



Stavanger
kommune

Digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet Sør-Rogaland

Sluttrapport for Helsedirektoratets
spredningsprosjekt 2022-2024



Innhold

Sammendrag	3
Innledning.....	4
Beskrivelse av prosjektet	5
Organisering og forankring	5
Prosjektets arbeidspakker	6
Digital hjemmeoppfølging i den enkelte kommune	7
Digital hjemmeoppfølging i helsefellesskapet.....	13
Samhandling gjennom IKART og DHO	13
Tjenesteforløp og arbeidsprosesser	14
Mål.....	15
Gevinster	16
Erfaring og aktiviteter	17
Samarbeid i helsefellesskapet	17
Anskaffelse og tilrettelegging for felles datatilgang.....	18
Forskning	19
Webinarer og samlinger	20
Prosessveiledning	20
Læringspunkter og erfaringer.....	21
Suksesskriterier	21
Oppsummering og veien videre	22

Vedlegg:

Tjenesteforløp IKART

Tjenesteforløp Frisklivsentral Sandnes

Tjenesteforløp Hjemmebaserte tjenester Sandnes

Helhetlig tjenestemodell Sandnes

Sammendrag

Prosjektet Digital hjemmeoppfølging (DHO) i Helsefellesskapet Sør-Rogaland er en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram, ledet av Helsedirektoratet. Målet er å implementere DHO på en måte som gir nytte for både pasienter og tjenesteleverandører. Kommunene i Sør-Norge har begrenset erfaring med DHO, og prosjektet har derfor systematisk kartlagt erfaringer for å kunne gjenbruke dem ved innføring av DHO til andre brukergrupper. Prosjektet benytter Digi-Rogalands nettverksstruktur for erfaringsdeling, og drar nytte av nasjonale erfaringer.

Stavanger kommune er prosjekteier og har prosjektlederansvar for alle aktørene i prosjektet. Strategisk samarbeidsutvalg i helsefellesskapet (SSU) fungerer som styringsgruppe og inkluderer representanter fra Helse Stavanger HF, kommunene i Sør-Rogaland og fastlegene i helsefellesskapet. En overordnet prosjektgruppe med representanter fra kommuner, USHT, Helse Stavanger og fastleger er dannet. Hver kommune har en kommunekontakt som jobber med DHO internt i sin kommune.

Implementeringen av DHO ble utsatt på grunn av forsinkelser ved anskaffelsen av løsningen, men prosjektet er nå klart til oppstart med mye aktivitet pågående i de ulike kommuner og i helsefellesskapet. Til tross for forsinkelsene har prosjektet oppnådd gevinster gjennom prosessen med å legge til rette for implementering. En av de største gevinstene er modningsprosessen med informasjon og forankring som har ledet frem til de nåværende implementeringsaktivitetene.

Prosjektet har lagt stor vekt på forankringsarbeidet og har etablert en god samarbeidsstruktur for videre utvikling. Denne strukturen kan gjenbrukes i andre digitaliseringsprosjekter innen regionens helsetjeneste. Samarbeidet med Helse Stavanger har økt forståelsen for likheter og ulikheter i organisasjonene, og åpner for samarbeid om andre felles utfordringer innen digitalisering.

Et overordnet mål er at prosjektet skal danne grunnlaget for en modell for samhandling og datadeling som kan benyttes ved innføring av DHO til andre brukergrupper i helsefellesskapet. Planer for videre utvikling inkluderer behovskartlegging og justering av tjenesteforløp basert på erfaringer fra implementeringen. Prosjektet planlegger å fortsette arbeidet frem til slutten av 2026 med gradvis overgang til drift.

Innledning

Prosjektet Digital hjemmeoppfølging (DHO) i Helsefellesskapet Sør-Rogaland inngikk i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som ble ledet av Helsedirektoratet.

Prosjektets mål er å ta i bruk digital hjemmeoppfølging på en måte som sikrer nytte for pasient og tjenesteleverandører.

Kommunene i Sør-Norge har begrenset eller ingen erfaring med digital hjemmeoppfølging, og det har heller ikke blitt brukt som et samarbeidsverktøy mellom aktører i helsefellesskapet. Læring fra dette prosjektet vil være avgjørende for videre innføring av DHO. Prosjektet vil systematisk kartlegge erfaringer slik at de kan gjenbrukes ved innføring av DHO til andre brukergrupper. Prosjektet gjenbruker Digi-Rogalands nettverksstruktur for erfaringsdeling. Kommunene vil også dra nytte av nasjonale erfaringer.

Prosjektet har brukt mye tid og ressurser på forankring, og har dannet et godt utgangspunkt for oppstart av digital hjemmeoppfølging. Det har blitt gjennomført felles anskaffelse av løsning. På grunn av uforutsette forhold har dette dessverre tatt lengre tid en forventet. Prosjektet signerte kontrakt med leverandør i november 2024.

Våren 2025 pågår det stor implementeringsaktivitet i Sør-Rogaland. Planer for disse aktivitetene blir beskrevet i rapporten, men på grunn av forsinkelsen er det ikke mulig å beskrive erfaringer og gevinster fra selve oppfølgingen. Videre prosjektarbeid pågår fortløpende, og det planlegges å fortsette arbeidet frem til slutten av 2026 med gradvis overgang til drift. Randaberg kommune er første kommune som startet opp. De har inkludert 10 pårørende til personer med demens, og har planer om å inkludere opp mot femti pårørende. Flere andre kommuner i regionen planlegger også å følge opp denne gruppen ved hjelp av DHO.

Status på kommunenes innføring av digital hjemmeoppfølging er samlet i en tabell. Prosjekt for DHO i helsefellesskapet og overordnede erfaringer beskrives deretter mer detaljert.

Gjennom grundig behovskartlegging vil prosjektet få erfaring med oppfølging av målgrupper hvor det er lite erfaring fra før, som for eksempel pårørende til personer med demens, frisklivssentraler, rehabilitering og miljøtjeneste. Disse erfaringene vil være nyttige internt i Sør-Rogaland, samt gjenbrukes nasjonalt.

Det er et overordnet mål at prosjektet skal danne grunnlaget for en modell for samhandling og datadeling som kan benyttes ved innføring av DHO til andre brukergrupper i helsefellesskapet.

