



**DIGITAL
HEIMEOPPFØLGING**
DHO Søre Sunnmøre

Sluttrapport

Måling og meistring – digital heimeoppfølging på Søre Sunnmøre

Spreiingsprosjekt 2022-2024



Samandrag

Kommunane på Søre Sunnmøre har lang erfaring med interkommunalt samarbeid, spesielt innan IT og legevakt. I 2022 vart det lyst ut midlar til spreingsprosjekt for digital heimeoppfølging (DHO) av Helsedirektoratet. Kommunane såg behovet for å utforske nye måtar å yte tenester på, spesielt for kronisk sjuke. Prosjektet fekk tilskot frå Helsedirektoratet, og Volda sjukehus vart med som samarbeidspartnar.

Fakta om prosjektet

Prosjektnamn: "Måling og meistring – digital heimeoppfølging på Søre Sunnmøre"

Samarbeidspartar: Møre og Romsdal helseføretak v/ Volda sjukehus og kommunane Hareid, Herøy, Sande, Ulstein, Volda og Ørsta.

Organisering: Prosjekteigar var Volda kommune, med Svein Berg-Rusten som kommunalsjef helse og omsorg. Prosjektleder var Karianne Sveen Orvik. Prosjektet hadde ei arbeidsgruppe og ei prosjektgruppe med representantar frå kommunane, sjukehuset, legevakta og brukarrepresentantar.

Mål med tiltaket

Prosjektet hadde fire hovudmål:

1. Brukarar med kronisk sjukdom, og deira pårørande, opplever føreseielegheit, tryggleik og meistring i kvardagen.
2. Teikn på forverring av kronisk sjukdom blir oppdaga på eit tidleg tidspunkt og brukaren får adekvat oppfølging.
3. Konsultasjonar for oppfølging av kronisk sjukdom er hensiktsmessige og av god kvalitet.
4. Samarbeidet mellom ulike tenester er styrka

Målgruppe og forventa effektar

Målgruppa var personar med moderat til alvorleg KOLS, hjartesvikt eller diabetes, med moderat til høg risiko for forverring. Forventa effektar var auka meistring og tryggleik for brukarar og pårørande, auka samhandling mellom helsetenestene, rett bruk av fastlege, færre henvendingar til legevakt, reduserte kostnader på innleggingar og polikliniske konsultasjonar, og utsett behov for tenester høgare opp i omsorgstrappa.

Måloppnåing og gevinstar

Ved avslutning av prosjektet i desember 2024 var tenesta DHO Søre Sunnmøre etablert ved Søre Sunnmøre legevakt. Prosjektet nådde måla om å etablere tenesta og sette den i drift. Brukarane opplevde auka kunnskap og tryggleik, og eigenbehandlingsplanen fungerte godt. Fastlegar rapporterte om kvalitetsforbetring ved å kunne sjå målingar over tid. Samarbeidet mellom helsetenestene var styrka, men det var behov for fleire brukarar for å oppnå full effekt.

Her er nokre av dei viktigaste gevinstane og resultata:

Auka tryggleik og meistring for brukarar og pårørande:

- Brukarane rapporterte auka kunnskap og betre forståing av sjukdomen sin, noko som gav dei større tryggleik i kvardagen.
- Eigenbehandlingsplanen fungerte godt, og brukarane opplevde tryggleik gjennom oppfølginga frå tenesta.

Tidleg oppdaging av forverring:

- Oppfølgingstenesta følgde opp målingar alle kvardagar og tok kontakt med brukarar ved avvikande målingar eller svar.
- Brukarane opplevde at dei kunne ta tidlegare kontakt med helsehjelp ved behov, noko som førte til betre handtering av sjukdomen.

Forbetring av konsultasjonar:

- Fastlegar rapporterte om kvalitetsforbetring ved å kunne sjå målingar til brukarane over tid, noko som gav betre informasjon om effekt av tiltak.
- Legevaktsentralen opplevde det som nyttig å kunne sjå pasientens måldata ved kontakt med ordinær legevakt.

Styrka samarbeid mellom helsetenestene:

- Samarbeidet mellom fastlegar, legevakt og kommunale forvaltningskontor vart styrka.
- Det var behov for fleire brukarar for å oppnå full effekt av samarbeidet med sjukehus og andre kommunale helsetenester.

Viktige aktivitetar og leveransar

Prosjektet gjennomførte kartlegging, workshop, utvikling av tenestereise, kommunikasjonstiltak, pilotering og anskaffing av utstyr og programvare. Opplæring av tilsette og overgang til drift vart gjennomført. Prosjektet jobba med forankring i kommunane og helseføretaket, og starta på utviklinga av heilskapleg tenestemodell.

Erfaringar og læringspunkt

Prosjektet erfarte at digital heimeoppfølging auka tryggleiken og meistringa for brukarane. Samarbeidet med sjukehuset og fastlegane var viktig for å utarbeide eigenbehandlingsplanar. Det var utfordringar med å få fastlegane til å tilvise pasientar, men prosjektet jobba med å bygge tillit og informere om tenesta.

Vegen vidare

Tenesta er i drift med åtte brukarar, og det er planlagt vidare forankring og utvikling av tenesta. Arbeidet med heilskapleg tenestemodell held fram, og det vil bli jobba med å spreie informasjon om tenesta til innbyggjarar og tilsette i kommunane og sjukehuset.

Innhald

Samandrag.....	0
Innhald.....	3
1 Bakgrunn for deltaking i spreingsprosjektet	5
2 Fakta om prosjektet.....	6
2.1 Prosjektnamn	6
2.2 Samarbeidspartar	6
2.3 Prosjektorganisering.....	6
2.4 Prosjektstyring.....	6
2.5 Forankring i helsefellesskapet	6
2.6 Andre samarbeidspartar	7
3 Mål med tiltaket	8
3.1 Mål for prosjektet.....	8
3.2 Målgruppe	8
3.3 Forventa gevinstar	8
3.4 Måling av gevinstar og plan for oppfølging	9
4 Måloppnåing og gevinstar	10
4.1 I kva grad er måla for prosjektet oppnådd?	10
4.2 Brukarcase	12
4.3 Kva gevinstar prosjektet har gitt.....	12
4.4 Korleis gevinstane har vore henta inn og følgt opp.....	13
4.5 Viktige aktivitetar og leveransar i prosjektet.....	14
5 Modell for digital heimeoppfølging.....	17
5.1 Tenesteforløp.....	17
5.2 Kriterium for å få teneste	18
5.3 Involvering av brukarar i utforming og utvikling av tenesta.....	18
5.4 Erfaringar med utarbeiding og bruk av eigenbehandlingsplan	19
5.5 Oppfølging av brukarar i digital heimeoppfølging.....	19
5.6 Erfaringar med fastlegens rolle og ansvar	20
5.7 Samarbeid med helseføretaket kring pasientar	21
5.8 Anskaffingsprosessen	21
5.9 Vurdering av kostnadar og berekraft i tenesta	22

5.10	Fordeler med organisering ved interkommunal legevakt	22
5.11	Ulemper med organisering ved interkommunal legevakt.....	23
6	Prosessretteiing	24
6.1	Prosessretteiing frå InnoMed	24
6.2	Nytteverdi av prosessretteiing frå InnoMed.....	24
6.3	Kva aktivitetar frå Helsedirektoratet har vore nyttig for framdrift i prosjektet?	24
7	Læringspunkt og erfaringar	25
7.1	Erfaringar som er viktige for å oppnå effekt.....	25
7.2	Erfaringar og anbefalingar rundt roller og ansvar i DHO	25
7.3	Erfaringer med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi	26
7.4	Utfordringar	26
7.5	Suksesskriterier og barrierar	27
7.6	Råd til andre som planlegg å etablere digital heimeoppfølging	28
8	Oppsummering og vegen vidare	29
8.1	Status for overgang til drift.....	29
8.2	Kva må på plass for å sikre overgang til drift?	29
8.3	Plan for vidare utvikling.....	30
9	Vedlegg.....	31

1 Bakgrunn for deltaking i spreingsprosjektet

Kommunane på Søre Sunnmøre er godt vande med å løyse oppgåver i lag. Vi har ulike typar interkommunale samarbeid, og to av dei mest omfattande samarbeida er for IT og legevakt. Alle dei seks kommunane som har tatt del i digital heimeoppfølgingsprosjektet er med på desse to samarbeida. Dette har gitt prosjektet eit solid fundament og forenkla fleire prosessar kring samarbeid og avtalar.

Kommunane har også fleire fagnettverk. Eit av fagnettverka er for koordinatorane for velferdsteknologi i kommunane. Her utvekslar ein idear og erfaringar, og ein gjennomfører felles prosessar.

I 2022 vart det lyst ut midlar til spreingsprosjekt for digital heimeoppfølging (DHO) i regi av Helsedirektoratet. Fagnettverket for velferdsteknologi starta å sjå på moglegheitene og interessa for dette i våre kommunar. Ein såg at det var behov for å utforske nye måtar å yte tenester på, spesielt for gruppa kronisk sjuke. Men ein sto litt fast på korleis ein skulle organisere eit slikt prosjekt og var usikre på om det var realistisk å få det til.

Samstundes var leiinga på legevakta og vertskommunen Volda i dialog om kva oppgåver som kunne ligge til legevakta på dagtid, utover oppgåva som legevaktsentral. Legevakta hadde drifta eit interkommunalt testsenter for Covid-19 som nyleg var avvikla, og legevakta hadde derfor ledig kapasitet. Dei fekk høyre om digital heimeoppfølging gjennom ein av kommuneoverlegane i distriktet og om moglegheita til å søke på midlar gjennom spreingsprosjektet. Dette virka interessant for legevakta, og det vart tatt kontakt med nettverket for velferdsteknologi. Dermed fusjonerte ideane og det oppstod stort engasjement for å få dette til. Volda sjukehus ville også vere med i prosjektet, og det vart sendt inn søknad til Helsedirektoratet. Prosjektet «Måling og meistring – digital heimeoppfølging på Søre Sunnmøre» fekk tilskotet for helsefellesskapet i Møre og Romsdal.

2 Fakta om prosjektet

2.1 Prosjektnamn

«Måling og meistring – digital heimeoppfølging på Søre Sunnmøre»

2.2 Samarbeidspartar

Samarbeidspartar i prosjektet har vore Møre og Romsdal helseføretak v/ Volda sjukehus og kommunane Hareid, Herøy, Sande, Ulstein, Volda og Ørsta.

2.3 Prosjektorganisering

Prosjekteigar har vore Volda kommune ved kommunalsjef helse og omsorg, Svein Berg-Rusten. Volda kommune er også vertskommune for Søre Sunnmøre legevakt som har stått for drift av prosjektet.

Prosjektleiari i 20% stilling har vore Karianne Sveen Orvik, Volda kommune.

Prosjektet har hatt ei arbeidsgruppe og ei prosjektgruppe:

- Arbeidsgruppa har bestått av prosjektleiari, representantar frå kommunane, kvalitetsrådgjevar frå sjukehuset, fastlege (10%) og 2-3 tilsette frå legevakta.
- Prosjektgruppa har bestått av arbeidsgruppa, brukarrepresentant, IT-konsulent frå felles IT-selskap, digitaliseringsleiari, kommuneoverlege, prosjekteigar og leiari legevakt.

Leiari ved Søre Sunnmøre legevakt, Erlend Bae, har hatt det økonomiske ansvaret i prosjektet. Han er også personalleiari for oppfølgingstenesta og har ansvar for bemanning og drift.

2.4 Prosjektstyring

Volda kommune har vore prosjekteigar og prosjektet har vore forankra i Sjustjerna Helse og omsorg (vedlegg 1). Dette er eit forum for kommuneoverlegane og kommunalsjefane for helse og omsorg i samarbeidskommunane. Lokal samhandlingskoordinator for helsefellesskapet sit også i forumet.

Prosjektleiari har hatt jamlege møte med prosjekteigar, og har ved behov stilt i Sjustjerna Helse og omsorg for gjennomgang av status.

2.5 Forankring i helsefellesskapet

Prosjektet har vore forankra i helsefellesskapet i Møre og Romsdal og leiinga ved Volda sjukehus (vedlegg 2). Prosjektet er ved fleire høve blitt presentert i lokalt samhandlingsutval (LSU) i Volda og i strategisk samhandlingsutval (SSU) i Møre og Romsdal. Klinikken i Volda har tatt aktivt del og stilt med kvalitetsrådgjevar i arbeidsgruppe og prosjektgruppe. I tillegg har ressursar elles i helseføretaket vore kopla på ved behov. Prosjektet er presentert på fagdagar og andre samlingar for tilsette ved Volda sjukehus.

2.6 Andre samarbeidspartar

Prosjektet har hatt fleire samarbeidspartar og støttespelarar:

- Legesentera i kommunane
- ALV – Arena for læring om velferdsteknologi (vedlegg 3)
- USHT Møre og Romsdal (vedlegg 4)
- MiSU – Velferdsteknologisamarbeidet Midtre Sunnmøre (vedlegg 5)
- LUP – Leverandørutviklingsprogrammet
- InnoMed – prosessveiledning
- Statsforvaltaren i Møre og Romsdal

3 Mål med tiltaket

3.1 Mål for prosjektet

Prosjektet utarbeida fire hovudmål:

5. Brukarar med kronisk sjukdom, og deira pårørande, opplever føreseielegheit, tryggleik og meistring i kvardagen.
6. Teikn på forverring av kronisk sjukdom blir oppdaga på eit tidleg tidspunkt og brukaren får adekvat oppfølging.
7. Konsultasjonar for oppfølging av kronisk sjukdom er hensiktsmessige og av god kvalitet.
8. Samarbeidet mellom ulike tenester er styrka.

For å nå desse måla har prosjektet jobba mot følgande leveransar:

1. Prosjektet skal ved utgangen av 2024 levere ei teneste for digital heimeoppfølging som er sett i drift og klar til bruk for innbyggjarane i samarbeidskommunane.
2. Tenesta skal ved oppstart driftast som ei oppfølgingsteneste organisert ved Søre Sunnmøre legevakt. Tenesta skal ved oppstart leverast innanfor eksisterande bemanning og økonomiske rammer for legevakta.
3. Prosjektet skal ha gjennomført anskaffing av administrasjonsverktøy og utstyr.
4. Prosjektet skal ha utarbeida naudsynnte prosedyrar og tenestereiser for tenesta.

3.2 Målgruppe

Målgruppene i prosjektperioden har vore personar med moderat til alvorleg KOLS, hjartesvikt eller diabetes. Personane skulle ha moderat til høg risiko for forverring, og vere motiverte og eigna for digital oppfølging. I tillegg var det ønskeleg at personane hadde behov for auka tryggleik og kunnskap om sjukdomen, og at systematisk oppfølging hadde potensiale for å redusere, utsette eller unngå bruk av andre helsetenester.

3.3 Forventa gevinstar

For brukarar og pårørande er dei forventa gevinstar at:

- Brukarar og pårørande opplever større meistring og tryggleik knytt til helsesituasjonen.
- Brukarar og pårørande har reduserte kostnader og tidsbruk når det gjeld reise til legebesøk/helseavtalar og til opphald på institusjonar.

For helsetenestene er det forventa at det blir:

- Auka samhandling mellom helsetenestene.
- Rett bruk av fastlege og god kvalitet på konsultasjonane.
- Færre henvendingar til legevakt.
- Reduserte kostnader på innleggingar og polikliniske konsultasjonar i sjukehus.
- Unngått eller utsett behov for tenester høgre opp i den kommunale omsorgstrappa.

3.4 Måling av gevinstar og plan for oppfølging

Alle nye brukarar svarer på spørsmål ved oppstart av teneste (nullpunktsmåling) og for kvar 6. månad vidare. Målingane sendast ut i pasientappen My Dignio og svara blir lagra i Dignio Prevent. Derfrå blir dei eksportert til gevinstoppfølgingsverktøy. Det er planlagt å gjere dette i to år for kvar brukar.

Det er også plan for innhenting av gevinstar gjennom spørjeskjema for fastlegar, spørjeskjema for tilsette og etter kvart for pårørnde.

Tal kan også hentast inn frå kommunale tenester når dette vert aktuelt, når tenesta har brukarar med andre kommunale helsetenester. Volda sjukehus bidreg med statistikk på pasientgrunnlag m.m.

Av gevinstoppfølgingsverktøy nyttar vi gevinstberekningsverktøyet som er utvikla i prosjektet, og eit eige Excel-ark med enkel grafikk for å få fram eit visuelt bilde av gevinstante. Dette er utvikla av InnoMed for prosjektet.

Vedlagt finn ein forenkla versjon av gevinstrealiseringsplanen med måleindikatorar for dei forventane gevinstante (vedlegg 6).

4 Måloppnåing og gevinstar

4.1 I kva grad er måla for prosjektet oppnådd?

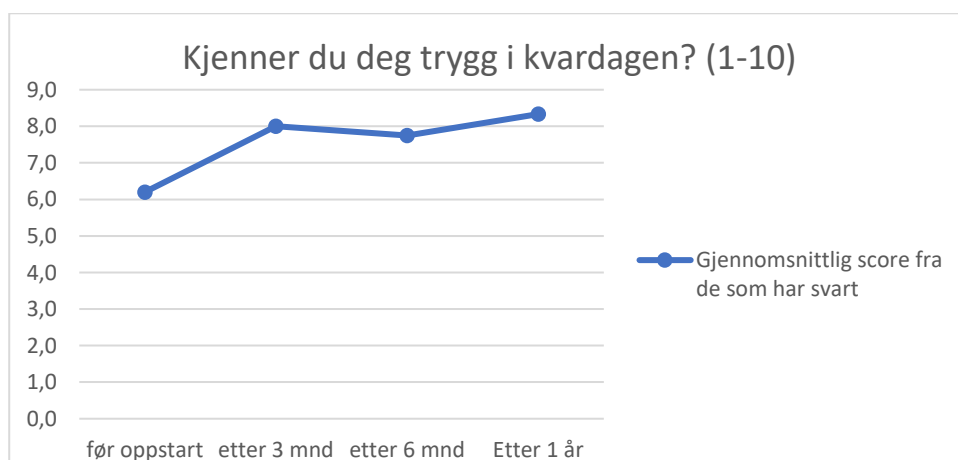
Prosjektet ønska å etablere tenesta digital heimeoppfølging som eit interkommunalt tilbod på Søre Sunnmøre, og sette tenesta i drift innan utgangen av 2024. Tenesta skulle organiserast og lokalisert på Søre Sunnmøre legevakt. Her ville ein opprette ei oppfølgingsteneste, med dagleg ansvar for utøving av tenesta.

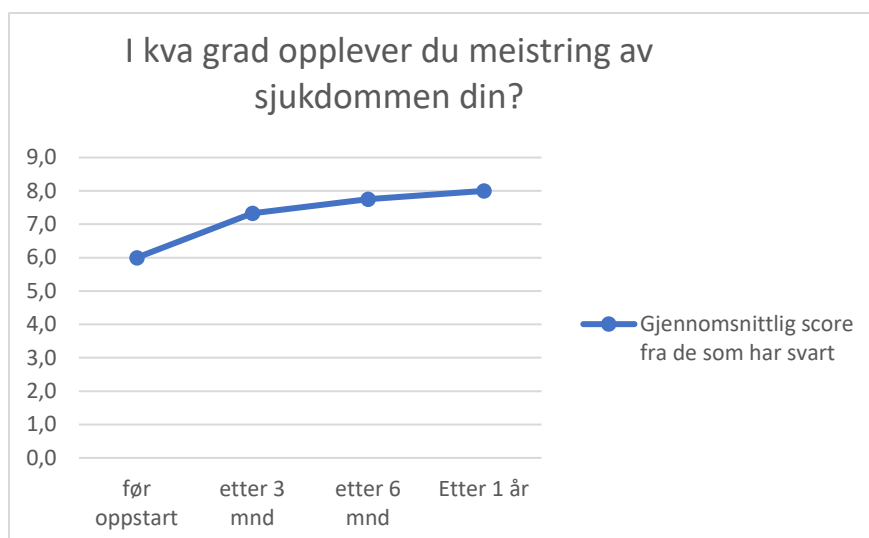
Ved avslutning av prosjektet i desember 2024 har prosjektet oppnådd dette, og overlevert ei teneste i drift. Tenesta DHO Søre Sunnmøre er etablert ved Søre Sunnmøre legevakt. Dagleg oppfølging av brukarane utførast av oppfølgingstenesta, beståande av sjukepleiarane som er tilsett på legevaktsentralen. Alle tilsette på legevaktsentralen har fått opplæring i DHO og tilhøyrande rutinar og system. Det er også etablert ei ressursgruppe som i tillegg har ansvar for kartlegging, heimebesøk, brukaropplæring, eigenbehandlingsplan og samarbeidsmøte. Det er anskaffa programvare og utstyr, og oppretta godt samarbeid med leverandør. Det vart gjennomført ein pilotering av tenesta i 2024 der m.a. rutinar og tenestereise vart evaluert og forbetra.

Ved utgangen av 2024 var det 8 aktive brukarar med tildelt teneste og jamleg oppfølging. Dette er eit lågare tal enn ønska. Prosjektet hadde ønske om 25 brukarar på dette tidspunktet.

Når det gjeld hovudmåla er det tidleg å stadfeste om desse er nådd, men målingane og evalueringane prosjektet har gjennomført tyder på at ein er på rett veg. Pasientgrunnlaget er lite og tida tenesta har vore i drift er kort, men vi vil likevel peike på nokre tendensar. Når det gjeld brukarane sin oppleving av føreseielegheit, tryggleik og meistring er det tydeleg at tenesta treffer godt på dette. Gjennom målingar, intervju og evalueringsmøte svarer brukarane at dei har fått auka kunnskap og betre forståing av sjukdomen, og at dette gjer dei tryggare. Dei opplever også tryggleik gjennom eigenbehandlingsplanen og oppfølginga frå tenesta.

Dei to grafane som følger er basert på spørjeskjema til brukar, svar på skala mellom 1-10:





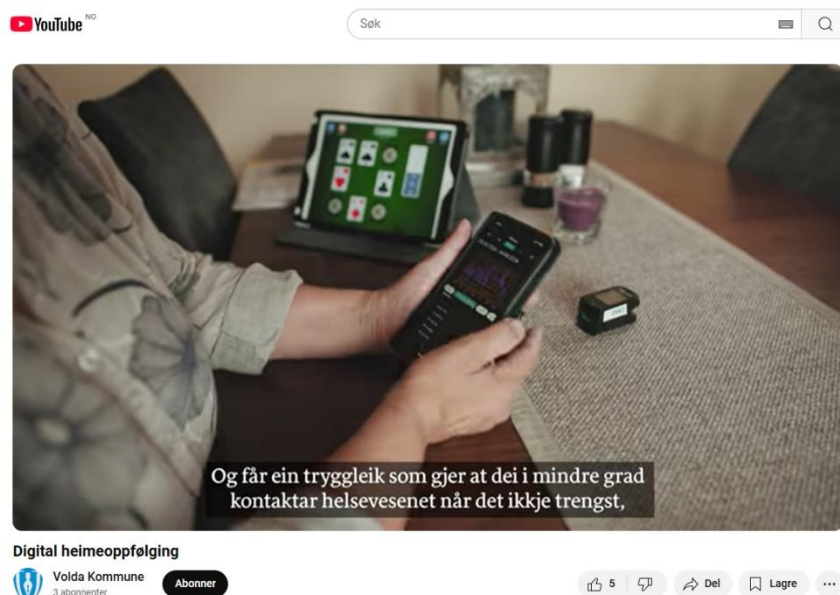
For målet om at forverring skal bli oppdaga tidleg og brukar få adekvat oppfølging, ser vi også at metodikken i DHO har god effekt. Oppfølgingstenesta følgjer opp målingar alle kvardagar og tek kontakt med brukarar som har avvikande målingar eller svar. Eigenbehandlingsplanen fungerer som ein rettleiar for kva brukarane skal gjere av tiltak for å betre situasjonen. Når dette ikkje er tilstrekkeleg vert det tatt kontakt med egna helsetenester. Brukarane seier at dei, ved enkelte høve, har tatt tidlegare kontakt med helsehjelp enn dei ville gjort før DHO. Dette fordi dei kjenner symptoma sine betre og veit når det kan vere alvorleg. Ved andre høve seier dei at dei har klart seg utan helsehjelp ved å følgje eigenbehandlingsplanen i tilfelle der dei før ville søkt hjelp.

Prosjektet har foreløpig ikkje så mykje data på kvaliteten på konsultasjonar, men fastlegar som har hatt pasientar med DHO har sagt at det er en kvalitetsforbetring å kunne sjå målingane til brukarane over tid. Dette gir m.a. informasjon om effekt av tiltak. Også legevaktsentralen opplever at det er nyttig å kunne sjå måledata når brukarane tek kontakt med ordinær legevakt. Det å sjå måledata tilbake i tid hjelper operatøren å vurdere alvorsgraden i den aktuelle situasjonen.

Det siste målet handlar om styrka samarbeid mellom helsetenestene. Her står det igjen ein del arbeid, og ein treng fleire brukarar for å lukkast med dette. Det har foreløpig vore få brukarar med sjukehusinnlegging eller kommunale helsetenester. Størst auke i samarbeid er det mellom fastlegar og legevakt, og med kommunale forvaltningskontor.

4.2 Brukarcase

Som eit eksempel/brukarcase vil vi vise til filmen vi har laga. I filmen fortel ein av brukarane om kva DHO betyr for hennar kvardag, og fastlege og oppfølgingsteneste deler sine erfaringar: [Digital heimeoppfølging - YouTube](#)



4.3 Kva gevinstar prosjektet har gitt

Det følgande er oppsummering av måledata frå spørjeskjema til brukarar knytt til kvar gevinst. Det er gjort måling ved nullpunkt og kvar 6. månad. Brukarane har svart mellom 1-3 gonger, avhengig av kor lenge dei har hatt teneste.

Brukarar og pårørande opplever større meistring og tryggleik knytt til helsesituasjonen:

- Dei fleste vurderer eiga helse betre etter oppstart.
- Dei er tryggare og meistrar sjukdomen betre.
- Dei rapporterer betra kunnskap om sjukdomen sin.

Auka samhandling mellom helsetenestene:

- Dei fleste opplever at helsetenestene samhandlar i stor grad.
- Dei kjenner seg jamt over godt ivaretatt av helsevesenet, men det er også nemnt at dei kunne tenkt seg betre oppfølging, samtale med oppfølgingsteam, tettare dialog.

Rett bruk av fastlege:

- Det er registrert mindre bruk av fastlege hos nokre, men dei fleste har uendra bruk av fastlege.

Færre henvendingar til legevakt:

- Ingen endring rapportert.

Reduserte kostnader på innleggingar og polikliniske konsultasjonar i sjukehus:

- Få innleggingar i utgangspunktet, ikkje data.

Unngått eller utsett behov for tenester høgre opp i den kommunale omsorgstrappa:

- Ikkje mogleg å finne gevinstar her foreløpig da det ikkje brukarar som har oppfølging frå HBO bland dei som er spurt.

Brukarar og pårørande har reduserte kostnader og tidsbruk når det gjeld reise til legebesøk/helseavtalar og til opphald på institusjonar.:

- Ikkje aktuelle data enda.

«Etter mi fyrste sjukehusinnlegging grunna infeksjon i lungene fekk eg tilbod om å ta del i DHO. Det er eg svært takksam for. Eg vart meir engsteleg og uroleg grunna KOLS-sjukdomen min då eg vart so dårleg. No føler eg på mykje større tryggleik og veit kva tiltak eg må gjere ved ei forverring. Informasjonen eg har fått frå DHO-teamet pluss målingane eg tek kvar dag, samt at fastlegen min er godt informert, er med på å trygge kvardagane mine i stor grad. Dette er etter mitt syn eit særst godt tiltak som eg håpar og trur kan halde fram. Takk!!»

Brukar av tenesta

4.4 Korleis gevinstane har vore henta inn og følgt opp

Prosjektet utarbeida ein gevinstrealiseringsplan der det vart sett opp måleindikatorar og målemetodar for kvar av gevinstane som var definert i prosjektet (vedlegg 6). Ein har jobbe med å lage måleindikatorar som er praktisk mogleg å innhente utan uforholdsmessig stor arbeidsmengd. Hovudmetoden for innhenting av data er spørjeskjema. For brukarane skjer dette i appen Dignio Prevent.

Foreløpig er det i hovudsak måling på brukarnivå som har vore utført. Ved oppstart av teneste skal kvar brukar svare på eit sett med spørsmål som utgjer nullpunktsmåling. Vidare får kvar brukar eit spørjeskjema kvar 6. månad så lenge dei har tenesta, eller inntil to år. På denne måten samlar tenesta inn brukarrapporterte data om dei ulike gevinstane.

Data om kommunale tenester kan også hentast inn frå kommunalt journalsystem. Dette må gjerast manuelt ved førespurnad til kommunen sitt tenestekontor. Det skuldast at legevakt og kommunal helseteneste har ulike journalsystem. Dette har ikkje vore gjort så langt, ettersom det ikkje har vore aktuelt med noverande brukarar.

Legane som har pasientar med DHO skal svare på spørsmål om tenesta kvar sjette månad. Etter samtalar med legane har ein kome fram til at det er mest hensiktsmessig at legane svarer munnleg på spørsmåla i rett i etterkant av eit evalueringsmøte med brukar. Den tilsette frå legetenesta har med seg spørjeskjema og noterer svara. Dette for å sikre at ein får inn data og at det blir liten ressursbruk for legen. Tilsette elles vil få digitale spørjeskjema tilsendt via e-post.

InnoMed bidrog med intervju av to pilotbrukarar. Dette gav god innsikt i foreløpige gevinstar i pilotfasen. Det var god avlastning for prosjektet at InnoMed utførte desse intervju.

Ved avslutning av pilotfasen vart pilotbrukarane invitert til eit evalueringsmøte der dei fekk diskutere ulike erfaringar med tenesta. Dette gav innsikt i korleis tenesta opplevast frå brukarsida, korleis teknologien fungerer, korleis rutinane fungerer og prosjektet fekk innspel til forbetringar. Nokre av pilotbrukarane ønska å fortsette som ordinære brukarar av tenesta, mens andre var for friske til at dei opplevde reell effekt for eigen del. Desse vart avslutta, men bidraget deira var likevel svært viktige i pilotfasen.

4.5 Viktige aktivitetar og leveransar i prosjektet

Forankringsarbeid

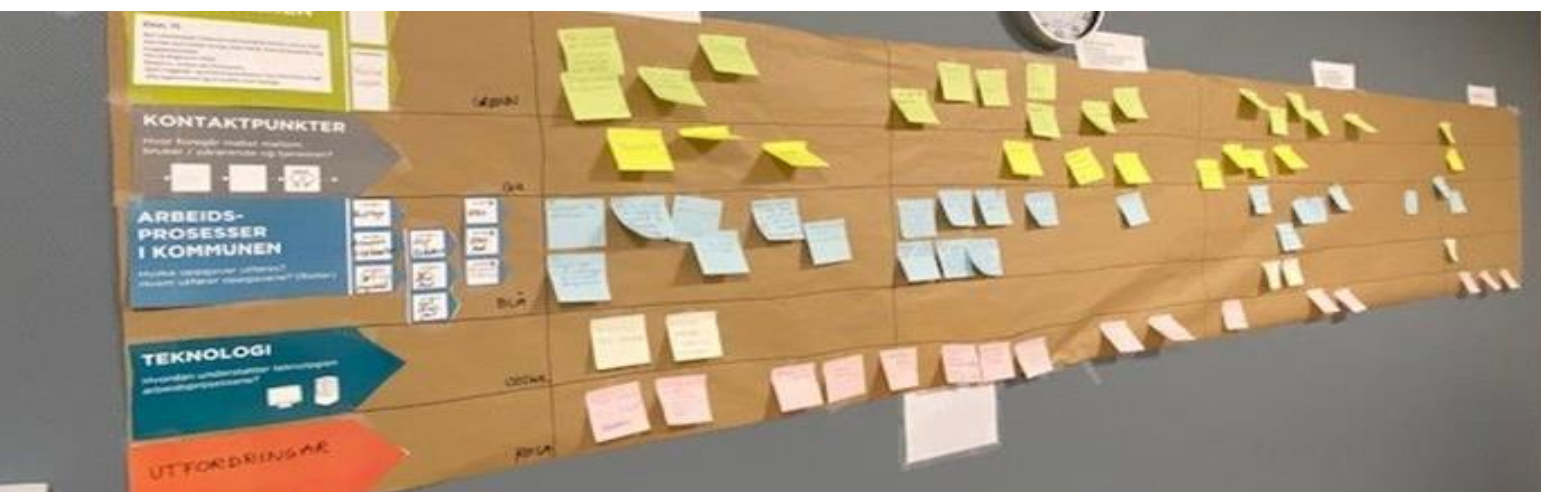
Arbeidet med forankring har vore eit kontinuerleg prosess gjennom prosjektperioden. Det var spesielt viktig i oppstarten av prosjektet og ved overgangar mellom ulike fasar. Vi utarbeida ein interessentanalyse som gav grunnlag for kva forankringsarbeid vi skulle vektlegge. Prosjektet har brukt mest ressursar på forankring i leiing i helseføretak og kommunar, og med fastlegane i kommunane. I tillegg har det m.a. vore forankringsaktivitetar retta mot brukargrupper, politikarar, tilsette i sjukehus og kommune.

Kartlegging

Det første året av prosjektet vart det gjort mykje kartleggingsarbeid. Dette var viktig for å kome fram til reelle utfordringar og behov, som la grunnlag for utarbeiding av mål og gevinstar. Vi nytta metodikken frå «Veikart for tenesteinovasjon» i kartleggingsfasen av prosjektet.

Workshop

Som ein del av kartlegginga gjennomførte prosjektet ein workshop i november 2022. Her var det brei deltaking frå brukarrepresentantar, sjukehus, kommunar, legevakt, fastlegar. Eksisterande pasientforløp for brukarar med kols og diabetes vart teikna opp, og ulike utfordringar vart sett ord på. Den breie deltakinga gjorde at vi fekk eit godt bilde av dagens situasjon. Workshopen vart også brukt til idedugnad for gevinstar og mål, og til promotering av prosjektet.



Ny tenestereise

I februar 2023 starta arbeidet med å utvikle tenestereisa for den nye tenesta som prosjektet skulle utvikle. Vi hadde en digital workshop med brei deltaking frå prosjektgruppa, støttespelarar og helseføretaket. Fagavdelinga i helseføretaket bidrog med ressurs på tenestedesign til å utarbeide tenestereisa. På worksopen vart grovskissa teikna opp, og i påfølgande møte kom detaljane på plass, etter kvart som spørsmål vart avklara. Resultatet vart eit såkalla svømmebanediagram. Diagrammet viser gangen i tenesta frå oppdaging av behov, søknad, kartlegging, tildeling, oppstart, opplæring og fram til evaluering og avslutning av teneste (vedlegg 7). Hausten 2024 vidareutvikla vi tenesteforløpet, og i lag med InnoMed teikna vi opp eit nytt og meir visuelt tenesteforløp (vedlegg 8). Målet med dette var å kommunisere lettare med innbyggjarar, brukarar og tilsette.

Kommunikasjonstiltak

Prosjektet har jobba med å gjere den nye tenesta kjent gjennom ulike kommunikasjonskanalar. Det viktigaste og mest omfattande arbeidet har vore å lage ein film. Filmen er ca. 6 minutt og handlar både om tenesta og om ein brukar si historie. Filmen er laga av ein den lokale filmprodusenten Oclin. Den vart finansiert gjennom middel prosjektet fekk frå Statsforvaltaren i Møre og Romsdal. Prosjektet er svært takksame for alle bidragsytarane til filmen, spesielt til brukaren som våga å fortelje si historie.

Prosjektet har også utarbeida plakater, legekort og brosjyre. Dette materialet vart laga i samarbeid med Nordvest Trykk og også finansiert av middel prosjektet fekk frå Statsforvaltaren i Møre og Romsdal. Plakat og brosjyre er retta mot innbyggjarar og potensielle brukarar av tenesta. Legekorta er kort i A6 størrelse som legane i kommunane har fått utdelt. Kortet kan dei ha ved arbeidsplassen sin, og det minner dei om kva DHO er og kort kven det er aktuelt for. Kortet er utarbeida av fastlege som tok del i prosjektet.

Prosjektet har også lagt ut informasjon på nettsida til Volda kommune, og det er meininga dei andre kommunane etter kvart skal ta denne informasjonen inn på sine nettsider. Her ligg det også ein eigen modul for tilsette, der ein skal finne rutinar og prosedyre knytt til DHO.

Fleire kommunar

Frå oppstarten av prosjektet var det kommunane Ulstein, Volda og Ørsta som tok aktiv del. I forbindelse med anskaffingsprosessen ønska også Hareid, Herøy og Sande kommunar å vere med. Frå januar 2024 var desse kommunane aktivt med i prosjektet og hadde tilbod om deltaking i prosjektgruppe og arbeidsgruppe.

Pilotering

Pilotering av tenesta starta i september 2023 og vart avslutta i januar 2024. Målet var mellom anna å teste organisering og forslaga til prosedyrar og rutinar. Det var også viktig å finne ut korleis brukarane opplevde tenesta og teknologien. Det var 9 brukarar aktive i pilotfasen. Pilotbrukarane vart rekruttert frå LHL, fastlegar og sjukehuset. Vi hadde ein midlertidig avtale med Dignio for bruk av deira plattform i pilotfasa ettersom Ulstein

kommune allereie var DHO-kunde hos Dignio. Vi nytta måleutstyr frå Ulstein kommune og Sula kommune som ikkje var i bruk.

Anskaffing

Anskaffingsprosessen gjekk føre seg i 2023, med undertekning av avtale i starten av 2024. Prosessen vart leia av innkjøpsrådgjevar i Volda kommune i lag med prosjektleiar og prosjektmedarbeidar frå Ulstein kommune. Leverandørutviklingsprogrammet (LUP) var ein viktig sparringspartner i starten av prosessen, særleg for å finne rett metode og omfang for anskaffinga. Dignio AS vann konkurransen og leverer både administrasjonsverktøy, pasientapp og måleutstyr. Dei gir også opplæring og rådgjeving, og jobbar kontinuerleg med utvikling av sitt produkt.

Opplæring

Seinvinteren 2024 fekk alle tilsette sjukepleiarar på legevakta opplæring i Dignio Prevent og opplæring i rutinar og brukaroppfølging. Dette gav grunnlaget for å kunne teste ut tenesta som var under utvikling. Dignio bidrog med god og grundig opplæring i Dignio Prevent og tilhøyrande utstyr.

Overgang til drift

Overgang til drift skjedde 1. mai 2024. Tenesta hadde da åtte brukarar. Desse hadde vore med heilt frå pilotfasen, men nå fekk dei vedtak på tenesta digital heimeoppfølging gjennom søknad til heimkommunen.

I perioden mellom pilotfasen og oppstart drift fortsette tenesta å følgje opp nokre av brukarane som var med i pilotfasen. Dette var brukarar som hadde hatt reell nytte av å vere med i piloten og som ønska å vere med vidare. I tillegg vart brukarar som tidlegare hadde hatt oppfølging frå Ulstein kommune inkludert. Tenesta fortsette med utprøving av organisering og evaluering av prosedyrar og rutinar. Denne fasa gav også mykje nyttig erfaring ettersom brukarane hadde reelle behov for tenesta og dei hadde fått utarbeida eigenbehandlingsplanar.

Heilskapleg tenestemodell

Heilskapleg tenestemodell (HTM) er under utvikling, og hovudtrekka publiserast fortløpande på heimesida til Volda kommune, der dei tilsette finn informasjon om tenesta. Årsaka til denne plasseringa er at kvar kommune kan kopiere informasjonen inn i sine egne HTM. Volda kommune m. fl. har meld seg på nasjonalt innføringsløp for HTM som går nå i 2025, så utvikling av HTM for DHO vil bli ein del av dette løpet.

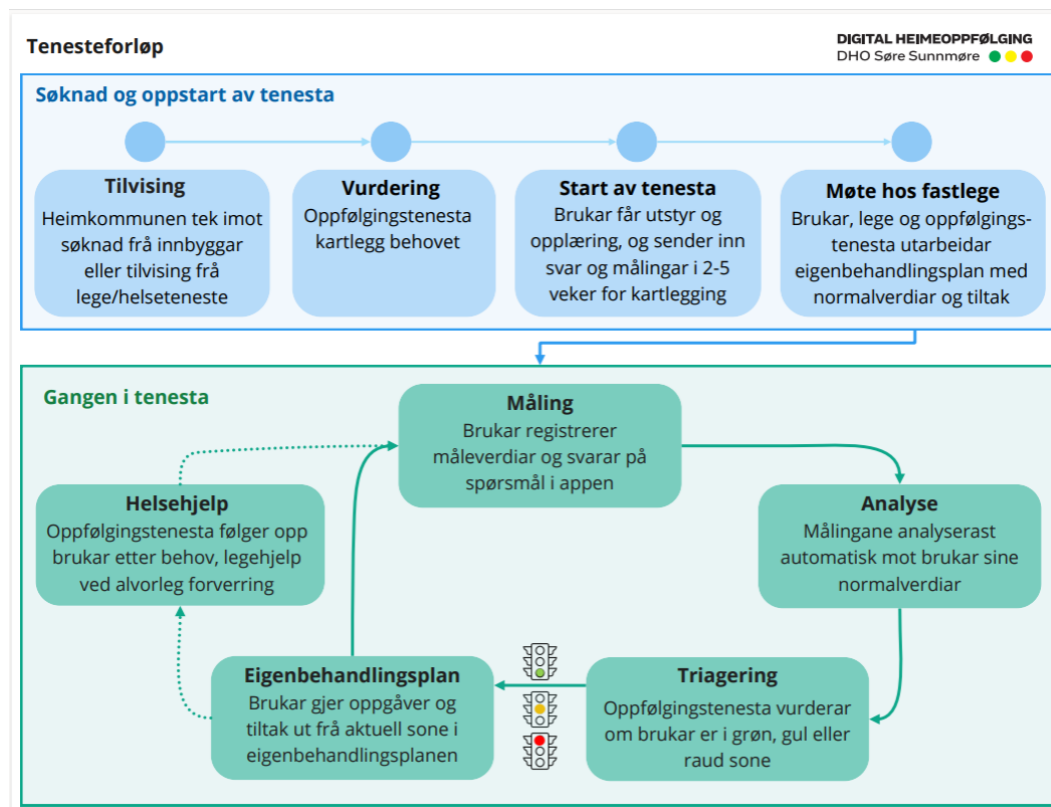
5 Modell for digital heimeoppfølging

5.1 Tenesteforløp

Første versjon av tenesteforløpet vart utarbeidd i ein digital workshop og ein serie arbeidsmøte, der helseføretaket deltok med fleire aktørar, mellom anna tenestedesignar frå fagavdelinga. Det vart utarbeidd eit såkalla svømmebanediagram som viste kven som hadde kva ansvar til kva tidspunkt (vedlegg 7). Imellom møta arbeida prosjektgruppa med avklaringar med dei ulike aktørane i forløpet. Forløpet har blitt revidert ved behov.

Etter pilotperioden var tenesteforløpet utprøvd og enda meir avklara. Da ønska prosjektgruppa å utarbeide eit meir visuelt og forklarande tenesteforløp. Denne framstillinga skulle vere forståeleg for brukar, pårørande og tilsette i kommunane. Vi fekk InnoMed til å hjelpe oss med utarbeidinga (vedlegg 8).

Tenesteforløpet startar med ei tilvising frå helsepersonell eller ein søknad frå innbyggjar. Søknaden behandlast ved tenesteforvaltninga i heimkommunen. Forvaltninga samarbeider med DHO-tenesta om kartlegging av søkaren. Oppstart av teneste skjer på eit heimebesøk der ressursperson frå oppfølgingstenesta gir brukaren opplæring i tenesta og utstyret. Etter ein måleperiode på nokre veker er det eit oppstartsmøte hos fastlege. Her fastsettest grenseverdiar på vitale målingar og ein utarbeider eigenbehandlingsplanen. Deretter følger brukar oppsett plan for måling, svar på spørsmål og andre aktivitetar. Oppfølgingstenesta følger med på dataa frå brukar, og triagerer brukar i grøn, gul eller raud sone. Brukaren følger eigenbehandlingsplanen slik det er avtalt. Ved behov tek brukar eller tenesta kontakt med kvarandre. Kvar sjette månad er det evaluering av tenesta, både hos fastlege og gjennom spørjeskjema.



5.2 Kriterium for å få teneste

Her følger kriterium for å få tenesta slik dei var gjeldande i 2024.

Kriterium for å få tenesta er at søkjar skal:

- ha minst ei av diagnosane diabetes, hjartesvikt eller KOLS
- ha medium til høg risiko for forverring av helsetilstanden
- ha tilstrekkeleg kognitiv funksjon til å handtere app og eventuelt måleutstyr, eller ha pårørande som ønsker å hjelpe
- ha motivasjon og ønske om DHO

I tillegg bør minst eit av følgande vere gjeldande:

- behov for systematisk oppfølging
- behov for auka tryggleik og meistring av sjukdommen
- potensiale for å redusere, utsette eller unngå bruk av andre helsetenester

Frå 2025 det første punktet om diagnose utvida til å gjelde fleire diagnosar, eller alternativt bli diagnoseuavhengig.

5.3 Involvering av brukarar i utforming og utvikling av tenesta

Prosjektet har involvert brukarar i heile prosjektperioden. Lokallaget av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) har hatt representant i prosjektgruppa. Vedkommande har stilt jamleg på møte.

I kartleggingsfasen av prosjektet hadde vi ein workshop der vi jobba med dagens tenestereise, kartlegging av behov, mål og gevinstar. LHL deltok med fire personar i dette arbeidet. I tillegg deltok person med diabetes.

I pilotfasen i prosjektet, da den nye tenesta vart testa ut, tok vi kontakt med LHL og Diabetesforbundet og spurte etter personar som ønska å delta i piloten. Fire personar melde seg frå LHL.

Personane som tok del i piloten bidrog med viktige tilbakemeldingar og evaluering. Dei svara på spørreskjema og hadde løpande dialog med tenesta. Nokre av dei vart intervjuet av InnoMed for å samle informasjon frå piloten. Ved avslutning av piloten var det eit evalueringsmøte for pilotbrukarane.

Involvering av pilotbrukarar og medlem i LHL har vore svært verdifullt i utviklinga av tenesta. Personane har gitt viktige innspel og perspektiv som vi elles ikkje ville hatt. Dei har mellom anna gitt innspel på at dei kjenner seg tryggare, og at ved å få utarbeida ein eigenbehandlingsplan har dei fått betre kjennskap og bevisstgjerings kring eigen kropp, samt auka kunnskap om den kroniske sjukdomen dei har. Dei har gitt tilbakemeldingar på at det har vore godt å bli "passa på". Samla sett har det for fleire vore med på å auke den generelle tryggleiken i kvardagen, og fleire klarer å utføre og prøve seg på fleire dagelege gjeremål enn dei gjorde før.

5.4 Erfaringar med utarbeiding og bruk av eigenbehandlingsplan

Eigenbehandlingsplanen har blitt utarbeida med grunnlag i dei målingane brukar har utført dei siste vekene i forkant av møtet med fastlege. Det blir fastsett eit samarbeidsmøte med brukar, lege og ein person frå DHO-teamet på fastlegen sitt kontor. Her ser ein på målingane som er gjort, korleis brukaren har opplevd måleperioden, og korleis fastlege vurderer målingane ut i frå brukaren sin helsetilstand. Fastlege set grenseverdiane for når målingane skal tilseie grøn, gul og raud sone. Ein vert vidare einige om kva tiltak som skal vere gjeldande på grøn, gul og raud sone i tiltaksplanen.

Eigenbehandlingsplanen har gitt auka fokus på kva som er ein normalsituasjon for kvar einskild brukar, og i tillegg vore tydeleg på kva symptom brukar kan forvente ved forverring. Planane har t.d. gitt konkrete og tydelege tiltak når målingane syner gult, og brukarane har i større grad enn før klart å vurdere oppstart av tiltak på eiga hand. Planane er også tydelege på i kva tilfelle fastlege ønsker involvering i forkant av oppstart med medikamentelle tiltak.

5.5 Oppfølging av brukarar i digital heimeoppfølging

Brukarane vert følgt opp på dagtid på kvardagar av oppfølgingstenesta for DHO. Oppfølgingstenesta består av helsepersonellet som er på vakt på legevaktsentralen. Oppfølginga skjer gjennom systemet Dignio Prevent og MyDignio pasientapp. Dei tilsette har ei rutine som beskriv kva dei har ansvaret for å gjere når dei er på vakt i oppfølgingstenesta. Dei skal mellom anna sjekke data (målingar, svar, meldingar) som har komme inn i Dignio Prevent minimum på tre faste tidspunkt gjennom vakta. Rutinen beskriv korleis følgje opp ulike varsel, oppfølging av påminningar, journalføring, kommunikasjon med brukar og kommunikasjon med fastlege.

Før oppstart av tenesta drar ein resursperson frå oppfølgingstenesta på kartleggingsbesøk til søkaren. Ein gjer kartlegging etter gjeldande prosedyre og vurderer om søkaren fyller kriteria for tenesta. Dersom ein vel å starte opp, får brukaren opplæring i bruk av app og måleutstyr på same heimebesøket. Brukaren skal så utføre målingar i nokre veker slik at fastlege får ein oversikt over kva som er normalverdiane til brukaren. Deretter er det eit møte med fastlegen der fastlege set grenseverdier og eigenbehandlingsplan vert utarbeidd i fellesskap.

Personalet som følgjer opp brukarane er sjukepleiarar eller paramedisinarar ved legevaktsentralen, og dei har fått opplæring i bruk av Dignio Prevent, My Dignio app, måleutstyr og oppfølgingsrutinar. Dei kommuniserer med brukarar gjennom meldingsutveksling i Dignio Prevent. Ved indikasjon tek oppfølgingstenesta også kontakt med brukar på telefon eller videosamtale.

Alt personale på legevaktsentralen er med i DHO-arbeidet og utgjer oppfølgingstenesta. Ei ressursgruppe ved legevakta har primært kontakt med brukar og fastlege, men brukarane vil likevel kunne oppleve å måtte forhalde seg til fleire ulike personar ved kontakt med oppfølgingstenesta. Gjennom gode planar for kvar brukar, og gode rutinar for personalet, ønsker vi at brukarane skal oppleve at oppfølginga fungerer likt uavhengig av kven som er på jobb. Tilbakemeldingar frå brukarar tyder på at dette fungerer.

Alle brukarar samtykker til tenesta og er godt orienterte om korleis tenesta fungerer og kva data som blir lagra om dei. Dei får informasjon om kva tenesta forventar av dei, og kva dei kan forvente av tenesta. I opplæringa av brukar må ein legge spesielt vekt på at brukarane må søke hjelp på eige initiativ ved akutt forverring av sjukdommen. Slik forverring kan krevje rask helsehjelp og kan ikkje vente til oppfølgingstenesta har neste oppfølging av målingane.

5.6 Erfaringar med fastlegens rolle og ansvar

Prosjektet har hatt god erfaring med samarbeid med fastlegane. Det har vore behov for mykje informasjon og trygging på kva som skal vere deira rolle. Gjennom denne dialogen har legetenestene stilt seg positive til tenesta og ønsker å bidra. Skepsis undervegs har gått på t.d. tidsbruk, taksting og ansvarsfordeling.

Legane som har hatt pasientar i tenesta har erfart at pasientane er positive og fornøgde. Legane ser at pasientane meistrar utstyret sitt og tek med grafane til konsultasjon. Frå fastlegane er det også uttrykt at sjølv om det ikkje er så mange konkrete gevinstar i dag, så har DHO potensial til å gje gevinstar på sikt. Med innarbeiding av DHO og fleire pasientar vil både talet på konsultasjonar kunne reduserast og kvaliteten på kvar konsultasjon bli betre. Det å ha kurver over utvikling i parameter er til god nytte

Det er etablert ulike møtepunkt for samarbeid med fastlege og pasient:

Oppstartsmøte

Til oppstartsmøtet har oppfølgingstenesta ynskt å disponere dobbeltime i timelista med fastlegen. Dette har vore vurdert viktig for å kunne snakke rundt viktige problemstillingar som har kome fram i kartleggingssamtalen, og ro til å informere og snakke om det pasienten opplever som utfordrande knytt til den kroniske sjukdomen. På oppstartsmøtet skal fastlegen gå gjennom målingane pasienten har gjort dei siste 2-3 vekene, og sette grenseverdiar ut ifrå dei målingane pasienten kan vise til. Viktig at det blir tatt omsyn til at pasienten har vore frisk og i ei god periode. Her blir grenseverdiar satt og delt inn i grøn, gul og raud sone. Det blir også snakka om og avtalt ulike tiltak i dei ulike sonene. Nokre fastlegar ynskjer å bli konferert med før det blir iverksett medikamentelle tiltak, medan andre vurderer at pasienten sjølv kan starte dette på eige initiativ, men at fastlegen ynskjer tilbakemelding dersom det skjer. Når oppstartsmøtet er ferdig, og grenseverdiar og tiltak er klart, er det pasienten sjølv som skal måle, og oppfølgingstenesta følger opp målingane og tek kontakt med pasient etter behov.

Evalueringsmøte

Etter 6 mnd med målingar er det tid for evalueringsmøte med fastlege, pasient og oppfølgingstenesta. Då er det gjennomgang av helsebiletet det siste halve året, korleis ser kurvene ut og kva tiltak har vore gjort, og evt kva har hatt effekt. Fastlegen gjer vurderingar for om det er naudsynt å justere grenseverdiar. Oppsummering om pasient og fastlege er nøgde med tenesta, og om dette er føremålsteneleg å halde fram med.

Det vart ved nokre evalueringsmøte vurdert frå enkelte legar at det kan vere nok med elektronisk oversending av kurver dersom det har vore stabilt og fint sidan førre møte. Då er det evt snakk om å justere grenseverdiar eller gjere justeringar i tiltaka.

“Min erfaring som fastlege med DHO gjelder pasient med alvorlig KOLS. Fra mitt ståsted ser jeg en pasient med en helt annen trygghet i hverdagen. Spesielt ser jeg at pasienten har større trygghet med tanke på eget aktivitetsnivå. Pasienten får en større aktivitets- og aksjonsradius, noe som er viktig med tanke på å holde sykdommen mest mulig i sjakk. Ved de planlagte kontrollene får jeg som fastlege innsyn i trendene i pasientens målinger over tid, noe som gir et langt bedre vurderingsgrunnlag med tanke på videre behandling fremover. Jeg har også erfart hvordan avvikende målinger fører til kontakt med helsevesenet på et tidligere tidspunkt enn før, og med det bidrar til å bremse/forebygge forverringene.”

Fastlege, Herøy kommune

5.7 Samarbeid med helseføretaket kring pasientar

Samarbeidet med helseføretaket har vore positiv gjennom planleggingsprosessen. Når prosjektet gjekk over til å ta imot pasientar, og det var meldt om behov for innsøking av pasientar, har det likevel vore få henvendingar. DHO-teamet har vore på møte med legane på sjukehuset for orientering om tenesta og korleis søke inn pasientar. Det er planlagt vidare aktivitet i 2025 for å oppnå tettare samarbeid med klinikken på Volda sjukehus.

5.8 Anskaffingsprosessen

Prosjektet gjennomførte ein anskaffingsprosess som resulterte i at Dignio AS blei tildelt rammeavtale for den samla leveransen. Anskaffinga hadde ein estimert verdi under nasjonal terskelverdi, og prosjektet nytta ei frivillig kunngjering i Doffin. Det kom inn tilbod frå Dignio AS, Tellu AS og Siemens-Healthineers AS. Rammeavtalen med Dignio AS blei signert 31. januar 2024, med oppstart 1. mars same år. Avtalen med Dignio AS gjeld administrasjonsverktøy for DHO, pasientapp og måleutstyr.

Prosessen starta i januar 2023. Det vart sett ned ei arbeidsgruppe bestående av prosjektleiar, prosjektmedlem frå Ulstein kommune og innkjøpsrådgjevar frå Volda kommune. Etter eit møte med Helsedirektoratet vart vi sett i kontakt med Riche Vestby i Leverandørutviklingsprogrammet (LUP). Gjennom ein serie digitale arbeidsmøte diskuterte vi moglege måtar å gjennomføre anskaffinga, kartla brukargrunnlag og kva kommunar som ønska å vere med. Vegleiinga frå LUP var svært nyttig for å sortere behov, belyse ulike moglegheiter og kome fram til ein plan.

Arbeidsgruppa landa på å gjennomføre en anskaffing under terskelverdi på 1.4 mill. Vi rekna ut av ved å teikne ein avtale på to år ville vi holde oss godt under denne terskelen. Det var 6 kommunar som ønska å vere med på anskaffinga. Vi undersøkte også med andre aktørar i

fylket, slik som ALV, men det vart klart at det ikkje var andre kommunar som var klare til å vere med. Det vart einigheit om å gjenoppta denne dialogen i 2024/2025 for å sjå om neste anskaffing vil bli felles for fleire kommunar. Det har difor vore fleire samtalar mellom prosjektleiar og DigiMR gjennom 2024 angåande ny anskaffing og moglegheit for å gjere dette felles for dei kommunane i Møre og Romsdal som ønsker å delta. Foreløpig er det ikkje landa på kva ein skal satse på, anna enn at det er meir realistisk å få til ein prosess i 2026, pga. andre e-helseprosjekt som pågår i fylket i 2025.

5.9 Vurdering av kostnader og berekraft i tenesta

Den interkommunale legevakta har restkapasitet på dagtid, då daglegevakt i distriktet er organisert på dei ulike fastlegekontora. Dette gjer at ein har personellkapasitet på dagtid til andre oppgåver enn legevaktsentral. Vidare har legevaktsentralen IKT-infrastruktur på plass som kan nyttast. Ein klarer difor å halde kostnadsnivået på DHO-tenesta på eit lavt nivå, noko som har vore avgjerande for å etablere og vidareføre tenesta. Den daglege drifta av tenestene får vi i all hovudsak til med personellressursar som allereie er til stades, og som må vere der uavhengig av DHO. Kostnadane for kommunane avgrensar seg til det som følgjer av lisensar på utstyr. Dette gjer at prosjektet vil vere økonomisk berekraftig i den fasen vi no går inn i. Dersom det blir ei betydeleg auke i tal brukarar, slik at kapasiteten til å handtere DHO innanfor dagens bemanning ikkje let seg gjere, vil kostnadane måtte auke. Det vil samstundes føre til at både DHO og ikkje minst legevaktsentralen vert meir robust.

5.10 Fordeler med organisering ved interkommunal legevakt

Ved oppstart har tenesta allereie lokale, datautstyr og personale tilgjengeleg. Det ligg også føre samarbeidsavtale mellom kommunane knytt til legevakta.

Dei tilsette på legevaktsentralen har god kompetanse. Dei er utdanna sjukepleiarar og paramedisinarar, og mange har vidareutdanning innan akuttmedisin. Dei er drillarar i å vurdere symptom og rådgje brukarar. Dei har god kompetanse innan kommunikasjon og er godt vande med digitale verktøy i arbeidskvarden. Dei tilsette har også god kontakt med fastlegane i kommunane både gjennom samarbeid kring brukarar, men også som kollegaer når legane har vakt på legevakta. Vidare er dei kjende med kommunane og kva tilbod og organisering kvar kommune har.

Det er også ein fordel at legevakta frå før har samarbeid med sjukehuset og dei som jobbar der. Dette gjer at det kan bli lågare terskel for kontakt, og at det kan vere lettare å spreie budskapet om tenesta og samarbeide om einskildpasientar.

Dersom DHO-brukarane opplever forverring på kveld/natt/helg, er det naturleg at dei tek kontakt med legevakt, og då er det positivt at legevakta har høve til å sjå siste tids målingar og gje vakthavande lege innblikk i dette.

Legevakta har ein legebil og ved høve kan oppfølgingstenesta nytte legebilen til heimebesøk på dagtid. Etter avtale med lege kan ein få tatt ein CRP og gjort seg opp ein status på kor langt ei forverring er komen.

Ein annan fordel med organisering på interkommunal legevakt er at legevakta har fagleg tyngde og eit godt omdømme ute blant innbyggjarane i kommunane og blant tilsette i kommunane og sjukehuset. Dette kan lette kommunikasjonen og raskare skape tillit til den nye tenesta.

5.11 Ulemper med organisering ved interkommunal legevakt

På legevakta er det mange tilsette som jobbar i turnus heile døgnet, og det kan bli ei utfordring med kontinuitet og oversikt for den einskilde. Det kan gå ei tid mellom kvar gong den tilsette er på dagvakt og skal følge opp varslingane i Dignio Prevent. Dette gjer at det må jobbast med å få personellet trygge på oppgåvene, og utarbeide rutinar for m.a. sikre at nye brukarar vert kjende for dei tilsette.

Ei anna utfordring med organisering på legevakt er at tenesta ikkje automatisk blir implementert i kommunehelsetenestene. Tenesta må jobbe for å ikkje bli ei teneste på sida, som ikkje kommunal tenesteforvaltning forhold seg til. Ein må derfor ha tett kontakt med nettverk for sakshandsaming i samarbeidskommunane. Ein må også jobbe for å oppnå samarbeid med kommunal heimeteneste og kortidsavdelingar.

6 Prosessrettleiing

6.1 Prosessrettleiing frå InnoMed

InnoMed har bidrege med prosessrettleiing i fleire omgangar gjennom prosjektperioden. I starten av prosjektet fekk vi noko rettleiing da vi jobba med gevinstar og med tenesteforløp. Seinare i prosjektet har vi fått rettleiing og hjelp med gevinstrealiseringsplan, måling av gevinstar, presentasjon av gevinstar, utvikling av PPT-mal og utarbeiding av eit visuelt tenesteforløp.

6.2 Nytteverdi av prosessrettleiing frå InnoMed

Vi har opplevd godt nytteverdi av prosessrettleiinga frå InnoMed, spesielt i 2024. Rettleiarane som følgde prosjektet i 2024 var svært engasjerte og synte innsikt i arbeidet. Dei kom med konkret rådgjeving og innspel som prosjektet opplevde som relevante og nyttige. Dei bidrog også med utvikling av produkt vi vart einige om. Dei leverte som avtalt, og alle prosessar vart gjort i samarbeid med prosjektet. Dette gav oss en god erfaring med å nytte ein ekstern aktør som rettleiar, og det gav oss konkrete resultat som vi ikkje hadde tilstrekkeleg kompetanse til å få til på eige hand.

6.3 Kva aktivitetar frå Helsedirektoratet har vore nyttig for framdrift i prosjektet?

Helsedirektoratet har vore ein sterk bidragsytar for framdrift i prosjektet. Det har vore mange aktivitetar vi vil seie er heit avgjerande for at vi har komme så langt som vi har. Døme på aktivitetar:

Milepålar

Milepålane har vore styrande for framdrifta, og gitt oss ein stø kurs framover. Dei har vore overkommelege å jobbe med.

Rapporteringar

Det har vore mange rapporteringar undervegs i prosjektet. Dette har tatt mykje tid. Det har vore ein mal, og ein har kunne redigere og gjenbruke tidlegare opplysningar, men likevel har rapporteringa tatt dyrebare tid for prosjektleiinga. Dei munnlege rapporteringsmøta har vore nyttige for å få tilbakemeldingar og tips undervegs. Dei har også bekrefta at ein er på rett veg og leverer som forventa, og det er til god støtte.

Samlingar

Samlingane har vore til stor motivasjon for prosjektleiarane og andre i prosjektet. Spesielt dei fysiske samlingane har gitt naudsynt påfyll av mot, inspirasjon og idear. Samlingane har også gitt nyttig kunnskap og innsikt. I tillegg har samlingane vore svært viktige for å overføre erfaringar og innsikt mellom prosjekta, og for nettverksbygging.

Temasamlingar

Temasamlingar har vore knytt til milepålane og gitt kunnskap og innsikt vi har trengt for å løyse oppgåvene. Vi har også blitt utfordra til å bida sjølv med innlegg på temamøte og samlingar. Det har vore lærerikt og utviklande.

7 Læringspunkt og erfaringar

7.1 Erfaringar som er viktige for å oppnå effekt

Utarbeiding av mal for eigenbehandlingsplan

Vi har erfart at det er viktig at brukarane har ein eigenbehandlingsplan. Dette aukar brukaren si forståing av heilheita og set brukaren i stand til å handtere eiga helsesituasjon. Vårt samarbeid med sjukehuset i utarbeiding av mal for eigenbehandlingsplan på dei ulike fagfelta var veldig fin erfaring. Legar og sjukepleiarar kom med innspel på kva som var viktig å ta med. Vi fant undervegs ut at eigenbehandlingsplan-malen ikkje treng å innehalde så mykje tekst i utgangspunktet, for tekst og plan blir til når brukar fortel om seg sjølv og sine symptom.

Tilgjengeleg oppfølgingsteneste

Vi har erfart at det gir ei ekstra tryggleik at oppfølgingstenesta er lett tilgjengeleg, og har eigen mobiltelefon som DHO-brukarane kan nå dei på. Oppfølgingstenesta er ope alle kvardagar og det er positivt for brukarane. Det er også ekstra tryggleik for brukarane at raude varsel blir varsla på DHO-telefonen direkte frå Dignio Prevent, slik at varsel som hastar blir raskt handtert. Oppfølgingstenesta har også mogelegheit til dra på heimebesøk ved at dei kan disponere legebilen på legevakta. Dei har derfor reist ut på oppdrag t.d. når brukarar har problem med utsyr eller app.

Vanskeleg å måle gevinstar etter så kort tid

Prosjektet erfarer, slik som mange andre prosjekt, at erfaringane som handlar om tryggleik og auka meistring for brukarane, er vanskelege å måle i tal. Det er likevel avgjerande å løfte opp dette, ettersom desse gevinstane er store for den enkelte brukar. Brukarane fortel at å delta i DHO har gitt auka livskvalitet, auka aktivitetsnivå og tryggleik i kvardagen. På sikt er det sannsynleg at dette gir ringverknadar i form av betre psykisk og fysisk helse og mindre tenestebehov.

7.2 Erfaringar og anbefalingar rundt roller og ansvar i DHO

Rolle- og ansvarsfordelinga i utøvinga av digital heimeoppfølging har vore fin. Det har vore to sjukepleiarar som har jobba ein dag i veka med drifta av digital heimeoppfølging og prosjektarbeid. Erfaringa så langt tilseier at ein dag i veka er lite for å oppnå kontinuitet i utvikling og framdrift. Det har vore, og er framleis, mange oppgåver som ligg på planen for gjennomføring, men som ikkje får prioritet grunna turnusarbeid og lite kontinuitet i DHO-arbeidet.

Det har blitt utnemnt ei ressursgruppe som skal vere opplært i å foreta kartleggingsbesøk og evalueringsmøte. Desse har meir opplæring og ansvar enn dei andre i oppfølgingstenesta.

Gjennom prosjektperioden har ein sett at det også er naudsynt med ein koordinator for DHO på legevakta. Denne rolla har derfor blitt oppretta. Personen skal koordinere arbeidet og sørge for framdrift og utvikling.

Geografisk avstand gjer at det ikkje alltid vil vere like lett vint for oppfølgingstenesta å ta raske heimebesøk når brukarane treng det. Det vil vere ei sterk anbefaling å ha kontaktpersonar i

kvar kommune for å ivareta brukarane, og sikre at det er nokon i nærområdet som kan ta turen heim om og hjelpe til med teknologien eller ta ei vurdering av brukaren ved behov.

7.3 Erfaringer med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi

Vår leverandør Dignio har vore veldig aktive og på tilbodssida i forhold til opplæring og sikring at det går fint i oppstarten. Dette har vore til god hjelp, og gitt oss god kvalitet på opplæringa av tilsette. Ettersom prosjektet har hatt stort arbeidstrykk har det til tider kunne vore litt forstyrrende med mykje pågang frå leverandør.

Tenesta har ikkje integrasjon mellom Dignio Prevent og journalsystemet på legevakta, dette kan vere utfordrande. Dokumentasjon på tiltak og utførte tenester må først i journalsystemet Pridok, mens oppfølginga elles skjer i Dignio Prevent.

Brukarane av DHO har blitt introdusert for ein app på mobil eller nettbrett. Denne er enkel i bruk, og alle våre brukarar har klart å lære seg å bruke den. Målingane ligg klare som oppgåver dei skal utføre når dei opnar appen. Tilbakemeldingane er at det har vore enkelt og greitt. Nokre har opplevd det utfordrande at dei ofte blir “kasta ut” av appen, og har vanskar med å logge seg på igjen. Nokre opplevde litt vanskar med utstyret og oppkobling mot app/telefon. Spesielt var dette erfart i bruk av diabetesutstyret, og konkludert med at mobiltelefon/nettbrett krev ein nokså oppdatert utgåve av iOS/Android for å fungere.

Målingane hos brukaren skjer enkelt og nesten automatisk. Brukar set på seg utstyret slik dei har fått opplæring i, opnar appen og sørger for at skjermen på mobilen/nettbrettet held seg “våken” gjennom heile målinga. Resultata går dermed automatisk over frå utstyr til app, og oppfølgingstenesta får tilgang til resultatet i Dignio. Dette har vore enkle oppgåver for brukarane, og utstyret har vore enkelt å ta i bruk.

7.4 Utfordringar

Endringar i arbeidsgruppa undervegs

Det har vore noko utskifting av personar i arbeidsgruppa. Dette har vore både positivt og negativt. Positivt at det kjem inn nye tilsette med nye auger, men ein mister sjølvstendig mykje innblikk, forståing og kontinuitet i arbeidsgruppa. Dette har gått utover effektivitet og framdrift i periodar.

Økonomiske utfordringar i kommunane

Kommuneøkonomien er pressa i alle deltakande kommunar. Sjølv om ein har stor tru på prosjektet i kommunane, og tru på at tenesta kan gje økonomiske gevinstar fram i tid, har prosjektet møtt kritiske spørsmål i forhold til økonomi og kva gevinstar ein kan få her og no. Digital heimeoppfølging vert i hovudsak drifta innanfor legevakta si ordinære drift, med personalressursar som alt er på plass. Kostnad for kommunane er difor knytt til lisensar for programvare og utstyr per brukar. Det er semje i alle deltakande kommunar om å halde fram med tenesta, men med ei klar forventning om at kostnadane vert halde på eit lågast mogleg nivå. Ressursar til vidareutvikling av tenesta vil difor vere avhengig av at vi klarer å hente inn prosjektmidlar frå andre instansar.

Skepsis hos fastlegane

Det har til tider vore utfordrande å informere og engasjere fastlegane i kommunane. Nokre hadde høyrte om DHO frå før, og viste til andre kommunar som ikkje hadde hatt suksess. Manglande tilvising av pasientar frå fastlegane har vore ei utfordring og påverka motivasjonen i prosjektgruppa. Prosjektet har vore rundt på alle legekontor med presentasjon og høve til å stille spørsmål, vist til erfaringar vi har gjort oss m.m. Dette har vore positivt og auka interessa for å nytte tenesta. Prosjektet har også laga brosjyrar og plakatar til å ha på venterom, og eit eige kort legen kan ha på tavla si for påminning om tenesta. Vi har også laga film med ein brukar som gir uttrykk for optimisme og glede over å vere ein del av DHO. Der er også fastlege med og snakkar godt om tenesta ut ifrå eit fastlegeperspektiv.

Avgrensa ressursar til prosjektarbeid

Gjennom heile prosjektet har det vore ei utfordring at vi stort sett har hatt berre éin dag i veka til prosjektarbeid. Det har vor fleire oppgåver som skulle løysast enn tida vi har hatt til rådighet. I tillegg til arbeidet med å utvikle tenesta har det gått mykje tid til rapportering og møte i regi av Helsedirektoratet. Dette er naudsynt, men det skule vore tatt meir hensyn til dette når ein lokalt fastsette kva ressursbruk dei involverte i prosjektet skule ha. Konsekvensane av for lite tid til råderett har vore at vi har måtte skyve på oppgåver og avlyse aktivitet vi har ønska å gjennomføre. Det har også ført til slitasje blant prosjektdeltakarane.

7.5 Suksesskriterier og barrierar

Her vil vi kort nemne nokre suksesskriterier og barrierar. Ein kan lese meir om dei ulike punkta elles i rapporten:

Suksesskriterier

- Organisering på legevakt
- Legebilen
- Fastlege med 10% stilling i prosjektet
- Anskaffing og samarbeid med aktiv leverandør
- Samarbeid med helseføretaket og lokalt sjukehus
- Pilotperiode med pilotbrukarar
- Samarbeid med LHL
- Utarbeiding av film og brosjyrar
- Ekstern rettleiing frå InnoMed

Barrierar

- Helseplattformen, innføringa på sjukehuset har tatt svært mykje av deira kapasitet.
- Stort geografisk område i forhold til å kunne ta heimebesøk på kort varsel.
- Motivasjon hos fastlegar.
- Ukjend og ny type teneste som brukarar og tilsette i kommune og sjukehus i liten grad har høyrde om eller kjenner til.

7.6 Råd til andre som planlegg å etablere digital heimeoppfølging

- Det er berre å starte, sjølv om ein ikkje har alt klart. Ein finn løysingar undervegs.
- Forankring alle nivå er heilt avgjerande. Lag ein god interessentanalyse og legg opp forankringsarbeidet etter denne.
- Når ein kjem i gong med prosjektet og ser kor nyttig og viktig det er for brukarane som deltek, er det verdt alt strevet ein står i undervegs. Sørg for å kommunisere ut dei gode erfaringane.
- Få legane med på laget tidleg i prosessen. Få med ein engasjert lege i arbeidsgruppa som kan kome med innspel og vere bindeledd mellom arbeidsgruppa og legegruppa.
- Sørg for tilstrekkelege ressursar til utvikling av tenesta, ein bør jobbe med eit slik prosjekt meir enn ein dag i veka.

**DIGITAL
HEIMEOPPFØLGING**
DHO Søre Sunnmøre

SJÅ FILMEN VÅR


- ei teneste der du får hjelp av teknologi til å følge opp helsa di.



Telefonnummer 908 30 720

Tilbodet er eit samarbeid mellom kommunene Hareid, Herøy, Sande, Ulstein, Volda og Ørsta.
Les meir om digital heimeoppfølging på heimesida til kommunen din.

8 Oppsummering og vegen vidare

8.1 Status for overgang til drift

Status ved utgangen desember 2024 er at tenesta er i drift. Det er åtte brukarar som har vedtak på tenesta DHO og som følgast opp av oppfølgingstenesta ved Søre Sunnmøre legevakt. Brukarane kjem frå fire av samarbeidskommunane. Tenesta er klar for mottak av fleire brukarar. Alle tilsette på legevaktsentralen utgjør oppfølgingstenesta for DHO og har fått opplæring.

8.2 Kva må på plass for å sikre overgang til drift?

For å sikre overgang til drift er det naudsynt med ei tydeleg organisering av tenesta. Ein treng tilsette og leiarar med god rolleforståing og avklara arbeidsoppgåver.

For å sikre dette har prosjektet jobba med å definere ulike funksjonar. Det er oppretta ein koordinatorfunksjon som skal koordinere DHO arbeidet i oppfølgingstenesta. Koordinatoren har ansvar for å halde oversikt over oppgåver og fordele desse. Han skal også halde kontakt med legevaktsleiar, leverandør og tenesteeigar. Vidare er det etablert ei intern ressursgruppe som har utvida rolle blant dei tilsette. Desse skal ta imot ny saker frå forvaltningskontora, kartlegge nye brukarar, gi opplæring til nye brukarar, delta på møte hos fastlege og gjennomføre evalueringar og målingar. Både koordinatorfunksjonen og ressursgruppa vil sikre kvalitet og framdrift både i brukarsaker og i administrative oppgåver.

Opplæring er avgjerande i overgang til drift. Ein lyt ha tilsette som er trygge på kva dei skal handtere og som kan verktøya dei skal nytte. På legevakta er det gjennomført opplæring for alle tilsette på legevaktsentralen. Opplæringa inneber m.a. varslingshandtering, bruk av Dignio Prevent, rutinar og brukaroppfølging. Alle nytilsette får same opplæring som en del av nytilsett-opplæringa. Dei tilsette som i tillegg utgjør ressursgruppa lærast opp i rutinar og arbeidsoppgåver knytt til deira utvida rolle. Opplæring blir ivaretatt internt, eventuelt ved bruk av leverandør etter behov.

Tilstrekkeleg bemanning må ivaretakast når tenesta er over i drift. Behovet vil kunne endre seg over tid. For at dei tilsette skal kunne ivareta både funksjonen som legevaktsentral og oppfølgingsteneste DHO, er det naudsynt med to tilsette på kvar dagvakt. Legevaktsentralen skal alltid vere bemanna og har kort svarfrist når telefonen ringer. Det lyt derfor vere ein eigen ressurs som kan følgje opp det som trengst kring DHO-brukarane. Utover dette kan dei jobbe som vanleg på legevaktsentralen. Det er vanskeleg å seie kor mange DHO-brukarar denne bemanninga kan handtere, men i første omgang sikter ein mot 50 brukarar. Dette forutsett at det er nok kapasitet i ressursgruppa til å handtere kartlegging, heimebesøk, legebepok og evaluering.

Forankring har vist seg å vere svært avgjerande spesielt i fasen etter driftssetting, der ein treng skalering av brukarar. Tideleg i prosjektet var det mykje forankringsarbeid kring etablering av prosjektet, utvikling av tenesta og driftsmodell. Men etter at tenesta er driftssett er det behov for ny runde med forankring, spesielt hos leiarar i tenestene som allereie møter dei aktuelle brukarane.

Heilskapleg tenestemodell beskriv dei ulike oppgåvene og rollene som er naudsynte for å drifte tenesta. Prosjektet har starta arbeidet med utvikling av modellen, men er ikkje i mål. Vi har jobba med å finne ein løysing på korleis ein kan kommunisere innhaldet på tvers av tenester og kommunar.

8.3 Plan for vidare utvikling

Som nemnd i avsnittet over er det naudsynt med ytterlegare forankring med fokus på aktørar som er i kontakt med potensielle brukarar av tenesta. Dette gjeld særleg mellomleiarar og tenesteutøvarar i kommunale tenester, spesielt heimetenester, korttidsavdeling og psykisk helseteneste. Det gjeld også legar og helsepersonell ved medisinsk sengepost og medisinsk poliklinikk ved Volda sjukehus. Fastlegane i kommunane har tidlegare fått mykje informasjon, men ein vil planlegge nye tiltak for dialog og opplæring.

Konkrete tiltak i høve forankring vil vere å tilby emnekurs etter modellen som vart utvikla i spreingsprosjektet. For å nå ut til kommunale tenester og sjukehuset vil det i tillegg vere naudsynt å tilby informasjon ute i kvar kommune.

Arbeidet med heilskapleg tenestemodell vil halde fram, slik at den blir nyttig for alle aktørane. Modellen skal evaluerast kvart halvår og vertskommune skal sørge for at endringar blir publisert på kommunen si nettside.

Spreiing av informasjon om tenesta er viktig for å nå ut til innbyggjarane i kommunane. Ein vil derfor jobbe vidare med å spreie film, plakatar, brosjyre og digital informasjon. Ein vil ta del på aktuelle offentlege arenaer i kommunane, t.d. seniordagar eller messer. For å spreie informasjon til tilsette i kommune og sjukehus vil enda meir innhald bli lagt ut på eit eige område på vertskommunen si heimeside. Her vil tilsette finne m.a. prosedyrar, rutinar og heilskapleg tenestemodell.



9 Vedlegg

Vedlegg 1

Stadfesting frå kommunalleiargruppa i Sjustjerna helse og omsorg

Fra: Oddvar Marøy <oddvar.maroy@volda.kommune.no>

Sendt: fredag 3. juni 2022 14:05

Til: Erlend Bae <erlend.bae@volda.kommune.no>

Kopi: Kristin Vik <Kristin.Vik@orsta.kommune.no>

Emne: Digital heimeoppfølging

Viser til presentasjon av felles prosjektsøknad om tilskot til utvikling av tenester med digital heimeoppfølging i kommunane på søre Sunnmøre.

Helseleiarnettverket (Sjustjerna helse og omsorg), støttar initiativet og stiller seg bak søknaden der interkommunal legevakt vert sentral aktør i samarbeid mellom dei sju kommunane, fastlegar og helseføretaket.

Med helsing

Kristin Vik

Leiar sjustjerna helse og omsorg

Oddvar Marøy

samhandlingskoordinator i helsefellesskapet

Helse og omsorg

tlf. sentralbord: 70058700

tlf. mobil: 91851882

volda.kommune.no

Følg oss på

[Facebook](#) - [Instagram](#) - [Twitter](#)

E-post skal ikkje brukast til sensitiv informasjon. E-post er ikkje ein sikker kanal, og den kan overvakast av andre.

Helsedirektoratet

Dykkar ref:

Vår ref:

Dato: 3. juni 2022

Stadfesting om deltaking i prosjekt

HMR ved Klinikk Volda stadfestar med dette at vi ønskjer å delta i prosjekt om digital heimeoppfølging av kronisk sjuke pasientar.

Med helsing

Palma Hånes
Klinikksjef



02.06.22

Bekreftelse på samarbeid; digital hjemmeoppfølging- Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

ALV Møre og Romsdal stiller seg bak søknaden om medisinsk avstandsoppfølging fra Volda kommune. Volda er formell medlemskommune i ALV. ALV har i tillegg samarbeid med de andre Sunnmørskommunene som er samarbeidspartnere i søknaden i tillegg til USHT.

Cecilie Campbell, leder

Ålesund 2.6.2022

Bekreftelse på samarbeid; digital hjemmeoppfølging- Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

USHT Møre og Romsdal stiller seg bak søknaden om medisinsk avstandsoppfølging fra Volda kommune. Volda er en naturlig og god samarbeidspart gjennom USHTnettverk for kommunene i fylket sammen men de andre samarbeidspartene i søknaden.

Med hilsen

Brit Steinnes Krøvel

Leder USHT Møre og Romsdal

03.06.22

Bekreftelse på samarbeid; digital hjemmeoppfølging- Nasjonalt velferdsteknologiprogram.

MiSu stiller seg bak søknaden om medisinsk avstandsoppfølging fra Volda kommune og ønsker å stå som samarbeidspart i dette prosjektet. MiSu består av kommunene Sykkylven, Sula, Giske, Fjord og Stranda. Vi vil delta gjennom erfaringsutveksling, utprøving, kompetanseheving og kompetansedeling.

MiSu Styringsgruppe:

Ragnhild Hanken Skjong, Kommunalsjef Sykkylven Kommune

Lene Bjørlo Overå, Kommunalsjef Giske Kommune

Jan Ove Gravdal, Kommunalsjef Fjord Kommune

Jane Solheimsnes, Kommunalsjef Stranda Kommune

Kjetil Helge Fylling, Kommunalsjef Sula Kommune

Venleg helsing

Søgni Margrete Grøndal

Fagkonsulent velferdsteknologi og tenestedesign

Prosjektleder MiSu-Samarbeidet

Mobil. 46 81 54 30

sogni.grondal@sykkylven.kommune.no



Gevinstplan - forenkla versjon

Prosjekt: Måling og meistring - digital heimeoppfølging på Søre Sunnmøre

Gevinst	Resultatindikator	Hvordan måle og rapportere
Oversikt over hvilke gevinster prosjektet ønsker å oppnå. Inkluder unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet.	Resultatindikatoren er det som skal måles for å dokumentere gevinsten. Velg noe som er enkelt å måle.	Hvordan gevinstene skal måles og rapporteres.
Pasientar og pårørende opplever større meistring og tryggleik knytt til helsesituasjonen	Pasientens oppleving av meistring og tryggleik Pasientens oppleving av egen helse Aktivitetsnivå i kvardagen for pasienten Kunnskapsnivå om eigen sjukdom Oppfølging frå helsetenesta Tal dagar med eigenmelding og sjukemelding for yrkesaktive Grad av fridom til å gjere eigne aktivitetar for pårørende. Pårørende si vurdering av pasienten si meistring og eiga meistring og tryggleik	Spørreskjema pasient Spørreskjema pårørende
Auka samhandling mellom helsetenestene	Pasienten sin oppleving av at dei ulike tenestene samhandler kring situasjonen Tilsette si oppleving av samarbeid Pårørende si oppleving av at dei ulike tenestene samhandler kring situasjonen	Spørreskjema pasient Spørreskjema tilsette og fastlege Spørreskjema pårørende
Rett bruk av fastlege	Antal fastlegekonsultasjonar Kvalitativ vurdering av struktur og kvalitet i konsultasjonene Fastlege sin oversikt over pas si helse, trendar og behov for tiltak	Spørreskjema pasient Spørreskjema med fastlege
Færre henvendingar til legevakt	Tal oppringingar til 116117	Spørreskjema pasient

Reduserte kostnader på innleggingar og polikliniske konsultasjonar i sjukehus	Tal liggedøgn i sjukehus	Spørreskjema pasient Hente ut tal frå Volda sjukehus
Unngått eller utsett behov for tenester høgre opp i den kommunale omsorgstrappa	Kva kommunale tenester pasienten har Tal besøk helsetenester i heimen pr. månad Tal forbrukte minutt på helsetenester i heimen pr månad Tal liggedøgn i kommunal korttidsavdeling og KAD	Spørreskjema pasient Spørre HBO direkte om forbrukte minutt
Pasientar og pårørende har reduserte kostnader og tidsbruk ift reise/opphold i institusjon og legebesøk	Tal konsultasjonar hos fastlege, legevakt og spesialisthelseteneste.	Spørreskjema pasient

Måling og meistring - Digital heimeoppfølging på Søre Sunnmøre

Forfatter: Unni Irene Arnestad, Elisabeth Stalheim Pedersen

Gyldig fra: Godkjenningsdato

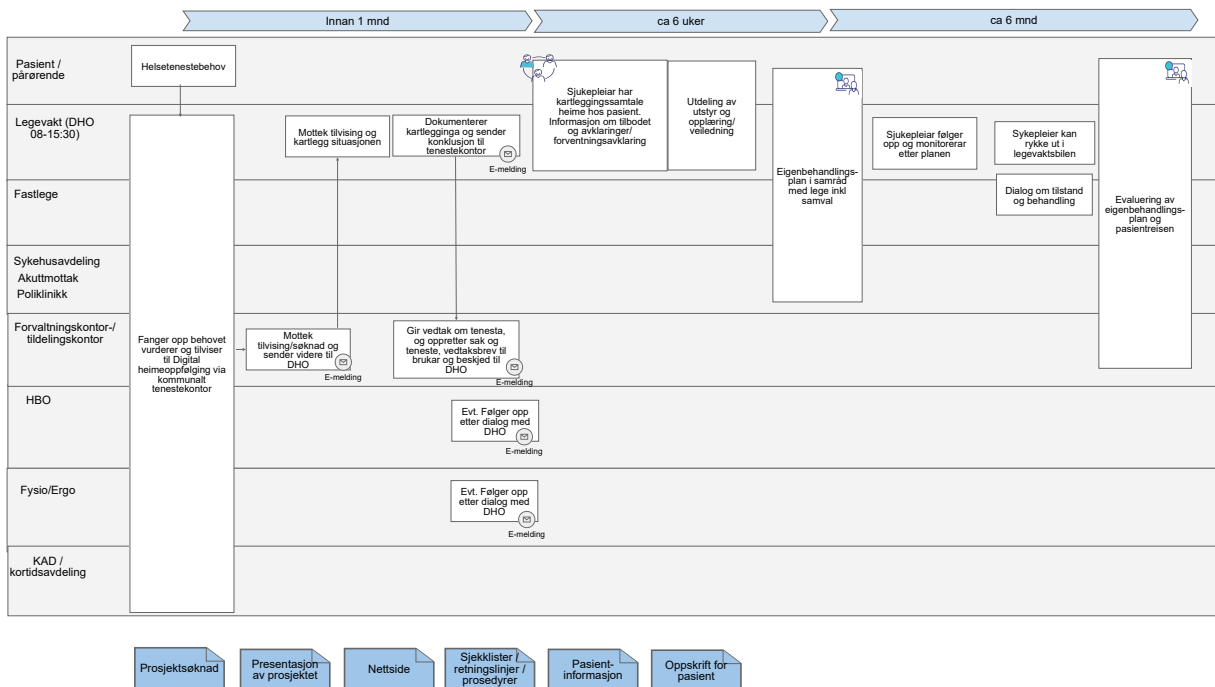
Revisjon: 1.0

Godkjent av: Ikke godkjent

Revisjonsfrist: 1 år etter godkjenning

ID: 62170

Måling og meistring - Digital heimeoppfølging på Søre Sunnmøre



Søknad og oppstart av tenesta



Tilvising

Heimkommunen tek imot søknad frå innbyggjar eller tilvising frå lege/helseteneste

Vurdering

Oppfølgingstenesta kartlegg behovet

Start av tenesta

Brukar får utstyr og opplæring, og sender inn svar og målingar i 2-5 veker for kartlegging

Møte hos fastlege

Brukar, lege og oppfølgings-tenesta utarbeidar eigenbehandlingsplan med normalverdiar og tiltak

Gangen i tenesta

Helsehjelp

Oppfølgingstenesta følger opp brukar etter behov, legehjelp ved alvorleg forverring

Måling

Brukar registrerer måleverdiar og svarar på spørsmål i appen

Analyse

Målingane analyserast automatisk mot brukar sine normalverdiar

Eigenbehandlingsplan

Brukar gjer oppgåver og tiltak ut frå aktuell sone i eigenbehandlingsplanen



Triagering

Oppfølgingstenesta vurderar om brukar er i grøn, gul eller raud sone