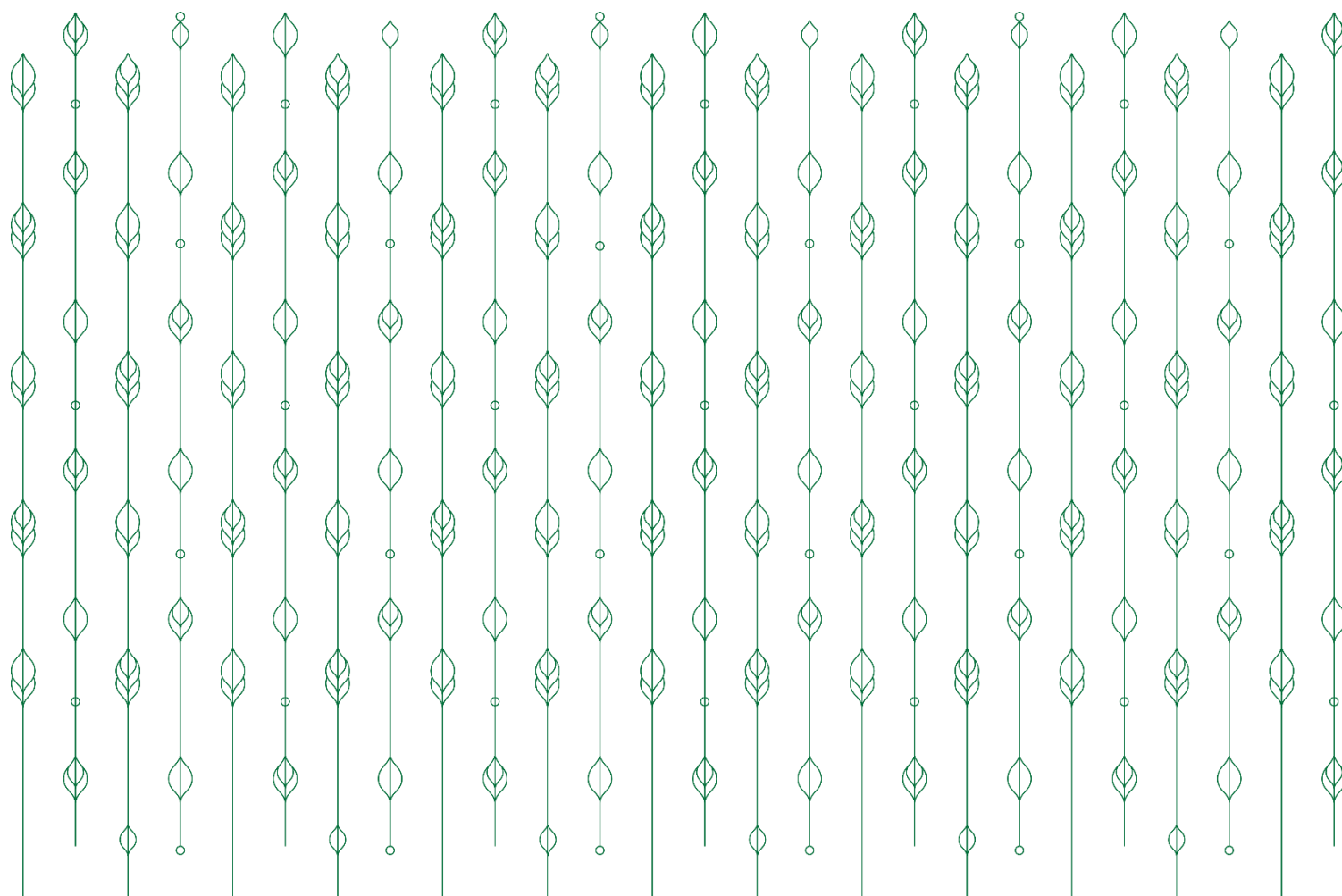




Sunnfjord
kommune

Sluttrapport frå Sunnfjord kommune

Om spreing av digital heimeoppfølging 2022–2024



Februar 2025

Innhald

Samandrag.....	3
Innleiing.....	3
Faktaboks om prosjektet	3
Mål med tiltaket	5
Måloppnåing / gevinstar	5
Modell for digital heimeoppfølging i vårt prosjekt/ Helsefellesskap	7
Eigenbehandlingsplan	8
Brukarmedverknad	9
Utdanningar	9
Forsking	9
Internasjonalt samarbeid	9
Oppfølgingstenester	9
Utstyr	10
Prosessretteiing	10
Læringspunkt / erfaringar	11
Vedlegg.....	12



Samandrag

Sunnfjord kommune har stått for gjennomføring av eit av dei nasjonale prosjekta om digital heimeoppfølging. Det har vore delt opp i to delprosjekt - eit i Helse Førde området og eit i Helse Fonna området. Digital heimeoppfølging er etablert som teneste i nokre kommunar, men i eit avgrensa volum. Det har vore satsa på 3- parts videobruk innan sårbehandling og psykiatri, og digital oppfølging av pasientar med KOLS, diabetes og hjartesvikt. Tenesta er under utvikling, og intensjonen er å auke volumet i igangverande kommunar, få med fleire kommunar, og utvide til fleire pasientkategoriar. Prosjektet er gjennomført i samarbeid med fleire utdanningsinstitusjonar, brukarorganisasjonar og forskingsinstansar. Tilbakemeldingar så langt er at pasientar og pårørande er godt fornøgd med tenestene.

Innleiing

I forkant av prosjektet var det etablert ein organisasjon for satsing på e – helseløysingar. Denne organisasjonen var satt saman av deltakarar frå fleire kommunar, sjukehus, brukarorganisasjonar, utdanningar, forskning og IT instansar (tidlegare e-helse Vestland).

Sunnfjord kommune ønskte deltaking i utviklinga på dette feltet, og tok på seg ansvar for å vere vertskommune for fleire kommunar i Vestland fylke i forhold til deltaking i det nasjonale programmet. Seinare har e-helse Vestland sine aktivitetar blitt innlemma i DigiVestland, medan siste året har Sunnfjord kommune igjen hatt ansvar for gjennomføringa.

Det har vore eit primært og klart ønske frå brukarorganisasjonar om å delta i utvikling av digitale helsetenester. Ut frå brukarsynspunkt blei det satsa på tenester som kunne gje nytteverdi for pasient og pårørande, først og fremst knytt til spart reisetid. Det var difor fokus på videobaserte tenester i starten. Seinare har det vore satsa på digital heimeoppfølging i form av målingar, skjema registreringar, mottak og oppfølging av helsetilstand.

Faktaboks om prosjektet



NØKKELINFORMASJON

Organisering

Prosjekteigar: Sunnfjord kommune

Prosjektleder: Per Waardal

Delprosjekt Førde Jofrid Djupvik/

Delprosjekt Fonna Per Waardal

Samarbeidspartnarar:

Kommunar; Sogndal, Luster, Stryn, Sunnfjord, Ullensvang,

Sjukehus; Helse Fonna, Helse Førde

Akademia; Vestlandsforskning, Høgskulen på Vestlandet Brukarforum

Utviklingssenter i Hordaland, Sogn og Fjordane, Haugesund

IT forum

DigiVestland

Fylkeskommunen

Mål og målgruppe

Prosjektets hovudmål:

Auke meistring hos brukarar og pasient, og gjere pasient/ brukar blir betre i stand til å handtere eigen helse/tilstand.

