



Nasjonal møteplass for digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus

Samling nummer 2

Tidspunkt: 24. august 2022 klokken 12-15

Antall deltagere: 100

Arrangør: InnoMed

Velkommen og introduksjon

Det har vært uttrykt et behov fra kommuner og helseforetak om å etablere en møteplass med fokus på deling av konkrete erfaringer fra arbeid med å implementere digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus. Nasjonal møteplass retter seg fremst til følgende grupper:

- Program- og prosjektledere fra helseforetak
- Kommunale program- og prosjektledere
- Innovasjonsrådgivere fra helseforetak
- Samhandlingsansvarlige fra helseforetak
- Ledere og rådgivere fra regionale helseforetak

Samlingen som ble gjennomført 24. august var den andre samlingen i møteplassen, og hadde overordnet tema: «*Nasjonale initiativer og anskaffelser*». Målet med samlingen var at deltakerne skulle:

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

Agenda:

1. **Introduksjon til nasjonale initiativer for digital hjemmeoppfølging** v/ Siw Myhrer fra Helsedirektoratet og Kristin Standal fra KS
2. **Forankrings- og innsiktsfasen i arbeid med digital hjemmeoppfølging** med Anne Gunvor Nystrøm (Ullensaker kommune) og Bendik Westlund Hegna (Akershus Universitetssykehus).
3. **Anskaffelse av teknologi for hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging: hva var behovene og hvordan gikk man frem for å møte disse?**
 - Sørlandet Sykehus og kommuner i Agder v/ Marit Svindland
 - St. Olavs hospital v/ Jarl Reitan, Lisa Græslie og Erlend Thorup



Erfaringsdeling

Introduksjon til nasjonale initiativer for digital hjemmeoppfølging

v/ Siw Helene Myhrer, prosjektleder Helsedirektoratet

Prosjektene som har vært med i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging har vært tydelige på at det er viktig å satse videre på digital hjemmeoppfølging. Det gir effektiv ressursbruk, bidrar til at pasientene tar mer ansvar for egen helse og sikrer egenbehandling. Det kan bidra til å løse fremtidens utfordringer, og bidra til bærekraftige helsetjenester. Forskningen viser at for at dette skal bli en nyttig og effektiv del av helsetjenesten, er det viktig at vi retter tilbudet til de riktige pasientgruppene og at vi organiserer tjenesten på en kostnadseffektiv måte.

Spredningsprosjektet av digital hjemmeoppfølging skal basere seg på erfaringer og anbefalinger fra den nasjonale utprøvingen, og bygger på nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging (på høring, med frist 1.9.2022):

- Kommunale helse- og omsorgstjenester bør tilrettelegge for digital hjemmeoppfølging
- Ved oppstart av digital hjemmeoppfølging bør det søkes samarbeid i helsefelleskapet
- Personer med kroniske lidelser bør tilbys digital hjemmeoppfølging som en individuelt tilpasset tjeneste

Resultatmål for spredningen 2022-2024:

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

Teknologien utvikles raskt, og vi må ta aktiv del i hvordan den tilrettelegges. Faglige råd bygger på de erfaringene vi har. Det finnes ingen mal for tjenesten fordi det er mange ulikheter som spiller inn for hvordan den bør tilrettelegges. For eksempel vil det være forskjellig i små kommuner sammenlignet med store.

Introduksjon til nasjonale initiativer for digital hjemmeoppfølging

v/ Kristin Standal, fagansvarlig velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, KS

KS har sett på de viktigste innsatsområdene for e-helse som anbefales å prioritere høyt de neste årene:

- Legemiddelområdet
- DHO og velferdsteknologi
- Innbyggertjenester
- Digitale fellesløsninger (DIF, FKJ++)
- Digital samhandling

Velferdsteknologisk knutepunkt er høyt prioritert som en viktig komponent for å sikre deling av data og utstyr mellom aktørene som samarbeider gjennom eksempelvis digital hjemmeoppfølging.

Ambisjonene er forankret i KS sitt hovedstyre og er i den forstand bindende for alle kommuner.

KS har fått oppdrag gjennom statsbudsjettet å etablere varige strukturer for et nettverk som skal utvikle og sikre kompetanse og kompetansedeling ved innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Et felles kommunenettverk for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er



viktig fordi innføring av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er krevende, og kompetanseutvikling, samarbeid og erfaringsdeling kan understøtte innføringsarbeidet og hjelpe kommunene.

Kommunenettverk kan bidra til økt kunnskapsutvikling, kunnskaps- og erfaringsdeling og samarbeid mellom kommuner.

