

Prosjektplan

Spredning av Digital hjemmeoppfølging i Vestfold og Telemark

Formål

Etablere et felles helhetlig tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging for personer med kroniske lidelser, der sykehus, kommuner og fastleger er involvert.

Målet med implementering av DHO er bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelser for personer som benytter digital hjemmeoppfølging og økt bærekraft for helse- og omsorgstjenester.

Bakgrunn

Velferdsstaten er under press og må jobbe med andre løsninger for tjenesteyting og hvordan man benytter faglige ressurser. Helsetjenesten melder om store rekrutteringsproblemer med spesielt leger og sykepleiere, og det er et generelt behov for å finne løsninger som bidrar til at innbyggerne kan klare seg lenger uten bistand fra spesialisthelsetjenesten eller kommunale tjenester.

Nasjonale føringer og planer viser at det er behov for en mer samordnet helsetjeneste som setter innbygger i sentrum. Behovet for bedre koordinering av tjenestene og involvering av pasientene i egen behandling øker. Pasientene må oppfordres til å ta større del i beslutninger og oppfølging av egen sykdom i tett dialog med helsepersonell.

Digital hjemmeoppfølging (DHO) er et tiltak som bidrar til dette, samtidig som det øker livskvaliteten hos personer som har kroniske eller langvarige lidelser.

Kommunene i Vestfold og Telemark deltar i prosjektet sammen med Sykehuset i Vestfold og Sykehuset Telemark, for å implementere digital hjemmeoppfølging i samarbeid med fastlegene. Skien kommune er prosjekteier.

Helsefelleskapene i fylket har sluttet seg til og støtter samarbeidet som det legges opp til i prosjektet.

Digitaliseringsnettverket Telemark og Vestfold (Digi TV) følger arbeidet.

Prosjektet skal følge Helsedirektoratets Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging.

Larvik kommune har vært pilotkommune i Velferdsteknologiprogrammets DHO-prosjekt 2018-2021.

Erfaringer fra dette arbeidet vil det bygges videre på i dette spredningsprosjektet.

Sykehuset i Vestfold og Larvik kommune har samarbeidet om oppfølging av KOLS-pasienter med DHO. I dette prosjektet ble det utarbeidet et felles tjenesteforløp for KOLS-pasienter med oppfølging fra Sykehuset i Vestfold og Larvik kommune. I arbeidet med felles tjenesteforløp for sykehus og kommune, ble det avdekket flere erfaringer knyttet til samarbeidet. Det var for eksempel økt felles forståelse for pasientgruppen, utfordringer knyttet til behandling og behov for samhandlingsmøter rundt felles komplekse pasienter. Dette er nyttige erfaringer å bygge videre på.

Prosjektets hovedleveranse er å etablere en tydelig samhandlingsmodell med DHO som verktøy.

Hensikten med implementering av DHO er å bedre ressursutnyttelsen og øke kvaliteten i pasientbehandlingen ved å legge til rette for en større grad av fleksibilitet og tilgjengelighet i samhandling med primær og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet skal i de ulike fasene avklare organisatoriske, helsefaglige, juridiske og tekniske behov for en effektiv og kvalitativ tjeneste. Videre skal prosjektet sørge for utvikling og implementering av faglig utformet skjema, prosedyrer og informasjons-/opplæringsmateriell.

Organisering

Prosjektet viderefører eksisterende organisering og struktur i velferdsteknologiprojekt Vestfold og Telemark, men endrer innretning for å legge til rette for nye samarbeidspartnere.

Styringsgruppe er kommunalsjefer innen Helse og velferd fra Kragerø, Horten, Larvik og Skien, samt samhandlingskoordinator fra Vest-Telemark og Statsforvalteren. Styringsgruppen vil utvides med representanter for Fastlegene og fra Helseforetakene.

Arbeidet organiseres med egen prosjektgruppe fra kommuner, fastlegerepresentanter og sykehus. Prosjektet benytter i stor grad etablerte faglige samlinger og rapporteringsstrukturer for spredning og skalering av løsninger i kommunene. Denne strukturen ser vi det som hensiktsmessig å videreføre.

Prosjektet er organisert med en prosjektleder som leder og organiserer kommunikasjon med samarbeidspartnere, følger opp leveranser og administrer samlinger og aktiviteter. I tillegg har prosjektet en faglig ressurs som har ansvar for innhold i de faglige samlingene og støtte til lokale arbeidsgrupper i kommunene.

Prosjektet frikjøper fastleger og ressurser fra sykehusene.