Ressurs-sparing i den totale utføringa av helsetenesta

Auke pasientsikkerheita

Målgruppe kroniske lidingar, særleg diabetes, KOLS, sår, psykiatri, brukarar av friskliv-sentrarar

Tal aktive pasientar totalt (per 20.11. 24): 34.

Tal aktive pasientar per kommune *delprosjekt helse Førde området; Sogndal 0, Stryn 4, Luster 0, Stad 17, (ikkje spes), Sunnfjord 11*

Tal aktive pasientar pr. kommune *delprosjekt helse Fonna området; Ullensvang 2 diabetes)*

Sunnfjord kommune har vore prosjekteigar, og hatt overordna ansvar for gjennomføring og styring av prosjektet. Dei første åra var Kvinnherad kommune også med, men har ikkje vore delaktig siste året i prosjektperioden.

Det har vore prosjektgrupper med deltakande kommunar både i Helse Førde området og Helse Fonna området. Helseføretaka har og vore deltakarar i prosjektgruppene.

Siste året har samarbeidet med helseføretaket i Førde vore utvida, slik at det no er nedsett ny prosjektgruppe og styringsgruppe, med felles og likeverdig deltaking frå sjukehus og kommunar, forankra i helsefellesskapet.

Prosjektet er gjennomført med brei deltaking frå brukarorganisasjonar og utdanningar. Fleire sentrale brukarorganisasjonar har deltatt; blindeforbundet, LHL, diabetesforbundet og pensjonistforbundet. Utdanningane har deltatt på alle nivå. Både høgskule/ vidareutdanningar, vidaregåande skular og fagskule.

Prosjektet har hatt samarbeid med næringsliv gjennom Norwegian Smart Care Cluster som har vore engasjert i fleire felles arrangement, og vore delaktig i organisasjonen sitt testpanel.

IT instansar har vore delaktig i arbeidet gjennom prosjektgrupper/ deltaking frå dei einskilde kommunane. Både IKT Nordhordland og SYS IKT har vore sentrale.

Prosjektet har hatt internasjonalt samarbeid med Region Nord Jylland i Danmark, gjennom Erasmus + programmet. Herifrå har ein henta kunnskap og kontaktar for vidare arbeid.

Gjennom fokus på 3 -parts videobruken i sårbehandling og utskrivingar frå psykisk helsevern har Sunnfjord kommune fått tildelt forprosjektmidlar frå Regionalt

Forskningsfond Vestlandet for å sjå på denne tenesta. Resultat frå denne forskinga blir ferdigstilt første kvartal 2025.

Mål med tiltaket

Målgruppa i dette prosjektet har vore dei samarbeidande kommunane og helseføretaka i Fonna og Førde. Siktemålet har vore å spreie kunnskap og få deltaking frå alle kommunane i nedslagsfeltet.

Hovudmål for prosjektet;

- Auke tryggleik og meistring hos brukarar og pasientar, og gjere pasient/brukar i betre stand til å handtere eiga helse/tilstand.
- Ressursbesparing i den totale utføring av helsetenesta.
- Auke pasientsikkerheita.

Måloppnåing / gevinstar

Målet i perioden har vore å komme i gong med digital heimeoppfølging i nokre kommunar, i samarbeid med helseføretak. Tenestene er no kome i gong i fleire kommunar, og målet er såleis nådd.

Vi gir slik samla oversikt over tenester som er sett i gong:

Tre-parts video: sårbehandling	Helse Fonna, Ullensvang og Kvinnherad kommunar
Tre-parts video: utskriving psykisk helsevern	Alle kommunar i nedslagsfeltet til Helse Førde
DHO Diabetes	Ullensvang kommune
DHO som verktøy i ulike einingar. Frisklivsentralar, heimespl, bu- og miljø, fysioterapiteneste	Sogndal/Luster, Stryn, Sunnfjord
DHO for personar med KOLS og hjartesvikt i samhandling med helseføretak	Under oppstart i kommunane Sunnfjord, Luster, Sogndal, Stryn

Volumet av pasientar har vore avgrensa, og gevinstmålingar er berre delvis gjennomført.

Gevinstar ved 3-parts video

Sårbehandling

Utskriving frå psykisk helsevern

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Raskare vurderingar • Positive tilbakemeldingar frå pasientar og pårørande • Helsegevinst for pasient - tidleg behandling kan hindre alvorleg forverring av tilstand • Auka tryggleik ved direkte dialog og kompetanseutveksling mellom alle partar rundt pasienten • Betre logistikk • Spart reisetid og reisekostnader • Sparte innleggingar • Frigjort beredskapstid til ambulansetenesta • Tilføring av kompetanse til kommunane | <ul style="list-style-type: none"> • Raskare vurderingar • Betre logistikk • Spart reisetid og reisekostnader • Sparte innleggingar • Kompetanseoppbygging for alle partar |
|--|---|

Gevinstar Digital heimeoppfølging, eigenrapporterte data.

Frisklivssentralar	Kols, hjartesvikt	Diabetes
Frå evaluering av pilot: 60% av deltakarene er godt nøgd eller svært godt nøgd med DHO. 40% seier at DHO i svært stor grad har bidratt til at dei lettare har nådd sine mål ifht livsstilsendingar. Tilsette i frisklivssentralane seier at DHO gjer at ein når ut til grupper ein elles ikkje når, at det gir store mogelegheiter til tettare oppfølging utan at det krev meir av dei tilsette, men det krev at ein finn dei «rette» deltakarane.	Data frå innrapportering til HDIR sin u.s. des 24.; 8 av 9 pasientar opplever auka trygghet og betre evne til å ta vare på eiga helse. Alle pasientane er fornøgd eller svært fornøgd med DHO og oppfølginga dei får av helsepersonell. 67% rapporterer om færre besøk hos fastlege, og 33% rapporterar om færre sjukehusinnleggingar.	Høg nytteverdi for pasientar Meir sjølvstendig i handtering av sjukdom

For tenestene er det eit meir nyansert bilede når det gjeld gevinstar. Dette har samanheng med at tenestene har vore aktuelle i eit lite volum, og at oppfølgingstenesta har vore organisert ulikt. Men ein kan nemne at ein i

heimetenester har spart 3 x 16-20 minutt i reisetid, per dag, alle dagar i veka. Og at ein opplever bebuarar i bu- og miljø tek oftare målingar og har større grad av meistring og sjukdomsoppfølging enn tidlegare.

Det mest klare døme vi kan vise til, er det arbeidet som Folkehelseinstituttet gjorde i forhold minimetode vurderinger ved bruk av 3 – parts video ved sårbehandling. Dei har slike uttaler;

«Kostnadene ved innføring av digital sårbehandling for kommunene ble estimert til ca. 15 900 kr per behandlingsforløp, per bruker. Mens et digitalt behandlingsforløp per bruker ved Stord sjukehus ble estimert til ca. 4700 kr sammenlignet med ca. 160 000 kr med dagens praksis i sårpoliklinikk. Samlet sett for 20 pasienter, viste disse kostnadsberegningene en effektivisering målt i kostnader på ca. 3 millioner kroner for Stord sjukehus. For kommunene ble det estimert en samlet økt kostnad på ca. 300 000 kr.

