



Nasjonalt senter for
samhandling og telemedisin



Sunnaas sykehus HF



Prosjektrapport

Telemedisin i rehabilitering

Bruk av videokonferanse i pasientoppfølging

"Sunnaas-modellen"



Bodil Bach, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Universitetssykehuset Nord
Norge HF

Hilde Sørli, Sunnaas sykehus HF

Anne Merete Driveklepp, Sunnaas sykehus HF

Tittel:	Telemedisin i rehabilitering - Bruk av IKT i pasientoppfølging
NST-rapport:	06-2010
Prosjektleder:	Bodil Bach
Forfattere:	Bodil Bach, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, Universitetssykehuset Nord Norge HF Hilde Sørli, Sunnaas sykehus HF Anne Merete Driveklepp, Sunnaas sykehus HF
ISBN:	978-82-8242-015-0
Dato:	10.3.2010
Antall sider:	99
Emneord:	Rehabilitering, telemedisin, samhandling, videokonferanse, IKT
Oppsummering:	<p><i>"Telemedisin i rehabilitering"</i> har utprøvd en samarbeidsform med bruk av videokonferanse, mellom Sunnaas sykehus HF, deres pasienter med langvarige rehabiliteringsbehov, kommunehelsetjenesten, helseforetak og andre samarbeidspartnere. Samarbeidet er knyttet til innleggelse, utskriving og oppfølging av pasienter. Denne samarbeidsformen er nå etablert som en rutinetjeneste ved sykehuset.</p> <p>Evalueringsene er svært gode, både fra pasienter, pårørende, lokale samarbeidspartnere og Sunnaas personell. Man samler flere deltakere på samarbeidsmøter med bruk av VK enn på vanlige møter, noe som gir bedre informasjons- og kompetanseutveksling. Polikliniske timer kan gjøres på VK, slik at man sparer pasientene for lange reiser, og de føler seg mer delaktige og opplever trygghet med denne samhandlingsformen.</p> <p>Tjenesten kan ivaretas ved egen hjelp med de forankringstiltak som er gjort. Men man trenger en videreutvikling av tjenesten for å utnytte hele potensialet og ikke minst få spredd erfaringene til flere samarbeidspartnere og aktører i rehabiliteringsfeltet. Det er en barriere for mange som jobber med rehabilitering i kommuner å bruke videokonferanse som arbeidsform. Tjenesten er også avhengig av at man får etablert refusjonsordninger på de områdene der dette er naturlig.</p>
Utgiver:	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Postboks 35, 9038 Tromsø Telefon: 77 75 40 00 E-post: info@telemed.no Internett: www.telemed.no

Det kan fritt kopieres fra denne rapporten hvis kilden oppgis. Brukeren oppfordres til å oppgi rapportens navn, nummer, samt at den er utgitt av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin og at rapporten i sin helhet er tilgjengelig på www.sunnaas.no og www.telemed.no. © 2010 Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

ENGLISH SUMMARY

"*Telemedicine in rehabilitation*" has tested a type of collaboration with use of video conferencing, between Sunnaas hospital HF, their patients with long-term rehabilitation needs, the municipal health service, health authorities and other partners. The cooperation is related to admission, discharge and follow-up of patients. This type of collaboration is now established as a routine service at the hospital.

In addition to this main project, two sub-projects were included. In sub-project "*Competence – Straight home, video dialogue between patients and professionals*" two patients tested several types of videoconferencing - equipment (2008). In sub-project "*Competence– Straight home 2*" (2009), videoconferencing was used for necessary adjustments of the equipment.

The main project forms the basis for a comprehensive routine service in the rehabilitation course. Extensive efforts have been made to anchor the service in the hospital, such as establishment of procedures and practices for booking of meeting rooms, support and inclusion of videoconferencing in the chain of treatment, consent declarations, studio operations and training of staff. In addition, information letters are designed for those who are involved in the service.

All use of videoconferencing at Sunnaas was documented in 2009. Submitted reports show that 55 collaborative meetings related to patient treatment have been performed via videoconferencing – meetings. 48 of these meetings were related to discharge planning, six meetings were follow-up meetings after discharge and one meeting was planning of admission. All of the hospital's departments have participated, and the department which is most active uses videoconferencing for approximately 29% of their patients.

The evaluation results were very good, both from patients, relatives, local partners and Sunnaas personnel. Collaborative meetings with use of videoconferencing resulted in a larger number of participants than regular meetings and provided better exchange of information and competence. Out-patient visits are possible via videoconferencing, which eliminates the need for travel, and the patients report feeling more involved and safer with this type of interaction.

The project has started a partnership with NAV and thus has access to their 440 videoconferencing - studios all over in Norway. This has helped the service greatly, since many municipalities still don't have available videoconferencing equipment.

The service can continue on its own with the anchoring effort that has been carried out. However, a further development of the service is needed to exploit its full potential throughout the hospital. Therefore a follow-up project is recommended. The service also depends on reimbursement arrangements being established.

Professionally, this form of collaboration has been described as a useful type of information exchange, providing a closer dialogue between all parties involved in the patient's rehabilitation process. The testing in sub-project "*Competence – Straight home 2*" has been described as a journey "*from scepticism to enthusiasm.*" This is also an appropriate description for the work the project participants, the staff at SunHF and their external partners, have experienced in the main project as well.

FORORD

Hovedprosjektet "Telemedisin i rehabilitering" kom i gang takket være lokalsykehusmidler fra Helse og Omsorgsdepartementet i 2007. Disse midlene, i tillegg til betydelig egeninnsats fra samarbeidspartene Sunnaas sykehus HF og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, har gitt oss MYE nyttig erfaring på dette feltet, som er så etterspurt innenfor mange fagområder.

Takk til de som har vært med å gjøre dette mulig.

Takk til

- *Sunnaas*, som er et av få sykehus i Norge, som har vært villig til å satse mye ressurser på telemedisinutvikling over flere år og for gjennomføringen av denne satsningen på å innføre telemedisinske rutinetjenester for bedre pasientoppfølging i rehabiliteringsfeltet. I denne satsningen har det også blitt avsatt personellressurser, både teknisk og faglig som har bidratt i utprøvingen og utrulling av tjenesten og skal være ansvarlig for den i fremtiden.
- *Hovedprosjektgruppen bestående av rapportens forfattere og faglig personell fra avdelingene på Sunnaas*. Dere har bidratt til at vi har fått masse erfaring som kan fremstilles i denne rapporten og som kan være et bidrag til erfaringsutveksling for andre aktører på dette feltet.
- *Forfatterstaben Hilde Sørli og Anne Merete Driveklepp*, som sammen med *prosjektleder Bodil Bach*. har skrevet, redigert og skrevet igjen og bidratt sterkt til at dette dokumentet fremstår slik det gjør i dag.
- *Ansatte ved Sunnaas* som har latt seg "rive med" av prosjektgruppen til å prøve dette verktøyet i deres samhandling med kommuner og institusjoner i disse årene. Vi håper dere er såpass inspirert av de erfaringer dere har gjort, slik at dette kan være et godt grunnlag for en fremtidig tjeneste.
- *Pasientene*, for deres positive innstilling til å være med på å utvikle denne nye tjenesten i rehabiliteringsfeltet sammen med oss. Dere har bidratt med stor iver og gitt oss nye og spennende perspektiver i forhold til deres livssituasjon og på hvordan vi bør tilrettelegge en samhandling til beste for dere som pasienter.
- *Samarbeidspartnere i kommuner og på rehabiliteringsinstitusjoner* som har vært villige til å prøve denne nye og delvis ukjente samhandlingsformen med bruk av videokonferanse i dialog med Sunnaas. Dette har hjulpet oss til å få masse erfaring i hvordan man kan bruke verktøyet og ikke minst gjøre oss enda mer proffe på å bruke det. Disse erfaringene vil være et godt grunnlag for en videre tjeneste i samarbeid med dere.
- *NAV Drift og Utvikling* ved Bjørn Almaas med flere, som har bistått arbeidet med å stille tilgjengelig alle sine videokonferanseutstyr som de har på NAV kontor i helse Sør-Øst. Dette samarbeidet har vært så positivt at de nå stiller alle landets utstyr tilgjengelig for Sunnaas, noe som vil styrke tjenesten betraktelig.
- *FIPP-prosjektet ved UiO*, ved forskerne Margunn Aanestad og Irene Olausen, som velvillig har forfulgt oss, både i hovedprosjekt og delprosjekter og gitt nyttige innspill i prosjektene og gir oss beskrivelser av pasienterfaringer, som gjør at vi fortsatt bretter opp armene for å nå våre mål!
- *NST* for deres velvilje til å bidra med nødvendig kompetanse innen telemedisin, videokonferanseteknologi og personell som i samarbeid med SunHF har vært avgjørende for å lykkes

INNHOOLD

1	SAMMENDRAG	11
2	INNLEDNING	13
2.1	Elektronisk samhandling og telemedisin	13
2.2	Hovedprosjekt "Telemedisin i rehabilitering"	14
2.3	Om oppbyggingen av rapporten	14
2.4	Definisjoner og ordliste	15
2.4.1	Definisjoner	15
2.4.2	Ordliste	15
3	PROSJEKTETS MÅLSETTING	17
3.1	Formål	17
3.2	Mål	17
3.3	Delmål	17
4	PROBLEMBESKRIVELSE	18
5	ORGANISERING	20
5.1	Oppdragsgiver/prosjekteier	20
5.2	Prosjektledelse	20
5.3	Prosjektleder	20
5.4	Styringsgruppe	20
5.5	Prosjektgruppe	21
5.6	Referansegruppe	21
5.7	Samarbeidspartnere	21
5.7.1	Sunnaas sykehus HF	21
5.7.2	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin	21
5.7.3	NAV	22
5.7.4	Norsk Helsenet SF	23
5.7.5	Kommuner, rehabiliteringsinstitusjoner og pasienter	24
5.7.6	Universitetet i Oslo	24
6	GJENNOMFØRING	24
6.1	Arbeidsform	25
6.2	Begrensninger	26
6.3	Kartlegging i bruk av VK – før oppstart	26
6.4	Faglig gjennomføring	27
6.4.1	Rutiner	27
6.4.2	Informasjonsskriv	27
6.4.3	Prosedyrer	27
6.4.4	Opplæringsfilmer	28
6.4.5	Oppstart av tjeneste	28

6.5	Teknisk gjennomføring	28
6.5.1	VK på SunHF	28
6.5.2	Nettverk	29
6.5.3	Opplæring i bruk av VK	29
6.6	Markedsføring.....	29
6.6.1	Intern markedsføring	29
6.6.2	Ekstern markedsføring	30
6.6.3	Markedsføringsoversikt	30
7	RESULTATER.....	30
7.1	Resultater fra gjennomføring av hovedprosjektet.....	31
7.1.1	Faglig resultat	31
7.1.2	Teknisk resultat.....	34
7.1.3	Opplæring	37
7.2	Resultater fra evalueringen	38
7.2.1	Videokonferansebruk ved SunHF 2008-2009	39
7.2.2	Erfaringer - bruk av VK	40
7.2.3	Spørreundersøkelse - prosjektdeltakere SunHF	41
7.2.4	Telefonintervju med lokale samarbeidspartnere	42
7.2.5	Telefonintervju med pasienter/pårørende	43
7.2.6	Oppfølging av dysfagipasienter etter utskrivning	44
8	DISKUSJON.....	44
8.1	Pådriverfunksjon og support.....	44
8.2	Organisatoriske utfordringer	45
8.3	Forankring.....	46
8.3.1	Intern forankring.....	46
8.3.2	Ekstern forankring	46
8.4	Refusjonsordninger	46
8.4.1	Finansieringsordninger	47
8.4.2	Utfordringer spesialisthelsetjenesten	48
8.4.3	Utfordringer kommunehelsetjenesten	48
8.5	Nytteverdier og gevinstrealisering	48
9	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	49
9.1	Konklusjoner	49
9.2	Anbefalinger.....	50
10	REFERANSER	52
11	VEDLEGG	54
11.1	Vedlegg 1 - IKT prinsipp i Helse Sør - Øst RHF	54
11.2	Vedlegg 2 – Organisering.....	55

11.3	Vedlegg 3 – Skjema - "Status for bruk av videokonferanse SunHF"	57
11.4	Vedlegg 4 – Informasjonsskriv – Pasient/pårørende	59
11.5	Vedlegg 5 – Informasjonsskriv – Lokale samarbeidspartnere	61
11.6	Vedlegg 6 – Informasjonsskriv – Til de som skal delta på VK-møte.....	64
11.7	Vedlegg 7 – Prosedyre - VK ved innleggelse, utskrivelse og oppfølging	66
11.8	Vedlegg 8 – Prosedyre – Film.....	68
11.9	Vedlegg 9 – Prosedyre – Avdeling.....	71
11.10	Vedlegg 10 - Prosedyre Samarbeid mellom NAV og SunHF	75
11.11	Vedlegg 11 – Avisomtale Dysfagi	77
11.12	Vedlegg 12 – Studiobruksanvisninger – VK HS1 SunHF	79
11.13	Vedlegg 13 – Studiobruksanvisninger – PC- og videopresentasjon SunHF	82
11.14	Vedlegg 14 – Oversikt opplæring av ansatte	88
11.15	Vedlegg 15- Videokonferanseregistrering SunHF	89
11.16	Vedlegg 16 – Spørreskjema - Helsepersonell SunHF	94
11.17	Vedlegg 17 - Spørreskjema – Lokale samarbeidspartnere	95
11.18	Vedlegg 18 – Spørreskjema - Pasienter/pårørende	97
11.19	Vedlegg 19 – Oversikt forankringstiltak	98

1 SAMMENDRAG

"Telemedisin i rehabilitering" har utprøvd en samarbeidsform med bruk av videokonferanse, mellom Sunnaas sykehus HF, deres pasienter med langvarige rehabiliteringsbehov, kommunehelsetjenesten, helseforetak og andre samarbeidspartnere. Samarbeidet er knyttet til innleggelse, utskrivning og oppfølging av pasienter. Denne samarbeidsformen er nå etablert som en rutinetjeneste ved sykehuset.

I tillegg til dette hovedprosjektet er to delprosjekt inkludert. I delprosjektet "*Kompetanse – Helt hjem, videodialog mellom pasienter og fagfolk*" testet to pasienter ut flere typer videokonferanse - utstyr (2008). Delprosjektet "*Kompetanse – Helt hjem 2*" (2009) brukte videokonferanse i tilretteleggingen av hjelpemidler.

Dette danner grunnlaget for en helhetlig rutinetjeneste i rehabiliteringsforløpet¹. Det er gjennomført omfattende tiltak for å forankre tjenesten i sykehuset som etablering av prosedyrer og rutiner for møteromsbookinger, support, inkludering av Informasjons og kommunikasjonsteknologi i behandlingslinjer, samtykkeerklæringer, studiodrift og opplæring av personale. I tillegg er det utformet informasjonsskriv til de som blir involvert i tjenesten.

I 2009 har man registrert videokonferansebruken på Sunnaas og innmeldte registreringer viser at det har vært gjennomført 55 samarbeidsmøter rundt pasienter på videokonferanse. 48 møter var knyttet til utskrivning, seks møter har vært oppfølging etter utskrivelse og ett møte har vært planlegging av innleggelse. Alle klinikker² har deltatt og den mest aktive enheten benytter nå videokonferanse til rundt 29 % av pasientene.

Evalueringsene er svært gode, både fra pasienter, pårørende, lokale samarbeidspartnere og SunHF's personell. Man samler flere deltakere på samarbeidsmøter med bruk av videokonferanse enn på vanlige møter, noe som gir bedre informasjons- og kompetanseutveksling. Polikliniske timer kan gjøres på videokonferanse, slik at man sparer pasientene for lange reiser, og de føler seg mer delaktige og opplever trygghet med denne samhandlingsformen.

Prosjektet har inngått et samarbeid med NAV og får tilgang til deres 440 videokonferansestudioer. Dette har hjulpet tjenesten godt på vei, siden mange kommuner fortsatt ikke har tilgjengelig videokonferanse - utstyr.

Tjenesten kan ivaretas ved egen hjelp med de forankringstiltak som er gjort. Men man trenger en videreutvikling av tjenesten for å utnytte hele potensialet og ikke minst få spredd erfaringene til flere samarbeidspartnere og aktører i rehabiliteringsfeltet. Det er en barriere for mange som jobber med rehabilitering i kommuner å ta i bruk teknologi for å understøtte samhandlingen rundt pasienten. Tilbudet trenger å bli kjent og videreført til flere aktører i samhandlingskjeden mellom sykehus og kommuner som kan ha nytte av en slik arbeidsform. Derfor anbefales et oppfølgingsprosjekt. Tjenesten er også avhengig av at man får etablert refusjonsordninger på de områdene der dette er naturlig.

¹ Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin har hatt prosjektlederansvaret i både hovedprosjektet og i delprosjektene.

² Kun ett kompetansesenter ved SunHF har ikke inngått i prosjektet.

Faglig har denne samarbeidsformen blitt beskrevet som en nyttig form for informasjonsutveksling med tettere dialog mellom partene som er involvert i pasientens rehabiliteringsprosess. Utprøvingen i delprosjektet *"Kompetanse – Helt hjem 2"* har blitt beskrevet som en reise *"fra skepsis til begeistring"*. Dette er beskrivende også for det arbeidet prosjektdeltakerne, ansatte på Sunnaas og deres eksterne samarbeidspartnere har opplevd i hovedprosjektet.

2 INNLEDNING

Sunnaas sykehus HF (SunHF) er Norges største spesialsykehus innen medisinsk rehabilitering, og er ett av 11 helseforetak i Helse Sør-Øst RHF. Pasientene har komplekse funksjonstap etter sykdom eller skade og har behov for tverrfaglig, spesialisert rehabilitering. Sykehusets målgrupper er pasienter med behov for rehabilitering etter ryggmargsskade, alvorlige multitraume, alvorlige brannskade, sykdom/skader innen nevrologi og ortopedi, alvorlige traumatisk hjerneskader og hjerneslag. Sykehuset har stor aktivitet på vurderingsopphold knyttet til mulighet for å fungere i hverdagsliv som i jobb, utdanning, bilkjøring, gangfunksjon, svelgefunksjon mv. SunHF har også et nasjonalt rehabiliteringstilbud til pasientgrupper som det er relativt få av i Norge. For eksempel pasienter med "Locked In Syndrome" (hjernestammeinfarkt) (www.sunnaas.no, 2010).

SunHF har pasienter fra hele Norge, men de fleste bor i kommuner i Helse Sør-Øst. I 2008 kom pasientene fra 207 forskjellige kommuner.

Erfaringer viser at de fleste pasientene har behov for langvarig rehabilitering og oppfølging i sin kommune etter utskrivelse fra SunHF. Mange pasienter har også gjentatte opphold på SunHF. Samhandlingen mellom det lokale hjelpeapparatet i kommunene, NAV og SunHF, er derfor svært viktig for å få til en helhetlig rehabilitering. Samarbeidsmøter med oppfølging og veiledning er en viktig arena for dialogen med og rundt pasienten (www.sunnaas.no, 2010).

Utfordringer er at:

- samarbeidet rundt pasientens rehabiliteringsprosess krever koordinert innsats fra mange aktører
- pasientene er spredt over et stort geografisk område
- reiseavstandene ofte er lange, slik at det er vanskelig å få aktørene til å møtes
- mange pasienter har redusert mobilitet og behov for spesialtransport og følge, slik at relativt korte reiser kan oppleves som en belastning

Pasienter, pårørende, kommuner og NAV etterspør mer kompetanseoverføring og kompetanseutveksling på områder der SunHF har spesialistkompetanse. Det etterspørres særlig tettere samarbeid og samhandling i de ulike fasene i rehabiliteringsprosessen. Dette vil gjøre tjenestene blir mer tilgjengelige og koordinerte og vil kunne medføre sterkere deltakelse og brukermedvirkning fra pasienter/pårørende

SunHFs viktigste oppgave er å sikre et best mulig rehabiliteringstilbud til sine målgrupper. Med utfordringene knyttet til kompleksitet, geografi og behov for kompetanse, er det et stort behov for flere verktøy og modeller som kan sikre en god samhandling med og rundt pasientene.

2.1 Elektronisk samhandling og telemedisin

En rekke nasjonale plandokumenter påpeker viktigheten av IKT i rehabilitering (Nasjonal helseplan 2007-2010, Statlig strategi 2004-2007, S@mspill 2007, Statlig strategi 2008-2013, Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013, Stortingsmelding 47, 2008 - 2009).

I Samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47, påpekes det at:

"I utviklingen av IKT-politikken er det en målsetting at elektronisk kommunikasjon skal være den normale måten å kommunisere på." (St.meld nr 47 2008-2009, s 135).

Telemedisin/on-line konsultasjoner påpekes også som områder for samhandling både med brukere og mellom tjenesteytere.

I Helse Sør-Øst RHF legges det også ned betydelige ressurser for å etablere felles IKT - strukturer og mulighet til elektronisk samhandling (Vedlegg 1). I tråd med dette vil telemedisin være med på å understøtte pasientforløp og samhandling (Helse Sør-Øst, 2009). Telemedisin er i utvikling i regionen, og det er av betydning at dette blir utviklet og utprøvd med flere innretninger i pasientforløpet (Knarvik et al. 2003). Samtidig er det viktig å avklare hvilke krav telemedisin setter til organisasjonen, og hva det innebærer å innføre dette som en rutinetjeneste.

2.2 Hovedprosjekt "Telemedisin i rehabilitering"

SunHF har gjennomført mange telemedisinprosjekt (Krogstad 2001, Glott 2003, Driveklepp et al. 2006a, Driveklepp et al. 2006b). Som forlengelse av dette arbeidet, fikk SunHF i 2007 i samarbeid med Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge HF (UNN HF), delfinansiering til hovedprosjektet "Telemedisin i rehabilitering"³ (Bach et al. 2008). Samarbeidsmøter og veiledning via videokonferanse (VK) knyttet til innleggelse, utskrivelse og oppfølging av pasienter gir muligheter til å løse den samhandlingsutfordringen alle aktører i rehabiliteringsprosessen står overfor. SunHF og NST har derfor gjennomført hovedprosjektet med tilhørende delprosjekter, som vil danne grunnlaget for nye rutinetjenester.

Hovedprosjektet skulle ved hjelp av IKT etablere en rutinetjeneste knyttet til innleggelse, utskrivning og oppfølging av pasienter. SunHF ønsket blant annet å tilby samarbeidsmøter med lokalt hjelpeapparat på VK til alle pasienter der det er hensiktsmessig.

I tillegg er to delprosjekt inkludert:

- Delprosjektet "Kompetanse – Helt hjem: Videodialog mellom pasienter og fagfolk". I dette delprosjektet testet to pasienter ut flere typer VK - utstyr, som kunne egne seg for bruk hjemme hos pasient for å kunne tilrettelegge hjelpemidler, veiledningssamtaler og trening for å øke mestring av ny livssituasjon (Bach et al. 2008, 2009).
- Delprosjektet "Kompetanse – Helt hjem 2", har prøvd ut en tjeneste i samarbeid med hjelpemiddelsentralen i Buskerud (HMS-B), der man skal bruke VK i tilretteleggingen av hjelpemidler (Bach et al. 2009, 2010).

Disse aktivitetene danner grunnlaget for en helhetlig rutinetjeneste i rehabiliteringsforløpet. NST har hatt prosjektlederansvaret i både hovedprosjektet og i delprosjektene.

2.3 Om oppbyggingen av rapporten

Denne rapporten beskriver hovedprosjektets målsetning (kapittel3), problembeskrivelse og organisering (kapittel 4 og 5), gjennomføring (kapittel6), resultater med faglige og tekniske erfaringer og evalueringsresultater vi har hatt gjennom prosjektperioden (kapittel 7) og et

³ Prosjektet fikk tildelt kr 800 000 av lokalsykehusmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet av en søknadssum på kr 1 750 000.

diskusjonskapittel (Kapittel 8). Konklusjonen (Kapittel 0) oppsummerer hva prosjektgruppen mener skal til for å videreutvikle disse erfaringene til å bli en sterk rutinetjeneste i fremtiden.

Rapporten nevner også økonomiske ordninger, som ikke har vært en del av prosjektet, men som er vurdert underveis og som er en nødvendighet for en fremtidig tjeneste.

Rapporten går ikke nærmere inn på de erfaringer som er gjort i delprosjektene, med pasientoppfølging til pasientens hjem og i samarbeid med hjelpemiddelsentralene. Dette omtales i egne sluttrapporter.

2.4 Definisjoner og ordliste

2.4.1 Definisjoner

Telemedisin

For å gi et bilde av hva telemedisin er, nevner vi den vanligste definisjonen som brukes om telemedisin (vedtatt av EU-kommisjonen i 1990).

Telemedisin er:

"Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert."

Telemedisin er en metode for å tilby helsetjenester over avstand. I stedet for å flytte pasienten flyttes informasjon om pasienten. Dette gjør at avstanden mellom pasient og den medisinske kompetanse er av mindre betydning. Telemedisin understøtter de helsepolitiske målsettinger slik de fremkommer i Sosial- og helsedepartementets St. prp. nr. 1 (2000-2001), s.13:

"Målsettingen er at alle skal sikres et godt og likeverdig tilbud av behandling og pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av bosted, inntekt, kjønn, og sosial bakgrunn".

Telemedisin er også et vesentlig innsatsområde i Helsedirektoratets tiltaksplan om elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren.

2.4.2 Ordliste

Bruker	Pasient som er utskrevet fra sykehus
DIPS	DIPS ASA er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal til sykehusene i Norge.
eHåndboken	SunHFs elektroniske Håndbok med oversikt over alle eksisterende prosedyrer
Faglig	Faglig omtales i dokumentet som den delen av prosjektet som omhandler den medisinske behandling og oppfølging av rehabiliteringspasienten
FIPP	FIPP - "IKT og organisasjonsendring i offentlig sektor" ("Flexible Integration of Processes in Public Sector") er et forskningsprosjekt

	som støttes av Norges Forskningsråd gjennom VERDIKT-programmet. Se http://FIPP.ifi.uio.no for mer informasjon.
Gevinstrealisering	Med gevinstrealisering mener man de aktiviteter som utføres for å realisere planlagte og ønskede effekter av et prosjekt. Her brukes en vid tolkning av begrepet prosjekt. Kan også være tiltak, en reform osv. (Senter for statlig økonomistyring, http://www.sfso.no/).
HS1	Klinikk for hjerneskader - Traumatiske hjerneskader, SunHF
HS2	Klinikk for hjerneskader – Hjerneslag, SunHF
IKT	Informasjons og kommunikasjonsteknologi (inkludert VK)
IP	Individuell Plan. IP er et sentralt verktøy i rehabiliteringsprosessen.
IP	Internet Protocol, transportkontroll for Internet, som kan benyttes også til overføring av VK-møter.
KReSS	Kognitiv rehabiliteringsenhet i Drøbak, SunHF
NAV	Arbeids og velferdsetaten i Norge
NDU	NAV Drift og utvikling
Norsk Helsenett SF	Den elektroniske samhandlingsarenaen for helse- og omsorgssektoren i Norge, www.nhn.no
NR 1-2	Nevrologisk rehabilitering, Askim, SunHF
NR 3	Nevrologisk rehabilitering, Nesodden, SunHF
NST	Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, www.telemed.no
Pasient	Pasient ved Sunnaas sykehus HF som er innlagt.
RATI	NRs Raskere tilbake poliklinikk i Oslo, SunHF
Regional koordinerende enhet	Regional koordinerende enhet har oversikt over og gir informasjon om tilbudene i spesialisthelsetjenesten. Regional koordinerende enhet består av tidligere ReR i Helse Sør og SeR i Helse Øst, http://www.rehabinfo.no
RMM	Klinikk for ryggmargsskader og multitraumer, SunHF
Skjermtolking	Tolketjeneste med bruk av videokonferanse
SKUP	Samhandlings og kompetanseutvekslingsprosjektet
SSKS	Sunnaas spesialpedagogiske kompetansesenter, SunHF
Superbruker	Fagpersonell som er spesielt opplært til å håndtere VK-utstyret, teknisk og praktisk. Samme system brukes for eksempel ved drift av DIPS ved sykehuset
SunHF	Sunnaas sjukehus HD, www.sunnaas.no

Telemedisinteamet	To stillinger ved Samhandlingsavdelingen ved SunHF som skal ha det videre ansvaret for drift og utvikling av telemedisin ved sykehuset.
Teknisk	Teknisk utstyr, nettverk og erfaringer relatert til dette
TMS	TANDBERG Management System på Norsk Helsenett for booking av VK m.m.
TRS	Et Nasjonalt kompetansesenter for sjeldne diagnoser, SunHF
TTL	Tromsø Telemedicine Laboratory
UiO, IFI	Universitetet i Oslo, Institutt for Informatikk
UNN HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF
VK	Videokonferanse er et samlebegrep for toveis/flerveis samtidig lyd- og bildeforbindelse, og kan benyttes til alle typer møter der det er behov for å kunne vise og se ting i tillegg til lydoverføring. Deltakerne er geografisk atskilt, men kan likevel se og høre hverandre. Betegnelser som bildetelefon eller lyd/bildekonferanser brukes også ofte om dette. Videokonferanser kan brukes mellom to eller flere studio, både nasjonalt og internasjonalt.

3 PROSJEKTETS MÅLSETTING

3.1 Formål

Prosjektet skulle gjennom bruk av IKT, bidra til å styrke lokalsykehusenes og kommunehelsetjenestens rolle i samhandling med spesialisthelsetjenesten innen rehabilitering.

3.2 Mål

Prosjektet skulle ved hjelp av IKT etablere en rutinetjeneste mellom SunHF, andre helseforetak og kommunehelsetjenesten, knyttet til innleggelse, utskriving og oppfølging av pasienter.

3.3 Delmål

Prosjektet skulle:

- utarbeide kontrakt mellom SunHF og NST, nedskrive budsjett, utforme prosjektplan, etablere styringsgruppe, prosjektgruppe og referansegruppe
- etablere intern teknisk ressurs i engasjementsstilling, utarbeide stillingsinstruks og gjennomføre opplæring av denne personen
- gjennomføre Kickoff - samling med prosjektgruppen, enkel opplæring av ansatte ved SunHF i bruk av videokonferanse og utarbeide generelle tekniske prosedyrer, avdelingsvise prosedyrer og informasjon om tjenesten til lokalsykehus og kommunehelsetjenesten og andre samarbeidspartnere

- iverksette rutinetjeneste med bruk av VK i samarbeid med lokalsykehus og kommunehelsetjeneste til alle pasienter der dette er hensiktsmessig i alle helseregioner
- gjennomføre en utprøving av oppfølging hjemme av minst 3-5 av de aktuelle pasienter i prosjektperioden, hvis dette er teknisk og økonomisk mulig i prosjektperioden⁴
- utarbeide sluttrapport

4 PROBLEMBESKRIVELSE

Bruk av teknologi til å understøtte samarbeid og samhandling

Flere og flere pasienter overlever etter en skade og et reddet liv skal også leves. De aller fleste pasientene har behov for langvarig rehabilitering og oppfølging fra mange aktører i sin kommune, også etter utskrivelse fra SunHF. Dette er ofte problemer knyttet til symptomer som ikke er vanlig i befolkningen ellers og som lokalsykehus, kommunehelsetjenesten, NAV og allmennpraktiserende leger i liten og varierende grad har kunnskap og erfaring med, noe som for enkelte pasienter krever gjentatte opphold på SunHF, knyttet til slike problemstillinger.

Pasientene er avhengige av et formalisert og velfungerende samarbeid mellom tjenesteyterne og sammenhengende behandlingsskjeder og dette er et prioritert område for Helsedirektoratet⁵. Erfaringene er at behovet for kompetanseutveksling, veiledning og undervisning er mye større enn det tilbudet man kan gi på tradisjonell måte i dag.

Det finnes lite IKT - støtte for behandlingsforløpet etter akuttfasen i rehabilitering (Grimsmo 2006). Dette gir motivasjon for å utprøve hvilke muligheter IKT kan gi i behandling, rehabilitering og oppfølging av denne pasientgruppen. På prosjektbasis er det gjort utprøving av tettere oppfølging i forbindelse med innleggelse, under opphold, ved utskrivning og etter utskrivning allerede i 1996 ved UNN HF (Bach 1996) og i 2005-2006 ved SunHF (Driveklepp et al. 2006a). Hovedprosjektet bygger videre på disse dokumenterte erfaringer og gevinster.

Planlegging av innleggelse i samråd med helseforetak / kommune

Planlegging av innleggelse foregår i dag via papirsøknad og eventuelt telefonisk kontakt. Ofte brukes det mye tid i starten på oppholdet ved SunHF til å kartlegge problemstillinger og eventuelt behandle tilleggsproblematikk. Samarbeidsmøter før innleggelse kan bidra til at pasient og SunHF er bedre forberedt på oppholdet og kommer raskere i gang med undersøkelser og tiltak. Tilleggsproblematikk kan også behandles lokalt før innleggelse, under veiledning. Eksempelvis ved Klinikk for hjernesker (KReSS) gjennomføres et forintervju med pasient før eventuell deltagelse i et senfaseopphold. Mange av pasientene reiser da til Drøbak fra ulike kanter av landet for å gjennomføre intervjuet, for så å reise hjem i påvente av svar og eventuelt gruppeopphold. Flere av pasientene er lett trettbare og blir slitne av lang og upraktisk reisevei. Erfaringer med telefonintervjuene er at det ikke gir god nok informasjon. I forprosjektet så man i disse tilfellene positive erfaringer med å bruke VK til dette intervjuet.

⁴ Dette ble aktuelt gjennom ekstra finansiering fra Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Aker Universitetssykehus og NAV Nonite og organisert som to delprosjekter i hovedprosjektet.

⁵ http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering

Planlegging av utskriving

Overføringsmøter foregår pr. i dag som oftest ved at representanter fra kommunehelsetjenesten, NAV og andre aktører kommer til SunHF. Da har man store utfordringer med å kunne få samlet det nødvendige personell til samme tid, ofte kommer de i flere grupper. I noen tilfeller lar et møte seg ikke gjennomføre pga. økonomiske og kapasitetsmessige problemer i kommunene. VK kan gjøre det lettere å samle aktørene og man kan i større grad gi veiledning i forbindelse med utskriving.

Videre oppfølging

Pasienter får sjelden tilbud om oppfølgingsmøte eller mer langvarig oppfølging etter utskriving. Dette er et etterspurt område fra pasienter og kommuner, fordi det ofte, etter en tid hjemme dukker opp spørsmål og behov for veiledning på spesialiserte områder. Mulighet for avtalte oppfølgingsmøter / veiledning på VK ved behov, vil strukturere og kvalitetssikre oppfølgingstilbudet og senke terskelen for å ta kontakt mellom nivåene.

Oppfølging av individuell plan

Mange pasienter ved SunHF har behov for langvarige og koordinerte tjenester og har dermed rett til en individuell plan (IP). IP er et sentralt verktøy i rehabiliteringsprosessen. Møter i denne forbindelse foregår ofte på tradisjonell måte med samling av alle involverte parter, og det er sjeldent SunHF har anledning til å delta på møter lokalt.

Brukermedvirkning

Pasient og pårørende får i en del tilfeller ikke vært tilstede f.eks i planleggingen av innleggelsen. Ved utskriving får de ikke truffet alle i kommunen i de tilfellene representanter fra kommunen ikke har anledning til å komme til møter på SunHF. VK-møter ville kunne øke pasientens og eventuelt pårørendes mulighet for å være tilstede og delta aktivt i rehabiliteringsprosessen.

Andre områder

I dag er innholdet i rapportene med f.eks fysioterapeutiske tiltak beskrevet med ord. En beskrivelse av bevegelser er ikke det samme som å se det i praksis, derfor har man utarbeidet pasientvideoer og bilder som kan demonstrere eller beskrive det som skal være innholdet i rapporten. Fysioterapirapporter kan i tillegg til video bli supplert av VK - møter og eventuelt demonstrasjon av teknikker "på direkten".

Under sykehusoppholdet igangsettes ofte ombygging og tilrettelegging av bolig. Mange av tiltakene krever evaluering og oppfølging etter utskriving, og i disse tilfellene vil VK være en mulighet for direkte kontakt mot lokal ergoterapeut, hjelpemiddelsentral eller leverandør⁶.

Kurs og veiledning til lokalsykehus og kommuner gjennomføres oftest på tradisjonelt vis i sykehusets auditorium. Det kommer stadig færre deltagere på disse tradisjonelle kursene, og tilbakemeldingene er at kommunene ikke har tid og ressurser til å være borte hele dager. De ønsker seg kortere sekvenser og kurs som arrangeres lokalt. Slike kurs vil kunne gjennomføres på en enkel måte gjennom bruk av VK. (Et 12-timers kurs for 600 kommuneansatte ble videooverført fra Klinik for hjerneskade SunHF i 2008, SKUP-prosjektet.) Muligheten for mer "skreddersydde" kurs knyttet til overføring av enkeltpasienter er stor.

⁶ Som beskrevet i sluttrapport for delprosjekt "Kompetanse - Helt Hjem 2".

Bruk av tolketjeneste foregår ved at tolken reiser til SunHF fra Oslo og dette kan for eksempel gjøres ved skjermtolking.

5 ORGANISERING

Hovedprosjektet har vært organisert med direktør på SunHF som ansvarlig oppdragsgiver og en prosjektansvarlig avdeling, prosjektleder, prosjektgruppe, styringsgruppe og referansegruppe (Vedlegg 2).

5.1 Oppdragsgiver/prosjekteier

Direktør Einar Magnus Strand har vært prosjekteier ved SunHF.

5.2 Prosjektledelse

Prosjektet har vært forankret i Samhandlingsavdelingen, som er ansvarlig for utvikling av telemedisin ved SunHF. Samhandlingsavdelingen har ansatt flere fagpersoner med informatikk – og helsefaglig bakgrunn, som skal ivareta denne utviklingen. Disse fagpersonene er heretter omtalt som telemedisinteamet.

Telemedisinteamet består av telemedisinkoordinator Anne Merete Driveklepp, som har arbeidet med telemedisinutviklingen ved SunHF siden 1997. I hoveddelen av prosjektperioden (010208-310809) var hun i svangerskapspermisjon. Fungerende prosjektkoordinator har vært Hilde Sørli (010108-010708 og 010309-150110). Hun var også i svangerskapspermisjon under en del av prosjektperioden. Telemedisinkoordinator Ole Rand-Hendriksen ble ved oppstarten av hovedprosjektet ansatt i engasjementstilling og han har ivarettatt aktiviteter relatert til bruk og vedlikehold av VK generelt.

Begge telemedisinkoordinatorene har vært plassert på SunHF, mens prosjektkoordinator er geografisk plassert i Kongsvinger. Hun har pendlet en del til SunHF for å ivareta både prosjektoppgaver og andre oppgaver relatert til sine funksjoner.

5.3 Prosjektleder

Prosjektledelse har vært ivarettatt av NST ved Bodil Bach, rådgiver e-Helse og telemedisin i Helse Sør-Øst. Hun har hatt hovedansvar for både hoved- og delprosjekter i hele perioden.

Prosjektleder har vært geografisk lokalisert på NSTs regionkontor i Hønefoss. Hun har i tillegg ved enkelte tilfeller vært tilstede på SunHF.

5.4 Styringsgruppe

Prosjektets styringsgruppe har vært prosjektleders nærmeste overordnede organ. Gruppen har ivarettatt prosjektadministrative styringsfunksjoner og består av Kirsten Sæther, samhandlingssjef, Samhandlingsavdelingen, Sveinung Tornås, klinikkssjef, Klinikk for hjernesker og Ellen Rygh, medisinsk faglig rådgiver, NST.

Styringsgruppa har vært informert gjennom møter med prosjektleder og skriftlige statusrapporter underveis i prosjektet. SunHFs styringsgruppemedlemmer er geografisk lokalisert på SunHF, mens NSTs representant er lokalisert i Arendal.

5.5 Prosjektgruppe

Prosjektgruppen ble etablert i januar 2008 og alle kliniske avdelinger var representert⁷. Delprosjektgruppene har hatt anledning til å delta i hovedprosjektprosjektgruppemøtene.

5.6 Referansegruppe

Referansegruppen skulle være et rådgivende organ for prosjektleder. Det har vært innhentet en del råd ift utforming av informasjonsskriv og rutiner underveis, men grunnet manglende ressurser i permisjonsfravær har man ikke fått utnyttet eller informert denne gruppen i så stor grad som ønsket.

Et unntak er FIPPs forsker Margunn Aanestad som har deltatt aktivt siden 2008 og vært en veileder for prosjektledelsen underveis i prosjektperioden.

5.7 Samarbeidspartnere

5.7.1 Sunnaas sykehus HF

SunHF er Norges største spesialsykehus innen rehabilitering, og er ett av 11 helseforetak i Helse Sør-Øst. Pasientene har komplekse funksjonstap etter sykdom eller skade, og har behov for tverrfaglig, spesialisert rehabilitering. Sykehusets målgrupper er pasienter med behov for rehabilitering etter ryggmargsskade, alvorlige multitraume, alvorlige brannskade, sykdom/skader innen nevrologi og ortopedi, traumatisk hjerneskader og hjerneslag.

Sykehuset har stor aktivitet på vurderingsopphold knyttet til mulighet for å fungere i hverdagsliv som i jobb, utdanning, bilkjøring, gangfunksjon, svelgefunksjon mv. De har et rehabiliteringstilbud til pasientgrupper som det er relativt få av i Norge, som pasienter med "Locked In Syndrome" Sykehuset særpreges av å ha mulighet til å ha mange pasienter med omfattende hjelpebehov på samme tid. (hjernestammeinfarkt) (www.sunnaas.no).

Forskning og undervisning er også en sentral del av foretakets virksomhet, med universitetsfunksjoner og en utstrakt internasjonal virksomhet. De siste årene har de hatt et særlig ansvar for å utvikle rehabiliteringsfeltet faglig og strukturelt i regionen.

SunHF innbefatter kliniske avdelinger på Nesodden, i Drøbak, Askim og i Oslo, i tillegg til egen forskningsavdeling, kompetansesenter for sjeldne diagnoser (TRS), Spesialpedagogisk kompetansesenter (SSKS) og Lærings- og mestringssenter (LMS). Klinikken bruker storparten av sine ressurser til innlagte pasienter, men har også polikliniske tilbud og ambulante tjenester. Behandlingsprogrammer er akkreditert i henhold til internasjonale standarder (CARF, 2010).

5.7.2 Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

NST er i dag et nasjonalt kompetansesenter v/ UNN HF. Fra august 2008 ble senteret samlokalisert med flere avdelinger til Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, med ca 190 ansatte.

NST er organisert med underavdelingene Avdeling for Kliniske systemer, Avdeling for Innovasjon og Rådgivning og Avdeling for Forskning. I tillegg er senteret vertskap for Senter

⁷ I prosjektperioden har kun en avdeling, TRS, valgt å trekke seg fra hovedprosjekt og delprosjekt.

for innovasjonsbasert forskning innen helse, Tromsø Telemedicine Laboratory (TTL). NST har derfor nå betydelig forskningskompetanse samlet i Tromsø.

NST som nasjonalt forsknings- og kompetansesenter innen telemedisin, skal samle, produsere og formidle kunnskap om telemedisinske tjenester, både nasjonalt og internasjonalt.

NST skal arbeide for at telemedisinske tjenester tas i bruk. I 2002 ble NST utnevnt som samarbeidssenter innen telemedisin av Verdens Helseorganisasjon, noe som også gir senteret et bredt internasjonalt nettverk med mange aktiviteter.

NSTs arbeid er i all hovedsak prosjektbasert. Senteret har knyttet til seg flere professorater og doktorgradsstudenter, både innen medisin, sosiologi, pedagogikk og informatikk. De tar også imot norske og internasjonale studenter og hospitanter. De ansatte representerer ulike fagområder innen teknologi, samfunnsvitenskap, juss, pedagogikk, økonomi, medisin og helse.

NST skal være et ressurscenter for alle som søker samarbeid, kunnskap og bistand om telemedisin nasjonalt og internasjonalt og retter sitt arbeid i hovedsak mot beslutningstakere, pasientgrupper, helsearbeidere og industri. NST skal først og fremst betjene det norske offentlige helsevesen, men også offentlige og private aktører i inn- og utland.

5.7.3 NAV

NAV består av den statlige arbeids- og velferdsetaten og de delene av kommunenes sosialtjenester som inngår i felles lokale kontorer. Innen 2010 skal alle norske kommuner ha etablert et lokalt NAV - kontor. Tanken er at brukerne skal møte et integrert kontor, der de ulike ansatte jobber sammen for å finne de beste løsningene for den det gjelder.

Et tett og godt samarbeid mellom NAV og helsetjenestene både i kommune og HF, er av svært stor betydning i rehabilitering. Rehabilitering er definert som:

"En tidsavgrenset, planlagt prosess, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltagelse sosialt og i samfunnet" (St.meld 21, 1998 – 1999).

Rehabilitering handler altså om langt mer enn helsetjenester. Det er viktig å samarbeide om et helhetlig, individuelt tilpasset opplegg hvor brukerens mål og totale livssituasjon skal ivaretas.

De fleste pasientene på SunHF er unge og i arbeidsfør alder. Samarbeidet mellom helsetjenestene og NAV kan derfor få enormt stor betydning for hvordan disse pasientene kan leve livet sitt etter en ulykke eller sykdom.

NAV Drift og utvikling

Hovedprosjektet inngikk først et samarbeid med NAV og deres sentrale prosjekt med utrulling av VK. Deres prosjekt med utrulling av VK - løsninger er avsluttet og 440 studioer finnes nå på landets NAV - kontor.

Utfordringene med en samhandling med bruk av VK, er at det enda ikke er tilgjengelig utstyr i alle kommuner der brukerne bor. Gjennom hovedprosjektet inngikk SunHF og NAV Drift og Utvikling et pilotsamarbeid, der SunHF fikk tilgang til VK - utstyr på NAV – kontor. Begge parter ønsker å videreføre samarbeidet mellom helse og sosialtjenesten. Dette vil være

aktuelt for mange andre aktiviteter innenfor helsetjenesten så det vil i 2010 avklares en mulighet for dette.

NAV Nonite

Gjennom samarbeidet med NAV Drift og Utvikling kom prosjektet i kontakt med NAV Nonite. De skal utvikle og formidle kunnskap om IKT - hjelpemidler slik at personer med nedsatt funksjonsevne kan nyttiggjøre seg ny teknologi for å oppnå deltakelse og likestilling i samfunnet. De er et landsdekkende kompetansesenter med et særlig ansvar for de fire nordligste fylkene.

Sentrale arbeidsområder er:

- Kunnskapsutvikling gjennom prosjektresultater
- Systematisering og spredning av prosjektresultater
- Utvikling og produksjon av opplæringsmaterialer

NAV Nonite finansierte delprosjektet *"Kompetanse – helt hjem 2"*.

NAV Hjelpemiddelsentraler

Det er en hjelpemiddelssentral i hvert fylke. De er ressurs- og kompetansesenter innen hjelpemiddelformidling og tilrettelegging, samt tolketjeneste for døve og døvblinde.

Hjelpemiddelsentralene har et overordnet og koordinerende ansvar for formidling av hjelpemidler og tilrettelegging for funksjonshemmede innen eget fylke. Det innebærer bistand og rådgiving i forhold til valg og tilpasning av hensiktsmessige proteseløsninger i forhold til alle typer funksjonshemninger. Likeledes ligger her forvalteransvaret i forhold til innkjøp, drift og vedlikehold av disse hjelpemidler.

De har også ansvar for å koordinere tjenestetilbudet fra ulike samarbeidspartnere i sin region. Spesielt eksisterer det et tett samarbeid mellom den kommunale og fylkeskommunale tjeneste og hjelpemiddelsentralene.

5.7.4 Norsk Helsenett SF

Virksomheten Norsk Helsenett AS ble stiftet høsten 2004, med grunnlag i nasjonale helsemyndigheters mål om et sikret nettverk for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren i Norge, med tilhørende relevante tjenester.

Norsk Helsenett AS sin samlede virksomhet med tilhørende eiendeler, rettigheter og forpliktelser ble overført til det nye statsforetaket, Norsk Helsenett SF, 30.10.09.

I formålsparagrafen for Norsk Helsenett SF står det:

- Norsk Helsenett SF skal innenfor rammen av nasjonal IKT - politikk ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT - infrastruktur i helse – og omsorgssektoren, og legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling.
- Norsk Helsenett SF skal sørge for at det foreligger en hensiktsmessig og sikker infrastruktur for effektiv samhandling mellom deler av helse – og omsorgstjenestene, og bidra til forenkling, effektivisering og kvalitetssikring av elektroniske tjenester til beste for både pasienter og befolkningen for øvrig.

- Foretaket skal sørge for nødvendig samordning av infrastrukturtenestene i helsesektoren og understøtte god kommunikasjon mellom aktørene i helsetjenesten. Disse tjenestene Norsk Helsenett SF er pålagt å utføre skal ivareta viktige hensyn av allmenn økonomisk betydning og på varig basis, jf. EØS-avtalens regler om statstøtte.

Selskapet har et ikke-økonomisk formål, og har ikke til hensikt å gå med overskudd i større utstrekning enn nødvendig, for å sikre en forsvarlig drift.

5.7.5 Kommuner, rehabiliteringsinstitusjoner og pasienter

SunHF har gjennom hele perioden hatt samarbeid med helse og sosialpersonell i kommuner i hele landet, der deres pasienter har tilhørighet. I tillegg har det i perioden vært aktuelt med samarbeid med andre rehabiliteringsinstitusjoner. Her kan bla nevnes CatoSenteret som får overført et stort volum av pasienter fra SunHF. De installerte eget utstyr etter at de ble forespurt om samarbeid og prosjektleder gjennomførte en motivasjonsrunde med dem før de startet opp samarbeidet med bruk av VK.

Pasientene har deltatt på samarbeidsmøtene og vært veldig positive både til å delta i samarbeidsmøter og ekstra utprøvinger med bruk av VK hjemme i delprosjektene. Deres velvillighet og tilbakemeldinger har vært nyttige for prosjektgruppen.

5.7.6 Universitetet i Oslo

Institutt for informatikk ved UiO ble etablert i 1977 og tilbyr Norges bredeste og mest omfattende studietilbud innen IKT. Instituttet har et omfattende og bredt forskningsmiljø fordelt på 14 forskningsgrupper. Instituttet har 250 ansatte, hvorav vel 60 i faste vitenskapelige stillinger, og har en årlig omsetning på ca 135 millioner kroner. Det er totalt 180 vitenskapelige ansatte, 800 bachelorstudenter, 500 masterstudenter og 150 PhD - studenter.

FIPP er et forskningsprosjekt som støttes av Norges Forskningsråd gjennom VERDIKT-programmet.

Deltakerne kommer fra Universitetet i Oslo (IFI - Institutt for Informatikk) og fra NTNU⁸ i Trondheim (IDI – Institutt for Datateknologi og Informasjonsvitenskap). Prosjektets forskningstema er utfordringer knyttet til IKT- relatert organisasjonsendring i helsesektoren. Standardisering, fleksibilitet og integrasjon er sentrale begreper, og forskerne gjør kvalitative casestudier av ulike IKT - prosjekter som pågår på lokalt og/eller nasjonalt nivå. Forskerne beskriver og analyserer ulike løsninger som er tenkt å støtte samhandling og styrke samarbeidet mellom ulike aktører. Casestudiene er alle fra komplekse sosiotechniske settinger hvor allerede eksisterende og institusjonaliserte samhandlingsmønstre byr på endringsmotstand.

6 GJENNOMFØRING

Prosjektet startet opp 011207 og har pågått frem til 150110

Gjennomføringen av hovedprosjektet har i hele prosjektperioden hatt et fokus på forankring av tjenesten. Dette har medført systematisk arbeid relatert til klinikkens rutiner og prosedyrer og er ved prosjektavslutning planlagt og beskrevet i kapittel 8.3.

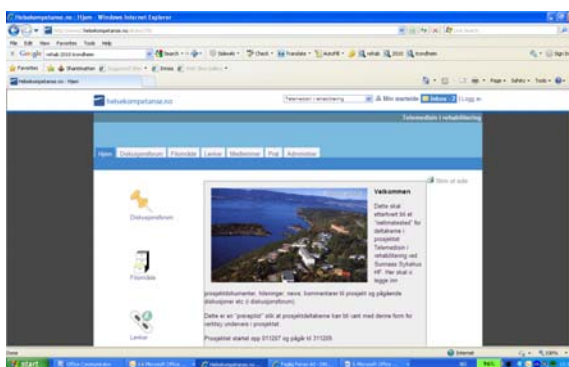
⁸ IDI – Institutt for Datateknologi og Informasjonsvitenskap, www.ntnu.no

6.1 Arbeidsform

Samarbeidet i prosjektet har foregått ved hjelp av telefon, e-post og VK-møter kombinert med noen reiser. Samarbeidet har vært spesielt siden prosjektleder har vært eksternt plassert på NSTs regionkontor på Hønefoss, prosjektkoordinator har vekslet mellom hjemmekontor i Kongsvinger og SunHF og de øvrige prosjektdeltakere har vært lokalisert på Nesodden, Askim og Drøbak.

Elektronisk prosjektkommunikasjon

NST utviklet et virtuelt prosjektrum (fagnett) på læringsplattformen www.helsekompetanse.no. I dette kursrommet skulle alle deltakere samles med mulighet for e-postkontakt, dokumentasjonstilgang, diskusjonsforum, chatmulighet osv. Dette skulle alle bruke som en "øvelse" på den elektroniske samhandling som venter i fremtiden og tilgang ble gitt til alle involverte i alle prosjektgrupper.



Forsiden på fagnettet til telemedisin i rehabilitering

Prosjektgruppen var villig til å utprøve dette og gjorde mange forsøk, med vekslende hell. Det ble dessverre store utfordringer med SunHF's infrastruktur og Internett-tilgang og for små ressurser i forhold til IT-support. Derfor har fagnettet ikke vært i aktiv bruk siden januar 2009.

Den skriftlige kommunikasjonen har foregått mest via e-post og prosjektets distribusjonslister til de forskjellige grupper.

Møter⁹

I hovedprosjektperioden er det gjennomført følgende møter:

- Prosjektgruppemøter – 23
- Interngruppemøter – 23¹⁰
- Styringsgruppemøter – 3. Disse møtene har PI innkalt til og ledet. Prosjektkoordinator har deltatt på to møter i perioden.
- Ledergruppemøte – PL og prosjektkoordinator har deltatt på et møte med toppledergruppen på SunHF.

⁹ De fleste møtene har involvert bruk av VK.

¹⁰ Interngruppemøter har vært gjennomført med prosjektkoordinator, telemedisinkoordinator og av og til Samhandlingsjef. I tillegg har det vært gjennomført mange møter kun med prosjektleder og prosjektkoordinator.

- Styremøter – prosjektledelsen har deltatt på ett styremøte ved oppstart (2008), samt hatt et møte med styreleder og administrerende direktør (2009).

6.2 Begrensninger

Hovedprosjektet støtte på noen faktorer som begrenset gjennomføringen i deler av prosjektperioden.

DIPS ble innført vår og høst 2008 og aktiviteter i begge prosjekt ble samkjørt i forhold til opplæring og oppstartsstrategi, slik at vi unngikk "kollisjoner" i utrulling av begge tjenester. Men innføringen av DIPS hadde høy prioritet og krevde mye personalressurser, noe som innvirket på fremdriften i hovedprosjektet.

Høsten 2008 omorganiserte man tidligere avdeling for vurdering og opplæring (VO) Nesodden og avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering Askim til en klinikk, klinikk for nevrorehabilitering (NR), som krevde deres ressurser i hele denne perioden. Dette har innvirket på deres oppstart og pasientaktivitet, slik at de nettopp har kommet i gang med denne tjenesteformen ved sin avdeling.

I tillegg ble det to permisjoner i prosjektledelsen som medførte at hovedprosjektet mistet avgjørende interne ressurspersoner i 30 % av prosjektperioden. SunHF klarte ikke å fremskaffe nødvendig vikar for prosjektkoordinator (jfr gjeldende kontrakter), så dette gjorde situasjonen vanskelig for den eksterne prosjektleder, som ble eneste fremdriftsansvarlige i denne perioden. For å ivareta fremdrift og unngå at SunHF stoppet prosjektene, valgte NST å gå inn med en større egenandel med ressurser i alle prosjekt.

Utrulling av tjenesten kan derfor sies å være i gang i alle klinikker, men ikke så mye som ønsket og tjenesten er derfor i en sårbar fase ved prosjektavslutning. Det er nødvendig med en videreutvikling som best vil kunne gjøres i et oppfølgingsprosjekt, da det enda vil være ressurskrevende prosesser for å utnytte tjenestemulighetene maksimalt.

6.3 Kartlegging i bruk av VK – før oppstart

Ved oppstart ble det gjennomført en spørreundersøkelse der alle prosjektdeltakere skulle oppgi bruken av VK ved deres avdeling før oppstart (Vedlegg 3).

Ni deltakere besvarte skjemaet på vegne av sine avdelinger: SSKS, HS1, HS2, HS3, KReSS, RMM, NR Askim og NR Nesodden.

HS1 og SSKS hadde jevnlig, pasientrelaterte møter på VK med lokale samarbeidspartnere før oppstart av hovedprosjekt. Flere andre avdelinger hadde erfaringer fra forprosjektet (Driveklepp et al. 2006a), men deretter hadde bruken "dødd ut" av ulike grunner, som for eksempel mangel på utstyr lokalt, klarhet om hvem som eventuelt skulle betale leie av studio lokalt, at det ikke var innarbeidet i avdelingens rutiner, at det ikke var nok kjennskap til utstyr og fare for at teknikken skulle svikte. En viktig faktor er også at denne satsningen har vært helt avhengig av eksterne bevilgninger for å kunne oppnå et driftsnivå.

På spørsmål om hvor stor prosentandel av den totale pasientmengden som man på ett eller annet tidspunkt hadde brukt VK i forløpet for, anslo SSKS 10 %, mens HS1 anslo ca 20 % av primærpatientene.

67 % brukte VK til andre formål som undervisning/veiledning til samarbeidspartnere eksternt¹¹ eller til administrative møter internt på SunHF¹².

Flere klinikker hadde eget møterom med utstyr og de resterende ytret ønske om dette. Møteromsbooking er komplisert siden det er stort press på hvert enkelt møterom, slik at eget avdelingsutstyr ville lette tilgjengeligheten og øke bruken av VK i fremtiden. Tilbakemeldinger er ivare tatt og videreført til prioriteringsutvalg og innkjøpsansvarlige.

Deltakerne ble forespurt om eksisterende prosedyrer på områdene: Vurderingsopphold, innskrivning, utskrivning og oppfølging etter opphold. Avdelingene hadde ulike typer opphold og ulike problemstillinger som gjorde at prosedyrene var forskjellige¹³. Ingen hadde tilpasset bruk av VK i eksisterende rutiner/prosedyrer i behandlingslinjen.

6.4 Faglig gjennomføring

6.4.1 Rutiner

Første del av hovedprosjektet hadde fokus på utforming av informasjonsskriv, prosedyrer og rutiner i forhold til drift rundt bruk av VK på SunHF.

Informasjonsskriv og prosedyrer ble godkjent og presenteres i sykehusets eHåndbok, sammen med andre prosedyrer¹⁴.

6.4.2 Informasjonsskriv

Tre informasjonsskriv ble utformet:

1. Informasjonsskriv til pasient / pårørende (Vedlegg 4)
2. Informasjonsskriv (generelt) til lokale samarbeidspartnere (Vedlegg 5)
3. Praktisk informasjonsskriv til deg som skal delta på videokonferansemøte (Vedlegg 6)

6.4.3 Prosedyrer

Det var nyttig å kjøre en koordinert prosess på tvers av avdelingene, hvor prosedyrer fra de ulike avdelingene ble presentert for alle deltakerne slik at man kunne få eksempler og tips til eget prosedyrearbeid.

Følgende skriftlige prosedyrer ble utformet:

1. **Prosedyre bruk av VK - SunHF:** "Bruk av videokonferanse knyttet til innleggelse, utskrivelse og oppfølging av pasienter". Trinn for trinn - beskrivelse av hvordan man praktisk går fram for å bruke VK i pasientforløpet (hvem gjør hva, hvilke samtykker er nødvendig og hvordan dokumentere dem, hvilke skriv skal sendes ut, hvordan booke VK - møterom og teknisk support (Vedlegg 7).

¹¹ Til andre helsepersonell i kommuner/institusjoner/kompetansesentre og skoler

¹² Personalmøter og ledermøter for eksempel.

¹³ Noen har lange opphold, noen har pasienter som kommer tilbake til nye innleggelser gjennom hele livet, mens andre har kortere vurderinger.

¹⁴ I tillegg har avdelingene hatt en "overgangsordning" med egne permer med alle skriv og prosedyrer i papirformat på hver avdeling.

2. **Prosedyre film og video:** "Hvordan man går fram for å bestille filming, redigering, låne utstyr, samt håndtere filmet materiale". Trinn for trinn beskrivelse av hvordan man praktisk foretar filming på SunHF (Vedlegg 8).
3. **Avdelingsvise prosedyrer:** Integrering av telemedisin i eksisterende prosedyrer for avdelingene knyttet til innleggelse, utskrivelse og oppfølging av pasienter (Vedlegg 9).
4. **NAV- prosedyre:** "Prosedyre for samarbeid mellom NAV og Sunnaas sykehus HF". Trinn for trinn beskrivelse av hvordan man kontakter NAV for å låne VK- studio, hvem som har ansvaret for hva, tidsfrister etc (Vedlegg 10).

En rekke aktører hadde innspill til denne prosessen¹⁵. Det var mange juridiske forhold som måtte gjennomgås for å sikre at prosedyren film og video er lovmessig korrekt. Filmprosedyren brukes i 2010 som et utgangspunkt for en landsdekkende gjennomgang med tanke på å lage en standard for slike prosedyrer (Nasjonalt nettverk for teknologistøttet læring i helsevesenet).

6.4.4 Opplæringsfilmer

Pasientoppfølgingen skulle involvere opplæringsfilmer knyttet direkte til pasienters problemstillinger, siden dette var forsøkt i forprosjektet med godt hell¹⁶. Dette ble ikke gjort i prosjektperioden, men er aktuelt som del av tjenesten.

6.4.5 Oppstart av tjeneste

Oppstart av tjenesten ble igangsatt når avdelingen var "klar" for dette¹⁷. Det ble vedtatt en oppstartsstrategi som skulle sikre at alle nivå i avdelingene ble informert og fikk nødvendig opplæring før oppstart.

Oppstartsstrategi

- Generell informasjon om tjenesten (personalmøter på avdelingene)
- Prosedyreopplæring (teamkoordinatorer)
- Fastsettelse av intern oppstartsdato på aktuell avdeling
- Utsendelse av informasjonsmail / avdelingsnytt
- Informasjon ut til SunHF (intranettsaker m.m)
- Ekstern informasjon (samarbeidspartnere)

6.5 Teknisk gjennomføring

6.5.1 VK på SunHF

I 2006 ble telemedisinsatsningen på SunHF etablert med en stilling administrativ/teknisk ressurs og avsatte midler til satsningen. Ved oppstart av hovedprosjektet, ble noen prosjektmidler brukt til å styrke området med en klinisk fagressurs (prosjektkoordinator). Det ble i tillegg ansatt en vikar som teknisk ansvarlig, og som har ivaretatt studiotjenester (tester,

¹⁵ Styringsgruppen, referansegruppen, kvalitetssjef, sjefslege, informasjonssjef, datatilsynet og pasientvernombudet på Oslo Universitetssykehus – Ullevål.

¹⁶ Forprosjektet produserte flere treningsfilmer som fulgte med pasienten til hjemkommunen.

¹⁷ Første avdeling var klar i juni 2008, siste avdeling startet i november 2009.

oppkoblinger, teknisk support for fagpersonell) og tjenester i forhold til videoopptak og redigering og øvrig behov innen utvikling av multimediemateriell på foretaket¹⁸.

Det har siden 2006 vært gjennomført oppgradering av VK-studioer, så ved oppstart hadde SunHF i 2007, var det 12 VK-studioer. Etablering av nye studioer på SunHF Nesodden, Askim og Drøbak har pågått i hele perioden, slik at foretaket skulle være godt rustet for en videreutvikling av tjenester basert på VK.

SunHF har benyttet seg av etablert utstyr og har gjort vurderinger underveis i forhold til drift og nyetableringer i prosjektperioden.

6.5.2 Nettverk

Studioer er tilkoblet Norsk Helsenetts videotjeneste. Dette gir mulighet for VK-kommunikasjon med andre aktører i helsenettet og med aktører utenfor helsenettet via ISDN og Internett.

Hovedprosjektet forutsatte at lokalsykehus, kommuner og rehabiliteringsinstitusjoner som skulle delta i tjenesten, hadde tilgang til VK-utstyr og at dette helst var tilkoblet helsenettets videotjeneste.

6.5.3 Opplæring i bruk av VK

Opplæring av aktuelt personell i praktisk bruk av VK, har vært en sentral strategi. Alle avdelinger skulle få opplæring i det VK - utstyret som var mest aktuelt for dem å benytte og noen ansatte skulle på sikt kunne fungere som superbrukere. Ved prosjektavslutning skulle et superbrukersystem og systematisk opplæringsystem være forankret og i rutinemessig drift.

Opplæringen var delt i tre deler:

1. Nettbasert innføringskurs i VK
2. Praktisk opplæring i VK - studio
3. Opplæring i prosedyre knyttet til VK i pasientforløpet

6.6 Markedsføring

Markedsføring har i hele prosjektperioden vært et satsningsområde. I januar 2009 presenterte prosjektleder en kommunikasjonsplan for prosjektgruppen etter et møte med Kommunikasjonsavdelingen på SunHF. Markedsføringen har vært ivaretatt av prosjektledelsen, prosjektgruppen og kommunikasjonsavdelingen, for å nå alle involverte ved foretaket samt nå ut til eksterne samarbeidende omgivelser. Den har vært noe rammet av lite ressurser på Kommunikasjonsavdelingen og hemmende regler i forhold til Internett-tilganger for de ansatte¹⁹.

6.6.1 Intern markedsføring

Intern informasjon og markedsføring har bl.a. vært viktig i forankringsprosessene (Kapittel 8.3)

¹⁸ Funksjonene ble integrert som en stor del av prosjektet og kontraktsfestet mellom SunHF og NST og stillingen har i prosjektperioden blitt endret til en fast stilling.

¹⁹ SunHF er underlagt Universitetssykehuset i Oslo – Ullevål, sin infrastruktur og de overholder strenge regler for tilgang til Internett, uten mulighet for vurderinger ift lempelige løsninger, der dette kan være hensiktsmessig.

Denne har bestått av:

- Presentasjoner (prosjektgruppe, avdelinger, foretaksledelse, styringsgruppe m. fl)
- Møter (prosjektgruppe, styringsgruppe, delprosjektgrupper, kommunikasjonsavdeling og andre avdelinger)
- E-post (alle involverte på alle nivå på foretaket)
- Filmer (Case fra prosjektperioden, pasientmøter etc)
- Foto fra aktiviteter
- Intranettartikler og informasjoner

6.6.2 Ekstern markedsføring

Den eksterne markedsføringen har vært viktig for å nå ut til samarbeidspartnere i HF, kommuner, ved institusjoner, NAV og andre som for eksempel overordnede myndigheter.

Denne har bestått av:

- Presentasjoner (HF, kommuner, institusjoner, høgskoler, seminarer, konferanser, både nasjonalt og internasjonalt)
- Møter (Helsedirektoratet og andre interessenter)
- E-post
- Informasjonsskriv (HF, kommuner, institusjoner, pasienter, pårørende, lokale kontaktpersoner og andre)
- Filmer (Case fra prosjektperioden, pasientmøter etc)
- Foto fra aktiviteter
- Internettartikler og informasjoner
- Artikler i media (VG, Mediaplanet, vedlegg i Dagens Næringsliv mfl.)
- Stand/posters (konferanser, seminarer, utstillinger – rehabilitering/telemedisinsk fagområde)

6.6.3 Markedsføringsoversikt

- Interne presentasjoner (17)
- Eksterne – nasjonale presentasjoner (22)
- Eksterne vitenskapelige presentasjoner (2)
- Ekstern undervisning til Høgskoler (9)
- Eksterne internasjonale presentasjoner (6)
- Brosjyrer (3)
- Posterpresentasjoner (2)

7 RESULTATER

Dette kapitlet beskriver de erfaringer og resultater hovedprosjektet har innsamlet gjennom prosjektperioden.

7.1 Resultater fra gjennomføring av hovedprosjektet

7.1.1 Faglig resultat

Prosjektets hovedmål var:

”Ved hjelp av IKT å etablere en rutinetjeneste knyttet til innleggelse, utskriving og oppfølging av pasienter.”

Helt konkret var målet å tilby samarbeidsmøter med lokalt hjelpeapparat knyttet til de ulike fasene i pasientforløpet, samt i enkelte tilfeller å kunne tilby opplæringsfilmer knyttet til spesielle problemstillinger hos pasientene.

Totalt har det blitt gjennomført 55 registrerte samarbeidsmøter på VK med lokalt hjelpeapparat²⁰.

Oppstart i avdelinger

Det viste seg også at behovene og pasientgruppene ved avdelingene var svært ulike, samt at noen avdelinger hadde andre store omstillingsprosjekter som gjorde at de valgte å avvente oppstarten.

Oversikt over avdelingsoppstart i prosjektperioden:

- Våren 2008: SSKS, KReSS, HS1
- Høsten 2008: RMM, NR Nesodden, HS2
- Våren 2009: NR Oslo,
- Høsten 2009: NR Askim

Innleggelse

Ett møte er knyttet til planlegging av innleggelse (senfaseintervju KReSS). Dette utgjør 2 % av de pasientrelaterte samarbeidsmøtene.

Utskrivning

48 møter er knyttet til planlegging av utskrivning (alle avdelinger). Dette utgjør 87 % av VK - møtene. I disse møtene har man kunnet samle alt av personell som involveres i pasientomsorgen fra SunHF, Kommunehelsetjenesten, NAV etc.

Utskrivningssamtaler har samlet opptil 30 personer fra SunHF, kommunehelsetjeneste og NAV, som involveres i pasientomsorgen etter utskrivning. Da har man kunnet gi samme informasjon til alt personell, samt fått diskutert utfordringer og hvordan de kan løses.

Oppfølging etter utskrivning

Seks møter var knyttet til oppfølging etter utskrivning (SSKS 4, HS2 2), noe som utgjør 11 % av VK - møtene. HS 2 har hatt ett oppfølgingsmøte pr pasient etter utskrivning. Logoped ved

²⁰ Dette er møter registrert gjennom evalueringsskjema i 2009. Personalet har i etterkant meldt inn uregistrerte møter utover dette, men de er ikke tatt med i denne oversikten.

SSKS har gjennomført fire møter knyttet til oppfølging av to dysfagipasienter (pasienter med spise- og svelgevansker) over lengre tid²¹.

Oppfølging av dysfagipasienter har lenge vært en ønsket tjeneste, men ikke vært gjennomførbart ved bruk av tradisjonelle metoder i forhold til innleggelse, polikliniske timer etc. Men ved bruk av VK, kunne denne tjenesten tilbys pasienter over tid, mens de er hjemme (enten på sykehjem, omsorgsbolig eller i annet hjem).

Denne typen oppfølging kan ses som en ny tjeneste, eRehabilitering av dysfagipasienter, en form for "Rehabilitering på direkten". Logopedene har gjort et banebrytende arbeid med å gjennomføre veiledning og trening av svelgefunksjon via VK og legger dette inn i fremtidige planer for sin virksomhet.

Utfra kjennskap til området er dette første gang det er forsøkt i Norge. Tilbudet er basert på erfaringer fra forprosjektet og resultatene er oppsiktsvekkende positive for pasienten, både i forprosjekt og hovedprosjekt (Vedlegg 11).



Bilde 1: Dysfagioppfølging med pårørende og støttekontakt tilstede.

Opplæringsfilmer

Det har ikke blitt laget noen opplæringsfilmer knyttet direkte til pasienters problemstillinger i dette prosjektet. Det er utformet rutiner og tilbud om hjelp til filming og redigering, men tjenesten blir likevel lite brukt så langt. En avdeling oppgir det også som tungvint å måtte forholde seg til fysiske taper med innlastinger og gjennomsyn som må foregå utenfor avdelingen.

Individuell Plan

VK - møter for å samle personell som er involvert i utforming av pasientenes IP, var utprøvd i forprosjektet og ønsket videreført. Dette ble ikke aktuelt i prosjektperioden, men er et aktuelt oppfølgingsområde for flere avdelinger, da det vil være hensiktsmessig for å samle de involverte partene²².

Tilleggstjenester

Tilleggstjenester til den øvrige tjenesten har vært diskutert og gjennomført i prosjektperioden.

Forelesninger via VK og Internett

SunHF har parallelt med hovedprosjektet, gjennomført en rekke forelesninger og produsert videosnutter om ervervet hjerneskade, beregnet på ansatte i kommuner og andre

²¹ En oppfølging pågår fortsatt i 2010.

²² Pga lange avstander og mulighet for en tettere oppfølging med mange involverte ved bruk av VK.

interesserte. Dette prosjektet drives av HS (SKUP-prosjektet). Høsten 2008 ble forelesningene vist via VK i et 12 timers kurs. Kurset hadde 600 deltagere fordelt på 10 studioer rundt om i landet, med gode tilbakemeldinger²³.

Videreutviklingen av tilbudet vil være veiledning av enkeltkommuner på VK, der deltagerne først har sett aktuelt emne som nettførelse, slik at man har felles grunnkompetanse i veiledningen.

Tolketjeneste

Det brukes ofte språktolketjeneste, og de mest benyttede har vært Oslo Tolketjeneste og Noricoms tolketjeneste²⁴.

Innkjøpsleder gjennomførte, på forespørsel, en kartlegging av volum og økonomi relatert til tjenesten våren 2009 og fant at SunHF brukte store summer på tolketjenester på tradisjonell måte. Det ble inngått en avtale om skjermtolking med de to mest brukte tjenestene. SunHF ble også høsten 2009 med på en anbudsrunde sammen med Oslo Universitetssykehus HF²⁵. Ny avtale ble inngått med Noricom og prosedyrer rundt tjenesten er beskrevet i eHåndboken.

Skjermtolking har fungert bra, men noen ganger med vekslende teknisk kvalitet på lyd og bilde. Den dårlige kvaliteten har vært relatert til tolketjenestens studioer og muligens i kombinasjon med SunHFs helsenettforbindelse og tolketjenestens IP-forbindelser. Personellet synes at skjermtolking er greit når tolken har god kvalitet og lyden er tilfredsstillende²⁶.

Tolketjenesten i Oslo har vært mest brukt i forhold til skjermtolking, så sykehuset har ingen erfaring med skjermtolking fra Noricom. Det er viktig at ansatte nå får testet skjermtolking i større målestokk fremover.

Ernæringsfysiolog

Det er ikke ansatt ernæringsfysiolog ved SunHF i dag. En periode hadde man veiledning fra en lege ved sykehuset som hadde spesialkompetanse på feltet og det har også vært henvist pasienter til Sykehuset i Østfold. Dette har vært drøftet som et behov i prosjektgruppen og formidlet til klinikklederne, som mente det var behov for en kartlegging av behov. En kartlegging vil være vanskelig, siden personalet ikke etterspør et behov på en tjeneste de vet de ikke har.

Et anslag fra avdelingene tilsier minimum ½ årsverk, og man ønsker en kombinasjon av tilstedeværelse og VK - tjeneste.

Hvis SunHF er interessert i å styrke dette tilbudet kan dette dekkes enten ved ansettelse av redusert årsverk eller ved å inngå en avtale med andre helseforetak om veiledning via VK ved behov.

²³ SunHF har lagt 16 foredrag åpent på nett på <http://www2.helsekompetanse.no/atutor/157/>.

²⁴ Tolkere har oftest reist fra Oslo til aktuelle avdelinger på Nesodden, Askim eller i Drøbak. I noen tilfeller ble det etter hvert gjennomført skjermtolking med tolk på VK. Noen få ganger også telefontolking, men sistnevnte er ikke anbefalt til rehabiliteringspasienter på SunHF.

²⁵ Oslo Universitetssykehus HF – www.OsloUniversitetssykehus.no. Hovedprosjektet bidro i denne prosessen med deltakelse fra prosjektdeltaker ved RMM og med innspill ift skjermtolking.

²⁶ Ved enkelte tilfeller har personalet derimot vært usikker på om tolken holder god nok kvalitet, og de opplever det som ekstra vanskelig å få oppklart misforståelser hvis da også lyden er noe redusert.

