

## Gruppediskusjon på Digital ledernettsamling 7.januar 2022

*Alle gruppene leverte kort stikkordsvise referat fra gruppediskusjonene gjennom digitalt skjema. Svarene er referert og presenteres i fortløpende tekst av RKR (som ikke deltok i gruppene). Vi har ikke valgt å oppsummere temaene fra gruppene da vi mener det har en verdi i seg selv om det fremgår at noen av temaene er gjentatt flere ganger*

### Spørsmål til gruppediskusjon 1)

**Basert på det som er presentert så langt i dagens samling: Hvilke implikasjoner har dette for pasienttilbudet og organiseringen hos dere?**

Mange var opptatt av spørsmålet om hvor mye og hva som kan/bør gjøres digitalt? En sa det var viktig å finne gode og enkle tekniske løsninger som fungerer og er enkle å bruke. En uttrykte at de hadde gjort omstilling fra "det ene lange oppholdet" til flere gjentatte kontakter, og fra innleggelse til dagtilbud, poliklinikk og også digitalt. Alle oppfattet et krav om å jobbe videre med teknologimodenhet. -Viktig at digitalisering fører til mer effektive arbeidsprosesser og at digitale tilbud bør være tilgjengelig for alle ("digitalt utenforskap"). Noen løftet frem betydningen av at digitale helsetjenester kvalitetssikres og at man følger med på kvaliteten når tilbud gjøres om til digitale tilbud. Noen undret seg over hvor mye av rehabiliteringen utover det som er samtalebasert som kan gjøres digitalt? Det er nødvendig med mer avklaring av ansvars- og oppgavefordelingen (kommune - spesialist, HF - private) (jf. Hurdalsplattformen, Norge trenger en rehabiliteringsreform), uttrykte en deltaker.

Deloitte's presentasjon var bra, men noe høytflyvende. En deltaker uttrykte at det nok er stort sprik mellom framtidsutsiktene i Deloitte og mange av våre pasientgrupper. En fremhever at hen liker at de vektlegger link fra hjemsted - behandler – hjemsted.

En gruppe refererer at det er vanskelig problemstilling med digitale tilbud. Mye gratis arbeid foreløpig, men dette kommer og vi må utvikle og følge opp for å bli bedre. Så får avtalene med HSØ komme. Er ikke bekymret for at HF'ene skal kunne la være å bruke de private - de er helt avhengig av oss.

Dokumentasjoner og kunnskapsbasert praksis er uttalt viktig både fra politikere og helseledere. Hva sier dokumentasjonen og forskningen rundt digital rehabilitering. -Jobber mye med arbeidsrettet rehab. (ARR) og nytt strategidokument for rehabilitering. Regional rehabiliteringsplan må vi forholde oss til. Er ikke spesielt redd for at vi ikke skal være en naturlig del av den.

En gruppe refererer diskusjon om at det er mer å hente på noen pasientgrupper når det kommer til digitalisering. - eks pulsklokker og trening går direkte inn. Mens gruppeprosesser og effekten av å komme sammen kan aldri erstattes av digitale løsninger. Hvordan kan vi balansere digitale løsninger der det er "godt nok".

Flere kommenterer på finansiering av digitale tjenester. -Betaling for digitale tjenester er fortsatt uklart - Digital oppfølging er kommet for å bli og erfaringene er gode - Oppdragsgiver bør se på mulige løsninger for finansiering av dette.

En gruppe refererer til det er utfordrende å tilby digital oppfølging av noen pasientgrupper eks epilepsi. Lav digital kompetanse og kognitiv utfordringer gjør dette vanskelig. En lederrepresentant ved en privat institusjon forteller at 80% av pasientene kommer fra sykehus, og disse er lite aktuelle for digital oppfølging. En annen privat institusjon forteller at de har brukt digital oppfølging på en del forløpene med god erfaring. Økonomiske rammevilkår begrenser utvikling av nye tjenester. Yngre pasientgrupper vil ha bedre digital kompetanse og ønske om mer digital oppfølging. Viktig å ta høyde for investeringer m.t.p. datasikkerhet og digital infrastruktur.

