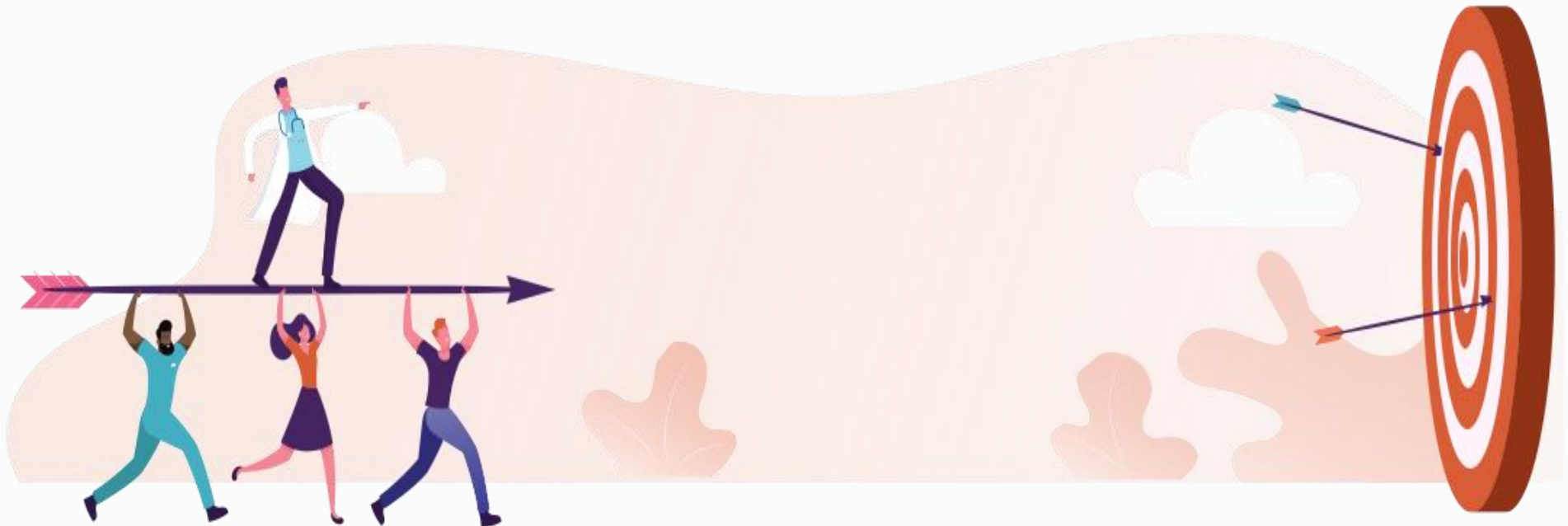


InnoMed



Nasjonal møteplass Digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus



Kjøreregler



Mute når du ikke snakker



Ha gjerne på kamera



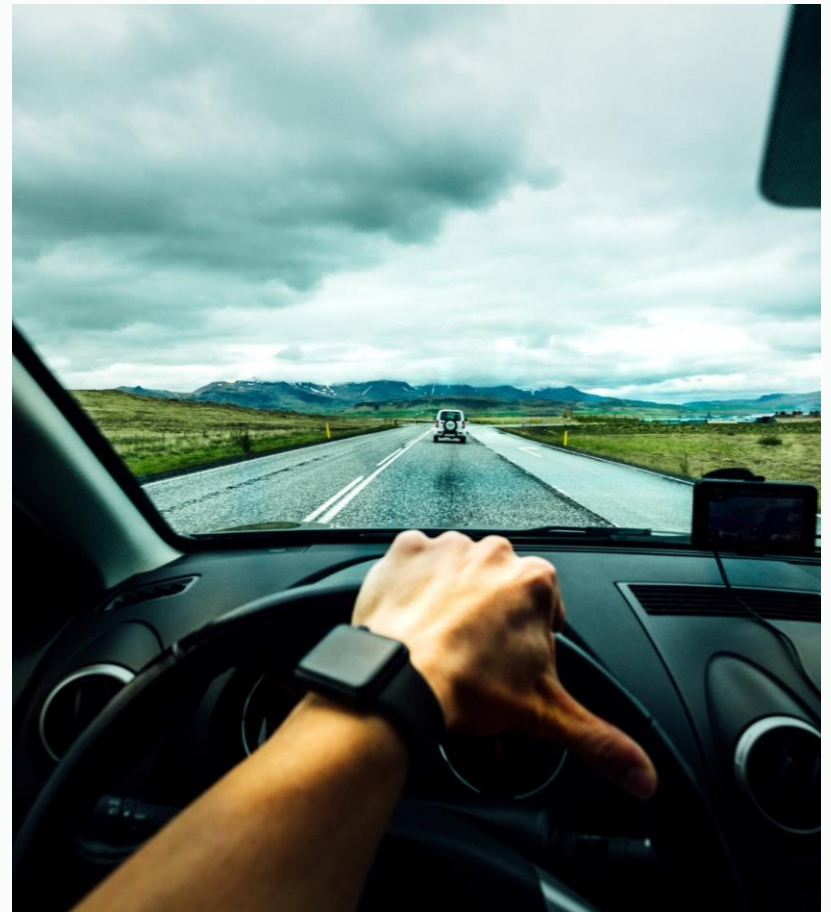
Be om ordet ved å bruke «rekke opp håndafunksjonen»



Bruk chatten aktivt underveis i samlingen



Sitt nærme mikrofonen så alle kan høre hva du sier

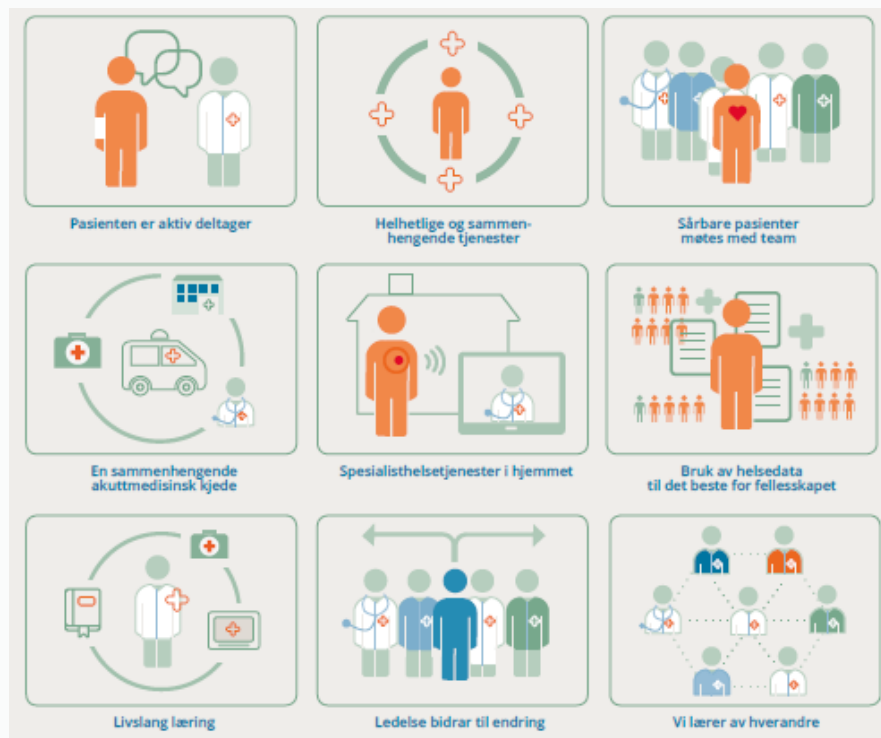


Bakgrunn for møteplassen

- Uttrykt behov fra kommuner og HF om å etablere en møteplass med fokus på deling av konkrete erfaringer fra arbeid med å implementere digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus
- Målgruppe for møteplassen:
 - Program- og prosjektledere fra HF
 - Kommunale program- og prosjektledere
 - Innovasjonsrådgivere fra HF
 - Samhandlingsansvarlige fra HF
 - Ledere og rådgivere fra RHF



Pasientens helsetjeneste



Viktige faktorer for god pasientoppfølging:

- tilgjengelighet
- kontinuitet
- kvalitet
- egenmestring

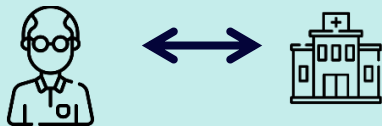
Digital hjemmeoppfølging

- **Synkron kommunikasjon**
Video, telefon
- **Asynkron kommunikasjon**
Digitale meldinger, skjemaregistreringer, opplærings- og behandlingsprogrammer, monitorering av medisinsk utstyr

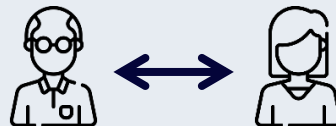


Forløp for digital hjemmeoppfølging

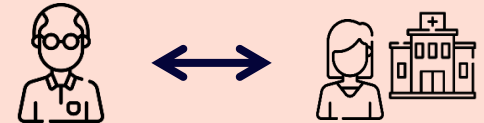
Mellom pasient og
sykehus



Mellom pasient og
kommune



Mellom pasient, kommune
(inkl. fastlege) og sykehus



Tema og mål for dagens pilotsamling

- **Overordnet tema:**

«Hva er din virksomhets strategi og plan for DHO/hjemmesykehus, og hvilke tiltak er satt i gang?»»

- **Mål:**

- Få innsikt i tilnærming på tvers av regioner
- Lære av hverandre
- Dele feiltrinn og suksesser



Program for dagen

Kl. 09.00

Velkommen og introduksjon

Kl. 09.10-10.30

Innlegg fra kommune og HF

- Sørlandet sykehus og Kristiansand kommune
- OUS
- Diakonhjemmet sykehus og Oslo kommune
- Nordlandssykehuset og Bodø kommune

Kl. 10.30

Pause

Kl. 10.50

Innlegg fra kommune og HF

- St. Olavs hospital
- Trondheim kommune
- Stad kommune
- Helse Bergen

Kl. 11.50

Avslutning og innspill fra deltagere

Praktisk informasjon før vi gir ordet videre

- Tiden styres strengt
- Det er satt av tid til spørsmål underveis i innleggene
- Vi oppfordrer dere til å benytte chatten aktivt underveis
- InnoMed vil oppsummere og sende ut presentasjon i etterkant av samlingen
- Opptak fra samlingen blir delt på InnoMed sine [nettsider](#)

Erfaringsdeling fra utvalgte kommuner og HF

**Sørlandet sykehus og Kristiansand
kommune v/Christine W. Kaspersen og
Kirsti Askedal**

Digital Hjemmeoppfølging /hjemmesykehus Agder

Nasjonal møteplass for digital hjemmeoppfølging og
hjemmesykehus, 31 mars 2022

Christine Widding Kaspersen og Kirsti Askedal



RKG e-helse
Regional koordineringsgruppe for
e-helse og velferdsteknologi i Agder



SØRLANDET SYKEHUS

Digital hjemmeoppfølging (DHO) og hjemmesykehus

Digital hjemmeoppfølging

er bruk av teknologisk løsninger som gjør at pasienten kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme. Pasienten gjør avtalte målinger i egen stue og svarer på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett/app.

- Helsedirektoratet

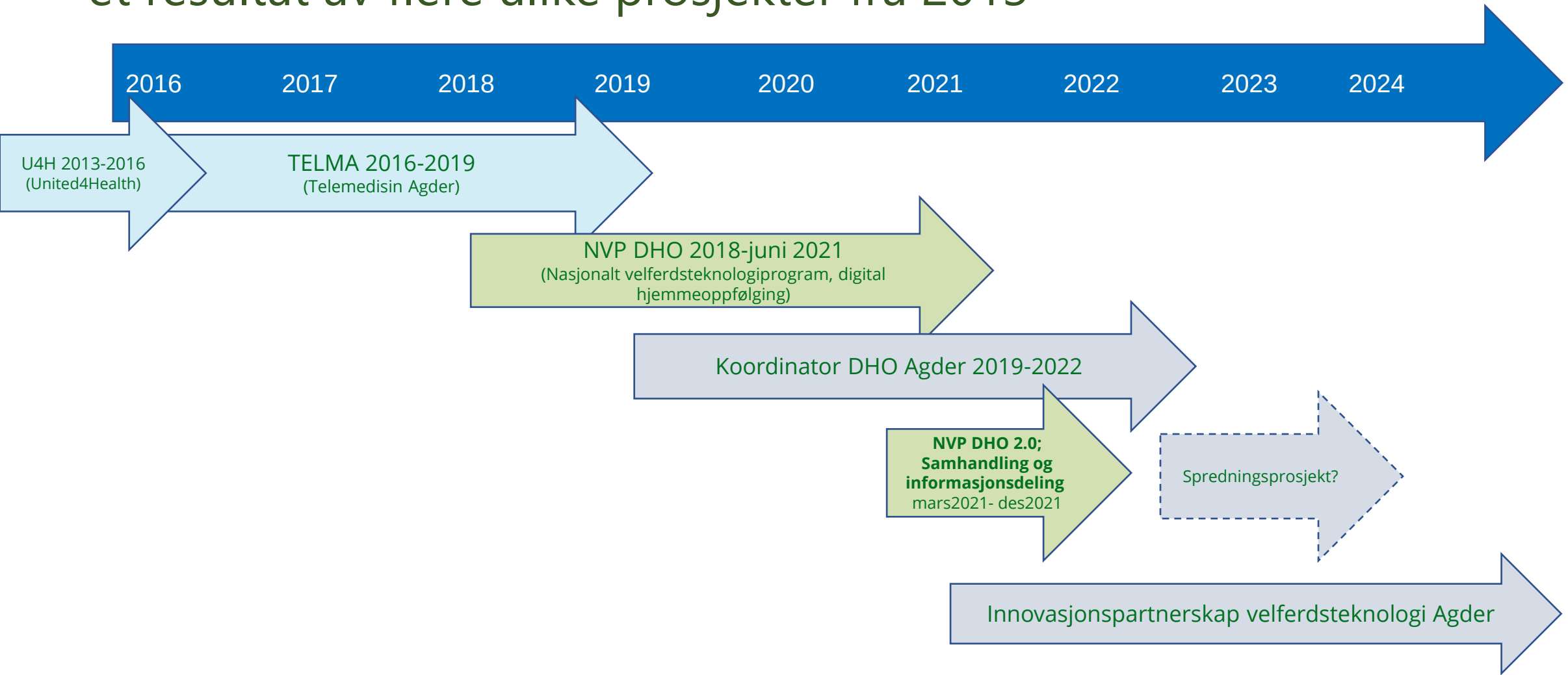
Hjemmesykehus

innebærer behandling og oppfølging i hjemmet, for sykdommer eller tilstander som vanligvis behandles i sykehus. Dette er et tilbud til personer som trenger sykehusbehandling, men hvor tilstanden tilsier at det er forsvarlig å få behandling og oppfølging hjemme.

- Folkehelseinstituttet, 2017



Utviklingen av digital hjemmeoppfølging på Agder er et resultat av flere ulike prosjekter fra 2013



Historikk- SSHF

Sørlandet sykehus har omfattende erfaring med ulike prosjektaktiviteter og initiativ med digitale løsninger de siste 10 årene.

Utfordringer underveis:

- Retning for videreutvikling
- Sammenheng mellom prosjekt- og driftsorganisering
- Prioriterte områder eller pasientgrupper i prosjekt har ikke alltid utgått fra behov i klinikken.
- Ivareta helhetlig og sammenhengende pasientforløp
- Avklare og forstå avhengigheter som er mellom prosjektene
- Helhetsperspektiv for alle tre lokalisasjonene
- Sammenheng med kommunale plattformer og systemer
- Anskaffelser av digitale systemer og plattformer





RKG e-helse

Regional koordineringsgruppe for
e-helse og velferdsteknologi i Agder

Hvilke tiltak har dere satt i gang innenfor DHO/hjemmesykehus?



