

Prosjektrapport

Ambulante tenester og tidleg støtta utskriving innan
rehabilitering

Eit regionalt prosjekt i Helse Vest

Prosjekteigar: Helse Vest RHF

Leia av Regionalt kompetansesenter
for habilitering og rehabilitering

Desember 2017

SAMANDRAG

I tråd med overordna nasjonale føringar, har Helse Vest RHF initiert eit regionalt prosjekt om Ambulante tenester og tidleg støtta utskriving innan rehabilitering medrekna bruk av telemedisin og velferdsteknologi.

Prosjektet har vore leia av Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering. Prosjektgruppa har hatt representantar frå alle Helseføretaka (HF-a) i regionen, seks kommunar, private ideelle institusjonar, private rehabiliteringsinstitusjonar, brukarar og konserntillitsvald. Prosjektperioden har vore frå november 2016 til desember 2017.

Hovudmålet for prosjektet har vore å foreslå modellar for bruk av ambulante tenester og tidleg støtta utskriving for pasientgrupper som har motteke rehabilitering i spesialisthelsetenesta.

I Leveranse 1 har prosjektgruppa funne gode eksempel frå no-situasjonen på ambulante tenester, bruk av telemedisin og teknologi som fremjar pasienten si evne til meistring og til sjølv å ta hand om måling, kontroll og oppfølging av eiga behandling heime.

I leveranse 2 foreslår prosjektet ein generisk modell for ambulante tenester. Prosjektgruppa er einige om å tilrå ambulante rehabiliteringsteam (ART) for utøving av ambulante helsetenester. Bruk av telemedisin og teknologi er teke inn i modellen. Det føreligger forslag til korleis pilotprosjekt kan evaluerast.

I Fagdirektørmøte 09.11.17, Jf. sak 132/17 bad styringsgruppa prosjektgruppa i tillegg om å avklare ressursituasjonen og spesifisere kostnader i pilotane.

For å auke erfaringar med ambulante tenester innan rehabilitering er det prosjektgruppa si anbefaling å prøve ut ambulante rehabiliteringsteam i HF-a i Helse Vest. Det er også ei anbefaling at pilotprosjekta vert tilført friske midlar for å kunne gjennomføre desse.

Kommunane som har delteke i prosjektet er positive til å vere med i pilotprosjekta og dette er forankra i leiinga. Med nasjonale føringar og anbefalingar om oppfølgingsteam (OT) i kommunane rundt pasient er tidspunkt for gjennomføring av pilot gunstig.

Nesttun 6.12.17
Cathrine Nøttingnes
Prosjektleiar

INNHALD

1	Innleiing	4
1.1	Bakgrunn for prosjektet	4
1.2	Styrande dokumenter	4
1.3	Mandat for arbeidet i prosjektet	5
1.4	Prosjektet sine leveransar	5
1.5	Prosjektorganisasjon og gjennomføring	6
2	Leveranse 1 - Eit blikk på no-situasjonen	8
2.1	Ambulant verksemd	8
2.2	Gode eksempler	9
2.2.1	Kunnskapsbasert oppsummering	9
2.2.2	Å flytte fysisk på fagfolk	10
2.2.3	Å bruke telemedisin som eit ambulant alternativ	10
2.2.4	Å la pasienten bruke teknologi til sjølv å ta hand om måling, kontroll og oppfølging av eiga behandling heime	12
3	Leveranse 2: Foreslå modellar for ambulante tenester og tidleg støtta utskriving	12
3.1	Bakgrunn for modellforslag	12
3.1.1	Bruk av telemedisin	13
3.2	Prosjektgruppa sitt forslag til generisk modell	14
3.2.1	Mål for samarbeid i modellforløpet	14
3.2.2	Presentasjon av figurane	14
3.3	Forslag til pilotar	17
3.4	Evaluering av pilotprosjekt	18
4	Anbefaling	19
4.1	Prosjektgruppa si vidare anbefaling	19
5	Vedlegg	20

1 INNLEIING

1.1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Eit grunnleggjande prinsipp i nasjonale overordna føringar er at hovudtyngda av habilitering og rehabilitering skal skje i nærmiljøet til pasienten, som oftast i heimkommunen. Spesialisthelsetenesta skal bidra med spesialisert kompetanse og rettleiing.

Ambulante tenester og tidleg støtta utskriving innan rehabilitering er eit regionalt prosjekt som er leia av Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering på oppdrag frå Helse Vest RHF. Prosjektperioden har vore frå november 2016 til desember 2017.

Prosjektet er del av oppfølging av Regional plan for habilitering og rehabilitering 2016 - 2020 (kap. 5.3)¹. Planen viser til forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 15 om ambulerande tenester, som slår fast at habilitering -og rehabilitering i spesialisthelsetenesta skal bli gjeve ambulant dersom slike tenester ikkje mest hensiktsmessig kan gjevast i institusjon. Med hensiktsmessig blir det her sikta til faglege og praktiske forhold, samt omsynet til pasient- og brukargruppene som heilhet, meiner prosjektgruppa. Med ambulante tenester meiner ein tenester som ytes utanfor sjukehus.

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019 styrkar prosjektet sin aktualitet ². Opptrappingsplanen er tydeleg på at spesialisthelsetenesta skal yte meir ambulant verksemd og rettleiing enn det som blir gjort i dag.

Ei auka satsing på ambulant verksemd skal innebere ei dreining av aktiviteten innan gjeldande rammer. Dette må sjåast i samanheng med spesialisthelsetenesta si plikt til rettleiing ovafor den kommunale helse- og omsorgstenesta, jfr. [Spesialisthelsetjenesteloven § 6-3](#) greia ut i [rundskriv I-3/2013](#) (Helse- og omsorgsdepartementet). [Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 15](#) fastslår at råd og rettleiing skal gjevast av helsepersonell, jf. [Helsepersonelloven § 3](#).

1.2 STYRANDE DOKUMENTER

I oppdragsdokumentet for 2017 til Helse Vest RHF frå Helse- og omsorgsdepartementet står følgjande:

- *Helse Vest RHF skal utvikle former for ambulante tenester innan rehabilitering og vaksen- og barnehabilitering.*

¹ Regional plan for habilitering og rehabilitering i Helse Vest 2016 - 2020. <https://helse-vest.no/seksjon/planar-og-rapportar/Documents/Regionale%20planar/2016%20-%20Regional%20plan%20for%20habilitering%20og%20rehabilitering%202016%20-%202020.pdf>

² Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d64fc8298e1e400fb7d33511b34cb382/NO/SVED/OpptrappingsplanRehabilitering.pdf>

I styringsdokument for 2017 til HF-a (Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Berge og Helse Førde) frå Helse Vest RHF står følgjande:

- *Utvikle former for ambulante tenester innan rehabilitering og vaksen- og barnehabilitering. Helseføretaka må sjå til det regionale prosjektet om «ambulante tenester og tidlig støtta utskriving» innan rehabilitering».*

1.3 MANDAT FOR ARBEIDET I PROSJEKTET

Overordna mål for prosjektet er at prosjektgruppa skal foreslå modellar for bruk av ambulante tenester og tidleg støtta utskriving for pasientgrupper som har motteke seinfaserehabilitering i spesialisthelsetenesta. Modellane skal bidra til overføring og utveksling av kunnskap mellom kommune og spesialisthelsetenesta og dermed leggje til rette for kunnskapsbasert oppfølging av pasienten i heimkommunen, etter eit rehabiliteringsopphald i spesialisthelsetenesta.

Etter innspel til styringsgruppa på fagdirektørmøtet 12. januar 2017, Jf. sak 108/16 i fagdirektørmøtet 10.11.16 om godkjenning av prosjektdirektivet vart mandatet endra til å omfatte heile gruppa som har motteke rehabilitering i spesialisthelsetenesta.

Mandatet vart utvida til å inkludere alle pasientar som har motteke rehabilitering i spesialisthelsetenesta og ikkje berre i «seinfasa».

1.4 PROSJEKTET SINE LEVERANSAR

1. No-situasjon - identifisere eksempel på:

Ambulante tenester og tidleg støtta utskriving (der ein planlegg tenester saman på tvers av nivå)

Bruk av telemedisin for å yte tenester

Bruk av nye moglegheiter for pasienten til sjølv å ta hand om måling, kontroll og oppfølging av eiga behandling heime («velferdsteknologi»).

2. Foreslå modellar for ambulante tenester og tidleg støtta utskriving

Foreslå ulike modellar ut frå eksisterande kunnskap og gode eksempel (jf. punkt 1) og skissere opplegg for utprøving/pilotering av modellar i regionen:

Korleis kan spesialisthelsetenesta ta i bruk ulike former for ambulante tenester, som verkemiddel i kunnskapsoverføring, utveksling og rettleiing til kommunane?

For bruk av telemedisin og velferdsteknologi bør prosjektet sjå på dei teknologiske løysingane ein finn aktuelle, uavhengig av teknologisk plattform.

Foreslå konkrete pilotar 1-4 ulike stader i regionen, som samarbeid mellom helseføretak og kommunar

Skissere evaluering/måling av utprøvinga (resultat for pasientar og kommunar)

Prosjektgruppa er einige i at fokus skal vere på dei komplekse rehabiliterings-pasientane. Med kompleks forstås prosjektgruppa sjukdom/skade som medfører tap av motorikk, kognisjon, språk/tale og sansetap som påverkar fysisk og psykisk funksjon, aktivitet og deltaking på fleire områder. Desse pasientane kan i tillegg ha kjende rus- og/eller psykiske lidningar. Dette er også i tråd med Opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering 2017-2019 og Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator³.

³ <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator/seksjon?Tittel=individuell-plan-og-koordinator-6935>

For fleire detaljar og valde definisjonar visar vi til mandat og prosjektdirektivet⁴.

1.5 PROSJEKTORGANISASJON OG GJENNOMFØRING

Styringsgruppa og prosjektgruppa har bestått av følgjande personar:

Prosjekteigar	Baard-Christian Schem	RHF Helse Vest
Styringsgruppeleder	Baard-Christian Schem	RHF Helse Vest
Styringsgruppemedlem	Eldar Søreide	Helse Stavanger
Styringsgruppemedlem	Haldis Johanne Økland Lier	Helse Fonna
Styringsgruppemedlem	Clara Gram Gjesdal	Helse Bergen
Styringsgruppemedlem	Kristine Brix Longfellow	Helse Førde
Styringsgruppemedlem	Petter Thornam	De private ideelle institusjonane
Styringsgruppemedlem	Christer Bakkke Franzen	Sykehusapoteka Vest HF
Styringsgruppemedlem	Janne Kristine Bethuelsen	Akademikerne (vara: Toril Østvold, SAN)
Prosjektleder	Cathrine Nøttingnes	Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering
Prosjektstøtte	Thomas Garnes	PricewaterhouseCoopers AS
Prosjektdeltakar	Ylva Hivand Hiorth	Helse Stavanger
Prosjektdeltakar	My Torkildsen	Helse Stavanger
Prosjektdeltakar	Herborg Tegle	Helse Fonna
Prosjektdeltakar	Merete Røthing	Helse Fonna
Prosjektdeltakar	Eirik Vikane,	Helse Bergen
Prosjektdeltakar	Björg Rene	Helse Bergen
Prosjektdeltakar	Linn Kollanes	Helse Førde
Prosjektdeltakar	Martin Roland Hansen	Helse Førde
Prosjektdeltakar	Lena Kristiansen	Private ideelle institusjonar
Prosjektdeltakar	Hild Kristin Morvik	Private rehabiliteringsinstitusjonar
Prosjektdeltakar	Arne Huus	Private rehabiliteringsinstitusjonar
Prosjektdeltakar	Liv Møen	Fjell kommune
Prosjektdeltakar	Hans Petter Torvik,	Sandnes kommune
Prosjektdeltakar	Reidun Seljelid Sæbdal	Lindås kommune
Prosjektdeltakar	Bente Gunnarshaug	Stavanger kommune
Prosjektdeltakar	Elise R. Hausken	Karmøy kommune
Prosjektdeltakar	Anita Smørdal	Eid kommune
Prosjektdeltakar	Annbjörg Hellestræ	Regionalt brukarutval
Prosjektdeltakar	Kjell Inge Bringedal	Regionalt brukarutval
Prosjektdeltakar	Bente Sissel Pilskog	Konserntillitsvald LO

⁴ Det er oppretta ei eigen side for prosjektet kor ein finn mandat og direktiv:

<https://helse-bergen.no/avdelinger/rehabiliteringsklinikken/regionalt-kompetansesenter-for-habilitering-og-rehabilitering/ambulante-tenester-og-tidleg-stotta-utskriving>

Arbeidsform

Prosjektgruppa har gjennomført fem møter i Bergen. Vidare har prosjektleiar hatt tre møter med styringsgruppa, og fortløpande kontakt med seniorrådgjevar Hilde Rudlang i Helse Vest RHF for avklaringar.

Alle prosjektdeltakarane har arrangert/delteke i møter i eigne organisasjonar og i sine respektive føretaksområder, og det har vore svært god oppslutning om prosjektarbeidet. Felles plattformer for utveksling av informasjon har vore SharePoint, Lync, og e-post.

Brukarmedverknad

I tillegg til brukardeltaking i prosjektgruppa, blei tre andre brukarar med pasienterfaringar innan rehabilitering inviterte til å delta i ein workshop saman med prosjektleiar for å gje innspel til prosjektgruppa med omsyn til telemedisin og velferdsteknologi. Gerd O. Lie, Anette Nilsen og Anikken J. Kvaal gav verdifulle innspel. Kort handla tilbakemeldingane om at spesialisthelsetenesta må vere meir tilgjengelege og at viktige samarbeidspartnarar for pasient som kan ha behov for kunnskapsoverføring også kan vere andre enn helsepersonell. Eksempel som ble nemnt var personleg trenar.

Innhenting av informasjon og innspel frå andre

Prosjektleiar har hatt møter med seniorrådgjevar Tore Jo Nilsen frå Helse Midt, spesialrådgjevar Tove H. Otterstad frå Helse Sør-Øst og medisinsk-fagleg rådgjevar Raymond Dokmo frå Helse Nord om Opptappingsplanen og korleis dei andre RHF-a organiserer ambulante tilbod.

Prosjektleiar har hatt fleire møter med rådgjevar Phu Martin Tran, rådgjevar Robert Bjorsvik og IKT sikkerhetsleiar Kenneth Eidsvåg Oppedal frå Seksjon for E-Helse i Helse Bergen, samt hatt møte med sikkerhetsleiar Jarle Øen i Helse Førde i samband med avklaring og bruk av telemedisin i behandling og konsultasjonar.

Monika Dalbakk, prosjektleiar i prosjektet Pasientsentrerte team ved UNN har delteke på fleire videomøter og svara på spørsmål frå prosjektgruppa.

Spesialrådgjevar Tove Bergan frå Etat for helsetenester i Bergen kommune hadde eit innlegg for prosjektgruppa der ho gjorde greie for prosjektet Slagrehabiliteringskjeden i Bergen og Innsatsteam i Bergen kommune.

Helsesektorleder og partner i PWC, Dagfinn Halseth heldt to innlegg for prosjektgruppa. I det eine innlegget orienterte han oss om Helse Vest sin strategi: Helse2035 og tankar han hadde om ambulante tenester. I det andre innlegget snakka han om trendar i helsesektoren framover.

Det er gjennomført møter med ergoterapispesialist Gunnbjørge Karin Aune og sjukepleier Stine Storrud frå Sunnaas sjukehus. Dei har delt av sin kunnskap og erfaring når det gjeld avstandsoppfølging av pasientar over skjerm.

Prosjektleiar har saman med seksjonsoverlege My Torkildsen, Helse Stavanger hatt eigne møter med prosjektleiar Ingvil Sveen i Stavanger kommune for prosjektet: Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam (IKART) for avklaring av Helse Stavanger si rolle inn i begge prosjekta.

For utforming av figurar i modell har rådgjevar Eirik Dankel i Helse Fonna stilt opp på mange telefonmøter og med praktisk hjelp.