En gruppe skriver at det er blitt viktigere å forstå viktigheten av den teknologiske utviklingen innenfor rehabiliteringsfeltet. Opprettholde tilgjengelighet og tilbud ved digitalisering under korona. Viktig å forstå fremtidens pasienter, som er vant til digitale verktøy. Viktig å finne ut hvordan vi kan få dette knyttet sammen med den direkte pasientkontakt, samhandling og oppfølging. Utfordrende hvordan de digitale verktøy kan være hjelpemidler i klinikken. Det å gå fra finansiering fra døgn til poliklinikk er utfordrende. Utfordrende at finansieringen på poliklinikk er lavere enn på døgn. Det er til hinder for økt digitalisering. Økt krav om å få flere pasienter igjennom rehabilitering med økende befolkning. Treghet i forståelsen av hva de reelle kostnadene ved poliklinisk finansiering kontra døgn. Økt fokus og behov for forberedelser og etterarbeid som kan gjøres via digitalisering, samt oppfølging av pasienter som må i karantene eller være hjemme p.g.a. Covid, men likevel kan få et tilbud. Økt behov for digital oppfølging og bedre tilgjengelighet i forhold til oppfølging av pasientene hjemme. Samt gir et bedre tilbud til pasienter som har lang reisevei. Samt samarbeid med kommunehelsetjenesten.

En gruppe trekker frem sentrale utfordringer: Tekniske utfordringer i overganger mellom nivåene, Finansieringsmodellen, Utydelig ansvarsfordeling, Behov for informasjonsdelingskompetanse, ulike behov på nivå og ulik tilgang på spesialisert kompetanse. Gevinstene ved å få til god samhandling mellom nivå blir borte på veien (ulike budsjetter, prioriteringer). Mangel på gode styringsdata. Ulik organisering i kommunen - vanskeliggjør overføringen mellom nivå.

Flere trekker frem utfordringer omkring manglende finansiering av innovasjon. Det ligger lite til grunn i dagens avtaler om at vi kan utvikle våre tilbud (digitalt). Det er ingen innovasjonsmidler i avtalene våre. Innovasjonsmidler hentes nå fra andre steder. Forskning innen eksempelvis gener kan føre til friskere befolkning (at man kan luke ut sykdommer) -det er derfor ikke gitt at tilbudet vårt skal se ut som det gjør i fremtiden - pasientene våre krever i stor grad tilstedeværelse og menneskelig tilstedeværelse - digitale grupper fungerer til enkelte grupper (streaming) - virtuelle tjenester kan for eksempel fungere innenfor slag (tidlig fase) - man vil kanskje miste noe kontroll med pasientene ved digitale tjenester.

Avtaler med HSØ er bestemmende for dagens tjenester, og utvikling av tjenester honoreres ikke tilstrekkelig. Trenger stimuleringsmidler. Jobbet mye med digitale løsninger, trenger å ta det et steg videre, men det blir kostnads tungt og trenger fleksibilitet i måten man bruker ressurser på og dermed også i finansieringen. Ønsker like betingelser for digital og fysisk rehabilitering. Mulighetsrom nå, som kan utnyttes/utforskes. Ønsker å bedre kvaliteten innen de avtaler vi har i dag. Tro på teknologiutviklingen, men må tørre å utfordre avtaler og egne klinikere på å bruke teknologien. Noen trenger lange forløp så hvordan løser man det på sikt. Liten organisasjon, fysisk oppmøte finansieres mye bedre selv om digitale løsninger i noen tilfeller er fullt likeverdig tilbud såfremt man kan kombinere fysisk oppmøte med digitale tilbud på en god måte.

Ønsker å bruke fleksibiliteten som digitale løsninger kan tilby i tillegg til fysisk rehabilitering. Gruppen konkluderer med at de ønsker at alle må få mer fleksibilitet i tilbudene, som tilpasses pasientenes behov, det bør understøttes av digitale løsninger og mer likeverdig finansiering av digitale og fysiske tjenester.