Pasientvolum

Tabell 1: Oversikt over ca antall involverte pasienter i prosjektperioden fordelt på avdeling

Avdeling	Pasienter
Klinikk for hjerneskader (Traumatiske hjerneskader, HS 1)	18 (eksterne møter) 4 (intern overføring til KReSS)
Klinikk for hjerneskader (Hjerneslag, HS 2)	12 (eksterne møter) 1 (intern overføring til KReSS)
Klinikk for hjerneskader: KReSS (Kognitiv rehabilitering)	4 (eksterne møter) 5 interne overføringsmøter med HS1 og HS2
SSKS (SunHF spesialpedagogiske kompetansesenter)	2 (HS2 pasienter – 4 møter)
NR Askim (Nevrologisk rehabilitering)	1
NR Nesodden (Nevrologisk rehabilitering)	1
NR RaTi Oslo (Raskere tilbake)	Tolketjenester
RMM (Klinikk for ryggmargsskader og multitraumer)	11

På to områder gjennomføres nå VK-møter rutinemessig for alle pasienter:

- Alle overføringer internt på SunHF (innad klinikk for hjerneskader)
- Alle overføringer mellom SunHF og CatoSenteret, som har et stort volum av pasientoverføringer fra SunHF²⁷.

7.1.2 Teknisk resultat

VK-utstyr på SunHF

SunHF har i dag 17 studio som er fordelt på Nesodden, Askim, Drøbak, Oslo, Stavern og Kongsvinger. Drift, vedlikehold, oppgraderinger og nyetableringer med utforming og design av studio, er en pågående og kontinuerlig prosess.

Det er etablert mange studio for å dekke behovet for både klinikknære og administrative studio. Disse brukes til mange ulike formål, som allmøter, interne administrative møter og fagmøter, med opptil fire parter samtidig. Videre brukes VK i møter med samarbeidsparter og stadig oftere til pasientmøter.

²⁷ <http://www.catosenteret.no>

Både helsenettet og noen studio har flerpartsfunksjonalitet, slik at man kan kommunisere med flere studio i samme møte. Oftest har en behov for å kommunisere med flere deltakere på enten VK eller telefon. Brukerne av VK kan oftest selv ordne dette uten å måtte ringe supporttjenesten. Flerpartsfunksjonalitet gjør utstyret mer brukervennlig og fleksibelt.

Norsk Helsenett SF har nylig kommet med et nytt verktøy som kan brukes ved oppkobling til flerpartskonferanser, virtuelle møterom. Helseforetak, kommuner etc kan bestille virtuelle møterom fra Norsk Helsenett (med eller uten passordbeskyttelse) og man kan ha et flerpartsmøte ved at aktørene selv ringer inn til rommet. Dette er et godt alternativ og er så vidt utprøvd ved SunHF i siste fase av hovedprosjektet.

SunHF har flest TANDBERG VK - utstyr. Fordelen med det har vært stabil drift og brukervennlighet. I prosjektperioden er det også etablert et nytt studio på RMM, som har SONY VK-utstyr. Alle studio skal ha enkle bruksanvisninger tilgjengelig, fysisk i studioet og via en egen VK – intranettside, der de ansatte kan finne alt de trenger å vite om VK på SunHF (Vedlegg 12, 13).

Oppgraderinger og brukermedvirkning i design av VK -studio

Når det skal etableres et nytt studio eller et eksisterende skal oppgraderes, er det viktig å kjenne til bruksområdene og samtidig kunne se nye muligheter for det aktuelle studioet. Det er viktig å ha kunnskap om teknologiske muligheter, samt ha med studiobrukernes egne erfaringer og ideer, bl.a. er plassering av kamera og skjerm viktig i forhold til hvordan studioet skal brukes (Aanestad 2003). SunHF har gjennomført flere nyetableringer og oppgraderinger av studio, der brukermedvirkning i design av studio har vært viktig. Ett eksempel er forberedelsen til VK - overføring av doktorgradsdisputas på SunHF, til deltakere over hele landet i 2007. Det ble nødvendig med en oppgradering av Auditoriet i forkant av disputasen og representanter fra Forskningsavdelingen var viktige rådgivere i forhold til hva som måtte endres og gjøres i denne oppgraderingen. Etter 2007 har det vært overført flere disputaser via VK.

Oppgraderinger og brukermedvirkning i design av VK - studio er en pågående og kontinuerlig prosess, og det vil bli utarbeidet egen prosedyre for denne prosessen.

Nettverk

Det er en stor fordel om samarbeidspartnere er tilkoplek Norsk Helsenett sin videotjeneste. Det forenkler opprettelsen av stabil og sikker kommunikasjon mellom studioer. Det er i overkant av 420 videoanlegg tilknyttet helsenettet per i dag.

Fra helsenettet er det mulig å ringe studio som er utenfor helsenettet, via ISDN eller IP²⁸. Kommunikasjonskvaliteten mot eksterne studio via Internet kan ikke garanteres og man kan oppleve dårlig bilde og lyd på grunn av annen belastende trafikk på Internett. Kommunikasjon til studio via ISDN regnes som sikker kommunikasjon. Når det gjelder kommunikasjon til studio via internett kan man ikke garantere sikker kommunikasjon. Derfor kan studio på Internett heller ikke, av sikkerhetsmessige årsaker, uten videre ringe inn til studio på helsenettet.

I prosjektperioden har vi hatt VK med samarbeidsparter både på helsenett og utenfor helsenettet, via ISDN og Internett. Det er også gjennomført VK-møter med kommuner som har egne lukkede nettverk, der man har måttet oppgi passord for å få koblet opp møtet.

²⁸ I den senere tid har det også blitt mulig å åpne opp for at spesielle enheter i helsenettet kan bli oppringt fra Internett. Dette har ikke SunHF hatt behov for å benytte seg av enda.

SunHF har tilgang til TMS på helsenettet for booking av flerpartskonferanser, overvåking av videokonferanser, m.m.

VK hos samarbeidspartnere

Det var en forutsetning for prosjektet at kommuner og institusjoner som ble involvert i tjenesten måtte ha eget VK-utstyr. I forprosjektet erfarte man at det kunne være vanskelig å finne VK-utstyr i pasientenes hjemkommuner, så man var forberedt på at dette kunne bli et problem også i hovedprosjektet.

Hovedprosjektet har hatt flere muligheter for å kunne finne utstyr i nærheten av pasient og personell:

- www.helsekompetanse.no (En nasjonal læringsplattform, som er den foretrukne i Helse Nord. Helse Nord gir midler til teknisk drift, men den er utviklet av NST og de har ansvar for det faglige innholdet). Læringsplattformen har en egen oversikt over de helseforetak og andre aktuelle aktører som har VK-utstyr²⁹).
- Oversikt i helseregionene (utarbeidet av NSTs regiongruppe³⁰).
- Norsk Helsenett SFs videotjeneste med eget adresseregister³¹
- NAV - Tilgjengelighet til VK - utstyr fikk et gjennombrudd da man kontaktet NAV og fikk opprettet et samarbeid med dem om tilgang til deres VK – studio på kontorer i Helse Sør-Øst. Erfaringene har vært positive og det er nå åpnet for at SunHF kan benytte alle deres studioer over hele landet. Et ønske er også at disse stilles tilgjengelig for alle aktører i helsevesenet, som har behov for slike samarbeidsmøter.

Telemedisinteamet og prosjektleder benyttet seg av disse oversiktene for å finne studioer i pasientens nærhet. Ved noen anledninger ble det inngått avtaler med nærmeste helseforetak for å kunne få til et VK - møte i pasientens nærhet. Et foregangseksempel er UNN HF, som på forespørsel, åpnet alle sine VK - studio (Tromsø, Narvik og Harstad) for alle kommuner i deres nedslagsfelt.

Brukerstøtte

Telemedisinteamet har i prosjektperioden hatt ansvar for den lokale support av tjenesten og det er underveis gjort vurderinger av hvordan denne skal organiseres.

Videreføring av tjenesten og forankring av ansvar relatert til dette området er avklart. Samhandlingsavdelingen er ansvarlig for drift, vedlikehold og lokal support som er samkjørt med den nye supporttjenesten til Norsk Helsenett SF.

Sommeren 2009 ble Norsk Helsenetts Videoportal³² etablert, med en egen førstelinje telefonsupport for videotjenesten, 02017. Kunder som abonnerer på tjenesten kan benytte seg av den gratis. Det tilbys booking support for flerpartskonferanser og hjelp når problemene oppstår³³.

²⁹ Denne oversikten inneholder kun kontaktdata i forhold til institusjonenes sentralbord, ikke navn på kontaktpersoner til utstyret.

³⁰ Detaljert liste for alle helseregioner, med opplysninger om utstyr og kontaktpersoners data. Disse listene var ikke oppdatert, men hadde allikevel mange aktuelle kontaktpersoner og utstyr intakt.

³¹ Dette inneholder nummer til alle deres kunder og kan slås opp på alle VK-enheter som er tilknyttet helsenettet.

³² <http://videoportal.nhn.no/>

³³ Dette er til stor hjelp for mange mindre sykehus som ikke har noen studioansvarlig til å passe på alle VK.

SunHF har siden høsten 2009 brukt denne tjenesten og opplever den som et veldig nyttig supplement til egen supporttjeneste.

Den lokale supporttjeneste sees i sammenheng med forankring av opplæring.

7.1.3 Opplæring

SunHF og NST har lang erfaring med bruk av VK og hvilke tiltak som er nødvendig for å få personellet til å bruke VK. Det ble lagt stor vekt på opplæring av personellet i bruken av VK.

Opplæringen har vært gjennomført i hele prosjektperioden, fordelt på to nivåer:

- Nybegynner – enkel studioopplæring
- Viderekommende – avansert studioopplæring

Opplæring i bruk av VK – enkel

Totalt har 148 personer fått opplæring i bruk av VK i prosjektperioden³⁴. Det er gjennomført ca 24 undervisninger i året (dvs ca 48 totalt). Gjennomsnittlig antall deltakere pr undervisning (basert på siste års tall) har vært 5,4.

Opplæringen har bestått av en kort teoretisk gjennomgang i studio, før praktisk trening og bruk av VK. Telemedisinkoordinator og prosjektkoordinator har vært ansvarlig for denne opplæringen.

NST har utviklet mye informasjonsmateriell i bruk av VK som er fritt tilgjengelig på www.helsekompetanse.no Dette består av en VK-guide og et nettbasert VK-kurs med en kort innføring i bruk av VK. Grunnet SunHF's store begrensninger i forhold til Internett-tilgang på foretakets PCer, så har kun få deltakere gjennomført dette ½ times innføringskurset.

NST har også utformet en liten lettlest brosjyre med gode råd om bruk av VK, som er lagt tilgjengelig i alle SunHF's studioer.

Opplæring i bruk av VK – avansert

Det ble gjennomført tre viderekommende opplæringsrunder med totalt 15 deltakere. Telemedisinkoordinator og prosjektkoordinator har vært ansvarlig også for denne delen av undervisningen, som har foregått i ulike studioer³⁵. For å nå flest mulig, har man laget en åpen invitasjon i tillegg til utsendt invitasjon på e-post og informasjon på intranett. Støttemateriell i undervisningen har som regel vært en enkel bruksanvisning og visning av prosedyren i eHåndboken. VK – guiden fra NST har også vært nyttig i denne sammenheng.

Opplæring i prosedyrer knyttet til tjenesten

En kort gjennomgang av prosedyren har vært gjort i tilknytning til hver undervisning i bruk av VK. I tillegg har pasientkoordinatorer hatt grundigere gjennomganger av prosedyren for tjenesten med SunHF's ansatte med ansvar for tett oppfølging mot kommuner / hjemsted. Den grundige gjennomgangen er gjennomført ti ganger til totalt 69 deltagere³⁶.

³⁴ Noen har fått undervisning flere ganger.

³⁵ For å finne fram til aktuelle deltagere, ble det diskutert med PG og aktuelle teamledere hvem som skulle delta.

³⁶ Mange av dem har gjort det flere ganger, ca 25 - 30 personer.

Erfaringer – opplæring

I starten trenger man en viss *"forsiktig positiv psykologisk tilnærming"* for å ufarliggjøre bruken av dette verktøyet. Det er viktig å legge opplæring på et helt grunnleggende nivå (f.eks hvor er av-på-knappen på skjermen og at alle får prøve å trykke på den). Det har vært en stor fordel at helsefagpersoner er med i undervisningen (prosjektleder er opprinnelig spesialsykepleier og prosjektkoordinator fysioterapeut). Markedsføring av hvilke erfaringer og muligheter dette utstyret konkret kan gi avdelingens personell og pasienter og for eksempel å spille på at fjernkontrollen fungerer som en mobiltelefon, har vært vellykket. Det har også vært viktig å la folk få prøve selv og ha en annen person å ringe til som kan lage litt moro ut av det å ringe noen³⁷. Helsefagpersonen kan også fungere som en slags "oversetter" mellom det tekniske og det helsefaglige språket og kulturen. Dette er i tråd med litteratur på området, som viser at man bør ha mer fokus på det *"kognitivt - emosjonelle aspektet"* hos brukerne av telemedisin for å lykkes. Viktigheten av at personellet opplæres understrekes av flere siden det er behov for en noe endret kommunikasjonsform ved VK – konsultasjoner og møter (Liu et al. 2007).

Det er en utfordring å vedlikeholde det ervervede kunnskapsnivået, dersom utstyret brukes sjeldent. Vi har derfor tilbudt support eller ekstra opplæring rett før et aktuelt møte. Vi har også tilbudt massiv support på de første møtene for å sikre at man får et positivt inntrykk av den første opplevelsen med tjenesten, noe som har vært viktig i innføringen av en ny tjeneste. Når de første positive opplevelsene kommer, blir tjenesten etterspurt av seg selv, og *"snøballen begynner å rulle"*.

Felles etablering av prosedyrer har vært nyttig for eierskap til tjenesten. Prosjektdeltakerne har hovedsakelig vært personell som koordinerer kontakten med kommunene, og deres erfaringer og kunnskap har vært avgjørende for å finne fram til gode samhandlingsrutiner i telemedisin. Det viste seg også at praksisen i generell samhandling med kommuner var ulik på en del områder og dette er blitt tatt opp videre i samhandlingsnettverket ved SunHF, for få en mer felles profil utad også på andre samhandlingsområder.

7.2 Resultater fra evalueringen

I utgangspunktet var det ikke avsatt midler til evaluering. Prosjektet har likevel innhentet et systematisk utvalg av evalueringer knyttet til VK og pasientforløpet. Den kvantitative og kvalitative evalueringen var inndelt som følger:

- TMS - data på total VK - bruk på SunHF. Bruk av VK er også registrert med kvantitetsdata via Norsk Helsennett SFs TMS, som er en programvare installert hos flere superbrukere på SunHF og som brukes til oppkobling av flerpartskonferanser. Disse opplysningene gir ingen detaljer ift hvilke typer møter det er snakk om, kun volum på sendinger.
- Elektronisk evalueringsskjema for bruk av VK ved SunHF i 2009 (Vedlegg 15). Prosjektledelsen utarbeidet i samråd med FIPP et evalueringsskjema der alle som brukte VK på SunHF skulle besvare et skjema og sende inn etter hver sending³⁸.

³⁷ PL, som også er helsefaglig personell, har ofte vært mottaker i sitt VK - studio på Hønefoss

³⁸ For å nå de som hadde liten tilgang til Internett-PC på sin avdeling, så var det anledning til å fylle ut skjemaene i egen studioperm. Skjemaet ble utformet i et Internettbasert questbacksystem, www.fagevaluering.no utviklet av Per Egil Kummervold, NST.

- Spørreundersøkelse – prosjektdeltagere/avdelingsansatte på SunHF, lokale samarbeidspartnere og pasienter og pårørende, som har vært involvert i tjenesten (Vedlegg 16, 17 og 18). Prosjektledelsen utformet også sammen med FIPP, en intervjuguide til bruk til alle involverte helsepersonell, en intervjuguide til bruk ved intervju av enkelte pasienter og prosjektgruppen og ansatte ved avdelingene bidro med innlevering av egne spørreskjema etter avdelingsvise diskusjoner.

Hoved- og delprosjekter har i hele perioden vært observert av forskerne i NFR - prosjektet FIPP³⁹. De har gitt nyttige innspill og tilbakemeldinger underveis.

Det ble valgt ut sju pasienter (tre pasienter med tilhørende lokalt hjelpeapparat fra HS, to fra RMM, en fra SSKS, og en fra NR). Utvalget er strategisk valgt og kan dermed ikke sies å gi et helhetlig bilde, men vil kunne gi et inntrykk av telemedisintjenesten på tvers av klinikker, diagnoser og problemstillinger.

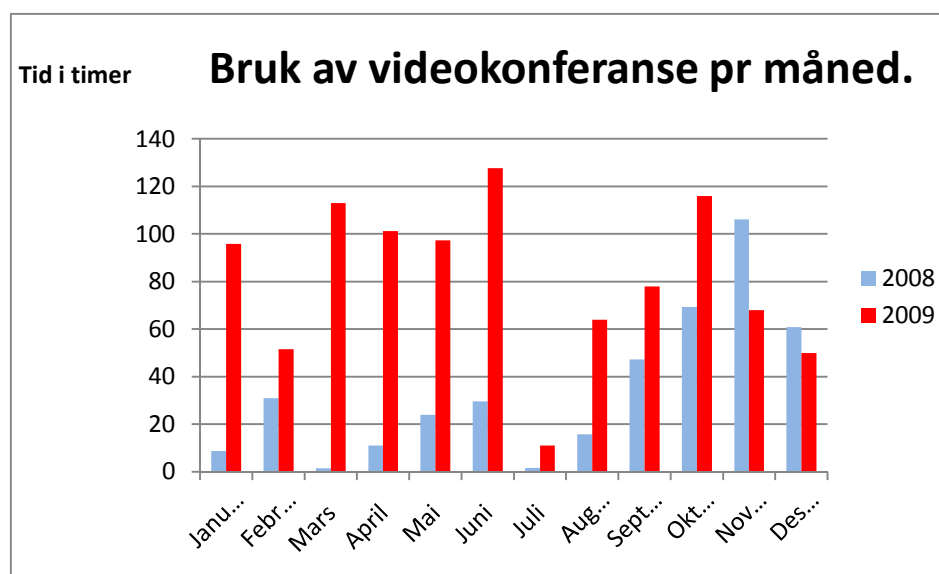
På SunHF besvarte sju ansatte, som hadde vært involvert i tjenesten spørreskjemaene. Dette kapitlet presenterer de kvantitative og kvalitative data som er innsamlet.

7.2.1 Videokonferansebruk ved SunHF 2008-2009

Prosjektet har innhentet opplysninger om den totale bruken av VK på SunHF i prosjektperioden (2008-2009). Dette registreres i TMS. I 2008 ble det brukt VK gjennomsnittlig 33 timer i måneden, mens man i 2009 brukte VK gjennomsnittlig 81 timer i måneden. Volum har altså økt 2,5 gang i løpet av 2009. Sannsynligvis er tallet høyere, da det er to enheter som ikke har registrert data siste halvår. I vårhalvåret 2009 var bruken 5-6 ganger høyere enn vårhalvåret 2008. Interne konferanser teller dobbelt.

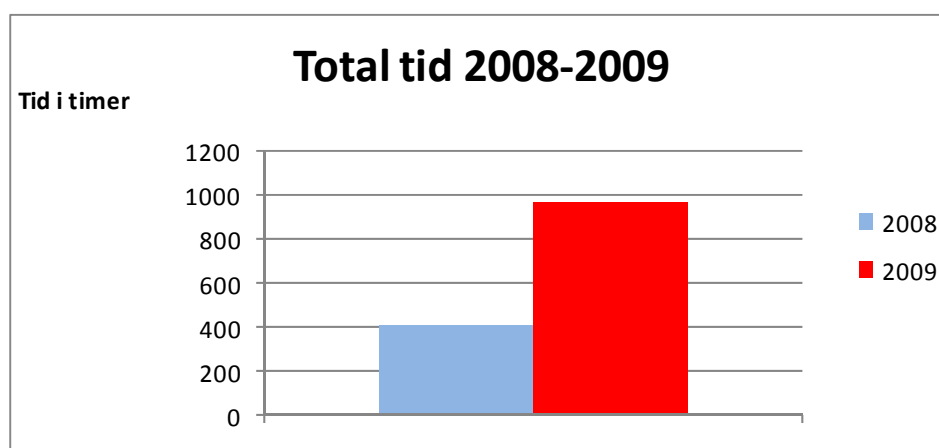
Høyeste registrerte bruk var i juni 2009 med ca 130 timer og laveste registrerte bruk var i mars 2008 med ca 2 timer. Tabellen nedenfor viser VK - bruk i 2008 og 2009. I 2008 var den totale bruk 407 timer på ett år. I 2009 var bruk 974 timer. De blå søylene viser 2008, de røde søylene, 2009.

Tabell 2: Total bruk av VK i timer pr år i 2008-2009.



³⁹ Forsker Margunn Aanestad og forsker Irene Olaussen har vært ansvarlig for dette arbeidet og deltatt på prosjektgruppemøter, delprosjektgruppemøter, samt pasientmøter og selv intervjuet både pasienter og personale underveis.

Tabell 3: Total bruk av VK i timer i 2008-2009



7.2.2 Erfaringer - bruk av VK

Styringsgruppen ønsket en evaluering i bruk av VK ved SunHF. Dette ble igangsatt ved årsskiftet 2008/2009. Egne skjema ble fylt ut etter hver sending, av alle ansatte. Men informasjonen om oppstart av evalueringen til intranettet ble ikke publisert som avtalt, så starten ble noe treg. Prosjektgruppen og deres nærmeste kolleger igangsatte allikevel utfyllingen som planlagt. Totalt har 189 VK-møter blitt registrert (Vedlegg 15).

55 av disse sendingene var pasientrelaterte. På spørsmål om hvilke formål de pasientrelaterte sendingene hadde, svarte en at det var benyttet til planlegging av innleggelse, 48 til utskrivning og seks møter var knyttet opp mot langtidsoppfølging⁴⁰.

Møteromsbooking, planlegging og support

VK-prosedyren ble utformet for å sikre de ansatte rutiner for møteromsbooking, bestilling av support og oppkoblingshjelp til møtene. 70 % booket VK via Outlook. 50 % benyttet telemedisinteamet i planlegging og koordinering av møtene, mens de resterende 50 % selv koordinerte dette.

De som benyttet tilbudet med support fra telemedisinteamet, var fornøyd med dette. Men det inntraff en del episoder underveis når det oppstod tekniske problemer med sendingen og man ikke fikk tak i telemedisinkoordinator. Dette ble unødvendig problematisk og er derfor ivaretatt i den fremtidige support-tjeneste. Support-tjeneste sikres gjennom en kombinasjon av intern support og support fra Norsk Helsenett SF. 50 % hadde gode erfaringer med planlegging og ingen problemer med dette.

Noen ansatte har vært tydelig på at de ønsker i størst mulig grad og ordne seg selv i forhold til VK - møtene. De som har tilgang til eget utstyr og har brukt VK en del, synes det er best å ha styringen på prosessen og ikke være avhengige av andre.

Andre erfaringer

De ansatte har mange positive erfaringer som skisseres i skjemaets kommentarer.

⁵³ Langtidsoppfølgingen har vært gjort med dysfagipasienter på SSKS.

VK - møtene ga:

- ”god kunnskapsoverføring og mulighet for anbefalinger til videre oppfølging.”
- ”mulighet for gode demonstrasjoner av ståtrening (både i ståbord og fra stol med ståfunksjon), samt demonstrasjon av tracial tube og hvordan den fungerer og hvilke hensyn som må tas”.
- ”avklaringer av forholdene rundt pasientens utreise, vurderinger som er gjort av teamet på SunHF, dialog med teamet i pasientens hjemkommune, hvordan pasienten burde følges opp, hvem som burde følge opp og hvor han skal skrives ut til. I tillegg til avklaringer rundt hjelpemidler som er viktig å benytte for videre rehabilitering.”
- ”mulighet for felles forståelse av enkelte trygderettigheter for pasientgrupper. At mange kan delta fra Askim og Oslo var en stor fordel”.
- ”en god orientering om pasienten og en god dialog med mottaker.”

7.2.3 Spørreundersøkelse - prosjektdeltakere SunHF

Utgangspunktet for spørreundersøkelsen, var å finne ut hvordan prosjektdeltakerne og deres kolleger på SunHF har opplevd å bruke VK til pasientrelaterte møter (Vedlegg 16). Alle opplevde det positivt og har opplevd mange positive tilbakemeldinger også fra pasient/pårørende og lokale samarbeidspartnere.

De sier at:

- ”pasienten møter de ansvarlige i kommunen og har et navn og ansikt å forholde seg til”
- ”sannsynligvis skaper dette trygghet”
- ”praktisk og effektiv informasjonsutveksling, siden det også er lettere å få flere til å delta på samarbeidsmøter”
- ”flere fagpersoner som skal følge opp pasient etter utskrivning er satt inn i problematikken, fått møte pasienten via VK gjør dem bedre foreberedt med nødvendige tiltak når pasienten kommer hjem”
- ”VK gir mulighet til kompetansespredning”
- ”det har spart oss for både tid og penger og bruke skjermtolking⁴¹.”
- ”det var lettere å få til møter raskt”

43 % oppgir ingen ulemper ved bruk av VK. De øvrige har noen kommentarer om noen ulemper ift bruk av VK:

- Hvis gruppa blir for stor (når pasienten har nedsatt kommunikasjonsevne), kan det være problematisk og ikke være i samme rom.
- En syntes de fikk en bedre diskusjon rundt pasienten og planlegging av hva som skulle skje etter SunHF, når de er samlet i samme rom, på tradisjonell måte.
- En framhever også at det er et godt alternativ, der det ikke er mulig for lokal samarbeidspartner å komme til møte på SunHF.

⁴¹ Skjermtolking gir store innsparinger ift reisetid og utgifter for tolken.