SØRLANDET SYKEHUS

Oppfølging fra regional telemedisinsk sentral



Oppfølging fra tjenestene

Hjemmetjenesten



Oppfølgingstjenesten



Oppfølging fra sykehus

Sykehus
KOLS koordinator



RKG e-helse
Regional koordineringsgruppe for
e-helse og velferdsteknologi i Agder

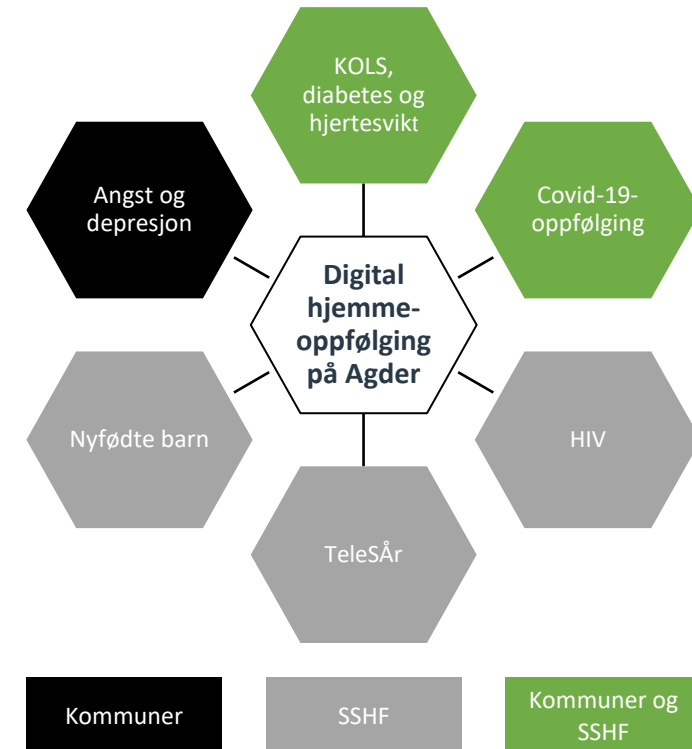


SØRLANDET SYKEHUS

Agder har flere pågående initiativer for digital hjemmeoppfølging som fanger ulike målgrupper, OTH

Pågående initiativer

- Oppfølging fra regional telemedisinsk sentral(TMS) for pasienter med kols, diabetes, hjertesvikt og andre aktuelle pasientgrupper (eks kreftpasienter)
- Oppfølging ute i hjemmetjenesten som erstatter/supplerer/utsetter andre tjenester for pasienter med KOLS, diabetes og hjertesvikt
- Oppfølging ute i oppfølgingstjenesten som erstatter/supplerer/utsetter andre tjenester for pasienter med angst og depresjon
- Covid-19-oppfølging fra Regional TMS
- Covid-19-oppfølging fra Sørlandet sykehus
- Oppfølging av nyfødte barn og mødrene fra nyfødtintensiv på Sørlandet sykehus
- Oppfølging av kols-pasienter fra KOLS koordinator Sørlandet sykehus Arendal med overgang til kommune ved behov for videre oppfølging
- Videokonsultasjon (TeleSår) fra sårpoliklinikken på Sørlandet sykehus
- Digital oppfølging av HIV pasienter fra Sørlandet sykehus



Strukturelle tiltak innenfor DHO/hjemmesykehus på SSHF

- Etablert koordineringsgruppe for digitale pasientrettede tjenester
- Jobber med struktur for forvaltning av digital pasientoppfølging



Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

Initiativ (prosjekt og drift) på SSHF

Digitale innbyggertjenester	Digital hjemmeoppfølging (DHO, nettbasert behandling og hjemmesykehus)	Teknologi i prehospitale tjenester
• Helserespons • Mine timeavtaler • Behandlingsrettet dialog via DIPS • Innsyn i henvisning via HelseNorge • Innyn i journal via HelseNorge	• Digitale pasientforløp for HIV • Tele SÅR • Covid-19 • Videokonsultasjoner Norsk Helsenett (NHN) • eMestring • Tidlig hjem • LetsGo • AppSens • Intravenøs hjemmebehandling • Kols digital oppfølging • Hjemmedialyse • Mind the Gap • Telma • ResMed Airview • GoTreatIT web • Checware KPH	• Videoassistert beslutningsstøtte • Videosamtale med 113

Tekniske løsninger som er i bruk: OpenTeleHealth, Checkware, GoTreatIT, Norsk Helsenett, Skyløsninger, LetsGo App.



RKG e-helse

Regional koordineringsgruppe for
e-helse og velferdsteknologi i Agder

Hvilke erfaringer har dere gjort dere hittil?



SØRLANDET SYKEHUS

Brukercase med gevinst hos spesialisthelsetjenesten

Pasienthistorikk



- «Tove» har alvorlig KOLS
- Hun fikk digital hjemmeoppfølging våren 2020.
- Innlagt tre ganger i 2019 med kolsforverring.
- Ingen innleggelser i 2020.

“

Jeg er helt overbevist om at jeg ville blitt innlagt på sykehuset i sommer hvis ikke jeg hadde hatt denne oppfølgingen

- Pasient som bruker DHO i Kristiansand

12. juni 2020 09:26

«Hei veldig mye bedre i dag etter jeg begynte med prednisolon kuren. nesten like bra som «normalt» ha en fin dag jeg er superfornøyd med dette opplegget og er veldig takknemlig for at jeg får være med»



Lest 12. juni 2020 09:26



Svar



Merk som ulest



RKG e-helse
Regional koordineringsgruppe for
e-helse og velferdsteknologi i Agder



SØRLANDET SYKEHUS

Oppnådde gevinster for tjenestene i Agder

Kommunen

- Tettere oppfølging av pasienter
- Effektivisering av oppfølging
- Redusert behov for innleggelse på korttidsavdeling/ øyeblikkelig hjelp avdeling
- Redusere andre tjenester i hjemmet
- Utsatt behov for ressurskrevende krevende tjenester
- Bedre kvalitativ oppfølging av pasienter innen psykisk helse

Spesialisthelsetjenesten

- Bedret samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten om felles pasienter
- Redusert behov for akutte innleggelser på sykehus hos enkelte pasienter
- Tettere oppfølging av kronikergrupper har redusert behov for kontakt med sykehuset i enkelte tilfeller

«Storgevinsten med DHO ligger i samhandling i dynamiske team rundt pasienten»

Anonymt innspill
fra spørreundersøkelse

Fastlegene

- Godt samarbeid mellom fastlege og oppfølgingstjeneste om tiltak har i enkelte tilfeller ført til et mer stabilt sykdomsforløp hos pasienten
- Bedre beslutningstøtte for fastlegen med flere måledata tilgjengelig



Erfaringer med DHO/hjemmesykehus på SSHF

Pasientgrupper og tjenester SSHF har erfaring med digitale løsninger for:

- KOLS + komorbiditet
- Revma
- Prehospitale tjenester
- Sårpoliklinikk
- Dialyse
- Covid-19
- Premature barn
- Psykisk helse
- Kreft
- HIV

Forsker på hjemmebehandling av covid-19 pasienter

Sørlandet sykehus er med i et nordisk forskningsprosjekt som skal finne den beste modellen for å gjøre det mulig for pasienter med covid-19 å få behandling i eget hjem fremfor innleggelse på sykehus. Prosjektet har fått 8,3 millioner kroner fra det EU-finansierte samarbeidsprogrammet Regionalfondet Interreg ØKS.

Publisert 11.12.2020

Koronapandemien har vist at helsevesenet verden over må tilpasses håndteringen av en ny infeksjonssykdom, og at denne krever store ressurser. Derfor foregår nå et nordisk forskningsprosjekt, der Sørlandet sykehus er eneste norske deltaker, forskning på hvordan pasienter med covid-19 sikkert og trygt kan behandles i eget hjem, fremfor å bli innlagt på sykehus.

Sørlandet sykehus og UiA samarbeider om heldigital oppfølging av HIV-pasienter

Behandlingen av HIV-pasienter fungerer i dag så bra at 80 prosent av pasientene ikke trenger oppfølging ved sykehus.

Av Magnus Nødland Skogedal

Publisert: 26. januar 2022

f t in



Sørlandet sykehus og UiA skal utvikle Norges første helt digitale behandlingstilbud for HIV-pasienter. Øvre kolonne, fra venstre til høyre: universitetslektor Anita Dybdal-Røed, ledesamarbeider Hanne Marj, ledesamarbeider Ellen Margrete Isenland Englund. Nedre kolonne, fra venstre til høyre: ledesamarbeider Santiago Gil Martinez, erfaren spesialist Elin Fanger ved Sørlandet sykehus og universitetslektor Susanne Anne Isaksen.

Nå skal Sørlandet sykehus (SSHF) og Universitetet i Agder utvikle en heldigital løsning for oppfølging.

[Her driver de med hjemmeoppfølging av covid-19-pasienter - Nyheter,](#)
[Spesialisthelsetjeneste, Politikk og økonomi, Infeksjoner, IKT & helse - Dagens Medisin](#)



RKG e-helse

Regional koordineringsgruppe for
e-helse og velferdsteknologi i Agder

Hvordan samarbeider dere om tjenester med DHO/hjemmesykehus?



SØRLANDET SYKEHUS

Samarbeid

- Digital hjemmeoppfølging på Agder har en regional styringsgruppe (RKG e-helse) med representanter fra kommuner i alle regionene i fylket og SSHF m.f
- Helsefellesskap
- Samhandler med kommunen på flere arenaer:
 - Samarbeid DHO møter 2.hver uke (SSHF og kommuner)
 - Arbeidsgrupper for felles logistikk (SSHF og kommuner)
 - Team DHO møter 1 g. pr mnd (digitale oppfølgere, kontaktpersoner for VFT i kommunene, ressurser SSHF og ressurser innen DHO)

Samhandling på tvers kommune - sykehus

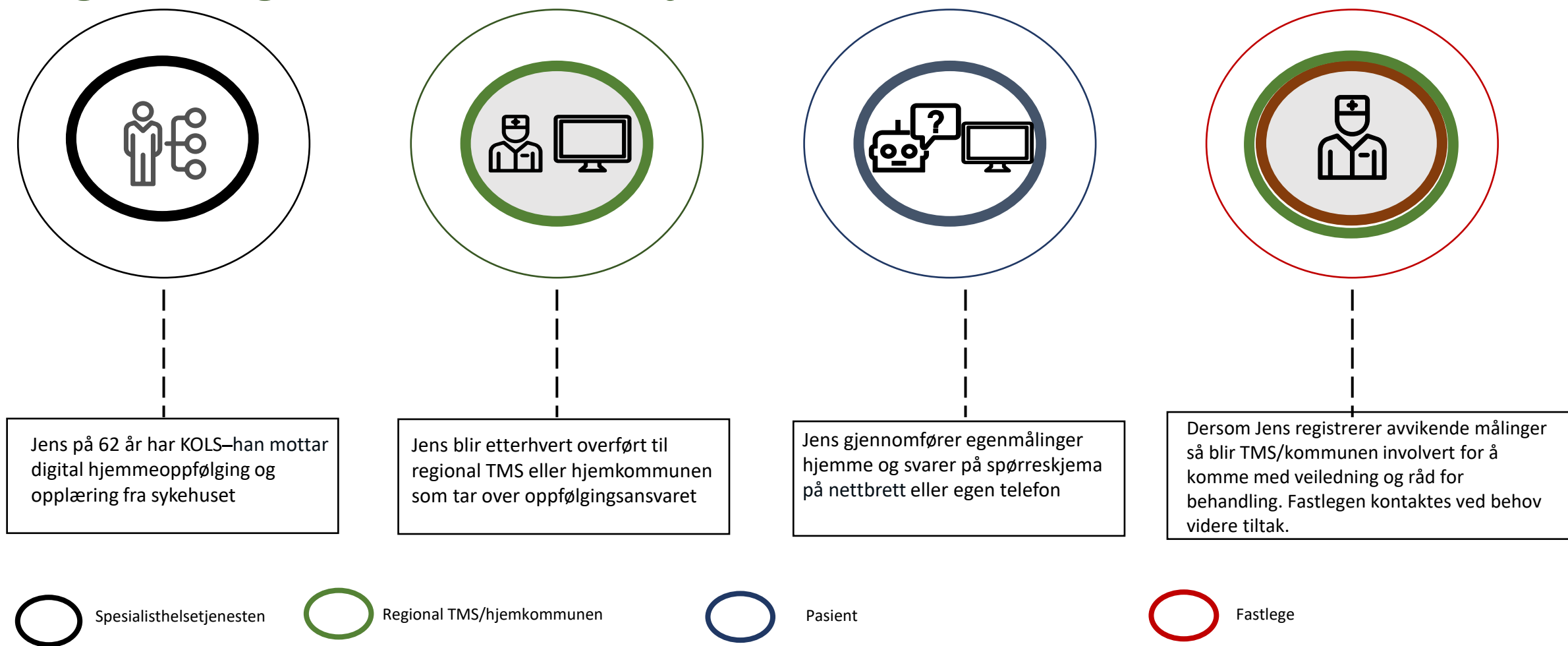
Sykehuset i Arendal

❖ Kolskoordinator

- Digital hjemmeoppfølging til pasienter med kols
- Etter innleggelse eller ved poliklinisk kontakt
- Utarbeidelse av egenbehandlings-plan
- Følges med DHO i 3-4 uker
- Videre behov?
 - overføres til videre oppfølging i kommune eller ved regional TMS



Både spesialisthelsetjenesten, regional TMS, kommunen og fastlege er involvert i tjenesten





RKG e-helse

Regional koordineringsgruppe for
e-helse og velferdsteknologi i Agder

**Hva er deres virksomheters videre
planer for DHO/hjemmesykehus?**



SØRLANDET SYKEHUS

Veien videre

Koordinator digital
hjemmeoppfølging
sørger for god
samhandling i Agder

Jobber videre med
integrasjoner mellom
løsning, VKP og EPJ

Jobber videre med
felles logistikk av utstyr
innen DHO

Videre satsning på
DHO ute i tjenesten

Videre satsning på
DHO fra regional
TMS

Utprøving på nye
pasientgrupper

Utlysning
spredningsprosjekt 01
april 2022 med
søknadsfrist 1 juni 2022

Sluttrapport
Helsedirektoratet

Nasjonale anbefalinger



Veien videre på SSHF

Iverksetting av spesialisthelsetjenester i hjemmet ved SSHF skal:

- Ha utgangspunkt i kjernevirksomhetens behov og spesialisthelsetjenestens ansvarsområde
- Kunne gi skreddersydde behandlinger innenfor rammene
- I tillegg kunne imøtekomme et felles behov for spesialisthelsetjenesten og kommunene
- Alltid vurdere samhandlingskomponenten, da pasienten vil være hjemmeboende

Utviklingsplan 2040, SSHF (ikke vedtatt)

- Gjennom digital samhandling får pasienten større mulighet til å delta aktivt i behandling og oppfølging.
- Utvikle SSHF til et utadvendt sykehus, og øke bruk av digital samhandling og avstandsoppfølging i pasientforløpene.
- Agder er den første regionen med fullintegreert digital oppfølging mellom kommuner og sykehus i hjemmene.
- I 2040 har kommunene og foretaket etablert integrert digital hjemmeoppfølging av eldre pasienter med behov for spesialisthelsetjenester.

2022->

Flere fagområder er aktuelle for DHO, eks.

- Kreftpasienter
- Barn med diabetes
- Pasienter med arytmier

Videreføre samarbeid med kommunene på Agder!

Pågående prosesser som berører oss

- **Prosessplattform for digital hjemmeoppfølging HSØ**
 - Prøves ut med flere piloter (2-3 års perspektiv)
- **Rammeavtale digital hjemmeoppfølging HSØ**
 - For verktøyleverandører av produkter som eksisterer i markedet, og som kan integreres med kjernesystemene i Helse Sør-Øst
- **Innovasjonspartnerskap Agder**
 - En felles anskaffelse for flere områder, deriblant digital hjemmeoppfølging (2-3 års perspektiv)



RKG e-helse
Regional koordineringsgruppe for
e-helse og velferdsteknologi i Agder

TAKK FOR OPPMERKSOMHETEN!

Kontaktinformasjon:

- Kirsti Askedal, rådgiver i KOM-programmet, SSHF, kirsti.askedal@sshf.no
- Christine Widding Kaspersen, Koordinator DHO Agder, christine.widding.kaspersen@kristiansand.kommune.no



SØRLANDET SYKEHUS

OUS v/Tone Olsen Moberg

OUS Hjemme

Hjemmesykehus og digital oppfølging

31. mars 2022

Nasjonal møteplass for digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus

Elisabeth Dreier Sørvik og Tone Olsen Moberg



Hjemmesykehus - en viktig brikke i et bærekraftig og moderne helsevesen



Administrerende direktør, Bjørn Atle Bjørnbeth.

«Nå er vi der at vi trenger at utviklinga i retning av mer hjemmebehandling skyter ytterligere fart og på flere områder»

- Pasientdreven revolusjon
- Kompetanse sentralt
- Strekke oss etter å bli best mulig
- Nye former for kommunikasjon
- Mer effektivt rundt pasientens behov

[Ekspertsykehuset - Oslo universitetssykehus \(oslo-universitetssykehus.no\)](https://oslo-universitetssykehus.no)



OUS Hjemme

OUS Hjemme er del av OUS sin strategi og handlingsplan for å løse oppdrag og forventninger om det utadvendte sykehuset.

Målet er at flere pasienter skal få tilbud om hjemmesykehus på lik linje med annen behandling på sykehuset, når det er best for pasienten.

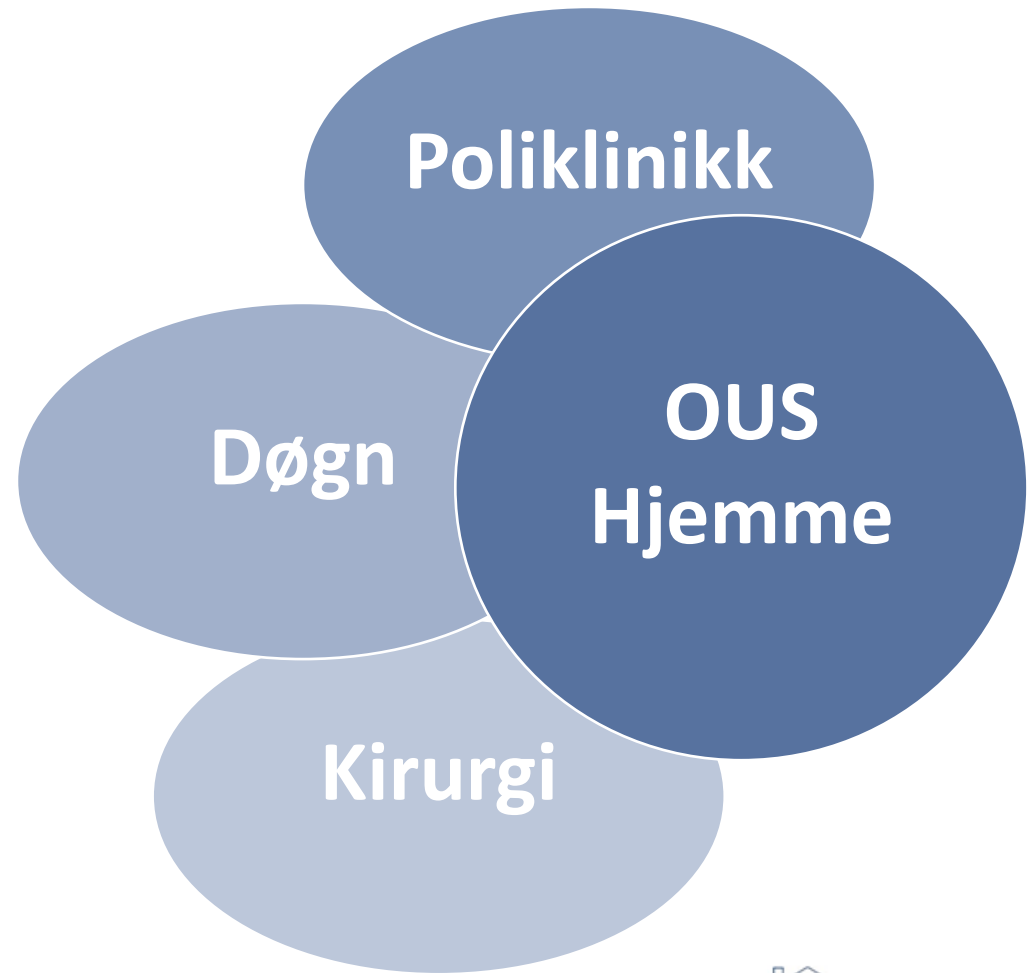
Inkluderer alle former for sykehusbehandling og – oppfølging i hjemmet.

