


Helserom Helgeland



 Rødøy
Kommune

 Dønna
Kommune

 Brønnøy
Kommune



Oppstarten



Foto: Brønnøysunds avis

- Finansiert av Norges forskningsråd
- Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor (IPO)
 - Skal bidra til utvikling av nye tjenester på en kunnskapsbasert måte
 - Med utgangspunkt i offentlig sektors behov og utfordringer
- Finansiering desember 2020 – flere utsettelse pga. korona i 2021, men også mange gode digitale arbeidsmøter og forankringsjobb
- Kick-off i Brønnøysund i mai 2022 med stort oppmøte, engasjement, varaordfører og Brønnøysunds avis



Helserom Helgeland

Lokal helsehjelp med avstandsoppfølging

Mål:

- å sikre at alle pasienter på Helgeland får likeverdig tilgang på helsetjenester uavhengig av bosted
- større faglig nettverk for helsepersonell

Middel:

- utvikle en tjenestemodell for rurale strøk



Lokal helsehjelp

- Å flytte kompetanse, utstyr og samhandlingsmuligheter nærmere der pasienter og helsepersonell bor og jobber
- i stedet for at innbyggere/pasienter og helsepersonell må reise til kompetansen og utstyret
- = å gi helsetjenester nærmere der folk og helsepersonell bor



med avstandsoppfølging

- For pasient og pårørende: mer enn oppfølging. Modellen skal omfatte behandling, oppfølging, veiledning og akutthjelp
- For helsepersonell: avstandsoppfølging i form av digitale konsultasjoner, samhandling med annet helsepersonell, kompetanseoverføring, beslutningsstøtte og opplæring etc.



Bakgrunn



- Lang reisevei til helsetjenester
- Spredt helsefaglig kompetanse
- Behovet for helsefaglig kompetanse på ett sted varierer
- Barrierer for effektiv samhandling



Brukerstemmen - Pasienten



Vi reiser i 9–12 timer for å være inne til en lege i 10 minutter. Noen undersøkelser, én kontroll, høreapparat, det er mye sånne korte avtaler. Det føles så meningsløst å bruke en hel dag



