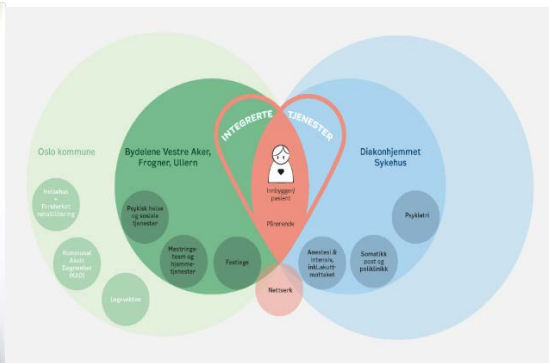
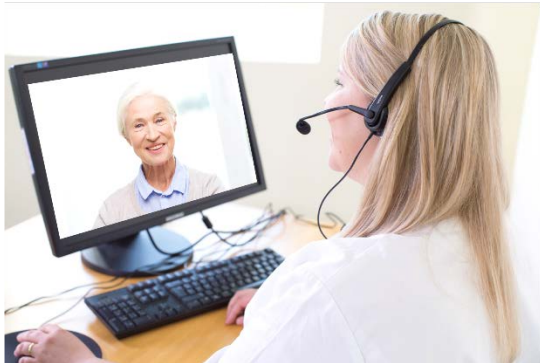


Innovasjonsprosjekter med regional finansiering

Helse Sør-Øst RHF sin støtte til tjenesteinnovasjon er målrettet innen satsingsområdene i utviklingsplanen.

I 2018 ble det gitt støtte til 13 prosjekter i regionen.



Innhold

1.	Akuttkjeden Telemark.....	2
2.	Avstandsoppfølging «sykehus hjemme», en fremtidsrettet samhandlingsmodell.....	4
3.	Barn under radaren – tidlig avdekking av omsorgssvikt og barnemishandling.....	6
4.	BRA NOK – digital støtte til selvhjelp for pasienter med spiseforstyrrelse og deres pårørende	8
5.	Brukerstyrt poliklinikk for diabetes type 1-pasienter	10
6.	Integrerte helsetjenester for personer med store og komplekse sykdomsforløp	12
7.	eKols: e-mestring for forebygging, behandling og mestring av kols.....	14
8.	Sammen for pasienter med fall i hjemmet - en ny helsetjeneste for den hjemmeboende eldre	16
9.	Fra rus til arbeid.....	18
10.	Digital samhandling i pasientforløp	19
11.	Samarbeid om de som trenger det mest på Lister – fra individ til system.....	21
12.	Virtuell veiledning i oppfølging av førskolebarn med autisme	22
13.	Digital oppfølging av pasienter med epilepsi – en ny måte å jobbe på.....	23

1. Akuttkjeden Telemark

1.1. Hva prosjektet går ut på

Den akutte behandlingskjeden kjennetegnes ved at det kan være mange behandlingsledd fra en pasient får akutt sykdom/skade til endelig behandling er igangsatt. Både kommuner og sykehus kan være involvert.

Det er en erkjennelse at det ofte er svikt i samhandlingen både når det gjelder vurderinger, diagnostikk og informasjon når pasienten flytter seg fra ett ledd i kjeden til det neste. Akuttkjeden i Telemark har jobbet frem metoder og praktiske verktøy for å sikre at de akutte pasientforløpene blir sammenhengende og basert på beste praksis i alle ledd. En sentral del av prosjektet er å skape likeverdighet i samarbeidet mellom kommuner og sykehus - til pasientens beste.

1.2. Hvem samarbeider vi med

Alle kommunene i Telemark (fastleger, legevakter, sykehjem, hjemmetjenester), AMK, ambulanse, akuttmottak og sykehusavdelinger.

1.3. Hva er målet

Pasientene i Telemark skal ha Norges beste akuttkjede.

Akuttkjedeprosjektet skal bidra til økt forståelse, tillit og respekt mellom alle helsearbeidere som er involvert i et akutt pasientforløp.

De akutte behandlingsforløpene skal gjennomføres på en slik måte at vi oppnår:

- Pasienten får et sømløst og faglig godt akutt forløp
- Rask og riktig vurdering og diagnostikk med bakgrunn i beste praksis
- God overlevering av relevant informasjon mellom leddene i akuttkjede

1.4. Status per september 2019

- Praktiske samhandlingsverktøy er utviklet
 - o Pasientens følgeskjema (NEWS)
 - o ISBAR benyttes som kommunikasjonsmetode
 - o Akuttsekker
 - Åtte akutte flyter er redesignet: Akutt hjerneslag (FAST), Blodpropp(DVT), Hjertestans, Hoftebrudd(FCF), Infeksjon/feber/sepsis, Magesmerter, STEMI, Traume
 - o Akuttkjede-app for alle plattformer med flytskjemaer og tiltakskort
 - o Kompetansepakker sammen med KS-læring.
- 200 akuttsekker er innkjøpt og fordelt til kommunene.
- Opplæring i AMK/Ambulansetjenesten/inhospitalt er gjennomført.
- Kompetansebygging med instruktørkurs i NEWS/følgeskjema og akuttsekk (teori/simulering).
- Ca. 50 instruktører fra kommuner og sykehus har gjennomført 3 dagers opplæring.
- Mer enn tusen ansatte i kommunene i Telemark har deltatt på minst 3 timers opplæring for å lære NEWS og for å håndtere akutte hendelser der de oppstår.
- Fem store samhandlingsmøter/nettverksmøter mellom kommuner og sykehus er gjennomført.

- Opplæringsvideoer for fire akuttflyter skal lages høsten 2019, fire planlegges 2020.
- Samhandlingsverktøyene skal tas i bruk i hele Telemark i uke 43/2019.

Det er stor interesse fra andre fylker, kommuner og helseforetak/regionforetak. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har invitert prosjektet til aktiv deltagelse i pågående prosesser for forbedring av akutt-behandlingen både i kommuner, prehospitale tjenester og sykehus. Metodikk og verktøy vurderes å ha potensial for nasjonal utbredelse.

1.5. Når og hvordan vet vi om vi har lykket

- Godt likeverdig samarbeid og god informasjonsflyt mellom alle ledd i akuttkjeden
- Definerte kvalitetsmål er innfridd

1.6. Kontaktinformasjon

Prosjekteier Frank Olav Hvaal, klinikkssjef ABK, Sykehuset Telemark HF
E-post hvaf@sthf.no, telefon 908 97 198.

