



## OPPSUMMERING AV WORKSHOP OM DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

Avholdt digitalt den 04.mai 2021 av E-helse Vestland i samarbeid med InnoMed

### DELTAGERE SOM VAR INVITERT:

E-helse Vestland	Kjell Olav Bondevik, Anita Lønnebakken Sævild, Kari Eidsnes Bjørkheim, Kristin Bruland, Per Waardal
Helse Vest IKT	Kari Støfringsdal, Håkon Bull-Njaa, Steinar Mangersnes
Sys IKT	Catrine Andresen Vagstad
Helse Bergen	Mette Herstein Monsen, Lars Birger Nesje, Rebekka Ljosland, Gunn Margareth Krogenes Larsen
Helse Førde	Marte Ulltang, Inger Elise Grotle
Sunnfjord kommune	Sina Sadre Motekallem, Kristin Synnøve Bruland
Stad kommune	Anne Ruth Botn Bjørnlo, Thomas Vingen Vedeld
Kvam kommune	Bjarte Hammer Aarland
Masfjorden kommune	Rolf Martin Tande, Åse Elin Solheim, Elin Eikemo, Gro Helen Dyrdal Løvik
Høyanger kommune	Anette Eri Norevik
Sogndal kommune	Anita Foss Midlang, Jan Ove Tryti, Kjersti Vikheim, Vidar Leirdal, Elin Leegaard Christensen
Vaksdal kommune	Eldfrid Nerland Haukenes
Fylkeseldrerådet	Harald Ekroll
Landsforeningen for hjerte- og lungesyke	Merethe Landaaas
Blindeforbundet	Silje Edvardsdal Thon
Diabetesforbundet	Inger Myrtveit
Fylkesstyret NSF	Silje Strand Skauge
InnoMed	Cecilia Karlsen Gnaly, Laura Kleiven

### AGENDA FOR WORKSHOP

- 1) Presentere fremdriftsplan og planlagte aktiviteter i 2021
- 2) Presentere organisering av prosjektet v/Per og Kari
- 3) Gruppearbeid:
  - Diskusjon – forståelse av behov og målsetning
  - Diskusjon – kartlegging av erfaringer, initiativer, prosjekter og prioriterte målgrupper
- 4) Innlegg om brukermedvirkning v/Merethe Landås, Styreleder LHL Bergen
- 5) Avslutning og veien videre



Gruppearbeidet er oppsummert på de neste sidene.

### Diskusjon i grupper

I Workshopen ble deltakerne delt inn i to grupper. Nedenfor presenteres en oppsummering av de ulike diskusjonene.

#### Forståelse av behov

Det ble lagt fram oppsummerende oversikt over identifiserte målsetninger og forutsetninger som har kommet fram i prosjektet så langt (se presentasjonen eller eget vedlegg).

Gruppene diskuterte deretter disse tre spørsmålene:

- Hva er de viktigste identifiserte brukerbehovene som digital hjemmeoppfølging kan bidra til å løse?
- Hva ønsker dere å oppnå ved å ta i bruk digital hjemmeoppfølging?
- Hvilke forutsetninger ligger til grunn for å oppnå disse målene?

#### Oppsummering fra gruppe 1

- Svært viktig poeng dette med at tjenesten må være universelt utformet, og at verktøyet er tilgjengelig for alle som skal få tilbud om digital hjemmeoppfølging.
- Reisevei er ikke bare relevant for eldre personer med kroniske lidelser. Reisevei er noe alle ønsker å unngå. Yngre personer som f.eks har diabetes vil ha god nytte av å gjennomføre målinger hjemme og unngå reisetid til lege. Dette gjelder særlig de som bor i grislendte strøk.
- Reisevei er særlig belastende for de med sansetap også. Disse brukerne må ofte ha med seg en hjelper når de skal til kontroll på sykehuset eller til fastlegen. Det er ikke alltid dette går an å koordinere. Vil være særlig relevant for disse brukerne.
- Helhetlig tjeneste for pasienten hvor pasienten ikke skal oppleve å «gå inn flere dører», men at informasjon er tilgjengelig og enkeltgjort.
- Vil legge til at et viktig behov er å unngå smitterisiko, ikke bare i forbindelse med covid-19. det er mye risiko for smitte på sykehus og fastlegekontor generelt. Å unngå dette er en viktig faktor ved digital hjemmeoppfølging.
- Rehabilitering, at man må se digital hjemmeoppfølging i sammenheng med forebyggende tjenester. Det skal forebygges og unngås eventuelle forverrelser i bruker sin tilstand.
- Forutsetninger som blir trukket frem for å få til en god tjeneste er følgende:
  - 1) kompetanse og motivasjon hos den enkelte bruker: bruker må være både motivert og ha kompetanse til å ta i bruk måleutstyr
  - 2) Finansiering: det er nødt til å foreligge takster som finansierer tjenesten. Økonomiske barrieren kan bli stor om dette ikke er på plass når utprøvingen skal i gang.
  - 3) Organisatoriske virkemidler: samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, fastlegen og kommunen blir helt essensielt. De ulike aktørene må se hverandre sine behov og stole på hverandre. Respekt og innsikt i den andre partens arbeidshverdag er viktig.
  - 4) Automatisering: vi må passe på å ikke skape en tjeneste som krever for mye av brukeren i forhold til egenrapportering og monitorering. Målingene burde automatisk gå inn i oppfølgingsplattformen, unngå at bruker må bruke unødvendig tid på å plote inn ting.
  - 5) Legge bort forutinntatte holdninger: eldre og brukere med sansetap har mye interesse for smartteknologi. Vi skal ikke se på teknologi og kompetanse på teknologi som en hindring.