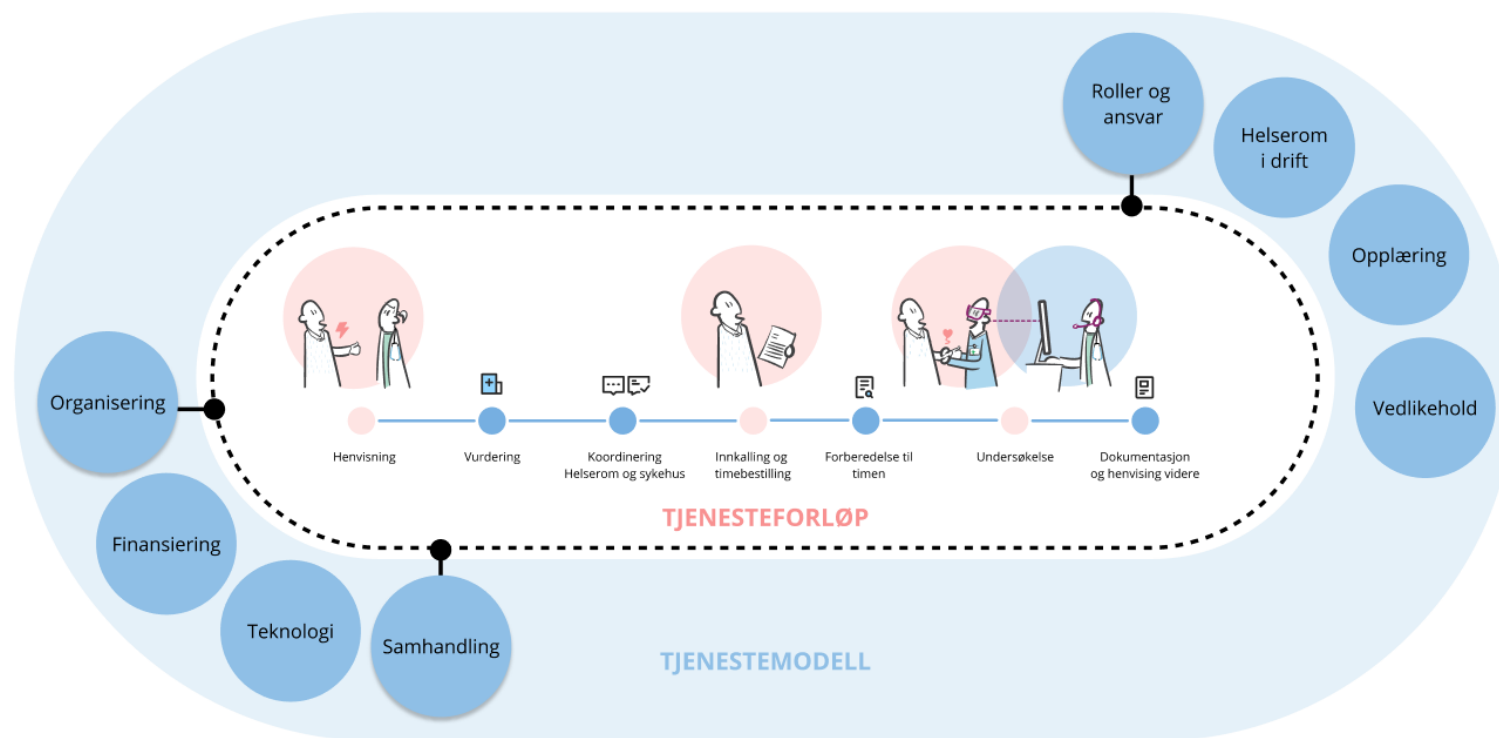
Brukerstemmen - Helsepersonell



Det er ikke bare å reise heller. Det er slitsomt. De bruker en hel dag for å komme seg frem og tilbake. Man blir jo veldig lei seg når man ser at pasienten har mange konsultasjoner, og så sier de 'jeg orker ikke reise igjen'»



En ny tjenestemodell





Metoder

- Design-drevet – starter med innsiktsarbeid
- Samskaping – utvikler tjenestemodell sammen med alle relevante aktører
- Formative og summative evalueringer – for å endre/forbedre underveis og å finne ut hvordan det gikk
- Tre «piloter» som test-arenaer
 - Tre forløp
 - Utvikle tjenestemodell
 - Foreløpig avgrensing med at spesialisthelsetjenesten «eier» pasienten



Overordna tilnærming

- Tester samhandling i praksis mellom tverrfaglig helsepersonell i sykehus, kommuner, Sintef og Checkware
- Tredelt ledergruppe: Brønnøy kommune, HSYK og SINTEF

Innsiktsarbeid

For å kartlegge behov, utfordringer, barrierer og muligheter.

Sentrale funn



Sentrale innsikter som bakgrunn for utvikling av modell

Kvalitative intervju; helsepersonell i kommuner og på sykehus, pasienter og pårørende (n=25), tematisk analyse.

Barrierer for effektiv helsehjelp:

- Lange belastende reiser
- Vanskelig å rekruttere og beholde helsepersonell
- Små lokalsamfunn (på godt og vondt)
- Stor arbeidsbelastning og lite tid til nye oppgaver

Muligheter for forbedringer til det beste for pasient og ansatte:

- Stor villighet til endring
- Mange sykehustjenester kan flyttes nærmere der folk bor:
- Pasienter opplever trygghet i helserommet fordi de ikke er alene

Ønskede gevinster:

- **Redusere antall lange, belastende reiser**
- Større fagmiljø

Utvikling av tjenestemodell

Samskaping for å utvikle en modell som lar flere pasienter få helsehjelp nærmere der de bor