Beskrivelse av prosjektet

Helsefellesskapet Sør-Rogaland består av 15 kommuner:

Bjerkreim, Eigersund, Gjesdal, Hjelmeland, Hå, Kvitsøy, Klepp, Lund, Randaberg, Sandnes, Sokndal, Sola Strand, Stavanger og Time. Sammenlagt utgjør dette 376 000 innbyggere, og omfatter hele Helse Stavangers opptaksområde.

Alle kommunene og Helse Stavanger deltok i prosjektet. Involvering i prosjektet har variert mellom kommunene, men flere kommuner jobber nå aktivt med å ta i bruk DHO i sitt tjenestetilbud.

Organisering og forankring

Stavanger kommune er prosjekteier og har prosjektlederansvar for alle aktørene i prosjektet. SSU fungerer som styringsgruppe for prosjektet. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) i Helsefellesskapet inkluderer representanter fra Helse Stavanger HF, kommunene i Sør-Rogaland og en representant for fastlegene i helsefellesskapet. SSU tar strategiske beslutninger, mens beslutninger av økonomisk og operasjonell art tas av den enkelte aktør. Denne strukturen videreføres i 2025, prosjektet har søkt om midler via Helseteknologiordningen.

En overordnet prosjektgruppe ble dannet med representanter fra kommuner, USHT, Helse Stavanger og fastleger. Hver lokal aktør har ansvar for forankring i egen kommune, med støtte fra prosjektet i Helsefellesskapet. I hver kommune ble det utnevnt en kommunekontakt som er prosjektleders kontaktperson, og som jobber med digital hjemmeoppfølging internt i sin kommune.

Kommunene i Sør-Rogaland har lang erfaring med samarbeid, og det er god delingskultur. Dette drar prosjektet veksler på. Gjennom prosjektperioden har det vært arrangert flere møtepunkt for kommunekontaktene.

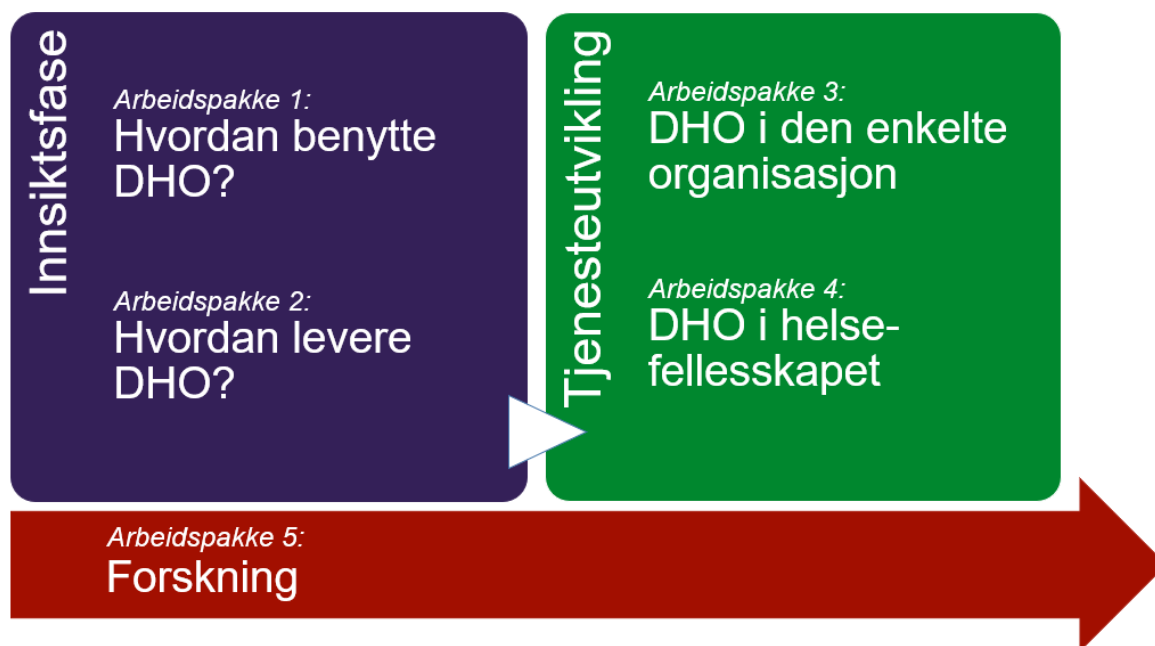
Prosjektet har tett samarbeid med Digi Rogaland, og DigiRogalands faggruppe for e-helse informerer jevnlig kommunalsjefer i Helseledernetttverk, og kommunedirektørene blir informert som styringsgruppe i DigiRogaland.

DigiRogaland faggruppe e-helse har totalt 3 årsverk. Oppgaver og ansvarsområder er fordelt på de 9 personene i stillingsstørrelse 10-100%. DHO følges opp av 2 representanter som har jevnlig møter med prosjektleder.

Prosjektet har vært invitert til møte for praksiskonsulenter (PKO) i Helsefellesskapet for å informere om prosjektet, og har avtale om å informere på nytt når prosjektet har erfaring fra implementering. Fastlege som også har rolle som praksiskonsulent deltar i overordnet prosjektgruppe. Kommunene involverer fastleger i tjenesteforløp der denne har en rolle.

Prosjektets arbeidspakker

Dette er et omfattende prosjekt med flere faser og ulike fagpersoner som er involvert. Prosjektet er inndelt i fem arbeidspakker, der noen foregår parallelt og noen sekvensielt.



Arbeidspakke 1 og 2 handler om innsiktsfasen. Det ble gjennomført kartleggingsaktiviteter hos hver enkelt aktør og i hele helsefellesskapet samlet. Målet med kartleggingen i hver kommune var å få oversikt over eksisterende tjenestereiser hvor DHO kunne bidra til bedre ressursutnyttelse og gi økt kvalitet på tjenestene

Kommunene i helsefellesskapet har store variasjoner og ulike utfordringer, og det ble kartlagt ulike behov som dannet grunnlaget for videre arbeid

Arbeidspakke 2, *Hvordan levere DHO* handler om anskaffelse av løsning. Prosjektet gjennomførte en felles anskaffelse, der alle 15 kommuner deltok, 9 ved fullmakt og 6 kommuner samt Helse Stavanger på opsjon. Målet med anskaffelsen var å få en fleksibel løsning som sikrer informasjonsflyt mellom aktørene i Helsefellesskapet.

Arbeidspakke 3 og 4 bygger på innsiktsfasen, og handler om å ta i bruk DHO internt i kommunen og som et verktøy for samhandling i helsefellesskapet. Resultatene fra arbeidspakke 3 presenteres i tabellen, og arbeidspakke 4 beskrives videre i rapporten.

Tjenesteinnovasjon og samhandling er prosesser som foregår gjennom hele prosjektet. Det antas at det er flere læringspunkter her, og prosjektet har lagt til rette for forskning gjennom arbeidspakke 5 som beskrives senere i rapporten.

Digital hjemmeoppfølging i den enkelte kommune

Gjennom arbeidspakke 1 identifiserte hver kommune tjenestereiser hvor DHO kan være et aktuelt tiltak. Ulike tjenesteområder ble kartlagt, noe som gir regionen verdifull erfaring med forskjellige forløp. Det er en sterk delingskultur, og kommuner med lignende tjenesteforløp kan samarbeide og gjenbruke erfaringer hvis tilsvarende tiltak iverksettes i andre kommuner.

Her beskriver kommuner sine mål med digital hjemmeoppfølging og planer for videre arbeid.

Hjelmeland

Hjelmeland kommune planlegg å starte med digital heimeoppfølging (DHO) på legekantoret, og deretter spreie bruken til fysioterapiavdelinga og eventuelt andre aktuelle avdelingar.

Målgruppa er sjølvstendige pasientar på det kommunale legekantoret, inkludert dei med diabetes type 2, hjarteskjukdom, KOLS, sår, hjarteskvikt og liknande. Målet er at pasientar skal få auka eigenmeistering og innsikt i eigen sjukdom via eigenbehandlingsplan, auka tryggleik i kvardagen, unngå køying for pasientar og personell, og redusere talet på konsultasjonar og sjukehusinnleggingar.

For å måle gevinstar og effektar, vil ein bruke spørjeskjema til brukarar av DHO for å vurdere eigenmeistering og tryggleik, medan tidsmålingar vil bli brukt for å vurdere reduksjon i konsultasjonar og sjukehusinnleggingar. For ein diabetes type 2-pasient vil sjukepleiar på legekantoret spare 30 minutt årleg, og fastlege vil spare 40 minutt årleg i besøk. Samtidig vil oppfølgingstenesta, som består av sjukepleiarar på legekantoret, også bruke litt tid på DHO av pasient.

Pasientar blir tilbydd DHO via telefon eller når dei er på kontroll på legekantoret. Appen blir lasta ned, og det vert gitt opplæring og måleutstyr vert utlevert av oppfølgingstenesta på legekantoret. Eigenbehandlingsplan (EBP) vert sett opp i samarbeid med oppfølgingstenesta, pasient og fastlege. Pasient måler og sender inn til oppfølgingstenesta. Målet er at pasientar skal halvere talet på fysiske besøk på legekantoret, frå fire til to årlege kontrollar for diabetes type 2.

Inklusjonskriteria er pasientar med sjukdom eller funksjonsnedsetting i stabil fase, sjølvstendige pasientar og digitale pasientar. Oppfølgingstenesta for DHO på legekantoret er sjukepleiarar på legekantoret. Sidan Hjelmeland er ein liten kommune, vil dei få dei dyraste lisensane på DHO, og kostnaden til innkjøp av DHO vil vere høgare enn dei sparte utgiftene for tenestene. Dei kvalitative effektane er ikkje tatt med i denne vurderinga.

Erfaringar som er viktige for å oppnå effekt, sett frå helsepersonell, helseføretak og kommune, er at det vert sett av tid til å sette DHO i drift og at ein får inkludert nok pasientar til DHO. Prosjektgruppa skal gjere seg kjent med løysinga via test-sida og ta ein beslutning på eventuell uttak av opsjon i mars 2025. Beslutninga er utsett på grunn av endring i personalgruppa på legekantoret og fysioterapiavdelinga.

Time
Målet med digital hjemmeoppfølging i Time kommunes prosjekt er å etablere nye arbeidsmåter for å håndtere økt volum av tjenestemottakere, bidra til endring i arbeidsmetoder i tverrfaglig samhandling, og tilby mer fleksible tjenester med lettere tilgjengelighet og mindre ressursbruk. Dette skal gi innbyggerne bedre mulighet for økt egenmestring og ansvar for egen helse. Målgruppen er innbyggere som får tjenester fra IKART og de som har behov for tjenester der det er formålstjenlig å benytte denne løsningen, med en bred satsing som ikke er diagnoseavhengig. Forventede effekter for brukere og tjenesten inkluderer mer egenmestring for innbyggerne, bedre innsikt i egen helse, og muligheten til å samhandle om egen helse med helsepersonell utenfor tjenesten. Innbyggerne vil oppleve mer frihet ved å kunne ta med seg utstyr og ikke måtte være hjemme for å få hjelp. Dette gir også trygghet for pårørende og et verktøy for god samhandling med dem. Tjenesten vil være ressursbesparende ved å spare tid på kjøring og besøk, og kan håndtere flere innbyggere med hjelpebehov innenfor dagens rammer, noe som unngår økning i tjenester. Det vil også gjøre arbeidsplassen mer attraktiv ved å gi mulighet for nye arbeidsmåter. For å måle gevinster og effekter skal vi ta i bruk gevinstverktøyet for digital hjemmeoppfølging og gjennomføre nullpunktsmåling for besøk. Målbare gevinster inkluderer tid brukt på hjemmebesøk og kjøring. Prosjektgruppen er etablert, fremdriftsplanen er utarbeidet, og rutiner for tildeling og oppfølging er under utarbeidelse. Inklusjonskriterier for digital hjemmeoppfølging er behovsstyrt og ikke diagnoseavhengig. Pasienten må ha egen smarttelefon eller nettbrett, være samtykkekompetent, kunne følge en plan, og ha et sykdomsbilde som er mulig å observere og følge opp på avstand. Det må være forsvarlig og ønskelig å følge pasienten med digital hjemmeoppfølging, og pasienten må ha tilstrekkelig kognitiv funksjon eller pårørende som kan hjelpe. Pasienten må være informert om hva digital hjemmeoppfølging innebærer og være motivert til å ta det i bruk. Aktuelle målinger inkluderer vekt, blodsukker, SpO2, blodtrykk og temperatur. Det må sjekkes at pasienten har nettverk eller mobildekning der han eller hun bor, og at sikkerhetskrav som BankID er oppfylt. Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging vil organiseres med ressurspersoner som får opplæring i Dignio Prevent og kan lære opp andre ansatte. Hver avdeling vil i starten være responscenter for sine brukere. Fastlegens rolle og ansvar er også inkludert i prosjektet, og prosjektet arbeider med å få fastlegene involvert. Status for overgang til drift inkluderer informasjon og dialog med ledergruppene i helse og velferd i januar/februar, felles samling med ansatte fra aktuelle avdelinger i april, og opplæring med Dignio til ressurspersoner i april før løsningen settes i drift.
Sandnes
Sandnes kommune har som mål å starte med digital hjemmeoppfølging (DHO) på Frisklivsentral og i hjemmetjenesten. Målgruppen er tjenestemottakere i hjemmetjenesten med tilstander som krever jevnlig målinger og monitorering, uavhengig av diagnose, samt tjenestemottakere under frisklivssentralen som jobber med livsstilsendring. Målet med prosjektet er bedre ressursutnyttelse ute i tjenestene, lett

tilgjengelige data som kan deles med andre med et tjenstlig behov, og dermed øke kvaliteten på tjenestene.

Tjenestemottakere skal oppleve trygghet og tilgjengelighet fra helsetjenesten, få bedre innsyn i egen helse, og tidligere intervensjon i forhold til helsetilstand kan føre til færre reinnleggelser og tilbakefall, samt kortere vei tilbake ved relaps.

Forventede effekter for brukere og tjenesten inkluderer spart tid, lettere tilgjengelighet, økt kvalitet og bedre samhandling for tjenesten, mens tjenestemottakere vil oppleve trygghet og bedre innsikt i egen helse. Nullpunktsmåling er under utarbeidelse, og planleggingen av gevinstoppfølgingen vil være tett fulgt av fagstab.

Tjenestemottakere må ha eget nettbrett eller mobil og behov for en viss frekvens på målinger, enten kontinuerlig eller i perioder. Under utprøvingen vil det være en kontinuerlig dialog med deltakende tjenestemottakere, og innspill fra pårørende kan også trekkes inn.

Fastlegene er ikke involverte enda, men informasjonsarbeidet er påbegynt og skal intensiveres før og under oppstart, spesielt i forhold til hjemmetjenesten og målinger. Det er informert ut i nyhetsskriv til fastlegene at løsningen er på plass, og i neste utgave skal det komme mer detaljert informasjon. Dette gjøres gjennom kommuneoverlegene. En sone i hjemmetjenesten er valgt til oppstart. Der avholdes det månedlige møter med legesenteret i bydelen, og DHO skal tas ut til fastlegene gjennom dette.

Erfaringer som er viktige for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune, inkluderer å sette av tid til å sette DHO i drift og inkludere nok pasienter. Det er viktig med et utgangspunkt for fordeling av roller og ansvar, og informasjon opp mot IT, spesielt i forhold til tilgangsstyring. Samarbeidet med leverandøren og bruk av teknologi oppleves som godt, og leverandøren er tjenestevillig og tilbyr veiledning og hjelp når det trengs. Positive og klare medarbeidere ute i tjenestene som ser dette som et nyttig verktøy, samt å koble dette sammen med andre endringsprosjekter, er suksesskriterier.

Sandnes kommune er offensive og satser på at dette er en løsning som etter en oppstartsperiode skal rett inn i drift, med justeringer underveis. Gode rutiner for den daglige driften vil utvikle seg etter hvert som volumet vokser, og det er viktig å få dette inn som en rutine i kartlegging og tildeling av tjenester i kommunen. Planene for videre utvikling inkluderer behovskartlegging sone for sone i hjemmetjenesten, med løpende vurdering av organisering og tjenesteforløp etter hvordan veksten fordeler seg. For frisklivssentralen vil det vurderes om DHO skal brukes både som et underveis verktøy og et oppfølgingsverktøy. Innspill fra workshop vil også vurderes for spredning til koordinatorene og legevakt.

Vedlegg

- Tjenesteforløp for ulike målgrupper
- Helhetlig tjenestemodell for DHO

Eigersund

Foreløpig er målgruppen kreftpasienter. Forventede effekter for brukere og pasienter, samt tjenesten, inkluderer økt trygghet og pasientsikkerhet. Planen videre er å sikre en bedre forankring ved å samle nøkkelpersoner som demenskoordinator, frisklivskoordinator og kreftkoordinator for å orientere om mulighetene

Randaberg

Målet med digital hjemmeoppfølging i Randaberg kommune er å forbedre kvaliteten på oppfølgingen av pårørende til personer med demens. Dette vil gjøre det mulig for kommunen å gi målrettet hjelp, noe som igjen vil bidra til at den syke kan bo lenger hjemme og samtidig avlaste helsetjenesten i kommunen. Målgruppen for prosjektet er pårørende til personer med demens. Forventede effekter for brukere, pasienter og tjenesten inkluderer å gi støtte til pårørende i rett tid og omfang, slik at den syke kan bo lenger hjemme med riktige tiltak til rett tid.

Kommunen har foreløpig inkludert 10 pårørende i løsningen, og har planer om å øke til opp mot 50 inkluderte i løpet av første kvartal 2025. For å sikre en vellykket overgang til drift og en helhetlig tjenestemodell, må vi sørge for forankring, ledelse og avsatt tid.

Stavanger

I Stavanger kommune har vi valgt å implementere digital hjemmeoppfølging gjennom to parallelle løp: Frisklivssentralen og miljøtjenesten. Målet er å samle erfaringer fra disse gruppene for senere å kunne spre tiltaket til andre brukergrupper.

