



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVVI-NORGGA UNIVERSITEHTABUOHCEVIESSU



2022-
2024

Sluttrapport

Digital hjemmeoppfølging

Nord- Troms og UNN



Otertind i Storfjord kommune

Anne-Sofie Pedersen

12.02.25

Innhold

Sammendrag	2
1.0 Innledning.....	2
2.0 Deltakere i prosjektet	2
2.1 Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet.....	2
2.2 Forankring i Helsefellesskapet	3
3.0 Mål.....	3
3.1 Mål med digital hjemmeoppfølging	3
3.2 Målgruppe	3
3.3 Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten	3
3.4 Mål og kort vurdering av måloppnåelse.....	4
4.0 Gevinster og plan for oppfølging	5
4.1 Gevinstplan.....	5
4.2 Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?	6
5.0 Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet.....	7
6.0 Modell for digital hjemmeoppfølging.....	9
6.1 Tjenesteforløp.....	9
6.2 Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier	9
6.3 Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten	9
6.4 Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan.....	10
6.5 Oppfølging av pasienter, herunder organisering, kompetanse og omfang	10
6.6 Erfaring med fastlegens rolle og ansvar	11
6.7 Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle.....	11
7.0 Anskaffelsesprosess.....	11
8.0 Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten.....	12
8.1 Kostnader og bærekraft.....	12
8.2 Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på	13
9.0 Prosessveiledning	13
10.0 Suksesskriterier, anbefalinger, utfordringer og læringspunkter	13
10.1 Suksesskriterier og anbefalinger.....	13
10.2 Utfordringer	14
10.3 Læringspunkter.....	16
11.0 Oppsummering og veien videre	17
12.0 Tilbakeblikk i bilder	18
13.0 Vedlegg	19

Sammendrag

Prosjektet «Digital hjemmeoppfølging i Nord-Troms» startet opp i august 2022 som del av Helsedirektoratets spredningsprosjekt. Deltakerkommuner var samstemte om behovet for å ta i bruk ny type helseteknologi etter å ha jobbet med trygghets- og mestringsteknologi siden 2017. Det har vært viktig å få en felles forståelse av hva digital hjemmeoppfølging er, hvilke behov man har og hvilke samhandlingsmodeller som vil kunne gi ønskede gevinster i og på tvers av kommuner og sykehus. Det er gjort nærmere 20 utprøvinger av pasientforløp innen diabetes-, kreft-, hjerte- og nyresykdom, antibiotikabehandling, rehabilitering, ernæring, overvekt og psykisk helse. Parallelt med spredningsprosjektet har Nord-Troms sammen med DHO Finnmark deltatt i iHac-prosjektet, integrated Healthcare and Care through distance-spanning solutions, ledet av Nordisk velferdssenter. Målet har vært å fremskynde implementering av teknologi og digitale løsninger i rurale områder. Dette har gitt oss mulighet til å dele erfaringer med fag- og forskningsmiljø i andre land som Sverige, Finland, Island, Danmark og Estland.

1.0 Innledning

Formålet med deltakelse har vært å ta i bruk en ny type tjeneste som kan bidra til bærekraftige helse- og omsorgstjenester med effektiv bruk av ressurser. Med lange avstander og knapphet på både (helse)personell og institusjonsplasser, tror man DHO kan frigjøre ressurser, samtidig som tjenesten gir god pasientopplevelse. Ved å utforme en tjeneste som gir økt samhandling på tvers av kommuner og sykehus, vil også dette gi sammenhengende og koordinerte pasientforløp der man får utnyttet kompetanse og personell på en god måte.

2.0 Deltakere i prosjektet

2.1 Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet

Kommunene Kvæangen (vertskommune), Skjervøy, Nordreisa, Kåfjord, Storfjord og Lyngen har sammen med Universitetssykehuset Nord-Norge vært deltakere i prosjektet. Andre samarbeidsaktører har vært Digitaliseringsnettverket i Troms og Finnmark, IKT Nord-Troms og Nasjonalt senter for e-helseforskning. Det ble tidlig avdekket at implementering av digital hjemmeoppfølging ville kreve økt involvering fra flere tjenestesteder og fastlegene i kommunene, og et stort behov for samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet har vært organisert slik:

1. Styringsgruppe: Helseledere, IKT-leder, leder av Samhandlingsavdeling UNN. Interkommunal prosjektleder har hatt møter 4 ganger per år med status- og økonomirapportering og gjort løpende avklaringer rundt satsningsaktivitet og prioriteringer på tvers av kommuner og sykehus.
2. Interkommunal prosjektgruppe: Lokale prosjektledere, UNN-koordinator og fastlegerepresentant. Faste månedlige møter, og i tillegg ukentlige møter mellom lokale prosjektledere,
3. Lokale arbeidsgrupper med ulik sammensetning av ledelse og helsepersonell fra deltagende tjenestesteder og kommuneleger. I UNN har denne gruppa bestått av personell innen pasientorientert tjenesteutvikling, både PSHT og samhandling og helsetjenesteutvikling, samt ledelse fra ESI-senteret. Prosjektets fremdrift og status har ikke gjort det aktuelt å involvere klinisk personell før 2.halvår 2024.

2.2 Forankring i Helsefellesskapet

Prosjektgruppe i UNN med PSHT- leder, innovasjonsrådgivere og ledelse fra ESI- (E-helse, Samhandling og Innovasjon) senteret ble opprettet i 2023. Dette utgjorde 4 personer som hadde månedlige møter med interkommunal prosjektleder, samt egne møter internt. Deltakelse i prosjektet er forankret i direktørens ledergruppe, i Helsefellesskapets Samarbeidsutvalg (SSU) og Faglig samarbeidsutvalg for digital samhandling (FSU), Klinikklederutvalget og Forbedringsprogrammet for poliklinikkene. Fra 2024 har UNN jobbet med å kartlegge egne ressurser, identifisere andre prosjekter innen digitale tjenester, etablert samarbeid med Helse Nord IKT/DIS DHO og opprettet kontakt og samarbeid med klinikkene. For helsepersonell og personer som jobber klinikknært har det blitt gjennomført både fysiske og digitale workshops både i 2023 og 2024, samt avholdt fysiske informasjonsmøter. Dette har vært viktige arenaer for å etablere kontakt med andre pågående prosjekter innen digitalisering. Samhandlingsleder i Helsefellesskapet har invitert til diverse andre aktuelle møter i UNN, samt vært aktivt deltakende ved planlegging av emnekurs.

3.0 Mål

3.1 Mål med digital hjemmeoppfølging

Overordnet mål for prosjektet har vært å etablere bærekraftige helse- og omsorgstjenester med gode pasientforløp og effektiv bruk av ressurser. Målene er utformet i tråd med nasjonale anbefalinger og utprøvinger.

3.2 Målgruppe

- Kronisk syke med middels til høy risiko for forverring
- Personer med hyppige (re)innleggelser i sykehus, besøk på legekontor, høyt forbruk av helsetjenester
 - eks. personer med diabetes, hjerte-/lungesykdom, kreft, psykiske lidelser
- Annet: livsstilsendringer, vekt, ernæring, rehabilitering m.m.

3.3 Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten

Økt trygghet og mestring av sykdom ses på som det fremste effektmålet for pasienter og pårørende. Innsikt i egen sykdom der man er kjent med eget symptombilde og behandling, vil kunne virke forebyggende. Tjenestene kan da også jobbe proaktivt slik at både pasientens fysiske og psykiske helse blir ivaretatt på tidligere tidspunkt.

Færre besøk i hjemmet og færre helsereiser til og fra sykehus, vil kunne gi pasient og pårørende mindre belastning, men også større frihet i hverdagen. For tjenesten vil det være ressursbesparende.

I tjenestene har man avdekket manglende samhandling på tvers, både lokalt og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Digital hjemmeoppfølging forventes å gi effekter i form av bedre informasjonsflyt på tvers av helsepersonell og mellom pasient og helsepersonell, samt gi økt intervensjon og beslutningsstøtte i et behandlingsforløp. DHO vil også gi større mulighet for tverrfaglig tilnærming i et koordinert og helhetlig pasientforløp.

