

StimuLab Medisinsk avstandsoppfølging

Sluttrapport

Innholdsfortegnelse

1. Prosjektoversikt

Om adopsjon av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten

1. Introduksjon

Mål for prosjektet

Vår bestilling

Gevinster - forutsetninger og antagelser

Hvorfor ta i bruk videokonsultasjoner?

1. Metode

Prosjektoppbygging

Fase 1 - Diagnosefasen

Fase 2 - Utforske og definere

Fase 3 - Utvikle og levere

Prototypingsmetodikk

Å jobbe med adopsjon i spesialisthelsetjenesten

Teamsammensetning

Endring i arbeidsmåte som resultat av COVID-19

En oversikt over aktiviteter i prosjekt og i parallell i HMN

1. Resultater

Hva vi har lært om adopsjon i spesialisthelsetjenesten

Prototyping - Mer utadvendte pasientforløp og veileder

Prototyping - Veikart for implementering av video

Prototyping - Kommunikasjon og kommunikasjonsplan

Prototyping - Nudge og konsepter for nudging

1. Diskusjon og veien videre

Vekst og tilbakefall i utadvendt virksomhet under første COVID-19 bølge

Hvor kommer tilbakefallet fra?

Stegene mot implementering (Veikart for implementering av videokonsultasjoner i avdeling)

Veien videre for Helse Midt-Norge - Våre anbefalinger

Neste skritt

1. Appendiks - Innsiktene



Prosjektoversikt

For deg som trenger en rask oversikt:

Hva har vi gjort, hva har vi lært, og hvordan kan det benyttes i ditt arbeid som helseleder, behandler, eller lignende.

Adopsjon av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten skjer gjennom systematisk arbeid og lederforankring.

Oppdragsgiver og prosjektgruppe

St. Olavs Hospital er oppdragsgiver, mens prosjektgruppen består av ressurser fra St. Olavs Hospital, Helse Møre og Romsdal, Helse Nord-Trøndelag, og innleide konsulenter fra PwC.

Utfordringsbildet

- Eldrebølgen, rekrutteringsutfordringer, krav om digitalisering og krav til redusert klimaavtrykk tvinger frem nye måter å jobbe på.
- Geografiske avstander og spredt bosetning utfordrer målet om å tilby likhet i helsehjelp for innbyggerne.
- Høyt tidspress, faglig integritet, sterk autonomitet hos behandlere samt stor variasjon i måten enheter jobber på gjør det utfordrende å implementere nye løsninger.

- Studier viser at avstandsoppfølging blir tatt godt imot av pasienter - men man har i liten grad til nå sett initiativer rettet mot spesialisthelsetjenesten sammenlignet med f.eks kommunehelsetjenesten.

Så hva skulle vi finne ut av?

Hvordan skape varig endring og permanent bruk av avstandsoppfølging gitt dette utfordringsbildet?

Gjennomført prosess

- **Intervjuer** med 26 ansatte (behandlere, ledere og helsesekretærer) og 7 pasienter.
- **Workshops:** Innsikts- og analyseworkshops, gevinstrealiseringsworkshop, idé-workshop, observasjon, observasjon ved planlegging av pasientforløp med forløpsansvarlig, workshops med kommunikasjonsavdeling

- **3 prototyper;** innhold og visuell utforming (Kommunikasjonskonsept "Ikke alle skal på sykehus", veileder for innføring av videokonsultasjoner i pasientforløp, Veikart for implementering i klinikker)
- **Brukertester** av veikart på behandlere
- **Tett samarbeid:** Ukentlige statusmøter, arbeidsmøter og avklaringsmøter med prosjektgruppe og involverte personer.

Hva har vi lært

Vi har lært at Videosamtale (video) er en grunnstein i utadvendt virksomhet. Vi har sett adopsjon av video øke drastisk under koronapandemien, men falle tilbake når smittetrykket er lavere. Vi har kartlagt tiltak til å opprettholde bruk, og sett at mange av disse må enhetene selv ta eierskap og ansvar for, og at noen enheter i dag er kommet mye lengre enn andre.

Løsningsforslag

Gjennom systematisk arbeid med igangsetting av kartlagte tiltak (tilpasset situasjonen i de forskjellige enhetene), samt med god lederforankring i alle ledd, har vi tro på at man vil kunne få en varig endring i bruk av video og avstandsoppfølging.

Leveranser

- Vi har identifisert og foreslått 29 tiltak som kan løse forskjellige hindre som enhetene i Helse Midt møter i sitt arbeid med video og andre nye løsninger i dag.
- Vi har laget et Veikart for implementering av videokonsultasjoner i avdeling (som detaljerer tiltakene), for bruk i alle enheter i Helse Midt-Norge som støttmateriell for ansatte og ledelse
- Vi har også laget en veileder for innføring av videokonsultasjoner i pasientforløp, som verktøy for forløpsansvarlige, forløpsveiledere, og ledere i enhet.

VIDEOKONSULTASJONER

– VEILEDER FOR INNFØRING AV VIDEOKONSULTASJONER I PASIENTFORLØP

Over - Veileder for innføring av videokonsultasjoner i pasientforløp

Venstre - Veikart for implementering av videokonsultasjoner i avdeling (med tiltak)

Først: Forberede organisasjonen

A Øke motivasjon blant behandlere

Behandlere må informeres, motiveres og overbevises av ledere og fagfeller.



B Velge pasientgrupper

Hvilke er de mest oppgitte pasientgruppene for videokonsultasjon?



Så, Komme i gang

C Etablere superbrukere

Teknikk-kveitlege Identifisere potensielle superbrukere Trene og følge opp



Etter hvert: Måle og bevise verdi

H Måle resultater og KPIer

Lafta fram måltal Dele og fortløbere gevinsten i klinikken



A

Øke motivasjon blant behandlere

Tiltak

Tydlig bestilling fra ledere

I klinikk, avdeling og seksjon/poliklinikk må det kommuniseres tydelig at videokonsultasjon gjennomføres.

Kommunisere hensikt

Hvorfor skal man ta i bruk video? - For

Tiltak

Etablere når dere skal bruke videokonsultasjoner

Bli enige om hvilke type diagnoser, pasienter og konsultasjoner som egner seg for bruk av video, og ta en regelmessig evaluering av dette.

Sikre god dialog mellom klinikk, sekretær og pasient

Ha en tydelig rutine på når og hvordan dere inviterer pasient til videokonsultasjon.

Dele ressurser

Del videoer og annet materiell for å informere om gjennomføring av videokonsultasjon.

Forventet effekt

Kort sikt

- Økning i antall videokonsultasjoner i de ulike avdelingene
- Måloppnåelse på antall videokonsultasjoner i de ulike klinikkene.
- Økonomisk gevinst ved redusert utbetaling til pasientreiser. Besparelsen betales ut til klinikkene.

Lang sikt

- Bedre og lik tilgang til spesialisthelsetjenesten - uavhengig av geografi.
- Økt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, fastlege og andre enheter (arbeidsgiver, skolehelsetjenesten, Nav, pårørende) vil gi bedre helsetilbud - tilpasset pasienten.
- Endret måte å tenke på når det gjelder helsehjelp og utadventd virksomhet: F.eks St. Olavs hjemme.

Neste steg - implementering

1. Pilotere veikartet med ledere i utvalgte avdelinger i første halvdel av 2021
2. Ansvarliggjøre resterende avdelinger til å legge konkrete planer med utgangspunkt i veikartet i løpet av 2021
3. Pilotere bruk av veileder med utvalgte avdelinger og forløpsveiledere
4. Innføre video som en del av alle oppdaterte pasientforløp fra og med 2021

Introduksjon

Om prosjektets hensikt, prosjektgruppens bestilling, og gevinstpotensialet for samfunnet.

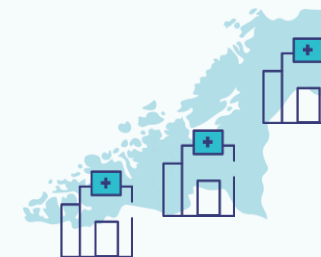
Mål for prosjektet

Styrke den **totale satsingen på medisinsk avstandsoppfølging** i spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge (HMN).

Prosjektet har identifisert videokonsultasjoner som en grunnstein for videre utvikling av avstandsoppfølging som tjeneste, og under koronapandemien har prosjektet lagt økt fokus på å opprettholde bruk av videokonsultasjoner.

3

Helseforetak i Helse
Midt-Norge



35

Klinikker og
divisjoner i HMN



20 000+

Ansatte HMN



... leverer tjenester til

735 000

Innbyggere i regionen



Vår bestilling - hva kunden ønsker å oppnå

Gruppert etter “The Triple Aim”- Institute for Healthcare Improvement.

- *Bedre helseutfall:* At pasienten lever lengre og bedre etter behandling
- *Bedre pasientopplevelse:* Mer aktiv og informert om sin egen helsesituasjon, mindre arbeidsfravær for pasienter, mindre reising og derav redusert miljøavtrykk, økt deltakelse i skole og arbeidsliv, mer fleksibel oppfølging tilpasset den enkeltes behov, lik tilgang til spesialisert behandling av god kvalitet uavhengig av bosted.
- *Bedre ressursutnyttelse:* Redusert behov for sengeplasser og fysiske polikliniske konsultasjoner, reduserte kostnader til pasientreiser, effektivisering av arbeidsprosesser, bedre pasientflyt og informasjonsflyt på tvers av forvaltningsnivå.

Gevinster - forutsetninger og antagelser

- De potensielle gevinstene for videokonsultasjoner ser på samfunnets gevinster ikke de enkelte helseforetakene. Gevinstene er beregnet ut i fra effektiv reiseavstand ved bruk av googles estimerer for reisetid mellom hvert kommunesenter.
- I tillegg til de kvantitative gevinstene er det flere indikasjoner på at videokonsultasjoner kan frigjøre tid i helsesektoren. Dette krever imidlertid et mer detaljert studie.
- Det er også flere kvalitative gevinster som underbygger antagelsen om videokonsultasjoners samfunnsøkonomiske lønnsomhet.

Hvorfor ta i bruk videokonsultasjoner?

Gevinster for pasienter, behandlere, og samfunnet



VERDI FOR PASIENT, HELSEPERSONELL OG SYKEHUS

- mindre reisetid for pasienter som kan være i en sårbar situasjon
- redusert fravær fra arbeid og studie
- video skaper bedre kommunikasjon og kvalitet sammenlignet med telefonkonsultasjoner
- gir større grad av likeverdige helsetjenester på tvers av region og kommune
- reduserte kostnader til pasientreiser
- redusert miljøutslipp sees som positivt av innbyggere
- Potensial for å omdisponere tidsbruken til andre oppgaver*



MULIGHETENE MED DIGITALISERING OG NY TEKNOLOGI

- redusert klimaavtrykk
- bedre håndtering av eldrebølgen
- bedre rustet mot fremtidige pandemier
- nye forventninger koblet til digitalisering
- et uttalt gevinstområde med kommende helseplattform



STRATEGISK RETNING

- Nasjonal Helse- og sykehusplan løfter frem videokonsultasjoner som nødvendig for norske sykehus

«En videosamtale hadde jo spart meg for reisen til sykehuset, og de to til tre dagene det tar å ta meg igjen i etterkant.»

Ung kvinne med diabetes og udiagnostisert kronisk smerte

Hvorfor ta i bruk videokonsultasjoner? - Samfunnsgevinster på klinikknivå

Medisinsk klinikk, St. Olavs Hospital som eksempel

Gevinstpotensiale regnet i sparte kostnader og tid i *en av 35 klinikker* og divisjoner i Helse Midt-Norge.