Miljøtjenesten er valgt som første målgruppe under hjemmebaserte tjenester av flere grunner. For det første har denne gruppen en lav gjennomsnittsalder, og det forventes at de har høyere digitale ferdigheter sammenlignet med andre brukergrupper. I tillegg er dette en gruppe som tidvis kan være vanskelig å nå, og vi håper at digital oppfølging kan gjøre det lettere å få kontakt. Det er også brukere som tidvis ønsker mindre fysisk tilstedeværelse av ansatte. Løsningen kan også benyttes hos brukere med aggressiv atferd for å sikre ansatte.

Brukerne skal følges opp på egen smarttelefon eller nettbrett. I første omgang vil vi ikke koble på målingsverktøy, men heller ta i bruk de andre funksjonene i systemet. Vi forventer flere gevinster og positive effekter av dette tiltaket. Blant annet håper vi på økt egenmestring, trygghet, frihet og selvstendighet for brukerne. Bedre kommunikasjon på brukernes premisser er også et mål, samt tidlig oppdagelse av forverring i helsetilstand for å kunne sette inn tiltak. Dette vil også gi trygghet for pårørende, bedre samhandling og ressursbesparelser ved færre fysiske besøk. I tillegg vil lett tilgjengelige data gi god oversikt.

Prosjektgruppen er allerede etablert med ansatte fra tjeneste og rådgivere fra stab. Pasientene vil bli valgt ut av prosjektgruppen, med støtte fra ressursgruppen for VFT som alle vil fungere som bidragsytere og ekstra superbrukere. Alle involverte ansatte vil få opplæring i Dignio Prevent, men superbrukerne vil få et eget ansvar for spredning og opplæring. Vi vil også ha et eget fokus, muligens ved bruk av simuleringstrening, på hvordan velge ut gode brukere for løsningen.

Målet med å ta i bruk DHO i Avdeling for friskliv og mestring er å øke kvaliteten på oppfølgingen og forbedre ressurseffektiviteten. Digital hjemmeoppfølging har potensial til å gi flere positive effekter for både innbyggere og tjenesten. Effektene for innbyggere og tjenesten vil delvis overlappe, men her er noen forventede fordeler. For innbyggere kan det innebære økt tilgjengelighet til helsepersonell og primærkontakt. Det kan også bety tettere og mer fleksibel oppfølging, samt bedre oversikt over egen prosess og fremgang. Lavere sannsynlighet for drop-out er en annen fordel, i tillegg til mer behovsrettet oppfølging. Videre kan det styrke eierskapet til egen endrings-

og mestringsprosess, og gi bedre helserelaterte utfallsmål som følge av oppfølging. Økt egenmestring er også en forventet effekt. For tjenesten kan det innebære redusert drop-out og bedre oversikt over innbyggernes forløp. Det kan også føre til redusert administrasjonstid knyttet til oppfølging og bedre intern samhandling.

Vi må fortsatt finne ut hvordan måling av gevinster og effekter skal gjøres i detalj, men i prosjektsøknaden har vi skissert følgende plan: Sammenligne erfaringer med oppfølging før og etter implementering av digital hjemmeoppfølging hos innbyggere og helsepersonell. Sammenligne relevante statistiske variabler før og etter implementering av digital hjemmeoppfølging for å indikere grad av måloppnåelse. Vurdere sammenligning med andre kommuner som gir strukturert oppfølging uten digital hjemmeoppfølging.

Sokndal

Målet med DHO i Sokndal kommune er å sikre forsvarlig oppfølging av pasienter, bedre ressursutnyttelse, samt å etablere nye arbeidsmetoder for å håndtere økende pasient trykk med økende komplekse sykdomsbilder og prosedyrer.

Målgruppe i første omgang: Frisklivssentralen blir først ut til å teste DHO på sine pasienter. Deretter planlegges det å ta i bruk løsningen til demenskoordinator, kreftkoordinator og til slutt hjemmesykepleien via sykepleierteam.

Forventede effekter for brukere er å bli mer selvstendig, større innsikt i egen helse/sykdom og opplevelse av å styre egen hverdag uten å være avhengig av at de må være hjemme til et klokkeslett. Gjennom DHO-løsning kan målinger tas på tidspunkt som passer. Tjenesten vil forhåpentligvis oppleve tryggere brukere og pårørende som kan være tidsbesparende i form av mindre fysiske besøk, og de kan håndtere flere pasienter fordi DHO har bidratt til tidsbesparende tiltak.

Kommunen vil ta en nullpunkts måling før oppstart, mtp hvor mange besøk per dd. Det vurderes å benytte et skjema til bruker for å måle hvor selvstendig og trygg de føler seg før oppstart, hvor mange besøk, alarmer o.l før oppstart. Fremdriftsplan er under arbeid.

Det er gjennomført et arbeidsmøte ift tjenesteforløp mtp hjemmetjenesten, forløp er ikke avklart enda. Legene henviser til frisklivssentral og koordinator her vil se på brukerne og hvem som kan ha nytte av DHO og lage plan sammen med brukerne. Demenskoordinator gjør det samme med sine brukere/pårørende. Fastlegene er informert, men mangler et samarbeidsmøte, dette vil gjennomføres når det nærmer seg oppstart for hjemmesykepleien da vi ser for oss at legene også kan henvise til DHO oppfølging via sykepleier team eller kreftkoordinator.

Sokndal planlegger at DHO går rett i drift i frisklivssentralen, og med demenskoordinator og kreftkoordinator når de starter opp. Det gjenstår noe planlegging med hensyn til hvordan driften skal håndteres av sykepleierteamet.