6) Integrerte systemer: ekstra systemer blir en showstopper. Løsningen vi går for må enkelt kunne integreres i journalsystemet.

#### *Oppsummering fra gruppe 2*

- Kartlagt behov i kommunene: transport og reisetid. Mulighet for å gjøre flere konsultasjoner over video. Brukerne slipper kjøring til for eksempel Bergen og hjem igjen.
- Helse Bergen er pasientene spurt om dette med videokonsultasjoner. Mulighet for å spare en del reisevei, og at pårørende/pasient slipper å ta seg fra jobb.
- Viktig å ha mulighet for skjemaregistrering og samle inn data fra pasientene og få mer kontinuerlig informasjon gjennom målinger for eksempel. Og eventuelt at pasienten selv kan registrere data. Dette kan for eksempel gi mulighet til å følge opp pasienten grundigere, og oppdage når man er i en god fase, og når man er i en ustabil fase, eksempelvis hos pasienter med epilepsi eller annen nevrologisk sykdom.
- Ta kontakt med pasienten når det er behov. Gi en mer fleksibel og kontinuerlig tjeneste.
- Kan føre til at brukeren bor lengst mulig i eget hjem. Ta det med ro der de er. Ligger en mulighet for at den enkelte kan forstå sin egen sykdom bedre.
- Gi økt trygghet.
- Er kommuner som har erfaring med bruk av video til palliativ behandling.
- Helse Førde har erfaringer med video mellom fastlegen og sykehuset.
- Med tanke på palliativ behandling kan man ha stor nytte av det i kommunene. Store reiseveier for team som rykker ut. Kan forebygge forverring i psykisk og fysisk tilstand, unngå sykehusopphold. Få mer stabilitet, forebygge og være ressursbesparende.
- Ta utgangspunkt i pasientens behov, uansett alder. Pasienter og pårørende bruker enormt med energi.
- Viktig å strukturere tjenestene på en god måte. Flere ulike instanser som skal være med. Nye prosedyrer må på plass.
- Viktig å legge opp til en god oppfølging av brukerne. Også på bruk av hjelpemidler. Noen eldre har utfordringer, og trenger ett sted de kan henvende seg. Har en psykologisk effekt også.
- Være tilgjengelig for brukerne. Ha et menneske man kan kontakte og få hjelp. Behandlingshjelpemidler kan være en aktør her, både for helsepersonell og brukere.
- Også viktig å avklare hva slags type teknologi en skal bruke. Og hvilken påvirkning disse løsningene vil ha på organisering av tjenestene og organisasjonen generelt. Alarmsentralen har døgn tjenester for helsepersonell, kunnskap om personvern og journalsystem. De er tilgjengelig for spørsmål og kvalitetssikring av dokumentasjon.
- Teknologien må fungere. Viktig å organisere slik at det er struktur på hvem som skal ta i mot varslingsene «på den andre siden». Sørge for at det er noen som svarer. Organisere tjenestene rundt gode prosesser. Dokumentere å bygge kompetanse i bruk av disse løsningene.

#### *Kartlegge erfaringer, initiativer og prosjekter, samt prioritere målgrupper*

Det ble lagt fram oppsummerende oversikt over identifiserte målgrupper, utfordringer, prosjekter og initiativer som har kommet fram i prosjektet så langt (se presentasjonen eller eget vedlegg).

Gruppene diskuterte deretter disse fire spørsmålene:



- Hvilke initiativer og prosjekter på digital hjemmeoppfølging finnes i Vestland i dag?
- Har dere andre relevante erfaringer med bruk av digital hjemmeoppfølging, eller annen teknologi som alternativ til tradisjonelle tjenester?
- På hvilke områder ser dere beste muligheter for å få til samhandling og gode tjenestetilbud mellom primær- og spesialisthelsetjenesten?
- Har vi noen lavthengende frukter? Områder vi raskt kan komme i gang med utprøving og samarbeid?