2 LEVERANSE 1 - EIT BLIKK PÅ NO-SITUASJONEN

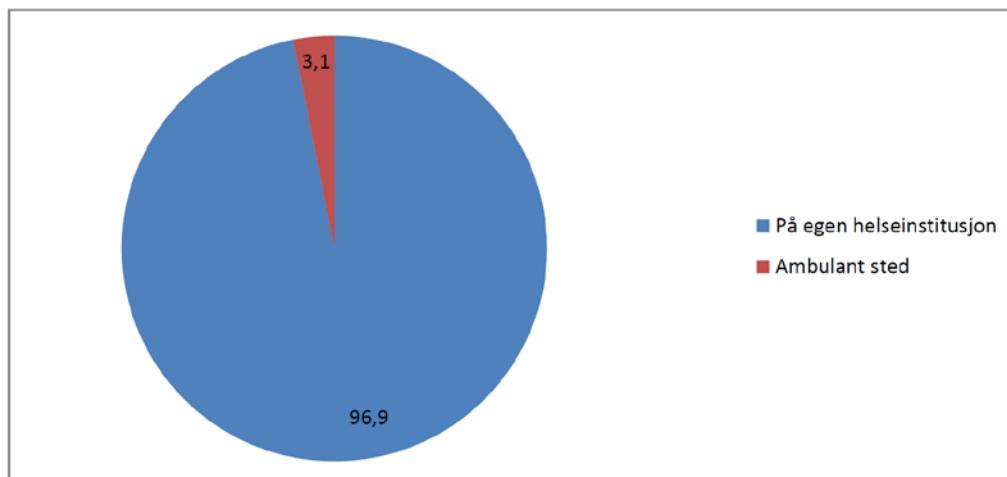
2.1 AMBULANT VERKSEMD

Prosjektgruppa si oppfatning er at det innan rus- og psykiatrifeltet vert drive utstrekt bruk av ambulant verksemd. Innanfor habilitering og rehabilitering er det særleg vaksenhabiliteringstenestene som jobbar ambulant, medan ei generell oppfatning er at det er mindre bruk av ambulante tenester innan rehabiliteringsfeltet. Analyser i SAMDATA frå 2016⁵ viser at 28 prosent av all dag- og poliklinisk aktivitet innan habilitering for barn og unge vart utført ambulant, medan for vaksenhabiliteringa var 30 prosent av aktiviteten ambulant. Tilsvarande for rehabilitering var 3 prosent (figur 1). Tala for rehabilitering vitnar om eit stort potensial for auka ambulante tenester, spesielt gjeld dette i Helse Vest, der berre 0,2 prosent av all dag- og poliklinisk rehabilitering var ambulant.(tabell 1). På helseføretaksnivå i landet er variasjonen stor. 18 helseføretak rapporterer ingen eller svært lite ambulant verksemd, medan sjukehuset Innlandet i den andre enden har nesten 19 prosent ambulant verksemd i 2016.

I Helse Vest er det Helse Stavanger som rapporterer mest ambulant verksemd med ein andel på 0,9 prosent av alle dag- og polikliniske konsultasjonar (tabell 2).

Korleis ein registrerar og koder ambulante tenester kan truleg forklare noko av variasjonane og dette er viktig for HF-a å sjå på framover.

Figur 1 henta frå EINIGEATA 2016: viser fordelinga i dag- og poliklinisk rehabiliteringsaktivitet i sjukehusa i Norge i 2016. Figuren viser at nesten 97 prosent av alle kontaktar var koda som utført ved eigen institusjon.



⁵ SAMDATA: Spesialisthelsetenesta: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/einigeata>

Region	Del ambulant verksemd				
	2012	2013	2014	2015	2016
Helse Sør-Øst	5,0	7,3	4,8	5,8	6,8
Helse Vest	0,5	0,6	0,5	0,4	0,2
Helse Midt	2,5	4,7	3,8	3,2	3,2
Helse Nord	3,1	0,7	1,0	3,9	4,5
Totalt	2,7	3,5	2,6	2,9	3,1

Tabell 2: Viser del ambulant verksemd innan dag og poliklinisk konsultasjonar i helseregionane i Noreg.

Helseforetak	Del ambulant verksemd				
	2012	2013	2014	2015	2016
Helse Stavanger HF	1,3	2,1	1,2	1,2	0,9
Helse Fonna HF	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Helse Bergen HF	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Helse Førde HF	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Helse Vest RHF	0,5	0,6	0,5	0,4	0,2

Tabell 3: Viser del av ambulant verksemd innan dag og polikliniske konsultasjonar i helseføretaka i Helse Vest.

2.2 GODE EKSEMPLER

Gjennom mandatet fekk prosjektgruppa i oppgåve å finne gode eksempel på ambulante tenester og tidleg støtta utskriving, bruk av telemedisin for å yte tenester og bruk av velferdsteknologi for pasientane til sjølv å ta hand om måling, kontroll og oppfølging av eiga behandling heime.

Prosjektgruppa har søkt etter gode eksempel innanfor ulike fagområde, helseføretak og regionar. Det er også gjort enkelte søk i internasjonal litteratur. Prosjektgruppa finn at det generelt er svakt dokumentert korleis ambulante tenester gjev utslag i pasienttilfredsheit, grad av kunnskapsoverføring og kost-nytte vurderingar som vi er bedne om å sjå på spesielt.

2.2.1 KUNNSKAPSBASERT OPPSUMMERING

I ei systematisk kunnskapsoversikt frå 2010 frå Kunnskapssenteret⁶ såg dei på effekten av tverrfaglege ambulante tenester for brukarar med hjerneslag, kroniske sår, og kronisk obstruktiv lungesjukdom (KOLS) som budde heime eller i kommunale omsorgstiltak. Det var av spesiell interesse å fokusere på om tverrfaglege ambulante tiltak ville føre til auka livskvalitet og redusert bruk av spesialisthelsetenester, til dømes i form av reduksjon av gjenteke opphald i sjukehus. Ein skulle også undersøke om tiltaka var kostnadseffektive, vurdert på grunnlag av samla ressursbruk i helsetenestene, og å setja lys på om ambulante tiltak kunne bidra til å auke kompetansen i primærhelsetenesta. I den systematiske kunnskapsoversikten konkluderer dei blant anna med at det er fleire studie og systematiske oversikter som har vurdert effekten av ambulante tverrfaglege tenester for pasientar med ulike sjukdommar. Dei fann mest og best dokumentasjon om tiltak for pasientar med hjerneslag. Dokumentasjonsgrunnlaget for å trekkje sikre konklusjonar var avgrensa

⁶ Effekter av tverrfaglige ambulante tjenester for pasienter med kroniske sykdommer
Rapport fra Kunnskapssenteret nr 7–2010
Systematisk kunnskapsoversikt

for dei fleste pasientgrupper og tiltak. Dels skuldast dette at det er få og små studie, og at det er svakheiter i utføringa av fleire av studiane. Det dei fann var at godt planlagt og koordinert tidleg utskriving av slagpasientar frå sjukehus, med oppfølging i heimen av eit tverrfaglig team, førte til reduksjon i eit kombinert utfall av død eller behov for opphald i institusjon. Etter 6 månader gav det kortare liggjetid i sjukehus, og det auka moglegheita for at pasientane klarte seg i eigen heim og tok i gang med daglege aktivitetar.

I denne rapporten trekkjer vi fram nokre eksempel frå no situasjonen som vidare har inspirert prosjektgruppa i arbeidet med utforming av modell. Vi deler inn eksempla i tre grupper;

- Å flytte fysisk på fagfolk
- Å bruke telemedisin som eit ambulant alternativ
- Å la pasienten bruke velferdsteknologi til sjølv å ta hand om måling, kontroll og oppfølging av eiga behandling heime.

2.2.2 Å FLYTTE FYSISK PÅ FAGFOLK

Pasientsentrerte helsetenesteteam (PSHT) er eit samarbeid mellom Tromsø kommune, Harstad kommune og Universitetssjukehuset i Nord Norge HF (UNN). Det er oppretta pasientsentrerte team der både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta jobbar i same team. Dette er ganske unikt og gjev fordelar mellom anna med tanke på tidleg støtta utskriving og kunnskapsoverføring. Hovudfunksjonane for PSHT er å vere «eit sted for kontakt», koordinering, tidleg vurdering av heimebuande og tidleg støtta utskriving av pasientar. Eit viktig mål er å styrkje overgangane mellom sjukehus og kommune. Målgruppa er skrøpelege eldre og pasientar med samansette og kroniske sjukdomar. Teamdeltakarane har base i sjukehuset men ambulerer og møter pasientane i heimen, kommunal/privat institusjon eller i sjukehus. Teamet samarbeider tett med tenestene dei er ein del av og har ei proaktiv, pasientsentrert arbeidsform. Finansielt er det et spleiselag mellom sjukehus og kommune, med omdisponerte midlar. Andre kommunar som Balsfjord kommune, Karlsøy kommune, Lenvik kommune og UNN har prøvd ut kommunalt team og avstandsoppfølging for å kunne gje ein tilpassa modell for PSHT ut frå storleik på kommune og avstand til næraste sjukehus. Erfaringane etter to års pilotering er at ein bør etablere tverrfaglege PSHT i alle lokalsjukehus og i distriktsmedisinske sentra i Midt-Troms og Nord-Troms. Vidare ser ein behov for at identifiserte pasientar vert tildelt koordinator som skal setjast i stand til å koordinera på individnivå og over organisatoriske grenser. Observasjonskompetansen blant tilsette i alle ledd av helsetenesta skal styrkjast og anbefalingar for vidare oppfølging og observasjon etter utskriving tydeleggjerast. PSHT ynskjer ein digital samhandlingsarena, og det er utarbeida skisser til løysningskonsept og ein demo for muleg framtidig løysing for dokumentdeling som prøvest ut i 2017. Primærkontaktar i kommunen har ein særskilt viktig funksjon og treng å få frigjort tid til å koordinera og samhandle med involvert helsepersonell. Pasientar som vert fulgt opp av PSHT, er innlagd (akutt) med 30 % færre dagar enn dei som ikkje vert fulgt opp av PSHT i dei første 6 månadane, for så å auka tilsvarande dei 6 neste månadane etter intervensjonen. Risiko for død vart halvert blant PSHT pasientar (14.3 %) samanlikna med kontroller(28.4 %) ⁷. Fleire forskingsresultat vil bli publisert i løpet av 2017/2018.

2.2.3 Å BRUKE TELEMEDISIN SOM EIT AMBULANT ALTERNATIV

I Sogn- og Fjordane har dei jobba systematisk med bruk av telemedisin, og prosjektgruppa vil trekke fram Telemedisin Sogn og Fjordane. Dette prosjektet er som eit av fleire gode eksempel på bruk av

⁷ The effectiveness and cost effectiveness of the Patient-Centred Team (PACT) model: study protocol of a prospective matched control before-and-after study.
Trine S. Bergmo, Gro K. Berntsen, Monika Dalbakk, Markus Rumpsfeld

telemedisin. Telemedisin Sogn og Fjordane har vore eit samhandlingsprosjekt med deltaking frå Helse Førde HF, KS og dei 26 kommunane i fylket og resultata frå prosjektet er no i ei implementeringsfase. Motivasjon og bakgrunn for igangsetjing har vore at regionen har få innbyggjarar, men stort areal. Spreidd busetnad og krevjande geografi gjer at bruk av telemedisin/video er særst veileigna for å redusere reiseaktivitet, men likevel gje pasientane den behandlinga dei har behov for. Ein ikkje ubetydeleg gevinst er også den reduserte miljøbelastninga som mindre reiseaktivitet gjev. Erfaringar som kjem fram i Sluttrapport fase 3 frå 30. desember 2016⁸ er at både pasientar og personell kan reise mindre, noko som betyr redusert forureining, tidsbruk og kostnader. Pasientane gjev uttrykk for at dei er godt nøgd med bruk av telemedisin i konsultasjonen. Dei får vurdering og behandling av spesialist mens dei er på fastlegen sitt kontor eller er på sjukeheimen. I nokre kommunar kan dei også få vurdering av fastlege eller legevakt i eigen heim. Telemedisin har også vist seg å ha stor verdi i akutte situasjonar. Telemedisin er prøvd ut på ei rekkje avdelingar i Helse Førde. Telemedisin Sogn og Fjordane har vurdert kva gevinstar ein kan hente ved bruk av telemedisin og videokonferansar. Nokre av desse gevinstane går igjen på fleire fagområde:

- Økonomi- og miljøgevinst ved mindre reiser; gjeld pasientar og helsepersonell
- Mindre tid på reiser gjev meir tid til andre oppgåver; fleire pasientar, meir rettleiing, mindre vikarbruk, osv.
- Raskare avklaring og behandling kan settast i verk
- Meir og betre samhandling mellom helsepersonell
- Meir kunnskap og kompetanse på tvers av organisasjonar og nivå i helsetenesta

På Sunnaas sjukehus har helsepersonell erfaring med oppfølgjing via telemedisin innan rehabilitering av pasientar, og gjev uttrykk for at telemedisinske tenester generelt er krevjande å implementere:

«Det er ei ny måte å yte helsetenester på, og utfordringane er finansiering, personalressursar – gjerne klinikarar som gjer det på toppen av ein anna stilling, rekruttering av fagfolk som ynskjer å jobbe på denne måten, utstyr, teknisk støtte, organisering av tenesta osv. Når ein startar opp er ein avhengig av personar som greier å dra med leiinga og kollegaer. Pasientane derimot tar gjerne telemedisin i bruk.»

Ved Sunnaas sjukehus er bruk av telemedisin implementert i oppfølging av trykksår hos spinalskadde⁹ og for tida føregår det eit prosjekt med telemedisinsk oppfølging av pasientar med mild og moderat kognitiv svikt.

I Queensland ved Princess Alexandra Hospital (3.linje sjukehus for Queensland) har dei ein eigen telemedisinsk poliklinikk. Denne poliklinikken har spesialisert seg på å drive poliklinikk via telemedisin. Alle avdelingar på sjukehuset har moglegheit for telemedisinske konsultasjonar med støtte frå personell og med spesial designa telestudio. Til no utgjer telemedisinske konsultasjonar berre ein liten del av alle konsultasjonar, men dei er kome lengre enn i Noreg i følgje seksjonsleder Christoph Schäfer, Fysikalsk og Rehabiliteringsmedisinsk seksjon Tromsø og Narvik. Han har hatt eit studieopphald på 4 (2017) veker i Brisbane og har besøkt Centre for Research in

⁸ Telemedisin Sogn og Fjordane. Eit samhandlingsprosjekt mellom KS/kommunane i Sogn og Fjordane og Helse Førde. Sluttrapport fase 3, 30. desember 2016

⁹ <https://sykepleien.no/2013/05/e-steller-trykksaret-til-ingar>

Telerehabilitation, School of Health and Rehabilitation Sciences The University of Queensland, St. Lucia, Brisbane¹⁰.

Det dei har fått til i Helse Førde og som Sunnaas sjukehus peikar på, fortel kor viktig det er at det vert lagt til rette i organisasjonen for bruk av telemedisin, men også at ein er avhengig av å ha nært samarbeid med kommunane og andre samhandlingspartnarar for å lukkast.

2.2.4 Å LA PASIENTEN BRUKE TEKNOLOGI TIL SJØLV Å TA HAND OM MÅLING, KONTROLL OG OPPFØLGING AV EIGA BEHANDLING HEIME

På Sunnaas sjukehus spelar dei seg betre ¹¹. Her og ved andre sjukehus, som Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) i Helse Bergen, har dei teke i bruk spelteknologi i behandlinga. Samtidig erfarer AFMR i Helse Bergen ei dreining mot tyngre og meir komplekse utfall hos pasientar som gjer bruk av spelteknologi mindre aktuelt ved spesialisert rehabilitering i tidleg fase. Målet er at pasientar kan ta spelteknologi i bruk heime til vidare opptrening.

