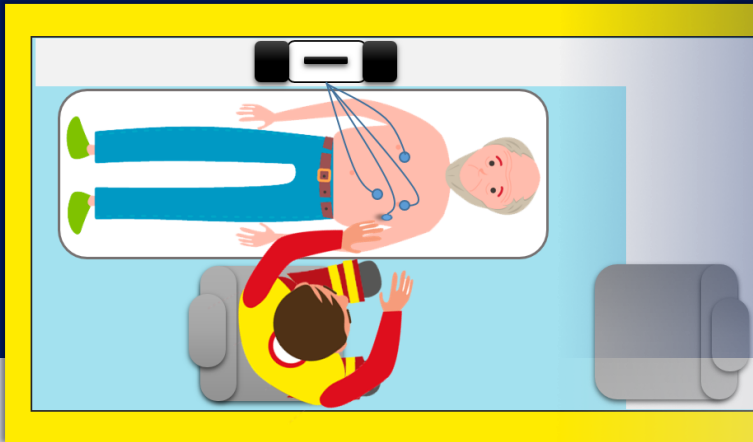
Kan også bli brukt

- Samtaler med legevaktslege
- I sårbehandling
- I smittevern arbeid
- Ved fødsel under transport
- Generelt i kommunalt helsearbeid
- Ved spørsmål om teknisk bistand

Kom i gang med

- Kontakt [Jodatech AS](#) for informasjon

Beslutningsstøtte via video fra ambulansen



Hvor

- I ambulansen

Fra prosjekt

[Prehospital Video i Samhandling](#)
(PreViS)

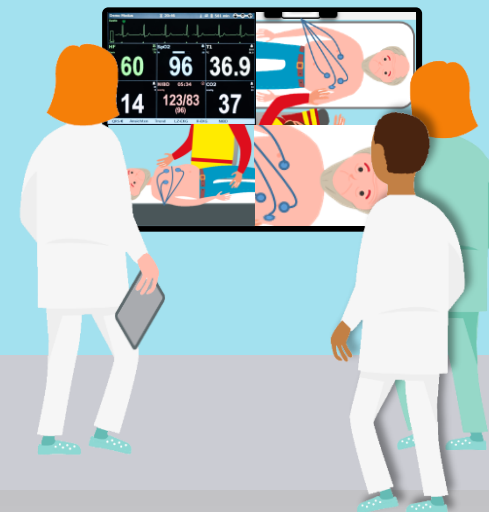
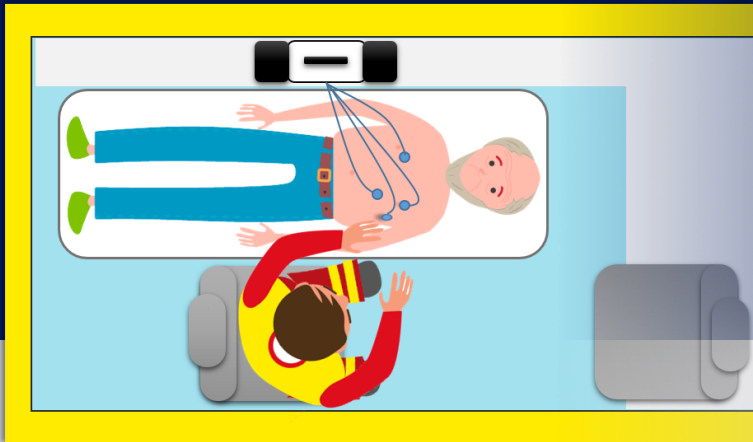
Typiske situasjoner

- Vurdering av pasienten
- Vurdere om pasienten må bli transportert til legevakt/sykehjem/sykehus eller kan bli igjen hjemme
- Medisinering
- Syning av mors i distrikt
- Smertelindring av barn
- Avklare videre behandling og transport ved
 - mulig slag
 - mulig behov for lufttransport
 - diffuse tilfeller

Fjernhjelp

- Legevakt (**Takst 1K**)
- Slaglege (Nevrolog)
- Anestesilege
- Akuttmottak

Beslutningsstøtte via video fra ambulansen



Teknologi

- Under utvikling i PreViS-II prosjektet

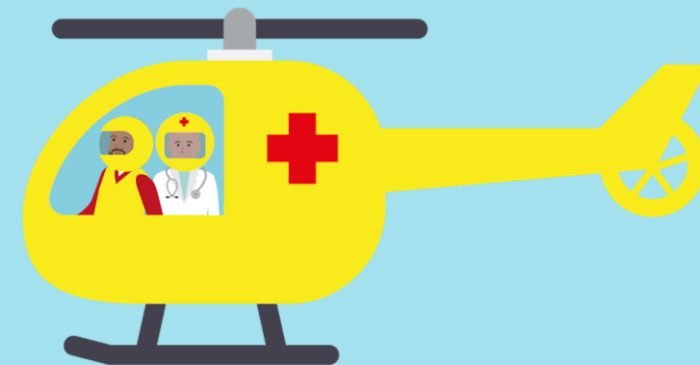
Prosedyrer

1. Ambulansearbeider er i samtale med akuttmottak / nevrolog / anestesilege via nødnett eller telefon
2. Ambulansearbeider eller «fjernhjelp» spør om de skal benytte video
3. Ambulansearbeider og «fjernhjelp» møtes i felles videomøterom

Kan også bli brukt

- Samtaler med legevaktslege
- Fra legevakt til spesialist på sykehus
- Fra fastlege til spesialist
- Fra sykehjem til legevakt eller sykehus

Beslutningsstøtte via video ved bruk av hodekamera



Hvor / Where

- Hjemme
- Skadested

Fra prosjekt

[Prehospital Video i Samhandling](#)
(PreViS)

Typiske situasjoner

- Smertelindring av barn
- Avklare videre behandling og transport ved
 - mulig slag
 - mulig behov for lufttransport
 - diffuse tilfeller
- Gi bilde av skadested for å sikre riktig behandling
- Gi piloten mulighet til å se værforhold og landingssted

Fjernhjelp

- Anestesilege
(I luftambulansen)

Videosamtale om fødsel eller nyfødt



Hvor

- Ambulansearbeider
- Fastlege
- Legevakt

Typiske situasjoner

- Fødsel startet hjemme
- Fødsel startet under transport
- Sykt barn
- Postpartum blødninger
- Uforståelige symptomer

Fjernhjelp

- Jordmor
- Barnelege
- Gynekolog

Videosamtale med AMK og Legevakt



Hvor / Where

- Hjemme
- Skadested

Typiske situasjoner

- Usikkerhet om pasientens tilstand
- Bistand i å gjøre livreddende tiltak på en mest mulig og optimal måte
- Bistand ved hjerte og lungeredning.

Fjernhjelp

- AMK (113)
- Legevakt

Fra prosjekter

[Videosamtale med AMK](#)

[Videooverføring til AMK og legevakt](#)

Videosamtale med AMK og Legevakt



Teknologi

- Stiftelsen Norsk Luftambulanse
- Bliksund

Opplæring

Teknologisk

- Helsevensenets Driftsorganisasjon for Nødnett ([HDO](#))

Prosedyrer

1. Samtale via telefon
2. AMK operatør spør om de kan få bistå via video
3. Lenke til videorom sendes pr. SMS
4. Videosamtale opprettes ved å klikke på lenken

Kom i gang med

- Kontakt Helsevensenets Driftsorganisasjon for Nødnett ([HDO](#))



Video av skadested via drone før ambulansen rekker å ankomme



Hvor

- ...

Typiske situasjoner

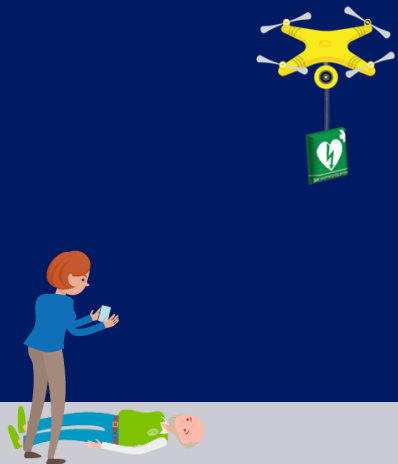
- ...

Fjernhjelp

- ...

Under utvikling

Utsending av hjertestarter før ambulansen rekker å ankomme



Hvor

- ...

Typiske situasjoner

- ...

Fjernhjelp

- ...

Under utvikling

Videosamtale med ambulansepersonell fra hjemmetjeneste



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem

Typiske situasjoner

- Hjemmetjenesten avgir situasjonsrapport om pasientens tilstand til tilkalt ambulansepersonell
- Hjemmetjenesten gjør tester og tiltak i samråd med tilkalt ambulansepersonell

Fjernhjelp

- Lokal ambulanse

Videosamtale med teknisk bistand



Hvor

- Der tekniske problemer oppstår

Typiske situasjoner

- Feil på kjøretøy
- Teknologi feiler

Fjernhjelp

- Bilverksted
- Medsinsk teknisk avdeling

Fra prosjekt

[PreViS](#)

Prosedyrer

1. Samtale via telefon
2. Ambulansearbeider sender SMS med lenke til videorom
3. Videosamtale opprettes for «fjernhjelp» ved å klikke på lenken

Videosamtale i militært sivil samarbeid



Hvor

- Skadested

Typiske situasjoner

- I fredstid
 - Skader under øvelse som trenger helsehjelp fra sivil helsehjelp
 - Krisesituasjoner der det er behov for mer helsepersonell enn det det sivile helsevesenet har ressurser til å ta unna

Fjernhjelp

- Paramedic
- Anestesilege
- Akuttmottak
- Krisestab

2

Video i pasientbehandling



Videokonsultasjon



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

Typiske situasjoner

- Dialog om pasientbehandlingen generelt

Fjernhjelp

- Lege / ortoped
- Sår sykepleier

Videosamtale om sårbehandling



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

Fra prosjekt

- Digital sårbehandling ([DSB](#))
- Felles tjenestemodell for digitale sårtenester ([FTMDS](#))

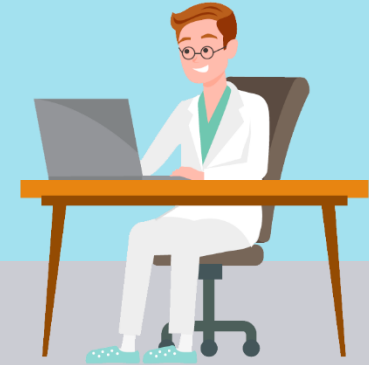
Typiske situasjoner

- Dialog om sårets tilstand
- Dialog om sårbehandlig
- Dialog om pasientbehandlingen generelt

Fjernhjelp

- Lege / ortoped
- Sår sykepleier

Videosamtale om sårbehandling



Teknologi

- Mobiltelefon
- Nettbrett
- [Hodekamera](#)

Opplæring

- Kommunen
- [Smartsam AS](#)
- [Jodatech AS](#)

Prosedyrer

1. Pasienten er kommet hjem etter opphold på sykehus
2. Hjemmetjenesten avtaler tid med sykehuset for videosamtale om såret og pasienten
3. Videosamtale gjennomføres

Kan også bli brukt

- Samtaler med legevaktslege
- I akuttmedisinsk behandling
- I smittevern arbeid
- Ved fødsel under transport
- Generelt i kommunalt helsearbeid
- Ved spørsmål om teknisk bistand

Kom i gang med

- Kontakt [Jodatech AS](#) for informasjon

Videosamtale i palliativ behandling



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

Teknologi

- Mobiltelefon
- Nettbrett

Typiske situasjoner

- Dialog om og med pasienten

Fjernhjelp

- Palliativt team på sykehuset

Videosamtale i kreftbehandling



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

Typiske situasjoner

- Dialog om pasientbehandlingen

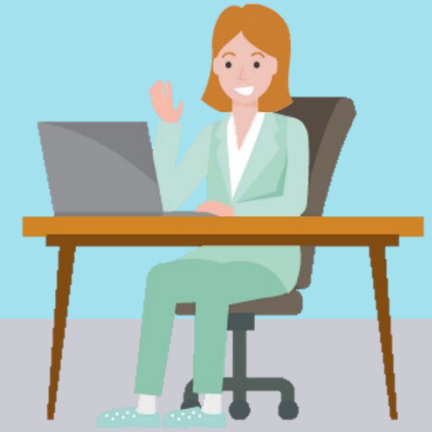
Fjernhjelp

- Lege
- Kreftsykepleier

Teknologi

- Mobiltelefon
- Nettbrett
- Hodekamera

Videosamtale i mellom fastlege og spesialist



Hvor

- Fastlegekontor
- Helsehus

Typiske situasjoner

- Undersøkelse av pasient
- Second opinion

Fjernhjelp

- Spesialist

Teknologi

- PC med ekstern webkamera
- Cisco videoenhet / med ekstern webkamera
- Mobiltelefon
- Nettbrett
- Hodekamera

Videosamtale i med flere med i samtalen



Hvor / Where

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

Typiske situasjoner

- Dialog om pasientbehandlingen



Fjernhjelp

- Fastlege
- Lege spesialist
- Behandlende avdeling
- Tverrfaglig team

Videosamtale i mellom fastlege og spesialist



Hvor

- Fastlegekonto
- Helsehus

Typiske situasjoner

- Undersøkelse av pasient ved hjelp av horus scope

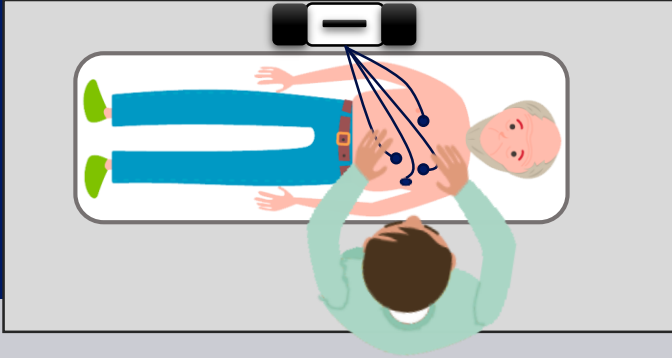
Fjernhjelp

- Spesialist

Teknologi

- USB kamera direkte koblet til PC
- USB kamera koblet via Inogeni U-CAM til Cisco enheter
- HDMI kamera direkte koblet til Cisco enheter
- HDMI kamera koblet til PC via en HDMI til USB converter

Videosamtale fra kommunal akutt døgnplass (KAD)



Hvor

- Kommunal akutt døgnplass

Typiske situasjoner

- Vurdering av pasienten
- Medisinering
- Unngå unødvendig innleggelse
- Unngå unødvendig reinnleggelse

Fjernhjelp

- Legevakt
- Slaglege (Nevrolog)
- Anestesilege
- Akuttmottak

Videosamtale i geriatrisk akuttbehandling



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

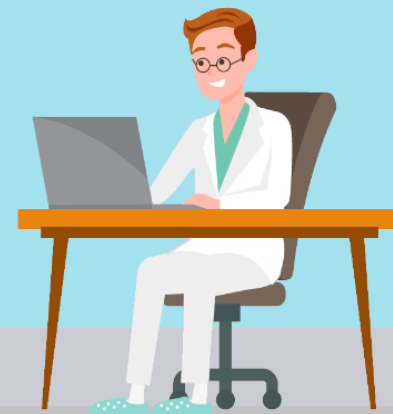
Typiske situasjoner

- Avklaring for å forhindre unødvendig innleggelse
- Avklaring for å forhindre reinnleggelser