- KReSS framhever at senfaseintervju er å foretrekke ved "fysisk" oppmøte, men at VK er et veldig godt alternativ, der dette er vanskelig å få til.
- Flere framhever at VK - møter krever god planlegging, konkrete sakslister og god møteledelse for å oppnå dialog og er selvfølgelig avhengig av hvordan mottakerne takler dialog på VK. Dette kreves også i stor grad for gjennomføring av vanlige møter, men er enda mer nødvendig ved VK-møter og ikke nødvendigvis negativt. Fagpersonellet lærer seg enda mer strukturert møteplanlegging med bruk av VK.
- Det er også nødvendig med noe ekstra koordinering rundt booking av VK-utstyr og eventuelt testing på forhånd og for å gjøre det mindre sårbart i forhold til at teknologien skal fungere.
- Flere nevner at møter med pasienter fra Helse Nord fungerte spesielt tilfredsstillende, siden man der er mer vant med bruk av VK-møter.

Barrierer og muligheter

To av sju deltakere ser ikke i dag at VK åpner for nye samhandlingsmuligheter eller pasientmedvirkning, men kanskje på sikt. Fem mener at VK gir nye samhandlingsmuligheter og bedre brukermedvirkning. Men opplever en vegring hos kommunepersonellet og andre lokale samarbeidspartnere, når de innkalles til VK-møter.

Et annet perspektiv er at mottakerapparatet ofte mangler en ansvarlig lokal pasientkoordinator. Dette vanskeliggjør koordinering av slike møter generelt og blir mer avgjørende for tilfredsstillende resultat med denne samarbeidsformen.

På spørsmål om hva som skal til for å få økt bruk ved egen avdeling, svarer derfor tre av sju at barrierene for økt bruk, nå ligger i kommunenes kunnskap om tilbudet og tilgang til VK lokalt.

Noen råd til SunHF og andre som skal starte opp med tilsvarende tjeneste:

- Prioritere mer tid avsatt til slik møtevirksomhet og innarbeide dette enda bedre i sine rutiner også etter prosjektperioden
- Viktig med avdelingenes tilgang til VK og kontinuerlig opplæring i bruk av VK
- Nye rutiner med bruk av VK bør være obligatorisk og ikke et frivillig tiltak, slik at dette ikke er opp til hver enkelt om de ønsker å bruke det i fremtiden.
- Lett tilgang til VK og gode rutiner for opplæring og support.
- Forankring i hele organisasjonen
- Kunnskap og aktiv støtte hos alle ledere i organisasjonen
- Opplæring av alle involverte ansatte i alle avdelinger ved foretaket.
- God forberedelse av alle møter. Husk presentasjonsrunde i oppstart og god møtestruktur, ellers oppnås ikke tilfredsstillende dialog.
- Fordeling av ansvar bør knyttes til personer i teamet som har rom for dette i sin stilling (eks. pasientkoordinatorer, de som har mest kontakt utad).
- Benytt NST, de har god kunnskap og kompetanse på de utfordringer man kan støte på i en slik utvikling.

7.2.4 Telefonintervju med lokale samarbeidspartnere

Samtlige sju lokale samarbeidspartnere som ble forespurt, opplevde VK - møtene positivt. De fikk god kontakt med SunHF's personell, følte stor delaktighet i møtet og hadde i tillegg stort faglig utbytte. Alle anbefalte denne møteformen til andre. En deltaker syntes det var hensiktsmessig, men at de hadde "gruet seg til å delta" og ville foretrukket å møtes ansikt til ansikt.

Uttalelser fra intervjuene var:

- *"Det var veldig inspirerende, positivt og veldig nyttig".*
- *"Fint å bli kjent med pasienten før overføring til vår institusjon"*
- *"Greit, men litt vanskelig i starten at det er på VK – siden det er en ny måte å gjennomføre møter på. Men enklere å få gjennomført møtene med flere deltakere, selv om det beste er å møtes ansikt til ansikt"*
- *"Mye bedre enn telefonsamtale"* (som hadde vært alternativet).
- *"En fin måte å bli kjent med pasienten på og ga god overføringsinformasjon."*

For tre av samarbeidspartnerne ville et møte ikke vært mulig, hvis det ikke hadde vært mulighet for VK - møte (siden en reise ville kreve for mye ressurser både økonomisk og i forhold til lokalt personell). VK - møtene gjorde det mulig å kunne se hverandre, noe som forenklet dialogen og gjorde det lettere å holde kontakt i forhold til pasientoppfølgingen videre.

På spørsmål om det var flere tilstede når man hadde VK - møter, besvarte fem at dette var tilfelle. Samarbeidspartnerne så mange positive effekter av å bruke VK - møter ift spart tid og reisevei. Som en sier: *"også er det jo miljøvennlig"*. Flere enn vanlig kan være tilstede *"og får samme informasjon samtidig."*

For en liten kommune er det viktig at fagfolk blir lett tilgjengelig. En lokal pasientkoordinator sier også: *"at det er viktig at flest mulig får samme informasjon og oversikt samtidig – noe som øker effektiviteten i pasientomsorgen"*.

Fire oppgir ingen problemer med denne møteformen. De øvrige har noen kommentarer.

- *"Sårbart når det tekniske ikke fungerer".*
- *"Begge parter er avhengige av superbrukere som kan stå til disposisjon".*
- *"At ikke alle har det tekniske utstyret tilgjengelig i alle kommuner, det ville vært optimalt".*
- *"Ved gjennomgang og diskusjon rundt dokumenter, kan det bli vanskelig".*
- *"Usikker på hvor godt det ville fungert hvis vi var helt ukjent og ikke hadde hatt fysisk møte først".*
- *"Bør være tilgjengelig i bygget der man jobber".*

Erfaringene viser også at VK-møte etter en viss tid hjemme kan gi både sykehus og kommuner et positivt press for å følge opp problemstillinger som er tatt opp hos samarbeidspartneren.

Iris Jensen Bringedal, fysioterapeut og rehabiliteringskoordinator i Kongsvinger kommune sier følgende: *"Vi må på en måte fjerne oss fra det at vi er så på hver vår tue. Jeg tror at dette er en samarbeidsform som kan fjerne noe av det. Vi blir mer likestilte i behandlingskjeden også. Det er noe med å se folk i øynene, selv om det er på en skjerm"*

7.2.5 Telefonintervju med pasienter/pårørende

De sju pasientene og pårørende som ble intervjuet, opplevde alle VK - møtene som positive. De følte seg svært delaktige i møtet og alle ville anbefale dette for andre pasienter.

De sier at det er:

- *"positivt å møte de menneskene man møter når man kommer hjem"*
- *"positivt at hele teamet i hjemkommunen var samlet for å få samme informasjon"*
- *"tidsbesparende"*

De fleste pasientene oppgir ingenting negativt med møteformen. To sier at lyd og bilde kunne vært bedre. En pasient var også misfornøyd med at lege i området ikke deltok på møtet. Denne faggruppen er den vanskeligste å få med på slike møter, siden de har liten mulighet til å få dette inn mellom andre pasienter de behandler. Men ved bruk av VK kan man også bruke telefon oppkoblet i møtet, noe som kan forenkle tilstedeværelsen for en travel lege. De kan da delta i møtet fra eget kontor.

En annen sier at: *"Han anbefaler det, hvis avstanden er for stor til et fysisk møte og når problemstillingene er avgrensede."* Men sier og: *"at det kan være en fordel å ha møtt hverandre først"*. En svarer at det var *"litt skremmende første gangen, men så gikk det greit"*.

Noen ganger har lyd og bildekvalitet vært redusert, men opplevelsen av kontakt med den andre siden har allikevel vært oppfattet som god.

"Ansikt-til-ansikt kontakten var bra", sa flere av pasientene spontant og de følte at de fikk snakke med personellet om det de ønsket. Mange andre nasjonale og internasjonale prosjekt har erfart de samme positive tilbakemeldinger fra pasientene, som føler seg godt ivaretatt og informert om egen situasjon ved bruk av VK – konsultasjoner (Weatherburn et al, 2006).

7.2.6 Oppfølging av dysfagipasienter etter utskrivning

Både pårørende og lokalt helsepersonell som deltok på konsultasjonene med logoped, opplevde møtene svært positivt og ikke minst at det ga konkrete fysiske resultater.

Pasienten, som før ikke hadde kunnet ha noe mat i munnen, kunne nå få små mengder mat og få smaksopplevelser han ikke hadde opplevd på 12 år, da ulykken skjedde.

Personellet sier: *"Det er noe med å jobbe med så tunge brukere, å se klare framsteg. Dette er motiverende for oss"*.

Personellet hadde ikke turt å prøve ut spising fordi dette i verste fall kan medføre lungebetennelser hvis det ikke gjøres på en trygg og veiledet måte. I konsultasjonene *"kunne vi spørre fagfolk om hva vi lurte på angående det vi holdt på med"*, og det økte kompetansen og trykgheten lokalt.

VK - møtene ble opplevd som lite annerledes enn å sitte i samme rom. Det ble flere delaktige fordi man slapp å reise til SunHF. Men de skulle gjerne ønsket å ha VK i egen kommune så de slapp å reise til nabokommunen. I dette tilfellet hadde ikke kommunen VK på NAV – kontoret.

8 DISKUSJON

8.1 Pådriverfunksjon og support

For å komme i gang med pasientmøter på VK har det vært nyttig at prosjektkoordinator har vært aktiv pådriver for å identifisere aktuelle pasienter til VK - møter. Pasientkoordinatorer/teamkoordinatorer ble oppringt og man gjorde fortløpende vurderinger i forhold til å velge aktuelle pasienter og hva som skal til for å igangsette et møte av praktisk eller teknisk art. Prosjektleder har også bidratt i gjennomføring av møter med pasientkoordinatorer/teamkoordinatorer og kolleger for å fremvise muligheter, sette i gang diskusjoner og få i gang prosesser rundt oppstart og utvikling av tjenesten. Dette har vært nyttig for "å dytte" prosessene i gang.

Etter hvert som tjenesten blir mer kjent og man behersker utstyret, har telemedisinteamet tatt over ansvar for support ved behov.

8.2 Organisatoriske utfordringer

Prosjektet hadde som formål å etablere en rutinetjeneste for bruk av VK i pasientbehandling. Før var det sporadisk bruk, med store variasjoner mellom avdelingene, noe man ofte ser på mange sykehus. Nå ønsket man å kunne etablere et tilbud hvor alle avdelinger var aktive. I denne prosessen støtte man naturlig nok på utfordringer av ulik type.

SunHF har svært gode forutsetninger for å ta skrittet fra sporadisk bruk til allmenn rutinebruk. Sykehuset har gjennom flere år brukt teknologien og det er gjort betydelige investeringer i utstyr og infrastruktur. Det er også utbredt bruk av VK til undervisning og møtevirksomhet, noe som gjør at antallet som kjenner teknologien er ganske høyt.

VK er allikevel noe mer enn bare et nytt "verktøy" å bruke, det medfører også en annen måte å organisere samhandling på. Dette utfordrer enkelte aspekter av dagens organisasjon og rutiner. Man har erfart at dette er ikke bare innføring i bruk av teknologi, men et virkemiddel som også endrer den måten man utfører pasientbehandlingen på.

Man har erfart at ulike pasientgrupper og ulik behandlingsproblematikk krever ulike løsninger. Karakteren på samarbeidet med eksterne partnere varierer med hensyn til innhold, deltakere, omfang, hyppighet m.m. Bruksmønsteret må spesialtilpasses dette behovet og det er ingen fast modell som fungerer for alle situasjoner. Valg av pasientgruppe og bruksmønster ble i stor grad overlatt til avdelingene. Det var imidlertid mange av tjenestens komponenter som det var fornuftig å utvikle i fellesskap, som for eksempel løsninger for møteromsbooking til VK - formål, overgripende prosedyrer for videoproduksjon og informasjonsmateriell for eksterne samarbeidspartnere. Mer prinsipielle spørsmål ble også diskutert i fellesskap, slik som for eksempel ekstra pasientsamtykke for VK med aktører som ikke er helsepersonell, trenger man det? Enkelte av disse utfordringene var knyttet til aspekter som lå utenfor prosjektets mandat og ble videreformidlet til rette vedkommende i linjeorganisasjonen.

Tjenesten oppleves som givende, men krevende å etablere og gjennomføre i denne fasen. Å arrangere vellykkede møter hvor alle relevante aktører fikk delta, og hvor pasienten fikk komme til orde og se sine behandlere, fungerte motiverende. VK - møtene medførte en betydelig tidsbruk til forberedelser. Men spesialisthelsetjenestens lovpålagte krav om veiledningsplikt overfor kommunene fungerte også som en motivasjonsfaktor og legitimering i denne forbindelse. For en videre vellykket rutinebruk vil en motivasjon basert på gode brukserfaringer, samt nok kjennskap og god nok tilgang til VK også være viktig.

Flere i prosjektgruppen påpekte underveis i gjennomføringen: *"koordinering og planlegging tar mye tid, men det er en tidsbruk vi også bruker ved tradisjonell oppfølging, uten at vi har tenkt over det"*. Tidligere har man via telefon gitt denne informasjonen til hver enkelt person som involveres i pasientomsorgen i hjemkommunen. Nå får man samlet alle og gitt den en gang til alle sammen med tilleggsdokumentasjon.

Det kan også se ut til at opplæringen som er gitt, har hatt stor effekt også på annen bruk av VK på SunHF, da tallene viser en sterk økning i totalbruk.

8.3 Forankring

8.3.1 Intern forankring

Forankring er en viktig faktor i etablering av nye rutinetjenester og kanskje det området der man har størst utfordringer i forhold til utbredelsen av telemedisinske tjenester i helsesektoren. Utbredelse av elektronisk samhandling og telemedisinske løsninger forskes på bla ved NST og det viser seg ofte at mange faktorer innvirker på utbredelse av disse tjenestene i stor skala. Veldig ofte ender mange gode initiativ og erfaringer etter endt prosjektperiode, selv om utprøvingene har vært en suksess. Dette fordi forankringen har vært for lite vektlagt i organisasjonen som skal ha driftsansvar for den fremtidige tjenesten. Aktører med kjennskap til feltet vil kunne bekrefte at dette har vært en stor mangel og er en viktig faktor for å kunne oppnå storskalatjenester i Norge (Nilsen 2003).

Derfor har forankring vært vektlagt i både hoved- og oppfølgingsprosjekt for å unngå at det samme skjer med denne tjenesten. Forankringsarbeidet har hatt fokus i hele prosjektperioden med systematisk gjennomgang av områder som vil involvere tjenesten og utbredelsen av denne på foretakets avdelinger. Involverte områder skisseres i vedlegg 19.

8.3.2 Ekstern forankring

For at tjenesten skal fungere tilfredsstillende er det nødvendig også med en ekstern forankring av tjenesteformen. Her det et stort og bredt felt med samarbeidspartnere (spesialistsykehus, lokalsykehus, rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner). Markedsføring av tjenesten til samarbeidspartnere er viktig for å oppnå flere og bedre møter. Det er fortsatt behov for ytterligere VK - utstyr lokalt. Helst burde hver kommune ha egen tilgang til VK - utstyr.

Grunnleggende markedsføring vil gjennomføres videre gjennom informasjonsskriv og presentasjoner utad, men det er behov for ekstra midler til et oppfølgingsprosjekt som kan sikre denne forankringen videre ute i rehabiliteringsfeltet i Norge.

Forankring i overordnede organer som Helse Sør-Øst, Helse og Omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet er sentralt. Disse er i prosjektperioden flere ganger orientert og presentert for prosjektene, noe som har gitt en viktig spredning av informasjon og erfaringer. At myndigheter og nasjonale nettverk er informert, øker muligheten for at andre miljøer kan dra nytte av SunHFs erfaringer.

8.4 Refusjonsordninger

Refusjon for tjenesten er en nødvendighet i forhold til den videre driften. NST har i mange år frontet refusjonsordninger for telemedisinske tjenester slik at de skal være tellende på normal tariff. Det siste året har telemedisinske tjenester vært sidestilt med tradisjonelle polikliniske tjenester i innsatsstyrte finansieringsordninger når lege er tilstede. Det er derfor ikke nevnt spesielt i reglementet. En konsultasjon på VK er dermed det samme som en konsultasjon med fremmøte. Dette praktiseres også på flere fagområder i spesialisthelsetjenesten i dag.

8.4.1 Finansieringsordninger

Innsatsstyrt finansiering 2010 (Helsedirektoratet 2009, kap.3.4.12), har igjen tatt inn begrepet "telemedisin" og beskriver telemedisinsk kontakt slik:

*"Når videokonferanseutstyr er benyttet ved gjennomføring av en poliklinisk konsultasjon, undersøkelse eller behandling for å kompensere for fysisk avstand mellom pasient og lege, dreier det seg om **telemedisinsk helsehjelp**. En slik telemedisinsk kontakt mellom pasient og lege foregår på to fysiske steder samtidig; der pasienten er og der legen er. Rapportering av poliklinisk helsehjelp som utføres telemedisinsk, skal ikke medvirke til at helsehjelpen telles som to polikliniske opphold i beregningsgrunnlaget".*

Dette medfører rapporteringsmessige forutsetninger i forhold til at det polikliniske oppholdet primært rapporteres fra den virksomhet der legen gjennomfører VK med pasienten. Attributtet Sted for aktivitet rapporteres med kodeverdi 3 – "Telemedisinsk behandling (der behandlende lege er)". Attributtet Kontakttype rapporteres med en av verdiene 1 – Utredning, 2 – Behandling, 3 – Kontroll eller 13 – Opplæring, ettersom hva som er relevant. Øvrig aktivitetsregistrering i tilknytning til konsultasjonen gjøres på samme måte som om det var tale om en ordinær poliklinisk kontakt⁴².

Eventuell rapportering av aktiviteten fra det stedet **pasienten befinner** seg forutsetter at Sted for aktivitet registreres med kodeverdi 6 – "Telemedisinsk behandling (der pasienten er)". Slike kontakter inkluderes ikke i beregningsgrunnlaget og skal ikke være gjenstand for DRG-gruppering.

Det er også aktuelt med behandling **hjemme hos pasient** i enkelte anledninger. Innsatsstyrt finansiering 2010 (Helsedirektoratet, 2009, kap.3.4.4) beskriver dette relatert til dialysebehandling: Hemodialyse utenfor sykehus registreres på samme måte som dialyse gjennomført i virksomhetens ordinære lokaler, dog med følgende regler for rapportering av attributtet Sted, som aktivitet som utføres i pasientens hjem, herunder i sykehjem eller annen institusjon hvis pasienten er bosatt der. Dette rapporteres med kodeverdi 4 – "Hjemme hos pasienten".

Fra 2010 er det også kommet endringer i "Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak" (Helsedirektoratet, 2010).

Forskriften sier bl.a. (§ 3 nr. 2):

"Godtgjørelse fra staten utbetales til det regionale helseforetaket som eier eller har driftsavtale med den helseinstitusjonen der den polikliniske helsehjelpen ytes, og direkte til statlige institusjoner som ikke er eid av et regionalt helseforetak. Helseinstitusjonen kan ikke kreve pasienten for den delen av godtgjørelsen som staten dekker."

En endring som vil være viktig for SunHF's tjeneste videre er merknad 2A:

*"Godkjente egenandeler kan kreves når pasienten har vært til undersøkelse, behandling eller kontroll hos **lege eller annet helsepersonell ved poliklinikken**. Egenandel 201b kan kreves selv om det utførende helsepersonellet ikke er godkjent spesialist. Ved*

⁴² Dette innbefatter medisinsk koding av mindre prosedyrer som utføres av personell i fysisk kontakt med pasienten, men som forutsetter legens telemedisinske medvirkning.

*helsepersonell menes her **leger, psykologer og tannleger uten eller under spesialisering, spesialist i allmenntillegning, sykepleiere, jordmødre, audiopedagoger***".

8.4.2 *Utfordringer spesialisthelsetjenesten*

Dette kan være en utfordring innen rehabiliteringsfeltet, siden rehabiliteringsteamene ofte er tverrfaglig sammensatt og gjerne har mange involvert i samme konsultasjon (jfr dysfagittreningen med logoped). Hvordan få dekning for den innsats man legger i denne pasientoppfølgingen?

På SunHF er det flere formål med møter/konsultasjoner som gjøres via VK. Eksempler er planlegging av innleggelse, der en poliklinisk time gjøres som en VK – konsultasjon. Andre eksempler er nye tjenester som dysfagiopptreningen, hvor man har gjentatte konsultasjoner på VK mens pasienten er hjemme. Veiledning hjem til pasient er også et eksempel på en ny tjenesteform. Andre tjenesteformer vil også være aktuelle i slike vurderinger fremover.

Utskrivning, planlegging av behandling eller Individuell Plan - arbeid for eksempel, er en del av SunHFs ansvar som spesialisthelsetjeneste. Dette blir en arbeidsmetode for å ivareta pasientoppfølging, utskrivning og overføring til kommunehelsetjenesten.

Poliklinisk virksomhet som er utprøvd og belyst i prosjektperioden, vurderes etablert på linje med annen poliklinisk virksomhet ved sykehuset. De øvrige nye tjenestoområder må gjennom en vurdering med aktører som Helse Sør-Øst, Helsedirektoratets Finansieringsdivisjon (Primærhelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, behandlingsrefusjon og DRG - avdelinger) og Helse og Omsorgsdepartementet. Dette sees i sammenheng med øvrig pågående arbeid med registrering av klinisk aktivitet ved SunHF.

8.4.3 *Utfordringer kommunehelsetjenesten*

For spesialisthelsetjenesten kan det finnes løsninger i dagens reglement som kan være dekkende for slike tjenesteformer. Det kan synes som om vurdering og igangsettelse av nye tjenester er noe uklart, slik at etablering av de nødvendige refusjoner tar lang tid.

Videre er det to sider i denne samhandlingen, der pasienten er eller der dennes omsorgspersoner er lokalisert, kommuner og samarbeidende rehabiliteringsinstitusjoner. De får ingen refusjon for deltakelse i en slik samhandling. Mange kommunale helsesentre har i dag telemedisinske konsultasjoner innenfor flere fagområder, der spesialisthelsetjenesten utløser refusjon og deltakende kommuneleger for eksempel ikke får refundert sitt arbeid relatert til denne form for ekstra konsultasjoner.

For enkelte kommuner og Distriktsmedisinske sentre er dette løst ved at spesialisthelsetjenesten selv bekoster kommunelegens tid, kontorleie og utstyr som benyttes. På den måten får kommunen dekning for sin deltakelse. SunHF og rehabiliteringsfeltet som har alle kommuner og rehabiliteringsinstitusjoner som nedslagsfelt belyser en del mangler i ordningen når man ønsker å etablere en tettere og mer effektiv pasientoppfølging, som har store pasientgevinster og ikke minst et stort potensiale for kompetanseutvikling til landet kommuner på et stort og omfattende spesialfelt.

8.5 **Nytteverdier og gevinstrealisering**

SunHF har siden tidlig på 1990 tallet gjennomført flere prosjekt der man har sett på hvordan bruk av teknologi som VK og pasientvideoer, kan understøtte samarbeid og samhandling i rehabilitering, for å kunne gi et bedre tilbud til pasientene. Prosjekterfaringene har vist store samfunnsmessige nytteverdier, samt større deltakelse og medvirkning blant pasientene.

I forprosjektet (Driveklepp et al. 2006, a) ble det gjennomført en kost-nytte-analyse for å se på om nytten er større enn kostnaden ved bruk av telemedisin. Følgende problemstilling ble undersøkt nærmere: *"Er telemedisin som samhandlingsverktøy mellom kommunehelsetjenesten og SunHF kostnadseffektivt?"*

Analysen viste at *"Innføring av telemedisin ved bruk av VK vil øke behandlingsskapasitet og effektivisere behandlingen på en samfunnsøkonomisk lønnsom måte."* (Andreassen 2006) Både denne analysen og NSTs utredning (Johnsen 2006), viser at denne type tjenester vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt og gi kvalitative gevinster i den offentlige helsetjenesten, men at man ofte ikke ser gevinstene hos den som er initiativtaker (i dette tilfellet SunHF). Gevinstene kan kanskje mest sees hos samarbeidende kommuner som sparer helsepersonells reiser.

SunHF har forpliktet seg til å bruke Helse Sør-Øst sin metodikk for gevinstrealisering i alle utviklingsprosjekt. Hovedprosjektet har med utbredelsen av tjenesten fått realisert mange kvalitative og kvantitative gevinster og nytteverdier, og det jobbes fortsatt med å få iverksatt tiltak som gjør at telemedisin prises på en måte som gjenspeiler den reelle ressursbruken og således gir et korrekt bilde for å ta beslutninger, også på bedriftsøkonomiske kriterier. "

9 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

9.1 Konklusjoner

Har så hovedprosjektet lyktes i å etablere en rutinetjeneste mellom SunHF, andre helseforetak og kommunehelsetjenesten, knyttet til innleggelse, utskriving og oppfølging av pasienter?

Det er innført telemedisin knyttet til pasientforløpet på SunHF. 55 møter knyttet til planlegging av utskriving, oppfølging etter utskriving og planlegging av innleggelse er gjennomført.

Tjenesten er forankret i egen organisasjon med ansvarlig avdeling og utøvende telemedisinteam som ansvarlig for drift og vedlikehold i fremtiden. Rutiner der VK er integrert er innarbeidet i eHåndboken. Forankringen følger forankringsmønsteret til andre lignende aktiviteter ved sykehuset (DIPS for eksempel).

Det er skapt entusiasme i forhold til bruk av VK som verktøy, noe som har gjort det mulig å samle alle som er involvert i pasientomsorgen i hele behandlingsforløpet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Samhandling med bruk av VK har bidratt til

- at flere får samme informasjon om pasienten
- bedre dialog mellom partene
- bedret samarbeid
- økt kompetanseutveksling
- mindre tid og ressurser brukt på reising (spesialisthelsetjenesten, kommuner og pasienter)
- økt brukermedvirkning

Brukermedvirkning er sentral for at brukerens mål og kunnskap skal kunne danne fundamentet i rehabiliteringsprosessen, og de føler seg svært delaktige og opplever trygghet i denne form for samhandling med de involverte aktørene.