Forankrings- og innsiktsfasen i arbeid med digital hjemmeoppfølging

Samtale med Anne Gunvor Nystrøm, Ullensaker kommune, og Bendik Westlund Hegna, Ahus

Pasientgrunnlag for MILA

I de seks kommunene på Øvre Romerike er det ca 120 000 innbyggere og ca 100 brukere har fått, eller får i dag, digital hjemmeoppfølging. I dag får ca 60 personer oppfølging, mens 40 er avsluttet. Med de seks nye kommunene dekker vi ca 40% av hele grunnlaget til Ahus, så rundt 400 000.

I veikartet ligger forankring som fase 1, men mange erfarer at dette er et kontinuerlig arbeid. Kan dere si litt om deres erfaringer rundt dette?

- Vi opplever at forankrings- og innsiktsarbeid er en del av en sirkulær prosess som man gjentar mange ganger i løpet av et prosjekt. Det er ikke et engangsmål, men har ulike dimensjoner gjennom prosjektet, for eksempel når man starter et prosjekt sammenlignet med når man videreutvikler den tjenestemodellen man har. Viktig å jobbe med forankring og innsikt mange ganger i løpet av prosjektfasen.
- Det var viktig for oss å begynne å forankre prosjektideen før det var en utarbeidet plan. For oss handlet det om å «teste» problemstillinga: «Er det dette som er det reelle problemet?». Viktig å være villig til å diskutere problem og tanker om hva det mulige tiltaket skal bestå i og hvordan man skal måle gevinster med mange forskjellige personer. Dette er med på å skape interesse i prosjektet fra relevante aktører.
- Når man har en prosjektplan og skal sette i gang med for eksempel DHO, må man begynne på nytt med forankringsarbeidet. Ta en ny interessentrunde for å finne ut hvem man skal involvere og i hvilken grad.
- Når har vi forankret godt nok til å gå over i neste fase? Når har man nok innsikt? Vanskelig å definere.

Hvordan har sykehus og kommune samarbeidet om innsiktsarbeidet i prosjektet?

- Vi har hatt samarbeid helt fra starten. Utgangspunktet var å bli omforent om hva vi jobbet mot. Vi har hentet ut tall og statistikk fra sykehuset. Ahus har et godt datavarehus, mens i kommunen er dette vanskeligere. Har også hatt god nytte av den nasjonale utprøvingen: møtt andre som gjør det samme og kan dele erfaringer.
- Hadde litt utfordringer med uthenting av data som skulle brukes på tvers av aktører. Vi ønsket å gjøre registersøk i sykehuset for å kunne tilby pasienter med KOLS og hjertesvikt inklusjon i prosjektet. Prosessen tok lang tid, men vi fikk lov til slutt. Har erfart at slike ting tar lengre tid enn man tror.
- Samarbeid fra start har vært en viktig suksessfaktor. Når man etablerer teamet som skal jobbe med prosjektet, er det viktig at alle parter er representert fra start.

Hva vil dere si er den viktigste suksessfaktoren?

- Å ha en gruppe som har tid til å jobbe med det.
- Å ha et godt forankret samarbeid fra start gjør det lettere å lykkes.
- En grundig interessentanalyse er viktig for å koble på de riktige folka.



- En viktig suksessfaktor var å begynne på et lavt nivå, og heller titrere tjenesten oppover etter hvert som man så at det fungerte, istedenfor å bygge ned.

Kan dere si litt om hvordan dere har jobbet med å koble på flere kommuner?

- Intensjonsavtaler
- Samarbeidsavtaler som forplikter virksomhetene om å delta i prosjektet. Krever mer i forhold til å presentere tjenesteforløpene og drøfte hvorvidt det kan fungere i deres kommuner.
- Tror samskaping er nøkkelen, å bruke tid på onboardingfasen som ender med en samarbeidsavtale.

Dersom dere skulle ha startet på nytt: er det noe dere ville ha gjort annerledes?

- En av tingene vi satset på i fjor var «Forsterket utskrivelse fra sykehus». Vi mener det er et godt tilbud til pasienter som skrives ut fra sykehus, men vi opplevde det som utfordrende å inkludere pasienter i en såpass akutt fase av sykdomsforløpet. Hadde nok brukt mer tid på riggen av det prosjektet for å få flere inkludert.
- Vi startet med å ha enkeltvis oppfølging i de ulike kommunene. I dag hadde vi nok lagd en mer robust oppfølgingstjeneste på vegne av kommunene med en gang for å sikre at de som jobbet med det fikk tilstrekkelig erfaring/mengdetrening for å kunne bygge solid kompetanse. Det er utfordrende å få til hvis hver kommune kun følger opp sine egne pasienter.

Hva er de videre planene for prosjektet?