Fjernhjelp

- Fastlege
- Sykehjemslege
- Legevakt
- Avdeling på sykehus som pasienten ble utskrevet fra

Videosamtale i geriatrisk akuttbehandling om utskrivningsklare pasienter



Hvor

- Avdeling på sykehus som pasienten skal utskrives fra

Typiske situasjoner

- Planlegging av utskrivning

Fjernhjelp

- Kommunehelsetjeneste
- Sykehjem
- Helsehus

Videosamtale for syning av mors



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

- Typiske situasjoner
- Unødvendig reise for lege

Fjernhjelp

- Fastlege
- Sykehjemslege
- Legevakt

Videosamtale fra sykehjem uten fast sykehjemslege



Hvor

- Sykehjem
- Helsehus

Typiske situasjoner

- Unødvendig reise for lege
- Unødvendig transport av pasient

Fjernhjelp

- Sykehjemslege
- Fastlege
- Legevakt

Videosamtale fra sykehjem til legevakt



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

Typiske situasjoner

- Unødvendig reise for lege
- Unødvendig transport av pasient

Fjernhjelp

- Legevakt

Videosamtale i hjemmetjenesten



Hvor

- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

Typiske situasjoner

- Spørsmål om praktiske ting som er vanskelig å forklare muntlig

Fjernhjelp

- Leder
- Kollega

Videosamtale i smittearbeid



Hvor

- Sykehus (Isolat)
- Hjemme
- Sykehjem
- Helsehus

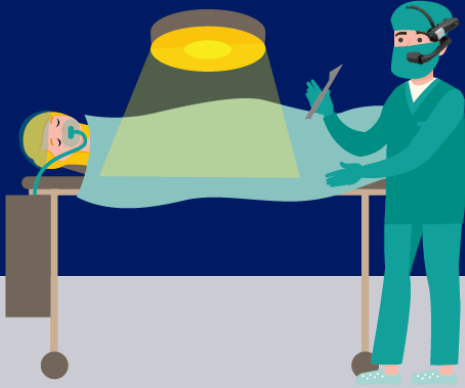
Typiske situasjoner

- Pasienten er isolert, og færrest mulig personer skal inn til pasienten
- Pasienten er isolert og det trengs bistand fra person som ikke kan være tilstede
- Pasienten er isolert og ønsker kontakt med pårørende

Fjernhjelp

- Lege på avdeling
- Spesialist
- Pårørende

Videosamtale under operasjon



Hvor

- Sykehus

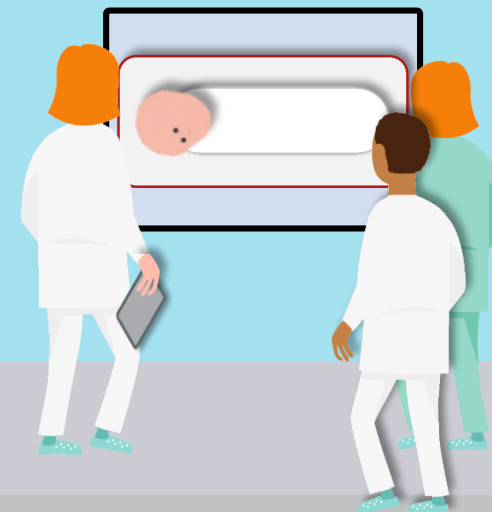
Typiske situasjoner

- Beslutningsstøtte
- Opplæring

Fjernhjelp

- Andre spesialister
- Leger under utdanning

Videosamtale i arbeid med nyfødte



Hvor

- Sykehus (Fødeavdeling)

Typiske situasjoner

- Fostermedisin
- Resusitering
- Visitt
- Konsultasjon spesialister, Kardiolog, Genetiker, Barnekirurg
- Opplæring / Kompetansedeling

Fjernhjelp

- Større fødeavdeling
- Spesialist
- Pårørende

Fra prosjekt

- Sørlandet sykehus HF

Videosamtale med teknisk bistand



Hvor

- Der tekniske problemer oppstår

Typiske situasjoner

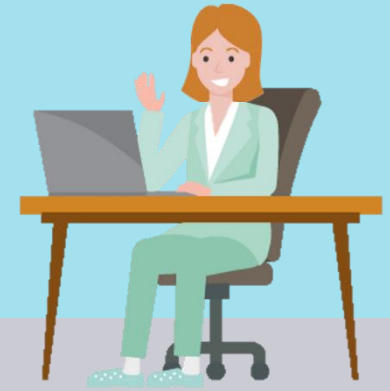
- Når teknologi feiler

Fjernhjelp

- Medsinsk teknisk avdeling
- Produsent av teknisk løsning



Video ved gjennomføring av intervensjons prosedyrer og behov for fjerndiagnostisering



Hvor

- LIS lege på vakt og ansvarlig for gjennomføring av undersøkelser

Typiske situasjoner

- Intervensjonsradiolog er med på video, under gjennomføring av prosedyrene ved vanskelige tilfeller

Fjernhjelp

- Intervensjonsradiolog

Videosamtale i rehabilitering



Hvor

- Hjemme hos pasienten

Typiske situasjoner

- Motivasjon til trening
- Vise hvordan øvelsene gjennomføres
- Korrigering av øvelser
- Finne hvordan øvelser kan gjennomføres med fasilitetene som er tilgjengelig hjemme

Fjernhjelp

- Fysioterapaut

I medisinsk opplæring



Hvor

- På sted som simulerer virkeligheten

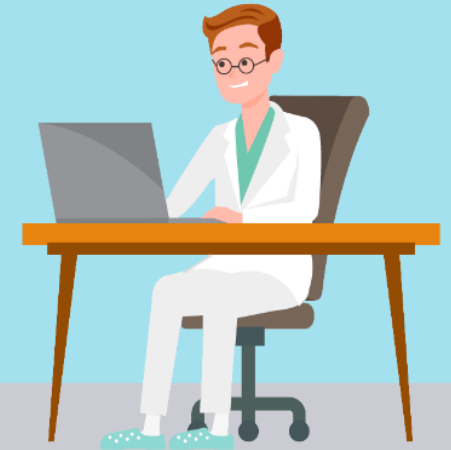
Typiske situasjoner

- Vise og guide

Fjernhjelp

- Instruktør

Videosamtale i oppfølging av Øre-Nese-Hals pasienter



Hvor

- Inneliggende pasient, med sykepleier
- Utskrevet pasient hjemme, sammen med hjemmehjelp
- Utskrevet pasient på sykehjem sammen med helsepersonell
- Legevakt med pasient

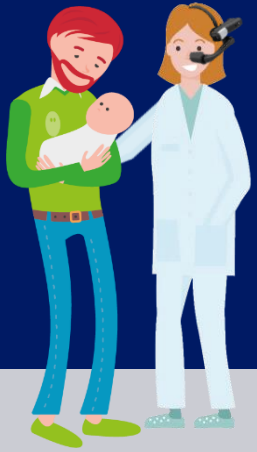
• Typiske situasjoner

- Bistand i oppfølging av pasient
- Beslutningsstøtte

Fjernhjelp

- Bakvakt (vakt utenom sykehuset) – ansvarlig ØNH-lege
- ØNH-lege på sykehus

Videosamtale med barnelege



Hvor

- Helsesøster tjeneste
- Fastlege
- Privatpraktiserende jordmor

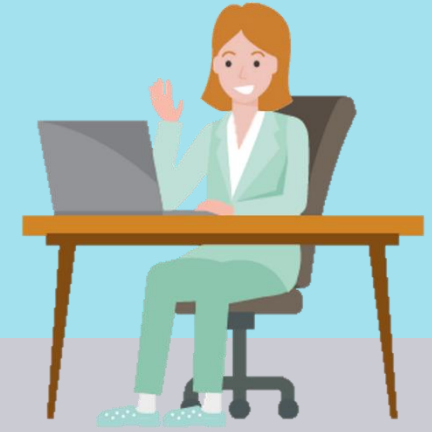
Typiske situasjoner

- Avklaring før eventuelt å henvise videre til spesialist

Fjernhjelp

- Pediatrer / Barnelege

Video med tolk



Hvor

- Legekontor
- Behandlingssted

Typiske situasjoner

- Pasient uten mulighet til å kommunisere med lege eller behandler via ett felles språk