Prosjektleder Kine Jordbakke, kommunelege i Seljord,
E-post kine.jordbakke@seljord.kommune.no, telefon 959 26 844.

Informasjonsvideo på YouTube - sepsispasient:

[Akuttkjeden Telemark – kort versjon](#)

[Akuttkjeden Telemark – lang versjon](#)

2. Avstandsoppfølging «sykehus hjemme», en fremtidsrettet samhandlingsmodell

2.1. Hva prosjektet går ut på

Sørlandet sykehus og kommuner på Agder vil samarbeide om et sømløst pasientforløp for avstandsoppfølging som bedre ivaretar sårbare pasienter som skrives ut fra sykehus eller er i risiko for alvorlige forverringer og sykehusinnleggelse.

Det har allerede vært et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten i utviklingen av pasientforløp for avstandsoppfølging i TELMA-prosjektet (Telemedisin Agder). Det er utarbeidet forløp og algoritmer for teknologisk løsning for disse kronikergruppene: KOLS, diabetes, hjertesvikt og psykisk helse. Man jobber også med multimorbiditet. Det er utviklet en felles plattform for avstandsoppfølging (OpenTeleHealth) som kan benyttes av både sykehus, fastleger og kommuner. Også logistikk for telemedisinsk utstyr er ivare tatt (Siemens Healthineers).

Det utvikles stadig flere teknologiske muligheter for avstandsoppfølging, og Sykehuset Sørlandet HF må sette sin virksomhet i stand til å ta i bruk disse mulighetene. Man ønsker i prosjektperioden å starte med avstandsoppfølging fra sykehuset og være delaktig i team rundt pasienten i et samarbeid med kommunene. Slik kan man bedre ivareta pasienter som er i dårlig fase av sykdom for å støtte dem i en rehabiliteringsperiode hjemme. Et mål er at pasientene opplever å bli ivare tatt i hele sykdoms- og rehabiliteringsforløpet hjemme, uten opplevelse av å bli overlatt til seg selv.

2.2. Prosjektets ambisjoner

1. Å etablere et effektivt felles forvaltningssystem mellom kommuner og sykehus på Agder som gjelder avstandsoppfølging og oppfølging med team. For å få dette til, må man blant annet identifisere finansieringsutfordringer og foreslå incentivordninger. I tillegg blir det viktig å komme frem til klart definerte oppgavefordelinger og oppnå et godt samarbeid med kommuner og fastleger som alle involverte ser seg tjent med.
2. Å utvikle flere aktuelle pasientforløp for avstandsoppfølging i tillegg til eksisterende forløp som ble utviklet i TELMA-prosjektet.
3. Å oppnå aktiv bruk av den teknologiske løsningen og pasientforløpene som er utviklet av både fastlege, sykehuspersonell og kommunal helse- og omsorgssektor. På sykehuset vil avstandsoppfølging fra sykehuset i dette prosjektet sannsynligvis først tilbys lunge- og hjertepasienter.

2.3. Hvem samarbeider

Prosjektet gjennomføres sammen med Kristiansand kommune. Gjennom samarbeid med TELMA, vil kommunesamarbeidet også gjelde øvrige kommuner som har samarbeidsavtaler med prosjektet. Det er tre sykehus på Agder som alle skal være med i prosjektet, SSHF Kristiansand, SSHF Arendal og SSHF Flekkefjord.

Nasjonalt velferdsprogram: Kristiansand kommune er med i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (regi av Helsedirektoratet) og er eier avstandsoppfølgingsprosjektet, NVP AO. SSHF er samarbeidspartner her og skal delta ved å rekruttere pasienter inn i prosjektet som er en RCT-studie. Det jobbes med avklaringer rundt hvordan de ulike prosjektene skal sameksistere da de vil pågå i samme periode og med samme aktører involvert.

2.4. Hva er målet

Overordnede målsetninger med prosjektet er:

1. samordnet teknologibruk for avstandsoppfølging
2. rekruttere pasienter til definerte behandlingsforløp med avstandsoppfølging fra poliklinikk, sykehus og fastlege
3. identifisering av nye pasientgrupper for avstandsoppfølging
4. godt koordinerte overganger mellom sykehus og hjemmetjenester
5. god faglig samordning av pasientforløp og redusert uønsket variasjon
6. bedre ressursutnyttelse og samfunnsøkonomi
7. redusert vekst i forbruk av helsetjenester (e.g. poliklinikk og konsultasjoner fastlege, reinnleggelser)
8. styrket brukerinvolvering og brukertilfredshet.

2.5. Når og hvordan vet vi om vi har lyktes

Det planlegges å intervju pasienter for å få frem hvordan de opplever pasientforløpet slik det er før prosjektplan settes i verk. Prosjektarbeidet ble først startet i mai i år og er fortsatt i konseptfasen. Det er laget en foreløpig oversikt over gevinster som kan måles. Her kan nevnes redusert antall reinnleggelser, konsultasjoner og liggedøgn. For å nå den store ambisjonen i prosjektet, trenges flere år. Prosjektene i KOM-programmet har varighet til ut 2022.

2.6. Kontaktinformasjon

Prosjektleder Inger Alice Naley Ås

E-post Inger.Alice.Naley.As@sshf.no, telefon 994 49 390

3. Barn under radaren – tidlig avdekking av omsorgssvikt og barnemishandling

3.1. Hva prosjektet går ut på

Barnemishandling og omsorgssvikt er en alvorlig folkehelseutfordring som skal prioriteres. Prosjektet *Barn under radaren* går ut på å utvikle og implementere en sjekkliste i akuttmottakene, de ambulante akutteamene og i ambulansetjenesten ved Sørlandet sykehus HF. Sjekklisten skal bidra til at helsepersonell på en mer systematisk og kvalitetssikret måte kan avdekke barnemishandling og alvorlig omsorgssvikt. Den skal benyttes i møte med voksne pasienter som har mindreårige barn og som kommer i kontakt med helsepersonell på grunn av intoksikasjon/alvorlig rusproblematikk, suicidforsøk, alvorlig psykisk lidelse og vold.