En sier: "Jeg synes det er fint å kunne ha noen ansikter å forholde seg til, ikke bare en stemme på telefonen. Det gjør situasjonen tryggere for meg som pasient".

Prosjektet har høy overføringsverdi til hele rehabiliteringsfeltet i Norge, samt til andre pasientgrupper med behov for langvarige og koordinerte tjenester. For norske myndigheter vil prosjektet derfor være et viktig bidrag til å realisere målene i samhandlingsreformen og gjeldende nasjonale strategiplaner for bruk av IKT i helsesektoren.

9.2 Anbefalinger

Tjenesten er etablert, men fortsatt sårbar fordi man ikke har fått lang erfaringsbakgrunn ved alle klinikker og avdelinger enda. Det gjenstår enda viktige momenter for at SunHF skal utnytte hele sitt potensiale for bruk av VK i kombinasjon med elektronisk samhandling i hele behandlingslinjen.

Det er derfor et stort behov for et oppfølgingsprosjekt der man ivaretar en videreutvikling av dette potensialet og bidrar til at andre samarbeidspartnere også kan igangsette liknende tiltak og delta i en slik samhandlingsform rundt pasientene i en fremtidsrettet telemedisinsk tjeneste som understøtter pasientenes behov i rehabiliteringsprosessen.

Hva anbefales for en videreutvikling av potensialet på SunHF?

- Prosesser i Helse Sør-Øst rundt vurdering av behandlingslinjer må inkludere hele linjen fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Slike prosesser vil da være et godt egnet verktøy som kan sees i sammenheng med innføring av elektronisk samhandling.
- Videreutvikling av potensialet for samhandling ved SunHF, der man vurderer behov for samhandling på andre områder som for eksempel telemedisinsk poliklinikk innen svelgvansker/dysfagi, nevrokirurgisk og ortopediske kontroller, veiledning til kommuner etc.
- Videre utprøving av VK hjem til pasientene og å integrere dette i de gjeldende rutiner på SunHF og hos samarbeidspartneren (HMS, NAV etc).
- Markedsføring av tjenesten bredt til kommuner, rehabiliteringsinstitusjoner, regionale rehabiliteringsnettverk og ambulerende team slik at hele rehabiliteringsfeltet kan ta del i denne samhandlingsformen.

Hva anbefales for en videreutvikling innen rehabiliteringsfeltet i Norge?

- Utforming av en veileder som kan hjelpe andre i gang, vil være et godt hjelpemiddel for å spre den kunnskapen man har ervervet seg i denne prosessen.
- Bevilgning av midler til prosjekter som kan videreføre samhandlingsformen som storskalatjenester.

Andre aspekter som er viktig for å kunne bruke VK som hjelpemiddel, er **VK - tilgjengelighet**:

- **NAV** har åpnet for at SunHF kan benytte alle deres 440 studioer på NAV - kontorer over hele landet. Det er nødvendig å se dette i et større perspektiv og inkludere helsetjenesten for øvrig, som vil ha de samme behov for tilgjengelighet.
- **HMS** har VK-utstyr på alle sine sentraler. Det bør inngås liknende samarbeid, slik at disse også stilles tilgjengelig for helsetjenesten ved behov, på samme linje som NAV - kontorene og etter samme retningslinjer som med NAV for øvrig.
- **Kommuner** må prioritere anskaffelse av VK - utstyr som vil styrke de visjoner for samhandling som beskrives i samhandlingsreformen (St. melding 47, 2009). Dette vil også være et bidrag for å øke tilgjengeligheten for brukerne.
- **VK som godkjent hjelpemiddel** bør være en fremtidig mulighet, der pasienten kan få rekvirert VK som et hjelpemiddel for videre oppfølging i pasientens hjem i et anbefalt tidsrom.

"Telemedisin i rehabilitering" har vært en god begynnelse på en spennende fremtid med nye former for samhandling – vi tror på en videreføring.

10 REFERANSER

- Andreassen JE, Nytte-kost analysen "Er telemedisin som samhandlingsverktøy mellom førstelinjetjenesten og Sunnas sykehus HF kostnadseffektivt?" vedlegg til sluttrapport (Driveklepp et. al., 2006a), 2006
- Bach B, "Samarbeidsmodeller ved bruk av VK", Sluttrapport NST, 1996
- Bach B et al. "Telemedisin i rehabilitering", Prosjektbeskrivelse, 2008
- Bach B et al. "Kompetanse – Helt hjem: Videodialog mellom pasienter og fagfolk", Prosjektbeskrivelse, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Aker sykehus, 2008
- Bach B et al. "Kompetanse – Helt hjem: Videodialog mellom pasienter og fagfolk", Sluttrapport, Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Aker sykehus, 2009
- Bach B et al. "Kompetanse – Helt hjem 2", Prosjektbeskrivelse, NAV NONITE, 2009
- Bach B et al. "Kompetanse – Helt hjem 2", Sluttrapport NAV NONITE, 2010
- Buck S Journal of Telemedicine and Telecare, 15: 55 – 58, "Nine human factors contributing to the user acceptance of telemedicine applications: a cognitive- emotional approach", 2009
- CARF, Commission of accreditation of rehabilitation facilities, <http://www.carf.org> , 2010
- Driveklepp AM et al. "Telemedisin i rehabilitering – telemedisin som verktøy i samarbeid med førstelinjetjenesten – utvidet oppfølging av personer med varig funksjonshemning", Sluttrapport Helse Sør-Øst RHF, 2006a
- Driveklepp AM et al. 2006b: "Multimedia helseinformasjon", LTN – Landsforeningen for trafikkskadede, Helse og rehabilitering, 2004/3/0182
- Glott T "Utprøving og etablering av rehabiliteringstjenester for hjerne- og ryggmargsskadede", HØYKOM 1310/240, 2003
- Grimsmo A "Elektronisk pasientjournal (EPJ) og elektronisk samhandling" foredrag på seminaret "Det digitale sykehus", Sunnaas sykehus HF, 13.10.2006
- Helsedirektoratet, "Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.", 2010
- Helsedirektoratet "Innsatsstyrt finansieringsordninger 2010", ISBN 978-82-8081-190-5,
- Helsedirektoratets tiltaksplan, Si @ "Om elektronisk samhandling i helse- og sosialsektoren, 2004
- Helse Sør-Øst, "IKT – strategi", 2009
- Johnsen E et al. "Gevinster av norsk telemedisin", 2006
- Knarvik U et al. "Telemedk@rt2003 - en kartlegging av telemedisinsk aktivitet i Norge", 2003

Krogstad JM 2001: "Utprøving av rehabiliteringstjenester for hjerne- og ryggmargskadde over bredbånd", HØYKOM 1099/240

Liu et al. "Doctor – Patient Communication: A comparison between consultations and face – to face consultations", Internal Medicine, DOI:10.2.169/internalmedicine 46.1813, 2007

Nasjonale helseplan 2007-2010: "IKT et viktig hjelpemiddel for å nå helsepolitiske mål"

Nilsen LL "Implementering av telemedisinske tjenester: hemmende og fremmende faktorer" Rapport NST, 2003

Statlig strategi 2004-2007: S@mspill, Elektronisk samarbeid i helse- og sosialsektoren, 2007

Statlig strategi 2008-2013: Samspill 2.0, Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008-2013, 2008

Stortingsmelding 21, 1998 – 1999

Stortingsmelding 47, samhandlingsreformen, Helse og Omsorgsdepartementet, 2009

Aanestad, M. The Camera as an Actor: Design-in-Use of Telemedicine Infrastructure in Surgery, Computer Supported Cooperative Work: The Journal of Collaborative Computing, vol 12, pp 1-20, Kluwer, <http://folk.uio.no/margunn/>, 2009

Weatherburn et al. "An assessment of parental satisfaction with mode of delivery of specialist advice for pediatric cardiology: face – to face versus videoconferencing, The Telemedicine Journal, 2006.

11 VEDLEGG

11.1 Vedlegg 1 - IKT prinsipp i Helse Sør - Øst RHF

Regionen har etablert følgende IKT prinsipper:

P1	IKT er et verktøy for å støtte virksomheten og medarbeiderne i utøvelse og utvikling av pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring, og skal i tillegg bidra til god styring og ressursutnyttelse
P2	IKT skal sikre tilgjengelighet, integritet, konfidensialitet og kvalitet i informasjonen for pasient, pårørende og behandler
P3	IKT skal understøtte kunnskapsbaserte behandlingsforløp, og legge til rette for brukermedvirkning og samhandling i helsevesenet
P4	IKT-utviklingen skal sikre fleksibilitet for fremtidige endringer, og søke harmonisering på tvers av løsninger. Utviklingen skal bygges på nasjonale og internasjonale standarder og gjøres mest mulig leverandøruavhengig.
P5	All IKT-utvikling forutsetter utvikling av organisasjon, kompetanse og arbeidsprosesser for gevinstrealisering til styrking av pasientbehandlingen

11.2 Vedlegg 2 – Organisering

Prosjektgruppe

- Bodil Bach, rådgiver telemedisin og e-Helse, prosjektleder, NST
- Hilde Sørli, prosjektkoordinator telemedisin, Samhandlingsavdelingen
- Anne Merete Driveklepp, prosjektleder og telemedisinkoordinator, Samhandlingsavdelingen
- Ole Rand-Hendriksen, telemedisinkoordinator/ teknisk ansvarlig og studioansvarlig, Samhandlingsavdelingen
- Arngunna Skiple, teamkoordinator, Klinikk for ryggmargsskade og multitraume (RMM)
- Gro Myhrvold Holden, teamkoordinator, RMM
- Dora Haarberg, sosionom/pasientkoordinator, Klinikk for hjerneskader, HS 1, Inge Hagensen, teamleder HS 1 (vara)
- Gina Hjort-Larsen, sosionom/pasientkoordinator, Klinikk for hjerneskader, HS 2
- Heidi Hansen, sosionom/pasientkoordinator HS 2
- Siri Anette Hansen, sosionom, Klinikk for hjerneskader, KReSS
- Gry Kristiansen, ergoterapeut/opplæringsansvarlig, Klinikk for hjerneskader, KReSS
- Margrethe Hoen, teamleder, Klinikk for nevrorehabilitering (NR), Nesodden
- Trygve Rindal, fysioterapeut, NR Askim
- Astrid Rødseth, klinikkssjef, NR Askim (vara)
- Maribeth Caya Rivelsrud, logoped, Sunnaas spesialpedagogiske kompetansesenter, (SSKS)
- Borgny Mylen, logoped, SSKS
- Morten Hanssen, Rådgiver, HR-enheten
- Ragnar Simonsen, teknisk ansvarlig, SSKS (sluttet sommer 2008)
- Synnøve Solberg, studioansvarlig, TRS (fram til TRS trakk seg ut i begynnelsen av 2009)
- Petter Skretteberg, fagansvarlig ergoterapeut, HS 1 (sluttet sommer 2008, erstattet)
- May Torsdalen, KReSS (byttet med Siri Anette Hansen november 2008)
- Eli Arild, prosjektleder/rådgiver, NST

Referansegruppe

- Margunn Aanestad, førsteamanuensis, Universitetet i Oslo
- Camilla Glasø, Norsk Helsenett SF
- Elisabet Berge og Bjørn Moen, Brukerutvalget SunHF
- Øyvind Brustad, Rådgiver, SunHF
- Kirsti Loe, prosjektleder DIPS, Samhandlingsavdelingen SunHF
- Gøril Otterlei, Kvalitetssjef, Direktørens stab, CARF, SunHF
- Anne Cathrine Kraby, Leder Lærings- og mestringssenteret (LMS)
- Senad Rebac, Teknisk konsulent, NST

11.3 Vedlegg 3 – Skjema - "Status for bruk av videokonferanse SunHF"

Skjemaet "Status for bruk av videokonferanse - Sunnaas sykehus HF" ble brukt under kartleggingen av bruken av VK på SunHF.

Prosjektet Telemedisin i rehabilitering ønsker å få en oversikt over SunHF's bruk av videokonferanse pr januar 2008. Vi vil da ha et sammenligningsgrunnlag når prosjektet er gjennomført. Der det ikke finnes eksakte tall, anbefaler vi å gjøre et estimat sammen med andre i avdelingen.

Dato

Avdeling

Ansvarlig utfyller

1. Brukes videokonferanse på avdelingen din i pasientforløpet?

- Til vurdering av opphold/søknad?
- Til innskrivelse?
- Til kommunemøter/utskrivelsesmøter under oppholdet?
- Til oppfølging etterpå?

2. Hvis ja: Ca hvor mange slike møter har dere hatt siste halve år (august – ut desember)

3. Ca hvor stor prosentandel av den totale pasientmengden har på ett eller annet tidspunkt i forløpet hatt møte pr videokonferanse?

4. I hvilke tilfeller velges videokonferanse? (Hvilke grunner)?

5 a) Har avdelingen prosedyrer for de nevnte områder?

- Vurdering av opphold/søknad?
- Innskrivelse?
- Kommunemøter/utskrivelsesmøter under oppholdet?
- Oppfølging etterpå?

5 b) Har avdelingen tilpasset noen av disse prosedyrene til bruk av VK?

6 a) Brukes videokonferanser på vår avdeling til andre formål?

- Møter?
- Undervisning / fjernundervisning?
- Veiledning?

6 b) Hvis noen punkter er avkrysset på spørsmål 6 a, kan dere spesifisere til hvilke formål på de enkelte punkter?

7. Hvilke erfaringer generelt har avdelingen med bruk av videokonferanse?

8 a) Hvilket møterom vil være aktuelt å bruke for deres avdeling?

- Svaleredet
- Flaskebekksalen
- Sykepleiebiblioteket AU42
- Store auditorium
- Studio G
- Grupperom 1
- Forskningsavdelingen
- HS 1 - post 5
- Rehabiliteringssenteret, Drøbak
- Møterom, Askim
- Bibliotek, Askim
- Annet

8 b) Hvis du har krysset annet - spesifiser

8 c) Vil det være problemer knyttet til bruken av det møterommet som er valgt?

8 d) Hvis avdelingen din ikke har noe egnet møterom tilgjengelig, hvor ville det vært naturlig og etablert et med egnet utstyr?

11.4 Vedlegg 4 – Informasjonsskriv – Pasient/pårørende

TELEMEDISIN I REHABILITERING



Samhandling ved hjelp av teknologi mellom pasienter, pårørende, lokalt hjelpeapparat og Sunnaas sykehus HF

Videokonferansemøter i rehabiliteringsprosessen: Enklere kommunikasjon – ingen reiseavstand

Opplæringsvideo kan si mer enn ord

Bakgrunn

Sunnaas sykehus HF har pasienter fra hele landet, og for noen pasientgrupper har vi et regionansvar.

Utfordringer:

- Pasientene er spredt over et stort geografisk område
- Det er behov for å styrke kompetanse lokalt
- Mange pasienter har redusert mulighet for å reise

Det er ønske om mer samarbeid og samhandling mellom de ulike aktørene i en rehabiliteringsprosess.

Prosjekt "telemedisin i rehabilitering"

Sunnaas sykehus HF har, i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin, startet et prosjekt for å bedre samhandlingen mellom aktører i rehabilitering ved hjelp av teknologi.

Ulike aktører kan være involvert i en rehabiliteringsprosess: Det er deg som pasient eller pårørende, ansatte ved sykehus, i kommuner og bydeler, NAV eller andre samarbeidspartnere. Prosjektet har som mål å bedre samarbeidet samt å gi flyt i rehabiliteringsprosessen. Det kan enten være i forbindelse med innleggelse, utskriving eller oppfølging etter oppholdet.

Ulike tidligere prosjekter viser stor gevinst hos pasientene når man bruker videomøter og opplæringsfilmer. Sunnaas sykehus HF ønsker derfor å satse på bruk av slik teknologi i større skala enn tidligere, slik at flere kan få nytte av det.

Hva vil dette si for deg som pasient eller pårørende?

- Kontaktpersonen din på Sunnaas sykehus HF vil sammen med deg vurdere om **videokonferansemøter** er et tilbud som kan egne seg i din rehabiliteringsprosess.
- Rent praktisk vil det si å gjennomføre videokonferansemøter med de mest sentrale personene i rehabiliteringsprosessen din.
- Møtene kan enten være i forbindelse med innleggelse, underveis i rehabiliteringsprosessen, ved utskriving eller oppfølging etterpå. Dette avtales i hvert enkelt tilfelle. Sunnaas sykehus HF bidrar med å finne et videokonferansestudio i nærheten av hjemstedet ditt.
- Et videokonferansemøte foregår som et vanlig møte, bare at man er geografisk atskilt. Det er altså en lyd-/bildeforbindelse. Dette kan spare mye reising og gjøre det lettere å samle deltagerne.
- I en del tilfeller kan vi lage en **opplæringsvideo** til de som skal følge deg opp etter oppholdet på Sunnaas sykehus HF. Ofte er det enklere å vise praktiske teknikker på film enn å beskrive det i en rapport.
- Tilbudet om videokonferansemøter og opplæringsvideo/filming er frivillig. Dette er ment som et tilbud for å forbedre rehabiliteringsprosessen din. Du kan få mer informasjon av kontaktpersonen din på Sunnaas sykehus HF.

11.5 Vedlegg 5 – Informasjonsskriv – Lokale samarbeidspartnere

TELEMEDISIN I REHABILITERING SUNNAAS SYKEHUS HF

Bedre samhandling ved hjelp av IKT

Informasjon til kommuner, bydeler, helseforetak og andre
samarbeidspartnere



Pasientoppfølging ved hjelp av IKT.

Rutinetjenester ved bruk av IKT, innen rehabilitering mellom
helseforetak, kommuner, bydeler og andre samarbeidspartnere og
Sunnaas sykehus HF.

Telemedisin i rehabilitering

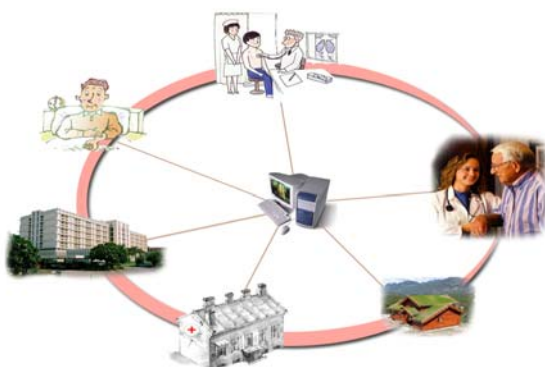
Bakgrunn:

Sunnaas sykehus HF har pasienter fra hele landet, og for en del pasientgrupper har Sunnaas sykehus HF et regionsansvar, f.eks ryggmargsskade, alvorlig multitraume og alvorlige traumatiske hjerneskader. Utfordringene med oppfølgingen av pasientene, er at de er spredt over et stort geografisk område, at det mangler kompetanse lokalt, at mange pasienter har redusert mobilitet, samt at terskelen for henvisning og tilgjengelighet oppleves som høy.

Sunnaas sykehus HF har prøvd ut flere forskjellige teknologier, blant annet videokonferanse (toveis lyd- og bildekommunikasjon), for å bedre samhandlingen med pasienter/brukere, pårørende, andre helseforetak, kommuner, bydeler, og andre samarbeidspartnere. Dette har gitt oss nyttige erfaringer som gjør at vi i perioden frem til 31.12.09 gjennomfører prosjektet: "Telemedisin i rehabilitering" i samarbeid med Nasjonalt senter for telemedisin (NST).

Mål:

Vi skal ved hjelp av IKT etablere en rutinetjeneste mellom helseforetak, kommuner, bydeler, andre samarbeidspartnere og Sunnaas sykehus HF, knyttet til innleggelse, utskriving og oppfølging av pasienter.



Vi ønsker å kunne tilby pasienter tettere oppfølging gjennom møter, konsultasjoner, veiledning og undervisning av pasienter, pårørende og helsepersonell, uavhengig av bosted, å spare både personell og brukere for mye reising og åpne for en tettere dialog med Sunnaas sykehus HF.

Til Sunnaas sykehus HFs samarbeidspartnere:

Når det er hensiktsmessig, ønsker Sunnaas sykehus HF å invitere helseforetak, kommuner, bydeler og andre samarbeidspartnere til samarbeidsmøter på videokonferanse vedrørende:

- innleggelse, utskriving og/eller oppfølging av pasienter
- planlegging av pasientomsorg forøvrig

Antall møter og varighet avtales i hvert enkelt tilfelle.

I tillegg til bruk av videokonferanse i pasientforløpet vil vi også i enkelte tilfeller tilby f. eks opplæringsfilmer knyttet til spesielle problemstillinger hos pasientene.

Det vil også benyttes elektronisk meldingsutveksling av pasientinformasjon, når journal, helsenett og meldingssystemer er tilrettelagt for dette hos alle aktører i samarbeidet.

Vi vil bistå dere som mottakere med å finne et egnet studio i nærområdet og med praktisk informasjon i forhold til gjennomføring av disse møtene.



VI SER FRAM TIL ET SPENNENDE SAMARBEID

I TIDA FRAMOVER!

Telemedisin er:

Undersøkelse, overvåkning, behandling og administrasjon av pasienter og opplæring av pasienter og personale via systemer som gir umiddelbar tilgang til ekspertise og pasientinformasjon uavhengig av hvor pasienten eller relevant informasjon er geografisk plassert.

Taushetsplikt:

Det er samme strenge regler for taushetsplikt med denne formen for kommunikasjon og samarbeid som ellers i helsevesenet (jfr. helsepersonelloven, pasientrettighetsloven). Videokonferanseutstyret er av høy kvalitet som også ivaretar sikkerheten på dette området.

11.6 Vedlegg 6 – Informasjonsskriv – Til de som skal delta på VK-møte

PRAKTISK INFORMASJON TIL DE SOM SKAL DELTA PÅ VIDEOKONFERANSEMØTE

Deltakelse på videokonferanse

Kontaktpersoner på sykehuset og lokalt inngår avtaler om møte.

Navn på kontaktpersoner og mulig steder (utenfor Sunnaas) for videokonferanse, kan fylles inn på arket nedenfor og sendes fagperson ved Sunnaas, som vil sørge for at teknisk ansvarlig for sendingen varsles.

VK studio/ sted	ISDN/ IP- nummer	Teknisk kontakt -person lokalt	Mobil- telefon teknisk kontakt -person	E-post teknisk kontakt -person	Deltakere på møtet	Mobil- telefon til hoved- ansvar- lig deltake r

Videokonferanse – hva er det?

Videokonferanse defineres som *toveis/flerveis lyd- og bildeforbindelse*. Deltakerne kan se og høre hverandre, men er geografisk atskilt. Videokonferanse kan brukes mellom to eller flere studio, og kan benyttes til for eksempel undervisning, veiledning, møtevirkosomhet og pasientkonsultasjoner. En videokonferanse-enhet består gjerne av en til to TV-skjermer, kamera, mikrofoner og høyttalere. Overføring av videokonferanse kan skje via telefoni/ISDN-linjer eller via data - IP (Internet Protocol). Lyd- og bildekvalitet kan variere.

Råd og tips

Bruk av mikrofon/kamera

Vi vil anbefale at dere får litt opplæring av lokal teknisk person ift bruk av fjernkontroll som styrer kamera og mikrofon, før møtet.

Husk at mikrofonene er veldig følsomme slik at bakgrunnsstøy lett fanges opp og oppleves som støy. **Unngå derfor rasling med papir, klikking på kulepenn og småprating under sending.**

Når det er flere enn to studio med i et møte (flerparts-konferanse), er det lurt at kun de som snakker, har mikrofonen slått på. De andre studio bør ha lyden slått av. Dette for å unngå ekko og støy under sending. Når en skal svare på spørsmål f. eks, slås lyden på igjen og når man er ferdig, slås lyden av igjen. For øvrig ber vi dere være oppmerksomme på å holde en strukturert møtekultur, slik at det ikke blir for mye snakk samtidig i et studio, dette vil forstyrre lyden hos mottaker.

Husk å vinkle kamerabildet slik, at de som snakker underveis i møtet, samtidig vises godt i skjermbildet. Vi anbefaler at man avtaler ansvar for møteledelse og "fjernkontroll-ansvarlig" på forhånd.

Bekledning

Når det gjelder bekledning bør en tenke på fargevalg av klær. Kle deg som du ønsker og finner mest behagelig, men *unngå sterke mønstre* da det kan gi et urolig bilde. *Duse og ensfargete klær gir vanligvis et rolig inntrykk og et godt bilde.* Bruk av fargen rød bør en være forsiktig med da rødt ofte flyter litt ut i kantene og forringer bildekvaliteten.

Oppførsel

Vær deg selv - i den grad du klarer det. Det er ingen som forventer at du skal opptre som den store entertaineren. Men godt humør kommer godt med!

Snakk rolig, med klar og tydelig stemme. Du trenger ikke heve stemmen når du snakker da lyd kvaliteten er god. Husk å se inn i kamera når du snakker slik at de som sitter i andre studio opplever å ha øyekontakt med deg.

