



TRONDHEIM KOMMUNE
Tråanten tjælte

Trondheim DIGITAL
Avdeling for e-helse og velferdsteknologi

Spredningsprosjekt Digital hjemmeoppfølging Sluttrapport



Foto: Terese Samuelsen

Spredningsprosjekt Digital hjemmeoppfølging

Helsefellesskapet St. Olav

Sammendrag

Prosjektet Digital hjemmeoppfølging (DHO) har hatt som mål å etablere digital hjemmeoppfølging som en integrert tjeneste i helsefellesskapet. Gjennom et omfattende arbeid med kartlegging av behov, utvikling av tjenestemodell og forløp, samt involvering av brukere og helsepersonell, har prosjektet lagt et solid grunnlag for implementering av DHO. Selv om pilotering og driftsetting ikke ble oppnådd innenfor prosjektperioden, har prosjektet resultert i økt kompetanse og bevissthet om DHO, og skapt en plattform for videre utvikling og implementering av tjenesten.

Prosjektet har vært et spredningsprosjekt finansiert av Helsedirektoratet, og har involvert et samarbeid mellom Trondheim kommune, Ørland kommune og St. Olavs hospital HF. Erfaringene fra prosjektet viser at DHO har potensiale til å gi økt trygghet og mestring for pasienter med kroniske sykdommer og psykiske helseutfordringer, samt bidra til mer bærekraftige helsetjenester. Videre arbeid med DHO bør fokusere på implementering av tjenesten, evaluering av effekt og kontinuerlig forbedring basert på tilbakemeldinger fra brukere og helsepersonell.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1. Innledning.....	4
1. Faktaboks om prosjektet.....	5
2. Mål med tiltaket.....	5
Mål.....	5
Målgruppe.....	6
Forventede effekter.....	6
Gevinstmåling.....	7
3. Måloppnåelse / gevinster.....	8
Grad av måloppnåelse.....	8
Gevinster fra prosjektet.....	8
Viktige aktiviteter og leveranser.....	9
4. Modell for digital hjemmeoppfølging.....	10
Tjenesteforløp.....	10
Ørland.....	10
Trondheim.....	10
Somatisk sykdom.....	10
Psykisk helse.....	12
Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
Ørland kommune.....	13
Trondheim kommune.....	14
Somatisk sykdom.....	14
Psykisk helse.....	14
Brukerinvolvering.....	15
Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan.....	16
Organisering, kompetanse, omfang og etiske vurderinger.....	16
Erfaring med fastlegens rolle og ansvar.....	18
Samarbeid.....	19
Teknologi.....	19
Kostnader og bærekraft i tjenesten.....	20
Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på.....	21
5. Prosessveiledning.....	23
InnoMed.....	23
Helsedirektoratet.....	23
6. Læringspunkter og erfaringer.....	23
7. Oppsummering og veien videre.....	25
Oppsummering.....	25
Overgang til drift og videre utvikling.....	25
8. Vedlegg.....	27

1. Innledning

Dette prosjektet, Digital hjemmeoppfølging (DHO), springer ut fra et økende behov for å forbedre og effektivisere tjenestene for personer med kroniske somatiske sykdommer. Disse pasientene har ofte et stort forbruk av helsetjenester og høy risiko for forverring, noe som stiller økte krav til helse- og omsorgstjenesten i en tid preget av økende kompleksitet i omsorgsoppgavene og begrensede ressurser.

Prosjektet er et Spredningsprosjekt finansiert av Helsedirektoratet, som en del av en nasjonal satsing på digital hjemmeoppfølging. I St. Olavs-helsefellesskapet vil Trondheim kommune, Ørland kommune og St. Olavs hospital HF samarbeide om å implementere DHO, med kommunene Malvik, Melhus og Midtre Gauldal som referansekommuner. Prosjektet vil følge Helsedirektoratets nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging og basere seg på funn fra utprøvingsperioden 2018-2021, og bygge på tidligere erfaringer og eksisterende kunnskap. Helseplattformen vil være en sentral del av infrastrukturen, og prosjektet vil fokusere på å utvikle tverrfaglige og tverrsektorielle forløp for å sikre en helhetlig og sammenhengende tjeneste for brukerne.

Samarbeidspartene i prosjektet hadde et veldig ulikt utgangspunkt da prosjektet startet. I Ørland kommune var tanken om digital oppfølging relativt fersk med et klart ønske om å innføre tjenesten i hjemmetjenesten for personer under kreftbehandling, mens Trondheim kommune tok utgangspunkt i et eksisterende forløp for DHO for bredding mot pasienter med KOLS og hjertesvikt. Ved St. Olavs hospital var det en klar strategi om å ta i bruk digital oppfølging på flere klinikker, et arbeid som allerede var startet opp med forløp som understøttet en mer behovs- og brukerstyrt poliklinisk virksomhet.

I Trondheim kommune har Digital hjemmeoppfølging vært under etablering siden 2018, med erfaringer fra prosjektet HelsaMi+. Prosjektet omtalt i denne rapporten tok i utgangspunktet sikte på bredding av tjenesten som ble prosjektert i HelsaMi+-prosjektet. Driftssettingen av DHO var imidlertid utfordrende av flere grunner, og høsten 2023 valgte vi å begynne arbeidet med å utarbeide tjenesten på nytt med Helseplattformen som teknologisk plattform. Denne rapporten omhandler derfor arbeidet som ble gjort fra høsten 2023 til desember 2024.

I tillegg til å etablere DHO som en varig tjeneste, vil prosjektet legge vekt på å utvikle effektive tjeneste- og samhandlingsmodeller mellom samarbeidspartnerne. Dette vil bidra til å skape et solid fundament for tjenesten og sikre en effektiv samhandlingsarena. Prosjektet vil også prioritere deling av erfaringer, kompetansebygging og forankring av tjenestene hos brukerne, for å sikre en helhetlig og oversiktlig tjeneste for alle brukere av DHO i regionen.

Denne rapporten er utarbeidet som en del av sluttrapporteringen for prosjektet Spredningsprosjekt Digital hjemmeoppfølging (DHO). Rapporten gir en oversikt over prosjektets bakgrunn, mål, resultater og erfaringer. Den inneholder også anbefalinger for videre arbeid med digital hjemmeoppfølging. Målgruppen for rapporten er prosjektets samarbeidspartnere, Helsedirektoratet, samt andre aktører som er involvert i eller interessert i digital hjemmeoppfølging.

1. Faktaboks om prosjektet

Prosjekteier	Trondheim kommune
Samarbeidspartnere	Ørland kommune, St. Olavs Hospital
Prosjektperiode	August 2022 - Desember 2024
Målgruppe	Personer med kronisk somatisk sykdom og personer med psykiske helseutfordringer
Teknisk løsning	Helseplattformen, HelsaMi

2. Mål med tiltaket

Mål

Virksomhetsmål:

- a) Dekke mer av innbyggernes behov for helsetjenester ved hjelp av digital teknologi
- b) Bidra til å skape mer bærekraftige helsetjenester

Effektmål:

- a) Innbyggere skal få
 - i) Større trygghet rundt egen sykdom i hverdagen
 - ii) Færre innleggelser og mer stabil helsetilstand
 - iii) Helhetlige og sammenhengende tjenester
 - iv) Økt mestring og selvstendighet
 - v) Redusere unødvendig reising for pasientene ifm oppfølging
- b) Helse- og omsorgstjenesten skal nå målet om økt bærekraft i tjenestene
- c) Ansatte kan omdisponere tiden til pasienter som har behov for å møte helsepersonell ansikt til ansikt

Resultatmål:

Prosjektet skal etablere DHO som en varig tjeneste i drift i helsefellesskapet.

Målgruppe

Felles for målgruppene i prosjektet er at dette er personer med et høyt forbruk av helsetjenester, som har nytte av å følges opp digitalt. Digital hjemmeoppfølging kan bidra til å redusere risikoen for forverring, samt redusere behovet for hyppige legebesøk og sykehusinnleggelser.

I Ørland kommune er det en pasientgruppe som er under kreftbehandling som tidlig var identifisert som lovende kandidater for DHO. Her brukes en del ressurser i hjemmetjenesten på å følge opp symptomer på infeksjon, samt monitorere bivirkninger av behandlingen.

DHO-tjenesten i Trondheim kommune er utviklet med en diagnoseagnostisk tilnærming, noe som betyr at den kan tilpasses og brukes av pasienter med ulike sykdommer og helseutfordringer. Dette gir en fleksibilitet som gjør det mulig å skalere tjenesten til å dekke behovene til ulike pasientgrupper.

I prosjektet har Trondheim kommune likevel fokusert på to hovedmålgrupper:

Personer med (kronisk) somatisk sykdom: Innsiktsarbeidet viste at det var aktuelt å tilby tjenesten til personer med kroniske diagnoser som KOLS, hjertesvikt og diabetes. I tillegg kan DHO være hensiktsmessig for personer med mer midlertidige tilstander eller diagnoser, for eksempel ernæringsproblematikk eller personer i kreftbehandling. Det var planlagt å pilotere tjenesten for personer med diabetes type II uten oppfølging fra hjemmetjenesten, og som nylig har blitt diagnostisert.

Pasienter med psykiske lidelser: Denne målgruppen omfatter personer med langvarige og sammensatte hjelpebehov, hovedsakelig knyttet til emosjonsregulering. Dette kan være personer med emosjonsreguleringsvansker i kombinasjon med ruslidelser, spiseforstyrrelser, psykoselidelser eller autismespekterforstyrrelser. DHO kan være et godt alternativ for denne gruppen, som ofte ikke får eller ikke nyttiggjør seg behandling i spesialisthelsetjenesten.

Forventede effekter

For brukere/pasienter: Digital hjemmeoppfølging kan gi pasienter en følelse av økt trygghet og kontroll over egen helsetilstand. Gjennom regelmessig egenmåling og kontakt med helsepersonell kan pasienter oppdage forverring tidlig og få raskere hjelp. Ved å gi støtte og veiledning i hverdagen kan digital hjemmeoppfølging bidra til at pasienter opplever bedre livskvalitet og kan leve mer aktive liv. Digital hjemmeoppfølging kan redusere behovet for reiser til legekontor og sykehus, noe som kan være spesielt viktig for pasienter med begrenset mobilitet eller som bor i distriktene.

For tjenesten: Digital hjemmeoppfølging kan frigjøre ressurser i helse- og omsorgstjenesten ved å redusere behovet for konsultasjoner og innleggelser. Digital hjemmeoppfølging kan bidra til bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, og gi en mer helhetlig og koordinert pasientoppfølging. Dette er spesielt aktuelt da spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har samme journalsystem og kan kommunisere og samarbeide gjennom funksjonalitet her.

Gevinstmåling

For å få en helhetlig forståelse av effekten av digital hjemmeoppfølging, sikre kvalitet i tjenesten og sikre at tjenesten kontinuerlig forbedres, vil vi benytte en kombinasjon av brukerundersøkelser, registerdata og kostnadsanalyser. Brukerundersøkelser vil gi oss innsikt i pasientenes erfaringer med DHO, og måle endringer i trygghet, mestring og livskvalitet. Registerdata vil bli brukt til å analysere endringer i antall legebesøk, sykehusinnleggelser og bruk av andre helsetjenester. En kostnadsanalyse vil gi oss et bilde av kostnadseffektiviteten ved å sammenligne kostnadene ved DHO med eventuelle besparelser i andre deler av helsetjenesten.

I tillegg til disse målingene, vil det gjennomføres kvalitative intervjuer med både pasienter og helsepersonell for å få en dypere forståelse av deres erfaringer med DHO.

For å sikre at tjenesten er i kontinuerlig utvikling, vil DHO evalueres fortløpende etter implementering. Tilbakemeldinger fra brukere og helsepersonell vil bli samlet inn og analysert for å identifisere forbedringsområder. Helsepersonell vil få grundig opplæring i bruk av digitale verktøy og veiledning i hvordan de best kan følge opp pasienter som benytter DHO.

Basert på evalueringene og tilbakemeldingene, vil DHO-tjenesten videreutvikles. Dette kan innebære justeringer av tjenesteforløp, implementering av nye digitale verktøy eller tilpasning av tjenesten til nye pasientgrupper.