Fjernhjelp

- Tolketjenester via video

Video med helsepersonell fra fengsel



Hvor

- I fengsel
- På politistasjoner

Typiske situasjoner

- Innbrakt person med sykdom eller skade som trenger rask avklaring for videre medisinske behov

Fjernhjelp

- AMK
- Legevakt



3

Video i annet helsereelatert arbeid

Videosamtale med teknisk bistand



Hvor

- Der tekniske problemer oppstår

Typiske situasjoner

- Når teknologi feiler

Fjernhjelp

- Medsinsk teknisk avdeling
- Produsent av teknisk løsning

Video i tilpassing av hjem sammen med NAV



Hvor

- Hjemme hos pasienten

Typiske situasjoner

- NAV ansatte gjøre befaring og lager plan for tilpasning av hjem uten å måtte reise ut

Fjernhjelp

- NAV - Arbeids- og velferdsforvaltningen

Video under obduksjon

Hvor

- ...

Typiske situasjoner

- ...

Fjernhjelp

- ...

Under utvikling

Bidragssytere:

- Marit Dammen – Sykehuset Innlandet HF
- Lars Olav Fjose – Sykehuset Innlandet HF / SNLA
- Nils Halvor Gryting – Sykehuset Innlandet HF
- Tom Bakken – Sykehuset Innlandet HF
- Bjørn Bakke – Sørlandet Sykehus HF
- Hilde Sørli – Sunnaas Sykehus HF
- Bodil Bach – Vestre Viken HF og Smartsam AS
- Marianne Lundberg – Søndre Land kommune
- Kristil Håland – Jodacare AS
- Glenn-Erik Wold – Sykehuset Innlandet HF
- Jarle Øen – Helse Førde
- Grethe Heitmann og Ann Moris – Østfold sykehus HF
- Hanne Stokke Moen – Vågå kommune
- Jan Thore Rognstad – HDO HF
- Kenneth Lindberg - Tynset Kommune
- Paul Olav Stadler – Sykehuset Innlandet HF

Denne presentasjonen er illustrert og satt sammen av:

Peder Stokke – Sykehuset Innlandet HF

Kontakt for nye forslag: peder.stokke@sihf.no

- **Nils Halvor Gryting**
Prosjektleder
nils.halvor.gryting@sihf.no
9019 7480
- **Peder Stokke**
Delprosjektleder teknologi
peder.stokke@sihf.no
9481 0892
- **Tom Bakken**
Teknologi
tom.bakken@sihf.no
9712 1212
- **Marie Sigstad Lande**
Nettverk og kommunikasjon
marie@helseinn.no
4821 1844
- **Ragnhild Nilsen**
Nettverk og kommunikasjon
ragnhild@helseinn.no
9040 7691
- **Elise Kolås**
Prosjektstøtte
elise.kolas@sihf.no
9529 2670



Videobriller i prehospitale tjenester mellom kommune og spesialisthelsetjenesten

Gamvik Lebesby Vadsø



Finnmarkssykehuset



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



Milepæl 1

Avklare behov

Interessentanalyse

Interessent (definer berørte parter)	Hvordan berøres av/påvirker endringen? (Definer hvordan interessenten berøres av endringen)	Innflytelse Høy Medium Lav	3 2 1	Holdning Nøytral Positiv Negativ	Ev. annet	Strategi for involvering og dialog (Hvor mye interesenten skal involveres i drift/nye prosjekter, beskriv kort hvordan)
Ledelse i kommune	Skal godkjenne/beslutte nye løsninger/endringer som berører drift og innkjøp. Skal legge løsningen inn i årlig budsjett for drift av løsningen for at tjenesten skal kunne bruke løsningen. Signere drift- og innkjøpsavtaler og andre relevante avtaler på vegne av kommunen.	H	3	P		Skal involveres aktivt igjennom hele prosjeketperioden. Skal motta status framdrifts- og aktivitetsplan for prosjektet. Inviteres til møter etter behov.
Ledelse i helseforetak	Godkjenner bruk og sette dette opp i årlig driftsbudsjett. Skal lede å være en endringsagent for sine ansatte.	H	3			
Lege i primærhelsetjenesten	Skal veilede og bistå annen helsepersonell hvor de behøver økt kompetanse for å kunne behandle og vurderer pasienten.	H	3			Involveres og tilkalles til møter etter behov hvor vi er i arbeidsprosessen. Skal være en deltagende part i å bruke løsningen. I test-periode må legene invovleres aktivt for å kunne bruke løsningen.
Ambulanse	Bruke løsningen aktivt ute i felt. Det vil være en ny arbeidsmetode, hvor en kan be om beslutningsstøtte ute hos pasient.	H	3			Involveres etter at administrativt dokumentering som følger med prosjektperiden er ferdigstilt og når det er klart for aktiv testperiode. Skal delta aktivt på opplæringsløp og insporasjonsmøter hvor en kan innhente erfaring fra annen kommune.
Spesialist på sykehus	Skal være en veiledende part og bistå helsepersonell hvor de behøver økt kompetanse for å kunne behandle og vurdere pasienten.	H	3			Involvering i kartlegging for samarbeid.

Interessentanalyse

Interessent (definer berørte parter)	Hvordan berøres av/påvirker endringen? (Definer hvordan interessenten berøres av endringen)	Innflytelse Høy Medium Lav	3 2 1	Holdning Nøytral Positiv Negativ	Ev. annet	Strategi for involvering og dialog (Hvor mye interesenten skal involveres i drift/nye prosjekter, beskriv kort hvordan)
Ansatte i hj.spl	Kan benytte løsningen for å motta beslutningsstøtte fra en annen kollega på jobb som har økt kompetanse. Delta på avtalte konsultasjonstimer.	H	3			
Pasient	Motta helsehjelp	H	3			Skal informeres om bruk av video under behandling og helsepersonell skal alltid spørre etter samtykke om bruk hvor det er mulig. Dersom personen motsetter seg bruk av video skal helsepersonell ikke benytte videobriller. Brukerundersøkelse i prosjektperiode for hvordan pasienten opplevde det?
Pårørende	Vil potensielt være pårørende til en som mottar helsehjelp og bruk av video	M	2			Informeres der det er naturlig at videokommunikasjon er blitt brukt under behandling.
IKT	Bistå med teknisk oppsett ved behov, være tilgjengelig for feilsøking og tilrettelegge for oppsett av abonnement tilknyttet produkt og NHN-løsning.	M	2			Skal informeres om prosjekt. Kalles inn til møter etter behov.
Politikere i kommunen	De vedtar/innvilger penger i kommunestyre for bruk og innvilgelse av nye løsninger hvor sektoren ikke har avsatt budsjett for innkjøp/driftsløsninger.	H	3			Skal informeres om prosjekt og driftløsningen helse- og sosial utvalget.
Superbrukere	Skal ha kunnskap om produktet og tjenesteforløp og prosedyrer. Skal være en endringsagent blant de ansatte og bistå med opplæring og videreformidle nødvendig informasjon til de ansatte.	H	3			

