



Webinar: Informasjonsdeling i samhandlingsprosjekter

8. mars 2023

Kjøreregler



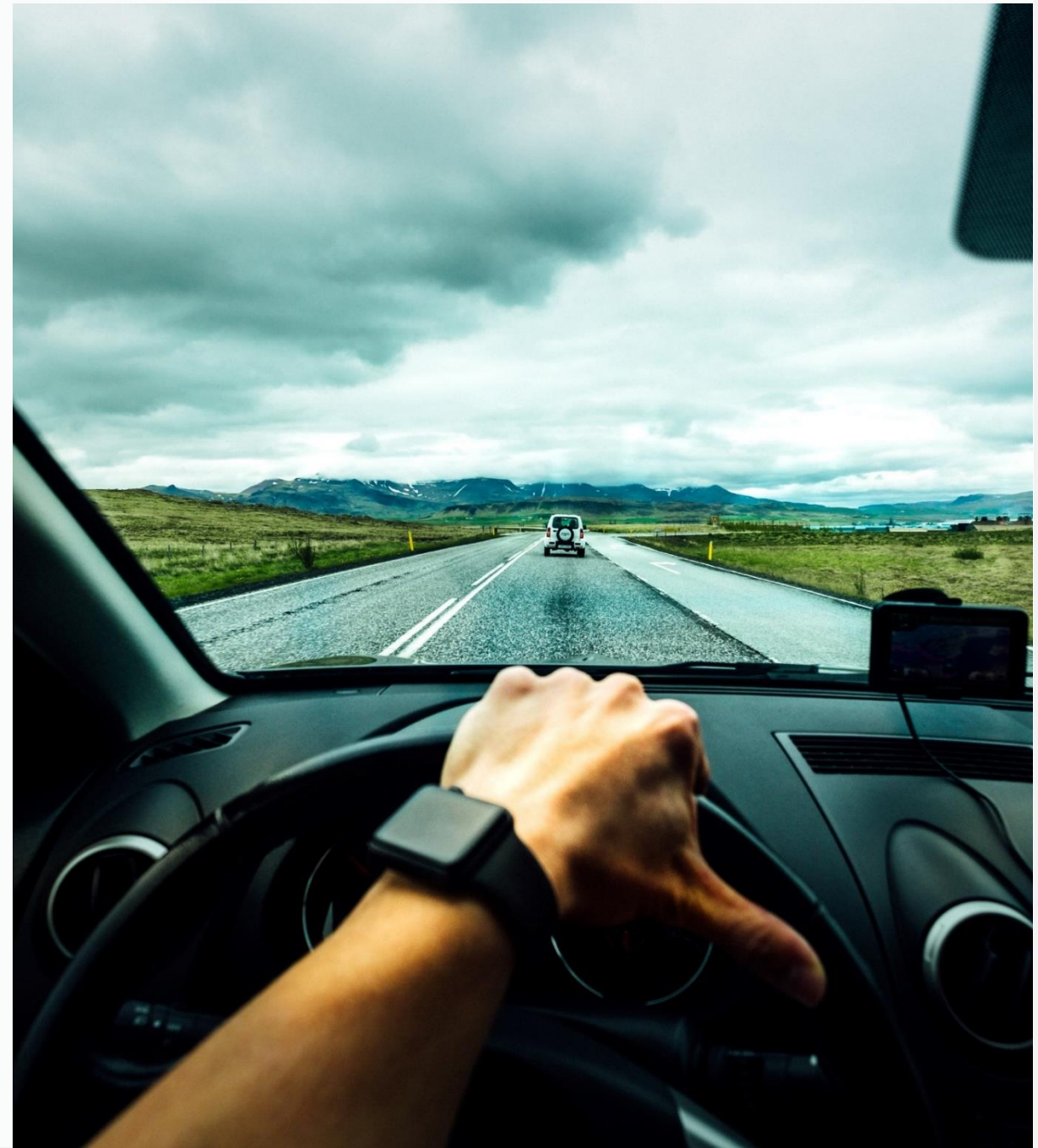
Mute når du ikke snakker



Ha gjerne på kamera når du snakker



Bruk chatten aktivt underveis i webinar



Agenda

Innledning – InnoMeds erfaringer med informasjonsdeling i samhandlings-tjenester	InnoMed
Informasjonsdeling gjennom Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	Norsk helsenett (NHN), v/ Liv Braathen og Stein Thelle
Erfaringer fra pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT) i Narvik	Brita Jørgensen, Seksjonsleder ved PSHT Narvik