Innan KOLS-behandling har vi gode eksemplar på at pasientane fylgjer opp meir heime sjølv. Stavanger kommune deltek i eit nasjonalt prosjekt for avstandsoppfølging av pasientar med KOLS, gjerne etter å ha vore på sjukehus. Hensikt med prosjektet er korleis leve med KOLS og førebygge forverring. Teknologi som inngår er nettportal for dialog, Imatis plattform, sjølvrapportering, biometriske data, måling av aktivitet og video¹².

Dei aller fleste innbyggjarar i Noreg har no tilgang til PC og smarttelefonar¹³. Det gjev heilt nye moglegheiter for at pasienten kan sjølv ta hand om måling, kontroll og oppfølging av eiga behandling heime. Geografiske grenser for oppfølgingsarbeidet blir utviska dess meir vi får av mobile helseteknologiløysningar. Prosjektgruppa meiner at det som hindrar oss i å ta i bruk rehabiliteringsteknologi i dag, er som erfaringane frå Sunnaas sjukehus viser, manglande ressursar både i forhold til kjøp og drift av utstyr, personell, kompetanse til bruk og drift, uklare finansieringsordningar, samt kunnskapsbasert forskning der nytten er dokumentert.

Media har den seinare tid hatt fokus på at endringar i helsetenesta skjer saktare enn i samfunnet elles. Samtidig skal både spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta jobbe kunnskapsbasert. Vi er derfor avhengig av at løysningane er dokumentert som effektive gjennom forskning.

3 LEVERANSE 2: FORESLÅ MODELLAR FOR AMBULANTE TENESTER OG TIDLEG STØTTA UTSKRIVING

3.1 BAKGRUNN FOR MODELLFORSLAG

Det sentrale spørsmålet prosjektgruppa har arbeidd med, er korleis spesialisthelsetenesta kan ta i bruk ulike former for ambulante tenester i samarbeid mellom helseføretak, private

¹⁰ <https://coh.centre.uq.edu.au/>

¹¹ <https://www.spilldegbedre.no/>

¹² https://prosjekt.helsevest.no/hve/ambulant/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/hve/ambulant/Lists/Katalog/Attachments/49/avstandsoppf%C3%B8lgning%20ambulant%20rehab23.01.17.pptx&action=default

¹³ <http://www.medienorge.uib.no/statistikk/medium/ikt>

rehabiliteringsinstitusjonar og kommunar som verkemiddel i kunnskapsoverføring/utveksling, samt rettleiing til kommunar og tidleg støtta utskrivning til pasient. På bakgrunn av eksempel frå no-situasjonen og dei diskusjonar vi har hatt i gruppa, er vi einige om at innføring av **ambulante rehabiliteringsteam** (ART) kan vere ein god modell for koordinering, kunnskapsoverføring/utveksling og rettleiing til kommunane. Eit ambulant rehabiliteringsteam kan spele på ulike løysningar for korleis samhandling rundt pasient skal skje. Det er samstundes særskild viktig at kommunane har eit «apparat» til å ta i mot og utveksle kunnskap rundt pasient. Koordinerande eining i kommune (KE) har ansvar for å ha oversikt over rehabiliteringsbehov i kommunen. KE saman med det vi i vår modell har kalla **oppfølgingsteam** (OT), vil utgjera dette «apparatet» slik at samhandling og kompetanseutveksling kan skje på ein koordinert og systematisk måte. Omgrepet oppfølgingsteam har vi henta frå Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste¹⁴ og i den nye rettleiaren frå Helsedirektoratet: Kommunens oppfølging av bruker med store og samansette behov¹⁵ der oppfølgingsteam i kommune blir trekt fram.

3.1.1 BRUK AV TELEMEDISIN

Telemedisin opnar for at ambulante tenester kan gjevast i nye former. Pasientar, pårørande og fagpersonar i kommunar og spesialisthelsetenesta har moglegheiter for samhandling og kunnskapsoverføring utan å måtte reise store avstandar for å møtast.

Vi kan dele telemedisin grovt i to grupper. Den eine gruppa består av dedikert utstyr som ofte står fast på eit bestemt rom. Eit eksempel på slikt videokonferanseutstyr er Cisco. I den andre gruppa finn vi videotenestar som er klientbasert. Eksempel på dette er Skype for Business, Cisco Meetings (tidlegare Acano) og Skype (tidlegare Lync). Her krev det ikkje eit dedikert utstyr, men tilgang på PC, nettbrett eller smarttelefon. Data henta frå MedieNorge visar at i 2016 hadde Noregs befolkning mellom 9-79 år tilgang på PC (93 %), nettbrett (74 %) og smarttelefon (89 %). Ein kan anslå at dette talet aukar for kvart år framover. Desse tala underbyggjar at moglegheitsrommet for å kunne samhandle via skjerm er stor. Seksjon for E-Helse i Helse Bergen har spela inn til prosjektgruppa fordelar og ulemper ved bruk av dei ulike telemedisinske løysningane (vedlegg 6) samt føresetnader som må vere til stades for å kunne nytte denne forma og prøve ut telemedisin som eit alternativ til ambulant verksemd.

Føresetnader som må vere tilstade:

- Alle deltakande parter har utstyr tilgjengelig (pc /Mac/nettbrett/smarttelefon) med mikrofon og webkamera (integreert eller som tilleggsutstyr).
 - Acano krev Chrome nettleser med plugin (ekstra funksjon) – Pc
- Pasienten er «kvalifisert» (har kompetanse) for å kunna delta i elektroniske møter med helsetenestene.
 - Helsepersonell må fysisk ha møtt pasienten eller forsikra seg på anna måte at ein «sitt» med rett vedkommande
- Helsepersonell (primær - og spesialisthelsetenesta) har tilgang til videokonferanstudio eller videoklienten Skype for Business (Skype4B) eller Cisco Meeting (Acano).
- De er utvikla rutiner for å ivareta informasjonssikkerhet og personvern i dialog mellom helsepersonellet og / eller pasient.
 - Acano /Skype4B: Bruk av funksjonen «Lobby og video» for identifisering av møtedeltakar.

¹⁴ Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste, nærhet og helhet

¹⁵ <https://helsedirektoratet.no/nyheter/helse-og-omsorg-ny-veileder-for-oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

- Pilot må avklare dokumentasjonskravet etter videokonsultasjon med pasienten.
- Helsepersonell opprettar elektronisk møterom.
- Opplæring hos helsepersonell og sluttbruker må oppleves som ein nyttig, effektiv og god måte å jobbe på.

Telemedisin kan bidra til at ein:

- Kjem i kontakt med kommunehelsetenesta uavhengig av geografi og lokalisasjon, fleire samhandlar i samtid
- Lettare kan stille opp på samhandlingsmøter, ansvarsgruppemøter og liknande
- Er lett tilgjengeleg
- Sparer pasient og fagpersonar for lange reiser
- Kan følgje opp fleire pasientar over tid

Det avgjerande for om ein flytter fysisk på fagfolk eller om ein nyttar telemedisin som eit ambulant alternativ, vil avhenge av behov hos pasient og pårørande, behov i kommune og kva som er hensiktsmessig i den enkelte sak.

3.2 PROSJEKTGRUPPA SITT FORSLAG TIL GENERISK MODELL

Prosjektgruppa er einige om forslaget til generisk modell for forløpet ved tidleg støtta utskriving innan rehabilitering med ambulante tenester og bruk av telemedisin og teknologi. Vi har valdt å synleggjere modellen med tre ulike figurar med aukande bruk av forklarande tekst i fig.1, fig.2. og fig.3.

3.2.1 MÅL FOR SAMARBEID I MODELLFORLØPET

Formålet er å bidra til at pasientar og deira pårørande får ein trygg, nær, kompetent, effektiv og individuelt tilrettelagt rehabiliteringsprosess ved tidleg utskriving frå spesialisthelsetenesta i sitt lokale miljø.

- Styrkje pasienten si evne til meistring ved tap av funksjonar gjennom ambulant verksemd.
- Drive kompetanseoverføring med opplæring av personell i pasienten sitt heimemiljø
- Bruk av Individuell plan (IP) med pasienten sine mål i fokus for rehabiliteringsprosessen
- Tilbod om rettleiing ved bruk av teknologisk utstyr
- Deling av erfaringar mellom pasient, pårørande, fagpersonar, og andre involverte partar
- Samarbeid for å oppnå koordinerte tenester frå heile helsetenesta

3.2.2 PRESENTASJON AV FIGURANE

Vi presenterer her figurene i modellen. For meir lesarvennleg modell, sjå vedlegg 1.

Figur 1

Modellen (fig. 1) syner dei sentrale faktorane i forløpet.

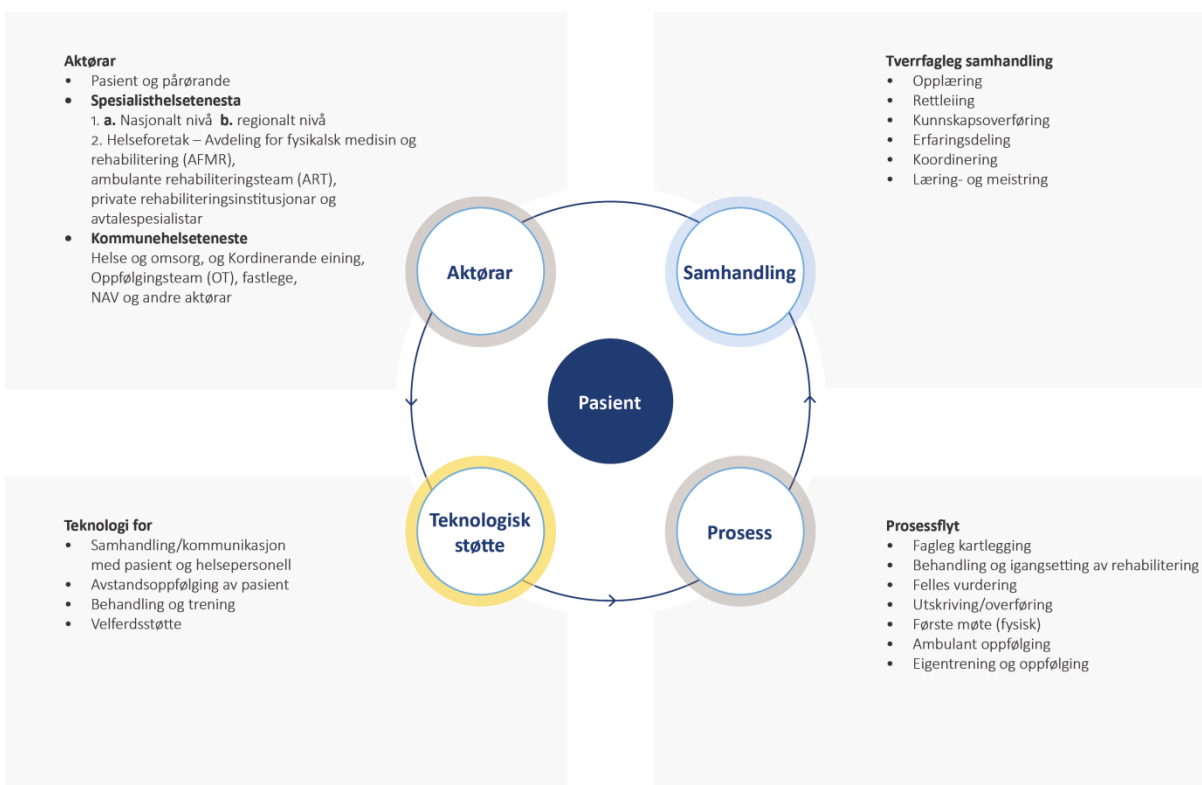
Aktører: deltakende parter i samarbeidet. Pasienten er hovudaktøren i prosessen for samarbeid om individuell tilrettelegging av helsetenester i pasienten sitt heimemiljø.

Samhandling: syner premissar for arbeidsform og kvalitet i fagleg samhandling. Tverrfaglig samhandling, samhandling på tvers av tjenestenivå, samhandling i familieperspektiv (pårørenderollen)

Teknologisk støtte: bruk av teknologiske hjelpemiddel for å sikre kvalitet og auke ambulant verksemd. Eksempel på teknologiske/digitale verktøy

- Telefon, video og virtuelle møter «skype», Elektronisk utveksling bla. individuell plan (IP), dialogmeldinger
- Sjølvbetjening, eigenmålingar
- Hensiktsmessig behandling- og treningsutstyr
- Bruk av velferdsteknologi for individuell sjølvstende og sosial deltaking