Ambisjon i 2030: 30 % av pasientbehandlingen utenfor sykehusets vegger



Etter inspirasjon fra St. Olavs hospital

**Målet er at
hjemmebehandling
skal være en integrert
del av sykehusets
driftsmodell**



Prosjektet OUS Hjemme
skal gjøre det enkelt for
klinikkene å utvikle og
etablere
spesialisthelsetjenester i
hjemmet

Prosjektløp I

**Nye pasientforløp – støtte i
klinikkens utviklingsarbeid**

Veiledning og
rådgivning

Temasider
intra- og
internett

Nettverk og
delingsaren
a

Prosjektløp II

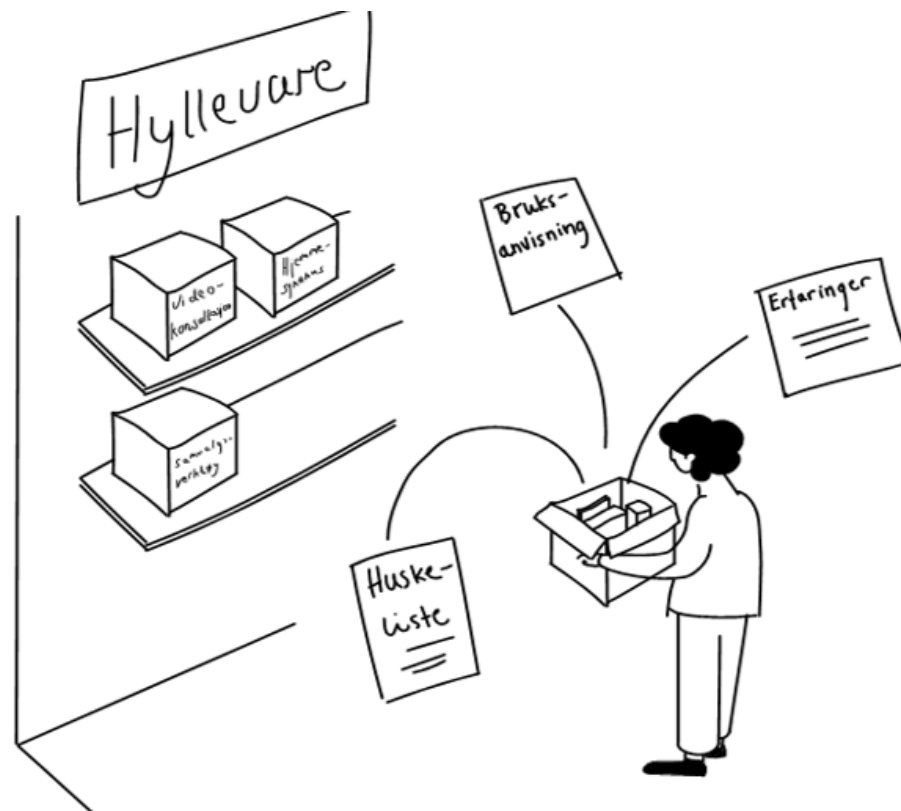
**Utvikle og etablere nødvendig
infrastruktur og fellestjenester**

TEKNOLOGI

LOGISTIKK

SAMHANDLING

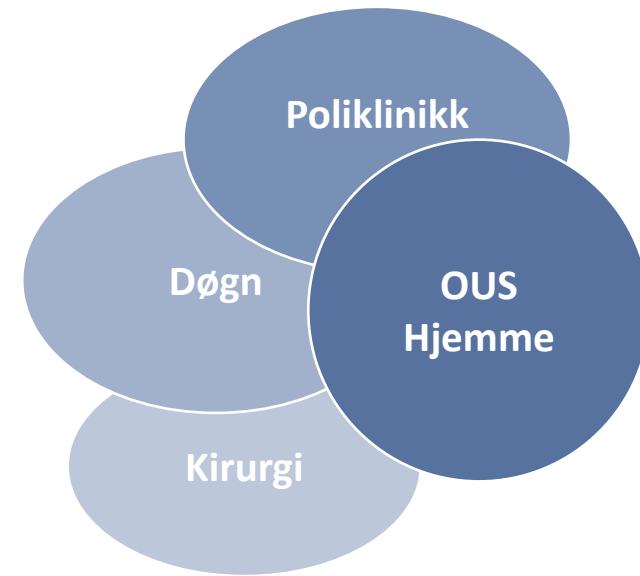
Prosjektløp 1 skal gjøre det enkelt for klinikkene å utvikle og etablere flere initiativ innen hjemmesykehus



Illustrasjon fra Vestre Viken HF

Klinikkenes rolle

- Eierskapet og ansvaret for utvikling, etablering og drift av tjenestene ligger i klinikkene, på lik linje som øvrige driftsmodeller for pasientbehandling
- Rapporterer, som for øvrige områder av sykehusdriften, i linja til administrerende direktør.
- Etablere mål og handlingsplan for hjemmesykehus
- Fordrer at klinikkledelsen skaper rom og tid for utvikling av nye tjenester, også blant fag- og helsepersonell i klinikkene
- Sørge for at tillitsvalgte og vernetjenesten deltar i utviklingsarbeidet på en god måte
- Utnevne kontakter for OUS Hjemme i klinikkene. For å sikre ønsket forankring bør disse klinikkontaktene ha frigjort minimum 50 % av sin stilling til forbedringsarbeid og OUS Hjemme.



Klinikkontakter for OUS Hjemme

- gjerne kompetanse fra forbedringsarbeid
- være prosjektets kontaktpunkt inn i klinikken
- å ha oversikt over aktiviteter i sin klinikk
- holde prosjektet orientert om planer, aktiviteter og utfordringer
- sammen med fagmiljøene i klinikkene konkretisere i hvilken form hjemmebehandling egner seg og for hvilke pasientgrupper
- bidra inn i klinikkens egen tjenesteutvikling
- bidra i klinikkens arbeid med å etablere egne mål for hjemmesykehus de neste årene
- sammen med team utviklingsstøtte og ledelsen sørge for at tillitsvalgte og vernetjenesten deltar i utviklingsarbeidet på en god måte
- opprette en dialog/samarbeide med klinikkhovedverneombudet i den respektive klinikk
- bidra i innholdsproduksjon på temasider
- sammen med fagmiljøer i klinikken dele av sine erfaringer på nettverkssamlinger
- være kontaktpunkt for oppfølging av gevinster og innhenting av relevant informasjon

Trinn 1: 2022 – 2023



- Tjenesteutvikling i klinikkene
- Klinikkvise målbilder og planer
- Økning i bruk av videokonsultasjoner og andre tilgjengelige digitale verktøy
- Planlegging og utvikling av infrastruktur for hjemmesykehus, mtp logistikk, teknologi og samhandling
- Samordne planer med Nye OUS

Trinn 2: 2024 – 2025



- Tjenesteutvikling i klinikkene
- Økning i bruk og tilgjengeliggjøring av digitale verktøy på HelseNorge
- Anskaffelser via regional rammeavtale for DHO
- Fortsatt utvikling og etablering av fellestjenester for hjemmesykehus, mtp logistikk, teknologi og samhandling
- Samordne planer med Nye OUS
- Overføring av prosjektaktiviteter til linjeorganisasjonen

Trinn 3: 2025 – 2030



- Kontinuerlig utvikling og forbedring i klinikkene
- Ibruktageelse av regionale plattformer for DHO og medisinsk utstyr i hjemmet
- Forberedelser flytting nye bygg



OUS Hjemme

**Diakonhjemmet sykehus og Oslo
kommune (bydel Frogner) v/Torfinn L.
Gaarden og Vegard Tangen**

Integrerte helsetjenester

Diakonhjemmet sykehus - Bydel Frogner

Torfinn Løddøen Gaarden - Vegard Tangen

Hvem er storforbrukere av døgnplasser på sykehus?

- 9 av 10 hadde vært innlagt med avdeling
- 2 av 3 hadde vært innlagt kir avdeling
- En og samme pasient innlagt på flere avdelinger, vanlig.
- Alvorlig lungesykdom, ofte som bidiagnose
- Alvorlig sykdom i flere organsystemer samtidig er gjennomgående
 - hjerte,
 - mage-tarm,
 - psykisk lidelse,
 - rus,
 - CNS,
 - skjelett.
- Høy dødelighet.

Hvem er storforbrukere av døgnplasser på sykehus?

- Kontinuerlig avtagende kostnader fra pasient 1 til 1000.
- Kontinuerlig avtagende sykkelighet fra pasient 1 til 1000.

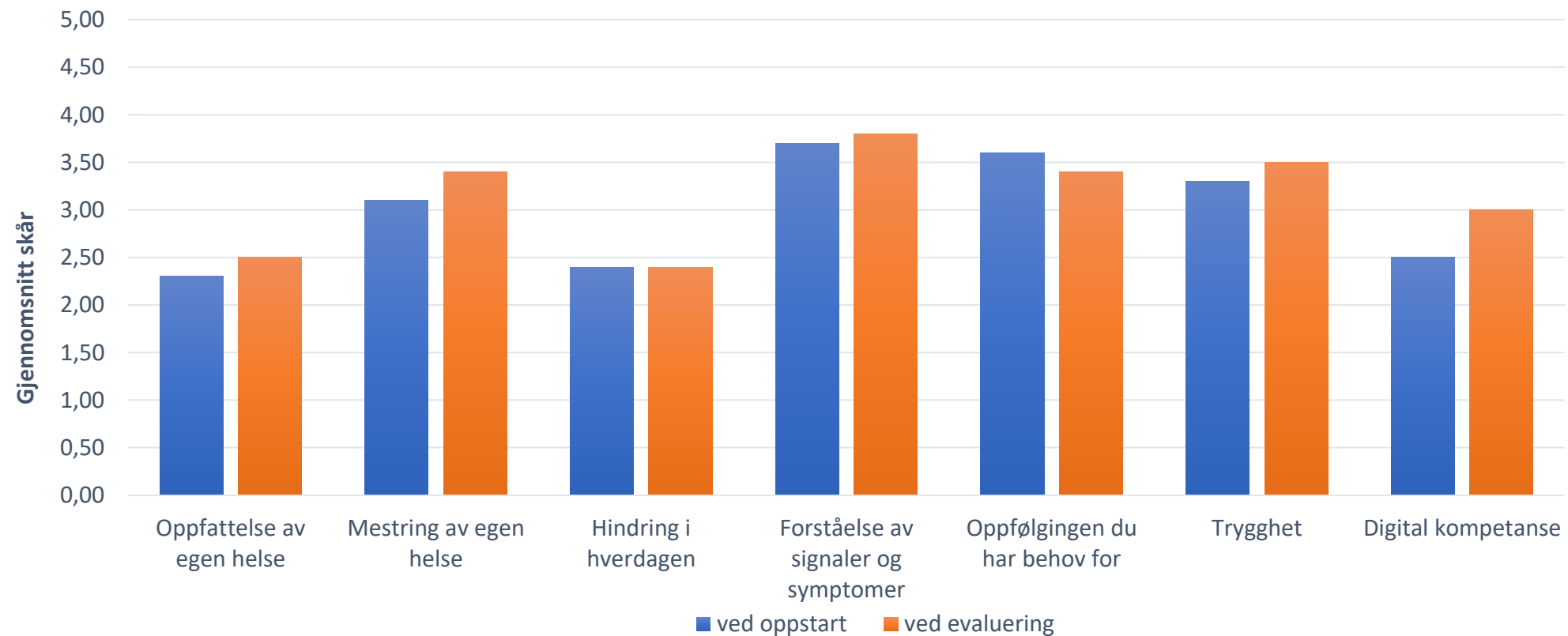
Hvordan bedre helsetjenesten?

- Registrere symptomutvikling i hjemmet
 - Behovsstyrt helsehjelp
- Samarbeid
 - Pasient – helsetjeneste i kommune -

Fremdrift høsten 2021

- Oppstart DHO med nyansatt i prosjektstilling
- KOLS = 52,7% re-innleggelse (2019)
- Erfaring fra VIS-prosjekter (Oslo kommune 2013 – dd)
- Kommunikasjon/markedsføring
- Forankring
- Gevinstarbeid
- Samarbeid med Innomed
- Måltall 2021: 10 inkluderte

Innhentet data viser økt trygghet, digital kompetanse og innsikt i egen sykdom blant brukerne



Organisering DHO i bydel Frogner

- Oppfølgingscenter - sykepleierkonsulent i 100% prosjektstilling -->2022
- Tett samarbeid med koordinator for velferdsteknologi, hjemmetjenesten, mestringsteam, avtalefysio ++

Samarbeid

- Samarbeidsmøte med prosjektgruppe (DIA/BFR/BUN) hver mnd
- Deltagelse på polikliniske konsultasjoner
- Dialog med poliklinikk der bruker følges opp av de
- Tverrfaglig møte hos fastleger
- På tvers av enheter i BFR

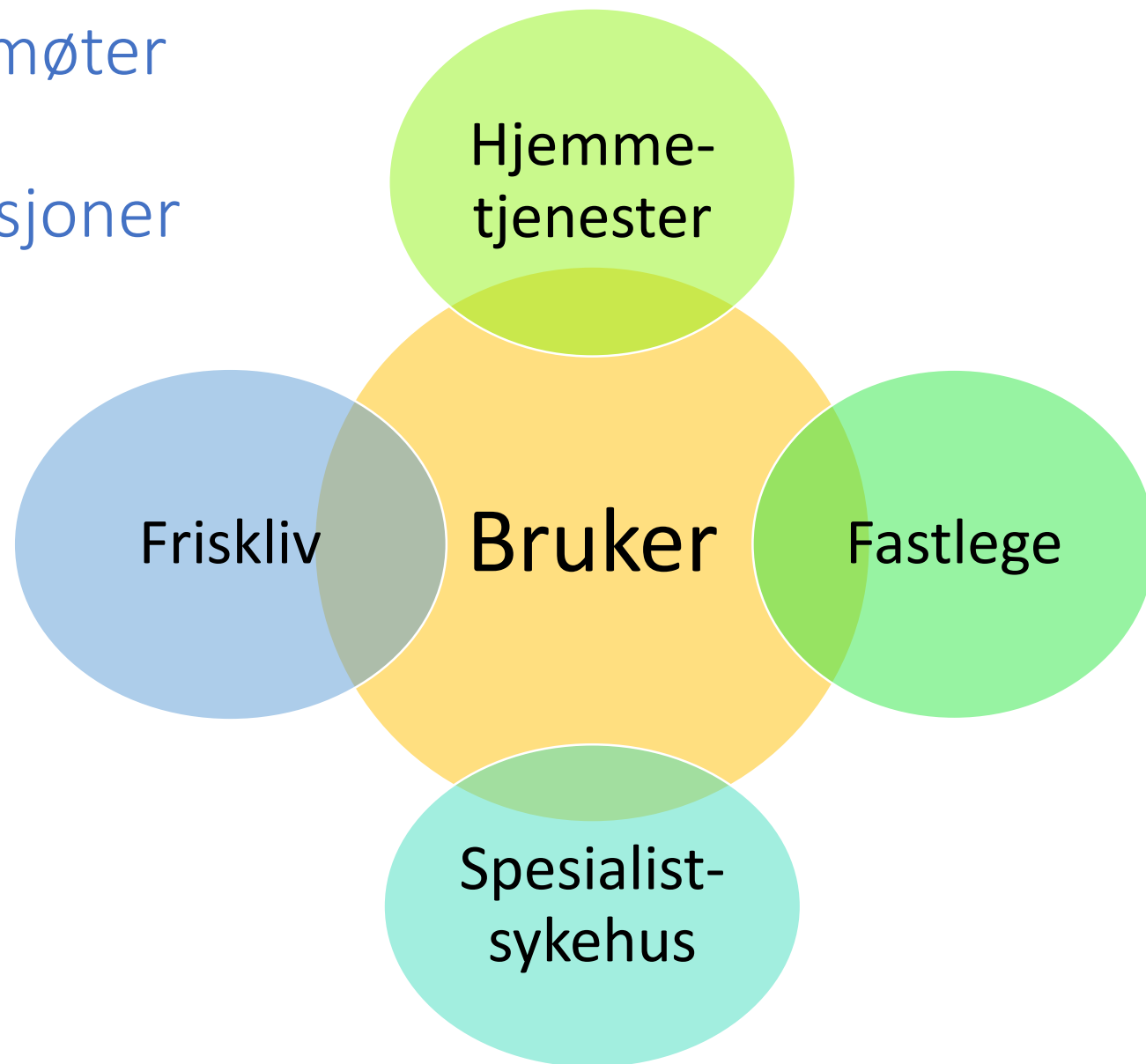
Utfordringer

- Manglende involvering av poliklinikk tidlig i prosjektet
- Tidsdelay i kommunikasjon - lang tid før PLO meldinger
- Foreløpig lite henvisninger fra poliklinikken
- Siloer internt i organisasjonene