Kort introduksjon

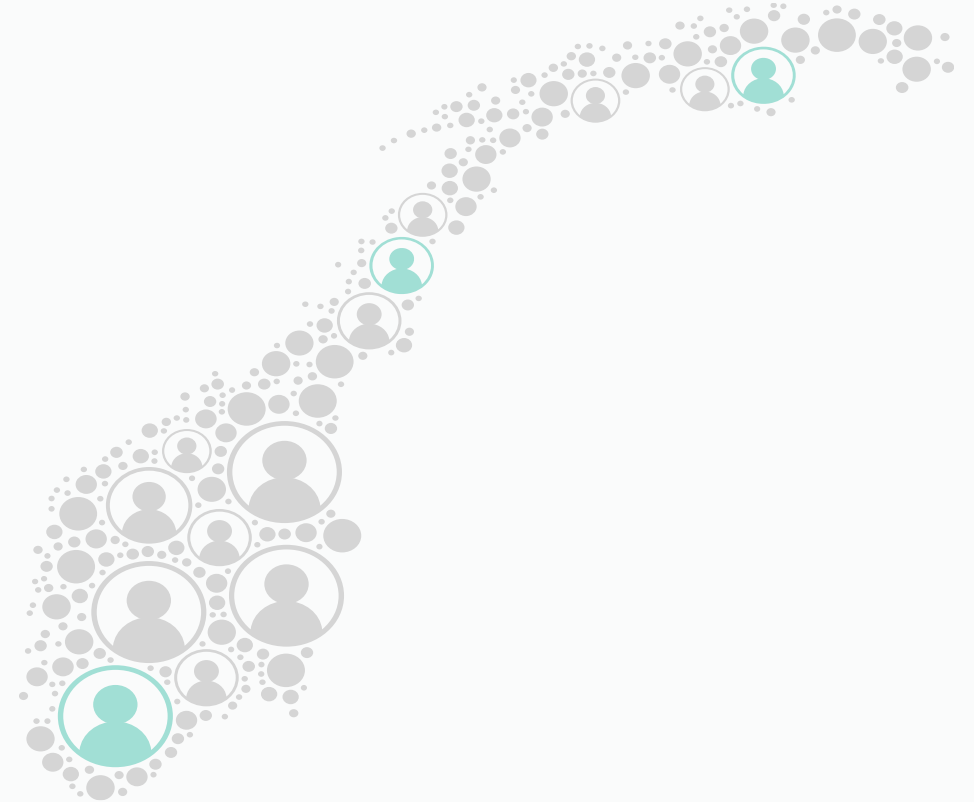
Om InnoMed

Fokus

- Jobbe fokusert innen forankrede satsingsområder.
- Jobbe i skjæringspunktet mellom kommuner og HF.
- Jobbe med prosessveiledning innen tjenesteinnovasjon.
- Bidra til organisatorisk implementering.
- Sikre at konkrete erfaringsgrunnlag spres og gjenbrukes av andre.

Prosessveiledning

- Prosessveiledning gis til prosjekter med spredningsverdi på tvers av regioner
- Prosjekter som styrker samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten blir prioritert.
- Det er ønske om å prioritere fokus på digital hjemmeoppfølging og bruk av video.



Styrsgruppe
Ressursgruppe
Sekretariat



InnoMed.no



Webinar og
podcast



Sosiale
medier



Prosess-
veiledere

Kommende aktiviteter InnoMed

- Nasjonal møteplass for digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus
 - **22. mars**
- Webinar
 - **26. april:** Verktøykasse for barn og unges helsetjeneste
- Søknadsrunder prosessveiledning
 - Neste søknadsfrist: **18. august**



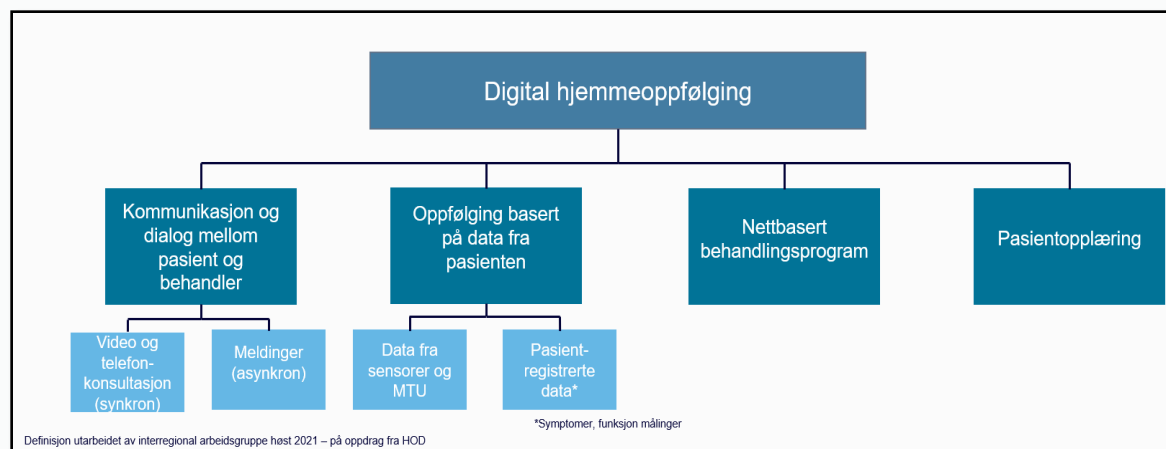
InnoMeds erfaringer med informasjonsdeling

- Informasjonsdeling er viktig for samhandling på tvers av aktører og tjenestenivåer
- Fullt mulig å få til samhandling innenfor dagens mulighetsrom
- Viktig å komme i gang med samhandlingstjenester for å bygge erfaring og belyse behov for informasjonsdeling, samt gi eksempler på hvordan det kan løses



Eksempel 1 – Digital hjemmeoppfølging (DHO)

Digital hjemmeoppfølging innebærer at deler eller hele behandlingstilbudet foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler skjer digitalt



Gevinster

- Bedre innsikt i egen helse
- Mulighet til å mestre egen helse-situasjon
- Økt trygghet og livskvalitet
- Bedre ressursutnyttelse
- Tidlig intervensjon

Eksempel 1 – Digital hjemmeoppfølging (DHO)



Behov for informasjonsdeling

- Tilgang til pasientrapporterte data på tvers av aktører
 - Pasient
 - Oppfølgingstjeneste
 - Primærhelsetjenester
 - Spesialist
- Integrasjon mot pasientjournal-løsninger
- Tilgang til pasientens egenbehandlingsplan (lese og editere)



Hvordan er det løst så langt?