Kostnadsberegningene er basert på en rekke antakelser, og her kan man i tilfeller ha både over -og underestimert. Beregningene vil allikevel gi oss en god indikasjon på hvordan kostnadene vil kunnefordele seg. Vi antar også at digital sårbehandling kan gi en rekke samfunnsøkonomiske gevinster som vi ikke har tallfestet i våre beregninger, som for eksempel unngått produksjonstap, unngåtte innleggelser, eller unngått svekket beredskap i kommunene ved bruk av ambulanse»

Vidare arbeid med gevinstregistreringar vil bli gjort i nye prosjekt frå 2025.

Modell for digital heimeoppfølging i vårt prosjekt/ Helsefelleskap

I prosjektet har ein lagt opp til ulike løp for ulike pasientkategoriar. Det er heller ikkje lagt til grunn felles oppfølgingsteneste. Dette har samband med at ein har starta med 3 -parts video konsultasjonar, for deretter å gå vidare med digital heimeoppfølging i form av eigenrapporterte data, målingar, sending/ mottak av data og oppfølging av helsedata. I siste fase av prosjektet har ein lagt til rette for at digital heimeoppfølging er ei teneste som skal kunne bli nytta av alle pasientar/ brukarar, uavhengig av diagnose, sjølv om tenesteutforminga no har vore retta mot pasientar med KOLS, hjartesvikt og diabetes.

Hovudtyngda av prosjektarbeidet har vore retta mot kommunane, sjølv om sjukehusa har vore med heile vegen. Siste året i prosjektperioden har fokus i større grad vore retta mot sjukehusa, og korleis kommunar/ sjukehus i fellesskap kan gje pasientar ein samla teneste. Siste året har det særleg vore arbeid med reetablering av prosjektgruppe og styringsgruppe for satsinga i Helse Førde området. Her har ein rigga seg med felles mandat, der både helseføretaket og fire samarbeidande

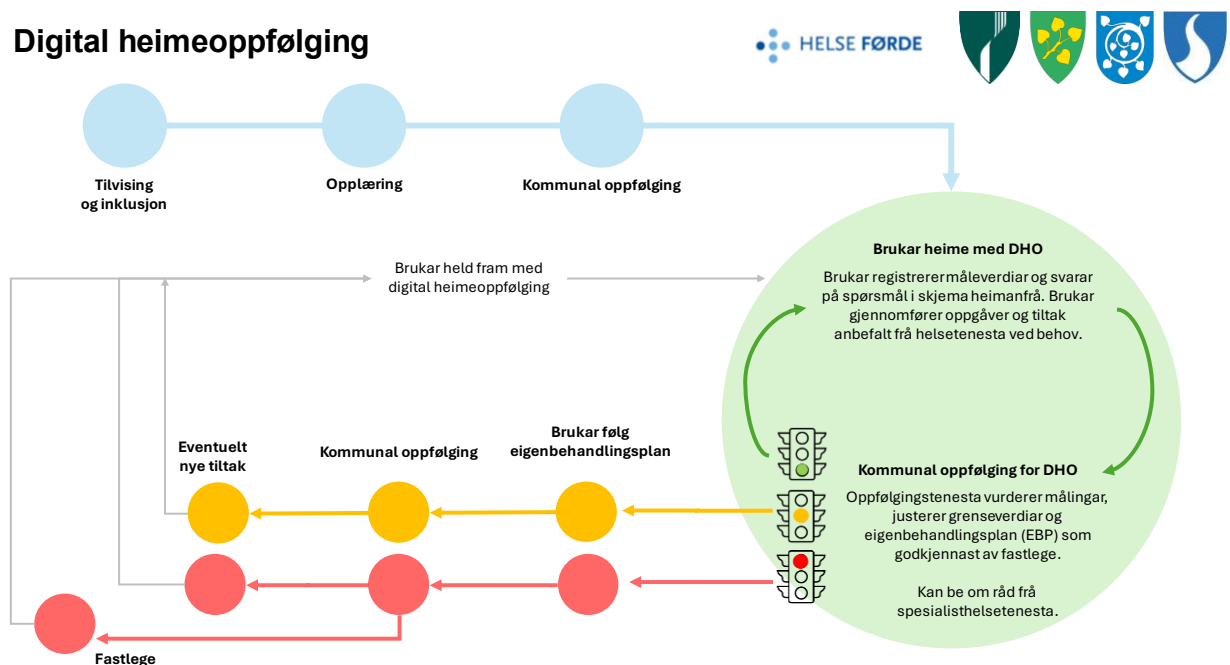


kommunar (med Sunnfjord som vertskommune) står saman om satsinga på DHO for pasientar med KOLS og hjartesvikt.

I gjennomføringa av prosjektet har ein lagt til grunn prinsipp som er nedfelt i modell for heilskapleg tenestemodell. Prosjektet er etter dette i ein fase der det er gjort førebauande arbeid, behovskartlegging, oppstart av tenestene, og no klar for oppskalering av volum. Først i involverte kommunar, og deretter spreiding til andre kommunar, i samarbeid med helseføretak.

Nedanfor er modellen vi arbeider ut ifrå i samhandlinga mellom kommunar og helseføretak.

Digital heimeoppfølging



Eigenbehandlingsplan

Bruk av eigenbehandlingsplan, og med definerte grenseverdier, er lagt til grunn stort sett for alle pasientar. Eigenbehandlingsplanane er utforma og forankra i kommune/ fastlege. Det er likevel knytt ein viss grad av uvisse omkring bruk og oppretting av eigenbehandlingsplanar, særleg knytt opp til samhandlinga mellom sjukehus og kommunar/ fastlege.

Brukarmedverknad

Det har vore god og sterk medverknad frå fleire brukarorganisasjonar, gjennom eit fast brukarforum i e- helse arbeidet generelt. Vi vil her særleg trekke fram medverknad og samarbeid med LHL, Diabetesforbundet, Blindeforbundet, og pensjonistforbundet. Dei har alle deltatt i all planlegging, utforming av tenestetilbod, gevinstkartlegging og vurderingar av framtidige tenester. Dei har hatt sentrale roller i prosjektet og deltatt på lik line med andre som har vore involvert, både i forhold til aktivitetar, opplæring, kompetanseoppbygging og erfaringsformidling.

Utdanningar

Utdanningar på alle nivå har deltatt i prosjektutviklinga. Det har vore jamleg samarbeid og deltaking frå Høgskulen på Vestlandet, Fagskulen Vestland og fylkeskommunen v/vidaregåande skular. Dette gjeld planlegging og gjennomføring av undervisning, utvikling av nye undervisningstilbod og kompetanseoppbygging på området generelt.

Forsking

Det har vore samarbeid med forskingsinstansar. Sunnfjord kommune tok tidleg initiativ til å søke forprosjektmidlar frå Regionalt Forskningsfond Vestlandet. Tema var bruk av 3- parts video. Søknaden vart innvilga, og forskingsarbeida har vore gjennomført av Vestlandsforskning/ Høgskulen på Vestlandet i fellesskap. Ferdigstilling og rapport skal vere klar første kvartal 2025.