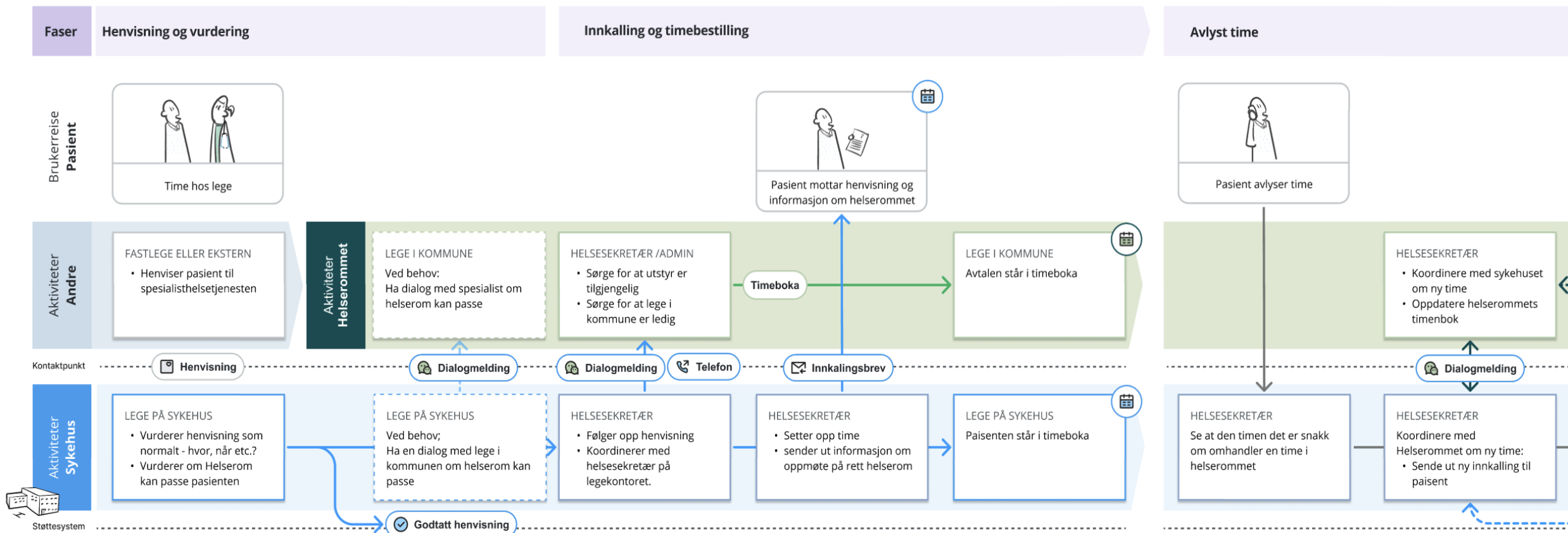


Utviklingsprinsipp

- Samskaping: alle relevante aktører jobber sammen for å utvikle en modell som fungerer
 - Kommunalt helsepersonell, sykehuspersonell, brukerrepresentant, ledelse & samhandling, merkantilt, IKT-ansatte på ulike nivå, personvernombud, tjenestedesignere, forskere, innovatører
- Utvikler ulike tjenesteforløp, caser, “piloter”
 - Forløp = oversikt over aktører, møtepunkter, aktiviteter, oppgaver, ansvar, informasjonsflyt, overganger, dokumentasjon etc
- Bruker erfaringer fra pilotene til å utvikle en felles modell, som skal kunne brukes på tvers av forløp
 - Typisk metode:
 - Møter på barrierer
 - Finner løsninger
 - Tester/evaluerer
 - Møter nye barrierer
 - Finner nye løsninger
 - Tester/evaluerer



Eksempel på hvordan et tjenesteforløp ser ut – dette er et arbeidsverktøy



Evalueringer

Formative og summative

Kvalitative og kvantitative metoder



Metoder for evalueringer

- Formative evalueringer: Del av utviklingsmetodikken. Følge med på hvordan ting går underveis, gjøre stadige forbedringer basert på erfaring
- Summative evalueringer: Måle/undersøke hvordan det gikk

Datainnsamling:

- Observasjoner (hvordan fungerte en felles opplæringsdag?)
- Intervjuer (hvordan gikk det å gjennomføre denne konsultasjonen i helserom?)
- Spørreskjema (hva er pasientenes symptomer før og etter deltakelse i lærings- og mestringskurs på sykehuset vs. i helserommet?)
- Guesstimasjon (hva koster en konsultasjon i helserommet sammenlignet med alternativet?)