- Direkteintegrasjon til journalløsninger (eks. Sykehuset i Østfold)
- Meldingsbasert kommunikasjon (PLO, Dialog)
- Tilgang til DHO-løsning på tvers av aktører
- Nettbrett eller mobil hos pasienten



Fremtidige behov

- Standard og rammeverk for informasjonsdeling (eksempelvis Velferdsteknologisk knutepunkt)
- Felles løsning for egenbehandlingsplan
- Innbyggerens tilgang til og kontroll over egne data

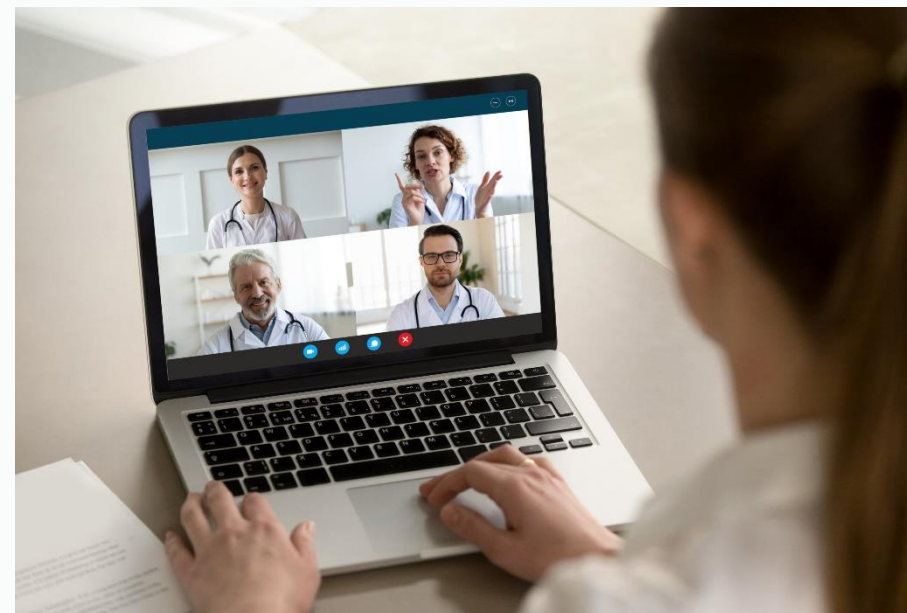
Eksempel 2 – Digitale samkonsultasjoner

Digitale samkonsultasjoner er konsultasjon mellom flere aktører (pasient, primærhelsetjeneste og spesialist) som foregår digitalt. Eksempel på områder hvor digitale samkonsultasjoner kan benyttes er innen

- Psykisk helse (eksempelvis tidlig vurdering av spesialist)
- Digital såroppfølging (rådgivning, erstatning for innleggelse eller poliklinisk besøk)

Gevinster

- Unngått reise for pasienten
- Unngåtte sykehusinnleggelser
- Kompetanseoverføring og rådgivning i en konkret situasjon
- Direkte kommunikasjon mellom aktører – bedre innsikt i behandling og oppfølging på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten



Eksempel 2 – Digitale samkonsultasjoner



Behov for informasjonsdeling

- Tilgang til pasientinformasjon i forkant av konsultasjonen (situasjonsforståelse)
- Samstemming av dokumentasjon i etterkant av konsultasjonen
- Tiltaksplan/behandlingsplan på tvers av aktører
- Allokering av ressurser på tvers av aktører (koordinering av avtale på tvers av ulike timebøker)
- Integrerte (video)kommunikasjonsløsninger med knytning til pasientjournal og timebøker



Hvordan er det løst så langt?

- Meldingsbasert kommunikasjon (eksempelvis PLO/dialog-melding)
 - Deling av journalnotater
 - Oppdatering av tiltaksplan/behandlingsplan
 - Kommunikasjon om timeavtaler
- Telefonkontakt for å avtale timer
- Faste tidsrom for samkonsultasjoner



Fremtidige behov

- Enkel deling av journalinformasjon (felles løsninger eller tettere integrasjon)
- Mulighet for ressursallokering på tvers av aktører (eksempelvis felles timebok)
- Felles tiltaksplan/behandlingsplan

Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)

Velferdsteknologisk knutepunkt (vkp)

[Velferdsteknologisk knutepunkt - Norsk helsenett \(nhn.no\)](https://nhn.no)





1

Hva er vkp?



VKP er i dag en løsning for å knytte sammen velferdsteknologiske løsninger med fagsystemer (EPJ) i kommunene.

Eierskapet til VKP ble overført til NHN 31.10.2022.

Planen er at VKP skal inn som en nasjonal tjeneste i Helsenettet fra 01.01.2024.

[Velferdsteknologisk knutepunkt åpnes for tilknytning fra flere kommuner - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)



Automatisk journalføring ved bruk av ulike typer velferdsteknologi:

Medisindispensere

Digitalt tilsyn

Responsløsninger som har tilknyttet trygghetsalarmer, GPS lokalisering og andre typer varslingsteknologi

Hente informasjon fra journalsystemer (EPJ) som støtte til velferdsteknologiske tjenester:

Hente inn data om brukere som er tildelt velferdsteknologiske tjenester

Ved aktiv varsling / alarm, hente data som er nyttige for responstjenestens oppfølging av bruker

[Hva er tilgjengelig i VKP? - Norsk helsenett \(nhn.no\)](https://nhn.no)



2

Gevinster



Unngå dobbeltføring, mer effektiv bruk av tid

Bedre datakvalitet ved gjenbruk av data og automatisk lagring av journalnotater

Bedre tilgang på kvalitetssikret **informasjon**, - all informasjon kommer fra samme kilde

Mer tilpassede tjenester til sluttbruker på grunn av bedre tilgang på informasjon

Økt pasientsikkerhet. Det blir enklere å oppfylle journalforskriften, GDPR og annen personvernlovgivning

Lite behov for opplæring av helsepersonell

Frihet for kommunene i valg av leverandører (VFT og EPJ)