Mål i Medisinsk klinikk St. Olavs Hospital
1700 konsultasjoner i året

Per i dag (1. okt 2020)
1350 er gjennomført.

Samfunnets besparelser med dagens
1350 videokonsultasjoner



ca. 430.000 kroner i sparte reisekostnader ekskludert overnatting og losji. samfunnets side -



Mellom 1216 og 2800 i sparte minutter for pasient avhengig av analysemetode som gir mellom **300-700 000 kroner** i årlig samfunnsøkonomiske gevinster for pasientene.

Samfunnets besparelser hvis klinikken når sine målsetninger om **1700**



ca. 540.000 kroner i sparte reisekostnader ekskludert overnatting og losji. Dette vil være sparte kostnader for hele helsenorge



Mellom 1530 og 3500 i sparte minutter for pasient avhengig av analysemetode gir mellom **380 - 880 000 kroner** i årlig samfunnsøkonomiske gevinster for pasientene.

Dette indikerer en samfunnsøkonomisk besparelse per videokonsultasjon på ca. 700 kroner.*

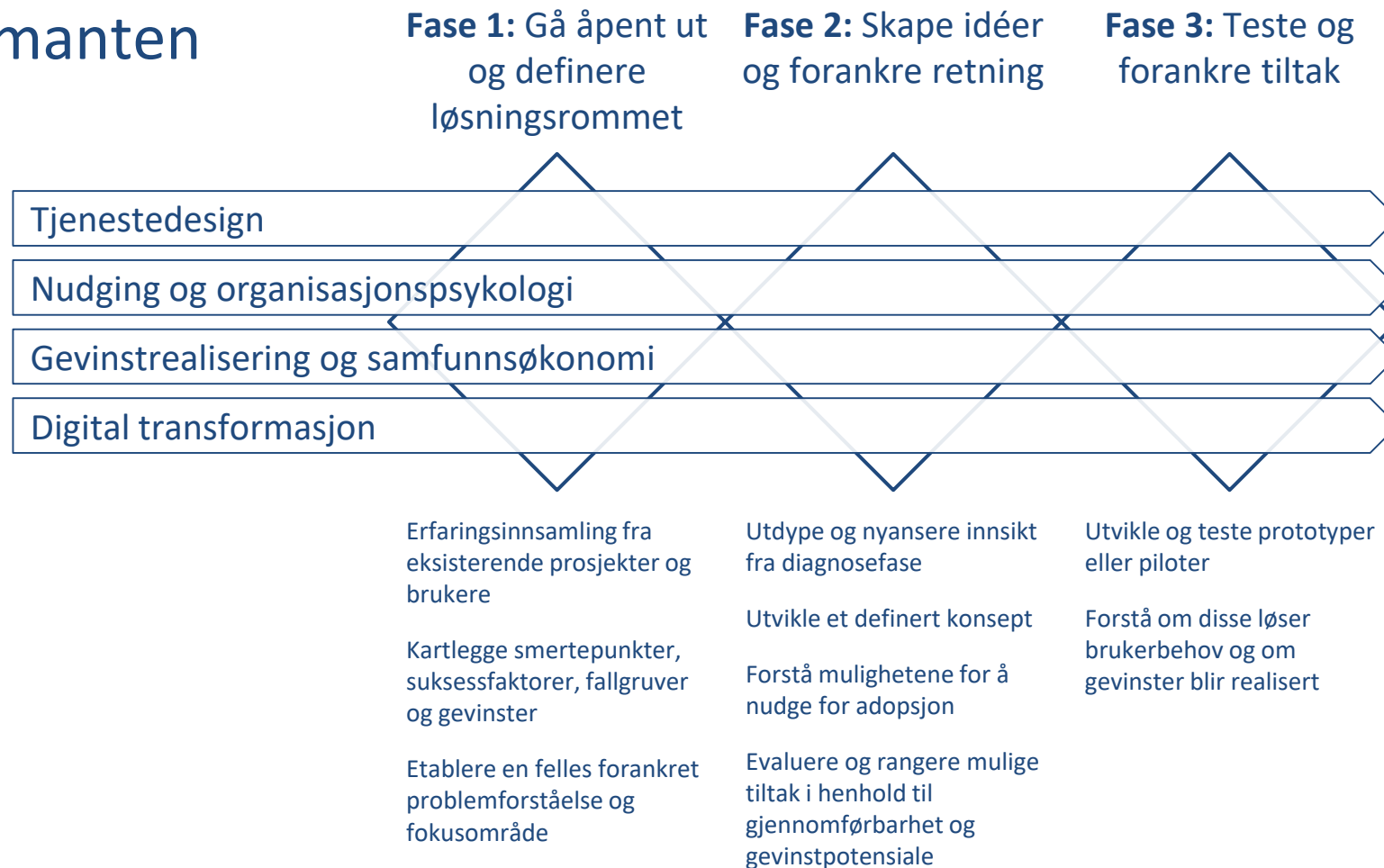
Metode

Om prosjektoppbygging, fasene, metodene, adopsjon i spesialisthelsetjenesten, og effekten på prosjektet av COVID-19.

Prosjektoppbygging

Vi har fulgt den triple diamanten

Som et StimuLab-prosjekt har vi fulgt prosjektmodellen den triple diamanten. Dette innebærer at vi har jobbet tverrfaglig i 3 faser, først ved å diagnostisere problemet, så for å utforske og definere løsningsrommet, og sist for å utvikle og levere tiltak. Under første bølge av COVID-19 jobbet prosjektet heldigitalt.



Fase 1

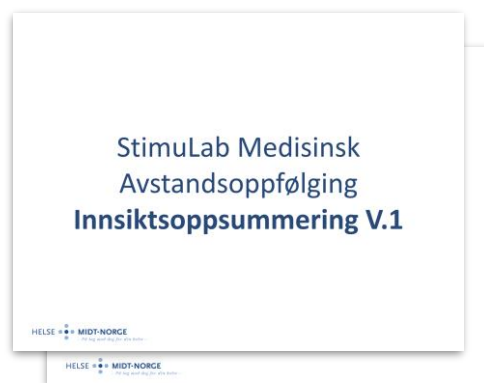
Diagnosefasen

I den første fasen har vi samlet og bearbeidet innsikt fra 26 ansatte (helsesekretærer, behandlere og ledere) og 7 pasienter på tvers av helseforetakene Helse Møre og Romsdal, Helse Nord Trøndelag, og St. Olavs Hospital. På denne måten har vi bygget en samlet forståelse for brukerperspektivene rundt medisinsk avstandsoppfølging og adopsjon av nye løsninger og tjenester i Helse Midt-Norge.

Prosjektet har benyttet seg av semi-strukturerte kvalitative intervjuer for å samle innsikt fra en rekke brukere og interessenter. Dette har blitt supplert med observasjonsstudier.

Teamet har i tillegg gjort desktop research for å kunne bygge på disse innsiktene med kvantitativ data fra andre kilder. Vi har også brukt metodikk fra gevinstrealisering og samfunnsøkonomisk metode for å identifisere nullpunkt og potensielle gevinster.

I slutten av fasen leverte vi dokumentet '*Medisinsk Avstandsoppfølging Innsiktsoppsummering*' - Her har vi skrevet i mer detalj om metodikk og funn fra denne fasen.



Fase 2

Utforske og definere

I denne fasen har vi utviklet konsepter basert på våre læringspunkter fra innsiktsfasen.

Vi åpnet fasen med å samle og strukturere idéer fra innsikter og prosjektdeltakere. I løpet av dette arbeidet samlet vi prosjektgruppen til flere workshops for å nå en samlet syntese og enighet for hvilke tiltak som kunne skape verdi.

I starten formulerte vi temaer, og underveis konkretiserte vi disse. Et eksempel på dette er temaet 'Gladsakene', som representerer behovet for sukseshistorier fra fagpersoner for å øke motivasjon.

Neste steg var å samle representanter fra somatikken og psykiatrien i de 3 helseforetakene for å utforske innhold og gevinstpotensiale i disse temaene.

Basert på disse samlingene utviklet vi en rekke tiltak, samtidig som vi jobbet med å lande hvilke konkrete prototyper som prosjektet skulle utvikle i siste fase.

I slutten av fasen leverte vi førsteutkast på et veikart til bruk av innovasjonsteamet til å videreføre implementering av videokonsultasjoner og annen utadvendt virksomhet i Helse Midt-Norge.

Fase 3

Utvikle og levere

I den tredje fasen har vi fulgt tre spor, levert prototyper på hvert av disse. Disse prototypene har blitt testet i flere iterasjoner med brukere i hvert helseforetak. Testene har delt hensikt - vi ønsket å lære og forbedre prototypene, og samtidig forankre arbeidet og igangsette prosesser hos målgruppene.

Kommunikasjon

Målgruppe: Pasienter og ansatte

Forankret med kommunikasjonsavdeling på St. Olav Hospital, presentert i styringsgruppe på St. Olavs hospital, tas med videre inn i arbeidet med kommunikasjonsplan og det utadvendte sykehus.

Pasientforløp

Målgruppe: Behandlere og fagansvarlige

Testet med forløpsveiledernetverket, ledere og rådgivere innen allmennpsykiatri og HABU (Barne og ungdomshabilitering) i Helse NT.

Teamet har også observert prosess for å endre pasientforløp i diabetes mellitus hos St Olav, noe som har informert arbeidet.

Veikart for ledelse

Målgruppe: Ledere i poliklinikk, avdeling og klinikk

Testet med tidligere leder BUP HNT, ledere fra Kreftavdelingen på SMR, ledere og rådgivere innen allmennpsykiatri og HABU (Barne og ungdomshabilitering) i Helse NT.

Prototyping

Mer om metodikk

Prosjektgruppen jobbet iterativt med leveransene gjennom korte sykluser med utvikling, testing, og endring. Det var ønskelig å holde tett kontakt med målgruppene, og i løpet av arbeidet hadde vi både mer og mindre formelle møter og samtaler med disse rundt leveransene. Totalt har vi fått innspill til prototypene* fra 21 deltakere, fra forløpsveiledere til behandlere og avdelingsledere.

Observasjon i utvikling av pasientforløp

Vi har brukt observasjon som verktøy i møte med prosessen for å innføre videokonsultasjoner i pasientforløp. Observasjon gir muligheten til å se hvordan relevante aktører arbeider, uten at vi setter føringene. Det gir et blick inn i det tause og latente, hjelper oss med å forstå konteksten rundt det intervjuobjektet sier, og kan identifisere muligheter for gevinstrealisering. I dette tilfellet hjalp observasjonene oss med å utforme nye virkemidler.

**Veikartet for implementering av videokonsultasjoner i avdeling, veileder innføring av videokonsultasjoner i pasientforløp*

Testguide videoveileder for pasientforløp (2/2)

Testguide videoveileder for pasientforløp (1/2)

Introduksjon

Kort om deg som observatør, om prosjektet og hensikten med møtet
Gå gjennom veilederen

Litt om deg

- Kan du fortelle litt om deg selv? (Navn, rolle/stilling, ansvarsområde, grad og form av pasientkontakt, osv.)
- Fortell litt om hvordan det er der du jobber (i polikliniken). Har dere noen særlige problemer?
- Hvordan jobber dere med utadvendt virksomhet i dag? Hva med videokonsultasjoner? (Beskriv utadvendt virksomhet om nødvendig)

Sjekkliste

- Introduiser formålet med intervjuet og bruk av innsikten (videreutvikle prototypene)
- Ingen sitater vil kunne bli knyttet til intervjuobjektet.
- Ta notater
- Takk for hjelpen! Og hva skjer videre?



