

Vedlegg:

Prosjektbeskrivelse

Tittel:

Økt selvstendighet og bedre helse med digital hjemmeoppfølging:

Innføring av digital hjemmeoppfølging av kronisk syke i regionene Nord-Gudbrandsdal, Sør-Østerdalen og Valdres.

1.Oppsummering av prosjektet:

I prosjektet “Økt selvstendighet og bedre helse med digital hjemmeoppfølging:

Innføring av digital hjemmeoppfølging av kronisk syke i regionene Nord-Gudbrandsdal, Sør-Østerdalen og Valdres” samarbeider 18 kommuner i Innlandet, fastleger og Sykehuset Innlandet om innføring av digital hjemmeoppfølging (DHO) for pasienter med kols, hjerte- og karsykdommer, middels/moderat demens og psykisk syke (depresjon). Innen 2024 skal DHO være integrert i et helhetlig tilbud til disse gruppene i de tre regionene, og kommunene vil dele erfaringer og samarbeide i prosjektperioden. I 2022 er hovedaktivitetene knyttet til kartlegginger og forberedelse før småskala innføring og tjenesteutforming i 2023 og innføring som del av en helhetlig tjenestemodell i 2024. Flere andre kommuner i Innlandet ønsker å delta i prosjektet som erfarings- og kompetansepartnere, herunder Nord-Østerdalsregion.

2.Bakgrunn og formål

Bakgrunn

Nord-Gudbrandsdal, Sør-Østerdalen og Valdres er de regionene med lavest aldres bære-evne i Innlandet. Innen 2025 vil 17 549 av innbyggerne (totalt antall innbyggere 75 241) være over 65 år i disse tre regionene, og av disse lever ca. 79% (KommuneProfilen) med varig sykdom. Dette tallet er forventet å øke i takt med økning i antall eldre. Alle regionen kjennetegnes av spredt bosetting, store avstander og sårbare kompetansemiljøer innen helse og omsorg.

Kommunene merker godt at omfanget og kompleksiteten på den helsehjelpen som behøves i hjemmet øker, og forventningen om at kommune og spesialisthelsetjenesten kan tilby rask og persontilpasset helsehjelp.

For å imøtekomme denne utviklingen er kommunene i Nord-Gudbrandsdal (Vågå, Sel, Lom, Sel, Dovre, Lesja) og Valdres (Nord-Aurdal, Sør-Aurdal, Vang, Etnedal, Øystre-Slidre, Vestre Slidre) i gang med prosess for å styrke tilbudet om digital hjemme oppfølging (DHO) i tjenestetilbudet til personer med behov for oppfølging. Gjennom prosjektet «Smart velferdsregion Nord-Gudbrandsdal» har digital kompetanse blitt styrket og ulike utprøvningsprosjekter gjennomført (medisineringsstøtte med digital oppfølging, digitale planlegger). «Velferdsteknologi i Sør-Østerdal» bruker sensorikk for varsling av fall. De har også startet opp med legevakt – digitalt tilsyn. Regionene samarbeider med Sykehuset Innlandet om hjemmemonitorering, mobil videobasert beslutningsstøtte og felles samarbeidsmodell (videooppfølging mellom SI, kommune, fastlege og pasient) (Se vedlegg 3 for regionenes oversikt over erfaringer med velferdsteknologi, DHO og samhandling)

Erfaringene fra disse prosjektene, sammen med erfaringer fra det nasjonale utprøvningsprosjektet vil nå danne grunnlag for innføring av digital hjemmeoppfølging av kronisk syke.

Formål

Formålet med Innføringsprosjektet er å sikre en bærekraftig helsetjeneste og styrke kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene for kronisk syke gjennom digital hjemme oppfølging.

Pasienter med kols, hjerte- og karsykdommer og mild/ moderat demens og psykisk syke (depresjon) er målgrupper for innføringsprosjektet.