3. Måloppnåelse / gevinster

Grad av måloppnåelse

Selv om prosjektet ikke har nådd målet om å pilotere og sette tjenesten i full drift, er det gjort betydelige fremskritt mot å etablere digital hjemmeoppfølging som en integrert del av helsefellesskapet både hos Trondheim kommune og Ørland kommune, i samarbeid med St. Olavs. Prosjektet har lyktes med å utvikle en helhetlig tjenestemodell for DHO, inkludert detaljerte tjenesteforløp for både somatiske og psykiske helseutfordringer. Dette er gjort i tett samarbeid med brukere og helsepersonell, og sikrer at tjenesten er skreddersydd til behovene i vårt helsefellesskap. Prosjektet har bidratt til økt kompetanse og bevissthet om DHO blant helsepersonell. Gjennom workshops, opplæring og erfaringsdeling har de ansatte fått en dypere forståelse av mulighetene og utfordringene knyttet til DHO, spesielt med tanke på bruk av Helseplattformen som verktøy. DHO er godt forankret i både Trondheim kommune, Ørland kommune og St. Olavs hospital. Ledelsen i alle tre organisasjonene har uttrykt sterk støtte til prosjektet, og det er etablert gode samarbeidsstrukturer for videre arbeid med DHO.

Brukere og pårørende har vært aktivt involvert i prosjektet gjennom hele prosjektperioden. Deres tilbakemeldinger og erfaringer har vært avgjørende for å utvikle en brukervennlig og behovstilpasset tjeneste. På grunn av bl.a. utfordringer knyttet til implementering av DHO i Helseplattformen, har det ikke vært mulig å pilotere eller sette tjenesten i drift innenfor prosjektperioden. Dette er et viktig mål som må prioriteres i det videre arbeidet. Selv om pilotering og driftsetting ikke er oppnådd innenfor prosjektperioden, har prosjektet lagt et solid grunnlag for videre implementering av DHO. Tjenestemodell, forløp, kompetanse og forankring er på plass, og det er stor optimisme knyttet til at DHO vil kunne bli en verdifull tjeneste i helsefellesskapet.

Gevinster fra prosjektet

Selv om prosjektet ikke har nådd full drift og dermed ikke kan vise til konkrete gevinster i form av målbare resultater, har det bidratt til betydelig modning og kompetanseutvikling innen digital hjemmeoppfølging i helsefellesskapet. Prosjektet har gitt deltakerne en dypere forståelse av hva digital hjemmeoppfølging innebærer, hvilke muligheter det gir, og hvilke utfordringer som må håndteres. Prosjektet har fremmet tverrfaglig samarbeid og etablert arenaer for erfaringsdeling mellom ulike faggrupper og organisasjoner. Brukermedvirkning har blitt styrket, og brukernes behov og erfaringer har stått sentralt i utformingen av tjenestemodellen. Prosjektet har bidratt til organisasjonslæring i deltakende organisasjoner, og erfaringene vil være verdifulle i videre arbeid med digitalisering og tjenesteinnovasjon. Prosjektet har bidratt til å bygge kapasitet og kompetanse innen digital hjemmeoppfølging, noe som vil være et viktig grunnlag for å lykkes med implementering og drift av DHO i fremtiden. Kort sagt, prosjektet har skapt en plattform for videre utvikling og

implementering av digital hjemmeoppfølging i helsefellesskapet. Selv om vi ikke har nådd alle målene innenfor prosjektperioden, har vi oppnådd viktige resultater som vil være avgjørende for å lykkes med DHO på lang sikt.

Viktige aktiviteter og leveranser

Prosjektet har vært preget av en rekke viktige aktiviteter som har bidratt til å bevege oss mot målene som er satt. Aktivitetene har vært sentrert rundt utvikling og implementering av digital hjemmeoppfølging, og har involvert et bredt spekter av aktører, fra helsepersonell til pasienter og pårørende. Vi har også jobbet aktivt med rekruttering av fastleger til prosjektet gjennom informasjonsarbeid, foredrag og planlegging av emnekurs. En grundig kartlegging av behovene til både pasienter og helsepersonell har vært viktig for å sikre at DHO-tjenesten er relevant og nyttig. Dette har involvert spørreundersøkelser og workshops med representanter fra målgruppene. Basert på behovskartleggingen har prosjektet utviklet en helhetlig tjenestemodell for DHO. Modellen beskriver hvordan DHO skal organiseres, hvilke pasientgrupper som skal tilbys tjenesten, og hvilke digitale verktøy som skal benyttes. Videre har prosjektet utarbeidet detaljerte tjenesteforløp for DHO, både for somatiske og psykiske helseutfordringer. Forløpene beskriver steg for steg hvordan DHO skal gjennomføres, og sikrer en standardisert og kvalitetssikret tjeneste.

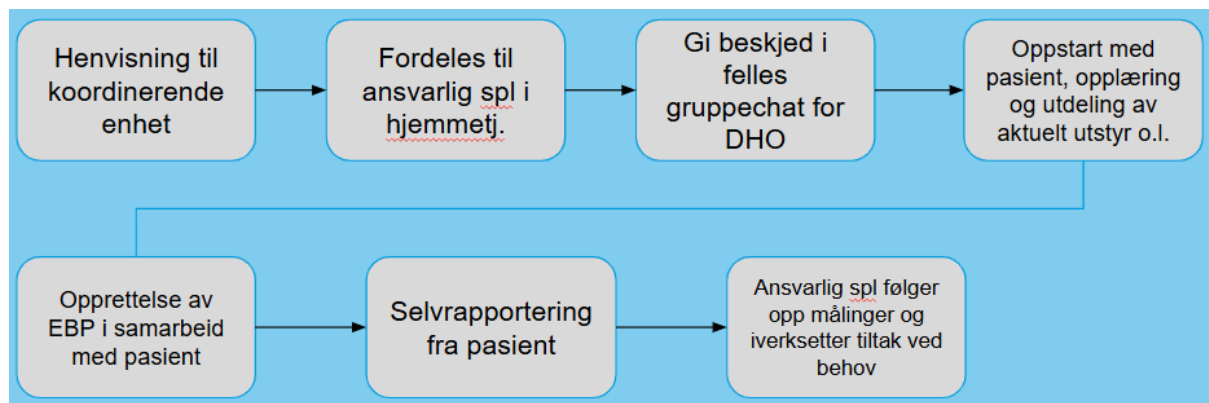
Prosjektet har levert en tjenestemodell for DHO og detaljerte tjenesteforløp for somatiske og psykiske helseutfordringer. Disse leveransene representerer viktige bidrag til å etablere digital hjemmeoppfølging som en integrert del av helsetjenesten i vår region.

4. Modell for digital hjemmeoppfølging

Tjenesteforløp

Ørland

Tjenesteforløpet i Ørland kommune var i all hovedsak lagt til hjemmetjenesten, med ansvarlig sykepleier som mottaker av målinger og varslinger:

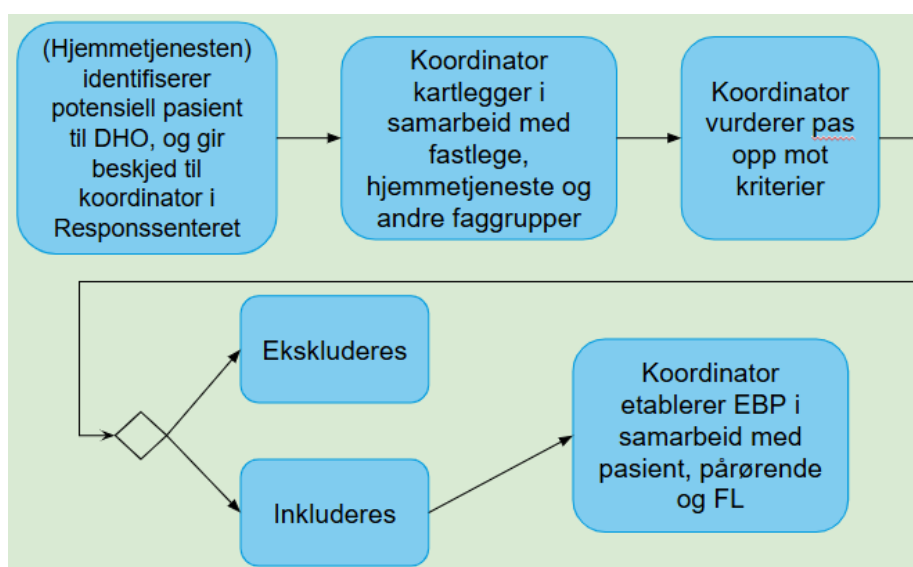


Trondheim

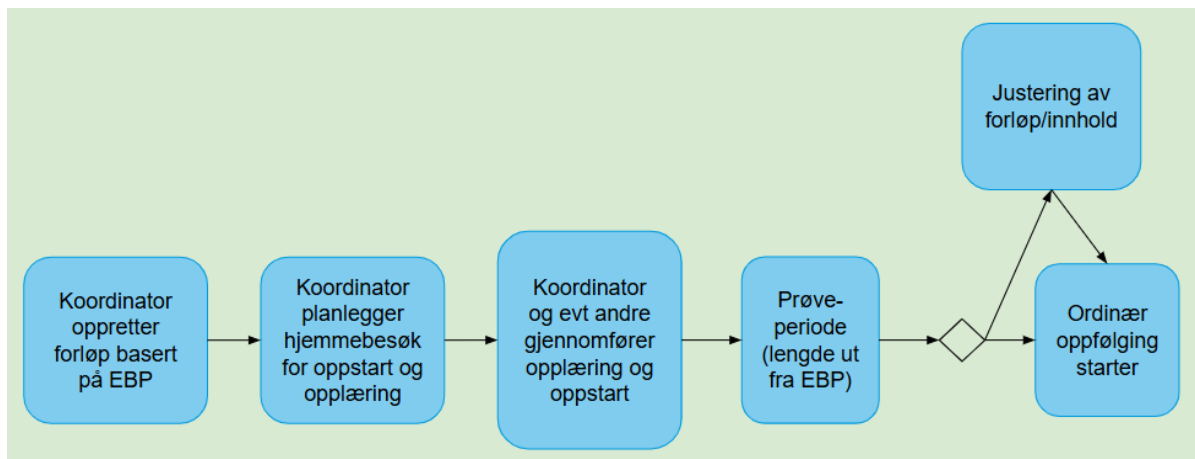
Tjenesteforløpene i Trondheim kommune er, i de respektive delprosjektene, delt inn i fasene fra Helhetlig tjenestemodell. Navnene er tilpasset vårt prosjekt: Henvisning, igangsetting, oppfølging og evaluering/endring.