Pilot 1 Rødøy kommune

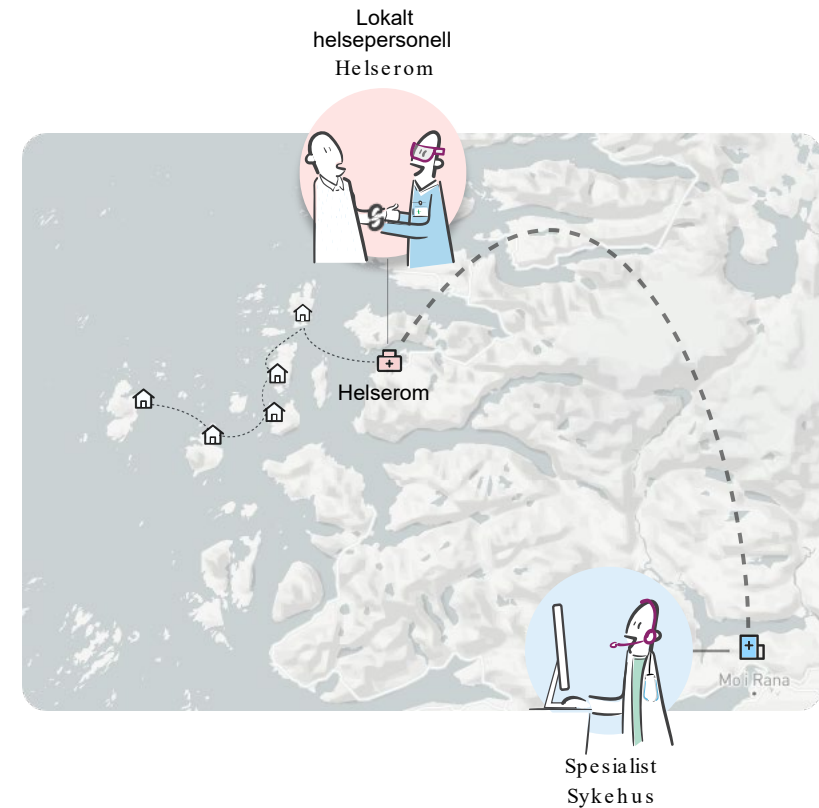
Oppfølging av ortopedipasienter lokalt på Helserommet i Rødøy gjennom digital samhandling mellom helsepersonell fra Rødøy kommune og ortoped på Helgelandssykehuset

Pilot 1: Rødøy-piloten

Samhandlingskonsultasjon:

- Pasient møter i Helserommet på Rødøy
- Fysioterapeut til stede sammen med pasient
- Ortoped fra sykehuset i Mo i Rana deltar digitalt i samme konsultasjon (synkron samhandling)

Behandling



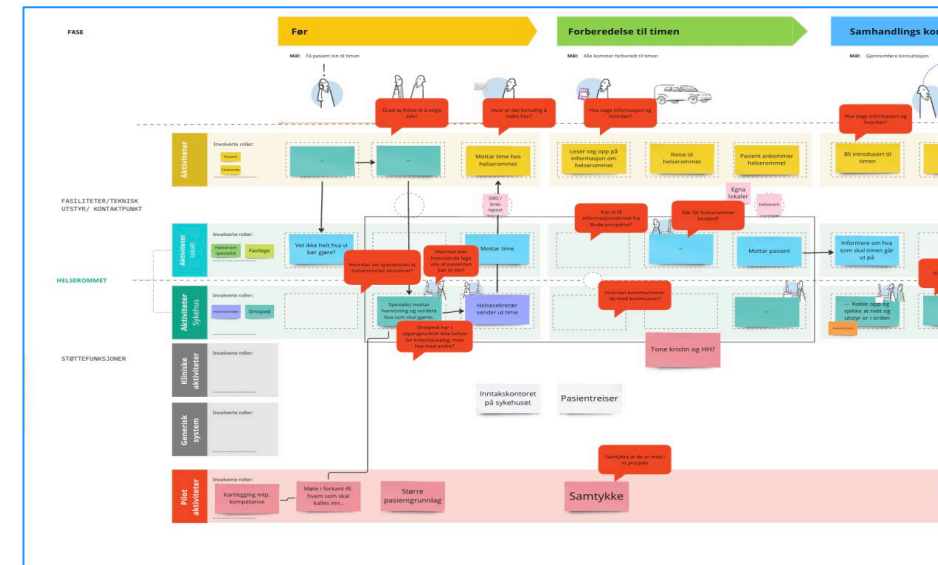
Hva har vi gjort, og hvordan har det gått?