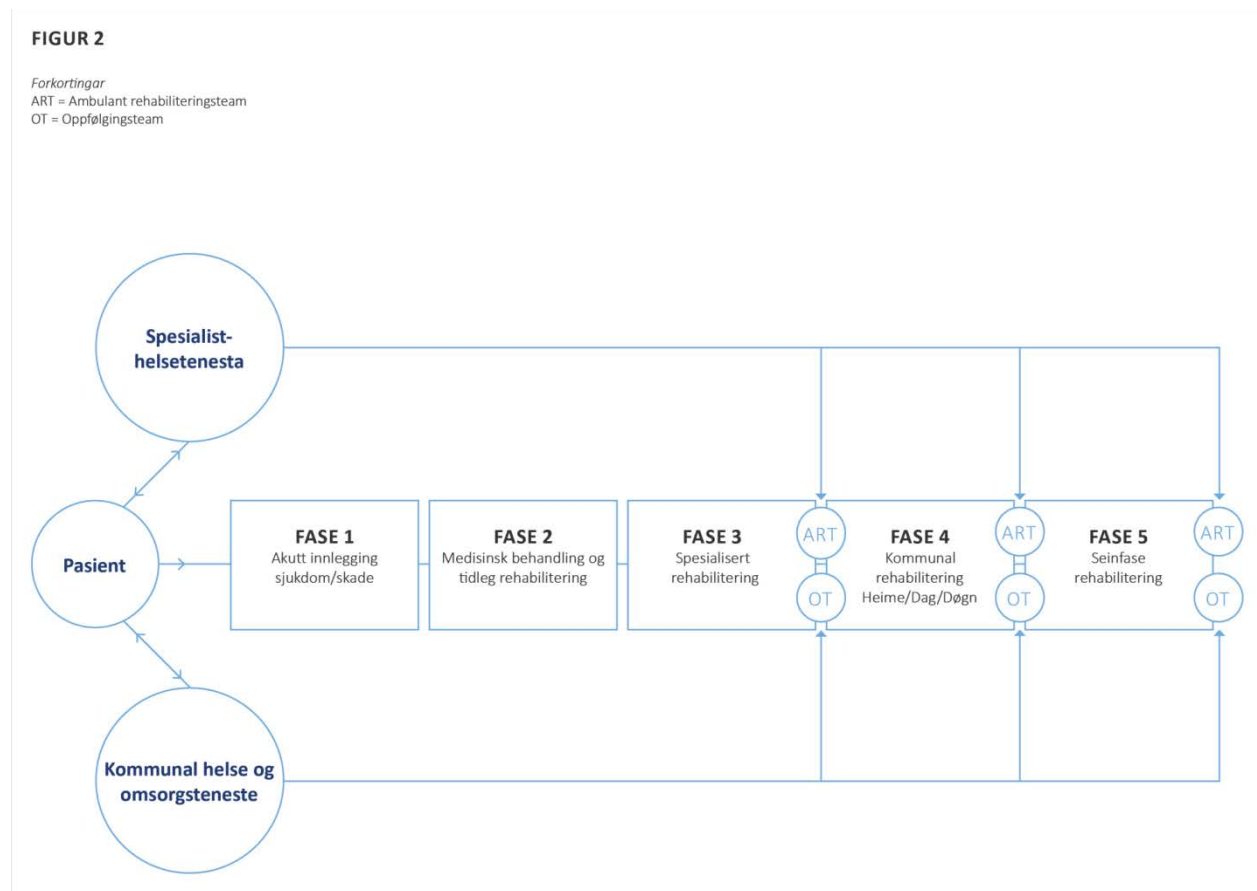
FIGUR 1



Figur 2

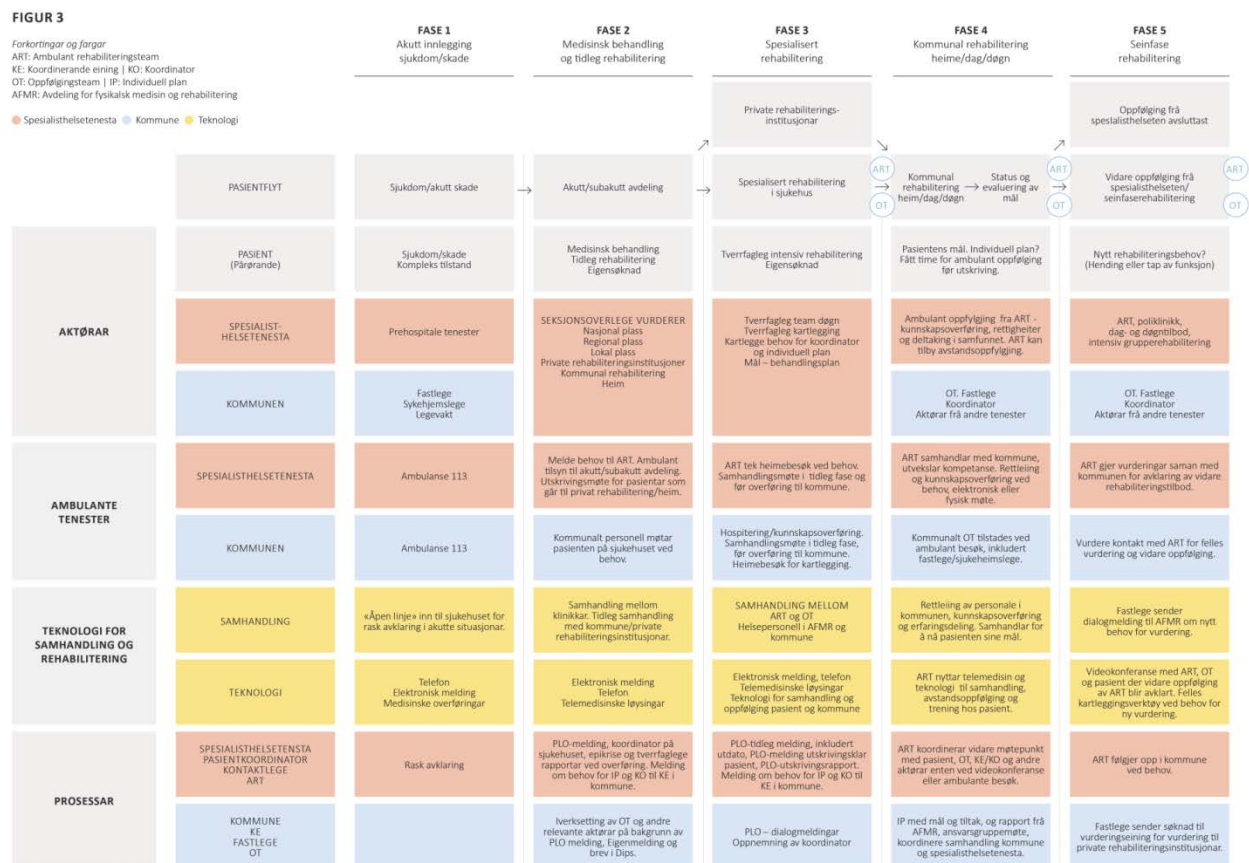
Prosess: beskriving av hovudaktivitet i framdrifta gjennom fasar.

Modellen (fig. 2) er ei framstilling som synleggjer fasane i forløpet. Denne inndeling i fasar får fram ulike fokus i eit langt forløp og at utveksling av informasjon mellom partar og tenestenivå er viktig for heilheta. I fase tre vert behovet for rehabilitering gjort tydeleg, og ressursar for rehabilitering vert aktivert. Frå fase tre samhandlar ART frå spesialisthelsetenesta og KE/OT i kommune om vidare planlegging, gjennomføring og evaluering saman med pasienten. Vi vil presisera at fleksibilitet ved behov for felles treffpunkt gjennom heile prosessen er naudsynt – til eksempel ved behov for ny kontakt og samhandling med spesialisthelsetenesta. Det skal vera lett å ta kontakt på tvers av helsetenestene ved at ART og KE-kommune samhandlar når det oppstår nye hendingar ein må ta stilling til.



Figur 3

Modellen (fig. 3) viser utfyllende tekstforklaringar til forløpet, med forklaringar til fordeling av oppgåver mellom involverte partar og tenestenivå i dei ulike fasane. Modellen viser arbeidsmetodar og oppgåver samt mogleg bruk av telemedisin og teknologi i samarbeidet. Den tydeleggjer også avklaring av ansvar mellom fagpersonar og tenesetenivå.



3.3 FORSLAG TIL PILOTAR

Gjennom arbeid i prosjektgruppa har alle fire helseføretaka utarbeidd forslag til pilotprosjekt. I det arbeidet framkom nokre sentrale føresetnader for etablering og pilotering av ambulant rehabiliteringsteam (ART):

- Fagleg- og organisatorisk forankring av team (medlemer)
- Ressurstilgang
- Tilgjengeleg kompetanse
- Avklara ordning for finansiering
- Tilgang på utstyr

- Bruk av teknologiske og digitale verktøy innan kommunikasjon, behandling, trening og avstandsoppfølging
- Opplæring
- System for personvern ved informasjonsflyt

Alle HF-a har saman med kommunane (representert i prosjektet), jobba fram og foreslått pilot og evaluering av pilot. Forslag til pilotperiode varierer frå 6 – 18 månader. HF-a vil gjennom pilot skaffe seg auka kunnskap og erfaring om korleis ein systematisk kan arbeide meir ambulant opp mot pasient og kommune. Ein vil også skaffe seg erfaring og kunnskap om korleis telemedisin kan nyttast i større grad. Bruk av velferdsteknologi vil bli prøvd ut i dei situasjonar som det er hensiktsmessig og kan vera til nytte.

I tabell under viser vi dei ulike forslaga til pilot frå kvart HF, med estimert budsjett for pilotane. Meir detaljert framstilling av pilotane finn ein i vedlegg (2-5) .

HF:	Kommune:	Pilot skal prøve ut:	Estimert budsjett for pilot i kr:
Helse Stavanger (vedlegg 2)	Stavanger og Sandnes avklart. Alle kommunar tilhøyrande IKART om prosjekt blir satt i gong.	ART og avstandsoppfølging etter tidleg støtta utskriving	1.280133
Helse Fonna (vedlegg 3)	Karmøy kommune avklart. Ynskjer å knytte fleire kommunar opp til pilot	ART og avstandsoppfølging opp mot pasientar med lett til moderat kognitiv svikt	1.427640
Helse Bergen (vedlegg 4)	Fjell og Lindås avklart. Bergen kommune er interessert.	ART og avstandsoppfølging etter tidleg støtta utskriving	623560
Helse Førde (vedlegg 5)	Eid kommune avklart.	ART og avstandsoppfølging etter tidleg støtta utskriving.	244500

Tabell 3: Viser ein oversikt over forslag til pilot frå HF-a med estimert budsjett.

3.4 EVALUERING AV PILOTPROSJEKT

Evaluering av pilotprosjekta kan omfatte fleire perspektiv, og val av metodar vil avhenge av det ein ynskjer å teste i pilot. Prosjektgruppa har ikkje forstått det slik at det er tenkt følgjeforskning på pilotane. Det er difor nødvendig å velje metodar som svarar på spørsmål knytt til pilot og som lar seg gjennomføre med ressursar og tid som er sett av. Både kvalitative og kvantitative metodar kan vera aktuelle. For meir detaljar rundt evaluering visar vi til vedlegg (2-5).

Kartlegging av demografiske variablar

Alder, kjønn, jobb, kommune, diagnose, tidspunkt for skade/sjukdom, IP, koordinator.

Pasientperspektiv

Pasienttilfredshet, funksjonsmålingar, oppleving, erfaringar.

Prosjektgruppa har drøfta og kome fram til nokre skjema som kan vere aktuelle å bruke. Det er eit poeng at spesialisthelseteneste og kommune har felles kartleggingsverktøy slik at ein utviklar felles oppfatning og vurdering av pasienten sin funksjon og tilstand.

Kommuneperspektiv

Grad av kompetanseoverføring mellom nivå, ressursutnytting, sekundærgvinstar.

Spesialisthelsetenesteperspektiv

Helsepersonell sin vurdering av effekt: behandling, funksjon, påverknad re-innlegging

Ressursbruk – Kost >Nytte

Tal pasientar, tidsbruk, storleik på team og fagpersoner frå ulike fagområder, finansieringsform, utstyr

Felles

Organisering, samhandling, gjennomføring og val av metodar

4 ANBEFALING

4.1 PROSJEKTGRUPPA SI VIDARE ANBEFALING

Prosjektgruppa anbefaler at modellen vert prøvd ut for erfaringar på områda:

- Pasientnær rehabilitering i lokalmiljø, effekt av tidlig støtta utskriving ved ART
- Forankring av ART i spesialisthelsetenesta, og OT i kommune
- Samhandling med kommunar ved bruk av videokonferanseutstyr og/eller klientbassett
- Utprøving av aktuelt teknologisk utstyr til nytte i prosessen
- Samkjøying av kommunikasjon og utveksling av informasjon mellom nivåa i teneseteapparatet med blant anna elektronisk individuell plan (E-IP)
- Kostnader

Ei erfaring vi tar med er at i prosjekt som dette, der teknologi og telemedisin står sentralt, er det viktig å ha med fagpersoner med særleg kompetanse på dette feltet. Det vil vi anbefale i liknande prosjekt for framtida.

5 VEDLEGG

Vedlegg 1: Modell – figur 1-3

Vedlegg 2: Pilotforslag frå Helse Stavanger

Vedlegg 3: Pilotforslag frå Helse Fonna

Vedlegg 4: Pilotforslag frå Helse Bergen

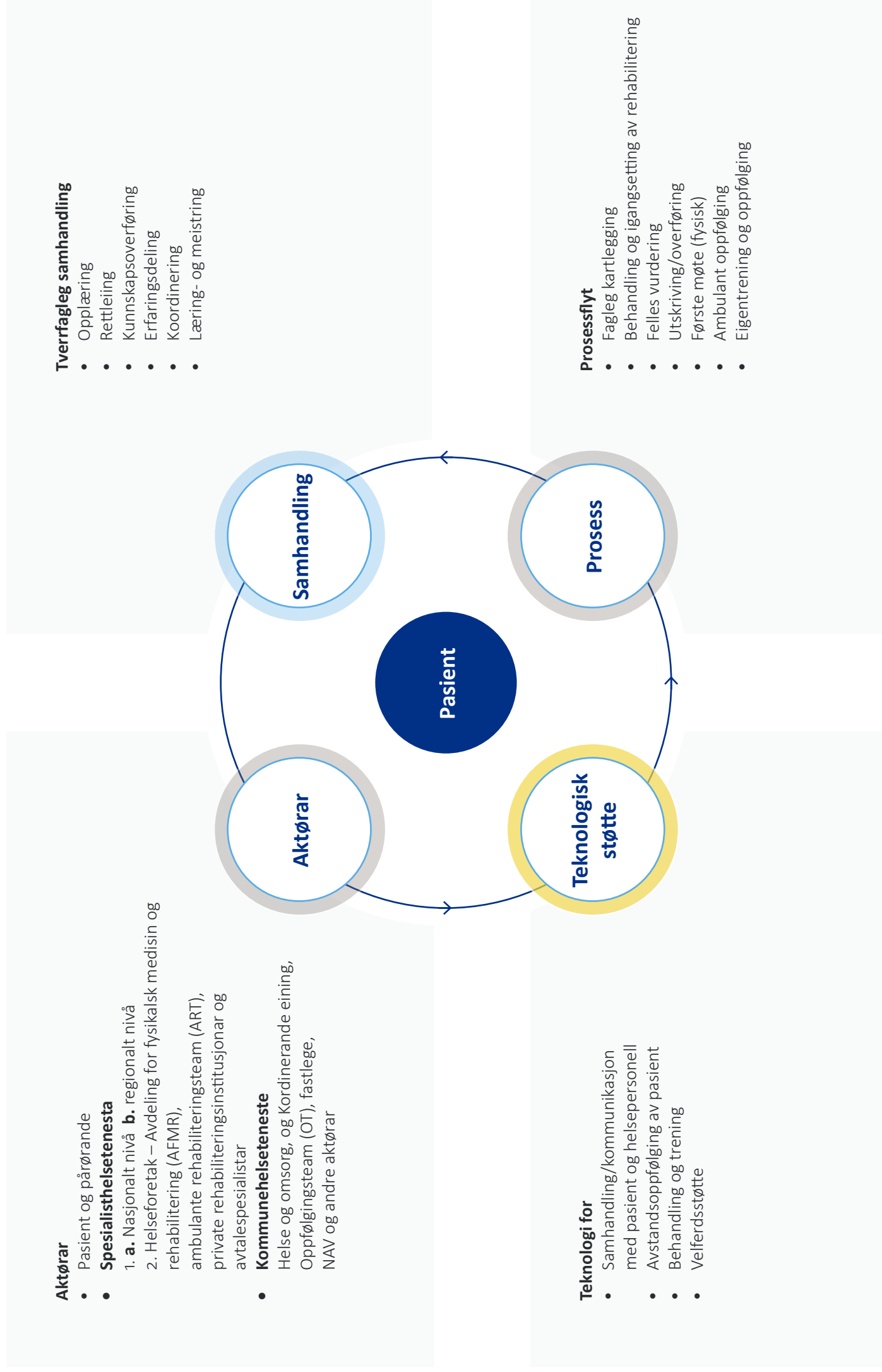
Vedlegg 5: Pilotforslag frå Helse Førde

Vedlegg 6: Fordelar og ulemper ved bruk av ulike telemedisinske løysingar

VEDLEGG 1

Modeller, figur 1-3

FIGUR 1

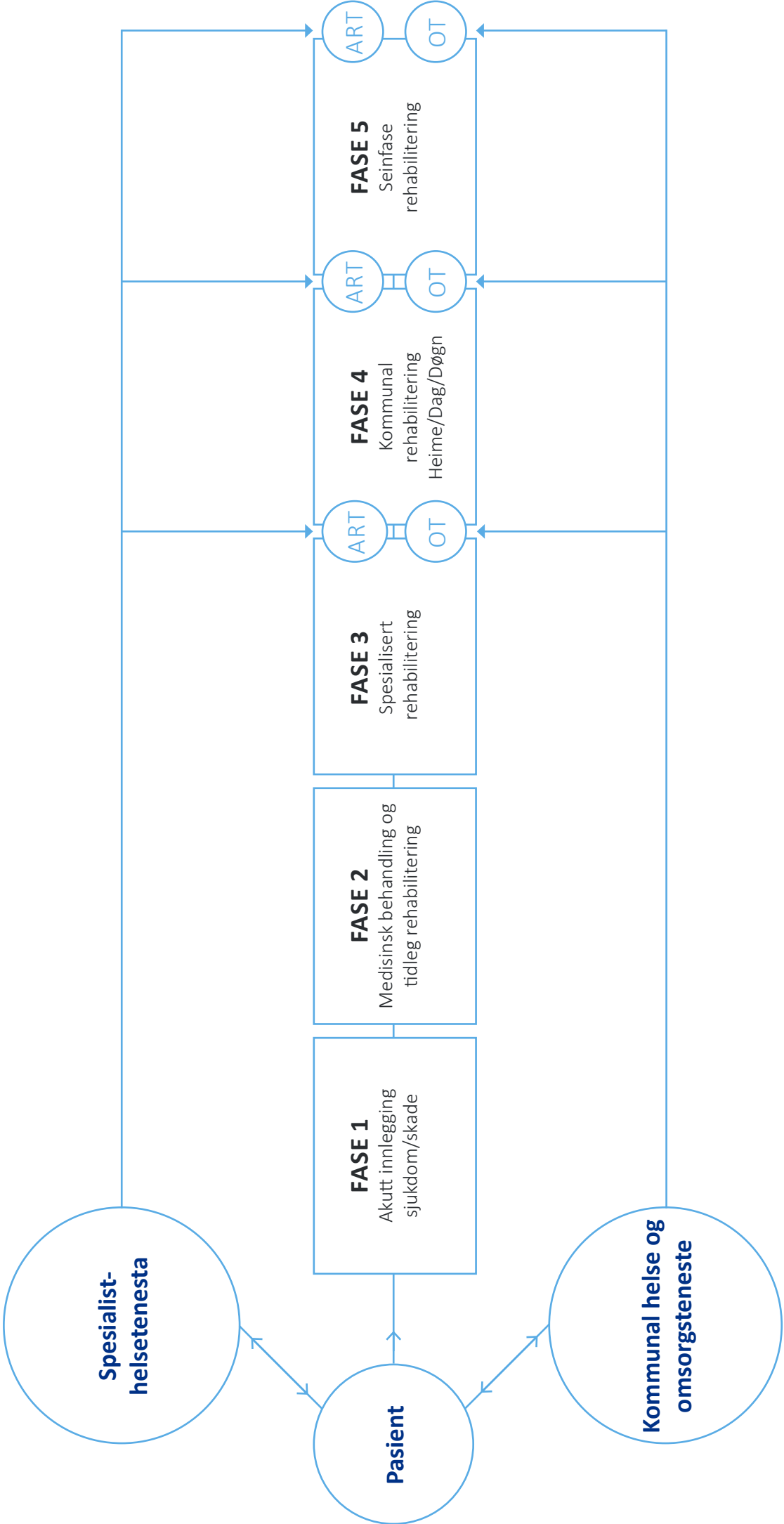


FIGUR 2

Forkortingar

ART = Ambulant rehabiliteringsteam

OT = Oppfølgingsteam



VEDLEGG 2

Forslag til pilot frå Helse Stavanger

Forslag til pilot: Ambulante tjenester og tidlig støttet utskrivelse AFMR Lassa, Helse Stavanger

Bakgrunn

Pilot fra Helse Stavanger tar utgangspunkt i prosjektets overordnet mål om økte ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten og tidlig støttet utskriving for pasientgrupper som mottar rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer pasienter med komplekse problemstillinger og omfattende funksjonsendringer. Dette gjelder eks. pasienter med ervervet hjerneskade, multitraume, nevrologiske skader/sykdommer og medfødt/tidlig ervervet skade med nytt funksjonsfall, amputasjoner og sjeldne sykdommer og tilstander. Modellen skal bidra til kunnskapsoverføring og -utveksling med kommunene, og på denne måten legge til rette for kunnskapsbasert oppfølging av pasienten i bostedskommunen, eller ved behov rehabiliteringsopphold i spesialisthelsetjenesten. Bedre samhandling mellom nivåene og tydeligere måldefinisjon og – evaluering ved bruk av IP vil kunne bidra til økt pasientmedvirkning og bedre ressursutnyttelse på tvers av nivå ved å ha fokus på hvordan pasientens rehabiliteringsbehov kan ivaretas på en minst mulig ressurs- og kostnadskrevende nivå.

Parallelt med prosjektperioden for «Ambulante tjenester og tidlig støttet utskriving», er det i regi av Stavanger kommune i samarbeid med Helse Stavanger igangsatt prosjektet «Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam (IKART)», se fig.2. Hovedhensikten her er at pasientene skal oppleve: Tilgang på et godt rehabiliteringstilbud med relevant kompetanse og tilfredsstillende ressurser uavhengig av kommunetilhørighet, helhetlig og sømløse tjenester som ivaretar deres behov for rehabilitering med bruk av tverrfaglig team med spesialisert kompetanse innen rehabilitering og at basiskompetansen i kommunen er styrket innen rehabilitering. Praksisnær forskning knyttes til prosjektet for å kvalitetssikre evalueringen og etablere tverrsektorielt samarbeid.

Helse Stavanger ønsker å foreslå en pilot i dette prosjektet som også inkluderer IKART. Dette vil bidra til ytterligere styrking av rehabiliteringsforløpet i den sårbare overgangen der pasienten går fra spesialisthelsetjenesten til kommunen ved å styrke følgende områder:

- Økt ambulante tjenester fra spesialisthelsetjenesten
- Tidlig støttet utskriving
- Styrke kunnskapsoverføring til kommunen
- Sikre at nødvendig rehabiliteringskompetanse og intensitet ivaretas ved utskriving fra spesialisthelsetjenesten
- Tilrettelegge for økt bruk av telekommunikasjon
- Bedre koordinering av rehabiliteringsforløpet for pasienten
- Bedre koordinerte tjenester mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten
- Støtte opp om å finne løsninger og bruk av ny teknologi
- Unngå fragmenterte tjenester ved overgang til kommunen
- Styrke pasientens psykiske helse i tillegg til somatisk helse
- Tydeligere pasient og pårørende deltagelse via dedikerte rehabiliteringskoordinatorer på hvert nivå
- Sikre lik og god rehabilitering uavhengig av pasientens bostedskommune
- Bidra til økt bruk av Individuell plan og styrke økt pasient/pårørende medvirkning

Ambulant rehabiliteringsteam (ART)

Helse Stavanger ved AFMR Lassa har lang tradisjon for å yte tjenester ambulant. Vi har positive erfaringer med å yte ambulante tjenester i møte med pasienten, men ser at samhandling mellom nivåene kan bli bedre. Eksempelvis er det ønskelig med bedre kommunikasjonsverktøy mellom nivåene etter at pasienten

er utskrevet til bostedskommune. I noen tilfeller opplever pasienten manglende koordinerte tjenester i kommunen og lite bruk av Individuell plan som medfører fragmenterte tjenester.

Helse Stavanger har kun 14 senger dedikert til spesialisert kompleks rehabilitering med et nedslagsfelt på 365 000 (per 1.1.17), estimert økning til 423 000 i løpet av 2030. Med dette som bakteppe er det behov for økt ambulant virksomhet innen Helse Stavanger for bedre koordinert og helhetlig pasientsentrert rehabiliteringstjeneste mellom nivåene. For å imøtekomme sentrale føringer i tiden fremover iht. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019), må spesialisthelsetjenesten dreie sin aktivitet med økt innsats og økt ressursbruk til å bidra og tilrettelegge for at hovedtyngden av rehabiliteringen i senfase kan gis i pasientens hjem/bostedskommune både i form av veiledning og kompetanseutveksling og overføring.

Dette vil kreve opprettelse av et dedikert ambulant rehabiliteringsteam (ART) ved AFMR Lassa der kjerneteamet består av lege 50 %, psykolog 50 % og fysioterapeut 50 % - totalt 1,5 årsverk. I dette er det inkludert rollen som rehabiliteringskoordinator i sykehus. Teamet kan ved behov utvides med allerede eksisterende ergoterapeut, sosionom og logoped ressurser tilknyttet rehabiliteringspoliklinikken. Det planlegges inkludering av pasienter i 12 mnd med oppfølgingstid i 6 mnd. AFMR Lassa hadde i 2016 ca. 40-50 pasienter som faller inn under denne målgruppen. Dette prosjektet har derfor tatt høyde for ca. 50 pasienter i løpet av prosjektperioden på 18 måneder.

Den ambulante tjenesten innebærer å sikre kunnskapsoverføring, utveksling av kompetanse og informasjon på tvers av nivåene. Dette kan innebære felles tverrfaglig vurdering/kartlegging av pasienten, videreføring av oppsatte mål og rehabiliteringstiltak, faste oppfølgingsmøter fra spesialisthelsetjenesten etter tidligere døgnbasert rehabilitering, deltagelse i ansvarsgruppemøte og møter med arbeidsgiver/NAV ved behov, veiledning av kommunens helsepersonell og fornyet vurdering av spesialisthelsetjenesten i senfase der kommunen har behov og etterspør dette.

Samarbeidende kommuner

I utgangspunktet inviteres alle kommunene i Helse Stavangers nedslagsområde til å delta i denne piloten, estimert ca. 50 pasienter i prosjektperioden.

Piloten er forankret i klinikkledelsen Hode-hals og rehabilitering, ved klinikkssjef Elisabeth Farbu og fagsjef Sissel Hauge.

I tillegg er IKART forankret med en styregruppe bestående av: direktør Helse og velferd Stavanger kommune (SK) Eli Karin Fosse, klinikkssjef hode-hals og rehabilitering SUS Elisabeth Farbu, avdelingssjef avd. rehabilitering SUS Astrid Tytlandsvik, spesialrådgiver SK Bente Gunnarshaug og prosjektleder for IKART Ingvill Sveen (SK).

Fase 1: Sykdom eller skade inntreffer

- Behandling der skade/sykdom oppstår til pasienten er innlagt sykehus.

Fase 2: Innleggelse i klinisk sengepost

- Tilsynsforespørsel/henvisning til AFMR Lassa
- Tilsyn ved spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering med evt. sykepleier/fysio ved behov
- Bidra til å planlegge rehabiliteringsforløpet videre både i spesialist- og primærhelsetjenesten
- Planlegge overflytting til AFMR med fokus på forutsigbarhet for pasient og pårørende, kortest mulig ventetid og unngå brudd i behandlingsskjeden.
- Kunnskapsoverføring med fortløpende kontakt og evt. hospitering fra AFMR
- Tidlig melding til helse- og sosialtjenesten i bostedskommune og IKART

Fase 3 Døgnrehabilitering AFMR

- Fått tildelt koordinator og kontaktleger ved AFMR Lassa før overflytting til Lassa
- Det er etablert tverrfaglig team ved AFMR Lassa før overflytting til Lassa
- Tidlig melding til helse- og sosialtjenesten/KE i bostedskommune og IKART
- Fortløpende dialogmelding med medisinske opplysninger, rehabiliteringsbehov/omfang, utskrivingsdato
- KE oppretter koordinator og kommunalt oppfølgingsteam (OT) inkl. fastlege, avtale hjemmebesøk, opprette IP, sørge for tilgjengelig video utstyr/løsninger eller oppmøte ved ambulant besøk fra spesialisthelsetjenesten. Tilstede er også IKART for å styrke overgangsfasen og sikre intensiv tverrfaglig rehabilitering og koordinerte tjenester i bostedskommunen.
- Samarbeidsmøte (tilstede er pasient og pårørende, tverrfaglig team AFMR), med kommunen inkl. fastlege og IKART, ved behov aktuelle aktører innen psykisk helse, rus, arbeid/skole etc.
- Invitere og tilrettelegge for hospitering fra bostedskommune og IKART
- Melde behov for Individuell plan til KE. IKART bidrar til oppstart av IP i bostedskommune.
- Avtale dato for videre oppfølging fra AFMR med konkret tidspunkt for ambulant besøk evt. videomøte. Vurdert og avtalt mulig aktuell teknologi.
- Utskrivingsmøte 1-2 uker før utskriving enten tilstede eller videomøte for endelig status, videre rehabiliteringsbehov og bekreftelse på videre møtedato/former, bør være innen 3 mnd. – før hvis behov.
- Opprettelse av ART inkl. rehabiliteringskoordinator i AFMR.
- Utsending av tverrfaglig rapport, særfaglige rapporter, epikrise, mål- og tiltaksplan, navn på koordinator og kontaktleger. Mål- og tiltaksplan med inkl. målevaluering er bidrag til oppstart av IP.

Fase 4 Pasienten er utskrevet til hjemmet/kommunal rehabilitering

- Videre oppfølging fra bostedskommune med bistand fra IKART for vedlikehold av kompetanse og intensitet.
- Samarbeidsmøte/AFMR Lassa og kommune) ambulant fysisk eller ved videomøte innen 3 måneder etter utskriving.
- Verktøy: IP med mål evaluering og felles kartlegging- og evalueringsverktøy.
- Avklart/avtalt videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten
- Vurdere bruk av teknologi
- Vurdere senfase tilbud

Fase 5 Pasienten er i kommunal rehabilitering – ny hendelse funksjonsfall

Ny henvisning fra fastlege via elektronisk pasientjournal til AFMR Lassa. Behandles av spesialist ved AFMR, og påkobles ART. ART koordinator kontakter KE bostedskommune for supplerende opplysninger og avtaler evt. ambulant/videomøte med pasient/pårørende, OT for status, avklarer bistandsbehov fra spesialisthelsetjenesten og gjennomgang av IP. AFMR Lassa avgjør videre innsats fra spesialisthelsetjenesten – ambulant/videomøte/intensivert veiledning.

Vurdere følgende muligheter:

1. Behov for veiledning av OT evt. andre i kommunehelsetjenesten
2. Koble på IKART i forhold til bistand for økt rehabiliteringsintensitet i bostedskommune
3. Poliklinisk utredning/oppfølging med hensyn til arbeid, skole, NAV, bilkjøring
4. Re-innleggelse i AFMR for ny tverrfaglig kartlegging eller spesialisert rehabilitering