Internasjonalt samarbeid

Prosjektet har vore gjennomført i samarbeid med danske partnerar. (Region Nordjylland) Kommunen har fått midlar til dette gjennom Erasmus + programmet i Fylkeskommunen. Det har gjort at 24 prosjektdeltakarar frå kommunar, sjukehus, brukarorganisasjonar og utdanningar har vore på læringsopphald i Region Nordjylland i perioden. Det har og vore deltaking frå den danske partneren på arrangement og seminar her i Norge. Region Nord Jylland har fleire års erfaring med digital heimeoppfølging til pasientar med KOLS og hjartesvikt, i samarbeid mellom sjukehus og kommunar, og har såleis bistått med verdifull kompetanse til oss.

Oppfølgingstenester

Det har ikkje vore lagt opp til felles oppfølgingsteneste til no, ettersom prosjektet har vore gjennomført i to helseføretak og med fleire kommunar. Oppfølgingstenesta har



forfor vore splitta opp i forhold til satsinga i dei einskilde kommunane/ sjukehus. Vi gir slikt oversyn over oppfølgingstenestene;

Tre-parts video: sårbehandling	Sårpoliklinkken på Stord ansvarleg for oppsett og gjennomføring
Tre-parts video: utskriving psykisk helsevern	Indre Sogn distriktpsykiatriske senter ansvarleg for oppsett og gjennomføring
Diabetes	Ullensvang kommune v/ legesenter
DHO som verktøy i ulike einingar. Frisklivsentrar, heimesjukepleie, bu- og miljø, fysioterapiteneste	Lokal oppfølging i dei respektive tenestene
DHO for personar med KOLS og hjartesvikt i samhandling med helseføretak	Lokal oppfølging frå kommune/ fastlege. Lesetilgang for definerte personar i sjukehusa.

Utstyr

Når det gjeld utstyr, har ein i prosjektet lagt til grunn at eksisterande utstyr skal nyttast så langt det lar seg gjere. For videokonsultasjonane nytta seg av Norsk Helsenet si løysing via Join. Dette er og ei løysing som kommunane har tilgang til. Det var difor ikkje naudsynt med ekstra innkjøp eller investeringar i utstyr for å etablere slike tenester. Det blei likevel kjøpt inn hovudkamera til bruk ved sårbehandlinga i Helse Fonna kommunane. På det tidspunktet la ein til grunn at slike kamera ville auke kvaliteten på bilde. I etterkant har ein sett at bruken av slike kamera ikkje betra bilda slik ein trudde, og at vanlege mobilkamera/ kamera på stativ er like gode og enklare i bruk.

For gjennomføring av digital heimeoppfølging i form av eigenrapporterte data og målingar har ein nytta seg av eksisterande avtalar med leverandør/ Dignio. Her er gjeldande rammeavtaler lagt til grunn, gjennom felles avtale med alarmsentralen i Florø (sentral eigd av alle kommunane i nedslagsfeltet). Det er kjøpt inn supplerande utstyr gjennom denne avtalen, samt kostnader til opplæring frå leverandør.

Prosessrettleiing

InnoMed har bistått med prosjektstøtte og rettleiing i nesten heile perioden. Det har først vore knytt til kartlegging av pasientforløp, heilskapleg tenestemodell og arbeid med gevinstregistrering. Det har og vore særst nyttig at InnoMed har kunne bistå med erfaringsformidling frå andre tilsvarande prosjekt i landet. InnoMed har og kobla dette prosjektet med andre typar prosjekt lokalt, til dømes e- hjarte rehab,

digitalisering av trening (Helse Bergen/ Nordåsklinikken) og “Pust deg betre”. InnoMed har og vore med å fasilitere fleire workshop både i Helse Førde området og Helse Fonna området. Stort sett har dette vore i form av fysisk deltaking. Helsedirektoratet har og bistått i fleire workshop, seminar m.v. Vi vurderar nytten frå både InnoMed og Helsedirektoratet som heilt avgjerande for gjennomføringa av slike arrangement og sikre forankring lokalt. Vi nemner og at Folkehelseinstituttet har bistått prosjektet med minimetodevurderingar knytt til 3 parts videokonsultasjonane i Helse Førde området og Helse Fonna området. Dei har mellom anna vist klare økonomiske konsekvensar for både sjukehus og kommunar, jamfør omtale under videobruk ved sårbehandling i pkt 4.

Læringspunkt / erfaringar

Ein har nådd eit mål om at digital heimeoppfølging skal vere ei etablert teneste i nokre kommunar innan utgangen av 2024. Målet er oppnådd, men volumet av pasientar som får tenesta er lite, og tenesta er i liten grad systematisert og tilrettelagt for større volum.

Rekruttering av pasientar har vore ei utfordring. Dette er truleg fordi tenesta er lite kjent både for pasientar og tenestene. Meir opplæring, få kunnskap ut til innbyggjarane, bruk av nettsider og andre media, formidling av gode brukarhistoriar er viktige verkemiddel.

Vi har gjennom prosjektet opplevd at brukarorganisasjonane har vore meir pågåande for å få i gong DHO tenester enn fagpersonar. Det har nok samanheng med at DHO løysingane ikkje er tilstrekkeleg etablerte, det er trong for meir kompetanse og løysningane tek tid å ta i bruk når dei er lite kjente. Fastlegar og anna personell kan difor oppleve DHO som ein tilleggsoppgåve. Ei anna side er den økonomiske - det er eit paradoks at kommunane får auka kostnader medan sjukehusa får innsparing (best illustrert gjennom FHI minimetodevurderinga om sårbehandling). Dette er utfordringar som må bli løyst på sentralt nivå, gjennom økonomistyringa til kommunar og sjukehus.

Tenesta er vurdert i forhold til GDPR og ROS og DPIA er gjennomført i fellesskap mellom kommunane.

I prosjektet har det og vore ein utfordring at ein ikkje har etablert systematisert oppfølgingsteneste. Kvar einskild kommune / teneste har stått for oppfølginga av “sine” pasientar. De er mange små og mellomstore kommunar i området, og det er neppe berekraftig at kvar av dei skal byggje opp si eiga oppfølgingsteneste. Det har og nok med pasienttryggleiken å gjere. I slutten av prosjektperioden har det difor vore eit fokus på å vurdere felles oppfølgingstenester i ein eller annan form. Dette arbeidet vil få fokus i nye prosjekt frametter.

Felles datautveksling mellom sjukehus og kommunar er eit anna vesentleg punkt. Det har til no ikkje vore tilgjengelege gode nok verktøy for oss i dette prosjektet. IT tenestene som har vore tilgjengeleg har berre hatt mellombels løysingar, og som kan



bli opplevd som tidkrevjande og lite brukarvennlege. Her ventar ein på nasjonale føringar.

Oppsummering og vegen vidare

Både helseføretaket i Førde og dei fire samarbeidande kommunane i nedslagsfeltet er klare på å gå vidare med utvikling av digital heimeteneste. Først vil ein få opp volumet i dei eksisterande kommunane, for deretter å spreie erfaringane til dei andre kommunane i nedslagsfeltet, 17 i alt. Det skal bli særskilt arbeid med systematisering av oppfølgingstenesta, i samarbeid mellom sjukehus og kommunane.

Det er søkt nye prosjektmidlar frå Helsedirektoratet og Statsforvaltaren til formålet. Utviklinga skal skje i tett samarbeid med utdanningar, forskning og brukarorganisasjonar.