3.2. Hvem samarbeider vi med

Prosjektet samarbeider tett med akuttmottakene, de ambulante akutteamene og ambulansetjenesten ved Sørlandet sykehus. Prosjektet har også bistand fra kompetanseenheten og avdeling for teknologi og e-helse. Kristiansand kommune er involvert i prosjektet og det er også opprettet kontaktpunkt med Barnevernlederforum Agder. Brukermedvirkning sikres gjennom samarbeid med LFB - Landsforeningen for barnevernsbarn, BAR – Barn av rusmisbrukere, LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, Mental Helse, LPP – Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse samt Brukerrådet og Ungdomsrådet ved Sørlandet sykehus. Stine Sofies Stiftelse, RVTS Sør og BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende er kompetanseaktører som bidrar inn i prosjektet. Av internasjonale samarbeidspartnere er prosjektet tilknyttet forsknings- og implementeringsaktører i Haag, Nederland og Malmö, Sverige.

3.3. Hva er målet

Målet med prosjektet er å begrense skader og problemutvikling hos barn og sikre dem en trygg og god oppvekst ved å avdekke flere tilfeller av omsorgssvikt og barnemishandling enn hva som gjøres per i dag. Det er videre et mål at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten skal være trygge i beslutningen om å melde bekymring ved mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling. I tillegg skal sjekklisten sikre faglig kvalitet i arbeidet. Og til sist skal erfaringer fra prosjektet danne grunnlag for vurdering av om sjekklisten kan anbefales å implementeres nasjonalt.

3.4. Når og hvordan vet vi om vi har lykket

Evalueringsprosjektet vil ta utgangspunkt i en gjennomgang av antall bekymringsmeldinger som er sendt, samt innhenting av erfaringer fra helsepersonell ved aktuelle enheter. Erfaringene som skal innhentes vil være knyttet til opplevd trygghet i å oppfylle opplysningsplikten, informasjonsflyten mellom spesialisthelsetjenesten og barneverntjenesten og kvaliteten i arbeidet.

Erfaringene fra prosjektet vil analyseres våren 2020 og resultatene fra evalueringen vil foreligge innen utgangen av 2020.

3.5. Kontaktinformasjon

Prosjektleder Unni Mette Stamnes Köpp

E-post: unni.mette.kopp@sshf.no, telefon: 916 13 008

Prosjektmedarbeider Vibecke Ulvær Vallesverd

E-post: vibecke.ulvar.vallesverd@sshf.no, telefon: 976 06 365

Prosjektmedarbeider Siren Wetrhus Knutsen

E-post: siren.wetrhus.knutsen@sshf.no, telefon: 940 22 224

4. BRA NOK – digital støtte til selvhjelp for pasienter med spiseforstyrrelse og deres pårørende

4.1. Hva prosjektet går ut på

Prosjektet gjennomføres i regi av Sykehuset i Vestfold og skal utvikle og teste ut et fleksibelt digitalt verktøy som kan understøtte pasienter med spiseforstyrrelse, deres pårørende og helsetjenesten gjennom hele behandlingsforløpet. Prosjektet skal ved hjelp av ny teknologi fokusere på å øke både pasientens og pårørendes mestringsevne og mulighet for selvhjelp samt være et verktøy som gir alle involverte parter mulighet for god samhandling.

4.2. Hvem samarbeider vi med

Vi samarbeider med pasientorganisasjonene Spiseforstyrrelsesforeningen (SPISFO), Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS), Sandefjord og Tønsberg kommuner samt aktuelle fagmiljøer innenfor behandling av spiseforstyrrelser i Helse Sør-Øst.

4.3. Hva er målet

Målet er å utvikle og teste ut et elektronisk verktøy for å styrke selvhjelp og medvirkning for pasienter med spiseforstyrrelser og deres pårørende samt bedre samhandlingen med helsetjenesten.



4.4. Når og hvordan vet vi om vi har lyktes

Det vil bli gjennomført brukerundersøkelser (bl.a. Feedback Informerte Tjenester) med pasienter, pårørende og helsepersonell med fokus på kvalitet i kommunikasjon gjennom hele behandlingsforløpet. Videre vil opplevd mestring og mulighet for selvhjelp og egenaktivitet bli registrert gjennom egenrapportering fra pasienter og pårørende.

Vi har lykket med prosjektet dersom vi utvikler et verktøy som bidrar til at pasienter og pårørende opplever at det elektroniske verktøyet bidrar til god kommunikasjon og samhandling med helsetjenesten samt til mestring og medvirkning i eget behandlingsforløp.

Brukertesting av løsning er planlagt innen juni 2020 og deretter testing i behandling innen desember 2020.

4.5. Kontaktinformasjon

Bettina Dudas

E-post Bettina.dudas@siv.no, telefon 970 38 184

5. Brukerstyrt poliklinikk for diabetes type 1-pasienter

5.1. Hva prosjektet går ut på

Akershus universitetssykehus har ansvar for godt over 1 500 pasienter med Diabetes type 1. Dette er pasienter som skal leve med sykdommen resten av livet. Årskontroller skal gjennomføres med maks 15 måneders intervall, men en stor andel av pasientene avbestiller/ombooker timen sin eller lar være å møte til time. Vi ser et behov for en annen type kommunikasjon med pasienten. Brukerstyrt poliklinikk betyr at pasienten kan bestille time fra eget behov. Vi ønsker også å kunne tilby desentraliserte spesialisthelsetjenester.

Prosjektet består av to deler:

1. Telefonintervjuer av pasienter som ikke møter til time
2. Bedre vurdering av pasientens behov for kontroller ut ifra pasientens egenmeldte observasjoner (rødt gult og grønt) egeninnmeldte skjemaer. NOKLUS diabetesregister bidrar med skjemaer

5.2. Hvem samarbeider vi med

Vi samarbeider med Oslo Met til hjelp og validering av telefonintervjuene. NOKLUS diabetesregister for voksne har til nå bidratt med å vise oss muligheter innenfor registeret. Det synes være store muligheter for integrering både mot pasient og mot eksisterende journalsystem.

Høgskulen på Vestlandet har vært en viktig bidragsyter til pågående arbeid ved Haukeland sykehus og bruk av PRO data ved behandling av diabetes. Vi har avtalt samarbeidsmøte med sentrale personer i DiaFlex-prosjektet i Danmark i høst.

5.3. Hva er målet

Bidra til at pasienter med Diabetes type 1 får individuelt tilpasset tilbud om behandling og oppfølging ved poliklinikk endokrinologi med bruk av PRO-data som grunnlag og prioritering, innenfor rammen av dagens drift.

