

Helgeland strekker seg over et stort geografisk område, befolkningen bor spredt, helsetjenester er ikke alltid tilgjengelig lokalt, og det er lange reiseavstander til helsehjelp – noe som kan være belastende for mange. I Helserom Helgeland utvikler vi en ny tjenestemodell for rurale strøk som skal bidra til at pasienter får tilgang til helsetjenester nærmere der de bor i stedet for å reise til sykehus. Kjernen i modellen er «helserom». Et helserom er et konkret rom i et lokalsamfunn, f.eks. i et egnet rom på legekantoret eller sykehjemmet, med medisinsk utstyr og teknologi og helsepersonell som sørger for at pasienter, pårørende, kommunalt helsepersonell og spesialisthelsetjenesten kan samhandle på nye måter.

Metodene i prosjektet er tjenstedesign, samskaping og formativ og summativ evaluering. Vi startet med å etablere felles forståelse av barrierer og muligheter basert på innsikt fra relevante aktører, dvs. tilbydere og brukere av helsetjenester på Helgeland. Lange, belastende og dyre reiser til helsehjelp ble trukket fram som den største barrieren for gode helsetjenester blant alle aktørene. Innsiktsarbeidet viste stor villighet til endring og stor åpenhet for at mange sykehustjenester kan flyttes nærmere der folk bor, samt forventning om at pasienter vil føle seg tryggere dersom de får mer helsehjelp lokalt.

For å utvikle tjenestemodellen tar vi utgangspunkt i tre ulike tjenesteforløp, som vi utvikler og tester i det vi omtaler som tre «piloter». Erfaringer med suksessfaktorer og barrierer i pilotene brukes til å utvikle modellen i samskaping med aktører fra helsetjeneste, IKT og merkantile tjenester.

Den første piloten er et ortopediforløp der pasienter får helsehjelp lokalt fra fysioterapeut/fastlege mens ortoped på sykehuset deltar i samme konsultasjon vha. relevant teknologi som video, Jodapro eller Hololens. Vi kaller dette samhandlingskonsultasjoner. I formativ evaluering av slike konsultasjoner i 2023 fant vi at suksesskriterier er tett dialog mellom sykehus- og kommuneansatte og felles forståelse av hvordan tjenesten skal fungere og hva som kreves for at tjenesten skal ha god kvalitet.

Den andre piloten er gruppebaserte lærings- og mestringskurs i et hybridformat som gjør at mange flere deltakere kan være med, og at mange slipper å reise til sykehuset for å delta. Kurset holdes på flere steder samtidig, hvorav det ene stedet alltid er sykehuset og de andre kobles på digitalt. På hvert sted møtes opp til 15 deltakere, og det er lokale kursholdere til stede på alle lokasjoner. Det første kurset (for personer med artrose i store ledd) ble holdt i juni 2024 til tre grupper samtidig: én på sykehuset i Mo i Rana, én i Rødøy og én i Brønnøy. Formatet sikrer at alle har et lokalt fellesskap av likepersoner og en kursleder sammen med seg uavhengig av om de deltar fra sykehuset eller digitalt. Vi samler selvrapporterte data om symptomer og funksjon før og etter deltakelse for å sammenligne hvordan det går med deltakerne som deltok digitalt og de som deltok på sykehus.

I den tredje piloten samhandler fastlege og hudlege på sykehuset for å hindre unødvendige reiser til sykehus for pasienten. Vi har laget en løsning for at fastlege kan sende bilder av hud til sykehuset slik at hudlege kan bistå i vurderingen på avstand. Én utfordring har vært å finne teknologi som sikrer

bilder av god nok kvalitet til at hudlegen kan gjøre en tilstrekkelig vurdering samtidig som teknologien er brukervennlig: et dermatoskop som festes på mobiltelefon.

I de tre pilotene er det sykehuset som «eier» pasienten som får oppfølging/behandling lokalt. I videre arbeid ser vi på muligheten for å utvide modellen til forløp der kommunen «eier» pasienten og får veiledning eller opplæring fra sykehus.

I utvikling av tjenestemodellen har vi jobbet med løsninger for personvern, pasientsikkerhet, ansvar for dokumentasjon og å sikre felles innsikt i pasientens problemstilling før, under og etter samhandlingen. For å sikre forutsigbar tjeneste for pasienter og helsepersonell har vi opprettet Helserom med egne lokasjoner i DIPS slik at det går an å få en formell innkalling til Helserommet.

I videre utvikling skal vi finne løsninger for tydelig kommunikasjon og kvalitetssikring med tilgang til felles timelister, tydelige innkallingsbrev og rutiner for påminning/avbestilling av time. Ikke minst blir det avgjørende å finne gode løsninger for finansiering.

Prosjektet har vist behov for felles forståelse for ulik kompleksitet og mulighet for samhandling i etablerte teknologiske og administrative system, og at utvikling av nye samhandlingsløsninger hindres av trange rammer for felles opplæring og begrenset tid til samhandling når man samtidig måles på kortsiktig effektivitet og drift på tvers av etater og nivå, og har adskilt økonomi. Det mangler ikke entusiasme og endringsvilje. Det mangler heller ikke samhandlingsvilje. Det som mangler, er rammevilkår for at kommuner og sykehus kan utvikle gode løsninger sammen.