I Helse Fonna området har ein valt å ikkje å gå vidare med digital heimeoppfølging i denne omgang.

Vedlegg

Rapportar om bruk av 3- parts video ved sårbehandling og utskrivingar frå psykisk helsevern er vedlagt som sjølvstendige delrapportar



Bruk av video ved utskrivingar i psykisk helsevern

Sluttrapport frå prosjekt



Innhold

1	Bakgrunn	3
2	Konsultasjon med 3-parts video	4
2.1	Kva er det spesielle med 3-parts video?	4
2.2	Korleis blir 3 parts-video sett opp og gjennomført ?	4
3	Nytteverdi.....	5
3.1	Uttale frå brukarperspektiv	6
3.2	Forskning på bruk av 3 parts video	6
3.3	Folkehelseinstituttet om minimetodevurderingar	6
3.4	Spreiing av røynsle frå prosjektet	7
4	Vurderingar etter prosjektslutt	7
	Linker og referanser;	7

1 Bakgrunn

Brukarane av helsetenestene har lenge etterspurt om det er mogeleg å ta i bruk fleire videoløysingar. Dette vil spare dei for lange reiser og fysiske konsultasjonar med behandlar.

Gjennom det nasjonale prosjektet for velferdsteknologi og digital heimeoppfølging har ein utvikla og teke i bruk videoløysningar, både i forhold til utskrivingar innan psykisk helsevern og sårbehandling. Denne rapporten av avgrensa til utskrivingar innan psykisk helsevern.

Sunnfjord kommune har vore prosjekteigar og vertskommune for den delen av det nasjonale prosjektet som er gjennomført i kommunar i Helse Førde området og Helse Fonna området. (delprosjekt). Innomed har vore involvert med prosessrettleiing til partane og utforming av tenesteforløp.

Ettersom brukarorganisasjonar og brukarrepresentantar har sett fram ønske om å utvikle fleire videoløysningar, har delprosjektet i Helse Førde kommunane valt ut utskrivingsamtalar innan psykisk helsevern som fokus. Brukarrepresentant har følgd dette prosjektet heile vegen. I perioden 2022 - 2023 blei det utvikla praksis med bruk av 3 – parts video/ samkonsultasjonar i kommunar, først i Sogndal og deretter andre kommunar i området, i samarbeid med Helse Førde/ distriktpsikiatriske sentre. Folkehelseinstituttet har gjort minimetodevurderingar av denne tenesta, herunder og økonomiske vurderingar. Det pågår og forskning om tenesten, i form av eit forprosjekt i regi av Vestlandsforskning/ Høgskulen på Vestlandet. Tenestene er no i ordinær drift i kommunar i nedslagsfeltet til Helse Førde, og gjeld 3 parts video konsultasjon mellom pasient, fastlege og spesialist.

Prosjektet gjeld oppfølging av pasient med omfattande behov. Aktuelle pasientar er psykisk sjuke personar med helsetilbod/helsehjelp både frå kommunale helsetenester og Indre Sogn Psykiatrisenter

I dag ser ein at mange pasientar blir utskrivne utan gode overføringsmøte mellom tenestemottakar, spesialisthelseteneste og kommune. Årsak kan vere utfordringar med reiseveg og kapasitet til fysiske møte. Det skapar stor usikkerheit, auka reisetid og går på kostnad av tryggleik for pasient. Fråvær av slike videokonsultasjonar gjer og at pasient i større grad får auka fare for nye innleggingar.

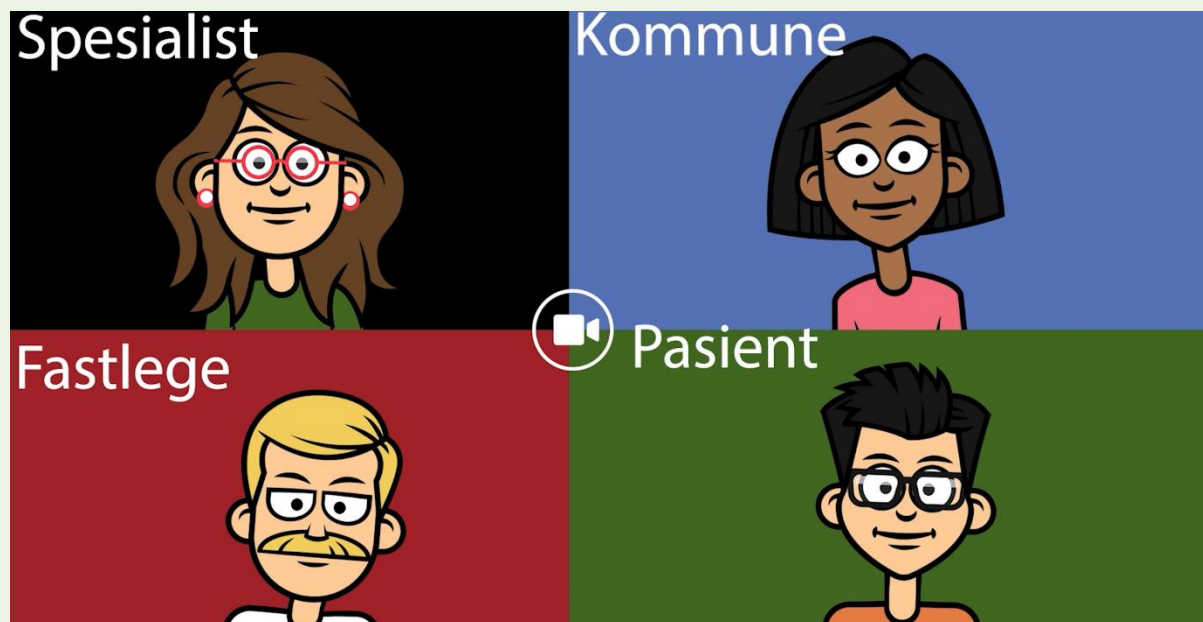
Med 3. parts video er målsetjinga å sikre at pasienten får god og tilrettelagt oppfølging, det gjer ein ved å sikre at relevante partar har samstundes tilgang på nødvendig informasjon. Målsetjinga er å skape betre og meir effektiv bruk av helsetenestene.

2 Konsultasjon med 3-parts video

2.1 Kva er det spesiell med 3-parts video?

Det er ein videobasert samtale der både sjukehus, kommune, og pasient/ pårørende er tilstades samstundes. Vi kallar det gjerne 3- partsvideo for å skilje det frå det meir brukte - som er 2- parts video der ein set opp ein videosamtale med pasient/ pårørende frå sjukehus eller kommune/ fastlege.

For slike 3.parts video samtaler er det ikkje stor røynsle frå før, då dei er vanskelegare å sette opp og gjennomføre enn 2 - parts video.



3. parts video er her brukt ved utskrivingar frå psykisk helsevern/ distriktspyskiatriske sentre. Det kjem i staden for ein fysisk konsultasjon der også fleire partar møter.

Sentralt i utviklinga og gjennomføringa har vore Indre Sogn distriktspyskiatriske senter / Helse Førde.

I dag ser ein at pasientar/ pårørende og helsepersonell gjerne må reise lange veger for å møte til fysiske møter ved utskrivingar

Med bruk av 3. parts video er målsetjinga å sikre at pasienten får god og tilrettelagt oppfølging, det gjer ein ved å sikre at relevante partar har samstundes tilgang på nødvendig informasjon. Det vil og skape betre og meir effektiv bruk av helsetenestene. På dette viset får ein og tilført kommunane kompetanse på området.