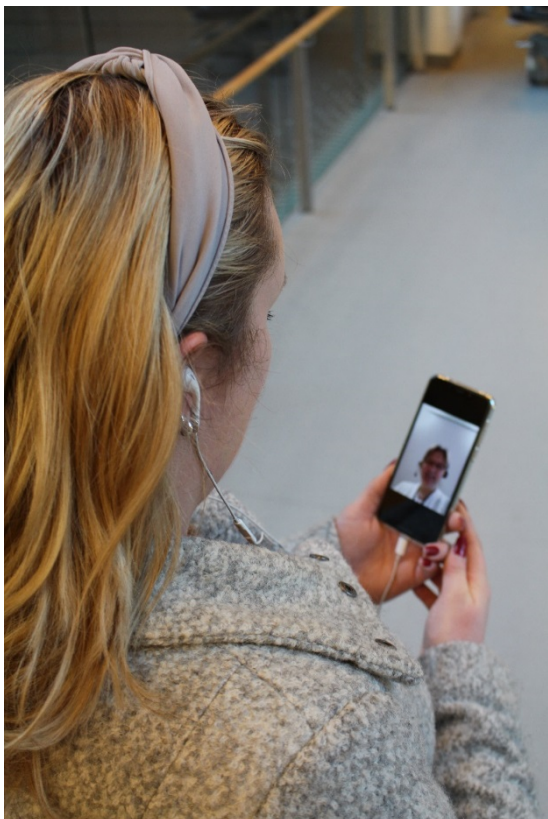
Delmål

- Redusere ventetid på kontroller
- Bedre timetilgjengelighet
- Sikre at HbA1c målet opprettholdes på dagens nivå eller bedres etter innføring av brukermedvirkning
- Tilby telekonsultasjoner som et alternativ.

Bedre ivaretagelse av pasienter med en kronisk sykdom. Differensiere antall kontroller ut fra opplevd behov og innsendte objektive pasientdata. Færre ombookinger, gi tilbud til flere pasienter innen avtalt tid.

Kompetanseoverføring, bedre utnyttelse av ressurser og læring på tvers av avdelinger i sykehuset.

Overføringsverdien til andre poliklinikker er stor.



Figur: Pasient som kommuniserer med behandler i sann tid.

5.4. Når og hvordan vet vi om vi har lykket

- Registrerte antall pasienter som avbestiller tett oppunder avtalt time eller ikke møter reduseres med 5-10%
- HbA1c er redusert etter implementering av brukerstyrt poliklinikk med oppstart i løpet av 2020. Data for om vi lykkes med målet om redusert HbA1c bør komme innen få måneder.
- Brukerundersøkelse som viser at brukerne opplever økt tilfredshet

5.5. Kontaktinformasjon

Ingjerd Wright

E-post inwr@ahus.no, telefon 951 00 521

Tone Singstad

E-post tsin@ahus.no, telefon 909 55 282

6. Integrerte helsetjenester for personer med store og komplekse sykdomsforløp

Et samarbeidsprosjekt mellom Diakonhjemmet Sykehus og bydelene Vestre Aker, Frogner og Ullern.

6.1. Hva går prosjektet ut på?

Samarbeidsprosjektet skal utvikle integrerte arenafleksible arbeidsmetoder mellom kommunen og sykehuset for håndtering og oppfølging av personer med store og komplekse sykdomsforløp. Løsningen skal yte sømløse, langsiktig og forebyggende helsetjenester med utgangspunkt i innbyggernes behov. Prosjektet benytter Prosjektveiviseren som prosjektmetodikk, og er for tiden i konseptfasen der vi ved hjelp av tjenestedesigner skal kartlegge nåsituasjonen og behovene til både brukere og helsepersonell. Sammen med en kvantitativ analyse vil dette legges til grunn når vi samler en rekke relevante aktører på tvers av fag og forvaltningsnivå for å samskape løsningen

Deltakende aktører i prosjektet:

- Diakonhjemmet Sykehus v/ avdeling for fag og kvalitet, medisin, kirurgi, akuttmottak, revmatologisk avdeling.
- Bydelene Vestre Aker, Frogner og Ullern v/mestringsteam, hjemmetjenester, forvaltning, fastlege
- Tillitsvalgte
- Brukerrepresentanter
- Vi håper å få med oss følgende sentrale tjenester fra Oslo kommune for samarbeid: helsehus, KAD

Øvrige samarbeidende aktører

- Helse Sør-Øst (ved tildeling av innovasjonsmidler og dataanalysekompetanse)
- Universitetssykehuset i Nord-Norge og Tromsø kommune v/personsentrert helsetjenestetteam
- Helseetaten i Oslo kommune, om dataanalyse
- I tillegg har vi erfaringsutveksling med relevante prosjekter og tjenester.

6.2. Hva er målet?

Det overordnede målet for prosjektet er å utarbeide og teste ut løsningsforslag for hvordan Diakonhjemmet Sykehus og Oslo kommune kan integrere sine tjenester for å imøtekomme behovene til personer med sammensatte og komplekse sykdomsforløp gjennom helhetlige, proaktive og forebyggende tjenester.

Prosjektets effektmål:

- Øke livskvaliteten til personer med komplekse og sammensatte sykdomsforløp
- Kvalitetsløft i tjenestene for personer med komplekse og sammensatte sykdomsforløp og deres pårørende
- Tettere og bedre samhandling mellom de ulike forvaltningsnivåene for å sikre helhetlige pasientforløp.
- Redusere totalkostnadene for de mest komplekse og sammensatte behandlingsforløpene.

6.3. Når og hvordan vet vi om vi har lykket?

Prosjektet har en varighet på 3 år (2019-2022). Vi tar sikte på å gjennomføre kvalitative brukerintervjuer under pilotering for å kunne estimere om vi vil oppnå effektmålene på sikt. I tillegg vil vi gjennomføre kvalitative undersøkelser blant ansatte om hvorvidt de opplever bedre samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene og kvalitet av tjenesteytelse ovenfor målgruppen.

For å estimere mulig reduksjon i totalkostnader vil vi forsøke å kartlegge eventuelle endringer i kostnader knyttet til innleggelser, korttidsplasser og eventuelle endringer i tjenesteomfang.

Målparametere for gevinstrealisering

Reduksjon i seks måneders dødelighet.

Reduksjon av:

- Andel reinnleggelser blant eldre 30 dager etter utskrivning.
- Bruk av ø-hjelpsinnleggelser
- Økt bruk av planlagt poliklinikk.
- Kompetanseoverføring mellom kommune og sykehus.

6.4. Kontaktinformasjon

Prosjektleder Franziska Jährling Askeland

E-post franziska.askeland@bva.oslo.kommune.no, telefon: 411 91 578

Assisterende bydelsdirektør Vestre Aker Magne Hustavenes

E-post magne.hustavenes@bva.oslo.kommune.no, telefon: 922 85 171

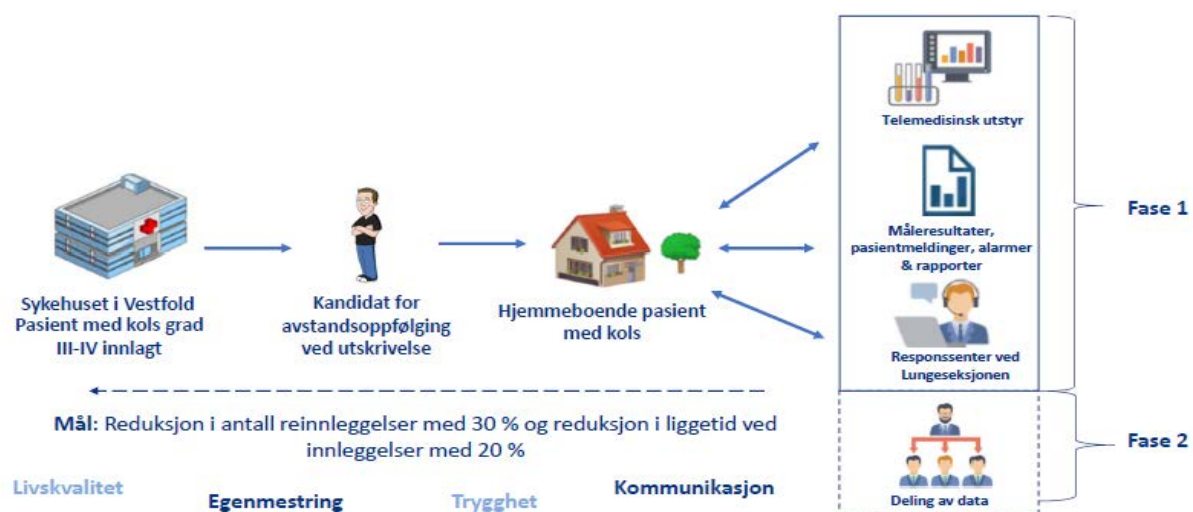
7. eKols: e-mestring for forebygging, behandling og mestring av kols

7.1. Hva prosjektet går ut på

Sykehuset i Vestfold (SiV) ønsker å utvikle en gjenbrukbar modell for design av pasientforløp i helseforetaket, som støtter digital avstandsoppfølging.

Sykehuset i Vestfold ønsker å prøve ut og evaluere en ny digital løsning (eKols) for pasienter med kols ved sykehuset for mestring og monitorering av sykdom og helse

- Fokus vil ved innføring av den nye teknologien kunne gå fra behandling til forebygging og egenmestring
- Målet er bedre helsetilstand og økt livskvalitet, samtidig som behovet for sykehusopphold reduseres



7.2. Hvem samarbeider vi med

Prosjektgruppen består av bruker og representanter fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Fra primærhelsetjenesten deltar en fastlege via praksiskonsulentordningen (PKO). Larvik kommune er også representert i prosjektgruppen, da de har erfaring med medisinsk avstandsoppfølging fra 2018. SiV har også knyttet kontakt med Sørlandet Sykehus HF (SSHF), som har erfaring fra tilsvarende prosjekter. SiV har i samarbeid med Sykehusinnkjøp avholdt en leverandørkonferanse og igangsatt en prosess for å finne en teknologipartner som kan bidra med å utvikle en digital løsning for å møte behovene skissert i tjenesteinnovasjonsprosjektet «eKols».

7.3. Hva er målet

Hovedmålet med prosjektet er å prøve ut og evaluere en ny teknologisk løsning som en del av et nytt behandlingstilbud for pasienter med KOLS i Vestfold som kan bidra til forebygging og mestring av egen helse og sykdom. Dette vil kunne påvirke både pasientens livskvalitet og helse, og hvordan helse- og omsorgstjenestene organiseres og leveres til pasienten.

Å redusere antall reinnleggelser med 30 % og å redusere liggetiden ved innleggelser med 20 % i 2020 (for pasienter med KOLS grad III-IV) ved SiV er overordnet prosjektmål. Bedre pasientopplevelse, med fokus på å forebygge forverring av grunnsykdom og økt egenmestring i forhold til dagens praksis, er også et sentralt mål.

7.4. Når og hvordan vet vi om vi har lyktes

Data fra sykehusets analysesystemer, registreringer i den teknologiske løsningen og validerte spørreskjema vil benyttes for å evaluere effekt- og resultatmålene. Det legges også opp til å involvere brukere ved å gjennomføre målinger på brukertilfredshet fortløpende, ved hjelp av PROMs. Dette for å kunne arbeide aktivt og kontinuerlig med tilbakemeldingene direkte fra primærbrukere. Målinger av brukertilfredshet vil både være knyttet til selve helsetjenesten og bruk av teknologien, for å sikre at det endelige behandlingstilbudet vil bli utarbeidet på bakgrunn av brukernes behov og ønsker.

7.5. Kontaktinformasjon

Marit Dahl Mikkelsen

E-post marit.mikkelsen@siv.no, telefon 905 32 988

Rikke Aune Asbjørnsen

E-post rikke.aune.asbjornsen@siv.no, telefon 900 82 262

8. Sammen for pasienter med fall i hjemmet - en ny helsetjeneste for den hjemmeboende eldre

8.1. Hva prosjektet går ut på

Eldre hjemmeboende som har falt og hvor det er uavklart om de har et brudd, legges i Vestfold inn på sykehus.

Pasientgruppen er kjennetegnet av multimorbiditet, redusert fysisk allmenntilstand og ikke sjelden kognitiv svekkelse. Erfaringene tilsier at disse pasientene ikke får et optimalt pasientforløp med diagnostikk og symptomlindring. Pasientgruppen profiterer ikke på å komme inn i sykehus.

Prosjektet gjennomføres i regi av Sykehuset i Vestfold og skal

- Økt kompetanse i bruddvurdering hos ambulanspersonell, hjemmetjeneste, fastleger og legevakt
- Flytte legevurdering ut i hjemmet til den eldre
- Pasienten kan være på ØHD/KAD-enhet i påvente av radiologisk diagnostikk, avklaring, ikke-kirurgisk behandling og symptomlindring
- Legemiddelgjennomgang med fokus på risikomedikasjon for fall
- Alle involverte skal bidra til å fysisk flytte på den eldre færrest mulig steder

8.2. Hvem samarbeider

- Hjemmetjeneste og fastleger i Færder, Tønsberg, Re og Holmestrand kommune
- Tønsberg interkommunale legevakt, interkommunale ØHD enhet og legevaktsbil
- Sykehuset i Vestfold
 - o ambulansetjenesten
 - o ambulant røntgen
 - o akuttmottak
 - o ortopedisk seksjon
- Sykehusapoteket

8.3. Hva er målet

- Diagnostikk og avklaring av brudd i hjemmet
- Færrest mulig skifter av fysisk oppholdssteder for pasientene i forløpet av diagnostikk, behandling og symptomlindring
- Redusere risiko for kognitiv svikt for en utsatt pasientgruppe
- Forebygge behov for økt kommunalt hjelpebehov etter utredning og ev. behandling
- Færre unødvendige innleggelser i akuttmottak og ortopedisk sengepost
- Forebygge nye fall ved riktigere legemiddelbruk
- Sikre fastlegens mulighet til fallforebyggende vurderinger ved tverrfaglig samhandling allerede ved første fall
- Kompetansestyrking for ambulansemedarbeidere og hjemmetjeneste, - de som møter flest pasienter først



©SIV grafisk AT juni 2019

8.4. Når og hvordan vet vi om vi har lykket

Det vil bli gjort målinger for antall eldre over 80 år med fall i hjemmet. Antall oppmøter i hjemmet, bruk av ambulant røntgen, opphold og liggedøgn på sykehus og ØHD før og etter nytt pasientforløp. Kartlegging av hvilke risikomedikamenter alle pasienter bruker og eventuelt reduksjon av disse. Vi vil måle antall elektroniske meldinger mellom hjemmetjeneste og fastlege for fall.

Første resultater venter vi desember 2019.

8.5. Kontaktinformasjon

Nina C Firing

E-post nina.firing@siv.no, telefon 412 85 393

Ingunn Finsveen

E-post ingunn.finsveen@tonsberg.kommune.no, telefon 950 17 338

9. Fra rus til arbeid

9.1. Hva går prosjektet ut på

Pasienter med rusproblemer står i stor grad utenfor arbeidslivet. Samtidig representerer arbeid en rekke helsefremmende forhold, så som sosialt fellesskap, rusfritt nettverk, struktur i hverdagen, mening, aktivitet, tilhørighet og utvikling av evner og ferdigheter. Tidligere har man tenkt at først må du behandles og bli rusfri, så kan du komme i jobb. Vi tror det kan være motsatt – ved å komme i jobb får man motivasjon og støtte til å bli rusfri.

Individual Placement and Support (IPS) er en systematisk oppfølgingsmetode for å hjelpe mennesker ut i ordinært lønnet arbeid. Jobbsøkeren får tett oppfølging av en jobbspesialist med blant annet karriereveiledning, jobbmatching, jobbsøking, kontakt med arbeidsgivere, samt oppfølging inn i arbeidsforholdet. IPS skal integreres med helsetjenesten og jobbspesialisten skal inn i behandlingsteamet.

Forskningsprosjektet gjennomføres i regi av Oslo universitetssykehus HF.

9.2. Hva er målet

Hovedmålet med forskningsprosjektet «Fra rus til arbeid» er å undersøke anvendbarheten og effekten av IPS på mennesker med pågående og tidligere rusutfordringer, slik at denne gruppen kan få bedre hjelp til å komme inn i ordinært lønnet arbeid. Helsetjenesten har i for liten grad klart å fylle på med annen meningsfull aktivitet når rusavhengigheten har blitt behandlet. Prosjektet fyller et tomrom i rusforskningen, og vil på sikt kunne bidra til å dokumentere om IPS er en hensiktsmessig metodikk å innføre i rusbehandling på permanent basis.

9.3. Hvem samarbeider vi med

Prosjektet er initiert av RusForsk og skal gjennomføres i samarbeid med tre kliniske seksjoner i Avdeling rus- og avhengighetsbehandling ved Oslo universitetssykehus. Det er inngått en intensjonsavtale med NAV Oslo om gjennomføring av prosjektet, samt private avtaleparter. Det er også opprettet et samarbeid med Public Health England som gjennomfører en større RCT-studie om effekten av IPS hos personer med rusproblemer.

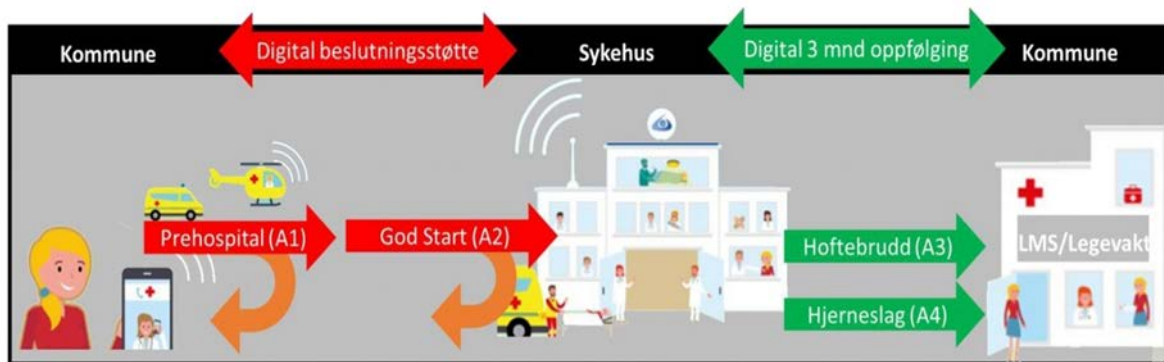
9.4. Når og hvordan vet vi om du har lykket

Implementering av metoden i de kliniske miljøene vil pågå høsten 2019 og våren 2020. Våren 2020 vet vi om det kliniske miljøet har begynt å jobbe annerledes. Det er imidlertid først i 2023 at vi kan svare sikker på om implementering av metoden faktisk gjør at flere kommer i arbeid, og om dette videre bedrer psykisk helse, rusbruk og livskvalitet.