Status VKP

Aktører som er koblet på

netnordic

dignio

tellu

HEPRO

evondos

sensio

careium

RoomMate

Tunstall

DNV Imatis

SIEMENS
Healthineers



SKIEN KOMMUNE



Stavanger
kommune



Moss
kommune



ORKLAND
KOMMUNE



Grimstad



Oslo



Kristiansand
kommune



INDRE ØSTFOLD
KOMMUNE
- på korset



ARENDAL KOMMUNE



HALDEN KOMMUNE



ØVRE EIKER
KOMMUNE



TRONDHEIM
KOMMUNE



Bamble
kommune



MALVIK
KOMMUNE



Tynset
kommune



LYNGDAL
KOMMUNE



Vågan
Kommune



Lillesand
kommune



Rana
kommune



OS KOMMUNE



DRAMMEN
KOMMUNE



Indre Fosen kommune



BÆRUM
KOMMUNE



Levanger
kommune



Verdal
kommune



Rossen tjelte
Røros kommune



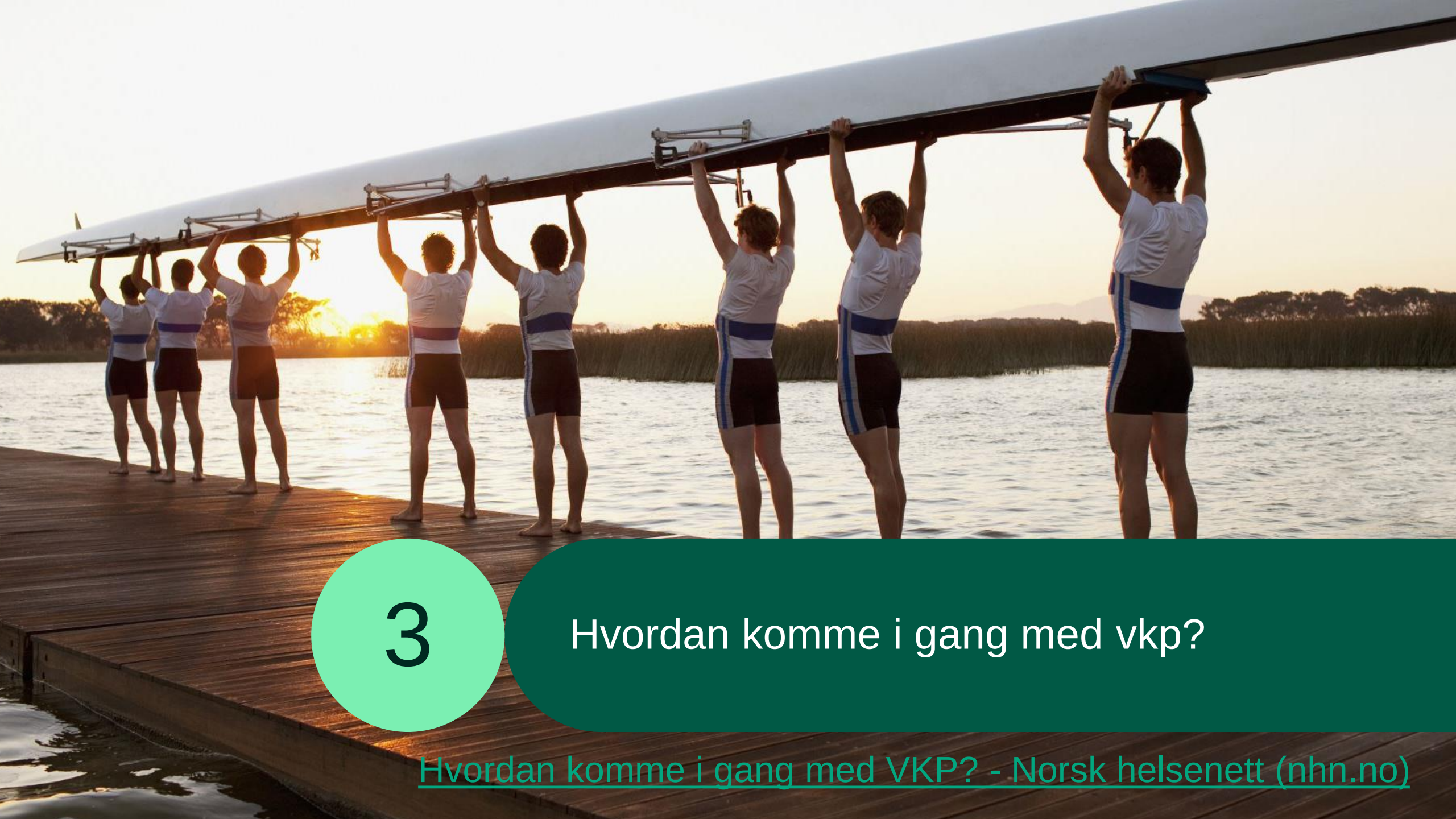
Saltdal kommune
- Imøtekommende, løsningsfokusert og ansvarlig

DIPS
front

VISMA

tieto
EVRY

HELSEPLATTFORMEN



3

Hvordan komme i gang med vkp?

[Hvordan komme i gang med VKP? - Norsk helsenet \(nhn.no\)](https://nhn.no)



01: Kartlegging

- Sette seg inn i VKPs muligheter
- Kartlegge behov for funksjonalitet i VKP
- Sende inn kartleggingsskjema



02: Planlegging

- Utarbeide grovplan for påkobling av VKP
- Bestille APler og gjennomføre ROS-analyse
- Signere vilkår for bruk og databehandleravtale



03: Utvikling

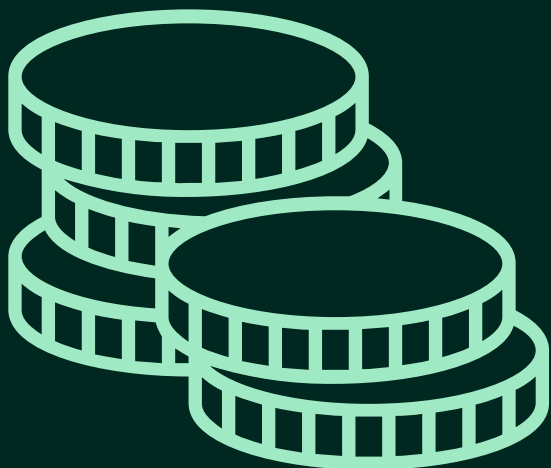
- Kommune åpner opp for VKP i brannmurene sine
- Spesifisere, systemutvikle og teste hvis integrasjonen er ny
- Sette VKP i produksjon



04: Drift

- VKP er produksjonssatt og fungerer som den skal
- Kommunen er ansvarlig for å følge med på VKP-Min side
- Kommunen gir opplæring og informerer internt

Hva koster det?