Prosjektet har nedslagsfelt i Vestfold og Telemarkskommunene, samt sykehus i Vestfold og Telemark. Innbyggerantall i Vestfold og Telemark på ca. 420 000 med store landkommuner med gravgrennede strøk og bykommuner med korte avstander og tette befolkningsbosetting. Prosjektet har gode forutsetninger for digital hjemmeoppfølging med store avstander for tjenesteyting i flere kommuner, lav levekårsindeks for flere kommuner med behov for verktøy for å utsette tjenesteinngang, og behov for dreining av tjenesten for å redusere kostnadsbildene.

Prosjektgruppe

NAVN	ROLLE\ARBEIDSSTED
Jørund Kristian Sveen	Sykehuset Telemark
Anne Karima Lindberg	Sykehuset i Vestfold
Ann Elise Briskelid	Fastlege Porsgrunn
Jens Kristian Fagernæs	Fastlege Larvik
Ramona Øvereng Skog	Færder kommune
Trine Wendelborg Eknes	Nome kommune

	Vest Telemark?
Linda Augland	Larvik kommune. Prosjektmedarbeider
Elisabeth Sørensen	Larvik kommune. Prosjektleder

Risikoer

Mulig hendelse	Virkning hvis ingen tiltak iverksettes	Tiltak som vil redusere hendelsens sannsynlighet og/eller konsekvens
Risiko knyttet til teknologi	Middel/høy	Kartlegge risiko for utstyrsfeil, nettverk og integrasjon/deling av informasjon
Risiko knyttet til personvern	Middels	Utrede personvernkonsekvenser (DPIA)
Risiko knyttet til rekruttering av pasienter	Lav	Gode prosedyrer for identifikasjon av potensielle pasienter og utvikle informasjonsmateriell / opplæringsprogram for deltakelse
Risiko knyttet til forankring i den enkelte organisasjon (kommuner og sykehus) og kontinuitet i prosjektgruppa	Middels	Sikre ledelsesforankring og invitere til dialog / involvere beslutningstakere og utførende aktører.
Risiko knyttet til involvering av fastleger i prosjektet og forankring hos øvrige fastleger	Høy	Frikjøp av involverte fastleger og aktiv strategi for løpende informasjon om prosjektet til alle fastleger.
Risiko knyttet til rekruttering av helsepersonell med riktig kompetanse	Middels/høy	Sikre gode rekrutteringsprosesser i sykehus og kommuner, samt arbeide med å beholde personell
Risiko knyttet til samhandling og arbeidsdeling	Middels	Etablere tydelige prosedyrer og rutiner for avvikshåndtering
Risiko knyttet til kostnadsøkning ved kjøp av utstyr og etablering av nye tjenester, samt avklaring og fordeling av kostnader mellom aktørene	Middels	Input til budsjettprosess og fokus på kost/nytte ved etablering av tjenesten
Risiko knyttet til gjennomføring av prosjektet med tanke på deling av data	Høy	Sikre gode prosesser for å få til deling av data mellom fastlege, kommune og sykehus

Interessentanalyse

Aktivitetsplan

Aktivitet\milepæl	Ansvarlig	Tid	Kommentar
Oppstartsamling DHO	Helsedirektoratet	20-21.09.22	Deltagere: Fastleger, prosjektmedarbeider og prosjektleder
Oppstartkonferanse Digital hjemmeoppfølging i Sandefjord	Prosjektleder	27.09.22	Sykehusene i Vestfold og Telemark, Fastleger og alle kommuner i V og T
Prosjektgruppemøter	Prosjektleder og medarbeider	Start oktober 22	Hver 3.uke
Oppstartsmøte med alle kommuner digitalt. <ul style="list-style-type: none">• Informasjon om DHO og oppstart• Presentasjon av Veikart for Tjenesteinnovasjon• Hva er det lurt å starte med?	Prosjektleder og velferdsteknologikoordinator	24.10.22	Ressurspersoner og andre i alle kommuner i Vestfold og Telemark
Informasjon om DHO i ulike fora – IT nettverk, FSU, velferdsteknologinettverk	Prosjektleder	Oktober 22 - framover	Informasjon og forankring
Prosjektledermøte DHO	Helsedirektoratet	15.11.22	
Digitalt møte med kommunene med koordinatorene og DHO <ul style="list-style-type: none">• Presentasjon av Helhetlig tjenestemodell• Hvordan strukturere arbeidet Spørsmål		24.11.22	Ressurspersoner og andre i alle kommuner i Vestfold og Telemark