- For de kommunene som allerede er med handler det om å øke volumet. Mulig også koble på nye pasientgrupper.
- Videre er det seks nye kommuner som vi skal prøve å koble på på en god måte.
- Videreutvikling av selve tjenesten. Tjenesten er god i dag, men vi tror det er et potensiale i å utvikle tjenesten til at pasientene kan mestre hverdagen enda mer selvstendig. Det handler om å videreutvikle både behandlingsplanen og riggen for oppfølging.

Viktigste råd for andre som skal i gang med DHO

- Vær ambisiøs og utholdende til tross for de barrierene man møter på underveis
- Ta kontakt med andre som driver med tjenesteutvikling innenfor samme område
- Søk råd og sparring fra andre, dra nytte av andres erfaringer

Anskaffelse av teknologi for hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging: hva var behovene og hvordan gikk man frem for å møte disse?

v/ Marit Svindland, prosjektleder Innovasjonspartnerskap sømløse velferdstjenester i Agder

Agder består av 25 kommuner, fordelt i 4 regioner, hvor 10 er små kommuner (<2500 innbyggere), og Sørlandet sykehus som er lokalisert i Kristiansand, Arendal og Flekkefjord. I 2016 etablerte vi RKG e-helse hvor hver region valgte en representant hver inn i RKG e-helse. Dermed ble det en struktur med indirekte representasjon fra alle kommunene.

RKG har ført til at vi i Agder, med alle kommunene og sykehusene, har klart å gå i samme retning. Det la grunnlaget for at vi kunne søke om, og få støtte til, innovasjonspartnerskap for velferdsteknologi i 2020.



I Agder brukes velferdsteknologi allerede, men ikke i storskala. Og det er flere grunner til det. Den viktigste er kanskje at dagens teknologier og tjenester er fragmenterte. For eksempel er det ulike administrasjonssystemer og påloggingsmetoder for ulike tjenester til samme pasient. Det gjør det lite effektivt å benytte seg av i stor skala blant annet fordi det blir mye dobbeltarbeid for helsepersonell.

For å få til samhandling mellom sykehusene og kommunene etablerte vi en regional styringsgruppe med representanter fra både kommuner og sykehus. Det har gjort at vi har jobbet tett sammen hele veien.

Innovasjonspartnerskapet består av fem faser:



Innovasjonspartnerskap velferdsteknologi Agder



Hvem er Tellu sine samarbeidspartnere?

- Ca 30 samarbeidspartnere, blant annet Hallogen som partnere innen tjenstedesign, EasyCare (logistikk) og forskjellige utstyrsleverandører.

Anskaffelse av teknologi for hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging: hva var behovene og hvordan gikk man frem for å møte disse?

v/ Jarl Reitan, Lisa Græslie og Erlend Thorup ved St. Olavs Hospital

Satsning på digitale helsetjenester ved St. Olavs med mål om å utvikle nye fremragende helsetjenester ved å utnytte mulighetene i teknologien. St. Olavs har et sterkt samarbeid med de andre regionale helseforetakene i Helse Midt-Norge.

AutoSkår: Automatisert, kontaktløs og kontinuerlig måling av vitale parametre

Ønsket er å ha en kontaktløs og kontinuerlig overvåking av pasienten som frigjør tid for helsepersonell. Helsepersonell skal få en oversikt over hva som skjer, få varsel ved avvik og være på plass tidsnok for å gjøre tiltak.

Markedsdialogen var viktig for oss. Det var da vi så at vi var nødt til å avgrense oss, og å ikke gape over for mye.



Risiko opplevdes forskjellig i prosjektet. Vi som er mest opptatte av det organisatoriske tenkte mest på finansiell risiko, mens helsepersonell så på risiko i forhold til pasient som det viktigste. Det var viktig å tydeliggjøre at vi ikke skulle erstatte, men komplementere dagens tilbud, og i tillegg validere det før implementering.

Teknologiassistert opplæring i kliniske ferdigheter

Produktet av innovasjonspartnerskapet: VR-basert simuleringsplattform for ansatte og studenter innenfor fagfeltet psykisk helse.

Samarbeid med Attensi AS, som har med seg tjenstedesign fra Eggs.

Behovet oppsto i skjæringspunktet mellom universitet og klinikk. Behov for å trene på prosedyrer, kontakt med pasienter og observasjoner.

Det ble gjort en bred kartlegging innenfor primær- og spesialisthelsetjenesten for å avdekke de største behovene. Vi har erfart at man ofte legger ambisjonsnivået høyt fra start, høye ambisjoner både med tanke på løsning og pasientgruppe. Det er viktig med en avveining av hvor ambisiøs man skal være i forhold til mulighetene som foreligger.

Videre plan for prosjektet:

