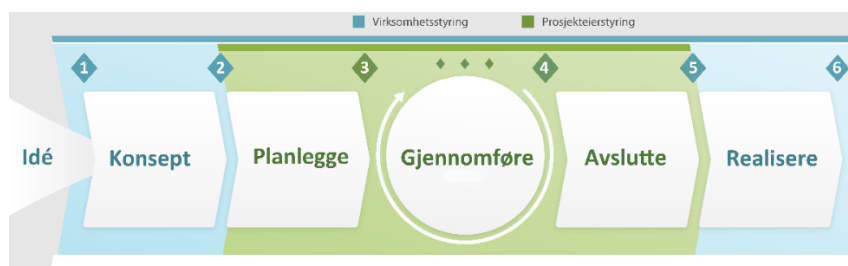


OUS Hjemme

Strategisk plan for utvikling av fellestjenester 2023-2030


Versjonskontroll:

Versjon	Dato	Forklaring	Utført av
0.1	19.05.2022	Opprettelse av dokument og disposisjon	Tone Olsen Moberg
0.2	20.05.2022	Disposisjon og tekstproduksjon	Tone Olsen Moberg
0.3	23.05.2022	Hensikt, bakgrunn og mål	Elisabeth Dreier Sørvik
0.4	24.05.2022	Innsatsområder og veikart	Tone Olsen Moberg
0.5	03.06.2022	Ferdigstilling utkast til porteføljekontoret	Elisabeth Dreier Sørvik
0.6	06.06.2022	Dokument gjennomgått og innspill gitt til prosjektleder.	Magne Omestad
0.61	10.06.2022	Dokument levert til porteføljekontoret.	Tone Olsen Moberg Elisabeth Dreier Sørvik
0.62	10.06.2022	Dokument klargjort for fremleggelse for prosjekteier.	Magne Omestad
0.7	13.06.2022	Innspill fra prosjekteier innarbeidet og dokument klargjort for behandling av porteføljestyret.	Magne Omestad
0.8	30.06.2022	Innspill fra porteføljestyret innarbeidet og dokument klargjort for høringsrunde	Tone Olsen Moberg Elisabeth Dreier Sørvik
0.9	28.11.2022	Innspill fra høring innarbeidet og dokument klargjort for behandling i porteføljestyret	Elisabeth Dreier Sørvik
1.0	19.12.2022	Dokument ferdigstilt etter behandling i porteføljestyret og vedtak i OUS ledermøte	Elisabeth Dreier Sørvik

Godkjent av:

Navn	Rolle	Stilling	Dato
Hilde Myhren	Prosjekteier	Medisinsk direktør	28.11.2022

Tittel: <i>OUS Hjemme – Strategisk plan for utvikling av fellestjenester 2023-2030</i>		Referanse: <i>CA PPM ID: PRJ08429</i>
Beslutningsdato: <i>2022-12-19</i>	Beslutning: <i>Godkjenning av dokument</i>	
Eier/Ledelse: <i>Hilde Myhren</i>	Strategisk plan utarbeidet av: <i>Prosjekt OUS Hjemme</i>	Prosjektleder: <i>Elisabeth Dreier Sørvik</i>
Bemanning i utarbeidelse strategisk plan (nøkkelressurser): <i>Elisabeth Dreier Sørvik, prosjektleder</i> <i>Tone Olsen Moberg, assisterende prosjektleder</i> <i>Kenneth Solstrand, interim delprosjektleder teknologi</i> <i>Mats Mathisen Aarlott, delprosjektleder logistikk</i> <i>Camilla Holt Hasle, delprosjektleder samhandling</i> <i>Eline Stømner Pettersen, rådgiver IKT</i> <i>Dag Kristiansen, kommunikasjonsrådgiver</i> <i>Johnny Borgan, Nye OUS</i> <i>Jørgen Michelsen, YLF</i> <i>Jorunn Stokke, Fagforbundet</i> <i>Line Blystad, hovedverneombud</i>		
Budsjett: <i>Det er ikke utarbeidet budsjett for realisering av strategisk plan.</i>		
Vedlegg: <i>Veikart for logistikk er vedlagt.</i> <i>Veikartene for teknologi og veikart for samhandling er per desember 2022 under utarbeidelse.</i>		
Signatur ledelse: <i>Hilde Myhren</i>		Signatur prosjektleder: <i>Elisabeth Dreier Sørvik</i>

Innhold

1	Bakgrunn OUS Hjemme	5
1.1	Hva er OUS Hjemme?	5
1.2	Drivere og strategiske føringer	6
2	Formål med strategisk plan	7
3	Nåsituasjonen og grunnlag for fremtidig vekst	7
3.1	Dagens status – hvor mange av OUS' pasienter er hjemme i dag?	8
3.2	Potensialet for hjemmesykehus og grunnlag for fremtidig vekst.....	9
3.3	Er OUS sine ambisjoner realistiske?	10
3.4	Teknologi som motor i utvikling av hjemmesykehus.....	11
4	Mål OUS Hjemme 2022-2030	12
4.1	Hovedmål 1 – Teknologistøtte.....	13
4.2	Hovedmål 2 – Logistikkstøtte	16
4.3	Hovedmål 3 – God samhandling.....	18
4.4	Hovedmål 4 – Helhetlige tjenester og organisering	19
4.5	Hovedmål 5 – Medisinsk forsvarlighet og god drift.....	13
5	Forutsetninger for måloppnåelse	21
5.1	Menneske	21
5.2	Teknologi	22
5.3	Organisasjon	23
6	Tilnærming.....	25
6.1	Prinsipper for utvikling av fellestjenester	25
6.2	Kriterier for prioritering.....	26
7	Økonomi	27
8	Vedlegg 1	28

1 Bakgrunn OUS Hjemme

OUS Hjemme er organisert som et prosjekt i porteføljen *Utvikling av OUS*, og beslutninger om prosjektet på overordnet nivå skjer med porteføljestyret som rådgivende organ og OUS ledergruppen som besluttende organ. Medisinsk direktør er prosjekteier.

OUS har de siste årene hatt flere og ulike initiativ for mer bruk av hjemmesykehus, utviklet hver for seg og uten noen form for samordning, samkjøring eller helhetlig styring. Det er lite felles systemer og strukturer for klinikkene å lene seg på, som gjør at hver klinikk må finne og etablere egne løsninger, som lagring og distribusjon av utstyr og varer og transportløsninger for ansatte. Det er lite på plass av teknologi og teknologisk infrastruktur for digital hjemmebehandling. Prosjektet OUS Hjemme (Prosjektløp 2) samler disse initiativene og skal utvikle klinikkovergripende løsninger på samhandling, teknologi og logistikk.

1.1 Hva er OUS Hjemme?

OUS Hjemme inkluderer alle former for spesialisthelsetjenester i hjemmet: avansert hjemmesykehus (AHS), ambulante tjenester og digital hjemmeoppfølging (DHO).

1. **Avanserte hjemmesykehus (AHS)** for pasienter som er inneliggende hjemme og hvor helsepersonell reiser ut til pasient
2. **Ambulante tjenester** for pasienter under poliklinisk behandling og oppfølging hvor helsepersonell reiser ut til pasient. Også kalt arenafleksibel behandling
3. **Digital hjemmeoppfølging**
 - a. Digital konsultasjon, som video- og telefonkonsultasjoner
 - b. Selvrappotering/egenregistrering av data via ulike digitale tjenester/løsninger
 - c. Monitorering/overvåking, med overføring av data fra hjem til sykehus fra medisinsk teknisk utstyr
 - d. Alarmering, med automatisk overføring av data fra hjem til sykehus med system for respons på varslinger og alarmer

En OUS Hjemme-tjeneste kan bruke én eller flere av prosessene i sin drift. Videre i dokumentet vil «hjemmesykehus» brukes som begrep for alle disse tjenestene, og favner alle tjenester hvor OUS har medisinsk behandlingsansvar, uavhengig av om pasienten er innskrevet på døgnopphold (innlagt i AHS), eller utskrevet med poliklinisk oppfølging hjemme, og uavhengig om pasienten følges opp digitalt eller ambulant.

Hva OUS Hjemme ikke er:

- Behandling der OUS *ikke* lenger har medisinsk behandlingsansvar. Pasienten er utskrevet, er ferdig behandlet uten poliklinisk oppfølging eller behandling hjemme fra sykehusets side.
- Samarbeid hvor målet er kompetanseheving og opplæring av ansatte i primærhelsetjenesten og lokalsykehus.
- Samarbeidsmøter mellom spesialisthelsetjenesten, lokalsykehus, fastlege og/eller kommunens helsepersonell
- Spesialister fra OUS bistår spesialister på mindre sykehus nærmere pasient

Det er viktig å påpeke at det her er mange gråsoner i hva som ligger innenfor og hva som ligger utenfor OUS Hjemme. For eksempel vil mer spesialisthelsebehandling av pasienter hjemme i mange tilfeller føre til erfarings- og kompetanseoverføring til kommunens helsepersonell, noe som er ønskelig og ofte nødvendig for utvikling av en god kommunehelsetjeneste. Et annet uavklart område, er behandlingshjelpemidler hvor OUS ved Seksjon for Medisinsk hjemmebehandling sørger for leveranse av MTU og forbruksmateriell til pasienter for behandling hjemme. Mange av disse pasientene er omfattet av OUS Hjemme, hovedsakelig polikliniske pasienter, men også noen av pasientene i avansert hjemmesykehus har utstyr herfra.

Hjemmesykehus er et område under stor endring, både hva gjelder finansielle og juridiske forhold, samhandling med kommunen og bruk av Helsefelleskap¹, og ikke minst utvikling og bruk av nye teknologiske løsninger. Det er en rekke pågående arbeider både fra nasjonalt og regionalt hold², blant annet publiserte Helsedirektoratet nylig Nasjonale råd for digital hjemmeoppfølging³. Utviklingen vil legge nye premisser og nye muligheter for hvordan tjenester ytes hjemme. Det som i dag er pasienter inneliggende i avanserte hjemmesykehus med daglige besøk av helsepersonell fra sykehuset, kan med bedre og mer bruk av teknologi, og bedre og økt samhandling med primærhelsetjenesten, sannsynligvis tilbys sykehusbehandling av like god kvalitet og medisinsk forsvarlighet, uten samme behov for utreise av sykehuspersonell.