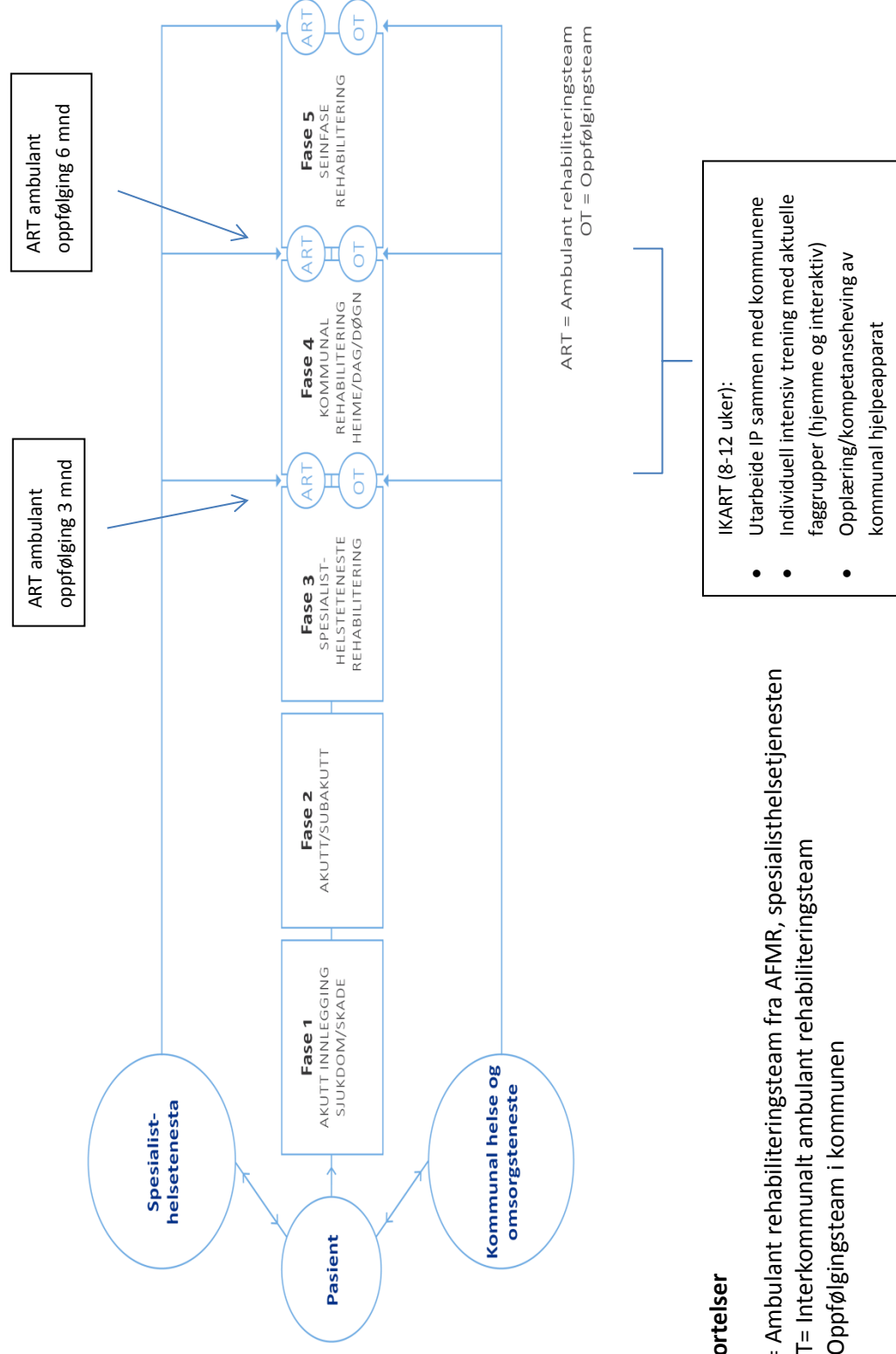


Fig. 1

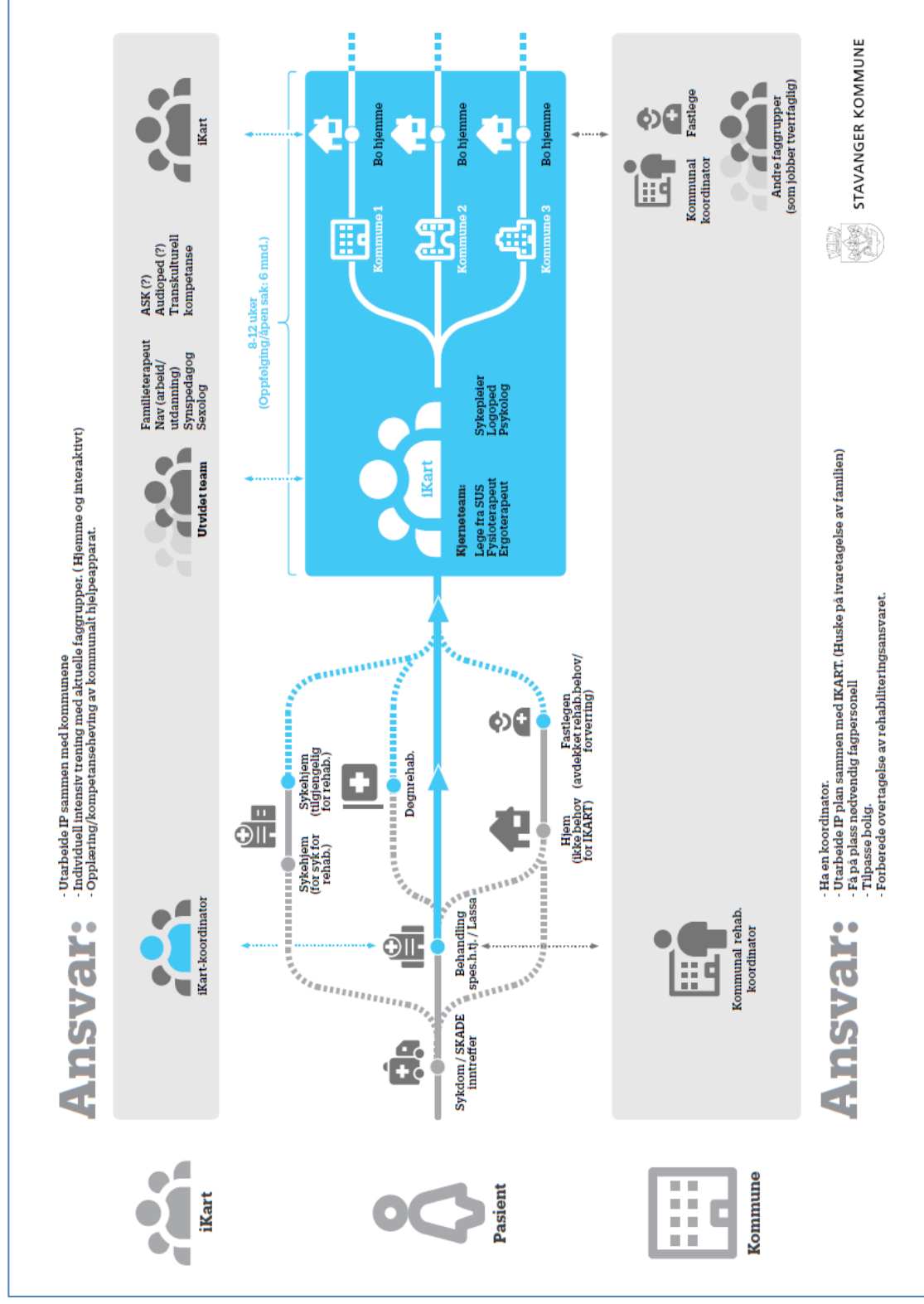
Forkortelser

ART= Ambulant rehabiliteringsteam fra AFMR, spesialisthelsetjenesten

IKART= Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam

OT= Oppfølgingsteam i kommunen

Modell Interkommunalt Ambulant Team (IKART) Stavanger kommune



Evaluering av pilotprosjekt og følgeforskning IKART:

For evaluering av pilotprosjektet har en valgt å ta i bruk både kvalitative og kvantitative metoder. Ved kartlegging er valg av vurderingsredskap viktig med tanke på at det skal gi nyttig informasjon om nåværende funksjon for å målrette og optimalisere rehabiliteringstiltakene. Valgte verktøy er standardiserte, funksjons- og aktivitetsrettet og ikke minst ta utgangspunkt i pasientens mål. Det er tiltenkt scoring ved utskriving og 6 måneder etterpå. Pilotprosjektet vil bli evaluert både etter 6 måneder, 12 måneder og 18 måneder. I tillegg ønsker en å gjennomføre en standardisert brukerundersøkelse 6 måneder etter utskriving for å favne pasient-, pårørende- og kommuneperspektivet.

Pasientperspektiv:

Individuell plan med evaluering av egne mål

Måleverktøy:

- PSFS – Pasient Spesifikk Funksjons Skala der brukerne selv angir viktige funksjonsområder de ønsker å ha som mål i den videre rehabiliteringsprosessen.
- Nottingham I-ADL – kartlegger 5 aktiviteter pasienten faktisk gjør
- SwePASS – Postural Assessment Scale for Stroke er et måleredskap for postural kontroll
- SPPB – Short Physical Performance Battery tar utgangspunkt i fysisk funksjon og har elementer som balanse og krav til presisjon og utholdenhet.
- MoCA – Montreal Cognitive Assessment er et rask screeningsinstrument for lettere kognitive forstyrrelser som oppmerksomhet og konsentrasjon, eksekutive funksjoner, hukommelse, språk og visuokonstruktive ferdigheter.

Pasient-, pårørende- og kommuneperspektiv:

Standardisert brukerundersøkelse med pasient-, pårørende- og kommuneperspektiv med fokusområde på tilgjengelighet, kompetanse, informasjon, samarbeid og nytte.

Økonomisk/ressursperspektiv:

Færre re-innleggelser i senfase

Kortere liggedøgn

Økt ambulant virksomhet

Mindre behov for døgnplasser i kommunen

Det planlegges i tillegg følgeforskning til IKART. Det er søkt om kvalifiseringsstøtte fra Regionalt forskningsrådet Vestlandet for utvikling av et FOU prosjekt. Prosjektet er i samarbeid med Stavanger universitetssjukehus og forankret i Stavanger kommune med følgende deltagere til søknaden: Seniorrådgiver ved SUS og professor ved Høgskulen på Vestlandet Geir Sverre Braut, klinisksjef SUS Elisabeth Farbu, helsesjef i Stavanger kommune Tord Haaland og prosjektleder Ingvill Sveen.

Kostnadsberegning

En håper med dette prosjektet å oppnå: tidlig støttet utskriving, kortere liggedøgn i sykehus, færre reinnleggelser i spesialisthelsetjenesten i senfase, bedre samhandling og koordinering mellom nivåene, flere pasienter som kan utskrives direkte hjem i stedet for døgntilbud i kommunen og økt bruk av Individuell plan. Forutsetningen for gjennomføring av dette prosjektet er at det blir tilført friske midler.

Kostnadsberegning ved opprettelse av et dedikert ambulant rehabiliteringsteam (ART) ved AFMR Lassa med et kjerneteam bestående av lege 50 %, psykolog 50 % og fysioterapeut 50 % - totalt 1,5 årsverk. I dette er det inkludert rollen som rehabiliteringskoordinator i sykehus. Piloten har en total kostnad estimert til 1 280 133 som er tiltenkt brukt utover hele prosjektperioden på 1,5 år. Vi har per i dag ergoterapi, sosionom og logoped ressurser tilknyttet rehabiliteringspoliklinikken som kan utnyttes.

Stilling	Antall årsverk	Grunnlønn per år	Total lønnskostnader inkl. KLP 20,11 %, arb.giver avg. etc.
Overlege	0,5	711 500	580 091
Psykolog	0,5	537 000	370 000
Spesialfysioterapeut	0,5	472 637	330 042
Sum			1280133

Deltagere i utforming av pilot:

My Torkildsen, Avd. overlege AFMR, Helse Stavanger

Ylva Hivand Hiorth, spesialfysioterapeut PhD, AFMR, Helse Stavanger

Hans Petter Torvik, kommuneoverlege, Sandnes kommune

Bente Gunnarshaug, spesialrådgiver, Stavanger kommune

Ingvill Sveen, prosjektleder IKART, Stavanger kommune

Stavanger, 29.11.17

VEDLEGG 3

Forslag til pilot frå Helse Fonna

Helse Fonna

P.Boks: 2170
5504 Haugesund
Foret.nr: 983 974 694
Bank. 5082.08.47218

Kontaktinfo:

Sentralbord: 05253
Telefaks: 52 73 20 02
post@helse-fonna.no
www.helse-fonna.no

Fakturaadresse:

Helse Fonna HF
Regnskap, P.Boks 64
5751 Odda
Tlf: 05253

Ambulante tenester og tidleg støtta utskriving. Rehabilitering.

Prosjektskisse. Helse Fonna HF.

Prosjektskissa er utarbeida av prosjektgruppemedlemmar Merete Røthing og Herborg Tegle frå Helse Fonna, prosjektgruppemedlem Elise R. Hausken frå Karmøy kommune og brukarrepresent Kjell Inge Bringedal. Legespesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering Ole Marius Ekeberg, har delteke i pilot-skissa. Helse Fonna-deltakerne har informert og involvert sine leiarar; klinikkdirektør-nivå og samhandlingssjef om prosjektet.

Bakgrunn

Regional prosjektgruppe har arbeidd med modell for ambulante spesialiserte rehabiliteringstenester, tidleg støtta utskriving og auka bruk av elektroniske løysingar.

Sentral føring; -gje fleire *spesialiserte* rehabiliteringstenester nær der pasienten bur.

- ta i bruk ny teknologi, nye digitale løysingar
- auka bruk av ambulante tenester.

Utfordringsbilde/utfordringar; lokal, regional og nasjonal forankra behov:

I denne pilot-skissa, tek me utgangspunkt i *eit avgrensa lokalt erfart behov*:

- det er for svak spesialisert oppfølging av pasientar med lette til moderate kognitive funksjonsnedsettingar etter utskriving frå spesialisthelsetenesta.

SFMR har ved hjelp av «såkornmidler» utvikla meir systematiserte utgreiings-og behandlingsmetoder i høve kognitiv svikt, men ser at vidareføring og veiledning etter utskriving er svak.

1.linjetenesta melder om lite tilgjengeleg spesialist-veiledning; i forkant av og etter utskriving av pasientar er det for lite dialog melleom 1. og 2.linjetenesta. det vert meldt behov for enklare og meir tilgjengelege kommunikasjonsformer t.d.kommunisere elektronisk, opne telefontider.

Prosjekteigar: Helse Fonna / Helse Vest

Samarbeidsparter:

- Pasientar innafor målgruppa som er innlagd i Helse Fonna; ved slageiningane ved dei tre sjukehusa, kir.eining og eller ved SFMR.
- Pårørande
- Fagpersoner rundt aktuelle pasientgruppe internt i Helse Fonna
- *Karmøy Kommune. Evt andre kommunar.* 1.linjetenesta i pasienten sin heimkommune
- Pasienten sin arbeidsplass/arbeidsgjevar, evt skule, BHT, NAV
- Relevante IKT-aktørar.

Viser til «aktører» i «Samhandlings-hjul-modellen»

Kontakt med Sunnaas Sjukehus

Sunnaas Sjukehus har lang erfaring, behandling, oppfølging og forskning av pasientar med kognitiv svikt. Vi har i dette høve hatt kontakt med og telefonmøte med sjukepleiar Stine Storrud ved Sunnaas som deltek i prosjekt saman med lege og psykolog. Prosjektet prøver ut videokonferanse i oppfølging av pasientar med kognitiv svikt. Prosjektet er ikkje avslutta og evaluert, men Storrud melder om positive erfaringar med video-oppfølgingssamtalane så langt.

Kva skal piloten prøva ut?

Innsatser, aktiviteter, prosessar :	Aktører:	Teknologi, type?	Fase
Samhandlingsaktiviteter som nettverksmøte (videokonferanse) i overføringsfasen mellom sjukehus og heim/1.linjetenesta.	Pasient, evt pårørende Fagfolk i spesialist-og kommunehelsetenesta	Videokonferanse	3 og 4
Oppfølging av pasient i heime- og arbeidssituasjon i forkant og etter utskriving frå sjukehus.	Pasient, evt pårørende Fagfolk i spesialist-og kommunehelsetenesta	Videokonferanse	3, 4 og 5
Tilviste pasientar innafor målgruppa, frå t.d. fastlege; ambulante vurderingsbesøk.	Fagfolk i spesialist-og kommunehelsetenesta. Avtalt møte hos pasient		5
Ta i bruk av ny teknologi, elektroniske møteplasser for å styrka og sikra kommunikasjon, ha fleire avtalte møter mellom pasient, pårørende, spesialisthelsetenesta, 1.linjetenesta og andre aktuelle aktører. .	Pasient, evt pårørende Fagfolk i spesialist-og kommunehelsetenesta. Evt pasienten sin arbeidsgjevar	Videokonferanse	3, 4 og 5
Ta i bruk av ny teknologi i vidareføring av pasienten sitt treningsopplegg. «Databasert» trening, videokonferanse; nettverksmøter,	Pasient, evt pårørende Aktuelle fagfolk/terapeutar i spesialist-og kommunehelsetenesta	Avstandsoppfølging av pasient El. treningsprogram	3, 4

Pasient/målgruppe:

- Pasientar med lette til moderate kognitive funksjonsnedsettingar i alder 18- ca 65 år
- Pasientar innlagd ved slageing/nevrologisk seksjon ved Haugesund Sjukehus, ved slageining ved Stord Sjukehus og slageining ved Odda Sjukehus, og eller ved SFMR.
- Pasientar innlagd ved kir.avdeling med traumatisk hovudskade, rask utskriving.
- Pasientar som vert tilviste til re-opphold ved SFMR med aktuell problematikk
- Vurdere geografisk avgrensning i prosjektperioden; rekruttere ca 15 pasientar frå Karmøy og Stord Kommune?

- Vurdere utviding av målgruppe, andre pasientar med komplekse problemstillingar òg innan geriatrikkt område, i tillegg til kognitive funksjonstap. Viser til geriatrikkt seksjon sine identifiserte grupper; komplekse beinbrot, pasientar med delir.

Kvifor?

Hovudmål:

- Oppnå høgare deltaking i arbeid, heim og fritid hos denne pasientgruppa
- Skapa ei «bru» mellom pasient, pårørande, spesialisthelsetenesta, arbeidsgiver, og 1.linjetenesta inkl fastlege.
- Kompetanseoverføring mellom 2. og 1.linjenivå

Delmål:

- Skapa større forståing/innsikt i kognitiv svikt, løysingar betra innsikt og forståing i pasienten sine avgrensingar og ikkje minst **muligheter**; både hos pasient sjølv, pårørande, 1.linje og ved arbeidsplass.
- Trening i realistisk heime- arbeidsmiljø.