Somatisk sykdom

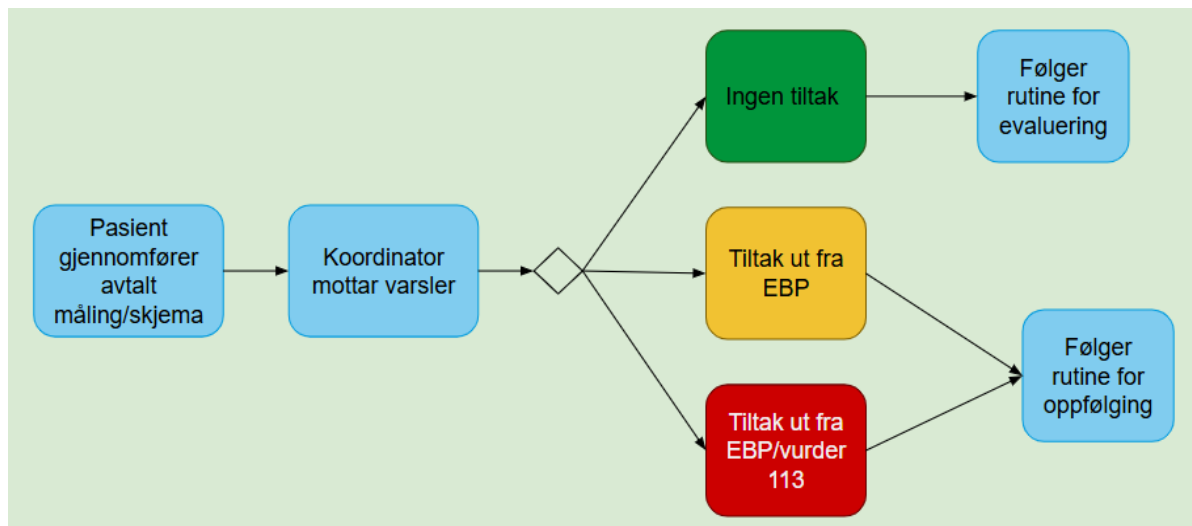
Henvisning



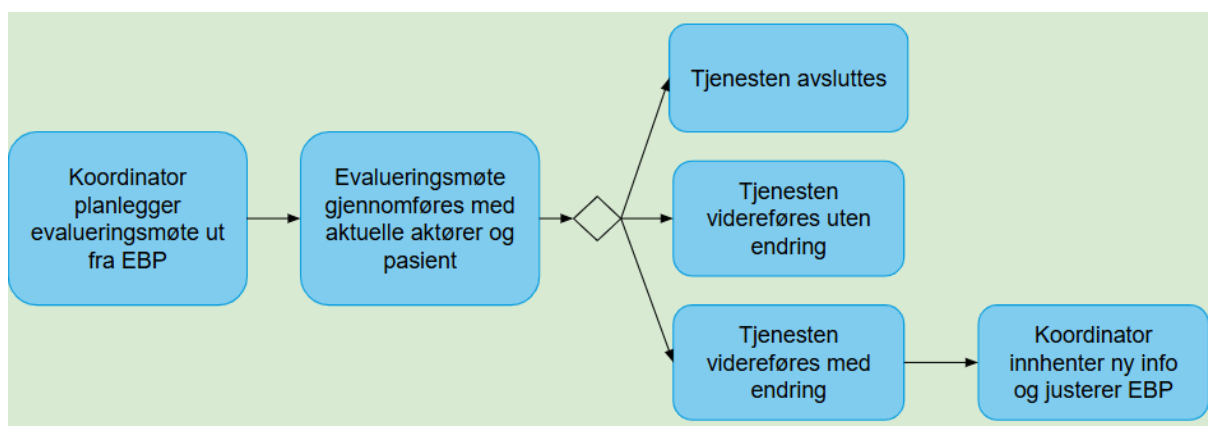
Igangsetting



Oppfølging

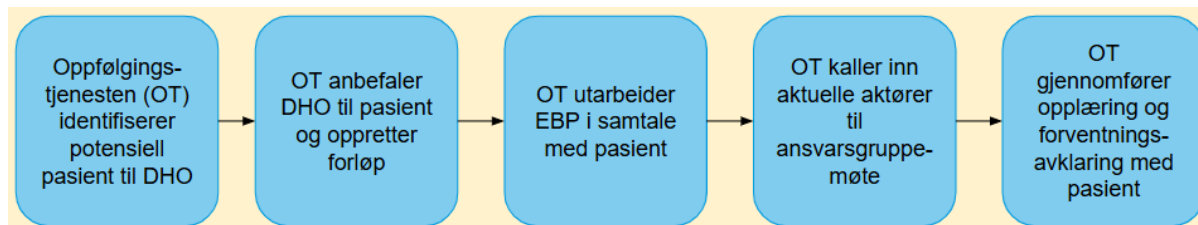


Evaluering/endring

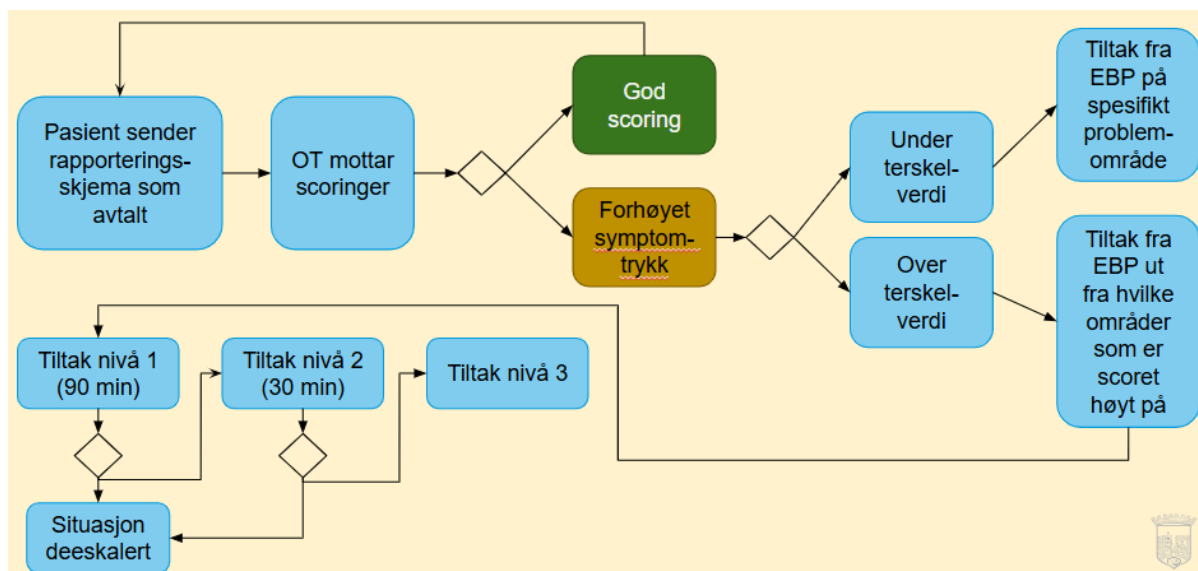


Psykisk helse

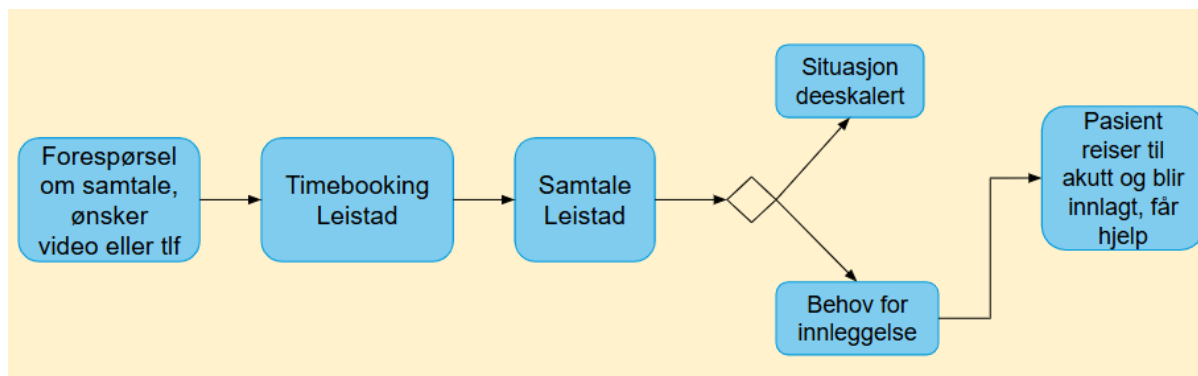
Henvisning (inklisjon) og igangsetting



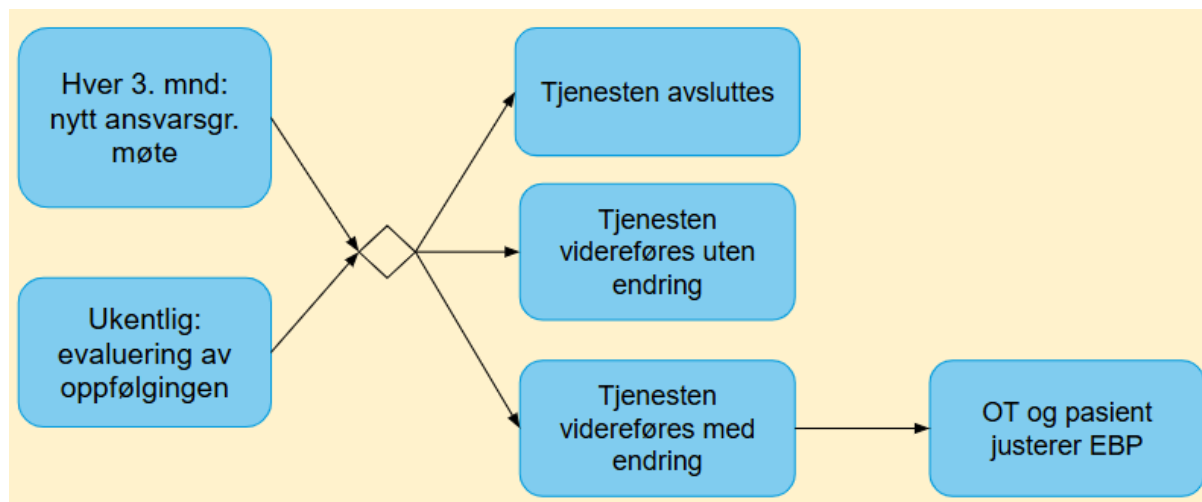
Oppfølging



Oppfølging forts.: tiltak nivå 3



Evaluering/endring



Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ørland kommune

I Ørland kommune ble det utarbeidet overordnede inklusjonskriterier for tjenesten, og det var planlagt å ta individuelle vurderinger for hver pasient. Kriteriene er:

- Kreftsykdom som er under behandling ved St. Olavs hospital
- Mottar hjemmetjeneste for oppfølging av bivirkninger og infeksjonsfare på grunn av kreftbehandling
- Hjemmeboende i Ørland kommune
- 18+ år
- Er motivert for tjenesten
- Er i stand til å bruke HelsaMi
- Har BankID
- Har samtykkekompetanse for tiltaket

Trondheim kommune

Somatisk sykdom

I det somatiske forløpet i Trondheim kommune var det fokus på å finne inklusjonskriterier som ikke hindret f.eks. ernæringsproblematikk eller tilstander med forventet kortere varighet. I psykisk helse-forløpet var det viktig å spisse kriteriene nok til at man fikk inkludert personer som kunne ha nytte av tjenesten, og som var sannsynlig at ville gjennomføre tiltaket.

Generiske inklusjonskriterier

- Tilstrekkelig avklart tilstand og kan nyttiggjøre seg en egenbehandlingsplan
- Behersker teknologien på egenhånd, har evne til å lære, eller motta hjelp fra pårørende
- Over 18 år
- Hjemmeboende i Trondheim kommune

Spesifikke inklusjonskriterier

- Egenbehandlingsplan kan benyttes ved forverring av tilstanden
- Tilstand med forventet variasjon i symptomtrykk der det ansees hensiktsmessig å variere spesifikk behandling etter plan

Generiske eksklusjonskriterier

- Er ikke samtykkekompetent og har ikke pårørende-/nettverksstøtte
- Komorbid som kompliserer behandling av sykdommen slik at digital oppfølging av sykdommen alene ikke anses hensiktsmessig
- Vurdering av moderat kognitiv svikt eller andre funksjonsendringer som er til hinder for bruk av tjenesten
- Lide av alvorlig sykdom med forventet levetid < 6 mnd
- Har ikke WIFI eller mobildekning
- Har ikke BankID, Buypass eller Commfides

Psykisk helse

Generiske inklusjonskriterier

- Over 18 år
- Hjemmeboende i Trondheim kommune

Spesifikke inklusjonskriterier

- Diagnoseuavhengig, MEN for personer med emosjonsreguleringsvansker: innenfor emosjonelt ustabil-spekteret, må kjenne seg igjen i diagnosekriteriene for EUPF
- Ha behov for hjelp til emosjonsregulering og/eller atferdsregulering

- Personer som ikke får eller ikke nyttiggjør seg behandling i spesialisthelsetjenesten, eller har svingende motivasjon for å motta behandling
- Personer som har utfordringer på ulike livsområder som kan føre til en kaotisk hverdag
- Personer som ønsker endring, eller ønsker å benytte seg av egenrapportering/tilbudet
- Gjerne personer med komorbiditet, f.eks emosjonsreguleringsvansker i kombinasjon med ruslidelse, spiseforstyrrelser, psykoselidelser, autismespekterforstyrrelser
- Personer med risikoatferd (selvskading, suicidalitet, rus, vold)

Eksklusjonskriterier

- Psykoselidelser
- Personer som ikke ønsker hjelp

Brukerinvolvering

Brukermedvirkning har vært en sentral del av prosjektet, og vi har jobbet aktivt for å involvere brukere i utforming og utvikling av DHO-tjenesten. Dette har vært avgjørende for å sikre at tjenesten er tilpasset brukernes behov og preferanser, og at den bidrar til økt trygghet, mestring og livskvalitet.

I Trondheims-delen av prosjektet har vi hatt to ulike tilnærminger til brukermedvirkning:

I somatikk-delen av prosjektet har vi samarbeidet med en referansegruppe bestående av personer fra Brukerråd for hjemmeboende. Gruppen har hatt jevnlig møter med prosjektgruppen, hvor de har gitt innspill til tjenestemodell, tjenesteforløp og teknisk løsning. Referansegruppen har vært en viktig ressurs i prosjektet, og deres erfaringer og perspektiver har bidratt til å forme DHO-tjenesten.

I psykisk helse-delen av prosjektet har vi involvert erfaringskonsulenter, altså brukerrepresentanter ansatt på enheten i kommunen, i utviklingen av DHO-tjenesten. Erfaringskonsulentene har deltatt i workshops og møter, og har gitt innspill til både innhold og form på tjenesten. De har også vært sentrale i å kvalitetssikre ordlyden i den tekniske løsningen, slik at den er tilpasset målgruppen.

Ved å involvere brukere i utviklingen av DHO-tjenesten har vi sikret at tjenesten er relevant, brukervennlig og effektiv. Brukerne har bidratt med verdifull innsikt i egne behov og utfordringer, og har gitt konkrete forslag til hvordan DHO kan forbedres. Dette har vært avgjørende for å skape en tjeneste som faktisk gjør en forskjell for pasientene.

Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

Erfaringene med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplaner i prosjektet har vært positive og lærerike. Vi har sett at disse planene kan være et nyttig verktøy for å styrke pasientenes egenmestring og forebygge forverring av helsetilstanden.

I somatikken har vi lagt vekt på å integrere forebyggende tiltak i egenbehandlingsplanene. Dette inkluderer tiltak knyttet til for eksempel fysisk aktivitet og ernæring, som er viktige elementer for å opprettholde god helse og forebygge forverring av kroniske sykdommer. Erfaringene viser at pasientene setter pris på å få konkrete råd og veiledning om tiltak for å forebygge forverring av symptomer som et tillegg til medisinske tiltak. Dette gjør egenbehandlingsplanen mer proaktiv enn tidligere, og kan bidra til å øke motivasjonen for å leve et sunt og aktivt liv.

Innen psykisk helse har vi benyttet krisemestringsplaner som en form for egenbehandlingsplan. Disse planene er utarbeidet i samarbeid mellom oppfølgingstjenesten og pasienten, og inneholder konkrete tiltak som skal iverksettes ved ulike symptomforverringer. Erfaringene viser at krisemestringsplaner kan bidra til å redusere angst og usikkerhet, og gi pasientene en følelse av kontroll og mestring i vanskelige perioder.

Vi har gjennom prosjektet erfart at det er svært viktig at egenbehandlingsplanene og krisemestringsplanene er individuelt tilpasset pasientens behov, mål og ressurser. Utarbeidelse av planene krever et tett samarbeid mellom pasient og helsepersonell, basert på tillit og åpen kommunikasjon. Planene bør også evalueres og justeres regelmessig, i takt med pasientens behov og utvikling.

Egenbehandlingsplaner og krisemestringsplaner er verdifulle verktøy i oppfølging av pasienter med diagnoser eller tilstander der pasienten selv kan iverksette tiltak ved forverring av symptomer. Erfaringene fra prosjektet viser at dette bidrar til økt mestring, selvstendighet og tidlig intervensjon. Ved å videreutvikle og forbedre disse planene kan vi styrke DHO-tjenesten og gi pasientene et enda bedre tilbud.

Organisering, kompetanse, omfang og etiske vurderinger

I Ørland kommune er tjenesten plassert i hjemmetjenesten. Henvisninger til tjenesten kommer til koordinerende enhet, som fordeler ansvaret videre til ansvarlig sykepleier i hjemmetjenesten. Denne rollen blir da ansvarlig for å koordinere DHO-tjenesten rundt pasienten, med innhenting av relevant informasjon fra andre aktører samt opplæring, utplassering av utstyr og etablering av egenbehandlingsplan. Det er da ansatte i hjemmetjenesten som allerede er kjent med pasienten som er ansvarlig for oppfølging av målinger som kommer inn når tjenesten er i gang, og har også en viktig rolle i å fange opp eventuelle endringer i pasientens helsetilstand og behov, og justere tjenesten deretter.

Den somatiske tjenesten i Trondheim er organisert rundt koordinatorene i

Responssenteret, en avdeling ved Trygghetspatruljen, som fungerer som et bindeledd mellom pasient, helsepersonell og digitale verktøy. Koordinatoren har ansvar for å kartlegge pasientens behov, opprette og tilpasse DHO-tjenesten, samt koordinere informasjonsflyten mellom de ulike aktørene. Dette innebærer blant annet å innhente relevant informasjon fra fastleger, spesialisthelsetjenesten og hjemmesykepleien, og å følge opp pasienten gjennom regelmessig kontakt og evaluering. Koordinatoren har også en viktig rolle i å fange opp eventuelle endringer i pasientens helsetilstand og behov, og justere tjenesten deretter.

For å sikre god kvalitet i tjenesten er det avgjørende at koordinatoren har relevant kompetanse og erfaring. Dette inkluderer både formell kompetanse, som for eksempel sykepleierutdanning, og personlige egenskaper som gode kommunikasjons- og samarbeidsevner. I tillegg er det viktig med god kjennskap til digitale verktøy og erfaring med oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer. Det er også viktig at koordinator gis mulighet til å sette av tid til å jobbe kun med DHO i tidsrommene det er aktuelt, og ikke samtidig skal følge opp alarmer fra f.eks. trygghetsalarm eller lokaliseringstjenesten. Ved å kunne konsentrere arbeidet rundt DHO vil man kunne tilby en mer helhetlig tjeneste og ivareta behovene til pasientene på en mest mulig hensiktsmessig måte.

I det somatiske forløpet i Trondheim er det potensielt et stort omfang av pasienter, noe som kommer av at tjenesten i utgangspunktet skal være diagnoseuavhengig og kan tilbys til personer som kan ha nytte av digital oppfølging av sin diagnose eller tilstand. Dette gjelder potensielt et stort antall pasienter. For å gjøre oppstart og igangsetting av tjenesten håndterlig er det imidlertid bestemt at piloten skal gjelde én spesifikk pasientgruppe, som tidligere nevnt. Erfaringene fra denne fasen vil bli brukt til å gradvis utvide tjenesten og gjøre den tilgjengelig for flere pasientgrupper.

DHO-tjenesten i somatikken er en dagtids-tjeneste. Dette er et bevisst valg basert på en vurdering av pasientgruppen, og at tjenesten ikke er en akuttjeneste. Det er imidlertid viktig at pasientene er kjent med hvordan de skal håndtere eventuelle akutte situasjoner som oppstår utenom tjenestens åpningstid, for eksempel gjennom fastlege eller legevakt.

I psykisk helse-forløpet er Leistad Helsehus tiltenkt rollen som nav i tjenesten. Med sin døgnåpne drift er Leistad Helsehus godt rustet til å ivareta behovene til denne pasientgruppen, også i tilfeller hvor det oppstår behov for hjelp på natten som ikke kan eller bør håndteres av legevakt eller spesialisthelsetjenesten. Ansatte på Leistad har også deltatt på opplæring på St. Olavs for å øke kompetansen på bistand til pasientgruppen.

Valget av Leistad Helsehus som kjerne i tjenesten er basert på flere faktorer. For det første har Leistad Helsehus allerede en etablert rolle for å tilby døgnkontinuerlig oppfølging til pasienter med psykiske helseutfordringer. For det andre er det avgjørende at koordinatoren i psykisk helse-tjenesten har den nødvendige kompetansen til å møte de spesifikke behovene til denne pasientgruppen. Leistad Helsehus er bedre rustet til å dekke dette kompetansebehovet enn Trygghetspatruljen, som primært er innrettet mot somatiske problemstillinger.

Omfanget av tjenesten innen psykisk helse ligger på rundt 100-150 pasienter i

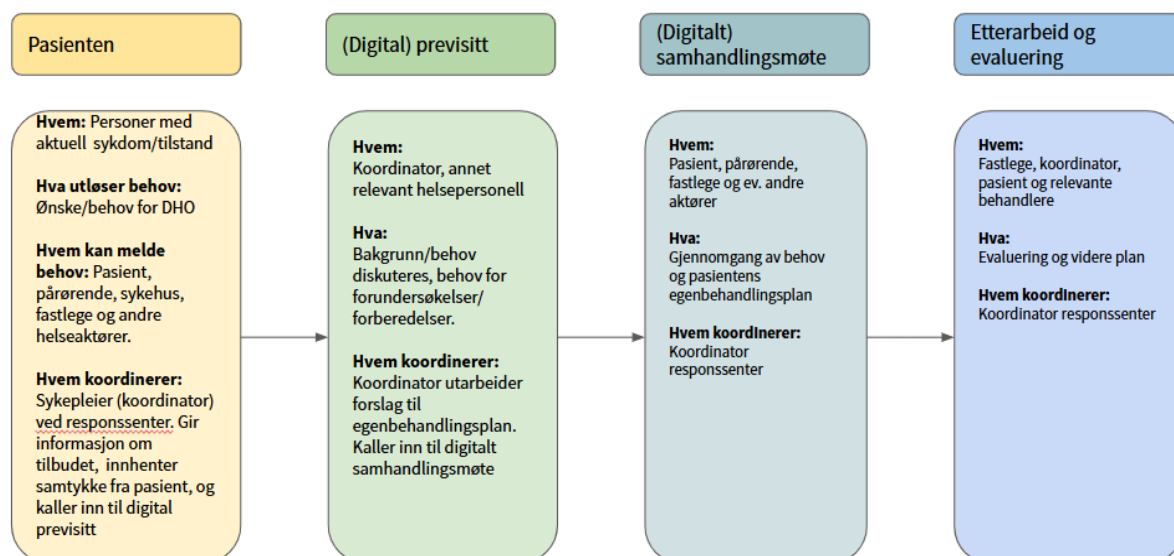
Trondheim kommune og randkommunene. Dette er potensielt av stor betydning, da dette er en pasientgruppe som legger beslag på store ressurser ved forverring av symptomer og innleggelse, og utløser ofte trippel utrykning fra nødeter.

I utviklingen av DHO-tjenesten har etiske vurderinger stått sentralt. Det er lagt vekt på å ivareta pasientenes personvern og datasikkerhet, og å sikre at deltagelse i tjenesten er basert på informert samtykke. I tillegg er det et mål at DHO-tjenesten skal være tilgjengelig for alle pasientgrupper, uavhengig av sosioøkonomisk status eller digital kompetanse.

Erfaring med fastlegens rolle og ansvar

Fastlegens medvirkning har vært essensielt for prosjektet, spesielt med tanke på deres rolle som medisinsk ansvarlig for pasientene i DHO-tjenesten. Å ha en fastlege i prosjektgruppen har vært viktig, da det har sikret at fastlegens perspektiver og behov har blitt ivaretatt i utviklingen av tjenesten. Sammen med koordinatoren utgjør fastlegene en sentral akse i DHO-tjenesten. Det er fastlegen som godkjenner innholdet i egenbehandlingsplanen, og et godt samarbeid mellom koordinator og fastlege er derfor avgjørende for at tjenesten skal fungere godt.

For å sikre en smidig og effektiv arbeidsflyt i dette samarbeidet, har delprosjektet for Trondheim kommune valgt å ta utgangspunkt i PLO+, en lokal samarbeidsmodell mellom fastleger og hjemmetjenesten. PLO+ er en strukturert modell som beskriver roller, ansvar og informasjonsflyt i samarbeidet. For å tilpasse modellen til DHO-tjenestens spesifikke behov, er den blitt modifisert:



Modellen har som formål å effektivisere prosessen rundt henvisning og oppstart av DHO-tjenesten, samtidig som den sikrer at alle relevante aktører involveres. Ved å tydeliggjøre forventninger til bidrag, ansvar og samarbeidsformer i de ulike fasene av forløpet, bidrar modellen til å sikre kvalitet og forutsigbarhet i tjenesten. Denne modellen har også vært svært nyttig for å kommunisere til fastlegene hvordan digital hjemmeoppfølging passer inn i deres tjeneste, og har tydeliggjort hvilke takster fastlegene har kunnet benytte i de ulike delene av prosessen.

Samarbeid

Samarbeidet mellom partene i prosjektet har vært preget av ulikt utgangspunkt for DHO ved starten av prosjektet. Dermed har også behovene DHO skulle dekke vært ulike. I somatikken har Ørland kommune hatt et mål om å utvikle en tjeneste for personer i kreftbehandling ved St. Olavs hospital, og har dermed samarbeidet med sykehuset for å definere hvordan forløpet kunne understøtte oppfølging av pasientene som er bosatt i Ørland kommune, når pasientene er under omsorgen til kommunen til daglig. Ørland og St. Olavs har også diskutert innhold i HelsaMi der f.eks. formålet med innholdet, hyppighet og triagering/varslingsrutiner er blitt gjennomgått. Dette har bidratt til god kompetanseoverføring og lagt til rette for at tjenesten kan piloteres i Ørland kommune.

I tjenesten innen psykisk helse har St. Olavs bidratt med en fast ressurs fra enheten i prosjektgruppa, samt med flere andre ressurser i møter og workshops. Her har samarbeidet fungert godt, og det er etablert en god felles forståelse for behovene hos hver av aktørene i forløpet. Dette har gjort at forløpet er tydelig og at de potensielle gevinstene er klart definert. St. Olavs har også gjennomført opplæring med koordinatore ved Leistad Helsehus som et ledd i kompetanseheving, og bidrar som faglig støtte til ansatte i den kommunale helsetjenesten der det er nødvendig.

I Trondheim kommune har det vært behov for å spisse målgruppen for tjenesten før vi hadde mulighet til å samarbeide med St. Olavs rundt f.eks. rekruttering til tjenesten og bidrag rundt kompetanseheving for koordinatore ved Responssenteret. Ved å definere pasienter med nydiagnostisert type II diabetes uten hjemmetjeneste fra kommunen som målgruppe ble det mer tydelig hvordan vi kunne samarbeide med Avdeling for endokrinologi rundt behovet til pasientene, kompetanseheving for koordinatore ved Responssenteret og rekruttering til tjenesten. Det ble også planlagt samarbeid rundt en mulig faglig støtte for koordinatorene rundt pasientene i tjenesten.

Teknologi

Prosjektet har tatt utgangspunkt i å benytte leverandøren vi allerede har for samarbeid mellom ulike deler, og nivå, i helsetjenesten og med pasienter, nemlig Helseplattformen (HP) og innbyggerportalen HelsaMi. Dette har mange fordeler,

spesielt med tanke på bedre informasjonsflyt og enklere kommunikasjon. Det er imidlertid en ekstramodul i HP som må brukes for å implementere de nødvendige funksjonene for å bruke egenbehandlingsplan som tiltenkt i forløpet. Dette innebærer en utviklingsjobb som må gjøres i tett samarbeid med utviklere i Helseplattformen. Opprinnelig var planen å gjøre denne jobben i september og oktober 2024, men kapasitetsutfordringer og samtidig omorganisering internt i Helseplattformen gjorde at dette måtte utsettes. Vi er p.t. i dialog med leverandøren om å legge en ny plan for å gjennomføre utviklingen.

Kostnader og bærekraft i tjenesten

For hjemmetjenesten i Ørland kommune er det forventet tydelige gevinster i form av tidsbesparelser for tjenesten. Når man her ikke legger opp til et responscenter, men varslinger og målinger går til ansvarlig sykepleier i hjemmetjenesten, vil redusert kjøretid og generell tidsbruk hos pasientgruppen bidra til at helsetjenesten i kommunen er bærekraftig. For pasientene er det svært positivt å slippe å reise inn til St. Olavs for oppfølging, og slippe å planlegge for besøk av hjemmetjenesten. Data fra tjenesten vil være tilgjengelig for helsepersonell ved St. Olavs, noe som bidrar til mer effektiv oppfølging.

Organisering av DHO-tjenesten i Trondheim, med koordinatorene plassert ved Responssenteret for somatiske pasienter og Leistad Helsehus for psykisk helse, er avgjørende for å sikre god oppfølging og kontinuitet. Det forventede antallet brukere, kombinert med tjenestens kompleksitet, tilsier at det må prioriteres minst ett årsverk til hver avdeling når tjenesten settes i drift. Det er også forventet at ressursbehovet vil øke i takt med antall brukere. For å sikre fokus og kontinuitet, anbefaler vi som nevnt at koordinator-rollene dedikeres utelukkende til DHO når dette er aktuelt. Denne ressursbruken må imidlertid rettferdiggjøres gjennom en grundig analyse av tjenestens effekter og gevinster.

I Trondheim kommune er tildeling av hjemmetjenester underlagt strenge retningslinjer, noe som betyr at pasientene som mottar slike tjenester ofte har omfattende og komplekse omsorgsbehov. I innsiktsfasen av prosjektet ble det vurdert om DHO kunne bidra til å redusere oppgavemengden for hjemmetjenesten, for eksempel ved å overta oppgaver knyttet til oppfølging av diabetes type 2. Analysen viste imidlertid at effekten ville være minimal, da de aktuelle pasientene fortsatt ville ha behov for omfattende bistand på grunn av andre helseutfordringer. Dermed er det lite sannsynlig at vi på kort sikt kan forvente gevinster rundt ressursbruk fra DHO i hjemmetjenesten.

Tidligere analyser av digital hjemmeoppfølging har vist at effektene i hovedsak dreier seg om økt trygghet og mestring for brukerne, mens effekten på tjenesteforbruk ikke er dokumentert like godt. Noen prosjekter har likevel rapportert færre innleggelser og redusert bruk av legevakt, mens offentlige rapporter har funnet en liten *økning* i bruk av fastlege. Det er derfor rimelig å anta at DHO vil kunne bidra til økt bærekraft i tjenesten først etter en viss tid, når brukerne har oppnådd den forebyggende effekten av tjenesten, for eksempel gjennom

reduisert variasjon i blodsukkernivå eller tidlig oppdagelse av symptomer på forverring av KOLS. Dette kan ta flere år.

Imidlertid er det viktig å understreke at den trygghetsskapende effekten av DHO har stor verdi i seg selv. Bedre kontroll over sykdommen, redusert angst og mulighet til å få tett oppfølging av høy kvalitet har en positiv innvirkning på brukernes livskvalitet. Trygghet og mestring er avgjørende faktorer for at hjemmeboende skal kunne bo lengre hjemme, og DHO kan derfor være et viktig bidrag i arbeidet med å tilby bærekraftige tjenester.

I tillegg til de direkte effektene på pasientene, kan DHO også bidra til å frigjøre ressurser i helsetjenesten. Ved å gi pasientene verktøy og støtte til å håndtere egen helse, kan DHO redusere behovet for sykehusinnleggelser, legebesøk og hjemmetjenester. Dette kan frita ressurser som kan brukes til å gi bedre oppfølging til andre pasientgrupper. Denne effekten har vist seg å være mest fremtredende i spesialisthelsetjenesten, der DHO kan brukes til f.eks brukerstyrt poliklinikk.

For å kunne evaluere effekten av DHO på en god måte, er det viktig med et systematisk målingssystem som fanger opp både kvantitative og kvalitative data når tjenesten settes i drift. Dette kan for eksempel inkludere spørreskjemaundersøkelser, registerdata og kvalitative intervjuer. Ved å følge med på utviklingen over tid, kan vi få en bedre forståelse av hvordan DHO påvirker pasientenes helse og livskvalitet, og hvordan tjenesten kan bidra til økt bærekraft i helsetjenesten.

Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

I Ørland kommune er hele forløpet lagt til hjemmetjenesten. Det gir noen fordeler, men kan også ha ulemper det er viktig å være klar over.

Hjemmetjenesten har allerede et nært forhold til pasientene og god kjennskap til deres behov og livssituasjon. Dette kan gjøre det enklere å skreddersy oppfølgingen og gi individuell støtte. Samtidig kan det bidra til en mer helhetlig og koordinert oppfølging av pasientene, da hjemmetjenesten har et tverrfaglig team med bred kompetanse. Å ha all oppfølging internt kan sikre en mer sømløs og kontinuerlig oppfølging, noe som kan bidra til å redusere risikoen for svikt og forverring av helsetilstanden. I tillegg kan man redusere reisetid for helsepersonell, og dermed frigjøre tid til mer pasientrettet arbeid.

Å ha all oppfølging internt i hjemmetjenesten kan føre til økt arbeidsbelastning for de ansatte, noe som kan gå utover kvaliteten på tjenestene og føre til økt stress og sykefravær. Hjemmetjenesten har ikke alltid den spesialkompetansen som kreves for å følge opp pasienter med komplekse behov, og det kan bli nødvendig å involvere andre instanser, som spesialisthelsetjenesten eller fastlegen. En annen faktor er det at DHO kan føre til økte kostnader, da det kan kreve mer ressurser og bemanning hvis antallet pasienter med DHO blir stort.

Prosjektets organisering i Trondheim er en del av strategien om å sentralisere

oppfølgingen i noen tjenester for hjemmeboende ved Responssenteret, slik det har vært planlagt i tidligere DHO-prosjekter i kommunen. Likevel har dette blitt diskutert inngående i innsiktsfasen i prosjektet, og andre alternativer som for eksempel oppfølging fra hjemmetjenesten har blitt grundig vurdert.

Ved å sentralisere DHO-tjenesten rundt koordinatorene ved Responssenteret for somatikk og Leistad Helsehus for psykisk helse, har vi sikret en tydelig ansvarsfordeling og en strukturert tilnærming til pasientoppfølgingen. Dette har imidlertid også medført noen utfordringer.

Sentralisering av DHO-tjenesten rundt dedikerte koordinatorene bidrar til en tydelig ansvarsfordeling og en enhetlig praksis i pasientoppfølgingen, noe som fremmer forutsigbarhet og kvalitet i tjenesten. Koordinatorane vil opparbeide seg spesialisert kompetanse innen DHO, både gjennom opplæring og erfaring. Dette gir pasientene målrettet og kvalifisert oppfølging. Sentralisering av DHO-tjenesten kan bidra til mer effektiv ressursutnyttelse, da man unngår dobbeltarbeid og fragmentering av tjenesten.

Likevel er det noen mulige ulemper med denne organiseringen. Koordinatorane er ikke en del av pasientenes vanne nettverk av helsepersonell, noe som kan skape en avstand mellom tjeneste og bruker. Dette kan gjøre at det tar tid å bygge tillit og etablere en god relasjon. Koordinatorane har ikke samme kjennskap til pasientenes sosiale nettverk som for eksempel hjemmesykepleien eller fastlegen. Dette kan gjøre det vanskeligere å gi helhetlig og individuelt tilpasset oppfølging. Ved å sentralisere DHO-tjenesten rundt et fåtall personer blir tjenesten mer sårbar for fravær og sykdom. Dette kan føre til forsinkelser og avbrudd i pasientoppfølgingen.

For å minimere disse potensielle ulempene er det flere tiltak man kan sette inn. Koordinatorane må ha et tett samarbeid med andre aktører i helsetjenesten, som fastleger, hjemmesykepleien og spesialisthelsetjenesten. Dette er viktig for å sikre god informasjonsflyt og helhetlig pasientoppfølging. Koordinatorane må få opplæring og veiledning i hvordan de kan bygge gode relasjoner med pasientene, og hvordan de kan få tilgang til relevant informasjon om pasientenes situasjon. Det må også utvikles en beredskapsplan for å håndtere fravær og sykdom blant koordinatorene, slik at pasientene får den oppfølgingen de trenger.

Ved å være bevisst på både fordeler og ulemper med den valgte organiseringen, og ved å iverksette tiltak for å minimere ulempene, kan vi sikre at DHO-tjenesten blir et verdifullt tilbud for pasientene.

5. Prosessveiledning

InnoMed

Samarbeidet med InnoMed i utarbeidelsen av gevinstplanene har vært veldig nyttig for prosjektet. Gjennom InnoMeds tilnærming har vi fått en bedre forståelse for hvordan vi bør jobbe for å definere hvordan vi kan identifisere, måle og dokumentere gevinster av tjenesten. Dette har vært særlig viktig med tanke på de to delprosjektene våre, som hver for seg har ulike målgrupper og forventede gevinster. Selv om vi ikke kom så langt som vi ønsket med gevinstarbeidet innenfor prosjektperioden, har samarbeidet med InnoMed gitt oss et godt grunnlag for å fortsette dette arbeidet.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har vært en god støtte i prosjektet, som støttespiller og ikke minst ved å legge til rette for erfaringsdeling og nettverksbygging. De tertialvise rapporteringsmøtene har vært nyttige for å holde fremdrift og sikre at prosjektet er på rett spor, da vi har fått mulighet til å diskutere veivalg og utfordringer og få veiledning.

De fysiske samlingene med de andre DHO-prosjektene har vært spesielt nyttige. Å se eksempler fra andre prosjekter har gitt inspirasjon og konkrete ideer til vårt eget arbeid, og vi har ofte oppdaget at utfordringer vi opplevde ikke var unike for vårt prosjekt. Det har også vært mye læring i å få innblikk i hvordan de prosjektene som har kommet lengst har løst ulike utfordringer, og vi har fått tips til fallgruver som vi burde være oppmerksomme på. Samlingene har vært en god arena for å bygge nettverk og dele erfaringer med kolleger fra andre deler av landet, som jeg håper vi kan bygge videre på i det videre arbeidet med DHO nasjonalt.

I tillegg til de nevnte aktivitetene har veiledningsmaterieell og nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging vært nyttige for oss som kunnskapsgrunnlag for å sikre at vi har fulgt beste praksis i utviklingen av DHO-tjenesten.

6. Læringspunkter og erfaringer

Det er essensielt å ha en klar forståelse av behovene DHO-tjenesten skal dekke helt fra starten av. Dette innebærer å kartlegge behovene til både pasienter og helsepersonell, og å identifisere hvilke utfordringer tjenesten skal bidra til å løse. En tydelig behovsanalyse vil gjøre det enklere å definere gevinster og utvikle tjenesteforløp som gir de ønskede effektene. Arbeidet med gevinster bør starte tidlig i prosjektet og være basert på behovsanalysen og forventningene til brukerne og helsepersonellet. Gevinstene bør være konkrete og målbare, og de bør være knyttet

til både pasientens helse og livskvalitet, og til effektivitet og ressursbruk i helsevesenet.