OUS må følge denne utviklingen tett og være tydelige premissleverandører til politikk- og systemutvikling. Det er behov for tydeligere føringer, finansiering og regelverk. OUS må samtidig ha gode strukturer for å kunne tydeliggjøre overfor det kliniske miljøet, pasienter og pårørende om både muligheter og begrensninger som nye tjenester og driftsmodeller må forholde seg til.

1.2 Drivere og strategiske føringer

Demografisk utvikling, politiske føringer, forventninger fra pasienter, pårørende og ansatte, samt manglende tilgang på helsepersonell, er viktige drivere for å overføre mer av sykehusets tjenester hjem til pasient. Den teknologiske utviklingen setter viktige premisser for satsingen, og gir helt nye muligheter for hvordan og hvor man gir behandling og oppfølging fra sykehuset.

Et viktig oppdrag for OUS er å bidra til å skape «det utadvendte sykehuset» som beskrevet i *Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023*⁴. Her ligger forventninger om at pasientene i større grad skal møte spesialisthelsetjenesten hjemme hos seg selv, og at tjenester som før krevde fysisk oppmøte på sykehus skal utføres der pasienten bor ved hjelp av teknologi. Det er videre et uttalt mål at utadvendte sykehus skal samarbeide mer, både fysisk og virtuelt, med kommunale helse- og omsorgstjenester og med andre sykehus. Hurdalsplattformen vektlegger at tjenestene må samarbeide bedre om pasienter som trenger hjelp fra ulike deler av helsetjenesten. I tillegg legger

¹ Helsefelleskapet er et av hovedgrepene i Nasjonal helse- og sykehusplan hvor representanter fra helseforetak, kommunen, fastleger og brukere møtes for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre skal prioriteres.

² [Teknologi i pasientens helsetjeneste - Helsedirektoratet](#)

³ [Digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet](#)

⁴ [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](#)

HSØ Regional utviklingsplan 2040 (RUP2040)⁵ og OUS Utviklingsplan 2040, som begge er under ferdigstillelse per november 2022, føringer for aktiviteten på området.

Sykehuset har gjennom vedtak av konseptet for OUS Hjemme i porteføljestyret for *Utvikling av OUS* 25. august 2020 satt en ambisjon om at 30 % av behandling og oppfølging skal skje i pasientens hjem innen de nye sykehusbyggene er tatt i bruk i 2030, jf. porteføljestyresak 20-2020.

Internt i OUS er programmene i Nye OUS viktige samarbeidspartnere for OUS Hjemme for å sette fokus på tilrettelagt bygningsmasse, tilpassede arbeidsprosesser og robuste fellestjenester for pasienter både i og utenfor sykehusbyggene. Videre er OUS Hjemme forankret i klinikkvise oppdragsdokumenter i OUS og i områdeplaner for IKT og medisinsk-teknisk virksomhetsområde.

2 Formål med strategisk plan

Hensikten med dette plandokumentet er å sette retning for hvordan Oslo universitetssykehus HF (OUS) skal utvikle seg fremover for å innfri på oppdrag, føringer og forventninger innen hjemmesykehus. Dokumentet er førende for utviklingen av hjemmesykehus ved OUS og skal brukes til å styre utviklingen, rammebetingelsene for utviklingen og forventningene i organisasjonen til denne utviklingen. En slik plan vil være nyttig i sykehusets dialog med Helse Sør-Øst RHF (HSØ), Sykehuspartner HF, Sykehusapotekene HF, Oslo kommune og øvrige samarbeidspartnere. Planen vil samtidig være et viktig dokument i samspeilet med Nye OUS fram mot nye bygg med tilhørende omstilling.

Dokumentet omhandler særskilt OUS Hjemme prosjektløp 2 – Utvikling av fellestjenester med utviklingsområdene logistikk, teknologi og samhandling, og er en overordnet strategisk plan for satsingen frem til 2030, med tilhørende veikart for de nærmeste fire årene for de ulike delområdene i prosjektet. Disse dokumentene vil danne grunnlag for at prosjektet skal kunne fremme prosjektidéer og konsepter for nye fellestjenester. Dokumentene vil være dynamisk og i kontinuerlig utvikling ettersom ny informasjon og nye forhold fremkommer.

Ansvaret for forvaltning av dokumentene ligger under OUS Hjemme-prosjektet. Strategisk plan og veikart skal forankres hos linjeansvarlige ledere for hvert av veikartene. Godkjent versjon av *Strategisk plan for utvikling av fellestjenester* revideres hvert fjerde år, mens veikartene som følger planen revideres årlig og ved behov.

I denne versjonen av strategisk plan følger veikart for logistikk 2023-2026, mens veikart for henholdsvis teknologi og samhandling ventes ferdig i løpet av 2023.

3 Nåsituasjonen og grunnlag for fremtidig vekst

For å lykkes med utviklingen av hjemmesykehus i OUS, er det viktig å kjenne status på tjenestene som tilbys i dag og forstå hvilke behov som skal dekkes av hjemmesykehus i fremtiden. Det er stor usikkerhet knyttet til fremtidige behov og muligheter, og det må gjøres fremskrivninger både på

⁵ Utkast til høring [RUT_DEL1_v2.pdf \(helse-sorost.no\)](#)

teknologisk og demografisk utvikling. Det er avgjørende at sykehuset gjør strategiske valg på hvilke tjenester som skal tilbys som hjemmesykehus og hvilke tjenester som skal tilbys innenfor ordinær sykehusdrift.

3.1 Dagens status – hvor mange av OUS' pasienter er hjemme i dag?

Det er flere utfordringer knyttet til tallgrunnlaget som gjør det vanskelig å sette et korrekt og reelt nullpunkt og tall for dagens andel av pasientbehandling hjemme. Dels handler dette om ulike praksis for registrering av aktivitet, samt at kodeverket og systemet for innsatsstyrt finansiering ikke er tilpasset aktivitetene og intensjonene ute i tjenestene. Det må også gjøres nærmere vurderinger av hvilket grunnlag det skal tas utgangspunkt i for å tallfeste andelen pasienter hjemme. For eksempel er det trolig ikke hensiktsmessig å se på andelen hjemme sammenlignet med samtlige opphold for sykehuset på aggregert nivå, som også inkluderer akuttinnleggelser og intensivopphold. Det er videre lite hensiktsmessig å se på alle de ulike tjenestene under OUS Hjemme-paraplyen under ett. I tillegg må det tas med at OUS har både lokale, regionale og nasjonale funksjoner.

I det videre vises hvordan tallene ser ut for de enkelte kategoriene avanserte hjemmesykehus, ambulante tjenester og digitale konsultasjoner både for sykehusnivå, klinikknivå og avdelingsnivå. Merk at dette er tall fra 2021, og inkluderer dermed ikke pasienter innlagt i AHS for lungemedisin eller Hjemmesykehus for psykiatri, autisme og utviklingshemning (PUA) som først ble opprettet i 2022.

Per 2021 står **avanserte hjemmesykehus** for 0,5 % av alle innleggelser i hele sykehuset. Tar vi utgangspunkt i klinikk- og avdelingsnivå, ser det slik ut;

- Barne- og ungdomsklinikken **8,4 %**
 - AHS barn, Avdeling for barnemedisin: **47 %**
- Klinikk for psykisk helse og avhengighet **3 %**
 - Front barn, andel seksjonsnivå: **38 %**
 - Front ungdom, andel seksjonsnivå: **45 %**
- Kreftklinikken **0,9 %**
 - AHS for blodsykdommer, Avdeling for blodsykdommer: **7 %**

Ambulante tjenester står samlet for 0,8 % av alle polikliniske konsultasjoner. Klinikkerne med størst aktivitet er

- Klinikk for psykisk helse og avhengighet 3,9 %
- Barne- og ungdomsklinikken 2,6 %

Digitale konsultasjoner (telefon og video) står for 12 % av alle polikliniske konsultasjoner. Tall fra 2022 viser at andelen er fallende.

I tillegg tilbyr OUS medisinsk behandling med hjemmedialyse, hvor sykehuset ligger over målet satt av Helse- og omsorgsdepartementet om at minst 30 prosent skal få tilbud om hjemmedialyse.

3.2 Potensialet for hjemmesykehus og grunnlag for fremtidig vekst

Prosjektet har ikke hatt kapasitet og kompetanse til å utføre nærmere analyser av pasientgrunnlag eller beregninger av fremtidig og potensielt volum i planleggingsfasen. Dette vil bli en viktig del av neste fase av prosjektet, både med tanke på klinikkens utviklingsarbeid, men også for å kunne gi et bedre grunnlag for utviklingen av ulike fellestjenester.

Litteraturgjennomgang

I 2018 gjennomførte Folkehelseinstituttet et systematisk litteratursøk for å vurdere hjemmebasert sykehusbehandling som alternativ til behandling på sykehus⁶. De fant en rekke systematiske oversikter som hver beskrev én diagnosegruppe, blant annet kronisk obstruktiv lungesykdom, nyresykdom, kreft, fødselsrelatert diagnose, akutt eller kronisk sykdom, mental helse, palliativ behandling/behandling ved livets slutt, cystisk fibrose, diabetes, dyp venetrombose, HIV/AIDS, hjertefeil, osteoartritt og slag. I tillegg fant de flere systematiske oversikter som omtalte hjemmebasert sykehusbehandling mer generelt, eller inkluderte flere diagnosegrupper. Dette viser at det er flere pasientgrupper som kan være aktuell for hjemmebehandling enn det vi i dag tilbyr i OUS. I tillegg er det flere som utforsker bruk av hjemmesykehus i forbindelse med postoperative forløp⁷ og for å forhindre reinnleggelser etter operasjon⁸, samt intravenøs antibiotikabehandling hjemme⁹.

Prosjektet planlegger sammen med Råd for metodevurdering å oppdatere litteratursøket gjennomført av FHI. I tillegg oppdaterer Råd for metodevurdering sammen med Sunnaas sykehus minimetodevurdering av videokonsultasjon.

En nylig publisert FHI-rapport¹⁰ viser at det finnes lite oppsummert forskning om effekter av digital hjemmeoppfølging for personer med kroniske sykdommer med hensyn til ressursbruk i spesialisthelsetjenesten. FHI-rapporten baseres på enkeltstudier, hvor de fleste publiserte oversiktene hovedsakelig fokuserer på kliniske utfall som symptomkontroll og livskvalitet. Flere har i etterkant av publiseringen av rapporten uttalt¹¹ at det trengs en mer dynamisk modell for å vurdere digitale helsetjenester. Mye tyder på at rapportens funn blant annet skyldes umoden teknologi, samt manglende tilpasning av arbeidsprosessene, som kan bedres med erfaring og bruk.

Erfaringsbasert kunnskap

I tillegg til det som finnes av forskning, finnes mye opparbeidet kunnskap fra erfaringer med hjemmesykehus, både nasjonalt og internasjonalt. Erfaringer viser at vi kan forvente en rekke gevinster og nytte. En mer tilgjengelig helsetjeneste uavhengig av geografisk tilhørighet kan gi

⁶ [Hjemmebasert sykehusbehandling som alternativ til behandling på sykehus. Systematisk litteratursøk med sortering. \(fhi.no\)](https://fhi.no)

⁷ [A Look Beyond the Curtain – Bringing Post-Op Recovery Home - My CMS | My CMS \(partners.org\)](https://partners.org)

⁸ Foley OW, Ferris TG, Thompson RW, Heng M, Ricciardi R, Del Carmen MG, Safavi KC. Potential impact of hospital at home on postoperative readmissions. *Am J Manag Care*. 2021 Dec 1;27(12):e420-e425. doi: 10.37765/ajmc.2021.88797.

⁹ [Current Practices and Opportunities for Outpatient Parenteral Antimicrobial Therapy in Hospitals: A National Cross-Sectional Survey](#)

¹⁰ [Digital hjemmeoppfølging og ressursbruk i spesialisthelsetjenesten \(fhi.no\)](https://fhi.no)

¹¹ Blant andre Kåre Birger Hagen, fagdirektør FHI i artikkelen [Forbruk av tjenester påvirkes ikke vesentlig av digital oppfølging - Dagens Medisin](#)

gevinster i form av økt pasientsikkerhet og mer likeverdige helsetjenester, økt individualisert og brukerstyrt behandling, omsorg og informasjon om helse og sykdom. For pasienter og pårørende innebærer hjemmesykehus betydelig mindre reising og at de dermed kan fortsette leve sine liv med arbeid, skole og familie. Det kan videre forventes at en mer tilgjengelig helsetjeneste gjør det enklere for pårørende å følge med på behandlingen når dette er nødvendig og ønskelig for pasient og pårørende. OUS med regionale og nasjonale funksjoner har et stort potensial for å bidra til at pasienter unngår krevende lange reiser for oppfølging som kan gjøres digitalt. Dette vil gi gevinster i form av reduserte klimautslipp og bidra til at OUS når sine klimamål¹².

Lokale, regionale og nasjonale funksjoner

OUS har både lokale, regionale og nasjonale funksjoner. Når vi ser nærmere på pasientgrunnet og sykehusopphold i *OUS under ett*, ser vi at litt over 50 % av sykehusoppholdene i somatikken er pasienter bosatt i Oslo. Ser vi kun på *lokalsykehusfunksjon*, er rundt 30 % av alle sykehusoppholdene av pasienter i OUS sitt opptaksområde. Dette vil ha betydning for hvilken utforming av helsetjenesten som er hensiktsmessig.

Utvikling av tjenester hvor helsepersonell reiser ut til pasienten vil trolig være mest aktuelt for lokale pasienter. Det finnes imidlertid unntak som Avansert hjemmesykehus for blodsykdommer, som tilbyr pasienter som bor utenfor Oslo låneleiligheter, eller Spesialsykehuset for epilepsi, som også reiser utenfor Oslos grenser. Digital hjemmeoppfølging vil derimot stort sett være aktuelt på tvers av funksjonene, og vil gi desto større gevinster for pasienter som bor langt unna med tanke på reisetid og kostnader. Samarbeid med lokalsykehus og primærhelsetjenesten er helt avgjørende for at OUS kan tilby OUS Hjemme-tjenester også for nasjonale og regionale pasienter.

3.3 Er OUS sine ambisjoner realistiske?

Litteraturstudier som nevnt over og erfaringer fra andre sykehus i Norge og internasjonalt, viser at OUS rent medisinsk kan utføre mer hjemmebehandling enn de gjør i dag. Samtidig vet vi at hjemmesykehus ikke er for alle pasienter og pasientgrupper. Alvorlige tilstander er ofte bemanningskrevende og vil utgjøre en stor belastning for pårørende om behandlingen flyttes hjem. Det skal også tas hensyn til at mange av Oslos befolkning er aleneboende (48 %) det skal sikre likeverd i tilbudet som gis, også med tanke på pasienters kulturelle og sosiale bakgrunn.

Det bærende prinsipp er uansett og alltid medisinsk forsvarlighet og pasientens beste i vurdering om pasienten skal tilbys hjemmesykehus.

I forbindelse med prosjektløp 1 er klinikkene utfordret til å se nærmere på eget pasientgrunnlag og lage klinikkvise mål, gjerne i samarbeid med prosjektet. Prosjektet erfarer at dette er et større endringsarbeid som krever tid og modning, og at det er stor variasjon mellom klinikkene i hva slags muligheter de selv ser. Klinikkenes handlingsplaner og målsetninger for økning i hjemmebehandling, legger også forutsetninger for samhandling, teknologi og logistikk til grunn. I hvilket tempo utvidelse

¹² eHåndbok - Klima- og miljømål 2022 – 2030 (ous-hf.no). [Miljømål \(ous-hf.no\)](https://ous-hf.no/miljomaal)

til flere pasienter og nye pasientgrupper kan skje, påvirkes av hvilke fellestjenester og støttefunksjoner klinikkene kan forvente å få på plass når.

En ambisjon på 30 % behandling og oppfølging i pasientens hjem innen 2030 setter klar retning på utviklingsarbeidet. Det er imidlertid behov for en nyansering av ambisjonsnivået. Ambisjonen er at 30 % av våre pasienter får *en eller annen form for* behandling og/eller oppfølging hjemme hos seg selv. Dette enten i form av innleggelse i avanserte hjemmesykehus, polikliniske ambulante tjenester og/eller i kombinasjon digitalt, med bruk av video, skjemabasert oppfølging og monitorering fra medisinsk utstyr. OUS og andre helseforetak har per 2022 allerede i oppdrag å gjennomføre 15 % av polikliniske konsultasjoner over telefon og video. Med flere og brukerrettede digitale verktøy for skjemabasert oppfølging og oppfølging basert på måledata og monitorering via medisinsk utstyr, er det ikke urealistisk at vi kommer godt over dette måltallet innen relativt få år, forutsatt en god infrastruktur for tilgjengeliggjøring av digitale verktøy.

Det er rimelig å anta at digitalisering, god logistikk og samhandling, reduserer behovet for sykehuspersonell sin tilstedeværelse i pasientens hjem. Hvor mange av pasientene som i fremtiden får døgntil behandling hjemme, og hvor mange som er polikliniske pasienter, er veldig vanskelig, om ikke umulig, å anslå. I tabellen under (Tabell 1) gjøres likevel noen antagelser om utvikling med utgangspunkt i dagens tallgrunnlag. Merk at dette er samlet for hele sykehuset, og andelen hjemme er av alle pasienter, med de svakheter det medfører og som redegjort for over.

Kategori av hjemmesykehus	2021	2024	2027	2030
Avansert hjemmesykehus (innlagte)	0,5 %	1 %	3 %	5 %
Ambulante (polikliniske)	0,8 %	2 %	3 %	5 %
Digitale (polikliniske)	12 %	17 %	22 %	25 %

Tabell 1: Mulig utvikling OUS Hjemme frem til 2030. Sykehusnivå.

En ytterligere konkretisering krever at det settes av tid og ressurser til analyser og framskrivninger, både med ressurser sentralt i OUS, og i klinikkene.

3.4 Teknologi som motor i utvikling av hjemmesykehus

Teknologi og digitalisering understøtter og muliggjør nye arbeidsformer som hjemmesykehus. Høringsutkast til *Regional utviklingsplan 2040*, under satsingsområdet *Nye arbeidsformer og bedre bruk av teknologi*, peker på en rekke tiltak med potensial til å frigi tid til klinisk personell og gjøre helsetjenestene tilgjengelig for pasientene uavhengig av tid og sted. Dette er for eksempel digitale løsninger for brukerstyrt behandling og digitale plattformer som Helsenorge.no for egenmestring og deltagelse i eget behandlingsforløp. Teknologiske løsninger for digital egenrapportering og overføring av data fra medisinsk utstyr og sensorteknologi vil også gjøre nye pasientforløp mulig. Videre vil utviklingen av andre fellestjenester kreve en teknologikomponent, som eventuelle bestillingsløsninger av varer og utstyr eller ruteplanleggingsverktøy for god og sikker logistikk rundt hjemmesykehus. Det er videre essensielt at informasjons- og kommunikasjonsteknologien muliggjør samhandling med aktører i primærhelsetjenesten. Teknologi er dermed grunnmuren for at OUS kan utvikle og tilby mer hjemmesykehus til pasientene.

Den teknologiske utviklingen setter viktige premisser for satsingen, og gir helt nye muligheter for hvordan og hvor man gir behandling og oppfølging fra sykehuset. Samtidig er det ikke teknologien i seg selv som medfører endringen, men hvordan ansatte, pasienter, pårørende og ansatte i andre deler av helsetjenesten tar denne i bruk. MTO-perspektivet¹³ – Menneske – Teknologi – Organisasjon, er sentralt i utvikling og skalering av hjemmesykehus, hvor teknologien understøtter arbeidet og arbeidsprosessene. Det er videre avgjørende at teknologien tilpasses, og understøtter målene. Dette krever et tett og kontinuerlig samarbeid og integrasjon mellom helserelaterte arbeidsprosesser og de mange teknologiske løsningene. Er avstanden mellom teknologiens premisser og eksisterende arbeidsprosesser for stor, vil ikke nødvendigvis teknologien bli implementert som tiltenkt¹⁴.

4 Mål OUS Hjemme 2022-2030

OUS har som overordnet mål at:

I 2030 skal OUS tilby deg som pasient hele eller deler av behandlingsforløpet hjemme, ved hjelp av teknologi, når det gir best nytte. Pasienten opplever å kunne være «hjemme når jeg kan – på sykehuset når jeg må».

OUS har som ambisjon at 30 % av behandling og oppfølging skal skje i pasientens hjem innen 2030, enten poliklinisk eller for innlagte pasienter i hjemmet, fysisk og/eller digitalt. Aktiviteten og veksten vil hovedsakelig være på hjemmebehandling og -oppfølging med bruk av teknologi og digitale tjenester, men det vil fortsatt være behov for utreise av helsepersonell og utstyr til pasient. OUS har som målsetning at betydelig flere pasienter ved OUS skal få tilbud om hjemmesykehus på lik linje og med samme kvalitet som annen behandling på sykehuset. En betydelig økning av pasientbehandling hjemme oppnår vi gjennom å tilrettelegge, utvikle, etablere og bredde robuste og bærekraftige tjenester og løsninger, både hva gjelder teknologi, logistikk, samhandling, organisatorisk og medisinsk. Figur 1 illustrerer hvordan hjemmesykehus er en integrert del av sykehusets øvrige driftsmodell, med behandling hjemme i tillegg til døgn, dag og poliklinikk.

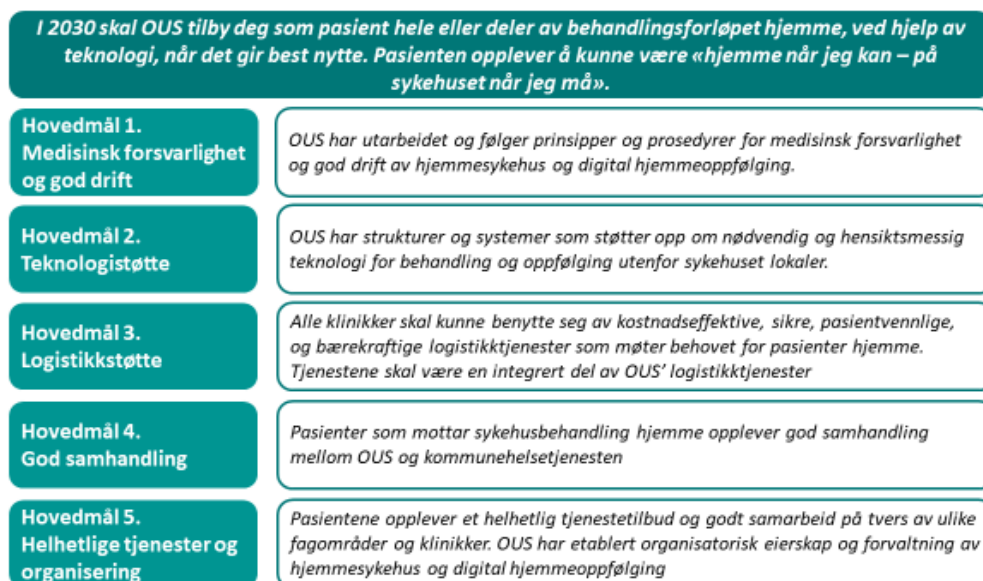
Prosjektet OUS Hjemme skal gjøre det enklere for klinikker å utvikle, etablere, drifte og utvide spesialisthelsetjenester i hjemmet. Dette skal oppnås både ved å støtte klinikkene i utvikling av nye pasientforløp (prosjektløp 1) og utvikle og etablere nødvendig infrastruktur og støttetjenester på tvers av klinikkene (prosjektløp 2). OUS Hjemme har fem hovedmål for prosjektløp 2, illustrert i Figur 2.



Figur 1: OUS Hjemme som del av sykehusets øvrige driftsmodell

¹³ [Tjenestsetting av velferdsteknologi. Modell for implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene - SINTEF](#)

¹⁴ Ellingsen, Monteiro and Røed (2012): Integration as interdependent workaroud. Int J Med Inform. 2013 May;82(5):e161-9. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2012.09.004. Epub 2012 Oct 16.



Figur 2: Fem hovedmål for Utvikling av fellestjenester

Under hvert av hovedmålene ligger ulike delmål og mulige behov og konsepter. Merk at dette er konsepter som hittil har blitt identifisert, som må utredes og vurderes nærmere før beslutning om eventuell utvikling og implementering. Tiltak, forutsetninger for å lykkes og eventuelle avhengigheter er beskrevet under hvert av delmålene. Behov, konsepter og tiltak vil bli nærmere beskrevet i veikartene som følger av denne overordnede strategiske planen.

4.1 Hovedmål 1 – Medisinsk forsvarlighet og god drift

OUS har utarbeidet og følger prinsipper og prosedyrer for medisinsk forsvarlighet og god drift av hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging

Tiltak

Medisinsk forsvarlighet og pasientens beste er det bærende prinsipp og alltid sentralt i vurdering om pasienten skal tilbys hjemmesykehus. Det er behov for at det utarbeides medisinsk faglige prosedyrer og prinsipper for de ulike områdene av pasientbehandling hjemme.

- Prosedyrer for medisinsk behandling og undersøkelser i hjemmet
- Utarbeide prinsipper for hva som kjennetegner medisinsk god og forsvarlig drift av avanserte hjemmesykehus, ambulant virksomhet og digital hjemmeoppfølging

4.2 Hovedmål 2 – Teknologistøtte

OUS har strukturer og systemer som støtter opp om nødvendig og hensiktsmessig teknologi for behandling og oppfølging utenfor sykehuset lokaler.

For teknologiområdet gjelder følgende delmål for 2030:

- Alle klinikker skal kunne tilby sine pasienter digitale verktøy for selvrapporing.
- Alle klinikker skal kunne tilby sine pasienter digitale verktøy for monitorering.
- Klinisk personell er godt kjent med verktøy og rutiner for bruk av verktøy for digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus.
- OUS har gode IKT-systemer for hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging, både for beslutningsstøtte, administrasjon og forskning.
- OUS har gode, kvalitetssikrede kliniske systemer som er integrert med brukervennlig overføring av helsedata.
- OUS har utarbeidet gode systemer og tjenester på tvers av klinikkene som er integrert med OUS sin EPJ.
- 20% av polikliniske konsultasjoner skal gjennomføres over telefon og video.
- OUS har rutiner for å systematisk måle effekter for å forbedre, effektivisere og utvikle teknologiske løsninger.

Konseptområder

Det er behov for å kunne gi pasienter og pårørende mulighet til å ta aktiv del i egen behandling, at helsepersonell kan ha dialog med pasient, pårørende og mellom tjenestenivåene på digitale flater, gi tilgang til nødvendig IKT-utstyr og mobile enheter når helsepersonell er ute hos pasient og for at informasjonsflyten flytter med når pasienter, og dermed arbeidet til helsepersonell, flyttes ut av sykehuset. Følgende tiltak og løsninger er hittil blitt identifisert:

- Digitale løsninger for egenrapportering, som Patient Reported Outcome Measures (PROM)¹⁵
- Digitale løsninger for egenmestring og samvalg
- VR-behandling
- Internettbasert terapi
- Digitale løsninger for prøvetaking i hjemmet
- Digital dialog, som videokonsultasjon og behandlingsrettet dialog i helsenorge.no
- Digital samkonsultasjon og digital samhandling og enklere deling av pasientinformasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og mellom OUS og andre lokale HF
- Tilgang til informasjon om pasient og behandlingsforløp utenfor sykehuset
- Monitorering og overvåking med sikker dataflyt fra medisinsk utstyr mellom hjem og sykehus
- Beslutningsstøttesystemer for behandling, logistikk og forskning
- Nødvendig IKT-utstyr som mobile enheter (smarttelefoner, nettbrett, pc-er) og nettverk
- Teknisk support for bruk av digitale verktøy som video, digitale skjema og medisinsk utstyr.
- Nett-tilgang for å benytte IKT-utstyr, administrative IT-system, kliniske system for journalføring og medisinsk teknisk utstyr i hjemmet

Nytte

Tilgang til digitale verktøy for pasient og pårørende, gir pasienter økt mulighet til å ta aktiv del i egen behandling, øker mulighetene for involvering av pårørende og muliggjør at vi kan tilby nye pasientgrupper behandling i hjemmet. Digitale løsninger for hjemmebehandling, som feedback-

¹⁵ [OM PROM | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)

verktøy og digital egenrapportering vil gi økt standardisering samt bedre kvalitet i oppfølging og behandling av pasienter. Digital kommunikasjon kombinert med pasientrapporterte data (PROM), som måler hvordan pasientene opplever forhold knyttet til helse, sykdom og behandlingseffekter, kan være av stor betydning for å kunne gi persontilpasset utredning og behandling. I tillegg åpner det opp for nye muligheter innen forskning og kliniske studier.

Digitale løsninger øker mulighetene for å opprettholde eller øke behandlingsskapasitet for elektiv behandling og redusere ventetid. Digitale løsninger forventes å forenkle arbeidshverdagen til ansatte. Det vil kreve organisatoriske endringer i arbeidsflyt for å kunne optimalisere effektene.

Forutsetninger og avhengigheter

Pasienter, pårørende og likeverdige helsetjenester

Pasienter har ulikt utgangspunkt knyttet til utdanning, helsekompetansenivå, digital kompetanse, språk, funksjonsnivå, kognitive ferdigheter osv. Pasienter og pårørende har dermed ulike forutsetninger for medvirkning og samvalg. For å kunne nå målene i OUS Hjemme og et ønske om likeverdige helsetjenester, må tjenestene tilrettelegges slik at flest mulig pasienter kan benytte seg av de¹⁶.

Nødvendige tilganger

Alt helsepersonell som kan bli involvert som behandlingsansvarlig, inkludert prehospitalt personell, må få tilgang til digitale verktøy med nødvendig informasjon om pasienten for å kunne ta gode beslutninger.

Service og support

Avgjørende for å lykkes, er at klinikkene opplever god støtte og bistand i innføring og opplæring og i å ta nye digitale løsninger i bruk. Helsepersonell og pasienter/pårørende må ha et tydelig sentralt sted de kan henvende seg ved tekniske utfordringer.

Regionale prosjekt og initiativ

Hovedmålet teknologistøtte forutsetter leveranser på teknisk infrastruktur, maskinvare og applikasjoner fra Sykehuspartner HF. HSØ sin tekniske arkitektur skal legge til rette for å kunne realisere datadrevet prosesskoordinering og automasjon, levere mobile IT-applikasjoner, støtte standardisert oppkobling av sensorer og medisinsk utstyr, og redusere uønsket variasjon der dette hindrer virksomhetsutviklingen og skaper plunder og heft for klinikere og pasienter.

Prosess- og samhandlingsplattform er under anskaffelse i HSØ, og skal forenkle muligheten til å støtte arbeidsprosesser på tvers av kjernesystemene og fagområdene.

HSØ skal gjennom etablering av **rammeavtaler med leverandører innen digital hjemmeoppfølging**, tilby produkter til helseforetakene som kan integreres med kjernesystemene i HSØ og prosessplattformen på en sikker måte. Fra 2023 har helseforetakene mulighet til å anskaffe løsninger på rammeavtalen gjennom forenklede anskaffelsesprosesser/avrop.

¹⁶ [Befolkningens helsekompetanse - Helsedirektoratet](#)

Parallelt med dette vil det bli realisert en **felles regional API-plattform**. Denne vil sikre at løsninger som utvikles, kan hente og avgi data til andre løsninger det er nødvendig å samhandle med.

HSØ har pågående et prosjekt som planlegger og forbereder anskaffelse av et **koblingspunkt for integrasjon av medisinsk-teknisk utstyr** og digital hjemmeoppfølging. Målet med anskaffelsen er å etablere bedre kommunikasjon mellom hjem og sykehus, ved at data fra medisinsk utstyr hjemme hos pasient høstes og overføres fagsystemene i helseregionen (som elektronisk kurve, pasientjournal og fremtidig prosess- og oppgavestyingsplattform).

Informasjonssikkerhet og personvern

For digitale verktøy knyttet til bruk i hjemmebehandling og hjemmesykehus vil det stilles samme krav til informasjonssikkerhet som for andre løsninger som brukes i OUS.

4.3 Hovedmål 3 – Logistikkstøtte

Alle klinikker skal kunne benytte seg av kostnadseffektive, sikre, pasientvennlige, og bærekraftige logistikkjenester som møter behovet for pasienter hjemme. Tjenestene skal være en integrert del av OUS' logistikkjenester.

Følgende delmål for 2030 gjelder for logistikk:

- Alle klinikker skal kunne tilby selvprøvetaking og analysemuligheter hjemme hos pasient hvor dette er klinisk og logistisk hensiktsmessig.
- OUS skal være fleksibel i å levere varer til nye forløp i hjemmet på nye måter og være minst mulig begrenset av øvrige aktørers leveransmuligheter i verdikjeden.
- Logistikkoppgaver skal utføres av logistikkpersonell og pasientbehandling gjøres av helsepersonell.
- OUS oppnår stordriftsfordeler ved å etablere klinikkovergripende løsninger for plukk, pakk og levering av produkter til pasient og service av MTU.
- Det skal være en hensiktsmessig og effektiv organisering av logistikkfunksjoner knyttet til prognoser, bestilling, innkjøp og planlegging av behandling og leveranser på tvers av klinikker og behandlingsforløp
- OSS skal tilby felles klimavennlige transporttjenester for leveranse av produkter og helsepersonell til og fra pasient på tvers av klinikker.
- Transport av forbruksmateriell, MTU, legemidler og prøver skal kunne gjøres uten involvering av helsepersonell.
- Leveranser til pasient skal i størst mulig grad være sammenstilt for å oppnå minst mulig transport og høy ressursutnyttelse av kjøretøy.
- OUS har datadrevet logistikkplanlegging for hjemmesykehus med høy grad av automasjon. Bestilling og planlegging skal være enkelt og intuitivt for beslutningstaker.
- Behandlings-, bemannings- og logistikkplanlegging skal være integrert.
- Sortiment av produkter er så langt det lar seg gjøre standardisert på tvers av forløp.

Konseptområder

Når pasientbehandling og -oppfølging flyttes ut av sykehuset blir det nødvendig å tilrettelegge for god og hensiktsmessig flyt av varer, utstyr og helsepersonell. Følgende behovs- og konseptområder/tiltak er hittil blitt identifisert:

- Prøvelogistikk
- Legemiddellogistikk
- MTU-logistikk
- Forbruksmateriell-logistikk
- Nye transportmodeller
- Areal og forsyningsmodeller
- Administrative systemer

Konsepter og tiltak innenfor perioden 2023-2026 er nærmere beskrevet i Veikart for logistikk.

Nytte

Effektive og helhetlige systemer for logistikk vil gi gevinster i form av redusert kostnad ved økt utnyttelse av sykehusets ressurser (f.eks. personell, kjøretøy og areal), sammenlignet med hvis hver klinikk utvikler logistikk-løsninger separat. Et viktig effektmål er frigjøring av helsepersonell sin tid til pasientrettet arbeid slik at antall pasientbehandlinger/-oppfølginger pr. helsepersonell øker. Det å få på plass fellesfunksjoner og støttesystemer på tvers av klinikker vil både kunne forenkle arbeidshverdagen til ansatte og muliggjøre at vi kan tilby nye pasientgrupper behandling i hjemmet.

Forutsetninger og avhengigheter

Måloppnåelse er avhengig av flere forhold. De viktigste områdene som påvirker skaleringsmuligheter, hastighet på utvikling og effektiv logistikk generelt inkluderer fysisk infrastrukturkapasitet, ny og hensiktsmessig organisering av hjemmesykehus, og administrative IKT-systemer som støtter logistikkprosesser.

Fysisk infrastruktur

Pasienter som får behandling utenfor sykehusets vegger har, og vil fortsette å ha, behov for leveranser av fysiske objekter som forbruksmateriell, MTU og legemidler. I tillegg vil det være returflyt av fysiske objekter i form av f.eks. biologiske prøver, avfall og MTU til innlevering eller teknisk vedlikehold. Dette krever *infrastruktur* i form av bygg, kjøretøy, parkeringsplasser m.m. Areal kreves også for helsepersonell som skal følge opp pasienter digitalt. Det er rimelig å anta at fremtidig drift av hjemmesykehus vil kreve større kapasitet og nye logistikksløyper utover gjeldende kapasitet i eksisterende og planlagt kapasitet i nye sykehusbygg.

Hvorvidt OUS skal bygge opp kapasitet og utvikle tjenester selv innenfor disse infrastrukturområdene eller kjøpe hele eller deler av dette fra markedet avhenger av flere faktorer, som kostnader, sikkerhet, ønsket om fleksibilitet og responsivitet, eksterne rammevilkår, og muligheter og begrensninger i leverandørmarkedet. Teknologit utvikling og –valg spiller også en viktig rolle. Dette er strategiske spørsmål som bør besvares basert på blant annet framskrivninger av infrastrukturbehov, kostnadsestimater, og strategiske veivalg og ambisjoner. Infrastrukturbehovet i 2030 og utover er per 2022 ikke kartlagt, men vil være en prosjektaktivitet i delprosjekt logistikk i 2023. I Veikart

logistikk 2023-2026 illustreres eksempler på ulike modeller og inkluderer vurderinger av fordeler og ulemper ved forskjellige måter å designe verdikjeden. Her må sykehuset utvikle strategier for anskaffelser og leverandørstyring som kan støtte aktivitetene i OUS Hjemme.

Organisering

Effektiv logistikk vil kreve nye driftsmodeller. Hjemmesykehus vil føre til flytting av aktivitet mellom klinikker. Trolig vil støtteklinikker som KLM, TIK og OSS få økt aktivitet og dermed kostnader samtidig som behandlende klinikker vil få reduserte kostnader. I tillegg vil det sannsynligvis i fremtiden være større grad av felleseie av ressurser og materiell, som kjøretøy, MTU og arealer. Denne typen organisatoriske endringer vil også påvirke fordelingen av økonomiske ressurser i sykehuset.

I tillegg vil det være behov for å samarbeide tettere mellom seksjoner, avdelinger og klinikker, herunder samarbeid mellom Seksjon for medisinsk hjemmebehandling og øvrige organisatoriske enheter. En potensiell framtidig organisering kan innebære ett overordnet klinikkovergripende forvaltningsorgan for hjemmesykehus som også har ansvaret for logistikken.

Administrative systemer

Større grad av samarbeid og skalering av hjemmesykehus forutsetter administrative støttesystemer for å muliggjøre god ressursutnyttelse, både med tanke på helsepersonell og infrastruktur. I fremtiden vil det være aktuelt å se på muligheten for å koble sammen kliniske og ikke-kliniske systemer for å planlegge helhetlige pasientforløp med hele/deler av behandling hjemme, inklusive bemanningsplanlegging, behandlingsplanlegging, ruteplanlegging m.m. Mer om dette i kapittel 5.2 og Vedlegg 1.

4.4 Hovedmål 4 – God samhandling

Pasienter som mottar sykehusbehandling hjemme opplever god samhandling mellom OUS og kommunehelsetjenesten.

For samhandlingsområdet er målsetningen innen 2030:

- Tydelige roller og ansvarsforhold i eksisterende og fremtidige pasientforløp, inkludert medisinsk samhandling.
- Opprette fellestjenester og støttefunksjoner for å oppnå en mer effektiv ressursutnyttelse på tvers av sykehuset og kommune, for eksempel i form av rutiner, retningslinjer og avtaleverk, nye samarbeidsformer som integrerte team og felles arena for samhandling, tjenesteutvikling og veiledning.

Konseptområder

For å muliggjøre økning av tilbud for hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging, vil det kunne være behov for å utvikle og etablere flere tjenester og tilbud til pasienter i OUS på tvers av tjenestenivåene.

Følgende mulige framtidige konsepter og tiltak som hittil er blitt identifisert og som må utredes nærmere er:

- Nye samhandlingsmodeller mellom spesialist- og primærhelsetjenesten
- Nye roller, som koordinatorene for tverrgående team mellom sykehus og kommune
- Rutiner, retningslinjer og samarbeidsavtaler

Nytte

Det forventes at mer hjemmesykehus øker mulighetene for deling av kompetanse mellom ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, at sykehus og kommune samhandler bedre om pasientene og at pasientene opplever mer helhetlige og integrerte tjenester.

Forutsetninger og avhengigheter

Samhandling mellom tjenestenivåene er avgjørende for gode pasientforløp. Når flere helsetjenester skal kunne tilbys i eget hjem, blir behovet for koordinering og god ressursbruk desto viktigere. For at pasientene skal oppleve en helhetlig helsetjeneste, vil det stilles høye krav til hvordan vi jobber sammen på tvers av spesialist- og primærhelsetjeneste. For at personell, utstyr og teknologi skal kunne benyttes på en best mulig måte, er det behov for å utvikle nye forløp sammen, samtidig som vi bygger videre på eksisterende samarbeid og erfaringer.

For å nå målet om god samhandling er det en forutsetning av helsefellesskapet i Oslo er involvert og får saker til diskusjon og beslutning dersom nye pasientforløp medfører endringer i oppgaver, roller og ansvar. Helsefellesskapet er en formell struktur for samarbeid mellom Oslo kommune og Oslo universitetssykehus.

Bedre løsninger knyttet til finansiering av hjemmesykehus, både for sykehus og kommunale tjenester inkludert fastlegene er en viktig forutsetning for å starte flere pasientforløp. Helsedirektoratet jobber med nye former for forløpsfinansiering og etablering av incentiver for nye måter å levere samtidige tjenester på. Videre er det avgjørende å få på plass gode løsninger for digital samhandling og enklere deling av pasientinformasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og mellom OUS og andre lokale HF.

4.5 Hovedmål 5 – Helhetlige tjenester og organisering

Pasientene opplever et helhetlig tjenestetilbud og godt samarbeid på tvers av ulike fagområder og klinikker, med arenaer for å dele kompetanse og erfaringer. OUS har etablert organisatorisk eierskap og forvaltning av hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging

Konseptområder

For å muliggjøre økning av tilbud for hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging, vil det kunne være behov for å utvikle og etablere flere tjenester og tilbud til pasienter i OUS på tvers av klinikker. Målet om helhetlige tjenester og organisering handler også om å ivareta den ansatte gjennom trygge arbeidsforhold, HMS, avklarte arbeidsvilkår, reguleringer, sikkerhetsnett, support, backup-løsninger, opplæring, oppfølging, ledelse etc. Følgende mulige framtidige konsepter og tiltak som hittil er blitt identifisert og som må utredes nærmere er:

- OUS Hjemme Responssenter (for å både ivareta dialog med pasienter hjemme, og håndtere data fra pasienter hjemme, både egenrapporterte og fra MTU hjemme)

- OUS Sårbehandling Hjemme
- OUS Palliasjon Hjemme
- OUS Intravenøs Antibiotikabehandling Hjemme
- Nye roller, som koordinatorene for digital hjemmeoppfølging, ambulante og tverrgående team
- Nye yrkesgrupper i hjemmesykehus, som paramedisinere
- Klinisk service i hjemmet (klinisk service er faggrupper som ergoterapi, fysioterapi, klinisk ernæring, logopedi, sosionomer)
- Vurdering om andre yrkes- og faggrupper, som tros- og livssynstjenesten med sykehusprestene og samtalepartnerne, også skal være et tilbud hjem til pasient.

Utvikling og forbedring av hjemmesykehus og digital hjemmebehandling er et langsiktig og kontinuerlig arbeid som fordrer aktivt eierskap og ansvar i linjeorganisasjonen. Tiltak som må utredes nærmere er:

- Anbefale hvor og hvordan ansvar og forvaltning av hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging skal organiseres

Forutsetninger og avhengigheter

Inklusjon av pasienter i hjemmesykehus påvirker andre organisasjonsheter

En beslutning om hvorvidt en pasient skal motta heler eller deler av behandlingen hjemme er i dag basert på medisinsk forsvarlighet og pasientens egnethet. En fremtid med betydelig flere pasienter hjemme sammenlignet med 2022, vil kunne føre til konsekvenser for andre klinikker enn behandlende klinikk. Som nevnt i kapittel 4.3 vil trolig kostnaden for støtteklinikker øke, mens kostnaden for behandlende klinikk reduseres. I tillegg til dette vil det trolig øke risikoen for økt oppdragsmengde for Prehospital klinikk. Dette er både økninger i oppdrag knyttet til flere utkjøringer til hjemmepasienter, flere returer av hjemmepasienter til sykehus på grunn av forverring eller komplikasjoner og økt tidsbruk hjemme hos pasientene på grunn av komplekse problemstillinger som krever konferering med spesialist inne på sykehuset. Dette vil påvirke klinikkens aktivitet, prioritering av ressurser og sannsynligvis organisering av ressurser.

Det er derfor viktig at OUS tar innover seg at inklusjon av pasienter i hjemmesykehus både vil føre til flytting av aktivitet mellom behandlende klinikker og støtteklinikker, og potensielt større risiko for økt og uforutsigbar aktivitet i spesielt Prehospital klinikk. Dette er igjen avhengig av hvilke pasienter som blir tilbudt hjemmesykehus.

Disse avhengighetene og risikoene bør inkluderes i arbeidet med å utvikle fellestjenester og vil påvirke endring i organisering og fordeling av økonomiske ressurser mellom klinikker i fremtiden.

Nytte

Helhetlige tjenester og organisering forventes å kunne gi gevinster i form av stordriftsfordeler både med tanke på kompetanse, effektivitet og bærekraft i tjenestene.

5 Forutsetninger for måloppnåelse

I tillegg til de avhengigheter og forutsetninger som er knyttet til hvert enkelt delmål, ligger en rekke forutsetninger som gjelder samtlige fem målområdene. For at OUS skal lykkes med hjemmesykehus, må disse håndteres. I dette kapitlet kategoriserer vi forutsetningene etter MTO-perspektivet: Menneske, teknologi og organisasjon.

5.1 Menneske

Pasient- og pårørendeopplæring

Tilstrekkelig helsekompetanse er en forutsetning for at pasienter og pårørende kan medvirke i behandling av sykdom og i beslutninger om egen helse, inkludert beslutning om hvor behandlingen skal gis. Overføring av ansvar for medisinske prosedyrer og behandling fra helsepersonell til pasienter og pårørende krever opplæring. En satsning på pasient- og pårørendeopplæring er en forutsetning for å lykkes med en økt grad av hjemmebehandling.

Pasienter og pårørende har rett til å få informasjon og opplæring tilpasset sine forutsetninger og tilsvarende har helsepersonell plikt til å gi informasjon i tråd med pasienter og pårørendes rettigheter, slik at pasienter kan være med i prosessen og beslutninger som tas. Etterlevelse av behandling, mestring og medvirkning gir bedre helse, reduserer lidelse og er kostnadsbesparende.

OUS har veiledningsplikt når det gjelder bruk av medisinsk utstyr, inkludert teknologi, slik at forsvarlig helsehjelp tilbys. Ved økende bruk av teknologi i hjemmet, blir det viktig å identifisere pasienter og pårørende med svake digitale ferdigheter. Disse bør tilbys opplæring i den hensikt å øke de digitale ferdighetene slik at de blir i stand til å ta imot tilbud om hjemmebehandling.

Likeverdige helsetjenester og minoritetsspråklige pasienter

Tolk er et nødvendig hjelpemiddel i kommunikasjonen når helsepersonell og pasient/pårørende ikke snakker samme språk. Fra og med 1. januar 2022 trådte Tolkeloven i kraft og den tydeliggjør offentlige organers ansvar for å bruke tolk, samt stiller krav om å bruke kvalifisert tolk. Helseforetakenes avtale om Akutt-tolk¹⁷ muliggjør bruk av kommunikasjon via tolk også der endringer i helsetilstanden inntreffer raskt og hvor pasient/pårørende må komme i rask kontakt med helsepersonell for veiledning.

Det må vurderes hvordan OUS kan tilrettelegge både for bruk av tolk ved videokonsultasjoner, men også at tolken kan bli med hjem til pasienter ved hjemmebehandling. Digitalt oversettelsesverktøy er en nyanskaffet app som kan vurderes som et supplement til tolketjenester i OUS hjemme.

Pårørenderollen

At pasienten mottar helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten i hjemmet kan være et gode ved at pasienten kan ha nære relasjoner rundt seg under behandling. Samtidig kan det være en stor belastning for pårørende å ivareta nære syke som også kan ha omfattende hjelpebehov. Pårørende

¹⁷ Helseforetakenes avtale om Akuttolk fra 01.10.21 sikrer telefontolk innen 15-30 min.

skal lyttes til av helsepersonell og også deres behov skal bli ivaretatt gjennom behandlingsforløpet, også med informasjon og støtte til å ha pasienten hjemme.

Pårørende er mulige ressurser i pasientbehandling, men skal ikke betraktes som arbeidskraft. Det er samtidig viktig å imøtekomme behovet for en helhetlig omsorg for pasient og pårørende som inkluderer støtte og psykososial oppfølging sentrert rundt pasient og pårørendes behov.

HR og arbeidsmiljø

Endringer i hvor pasienten behandles, vil også kunne medføre endringer for hvor og hvordan ansatte utfører sitt arbeid. Det er behov for at systemer og tjenester for ansatte i OUS ivaretar denne utviklingen, både knyttet til HR-relaterte problemstillinger som arbeidsforhold og -avtaler (arbeidstid, arbeidssted, arbeidsavtaler, sikring av personell, forsikring, HMS, etc.), arbeidsmiljømessige forhold og utdanningsfaglige forhold for både leger i spesialisering (LIS), men også annet helsepersonell under utdanning og opplæring.

Det er mye erfaringer og kunnskap å hente fra kommunene som har jobbet i innbyggerens hjem i mange år. Å jobbe i pasientens hjem er imidlertid heller ikke noe helt nytt for flere deler av sykehuset, og det er mye erfaringer å bygge videre på som kan standardiseres og gjøres tilgjengelig på tvers av klinikker. Prosjektløp 1, Nye pasientforløp, har en viktig rolle i å få frem beste praksis og basert på denne sørge for at det etableres gode rutiner, som arbeidsavtaler for ansatte som arbeider i pasientens hjem og rutiner for risikovurdering av hjemmet som arbeidsplass.

En konsekvens av at aktivitet flyttes ut av sykehuset, er mulige endringer i aktiviteten og arbeidsforholdene som blir igjen på sykehuset. Hvis det er slik at det er de enklere tilstandene og behandlingsforløpene som flytter ut, og at de dårligste pasientene blir igjen, er dette også konsekvenser som det er viktig at det tas hensyn til.

Arbeidsmiljøavdelingen i OSS en sentral samarbeidspart i utviklingsarbeidet for å sikre et kontinuerlig fokus på arbeidsmiljø og HMS. Det samme er HR Stab for å sikre at gjeldende regler og avtaleverk ivaretas.

5.2 Teknologi

Datafangst og beslutningsstøttesystem i OUS Hjemme

Økt grad av digitalisering og datafangst fra pasient og utstyr både i og utenfor sykehuset muliggjør beslutningsstøttesystemer for behandlings-, logistikk- og vedlikeholdsplanlegging, samt forskningsmessige formål. Slike systemer anses som en forutsetning for å sikre kostnadseffektive, pasientvennlige og bærekraftige tjenester.

Mulige bruksområder for innhentet data i et beslutningsstøttesystem inkluderer blant annet:

- Personalplanlegging (Allokering av medisinsk personell til besøk og/eller videokonsultasjoner)
- Behandlingsplanlegging (Oppfølging og endringer i behandling)
- Ruteplanlegging (Generering av effektive kjøreruter for utkjøring og henting)

- Innkjøps- og lagerplanlegging (Tidspunkt og volum på bestilling av utstyr og forbruksmaterieil til mellomlagring evt. direkte til pasient)
- Vedlikeholdsplanlegging (Tidspunkt og logistikk knyttet til teknisk vedlikehold av utstyr)
- Forskning og kliniske studier

Mer om datafangst og beslutningsstøttesystem i OUS Hjemme i Vedlegg 1.

5.3 Organisasjon

Forskning og kvalitetssikring

For at OUS skal lykkes med OUS Hjemme, må det tilrettelegges for forskning, fagutvikling og kvalitetsarbeid. Digital innsamling av pasientdata i strukturert format, både pasientrapporterte data og data fra sensorteknologi og medisinsk utstyr, gir enorme muligheter til å integrere forskning, kvalitetsarbeid og fagutvikling i klinisk drift. Data som primært samles inn for kliniske formål bør kunne lagres i kvalitetsregistre og benyttes for forskningsformål og i kliniske studier.

Forskningen inkluderer også monitorering av tjenesten, hvor implementering av hjemmebehandling jevnlig evalueres, både knyttet til selvrapporterte pasientopplevelser og kliniske endepunkt.

I utviklingsarbeidet ute i klinikkene av nye tjenester og nye pasientforløp, er det viktig å følge og evaluere underveis for å kunne dokumentere potensielle gevinster. OUS har her en stor mulighet til å gjennomføre følgeforskning av tjenesteutviklingen, både hva gjelder pasienttilfredshet, ansatterfaringer, sikkerhet, kost-nytte med mer.

Kommunikasjon, medvirkning og organisasjonsutvikling

For at endringer i måten vi jobber og leverer tjenester på skal bli godt mottatt av ansatte, pasienter og pårørende kreves det stadig endringsledelse og tydelig og effektiv endringskommunikasjon. Det innebærer også at prinsipper for brukermedvirkning og ansattmedvirkning både ivaretas og forvaltes på en god måte, og at pasienter, pårørende, ansatte og samarbeidspartnere, spesielt i kommunen, involveres.

Endringskommunikasjon forutsetter tidlig involvering gjennom godt formidlet informasjonsarbeid og prosessveiledning innenfor medvirkning og dialog med tillitsvalgte og verneombud, så vel som uorganiserte, samt med pasienter og pårørende. Kommunikasjonstiltak som operativt redaksjonelt arbeid, historiefortelling, pasient- og pårørendeinformasjon og -opplæring skal ivareta alt fra informasjonsplikten til påvirkningsarbeidet.

Utvikling av tjenester handler om utvikling og endring av arbeidsprosesser og arbeidsmetoder. En ny teknologi fører ikke i seg selv til endring, det er i møtet, og med tilpasninger i organisasjonen, i arbeidsprosesser og i arbeidsflyt den største endringen ligger. Dette gjelder både for utvikling og implementering av nye tjenester. Det er i endring av arbeidsflyt at de største barrierene oppstår og det er her vi må ha størst fokus. MTO-perspektivet¹⁸ – menneske, teknologi, organisasjon – skal

¹⁸ [Tjenestetting av velferdsteknologi. Modell for implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene - SINTEF](#)

legges til grunn i utviklingsarbeidet; teknologien i seg selv medfører ikke endring, men hvordan ansatte, pasienter, pårørende og helsepersonell i kommunen tar teknologien i bruk.

Utdannings- og opplæringsansvar

En omlegging av drift/sykehusbehandling kan få konsekvenser for utdanningsansvaret OUS har. Det er behov for konkretiseringer slik at man kan tilpasse og tilrettelegge for gjennomføring av utdanningsforløpene. Det ligger tydelige føringer til opplæringsoppgavene i helseforetakene beskrevet i forskrifter og avtaler, og hjemlet i lovverk. Det er avgjørende at nye driftsformer ivaretar en kvantitativ økning av studenter og LIS og at læringsutbytter og læringsmål oppnås ved gjennomføring av alternativ praksis (hjemmesykehus, oppsøkende team og digital oppfølging).

Utdanningsavdelingen i Direktørens Stab og Avdeling for kompetanseutvikling, OSS er sentrale samarbeidspartnere når det gjelder utdanning og kompetanse. Videre blir det viktig å få til et tidlig samarbeid med utdanningsinstitusjonene.

Kompetanse og ulike faggrupper

I OUS finnes mange ulike profesjoner som OUS skal dra best mulig nytte av, både i vurdering av om pasienten skal ha behandling hjemme, og i behandlingsforløpet.

Det ligger mye styrke i å jobbe tverrprofesjonelt. Ulike faggrupper har ulike faglige perspektiver og ulike arbeidsoppgaver som utfyller hverandre. Helsefagarbeidere har bred kompetanse, som kan være godt egnet for å utføre en rekke oppgaver i hjemmesykehus. Helsefagarbeidere kan utfylle sykepleieres kompetanse og oppgaver på en god og ressurseffektiv måte.

Klinisk service i hjemmet – fysioterapi, ergoterapi, klinisk ernæring, logoped og sosionom – er viktige områder for pasienten i et kvalitetsperspektiv. For kreftområdet blir det spesielt viktig å fokusere på klinisk service som også integrerer psykososial onkologisk bistand der hvor det er påkrevd. Dette vil være i tråd med den overordnede satsningen *Pakkeforløp Hjem*.

Innenfor prehospitale helsetjenester har det de siste ti årene tilkommet en ny faggruppe; paramedisinere utdannes i et bachelorløp og innehar en kompetanse som strekker seg godt utenfor tradisjonell blålysmedisin. Paramedisinere har kompetanse som er relevant for legevakt og annen primærhelsetjeneste, akuttmottak og prehospitale helsetjenester i regi av spesialisthelsetjenesten¹⁹. Det må vurderes hvordan denne yrkesgruppen kan inngå i behandling av pasienter hjemme. I et fremtidig OUS Hjemme kan man for eksempel se for seg at det er paramedisinere som står for prøvetaking hjemme hos pasient, og gjør undersøkelser og vurderinger med digital støtte fra spesialist inne på sykehuset.

I fremtidens hjemmesykehus ønsker man å frigjøre helsepersonell sin tid til pasientbehandling. Flere oppgaver vil bli overført til ikke-klinisk personell med kompetanse på for eksempel logistikk. I tillegg vil ledelse og administrasjon av hjemmesykehus kreve kompetanse på blant annet IT, økonomi,

¹⁹ Se «Forskrift om nasjonale retningslinje for paramedisinutdanning» for en mer detaljert oversikt over forventet kompetanse til paramedisinere.

analyse, optimalisering og teknologi. En forutsetning for et bærekraftig og effektiv hjemmesykehus er derfor at OUS bygger opp kompetanse på disse ikke-kliniske fagområdene.

6 Tilnærming

Omfang og kompleksitet i satsingen er betydelig, involverer hele sykehuset og setter store krav til OUS på virksomhetsnivå. Linjeorganisasjonen må ta eierskap og ansvar for måloppnåelse og gevinstrealisering, også med tanke på å stille ressurser til disposisjon for utviklingsarbeidet. Det er avgjørende at linjeorganisasjonen involveres og tar tidlig eierskap til endringene som må gjennomføres, både med tanke på arbeidsoppgaver, eventuell oppgaveglidning og nødvendig opplæring og kompetanseheving. Resurser må stilles til rådighet for at dette skal fungere.

Det er krevende å gjøre framskrivninger og prognoser på forventet aktivitet, og mange usikkerhetsvurderinger og forutsetninger som må tas i betraktning. Det er derfor avgjørende at vi legger fleksibilitet og endringsevne til grunn i videre utvikling av OUS Hjemme.

Prosjektet skal sammen med behandlende klinikker og støtteklinikker utvikle og teste ut løsninger stegvis som skaleres etter hvert i en pilotbasert tilnærming. Dette innebærer at man velger ut noen få problemstillinger i et utvalg av eksisterende initiativer og leverer en anbefaling til realisering og skalering til resten av OUS. I sum skal disse løsningene til slutt dekke et helhetlig konsept for OUS Hjemme på lang sikt. Parallelt med dette skal det utvikles prosedyrer som inneholder bl.a. krav til håndtering av produkter til pasienter i hjemmesykehus, og gjøres anbefalinger knyttet til fremtidig infrastruktur, eksempelvis areal og administrative systemer. Her inngår også medisinske prosedyrer for ulike tjenester i OUS Hjemme; avanserte hjemmesykehus, ambulant virksomhet og digital hjemmeoppfølging.

En nærmere tidsplan vil bli beskrevet i prosjektforslag for OUS Hjemme om utarbeides på bakgrunn av dette dokumentet.

En nærmere beskrivelse av tilnærming og fremgangsmåter, gis i veikartene som følger av denne planen. I denne versjonen følger veikart for logistikk 2023-2026.

Det er behov for at det settes av tid og ressurser til analyser og framskrivninger, både med ressurser sentralt i OUS, og i klinikkene. Dette blir sentral del av det videre arbeidet og er en forutsetning for utvikling av nye løsninger og fellestjenester.

6.1 Prinsipper for utvikling av fellestjenester

Utvikling av fellestjenester for OUS Hjemme skal følge visse prinsipper. I tillegg kommer noen egne prinsipper for utvikling av felles logistikk-løsninger, som beskrives nærmere i veikart logistikk.

Behovsdrevet utvikling av fellestjenester

Utvikling og etablering av nye støttesystemer og fellestjenester på tvers av klinikker, skal baseres på hva klinikkene har av behov. Prosjektløp 1, Nye pasientforløp, har en viktig rolle og oppgave med å

systematisere utviklingstrekk og behov fra klinikkene for å gi nødvendige innspill til og kriterier for utvikling av fellestjenester i prosjektløp 2.

Digitalt når vi kan – fysisk når vi må

Ambisjonen om økning i behandling i pasientens hjem, forutsetter økt og bedre bruk av teknologi. Gitt medisinsk forsvarlighet og pasientens og pårørendes ønske, skal vi tilby digital hjemmeoppfølging av pasienter så langt det er mulig, men ta pasienten inn til sykehuset når vi må og fysiske konsultasjoner hjemme hos pasient når nødvendig.