For mer informasjon:

Beskrivelse av prosjektet "Telemedisin i rehabilitering": www.sunnaas.no
(link til prosjektbeskrivelsen som ligger på nettet)

Videokonferanseguiden, Nasjonalt senter for telemedisin:
<http://www.helsekompetanse.no/support-og-veiledning/guider-og-veiledninger/videokonferanseguiden>

11.7 Vedlegg 7 – Prosedyre - VK ved innleggelse, utskrivelse og oppfølging

BRUK AV VIDEOKONFERANSE KNYTTET TIL INNLEGGELSE, UTSKRIVING ELLER OPPFØLGING AV PASIENTER

- Klinikken/avdelingen avgjør om videokonferanse kan benyttes i pasientforløpet, helst så tidlig som mulig i forløpet.
- **Pasientkoordinator** kontakter telemedisinteamet (Anne Merete Driveklepp, Ole Rand-Hendriksen og Hilde Sørli) pr e-post for å finne ut hvor det finnes videokonferanseutstyr helst FØR det gjøres avtaler med lokal kontaktperson. I e-posten oppgis navn på kommune og bosted.
- **Telemedisinteamet** sjekker eksisterende oversikter fra Helsenet, helseforetak og NAV, og melder tilbake mulige steder for videokonferanse til pasientkoordinator (sted / nummer til utstyr / ansvarsperson/ eventuelt lokal teknisk kontaktperson). Svar på henvendelsen skal komme innen 24 timer.
- Hvis NAV-utstyr er en mulighet: Se egen NAV prosedyre
- **Pasientkoordinator** deler ut informasjonsskriv om prosjektet til pasienten/pårørende og innhenter samtykke til å kontakte kommune/samarbeidspartnere (Håndboken Kap 16 Samtykkeerklæring gitt av pasient) Samtykket skal journalføres. Dette gjøres ved å sende samtykkeskjemaet til koordinerende enhet for inntak. Der skannes samtykket inn i DIPS og lagres under: Pasienterklæring/samtykke/krav.
- **Pasientkoordinator** kontakter lokal kontaktperson, oppgir til denne hvor det finnes lokalt videokonferanseutstyr, samt avtaler aktuelt tidspunkt for videokonferanse med lokale aktører i god tid.
- **Pasientkoordinator** sender til lokal kontaktperson følgende skriv:
 - Informasjonsskriv om prosjektet til kommuner, bydeler m.m.
 - Informasjonsskriv "Videokonferansemøte med Sunnaas sykehus HF. Praktisk informasjon til lokale samarbeidspartnere"
- Når man har innhentet opplysninger om lokalt utstyr, kontakter **pasientkoordinator** teknisk person lokalt og booker rom, utstyr og teknisk support til møtet. Pasientkoordinator booker også rom på Sunnaas
- **Pasientkoordinator** booker eventuelt teknisk support til møtet på Sunnaas. Supporten bookes helst i Outlook (eventuelt pr mail til telemedisinteamet: Anne Merete Driveklepp, Ole Rand-Hendriksen og Hilde Sørli).
- Ved konferanse mot tidligere ukjent utstyr gjennomfører **telemedisinteamet** en testoppringing med lokal videokonferanseenheter senest to dager før avtalt møte. **Telemedisinteamet** legger inn telefonnummeret til lokal videokonferanseenheter i telefonboka på videokonferanseenheter. Problemer rapporteres til **pasientkoordinator**.
- Videokonferansedagen har kommet! **Avdelingen** velger om de vil forsøke å ringe opp selv eller avtaler support fra telemedisinkoordinator. Ring opp minst 15 minutter før møtet skal starte.
- Dersom det oppstår vanskeligheter under videokonferansen, kontakt

Ole Rand-Hendriksen **93 63 18 68** eller Anne Merete Driveklepp **91 39 54 10**

– ved lokale problemer

Norsk Helsenetts supporttjeneste tlf: **02017** ved *nettverksproblemer*

Hvis ingen av disse er tilstede: Eventuelt Janusz Ring **93 83 28 29** (IT-avd)

EVALUERINGSSKJEMA ETTER VIDEOKONFERANSE

Evalueringsskjema for videokonferansebruk ved SunHF skal fylles ut ved avslutning av **ALLE** videokonferansesendinger på Sunnaas i 2009 (Noen punkter i skjemaet gjelder også mottaker, så før avslutning av møtet må disse forespørres før møtet kobles ned).

11.8 Vedlegg 8 – Prosedyre – Film

Hvordan går man fram for å bestille filming, redigering, låne utstyr, samt håndtere filmet materiale:

Husk:

Filming og redigering må bestilles i god tid før det trengs et ferdig produkt. Å redigere et foredrag tar fort 3 ganger så lang tid som det tok å ta det opp på video. Det er derfor viktig å ha god nok tid til å redigere før man trenger videoen.

Alternativ 1: Bestilling på intranett

- Gå inn på bestillingsskjema på intranett. Skriv inn: <http://xphp83/film> i adressefeltet (eller trykk direkte på linken) og legg inn de opplysninger som er påkrevet i bestillingsskjemaet.
- Velg område du trenger hjelp til:
 - Filming/Redigering
 - Lån av utstyr til filming
- Fyll ut skjemaet med din bestilling og klikk send.
- Du vil raskt få en automatisk e-post med bekreftelse om at bestillingen er mottatt.
- Telemedisinkoordinator tar kontakt med bestiller i løpet 2 dager etter at bestillingen er sendt.

Alternativ 2:

- Hvis det haster kan man også ringe telemedisinkoordinator Ole Rand-Hendriksen, tlf 66 96 91 69 eller 93 63 18 68, eller e-post: ole.rand-hendriksen@sunnaas.no

Før man går i gang må man avgjøre:

- Hva som skal filmes?
- For hvilket formål?
- Hvem skal det lages for? (forelesning, generell demonstrasjon eller en pasientrelatert opplæringsvideo for eksempel?)

Det er viktig å tenke på dette fordi filmingen ut fra dette utføres forskjellig.

Generelle råd:

- Bruk rom med en nøytral bakgrunnsfarge og lite gjenklang.
- Bruk helst nøytrale, ensfargede klær i duse farger. Unngå store mønstre og striper.
- Velg språk- og ordbruk ut fra hvem mottakeren er. Unngå fremmedord og latin der det er unødvendig.

1. Hvis man skal filme en forelesning:

Dette er noe man vil at skal kunne brukes flere ganger og gjerne vil ha i høy kvalitet, derfor er det et par ting man må huske på før man går i gang med filming:

- Ved powerpoint presentasjon er det viktig å huske på at disse skal brukes til stikkord, ikke hele avsnitt av selve forelesningen. Unngå mye tekst – ha heller flere sideskift.
- Ha 3-5 punkter pr side (maks 7-9 linjer)
- Bruk stor skriftstørrelse (str 28 -32)
- Bruk tekst med god kontrast med bakgrunnsfargen (f.eks svart/hvitt, bruk gjerne Sunnaasmalen, unngå rød farge).
- Les HØYT igjennom det man skal si et par ganger før man starter å filme. Ofte kan man skrive noe som ser helt greit ut på papir, men som ikke høres riktig ut når man sier det, eller så kommer man på at man har lyst til å ta noe i annen rekkefølge. Når man filmer så har man lyst til å få så mye som mulig riktig i *en* tagging.
- Få noen til å høre på når man leser høyt igjennom, det er alltid greit å kunne få litt konstruktiv kritikk.
- Unngå alle referanser til publikum og tidspunkt siden dette skal vises flere ganger.
- Mange opplever det litt rart å bli filmet, man får ikke den responsen man er vant med fra publikum. Vær forberedt på dette.
- Velg om du vil stå eller sitte under presentasjonen.
- Unngå å se i manus hele tiden. Rett blikket mot kamera og av og til litt ut i rommet, som om man har et publikum.
- Det skal inngås skriftlig kontrakt med foredragsholder. Dette finner du i Håndboken kap 17 pasientbehandling/telemedisin, "Samtykke foreleser nettbasert undervisning". Normal brukslengde ut fra kontrakten er 2 år. Foredragsholder kan når som helst trekke tilbake videoen i denne perioden.

2. Hvis man skal filme en generell demonstrasjon (eks av ulike teknikker)

- Tenk ut det som er viktigst å vise frem og hvilke vinkler det skal vises fra. Dette vil personen som filmer også være nødt til å gjøre, men det vil lønne seg å tenke over det i forveien i tilfellet man bør ha flere kameraer.
- Vurder om du/dere vil filme selv eller om du/dere trenger hjelp. Ønsker du/dere å filme selv kan det gis enkel opplæring i bruk av utstyret fra telemedisinkoordinator.
- Øv igjennom hele demonstrasjonen først, da unngår man diskusjoner om hvordan det var man skulle gjøre det mens kameraet går.
- Dersom en pasient deltar i demonstrasjonen, skal pasienten ha utdelt informasjon om filmingen og underskrive **samtykkeskjema** (se Håndboken kap 17 pasientbehandling/ telemedisin)

3. Hvis man skal filme noe pasientrelatert (eks opplæringsvideo):

Før filming:

- Sett deg grundig inn i reglene for lyd- og bildeopptak av pasienter. Retningslinjer for dette finner du i **Håndboken kap16 Pasientrettigheter / Lyd-bildeopptak av pasienter**.
- Avgjør om dette er en video kun knyttet til denne ene pasienten eller om det er en generell opplæringsvideo til bruk i flere sammenhenger. (ved generell se punkt 2)
- Dersom filmingen kun gjelder denne ene pasienten, gjelder vanlige regler for pasientjournal (se **Håndboken kap 15 Pasientjournal – DIPS**)
- Pasient eller pårørende skal informeres muntlig og skriftlig om filming og gi et skriftlig samtykke til filming. Samtykkeskjema og skriftlig informasjon finnes i **Håndboken kap 17 Pasientbehandling/telemedisin**. (Trykk på lenken.)
- Hovedansvarlig for forsvarlig håndtering av filmet materiale fram til lagring i arkiv er ansvarlig fagperson på avdelingen i tett samarbeid med telemedisinkoordinator. Navnet på ansvarlig fagperson for filming føres inn i samtykkeskjemaet under punktet "Hvem har besluttet opptaket".
- Samtykket skal journalføres. Dette gjøres ved å sende samtykkeskjemaet til koordinerende enhet for inntak. Der skannes samtykket inn i DIPS og lagres under: Pasientsamtykke/erklæringer/krav.

- Vurder om du/dere vil filme selv eller om du/dere trenger hjelp. Ønsker du/dere å filme selv kan det gis enkel opplæring i bruk av utstyret fra telemedisinkoordinator.

Etter filming:

- Opptak oppbevares og behandles etter gjeldende regler for pasientopplysninger ved Sunnaas. (se *Håndboken kap 15 Håndtering og sikring av pasientjournaler*)
- Når tapene redigeres på PC, skal materialet ligge på en ekstern disk som kan låses inn til materialet er ferdig. Deretter slettes fra maskinen.
- Det lages to utgaver av dvd-er. Mastertape (tape med ferdig redigert materiale) og en dvd lagres fysisk i arkivet på Sunnaas, mens en dvd går til mottaker i kommune/bydel eller lignende, på samme måte som annet skriftlig materiale.
- Mastertape + dvdene må merkes med navn, personnummer, dato for filming og dato for arkivering.
- Ansvarlig fagperson sender mastertape + dvd til arkivet.
- Det må oppgis i registeret/arkivet at det er gitt kopi til en navngitt person (eks kontaktperson i kommune).
- Ansvarlig fagperson skal journalføre at det er foretatt filming og henvise til hvor det er arkivert (skriv inn: "Dvdene er arkivert som egen arkivserie i pasientarkivet")
- Arkivet legger inn opplysninger i register over filmer, samt lagrer mastertape + dvd.
- Opptak som ikke blir brukt, skal slettes av telemedisinkoordinator. Dette skal gjøres ved å legge et nøytralt opptak over det filmede materialet (eks filme mot vegg).

Henviser til gjeldende lovverk - Lov om helsepersonell kap. 8- Lov om pasientrettigheter kap. 3, kap. 5 - Lov om spesialisthelsetjenester kap.3, § 3-2- Forskrift om pasientjournal (2000), Lov om behandling av personopplysninger

11.9 Vedlegg 9 – Prosedyre – Avdeling

Eksempel 1: Klinikk for ryggmargsskade og multitraume

Prosedyrer for utskriving og overføring

All kontakt med hjemkommunen gjøres med pasientens samtykke.

Teamkoordinator sørger for at ressurskjema sendes ansvarlig oppfølgingspersoner (bestillerenhet) i kommune/bydel, snarest mulig etter innkomst. Slik at man får innhentet informasjon vedrørende kontaktpersoner og koordinator i kommunen. Teamkoordinator har jevnlig kontakt med koordinatoren.

Teamkoordinator sørger for at evt. behov for individuell plan avklares tidligst mulig under oppholdet.

Dersom pasienten trenger omfattende hjelp til ivaretaking av egenomsorg, er avhengig av kompliserte tekniske hjelpemidler, eller trenger omfattende oppfølging startes samarbeid med primærhelsetjenesten tidlig i forløpet. Kompetanseoverføring blir nødvendig, og dette kan gjøres ved at representanter fra kommunen kommer til Sunnaas, eller at fagpersoner fra behandlingsteamet reiser ut, f.eks ved hjemmebesøk med pasienten. Denne type kompetanseoverføring er vanligvis aktuell for hjemmesykepleien, fysioterapeut og ergoterapeut. Møtet kan holdes via telemedisin/videokonferanse.

Tverrfaglig team fra pasientens hjemkommune og eventuelt representanter fra 2.linjetjenesten inviteres innen 2 måneder til samlet informasjons/samarbeidsmøte dersom pasienten vil komme til å trenge stor grad av bistand fra mange instanser eller når dette synes hensiktsmessig for videre planlegging. Møtet kan også holdes via telemedisin/videokonferanse. ART deltar på møtet Se vedlegg: **Retningslinjer for innhold i møte med primærhelsetjenesten.**

Hver faggruppe oppretter samarbeid med aktuelle instanser i kommunen, overfører informasjon om igangsatte tiltak og gjør avtaler om oppfølging når dette er aktuelt. Tverrfaglig rapport sendes bestillerenhet i bydel/kommune. Ved behov sendes særfaglige vedlegg ved utskriving dersom oppfølging er avtalt. Epikrise sendes pasientens lege.

Overførings- og oppfølgingsrutiner v/ ART:

Ved behov arrangeres informasjons/undervisningsmøte i hjemkommunen

Ved behov (meldt fra behandlingsteam) telefonkontakt med pasienten etter utskriving.

Være tilgjengelige kontaktpersoner vedr. ryggmargsskadeproblematikk for pasient, pårørende, 1. og 2. linjetjenesten etter utskriving **ART-brosjyre**

Eksempel 2

Klinikk for hjerneskader HS1:

<p>Prosedyrer for utskrivning og overføring</p>	<p>Utskrivning og overføring</p> <p>Tidlig i oppholdet, tas det kontakt med oppfølgende instans som for eksempel kommunehelsetjenesten, pårørende eventuelt skole, PPT og kompetansesentre. Det bes om at det utnevnes en kontaktperson fra kommunen som skal koordinere det videre arbeid etter Sunnaas.</p> <p>Pasientkontakt avtaler møtedag med oppfølgende instans og pårørende i god tid før utskrivelsen.</p> <p>Individuell plan (IP): Pasient og pårørende informeres om IP. Ønskes det utarbeidet en plan, igangsetter vi forarbeidet enten på egne skjemaer eller på kommunens.</p> <p>Oppfølgende instanser inviteres til hospitering.</p> <p>Ved behov arrangeres besøk og møter for venner, barn, arbeidsgiver og/eller andre rundt den enkelte pasient.</p> <p>Særfaglig informasjon overføres til aktuelle oppfølgende tjenesteytere av den enkelte fagperson.</p> <p>Tverrfaglig rapport skal være ferdig når pasienten utskrives.</p> <p>Legens epikrise sendes pasient og fastlege senest 7 dager etter utskrivelse.</p> <p>Etter innhentet samtykke fra pasient/pårørende kan andre oppfølgende instanser og personer motta ovenstående informasjon</p> <p>Overføring av pasienter til KReSS</p> <ul style="list-style-type: none">• Lege informerer inntakskordinator om pasienten• Inntakskordinator HS 1 og KReSS avtaler inndato• Inntakskoordintorene arrangerer overføringsmøte via videokonferanse. Møte ledes fra HS1. Fra hver enhet stiller PK, PAS og eventuelt PAL. <p>Ved behov kan pasient besøke KReSS i forkant av oppholdet etter avtale. Det leveres gjerne ut oppdaterte brosjyrer (finnes på intranett forside/verktøy/diverse/brosjyrebank).</p> <p>Barn i enheten. Der finnes spesielle rettigheter for barn innlagt på sykehus. forskrift om barns opphold i helseinstitusjon</p>
---	--

Eksempel 3

Klinikk for nevrorehabilitering

PROSEDYRE FOR BRUK AV VIDEOKONFERANSE KNYTTET TIL INNLEGGELSE, UTSKRIVING ELLER OPPFØLGING AV PASIENTER I KLINIKK NVS

- Teamoverlegene avgjør om videokonferanse skal benyttes i pasientforløpet.
- Teamet vurderer sammen med kommunen/samarbeidspartnere om en skal ha videokonferanse eller et vanlig møte i forbindelse med innleggelse, samarbeid underveis i oppholdet, utskriving eller oppfølging i etterkant. Se: Prosedyre for bruk av videokonferanse knyttet til innleggelse, utskriving eller oppfølging av pasienter (Håndboken Kap 17 / Telemedisin).

Prosedyre ved innleggelse

1. Fastlege søker pasient inn til aktuelt opphold.
2. Overlege/inntaksteam vurderer søknad.
3. Overlege/inntaksteam vurderer i god tid om det er aktuelt med VKmøte i forkant av oppholdet.
4. Inntakskoordinator sender skriftlig innkalling med tilbud om videokonferanse. Informasjonsmateriell og samtykkeerklæring om VKmøte legges ved. Avklarer med samarbeidspartnere om det er aktuelt med VKmøte.
5. Ved valgt VKmøte Prosedyre for bruk av videokonferanse knyttet til innleggelse, utskriving eller oppfølging av pasienter (Håndboken Kap 17 / Telemedisin).
6. Avklare hvem som skal delta på møtet: Pasientkontakt, pasientansvarlig sykepleier, psykolog, teamkoordinator, lege, dokumentansvarlig etc.
7. Inntakskoordinator tar kontakt med telemedisinkoordinator på SunHF (se egen prosedyre). Momenter som bør avklares: Tidspunkt for VKmøte, skal VKmøte foretas flere ganger? Individuell Plan? Gjennomføring av VKmøte.
8. Rapport skrives.

Prosedyre for samarbeidsmøte med kommune/bydel/samarbeidspartnere

1. Vurdere om det skal gjennomføres vanlig møte eller VKmøte.
2. Skriftlig informasjon til pasient (se egen brosjyre).
3. Innhente samtykke fra pasient.
4. Ved VKmøte: Ta kontakt med telemedisinkoordinator på SunHF (se egen prosedyre).
5. Gjennomføre VKmøte.
6. Skrive rapport/referat

Prosedyre for oppfølgingsmøte:

1. Teamet vurderer sammen med kommunen/samarbeidspartnere om pasient bør følges opp etter utskrivelse.
2. Avtale om oppfølgingsmøtet gjøres før utreise, sett dato.
3. Koordineringsansvarlig tar telefonkontakt etter gitt tid for å avklare og avgrense problemstillinger som kan dukke opp på møtet.
4. Avklaring av hvem fra teamet som skal delta på møtet.
5. Gjennomføring av oppfølgingsmøte per videokonferanse (se egen prosedyre).
6. Avklare behov for evt. nytt møte senere.

11.10 Vedlegg 10 - Prosedyre Samarbeid mellom NAV og SunHF

PROSEDYRE FOR SAMARBEID MELLOM NAV OG SUNNAAS SYKEHUS HF

Bruk av videokonferanse i NAV-systemet

Pasientkoordinator kontakter **Sunnaas telemedisinteam** (Ole Rand-Hendriksen, Anne Merete Driveklepp og Hilde Sørli) helst ved e-post for å finne ut hvor det finnes videokonferanseutstyr.

Disse sjekker eksisterende oversikter (fra NAV, Helsenett NST, RHF, HF), for å avklare nærmeste VK-utstyr i aktuell kommune FØR det gjøres avtaler med lokal kontaktperson

Telemedisinteamet melder tilbake muligheter til **pasientkoordinator** (sted, nummer til utstyr, kontaktperson)

HVIS NAV-utstyr er en mulighet:

Pasientkoordinator fyller ut følgende skjema og sender via e-post til følgende tre personer i NAV:

bjorn.almaas@nav.no, tor.guttorm.nygard@nav.no, bente.duun@nav.no

1. ØNSKET NAV KONTOR	Navn på NAVkontor
2. IP NUMMER	IP- nr NAVkontor IP- nr Sunnaas sykehus HF
3. ØNSKET TIDSRUM FOR BRUK	Tidspunkt for møte, med ett alternativ
4. KONTAKTPERSON PÅ DET ØNSKEDE NAVKONTOR : TLF + MOBIL + MAIL	(NAV fyller inn dette)
5. KONTAKTPERSONER PÅ SUNNAAS	Pasientkoordinator m/ TLF + MOBIL + MAIL Teknisk kontaktperson Ole Rand-Hendriksen Ole.rand-hendriksen@sunnaas.no Tlf: 93 63 18 68 Anne Merete Driveklepp Annemerete.driveklepp@Sunnaas.no Tlf: 91 39 54 10

6. LOKAL KONTAKTPERSON FOR MØTET OG ANTALL PERSONER SOM SKAL DELTA PÅ MØTET PÅ NAV-KONTORET	Pasientkoordinator fyller inn navn lokal kontakt med tlf + mobil+ mail, samt antall deltagere lokalt
7. FORMÅL MED BRUKEN	Pasientkoordinator fyller inn kort beskrivelse
8. SØKNAD SENDES	Pasientkoordinator sender skjemaet til de oppgitte personene overfor skjemaet. De videresender forespørselen til NAV - kontorets leder med kopi til NDU med navngitt person/mail

- ❖ **NAV (v/brukerstøtte)** sender oppdaterte lister over videokonferanseutstyr til Sunnaas hver mandag
- ❖ **NAV (v/NDU/NAV-ledere)** forplikter seg til en responstid på bestillingene på **24 timer**
- ❖ Når man har avklart opplysninger om lokalt utstyr og fått bekreftelse fra NAV-utstyr og opplysninger om lokal kontaktperson, kontakter **pasientkoordinator** person lokalt og booker rom, utstyr og teknisk support til møtet.
- ❖ Ved konferanse mot tidligere ukjent utstyr gjennomfører **Sunnaas telemedisinteam** en testoppringing senest to dag før avtalt møte (både NAV og andre utstyr). Telefonnummer til lokal videokonferanseenhet i telefonboka på videokonferanseenheten. Problemer rapporteres til pasientkoordinator ved Sunnaas.
- ❖ **Pasientkoordinator** er ansvarlig for planlegging av møter sammen med lokal kontaktperson.
- ❖ Videokonferansedagen har kommet! **Avdelingen** ringer opp selv eller avtaler behov for support fra **telemedisinteamet**. Ring opp minst 15 minutter før møtet skal starte.
- ❖ Dersom det oppstår vanskeligheter under videokonferansen, kontakt
 - Ole Rand-Hendriksen **93 63 18 68** eller Anne Merete Driveklepp **91 39 54 10**– ved lokale problemer
 - Norsk Helsenetts supporttjeneste tlf: **02017** ved *nettverksproblemer*
 - Hvis ingen av disse er tilstede: Eventuelt Janusz Ring **93 83 28 29** (IT-avd)

11.11 Vedlegg 11 – Avisomtale Dysfagi



VIDEOKONFERANSE EIDSVOLL-OSLO: Åse Karin og Vegard Nygård sammen med leder avdeling for funksjonshemmede Aud Karstensen i Hurdal kommune. Ved hjelp av videokonferanserommet hos NAV på Eidsvoll får de råd og veiledning fra logoped Borgny Mylén og klinikkjef Sveinung Tomås på Sunnaas sykehus på Nesodden.

VG Fredag er med på en siste konsultasjon før ferien.

- Hvis det er litt slimete og han er forkjølet, har det vært vanskelig. Da har vi valgt å vente litt, sier Åse Karin til folkene på TV-skjermen.
- Ja, det kan sikkert være lurt, svarer logoped Borgny Mylén fra Sunnaas sykehus. Utstyret lar Mylén zoome inn og

observere mens Vegard har fått smake på most mat og yoghurt. I tillegg har pleierne som bistår Vegard i hverdagen fått faglig opplæring.

- Jeg synes han har blitt mer avslappet. Han er ikke så anspent lenger. Det har med trivsel å gjøre. Han sikler også mindre fordi han svelger mer unna, forteller mamma Åse Karin.

Vegard skal fortsatt innta næring gjennom sonden i magen. Det handler ikke om å bli frisk, men om livskvalitet.

- For Vegard betyr dette utrolig mye. Tenk bare på det sosiale ved å kunne delta i smaksopplevelsen rundt middagsbordet. Selv om det kan virke som en liten ting for andre, utgjør det en enorm forskjell for Vegard.

Tekst: STIAN FJELDAL
Foto: KARIN BEATE NØSTERUD, SIMEN GRYTØYR, GØRAN BOHLIN og KRISTER SØRBØ

epost: stian.fjeldal@vg.no
karin.beate.nosterud@vg.no
simen.grytoyr@vg.no
goran.bohlin@vg.no
kriste.sorbo@vg.no

26 VG Fredag



største sentrene.

● Ideen var å utnytte telekommunikasjon slik at pasienter ikke behøvde å reise til sentrale sykehus for undersøkelser, men at medisinsk ekspertise fra sentrale sykehus kunne benytte ny teknologi – særlig for overføring av bilder og video – til å undersøke pasienten lokalt.

Kilde: Institutt for Informatikk, UiO.



ER KRITISK:

Leder Toralf Hasvold ved Nasjonalt Senter for Telemedisin.



LOVER BED-

RING: Statssekretær Dagfinn Sundsbø i Helse- og omsorgsdepartementet.

«veiledning via internett».

spørsmål om hvilke aktører han sikter til.

– Alle strir vel med sin daglige gjerning, og så kan det hende at vi ikke har vært flinke nok til å sette mål for utviklingen.