Testguide veikart for ledelse (2/2)

Testguide veikart for ledelse (1/2)

Introduksjon

Kort om deg som observatør, om prosjektet og hensikten med møtet
Gå gjennom veikartet

Litt om deg og din organisasjon

- Kan du fortelle litt om deg selv? (Navn, rolle/stilling, ansvarsområde, grad og form av pasientkontakt, osv.)
- Har dere noen særlige utfordringer?
- Hvordan jobber dere med utadvendt virksomhet i dag? Hva med videokonsultasjoner? (Beskriv utadvendt virksomhet om nødvendig)

Sjekkliste

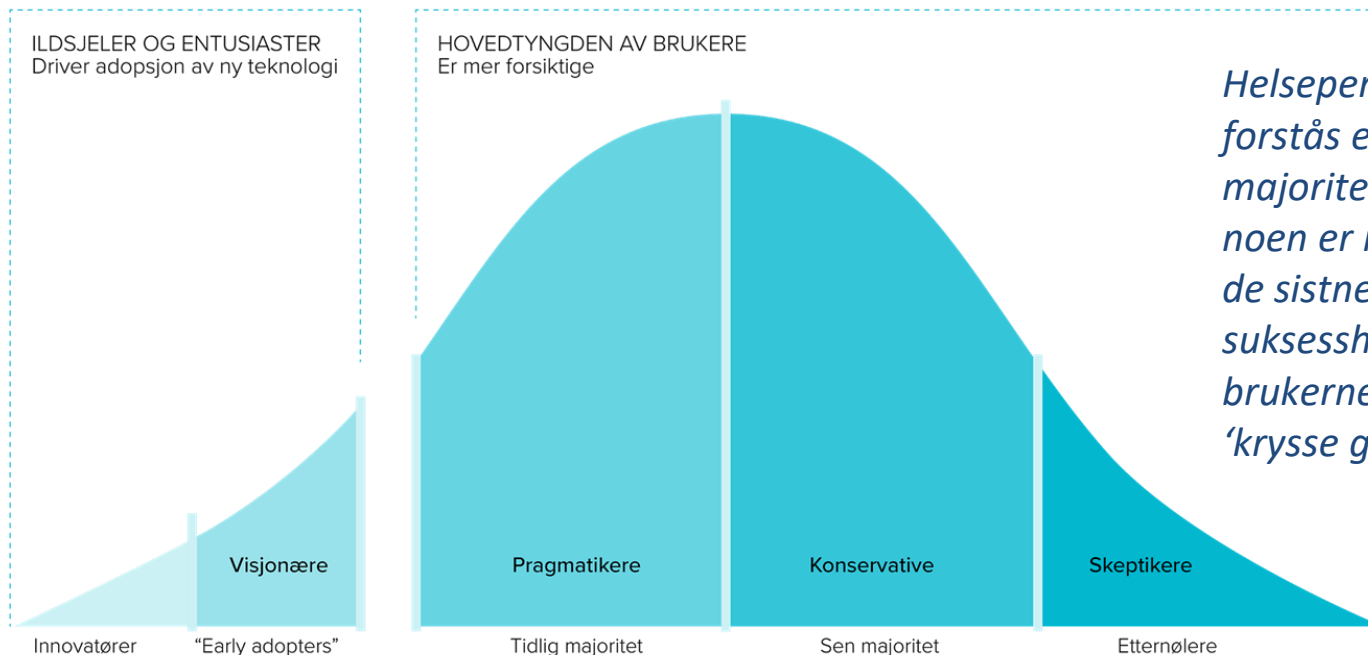
- Introduiser formålet med intervjuet og bruk av innsikten (videreutvikle prototypene)
- Ingen sitater vil kunne bli knyttet til intervjuobjektet.
- Ta notater
- Takk for hjelpen! Og hva skjer videre?



Testguider brukt i siste runde av testing av veileder og veikart.

Hvordan vi har jobbet

Å jobbe med adopsjon i spesialisthelsetjenesten



Helsepersonell og deres holdning til nye løsninger kan forstås etter modellen 'Technology adoption lifecycle', hvor majoriteten er pragmatiske eller relativt konservative, men noen er mer komfortable med å utfordre status quo. Det er de sistnevnte som må bygge erfaring og dele suksesshistorier for å skape trygghet blant de resterende brukerne, og på denne måten hjelpe løsningen med å 'krysse gapet' fra smal til bred adopsjon.

Adopsjon av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten er krevende. I vårt arbeid har vi sett at enkelte klinikere og enheter ofte er høyt autonome, og at det ikke holder at ledelse 'bestiller' endring i prosess.

Situasjonen kan som eksempel variere stort mellom poliklinikker innen samme fagområde, og forskjellige tilnærminger er derfor nødvendig. Derfor er det nødvendig å jobbe strategisk på alle nivåer for å oppnå endring.

Hvordan vi har jobbet

Teamsammensetning

Kjerneteam



Jarl Kåre Reitan
Innovasjonsrådgiver
og prosjektleder
St. Olavs Hospital



Christer Jensen
Innovasjonsrådgiver
Helse Møre og
Romsdal



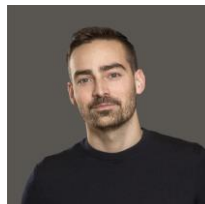
Åsmund Bang
Innovasjonsrådgiver
Helse Nord-Trøndelag



Hilde Berg Kjeldstad
Innovasjonsrådgiver
Helse Nord-Trøndelag



Ola Eggen Thorseth
Prosjektleder PwC
PwC Oslo



**Magnus Drogseth
Erichsen**
Design Lead PwC
PwC Oslo



**Kjersti Bliksås
Winsnes**
Tjenestedesigner
PwC Trondheim



Mariell Ulla Toven
Gevinstrealisering og
helse-ekspert
PwC Trondheim

En stor takk går også til:

Åse Mette Haldorsen
Kvalitetsrådgiver
Helse Nord-Trøndelag

Liss Johansen Sandø
Ansvarlig partner
PwC Trondheim

Jørn Heggelund
Innovasjonsrådgiver
St. Olavs Hospital

Håvard Brittmark
Ekspertressurs Atferdsvitenskap
PwC Oslo

Fredrik Høie Jordet
Personvernrådgiver
Helse Nord-Trøndelag

Aleksandra Zamarajeva Fischer
Tjenestedesigner
PwC Oslo

... og mange fler. Vi har opplevd et stort engasjement og mange gode diskusjoner og innspill rundt tematikken, noe som har vært kritisk for arbeidet vårt. Vi vil derfor gi en stor takk til alle som har vært involvert i prosessen så langt.

Hvordan vi har jobbet

Endring av arbeidsmetode som resultat av COVID-19

På grunn av COVID har vi måttet endre arbeidsmetode:

- *Vi har jobbet heldigitalt på tvers av 4 byer, 3 helseforetak og 2 PwC kontorer*
- *Vi har holdt flere digitale workshops med prosjektdeltakere og representanter fra somatikken og psykiatrien*
- *Pandemien har tidvis gjort det vanskeligere å få tilgang til helsepersonell, men det har også blitt lettere å møtes digitalt og til tider mer regelmessig*
- *Vi har hatt faste ukentlige møter, og sett verdien av å kunne drøfte strategi som gruppe når man skal jobbe med endring i forskjellige foretak*
- *Vi har samhandlet på en systematisk måte, og sett at det gir trygghet og slagkraft når man skal skape endring*

Digitalisering i dette og andre prosjekter

COVID-19 pandemien førte til begrensninger av kontakt og interaksjon med helseforetakene, som skapte store endringer i prosjektet. I perioden fra mars og utover har prosjektet i hovedsak vært et utelukkende digitalt prosjekt, der tradisjonelle arbeidsformer og verktøy innenfor tjenstedesign mm måtte tilpasses til en digital hverdag, med effekter også utenfor prosjektet.

Digitale verktøy som Mural, Miro og Trello er nå integrert del av prosjektoppsettet for dette og andre prosjekter. Vi ser at terskelen for digitale workshops og møter er blitt lavere, noe som medfører mindre reising, enklere involvering av flere interessenter, og mer iterative og smidige prosesser.

Det er også blitt lettere å samhandle med aktører fra flere regioner, noe som er viktig i forbindelse med andre prosjekter i helseforetakene

Hvordan vi har jobbet

En oversikt over hva som har skjedd i prosjektet og i parallell i HMN

Prosjektgruppen har fungert som et regelmessig (og tidvis eneste) kontaktpunkt mellom innovasjons- rådgivere i helseforetakene under første bølge av koronapandemien. Resultatet er forbedret kommunikasjon, samarbeid og idéutveksling. **Vi anbefaler å beholde dette som et fora for samarbeid rundt innføring av nye løsninger i det regionale helseforetaket.**

Leveranser fra prosjektet	Veikart for implementering av videokonsultasjon i avdeling <i>Testet prototype og levert verktøy</i> St Olav, HMR, HNT	Veikart for innovasjonsteam <i>Levert prototype</i> St Olav, HMR, HNT	Kommunikasjons-konsepter <i>Levert prototype</i> St Olav	Veileder for innføring av video i pasientforløp <i>Testet prototype</i> St Olav, HMR, HNT
Aktiviteter i innovasjonsteam i HF	Prosjektgruppe som sparrings-forum under COVID-19 perioden <i>Konsekvens av prosjekt</i> Kundegruppen	Trening i digital samhandling internt i innovasjonsteam <i>Konsekvens av prosjekt</i> Kundegruppen	Etablert superbruker-team HNT	Lansert konsept 'HMR Heime' HMR
	Erfaringsseminar 10.12.2020 <i>Konsekvens av prosjekt</i> St Olav, HMR, HNT	Webinar for trening av behandlere St Olav, HMR, HNT	Internt video-nettverk HMR	Besparinger fra Pasientreiser går til klinikk St. Olav
			Kommunikasjonsplan St Olav	