Gjesdal
I Gjesdal ønsker vi å starte med DHO innenfor ordinær hjemmesykepleie, samt hjemmesykepleien for personer innenfor miljøtjenesten. Det arbeides med å etablere en arbeidsgruppe. Demens- og kreftkoordinator vil kobles på. Aktuelle ledere for avdelingene vil involveres for å sikre riktig teknologi til riktig bruker, samt sikre gevinstrealisering. Bedre ressursutnyttelse er et viktig mål for tiltaket. Arbeidet med helhetlig tjenestemodell til teknologien er ikke fullført og blir viktig første skritt.
Klepp
Klepp kommune har som mål å ta i bruk digital hjemmeoppfølging rettet mot ulike pasientgrupper. DHO starter opp i samarbeid med interkommunalt rehabiliteringsteam (IKART). IKART er et spesialisert tverrfaglig rehabiliteringsteam og samarbeider med kommunen om pasienter som har omfattende behov for rehabilitering. I tillegg ser Klepp på DHO til pårørende til personer med demens, og oppfølging av kreftpasienter/kronisk syke. Dette vil muliggjøre mer målrettet oppfølging av pasient og pårørende. Ønskede gevinster er: rett tjeneste til rett tid, i rett omfang. Forventede gevinster er økt egenmestring, økt helsekompetanse og mer effektiv bruk av spesialsykepleier i kommunen. Klepp starter ikke med egenbehandlingsplaner i samarbeid med fastlegene pr nå. Prosjektgruppen er etablert og forankret i kommunens planarbeid. Arbeid med helhetlig modell for drift av velferdsteknologi, ny organisering av hjemmetjenesten og utredning av sykepleierklinikk skjer parallelt og sees i sammenheng med etablering av DHO.
Lund
Målet med DHO i Lund kommune er å etablere nye arbeidsmåter for å håndtere økt volum av tjenestemottakere. Kommunen vil bruke verktøyet til å endre arbeidsmetoder og tilby mer fleksible tjenester med lettere tilgjengelighet og mindre ressursbruk. Lund kommune ønsker å bruke helhetlig tjenestemodell for å innføre dette. Prosjektet er fortsatt i en tidlig oppstartsfase, og det foreligger derfor ikke mye konkret informasjon ennå
Sola
Sola kommune vil prøve ut DHO til somatiske pasienter i hjemmetjenesten eksempelvis ved KOLS, diabetes, hypertensjon og ernæringsproblematikk. Kommunen deltar i felles innføringsløp for helhetlig tjenestemodell, og planlegger å bruke DHO som eksempelteknologi.

Digital hjemmeoppfølging i helsefellesskapet

Prosjektet har et overordnet mål om at DHO er implementert i tjenesten der flere helseaktører er involvert, og hvor en benytter felles datadeling på en hensiktsmessig måte.

For å kartlegge felles tjenestereiser i helsefellesskapet ble ulike faggrupper kontaktet, og mulige tjenesteområder kartlagt i samarbeid med Helse Stavanger. Et av målene med prosjektet er å få erfaring med samtidig datatilgang gjennom løsningen for DHO. Etter gjennomgang av mulige tjenesteområder kom det frem at oppfølging oftest foregår sekvensielt, ikke samtidig. Området som ble valgt til første utprøving er Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam (IKART). Dette er besluttet av strategisk samarbeidsutvalg (SSU) for Helsefellesskapet, som er prosjektets styringsgruppe. Prosjektets begrunnelse for valg av IKART som første utprøving er at samarbeidsstrukturene allerede er etablert. Aktørene ser et behov for felles datatilgang til pasientens behandlingsplan. IKART er et avgrenset forløp med få pasienter, noe som gjør det mulig å følge hvert forløp tett, og lage en god modell for skalering til andre og større brukergrupper.

Interkommunalt ambulant rehabiliteringsteam - IKART

IKART er et spesialisert tverrfaglig rehabiliteringsteam som har avtale med 11 kommuner i Sør-Rogaland. Kommunene som har avtale med IKART er Bjerkreim, Eigersund, Gjesdal, Hjelmeland, Hå, Klepp, Kvitsøy, Sandnes, Sola, Stavanger, Strand og Time.

Teamet jobber klinisk sammen med bostedskommunens fagpersoner der brukeren bor eller oppholder seg.

IKART er for brukere mellom 18 og 70 år med omfattende rehabiliteringsbehov med nytt funksjonsfall

IKART-forløpet vil ikke inkludere store brukergrupper, men erfaringene vil danne et erfaringsgrunnlag ved skalering til andre og mer omfattende brukergrupper. Det er behov for en modningsprosess ved skalering av digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet, og dette prosjektet bidrar i denne prosessen ved å gi konkrete eksempler og gjennom erfaringsdeling.

Samhandling gjennom IKART og DHO

Når pasienters rehabiliteringsforløp inkluderer behov for oppfølging på tvers av både spesialisthelsetjenesten og kommunale virksomheter er det mange aktører å forholde seg til, både for utførere og ikke minst pasientene selv og deres pårørende.

En pågående doktorgradsstudie viser at det er utfordringer med samhandling og informasjonsutveksling i rehabiliteringsforløp som involverer mange aktører i ulike organisasjoner og på ulike nivå i helsetjenestene. Bruk av team som IKART som har samarbeidsforbindelser mellom både sykehus og kommunale tjenester kan forenkle den skriftlige informasjonsutvekslingen. Samtidig kan manglende felles forståelse for rehabilitering og uklar ansvarsfordeling mellom organisasjonsnivå være barrierer i å få til koordinerte rehabiliteringsforløp (Skumsnes et. al. 2023).

Prosjektet vil undersøke om løsning for Digital hjemmeoppfølging kan bidra til å løse samhandlingsutfordringer knyttet til informasjonsutveksling, og legge grunnlag for bedre flyt i pasientforløp som går på tvers mellom kommuner og helseforetak.

Tjenesteforløp og arbeidsprosesser

Prosjektgruppen har tatt utgangspunkt i eksisterende tjenesteforløp, og sett på hvor DHO kan være et nyttig verktøy. IKART- forløpet er avgrenset med oppstart, oppfølging og avslutning. Tidsrom pasient får oppfølging fra IKART er individuell, og kan være fra noen uker til flere måneder. Inkludering av pasient i tjenesteforløpet kan gjøres mens pasienten fremdeles er på Helse Stavangers rehabiliteringsavdeling (Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering) eller etter hjemkomst. Spesialisthelsetjenesten deltar også i oppfølging av pasienten, og er en aktør i tjenesteforløpet ved bruk av DHO. Ofte fortsetter hjemkommune etter at IKART avslutter sin oppfølging. Noen kommuner planlegger å fortsette oppfølgingen gjennom DHO-løsning etter at IKART avslutter sitt oppdrag (Vedlegg, tjenestereise).