For 12 år siden ble Vegard Nygård (37) fra Hurdal alvorlig hjerneskadet i en trafikkulykke. Han kan ikke prate, tilbringer dagene i rullestol og får næring gjennom en sonde i magen.

Takket være videokonferanser med Sunnaas sykehus på Nesodden har han bokstavelig talt fått en ny smak på livet.

– Vi oppdaget at han kunne svelge for mange år siden. Så tenkte vi at han måtte kunne få seg noe i munnen. Men vi turte ikke uten å ha pratet med fagfolk, sier mamma Åse Karin Nygård (61).

Sunnaas sykehus er Norges største spesialsykehus for rehabili-

tering, og befinner seg i Norges-toppen på utnyttelse av telemedisin for oppfølging av pasienter.

Vegard var inne til en grundig vurdering på Sunnaas i vinter, men i stedet for å bruke en hel dag på å komme seg fram og tilbake til Nesodden for oppfølging, slipper Vegard og Åse Karin unna med to timer ved å bruke videokonferanserommet til NAV på Eidsvoll. ➤

11.12 Vedlegg 12 – Studiobruksanvisninger – VK HS1 SunHF

VIDEOKONFERANSE HS1

HVORDAN SKRU PÅ UTSTYRET:

Nr	Hva	Hvor	Hvordan
1.	Skru på TV	Knapp på toppen av TVskjerm, lengst til høyre	Trykk knappen. Sjekk at det lyser grønt nederst til høyre på skjermen.
2.	Stille inn rett kanal: Input 2 RGB	Knapp på toppen av TVskjerm, lengst til venstre.	Trykk på knappen og vent litt. Se tekst som kommer opp øverst til venstre på TVskjermen. Trykk med små pauser i mellom helt til det står: Input 2 RGB.
3	Vift på fjernkontroll for å aktivere systemet (eller trykk på OK eller piltast)	Grå fjernkontroll med bl.a rød, grønn knapp + nummertastatur	Vifte/bevege på fjernkontroll, eventuelt trykke en eller annen knapp. Kameraet vil da snu seg mot rommet og bilde av rommet + kontrollinje nederst vil synes.

HVORDAN RINGE OPP:

Før du ringer opp, må du forsikre deg om at utstyret på mottagersiden står på.

Be motparten ta med mobiltelefon + ha med egen mobiltelefon.

	Type nummer	Hva er det?	Hvordan
1.	ISDN nummer	Som et vanlig telefonnummer.	Trykk på grønn knapp på fjernkontrollen. Tast inn nummer med 0 foran . Tast grønn knapp en gang til for å ringe opp.
2.	IP adresse	Oppringing over internett Ulike sifre med punktum mellom.	Trykk grønn knapp på fjernkontrollen. Tast inn sifre med punktum mellom. Punktum fås ved å trykke stjernetasten 2 ganger. Tast grønn knapp en gang til for å ringe opp.
3	Helsenett nummer	Oppringing over eget helsenett. Varierende antall sifre (vanligvis 5 -6 stk)	Trykk grønn knapp på fjernkontrollen. Tast inn nummer. Tast grønn knapp en gang til for å ringe opp.

4	URI dialing	Oppringing over internett. Bokstaver, tall med @ i mellom	Trykk grønn knapp på fjernkontrollen. For å få bokstaver : Holde # tast inne ca tre sekunder. (Nederst til høyre i feltet vil symbolene abc dukke opp i stedet for 123) For å få skrevet @: Først gjøre om innstilling til bokstaver (se over). Deretter trykk tast med 1-tall.
5	Telefon	Det tror jeg du vet 😊	Trykk grønn knapp. Tast inn nummer med 3 foran . Tast grønn knapp en gang til for å ringe opp.

TIPS: For å slette et tall, trykk cancel / X.

HVORDAN FINNE NUMMER I TELEFONBOKEN:

1	<p>a) Trykk på symbol for telefonbok på fjernkontrollen (mellom rød og grønn tast)</p> <p>b) Eller: Trykk grønn tast. Til høyre for feltet der nummeret skrives inn, står symbol for telefonbok. Trykk piltast til høyre og deretter OK.</p>
2	<p>En meny kommer opp. Beveg deg i menyen med piltaster som på en vanlig mobiltelefon. Trykk ok på det du ønsker i menyen. Trykk x/cancel for å gå tilbake.</p> <p>Ved søk i listene, kan man søke raskere ved å trykke forbokstaven dit man skal (f.eks s for sunnaas)</p>
3	<p>Tips: møterom på Sunnaas har navn: eks sunnaas.nes. (nes= nesodden, dro = drøbak, ask = askim)</p>

HVORDAN RINGE OPP FLERE PARTER:

	Hva	Hvordan	
1	Ring opp første deltager	(se over).	
2	Ring opp andre deltager	Trykk grønn knapp en gang til. Tast inn aktuelt nummer (se over)	
3	Du kan ringe inntil 3 parter i tillegg til egen enhet. Du kan ringe både videokonferanseenheter og telefon samtidig.		

VIKTIGE FJERNKONTROLLFUNKSJONER I VIDEOKONFERANSEMØTER

Hva	Hvordan
Skru mikrofon av og på	Gul knapp på fjernkontrollen. Se etter symbol

	øverst til høyre på TVskjerm.
Justering av bildevisning – motpart og seg selv	Trykk på lay-out knapp til man får ønsket bilde. (Dette er slik man selv ser det, ikke det motparten nødvendigvis ser)
Kamerakontroll – styre kamera + zoome	Når dere har fått koblet opp møtet, styres kameraet direkte med piltaster (svart "hjul i midten). Zoom finner man til høyre for piltastene (+ -)

DERSOM DU TRENGER ASSISTANSE:

Ring: 9100 (samme tlf.nr. som IT brukerstøtte) og tast **3** for videokonferanse.

Du skal da bli satt til en som kan hjelpe deg.



11.13 Vedlegg 13 – Studiobruksanvisninger – PC- og videopresentasjon

SunHF




PC- OG VIDEOPRESENTASJON PÅ VIDEOKONFERANSE

HS1

PC-PRESENTASJON PÅ TV-SKJERMEN UTEN VIDEOOVERFØRING

	Hva	Hvor	
1	Skru på PC i god tid (ca 5 min før).	På benken til høyre for TV-skjerm. Stor knapp.	
2	Skru på TV og videokonferanseutstyret	Se bruksanvisning på veggen: <i>Videokonferanse HS1: Hvordan skru på utstyret</i>	
3	Vise PC-presentasjon på skjerm	Trykk BLÅ knapp (Presentation) på videokonferansefjernkontrollen	
4	Finne presentasjon	Logg inn på vanlig måte. TV-skjermen fungerer som en PC-skjerm	


AKTIVERING AV TRÅDLØS MUS

1	Finn mottagerenhet i sprekken i skapet over PC	
2	Trykk på liten, gul knapp på denne mottagerenheten. (Bruk en penn, nøkkel eller lignende)	
3	Finn den trådløse musa	
4	Trykk på liten, gul knapp på musa (undersiden)	
5	Trykk på gul knapp på mottagerenheten igjen	
6	Ta fram tastaturet	
7	Snu tastaturet opp -ned	

8	Trykk liten gul knapp på undersiden av tastaturet	
---	---	--

NØDLØSNING MUS: Bruk vanlig mus med ledning (da må du sitte i hjørnet under presentasjonen...)


PC-PRESENTASJON PÅ VIDEOKONFERANSE

	Hva	Hvor	
1	Skru på PC i god tid (ca 5 min før).	På benken til høyre for TV-skjerm. Stor knapp.	
2	Skru på TV og videokonferanseutstyret	Se bruksanvisning på veggen: <i>Videokonferanse HS1: Hvordan skru på utstyret</i>	
3	Ring opp mottager(e)	Se bruksanvisning på veggen: <i>Hvordan ringe opp?</i>	
4	Sjekk om behov for innstilling duo-video?	Trykk: Meny – blå knapp (presentation). Står det duo-video? Hvis ja – gå til punkt 5. Hvis nei (du ser vanlig PCbilde) gå til * nederst	
5	Skru av duo-video (for å unngå problemer med enkelte enheter)	1. Trykk pil opp (markør går til duo – video) 2. Trykk pil venstre (markør går til hovedkilde) 3. Trykk pil ned (markør går til main-cam) 4. Trykk pil høyre (markør går til PC) 5. Trykk OK OBS! Kjør hele presentasjonen uten å vise foredragsholder. Hvis man ønsker å veksle mellom foredragsholder og presentasjon, må man gjennom hele punkt 5 på nytt.	

6	Visning av presentasjon på egen skjerm	Trykk på lay-out og selfviewknappene til dere får ønsket størrelse på bilde lokalt.	
*	Hvis ikke duo-video (Motparten ser kun ett bilde.)	Trykk blå knapp for å variere mellom PC-presentasjonen og foredragsholder.	

PC-PRESENTASJON FRA LAP-TOP (BÆRBAR PC)


PÅ VIDEOKONFERANSE

1	Montere ledning	Finn tykk ledning bakerst i rommet (ved SMARTboard). Monter denne til lap-topen.	
2	Finne ekstern skjerm	Vent litt og sjekk om lap-top er stilt inn til å bruke ekstern skjerm (ny PC går automatisk, eldre PCer : Prøv Fn / F4 / F5 / F7 F11	
3	Vise presentasjon	Trykk blå knapp (presentation) på fjernkontroll til videokonferanse. Bilde vises da både på videokonferanseskjerm og projektor / SMARTboard.	
4	Sjekk om behov for innstilling duo-video	Trykk: Meny, deretter blå knapp (presentation). Står det duo-video? Hvis ja – gå til punkt 4. Hvis nei gå til punkt *	
4	Skru av duo-video (for å unngå problemer med enkelte enheter)	1.Trykk pil opp (markør går til duo – video) 2.Trykk pil venstre (markør går til hovedkilde) 3.Trykk pil ned (markør går til main-cam) 4. Trykk pil høyre (markør går til PC) 5.Trykk OK	
5	Visning av presentasjon på egen skjerm	Trykk på lay-out og selfviewknappene til dere får ønsket	



		størrelse på bilde lokalt.	
*	Hvis ikke duo-video	Trykk blå knapp for å variere mellom PC-presentasjonen og foredragsholder	

OBS! Lyd fra PC (eks dvd spilt fra PC) kan foreløpig **ikke** vises fra lap-top pga manglende lyd kabel. Bruk dvd-spiller. Bildet/filmen vil derimot synes fra PC.

WISE DVD (UTEN VIDEOKONFERANSE)

1	Skru på TV og videokonferanseutstyr	Se bruksanvisning på veggen	
2	Skru på dvd-spiller	På benken til høyre for tv-skjermen. Knapp foran på dvd spiller	
3	Stille inn dvd som kilde på utstyret	1. Trykk Meny – piltaster til presentation – trykk OK 2. Piltaster til VIDEOCONFERENCINGR – trykk OK	
4	Styre dvd-spiller	Egen fjernkontroll eller knapper på spiller	
5	OBS! Etter visning: Stille tilbake på riktig innstilling til neste gang	Trykk: Meny. Bruk piltaster til presentation. Trykk OK. Piltaster til main cam. Trykk OK.	

WISE DVD PÅ VIDEOKONFERANSE

1	Skru på dvd-spiller	På benken til høyre for tv-skjermen. Knapp foran på dvd spiller	
2	Skru på videokonferanseutstyret og ring opp mottager(e)	Se bruksanvisning på veggen	
3	Sjekk om behov for duo-video	Trykk: Meny, deretter blå knapp (presentation). Står det duo-video? Hvis ja – gå til punkt 4. Hvis nei gå til punkt *	
4	Skru av duo-video	1.Trykk pil opp (markør går til duo – video) 2.Trykk pil venstre (markør går til hovedkilde) 3.Trykk pil ned (markør går til main-cam) 4. Trykk pil høyre til markør står på VIDEOCONFERENCINGR 5.Trykk OK	
5	Visning av presentasjon på egen skjerm	Trykk lay-out og selfview til dere ser ønsket størrelse på bilde lokalt.	
6	Styre dvd-spiller	Egen fjernkontroll eller knapper på spiller	
*	Hvis ikke duo-video	Trykk blå knapp for å variere mellom PC-presentasjonen og foredragsholder	
7	OBS! Etter visning: Stille tilbake på riktig innstilling til neste gang	Trykk: Meny. Bruk piltaster til presentation. Trykk OK. Piltaster til main cam. Trykk OK.	

11.14 Vedlegg 14 – Oversikt opplæring av ansatte

Forankring studioopplæring

2010:

- Telemedisinteamet har ansvar for å tilby basal opplæring to ganger i året pr studio = 30 ganger
- Telemedisinteamet har ansvar for å tilby 4 kurs for viderekomne i året
- Telemedisinteamet/superbrukere har ansvar for å tilby "åpen studiotrening" 15 ganger pr år (rullerende på de ulike studioene)
- Telemedisinteamet har ansvar for å tilby opplæring i videokonferanseprosedyren 2 ganger pr år

2011

- Superbrukerne har ansvaret for halvparten av de basale studioopplæringene = 15 ganger
- Telemedisinteamet har ansvaret for den andre halvparten av studioopplæringene = 15 ganger
- Telemedisinteamet har ansvaret for kurs å tilby 4 kurs for viderekomne i året
- Superbrukere har ansvaret for åpen studiotrening etter behov.
- Telemedisinteamet har ansvar for å tilby opplæring i videokonferanseprosedyren 2 ganger pr år

2012

- Superbrukere har ansvar for all basal studioopplæring og åpen studiotrening (2 ganger pr år)
- Telemedisinteamet har ansvaret for kurs å tilby 4 kurs for viderekomne i året
- Telemedisinteamet har ansvar for å tilby opplæring i videokonferanseprosedyren 2 ganger pr år

11.15 Vedlegg 15- Videokonferanseregistrering SunHF

Dette skjemaet skal fylles ut ved avslutning av ALLE VK-sendinger på Sunnaas i 2009, sammen med mottakerstudioer som har deltatt i sendingen. Vi håper dere kan sette av noen få minutter til besvarelsen!

1a) Dato for møtet

1b) Møtets varighet

0,5 timer

1 timer

1,5 timer

2 timer

2,5 timer

4 timer

Mer enn 4 timer

1c) Studio på Sunnaas

Flaskebekksalen

Auditoriet

Svaleredet

Studio G

Pingvinrommet

Drøbak - KRESS - Møterom

Drøbak - KRESS - Kantine

NVS Askim - Bibliotek

NVS Askim - Kantine

NVS Nesodden

RMM

SSKS

HS1

Andre

1d) Andre - spesifiser

1e) Antall deltakere i studio på Sunnaas

1-3

3-6

6-9

Flere enn 9

1f) Spesifiser deltakende yrkesgrupper på Sunnaas

2a) Studio(er) hos mottaker(e)

Helsesenter

HF (DPS, sykestue, andre fjernenheter)

Rehabiliteringsinstitusjon

Andre

2b) Spesifiser mottakersted

2c) Antall deltakere i mottakerstudio(er)

1-3

3-6

6-9

Flere enn 9

2d) Spesifiser deltakende yrkesgrupper mottaker

3a) Hvilken type møte var dette?

Administrativt

Pasientrelatert

Undervisning

Annet

3b) Hvis pasientrelatert - hvilket formål?

Inntaksmøte

Utskrivningsmøte

Pasientoppfølging

Annet

4a) Hvordan booket du videokonferanserom og møtetidspunkt?

Intranettskjema (utviklet i prosjektet "Telemedisin i rehabilitering") og Outlook

Kun via Outlook

Outlook og telefon til telemedisinkoordinator

Kun via telefon til telemedisinkoordinator

4b) Hvilke erfaringer har dere ift å planlegge møtet?

Gode

Middels

Dårlige

4c) Hvilke erfaringer har dere ift å avtale møtet med telemedisinkoordinator og mottakere?

Gode

Middels

Dårlige

4d) Hvis det var behov for forhåndstesting, hvilke erfaringer har dere med å avtale og gjennomføre dette?

Gode

Middels

Dårlige

4e) Kommentarer

4f) Hva fungerte bra med det aktuelle videokonferansemøtet?

4g) Hva fungerte dårlig med det aktuelle videokonferansemøtet?

5a) Hvis dere ikke brukte videokonferanse, hvordan ville dere gjennomført møtet?

Reise

Telefon

Skriftlig kommunikasjon

Annet

5b) Hvis dere ville ha reist, hvor mange ville reist fra Sunnaas?

1

2

3

Flere

Ingen

5c) Hvis dere ville reist, hvor mange ville reist fra mottaker(ne)

1

2

3

Flere

Ingen

5d) Hvis dere hadde reist, hvor lang reistid hadde dere brukt?

1-3 timer

3-6 timer

6-9 timer

Mer enn 9 timer

6 Hvordan vil du vurdere videokonferanse som et alternativ til andre alternativer i dette tilfellet?

Link til elektronisk skjema: <http://fagevaluering.no/survey/ac6c420.html>

Tusen takk for at du besvarte disse spørsmålene, det vil være til stor hjelp når vi skal videreutvikle våre tjenester på dette feltet!

11.16 Vedlegg 16 – Spørreskjema - Helsepersonell SunHF

Prosjekt "Telemedisin i rehabilitering" går nå mot slutten, og skal fra 2010 videreføres som en rutinetjeneste ved Sunnaas sykehus HF. Vi har gjort oss mange erfaringer som Sunnaas og andre kan ha stor nytte av i videreutviklingen av telemedisin. Det er derfor en svært viktig del av prosjektet å få fram erfaringene fra prosjektdeltagerne og dere som har brukt tjenestene i praksis.

Vi ber derfor om at dere besvarer disse spørsmålene skriftlig innen: 14.12.09

Vi ber om svar knyttet til *pasientrelaterte møter*.

Svarene dere gir, vil bli brukt i oppsummeringen av prosjektet, og det kan være at vi trekker ut sitater til prosjektrapporten. Det vil ikke bli oppgitt navn i prosjektrapporten.

Spørsmål:

Navn:

Klinikk/avdeling:

Hvordan har du opplevd å bruke videokonferanse til pasientrelaterte møter?

Hva er ditt inntrykk av pasientens og av mottagernes opplevelse av møtet?

Hva er fordeler og ulemper av videokonferanser for din pasientgruppe? (Angi hvilken pasientgruppe det gjelder)

Hvilken type møter mener du dette egner seg for?

Åpner videokonferanser for nye samhandlingsmuligheter, hyppigere kontakt, større team, pasientmedvirkning, etc?

Har du eksempler på møter som fungerte spesielt godt? (hvorfor fungerte det godt?)

Har du eksempler på møter som fungerte mindre godt (Hvorfor?)

Ble beslutningsprosessene påvirket (for eksempel enklere/vanskeligere)?

Tok forberedelser til møtet lengre tid eller kortere tid?

Har det vært tilstrekkelig tilgang på rom og utstyr?

Hvordan har du opplevd samarbeidet/koordineringen med kommunen/mottagerne?

Hvordan ser du for deg fremtidig bruk for din pasientgruppe?

Hva må til for å få til økt bruk ved din avdeling?

Hvordan har du opplevd den tekniske tilretteleggingen og tilgang til service, opplæring og bruk?

Hvilke råd ville du gitt til andre sykehus/avdelinger som skal starte opp med en tilsvarende tjeneste?

Andre kommentarer:

11.17 Vedlegg 17 - Spørreskjema – Lokale samarbeidspartnere

Prosjekt "Telemedisin i rehabilitering" går nå mot slutten, og skal fra 2010 videreføres som en rutinetjeneste ved Sunnaas sykehus HF. (Se vedlagt brosjyre). Vi har gjort oss mange erfaringer som Sunnaas sykehus HF og andre kan ha stor nytte av i videreutviklingen av telemedisin.

Det er derfor en svært viktig del av prosjektet å få fram erfaringene fra noen pasienter/pårørende og helsepersonell/andre samarbeidspartnere som har deltatt på videokonferansemøter.

Pasientkoordinator på Sunnaas foretar telefonintervju for å få innhente noen av disse erfaringene.

Svarene som blir gitt, vil bli brukt i oppsummeringen av prosjektet, og det kan være at vi trekker ut noen sitater til prosjektrapporten. Svarene vil være anonymisert.

Deltagelse er selvsagt helt frivillig.

Før intervjuet foretas skal pasient/pårørende og lokale samarbeidspartnere få informasjonen over og samtykke. Samtykket journalføres i DIPS.

FAKTAOPPLYSNINGER:

Pasientkoordinator noterer følgende *før intervjuet*:

Type møte:(Planlegging av innleggelse, utskrivelse eller oppfølging etterpå? Intervju? Annet?)

Ca antall deltagere tilstede fra Sunnaas

Ca antall deltagere lokalt

En- til en-konferanse eller flerpartskonferanse

SPØRSMÅL TIL ANNET HELSEPERSONELL/SAMARBEIDSPARTNERE LOKALT

Hvordan opplevde du å være med på møte ved hjelp av videokonferanse?

Er det noe bestemt du vil trekke frem som positivt?

Er det noe du syntes var negativt?

Var opplevelsen av kontakt med den andre siden god nok?

Hvordan ble du/har du forberedt deg til det som skulle diskuteres i møtet?

Opplevde du å komme til orde med dine innspill og spørsmål?

Følte du deg delaktig i møtet?

Ville du anbefale denne møteformen til andre?

Hvordan vil du karakterisere dette møtet sammenlignet med ansikt-til-ansikt-møter?

Hva ville vært alternativet til dette møtet? (ikke møte/noen personer reiste/hospitering?)

Hvordan var det faglige utbyttet?

Var det flere tilstede enn ved vanlige møter? Gjorde det en forskjell?

Hva er fordeler og ulemper med denne møteformen?

Kan du tenke deg å gjenta dette? (hvorfor/hvorfor ikke?)

11.18 Vedlegg 18 – Spørreskjema - Pasienter/pårørende

SPØRSMÅL TIL PASIENT/PÅRØRENDE

Hvordan opplevde du å være med på møte ved hjelp av videokonferanse?

Er det noe bestemt du vil trekke frem som positivt?

Er det noe du syntes var negativt?

Var opplevelsen av kontakt med den andre siden god nok?

Hvordan ble du/har du forberedt deg til det som skulle diskuteres i møtet?

Opplevde du å komme til orde med dine innspill og spørsmål?

Følte du deg delaktig i møtet?

Ville du anbefale denne møteformen til andre?

11.19 Vedlegg 19 – Oversikt forankringstiltak

Tabell 4: Oversikt over områder som er involvert i forankring av tjenesten.

Område	Beskrivelse
Styringsgruppen	Ansvarlig for telemedisinprosjektene pr i dag og en del av gruppen kan være aktuell ift videre prosjekter og aktiviteters styringsgrupper.
Foretaksledelsen	Består av direktør og avdelingsledere på SunHF.
Styret	Ansvarlig for foretakets drift
Samhandlingsavdeling	<ul style="list-style-type: none"> • Ansvarlig for telemedisindrift og utvikling ved SunHF og telemedisinteamet som skal forvalte tjenesten. • Ansvarlig for etablering og drift av samhandlingsnettverk ved SunHF der bl.a telemedisinteam og pasientkoordinatorer/ superbrukere m. fl skal ha møter hver måned • IKT-strategi 2010-2013 hvor telemedisin inngår og med årlige handlingsplaner • Videreutvikling og samkjøring av alle lignende aktiviteter ved SunHF
Telemedisinteam	<ul style="list-style-type: none"> • VK – studio (drift, vedlikehold, support), opplæring i bruk av VK og drift av intranettside med all informasjon relatert til dette området. • Nyansatt – opplæring (studioinformasjon og om den faglige tjenesten) • Faglig support til avdelinger i eksisterende drift og nyutvikling av tjenesteområder • Oppdatering og revidering av prosedyrer, informasjonsskriv • Årsplan for telemedisin
Kliniske avdelinger	<ul style="list-style-type: none"> • Avdelingsvise pasientforløpsprosedyrer, der VK er integrert og lenker til gjeldende tjenesteprosedyrer i eHåndbok • Opplæring i bruk av VK (Telemedisinteam og avdelingsvise superbrukere) • Fast deltagelse i foretakets Samhandlingsnettverk. • Nyansattopplæring (HR og avdelingsvis)
Kvalitetssikring	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitetsleder godkjenner (sammen med andre kvalitetsansvarlige) revideringer eller nyutvikling av prosedyrer og forvalter eHåndboken ved SunHF, der alt er lokalisert på linje med andre prosedyrer • Samme saksgang i forhold til revideringer eller nyutvikling av informasjonsskriv for tjenesten
HR – avdelingen	Opplæringsansvarlig avdeling – har integrert informasjon om tjeneste og studiodrift i overordnet nyansattprogram
Nettverk av koordinerende enheter i regionen	I Regional koordinerende enhet på SunHF har etablert det regional nettverket, og vil være en sentral vei for informasjon mot de enkelte sykehusområdene og deres
Regionalt telemedisinnettverk	HSØ vurderer å opprette et telemedisinsk nettverk med aktører fra helseforetak, kommuner, Sykehuspartner, Norsk Helsenett etc. SunHF vil være en essensiell pådriver i et slikt nettverk for å kunne stimulere andre til å starte egne tjenester og ha en utstrakt erfaringsutveksling innenfor området til nytte for hele regionen
Innkjøpsavdeling	Ansvarlig for innkjøp av nødvendig utstyr og de rammeavtaler som vil være involvert i tjenesten
Sykehuspartner	Involveres i SunHF's supporttjeneste
Økonomisk avdeling	Forvalter refundering av tjenesten når dette er på plass
Kommunikasjonsavdeling	Markedsføring/informasjonsspredning internt og eksternt i samarbeid med Foretaksledelse, Samhandlingsavdeling og Telemedisinteam

Disse punktene vil danne grunnlaget for den videre tjenesten.