Forankringsplan

<u>Interessent</u> (definer berørte parter)	<u>Aktivitet</u> (Hva skal forankres og hvordan?)	<u>Når</u>	Ansvarlig	<u>Status</u>
Ledelse i kommune		H	3	
Pasient		H	3	
Lege i primærhelsetjenesten		H	3	
Ambulanse		M	2	
Spesialist på sykehus		H	3	

Forankringsplan

<u>Interessent</u> (definer berørte parter)	<u>Aktivitet</u> (Hva skal forankres og hvordan?)	<u>Når</u>	Ansvarlig	<u>Status</u>
Ansatte i hj.spl				
Pasient				
Pårørende				
IKT				
Superbruker				



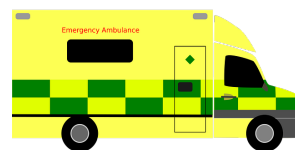
Kartlegging og utfordringer



Fakta om geografiske forhold og tjenesteområder som skal ha helseberedskap

Tjenesteområde for beredskap for hver kommune:

- Gamvik kommune:
- Lebesby kommune: Kjøllefjord-Veidnes: 265 km
- Vadsø kommune:



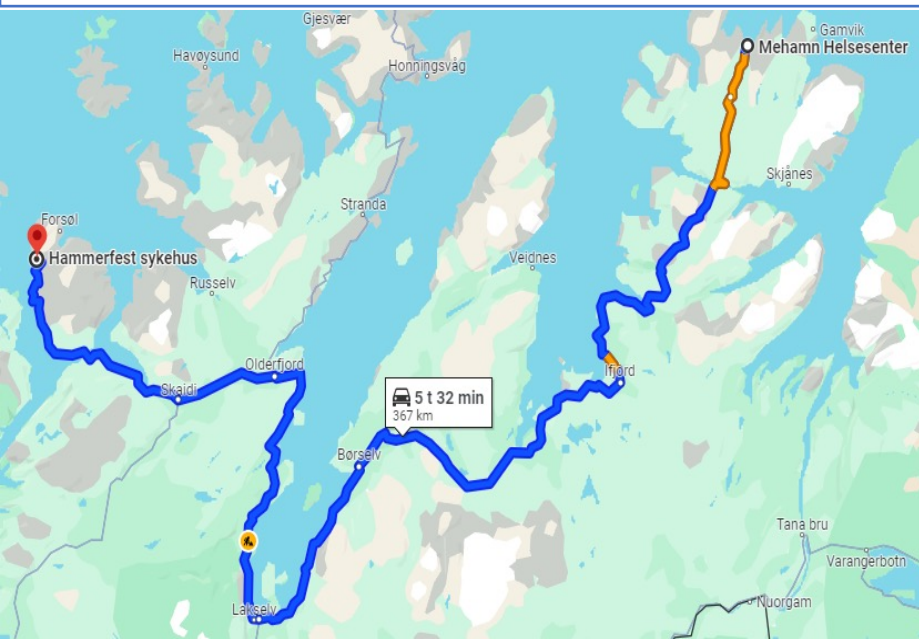
Legedekning i kommunene:

- Gamvik kommune: 2 fastleger, 1 turnus
- Lebesby kommune: 2 fastleger 1 turnus
- Vadsø kommune:

Ambulansedekning i kommunene:

- Gamvik kommune: 1 bil (basestasjon: Mehamn)
- Lebesby kommune: 1 bil (basestasjon: Kjøllefjord)
- Vadsø kommune: ... bil (basestasjon: Vadsø)

Avstand: Mehamn- Hammerfest sykehus 367 km



Avstand: Kjøllefjord- Hammerfest sykehus 378 km



Avstand: Vadsø- Kirkenes sykehus 171 km



Fakta om sykehusene

- Det er et viktig prinsipp i Norge at man skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av hvor man bor. Men slik er det ikke i praksis - det ER forskjell om du blir syk når sykehjemslegen er fysisk tilstede, eller du bor ved en omsorgsbolig uten lege på huset. Videostøtte til helsepersonell i felt vil bidra til å redusere disse forskjellene.



Utfordringsbilde til kommunene vi ser er.....

- Lange avstander innad i kommunen, men også til nærmeste sykehus.
- Værutsatte områder, hvor det er flere fjelloverganger som må krysses og veier er stadig stengt eller kolonnekjørt.
- Må bruke helikopter for å få pasienten til helsepersonell fordi lege/ambulanse ikke kommer seg til pasienten (Lebesby og Gamvik kommune).
- Flere pasienter må behandles lokalt på sykehjem som et minisykehus.
- Utfordrende å møte på riktig person med riktig kompetanse når lokallege kontakter sykehus for bistand.
- Nær tilgjengelighet på helsepersonell er utfordrende for personer som bor utenfor kommunesenteret.
- Mangel på kompetanse innad i kommunen og vanskelig å rekruttere.
- Kronikere og syke blir sykere av de lange reiseveiene og opplever forverring av egen sykdom
- Pasientgrupper med kognitiv svikt
- Behøver bedre samhandling
- Ulik kommunikasjonsform blant helsepersonell.
- Gamvik og Lebesby: delt legevaktsordning. Lege i Mehamn og Kjøllefjord må reise til Kjøllefjord/Mehamn for å tilse pasient dersom legevakt er i Kjøllefjord og pasienten tilhører Gamvik kommune ved utrykning.
- Gamvik og Lebesby: Har 1 ambulanse; dersom ambulanse er ute på oppdrag og det samtidig kommer en ny innmelding på akuttpasient.
- Gamvik og Lebesby: beredskap er svekket når en ambulanse er på oppdrag, og lege er med på uttrykning i yte deler av kommunen.

Utfordringsbilde til sykehus

Statistikk og tall på helikopter/kjøreturer til sykehus?

- Får vi hentet ut det?

Jodapro videobriller

- Jodapro er et stemmestyrte hodekamera som leverer sikker og stabil videokommunikasjon mellom en helsepersonell og en annen for å sikre raskere og riktigere behandling til pasienten.
- Helsepersonellet kan benytte begge hendene for å gjøre det som er nødvendig for å gi mest mulig hjelp til pasienten.
- Behandler ser det samme som du ser og kan gi helsepersonell støtte i å gjøre de riktige valgene i sanntid.
- Ingen opptak av videosamtalen.



Hva ønsker vi å løse ? Tjenesten

Målgrupper og mål med tjenesten

«Videobriller i prehospitale- og kommunaletjenester antas å være et viktig beslutningsverktøy for helsepersonell for å kunne gi bedre og raskere helsehjelp til pasienter». Målet er å sikre egenberedskap å unngå senskader hos pasienter og kunne gi riktig behandling til riktig tid, og tilgjengeliggjøre helsetjenester uavhengig av hvor pasienten bor, hvor faglighet og vurdering av tiltak er høyt ivaretatt. Videobriller vil være helsepersonellens ekstra sans ved at man skal kunne se og observere det samme som behandler som gir helsehjelp.

Målgrupper som skal/kan motta helsetjenesten:

Pasienter som har et behov for helsehjelp:

- Pasient hjemme
- Pasient på sykehjem
- Pasient hos fastlege
- Pasient i det offentlige rom
- Pårørende

Målgrupper som kan bruke videoløsning tilknyttet å gi helsehjelp til pasient:

- Ambulansepersonell
- Fastlege
- Hjemmetjeneste
- Sykehjem
- Sykehus
- Andre helsepersonell

Avklare samarbeid på tvers av aktører

Samarbeid i helsefellesskapet: Kommune og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om bruk av videobriller. Videobriller er et verktøy for helsetjenesten for og kunne gi rask og riktig helsehjelp. Videobriller vil være et beslutningsverktøy for helsepersonell hvor de har en ekstra sans med å kunne se pasienten på et tidligere stadige. Det vil være et tverrfarlig samarbeid mellom spesialist- og kommune helsetjenesten hvor sykehus/lokallege vil være en rådgivende beslutningsstøtte for helsepersonell som møter pasienten først.