Søkers formål med tilskuddet

Søkers formål med tilskuddet er å styrke innføring av DHO for kronisk syke (Kols, hjerte- og karsykdommer, mild/moderat demens og psykisk syke (depresjon)) gjennom å muliggjøre tilstrekkelig deltakelse fra fastleger, og se innføringen av DHO i et større regionalt samhandlingsbilde. Dette vil bidra til å sikre effekter og gevinster av innføringen.

Kommunene Nord-Gudbrandsdal har utformet følgende målsetninger knyttet til pasientgruppen kronisk syke:

- Mennesker med kronisk sykdom skal kunne bo og fungere selvstendig i eget hjem.
- Helhetlige og kostnadseffektive pasientforløp.
- Bedre livskvalitet og økt ansvar for egen helse.
- Forebygge funksjonsfall, forverring og behov for reinnleggelse.

- Overføringsverdi og utvidelse til andre brukergrupper

Innføringsprosjektet er sentralt i arbeidet med å nå disse målene, og målene i innføringsprosjektet er koplet direkte til disse overordnede målsetningene.

3.Mål

Resultatmål

- Innføre digital hjemmeoppfølging (DHO) som varig og integrerte del av tilbudet for pasienter med kols, hjerte- og karsykdommer, middels/moderat demens og psykisk syke (depresjon) innen 2024
- Etablere en samhandlingsmodell mellom kommune, sykehus og fastlege og de interkommunale legevaktene basert på bruker- og pasientmedvirkning der DHO er integrert for pasienter med kols, hjerte- og karsykdommer og mild /moderat demens
- Nedgang i antall reinnleggelser for pasientgruppene kols, hjerte- og karsykdommer, mild / moderat demens med 15%.
- Styrke samhandling og erfaringsdeling regionalt og nasjonalt knyttet til innføring av DHO med utgangspunkt i innføringsprosjektet
- Øke kompetanse om DHO og brukermedvirkning i tjenesteutvikling
- Brukere som er psykisk syke (depresjon), får raskere og bedre tilgang til behandlerapparatet og de får verktøy for å mestre egen sykdom.

4.Effekter

Effekter for bruker/pasienten

- Bedre brukeropplevelse, dette innebærer mindre reisetid som er belastende for bruker/pasient
- Bedre livskvalitet og mestring. Ved å kunne monitorere og følge opp egen helsetilstand vil bruker/pasient i større grad kunne følge med og være mer selvstendige. Erfaringer viser at dette bedrer pasientopplevelsen for målgruppen av innføringsprosjektet.
- Vi forventer at kronisk syke (KOLS, hjerte- og karsykdommer, mild/moderat demens og psykisk syke (depresjon)) i større grad skall kunne ta ansvar for egen helse, få økt selvstendighet, trygghet og mestring.

Effekter for helsetjenesten

-Reduserte kostnader for helsetjenesten. Ved bruk av DHO vil en ha redusert behov for hjemmetjeneste og/eller utsette behovet for korttidsplass/institusjon, eller innleggelse på sykehus og reinnleggelser. Helsedirektoratet har beregnet kostnader for tjenestebruk/tidsbruk per måned uten digital hjemmeoppfølging med en total tidsbruk på: 3920min (65,33 t). Total kostnader uten DHO per måned: 29 919 kroner. Total kostnad med DHO per måned; 2108 kroner.

-For tjenesten vil dette føre til at de får frigjort tid og ressurser som kan brukes inn i tjenesteytingen til andre/flere som trenger helsetjenester. En forventer en redusert omsorgsbelastning og økt effektivitet og kvalitet i tjenesteytingen.

- Likestilt kostnadsfordelingsnøkkel som et resultat av at oppgaver overflyttes fra helseforetaket inn i pasientens hjem i kommunen.

5.Om målgruppen og utfordringsbilde

Målgruppen for innføringsprosjektet er personer med kols, hjerte-karsykdommer, mild / moderat demens og psykisk syke (depresjon) i de tre regionene. Disse gruppene har ofte også flere diagnoser, sammensatte og store behov, og har behov for oppfølging av sin sykdom, fra sykehus, fastlege eller kommunehelsetjeneste, mange fra flere aktører. Dette krever samhandling over tid, for å bidra til helhetlige pasientforløp der pasienten tar aktiv del i egen oppfølging.

Bakgrunnen for valg av disse målgruppen for innføringsprosjektet er igangsatte og pågående initiativer i regionen mot disse gruppene (SMILE-prosjektet – hjemmemonitorering og prosjekter knyttet til videobasert beslutningsstøtte). Målgruppen utgjør også mer enn halvparten av antall kronisk syke i regionen, og en innføring mot denne gruppen vil derfor utgjøre forbedringer for en stor gruppe.

6. Forankring og samarbeidspartnere

Innføringsprosjektet gjennomføres i samarbeid mellom kommunene i Nord-Gudbrandsdal (Vågå, Skjåk, Lom, Sel, Dovre og Lesja), kommunene i Valdres-regionen (Nord-Aurdal, Sør-Aurdal, Vang, Etnedal, Øystre-Slidre, Vestre Slidre) og kommunene i Sør-Østerdalregionen (Elverum, Engerdal, Stor-Elvdal, Trysil, Våler, Åmot). Kommunene i Nord-Østerdalregionen (Folldal, Alvdal, Rendalen, Tynset og Tolga) deltar i prosjektet som erfaringspartner i 2022, med mål om påkobling i løpet av prosjektperioden. Det vil også være mulig for andre kommuner å koples inn i prosjektet.

Oversikt

Virksomhet / samarbeidsfora	Rolle	Kommentar/dokumentasjon på samarbeid
Kommuner	Innføringspartnere 2022: Vågå, Sel, Lom, Sel, Dovre, Lesja, Nord-Aurdal, Sør-Aurdal, Vang, Etnedal, Øystre-Slidre, Vestre Slidre, Elverum, Engerdal, Stor-Elvdal, Trysil, Våler, Åmot.	Vedlegg 1 bekreftelser på samarbeid
Samarbeidende helseforetak	Sykehuset i Innlandet	Vedlegg 1 bekreftelser på samarbeid
Fastleger med pasienter i prosjektet	Se plan for gjennomføring med aktiviteter, pkt. 7 Skjåk kommune ved Sondre Bøye (kommuneoverlege/ fastlege) går inn som en del av prosjektet for innføring av DHO løsninger	Lege er kommunalt tilsatt. Kommunalsjef helse- og omsorg Inger Helene Brandsar, ordfører Edel Kveen har sammen med Bøye bekreftet at Bøye går inngår som en del av prosjektet
Digitaliseringsnettverket i Innlandet	Støtter søknaden og ønsker bidra med erfaringsdeling	Vedlegg 1 bekreftelser på samarbeid

Helsefelleskapet Innlandet	Støtter søknaden og ønsker bidra med erfaringsdeling. Det er inngått avtale om Helsefelleskapet mellom Vågå kommune og Sykehus Innlandet. Det er inngått liknende avtaler i de andre kommunene.	Vedlegg 1 bekreftelser på samarbeid Vedtak kommunestyre vedlegg 2
Kompetansebroen	Støtter søknaden og ønsker bidra med erfaringsdeling	Vedlegg 1 bekreftelser på samarbeid
HelseInn – regionalt nettverk	Støtter søknaden og ønsker bidra med erfaringsdeling	Vedlegg 1 bekreftelser på samarbeid
USHT Innlandet	Støtter søknaden og ønsker å bidra med erfaringsdeling	Vedlegg 1 bekreftelse på samarbeid
Praksiskonsulentordning en (PKO), SI	Støtter søknaden og ønsker samarbeid om tjenesteutviklingen	Vedlegg 1 bekreftelser på samarbeid

Alle kommunene i prosjektet har vedtak om deltakelse i nasjonalt velferdsteknologiprogram. Søknaden er forankret i interkommunal politisk råd i Nord-Gudbrandsdalen og på kommunenivå gjennom 6K helse som består av kommunalsjefene for helse/ omsorg i samtlige kommuner. I Valdres er arbeidet forankret på kommunenivå gjennom Helse- og omsorgslederforum. Elverum kommune har forankret det i handlings- og økonomiplan 2022-2025.

I digitaliseringsnettverket i Innlandet (Digi Innlandet) er søknaden forelagt leder, som gitt tilslutning til prioritering. (Vedlegg 1). I Helsefelleskap Innlandet er søknaden relevant for strategiplan 2022-2026, med handlingsdel 2022 -2023 og Helsefelleskap Innlandet støtter initiativet (Vedlegg 1).

Det er bred enighet om at formålet med å innføre digital hjemmeoppfølging i helsefelleskapet, samarbeidende kommuner, fastleger og helseforetak er økt bærekraft for helse og omsorgstjenesten og bedre kvalitet for bruker av helse- og omsorgstjenester.

Fastlegene er sentrale for å lykkes med innføring av DHO. Det utarbeides en ordning med godtgjørelse (takst 14 + 14d) for legene som deltar i innføringen.

Kort beskrivelse av dagens samarbeid med helseforetak, egne fastleger og evt. andre aktører og nettverk

Gjennom Helsefellesskapet er det laget avtale med kommunene om samarbeid med helseforetaket (SI). I aktivitetsplanen er det lagt opp til at en skal kartlegge dagens oppgaver og hvordan oppgavene skal løses i framtiden med mål om en ressursutnyttelse på tvers av tjenester og sektorer. Der fastlegens rolle blir definert. Det vil også være en fastlege representert i prosjektteamet. Dette vil danne grunnlaget for måten en skal samarbeide på for å gi bruker/pasienten en helhetlig oppfølging og tjeneste. Det er viktig å få til en god bruker/pasient og pårørende involvering. Viktige aktører i vårt nettverk som vi vil samhandle med er Digi-Innlandet, USHT, HelseInn, Kompetansebroen.

7.Gjennomføring

Aktivitetsplan – Høst 2022 Avklare behov og tilpasninger: grunnlag for tjenesteutforming

Tidspunkt	Aktivitet	Deltakere
15.8.22	Tilsette prosjektkoordinator	Interkommunalt politisk råd Nord-Gudbrandsdal
September	Kick-off	Samarbeidspartnerne
September	Opplæring i digital hjemmeoppfølging basert på nasjonale faglige råd, metoder (Bl.a. tidlig metodevurdering) og sluttrapport fra utprøving av DHO for helsepersonell og leger	Helsepersonell i kommunene
Oktober	Innføringscase 1: (Valdres). Tilpasninger /innføring i småskala av digital hjemmeoppfølging for pasienter med hjerte- og	Helse- og omsorgstjenesten i kommunene, leger og spesialist helsetjenesten. 15 pasienter/brukere

	karsykdommer hjerte- og karsykdommer	
Oktober	Innføringscase 2: (Nord-Gudbrandsdal). Tilpasninger / innføring i småskala av digital hjemmeoppfølging for pasienter med KOLS og middels/moderat demens diagnose	Helse- og omsorgstjenesten i kommunene, leger og spesialisthelsetjenesten, pårørende 25 pasienter/brukere
September	Innføringscase 3 (Elverum) Tilpasninger/innføring i småskala av digital hjemmeoppfølging ved bruk av kartleggingsverktøyet «Assistert selvhjelp». Dette ved bruk av videokommunikasjonsverktøy	Ansvarlig for «Rask psykisk helsehjelp» Enhetsleder for Rus og Psykisk helse Enhetsleder Tjenestekontor Utviklingsleder Pleie- og omsorg Rådgiver Velferdsteknologi 10 pasienter/brukere
Oktober	Kartlegging av brukere / pasienter og plan for brukerinvolvering	Lege, Sykehus Innlandet, hjemmetjenesten/oppfølgingsteamet, pasienter/brukere
Oktober	Starte en systematisk vurdering av hva vi har anskaffet og hva vi trenger å anskaffe av digitale løsninger knyttet til målgruppen. Felles møte med samarbeidspartnere for å se om vi har samme behov for teknologi og på den	Samarbeidspartnere

	måten kunne gjøre en større anskaffelse sammen	
Oktober	Opplæring og konkret oppfølgingsplan for de involverte pasientene og pårørende	Lege, Sykehus Innlandet, hjemmetjenesten/oppfølgingsteamet , pasienter/brukere og pårørende
Oktober	Kartlegge dagens oppgaver og hvordan oppgavene skal løses i framtiden med mål om en ressursutnyttelse på tvers av tjenester og sektorer. Dette danner grunnlag for oppfølgingsteamet	Kommunene i Nord-Gudbrandsdal og Lokalmedisinsksenter for Nord-Gudbrandsdal, lege, Sykehus Innlandet, prosjektteamet og referansegruppene
November	Prosjektsamling	Samarbeidspartnere
November/desember	Evaluerer kom med en tilrådning for veien videre	Samarbeidspartnere

Overordnet Aktivitetsplan 2022-2024

Aktivitet	H2022	V2023	H2023	V2024	H2024
Identifisere samhandlingskjeden, helhetlig pasient forløp (SWOT)	x				
Opplæring om Digital hjemmeoppfølging for helsepersonell og leger	x	x	x	x	x
Prosesstøtte InnoMed (søknad, gjennomføring/utforming av tjenestemodell)	x	x			

Kartlegging av pasientene/brukerne	x	x	x	x	x
Involvering og opplæring brukere/ pårørende	x	x	x	x	
Anskaffe DHO-løsninger*		x	x	x	x
Inføringscase 1(småskala): (Valdres).	x	x			
Inføringscase 2(småskala): (Nord- Gudbrandsdal).	x	x			
Inføringscase 3(småskala):(Elverum)	x	x			
Utarbeide en plan for brukerinvolvering		x			
Utforming og innføring ordningen med oppfølgingsteam		x	x	x	x
Dele kunnskap og erfaringer på forskjellige arenaer	x	x	x	x	x
Identifisere mulighetene for å etablere en virtuell helse avdeling ved lokal medisinsk senter Nord- Gudbrandsdal og Valdres		x	x		
Innføringscase 1 (bredding): Valdres			x	x	
Inføringscase 2 (bredding): Nord- Gudbrandsdal			x	x	
Inføringscase 3 (bredding):(Elverum)			x	x	

DHO tilbys som en del av det ordinære tjenestetilbudet i kommunen som en del av helse- og omsorgstjenesten.					x
Der helhetlig/felles tjenestemodell med tjenesteforløp (med digitale løsninger) er innarbeidet.					

*Se punkt 12 under om anskaffelser

8.Milepæler

Nr.	Dato/måned	Tilstand
01	15.8.22	Prosjektkoordinator tilsatt
02	15.9.22	Kick-off gjennomført
03	1.10.23	Inføringscase 1,2 og 3 småskala utprøving starter opp
04	20.12.22	Prosesstøtte avklart
05	28.10.22	Systematisk vurdering av behov for anskaffelse startet opp
06	15.11.22	Oppstart opplæring av involverte pasienter og pårørende gjennomført
07	28.11.22	Erfaringer delt i prosjektsamling
08	6.12.22	Evaluering gjennomført og tilrådning for veien videre utformet

9.Organisering og ledelse av prosjektet

I Nord-Gudbrandsdalen er DHO organisert gjennom hjemmetjenesten i hver kommune. Erfaringer vi fikk med oss fra vår studietur til Bodø, har dannet grunnlag for ønske om å få til ett felles oppfølgingsteam bestående av sykepleiere, ergoterapeut, fysioterapeut og lege.

Lokal prosjektgruppe og styringsgruppe Nord-Gudbrandsdal med prosjektdeltakere fra hver kommune, samt representant for legene og Sykehuset Innlandet ved Helsefelleskap Innlandet. Gruppen er tverrfaglig sammensatt med kompetanse innen helse (ergoterapeut, tildeling, tjenesteleder helse / omsorg, hjemmetjeneste, vernepleier, pedagog) og ikt.

Prosjekts organisering vil for øvrig være en del av den lokale organiseringen i regionen. Dette inkluderer møtearenaer med Helsefelleskapet.

I Elverum kommune (en av kommunene i Sør-Østerdalsregionen) er DHO organisert under Velferdsteknologiområdet som ligger i IKT-avdelingen, men med en sterk forståelse av at området skal utvikles i samhandling med tjenestene. Involvering og deltakelse fra andre sektorer er svært viktig for å jobbe målrettet på området. Eierskapet til tjenesteutviklingen ligger hos tjenesten. Erfaringsdeling og bredding av nye tjenester gjøres gjennom samarbeidsgruppa i Sør-Østerdal som har månedlige møter.

Valdresregionen organiserer all teknologiinnføring via Velferd i Valdres.

Styringsgruppe er Helse- og omsorgslederforum (HOF), med kommunalsjefer og tjenesteledere fra alle 6 kommuner.

Regionalt team består av en regional koordinator og 6 velferdsteknologikoordinatorer VFT – koordinatorer, som er frikjøpt i varierende stillingsprosent fra (20% - 100 %). De er sammen med regional koordinator ansvarlig for forankring av Helhetlig tjenestemodell kommunalt og i 2022, samt all implementering av teknologi i egen kommune. Teamet er også ansvarlig for å forankre regionale ansvarsområder innen tjenestemodellen.

IKT Valdres er en naturlig samarbeidspartner, med hovedansvar for all IKT, anskaffelser (med basis i styringsdokumentet SIKT), drift og support.

DHO vil inngå i etablerte samarbeidsstruktur.

Utvidet prosjektgruppe: Representanter fra de lokale prosjektgruppene i Nord-Gudbrandsdal, Valdres og Sør-Østerdal, fastlege og SI. Utvidet prosjektgruppe møtes en gang i måneden

Midlertidig Prosjektleder (til prosjektleder er rekruttert)

Ledes av prosjektleder Iselin Vistekleiven, utdannet som hjelpepleier, med bachelor i organisasjon og ledelse, med veiledning og innovasjon som etterutdanning, master i offentlig administrasjon. Vistekleiven har arbeidet som prosjektleder for smart velferdsregion i Nord-Gudbrandsdal siden 2019.

Referansegruppe:

Referansegruppen vil bestå av samarbeidspartnere og fora knyttet til innføringsprosjektet - Digi- Innlandet, Velferdskoordinator for Innlandet (KS), HelseInn, Kompetansebroen, Praksiskonsulentordningen (PKO), USHT, 6K Helse i de tre regionene.

Grappa gir faglige innspill og vurderinger og tilfører viktig kompetanse til innføringsprosjektet.

10.Budsjett og ressurser

Utgifter som det søkes tilskudd til	Sum
Lønnsutgifter med sosiale utgifter prosjektleder/ fastleger:	1 500 000
Ressurser sykehus	100 000
Reiseutgifter, arrangementer, møter og konferanser	100 000
Konsulenttjenester	150 000 (prosesstøtte)
Forbruksmateriell, kontortjenester inkludert lokaler og energi	150 000
Utgifter som dekkes av egen finansiering	
Opplæring av helse- og omsorgspersonell samt praksiskompensasjon for fastleger	50 000
Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging	300 000
Teknisk tilrettelagt samhandling	200 000
DHO løsninger	300 000

Møter/samlinger	150 000
Reisetid/kostnader	100 000
Inntekter fra andre inntektskilder Statsforvalteren i Innlandet	200 000

Egenfinansiering

Det vil legges inn egenfinansiering i form av stillingsressurser i innføringsprosjektet (se informasjon fra søknadsskjema).