Valget om å ha en diagnoseagnostisk tilnærming har klare fordeler, men også noen ulemper det er viktig å være klar over. Diagnoseagnostisk tilnærming til digital hjemmeoppfølging gir en fleksibel tjeneste som kan tilpasses og brukes av pasienter med ulike sykdommer og helseutfordringer. Dette åpner for å skalere tjenesten etter behov og utvikle felles verktøy og metoder som kan bidra til effektivisering. En slik inkluderende tilnærming kan fange opp en større gruppe pasienter som kan dra nytte av DHO, uavhengig av diagnose.

Det er imidlertid viktig å være bevisst på at en diagnoseagnostisk tilnærming også kan by på utfordringer. Å utvikle en tjeneste som skal fungere for et bredt spekter av diagnoser kan være komplekst og krevende. Det kan være vanskelig å sikre at tjenesten er optimalt tilpasset de spesifikke behovene til alle pasientgrupper, og helsepersonell må ha bred kompetanse for å kunne følge opp pasienter med ulike diagnoser.

I prosjektet har vi forsøkt å balansere disse hensynene ved å utvikle en fleksibel tjeneste som kan tilpasses ulike behov, samtidig som vi har fokusert på å møte de spesifikke behovene til de to hovedmålgruppene: personer med somatiske sykdommer og personer med psykiske lidelser.

Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid er avgjørende for å utvikle en DHO-tjeneste som er både brukervennlig og effektiv. Involver pasienter og helsepersonell i alle faser av prosjektet, fra planlegging og utvikling til testing og evaluering. Workshops og erfaringsdeling er gode metoder for å sikre at tjenesten er tilpasset behovene og forventningene til de som skal bruke den.

Et klart definert mål og formål er viktig for å holde prosjektet på rett spor og unngå at man bruker tid og ressurser på irrelevante aktiviteter. Det er viktig å være forberedt på at det kan dukke opp uforutsette utfordringer og avledningsmanøver underveis, og klare å likevel holde fokus på de opprinnelige målene. God kommunikasjon med alle involverte parter er avgjørende for å sikre en felles forståelse av prosjektets mål, forventede effekter og fremdrift. Regelmessig kommunikasjon og erfaringsdeling vil bidra til å skape engasjement og eierskap til prosjektet.

Fastlegene er en viktig målgruppe for DHO, og det er viktig å involvere dem tidlig i prosessen. Dette kan bidra til å sikre at tjenesten er tilpasset fastlegenes behov og arbeidsrutiner, og at de ser nytten av å bruke DHO i sin pasientoppfølging.

Det er viktig å vise fastlegene hvordan DHO kan bidra i deres arbeidshverdag og til bedre pasientoppfølging. Dette kan for eksempel gjøres gjennom demonstrasjoner, opplæring og erfaringsdeling. Det er viktig å legge opp til en gradvis implementering av DHO, og fokusere på justeringer som kan gi positive effekter for både pasienter og helsepersonell.

Det er viktig å ha realistiske forventninger til DHO. DHO er en langsiktig strategi som krever kontinuerlig innsats og justeringer. Det er viktig å ha en felles forståelse for dette blant alle involverte parter. DHO bør ikke implementeres som en isolert

tjeneste, men integreres i eksisterende strukturer og arbeidsrutiner. Ofte fungerer mye bra og trenger bare mindre justeringer for å tilpasses DHO, slik vi erfarte med å benytte PLO+-modellen til samarbeidet med fastlegene.

I Digital hjemmeoppfølging der kommune og spesialisthelsetjeneste samarbeider er det ofte spesialisthelsetjenesten

Implementering av DHO er en kompleks prosess som krever tid og tålmodighet. Det er viktig å ha realistiske forventninger til fremdrift og resultater. Selv om det kan dukke opp utfordringer underveis, er det viktig å stole på prosessen og ha tillit til at man vil lykkes med å implementere DHO. Ved å jobbe systematisk og målrettet, og ved å involvere alle relevante parter, kan man skape en DHO-tjeneste som gir reelle gevinster for pasienter, helsepersonell og helsevesenet.

7. Oppsummering og veien videre

Oppsummering

Spredningsprosjektet Digital hjemmeoppfølging har vært veldig lærerikt. Vi har bygd kompetanse bredt i organisasjonene, og kommet langt i modningsprosessen med digital oppfølging. Dette har vist seg gjennom at kommunene har utviklet komplette forløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og beredt grunnen for videre utvikling og implementering i organisasjonen. Dette setter oss i en god posisjon til å videreføre tjenesten og sette den i drift.

Ansatte i ulike deler av tjenestene i Trondheim kommune ser muligheter til å bruke teknologiske verktøy i oppfølging av pasienter i større grad, for eksempel i Enhet for ergoterapitjeneste og hjemmetjenesten. Det er store muligheter knyttet til bruk av kommunikasjonsfunksjonaliteten i innbyggerportalen HelsaMi, da dette er en felles kontaktflate mellom kommunen, spesialisthelsetjenesten og pasientene.

Det at vi har utviklet veldig forskjellige tjenester som likevel faller under kategorien DHO illustrerer bredden i pasientgrupper som kan ha nytte av å følges opp digitalt med en egenbehandlingsplan. Dette ble også identifisert i innsiktsfasen i Trondheim, da det var stor bredde i personas'ene som ble definert av den tverrfaglige arbeidsgruppen: alt fra generell helse og forebygging av (alvorlige konsekvenser av) livsstilssykdommer til spesifikk oppfølging av kroniske diagnoser. Denne muligheten er noe vi tar med oss i den videre utviklingen av tjenestene våre.

Overgang til drift og videre utvikling

Forløpene for psykisk helse og forløpet i Ørland kommune er klare til pilotering, og vi kommer til å jobbe videre med å sette disse i drift. Her er det en teknisk utvikling i

HelsaMi som er neste steg, samt planlegging av overgang til drift. I det somatiske forløpet skal vi først prioritere å implementere enklere kommunikasjon med pasienter i hjemmetjenesten gjennom eksisterende funksjonalitet i HelsaMi. Dette gjøres bredt for å komme i gang med oppfølging digitalt slik at vi kan skaffe oss verdifull erfaring med bruk av HelsaMi, og med digital oppfølging, i denne settingen. Disse erfaringene vil være svært verdifulle når vi skal sette DHO-forløpet i drift i tjenesten. Vi forventer også at denne erfaringen gir oss et bedre grunnlag for å videreutvikle den nødvendige funksjonaliteten i HelsaMi til å inkludere egenbehandlingsplaner på en mest mulig hensiktsmessig måte.

8. Vedlegg

- I. Detaljert tjenesteforløp psykisk helse Trondheim**
- II. Personas Trondheim psykisk helse**
- III. Detaljert tjenesteforløp somatikk Trondheim**
- IV. Personas Trondheim somatikk**

Trondheim kommune

Postboks 2300 Torgarden

7004 Trondheim

www.trondheim.kommune.no





TRONDHEIM KOMMUNE
Tråanten tjielte

Vedlegg I

Personas Trondheim psykisk helse



TRONDHEIM KOMMUNE

Tråanten tjielte

PERSONAS

	Navn: Sofie
	Alder: 35
	Familiestatus: Enslig
	Bosted: Eid leilighet i Trondheim øst

Bio - For eksempel: Jobb, interesser, fritid, livssituasjon, personlige egenskaper:
Ikke i jobb, liker kreative aktiviteter, hundehold og friluftsliv.
Kreativ og omsorgsfull

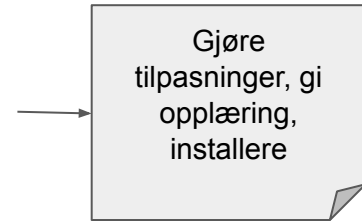
Helsesituasjon:
Fysisk frisk, emosjonelt ustabil, lavt funksjonsnivå og egen omsorg i perioder, selvsykdom og alvorlig risikoatferd.
Oppsøker hjelpeapparatet på en uhensiktsmessig måte

Digital kompetanse:
God

Ønsker og behov for DHO: Ønsker mye og viktig hjelp når hun trenger det. Er i behov av støttejenester utenom ordinær arb.tid.	Utfordringer i forbindelse med DHO: Ta i bruk DHO tidlig nok i en krisesituasjon.
---	---

Vedlegg II

Detaljert tjenesteforløp
Psykisk helse



GJØRE TILPASNINGER, GI OPPLÆRING, INSTALLERE

OPP-
LÆRING

Fra henvise,
kartlegge,
tildele

SITTE
SAMMEN

Til "ivareta
respons"

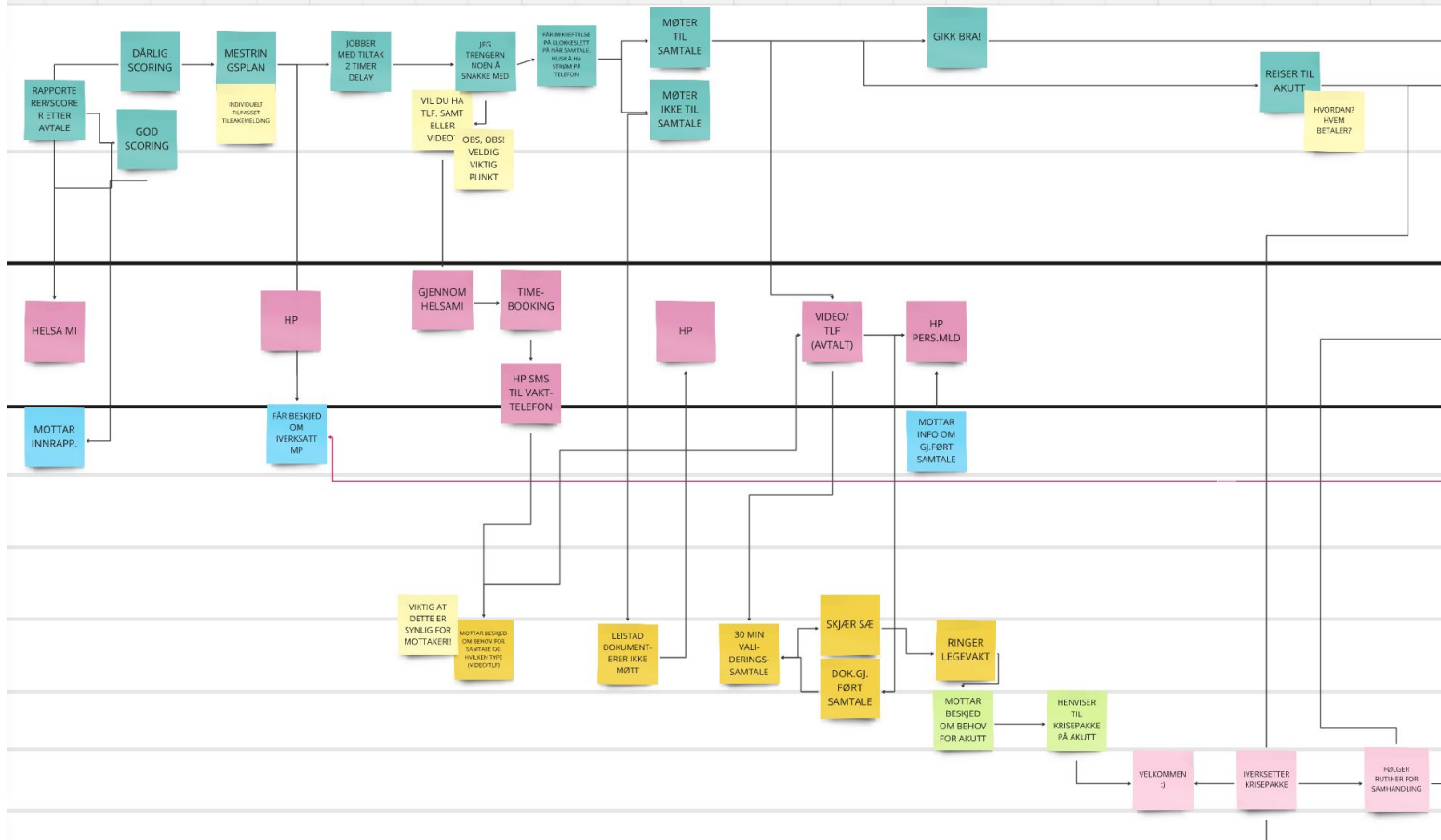
INN-
HOLDET
TILPASSES

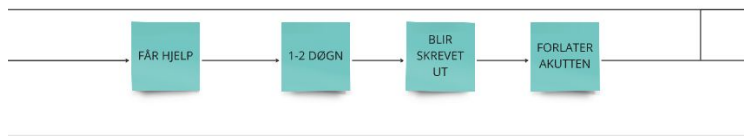
GI OPP-
LÆRING

GI OPP-
LÆRING

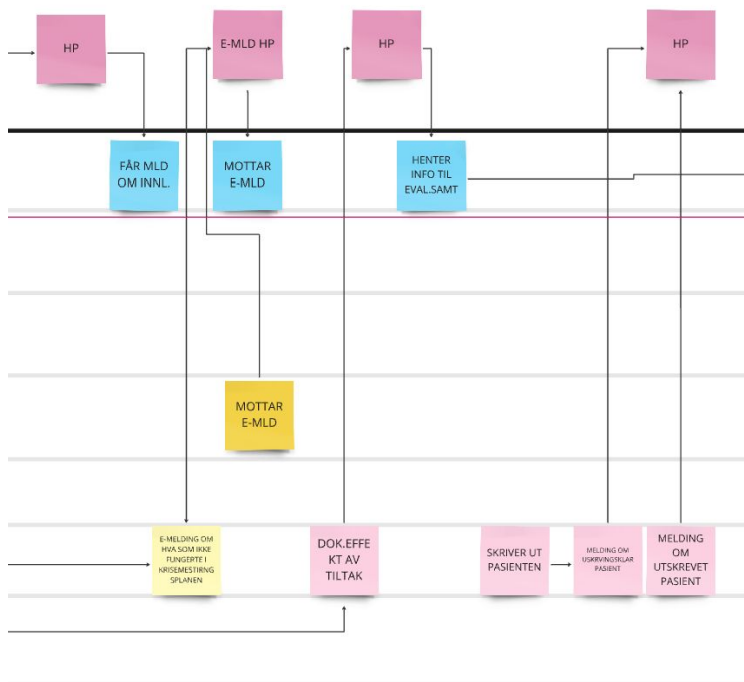
IVARETA RESPONS

Fra "gjøre tilpasninger, gi opplæring, installere"