Korleis?

Prosjektaktiviteter:

Team/fagpersonar i piloten, må ha arbeidsdagar ved dei aktuelle sjukehusa.

Driva oppsøkande verksemd i aktuelle sjukehusavdelingar.

Vera i dialog med samarbeidsaktørane i aktuelle kommunar for å sikra best mogeleg kommunikasjon.

Fleire konkrete aktivitetar må utarbeidast ilag med fagpersonane som vert involvert i piloteringa. Ha generisk fase-modell som førande i piloten.

Tidfeste prosjektperiode; forslag 01.01.2018 – 31.12.2018

Fokusera på å minska barrierer og finna fasilitatorer for korleis koma tilbake til arbeid.

Organisering:

Jamfør forslag til modell utarbeidd i prosjektarbeidet,

Tverrfagleg team med nevropsykolog, ergoterapeut og sosionom, legespes. tilgjengeleg.

Team organisert ved SFMR

Prosjekt-tilsett; tidsavgrensa «pilot»

Piloten må ha eiga styringsgruppe med brukarrepresentant

Forslag til langsiktig/varig organisering:

Ambulant team knytt til fagteam ved SFMR-døgnplasser som er «øyremerka» til re-opphald (nå-situasjon: 3 «re-opphald» og 6 sub-akutte døgnplasser, framtids-situasjon: 4 «re-opphald» og 8 sub-akutte døgnplasser.

Budsjett-estimat

Kostnader

Type kostnad:	Sum:
Løn 60% sosionom, 6 mnd	414 438,-
Løn 60 % ergoterapeut, 6 mnd	414 438,-
Løn, 40% nevropsykolog, 6 mnd	538 764,-
Leasing av tenestebil, 6 mnd	
6 nettbrett inkl. krypteringsprogram	60 000,-

Inntekter

Type aktivitet :	Antall:	Sum:
Tverrfagleg ambulant konsultasjon	46	?
El. konsultasjon med pasient	40	?

Stillingar : nevropsykolog ergoterapeut, sosionom. Legespesialist tilgjengeleg.

Reisekostnader : vurdere leasing av bil? Eventuelt kilometergodtgjerdle ved bruk av eigen bil.

Inntekter : DRG-inntekter ved ambulant aktivitet.

Tverrfagleg polikliniske inntekter.

Gevinst :

Kompetanseutvekslingsmiljø mellom spesialisthelsetenesta og kommunale tenester, evt òg NAV.

Lettare tilgjenglig veiledningstilbud til/ i kommunen og derigjennom betre kvalitet på tilbudet til pasientane/brukarane i kommunane.

Fleire pasienta får adekvat behandling.

Meir differensiert form på behandlinga; døgnbasert, poliklinisk og ambulant tilbod.

Evaluering

Pasientane som deltek i piloten, må kartleggast med same kartleggingsverktøy ved to faste tidspunkt; ved utskriving og 6 månader etter utskriving.

Piloten kan evaluerast med ulike metodiske tilnærmingar.

Kvalitative data: Pasienttilfredshetsmåling,
1.linjetenesta, evt òg NAV, arbeidsgjevarar si måling av verdien på
Kunnskapsoverføring, tilgjenge på kontakt/ møteplasser
mellom aktørane.

Kvantitative data: Tal pasientar som har fått tilbod om ambulante tenester
Tal på videokonferansar, fysiske møter,
Tal på bruk av elektronisk oppfølging av treningsopplegg.

Helsepersonell si vurdering av effekt.

Pasienttilfredshet

Ressursbruk i spesialisthelseteneta og i kommunane; -helsepersonell, tidsbruk ved fysiske møter og elektroniske møter, behov for reinnlegging.

01.12.2017

H.Tegle

VEDLEGG 4

Forslag til pilot frå Helse Bergen

Leveranse del 2: Forslag til pilot

Modell for ambulante tenester og tidleg støtta utskriving

AFMR, Helse Bergen

Frå mandatet

Prosjektet har som mål å utarbeida modellar for bruk av ambulante tenester og tidleg støtta utskriving for pasientgrupper som har motteke rehabilitering i spesialisthelsetenesta.

Modellane skal bidra til kunnskapsoverføring og utveksling med kommunane, og dermed legge til rette for kunnskapsbasert oppfølging av pasienten i heimkommunen, etter eit rehabiliteringsopphald i spesialisthelsetenesta.

Viktige prinsipielle føresetnader for modellane er samhandling med pasient og mellom nivåa tidlegast muleg i prosessen, at partane skal vurdere og nytta den minst kostnadskrevjande samhandlingsforma som er tilstrekkeleg/hensiktsmessig ut frå situasjon og behov (videokonsultasjon, fysiske møter i sjukehuset, ambulant) og at tiltak i størst muleg grad skal skje nærast muleg pasienten sin heim.

Bakgrunn Helse Bergen

Auka bruk av ambulante tenester og kompetanseoverføring til kommunane er ei helsepolitisk overordna målsetjing (ref). Det er pr i dag ikkje etablert eit ambulerande rehabiliteringsteam i somatisk del av Helse Bergen som tek i vare dette. Pilotprosjektet vil opprette eit nytt ambulant tverrfagleg rehabiliteringsteam som samhandlar med kommunehelsetenesta ved hjelp av videokonsultasjonar, fysiske møter dersom behov og bruk av elektronisk individuell plan for å betre informasjonsutveksling og rehabiliteringsprosess. Skype for Business er prøvd ut i Helse Nord, men det må prøvast ut i Helse Vest før det kan innførast i klinisk praksis. Dette prosjekt vil være godt egna til å prøve ut Skype for Business som samhandlingsverktøy mellom spesialisthelseteneste, kommunehelseteneste og pasient med pårørande.

Denne ambulante modellen vil kunne fylgje opp pasient med tanke på spesialisert rehabilitering i frå innlegging akuttavdeling til pasienten er kommen heim.

Ambulant rehabiliteringsteam

Prosjektet krev at Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Helse Bergen (AFMR), opprettar ambulant rehabiliteringsteam, 4 deltidsstillingar med lege (15%), ergoterapeut (20%), fysioterapeut (20%) og sjukepleier (20%) med estimert kostnad på om lag kr 623 560. Me planlegg inkludering av pasientar i 3-6 månader med oppfølging i 6 månader etter inkludering.

Ambulant rehabiliteringsteam skal leggja til rette for og sikre kunnskapsoverføring, utveksling av informasjon og kompetanse på tvers av nivå, og rettleiing til kommunane der det er behov. Samhandling mellom tenestene skal gjennomførast på ein dialogretta måte, for å førebyggja brot i behandlingsskjeda.

I samhandlingsmøter og ambulante tenester vert ambulant rehabiliteringsteam utvida med aktuelle fagpersonar (døme nevropsykolog, logoped, sosionom) etter den enkelte pasient sine behov på det aktuelle tidspunkt.

Samarbeidande kommunar:

Fjell og Lindås kommune, der me planlegg å inkludere 3-5 pasientar frå kvar av kommunane. Begge kommunane stiller seg positivt til å bli med vidare som pilot. Prosjektet er forankra administrativt og politisk. Kommunane kan ikkje ta på seg kostnader i forhold til investeringar av utstyr utover det ein må kunne forvente og som kommunen allereie har i forhold kommunikasjonsutstyr, som f.eks Skype og liknande.

Kommunane er opne for å prøve ut kartleggingsverktøy som ein blir einige om kan vere hensiktsmessig dersom det ikkje medfører investeringar.

Prosjektet er forankra i leiinga ved AFMR, men leiinga set som føresetnad at pilotprosjektet vert finansiert med eksterne midlar sidan det til no ikkje er etablert ambulante tenester ved avdelinga.

Fase 1, skade eller sjukdom oppstår, og syner det som skjer frå sjukdom/skade oppstår, og til pasienten er innlagt i sjukehuset.

Fase 2, innlegging i akuttavdeling

Ambulant rehabiliteringsteam vert kontakta ved behov av seksjonsoverlege eller lege som er ansvarleg for tilvisingar ved aktuell sengepost eller poliklinikk ved AFMR.

- Ambulant rehabiliteringsteam tek stilling til om rehabiliteringsretta tiltak skal setjast i verk
- Dersom tiltak skal startast opp, vert ein i teamet peika ut til å vera koordinator for aktuell pasient
- Planlegging pasientløype
- Rådgjeving til akuttavdeling
- Koordinator (i ambulant rehabiliteringsteam) sender tidleg melding om rehabiliteringsbehov til Koordinerande eining i kommune (KE-kommune)

Opprettar team i AFMR når pasienten har fått dato for opphaldet slik at pasientnært team kan førebu opphaldet:

- minimum 1 frå ambulant rehabiliteringsteam som er koordinator
- pasientnært team etter behov frå sengepost eventuelt poliklinikk

Fase 3, opphald i AFMR

Koordinator frå ambulant rehabiliteringsteam organiserer samhandlingsmøte med kommune etter 1 veke som videokonsultasjon der IP (individuell plan) er samhandlingsverktøy. Dette for å førebu kommunen på mottak av pasient, drøfta behov og avklara spørsmål.

Koordinator frå Ambulant rehabiliteringsteam og Koordinatorande eining i kommune deltek alltid (eller har delegert til andre i teamet). Aktuelle deltakarar frå teama ut frå behov

- Pasientnært team i AFMR
- Kommunalt oppfølgingsteam (OT)
- Pasient/pårørande
- Kommune inviterer aktuelle teammedlemmer/koordinator frå AFMR inn i IP
- Vurderer og drøftar bruk av aktuell teknologi

Koordinatorande eining i kommune er ansvarleg for at det vert oppretta kommunalt oppfølgingsteam der fastlegen er med

- Utnemne koordinator i kommunalt oppfølgingsteam
- Kontakta pårørande
- Avtala heimebesøk dersom behov
- Oppretta IP (web-basert) etter samtykke frå pasient

AFMR sender tverrfagleg statusrapport frå lege 2-3 veker før dato for overføring med informasjon om pasienten sin status og behov ved overføring til kommune

- Status og funksjon
- Faggrupper (team)
- Tenester
- Spesielle kompetanse behov
- Opphaldslengde

Samhandlingsmøte som videokonsultasjon, eventuelt fysisk møte der IP er samhandlingsverktøy

- Planleggja overføring til kommune
- Evaluering
 - Prognose
 - Forventning
 - Prognostisk
 - Oppfølging
- Mål

- Oppnådde mål
 - Nye mål
- Tidsramme
- Tilrå ressursbruk og faggrupper
- Avtala tidspunkt for samhandling, fortrinnsvis videokonsultasjon innan 3 måneder etter overføring til kommunal rehabilitering
- Vurdera og drøfta bruk av aktuell teknologi

Fase 4, pasienten er overført til kommunal rehabilitering

Gjennomføra avtalt samhandlingsmøte innan 3 månader etter overføring (dato er fastsett før overføring) som videokonsultasjon, fysisk møte el ambulant. IP er samhandlingsverktøy

- Evaluering IP
- Oppfølging /vegleiing
- Eventuelt avtalt nytt møte
- Vurdera og drøfta bruk av aktuell teknologi

Fase 5, pasienten er i kommunal rehabilitering og ny hending eller stagnasjon oppstår

Ved ny oppstått hending eller stagnasjon som syner negativ utvikling.

Fastlegen sender elektronisk dialogmelding til postmottak i AFMR. Merkantil personell sender meldinga vidare til aktuell lege i AFMR (DIPS rutinar).

- Ambulant rehabiliteringsteam i AFMR kontaktar KE i kommune og avklarar samhandlingsmøte, som videokonsultasjon og kven som skal delta

I førekant har kommunen kartlagt pasienten sin status og funksjon

- Kommunalt oppfølgingsteam har evaluert IP:
 - Langsiktige og kortsiktige mål
 - Kartlagt pasienten funksjon
 - I dagleglivet og i arbeid
 - Fysisk, emosjonell og kognitiv funksjon
 - Tiltak
- I samhandlingsmøte avklarast behov og tiltak ut frå ny situasjon ut frå 3 alternativ:
 - Vurdering i AFMR
 - Poliklinikk
 - Ambulant oppfølging
 - Innlegging

Evaluering av pilotprosjekt:

Evaluering av pilotprosjekt kan omfatta fleire perspektiv, og val av metodar vil avhenge av forskningsspørsmål og val av områder som skal evaluerast. Både kvalitative og kvantitative metodar kan derfor vera aktuelle. Pasienten vert kartlagt ved innlegging og utreise frå sjukehus, samt etter 6 månader. Ved 6 månader vert også pilotprosjektet evaluert. Bruk av kartleggingsverktøy vert viktig som samhandlingsverktøy rundt pasient, fordi det lettar kommunikasjon rundt pasient og er eit hjelpemiddel til å setje klare mål for rehabiliteringsprosessen.

Erfaring frå forskning innan rehabilitering på heterogene pasientgrupper tilseier at det er meir hensiktsmessig å evaluere effekt av tiltak utifrå konkrete individuelle mål framfor å nytte generiske skjema. Standardiserte kartleggingsverktøy vil være nyttig for å kunne beskrive og samanlikne pasientar som deltek i prosjektet.

Pasientperspektiv:

Evaluering av IP i kva grad pasienten når eigne mål og er tilfreds med behandlinga.

Måleverktøy:

- PSFS - Pasientspesifikk funksjons skala – måloppnåing gjennom funksjon/aktivitet (pasienten blir spurt om viktige aktivitetar, og tilfredsheit med utføring. Dannar bakgrunn for mål. Forenkla utgåve av COPM)
- Nottingham I-ADL – kartlegger 5 aktiviteter personen faktisk gjer (pasienten blir spurt om funksjon, ikkje observasjon. Brukas i AFMR)
- PASS – testar postural kontroll og balanse (testar ikkje gangfunksjon, kan brukast på alle)
- MoCa – kognitiv test (brukas i AFMR)
- Pasientens oppleving av endring (PGIC)

Referansar

<http://kurs.helsekompetanse.no/hverdagsrehabilitering/43185>

<http://nevro.legehandboka.no/handboken/skjema/skaringsskjema/moca-test-pa-kognitiv-svikt/>

Pårørandeperspektiv:

Evaluere belastning for pårørende ved bruk av ambulante tenester

Måleverktøy:

- Norsk versjon av «The Caregiver Burden Scale» belastning hos pårørende

Kommuneperspektiv:

Evaluera grad av kompetanseoverføring mellom nivå, om det er samsvar mellom behov for rettleiing/kompetanse og motteke rettleiing/kompetanse, samt ressursutnytting.

Måleverktøy:

- Kvalitativ vurdering
- Registrere tid gått med til ulike fagpersonar og kostnader i prosjektet.

Spesialisthelsetenesteperspektiv:

Evaluera grad av kompetanseoverføring mellom nivå, om det er samsvar mellom behov for rettleiing/kompetanse og motteke rettleiing/kompetanse, samt ressursutnytting.

Måleverktøy:

- Kvalitativ vurdering
- Registrere tid gått med til ulike fagpersonar og kostnader i prosjektet.

Kostnadsrekning

Registrera kostnader for all aktivitet knytt opp til pilotpasientane

Kva er nytt

Pilotprosjektet vil utvikle tverrfagleg rehabiliteringsteam som utviklar nødvendig kompetanse for systematisk samhandling og koordinering på tvers av nivå og tenester. Ein vil ta i bruk meir effektive former for samhandling (dialog) som videokonsultasjonar, der utprøving av Skype for business og bruk av elektronisk individuell plan vil være sentralt.