Mer effektiv ressursutnyttelse og bærekraft i tjenestene

Fellestjenester skal utvikles på en bærekraftig måte og som frigjør helsepersonells tid til å utføre pasientbehandling. Nye fellestjenester skal bygges inn i eksisterende infrastruktur, og ikke ved siden av eller på toppen av og uavhengig av øvrig drift. OUS disponerer, eier eller drifter flere ressurser som benyttes til andre formål enn hjemmebehandling, eksempelvis medisinsk og teknisk utstyr, varer, lagerarealer, budbiler, sjåførere, teknisk personell og – i noen tilfeller - helsepersonell. Så langt det er formålstjenlig, skal disse ressursene også benyttes for OUS Hjemme.

Implementer når vi kan – test når vi må

På en rekke områder har vi mye erfaring fra egne og andres piloter gjennom innovasjons- og forskningsprosjekt. For å unngå såkalt pilotsyke skal vi implementere når god kunnskap og erfaringer eksisterer og vi kan bygge videre på dette, mens vi tester når terrenget er ukjent.

Lære og kopiere av andre – dele vår informasjon og erfaringer

Utvikling av «det utadvendte sykehuset» og bruk av helsefelleskap er gode arenaer for læring hvor vi må dele kompetanse mellom team og institusjoner. Ved utvikling av nye pasientforløp må vi aktivt bruke andre sine erfaringer, kopiere de gode sidene og tilpasse det som ikke fungerer. Når vi er ferdig, deler vi vår kunnskap videre.

Samme helhetlige tilbud i hjemmet som på sykehus

Pasienter i hjemmesykehus og digital hjemmeoppfølging skal, så langt det er relevant og formålstjenlig, motta samme tilbudet hjemme som på sykehus.

6.2 Kriterier for prioritering

Konsepter for fellestjenester skal vurderes og prioriteres etter følgende kriterier:

- Gevinster for pasienter og ansatte (pasient- og ansattnytte)
- Medisinske gevinster (klinisk nytte)
- Gevinster for sykehuset (økonomisk og organisatorisk nytte)
- Bærekraft og potensiale for skalering

I vurderingene og prioriteringene må også teknologikomponenter og kompleksitet knyttet til logistikk legges til grunn.

7 Økonomi

Estimerte prosjektkostnader

Det er ikke utarbeidet kostnadsestimater for realisering av strategisk plan eller for realisering av de underliggende veikartene, men det vil for hvert enkelt tiltak i veikartene bli utarbeidet egne prosjektbegrunnelser (business case) med kost/nytte-vurdering før oppstart.

Tiltakene vil bli organisert som delprosjekter under Prosjektløp 2 – Utvikling av fellestjenester. Prosjekttilnærming for det enkelte tiltaket velges ut fra tiltakenes kompleksitet og størrelse. Større tiltak og tiltak som krever areal og egne anskaffelsesløp vil bli gjennomført i henhold til OUS Prosjektveiviser med behandling av de enkelte beslutningspunktene i porteføljestyret. Mindre tiltak og tiltak som kan deles inn i flere trinn vil bli gjennomført basert på smidig utvikling. En slik tilnærming vil gi lavere risiko for prosjektet og samtidig bidra til å få frem leveranser og gevinster raskere. Metodikk for gjennomføring og styring av smidige utviklingsløp vil bli lagt frem for godkjenning i porteføljestyret før oppstart.

Finansieringsmodeller

For å kunne gjennomføre tiltakene som foreslås i veikartene, er det nødvendig å tydeliggjøre kostnader og allokere midler gjennom de etablerte budsjettprosessene og prioriteringsorganene i sykehuset (porteføljestyret for *Utvikling av OUS*, Prioriteringsutvalget for teknologi (PriTek) etc.). Her vil tiltakene også kunne være avhengig av regional prioritering og finansiering samt utvikling av underliggende IKT-infrastruktur levert av Sykehuspartner HF.

Der linjeansvar for de fremtidig tjenestene er avklart, vil det være naturlig at fremtidig forvalter av tjenesten også melder inn budsjettbehov og sikrer finansiering av de nødvendige tiltakene for å etablere tjenesten. Således vil det være OSS som naturlig sikrer finansiering av tiltak innenfor veikart for logistikk og tilsvarende TIK som sikrer finansiering av tiltak innenfor veikart for digitale tjenester. Når det gjelder finansiering av tiltak innenfor veikart for samhandling, må det vurderes fra tiltak til tiltak om det skal være sentral eller klinikkvis finansiering. Det forutsettes at klinikkene selv dekker kostnader knyttet til organisasjonsendring, opplæring og informasjon ved ibruktakelse av nye fellestjenester i klinikkene.

Forpliktelser for ibruktakelse av tjenester

Prosjektet skal innføre tjenester for OUS Hjemme i alle klinikker. Det forutsettes at klargjøring av organisasjon og ibruktakelse blir initiert av administrerende direktør i sitt oppdrag til klinikkene.

8 Vedlegg 1

Datafangst og beslutningsstøttesystem i OUS Hjemme

Økt grad av digitalisering og datafangst fra pasient og utstyr både i og utenfor sykehuset muliggjør beslutningsstøttesystemer for behandlings-, logistikk- og vedlikeholdsplanlegging, samt forskningsmessige formål. Slike systemer anses som en forutsetning for å sikre kostnadseffektive, pasientvennlige og bærekraftige tjenester. I dette kapitlet beskrives datakilder og bruksområder for et framtidig beslutningssystem med utgangspunkt i mulighetene i hjemmebehandling. Det anbefales derimot at dette integreres i et helhetlig system for organisasjonen for å realisere ytterligere gevinster.

Datakilder

I fremtiden vil en rekke kilder til informasjon kunne benyttes i et beslutningsstøttesystem, blant annet;

- Helsepersonells medisinske vurdering av pasient
- Overføring av informasjon fra medisinsk-teknisk utstyr og andre instrumenter pasienten benytter
- Analysesvar fra pasientprøver av biologisk materiell (for eksempel blodprøver)
- Pasientens subjektive vurderinger på egen helse og behandling gjennom selvrappotering

Samlet vil denne informasjonen kunne brukes til å predikere et behov for behandling eller endring i behandling, som igjen vil kunne generere behov for logistikk, inklusive bestilling, mellomlagring, sammenstilling, teknisk vedlikehold og leveranse til pasient. Det kliniske og logistiske behovet må bli dekket av ressurser med en gitt kapasitet, enten det gjelder kliniske ressurser eller støttetjenester.

Et planleggingsystem bør være klinikkavhengig siden OUS i dag har, og kanskje i større grad i fremtiden vil ha, felles ressurser som skal støtte tjenestene som tilbys pasientene. Disse ressursene, eksempelvis lagerarealer, budbiler, sjåførere, teknisk personell og, i noen tilfeller, helsepersonell kan ses på som fellesressurser for OUS som ikke trenger å være knyttet til en behandlingstype eller klinikk. I tillegg vil en andel av medisinsk utstyr og forbruksmateriell være lik for ulike behandlingsformer på tvers av klinikker. Informasjon om pasientens forbruk av utstyr og materiell og tilgjengelig kapasitet til personell og andre ressurser vil være en viktig input for helhetlig planlegging av behandling og logistikk.

Bruksområder og funksjonalitet

Mulige bruksområder for innhentet data i et beslutningsstøttesystem inkluderer blant annet:

- Personalplanlegging (Allokering av medisinsk personell til besøk og/eller videokonsultasjoner)
- Behandlingsplanlegging (Oppfølging og endringer i behandling)
- Ruteplanlegging (Generering av effektive kjøreruter for utkjøring og henting)
- Innkjøps- og lagerplanlegging (Tidspunkt og volum på bestilling av utstyr og forbruksmateriell til mellomlagring evt. direkte til pasient)
- Vedlikeholdsplanlegging (Tidspunkt og logistikk knyttet til teknisk vedlikehold av utstyr)

Målet er at systemet skal dekke det medisinske behovet til pasient med tilgjengelig kapasitet på best mulig måte. Man kan også se for seg at systemet kan gi prediksjoner/prognoser om fremtidig behov for behandling og tilhørende logistikk, scenarioanalyser (what-if-analyser) inklusive kapasitetsplanlegging (f.eks. hjelp til å utrede effekten av å øke kapasitet på ressurser), og legge til rette for kontinuerlig forbedring av driften gjennom analyseverktøy og feedbackløsninger.

Figur 3 viser en foreløpig, og ikke fullstendig, oversikt over ulike kilder til data, hvilke typer data og mulige bruksområder (farge: klinisk data, uten farge: ikke-klinisk data).

Datakilde	Biologiske prøver	Medisinsk utstyr	Tilgjengelighet på kjøretøy og sjåfører
	Medisinske undersøkelser (fysisk)	Andre instrumenter	Tilgjengelighet på teknisk personell
	Samtaler/konsultasjon (fysisk)	Selvrapporteringsverktøy	Tilgjengelighet og kompetanse på helsepersonell
	Primærhelsetjenesten	Samtaler/konsultasjon (video)	Informasjon om lagerbeholdning
Datatype	Sanntids helsedata	Data fra primærhelsetjenesten (helsetilstand, historikk, mm.)	Forbruk av materiell og utstyr
	Bilddiagnostikk	Helsepersonells vurdering av pasient	Teknisk status på utstyr
	Blodverdier og andre verdier fra biologiske prøver	Oppdatert informasjon om lagerbeholdning	Kalenderdata om tilgjengelighet på ressurser (personell og ressurser)
	Subjektiv vurdering av helsetilstand (feedback/selvrapportering)		
Bruk av data	Helhetlig planlegging av klinisk behandling	Helhetlig planlegging av logistikk til pasient (bestilling, lager, transport)	Helhetlig planlegging av logistikk til avdeling på sykehus (bestilling, lager, transport)
	Endringer i behandling (nytt/annet MTU, behov for nye undersøkelser og oppfølging, endring i legemidler)	Forskning/kvalitetssikring	

Figur 3: Oversikt over ulike kilder til data, hvilke typer data og mulige bruksområder.

Anbefaling

Det er flere pågående initiativer som ser på hvordan bruk av data kan optimalisere driften i OUS. For å oppnå synergieffekter anbefaler derfor OUS Hjemme at det som beskrives i dette kapitlet koordineres med og eventuelt integreres i disse prosessene. I og med at hjemmebehandling er en integrert del i et større pasientforløp og at hjemmebehandling forbruker ressurser og kapasiteter som er felles for sykehuset vil det være både klinisk, økonomisk og bærekraftig fornuftig å forene behovene for OUS Hjemme med behov og muligheter andre steder i sykehuset i et felles beslutningsstøttesystem som også kan benyttes til kvalitetssikring og forskningsformål.