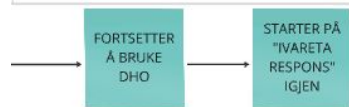


Ivareta
respons,
fortsettelse



Til “videreføre,
endre eller
avslutte”

VIDEREFØRE, ENDRE ELLER AVSLUTTE TJENESTE,



Fra ivareta respons



Vedlegg III

Detaljert tjenesteforløp somatikk

IGANGSETTING

STEG FOR INNBYGGEREN

Hendelsesforløpet for brukeren og pårørende i kronologisk rekkefølge.



Pasient

Pårørende

Avtaler tidspunkt

Får opplæring

Blir evt. informert om hjemmebesøk og data for oppstart

Får evt opplæring

KONTAKTPUNKTER

Hvor foregår møtet mellom bruker / pårørende og tjenesten?



Telefon

Forordning i HP

Hjemmebesøk

ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roller)

HJELPESISTEM

FASTLEGE

Andre faggrupper

RESPONS-SENTER

HP support

Utstyrslogistikk

HVK

Blir involvert

Hvor (pasient, pårørende)

Oppretter forløp basert på EBP

Planlegger opplæring med pasient

Sender forordning i HP

Mottar forordning

Gir opplæring

Gir opplæring

Dok. i HP

ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roller)

HP support

Utstyrslogistikk

HVK

Utsyr tildeles

Utstyrslogistikk

Utsyr tildeles

OPPLÆRING

Hvilken opplæring og informasjon kreves for etablering av ny rutine i dette steget?

HelseMi oppfølging

EBP

Rutiner for tjenesten

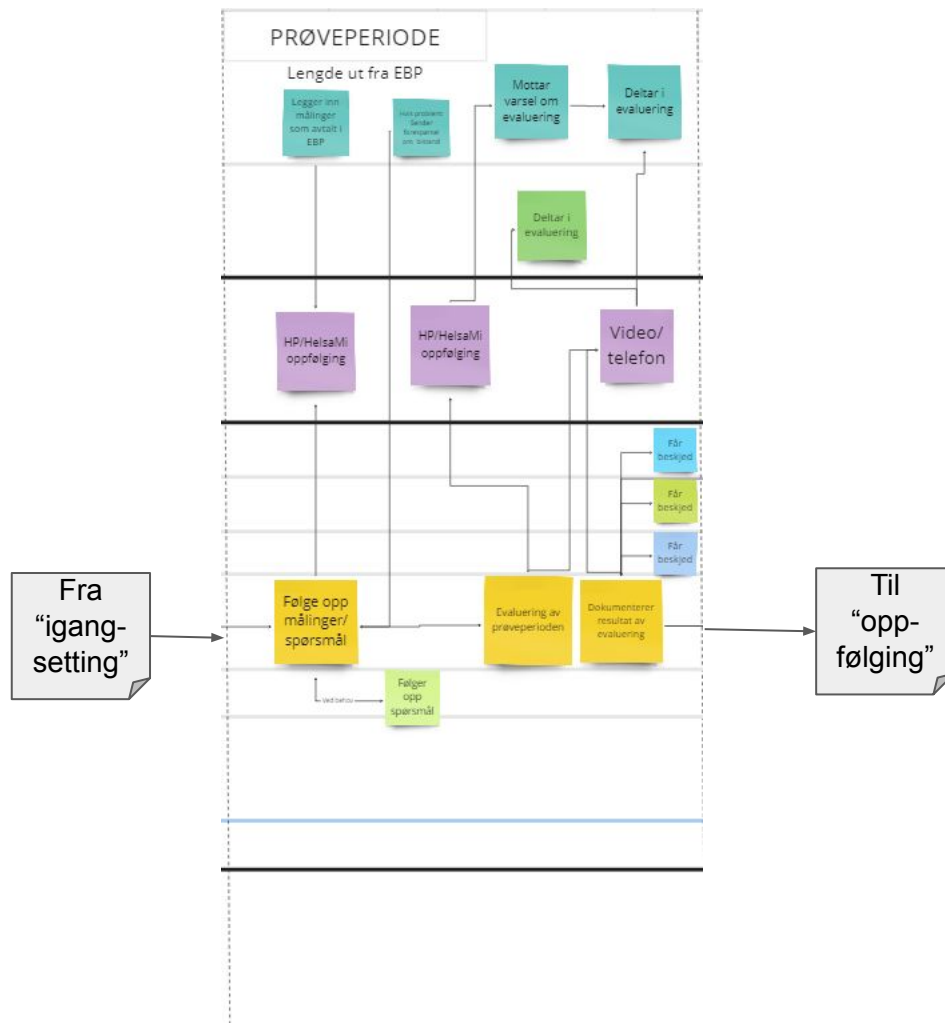
App

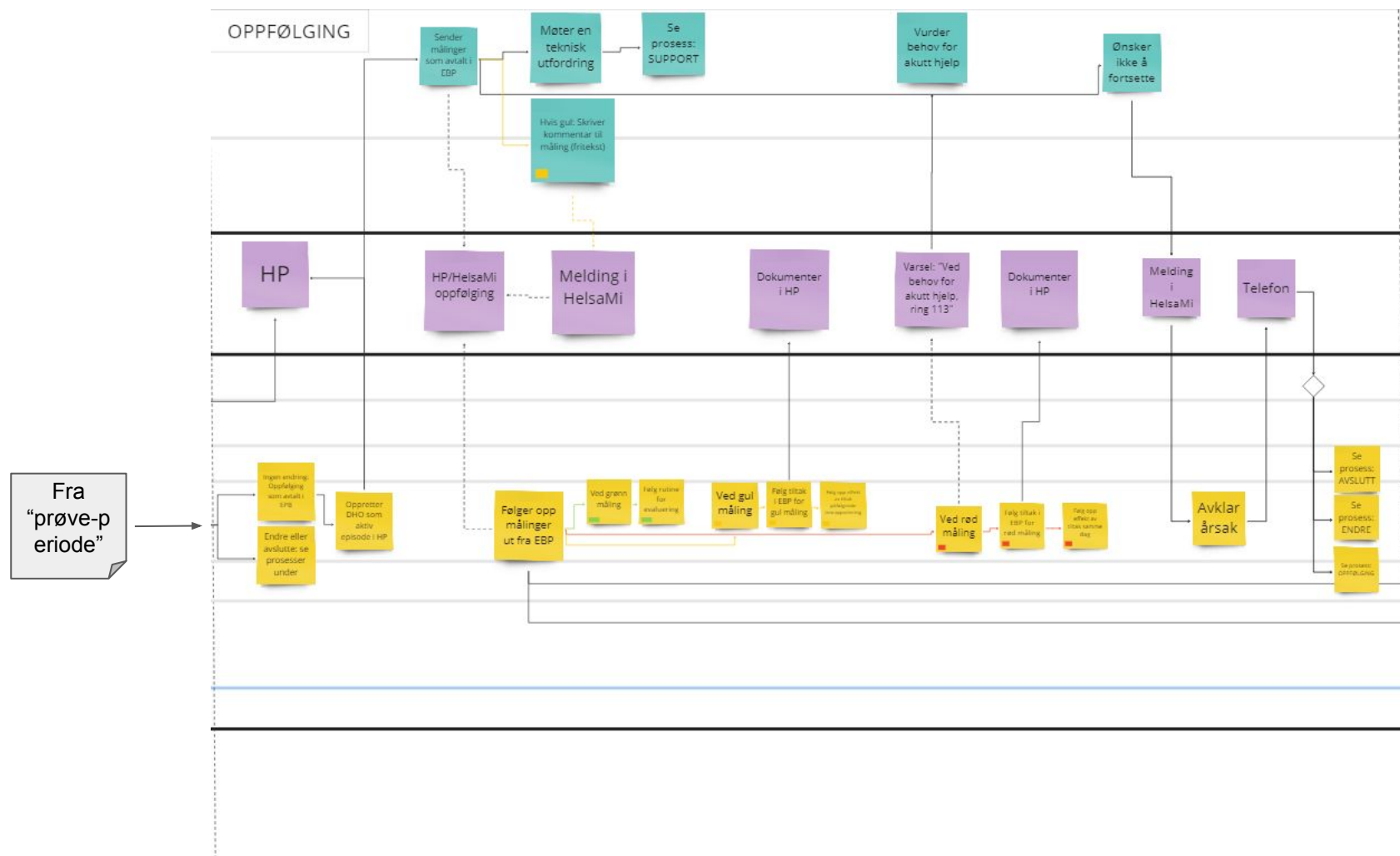
Utstyr

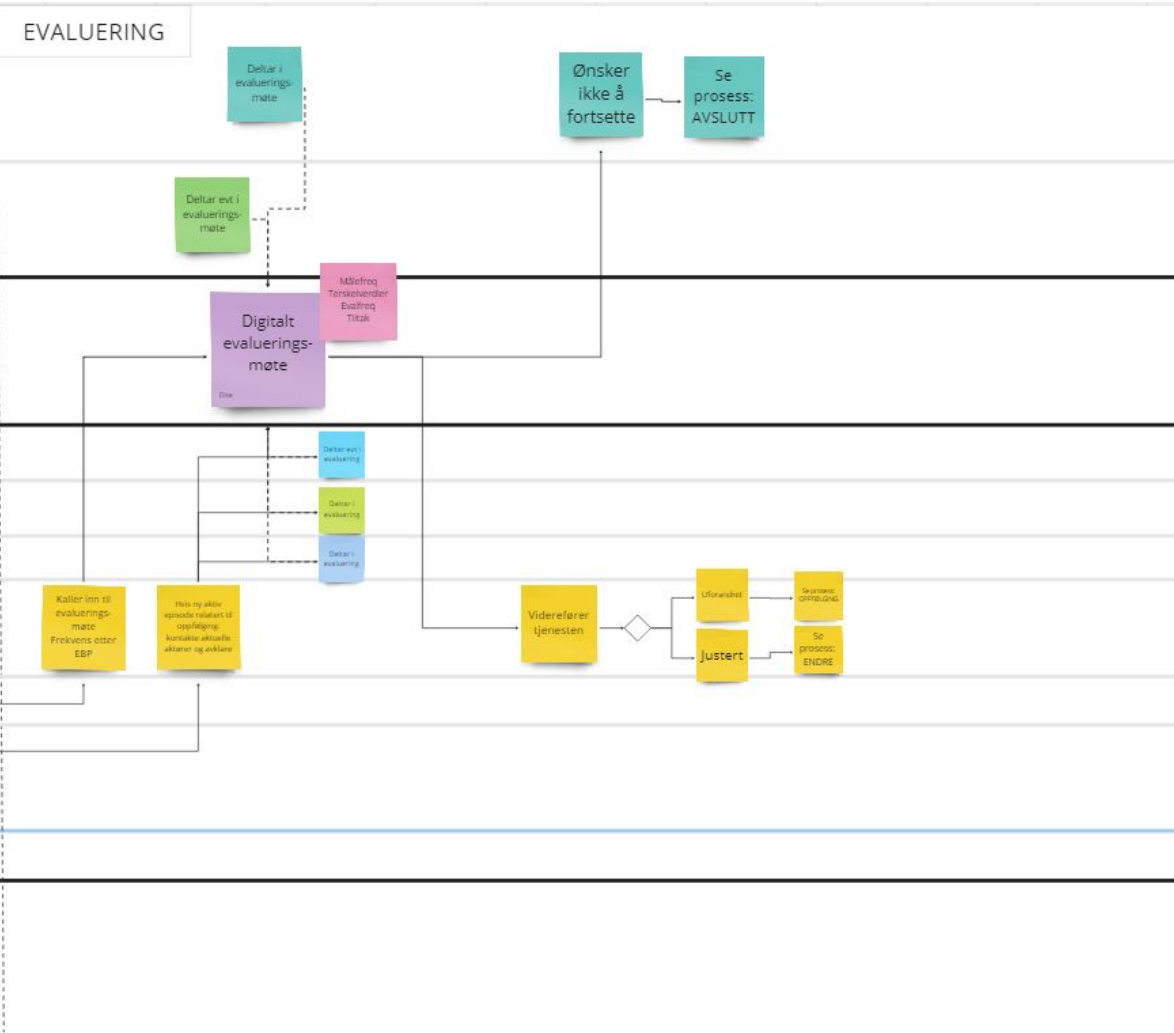
EBP

Forventningsavklaring

Til "prøveperiode"







STEG FOR INNBYGGEREN

Handlingsforløpet for brukeren og pårørende i kronisk sykdom.