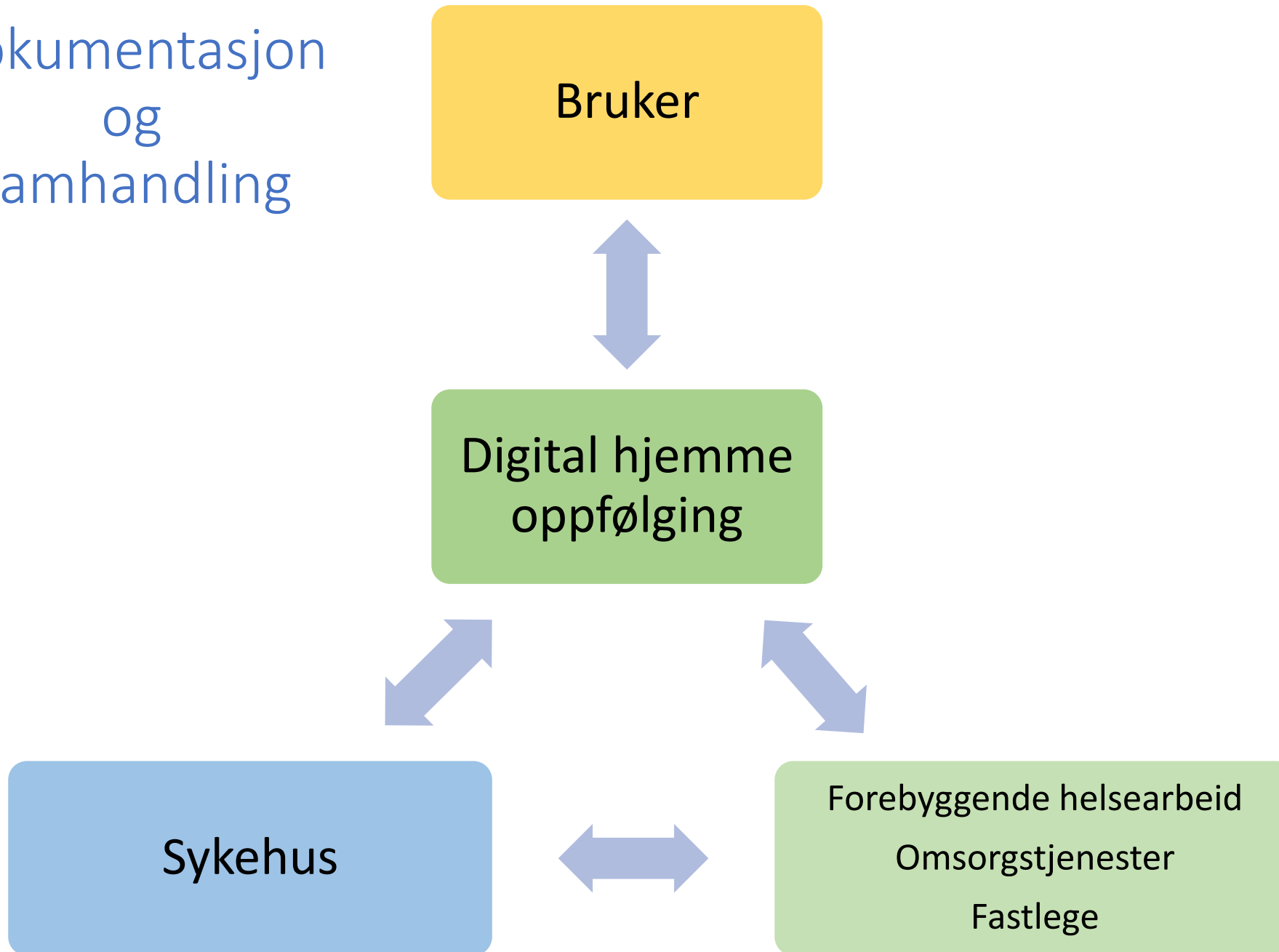
Veien videre

- Fortsetter inklusjon av KOLS-pasienter
 - Bygger videre på gevinstrealiseringsplanen
- Nytt samarbeid med Frisklivssentralen
 - Kommunikasjonsløsning
 - Plattform for bedre struktur av oppfølging
- Langtidsplan for velferdsteknologi
- Innen 2024 – tilby DHO også til hjerte, kreft, diabetes ++
- Innsiktsarbeid på poliklinikker ved Diakonhjemmet

Digitale møter
og
konsultasjoner



Dokumentasjon
og
Samhandling



**Nordlandssykehuset og Bodø kommune
v/Vibeke Tellmann og Merete Johansen**

Vibeke Tellmann

Merete Johansen



Bodø kommune og Nordlandssykehuset HF



***Førr å få nåkka
du ikke har,
må du gjør nå
du ikke gjør!***

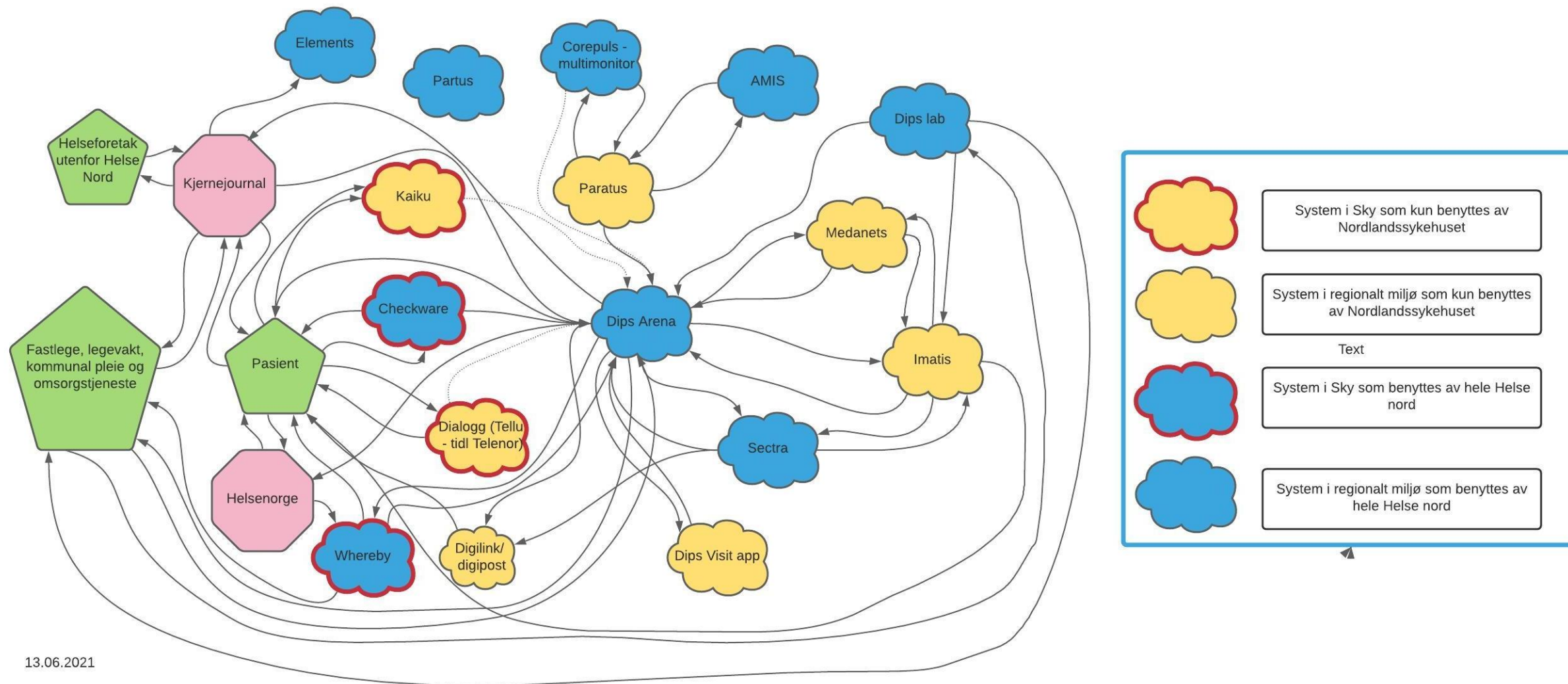




DHO – Nordlandssykehuset HF

- Har samlet alle DHO prosjekter i en portefølje – dette gjør vi for å sikre en rød tråd og best mulig utnyttelse av eksisterende løsninger. (Unngå en rekke silosystemer og en « dunge» med ulike arbeidsprosesser)
- Antar at vi vil ende opp med en «verktøykasse» med ulike verktøy for å dekke ulike faglige behov. MEN alle systemer har fellesnevner
 - Tellu – DHO med sensorer
 - Kaiku – DHO tilpasset kreftpasienter (imunterapi)
 - Checkware – Skjemabasert digital kartlegging/informasjonsinnhenting
- Kombinerer disse i ulike varianter med RPA løsning (robot som overtar manuell jobb)

Digitalt økosystem på Nordlandssykehuset– forenklet skisse



13.06.2021





UTFORDRING – HVA MER SKAL VI DIGITALISERE?

Vi har flere digitale verktøy på plass og i ferd med å bygge opp nye tjenester for å jobbe smartere

- Digital hjemmeoppfølging av pasienter som gjør hjemmedialyse - Tellu
- Pilot på RSSO (regionalt senter for sykelig overvekt) - Tellu
- Jobber nå med kartlegging av samhandlingsutfordringer rund Palliativ behandling for barn og unge – Kjernejournal/Tellu/???
- Digital oppfølging av bivirkninger hos pasienter som får imunterapi (kreftbehandling) - tidlig oppdage bivirkninger og får forslag til tiltak og vi kan justere før «det går galt» og sikre at pasient er klar for behandling. = Kaiku
- Skjemabasert kartlegging – pågår – vi går aktivt ut i klinikkene og leter etter områder som egner seg for digitalisering
 - Behovsstyrte oppfølginger/kontroller
 - Kartlegging av tilstand før konsultasjon på sykehuset
 - Xxx
 - Xxx

Tenk om du allerede ved vurdering av henvisning kan kartlegge pasienten tilstand/situasjon

- Kan vi prioritere de sykeste først?
- Kan vi igjennom digital dialog starte behandlingen før pasienten kommer inn til fysisk konsultasjon?
- Når pasienten kommer inn har vi mer kunnskap for å gi rett behandling raskere?
- Kan vi luke ut de som har det bra og ikke trenger komme inn til kontroll, evt kan fysisk konsultasjon erstattes av telefon/video?





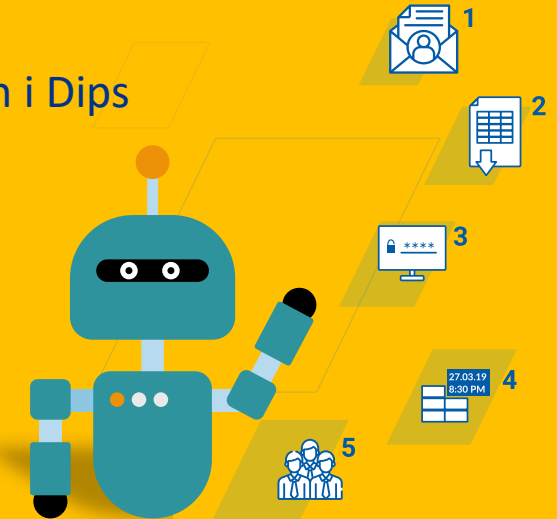
UTFORDRING – HVA MER SKAL VI DIGITALISERE?

Vi har flere digitale verktøy på plass og i ferd med å bygge opp nye tjenester for å jobbe smartere

- Robotisering av manuelle arbeidsprosesser - pågår

Nora Nord – vår Robot er allerede i gang med å gjøre utrolig kjedelig manuelt arbeid for oss.

- Hun sender ut venteliste-brev med skjema for å verifisere om pas skal beholde plass på venteliste
- Hun sørger for utlevering av dokumenter i Vesterålen
- Flytter data fra Kaiku inn i Dips
- Hva mer?





Hovedutfordringer

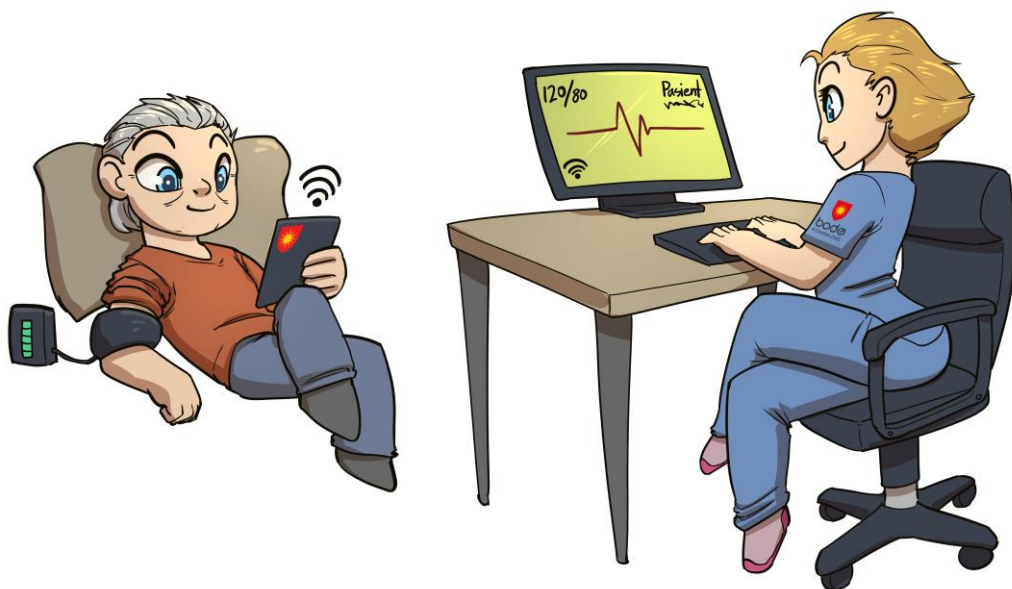
- Samhandling med våre 20 samarbeidskommuner – 20 ulike rutiner/løsninger?
- Strømlinjeformede overganger mellom tjenestenivå inkl felles tilgang til DHO – (må ikke bli tvil om hvem som har ansvar for hva/når)
- Sikre at de som trenger det vet om at pasient har DHO og max utnyttelse av den
- Engasjere våre klinikere i forhold til hvilke prosesser/oppgaver/pasientgrupper som gir nytte
- Endringen – fra «manuell» jobb til digitaliserte prosesser – på sikt forventer vi frigjort tid
Digital poliklinikk som bistår med den digitale oppfølgingen for å unngå å bemanne opp ute.



Digital hjemmeoppfølging - Bodø kommune

- NVP Utprøving 2018-2021
- Nordlandssykehuset
- Fastleger

NLSH og Bodø kommune – felles leverandør



tellu





Digital hjemmeoppfølging - erfaringer

- Etablering av responscenter for digital hjemmeoppfølging - Helsehjelpa
- Mini-utprøvningsprosjekter
 - Samarbeid med Nordlandssykehuset, KOLS koordinator
 - Digital hjemmeoppfølging – Kreft
 - Digital hjemmeoppfølging – Hjemmetjeneste
 - Digital hjemmeoppfølging – Miljøtjeneste (fysisk og psykisk funksjonsnedsettelse)
 - Bruk av video, integrert i løsningen (Sintef, Covidig)
- Forsterket utskrivning
 1. Datadeling
 2. Forsterket utskrivning fra medisinsk sengepost
 - Formål: Identifisere aktuelle brukere tidligere
 - NLSH starter kartleggingen og avtaler møter allerede når bruker er innlagt
 - Utprøving på dette akkurat nå
 - Kartlegge informasjonsbehovet på tvers av tjenestene
- Covid 19
- Helhetlig tjenestemodell – logistikk og flyt





Digital hjemmeoppfølging - behov for datadeling

- Behovet for deling av data
 - Deling av data fra Tellu til EPJ – Ferdig kartlagt og under arbeid
 - Deling av måledata fra Tellu til EPJ – Ferdig Kartlagt
- Fastleger
 - Lese-tilgang til løsningen
 - Måledata
 - Egenbehandlingsplaner og behandlingsplaner
- Spesialisthelsetjenesten
 - Kols-sykepleier lesetilgang.
 - Tilgang til andre på avdelingen – under kartlegging
 - Egenbehandlingsplaner og behandlingsplaner





Takk for oppmerksomheten

Pause til klokken 10.45

St.Olavs hospital v/Jarl Kåre Reitan

DIGITALE HELSETJENESTER

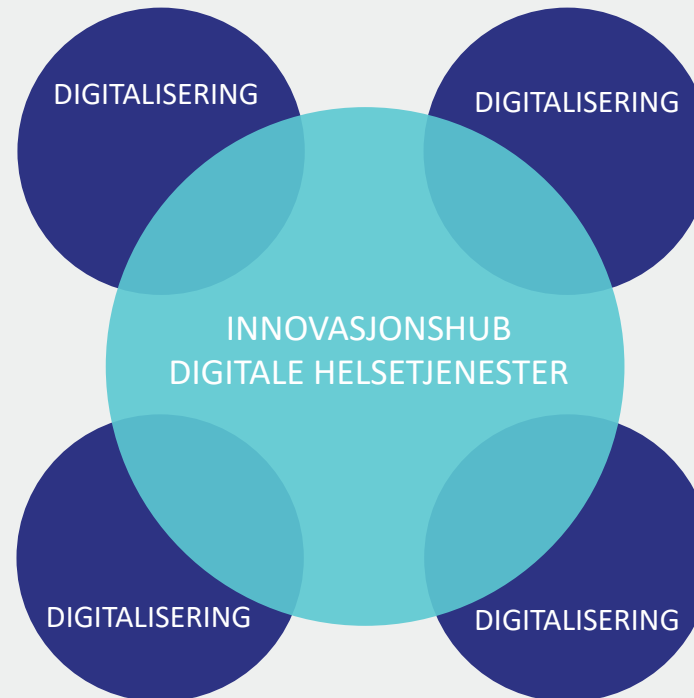
Jarl Reitan, innovasjonsrådgiver, fagavdelingen St. Olavs hospital