2.2 Korleis blir 3 parts-video sett opp og gjennomført ?

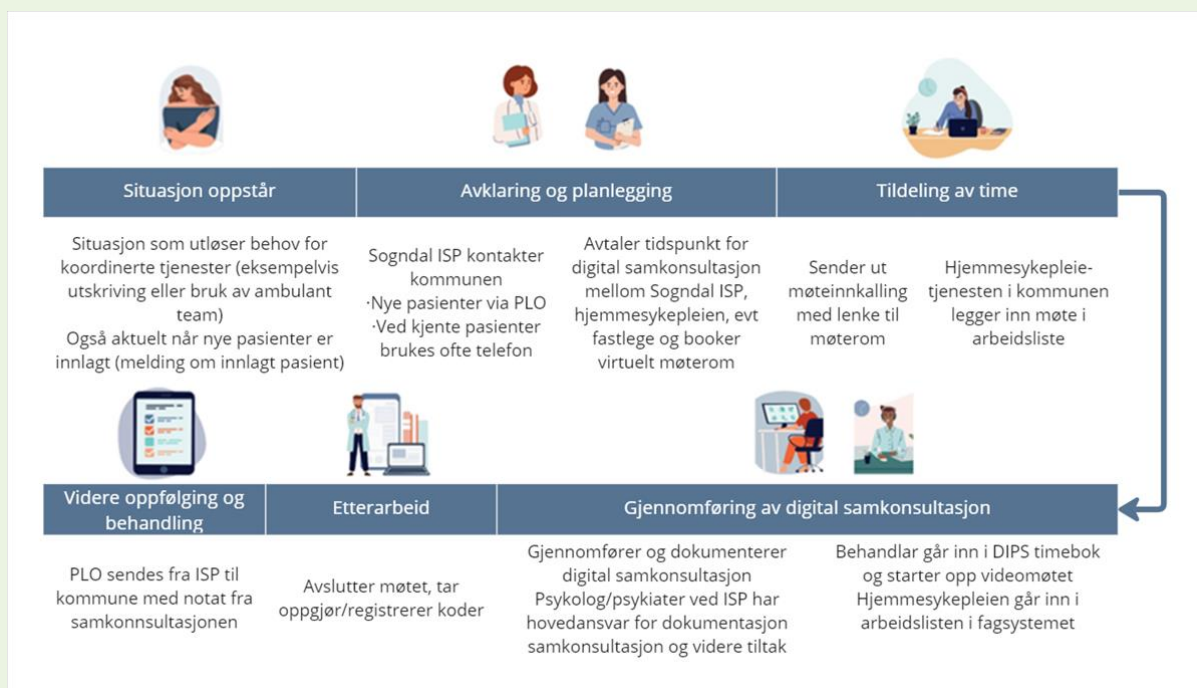
Det er spesialisttenesta som har sett opp og gjennomfører konsultasjonane. Det er i forkant gjort avtale med partane om kva tidspunkt ein skal velje og kven som skal

vere med. Konsultasjonen blir sett opp gjennom Norsk Helsenett, dvs. kobla opp mot Helsenorge og pasientjournalen på sjukehuset.

Det er såleis ein sikker kanal for alle partane. Partane har sjølvstendig journalplikt etter samkonsultasjonen, alternativt at ein av partane skriv referat og sender til deltakarane.

Sjukehuset sender ut ein påkoblingslenke til dei som skal vere med. Dei treng då berre å opne lenken -og identifisere seg. Dei frå kommunen som er med (i praksis fastlege/ heimesjukepleie /andre) og pasient/ pårørande kan kople seg på ved PC, nettbrett eller telefon.

Modell for gjennomføringa er skissert slik;



3 Nytteverdi

Tilbakemeldingar så langt har vist at det blir;

- Raskare vurderingar
- Betre logistikk

- Spart reisetid og reisekostnader
- Sparte innleggingar
- Kompetanseoppbygging for alle partar

3.1 Uttale frå brukarperspektiv

Brukarrepresentant/ erfaringskonsulent Jonny Gjerdei Luster kommune har følgd prosjektet heile vegen og gir klare råd om nytteverdi for både pasient og tenestene. Vi siterer her tekst frå video som blei lansert tidlegare i prosjektet;

“Eg jobbar som erfaringskonsulent i Luster kommune, og har min eigen erfaring i at eg er rusavhengig og har hatt mange opphald på klinikkar for fleire år sidan, både DPS og rusklinikkar. Der opplevde eg at det ikkje var nokon samhandling mellom kommune og institusjon, i alle fall ikkje som eg var involvert i. Når eg tok bussen heimatt, så rusa eg meg som regel alltid, fordi eg ikkje hadde nokon andre planar når eg kom heim. Det var ikkje tilrettelagt for noko som helst, fordi det ikkje var ein samhandlingsfunksjon, slik eg oppfatta det. No er det slik at ein har begynt å nytte digitale løysingar, og då er jo moglegheita for å få det her til mykje større. Difor kan vi no samle tverrfagleg kompetanse i kommunane, alt etter ynskje og behov, for pasientar som kjem frå klinikkane. Det kan vere både frå lege, nav, bustadtilvisningskontor og andre tenester, der vi legg til rette for heimkomst. Fordi, slik eg ser det, 10 % av behandlinga skjer på klinikk, medan 90 % skjer når ein kjem heim”

3.2 Forskning på bruk av 3 parts video

Gjennom Regionalt forskningsfond Vestlandet, har Sunnfjord kommune fått forprosjektmidlar for å sjå på bruk og gjennomføring av 3 parts videoene. Utviklinga av 3 parts videoene i psykisk helsevern har skjedd parallelt med ei tilsvarende utprøving av 3 parts video innan sårbehandling i Helse Fonna området, og eit tilsvarende prosjekt i Nordhordlandskommunar. Rapport frå dette arbeidet vil ligge føre 1. kvartal 2025.

3.3 Folkehelseinstituttet om minimetodevurderingar

FHI utarbeide i 2023 rapport om denne tenesta;

«Mini-metodevurdering brukes når man ønsker å innføre et nytt tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mini-metodevurdering er en nedskalert form av de metodevurderingene som gjøres nasjonalt, og er spesielt tilpasset beslutninger som skal tas i kommunen».

«Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet (FHI) og Sogndal kommune har i dette prosjektet samarbeidet for å utvikle og prøve ut et verktøy som kan gi støtte til beslutninger om innføring av nye tiltak i kommunehelsetjenesten. Tiltaket omhandler

digital samkonsultasjon mellom spesialisthelsetjenesten (voksenpsykiatriske tjenester) og fastlege, og i noen tilfeller også pasient, i Sogndal kommune.

Metodikken tar utgangspunkt i erfaringer fra mini-metodevurdering i spesialisthelsetjenesten og fra samarbeidsprosjekt med kunnskapskommunen Helse Omsorg Vest. Mini-metodevurdering for kommuner er et systematisk utarbeidet beslutningsgrunnlag som har som formål å gi oversikt over nytte og/eller helseeffekt av tiltaket for bruker, kostnader ved innføring og drift av tiltaket samt budsjettkonsekvenser, og hvilke organisatoriske konsekvenser innføring av tiltaket har for kommunen. Hensikten med mini-metodevurdering er å bidra til å gi beslutningstakere i kommunen et transparent og kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag»

3.4 Spreiing av røynsle frå prosjektet

Prosjektet har vore spreidt på fleire seminar og konferansar, både lokalt og nasjonalt. Det har og vore jamlege artiklar på nettside og sosiale media.