Det medfører p.t. ikke kostnader for kommuner å etablere integrasjoner med VKP og å bruke disse.

Kommunen må dekke kostnader overfor sine leverandører

- Installasjon og bruk av leverandørens API mot sitt EPJ-system
- Integrasjon mot velferdsteknologiløsning kan medføre kostnader

Helse- og omsorgsdepartementet ønsker at VKP skal inngå som en tjeneste i Helsenettet fra 01.01.2024. Da vil aktører i helsesektoren betale for bruk av VKP. Betalingsmodell er ikke bestemt ennå.

Barrierer

Internt i kommunene

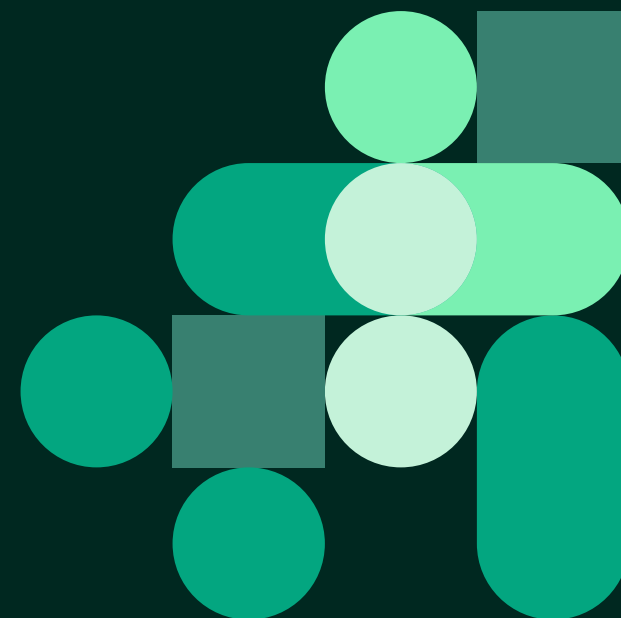
- Forankring i administrasjon / politisk ledelse
- Kompetanse på personvern og rutiner rundt dette (DPIA, ROS mm.)

Avhengigheter til EPJ-leverandør (API)

- EPJ-leverandørenes prismodeller og prissetting
- Problemer med konfigurasjonsstyring av API
- Lang tid fra bestilling til installasjon

Åpne kommunikasjon med VKP

- Ikke tilgang til ressurser med riktig kompetanse
- Ulike driftsmodeller – egen drift / interkommunal drift / kommersiell driftsleverandør
- Komplisert kommunikasjon / uklare ansvarsforhold



Ny integrasjon?

- Samarbeid mellom kommune, leverandør og VKP
- Leverandør tilpasser løsning og implementerer integrasjon mot VKPs APler
- Kommune(r) er med som behovseier og kravstiller
- VKP-teamet støtter prosessen fram til produksjon
- Integrasjonen blir tilgjengelig for andre kommuner



Start med behov
Tenk stort – start smått
Lever hyppig – skap nytte hele veien

VKP – veien videre

Digital hjemmeoppfølging

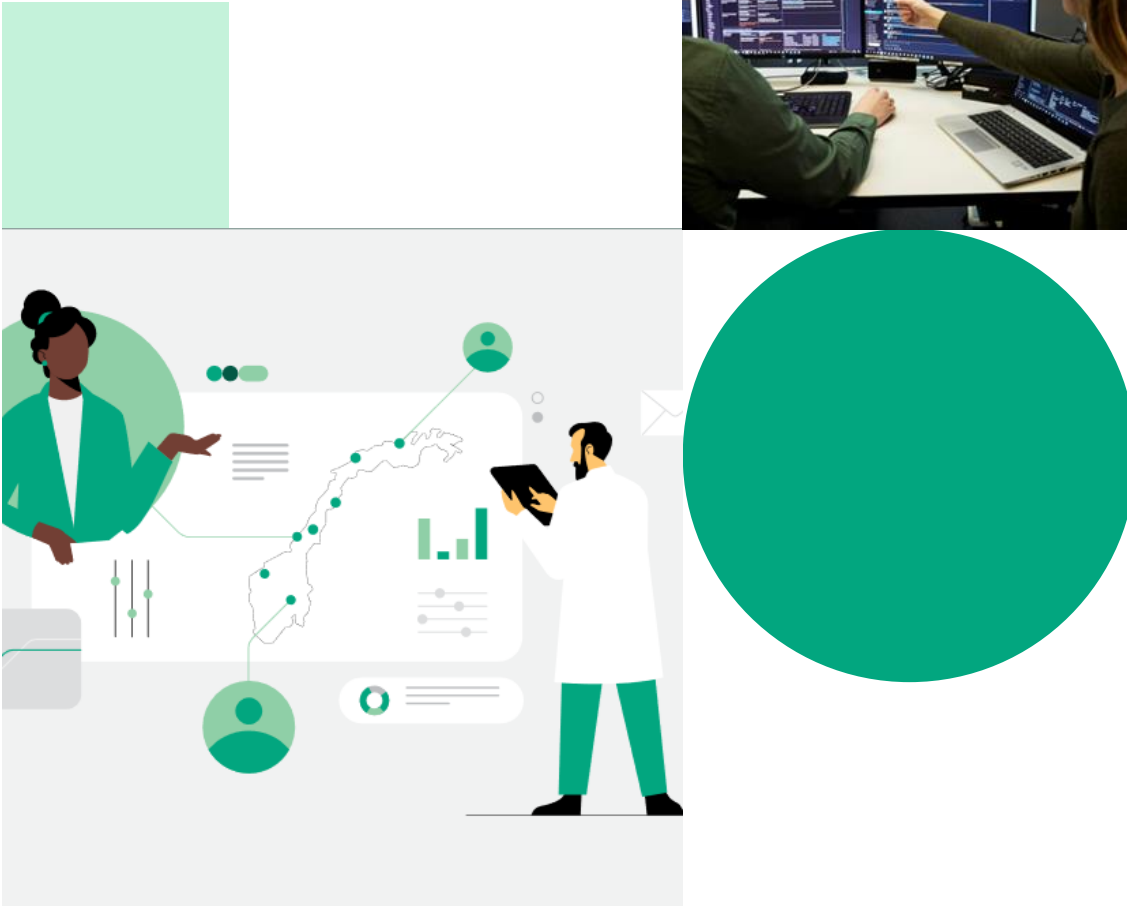
- VKP er med i utprøvningsprosjekter innen DHO
- Samhandling med flere aktører, - kommune, fastlege, sykehus/spesialist