Kristine Holbø, innovasjonsrådgiver/tjenestedesigner, fagavdelingen St. Olavs hospital

DIGITALE HELSETJENESTER - REGIONALT SAMARBEID

 **HELSE NORD-TRØNDELAG**
Åsmund Bang, innovasjonsrådgiver

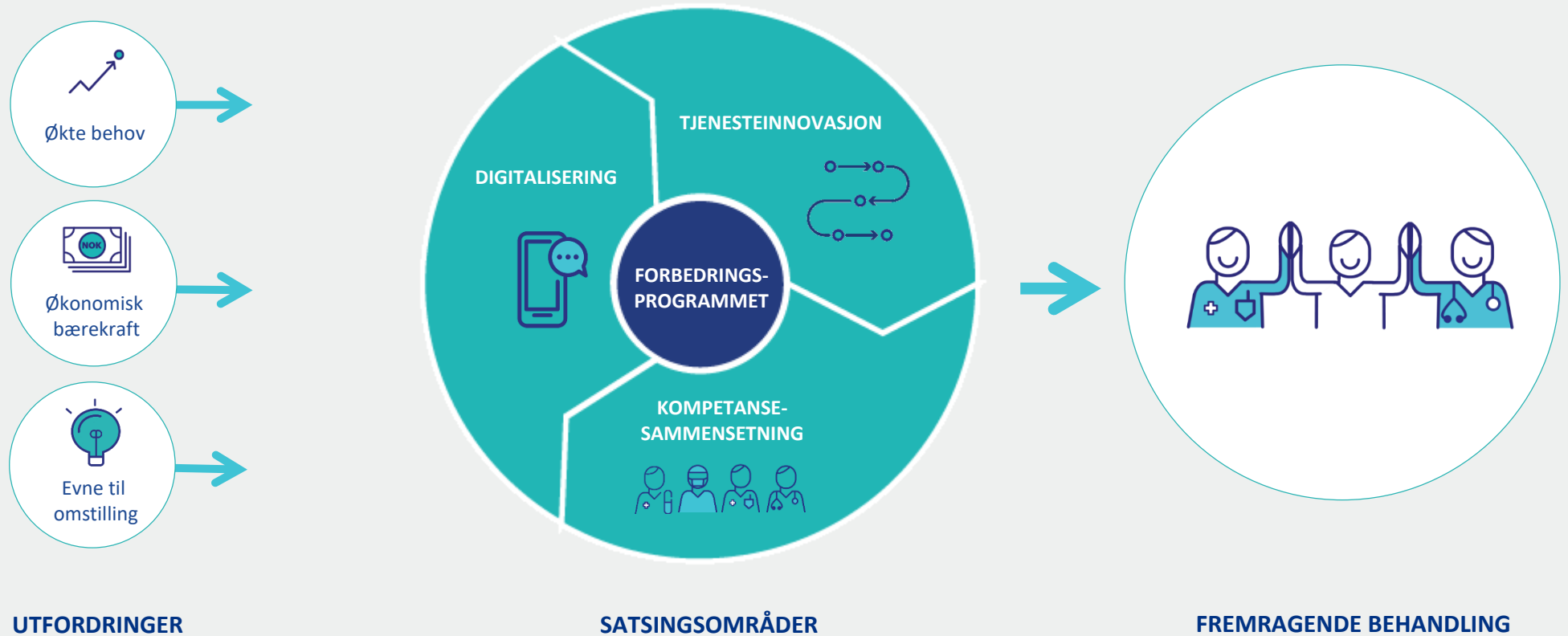
 **ST. OLAVS HOSPITAL**
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM
Kristine Holbø, innovasjonsrådgiver
Jarl Reitan, innovasjonsrådgiver



 **HELSE MØRE OG ROMSDAL**
Christer Jensen, innovasjonsrådgiver

 **HELSE MIDT-NORGE IT**
Per Henning Valderhaug, rådgiver

FORBEDRINGSPROGRAMMET – ST. OLAVS HOSPITAL



DIGITALISERING

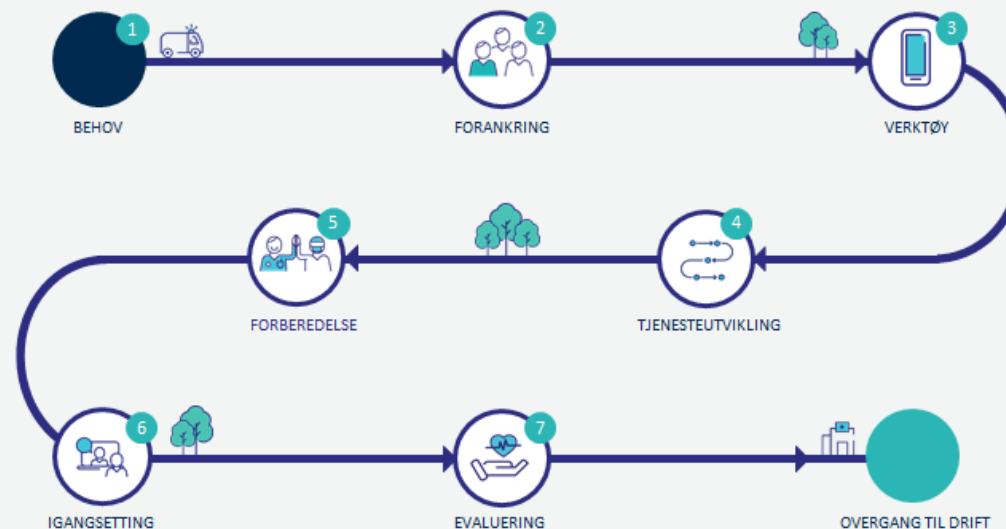
FORBEDRINGSPROGRAMMET

Utvikling av helsetjenester med bruk av digitale verktøy som gir fremragende behandling

Styringsgruppeleder: Adm. Direktør



IMPLEMENTERING AV VIDEOKONSULTASJONER*



1. Identifisere behov og muligheter

Kartlegging av behov og muligheter med mål om å utvikle nye fremtidsrettede tjenester med bruk av digitale verktøy

2. Tydelig lederforankring

Forankring i styringsgruppe for å synliggjøre en overordnet strategisk retning samt fastsetting av målbare mål

3. God nok teknologi

Bruk av teknologi som har tilstrekkelig funksjonalitet samt er godkjent i forhold til pasientbehandling

4. Endring i arbeidsoppgaver

Bruk av tjenstedesign for å kartlegge og videreutvikle pasientforløpet for å skape en sømløs tjeneste

5. Opplæring og inspirasjon

Bidra til læring og inspirasjon, i form av foredrag, eksempler, kunnskap fra andre, testoppkoblinger og interne møteplasser

6. Støtte for rask igangsetting

Teknisk supporttjeneste for pasienter samt tjeneste for helsepersonell knyttet til koding, registrering og dokumentasjon

7. Tilbakemelding fra brukerne

Måling av tilfredshet hos pasienter og helsepersonell med mål om å finne områder med behov for videreutvikling

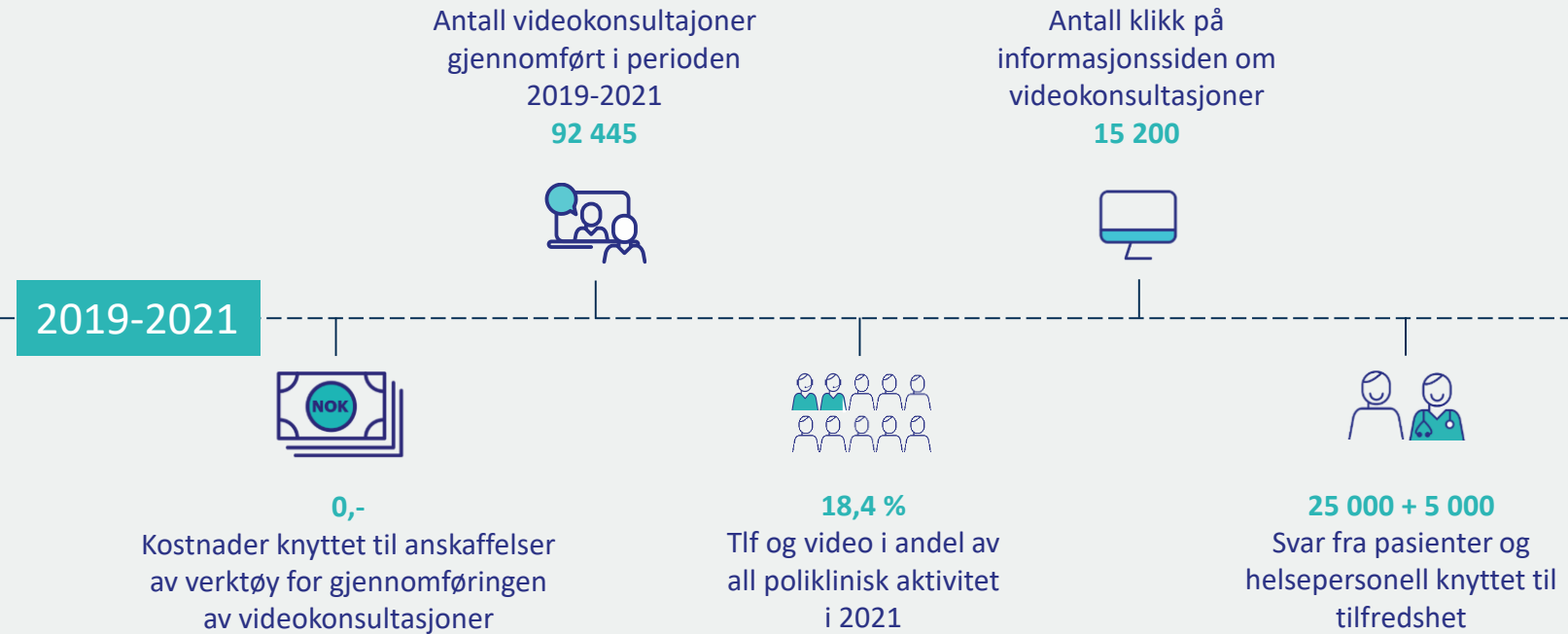
Overgang til drift

Fra prosjekt til ny praksis. Sikre god overføring til forvaltning og systemeier

© St. Olavs hospital HF

DIGITALISERING

SATSING I FORBEDRINGSPROGRAMMET ST. OLAVS HOSPITAL HF



Helseplattformen – 1. mai 22



Helseplattformen - EPJ



HelsaMi - innbyggerportal



Lik app for alle pasienter

+ Slipper ROS-vurderinger

+ Info integrert i journal

= Økt utviklingstakt



SPØRRESKJEMA

11:18

Tilbake D Spørreskjema

Å leve med epilepsi

Hvordan er din livskvalitet? (side 1 av 4)

Ingen svar Meget god Meget dårlig

Er dine pårørende bekymret på grunn av din epilepsi?

Vet ikke Aldri Ofte

Bor du alene?

Ja Nei

* Har du utfordringer på din skole eller arbeidsplass som du tenker er knyttet til epilepsien?

Ja Nei

Jeg har økende fravær fra skole eller arbeidsplass

Ja Nei

Jeg møter liten forståelse for min sykdom

Ja Nei

Fortsett

Avbryt

INFORMASJON OG OPPLÆRING

10:47

Tilbake Oppgaver dagen før ... Lukk

Oppgaver dagen før operasjonen

- Les informasjonen og se filmen i lenkene under, så er du godt forberedt til det som skal skje de neste dagene.

- Husk Klexane. Den første sprøyten skal settes i kveld

LES

De første dagene etter operasjonen (stolav.no)

Gastrisk sleeve reseksjon (pdf)

SE VIDEO

Velkommen til kirurgi på St. Olavs hospital

ST. OLAVS HOSPITAL

Jeg forstår

Jeg har spørsmål

OPPGAVER OG PÅMINNELSER

12:01

< Tilbake F Gjøre mål

0% fullført

I dag

Husk å starte på pulverkur

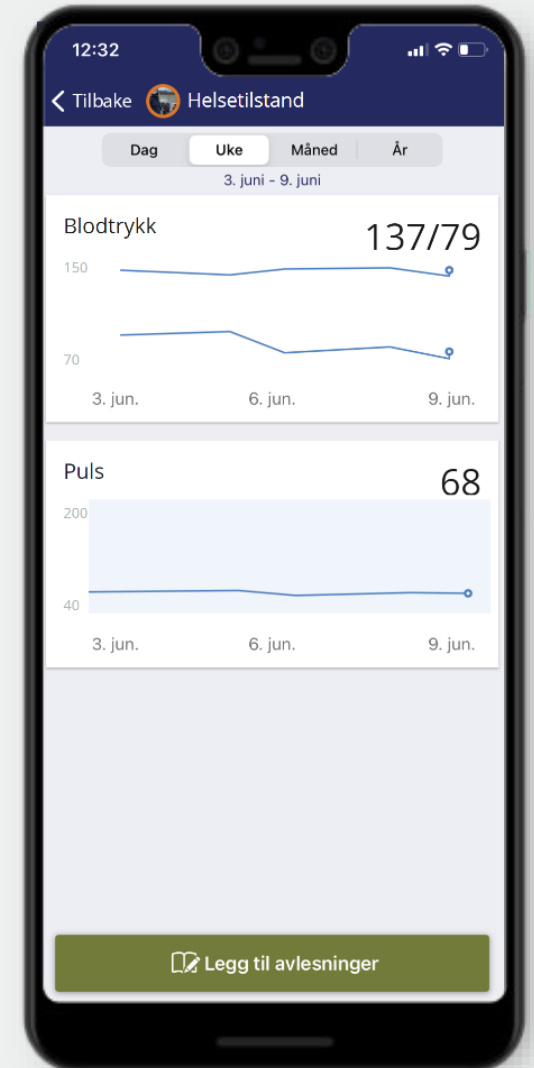
☀ Gjøres om morgenen

En pose med pulver blandes i 2 dl ekstra lettmeik 5 ganger pr dag. Hvis du blander det med vann må du ha 9 poser pr dag. Drikk minst 2-2,5 liter vann i tillegg.