En gruppe trekker frem utfordringene som ligger i å samarbeide med f.eks. kommunene når plattformene ikke er de samme. Tidlig rehabilitering, fase 1 og 2- desentralisert med flere rehabiliteringslokasjoner og det å få til god flyt er en utfordring med avstander. Små sårbare fagmiljøer som gjør det mer krevende å få til den utviklingen, men det jobbes med det. De digitale plattformene utvikles over en lav sko, og det skal velges "riktig" plattform som gjør at man ikke velger samme plattform, noen må ta vurderingen på hvilken plattform alle skal samkjøres i. Dårlig kompetanse i kommuner, spesielt små kommuner. Koordinatorene henger ikke med og de er vanskelig å få tak i for tidlig samhandling. Fragmentert fagkompetanse, hvordan samarbeide på tvers i kommunene, de private og sykehusene i fagmiljøene for å sikre fagkompetansen hos alle. Pasienten bør være i fokus, men hvordan ivareta pasientene? Hvordan ivareta med digitale oppfølginger, fortsatt behov for fysiske møter der man møter pasienten og kan observere.

En gruppe trekker frem at det er behov for samarbeid og samhandling mellom rehabiliteringsstedene og at de savner samarbeidsfora. Utfordringer med f.eks. henvisninger p.g.a. ulike digitale løsninger. Hva ønske samarbeidspartnerne våre? Mange ting er ikke godt nok i vårt felt, KPMG fra januar 2021 slakter rehabiliteringsfeltet, med for store ulikheter. Svikt i mange ledd ifølge rapporten. Finansieringsordningene premierer ikke utviklingen vi skal ha. Mye spagetti...?! Opplever utfordringene i.f.t. digitale plattformer, og samarbeid på tvers at foretak, kommuner og andre rehabiliteringsinstitusjoner, ønsker et sterkere samarbeid med alle for å styrke feltet. Økt samarbeid gir styrket tilbud for pasientene.

En gruppe spør hvordan en digitalisert hverdag påvirker drift og pasienttilbud? Hvordan nyttiggjøre seg dette, både ivareta et godt behandlingstilbud og hvordan få på plass et tilfredsstillende finansieringssystem. Noen pasienter trives godt med dette, men vi kan miste det fellesskapet som pasienten får gjennom fysisk oppmøte. HSØ har ikke "kjøpt" digital rehabilitering, men mange private aktører tilbyr dette likevel. Dette er avtaler som er bundet, men som HSØ ser på nå og som antakeligvis vil justeres. Det er ønsket. Velferdsteknologi - utvikle tilbudet fortløpende, men framtidsutsikter, 20 års perspektiv er for mange langt frem. Vanskelig å spå i fremtiden. Særlig når vi vet hvor fort dette digitale utvikler seg. Gruppen understreker at digitalisering er mer enn en skjerm, som eksempelvis kunstig intelligens. Her er det viktig å ha gode støttefunksjoner i driftshverdagen. At det prioriteres som en del av driften. Her vil det jo komme kostnader og nye roller - men vi tror dette er viktig for å få dette til å fungere i praksis. HF'ene har sykehuspartner til en del funksjoner, men de er ikke fysisk tilstede. Kronglete systemer som lugger tar da bort motivasjonen for å benytte digitale arbeidsformer.

## Spørsmål til gruppediskusjon 2)

### Hvilke endringer har dere gjort som følge av pandemien som dere vil ta med dere inn i den «nye normalen»?

En gruppe skriver: Digitale møter, økt bevissthet rundt digitale muligheter. Digital undervisning, digitale tiltak, digital oppfølging underveis og i etterkant, bedre logistikk ved ankomst, SMS-varsling, telefon i forkant, mottak på ankomstdagen, informasjon etc.

Gruppen skriver at de har erfart betydningen av det personlige elementet, relasjonen med pasienten kan styrkes med kombinasjonen av digital og fysisk rehabilitering. Krever at det er de samme klinikerne som gjennomfører, at pasientene kjenner behandlerne. Videoer kan brukes med god effekt og sikre god gruppedynamikk når de etterfølges av live gruppediskusjoner. Bruk av mobil/App kan gi pasienten følelsen av at pasienten har behandleren sin i lommen. Noen ganger gir det mer ansvar til pasienten, den digitale behandleren kan kun gi muntlig veiledning, så pasienten må alltid selv ta ansvar for det praktiske. Intermitterende døgnopphold kan være bra fremover, da digital oppfølging i mellomliggende perioder gir noe ekstra. Kvaliteten i digitale møter med kjent behandler kan være god, men etableringen av relasjonen må gjøres fysisk. Må bli tydelig på hva som må gjøres fysisk og hva som kan gjøres digitalt. Peker mot mer individuelle tilbud. Digitale løsninger gir gode muligheter for samtidighet ved å involvere andre aktører. Vi har lært masse!