Les mer om prosjektet på nettsidene til RusForsk, www.rusforsk.no



10. Digital samhandling i pasientforløp



10.1. Hva prosjektet går ut på

Sykehuset Innlandet HF dekker et område på størrelse med Danmark, med over 40 behandlingssteder og samarbeider med 48 kommuner. Prosjektet tar for seg dagens samhandlingsmodell og hvordan pasientnær oppfølging og desentraliserte spesialisthelsetjenester skal anvende teknolog for å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene.

Prosjektet består av fire deler:

1. Videokommunikasjon mellom lege på AMK/ legevakt og ambulansepersonell gjør at diagnostikk og behandling kan gjøres tidligere og bedre – akuttmottaket flytter ut
2. Bedre vurdering av pasientens behov for innleggelse, for eksempel fra sykehjem
3. 3-måneders kontroll etter hoftebrudd gjøres via videokonferanse
4. 3-måneders kontroll etter hjerneslag gjøres via videokonferanse

10.2. Hvem samarbeider vi med

Ambulansene i Rendalen, Koppang, Dokka, Hov og Gjøvik samarbeider med lege på AMK, hjerneslagvakt på sykehus og legevaktene i Stor-Elvdal og Gjøvik, om delprosjekt 1. Delprosjekt 2 er et samarbeid mellom Ringsaker kommune og Hamar sykehus. Delprosjekt 3 er et samarbeid mellom kommunene Engerdal og Trysil og ortopedisk avdeling ved Elverum sykehus. Delprosjekt 4 foregår i kommunene Sel, Vågå, Skjåk, Lom, Dovre og Lesja i samarbeid med Nord-Gudbrandsdal Lokalmedisinske senter, helsesenteret i Lesja og nevrologisk avdeling ved Lillehammer sykehus.

10.3. Hva er målet

Prosjektet skal utarbeide gode modeller for implementering av videokonferanse som samhandlingsverktøy, ved å gjøre et systematisk arbeid som understøtter samhandlingsutfordringene mellom tjenestenivåene. Bruk av teknologi skal levere helsetjenester på nye måter og legge til rette for at flest mulig av tjenestene skal foregå nær pasientens bosted.

10.4. Når og hvordan vet vi om vi har lykket

Prosjektet benytter skjemaregistreringer (PREM/PROM) for å måle effekt av tiltak i hvert delprosjekt og for å måle effekt på redusert pasienttransport, som igjen gir bedre beredskap for ambulansetjenestene i kommunene, lavere samfunnsøkonomiske kostnader og økt bruker- og pasienttilfredshet. De første resultatene ventes mot slutten av 2019.

10.5. Kontaktinformasjon

Prosjektleder, Marit Dammen

E-post marit.dammen@sykehuset-innlandet.no, telefon 911 85 042

11. Samarbeid om de som trenger det mest på Lister – fra individ til system

11.1. Hva prosjektet går ut på

Prosjektet «Samarbeid om de som trenger det mest» retter seg mot den delen befolkningen med høyest forbruk av helsetjenester. Vi vil ta utgangspunkt i den enkelte pasient og det som er viktig for akkurat ham eller henne. På bakgrunn av det som er viktig for pasienten skal kommune og spesialisthelsetjenesten sammen finne en ny måte å gi tjenester til pasienten på. Prosjektet gjennomføres i regi av Sørlandet sykehus HF.

11.2. Hvem samarbeider vi med

- Kommunehelsetjenesten i Flekkefjord og Kvinesdal (Kvinesdal kommune ble inkludert i juni 2019)
- Spesialisthelsetjenesten i Flekkefjord
- Fastleger i Flekkefjord og Kvinesdal
- Lærings- og mestringssenteret (LMS) fra august 2019

11.3. Hva er målet

Vi ønsker å prøve ut nye samarbeidsformer for å gi bedre koordinerte tjenester til pasienter med kroniske og sammensatte lidelser med høyt forbruk av helsetjenester. Målsetningene med prosjektet er:

1. bedre kvalitet i helsetjenesten
2. bedre samordning og koordinering av helsetjenesten
3. bedre ressursutnyttelse og samfunnsøkonomi
4. redusert vekst i forbruk av helsetjenester.

Prosjektet skal ha et individuelt fokus hvor det er pasientens funksjonsnivå som skal avgjøre hva som er det beste tilbudet og den beste ressursutnyttelse. Potensielle gevinster i form av økt kvalitet og pasienttilfredshet samt reduserte eller unngåtte kostnader og spart tid skal beregnes. Gjennom samarbeid rundt de individuelle pasientforløpene ønsker vi å høste erfaringer om hva som bør kjennetegne generelle samhandlingsformer.

11.4. Når og hvordan vet vi om vi har lykket

Vi har lykket når antall liggedøgn i denne gruppen reduseres med 30 %, samt at andel akutte reinnleggelser for eldre innen 30 dager er på eller under landsgjennomsnittet. I tillegg til at brukertilfredshet er signifikant økt. Det er et mål at pasientene blir mest mulig selvstendige og bruker de ressursene de selv har for å mestre sin sykdom. Prosjektet skal derfor også ha som mål at antall vedtakstimer i kommunen forblir lik eller reduseres. Etter man har hatt flere dialoger med pasientene vil man kunne se de første resultatene.

11.5. Kontaktinformasjon

Svein Roald Dyreborg-Tversland

E-post svein.roald.dyreborg-tversland@sshf.no

Anja Tveiten Stordrange

E-post anja.tveiten.stordrange@sshf.no

12. Virtuell veiledning i oppfølging av førskolebarn med autisme

12.1. Hva prosjektet går ut på

De siste tiårene er det få diagnosegrupper som har tiltrukket seg så mye oppmerksomhet som autismspekterforstyrrelsene (ASF). ASF er en gruppe alvorlige og omfattende utviklingsforstyrrelser som påvirker kommunikasjon og evnen til sosialt samspill. Mye tyder på at tilstanden er en forstyrrelse av hjernens tidlige utvikling, og forskning de senere år indikerer at det er modningen av hjernecellene de første to årene etter fødselen som kan være avgjørende. Disse barna har stor fungeringsmessig fordel av intensiv oppfølging i barnehagen. Sykehuset Innlandet dekker et område på størrelse med Danmark som betyr at behovet er stort for å kunne tilby spesialisthelsetjenester ved hjelp av avstandskompenserende teknologi. I praksis mottar kommunene veiledning hver andre uke 48 uker i året i minimum 2 år, i de fleste tilfeller mer. Halvparten av disse veiledningsmøtene planlegges nå gjennomført enten fra sykehusets lokaler eller fra ansattes hjemmekontor.