Aktivitet	Kommune/ambulanse	Sykehus
Identifisere/henvisende:	Helsepersonell i ambulansetjenesten eller kommune skal kunne melde behov om tverrfarlig vidoesamtale for veiledning fra spesialisthelsetjenesten hvor det ansees å være behov for å kunne gi beslutningsstøtte for helsehjelpen pasienten skal få. Til avtalt konsultasjonstimer som er erstattet av digital time framfor fysisk time på sykehus skal helsepersonell i	Spesialisert ved sykehuset kan henvende seg til kommunen for oppkobling av videosamtale dersom de ønsker det uten at helsepersonell lokalt har forespurt videosamtale ved behandling hos pasient.
Rådgivende:	Lokallege skal være en rådgivende sparringspartner for ambulansetjenesten eller hjemmesykepleien og ha det medisinskfaglige ansvaret for pasientene.	Spesialister ved sykehuset skal være en rådgivende sparringspartner til helsepersonell i kommune (lege/ambulanse, hj.spl) i behandlingssituasjoner til pasient. Dette kan være avtalt videokonsultasjonstimer eller ved akuttsituasjoner. Eks på ansvarsoppg.:
Oppfølgende:	Pasienten vil vurderes av lokallege/ambulanse/hj.spl hvor en skal behandles. Ved bruk av videobriller vil den medisinske ansvarlige avgjøre om behandling og stabilisering kan gjøres i eget hjem eller om pasienten må flyttes til helseinstitusjon lokalt eller må flyttes til sykehus.	Når det er besluttet at pasienten må overflyttes til sykehus er det spesialisert ved sykehuset som har det oppfølgende ansvaret for pasienten og har det medisinskfaglige ansvaret

Målsetting



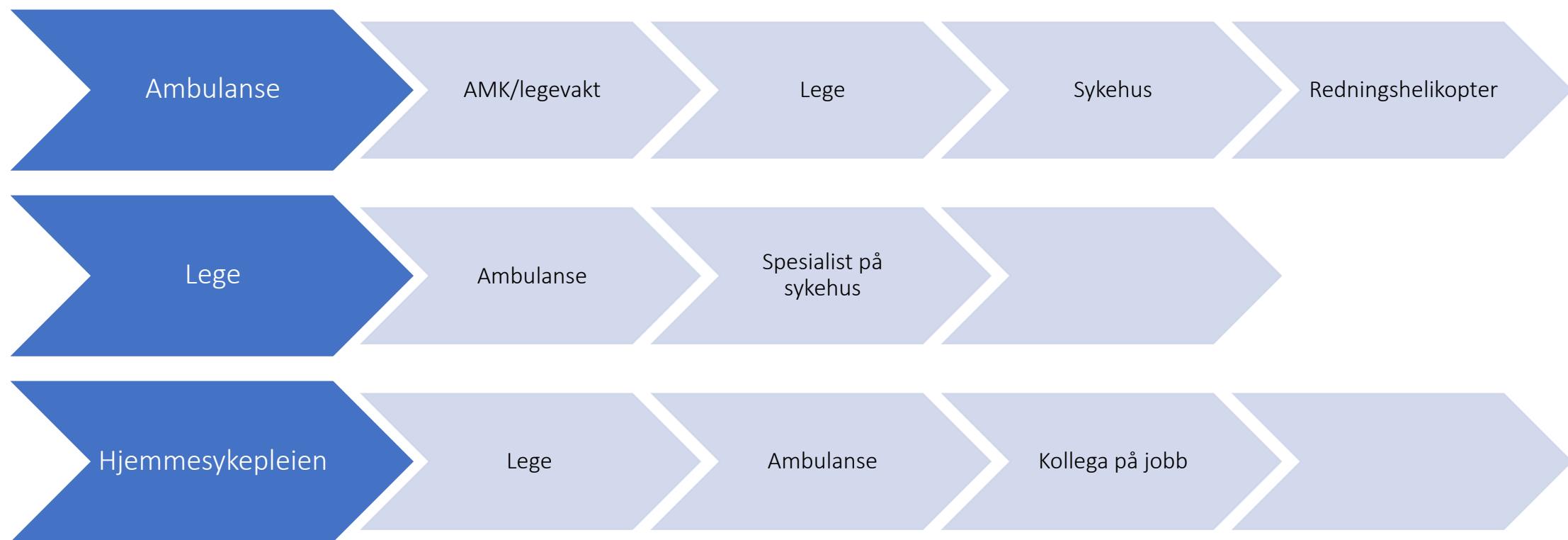
Målsetting



Målsetting



Mulige kontaktpunkter som kan koble seg på videosamtale



Bruksområder for videobriller i ambulanse



Samhandling: mellom lege og ambulanse i akutsituasjoner ute i feltet.

Lege kan se pasienten på et tidligere tidspunkt og understøtte behandling og iverksette tiltak på tidligere stadige.

Beslutningsstøtte:

- Understøtte behandling og tiltak som gis til pasienten.
- Understøtte for hvilken type transport pasienten behøver ift kritikalitet.
- Understøtte om pasienten kan behandles hjemme eller fraktes til lokal behandlingssted eller sykehus.

Medisinkontroll:

Bruksområder for videobriller for leger



Bruksområder for videobriller i hj.spl

Sårbehandling
Internt i kommunen.



Gevinstarbeid

- Hva skal måles
- Effektivisering
- Kvalitet
- Beslutningsstøtte



Videobriller i prehospitale tjenester mellom kommune og spesialisthelsetjenesten

Gamvik Lebesby Vadsø



Finnmarkssykehuset



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



Milepæl 1

Avklare behov

Interessentanalyse

Interessent (definer berørte parter)	Hvordan berøres av/påvirker endringen? (Definer hvordan interessenten berøres av endringen)	Innflytelse Høy Medium Lav	3 2 1	Holdning Nøytral Positiv Negativ	Ev. annet	Strategi for involvering og dialog (Hvor mye interesenten skal involveres i drift/nye prosjekter, beskriv kort hvordan)
Ledelse i kommune	Skal godkjenne/beslutte nye løsninger/endringer som berører drift og innkjøp. Skal legge løsningen inn i årlig budsjett for drift av løsningen for at tjenesten skal kunne bruke løsningen. Signere drift- og innkjøpsavtaler og andre relevante avtaler på vegne av kommunen.	H	3	P		Skal involveres aktivt igjennom hele prosjeketperioden. Skal motta status framdrifts- og aktivitetsplan for prosjektet. Inviteres til møter etter behov.
Ledelse i helseforetak	Godkjenner bruk og sette dette opp i årlig driftsbudsjett. Skal lede å være en endringsagent for sine ansatte.	H	3			
Lege i primærhelsetjenesten	Skal veilede og bistå annen helsepersonell hvor de behøver økt kompetanse for å kunne behandle og vurderer pasienten.	H	3			Involveres og tilkalles til møter etter behov hvor vi er i arbeidsprosessen. Skal være en deltagende part i å bruke løsningen. I test-periode må legene invovleres aktivt for å kunne bruke løsningen.
Ambulanse	Bruke løsningen aktivt ute i felt. Det vil være en ny arbeidsmetode, hvor en kan be om beslutningsstøtte ute hos pasient.	H	3			Involveres etter at administrativt dokumentering som følger med prosjektperiden er ferdigstilt og når det er klart for aktiv testperiode. Skal delta aktivt på opplæringsløp og insporasjonsmøter hvor en kan innhente erfaring fra annen kommune.
Spesialist på sykehus	Skal være en veiledende part og bistå helsepersonell hvor de behøver økt kompetanse for å kunne behandle og vurdere pasienten.	H	3			Involvering i kartlegging for samarbeid.