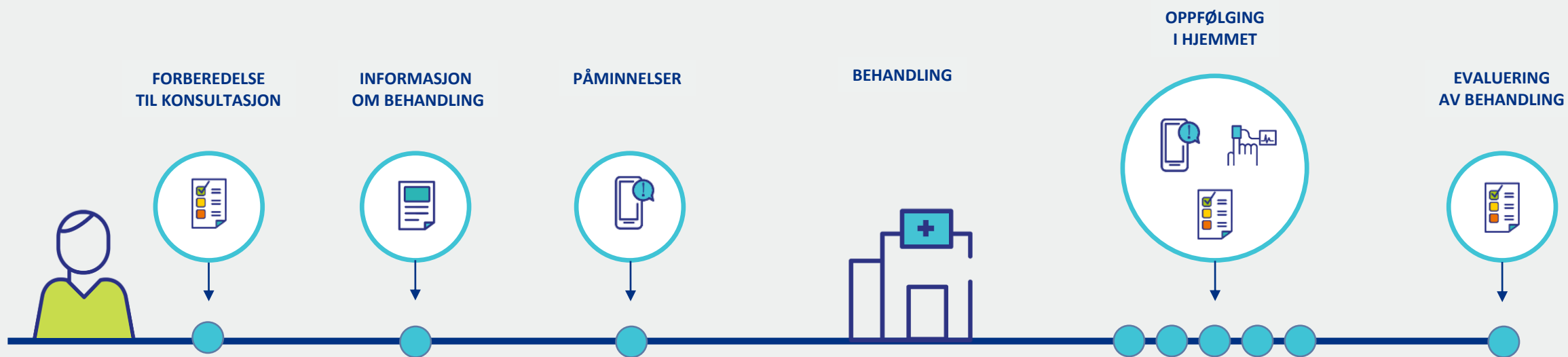
✓ ✗

Oppgaver Progresjon Endringer Mer

MÅLINGER



Digitale verktøy – i hele pasientforløpet



DIGITALE HELSETJENESTER – VERKTØY

Spesialisthelsetjenesten

Mål: Proaktiv helsetjeneste



Videokonsultasjon



Digitale skjema



Digital dialog



Digital informasjon



Medisinsk utstyr



Behandling- og oppfølgingsprogram

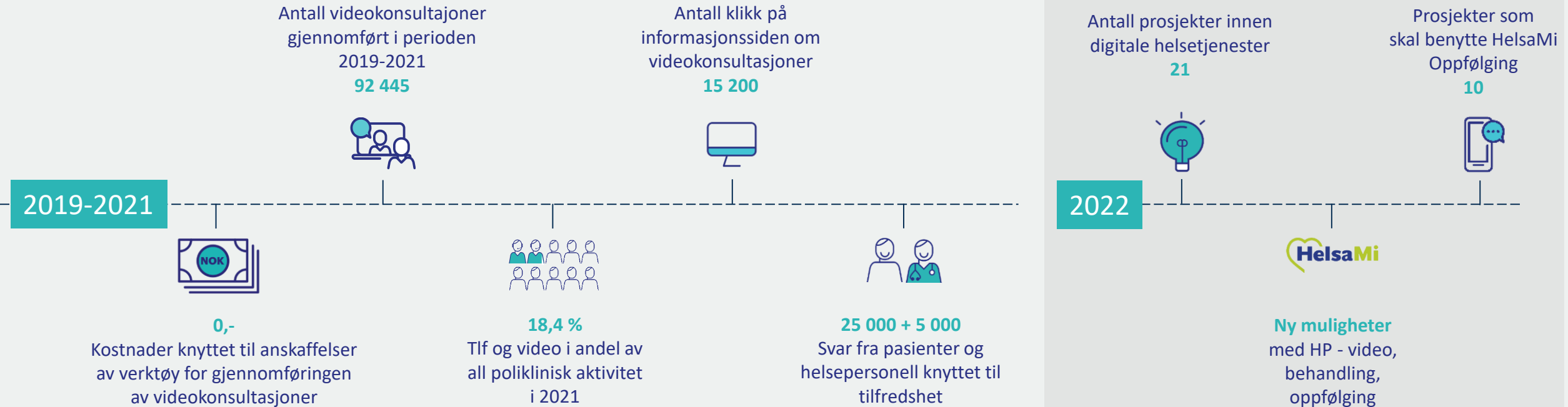


Pasient

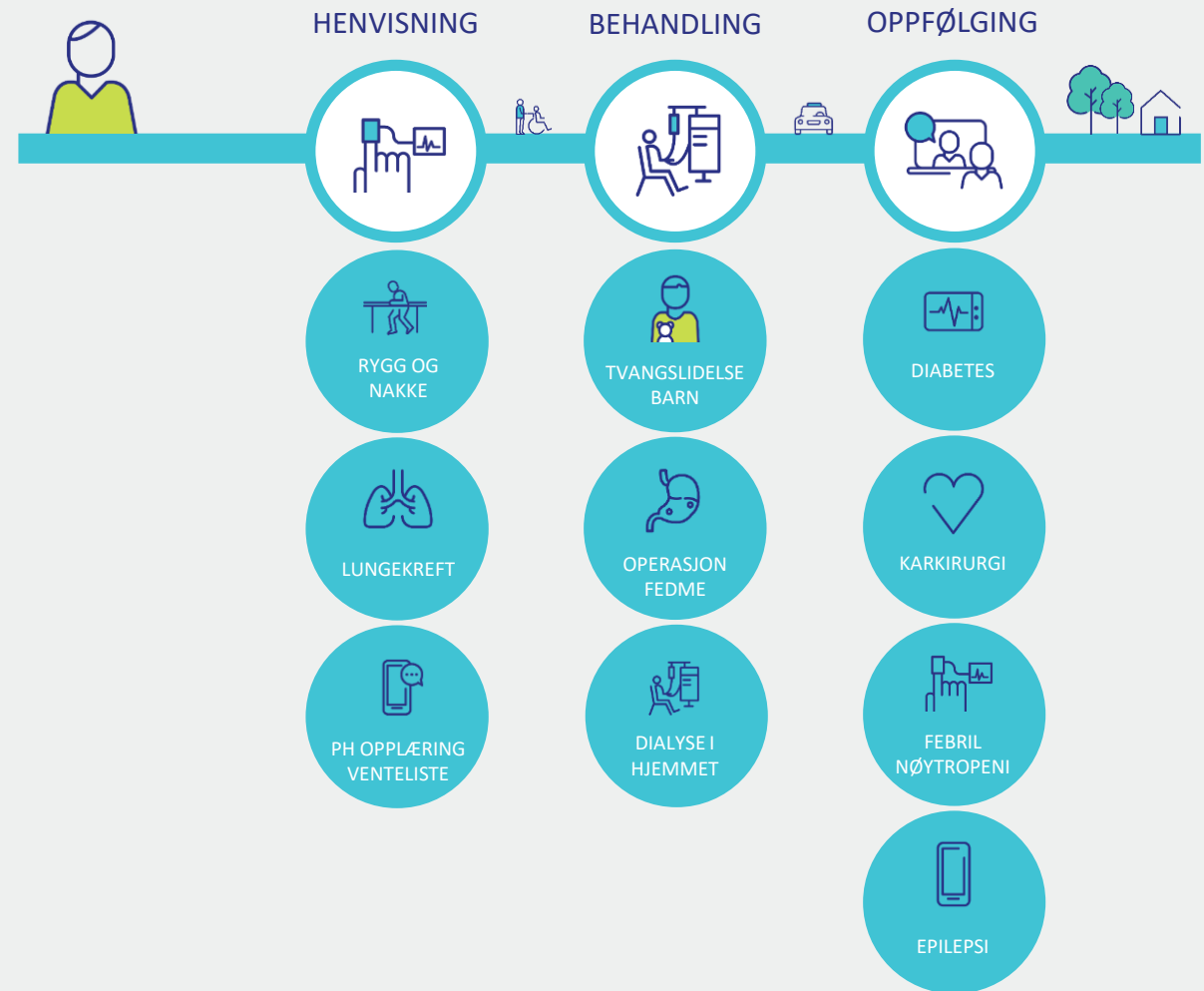
Mål: Aktiv og informert pasient

DIGITALISERING

SATSING I FORBEDRINGSPROGRAMMET ST. OLAVS HOSPITAL HF



PROSJEKTER - HELSAMI OPPFØLGING



Oppfølging av kreftpasienter med febril nøytropeni

KREFTKLINIKKEN, PROSJEKTLEDER: SUNIL RAJ

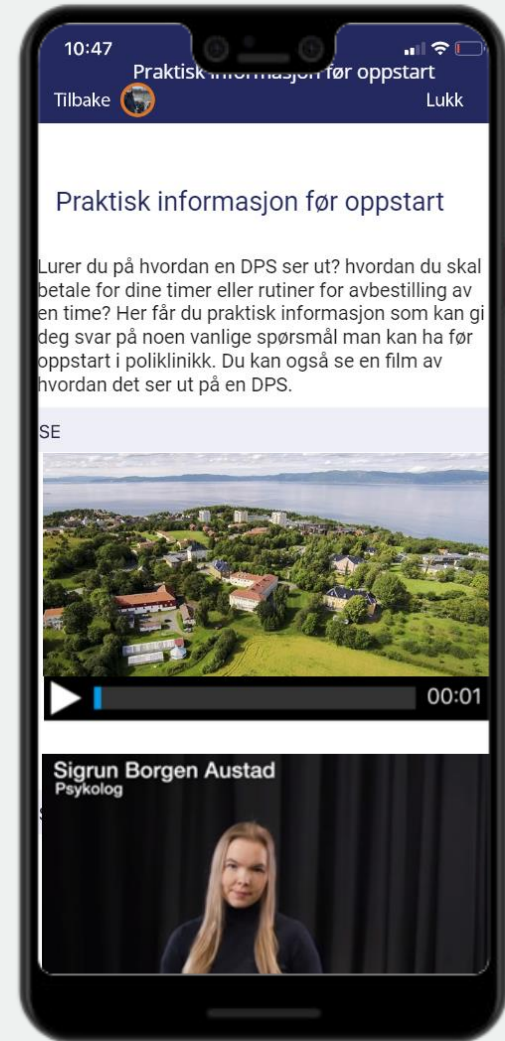
- Febril nøytropeni er en potensielt livstruende komplikasjon til kreftbehandling
- Alle pasienter legges inn - antibiotikabehandling i 7-14 dager
- Lavrisikopasienter kan behandles hjemme med tettoppfølging - tidligere hjemreise fra sykehus
- Pasienten blir tilbudt en tjeneste i hjemmet – bruker HelsaMi som verktøy
- Pasienten rapporterer på helsetilstand – subjektivt, puls, blodtrykk, respirasjon og oksygenmetning to ganger daglig



StartHjelp – et tilbud til pasienter som står i venteliste i PH

KLINIKK PSYKISK HELSE, PROSJEKTLEDER: LIV ENGVIK





EVALUERING – TIDLIG NYTTEVURDERING*

BRUKERTILFREDSHET
Kartlegging av nytteverdi løsningen vil ha for pasienter, pårørende og ansatte

HELSEMESSIG NYTTE
Kartlegging av lignende løsninger nasjonalt eller internasjonalt for å få innsikt i hva som allerede er gjort



ORGINSATORISKE KONSEKEVENSER
Kartlegge hvordan dette påvirker driften lokalt og i forhold til sykehusets andre avdelinger

ØKONOMISKE KONSEKVENSER
Kartlegging av data fra brukere, eksperter og fagpersonell

Vi flytter helsetjenestene nærmere pasientene

Eksempler fra tjenesten



Opprettholde hverdagsliv

Barn



Konsultasjon når det trengs

Epilepsi



Bedre innsikt i egen helse

Fedme



Slipper tidkrevende reiser

Ortopedi



Tidlig hjemreise fra sykehus

Kreft



Store verdier for familien

Nyfødt intensiv, NAST



Individuell tilpasning

Psykisk helse barn



Samarbeid med kommune

Smerte, sår, palliativt team



Justeringer gjøres hjemme

Obstruktiv søvnapné

HAR DU EN HISTORIE?

FLERE EKSEMPLER

Digitale helsetjenester

HVORFOR



HVORDAN



HVA



OFTE STILTE SPØRSMÅL

KONTAKT OSS

TAKK FOR MEG!

**Trondheim kommune v/Elise Klæbo
Vonstad**

Digital hjemmeoppfølging i Trondheim kommune

Nasjonal møteplass for digital hjemmeoppfølging

31/3-22

Elise Klæbo Vonstad



Innhold

- Eksisterende tiltak og erfaringer
- Samarbeid kommune/St.Olavs
- Videre planer for DHO



Bakgrunn

- Strategisk satsing på velferdsteknologi siden 2011
- Medisinsk avstandsoppfølging og HelsaMi+ (2015-2018): grunnlaget for dagens tjeneste
- Digital hjemmeoppfølging tjeneste siden 2018
- Velferdsteknologisatsingen til Trondheim kommune revitaliseres: Program for bærekraftige helse- og velferdstjenester
- Ehelse som en prioritert portefølje





Eksisterende tjeneste

Pasientgrupper

Kols
Hjertesvikt

Forutsetninger

Egenbehandlingsplan
Interesse - motivasjon
Teknisk

Teknologi

Imatis ⇒ CheckWare
Locus
EPJ
Måleenheter



Organisering av tjenesten

Bidragsytere



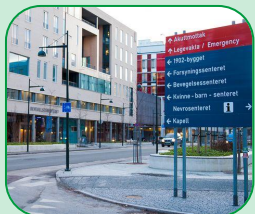
Ergoterapi



Fysioterapi



Hjemmetjeneste



St. Olavs hospital

Hjerte/lunge henviser aktuelle pasienter til tjenesten.



Trygghetspatroljen

Setter opp tjenesten, gjennomfører opplæring og monitorerer innrapporteringene. Iverksetter tiltak basert på helsetilstand.



Helse- og velferdskontor

Mottar henvisning og kartlegger behov for tjeneste.
Kommuniserer med Trygghetspatroljen via EPJ.



Fastlege

Vurderer behovet for egenbehandlingsplan og oppretter dette i samråd med bruker. Kommuniserer med vaktsentralen via E-Link.

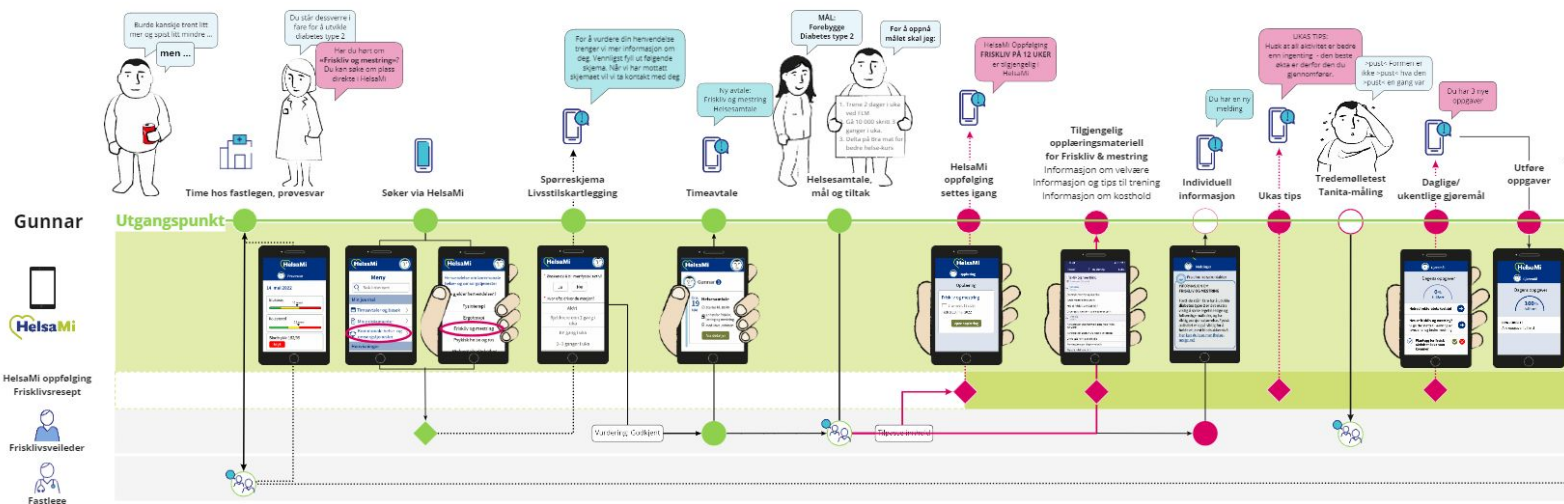


HelsaMi Oppfølging

Frisklivsresept på 12 uker

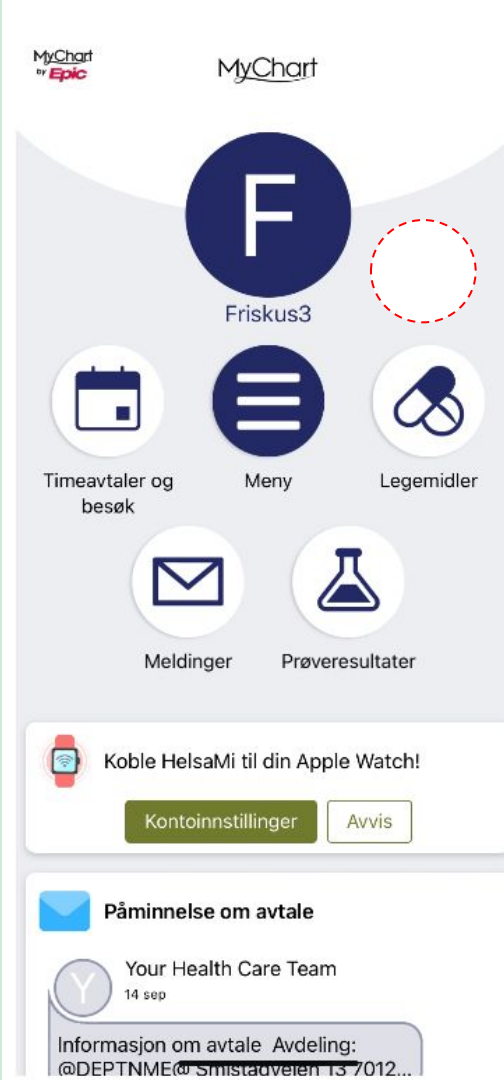
Før oppstart

De to første ukene



Samarbeid St. Olavs

- Tidligere samarbeid
- Helseplattformen
- HelsaMi (Oppfølging)
- Andre forløp
- Suksesskriterie



Plan videre

- Tjenesteutvikling
- Definere hva DHO skal være fremover
- Forløp for psykisk helse under utvikling (m/Checkware)
- Uavhengig av løsning



Stad kommune v/Emilie Nyheim



Nasjonal møteplass for DHO og heimesjukehus 31.3.22



Stad kommune

- Emilie Nyheim, fysioterapeut og medarbeidar i DHO
- Organisering av prosjektet 2018 - 2021
- Medisinsk avstandsoppfølging – digital heimeoppfølging



Stad kommune

Tiltak og erfaringar

Kva tiltak har vi sett i gang innanfor digital heimeoppfølging?

- Medarbeidar
- Samarbeid med primærhelseteam
- Oppfølgingssenter på ØHD
- Rekruttering
- Telefonisk kontakt med medisinsk sengepost
- Fysioterapeutisk oppfølging

Kva erfaringar har vi gjort oss?

- Spesialisthelsetenesta - henvisande instans
- Medarbeidar DHO + PHT
- Småskala
- 9500 innbyggjarar
- Drift + utvikling
- Endring tek tid
- Fastlegane



Samarbeid



Stad kommune

Korleis samarbeidar kommune og sjukehus om digital heimeoppfølging / heimesjukehus?

- Helseinnovasjonskonferansen
- Helse Førde
- Treng meir informasjon om kvarandre
- Dignio

Føreligg det planar for samarbeid?

- Avtale ØHD
- Planarbeid
- Samarbeid på tvers



Vidare planar



Stad kommune

Kva er Stad kommune sine planar for digital heimeoppfølging?