Prosjektgruppe

Prosjektgruppen representerte hele tjenesten, og var et godt utgangspunkt for å tilrettelegge for implementering av DHO i IKART. Nedenfor er oversikt over de ulike rollene

Roller i prosjektgruppe for Digital hjemmeoppfølging og IKART	
Prosjektleder	Avdeling for e-helse og velferdsteknologi, Stavanger kommune
Prosjektleder	Helse Stavanger, innovasjonsavdeling/ team digitale helsetjenester
Rådgiver	Helse Stavanger, seksjon samhandling
Avdelingsleder ambulante tjenester (IKART)	Helsehuset, Stavanger kommune
Avdelingsoverlege/avdelingssjef	Helse Stavanger, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering
Fysioterapeut	Sola kommune
Rådgiver	Klepp kommune
Brukerrepresentant	LHL

De identifiserte arbeidsprosessene har blitt jobbet videre med på en felles workshop, der de fleste kommunene som har avtale med IKART deltok, sammen med Helse Stavanger. Arbeidsprosessene

som nevnes her er et utgangspunkt, og vil utvides, tilpasses og justeres når helsefellesskapet har mer erfaring.

Arbeidsprosesser	Beskrivelse
Meldingsutveksling	- Mellom IKART og samarbeidsaktører ved spørsmål/ - Mellom bruker og IKART/kommune for avklaring/spørsmål.
Felles mål og tiltaksplan	- Registrere brukers mål og tiltaksplan i løsningen for digital hjemmeoppfølging slik at den er tilgjengelig for alle aktørene.
Kartleggingsskjema	- Kartlegge funksjonsnivå. - Kartlegge oppfølgingsbehov. - Evaluering av tjenesten.
Videosamtaler	- Veiledning/samtale med bruker over video i tilfeller der dette er hensiktsmessig.
Informasjonsmaterieill	- Pasienten får samlet informasjonsmaterieill fra ulike aktører i løsningen.

Flere av disse arbeidsprosessene forutsetter at aktørene har felles datatilgang til brukers data i løsningen. Dignio som er leverandør av løsning har lagt til rette for dette. Det juridiske og personvernmessige aspektet ivaretas gjennom skriftlig avtale om felles dataansvar

Mål

Å ta i bruk DHO som er samarbeidsverktøy i helsefellesskapet er en lengre prosess, og prosjektet har satt noen overordnede mål:

- 1. Bedre ressursutnyttelse og mer bærekraftige tjenester:**
 - Ved å benytte DHO kan helsetjenesten effektivisere oppgaver de allerede utfører, noe som fører til bedre ressursutnyttelse og mer bærekraftige tjenester.
- 2. Erfaring med bruk av DHO som samarbeidsløsning i Helsefellesskapet:**
 - Å høste erfaringer med bruk av DHO gir verdifull innsikt som kan bygges videre på i helsefellesskapet, og forbedre samarbeidet mellom ulike aktører.
- 3. Gjenbruk av strukturer til andre tjenesteforløp:**
 - Strukturer som utvikles kan gjenbrukes både i helsefellesskapet, internt i kommuner, og deles som erfaringer mellom kommuner for å forbedre tjenesteforløp

Målene med å benytte DHO-forløp i IKART-oppfølgingen er å forbedre samhandlingen mellom samarbeidsaktørene rundt tjenestemottaker. Dette vil bidra til at pasienten får økt involvering og eierskap til egen rehabilitering. I tillegg vil sikkerheten ved digital kommunikasjon bedres.

Gevinster

Gjennom nasjonale prosjekt for digital hjemmeoppfølging og tidligere prosjekter gjennom velferdsteknologiprogrammet er det høstet mye erfaring med gevinstarbeid.

Både prosjektet IKART og DHO, og prosjekter i de enkelte kommuner vil ta utgangspunkt i disse erfaringene og benytte dem videre i gevinstkartlegging. Innmed sitt gevinstverktøy for DHO og veikart for tjeneteinnovasjon er nyttige verktøy i denne prosessen.

Ved hvert tjenesteforløp følges tett for å hente erfaringer og for å kunne justere tjenesten ved behov. IKART-pasienter følges opp i en avgrenset periode, og oppfølgingen vil tilpasses individuelt til den enkelte pasient utfra kartlagte arbeidsprosesser.

Gevinster vil kartlegges fra ansatte i tjenesten, og fra pasientens opplevelse av å bli fulgt opp gjennom DHO. Det vil utarbeides spørreskjema basert på erfaringer med oppfølging av de første brukere.

Kartleggingen vil ta utgangspunkt i foreløpig identifiserte gevinster:

Gevinster	For hvem fremkommer gevinsten?
Økt involvering og eierskap til egen rehabilitering	Pasient
Økt opplevelse av trygghet og mestring av situasjonen	Pasient
Enklere kommunikasjon med behandlere	Pasient
Redusert reisetid og mer tilgjengelig behandling gjennom videoløsning	Pasient, pårørende, IKART, kommuner, SUS og fastlege
Økt involvering av pårørende som støtteapparat	Pasient, pårørende, IKART, kommuner, SUS og fastlege
Sikker digital kommunikasjon	Pasient, IKART, kommuner, SUS og fastlege
Bedre oversikt over pasientens forløp og mål og tiltaksplan	Pasient, IKART, kommuner, SUS og fastlege
Erfaring med bruk av DHO som samarbeidsløsning	Helsefellesskapet
Mulighet for gjenbruk av strukturer til andre tjenesteforløp	Helsefellesskapet
Gjenbruk av konkretisering av nødvendige avtaler ved felles datadeling	Helsefellesskapet

Erfaring og aktiviteter

Erfaringene fra dette prosjektet vil være avgjørende for videre innføring av digital hjemmeoppfølging. Prosjektet har systematisk kartlagt erfaringer slik at de kan gjenbrukes ved innføring av DHO til andre brukergrupper. Prosjektet vil også benytte Digi-Rogalands nettverksstruktur for erfaringsdeling, og kommunene vil dra nytte av nasjonale erfaringer.