3.4 Mål og kort vurdering av måloppnåelse

Effekt mål	Vurdering av måloppnåelse
1. Digital hjemmeoppfølging skal bidra til økt trygghet og mestring for brukere og pårørende 2. Unngå utvidede tjenestetilbud 3. Færre reinnleggelser 4. Økt og bedre samhandling mellom tjenestesteder og mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. 5. Økt kompetanse, kunnskap og forståelse for digital hjemmeoppfølging	1. Økt trygghet og mestring bekreftes av brukere og deres pårørende. 2. DHO krever tett oppfølging når tjenesten er i utvikling, og dedikerte ressurser som har fulgt opp dette. I prosjektperioden har man derfor brukt mye tid og ressurser, men har på annen siden sett at pasienten har sluppet fysisk oppmøte hos lege, eller fysisk oppmøte av helsepersonell fra tjenested. 3. Lokal gevinstvurdering har ikke avdekket færre innleggelser så langt ved aktuelle pasienter i drift. 4. Ja, delvis. Kun en pasient har vært fulgt opp mellom UNN og kommune, men DHO har bidratt til samlet kommunikasjon, informasjonsflyt og en plan for pasienten som er godt koordinert. Videre prosjektaktivitet vil ha fokus på interne rutiner knyttet til samhandling, f.eks. ved søknad om tjenester fra fastlege eller sykehus, DHO-kartlegging m.m 5. Ja. Alle kommuner har flere helsepersonell som har gjennomført emnekurs, til sammen ca. 60 ansatte fra regionen, i tillegg til deltakelse utenom Nord-Troms/UNN. Minimum 1 lege fra hver kommune har deltatt, et tall vi gjerne skulle sett var høyere med tanke på fastlegens viktige rolle i DHO. Ansatte har deltatt på fagdager, webinar, workshops, opplæring med leverandør m.m. Det har vært viktig og hyppig aktivitet på tvers av prosjekter, deltakelse i forskningsaktiviteter, iHac m.m.
Resultat mål	Vurdering av måloppnåelse
1. DHO er etablert som aktiv tjeneste i alle kommuner og UNN. 2. Tjenesteforløp for DHO er utarbeidet med rutiner for kartlegging, samtykke, saksbehandling, drift/oppfølging/evaluering og gevinstrealisering 3. Tjenestebeskrivelse er utarbeidet (helse- og omsorgstjenester) 4. Fagsystem/EPJ er klargjort; bruker- og tjenesteregistrering + mappe for dokumentasjon 5. Samhandlingsrutine mellom kommuner og sykehus er utarbeidet. 6. Superbrukere er etablert i aktuelle enheter i kommunene og klinikker i sykehus. 7. 30 pasienter har prøvd ut DHO innen 2024 8. Kommunene sitt EPJ-system er påkoblet VKP og kjernejournal	1. Delvis. 4 av 6 kommuner + Infeksjonsposten på UNN har prøvd digital hjemmeoppfølging, men er ikke etablert som aktiv tjeneste. 2. Ja, delvis. Skjema og verktøy i et tjenesteforløp er jobbet mye med og ferdigstilt i enkelte tjenestesteder med lokal oppfølging, men trengs flere utprøvinger og påfølgende justeringer. Tjenesteforløp for sykehus er ikke utarbeidet. 3. Nei, ikke utført. Flere utprøvinger er nødvendig og økt involvering av saksbehandlere før organisering og tjenestemodell foreligger. 4. Ja, delvis for Profil-kommuner som har pasienter i drift. Må følges opp og justeres. 5. Man har gode samhandlingsrutiner som er utarbeidet fra før, som også skal gjelde ved digital hjemmeoppfølging. Behov og videre vurdering er utsatt inntil videre, men følges opp. 6. Ja, delvis. Der pasienter er i gang er det også etablert superbrukere. 7. 20 pasienter har prøvd DHO i perioden. 8. Alle kommuner er påkoblet kjernejournal, venter VKP i 2025.

4.0 Gevinster og plan for oppfølging

4.1 Gevinstplan

Gevinst	Resultatindikator	Hvordan måle/rapportere	Forutsetninger
Økt trygghet, mestring og livskvalitet	Pasienten oppgir positivt behandlingsforløp med tettere oppfølging Bedre beslutnings-grunnlag for oppfølging	Nullpunksmålinger Spørreskjema før oppstart av DHO, hver 3.mnd, 6 mnd., 12.mnd	God brukerkartlegging God og forutsigbar informasjon til pasient og pårørende Tydelige egenbehandlingsplaner Brukervennlige løsninger
Økt innsikt og deltakelse i oppfølging av egen helsetilstand	Unngå forverring i tilstand/oppdage symptomer på tidligere tidspunkt Færre henvendelser til lege/sykehus	Spørreskjema Telle antall henvendelser til lege/sykehus over en gitt periode	Oppdatert egenbehandlingsplan Rutiner for oppfølging og ansvar
Redusere antall innleggelser/reinnleggelser i sykehus	Færre innleggelser/reinnleggelser Redusert venteliste Spesialisthelsetjenesten kan behandle flere pasienter på kortere tid Redusert bemanning/vikarbruk/sykefravær Reduksjon i antall tvangsmulkt	Statistikk- og tallsammenlikning fra bestemte perioder Telle antall innleggelser før og etter oppstart av DHO over en bestemt periode Spørreundersøkelse for ansatte Budsjettbalanse Statistikk over antall tvangsmulkt/overforbruk	Gode rutiner for kartlegging/bruk av DHO Oppdatert egenbehandlingsplan Kunnskap, forståelse og rutiner i UNN for digital oppfølging fremfor fysisk Opplæring i bruk av gevinstverktøy
Redusere antall fysiske konsultasjoner i sykehus	Færre helsereiser Redusert venteliste Redusert tidsforbruk per pasient Økt bruk av videokonsultasjon Kan behandle flere på samme tid	Telle antall timeavtaler i sykehus før/etter DHO Telle antall videokonsultasjoner	Opplæring i bruk av gevinstverktøy Gode rutiner for kartlegging/bruk av DHO Kunnskap, forståelse og rutiner i UNN for digital oppfølging fremfor fysisk
Redusere reisekostnader til sykehus	Færre helsereiser	Telle antall ambulanse/taxi-turer til/fra Bruk av gevinstverktøy	Opplæring i bruk av gevinstverktøy God egenbehandlingsplan Kunnskap, forståelse og rutiner i UNN for digital oppfølging fremfor fysisk
Redusere antall besøk til legekontor i kommuner	Kommunehelsetjenesten kan behandle flere pasienter på kortere tid	Telle antall ambulanse/taxi-turer til/fra Telle antall fysiske timeavtaler	Gode rutiner for kartlegging/bruk av DHO Gode saksbehandlingsrutiner
Redusere forbruk av helsetjenester i hjemmet	Reduksjon i antall vedtakstimer Reduksjon kjøretid Mer effektiv ressursbruk	Telle antall vedtakstimer før/etter DHO Telle antall km spart i kjøretid	Gode rutiner for kartlegging/bruk av DHO Gode saksbehandlingsrutiner

Reduksjon i antall korttidsopphold og/eller ø-hjelp i kommunen	Reduksjon i antall innleggelser Effektiv ressursbruk	Telle antall innleggelser	Gode rutiner for kartlegging/bruk av DHO Gode saksbehandlingsrutiner og samhandling
Bedre samhandling	Riktig behandling til riktig tid Tettere og raskere behandlingsforløp Færre avvik på elektronisk samhandling God pasientopplevelse	Brukerundersøkelser Telle antall avvik innenfor perioder 1 år før/1 år etter DHO-oppstart Sammenlikne tidsbruk på behandlingsforløp/ Diagnostisering	Rutiner for meldingsutveksling Systemer som snakker sammen på tvers av enheter i kommune, og mellom kommune og sykehus Felles utarbeidelse av DHO-tjeneste

4.2 Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?

Innmed har bistått med utarbeidelse av gevinstplan. Det er gjort jevnlig evaluering i henhold til tiltak for oppfølging og de tjenesteforløp som er jobbet med i utprøvingen. Gevinstvurdering er gjort ved oppstart, jf. eget kartleggingsskjema og sjekkliste for inklusjon. Man har videre fulgt annen tjenesteprosedyre der et tiltak/vedtak skal evalueres. Dette kan være ved oppstart, etter 2 uker testperiode, 3 måneder, 6 måneder osv.

Her trenger alle involverte flere pasientutprøvinger og erfaringer knyttet til gevinstoppfølging før man får god struktur på oppfølging og realisering. Det er derfor ønskelig å videreføre prosjektet med konkret plan for involvering av ledere og saksbehandlere i arbeidet med justering av tjenesteforløp og strukturert oppfølging av gevinster med bruk av gevinstverktøy.

I tabellen her følger noen eksempler med pasientutprøving og oppnådde gevinster:

Tilstand	Digital hjemmeoppfølging	Gvinster
Kreft + psykisk lidelse	Oppgave i app med ukentlig spørreskjema	Tettere oppfølging, trygghet, avdekke symptomforverring
Diabetes med/uten overvekt	Måling: Egenregistrering av blodsukker Oppgave i app med daglig aktivitet	Stabil medisiner og økt livskvalitet, innsikt og mestring av egen sykdom
Rehabilitering/ ernæringsoppfølging	Måling: Vekt ukentlig Daglig treningsprogram + spørreskjema knyttet til ernæring	Unngått opphold i institusjon Helhetlig oppfølging Kan være i kjente omgivelser med større deltakelse i ADL-aktiviteter, raskere rehabiliteringsforløp
Hjertesykdom/utredning	Egenmåling av EKG ved ubehag/smerter	Beslutningsstøtte i diagnostisering, raskere utredningsforløp
Endokarditt – oppfølging ifm. antibiotikabehandling i hjemmet	Blodtrykk, puls og temperatur. Tar daglig bilde av venetilgang og legger inn verdi for INR. Helsepersonell inspiserer innstikksted daglig.	Spart 3 uker liggedøgn Bedre nattesøvn Mer hverdagsaktivitet Pårørende kan jobbe i stedet for sykemelding

5.0 Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet

Informasjon, forankring og dialog med involverte aktører

- Informasjon og dialog med politisk og administrativ ledelse
 - Kommunedirektørutvalg
 - Helseledernetverk
 - Politisk forum som formannskap og kommunestyre
- Møter med ansatte i legekantor, hjemmetjenester, korttidsavdelinger og rehabilitering
- Dialogmøter med brukere i diverse brukerutvalg og foreninger som pensjonistforening, LHL, Eldresammenkomster m.fl.
- Informasjonsmøter mellom kommuner og sykehus i Helsefelleskapet
- Felles samhandlingsmøter mellom kommuner og UNN
- Kunnskapsdeling, råd og veiledning med andre samarbeidsaktører som PSHT Nord-Troms, DMS, Diginettverket i Troms og Finnmark
- Deltakelse i forskningsaktiviteter med Nasjonalt senter for e-helseforskning
- Samarbeid og kunnskapsdeling med andre prosjekter innen digitale tjenester

Kompetansehevende tiltak, kurs/opplæring

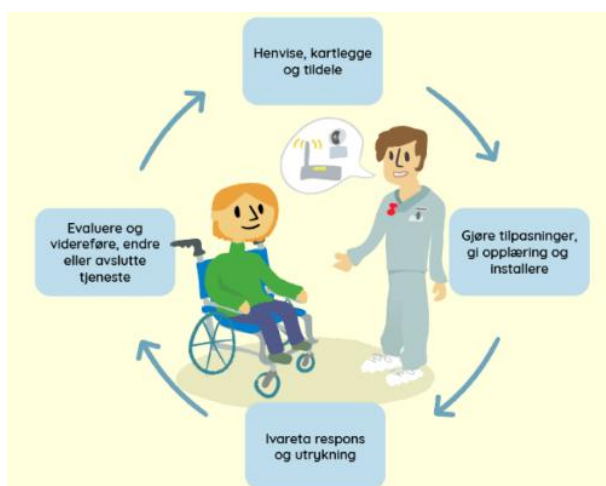
- Temamøter i regi av spredningsprosjektet/Helsedirektoratet. Lokale arbeidsgrupper har særlig blitt oppfordret til å delta.
- Emnekurs. Deltakelse både fysisk (Bodø) og digitalt over teams (Nord-Troms og Finnmark)
- Fagdager med leverandør er blitt gjennomført fysisk. Her har kommunene deltatt på fagdager arrangert av Dignio og Tellu. Siste fagdag ble arrangert i Tromsø høsten 2024 hvor helsepersonell fra kommunene og sykehus hadde prioritet.
- Webinar: Helsepersonell er blitt oppfordret til å følge webinarserie fra Nasjonalt senter for e-helseforskning. Flere fra lokale arbeidsgrupper har fulgt disse.
- Opplæring lokalt: Det er gjennomført opplæringsøkter med leverandør etter kontraktinngåelse mars 2024 (Dignio). Dette har vært digitale økter hvor superbrukere og andre har deltatt. I tillegg har det vært viktig å prioritere fysisk opplæring lokalt. Dette har lokal prosjektressurs/systemansvarlig eller superbrukere utført etter behov.

Utprøving av digital hjemmeoppfølging

- Det har vært viktig å innhente både praktisk og faglig erfaring med DHO i et tjenesteforløp. Ulike pasientgrupper, oppsett og innhold i egenbehandlingsplan, de ulike funksjonene og mulighetsrommet for både pasienter og tjenestene, varslinger og oppfølging. Både oppgave- og skjemarapportering er prøvd ut.
- Til sammen ca. 20 utprøvinger i løpet av prosjektperioden. 4 kommuner (Nordreisa, Kåfjord, Lyngen og Kvænangen) har i løpet av året prøvd ut DHO på pasienter. UNN har også hatt én pasient på DHO-løsningen. Pasientforløpene har vært innen diabetes-, kreft-, hjerte- og nyresykdom, antibiotikabehandling, rehabilitering, ernæring, overvekt og psykisk helse. Utstyr i utprøvingen har vært smarttelefon, nettbrett, digitalt skjema, aktivitetsklokke, INR-, EKG-, blodsukker-, temperatur-, vekt- og saturasjonsmåler.

Felles workshops i ulike faser i henhold til milepælsplan

- Milepæl 1: Avklare behov.
 - Kartlegging av behov og gevinster. Ble gjennomført en digital (feb. -23) og en fysisk (mars -23) workshop med deltakelse fra både kommuner og sykehus med prosessveiledning fra Innomed.
- Milepæl 2: Utarbeidelse av tjenesteforløp.
 - Ble gjennomført én digital (juni-23) og én fysisk workshop i 2024 (mai -24) med prosessveiledning fra Innomed.
- Milepæl 3: Helhetlig tjenestemodell
 - Gjennomført workshops mellom kommuner og UNN, og på tvers av Nord-Troms og DHO Finnmark (juni-24 og okt. -24). Dette ble knyttet opp mot tjenesteforløp for å identifisere roller og oppgaver.
 - Kommunene har parallelt med DHO-prosjektet deltatt i regionalt innføringsløp av helhetlig tjenestemodell i regi av Digi Troms og Finnmark. I dette arbeidet har flere brukt helhetlig tjenestemodell for å avdekke og plassere ansvar i et DHO-forløp.



Utarbeidelse av skjema og verktøy

- Prosjektressurser har hatt fysiske og digitale møter for å utforme ulike forslag til kartleggingsskjema, sjekklister for inklusjon, samtykkeskjema og informasjonsbrosjyrer. Skjemaer er tatt med i ulike workshops som beskrevet ovenfor i arbeidet med tjenesteforløp. Det er gitt tilbakemeldinger fra ansatte og ledere om behov og justeringer underveis. Disse er deretter samlet og utgitt som veiledere etter behov til tjenestesteder og legekontor. Arbeidet pågår fortsatt.

Anskaffelse av løsning

- Anskaffelse ferdigstilt mars -24. I oktober -24 var alle kommuner påkoblet Dignio Prevent.

Risiko- og sårbarhetsanalyse

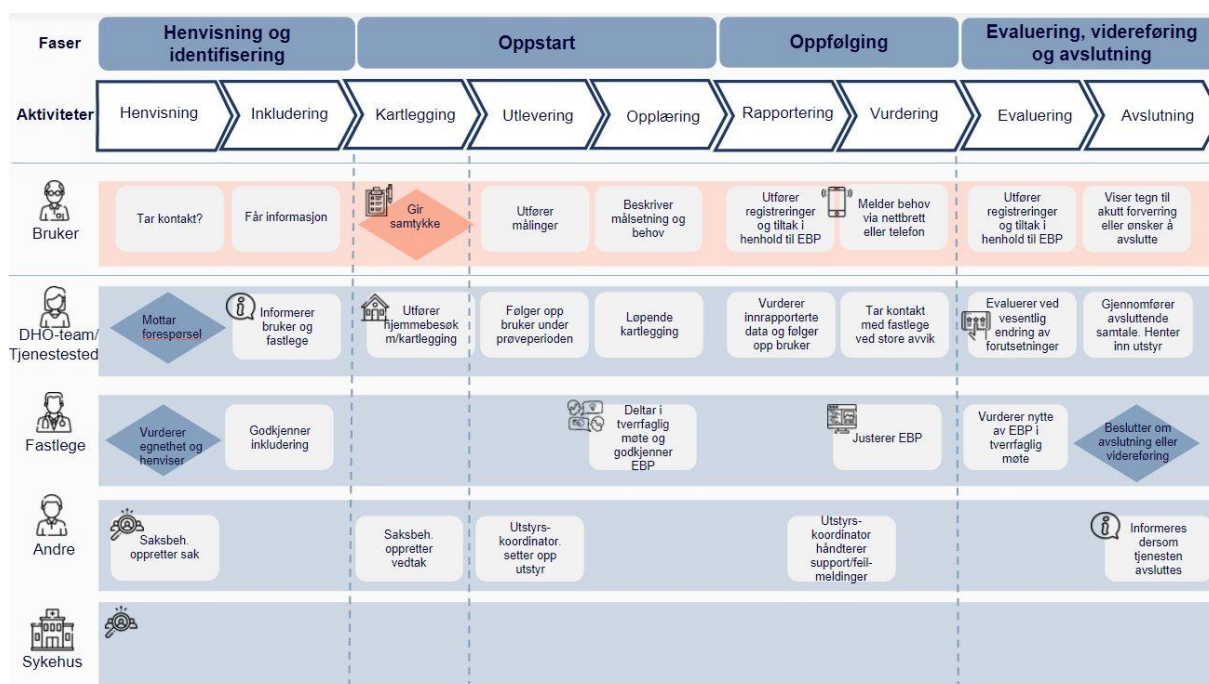
- ROS knyttet til DHO og Dignio Prevent ferdigstilt september 2024.

6.0 Modell for digital hjemmeoppfølging

6.1 Tjenesteforløp

Det er jobbet med tjenesteforløp i fellesskap, med noen lokale tilpasninger på grunn av ulik involvering mellom fastleger og/eller tjenestesteder. Etter hvert som flere utprøvinger er blitt gjort, har også tjenesteforløpet endret seg noe. Det har blant annet vært usikkerhet knyttet til rollen «Saksbehandler», da man har ulik praksis knyttet til registrering og vedtak.

Modellen nedenfor omhandler kommunal tjeneste eller fastlege/DHO-team som oppfølgingsansvarlig, og mangler altså sykehusets rolle i tjenesteforløpet. Videreføring av prosjektet har som mål å utarbeide modell hvor sykehus også deltar i oppfølgingen, både som rekrutterende, rådgivende og som totalansvarlig i behandling.



6.2 Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier

Se vedlegg med sjekklister for inklusjon og kartlegging

6.3 Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten

Vi har ikke lyktes med å opprette en fast brukerrepresentant i arbeidsgruppene lokalt, men har gått bredt ut for å invitere til dialog og innspill. Besøk og dialogmøter med ulike foreninger og forbund, med demonstrasjon av praktisk bruk har vært vellykket. Her har vi gitt rom for spørsmål og diskusjoner hvor det har kommet konkrete tips og tilbakemeldinger. Blant annet har løsninger og brukerens opplevelse av det tekniske vært et aktuelt tema. På fysiske workshops på UNN og i Nord-Troms har ulike representanter fra brukerutvalget på UNN deltatt, i tillegg til lokale representanter fra LHL-foreningen. Det har vært lettere å rekruttere inn deltakere ved oppmøte med UNN.

Samlede tilbakemeldinger har gjort at brukerperspektivet er blitt aktør nummer 1 i alle tjenesteforløp, der hele forløpet må starte med «Hva er viktig for deg?», og hvordan tilgjengeliggjøre

informasjon, hjelp og tjenester for brukeren. Noen kommuner har på bakgrunn av tilbakemeldingene, startet eget prosjekt som omfatter tiltak for å hindre digitalt utenforskap. Planen videre er at man systematisk bruker undersøkelser for å kartlegge både brukerens opplevelse og gevinstene av oppfølgingen.

6.4 Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

I dette har det vært fokus på to områder:

- Teknisk kompetanse hos superbrukere til å håndtere administrasjonsportal.
- Det helsefaglige innholdet er forståelig, gjennomførbart og oversiktlig i pasientens app.

Kommuner som nå har jobbet med utprøvinger kontinuerlig, har superbrukere som er blitt gode på å håndtere administrasjonsportal. Det helsefaglige innholdet med utforming av plan krever økt pasientvolum og flere erfaringer før prosessen gjennomføres lettere. Det er helsefaglig ressurs i DHO-team eller tjenestested som har laget planen etter opplysninger fra behandlingsansvarlig. Om man har flere brukere innen en bestemt pasientgruppe, eksempelvis diabetes, så vil man lettere kunne lage en god plan for ny bruker. Ved nye problemstillinger og diagnoser har det tatt lengre tid å gjøre avklaringer knyttet til trafikklysmodeell og utforming av plan i tråd med systemets innstillinger, også skjema-behandling med svar-rapportering. Leverandørsupport er flittig brukt i prosessen. I tillegg har kommunene hatt felles teams-møter for å utveksle tips og triks.

Videre er det et mål at egenbehandlingsplan aktivt blir brukt og tilgjengeliggjort for pasienten. Ved siste brukerundersøkelse opplevde kommunene at brukerne svarte *nei* på spørsmål om de hadde egenbehandlingsplan, selv om de hadde en plan. Så her må man også forbedre rutiner for informasjon, opplæring og gjøre viktige begrepsavklaringer med pasientene.

6.5 Oppfølging av pasienter, herunder organisering, kompetanse og omfang

Her beskrives to ulike modeller for oppfølging som per i dag er testet ut:

Dedikerte ressurser, gjerne kalt «DHO-team».

I utprøvingen har prosjektrussurser vært ansvarlig for løpende rapporteringer av pasienten. Dette har vært teknisk og helsefaglig kompetanse, til sammen 40 %, (sykepleier + fagarbeider) som har gjort kartlegging, tilpasning, utarbeidet plan for oppfølging og respondert på datarapportering. DHO-team har hatt løpende dialog med pasienten, og lege har vært involvert ved behov for avklaringer, endringer i plan/medisinering eller fysiske samarbeidsmøter. Omfang har vært oppfølging 1 til 2 dager per uke, noe avhengig av pasientens plan. Erfaringer så langt tyder på at teamet trenger økt tilstedeværelse og flere timer tilgjengelighet ukentlig for å øke volum av pasienter.

Tjenestested/avdeling som ansvarlig for oppfølgingen

Prosjektrussur har vært rådgivende i forhold til teknisk oppbygning, mens tjenesten selv har utarbeidet behandlingsplan som er godkjent av ansvarlig lege. På kommunesiden har leder lagt inn oppgave i arbeidslistene til ansatte og de har selv vært ansvarlig for løpende datarapportering, dialog med pasienten, dokumentasjon/overføring av målinger m.m.

I sykehus har ansvarlige sykepleiere for AB-behandling i hjemmet (Infeksjonsposten) fulgt opp pasient digitalt, med støtte fra PSHT-team til oppstart og konfigurering i DHO-portal.

6.6 Erfaring med fastlegens rolle og ansvar

Fastlegens rolle og ansvar har hatt noe ulik plassering i tjenesteforløp som er prøvd ut hittil. Per nå er det utarbeidet forløp der fastlege er beslutningsstøtte ved inklusjon og oppstart, samt godkjenner av grenseverdier og tilhørende egenbehandlingsplan. Dette er gjort i mer eller mindre samarbeid med DHO-team og/eller tjenestested.

Lite pasientvolum i flere kommuner har sammensatte årsaker, men lav involvering av fastleger tror vi er en årsaksfaktor. De er gjerne førsteledd med pasienter som ikke har tjenester fra før, og vil da også være den som fanger opp behov på et tidlig tidspunkt. De er også viktigste informasjons- og bindeledd med både interne og eksterne samarbeidsaktører, for eksempel spesialisthelsetjenesten. Derfor tror vi fastlegens rolle er av de mest sentrale for å lykkes med skalering og videreføre DHO til flere pasientgrupper. I kraft av deres rolle som behandlingsansvarlig har de sterkere beslutningsmyndighet enn noen andre i pasientforløpet. Ved henvisning fra lege til et DHO-team, eller en henvisning fra sykehus til fastlege; i begge tilfeller er det fastlegens rolle som har størst påvirkningskraft til utforming av tjenestetilbudet.

Dersom det likevel er *tjenesten* selv som velger å utforme for eksempel *hjemmesykepleie* som digital hjemmeoppfølging, i stedet for fysisk oppmøte med utførelse av målinger, vil ikke fastlegens rolle være like avgjørende for å komme i gang. Men her ser man heller ikke særlig stort potensiale for å hente ut de store gevinstene da mange av pasientene har komplekse tilstander og krever en del fysisk kontakt med tjenesten. Erfaringene tilsier derfor at fastlegens rolle vil være av stor betydning når man ønsker tidlig intervensjon, forebygging av sykdom og med dette unngå utvidede tjenestetilbud.

6.7 Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle

På lik linje med fastlegerollen erfarer vi at helseforetaket har en viktig rolle for å fange opp pasienter som kan være aktuelle for DHO. Dette fordi pasienten ofte har sine første møter med helsetjenesten gjennom utredning av sykdom på en sykehusklinikk, og vurderingen av om hele eller deler av et behandlingsforløp kan gjøres digitalt kan starte allerede her.

I siste året av prosjektet har vi derfor hatt flere fysiske møter og workshops der samhandlingsmodeller mellom sykehus og kommunene har vært tema. Både PSHT og Innovasjonsteamet på UNN har vært svært viktige i samarbeidet. Det er bred enighet om behovet for å utvikle modeller som styrker samhandling på tvers, samtidig som både primær- og spesialisthelsetjeneste må kunne inneha en rolle med totalansvar for pasientoppfølging i ulike forløp. Her er det imidlertid behov for å bruke tid slik at også klinisk personell som jobber pasientnært, deltar i utforming av konkrete pasientforløp. Det må utarbeides pasientforløp i samarbeid med både helsesekretærer, fagarbeidere, sykepleiere og leger i de ulike klinikkene, slik at de har nok informasjon og interne rutiner som gjør at pasientene blir kartlagt for DHO på et tidlig tidspunkt. Samarbeidet i prosjektet har omfattet felles kartlegging av behov og gevinster, felles forståelse av DHO i behandlingsforløp, samt utforming av tjenestereiser som utnytter kompetanse effektivt og sikrer god koordinering gjennom hele forløpet.

7.0 Anskaffelsesprosess

Nord-Troms måtte høsten 2023 gjennom anskaffelse på eksisterende løsninger av velferdsteknologi, og innlemmet da digital hjemmeoppfølging i samme anskaffelse. Det ble leid inn ekstern innkjøpskompetanse. Hepro vant dette anbudet, med underleverandør Dignio på DHO-plattform. Til dette har man anskaffet ca. 100 lisenser fordelt på 6 kommuner.

Kommunene har i prosessen hatt stort fokus på helhetlige løsninger med trygg og brukervennlig flate for både pasient og ansatte. Ulike typer teknologier med økende mengde varslinger gir samtidig økende behov for effektiv håndtering. Vi anskaffer derfor velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) i løpet av første halvår 2025.

I sykehus er det pågående anskaffelse av DHO der UNN har opsjon på anskaffelse som gjøres av Nordlandssykehuset.

8.0 Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten

Det er ressurskrevende å implementere en helt ny tjeneste hvor både organisatoriske, faglige og kulturelle endringer må til for å lykkes. Kostnader og bærekraft i tjenesten har hittil ikke vært et regnestykke med gevinster i form av kroner og øre, men heller en langsiktig satsning som skal bidra til bærekraft når behovene melder seg. Kostnader nedenfor viser at Nord-Troms har gjort betydelig investering som krever videre utredning av hvordan tjenesten kan driftes effektivt og bærekraftig med realisering av gevinster.

8.1 Kostnader og bærekraft

Kommunene har hatt kostnader i forbindelse med prosjektledelse, intern ressursbruk og tjenesteutvikling, samt kjøp og drift av DHO-løsning. Ressurser til kompetanseheving, opplæring, oppfølging og respons, kjøp av plattform, utstyr og månedlige lisenser er merkbare, særlig i en fase hvor uttrekk av gevinster fra pasientoppfølging er marginale. I pasientoppfølgingen er det gjort enkle stikkprøver med uttrekk av gevinster, men grunnet manglende ressurser til prosjektarbeid er ikke dette arbeidet fullført med synlige nøkkeltall og gevinster. Hos flere pasienter ser man umiddelbart gevinster i form av trygghet, mestring og innsikt i egen sykdom, noe som ikke gir kvantitative gevinster i form av mindre ressursbruk eller sparte kostnader. På lang sikt vil man likevel kunne omfordele ressurser effektivt ved at fysiske tjenester gis når det er nødvendig. Med press på institusjonsplasser vil det også være kostnadseffektivt når innbyggere holder seg friske og får behandling før det kreves større omfang av tjenester.

Utdrag fra kostnadsoversikt og beregninger i gevinstverktøy hvor tallene gjelder hele samlet for Nord-Troms:

- Engangskostnader:
 - 265 000,- til softwareløsning/utstyr
 - 196 000,- til opplæringskostnader
 - SUM: 455 000
- Driftskostnader/lisenser kr.:
 - 720,- per lisens per måned
 - 20 pasienter: 172 800,- per år
- Lønnskostnader for personell i oppfølging:
 - 20%: 1 400 000,- per år
 - Fastlege: 50 000 per år
- SUM engangskostnader + årlig drift/lønnskostnader: 2 077 800,-
NB! Fullstendig økonomirapportering sendes i eget skjema i Altinn.

8.2 Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

Med henvisning til kostnader ovenfor trenger vi en bedre tjenestemodell som gir balanse mellom forbruk av ressurser og uttrekk av gevinster. Hittil har man startet småskala- utprøving i hver enkelt kommune som vil gi høye kostnader. Kommunene erfarer at DHO-team gjennom prosjektarbeid lokalt med inntil 2 x 20 % stillinger har vært begrenset med hensyn til antall pasienter og videre skalering. For noen har det vært utfordrende at pasienter ikke blir henvist til utprøving. I andre kommuner ser man at dagens organisering med lokal oppfølging fra fastlege og/eller tjenestested eller DHO-team ikke er en langsiktig løsning som tåler et stort antall pasienter med nevnte ressurser. Oppfølging lokalt gir nærhet og hyppigere mulighet for fysiske møter underveis dersom problemer skulle oppstå. Samtidig er det sårbart ved fravær eller på dager der DHO-ressurser har andre arbeidsoppgaver i organisasjonen. Flere jobber turnus samtidig som man har eneansvar for prosjektets utprøving. Man trenger dere flere å støtte seg på, både lokalt og i et større kompetansenettverk, eksempelvis i form av et DHO-team i regionen.

I sykehus har PSHT som kjent innehatt rollen som superbrukere og dermed bistått aktuell avdeling med oppstart og oppfølging. Uten et nett av superbrukere i PSHT ville oppstart muligens tatt lengre tid og skapt større usikkerhet som hadde gitt ytterlige forsinkelse i utprøving fra UNN. Disse erfaringene gjør også at etablering av felles tjeneste med dedikert team må utredes nærmere.

9.0 Prosessveiledning

Av viktige aktiviteter og leveranser beskrevet tidligere i rapporten, har Innomed bistått med planlegging og gjennomføring av workshops, samt gitt opplæring i bruk av gevinstverktøy. Til sammen har de vært med å fasilitere 4 av 6 workshops.

Vi har hatt stor nytte av prosessveiledningen da dette prosjektet omfatter store endringer og involvering av mange roller og aktører. Det har vært fint å ha noen på siden som stiller nødvendige spørsmål og drar med erfaringer fra andre prosesser og prosjekter til oss. På samme måte som det har vært utskiftning av personell innad i vårt prosjekt, har det også vært bytte av prosessveiledere. Det har vært en liten utfordring og er muligens årsaken til at vi ikke har holdt trådene veldig godt mellom de store aktivitetene, men heller prioritert støtte og veiledning i forbindelse med workshops. Unntaket har vært arbeidet med gevinstverktøy hvor vi har hatt flere arbeidsøkter siste kvartal 2024. Oppsummert er vi fornøyd med veiledningen gitt av Innomed.

Fra Helsedirektoratet har både prosjektsamlinger og temamøter vært svært nyttig. Dette har på flere måter vært arenaen hvor kunnskapsdeling og perspektiver på tvers har gitt økt forståelse og motivasjon til å fortsette det lokale arbeidet.

10.0. Suksesskriterier, anbefalinger, utfordringer og læringspunkter

10.1. Suksesskriterier og anbefalinger

Erfaringer, roller, anbefalinger og suksesskriterier som er viktige for å oppnå effekt er sammensatt, og vi drar her ut noen konkrete punkter sett fra ulike aktører:

- Helsepersonell trenger:
 - Økt kunnskap og kompetanse om bruk av DHO
 - Mengdetrening som gir økt trygghet og forståelse
 - Informasjon og deltakelse som bryter ned skepsis og fremmer positiv kultur

- Deltakelse i tjenesteutvikling og erfaringsutveksling er nyttig og gir medvirkning og motivasjon
- Superbrukere med økt innsikt og forståelse av ulike type oppfølging og system/løsninger
- Helseforetak trenger:
 - Digital strategi som legger føringer for å digitalisere pasientforløp
 - Tydelig kommunikasjonsstrategi om endringsprosesser
 - Avsette ressurser og tidsbruk internt til prosjektledelse og informasjonsdeling
 - Involvere klinisk kompetanse som har frikjøpt tid
 - Økt kompetanse, forståelse og innsikt i bruk av DHO
 - Rutiner for å fange opp brukere som kan følges opp digitalt fremfor fysisk oppmøte
 - Rutiner som sikrer respons på oppfølging
 - Organisering må være avklart for å sikre langsiktige og bærekraftige tjenester
 - Team av superbrukere med økt innsikt og forståelse av ulike type oppfølging og system/løsninger
 - Ledelse som etterspør og følger opp gevinster
 - Samarbeid med leverandør mht. opplæring, brukerkartlegging og kommunikasjon rundt funksjonalitet
- Kommunene trenger:
 - Digital strategi som legger føringer for å digitalisere pasientforløp
 - Tydelig kommunikasjonsstrategi om endringsprosesser
 - Organisering må være avklart for å sikre langsiktige og bærekraftige tjenester
 - Avsette ressurser og tidsbruk internt til prosjektledelse og informasjonsdeling
 - Involvere klinisk kompetanse som har frikjøpt tid
 - Ledelse som etterspør og følger opp gevinster
 - Rutiner for å fange opp aktuelle pasienter på tidligst mulig tidspunkt
 - Fastlege og legekantor som ser nytten og er aktiv pådriver for å etablere tjenesten
 - Samarbeid med leverandør mht. opplæring, brukerkartlegging og kommunikasjon rundt funksjonalitet

10.2 Utfordringer

Manglende organisering, rolle- og ansvarsfordeling

Flere av kommunene og sykehusmiljøet har gjort organisasjonsendringer som innebærer endret struktur på både ledelse, tjenester og personell. Det tar derfor tid å plassere ansvar for nye utviklingsprosjekter og legge konkret plan for utforming av nye tjenester som dette. Vi erfarer at rolle- og ansvarsfordeling er utfordrende å avklare når det ikke har blitt gjort utprøving av DHO med deltakelse fra begge aktørene. Samtidig krever arbeidet med tjenesteforløp flere erfaringer, både faglig og praktisk forståelse.

Endringskompetanse og holdninger

Samtidig som man jobber med endringer som innebærer tilegnelse av ny kunnskap, omhandler dette også *avlæring* av eksisterende måter å gi tjenester på. Alle trenger å se det store bildet der samfunnet som helhet står overfor store omstillingsbehov for å kunne gi tjenester til de som trenger det i fremtiden også. Ansatte som jobber pasientnært, ser ikke nødvendigvis behovet for endringer når dagens måte å jobbe på fungerer bra. Flere leger uttrykker viktigheten av å se pasienten ansikt til

ansikt i frykt for å overse noe i det kliniske bildet. Det kan også være utfordrende å se andre helseaktører i tjenesteforløpet når ens egen praksis er i tråd med egne behov og forventninger. Dette kan for eksempel være helsesekretærer som håndterer et høyt antall telefoner og forespørsler daglig. Kunne noen henvendelser vært unngått ved bruk av DHO?

Tekniske utfordringer med ulike systemer og utstyr

Ulike systemer i legekontor, PLO og sykehus gir manglende samhandling når en pasient skal følges opp av flere enheter samtidig. Én felles plattform for DHO gir denne muligheten, men et ekstra system på siden av dagens journalsystem gir likevel utfordringer. Flere systemer medfører ekstra pålogginger og dobbeltføring av målinger. Man opplever også utfordringer knyttet til utstyr som pasientene bruker da ikke alle enheter lar seg integrere i leverandørens portal for automatisk innsending. Det ville spart tjenesten for tidsbruk og opplæring dersom pasientene kunne bruke (godkjent) utstyr som de fra før var godt kjent med. I utgangspunktet er det ønskelig å bruke utstyr som sender inn data automatisk uten manuell inntasting av måleresultater. Dette fordi pasienten fort kan trykke feil når tastene er små på både nettbrett og smarttelefon, og eventuell feilrapportering gir da behov for dobbeltkontroll fra tjenesten.

Dekningskvalitet og nettbrudd

Vi har også områder med særdeles lav dekningskvalitet i flere kommuner. Konsekvensene er brudd med påfølgende utlogging fra DHO-app. Pasienter som ikke er vandt å håndtere slike utfordringer fra før, må gjerne ha bistand for å logge på igjen. Dette har gitt merarbeid, usikkerhet og skepsis blant både pasienter, pårørende og ansatte.

Lave kompensasjonsordninger og takstbruk

Tilbakemeldinger fra fastleger er at økonomiske beregninger ikke viser merkbart kompensasjon knyttet til deltakelse og digitalisering av deres pasientforløp. Takstene for gjennomgang av målinger og meldingsutveksling med pasienten er lave sammenliknet med et fysisk oppmøte, mens takst for tverrfaglig samhandling er større. Når fastlegen starter individuell oppfølging er oppfatningen at kompensasjonen synker til et for lavt beløp. I en liten kommune skal legene oppnå et nokså stort pasientvolum før kompensasjonen blir av betydning.

Det er også gitt tilbakemeldinger fra sykehus om begrensede muligheter for takstbruk sammenliknet med fastlegens muligheter.

Anskaffelsesprosess

Anskaffelsesprosess midt i prosjektet ga også usikkerhet rundt innkjøp og utprøving, noe som naturligvis ga stopp og forsinkelser i planlagte aktiviteter. Tett dialog med leverandør er et tiltak som gir oss tilgang på kompetanse både i brukerkartlegging og teknisk funksjonalitet. På grunn av manglende teknisk løsning også i sykehus, har nødvendige avklaringer tatt tid og uttesting av flere pasienter har latt vente på seg.

Økonomi og ressurser

Knappe ressurser og stramme budsjett er velkjente utfordringer som naturligvis påvirker tempo og fremdrift. I små kommuner er det gjerne én person med mange roller og ansvarsområder på samme tid. Prosjektressurser for DHO har i de fleste kommuner ansvar for annen helseteknologi og/eller systemansvar med tekniske oppgaver og koordinering internt når det gjelder innføring av andre e-helseløsninger, slik som digital dialog, kjernejournal og VKP. I tillegg er det sterkt fokus på digital transformasjon på tvers av sektorer, noe som gjør at øverste ledelse har mye koordineringsansvar internt i forhold til både ressursbruk, budsjett og planstrategi. Når flere løsninger innføres parallelt utløses også flere kostnader knyttet til personell, integrasjoner, drift og forvaltning.

10.3 Læringspunkter

Noen læringspunkter som vi ønsker å trekke frem er disse:

Forankring og ledelse

Det må være tydelig styring og mandat fra øverste nivå, i både kommune- og sykehusledelse. Fremdrift og plan for organisering blir begrenset når det ikke er satt av av riktige og nok ressurser på tidlig tidspunkt i prosjektet.

Ressursbruk og kompetanse

Med henvisning til siste avsnitt under *Utfordringer* trengs flere ressurser for å følge opp viktige prosjektoppgaver. Tjenesteutvikling innen DHO tar lengre tid enn først antatt siden tjenesten involverer flere aktører. De aller fleste deltakere i lokale arbeidsgrupper har ikke frikjøpt tid, noe som gjør at for eksempel en møteplan stadig blir endret. Ledere med beslutningsmyndighet har mange oppgaver og må delegerer ansvar videre. Dette gjør at prosjektleder ofte blir stående alene uten mulighet til å gjøre viktige aktiviteter og beslutninger. Prosjektleder trenger derfor tettere samarbeid med flere prosjektrussurser, gjerne helsefaglig kompetanse som jobber pasientnært. Disse må også i større grad delta på kompetansehevende kurs og opplæringstiltak.

Behov for økt samarbeid og samhandling i og på tvers av kommuner og sykehus

For å sikre en bærekraftig tjeneste på lang sikt vil det videre bli utredet et større samarbeid innen digitale helsetjenester.

Tallene det tidligere i rapporten er vist til, viser et bilde med større kostnader enn besparelser på kort sikt. Kommunene er små og pasientvolumet er lite. Større involvering av fastleger og legekantor kan gjøre at man fanger opp de rette behovene på et tidligere tidspunkt *før* behovet for andre kommunale tjenester oppstår. Rutiner i sykehus for å kartlegge digitalt oppfølgings-potensiale *før* det søkes om kommunale tjenester, må også på plass.

Gjennomføring av workshops og aktiviteter med tydelige mål og tilnærming

Ved fysisk møte mellom kommunene og sykehus har man mange perspektiver og synspunkter for hvordan en tjeneste skal se ut og nødvendige endringer er vanskelig å skissere før man har pasienter i utprøving. Ved utarbeidelse av konkrete tjenesteforløp for aktuelle pasientgrupper er det derfor viktig å lage et tydelig mål om endring og innovasjon for en bestemt pasientgruppe innen de ulike samhandlingsmodellene for oppfølging.

Digital kompetanse og læring for innbyggere

Vi har fått konkrete tilbakemeldinger fra innbyggere som kjenner seg glemt på veien mot økt digitalisering. Å involvere brukere i større grad både ved utforming av tjenesteforløp og bruk av tekniske løsninger er viktig og må tas med i det videre arbeidet.

11.0 Oppsummering og veien videre

Både kommuner og sykehus jobber i tråd med nasjonale føringer og satsninger innen e-helse og målene om økt samhandling, god pasientopplevelse og effektiv ressursbruk.

Deltakere i spredningsprosjektet anser seg fortsatt å være i utprøving av DHO og har derfor søkt om videre finansiering til utvikling av tjenesten. Teamet har jobbet godt til tross for knappe ressurser og krevende prosesser.

Behovet for informasjon, opplæring og uttesting er fremdeles stort. Flere trenger å se potensialet av digital hjemmeoppfølging i behandlingsforløpet, særlig fastleger og behandlingsansvarlige i sykehus. Øvrig helsepersonell trenger økt kompetanse og forståelse av DHO. Et nettverk med samlet kompetanse som kan bidra på tvers av kommuner og sykehus vil derfor være et viktig mål på veien videre.

Vi trenger også å avklare nærmere modell som sier noe om hvor tjenesten er plassert i kommunene. Som nevnt tidligere i rapporten har kommunene parallelt med DHO-prosjektet deltatt i regionale innføringsløp av helhetlig tjenestemodell. Denne modellen har vært med å avdekke tilstedeværelse og deltakelse fra flere roller og tas derfor med i det videre arbeidet med etablering og organisering av DHO som tjeneste. Videre vil vi derfor jobbe tett med helse- og omsorgsledere, ledere, saksbehandlere, systemansvarlige og velferdsteknologikordinatorer. Tekniske integrasjoner med data- og informasjonsdeling gjør at vi også må involvere IKT, både for å ivareta personvern, men også sikre løsninger som er fleksible med tanke på bedre samhandling.

Det må brukes tid på utarbeidelse av detaljerte tjenesteforløp innen samhandlingsmodeller hvor både kommuner og sykehus har totalansvar, men også forløp som kan krysse nivåene. Et tydelig mål om å etablere felles tjeneste for oppfølging i regionen blir viktig fra 2025.

Vi takker for godt samarbeid med Helsedirektoratet, andre prosjekter og samarbeidspartnere.

12.0 Tilbakeblikk i bilder

Nedenfor ses utklipp av engasjerte ansatte i både kommuner og sykehus fra ulike prosjektaktiviteter.



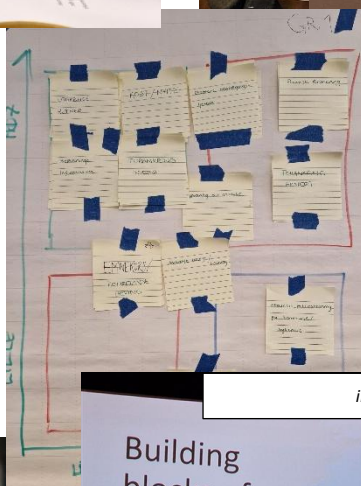
Workshop med ledere og ansatte Nordreisa



iHac-samling m/workshop i Alta



Dialogmøte med innbyggere



iHac-samling i Storuman



Building blocks of governance

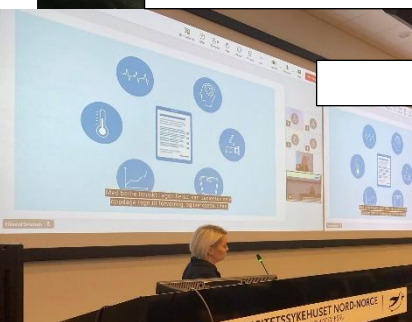
- Mutual dependency
- Agreements
- Goal oriented



Besøk av NSE



Fagdag i Oslo



Informasjonsmøte på UNN



Step-up kurs på UNN



13.0 Vedlegg

6 vedlegg

Vedlegg 1: Inklusjon og sjekkliste

Vedlegg 2: Kartleggingskjema

Vedlegg 3: Samtykkeskjema

Vedlegg 4: Brukercase

Vedlegg 5: Brukerevaluering

Vedlegg 6: Tjenesteforløp

12.02.25

Anne Sofie Pedersen, Interkommunal prosjektleder

Inklusjon og sjekkliste ved oppstart av DHO

(Denne lista brukes til å vurdere om man går videre med DHO-tjeneste når kartleggingsskjema for DHO er utfyllt sammen med pasient og evt. pårørende)

Kriterier	Kommentarer
☐ Helsetilstand egner seg for digital oppfølging: - Tilstand kan følges opp på avstand - Målinger skal tas jevnlig - Skjema med spørsmål og svar er hensiktsmessig for pasient og/eller helsetjenesten	
☐ Pasient er samtykkekompetent eller har pårørende som kan bistå i oppfølging der pasient ikke innehar samtykkekompetanse	
☐ Pasient er motivert for digital oppfølging	
☐ Pasient har tilstrekkelig digital kompetanse eller vurderes i stand til å tilegne seg	
☐ Pasient har tilstrekkelig dekningskvalitet i hjemmet i form av 4G eller eget wifi-nett	
Formål om tre eller flere av følgende gevinster: ☐ Økt trygghet og mestring ☐ Økt innsikt i egen sykdom ☐ Forhindre/oppdage forverring av tilstand ☐ Forhindre utvidet bruk/utsette bruk av kommunale helsetjenester ☐ Færre helsereiser og belastningen dette medfører ☐ Forhindre innleggelse/reinnleggelse (sykehus/korttidsopphold) ☐ Ønsker færre besøk på legekantor ☐ Økt samhandling på tvers av tjenestenivåer	



Sjekkliste med gjøremål i tjenesteforløp	Kommentarer
☐ 1. Kartlegging er utført ☐ 2. Samtykkeskjema er underskrevet ☐ 3. Oppfølging og tjenesteansvar er avklart ☐ 4. Pasient opprettes i administrasjonsportal ☐ 5. Egenbehandlingsplan med skjema eller målinger/grenseverdier er utarbeidet i samråd med pasient, evt. pårørende ☐ 6. Lege/behandlingsansvarlig har godkjent planen ☐ 7. Oppstart og opplæring er avtalt med pasient og evt. pårørende ☐ 8. Utstyr er bestilt/anskaffet ☐ 9. Pasientens app og utstyr er klargjort ☐ 10. Tjeneste er opprettet i fagsystem ☐ 11. Saksbehandler har laget vedtak ☐ 12. Tiltak er dokumentert i pasientens journal	<i>Om pasient ikke har egen smarttelefon/nettbrett trenges utlån</i> <i>Pkt. 10-12 følger organisasjonens rutiner for dokumentasjon</i>



Navn	
EPJ-nr.	
Fødselsnummer	
Telefon/epost	
Adresse	
Boligsituasjon	☐ Bor med andre ☐ Bor alene ☐ Omsorgsbolig/Bolig med service ☐ Har familie i nærheten(beskriv)_____
Medisinliste: (legg evt. ved medisinliste)	
Mottar bruker tjenester fra kommunen/andre?	☐ Nei ☐ Ja, beskriv:

Kontaktpersoner

Familie/nettverk	Navn/relasjon/telefon:
Pleie- og omsorgstjenesten	Navn/rolle/telefon:
Fastlege	Navn /telefon:

Samtykke

Har bruker samtykkekompetanse i forhold til DHO?	☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke Hvis nei, når er samtykkekompetansen vurdert og dokumentert? _____
Samtykker bruker til innhenting og deling av opplysninger for videre kartlegging?	☐ Ja ☐ Nei <i>NB! Husk å fylle ut samtykkeskjema</i>

DEL 2 Kartlegging av brukers aktiviteter, behov og ressurser

Fortell litt om deg selv:

-Om nettverket ditt:

-Om arbeid/yrke:

-Om interesser/ hobbyer/hva du liker å gjøre:

Daglige aktiviteter

Bruk tidslinjen for å indikere hva som skjer (stå opp, frokost, lunsj, middag, tur, besøk, sove)

6-----8-----10-----12-----14-----16-----18-----20-----22-----24-----02-----04

Beskriv en vanlig dag med typiske aktiviteter:

Hvilke aktiviteter/oppgaver er viktig for deg å gjøre?

Er du fornøyd med innholdet i hverdagen din?

Ernæringsstatus

Kg: _____

Høyde: _____

Opplever du at diagnosen påvirker kostholdet ditt?

Opplever du å ha variert og sunt kosthold ?

Er det noe som er vanskelig i forhold til din sykdom/ problem? Hva vil gjøre dette enklere?	
Dersom bruker allerede benytter hjelpemidler, noter hvilke:	

DEL 3: Kartlegging av brukers teknologiske kompetanse

Utstyr Har bruker erfaringer med håndtering av nettbrett og/eller smarttelefon? (<i>Ladding, touch skjerm, låse opp, håndtere app</i>)	Nettbrett Ja ☐ Nei ☐
	Smarttelefon Ja ☐ Nei ☐
	Hvis nei, vurderes bruker i stand til å lære seg bruk av smarttelefon eller nettbrett? Ja ☐ Nei ☐
	Har bruker evt. noen som kan bistå med dette? Ja ☐ Nei ☐ Hvem:
	Syn: Klarer bruker å se hva som står på nettbrettet? Ja ☐ Nei ☐ Hvis nei, kan hjelpemidler benyttes? Ja ☐ Nei ☐
	Håndmotorikk: Vil bruker kunne klare å utføre målingene selv til avtalt tid? Ja ☐ Nei ☐ Klarer bruker å håndtere aktuelt måleutstyr? (sirkulasjon, temperatur, rene hender, rolig aktivitet) Ja ☐ Nei ☐
	Aktuelt utstyr: ☐ Vekt ☐ Tempmåler ☐ Blodtrykks/pulsmåler ☐ Spirometer ☐ Pulsoxymeter ☐ Blodsuktermåler ☐ EKG-måler ☐ Aktivitetsmåler

	☐ Annet: _____
Har bruker eget utstyr som kan brukes?	☐ Ja, har smarttelefon eller nettbrett ☐ Ja, har eget måleutstyr ☐ Nei, har ikke smarttelefon eller nettbrett ☐ Nei, har ikke eget måleutstyr
Har bruker wifi/trådløst nett hjemme?	☐ Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke

DEL 4: Mål for oppfølgingen

"Hva er viktig for deg"? Sett gjerne flere kryss	Be pasienten beskrive: Sett deretter kryss på aktuelle gevinster for pasienten: ☐ Forhindre og behandle akutt forverrelse ☐ Økt trygghet , selvstendighet ☐ Best mulig livskvalitet ☐ Bo lengere hjemme ☐ Mest mulig symptom fri ☐ Være mere sosial ☐ Færre besøk på legekantor ☐ Færre konsultasjoner/innleggelser i sykehus
Vurderes bruker som aktuell for digital hjemmeoppfølging?	☐ Ja ☐ Nei. Hvorfor ikke?
Relevante tilbud til innbyggere med DHO	☐ Treningsgruppe ☐ Virtuell trening ☐ Frisklivssentralen ☐ Annet:



Samtykke til bruk av velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølgings- tiltak (Sist revidert 04.04.24) Unntatt fra offentlighet, jf. offvl. § 13 jf. fvl. § 13

1. Informasjon om tjenestemottaker

Navn:	
Fødselsnummer:	
Har tjeneste fra før? Beskriv	
Informant(er):	☐ Tjenestemottaker ☐ Pårørende (ektefelle/barn/andre) /venner/verge: _____ ☐ Personalet, oppgi stilling: _____
Er pasienten samtykkekompetent	☐ Ja ☐ Nei <i>Hvis nei, se egen veileder om tjeneste/vedtak til personer uten samtykkekompetanse</i>

Samtykke	Jeg samtykker i å ta i bruk trygghetsskapende-/ mestrings-teknologi i form av: ☐ Kameratilsyn. Tilsynene vil bli gjort på avtalte tidspunkt, og evt. ved utløste alarmer. ☐ Fall forebygging/varsling av fall ☐ Vandrealarm (dør, vindu, bevegelse) ☐ Mobil trygghetsalarm/GPS ☐ Ja, jeg samtykker til bruk av utstyr og program i forhold til digital hjemme oppfølging ☐ Jeg samtykker til at relevant helsepersonell kan innhente og dele opplysninger om min helsetilstand og anvende måldata i oppfølging av tjenesten. Hvis ønskelig, spesifiser hvilke instanser: <table border="0"> <tr> <td>☐ Legetjenesten</td> <td>☐ NAV</td> </tr> <tr> <td>☐ Kommunal rus- og psykisk helsetjeneste</td> <td>☐ Politiet</td> </tr> <tr> <td>☐ Hjemmesykepleien</td> <td>☐ Flyktningetjenesten</td> </tr> <tr> <td>☐ Kommunale Helseinstitusjoner</td> <td>☐ Barnehage, Skole, Voksenopplæring</td> </tr> <tr> <td>☐ Helsestasjon</td> <td>☐ Pedagogisk, Psykologisk tjeneste (PPT)</td> </tr> <tr> <td>☐ Helsesykepleier for flyktninger</td> <td>☐ Ungdomskontakt</td> </tr> <tr> <td>☐ Ergo-, Fysioterapeut, Kiropraktor</td> <td>☐ Barnevernstjenesten</td> </tr> <tr> <td>☐ Støttekontakt, Avlastningshjem</td> <td>☐ Optiker</td> </tr> <tr> <td>☐ Jordmortjenesten</td> <td>☐ Tannhelsetjenesten</td> </tr> <tr> <td>☐ Spesialisthelsetjenesten</td> <td>☐ Pårørende</td> </tr> <tr> <td>☐ Senter for psykisk helse (DPS, VOP, BUP)</td> <td>☐ Koordinerende Enhet</td> </tr> </table> ☐ Andre:..... ☐ Nei, jeg samtykker ikke.	☐ Legetjenesten	☐ NAV	☐ Kommunal rus- og psykisk helsetjeneste	☐ Politiet	☐ Hjemmesykepleien	☐ Flyktningetjenesten	☐ Kommunale Helseinstitusjoner	☐ Barnehage, Skole, Voksenopplæring	☐ Helsestasjon	☐ Pedagogisk, Psykologisk tjeneste (PPT)	☐ Helsesykepleier for flyktninger	☐ Ungdomskontakt	☐ Ergo-, Fysioterapeut, Kiropraktor	☐ Barnevernstjenesten	☐ Støttekontakt, Avlastningshjem	☐ Optiker	☐ Jordmortjenesten	☐ Tannhelsetjenesten	☐ Spesialisthelsetjenesten	☐ Pårørende	☐ Senter for psykisk helse (DPS, VOP, BUP)	☐ Koordinerende Enhet
☐ Legetjenesten	☐ NAV																						
☐ Kommunal rus- og psykisk helsetjeneste	☐ Politiet																						
☐ Hjemmesykepleien	☐ Flyktningetjenesten																						
☐ Kommunale Helseinstitusjoner	☐ Barnehage, Skole, Voksenopplæring																						
☐ Helsestasjon	☐ Pedagogisk, Psykologisk tjeneste (PPT)																						
☐ Helsesykepleier for flyktninger	☐ Ungdomskontakt																						
☐ Ergo-, Fysioterapeut, Kiropraktor	☐ Barnevernstjenesten																						
☐ Støttekontakt, Avlastningshjem	☐ Optiker																						
☐ Jordmortjenesten	☐ Tannhelsetjenesten																						
☐ Spesialisthelsetjenesten	☐ Pårørende																						
☐ Senter for psykisk helse (DPS, VOP, BUP)	☐ Koordinerende Enhet																						



Dette samtykket gjelder for følgende tidsrom eller frem til jeg trekker samtykket tilbake.

- ☐ Dette samtykke er gitt ved hjelp av tolk, som er bundet til forvaltningsloven § 13.
Bruker har behov for tolk som snakket

Dato:

Skjema er fylt ut av: _____

Signatur bruker: _____

Signatur pårørende (hvis relevant): _____

Case fra kommune

Alder: 83 år

Bosituasjon: Bor alene

Sykdomshistorie:

Tidligere frisk – ingen kommunale tjenester.

UNN har henvist til kommunalt korttidsopphold for rehabilitering etter lårhalsbrudd. Alvorlig risiko for underernæring, symptomer på depresjon.

Behov:

Behov for oppfølging ift. daglig gåtrening og andre fysiske øvelser for å øke muskelkraft og bevegelse, ernæringsoppfølging, unngå vekttap, trygghet

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging:

- Innlagt korttidsavdeling på ubestemt tid
- Besøk av fysioterapeut to ganger daglig
- Ernæringsplan og oppfølging – ukentlig vektmåling
- Dårlig matlyst
- Stillesittende

Etter oppstart DHO

Hvem henviste pasienten til Digital hjemmeoppfølging, og hvem gjorde hva?

1. Personalet på korttidsavdeling visste om pågående DHO-prosjekt → vurderte inklusjon med annet helsepersonell og lege
2. Personalet innhentet samtykke og gjorde kartlegging av nødvendige oppgaver og målinger:
 - **Daglige oppgaver med spørsmål om måltidene** på skala fra 1 – 10 (1 spist lite eller ingenting, 5= spist nokså bra, 10 =spist etter planen)
 - **Oppgave morgen og kveld med trening** etter plan gitt av fysioterapeut
 - **Vekt hver mandag**
3. Systemansvarlig klargjorde nettbrett og nødvendig utstyr (vekt)
4. Sykepleier i Hjemmetjenesten brukte tiltakene om ernæring og fysisk rehabilitering som grunnlag for egenbehandlingsplanen
5. Fastlege godkjente planen
6. Personalet gjorde opplæring og testet med bruker over to døgn før hjemreise
7. Hjemmetjenesten opprettet tiltak for digital hjemmeoppfølging med oppfølging av egenregistrering og overføring av vektmålinger til EPJ ukentlig
8. Leder fulgte opp gevinstene. Vurderte avslutning etter 3 måneder.

Gevinster etter oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Tidligere utskrivelse fra institusjon
- Økt mestring og selvstendighet med økt deltakelse i ADL-aktiviteter
- Økt appetitt og stabil vekt
- Fikk tettere oppfølging over lengre tid

Case fra sykehus

Pasient innlagt sykehus med endokarditt. Behov for 6 uker intravenøs AB, 6 ganger daglig. Skrevet ut etter 3 uker. Pasient/pårørende kommer 2 g/uke til UNN for skift av infusjonssett og stell av venetilgang.

Pårørende henter infusjonspose på sykehuset daglig, fått opplæring i å skifte den selv.

Tar i tillegg blodtrykk, puls og temperatur daglig som legges inn i MyDignio-appen.

Tar daglig bilde av venetilgang og legger inn verdi for INR. Helsepersonell inspiserer innstikksted og følger med daglig i Dignio og rapporterer til lege ved avvik i målinger.

Gevinster:

Sykehusinnleggelsen kunne ikke vært unngått. Men vi sparer 3 uker med liggedøgn for pasienten på sykehus hvor det er risiko for sykehuservervet infeksjoner, samt at vi frigjør senger til pasienter med større behov.

Bedre nattesøvn

Mer hverdagsaktivitet

Får drive med hobbyer og være sosial med venner og familie i større grad

Pårørende er tilbake i jobb på hjemmekontor, istedenfor sykemelding

Vedlegg 2: Brukerevaluering

Eksempel på brukerevaluering ved avslutning av DHO

Svar fra pasienten er merket gult.

1. Kjønn - Mann
2. Alder - 85år
3. Diagnoser
 - a. KOLS,
 - b. Hjertesvikt
 - c. Diabetes
 - d. Kreft
 - e. Ernæringsutfordringer
 - f. Andre diagnoser
 - g. Ønsker ikke å svare
4. Bor du alene

- a. Ja
 - b. Nei
 - c. Ønsker ikke å svare
5. Hvor lenge har du hatt digital hjemmeoppfølging?

8 måneder ca.

6. Har digital hjemmeoppfølging påvirket din trygghet?
- a. Gradering 1-5: 2. Var i utgangspunktet ikke preget av utrygghet, men har gjennom digital hjemmeoppfølging hatt bedre kontroll på målingene.
7. Har digital hjemmeoppfølging påvirket din fysiske helse?
- a. Gradering 1-5: 2. Nei, har ikke opplevelse av det. Var i perioder i dårlig form, og ble påvirket fysisk. Målingene var samtidig stabile, så tror ikke det skyldes DHO at formen ble bedre.
8. Har digital hjemmeoppfølging påvirket din livsglede?

- a. Gradering 1-5. **4. Mistet ektefelle underveis og DHO hadde slikt sett positiv påvirkning på hverdagen. Følte det godt at noen andre fulgte med på helsetilstanden.**
9. Har oppfølgingen endret din evne til å ta vare på din egen helse?
- a. Gradering 1-5. **2. Har hatt diabetes såpass lenge at jeg har kunnskap om sykdommen og hvordan kostholdet påvirker min sykdom. Har i så måte ikke endret noe særlig min evne til å ta vare på egen helse, men medisineringen av den har jo hatt betydning.**
10. Tror du digital hjemmeoppfølging påvirker hvor ofte du går til fastlegen?
- a. Gradering 1-5. **3. Jeg har gått færre ganger til lege ved at jeg hadde et annet overblikk over sykdommen og målinger, noe også Hjemmetjenesten også hadde.**
11. Tror du digital hjemmeoppfølging har påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehuset?
- a. Gradering 1-5. **1. Nei, ikke vært verken før eller etter oppfølgingen.**
12. Har DHO påvirket ditt behov for hjemmetjenester?
- a. Gradering 1-5. **2. Hjemmetjenesten var oftere hos meg før DHO, men også fordi ektefellen levde da.**
13. Hvor fornøyd er du med oppfølgingen du får fra oppfølgingstjenesten?
- a. Gradering 1-5. **4. Ikke alle hadde kunnskap og fått opplæring, måtte derfor vente lengre for å få meg logget på nettbrettet igjen dersom det hadde vært et problem.**
14. Hvor fornøyd er du med digital hjemmeoppfølging i sin helhet?

Gradering 1-5

4. Ikke fornøyd med å avslutte tjenesten. Kjente meg bedre fulgt opp og mere sett. Hadde satt satt pris på nyere utstyr, hadde utfall ca. et par ganger i måneden som jeg tror skyldes gammelt utstyr.

- a. Fritekst (inkl forslag til forbedring?)

Fordeling av aktiviteter

A Ansvarlig
 R Rådgivende
U Utførende
 D Deltakende

Aktivitet	Bruker 	Tjenestested/ DHO-team 	Fastlege 	Sykehus 	Andre Systemansvarlig, utstyrskordinator 
Identifisering/henvisning	U	A U	A U		
Tidlig kartlegging	D	A U	R A		
Inkludering	D	U	A		
Tildeling av utstyr, teknisk administrasjon		U A D			D U
Opplæring		A U			D U
Kartlegging (EBP)	D	U	A		
Rapportering	A	R U			
Vurdering	D	A	R		
Evaluering	D	A	U		
Avslutning	D	A	U A		D U