12.2. Hvem samarbeider vi med

I gjennomføringen av prosjektet samarbeider vi med 8 kommuner i Oppland og Hedmark. I tillegg har vi etablert et samarbeid med Høgskolen i Innlandet om evalueringen av prosjektet.

12.3. Hva er målet

Prosjektet har til hensikt å teste ut hvorvidt det oppnås samme effekter av tidlig Intensiv atferdsbehandling i barnehager, når halvparten av veiledningene gjennomføres via virtuelle hjelpemidler.

12.4. Når og hvordan vet vi om vi har lykket

Prosjektet avsluttes 3. kvartal 2020. Utprøvingen blir gjennomført som en randomisert kontrollert studie. Det blir samlet inn data på både individ og systemnivå. Om vi klarer å opprettholde den samme gode effekten av tiltakene til barna og om de ansatte i kommunene og spesialisthelsetjenesten opplever at dette er en god måte å jobbe på, så vil vi mene at vi har nådd målene med prosjektet. En viktig forutsetning er også at teknologien fungerer slik at Sykehuset kan oppfylle sine forpliktelser med hensyn til pasientene.

12.5. Kontaktinformasjon

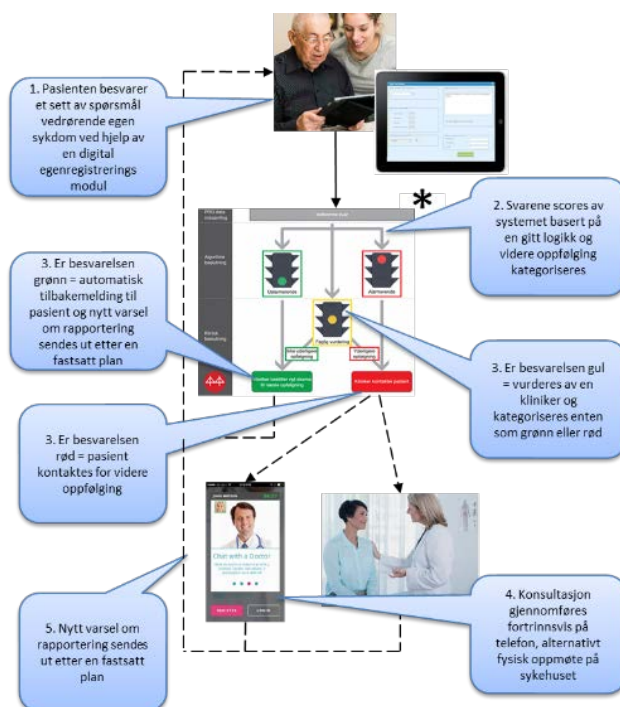
Forsker og fagutvikler, avdeling for habilitering, SI. Jørn Isaksen,
E-post: jorn.isaksen@sykehuset-innlandet.no, telefon 484 78 075

13. Digital oppfølging av pasienter med epilepsi – en ny måte å jobbe på

13.1. Kort beskrivelse

Prosjektet skal implementere teknologi og utvikle nye arbeidsmetoder som legger til rette for digital samhandling mellom pasient og kliniker, uavhengig av tid og sted.

I første omgang skal prosjektet teste digitale skjema for klinisk beslutningsstøtte. Dette innebærer at pasienter med epilepsi i Vestre Viken som et alternativ til fysisk oppmøte vil få tilbud om å besvare et sett av spørsmål elektronisk i en webportal/app. Ved hjelp av definerte kriterier og terskelverdier vil besvarelsene automatisk bli kategorisert i grupper (grønn, gul og rød) der den enkelte pasient følges opp i hht. prosedyrer for hver gruppe. På den måten vil pasientene med størst behov bli bedre ivaretatt og få raskere oppfølging (gule og røde), mens pasienter med stabil sykdom (grønne) kan følges i den digitale løsningen, med mulighet for kontakt ved behov.



13.2. Hva ønsker vi å oppnå med prosjektet

Målet med prosjektet er å øke kvaliteten på spesialisthelsetilbudet til pasienter med epilepsi i Vestre Viken gjennom mer persontilpasset og behovsprøvd oppfølging.

For brukere:

- ✓ Bruker- og behovsstyrt oppfølging
- ✓ Større grad av fleksibilitet og tilgjengelighet – hjelp når du trenger det
- ✓ Ta ansvar og være en aktiv medspiller i oppfølging og behandling – økt kunnskap om egen sykdom



For medarbeidere:

- ✓ Riktigere bruk av ressurser – mer til de som trenger det mest
- ✓ Bedre forberedt til konsultasjon - få overblikk og se utvikling over tid
- ✓ En mer effektiv oppfølging – systemstøttet screening der en andel kontakter kan gjennomføres via telefon/ video



13.3. Hvem samarbeider vi med

Prosjektet samarbeider med nevrologiske avdelinger og fagressurser internt i Helse Sør Øst og de andre regionene gjennom forskernettverket EpilepsiNett. På den måten bidrar prosjektet til å tilrettelegge for utvikling av et faglig innhold i den digitale løsningen som kan gjenbrukes regionalt og nasjonalt. Prosjektet samarbeider også med Universitet i Oslo (UIO), Institutt for helseledelse og helseøkonomi, der formålet er å dokumentere effektene en digital oppfølging har både for pasienter, klinikere og virksomheten som sådan.

13.4. Når og hvordan vet vi om vi har lykket?

Prosjektet har sammen med UiO og Akershus universitetssykehus (Ahus) etablert et forskningsprosjekt som skal evaluere effektene av den digitale intervensjonen, både registerbasert, klinisk /pasientnært og kvalitativt. Data fra Vestre Viken sammenliknes med data fra Ahus som kontrollgruppe. Registerbasert del vil se på bruk av helsetjenester for pasientgruppen, reisekostnader, fravær fra eget arbeid etc. Klinisk del vil undersøke deltakernes livskvalitet, sykdomsutvikling og tilleggsplager. Kvalitativ del inkluderer dybdeintervjuer med helsepersonell og pasienter som bruker løsningen. Data vil bli analysert i løpet av 2021-2022, etter minst ett års oppfølgingstid.

13.5. Kontaktinformasjon

Prosjektleder Amund Leinaas

E-post amuola@sykehuspartner.no

Fagansvarlig lege Marte Roa Syvertsen

E-post marsyv@vestreviken.no