Fysisk samling for prosjektstart, Januar 2020



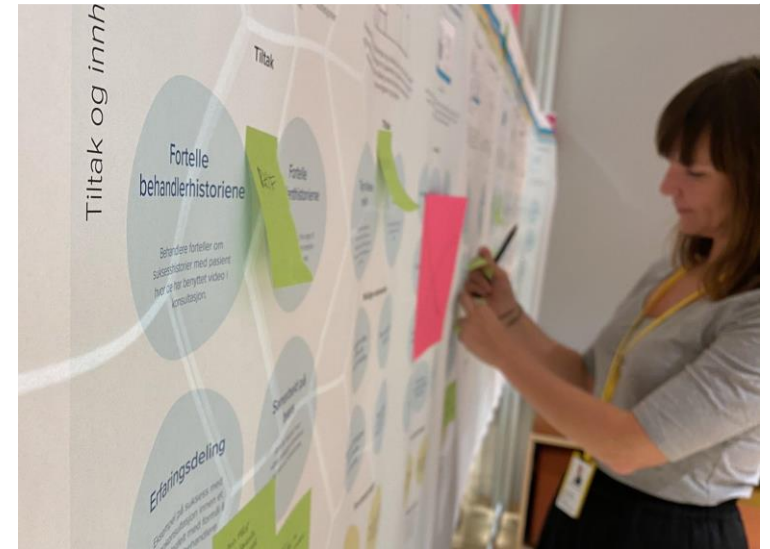
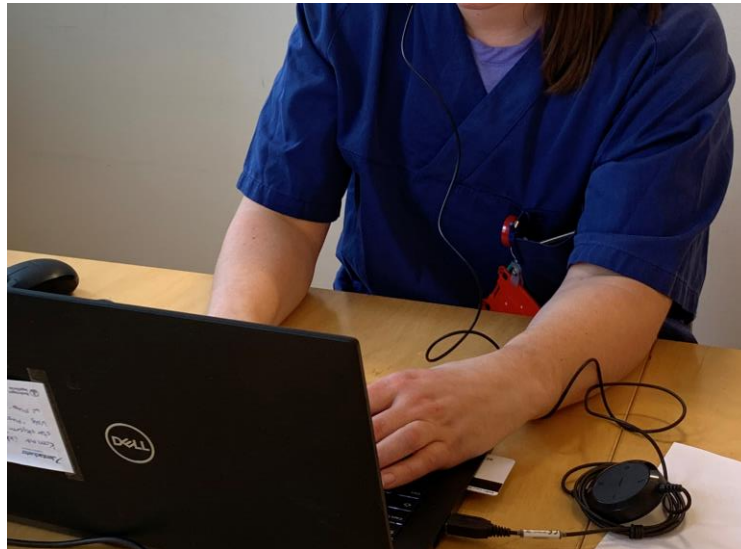
Intervjuer med helsepersonell og -ledere, vinter/vår 2020



Iterativ jobbing med innhold i prototyper, August 2020



Samarbeid på video



ANSATTE

(Organisasjon) Forankring / Endringsvilje

- Det er behov for en ledelse for å komme godt i gang. "Åa først og så det andre sng"
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Vil ikke endringene komme fra toppen? Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.

Initiativtakere

- Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.

Yngre pasienter er positiv til VK

Brukertyper og forskjeller på sykehus

- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.

Trening

- Vil er en ferdighet, og det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.

Motivasjon

- Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.

Ledelse og styring

- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.
- Endringer som tar tid og krever mye ressurser er gode i gang. Det er viktig å ha en plan for endringene.

Sammenstilling av innsikter på digitale whiteboard (Google Jamboard)

Gruppe 2

K- Gruppe 2

1 Oversikt over konseptene

2 Hypotese

3 Forutsetninger

- #### 1 Superbruker / Opplysningspakken

Ved å utvikle et opplegg for å trene opp superbrukere kan vi bygge et nettverk med eksperter som kan spre kunnskap og gode rutiner innen medisinsk avstandsoppfølging til andre i Helse Midt-Norge, vil det føre til at flere behandlere bruker videokonsultasjoner.
- #### 2 Beredningsorgan

Ved å opprette et team som tar seg av alt rundt implementering av både det tekniske og det fysiske som trengs for å ha videokonsultasjoner, og dermed gjør denne oppgaven så enkel som mulig for avdelingene og behandlerne, vil det føre til at flere behandler bruker videokonsultasjoner.
- #### 3 Klinikerportal

Ved å produsere pedagogisk informasjonsmateriale og samle dette i en portal som er lett å bruke, bredt tilgjengelig, og ved å investere i å spre denne til behandlerne, vil det føre til at flere behandler bruker videokonsultasjoner.
- #### 4 Gladsukene

Ved å opprette og skape blest om et sted for alle de gode historiene og nyhetene om det utadvendte sykehus, vil dette inspirere til økt bruk av videokonsultasjoner både hos behandlerne og pasienter.
- #### 5 Feedback og forskning

Med et godt registrert feedbacksystem vil helseforetakene kunne drive kontinuerlig kompetansebygging og forbedring, som vil forsikre at brukere av videokonsultasjoner vil fortsette å bruke løsningen.
- #### 6 Dashboard og KPIer

Ved å måle bruk av videokonsultasjoner på avdelingsnivå og aktivt spre denne informasjonen i Helse Midt-Norge vil vi skape mer engasjement rundt adopsjon av løsningen, som vil bidra til økt bruk og opprettholde bruken som er i dag.
- #### 7 Videokonsultasjon på 1, 2, 3

Ved å gi avdelinger muligheten til å bestille implementering av tekniske og fysiske tilpasninger for videokonsultasjon som en pakkeløsning, og der dette krever minimalt av innsats fra avdelingene, vil dette føre til at flere avdelinger tar i bruk videokonsultasjoner.

Digitale workshops på konseptutvikling og gevinstrealisering (Mural)

Resultater

En gjennomgang av innsikter fra diagnosefasen, utviklede prototyper og læringspunkter fra prototypingsrundene.

Hva vi har lært om adopsjon av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten

Våre funn og innsikter - overordnet

- Viktigheten av **modning, tilretteleggelse og forankring**.
- At man må **bygge kompetanse og trygghet** hos brukere, spesielt gjennom å dele **suksesshistorier** i fagmiljøer, **trene** sammen, og støtte **superbrukere**.
- Etterhvert som klinikere og enheter modnes må man jobbe systematisk med **måling og erfaringsdeling**.
- At man må omgjøre **praksis til prosess** og endre **pasientforløpene**.



Pasient



Behandler



Helse-
kretær



Ledelse

Hva vi har lært om adopsjon av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten

Noen trender vi så i diagnosefasen

Når behandler har dårlig tid skaper relativt enkle barrierer store ringvirkninger for adopsjon. Behandler har sjeldent tid eller kapasitet til å løse problemer selv.

Tilrettelegging er viktig for å sikre adopsjon. Dette gjelder fysisk tilrettelegging (tilgang til rom og utstyr), og digital tilrettelegging (programvare, tilganger og lisenser). Ansatte må også få den nødvendige **opplæring** i interne prosedyrer.

Når nye løsninger innføres vil det enkelte ganger medføre tilhørende **nye rutiner og endring i arbeidsprosesser**. Dette må beskrives og bevisstgjøres i organisasjonen.

Ansatte er lei av dårlige utformede tekniske systemer, som ofte har høy (kognitiv og tidsmessig) belastning på behandler, dette resulterer i skepsis til å ta i bruk nye systemer.

Lederforankring er kritisk, ledere på alle nivåer må sette fokus på en ny løsning og gi tydelig beskjed om at dette er løsninger som skal brukes.

En god finansieringsordning for bruk av løsningen må være på plass, hvis ikke kan dette bli en unnskyldning for ikke å bruke løsningen.

Faglig autonomi står sterkt i ansattes beslutninger og meninger, det er disse som definerer kulturen, og som må være tilstede hvis man skal etablere nye normer.

Det er viktig å presentere **beste praksis** (suksesshistorier) innen hvert fagområde og skape god kultur for **erfaringsdeling på tvers**.

Hva vi har lært om adopsjon av nye løsninger i spesialisthelsetjenesten

Noen trender vi så i diagnosefasen

Vi ser et sterkt behov for uformelle **superbrukere (ildsjeler)** som har en faglig autoritet og kan bevise at teknologien er trygg og tilpasset de individuelle poliklinikkenes pasientforløp, og **formelle superbrukere** som kan støtte når man skal drive arbeidet i hver avdeling fremover.

Manglende teknologikompetanse hos ansatte er en hindring for adopsjon, og den viktigste faktor i teknologikompetanse er tidligere erfaring.

Ansatte må være trygge på at teknologien er til det beste for pasienten, og at de selv kan bruke teknologien på en god måte i behandlingen.

StimuLab Medisinsk Avstandsoppfølging Innsiktsoppsummering V.1

HELSE MIDT-NORGE
- På lag med deg for din helse -

HELSE MIDT-NORGE
- På lag med deg for din helse -

Prosjektet har levert dokumentet *Medisinsk Avstandsoppfølging Innsiktsoppsummering* som går grundigere inn i våre innsikter.

Prototyping

Mer utadvendte pasientforløp

Utgangspunkt (hensikt)

- Finne en måte å oppnå økt og mer treffsikker bruk av videokonsultasjoner gjennom å lage mer utadvendte pasientforløp

Testing og utvikling

- I første møte med en klinikk var hensikten å teste nye måter å lage pasientforløp, her forstod vi at forløpsveileder var best egnet til å ta denne rollen, og kom i kontakt med denne gruppen.

- I senere møter utforsket vi veiledere for forløpsveiledere i sitt møte med fagansvarlige for å tegne ut pasientforløp.

- I siste runde utvidet vi veilederen til også å støtte enheter i planlegging av hvilke situasjoner det er riktig å bruke videokonsultasjoner mellom pasient og behandler.

Viktigste læringspunkter

- Forløpsveileder-rollen er i kontakt med en rekke fagansvarlige i løpet av året, og kan sette videokonsultasjoner på agenda i møte med disse

- Pasientforløpene må endres, men disse endringene skjer som resultat av reell endring i enhet. Her kan prosjektet bidra med retningslinjer.

- Fagområdene opererer såpass forskjellig at det er vanskelig å gi overordnede retningslinjer på hvilke pasienter som skal møtes på video, spesielt mellom somatikken og psykiatrien. Det man kan gjøre er å sette den øvelsen på agendaen, og komme med eksempler og gode refleksjonsspørsmål.

Veileder for innføring av videokonsultasjon i pasientforløp

Verktøy for å planlegge tilpassing av videokonsultasjoner til pasientgrupper

Tiltak

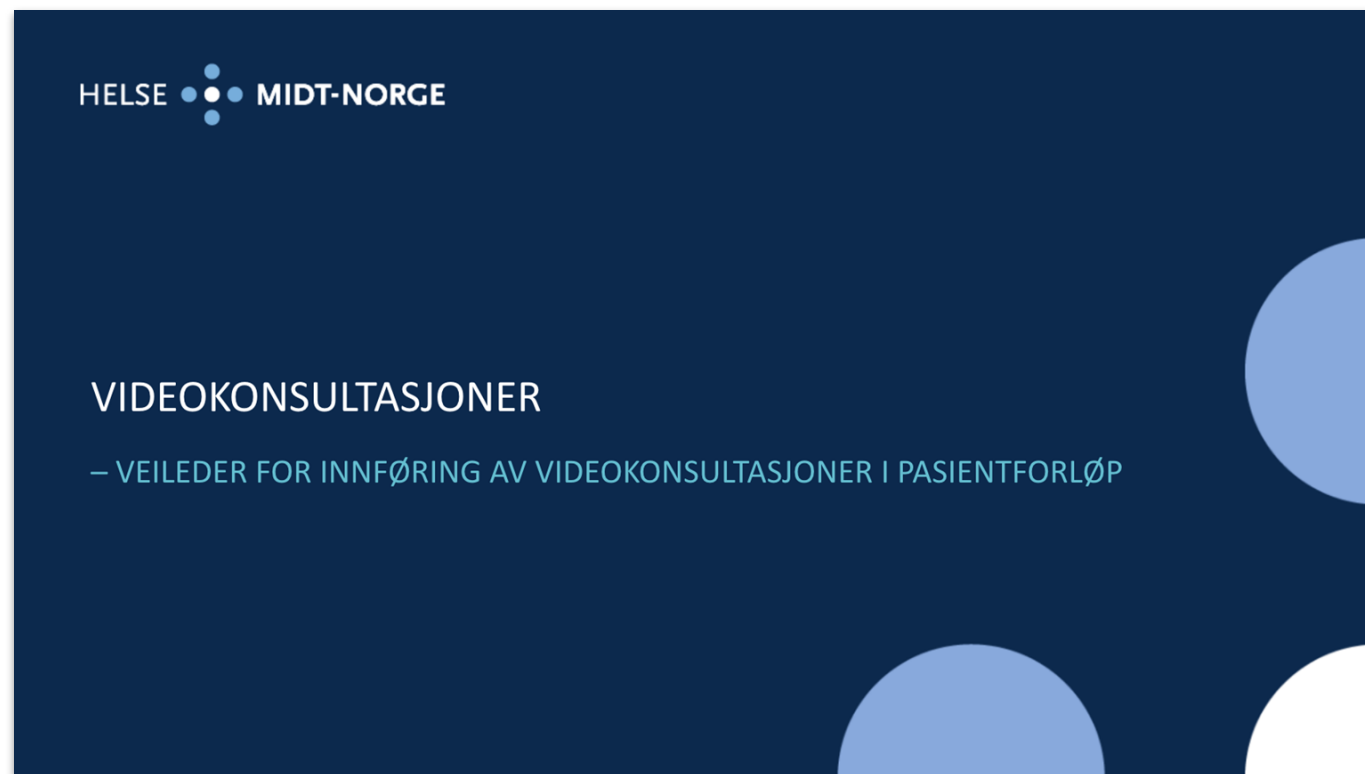
- Veileder for valg av pasientgrupper og situasjoner som er egnet for bruk av videokonsultasjon

Mål

- Bruk av video der det er mest egnet og medisinsk forsvarlig, tydelig kommunikasjon fra ledelse og økt trygghet for behandlere og pasienter.