Pasient

Pårørende

ENDRE

Mottar
ny EBP

KONTAKTPUNKTER

Hvor foregår møtet mellom bruker / pårørende og tjenesten?



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roller)

ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roller)

ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roller)

OPPLÆRING

Hvilken opplæring og informasjon kreves for etablering av ny rutine i dette steget?

PLO-melding

Personal-melding i HP

HP

I HelsaMi Oppfølging

Telefon

Info til justering

Info til justering

EBP må justeres

Dialog med andre relevante aktører

Dok.

Ny EBP

Dialog med bruker ang ny EBP, evt behov for gjennomgang

Se prosess: OPPFØLGING

HJERNES

FASTLEGG

Andre

RESPONS-SENTER

HP support

Utevakt

HVK

St. Olavs

Publiser

Informasjon

STEG FOR INNBYGGEREN

Handlingsforløp for brukeren og pårørende i kronisk sykkeløst.



SLUTT

Pasient

Pårørende

MANGLENDE INNRAPPORTERING

Manglende målinger (på første manglende)

Dialog om tjenesten

Ønsker ikke å fortsette

Se prosess: AVSLUTT

KONTAKTPUNKTER

Hvor foregår møtet mellom bruker / pårørende og tjenesten?



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)



OPPLÆRING

Hvilken opplæring og informasjon kreves for etablering av ny rutine i dette steget?



STEG FOR INNBYGGEREN

Handelseforløpet for brukeren og pårørende i kronologisk rekkefølge:



SUPPORT

Møter en teknisk utfordring

Får hjelp

KONTAKTPUNKTER

Hvor foregår møtet mellom bruker / pårørende og tjenesten?



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)

HJELPER

FACT.EGE

Andre faggrupper

ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)

RESPONS-SENTER

HP support

ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)

Utstyrslogistikk

HVK

OPPLÆRING

Hvilken opplæring og informasjon kreves for etablering av ny rutine i dette steget?

St. Olavs

der

Publiser

Holdning

Melding i HelsaMi

Personal-melding i HP

Følger opp innen innvalgt tid

Vurderer hvem som må involveres for å løse problemet

Har teknisk problem

Sender forespørsel til Teknisk avd TP

Teknisk koordinasjon/degreser eventuelt videre til teknisk

Kontakter bruker for veiledning

Følger opp med pasient

Har brukers problem

Evt defekt utstyr byttes ut

STEG FOR INNBYGGEREN

Handelsforløpet for brukeren og pårørende i kronisk sykkel.



AVSLUTTE

Informeres



Hva hvis Monst?
(automatisk varslet i HP)

HP sender ut personmelding om Monst alle ufermende som bruker har hatt.

KONTAKTPUNKTER

Hvor foregår møtet mellom bruker / pårørende og tjenesten?



HP

Hvordan avslutte Helsatli oppfølgingsforløp?

ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roler)



OPPLÆRING

Hvilken opplæring og informasjon kreves for etablering av ny rutine i dette steget?

Tjenesten skal ikke videreføres

Avslutte tjenesten

Dok. i HP

Utsyrt innhentes

Vedlegg IV

Personas Trondheim somatikk

PERSONAS

Åse

	Navn: Åse
	Alder: 92
	Familiestatus: Enke, bor alene. Har pårørende i byen, lite kontakt.
	Bosted: Enebolig

Bio - For eksempel: Jobb, Intresser, fritid, livssituasjon, personlige egenskaper:
Enke for 3 år siden. Er mye alene. Ensom. Har ikke førerkort lenger. Har et par venniner som hun har noe kontakt med i: de bor litt langt unna.

Helsesituasjon: Ingen tjenester i hjemmet. Lårhalsbrudd for 6 mnd. siden. Funksjonsfall, mer ustødig og anvender rullator utendørs.
Ernæring: drikker en del kaffe, glad i å ta seg et glass vin på kvelden.
Opplever en del fatigue. Lite matlyst generelt, lite væskeinntak.
Bruker fortsatt noe smertestillende.

Digital kompetanse: Hun behersker vanlig dorotlf., sende sms/besvare tlf.

Ønsker og behov for DHO: At pas. klarer å ivareta egen helse/forbedre funksjonen. Finne utav, kartlegge ernæringsbildet. Behov for oppfølging av ærnering hjemme.	Utfordringer i forbindelse med DHO: Begrenset dig. kompetanse.
--	--

PERSONAS

Willy

	Navn: Willy
	Alder: 68 år
	Familiestatus: Singel, ingen barn. Mor 90 år, sykehjem
	Bosted: Øya (skitbyen)y, kommunal bolig, 4. etg u/heis. Oppvokst Leinstrand
Bio - For eksempel: Jobb, Intresser, fritid, livssituasjon, personlige egenskaper: Jobb: skittent lager, ufor 58 år Interesser: spiller på hest, hesteinteressert Person: Negativ og skeptisk, ikke endringsvillig Økonomi: Skrantende økonomi	
Helsesituasjon: Sykelig overvektig, kols grad 2-3, røyker, depresjon. Svært lav fysisk kapasitet grunnet kols, dårlig personlig hygiene. Diabetes type 2, sår på føtter som stelles av hj.tjenesten	
Digital kompetanse: God kunnskap om digital bruk	
Ønsker og behov for DHO: Kunnskap om hvordan bli sunnere og forbedre livssituasjon	Utfordringer i forbindelse med DHO: Motivasjon. Økono. vil ikke betale noe ekstra. Lei av fysiske besøk fra hjemmetjeneste Ørker ikke oppsøke lege

PERSONAS

Olfrid

	Navn: Olfrid
	Alder: 77 år
	Familiestatus: Bor sammen med ektefelle. 1 datter - Selbu (2 barnebarn) 1 sønn - Oslo (1 barnebarn, stud i Tr.h.
	Bosted: Nylig flyttet til leilighet fra rekkehus.

Bio - For eksempel: Jobb, Interesser, fritid, livssituasjon, personlige egenskaper:
Jobb: Advokatsekretær. Pensjonert: 65 år
Interesser: turgupper m/vennegrang (Sterk og stødig), strikking, håndarbeid, glad i matlaging.
Livssituasjon: grei økonomi
Personlige egenskaper: organisert

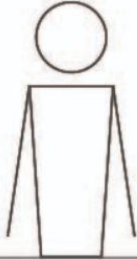
Helsesituasjon: i
Nyresvikt, blir utmattet av behandlingen.
Hoftesmerter som påvirker daglige gjøremål
Beinskjørhet.

Digital kompetanse: Nettbrett -> Facebook + snap. Smarttelefon. Vipps.

Ønsker og behov for DHO: Ønsker informasjon om tilbud. Sterk og stødig på nettbrett? Råd og veiledning ift. adl. Mulighet til å rapportere form/helsesituasjon Trygghet Bli ivarettatt	Utfordringer i forbindelse med DHO: Usikker på hvor hun finner/starter.
---	--

PERSONAS

Georg

	Navn: Georg
	Alder: 50 år
	Familiestatus: Bor alene. Familie i byen
	Bosted: Leilighet (Trolla)
Bio - For eksempel: Jobb, Interesser, fritid, livssituasjon, personlige egenskaper: Jobber som lastebilsjåfør. Glad i å være ute i båt, fiske. Røyker. Elsker fastfood	
Helsesituasjon: Diabetes type 2, dårlig regulert. Viser liten innsikt i egen helsetilstand, ukritisk. Leggsår som ikke vil gro.	
Digital kompetanse: Har en telefon, synes det er vanskelig	
Ønsker og behov for DHO: Hjelp til å få kontroll på sår og diabetes. Ønsker meds mulig oppfølging hjemmefra/lastebil.	Utfordringer i forbindelse med DHO: Mye på farten. Trenger fleksibilitet og hyppige påminnelser.

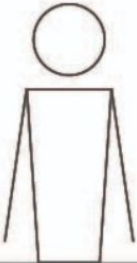
PERSONAS

Kim

	Navn: Kim Pedersen
	Alder: 19 år
	Familiestatus: Bor i sokkelleilighet hjemme hos foreldre.
	Bosted: Rekkehus på Heimdal
Bio - For eksempel: Jobb, Intresser, fritid, livssituasjon, personlige egenskaper: Har ikke jobb eller utdanning. Gjennomført videregående med fritak for manglende oppmøte pga. utmattelse. Fått hjelp av foreldre til å skaffe bolig og mestre hverdagen. Har ikke nettverk. Har prøvd ut arbeidsrettede tiltak. Er med på NAV tiltak for unge. Prøvd flere jobber. Nedsatt selvillit. Hovedinteressen er gaming. Kan sitte lenge. Påvirker døgnrytmen. Drikker mye energidrikk. Ønsker å jobbe. Ønsker en liten omgangskrets, nære venner.	
Helsesituasjon: Diagnostert med ADHD ved 17 års alderen. Har strevd lenge. Sliter med ME og klarer ikke hverdagen tross gode ressurser. Er underermært	
Digital kompetanse: Veldig god teknisk forståelse	
Ønsker og behov for DHO: Jobb Interesser Motivasjon for behandling	Utfordringer i forbindelse med DHO: Utmattelse.

Eva

PERSONAS

	Navn: Eva Lian
	Alder: 45 år
	Familiestatus: Mann og to felles barn på 6 år og 9 år og et bonusbarn på 25 år.
	Bosted: Rekkehus på Heimdal
Bio - For eksempel: Jobb, Intresser, fritid, livssituasjon, personlige egenskaper: Jobber som lærer på barneskole. Jobber minst 40 timer i uken. Aktiv og "viktig" person. Trener minst tre ganger i uken. Springer fjellmaraton. Opptatt av kultur, kunst og reise. Reiser mye privat.	
Helsesituasjon: Diagnosert med brystkreft, vært i behandling i 6 uker. Radikal mastektomi, sliter med identiteten etter dette. Plaget av fatigue.	
Digital kompetanse: Over snittet god teknologisk interesse. Verdsatter nettbaserte løsninger og har deltatt i utvikling av dette.	
Ønsker og behov for DHO: Muligheter og forventningsavklaring. Avlastning i hverdagen. Råd og veiledning for å mestre hverdagen og angående sykdom og behandling. "Hva med barn mine?". Ønsker en quick fix for å fortsette i samme tempo som før. Mulighet til å stille spørsmål Veiledning Trygghet Råd om tilpassing til ny livssituasjon.	Utfordringer i forbindelse med DHO: Travel. Dårlig innsikt i egen helsetilstand.

Ingeborg

PERSONAS



Navn: Ingeborg

Alder: 81 år

Familiestatus: Gift. Bor med mann. 2 barn i Trondheim som er pådriverne for at mor skal få hjelp.

Bosted: Sjetnemarka

Bio - For eksempel: Jobb, Interesser, fritid, livssituasjon, personlige egenskaper:

Jobb: tidligere sykepleier.

Interesser: Håndarbeid, lese bøker.

Livssituasjon: Sosial, har vært mye på besøk til venner og søstre. Kjører bil.

P.E: positiv/alt ordner seg, strukturert.

Helsesituasjon: Begynende demens/hukommelsessvikt.

Redusert hørsel.

Gått ned i vekt, glemmer å spise.

Noen fall, tidl. håndledsbrudd

Digital kompetanse: ok

Ønsker og behov for DHO: Ønsker å komme i kontakt m/helsetjenester. Ønsker å bo hjemme så lenge som mulig.

Utfordringer i forbindelse med DHO:
Hukommelsen