Dette skjer gjennom:

- Utnemning av koordinator frå ambulant rehabiliteringsteam og kommune i tidleg fase
- Vurdering av behov for ambulant rehabiliteringsteam i fase 2
- Regelmessige samhandlingsmøter i fase 3 og 4 mellom likeverdige helsetenester saman med pasient og pårørande
- Dialog mellom to partar som har kompetanse på samhandling
 - KE (kommune)
 - Koordinator frå ambulant rehabiliteringsteam (spesialisthelseteneste)
- Fleksibel løysing etter den enkelte sine behov
 - Kommunalt oppfølgingsteam i kommune
 - Ambulant rehabiliteringsteam frå spesialisthelsetenesta
 - Tilpassa pasienten sine behov (Poliklinikk, ambulant oppfølging, innlegging)

- Sikrar overføring og utveksling av kunnskap mellom tenestenivå
- Enklare og meir systematisk samhandling med spesialist helsetenesta i fase 5 (seinfase) ved hjelp av KE og koordinator frå ambulant rehabiliteringsteam
- Same fagpersonar vil kunne inngå både i ambulant rehabiliteringsteam og pasientnært team for å kunne gi kontinuitet under oppfølginga.
- Prøver ut elektronisk individuell plan
 - Prøver ut videokonsultasjon som kommunikasjonsverktøy der Skype for Business kan prøvast ut i klinisk kommunikasjon

Anna:

Modellen tek i bruk nye omgrep:

- Samhandlingsmøter kan erstatte omgrepet *ansvarsgruppemøter*
- Bruk av omgrepa Fase 1-5 for å beskriva forløpet som ein modell
- Oppfølgingsteam kommune er nytt, og er henta frå Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering.
- Ambulant rehabiliteringsteam er teamet som vert oppretta ved AFMR
- Pasientnært team (AFMR) er nytta for det tverrfaglege team som følgjer opp pasienten under innlegging ved AFMR.

Personvern

- Det vert utarbeida kort informasjonsskriv og samtykke til deltaking i piloten og oppretting av IP i kommunen.

Nordås 01.12.2017

Deltakarar i pilotprosjektet

Bjørg Rene, rådgjevar, AFMR, Helse Bergen

Eirik Vikane, overlækjar, AFMR, Helse Bergen

Liv Møen, leiar for ergo-og fysioterapitenesta, Fjell kommune

Reidun S. Sæbdal, einingsleiar helsetenestene, Lindås kommune

Arne Huus, private rehabiliteringsinstitusjoner

Ambulante tjenester og tidlig støttet utskriving

Bakgrunn:

I forbindelse med det regionale prosjektet er det behov for å beregne hva det vil koste å opprette et ambulant rehabiliteringsteam

Kostnad pr år inkl. tillegg og sosiale kostnader (høy pensjonssats 20%)		Kommentar
Lønnskostnader		
15% overlegetstilling i fysikalsk medisin og rehabilitering	202 800	Estimat på bakgrunn av snitt overlegelønn på AFMR
60% spesialstillinger for høyskolepersonell	410 760	Benyttet årslønn på 500 000 kr
Sum lønnskostnader	613 560	
Kurs- og opplæringskostnader inkl reise		
	10 000	Estimerte kurs- og opplæringskostnader inkl. reise
Estimerte totale kostnader	623 560	

VEDLEGG 5

Forslag til pilot frå Helse Førde

Forslag til pilot frå Helse Førde HF

Bakgrunn for pilot.

Pilotprosjektet har som mål å utarbeida ei modell for bruk av ambulante tenester og tidleg støtta utskriving for pasient med samansette behov som har motteke rehabilitering i spesialisthelsetenesta. Modellen skal bidra til kunnskapsoverføring og -utveksling med kommunane, og dermed legge til rette for kunnskapsbasert oppfølging av pasienten i heimkommunen etter eit rehabiliteringsopphald i spesialisthelsetenesta. Modellen vektlegg samhandling mellom nivåa tidlegast muleg i prosessen.

Partane skal vurderer og nytta den samhandlingsforma som er hensiktsmessig ut frå situasjon og behov. Dette kan inkludere bruk av telemedisin og velferdsteknologi, fysiske møter i sjukehuset, og ambulante besøk.

I denne piloten ønskjer vi over ein 6 månads periode å prøve ut:

- Bruk av videomøte i:
 - Fase 3 (Spesialisert rehabilitering) Samarbeidsmøte med fastlege og koordinator kommunen. Møte agenda avklarar av koordinator på Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering i samarbeid med pasient, fastlege og koordinator. Fokus kan være: pasientens ønskjer/mål, funksjonsnivå, forventa hjelpebehov, ansvarsfordeling knytt til tiltak.
 - Fase 4 (Rehabilitering i kommunen): Oppfølgingsmøte med fastlege og koordinator i kommunen.
 - Fase 5 (Seinfaserehabilitering) Evalueringsmøte med fastlege og koordinator i kommunen.
- Elektronisk individuell plan
 - Bruk av elektronisk individuell plan i komplekse rehabiliteringsforløp. Piloten skal i samarbeid med kommunane, koordinerande eining i Helse Førde finne

gode løysingar på korleis ambulant rehabiliteringsteam/helsepersonell på sjukehus bidrar i planprosessen på ein hensiktsmessig måte.

Ambulant team

Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering (ANRR) bruker eksisterande rehabiliteringsteam som nå brukas i rehabiliteringssengepost. Rehabiliteringsteam består i dag av ergoterapeut, fysioterapeut, logoped, sosionom og sjukepleiar. Disse stillingane er alle 90 % -100 % og er knytt opp til sengeposten. Team vurderer behovet for ambulant oppfølging. Dette gjelde både for pasientar som har vært innleggande og for pasientar som er henvist til vurdering på ANRR.

Samarbeidande kommunar:

Eid kommune. (Førde, Florø og Sogndal må avklarast). Totalt ca. 10 pasientar.

Eksisterande tilbod:

Rehabiliteringssengepost med 3-4 pasientar. Fysikalsk medisinsk poliklinikk (FMR pol). Ambulant rehabiliteringsteam knyta opp til sengepost. Der ytes ambulante teneste i liten skala, til pasientar som har vært innleggande eller henvist til avdelinga for vurdering

Pasientforløp

Fase 1. Diagnostisering og igangsetting av tiltak.

- Pasient innleggas på akutt avdeling på sjukehuset relatert til sjukdom/skade.

Fase 2. Medisinsk behandling og tidleg rehabilitering

- Ved behov for rehabilitering sendes henvisning til rehabiliteringsteam.
- Tilsyn frå rehabiliteringsteam på akuttavdeling.
- Kartlegging og igangsetting av tiltak for vidare pasientforløp.

Fase 3. Spesialisert rehabilitering

- Overflytting til ANNR.
- Opprette kontakt til kommune via PLO-melding. PLO-melding oppdateras kvar veke med lengde på opphald, funksjonsnivå og forventa hjelpebehov ved utskriving.
Melding om pasientens funksjonsnivå. Vurdere behov for samarbeidsmøte (fysisk møte eller via videomøte).
- Oppnemning av koordinator og kontaktlege.
- Kartlegging av behov for individuell plan, innhente informert samtykke, brev/varsel til koordinerende eining i heimkommune om behov for individuell plan/koordinator.
- Planlegging av utskriving og overføring til kommunen. Samarbeide med kommunen omkring eventuelt behov for ambulant oppfølging.
- Avklare tidsramme for oppfølging frå ambulant team (maksimalt 3 mrd.)

Fase 4 Rehabilitering i kommunen

- Pasienten overflyttast til kommunal rehabilitering (dag/døgn/heim).
- Oppfølgingsmøte er avtalt for utskriving frå sjukehuset.
- Vurdere kva oppfølging som er naudsynt. Oppfølging via video eller fysisk oppmøte.
- Kunnskapsoverføring til kommunalt oppfølgingsteam.
- Oppfølging individuell plan.

Fase 5 Seinfaserehabilitering

- Vurdere vidare behov for oppfølging frå spesialisthelsetenesta. Eventuelt avslutte pasientoppfølging. Dersom ny hending oppstår kan fastlege sende ny henvisning til ANRR.
- Koordinator kontaktar koordinerende eining i kommunen.
- Der gjøras en ny vurdering av pasientens funksjonsstatus og der gjøras nye tiltak ved behov.

Forbetring av noverande praksis

Bruk av telemedisin og velferdsteknologi

I Fase 3 foretas ei vurdering av behov for/ val av telemedisinske og velferdsteknologiske verktøy. Eksempel på dette kan vere videomøte/konferanse, elektronisk individuell plan, telemedisin og anna form teknologi. Bruk av telemedisin og velferdsteknologi kan supplere eller vere eit alternativ til ambulante tenester (Fase 4 -5).

Tidleg kontakt/samhandling mellom brukar, klinisk avdeling, heimkommune og ambulant rehabiliteringsteam

Kontakten mellom brukar, klinisk avdeling og ambulant rehabiliteringsteam startar allereie i Fase 2 (Medisinsk Behandling og Tidleg Rehabilitering) når rehabiliteringsteamet føretar eit tilsyn på dei kliniske avdelingar, kor der blir gjort ein heilskapleg vurdering av brukaren sine behov/ønsker i forbindelse med utskriving til heimkommune/privat rehabiliterings institusjon. Om der er behov for at det ambulante rehabiliteringsteam føretar eit heimebesøk, planleggast dette i lag med brukaren, koordinator på den kliniske avdeling og relevante kommunale aktørar utpekt av koordinerande eining i heimkommunen. Heimebesøket utførast i fase 3 ,4 og 5.

Individuell plan/koordinator/kontaktlege:

Brukarar med samansette behov for rehabilitering som tildelast ein individuell plan i Sogn og fjordane, i kommunalt regi, vil oftast få ein elektronisk individuell plan. Idet dei fleste av kommunane i fylket har valt ei slik løysing. Dette prosjektet skal i samarbeid med koordinerande eining i Helse Førde bidra til å finne gode løysingar på korleis ambulant rehabiliteringsteam/helsepersonell på sjukehus bidrar i planprosessen på ein hensiktsmessig måte. Koordinator og kontaktlege integrerast som ein del av komplekse rehabiliteringsforløp kor tenester frå ambulant rehabiliteringsteam er naudsynte.

Moglege utfordringar

- Økonomi og ressursar. Det kan være utfordrande å dele opp eksisterande stillingar knyttet til rehabiliteringsteamets virksomhet.
- Justert veking av DRG-takstar som gjer det lønsamt å drive med ambulante tenester
- Utstyr , teknologi og kompetanse,

Forankring

Når det gjeld Eid kommune er dette forslaget forankra i leinga ved kommunalsjef Kari Krogh. I Helse Førde er prosjektet forankra i leiinga ved ANRR og Samhandling og tverrprofesjonelle tenester ved Samhandlingssjef, Stig Igland.

Kostnader

Leiinga i Helse Førde HF set som føresetnad at pilotprosjektet vert finansiert med eksterne midlar sidan det til no ikkje er etablert slike ambulante tenester ved avdelinga. Dette gjelder også for Eid kommune.

Oppretting av 4 deltidsstillingar i 6 mrd:

Prosjektleder/rehabiliteringssjukepleier 20 % (lønn, inkludert. sosiale utgifter)

= 61000

Lege 10% stilling (lønn, inkludert. sosiale utgifter)

= 67500

Fysioterapeut 10% stilling (lønn, inkludert. sosiale utgifter)

= 28000

Ergoterapeut 10 % stilling (lønn, inkludert. sosiale utgifter)

= 28000

Innkjøp av nettbrett med tastatur:

4 stk. x 5000,-

= 20.000

Reise/administrasjon

= 40.000

Total kostnad

= 244500

Evaluering

Evaluering av pilotprosjekt:

Det er behov for å føreslå og einast om felles kartleggingsverktøy for begge tenestenivå som vil lette kommunikasjon mellom nivåa. Evaluering av pilotprosjekt kan omfatta fleire perspektiv og val av metodar vil avhenge av forskningsspørsmål og val av områder som skal evaluerast. Både kvalitative og kvantitative metodar kan derfor vera aktuelle.

Pasientperspektiv:

Evaluering av elektroniske individuelle plan/rehabiliteringsplan i kva grad pasienten når eigne mål

Måleverktøy:

- PSFS - Pasientspesifikk funksjons skala – måloppnåing gjennom funksjon/aktivitet (pasienten blir spurt om viktige aktivitetar, og tilfredsheit med utføring. Dannar bakgrunn for mål, og kan ses som ei forenkla utgåve av COPM)
- Nottingham I-ADL – kartlegger 5 aktiviteter personen faktisk gjer (pasienten blir spurt om funksjon, ikkje observasjon)
- PASS – testar postural kontroll og balanse (testar ikkje gangfunksjon, kan brukast på alle)
- MoCa – kognitiv test (vert brukt av ergoterapeutane i sengepostane i AFMR)

Pårørandeperspektiv:

Evaluerer belastning for pårørande ved ambulante tenester

Måleverktøy:

- Norsk versjon av «The Caregiver Burden Scale»

Kommuneperspektiv:

Evaluera grad av kompetanseoverføring mellom nivå, om det er samsvar mellom behov for rettleiing/kompetanse og motteke rettleiing/kompetanse, og ressursutnytting.

Måleverktøy:

- Kvalitativ vurdering
- Registrere tid gått med til ulike fagpersonar og kostnadar i prosjektet.

Spesialisthelsetenesteperspektiv:

Evaluera grad av kompetanseoverføring mellom nivå, om det er samsvar mellom behov for rettleiing/kompetanse og motteke rettleiing/kompetanse, og ressursutnytting.

Måleverktøy:

- Kvalitativ vurdering
- Registrere tid gått med til ulike fagpersonar og kostnadar i prosjektet.

Informert samtykke

Pasientar som deltar i pilotprosjektet. Vil bli presentert for prosjektet og få et informasjonsskriv. Der innhentas informert samtykke om deltaking i prosjekt og individuell plan. Bruk av elektronisk individuell plan ses som ein føresetnad i denne utprøvinga.

Deltakarar i forslag til utarbeiding av pilot

Anita Mari Smørðal, Konstituert fagleiar Heimetenesta Eid kommune

Linn Christin Kollanes, Rehabiliteringskoordinator Avdeling for nevrologi, revmatologi og rehabilitering, Helse Førde HF

Martin Roland Hansen, Koordinator/sjukepleiar Smertepoliklinikken, Helse Førde HF.

Vedlegg 6

Fordelar og ulemper ved bruk av ulike telemedisinske løsningar

Fordelar og ulemper ved bruk av ulike telemedisinske løsninger.

Innspel til prosjektgruppa frå Seksjon for E-Helse i Helse Bergen

1. Tradisjonelt: Dedikert utstyr / rom med komplett videokonferanseutstyr (eks. Cisco utstyr).	2. Klientbasert videoteneste i Helse Vest som er godkjent: Skype for Business, Acano (Cisco Meetings) (Lync er byttet navn til Skype)
Kjenneteken: ○ Høy oppløsning i bilde, lyd, mulighet til å koble til ekstra utstyr som undersøkelsesinstrumenter m.m ○ Velegnet til klinisk behandling eller konsultasjon der det er behov for god bilede (høg oppløsning og tydeleg) ○ Dedikert adresse tilknytta videokonferanseutstyret (VK) gjennom NHN (Norsk Helsenett) ○ Kryptert datatrafikk mellom VK studioer og Cisco videoklienter (se avsnittet nedenfor) ○ Betjenes via styringspanel (standard eller tilpasset panel) ○ 1 til 1 eller 1 til mange konferanse. ○ Presentasjonsmulighet	Kjenneteken: ○ Lisensiert pr bruker ○ Installerer på pc eller mobile enheter (nettbrett, smart tlf) ○ Kryptert samtale ○ Deltagere kan delta via webløsning og trenger ikke egen lisen. Møteleder kan sende link (url) pr epost eller sms til deltagere. Kan opprette virtuell møterom. ○ 1 til 1 eller 1 til mange ○ Presentasjonsmulighet, opptaksmulighet (møtedeltagere får melding om at opptak blir tatt)
Begrensninger: - Kryptering brytes når deltager deltar via tlf. innringing - Kan være begrensning på tilgjengelig utstyr/rom pr lokasjon. Rommet kan også være en flerbruksrom.	Begrensninger: - Dårligere kvalitet enn tradisjonell VK utstyr - Bør ha headset med mikrofon for best lyd. - Ha stabil wifi forbindelse eller trådbundet nettverk -