Innføringsprosjektet vil søkes styrket også gjennom andre midler. Til første oktober 2022 vil det søkes om prosessveiledning fra ordningen InnoMed for en god tjenesteutformingsprosess og det vil være naturlig å søke om midler fra statsforvalteren i Innlandet (kompetanse og innovasjonsmidler i 2023). Tjenesteinnovasjonsmidler i Helse-sørøst kan også være relevant. Nord-Gudbrandsdal har et tett samarbeid med forskningsmiljøene knyttet til innovasjon i offentlig sektor på Høgskolen i Innlandet og med relevante fagmiljøer ved NTNU Gjøvik og det kan være naturlig å se på innføringsprosjektet som case i søknader under Norges Forskningsråds HelseVEL program.

11.Risiko

Risikofaktor	Vurdering	Risikoreducerende tiltak
Manglende forankring	Moderat sannsynlighet	Opprette kommunikasjon og forankringsplan
Lite gjennomføringsevne	Liten sannsynlighet	Sikre at det er satt av nok tid og ressurser til å gjennomføre målene og tiltakene i handlingsplanen
Utfordringer med å lage en samhandlingsarena mellom tjenester og sektorer	Moderat sannsynlighet	Kartlegge dagens oppgaver og hvordan oppgavene skal løses i framtiden. Dette danner grunnlaget for samhandling.

12. Anskaffelser

Anskaffe DHO-løsninger tilpasset målgruppen i innføringsprosjektet.

Vår plan for anskaffelse:

Pasient/bruker skal fortrinnsvis bruke eget utstyr. Det vil bli sikret en mulighet for utlån til de som ikke har, mot en leiesum per måned. Vi vil følge tekniske anbefalinger ved bruk av velferdsteknologi – e-helse. Erfaringer fra prosjektene i utprøving vil bli benyttet som erfaringsgrunnlag. Det må til en avklaring mellom kommunene og helseforetaket, der en vurderer om en skal ha samme løsning for digital hjemmeoppfølging.

Felles bruk av Jodapro sin hodekatedraløsning er allerede etablert i flere av kommunene, og flere er i ferd med å ta det i bruk. Dermed er tankesettet etablert i økosystemet, dette ønsker vi å gå inn og bredde til andre teknologier som understøtter en sømløs pasientreise og samhandling mellom de ulike behandlingsnivåene. Vi søker samarbeid med andre kommuner og regioner om anskaffelse. Der en må ta høyde for at alle ikke kommet like langt.

Sikre at IT er en deltaker i anskaffelsesprosessen for å sikre at utstyret som anskaffe er kompatibelt med sikkerhetskravene og eksisterende infrastruktur løsningene vi har i dag.

Still krav om at leverandør kan levere programvare, app og utstyr som er funksjonelt og testet fra oppstart, samt oppfyller krav til CE-merking. Må oppfylle til enhver tid gjeldende krav til tilkobling til nasjonal samhandlingsinfrastruktur. Det vil også bli gjort en vurdering rundt velferdsteknologisk knutepunkt. Elverum kommune er allerede knyttet opp mot VKP og vil dele sin erfaring med de andre kommuner i prosjektet. Videre vil det bli avklart hvordan support og avtaleforvaltning skal håndteres i drift.

Det er satt av midler i investering og drift til å anskaffe DHO-løsninger. Da dette i stor grad vil kreve felles bruk av utstyr hjemme hos pasienten, vil det vil vurdering av egnede finansieringsmodeller være en naturlig del av prosjektet.