Interessentanalyse

Interessent (definer berørte parter)	Hvordan berøres av/påvirker endringen? (Definer hvordan interessenten berøres av endringen)	Innflytelse Høy Medium Lav	3 2 1	Holdning Nøytral Positiv Negativ	Ev. annet	Strategi for involvering og dialog (Hvor mye interesenten skal involveres i drift/nye prosjekter, beskriv kort hvordan)
Ansatte i hj.spl	Kan benytte løsningen for å motta beslutningsstøtte fra en annen kollega på jobb som har økt kompetanse. Delta på avtalte konsultasjonstimer.	H	3			
Pasient	Motta helsehjelp	H	3			Skal informeres om bruk av video under behandling og helsepersonell skal alltid spørre etter samtykke om bruk hvor det er mulig. Dersom personen motsetter seg bruk av video skal helsepersonell ikke benytte videobriller. Brukerundersøkelse i prosjektperiode for hvordan pasienten opplevde det?
Pårørende	Vil potensielt være pårørende til en som mottar helsehjelp og bruk av video	M	2			Informeres der det er naturlig at videokommunikasjon er blitt brukt under behandling.
IKT	Bistå med teknisk oppsett ved behov, være tilgjengelig for feilsøking og tilrettelegge for oppsett av abonnement tilknyttet produkt og NHN-løsning.	M	2			Skal informeres om prosjekt. Kalles inn til møter etter behov.
Politikere i kommunen	De vedtar/innvilger penger i kommunestyre for bruk og innvilgelse av nye løsninger hvor sektoren ikke har avsatt budsjett for innkjøp/driftsløsninger.	H	3			Skal informeres om prosjekt og driftløsningen helse- og sosial utvalget.
Superbrukere	Skal ha kunnskap om produktet og tjenesteforløp og prosedyrer. Skal være en endringsagent blant de ansatte og bistå med opplæring og videreformidle nødvendig informasjon til de ansatte.	H	3			

Forankringsplan

<u>Interessent</u> (definer berørte parter)	<u>Aktivitet</u> (Hva skal forankres og hvordan?)	<u>Når</u>	Ansvarlig	<u>Status</u>
Ledelse i kommune		H	3	
Pasient		H	3	
Lege i primærhelsetjenesten		H	3	
Ambulanse		M	2	
Spesialist på sykehus		H	3	

Forankringsplan

<u>Interessent</u> (definer berørte parter)	<u>Aktivitet</u> (Hva skal forankres og hvordan?)	<u>Når</u>	Ansvarlig	<u>Status</u>
Ansatte i hj.spl				
Pasient				
Pårørende				
IKT				
Superbruker				



Kartlegging og utfordringer



Fakta om geografiske forhold og tjenesteområder som skal ha helseberedskap

Tjenesteområde for beredskap for hver kommune:

- Gamvik kommune:
- Lebesby kommune: Kjøllefjord-Veidnes: 265 km
- Vadsø kommune:



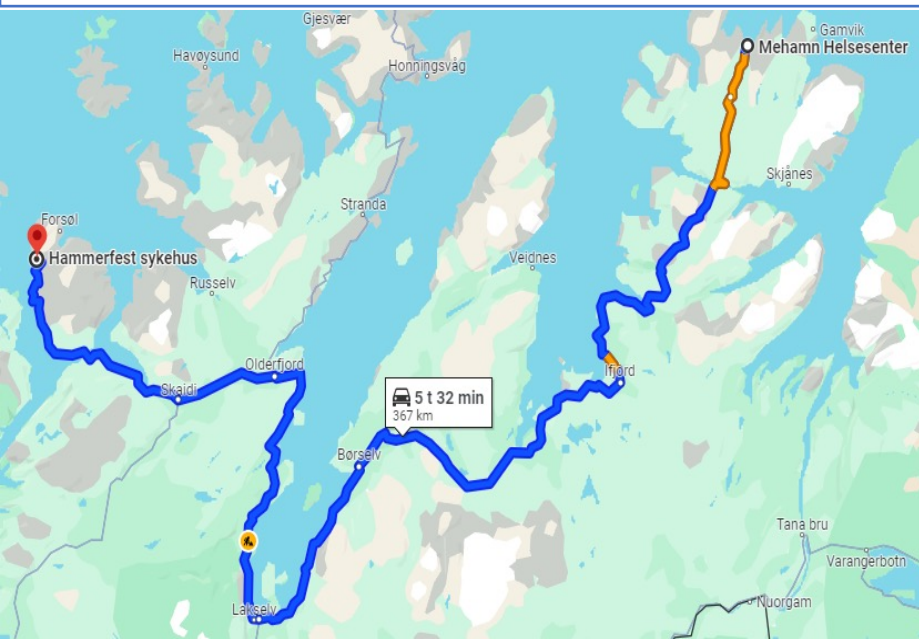
Legedekning i kommunene:

- Gamvik kommune: 2 fastleger, 1 turnus
- Lebesby kommune: 2 fastleger 1 turnus
- Vadsø kommune:

Ambulansedekning i kommunene:

- Gamvik kommune: 1 bil (basestasjon: Mehamn)
- Lebesby kommune: 1 bil (basestasjon: Kjøllefjord)
- Vadsø kommune: ... bil (basestasjon: Vadsø)

Avstand: Mehamn- Hammerfest sykehus 367 km



Avstand: Kjøllefjord- Hammerfest sykehus 378 km



Avstand: Vadsø- Kirkenes sykehus 171 km



Fakta om sykehusene

- Det er et viktig prinsipp i Norge at man skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av hvor man bor. Men slik er det ikke i praksis - det ER forskjell om du blir syk når sykehjemslegen er fysisk tilstede, eller du bor ved en omsorgsbolig uten lege på huset. Videostøtte til helsepersonell i felt vil bidra til å redusere disse forskjellene.



Utfordringsbilde til kommunene vi ser er.....

- Lange avstander innad i kommunen, men også til nærmeste sykehus.
- Værutsatte områder, hvor det er flere fjelloverganger som må krysses og veier er stadig stengt eller kolonnekjørt.
- Må bruke helikopter for å få pasienten til helsepersonell fordi lege/ambulanse ikke kommer seg til pasienten (Lebesby og Gamvik kommune).
- Flere pasienter må behandles lokalt på sykehjem som et minisykehus.
- Utfordrende å møte på riktig person med riktig kompetanse når lokallege kontakter sykehus for bistand.
- Nær tilgjengelighet på helsepersonell er utfordrende for personer som bor utenfor kommunesenteret.
- Mangel på kompetanse innad i kommunen og vanskelig å rekruttere.
- Kronikere og syke blir sykere av de lange reiseveiene og opplever forverring av egen sykdom
- Pasientgrupper med kognitiv svikt
- Behøver bedre samhandling
- Ulik kommunikasjonsform blant helsepersonell.
- Gamvik og Lebesby: delt legevaktsordning. Lege i Mehamn og Kjøllefjord må reise til Kjøllefjord/Mehamn for å tilse pasient dersom legevakt er i Kjøllefjord og pasienten tilhører Gamvik kommune ved utrykning.
- Gamvik og Lebesby: Har 1 ambulanse; dersom ambulanse er ute på oppdrag og det samtidig kommer en ny innmelding på akutt pasient.
- Gamvik og Lebesby: beredskap er svekket når en ambulanse er på oppdrag, og lege er med på uttrykning i yte deler av kommunen.