En gruppe fremhever gode erfaringer med bruk av fjerntolk. -Fjerntolk er veldig dyrt når de reiser ut. Dette fungerer veldig bra med telefon og videotolk. Så fjerntolk og video blir den nye standarden. God effekt på økonomien at samlinger med reiser reduseres, slik at man beholder 50 % digitale samlinger. Polikliniske samlinger har økt og vil beholdes. Flere og bedre møter med økt fleksibilitet. Sparer tid og reisekostnader. De forteller videre at de opplever økt krav om digitale polikliniske konsultasjoner, men økt digital kompetanse. Veldig god effekt på økonomi med digitalisering og formidling, som blir lettere og mer tilgjengelig. Et løft på personalsiden, hvor det merkes mindre motvilje mot digitalisering, økt nytteverdi. Mer oppfølging på digitale plattformer.

En gruppe løfter frem at noen jobber med fokus på å redusere smitte på tvers av ansattgrupper. De har laget fremvisninger som kan hentes opp på iPad eller tv for de pasientene som trenger å se presentasjoner flere ganger. Pårørendekontakt har blitt bedre; de ringer fortere opp pasienter og pårørende sammen, slik at de får felles informasjon. Opplevs hyggelig og trygt for pårørende og pasienter med besøksreduksjon. Økt fokus på bemanning og inndeling av ansatte for å redusere sårbarhet ved sykdom og fravær. Økt bevisstgjøring på generelt smittevern og interne rutiner og prosyrer. Smittevern har fått en større plass i det daglige virke.

Kunnskapsbasert og faglighet er viktig, så det er nødvendig å være oppmerksom på hva som er kunnskapsbasert og faglig på det som gjelder digitale løsninger også. En vridning av tilbudet fra døgn til poliklinikk og finansiering av digitale konsultasjoner og opplevd mye av de samme gevinstene og erfaringene som øvrige deltakere.

I en gruppe refereres det til at det er gjort endringer i pasientforløp, struktur, timeplan, bedre kartlegging i forkant som vil videreføres også etter pandemien. Større bruk av Teams - også internt. Fin arena som kan brukes videre. Større mulighet til å delta og jobbes delvis selv om man må være hjemme (karantene, sykt barn). Blitt bedre på renhold. Blitt bedre på smittevern. Fått tilbakemelding på at pasientene føler seg trygge gjennom smittevernstiltak og økt kartlegging i forkant. Pasientene føler seg sett. Kommer til å fortsette med digitale løsninger og oppfølginger også etter pandemien. (reisevei, de som ikke kan komme på treningsgrupper o.l.) Viktig å jobbe videre med digitale løsninger også etter pandemien. Noe utfordringer med bruk av digitale løsninger for enkelte

pasientgrupper, eks. parkinsonpasienter, enkelte innvandrergupper, de eldste. Også viktig med fysisk oppmøte ved treningsgrupper for enkelte pasientgrupper, eks. overvekt. Hatt mye grupper utendørs. Må finne en kombinasjon og balanse mellom det digitale og det fysiske fremover (den nye normalen) både for pasienter og for personalet. Må ta vare på noen av de fysiske møtepunktene som er viktige.

-Vi har startet med digitalt tilbud og skal fortsette med dette, skriver en av gruppene. Gjelder dagpasienter. Det organiseres både i grupper, og som en-til-en. Det er både fordeler og ulemper med digitale tilbud. - Vi startet prosjekter med digitale løsninger for bedre samhandling og informasjonsflyt i avdelingene. - Hjemmekontorløsninger for de som har mulighet for det, er også noe som fremheves i gruppen.