- 2022 – DHO ordinær drift
- Prosedyrer og planarbeid
- DHO ute i tenestene
- VFT-stilling for koordinering
- Vedtaksbasert teneste
- Medisineringsstøtte
- VKP



Kontaktinformasjon



Stad kommune

Barbro Longva, kommunalsjef helse og omsorg,
prosjekteigar DHO

Linda Gotteberg, einingsleiar helse

Emilie Nyheim, fysioterapeut og medarbeidar DHO,
emilie.nyheim@stad.kommune.no
901 90 404

Helse Bergen v/Geir Granerud

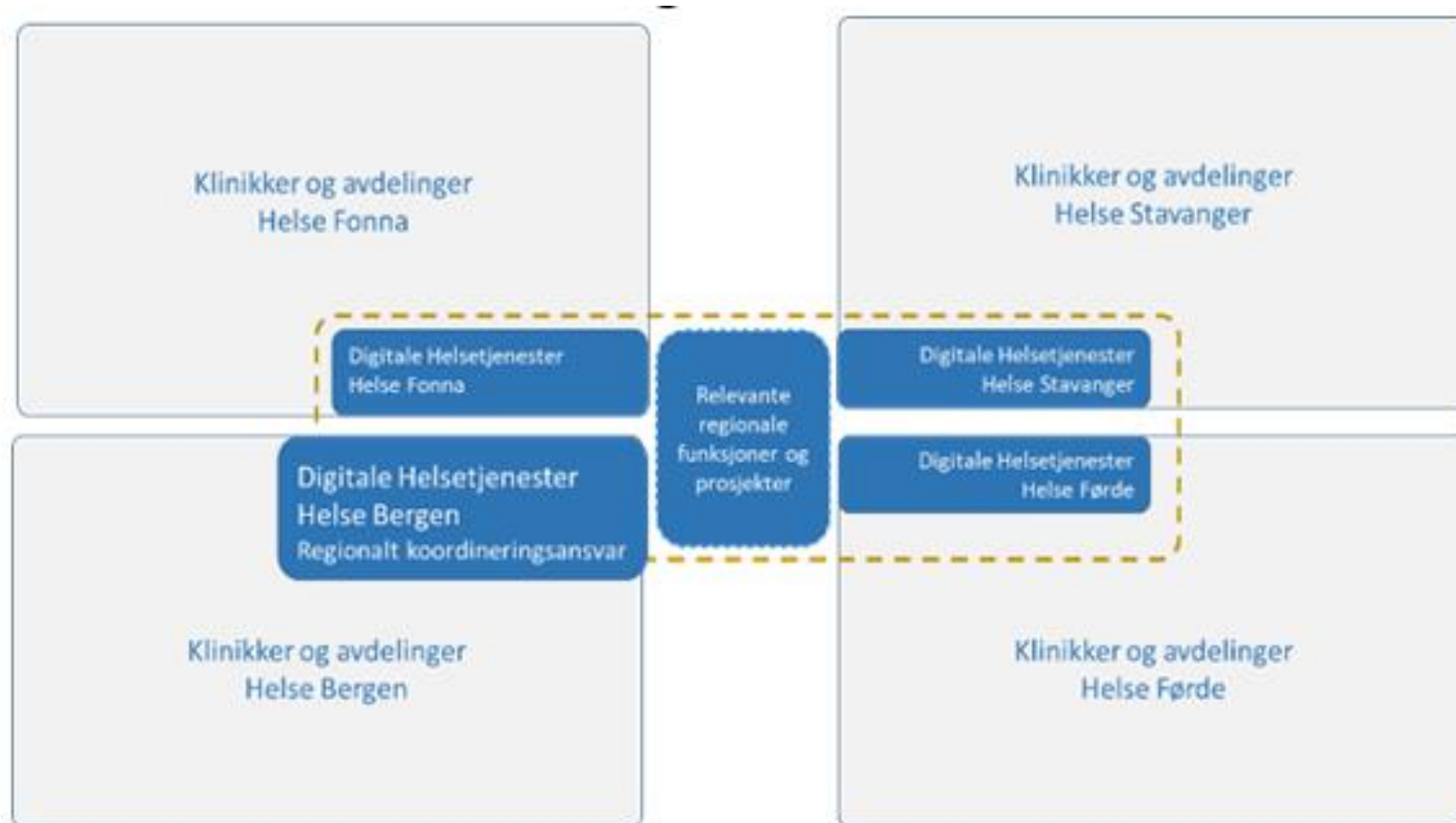
INNOMED – NASJONAL MØTEPLASS FOR DHO OG HJEMMESYKEHUS

Geir Granerud, leder digitale helsetjenester
Helse Bergen og leder regionalt nettverk
digitale helsetjenester Helse Vest

31.3.2022



Satsing på digitale helsetjenester i Helse Vest



- Fokus på å få mer ut av etablerte løsninger
 - Videokonsultasjon
 - Digital strukturert pasientrapportering
 - Dialog mellom pasient og helsefaglig kontakt
 - Nettbasert behandling
- Varierende bruk, mange gode initiativ
- For lite gjenbruk og deling av resultater
- Fragmentert systemlandskap
- ISF-regelverket har begrensninger

Digital pasientoppfølging i Helse Bergen 2021:

Digitale konsultasjoner (med ISF-refusjon):

Telefonkonsultasjoner:	68 336	(9,3%)
Videokonsultasjoner:	12 974	(1,8%)
Totalt:	81 310	(11,1%)

Andel digitale konsultasjoner per fagområde:

	<u>Video</u>	<u>Telefon</u>	<u>Totalt</u>
Somatikk:	0,8%	7,4%	8,3%
Psykisk helsevern:	5,8%	13,5%	19,4%
Rusmedisin (TSB):	0,9%	19,8%	20,6%

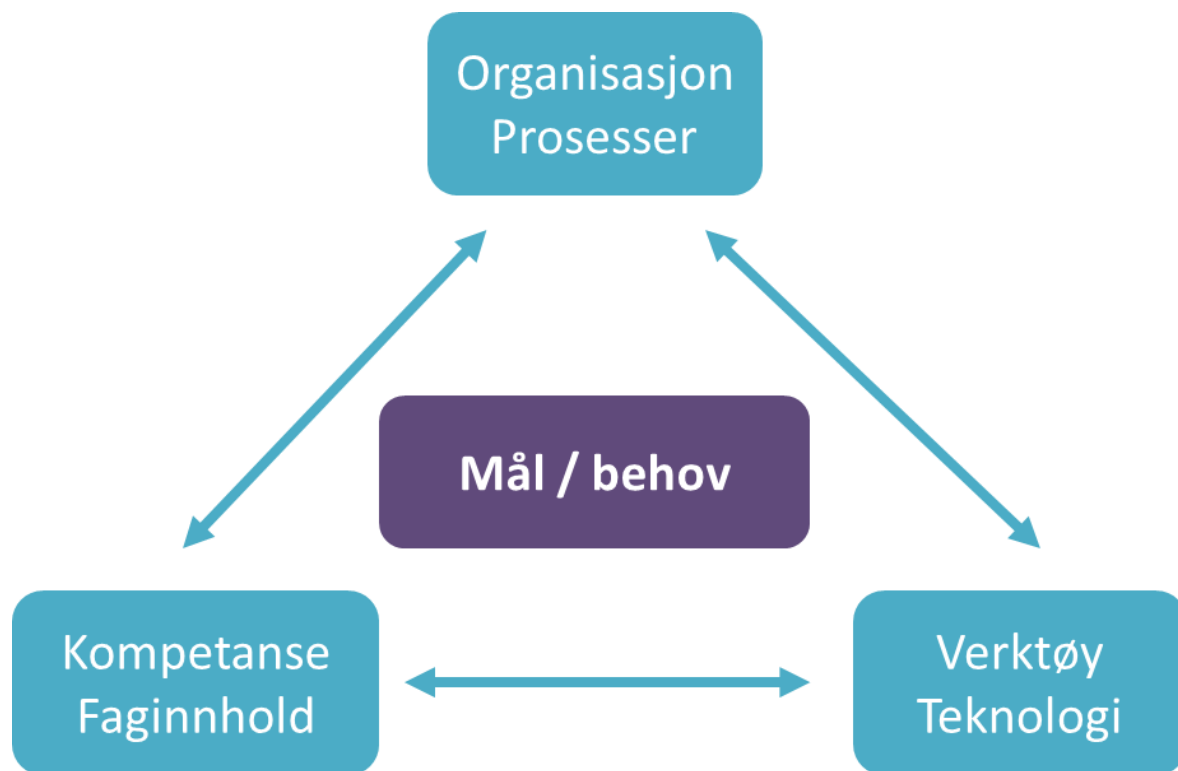
Asynkron telemedisinsk oppfølging (STG-finansiert):

Skjemarapportering:	3426 pasienter
Annen asynkron oppfølging:	835 pasienter
Nettbaserte beh.program:	566 pasienter
Teknisk monitorering:	3483 pasienter

(Sum: **8 310 pasienter.**

STG-basert inntekt 2021: Ca 4,9 mill kroner)

Utvikling av digitale helsetjenester krever en helhetlig tilnærming med fokus på behov, organisasjon, teknologi og kompetanse



Sentrale behov:

Pasientens helsetjeneste

- tilgjengelighet
- kontinuitet
- kvalitet
- egenmestring

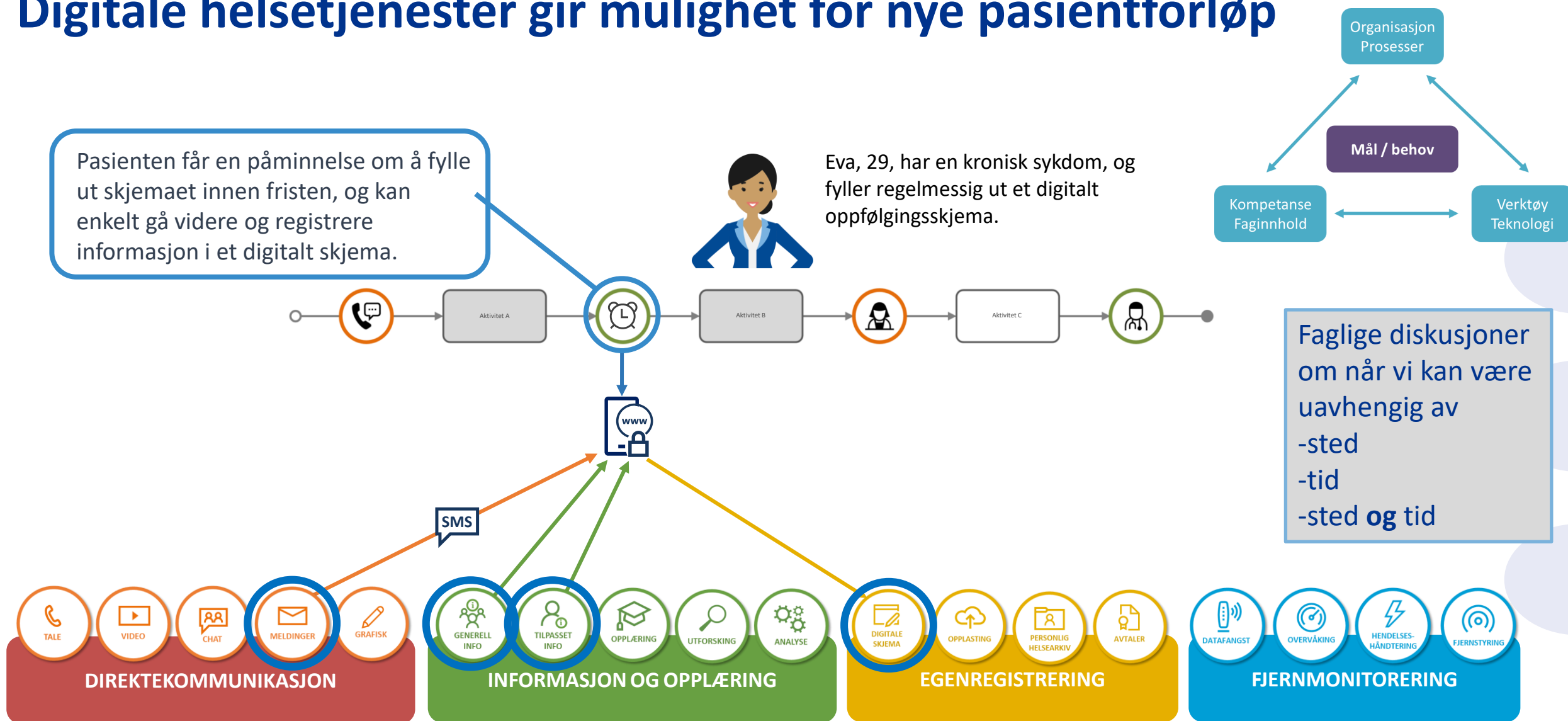
Bærekraftig helsetjeneste

- effektivitet
- fleksibilitet

Digitale helsetjenester gir mulighet for nye pasientforløp

Pasienten får en påminnelse om å fylle ut skjemaet innen fristen, og kan enkelt gå videre og registrere informasjon i et digitalt skjema.

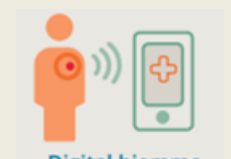
Eva, 29, har en kronisk sykdom, og fyller regelmessig ut et digitalt oppfølgingsskjema.



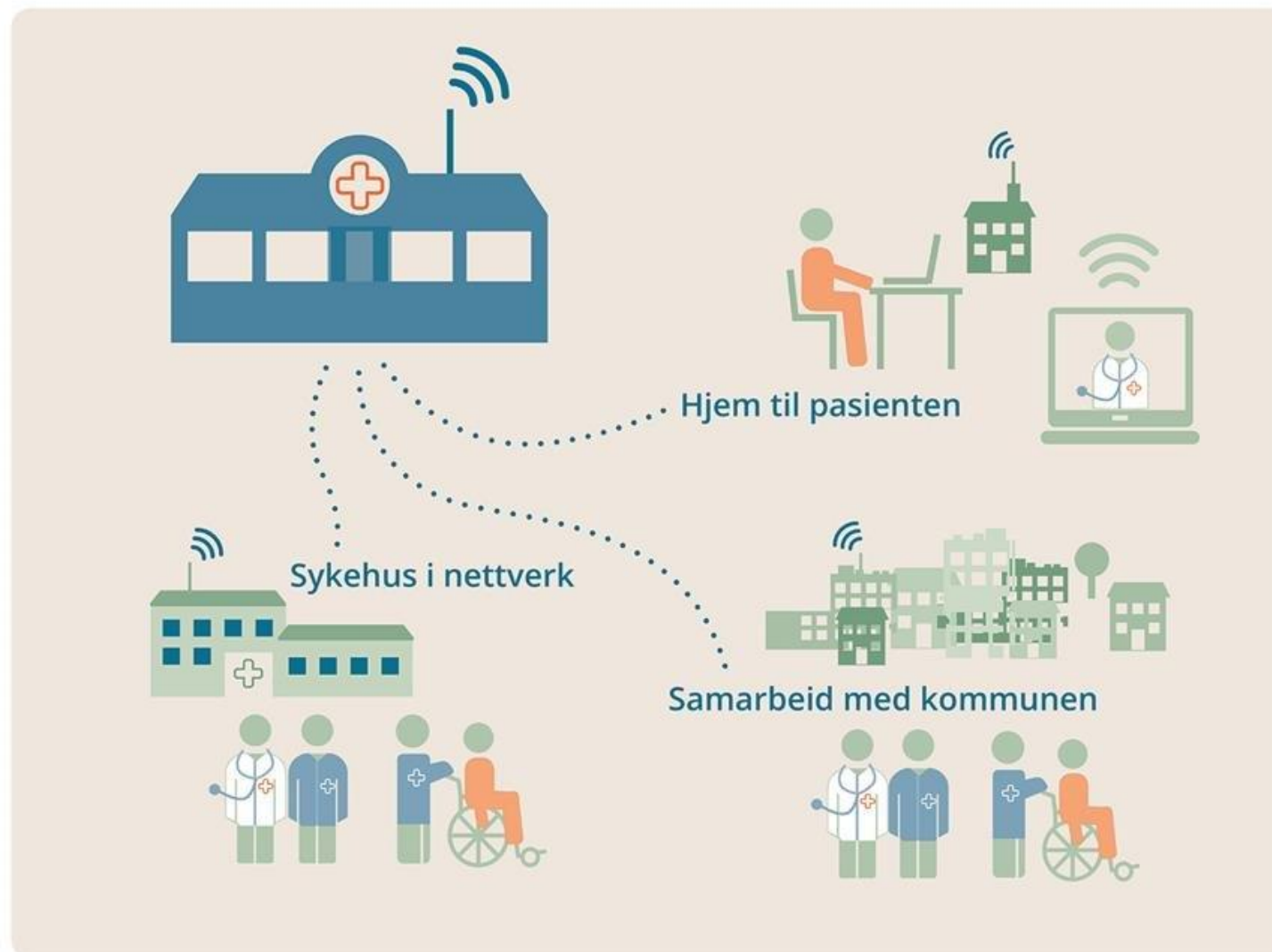
Faglige diskusjoner om når vi kan være uavhengig av -sted -tid -sted og tid