4 Vurderingar etter prosjektslutt

Det er gjennomgåande positive tilbakemeldingar frå pasientar og pårørnde med bruk av 3 parts video ved bruk i utskrivingsamtalar frå spesialisttenenesten/ psykisk helsevern. Tilsette i tenestene både på sjukehus og kommunar gir uttrykk for det same. Vi vil tru at røynslene frå denne bruken av 3 parts video har overføringsverdi til andre område og pasientgrupper. Det er vist til utfordringar knytt til oppsett og gjennomføring av konsultasjonane. Dette vil bli grundigare undersøkt gjennom pågåande forskning.

Tenesten med 3 parts video på dette området er i vanleg drift i kommunar i nedslagsfeltet til Helse Førde. Det er utarbeid tenesteforløp og prosedyrer for oppsett og gjennomføring av konsultasjonane.

Linker og referanser;

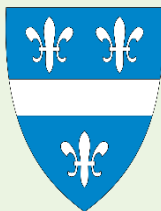
<https://sunnfjord.kommune.no/aktuelt-fra-kommunen/bruk-av-digital-samkonsultasjon-innan-psykisk-helsevern.31222.aspx>

<https://vimeo.com/808028567> (film med brukerperspektiv)

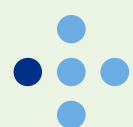
<https://www.fhi.no/publ/2023/bruk-av-digital-samkonsultasjon-i-voksenpsykiatriske-tjenester-i-sogndal-ko/>



Sunnfjord
kommune



diabetesforbundet



HELSE FONNA



Bruk av video i sårbehandling

Sluttrapport frå prosjekt



Innhold

1	Bakgrunn	3
2	Konsultasjon med 3-parts video	3
2.1	Kva er det spesiell med 3-parts video?	3
2.2	Korleis blir 3 parts-video sett opp og gjennomført ?	4
3	Nytteverdi.....	5
3.1	Uttale frå sårpoliklinikken på Stord	5
3.2	Forskning på bruk av 3 parts video	6
3.3	Folkehelseinstituttet om minimetodevurderingar og økonomiske vurderingar	6
3.4	Spreiing av røynsle frå prosjektet	7
4	Vurderingar etter prosjektslutt.....	7
	Linker og referanser;	7

1 Bakgrunn

Brukarane av helsetenestene har lenge etterspurt om det er mogeleg å ta i bruk fleire videoløysingar. Dette vil spare dei for lange reiser og fysiske konsultasjonar med behandlar.

Gjennom det nasjonale prosjektet for velferdsteknologi og digital heimeoppfølging har ein utvikla og teke i bruk videoløysningar, både i forhold til utskrivingar innan psykisk helsevern og sårbehandling. Denne rapporten av avgrensa til sårbehandling.

Sunnfjord kommune har vore prosjekteigar og vertskommune for den delen av det nasjonale prosjektet som er gjennomført i kommunar i Helse Førde området og Helse Fonna området. (delprosjekt). Innomed har vore involvert med prosessrettleging til partane og utforming av tenesteforløp.

Ettersom brukarorganisasjonar og brukarrepresentantar har sett fram ønske om å utvikle fleire videoløysningar, har delprosjektet i Helse Fonna kommunane valt ut sårbehandling som fokus. Representant frå diabetesforbundet har følgd dette prosjektet. I perioden 2022 - 2023 blei det utvikla praksis med bruk av 3 – parts video/ samkonsultasjonar i kommunane Ullensvang og Kvinnherad, i samarbeid med sårpoliklinikken på Stord sjukehus. Ein av kommunane kjøpte inn hodekamera. Dei andre kommunane i nedslagsfeltet nyttar mobilkamera eller Ipad.

Folkehelseinstituttet har gjort minimetodevurderingar av denne tenesta, herunder og økonomiske vurderingar. Det pågår og forskning om tenesten, i form av eit forprosjekt i regi av Vestlandsforskning/ Høgskulen på Vestlandet. Tenestene er no i ordinær drift i dei to kommunane.

2 Konsultasjon med 3-parts video

2.1 Kva er det spesiell med 3-parts video?

Det er ein videobasert samtale der både sjukehus, kommune (ved fastlege, sjukeheime eller heimesjukepleie) og pasient/ pårørende er tilstades samstundes. Vi kallar det gjerne 3- partsvideo for å skilje det frå det meir brukte - som er 2- parts video der ein set opp ein videosamtale med pasient/ pårørende frå sjukehus eller kommune/ fastlege.

For slike 3 -parts video samtaler er det ikkje stor røynsle frå før, då dei er vanskelegare å sette opp og gjennomføre enn 2 - parts video.



3 parts video er her brukt ved vurdering og behandling av sår. Dei kjem i stedet for ein fysisk konsultasjon der også fleire partar møter.

Sentralt i utviklinga og gjennomføringa er sårpoliklinikken ved sjukehuset på Stord. Helse Fonna har etablert eiga sårpoliklinikk her.

I dag ser ein at pasientar gjerne må reise lange veger for å møte på sårpoliklinikken. Reisa kan skje ved hjelp av pårørande, men det er og mykje bruk av bilambulanse og båtambulanse til desse transportane.

For å få betre kvalitet på videobilete har kommunane kjøpt inn hodekamera. Det gjer og at personalet kan frigjere begge hender til praktisk arbeid.

Med bruk av 3 parts video er målsetjinga å sikre at pasienten får god og tilrettelagt oppfølging, det gjer ein ved å sikre at relevante partar har tilgang på nødvendig informasjon. Det vil og skape betre og meir effektiv bruk av helsetenestene. På dette viset får ein og tilført kommunane kompetanse på området.

2.2 Korleis blir 3 parts-video sett opp og gjennomført ?

Det er sårpoliklinikken på Stord som set opp og gjennomfører konsultasjonane. Det er i forkant gjort avtale med partane om kva tidspunkt ein skal velje og kven som skal vere med. Konsultasjonen blir sett opp gjennom Norsk Helsenett, dvs kopla opp mot Helsenorge og pasientjournalen på sjukehuset. Det er såleis ein sikker kanal for alle partane. Det er og sjukehuset som dokumenter gjennomføring av konsultasjonen.

Sjukehuset sender ut ein påkopplingslenke til dei som skal vere med. Dei treng då berre å opne lenka og identifisere seg. Dei frå kommunen som er med (i praksis fastlege/ heimesjukepleie /andre) og pasient/ pårørande kan kople seg på ved PC, nettbrett eller telefon.