Neste steg

- Pilotere bruk av veileder med utvalgte avdelinger og forløpsveiledere



Se dokumentet for mer informasjon

Prototyping

Veikartet

Utgangspunkt (hensikt)

- Å lage en oversikt over tiltak som var kartlagt gjennom diagnosefase og utforske og definere-fase.
- Å hjelpe enheter forstå hvor de er i adopsjonsløpet, og hvilke tiltak som kan hjelpe dem videre

Testing og utvikling

- Utviklet gjennom 4 iterasjoner, testet med 11 brukere

Viktigste læringspunkter

- Veikartet ble først utviklet som en oversikt over tiltak i prosjektet, men vi lærte fort at dette kunne skape verdi som et samtale- og strategiverktøy i klinikkene.

Utsagn fra tester

- «Dette veikartet gjør det enklere for å oss å ha fokus på VK (Videokonsultasjoner).»
- «Hvis vi hadde hatt dette veikartet for 2 år siden hadde situasjonen vært en annen. Da hadde vi fått det til mye bedre!»
- «For alle ledere som er i gang med å implementere video – er dette veldig viktig.»

Veikart for implementering av videokonsultasjon i avdeling

Verktøy for strategiske diskusjoner i ledelse

Tiltak

- Et veikart for bruk av ledelse i enheter (poliklinikk, avdeling og klinikk) for strategiske diskusjoner.

Mål

- Systematisk arbeid i enhetene for å innføre videokonsultasjoner i de pasientforløpene der det er relevant

Neste steg

- Forankring både i ledelse og blant behandlere er kritisk og må skje kontinuerlig
- Pilotere veikart i utvalgt avdeling, og utvikle rutiner for bruk
- Veikart fordeles bredt i helseforetakene



Ledere bruker veikartet til å planlegge tiltak for sin enhet

Veikart for implementering av videokonsultasjon i avdeling

Verktøy for strategiske diskusjoner i ledelse - som plakat og presentasjon

VEIKART FOR IMPLEMENTERING AV VIDEOKONSULTASJON I AVDELING – V.1.0 – November 2020

DET UTADYNDTE SYKEHUS

Hvorfor bruke veikartet

Veikartet er utarbeidet for å sikre at vedtatte planer blir fulgt opp i praksis. Det gir en strukturert og systematisk tilnærming til å gjennomføre tiltak og oppfølging. Dette inkluderer planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltakene. Veikartet er et hjelpemiddel som kan brukes til å sikre at tiltakene blir gjennomført på en systematisk og effektiv måte.

Vi trenger å forberede vår organisasjon

1. Øke motivasjon blant behandlere

2. Velge pasientgrupper

Vi må igangsette organisasjonen

3. Etablere superbrukere

4. Lære og trene

5. Tilrettelegge for bruk av video

Vi må etablere faste rutiner

6. Evaluere og forbedre

7. Implementere i pasientforløp

Vi trenger å måle og bevise verdi

8. Måle resultater og KPIer

9. Få feedback og drive fram forskning

Vi vil videreføre det utadendte sykehus

10. Skape bredere samarbeid

11. Videreutvikling av tjenesten

Tiltak

Etablere når dere skal bruke videokonsultasjoner

Bli enige om hvilke type diagnoser, pasienter og konsultasjoner som egner seg for bruk av video, og ta en regelmessig evaluering av dette.

Sikre god dialog mellom klinikk, sekretær og pasient

Ha en tydelig rutine på når og hvordan dere inviterer pasient til videokonsultasjon.

Dele ressurser

Del videoer og annet materiell for å informere om gjennomføring av videokonsultasjon.

Først: Forberede organisasjonen

A. Øke motivasjon blant behandlere

Behandlere må informeres, motiveres og overbevises av ledere og fagfætre.

SÅ: Komme i gang

B. Velge pasientgrupper

Hvilke er de mest opplyste pasientgruppene for videokonsultasjon? Har vi pasienter hvor kontrollopfølging kan tas på video?

Deretter: Etablere faste rutiner

Etablere superbrukere

Identifikasjon av superbrukere

Lære og trene

Tilrettelegge for bruk av video

Evaluere og forbedre

Implementere i pasientforløp

Måle resultater og KPIer

Få feedback og drive fram forskning

Skape bredere samarbeid

Videreutvikling av tjenesten

Veikart for implementering av videokonsultasjon > Forberede organisasjon

A. Øke motivasjon blant behandlere

Tiltak

Tydlig bestilling fra ledere

I klinikk, avdeling og seksjon/poliklinikk må det kommuniseres tydelig at videokonsultasjon skal prioriteres og gjennomføres.

Kommunisere hensikt

Hvorfor skal man ta i bruk video? - For å redusere pasientreiser og belastning for pasient, kvalitetsforbedring over telefonkonsultasjon, like helsetjenester uavhengig av bosted og redusert miljøavtrykk.

Inspirasjon

Invitere behandlere fra andre klinikker, eller fra lignende fagområder i andre helseforetak som har gode erfaringer med videokonsultasjon. Dette med formål å trygge behandlere i bruk av video, og når det er riktig å velge videokonsultasjon.

Forutsetninger

Leder må være engasjert

Målgrupper

Behandlere

Prototyping

Kommunikasjon

Utgangspunkt (hensikt)

I innsikten har vi sett at det å fortelle historier om pasienter eller behandlere som har hatt suksess - og hvordan dette har påvirket deres hverdag positivt kan være en “nudge” for å få øke bruk av video.

Med utgangspunkt i dette arbeidet vi sammen med kommunikasjonsavdelingen på St. Olavs med storyboards på pasienthistorier - med formål å lage en kort film til bruk i ulike kanaler.

Denne filmen vil utvikles på et senere tidspunkt som et tiltak i kommunikasjonsplanen.

Leveranse

Vi utformet forslag til kommunikasjons-/reklamekonsept; “Ikke alle må på video” - som et proof of concept på enkle måter å kommunisere med målgruppene på.

Eksempelene på reklame ble presentert i styringsgruppen for St. Olavs hospital.

Læringspunkter

- Suksesshistorier er viktige verktøy for å motivere til adopsjon
- En god historie kan bidra mye ved å gjøre pasienter og behandlere oppmerksomme på video som en løsning
- Historien kan gjerne være spøkefull og skal ikke overkompliseres, mer informasjon kan man trykke seg frem til
- Mange målgrupper som skal nås, og derfor viktig å jobbe strategisk etter en god kommunikasjonsplan
- Viktig med god forankring i ledelse

Forslag til kommunikasjonsplan og kommunikasjonskonsept

Oppfordre pasienter og behandlere til bruk og spre suksesshistorier

Tiltak

- Prosjektet har bidratt med forslag til kommunikasjonskonsept og utforming av komm.plan med tiltak som bl.a artikler, blogginnlegg, erfaringsdeling - rettet mot målgrupper fra ledelsesnivå ned til pasientnivå.

Mål

- Skape forankring og eierskap i organisasjonen samt øke bevissthet rundt video hos ansatte og pasienter

Neste steg

- Skal inn i *det nye utadvendte sykehus*-konseptet hos St. Olav (St. Olav Hjem).
- Utvikle lignende planer for HMR og HNT

KOMMUNIKASJONPLAN 2020 - VIDEOKONSULTASJONER

Målgruppe	Hovedbudskap	Tiltak	Kanal	Tidspunkt	Ansvar
Styret	Danne grunnlag for beslutninger	Forankring	Styresak		AD
Styringsgruppe	Danne grunnlag for beslutninger	Forankring – diskutere retning	Møte		AD
Klinikkjefer	Ta eierskap til målet om antall vk	Oppfordre ansatte til å bruke mer VK Definere pasientforløp hvor VK benyttes Adm dir. framsokker	Ledermøter Veikart Videoblogg	Oktober Oktober	PL PL



Prototyping

Nudge til bruk av videokonsultasjoner

Utgangspunkt (hensikt)

Å utforme et nudge (dult) til å endre pasientforløp med hjelp av prinsipper fra adferdsvitenskap. Pasientforløp er et verktøy som brukes for å forsikre lik behandling av pasienter med like diagnoser.

EQS er det digitale hjemstedet til pasientforløpene, og besøkes av en rekke brukere: Behandlere (spesielt de mindre erfarne, og brukes i undervisning i LIS), forløpsansvarlige og forløpsveiledere, men også potensielt andre i ledelse, merkantil (sekretærer), osv.

Ved å dulte til bruk av

videokonsultasjoner her kan vi gjennom økt synlighet bidra med å opprettholde og øke bruken av denne teknologien.

Leveranse

Et konsept og alternative formuleringer til bruk i EQS i HMR.

Læringspunkter

- Mulighetene for å nudge brukere er mange, og henger tett sammen med intern og ekstern merkevarebygging hos helseforetakene.

Tiltak

- Prosjektgruppen har foreslått konsept for formuleringer som kan brukes i merkevarebygging for å oppfordre til økt bruk av videokonsultasjoner.
- HMR har utviklet konseptet 'Eg er utadvendt' for bruk til nudging av behandlere i eget helseforetak

Mål

- Videokonsultasjoner er 'top of mind' hos behandlere og pasienter.

Neste steg

- Teste konsept 'Eg er utadvendt' i HMR og utvikle egne konsepter for St. Olav og HNT

Konsepter for nudging for Helse Møre og Romsdal

Dulte behandlere til å tenke utadvendt

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

EQS ARBEIDSDEL

Søk i dokumenter

Aud Hiller

Region

Dokumenter Meldinger Statistikk Innstillinger

Innhold Relatert Mer info

Standardisert pasientforløp. Diabetes mellitus, voksne. Hovedforløp. Forløpsansvarlig overlege Bjørn Olav Åsvold

Forfatter: Kristian Fougner, Ellen Gjerløw
Godkjent av: Ikke godkjent

Gyldig fra Godkjent
Revisjons godkjenn

Dette dokumentet har en arbeidsgruppe. Det er foreløpig ingen kommentarer fra arbeidsgruppen.

ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

STOLT FOREGANGS-
INSTITUSJON FOR
VIDEO-KONSULTASJON

Standardisert pasientforløp. Diabetes mellitus.
Initial behandling og oppfølging av pasienter over 16 år.

Inntil 10 dager

Henvisning og utredning

Behandling

Kontroll og oppfølging

Over: Tidlig skisse på dult i EQS

Høyre: Mulige formuleringer for dult

Forslag til nudges

Nummer	Tekstforslag	Beskrivelse
1	<i>Gjør som dine kolleger, integrer videokonsultasjon i forløpet</i>	Spiller på adferdsprinsippet <i>sosial norm</i> ("folk som deg"), og har en direkte "call to action"
2	<i>Ledende innen videokonsultasjoner</i>	Forsøker å underbygge et fellesskap og en stolthet, men kan risikere at den også underbygger status quo gjennom at man allerede er ledende
3	<i>Stolt foregangsinstitusjon for videokonsultasjon</i>	Forsøker å underbygge et fellesskap og en stolthet, og trolig lavere risiko for å underbygge status quo
4	<i>X av 10¹ pasienter foretrekker videokonsultasjon som konsultasjonsform</i>	Benyttar adferdsprinsippet <i>sosialt bevis</i> , og underbygger pasientenes ønske om VK

Konsepter for nudging for Helse Møre og Romsdal

Dulte behandlere til å tenke utadvendt

PRO:ARBIRO

Krus Håkon



Desember 2020

Dette presentasjonsmateriale er Arbiro AS sin eiendom og kan ikkje distribuerast vidare.

PRO:ARBIRO

Musematte 21 x 18cm

Alt.: 1



Desember 2020

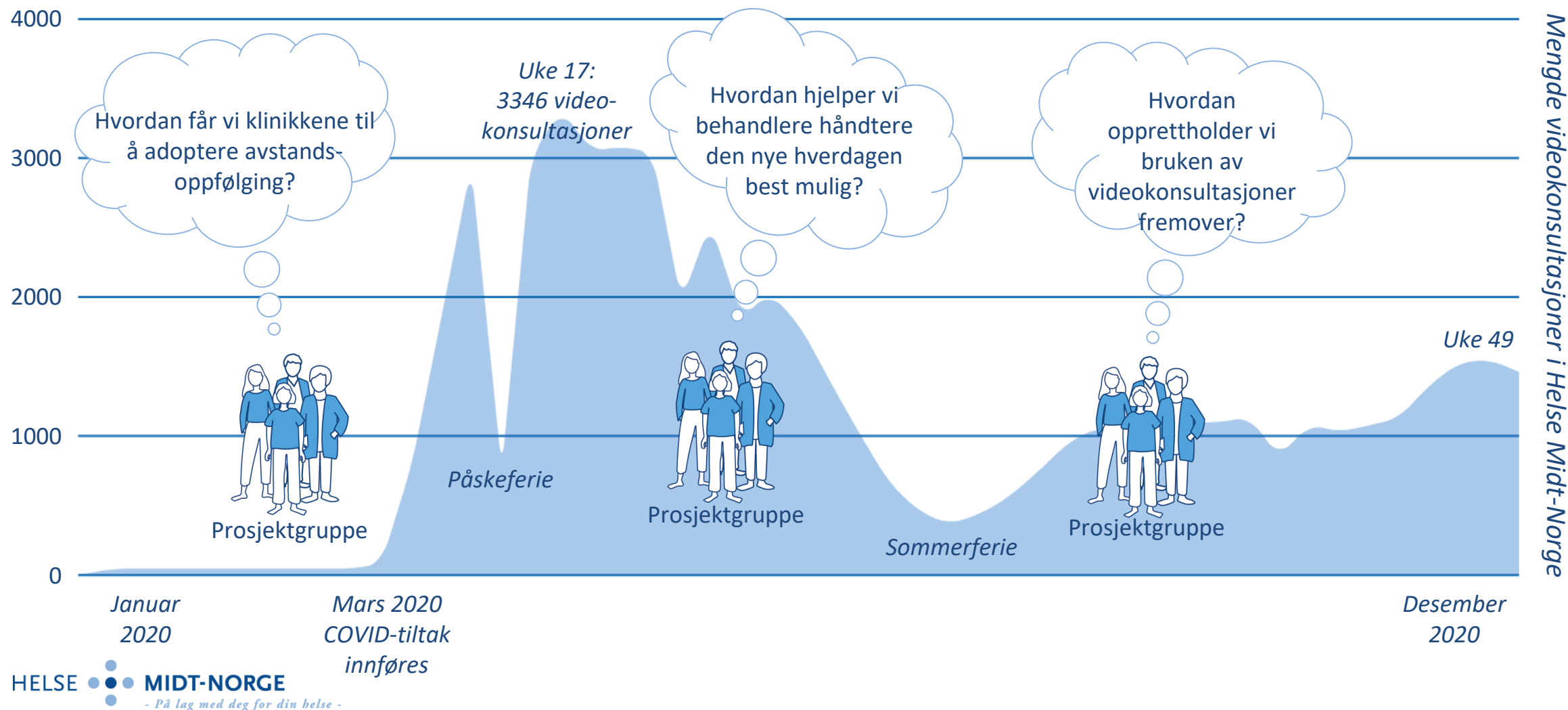
Dette presentasjonsmateriale er Arbiro AS sin eiendom og kan ikkje distribuerast vidare.

Diskusjon og veien videre

Vår tolkning av funnene, anbefalinger om tiltak, og beskrivelse av veien videre.

Vekst og tilbakefall i utadvendt virksomhet under første COVID bølge

Pandemien har hatt en kraftig effekt på prosjektet



Hvor kommer tilbakefallet fra?

Hvordan oppnå reell endring

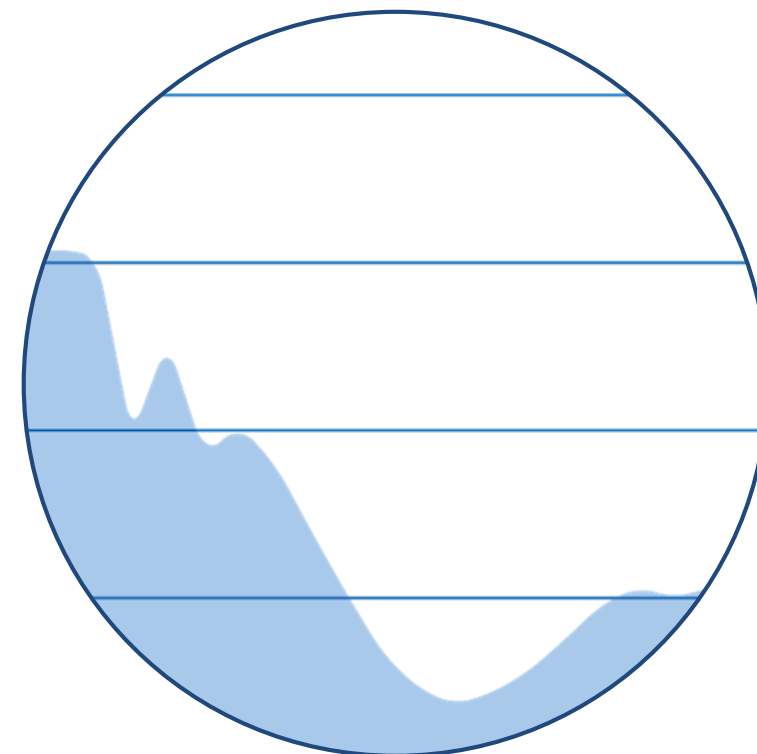
Vi har sett at COVID-19 har ført til store endringer i praksis, men denne praksisen har ikke blitt omgjort til etablert prosess. I etterkant av den første bølgen har vi sett et tilbakefall til lavere bruk av videokonsultasjoner i Helse Midt-Norge.

Helsearbeidere er travle folk med viktige oppdrag og høy faglig integritet, dermed er det ikke uventet at innovasjon og endring tar tid, og nye løsninger må forstås og forankres godt. .

Nettopp på grunn av disse faktorene er det viktig å **holde trykket oppe** fra ledelse og:

- Jobbe systematisk med modning over tid
- Sette videokonsultasjoner på agendaen
- Vise til effekt og innsparing, både for enheten direkte men også for pasienter
- Levere og videreutvikle gode verktøy for veiledning

Vi anbefaler å bruke veikartet og de 29 tiltakene til å legge en plan som passer for din klinikk, avdeling eller poliklinikk.



Fall i bruk av videokonsultasjoner i HMN etter første bølge av COVID-19.

Stegene mot implementering

Veikart for implementering av videokonsultasjoner i avdeling (overordnet)