«Verktøykasse» i klinikk



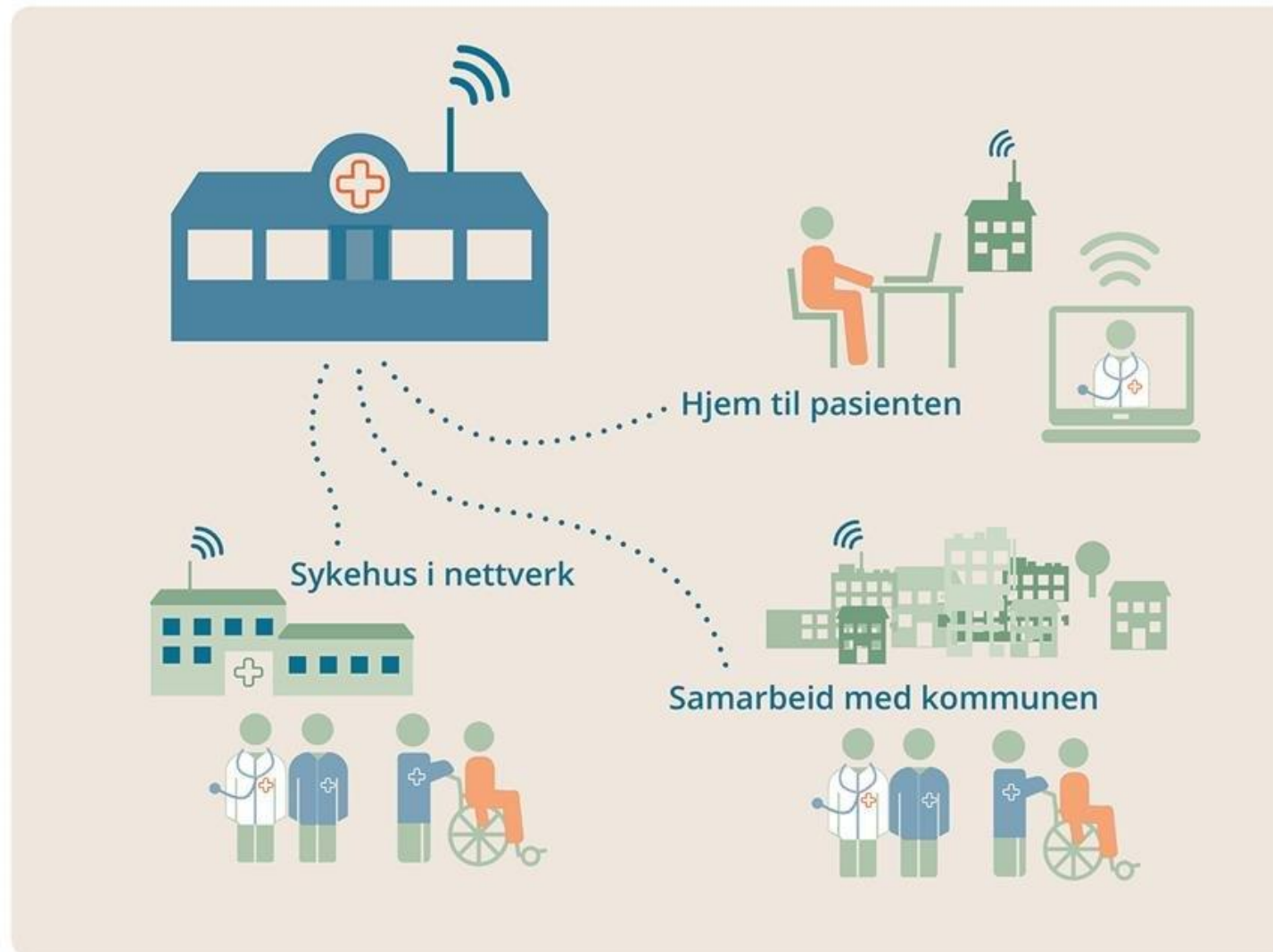
	Etablerte løsninger	Vurdering	Hvordan øke bruk og nytte av løsninger	Skalerbarhet
 Nettbasert behandling	eMeistring Mage/tarm-skolen Gynea Hjerte e-rehab	Høy kompleksitet Noe generisk innhold, noe diagnosespesifikt Høy nytte pasient Høy nytte helsetj.	Sterkt eierskap og høy grad av involvering av klinisk fagressurser Tilgang til spisskompetanse for utvikling av program/innhold Vil kreve endringer av arbeidsprosesser På sikt integrasjon mot EPJ (pasientjournal)	Må øke kapasitet for å støtte utvikling av nye programmer og veiledning i anvendelse av nettbasert behandling.
 Hjemmesykehus	Avansert hjemmesykehus for barn	Lav kompleksitet felleskomponent Generisk anvendelse Høy nytte pasient	Sterkt eierskap og høy grad av involvering av klinisk fagressurser Vil kreve endringer av arbeidsprosesser Veiledning/erfaringsutveksling	Skalerbart, men behov for veiledning og opplæring
 Digital hjemmeoppfølging	Egenvurderings-skjema Forberedelse til konsultasjon	Middels kompleksitet Få generiske, stort sett tilpasses diagnose og formål Høy nytte pasient Høy nytte helsetj.	Sterkt eierskap og høy grad av involvering av klinisk fagressurser Økt kapasitet på skjema utvikling (innhold) Økt kapasitet på skjemabygging På sikt integrasjon mot EPJ (pasientjournal)	Må bygge kapasitet for å støtte utvikling av nye digitale skjema. Forventer raskt økt etterspørsel
 Digitale innbygger-tjenester	Video/telefon Fellesskjema helsenorge.no	Lav kompleksitet Generisk anvendelse Høy nytte pasient	Opplæring / veiledning / tilpasning i arbeidshverdag Erfaringsutveksling Tett kobling til Program Alle Møter	Skalerbart, men behov for veiledning og opplæring.
 Sykehus i nettverk	MDT-møter Dig. samarbeidsmøter Dig. samkonsultasjon	Lav kompleksitet Generisk anvendelse Høy nytte for pasient Høy nytte for helsetj.	Opplæring / veiledning / tilpasning i arbeidshverdag Erfaringsutveksling	Skalerbart, men behov for veiledning og opplæring.
 Samarbeid med kommunen	Dig. samarbeidsmøter Dig. samkonsultasjon	Lav kompleksitet Generisk anvendelse Høy nytte for pasient Høy nytte for helsetj.	Opplæring / veiledning / tilpasning i arbeidshverdag Erfaringsutveksling	Skalerbart, men behov for veiledning og opplæring.

Det utadvendte sykehuset



- «flytte» spesialisttjenester nærmere der pasienten bor ved hjelp av teknologi
- samarbeide mer med kommunale helse- og omsorgstjenester
- jobbe tettere med andre sykehus

Samarbeid med kommunene



- Samarbeid gjennom Helsefellesskap
- Pilotere samkonsultasjon – prosjekt E-helse Vestland
- Hvordan kan vi sammen hjelpe Ukraina-flyktingene



Nettbasert behandling

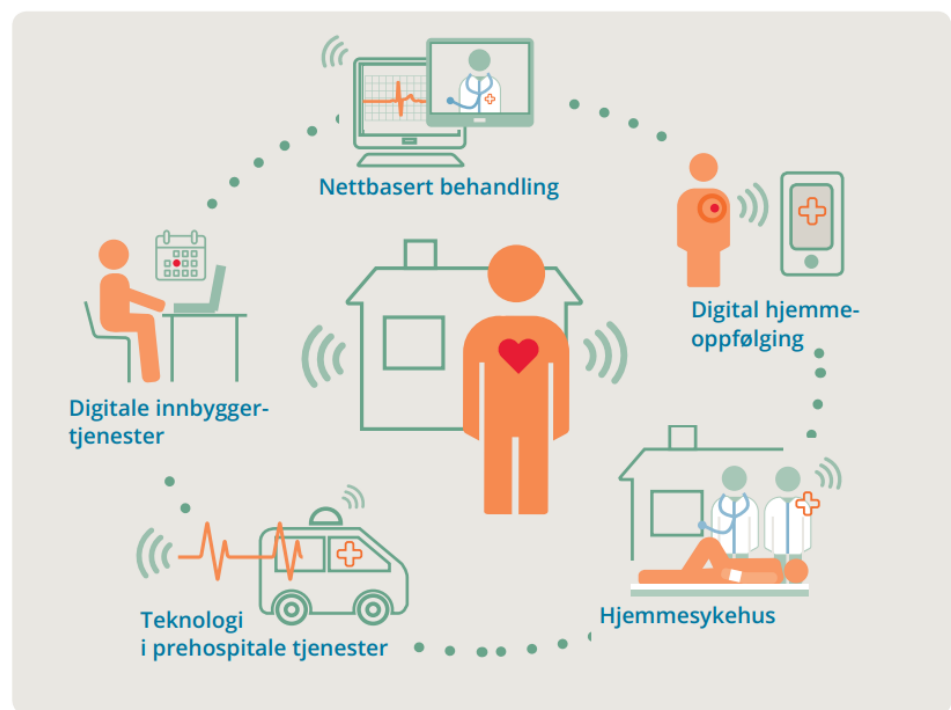
2019–2020

Meld. St. 7

91

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023

SPESIALISTHELSETJENESTER I HJEMMET



Helse- og omsorgsdepartementet

Strategi

Leve med kreft

Nasjonal kreftstrategi (2018–2022)

Pasientene skal få en mer aktiv rolle i egen behandling. Da må de få tilgang til informasjon om sin sykdom og behandling, og til egne helseopplysninger. Nettbaserte behandlingsprogram kan også gjøre det enklere for pasienten å delta aktivt.



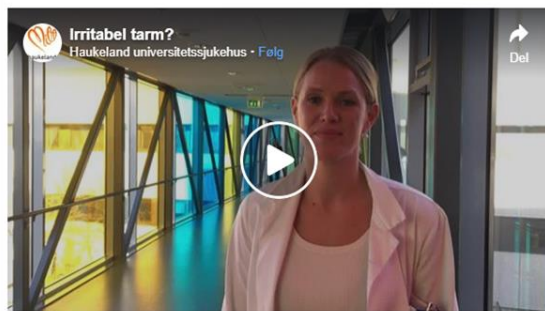
Nettbasert forebygging, behandling og rehabilitering

Øke mestring gjennom og verktøy

Tok nettkurs, fekk nytt liv

Tenk om heile livet ditt blei styrt av kor ofte og kor akutt du må på do. 1 av 10 nordmenn har irritabel tarmsyndrom.

Publisert 07.11.2018 / Sist oppdatert 01.12.2020



Her får du historia om Anne-Kristin som fekk endra livet sitt etter å ha tatt det nye nettkurset vårt innan folkesjukdommen. #blimedinn →

Moduler



Modul 1: Ny hverdag

Guri, Lillian og Ragna forteller om sine sykdomserfaringer og hvordan de finner et nytt fotfeste i hverdagen. Du vil lære om oppmerksomt nærvær og egenomsorg, og få øvelser som kan være til hjelp i hverdagen.

FORTSETT



Modul 2: Endret kropp

Her vil du lese om kroppslige endringer som kan komme som en konsekvens av sykdom og behandling. Guri, Lillian og Ragna deler sine erfaringer og hvordan de håndterer noen av plagene. Du vil også lære mer om tilstedeværelse og egenomsorg.

START



Modul 3: Seksuell helse

Sykdom og behandling kan påvirke seksualiteten. I tillegg til å lese om temaet vil du igjen høre hvordan Guri, Lillian og Ragna erfarte endringer i forhold til sin seksualitet.

START

on

Nettbasert behandling har positive helseeffekter, er sikkert og er godkjent av Beslutningsforum

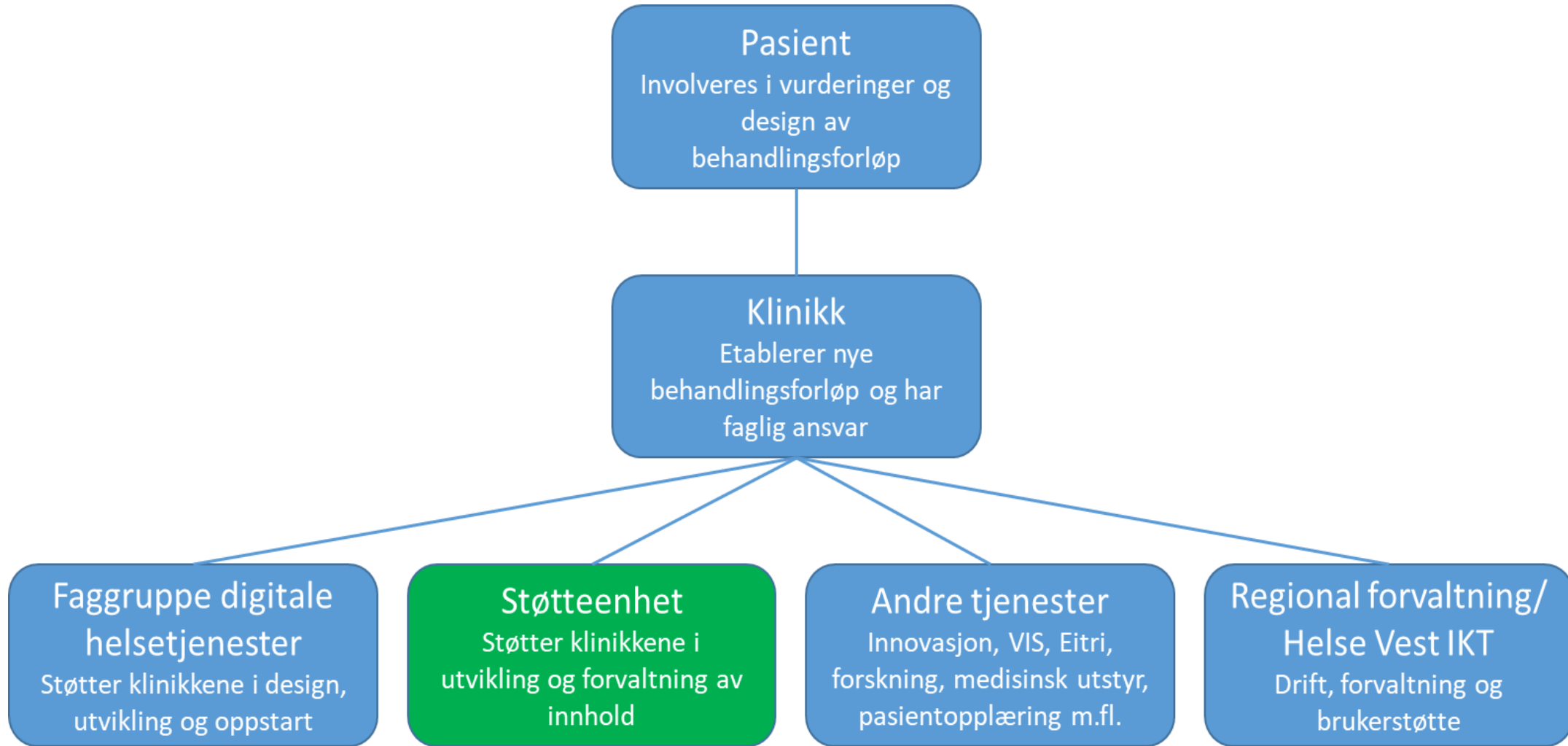
Men

- Er prosjektdrevet –for eksempel finansiert av innovasjonsmidler
- Veien fra prosjekt til drift er utydelig/ukjent

Målet er å

- Korte ned tiden fra behov til bruk
- Redusere kostnadene (for eksempel innovasjonskroner per program)
- Sikre bruk etter prosjektslutt
- Sikre bruk på tvers av foretak
- Sikre gjenbruk

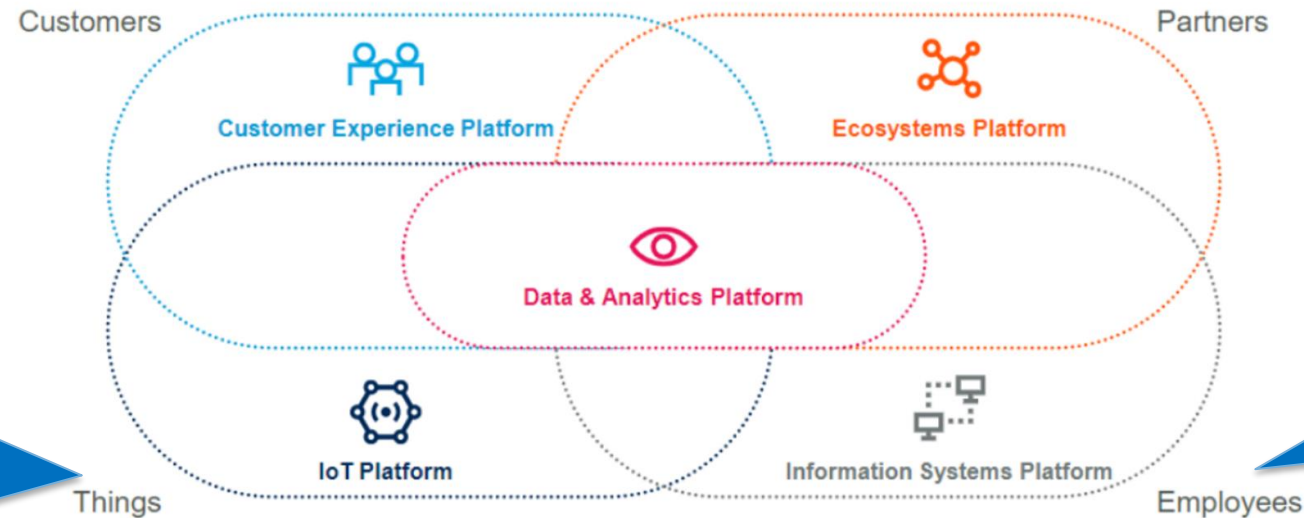
Roller og samarbeid



Data binder oss sammen

Helsenorge.no
Frittstående løsninger
Plattformsløsninger

Proprietære løsninger fra
MU-leverandører
Digital samhandling steg 2
- datadeling
Velferdsteknologisk
knutepunkt



Samkonsultasjon
Digital samhandling steg 2
- datadeling

Fragmentert
løsningslandskap
Ufullstendig målarkitektur

ROS
DPIA

© 2019 Gartner, Inc. and/or its affiliates. All rights reserved. Gartner is a registered trademark of Gartner, Inc. and its affiliates.

Gartner

TAKK FOR OPPMERKSOMHETEN



Avslutning

Innspill til videre samlinger i nasjonal møteplass

- Vi sender en spørreundersøkelse til deltagere i etterkant av møtet i dag for å få tilbakemelding på første samling samt få innspill på ønsker for videre samlinger.

→ Hold av torsdag 9.juni for neste samling!

Tusen takk for deltagelsen!