Nasjonal tjeneste i Helsenettet

- VKP planlegges som en tjeneste som finansieres av sektoren fra 01.01.2024

Fortsette samarbeid med

- Sektoren – kommune/RHF/HF/fastleger
- Leverandører – VFT/DHO/EPJ





Vi knytter Helse-Norge sammen

Erfaringer fra PSHT Narvik



Informasjonsdeling i samhandling

Brita Thrane Jørgensen, seksjonsleder Pasientsentrert helsetjeneste team (PSHT) Narvik



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCCVIESSU



Helsetjenesteutvikling UNN – kommune: Utvikle ny helsetjenestemodell og metode

Formålet med PSHT:

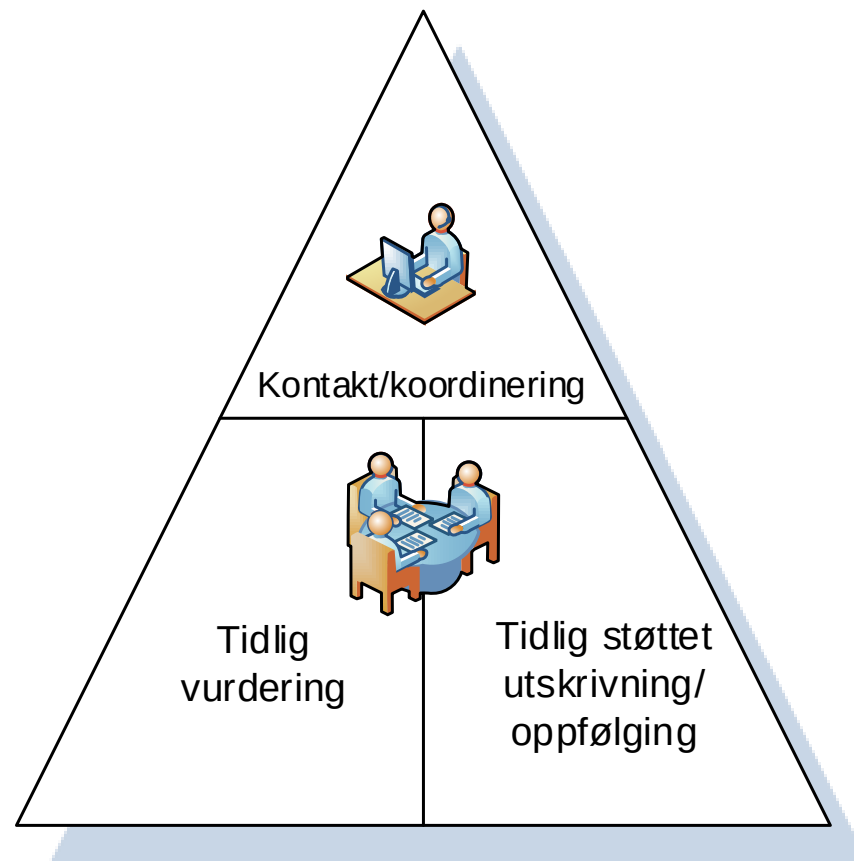
Gjennom etablering av felles tverrfaglige og tverretatlige team:

- Styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer
- Styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune for raskere å kunne iverksette utredning, behandling og tiltak



PSHT modell

- Tverrfaglige team
- Tverretatlige
- Samfinansiering
- Tilgang til hverandres journalsystem
- Felles daglig ledelse



PSHT Metodikk



- **Pasientsentrert:** Å jobbe ut i fra pasientens egne mål, ønsker og behov
- **Helhetlig:** Å gi helhetlig og individuelt tilpasset helsehjelp
- **Proaktivt:** Å være litt «i forkant»

PSHT Formål

Tidlig vurdering og intervensjon

Mål: Redusere behov for innleggelse i sykehus og forebygge ytterligere funksjonstap

- Rask tilgang til spesialister ved behov
- Rask tilgang til nødvendig veiledning
- Rask avklaring av pasienters behov for tjenester
- Rask intervensjon

Tidlig støttet utskriving

Mål: Legge til rette for godt planlagte og trygge utskrivinger fra sykehus og tett oppfølging i pasientens nærmiljø

- Trygge og sømløse overføringer til hjemmet
- Oppfølging og videreføring av behandling og opptrening etter sykdom - i pasientens nærmiljø

Forskningsresultater (N=1218)

10% færre øhjelpsinnleggelser/6mnd

42 færre medisinske kriser som sparer pasienten for akuttinnleggelse

32% færre øhjelp liggedager/6mnd

2077 færre liggedager som utgjør 6 senger/ 6mnd

2,3 ganger mer planlagt poliklinikk/6mnd

flere kontakter kan planlegges for helsepersonell og pasienten

43% redusert dødelighet etter 6 mnd

53 flere som har fått PSHT er i live etter 6 mnd

Gro Berntsen, Dalbakk, J. Hurley, T. Bergmo, I. Spansvoll, J. Bellika, S. Skrøvseth, T. Brattland, M. Rumpsfeld

Person-centred, integrated and pro-active care for multi-morbid elderly with advanced care needs: A propensity score-matched controlled trial : *BMC Health Services Research* volume 19, 682 (2019)



**Tromsø
kommune**



**Harstad
kommune**



Nasjonalt senter for
e-helseforskning



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVEIUSSU



ISHAVSERKLÆRINGEN 2021-2023

Felles erklæring for partnerne i Helsefellesskapet Troms og Ofoten

Partnerne i helsefellesskapet er Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), kommunene Balsfjord, Bardu, Dyrøy, Evenes, Gratangen, Harstad, Ibestad, Karlsøy, Kvæfjord, Kvænangen, Kåfjord, Lavangen, Lyngen, Lødingen, Målselv, Narvik, Nordreisa, Salangen, Senja, Skjervøy, Storfjord, Sørreisa, Tjeldsund og Tromsø, samt fastlegerepresentanter og brukerrepresentanter.