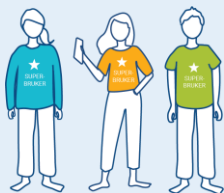
A Øke motivasjon blant behandlere



B Velge pasientgrupper



C Etablere superbrukere



D Lære og trene



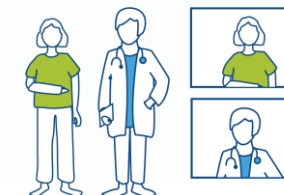
E Tilrettelegge for bruk av video



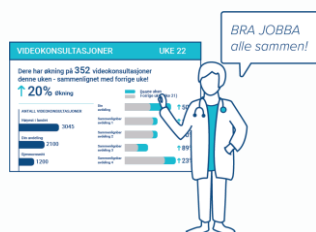
F Evaluere og forbedre



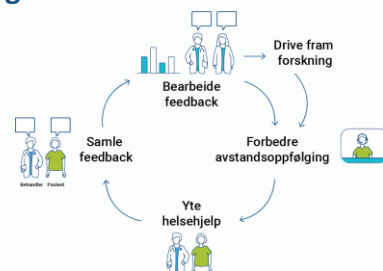
G Implementere i pasientforløp



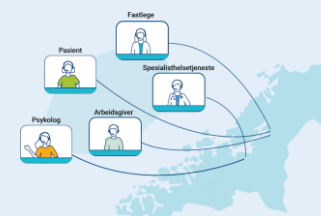
H Måle resultater og KPIer



I Få feedback og drive fram forskning



J Skape bredere samarbeid

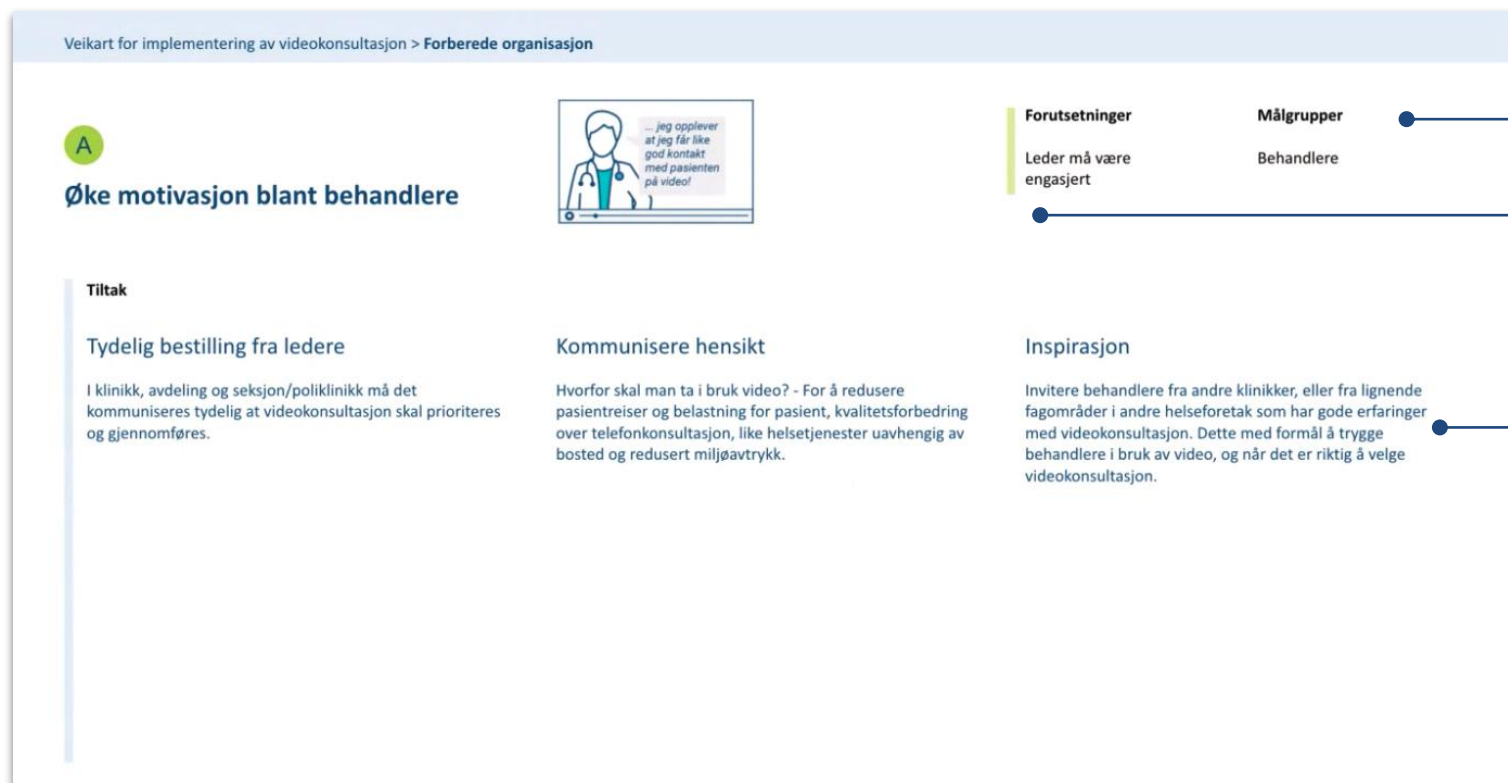


K Videreutvikling av tjenesten



Veikart for implementering av videokonsultasjoner i avdeling

Eksempeltiltak og anbefalinger for A. Øke motivasjon blant behandlere



Hvem er målgrupper for tiltakene?

Hva må være på plass når man skal sette i gang tiltakene.

Hvert tiltak beskrives kort og konsist. Disse er utviklet i samarbeid med helsepersonell og ledere fra psykiatrien og somatikken i Helse Midt-Norge.

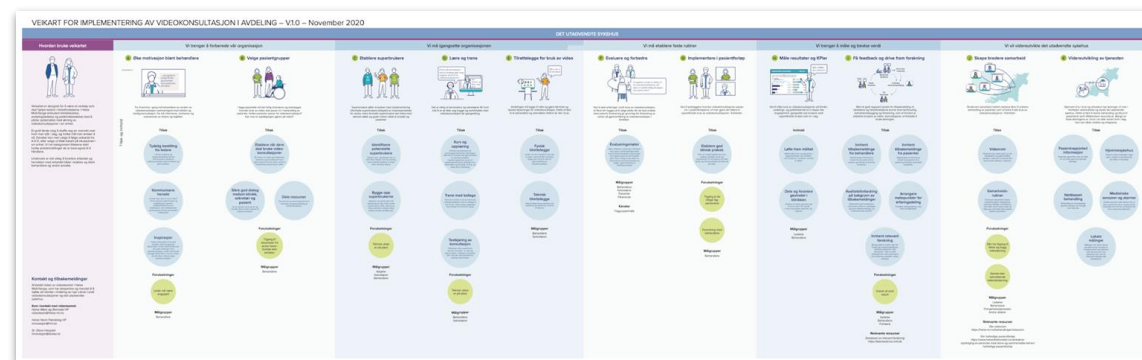
Veien videre for Helse Midt-Norge

Våre anbefalinger

Veien videre handler om å endre og forsterke gode arbeidspraksiser, -prosesser og strukturer i klinikker og avdelinger for sikre riktig bruk av medisinsk avstandsoppfølging. **Helse Midt-Norge må...**

- Sikre at videre implementering av veikart, veiledere, nudging med mer er forankret i ledelse med tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre varige endringer

- Innføre veikartet og de foreslåtte tiltakene som arbeidsverktøy for strategiske diskusjoner på ledernivå i enhetene.
- Jobbe systematisk med innføring av videokonsultasjoner i pasientforløp, og sikre at bruken er medisinskfaglig forankret.
- Forsikre at nye løsninger er forankret i hovedledelse i helseforetak, og at forbedringsprogram rapporterer direkte til hovedledelsen.



Veikart for implementering av videokonsultasjoner i avdeling (som plakate)

- Fortsette å utfordre avdelinger til å sette måltall for bruk av løsning, samt ha insentiver for bruk av videokonsultasjoner.
- Bygge videre på kommunikasjonsplanen gjennom å kommunisere suksesshistorier og vær aktiv om å tilby løsningen til pasient.
- Opprettholde samarbeid på tvers av helseforetakene i form av erfaringsdeling og koordinering mellom innovasjonsrådgiverne.
- Bygge videre på kommunikasjonsplanen gjennom å kommunisere suksesshistorier og vær aktiv om å tilby løsningen til pasient.

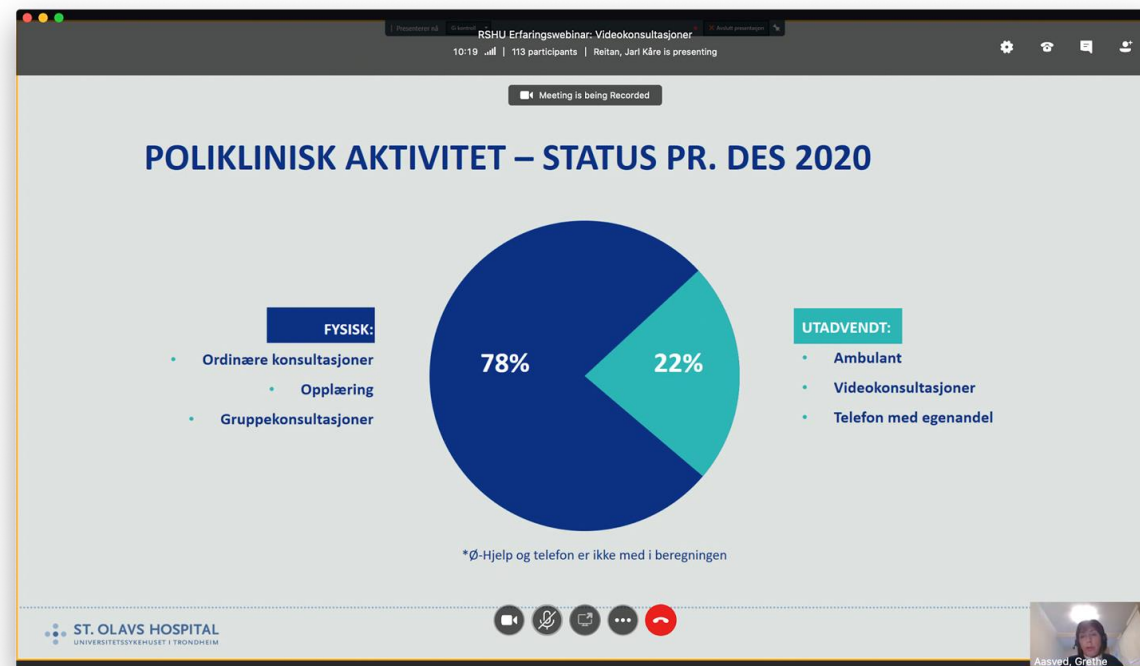
Veien videre for Helse Midt-Norge

Neste skritt

For å oppnå målene om videreutvikling er det kritisk å opprettholde fremdrift.

Vi anbefaler derfor å...

- Pilotere veikartet med ledere i utvalgte klinikker, avdelinger og poliklinikker i første halvdel av 2021
- Ansvarliggjøre resterende avdelinger til å legge konkrete planer med utgangspunkt i veikartet i løpet av 2021
- Pilotere bruk av veileder med utvalgte avdelinger i samarbeid med forløpsveiledere og forløpsansvarlige
- Innføre video som en del av alle oppdaterte pasientforløp fra og med 2021



Skjerm bilde fra erfaringsseminar i HMN 10.12.2020 - Grethe Aasved (Adm. Dir St. Olavs Hospital) presenterer status og forhold mellom fysisk og utadvendt aktivitet.

Appendiks — Innsiktene


En oppsummering av læringspunkter fra fase 1: diagnosefasen i presentasjonsformat. For mer dybde se prosjektets innsiktsoppsummering.

A dimly lit bedroom with a bed, a desk, and a lamp. The room is dark, with light coming from a window in the background. A desk with a lamp is visible on the left, and a bed with a striped pillow is on the right.

«En videosamtale hadde jo spart meg for reisen til sykehuset, og de to til tre dagene det tar å ta meg igjen i etterkant.»

«...Samtidig så får jeg ikke vært så sosial, og det er noe fint med å komme seg på sykehus og ha menneskelig kontakt, og bli sett av noen.»

Ung kvinne med diabetes og udiagnostisert kronisk smerte

A dimly lit room, likely a bedroom or study, with a desk lamp on the left and a bed on the right. The lamp is on, casting a soft glow. The bed has a striped pillow and a white blanket. The overall atmosphere is quiet and contemplative.

«Svært mange leger følger et hands-on prinsipp. Enkle vurderinger, rådgivning og konsultasjonssamtaler kan tas elektronisk, men mange leger vil nok tenke at de gjør den beste vurderingen på kontoret.»

«Hvis du skal få med behandlerne må du snakke fag...»

To leger vi har snakket med

Innsikter om adopsjon

Trygghet er viktig

Å føle seg trygg med løsningen er viktig for å få økt adopsjon blant pasienter, behandlere og sekretærer.



Som pasient trenger jeg å høre fra min behandler at video er et fullgodt alternativ for meg.

Som behandler trenger jeg å vite fra andre i mitt fagområde at løsningen fungerer og er bra for pasienten.



Som sekretær må jeg vite hvordan jeg og min avdeling skal forholde oss til den nye løsningen.



Innsikter om adopsjon

Behov for tydelige lederbeslutninger med mandat til å gjøre endringer

Helseforetaksledelsen må være driveren som sier tydelig at “dette skal vi bruke”, forsikre at løsningen tas seriøst og oppleves som relevant, og sette måltall med et tydelig fokus på å oppnå disse.

Samtidig må det også forankres med ledere nedover i organisasjonen, slik at de forstår og kjenner nytte og relevans; det er de som skal lede innføringsprosessene.



Som leder må jeg være tydelig ovenfor min avdeling om at dette er en løsning vi skal satse på, og holde et kontinuerlig fokus på det.



Innsikter om adopsjon

Vanskelige systemer gir negativ innstilling til bruk av teknologi

I tillegg til tidsmangel har flere ansatte erfaring med mange komplekse IT-systemer som ikke 'snakker sammen', i sånne situasjoner kan man oppleve å bruke dyrebar tid på lite brukervennlige systemer.