Utfordringsbilde til sykehus

Statistikk og tall på helikopter/kjøreturer til sykehus?

- Får vi hentet ut det?

Jodapro videobriller

- Jodapro er et stemmestyrte hodekamera som leverer sikker og stabil videokommunikasjon mellom en helsepersonell og en annen for å sikre raskere og riktigere behandling til pasienten.
- Helsepersonellet kan benytte begge hendene for å gjøre det som er nødvendig for å gi mest mulig hjelp til pasienten.
- Behandler ser det samme som du ser og kan gi helsepersonell støtte i å gjøre de riktige valgene i sanntid.
- Ingen opptak av videosamtalen.



Hva ønsker vi å løse ? Tjenesten

Målgrupper og mål med tjenesten

«Videobriller i prehospitale- og kommunaletjenester antas å være et viktig beslutningsverktøy for helsepersonell for å kunne gi bedre og raskere helsehjelp til pasienter». Målet er å sikre egenberedskap å unngå senskader hos pasienter og kunne gi riktig behandling til riktig tid, og tilgjengeliggjøre helsetjenester uavhengig av hvor pasienten bor, hvor faglighet og vurdering av tiltak er høyt ivaretatt. Videobriller vil være helsepersonellets ekstra sans ved at man skal kunne se og observere det samme som behandler som gir helsehjelp.

Målgrupper som skal/kan motta helsetjenesten:

Pasienter som har et behov for helsehjelp:

- Pasient hjemme
- Pasient på sykehjem
- Pasient hos fastlege
- Pasient i det offentlige rom
- Pårørende

Målgrupper som kan bruke videoløsning tilknyttet å gi helsehjelp til pasient:

- Ambulansepersonell
- Fastlege
- Hjemmetjeneste
- Sykehjem
- Sykehus
- Andre helsepersonell

Avklare samarbeid på tvers av aktører

Samarbeid i helsefellesskapet: Kommune og spesialisthelsetjenesten skal samarbeide om bruk av videobriller. Videobriller er et verktøy for helsetjenesten for og kunne gi rask og riktig helsehjelp. Videobriller vil være et beslutningsverktøy for helsepersonell hvor de har en ekstra sans med å kunne se pasienten på et tidligere stadige. Det vil være et tverrfarlig samarbeid mellom spesialist- og kommune helsetjenesten hvor sykehus/lokallege vil være en rådgivende beslutningsstøtte for helsepersonell som møter pasienten først.

Aktivitet	Kommune/ambulanse	Sykehus
Identifisere/henvisende:	Helsepersonell i ambulansetjenesten eller kommune skal kunne melde behov om tverrfarlig vidoesamtale for veiledning fra spesialisthelsetjenesten hvor det ansees å være behov for å kunne gi beslutningsstøtte for helsehjelpen pasienten skal få. Til avtalt konsultasjonstimer som er erstattet av digital time framfor fysisk time på sykehus skal helsepersonell i	Spesialisert ved sykehuset kan henvende seg til kommunen for oppkobling av videosamtale dersom de ønsker det uten at helsepersonell lokalt har forespurt videosamtale ved behandling hos pasient.
Rådgivende:	Lokallege skal være en rådgivende sparringspartner for ambulansetjenesten eller hjemmesykepleien og ha det medisinskfaglige ansvaret for pasientene.	Spesialister ved sykehuset skal være en rådgivende sparringspartner til helsepersonell i kommune (lege/ambulanse, hj.spl) i behandlingssituasjoner til pasient. Dette kan være avtalt videokonsultasjonstimer eller ved akuttsituasjoner. Eks på ansvarsoppg.:
Oppfølgende:	Pasienten vil vurderes av lokallege/ambulanse/hj.spl hvor en skal behandles. Ved bruk av videobriller vil den medisinske ansvarlige avgjøre om behandling og stabilisering kan gjøres i eget hjem eller om pasienten må flyttes til helseinstitusjon lokalt eller må flyttes til sykehus.	Når det er besluttet at pasienten må overflyttes til sykehus er det spesialisert ved sykehuset som har det oppfølgende ansvaret for pasienten og har det medisinskfaglige ansvaret

Målsetting



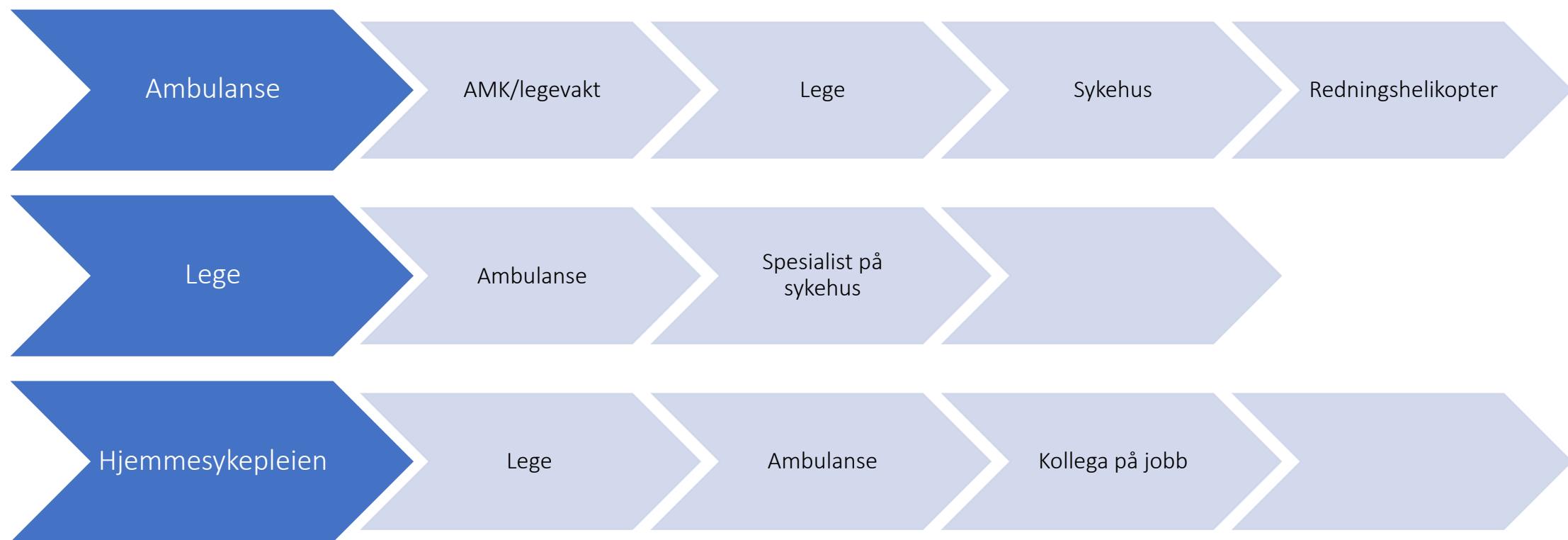
Målsetting



Målsetting



Mulige kontaktpunkter som kan koble seg på videosamtale



Bruksområder for videobriller i ambulanse



Samhandling: mellom lege og ambulanse i akutsituasjoner ute i feltet.

Lege kan se pasienten på et tidligere tidspunkt og understøtte behandling og iverksette tiltak på tidligere stadige.

Beslutningsstøtte:

- Understøtte behandling og tiltak som gis til pasienten.
- Understøtte for hvilken type transport pasienten behøver ift kritikalitet.
- Understøtte om pasienten kan behandles hjemme eller fraktes til lokal behandlingssted eller sykehus.

Medisinkontroll:

Bruksområder for videobriller for leger



Bruksområder for videobriller i hj.spl

Sårbehandling
Internt i kommunen.



Gevinstarbeid

- Hva skal måles
- Effektivisering
- Kvalitet
- Beslutningsstøtte