Ishavserklæringen bygger på partnerenes erkjennelse av felles utfordringer. Overordnet mål er «innbyggerens helsetjeneste» - en god og trygg helsetjeneste basert på innbyggerens behov og premisser.

Helsefellesskapet Troms og Ofoten vil

➤ Satse på felles innsats for helsetjenester til personer med sammensatte behov

- ✓ Arbeide for at helsetjenesten er basert på prinsippene personsentrert, helhetlig og proaktiv
- ✓ Sørge for et tett og forpliktende samarbeid mellom brukere, fastleger, kommuner og UNN
- ✓ Ta i bruk teknologi og digitale løsninger som understøtter tjenesten og muliggjør samhandling

➤ Satse på forebygging og egenmestring som en viktig del av innbyggerens helsetjeneste

- ✓ Styrke forebyggings- og folkehelseperspektivet i utøvende tjeneste
- ✓ Sørge for gode tilbud om læring og mestring
- ✓ Dele kunnskap om og konkrete erfaringer med forebyggende tiltak med god effekt på egenmestring og folkehelse

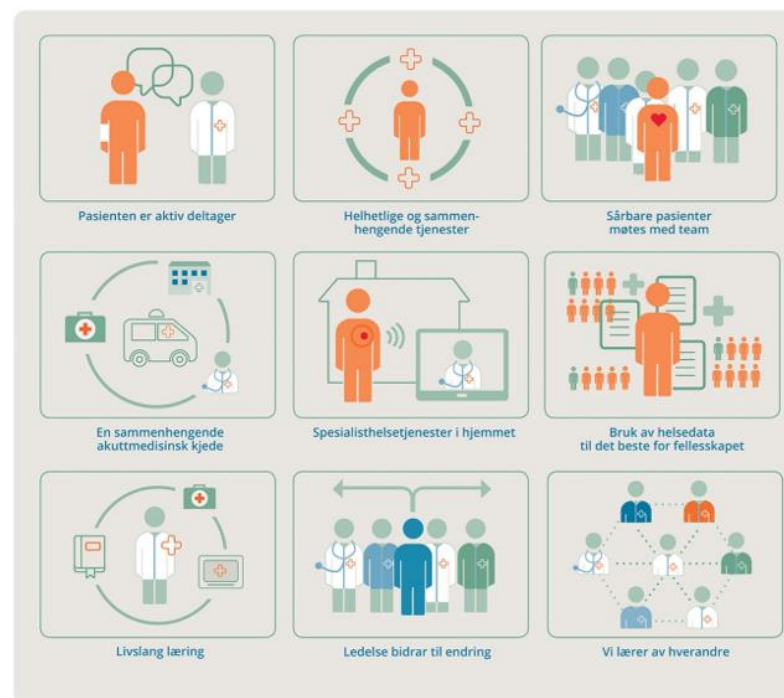
➤ Satse på felles innsats for å sikre nok helsepersonell med riktig kompetanse i alle ledd av helsetjenesten

- ✓ Sørge for utdanning av og kompetanseutvikling for helsepersonell
- ✓ Sørge for kompetansedeling på tvers av og innad i tjenestenivåene
- ✓ Arbeide for rekruttering og stabilisering av helsepersonell