### *Oppsummering fra gruppe 1*

- Det finnes flere pågående initiativer og prosjekter:
  - eMeistring v/Helse Bergen
  - Norse Feedback v/Helse Førde
  - Barn og unges helsetjeneste v/Helse Fonna
  - Diabetes og fotsår prosjekt v/Helse Bergen og Stavanger
  - Tannhelse prosjekt v/Helse Bergen
  - INR-oppfølging v/Noklus
  - Selvhjelpskurs ved psykisk skade v/NHI
  - Søvnapne v/Ålesund sykehus
  - Ambulatorisk infusjonspumpe for intravenøs antibiotikabehandling v/SSHF
- Erfaringer fra gruppen med bruk av lignende initiativer som digital hjemmeoppfølging:
- Flere har erfaring med bruk av videokonsultasjoner og har gode erfaring med det. Viktig å se på hvordan videoløsningene er utviklet for de med sansetap. Ikke nok kunnskapsgrunnlag her.
- Lommelegen er utprøvd. Veldig enkelt og bra verktøy.
- Oppfølging av dialysepasienter: brukt video hvor man har med spesialist på video for å gi konsultasjon. Dette har fungert veldig bra.
- Komp PRO i Masfjorden for å bruke videokonsultasjoner
- Når det gjelder områder med best mulighet for å få til samhandling om gode tjenestetilbud mellom primær- og spesialisthelsetjenesten så er dette et vanskelig spørsmål. Hvem skal man ikke starte med blir heller spørsmålet?
- Hovedfokus må ligge på å lette reisevei, gjøre livskvaliteten til brukerne bedre og minske «kasteball i systemet», slik at brukere ikke blir kastet mellom ulike aktører.
- Det blir viktig å se på hva som ligger enkelt tilgjengelig for oss, og hvordan vi kan stokke det utstyret som allerede er tilgjengelig og som gir effekt for brukerne våre.
- Video er veldig enkelt tilgjengelig, og det kan være en god start å ta i bruk mer videokonsultasjoner mellom bruker i eget hjem og spesialist, fastlege eller oppfølgere fra den kommunale helsetjenesten.
- Gjør man store investeringer nå på teknologi så har de gjerne kort levetid, da alle venter på samhandlingsplattformen.
- Video er en lavthengende frukt. Et alternativ er også å koble opp mot små sykehus som f.eks Voss sykehus. Video mot legevakten er også utprøvd og kan være bra å bygge videre på.



### Oppsummering fra gruppe 2

- Det finnes flere pågående initiativer og prosjekter: bla. Stad, Helse Førde, Florø jobber med tverrfaglig videokonsultasjoner for å planlegge utskrivning av pasienter, for å nevne noen eksempler.
- Angående samhandling og lavthengende frukter:
- Kortere linje mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. Dette ble diskutert spesielt ved diabetes-pasienter. Ulike rettigheter til utstyr og behandling. Mulighet for tverrfaglige team og bruk av video her.
- Samarbeide enda bedre ifht ernæringspasienter.
- Også smertebehandling. Mange pasienter som ønsker å være hjemme, med behov for smertebehandling. Inkludere smerteteam.
- Kronikere og respirasjonspasienter er en annen gruppe det kan samhandles rundt og med. Utrygge og trenger hjelp og støtte.
- Søvnåpne – CPAP og BiPAP: fått til telemonitorering med Airview – klinikken og behandlingshjelpemidler.
- Fastleger og spesialisthelsetjenesten samhandle bedre. Veksler telefonmeldinger i dag hvor de kan diskutere. Ett spørsmål om oppgavefordeling. Rettigheter og lover, samt arbeidsfordeling generelt.
- Viktig å definere mottak av alarmer.
- Handler mye om endringsledelse, kompetanseheving og at teknologien fungerer.
- Digitale løsninger gjør at oppgaver blir flyttet. Gode prosesser for å lage forløp og ansvarsfordeling der oppgaver delt mellom første- og andrelinje.
- Helse Bergen har meldt seg som pilot til EBH (egenbehandlingsplan) knyttet til kjernejournal. Piloteres høsten 2021.
- Bruke servicesentret mer med tanke på velferdsteknologi. Mange kommuner har egne samarbeid om disse.
- Del ting som må samordnes. Forskjellige kulturer på tvers. Må avklares forventninger og være en bestilling fra ledelsen. EBH er viktig.
- Stad har laget digital EBH. Samhandling mellom pasient, innsyn i samme dokument. Har EBH hos pasienter med psykiske lidelser også.
- Være oppmerksom på ulike kommunestørrelser som har betydning for organisering og avklaring av oppgaver, ansvar og roller.
- Høste erfaringer og utfordringer som er dokumentert fra andre.
- Må bli en del av den ordinære tjenesten. Det du trenger for utprøving er en person som forvalter og mottar det som kommer inn.
- Premissene er på plass. Fra alarmsentralen sin side, er det ønskelig å bistå i utprøving. Ta inn og engasjere leverandørene og bistå der.
- digital oppfølging av pasienter og kreftpasienter i behandling og rehabiliteringsfasen. Digitale kurs og oppfølging. Trygg atmosfære for spesialister, primærhelsetjenesten og fastlege.