Utvikling av modellen før testing av konsultasjoner

- Workshop 1: Hvordan samhandle uten å dele hverandres systemer (nov. -23)
- Test uten pasienter, (des. -23)
- Test med 3 pasienter, (jan. -24)

Utvikling av modellen etter testing med konsultasjoner

- Workshop 2: Erfaringer fra testdagen.
- Intervju med fagpersoner etter testdagen (feb. og apr.-24)
- *Nå: Venter på ny test med pasienter (Jodapro)





Resultater etter test av samhandlingskonsultasjoner

Suksesskriterier:

- Dialog
- Felles forståelse
- Målrettet samhandling
- Godt forberedt helsepersonell og pasienter
- Møte pasientens behov og ønsker



Pilot 2 Dønna kommune

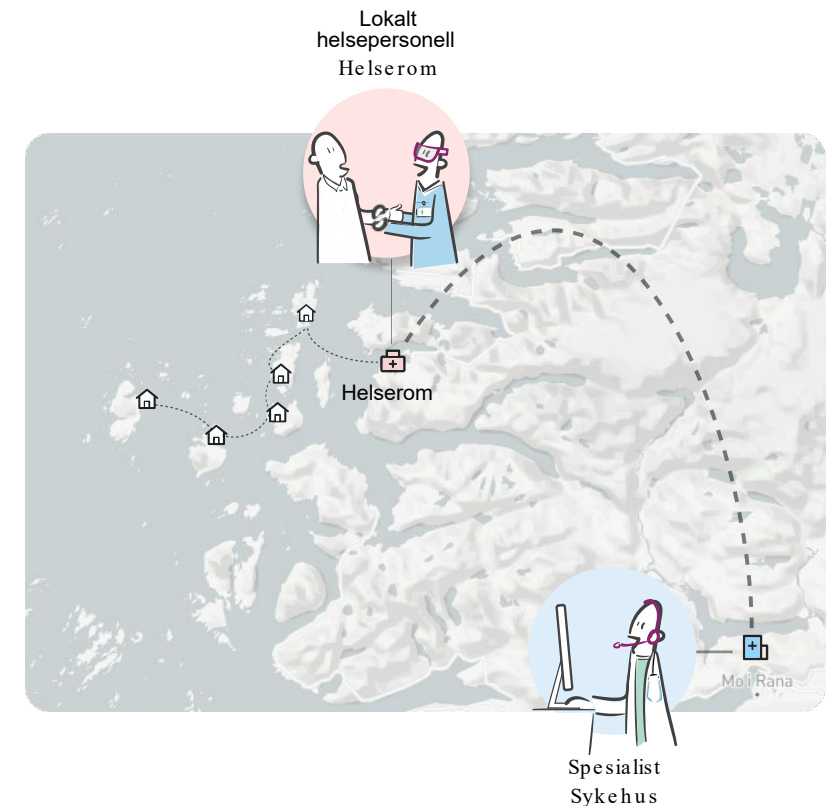
Oppfølging av hud-/sårpasienter lokalt på Helserommet i Dønna gjennom digital samhandling mellom helsepersonell fra Dønna og Helgelandssykehuset



Pilot 2: Dønna-piloten

- Steg 1: Fastlege kan sende bilde av hudproblem til hudlege på sykehus for å støtte til avklaring av om pasient må reise til sykehus
 - Testes i samarbeid mellom Dønna kommune ved kommuneoverlege og hudavdelingen på sykehuset i Mosjøen

Asynkron Behandling





Pilot 3 Desentraliserte lærings- og mestringskurs

Felles kompetanseheving



Pilot 3: Desentraliserte lærings- og mestringskurs

- LMS-kurs i hybrid-format
- samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner med sterk brukerstemme og bruk av video for gruppeveiledning og styrking av helsekompetansen.

Gruppebasert diagnoseavhengigepasient- og pårørendekurs, Artrosekurs

- Flere grupper samtidig, den ene alltid på sykehuset, de andre der det er behov/henviste og kursledere
 - Juni: HSYK Mo i Rana + lokalt i Rødøy og Brønnøy
 - Oktober: HSYK Mo i Rana + lokalt i Mosjøen og Brønnøysund
- Lokale kursledere tilstede i alle gruppene
- Kurslederne har ansvar for kvalitet, gruppe og teknologi, tverrfaglig helsepersonell I Helgelandssykehuset har ansvar for foredrag og veiledning
- Krever henvisning til spesialisthelsetjenesten fra lege



Evalueringer

- Kartlegging av symptomer/ funksjonsnivå baseline og etter kursdeltakelse
 - Kan sammeligne resultater mellom de som deltar på HSYK og de som deltar lokalt
- Estimere kostnader og sammenligne med alternativ
- Kvalitative evalueringer om hvordan konseptet kan bidra til å gi pasienter og pårørende likeverdige helsetjenester nærmere der de bor



Suksesskriterier

- Entusiasme og motivasjon
- Endringsvilje
- Samhandlingsvilje
- Ledelsesforankring
- Meningsfullt og nødvendig endring