Helse Midt-Norge har hatt en videoløsning (Skype og Outlook) på plass og i bruk før koronapandemien. I samtaler med innovasjonsteamet trekker de frem dette som noe av grunnen til at regionen har hatt suksess med opptak av video i denne perioden.



Som behandler føler jeg at jeg ikke har tid til å sette meg inn i nye systemer og rutiner.

Innsikter om adopsjon

Det er viktig å dele erfaringer og suksesshistorier for å synliggjøre verdi

I tillegg til gode superbrukere ønsker ansatte suksesshistorier som inspirasjon og motivasjon, spesielt suksesshistorier fra like eller lignende fagområder fra det den ansatte selv jobber med.

Det koster litt tid og innsats i å lære seg noe nytt, men ved å synliggjøre gevinster og suksesshistorier, og ved å gi ansatte praktisk erfaring med løsningene vil man skape nye normer, som drar mot adopsjon.



Som behandler trenger jeg å se konkrete eksempler på at denne løsningen skaper verdi for pasienter og behandlere.

Innsikter om adopsjon

Å ha noen som brøyter veien

En tydelig beskjed fra ansatte er viktigheten av å ha tilgang til gode superbrukere og ildsjeler.

Forskjellen på rollene:

- En **superbruker** (typisk en helsesekretær) har en støtterolle og den tekniske kompetansen til å spille andre brukere gode samt gjennomføre opplæring.
- En **ildsjel** (behandler) har god erfaring med, og ser verdien av å bruke løsningen. Ildsjelen kan gi den faglige forankringen i sin avdeling, motivere og "spre det glade budskap".



Som behandler trenger jeg å se at andre ansatte som jeg kjenner og stoler på har suksess med løsningen.



Som helsesekretær trenger jeg en støtteperson som kan hjelpe meg når jeg er usikker på løsningen.

Innsikter om adopsjon

Finansiering av konsultasjoner

Mangel på refundering kan fort bli en unnskyldning for å ikke bruke videokonsultasjoner for behandlere, men lite tyder på at refusjoner i seg selv er en motivasjon blant de som jobber klinisk. Derimot er dette mye viktigere for ledere, som videre kan stille krav til sine kolleger.

Omfanget av ubrukte timer er stort i helsesektoren, og dette bidrar til dårlig ressursutnyttelse og lengre helsekøer. Selv om videokonsultasjoner øker fleksibiliteten rundt oppmøte for pasientene, elimineres ikke problemet.

I dag er det ikke mulig å ilegge gebyr for manglende oppmøte ved videokonsultasjon, og dette fraværet av sanksjonsmuligheter ble tatt opp som problematisk av flere behandlere.



Behandlerne bryr seg mest om kvaliteten på behandlingen, mens som leder må jeg ivareta både kvalitet og økonomi.

Om adopsjon av videokonsultasjon

Videokonsultasjoner oppleves som verdifulle for behandlere

Ofte trekker de frem pasientenes gevinster som faktorer som motiverer dem selv til å bruke løsningen. Spesielt trekkes det frem at møtene med pasient blir mer fleksible og at mindre belastning for pasient betyr lavere terskel for å følge opp disse.

Det er også tegn på at videokonsultasjoner i noen tilfeller er tidsbesparende i forhold til fysiske konsultasjoner. Dette skjer typisk når både behandler og pasient har god kontroll på løsningne. Her er det vanskelig å trekke slutninger som er relevante på tvers av spesialisthelsetjenesten, men potensielle gevinster er redusert ventetid eller at man kan gjennomføre totalt flere konsultasjoner. Samtidig er det viktig at dette ikke skal gå ut over klinisk kvalitet på behandlingen.

Som behandler er det viktig for meg at løsningen er fleksibel og belaster pasienter mindre en alternativet.



Om adopsjon av videokonsultasjon

Videokonsultasjon er en teknisk ferdighet som må trenes

Det er viktig å presisere at det kreves trening før man kan gjennomføre videokonsultasjon, og det må settes på plass tiltak for å dekke kompetansemangler på gjennomføring av samtaler på video.

Flere ansatte peker spesielt på eldre pasienter som en gruppe de prøver å unngå å ha video- konsultasjoner med, siden det oppfattes som vanskelig.

Samtidig ser vi at mange pasienter på tvers av aldersgrupper har god erfaring med videosamtaler, og at det er viktigere å dele brukere opp etter kompetanse med video enn alder.



Som pasient trenger jeg at løsningen tilpasses min teknologiforståelse.

Som pasienter og behandlere er vi mest komfortable med videokonsultasjon når dette er teknologi vi har brukt mye før.



Som helsesekretær og behandler har vi ikke tid til å være teknisk støtte til pasienten.

Om adopsjon av videokonsultasjon

Bevisstgjøre pasientene om videokonsultasjon

Videokonsultasjon er et tilbud til pasientene - for å redusere belastning, kostnad og tidsbruk. Dette tilbudet er viktig at bevisstgjøres pasientene slik at de også etterspør det. Gjennom å "få pasientene med på laget" kan pasientene få en mer aktiv rolle i å fremme adopsjon i organisasjonen.

Samtidig er det viktig at pasient ikke kan velge videokonsultasjon i en situasjon hvor dette ikke er egnet.



«Pasienten må få eierskap til hvilket tilbud de får»

- Behandler i Helse Midt-Norge

Om adopsjon av videokonsultasjon

Videokonsultasjoner oppleves som verdifulle for pasienter

De fleste pasienter melder at videokonsultasjoner er verdifulle, selv om de er tydelige på at det er behandler som må bestemme hvilken form for konsultasjon som passer til hvilket formål.

Spørreundersøkelser gjennomført av St. Olavs i midten av juni 2020 og Helse Møre og Romsdal i desember 2019 og våren 2020 understøtter disse funnene.



Som pasient ønsker jeg å slippe den lange reiseveien til sykehuset, for å spare min energi, mine penger og miljøet.



Som ung pasient er det en lavere belastning for meg å snakke med min behandler på video, og jeg får den personlige relasjonen av å se behandleren min.

Om adopsjon av videokonsultasjoner

Om tilbakemeldinger fra pasientene

Det er nødvendig å få feedback fra pasientene, både når det gjelder teknologi og opplevelsen av konsultasjonen. Dette vil gi behandler mulighet til forbedring og tilbakemelding på om videokonsultasjoner fungerer, og i de tilfellene hvor videokonsultasjoner fungerer godt vil gode suksesshistorier føre til økt motivasjon og adopsjon.

Behandlere etterspør også mer forskning og empiri på klinisk effekt av bruk av videokonsultasjoner og andre nye løsninger.

“Feedback på det du gjør er viktig og mangler nå...Vi må finne meningsfulle kvalitetsindikatorer å måle på.”

- Leder

«...man må VITE at relasjonene er like bra med videokonsultasjon. Vi kan ikke anta at det er bra.»

- Leder

Videokonsultasjoner i Helse Midt-Norge

Det tekniske må være på plass på egnet sted

Hvordan gjøre rom klare for videokonsultasjon

- *Privat*
Ingen skal kunne komme inn i konsultasjonen, bruk av hodetelefoner kan også bidra til at disse er og oppleves trygge
- *Tilgjengelig*
Lett å komme seg til, unngå risiko for at de er opptatt eller booket når man skal ha konsultasjon
- *Kjent*
Kjent blant personell i avdeling og godt markert.
- *Riktig utstyr*
Det må være tilgjengelig kamera og hodetelefoner i tillegg til rettigheter for å dele skjerm
- *Lett å logge på*
Det tekniske oppsettet må gjøre det lett å logge på, og enkelt å ta i bruk

Som behandler trenger jeg at rom som er egnet til videokonsultasjon er tilgjengelige og utstyret er lett å bruke.



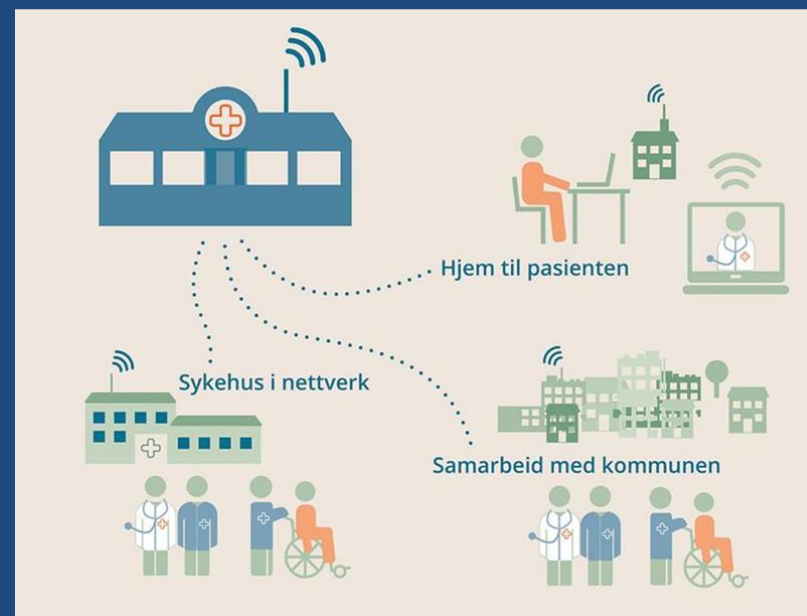
Innsikter om adopsjon

Nye løsninger for digital hjemmeoppfølging

Den virkelige verdien i videokonsultasjoner i fremtiden ligger ikke bare i muligheten til å møtes digitalt, men spesielt når nye tekniske løsninger kan utvide mulighetsrommet for disse møtene.

Intervjuene har avdekket flere ønsker om tiltak, blant annet:

- Digitale screeningverktøy som pasienter kan fylle inn i løpet av videokonsultasjonen
- Prøver tatt hos fastlege eller på annet sykehus
- Videokonsultasjon med fastlege og pasient
- Medisindispensere
- Nettsiden der tilgjengelige fysiologiske øvelser er filmet inn
- Bildedelingsløsning hvor man kan sende bilder til behandler
- Feedbackverktøy for feedback fra pasienter



Det utadvendte sykehus

Bilde fra nasjonal helse og sykehusplan 2020

«Du må lage en helhetlig arbeidsprosess rundt videokonsultasjon»

- Leder i Helse Midt-Norge



Om adopsjon av videokonsultasjon

Ulike scenarier for bruk av videokonsultasjon

Ikke alle videokonsultasjoner er like, og derfor er det viktig med en nyansert diskusjon rundt potensialet for forskjellige typer videokonsultasjon.

Noen forskjellige typer videokonsultasjon

- Mellom spesialisthelsetjeneste og hjemmeværende pasient (*i fokus i dette prosjektet*)
- Mellom spesialisthelsetjeneste og hjemmeværende pasient med pårørende tilstede
- Mellom spesialisthelsetjeneste og pasient hos fastlege (Med eller uten lokal behandler tilstede)
- Mellom spesialisthelsetjeneste og pasient i annet sykehus (med eller uten lokal behandler tilstede)
- Mellom spesialisthelsetjeneste og pasient med hjemmesykepleier tilstede
- Mellom spesialisthelsetjeneste og legevakt
- Gruppemøter med team rundt pasient (fastlege, sykehus, psykolog, pårørende, arbeidsgiver, hjemmetjeneste, skole, barnevern)
- Lege og inneliggende pasient i samme sykehus (ved smittsom sykdom)
- Mellom intensivavdeling og pårørende (spesielt i epidemisituasjon)
- Mellom fastlege og hjemmeværende pasient