3 Nytteverdi

Tilbakemeldingar så langt har vist at det blir;

- Raskare vurderingar
- Positive tilbakemeldingar frå pasientar og pårørande
- Helsegevinst for pasient - tidleg behandling kan hindre alvorleg forverring av tilstand
- Auka tryggleik ved direkte dialog og kompetanseutveksling mellom alle partar rundt pasienten
- Betre logistikk
- Spart reisetid og reisekostnader
- Sparte innleggingar
- Frigjort beredskapstid til ambulansetenesta
- Tilføring av kompetanse til kommunane

3.1 Uttale frå sårpoliklinikken på Stord

Isabella Stokka Landmark har vore sentral i gjennomføringa av digitale konsultasjonar. Ho blir referert i artikkel i tidskriftet « Sykepleien» 22.07.24 og ga m.a slik uttale;

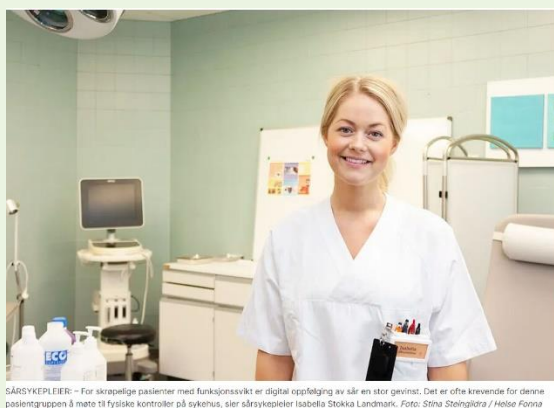
Dette er ikke noe nytt for sårsykepleieren Isabella Stokka Landmark på sårpoliklinikken ved Stord sjukehus. De har tilbudt digital sårbehandling i mange år. I dag er rundt åtte prosent av behandlingen deres digital.

– Tallet er økende og vi ønsker at flere skal få digital oppfølging, sier hun.

Det er spesielt eldre skrøpelige pasienter med funksjonssvikt med lang reisevei dette er bra for. Men også en annen pasientgruppe er viktig:

– Digital behandling er et godt verktøy for pasienter som selv kan gjennomføre videokonsultasjonen. Er de i jobb så slipper de å ta fri, og det er svært tidsbesparende, sier Landmark

Med digital oppfølging sikrer vi riktig bruk av sårmateriell som bandasjer og riktig utførelse av prosedyrer»



SÅRSYKEPLEIERE: – For skrøpelige pasienter med funksjonssvikt er digital oppfølging av sår en stor gevinst. Det er ofte krevende for denne pasientgruppen å møte til fysiske kontroller på sykehus, sier sårsykepleier Isabella Stokka Landmark. Foto: Sina Steingjerd / Helse Fonna

3.2 Forskning på bruk av 3 parts video

Gjennom Regionalt forskningsfond Vestlandet, har Sunnfjord kommune fått forprosjektmidler for å sjå på bruk og gjennomføring av 3 parts videoene. Utviklinga av 3 parts videoene i sårbehandling har skjedd parallelt med ei tilsvarande utprøving av 3 parts video innen psykisk helsevern i kommunar nord i fylket, og eit tilsvarende prosjekt i Nordhordlandskommunar. Rapport frå dette arbeidet vil ligge føre 1. kvartal 2025.

3.3 Folkehelseinstituttet om minimetodevurderingar og økonomiske vurderingar

Minimetodevurderingar er eit støtteverktøy for kommunar:

FHI skriver;

«Mini-metodevurdering brukes når man ønsker å innføre et nytt tiltak i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mini-metodevurdering er en nedskalert form av de metodevurderingene som gjøres nasjonalt, og er spesielt tilpasset beslutninger som skal tas i kommunen»

FHI gjorde slik minimetodevurdering av digitale konsultasjonar ift sår, i samarbeid med Ullensvang og Kvinnherad kommunar, og Helse Fonna/ sårpoliklinikken på Stord sjukehus. Dei gir slik oppsummering;

«Forskningsoppsummeringen viste at digital oppfølging av pasienter med kroniske sår trolig gir halvert risiko for amputasjon og noe kortere tid til sårtilheling. Kostnadsvurderingene viste at sykehuset vil kunne redusere sine kostnader med innføring av digital sårbehandling, som følge av redusert konsultasjonstid per pasient, redusert bruk av sårmateriell og reduserte transportkostnader. Denne kostnadseffektiviseringen kan igjen benyttes til å redusere ventelister og tilby hyppigere konsultasjoner for pasienter som har behov for dette. Kommunene vil kunne få økte kostnader som følge av økt behov for bemanning, sårutstyr og transportkostnader, men tiltaket antas å kunne føre til en økt kompetanseheving på sår i hjemmetjenesten. For pasientene vil digital sårbehandling kunne føre til at man slipper en lang og tidkrevende reise til sykehuset med fare for forverring av såret»

Om dei økonomiske vurderingane skriv dei slik;

«Kostnadene ved innføring av digital sårbehandling for kommunene ble estimert til ca. 15 900 kr per behandlingsforløp, per bruker. Mens et digitalt behandlingsforløp per bruker ved Stord sjukehus ble estimert til ca. 4700 kr sammenlignet med ca. 160 000 kr med dagens praksis i sårpoliklinikk. Samlet sett for 20 pasienter, viste disse kostnadsberegningene en effektivisering målt i kostnader på ca. 3 millioner kroner for Stord sjukehus. For kommunene ble det estimert en samlet økt kostnad på ca. 300 000 kr.

Kostnadsberegningene er basert på en rekke antakelser, og her kan man i tilfeller ha både over -og underestimert. Beregningene vil allikevel gi oss en god indikasjon på hvordan kostnadene vil kunne fordele seg. Vi antar også at digital sårbehandling kan gi en rekke samfunnsøkonomiske gevinster som vi ikke har tallfestet i våre beregninger, som for eksempel unngått produksjonstap, unngåtte innleggelser, eller unngått svekket beredskap i kommunene ved bruk av ambulanse»

3.4 Spreiing av røynsle frå prosjektet

Det er blitt informert om prosjektet på fleire seminar og konferansar, både lokalt og nasjonalt – m.a på EHIN og sjukepleiarforbundet si e – helse konferanse. Det har og vore jamlege artiklar på nettside og sosiale media.

4 Vurderingar etter prosjektslutt

Det er gjennomgåande positive tilbakemeldingar frå pasientar og pårørande med i forhold til bruk av 3 parts video til sårbehandling. Tilsette i tenestene både på sjukehus og kommunar gir uttrykk for det same. Vi vil tru at røynslene frå sårbehandling har overføringsverdi til andre område og pasientgrupper. Det er vist til utfordringar knytt til oppsett og gjennomføring av konsultasjonane. Dette vil bli grundigare undersøkt gjennom pågående forskning.

Det er og eit paradoks at sjukehusa har stor økonomisk gevinst ved denne praksis, medan kommunane sit igjen med meirutgifter. Frå brukarsida er det peika på at det ikkje er teke med sparte kostnader ved tidlig behandling, og som kan hindre alvorlig forløp for pasienten. Det gir i tillegg til økonomisk gevinst, stor helsegevinst og bedre livskvalitet, dersom en kan hindre f.eks. amputasjon

Vi vonar rapporten kan bidra til vidare arbeid med betring av helsetilbodet til pasientar, og gje innspel til vidare debatt om økonomiske incentiver.

Linker og referanser;

<https://www.fhi.no/publ/2024/digital-oppfolging-av-pasienter-med-kroniske-sar>

<https://sykepleien.no/2024/07/suksess-digital-sarsykepleie-i-helse-fonna>

[Vestlandsrevyen 15.06.2023 - Digital sårbehandling](#)