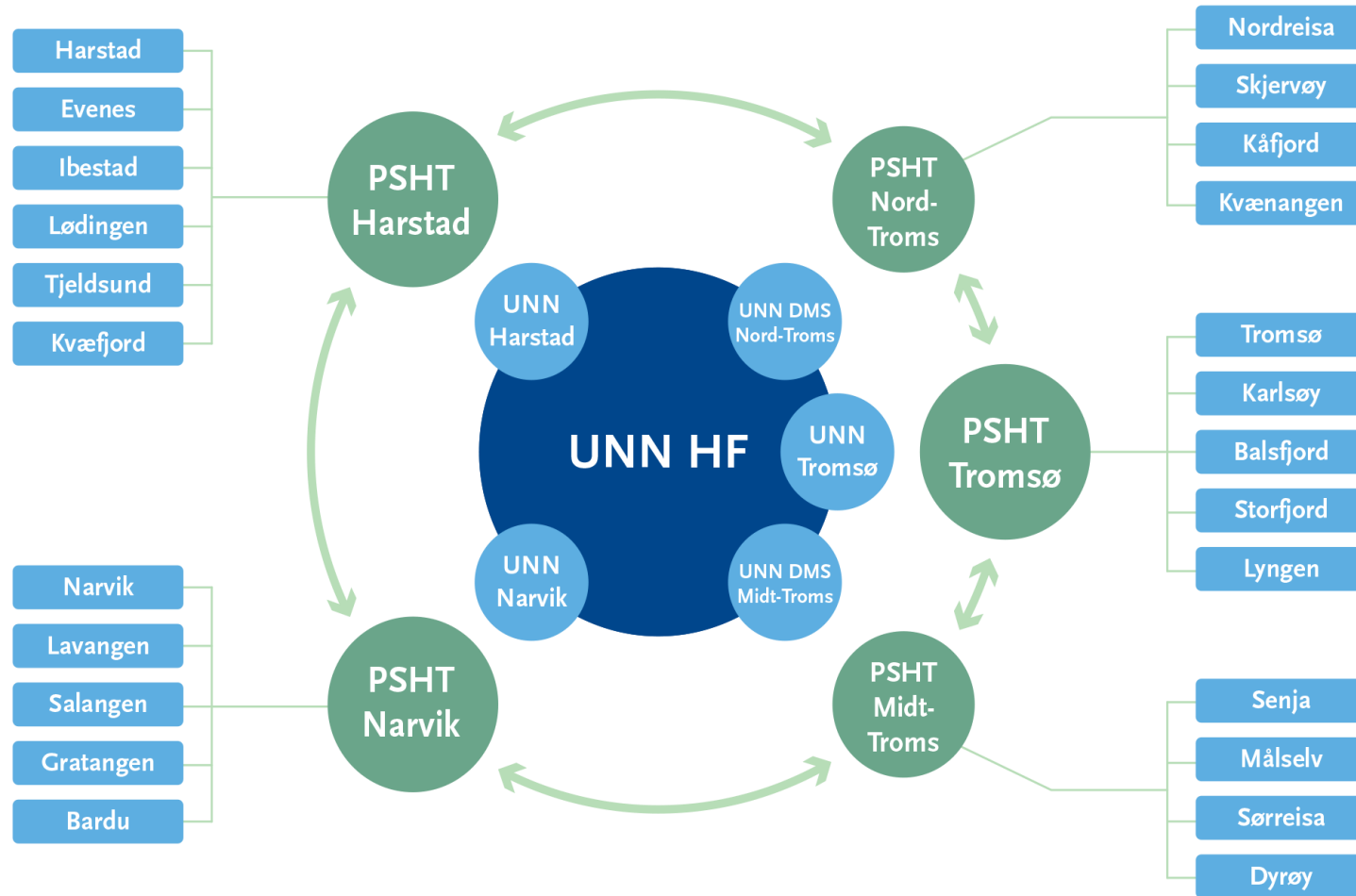
Partnerskapsmøtet 22. april 2021



«Innbyggerens helsetjeneste - en god og trygg helsetjeneste basert på innbyggerens behov og premisser»

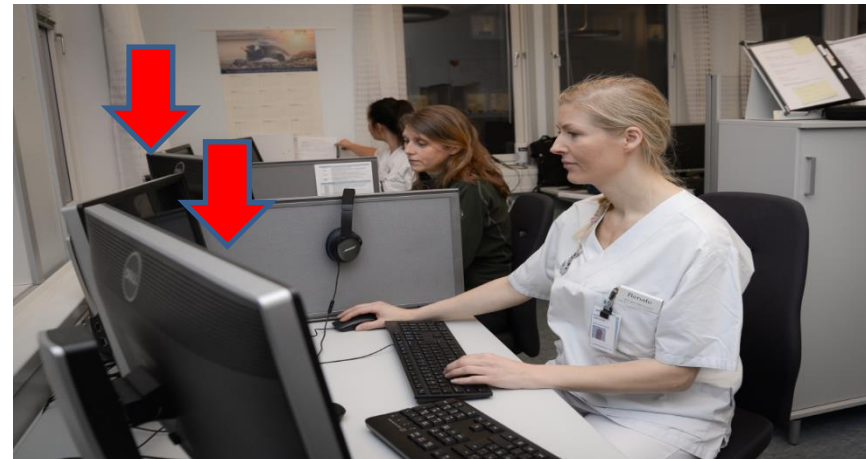


PSHT helsefellesskap i praksis



PSHT – hva er/var suksess kriteriene?

- Sammensatt fra begge helsetjenestenivåer
- Tilgang til begge dokumentasjonssystemer
- Enkle henvisningsrutiner
- Ikke diagnoseavhengig
- Kort responstid
- Reell tverrfaglighet
- Helhetlig, tid til «dypdykk»
- Aktiv involvering av og samarbeid med aktuelle aktører



Fordeler/ulempes med tilgang til begge journalsystemer

- Rask oversikt over aktuelle problemstillinger over det akutte som har skjedd i UNN
- Rask oversikt over tjenester og tjenestehistorikk i profil og oversikt over pasientens funksjonsnivå og hjelpebehov når vedkommende er hjemme.
- PSHT har mulighet å forberede seg innfor samtale med pasienten ved å innhente overblikk i begge journalsystemene.
- PSHT fortløpende dokumentasjon er tilgjengelig for både UNN og kommunen, slik at kommunen kan stå bedre forberedt når pasienten kommer hjem.
- Forvaltningskontoret bruker våre kartlegginger dokumentert i profil i sin saksbehandling.
- Ulempen ved å ha tilgang til begge systemene, er at det selvsagt er tungvint - da vi må dokumentere i to systemer i stedet for ett, men det løser vi ved at vi sender dokumenter mellom systemene
- Fordelene med den informasjonen vi har tilgjengelig veier opp for ulempene.



Hva fordrer det å ikke være sammensatt tverretatlig?

- Kan ta lenger tid å innhente informasjon
- Krever en tett(ere) dialog med aktuelle samarbeidspartnere
- Innhente opplysninger fra kommunen via dialog eller elektroniske meldinger
- Etterspørre mer hos pasient/pårørende

Erfaringer fra klinisk hverdag

- **Å se muligheter** og ikke begrensninger i samarbeidet og i tolkning av regelverk. Brukes hele handlingsrommet, kan det bidra til redusert behov for spesialisthelsetjenester, og bedre opplevelser for pasientene.
 - Tidlig involvering av samtlige berørte parter
 - Tidlig og tydelig avklaring av forventninger
 - Bygge relasjoner og inngi tillit
 - Undervurder aldri dialogen som et verktøy
- **Å sette sammen et team** med helsepersonell fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten er nøkkelen til suksess, man må samarbeide tett og være i samme rom.
- Begge instanser må **ta sin del av ansvaret**, bevissthet på å se sin rolle i forløpene – ikke ansvarsfraskriving eller -forskyvning, men samarbeid.
- **Å være bevisst rundt informasjonsutveksling** – hvem trenger hvilken informasjon, når? hvem gjør hva? Hva om det ikke virker? Gode proaktive behandlingsplaner vil bidra til redusert bruk av spesialisthelsetjener

Med pasienten – for pasienten