Gjennom grundig behovskartlegging vil prosjektet få erfaring med oppfølging av målgrupper hvor det er lite erfaring fra før, som for eksempel pårørende til personer med demens, frisklivssentraler, rehabilitering og miljøtjeneste. Disse erfaringene vil være nyttige både internt i Sør-Rogaland og nasjonalt. Et overordnet mål er at prosjektet skal danne grunnlaget for en modell for samhandling og datadeling som kan benyttes ved innføring av DHO til andre brukergrupper i helsefellesskapet.

Prosjektet har oppnådd gevinster gjennom prosessen med å legge til rette for implementering. Digital hjemmeoppfølging er en kompleks måte å følge opp brukere på, og en av prosjektets største gevinster er modningsprosessen med informasjon og forankring som har ledet frem til de nåværende implementeringsaktivitetene.

Prosjektet har lagt stor vekt på forankringsarbeidet, og det er etablert en god samarbeidsstruktur for videre utvikling. Denne strukturen kan gjenbrukes i andre digitaliseringsprosjekter innen regionens helsetjeneste. Samarbeidet med Helse Stavanger har økt forståelsen for likheter og ulikheter i organisasjonene, og åpner for samarbeid om andre felles utfordringer innen digitalisering

Samarbeid i helsefellesskapet

Prosjektet har tett samarbeid med Digi Rogaland, og strukturer her benyttes for samarbeid og erfaringsutveksling.

Prosjekts arbeidspakke som omfatter felles tjenesteforløp i helsefellesskapet er forankret hos klinikkssjef for kirurgi, nevrologi og rehabilitering, og overlege for Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering deltar i prosjektgruppen. Tett samarbeid med Helse Stavanger har vært viktig i forankringsarbeidet med felles anskaffelse og felles tjenesteforløp (IKART). Prosjektet har samarbeidet tett med innovasjonsavdeling/avdeling for digitale helsetjenester og seksjon for samhandling.

Fastlege som også har rolle som praksiskonsulent deltar i overordnet prosjektgruppe. Prosjektet har vært invitert til møte for praksiskonsulenter (PKO) i Helsefellesskapet for å informere om prosjektet, og har avtale om å informere på nytt når prosjektet har erfaring fra implementering. Kommunene involverer fastleger i tjenesteforløp der denne har en rolle. Prosjektet har hatt kontakt med fastleger, og de har blitt informert underveis. Fastleger er involvert i tjenesteforløp som involverer dem. I IKART-forløpet er behovet for fastlege-involvering diskutert med praksiskonsulent-gruppen, og tilbakemeldingen var at dette ikke ble vurdert som nødvendig med systematisk involvering fra fastleger.

Ansatte fra de aktuelle tjenestene deltar i arbeidsgrupper og gir viktige innspill ved utforming av tjenesteforløp. Ved oppstart vil det være tett dialog med tjenesten for å foreta nødvendige justeringer og tilpasninger. Innspill fra aktuelle brukerforeninger er avgjørende i utformingen av tjenesten. Det er blant annet opprettet samarbeid med Kreftforeningen, Demensforeningen og Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. Ved anskaffelse av løsning for DHO ble det stilt krav om egen pålogging for

pårørende, slik at de kan involveres i oppfølgingen og bistå dersom pasienten selv ikke er i stand til å håndtere løsningen.

Anskaffelse og tilrettelegging for felles datatilgang

Prosjektet gjennomførte en felles anskaffelse der alle 15 kommuner deltok, 9 ved fullmakt og 6 kommuner samt Helse Stavanger på opsjon. Stavanger kommune ledet anskaffelsen. Flere av kommuner på opsjon har planer om å benytte seg av muligheten til å signere kontrakt.

For å inkludere alle aktører i anskaffelsen spilte SSU en viktig rolle. SSU besluttet at det skulle gjennomføres en felles anskaffelse, og prosjektet ble behandlet i forbindelse med tilslutningsprosessen.

Årsaken til at prosjektet vektla dette forankringsarbeidet var å utnytte mulighetsrommet regionen hadde, ettersom ingen av kommunene hadde eksisterende avtale om løsning for digital hjemmeoppfølging.

Anskaffelsen ble en lengre prosess enn ønsket på grunn av behovet for grundig forankring for å få med alle aktører, samt uforutsette hendelser utenfor prosjektets kontroll. Blant annet førte endringer i kunnskapsdatabasen doffin.no at ikke alle leverandører ble varslet om konkurransen og fikk ikke mulighet til å kvalifisere seg innen fristen. For å gi alle aktuelle leverandører mulighet til å delta ble det besluttet å lyse ut konkurransen på nytt.

Samme utstyr hos alle aktører legger til rette for samarbeid og erfaringsdeling, både ved implementering av løsningen og ved erfaringsutveksling. Det er gunstig for pasientene å slippe å forholde seg til flere ulike typer løsninger for DHO. Det gir også mulighet til å dele utformede maler og spørreskjema mellom kommuner.

Felles løsning åpner opp for samhandling som ikke er tilgjengelig på nåværende tidspunkt, og som vil gi nyttige erfaringer ved videre utvikling av nasjonale samhandlingsløsninger.

Avtale om felles behandlingsansvar

Anskaffelsen av en felles løsning legger teknisk til rette for samtidig tilgang til pasientens løsning for digital hjemmeoppfølging. Samarbeidet mellom aktørene ivaretas av en avtale om felles dataansvar gjennom pasientjournalloven § 9. Avtalen vil i utgangspunktet gjelde for delt dataansvar ved oppfølging av IKART-pasienter, men kan tilpasses og gjenbrukes for andre pasientgrupper.

Prosjektets løsning for DHO regnes som et behandlingsrettet helseregister. For å lovmessig legge til rette for at både hjemkommune, IKART og Helse Stavanger har tilgang til pasientens løsning og mulighet til å samarbeide, inngås avtaler med alle parter. Praktisk gjøres dette ved at hver kommune signerer avtale med Helse Stavanger og med Stavanger kommune som er vertskommune for IKART. Dersom det blir behov for samhandling om andre pasientgrupper, må det opprettes nye avtaler, men eksisterende avtale vil danne et utgangspunkt.

Forskning

Arbeidspakke 5 i prosjektet omhandler forskning, og målet er å *Innhente kunnskap om prosessene ved innføring av DHO i helsefelleskapet.*

Forskningsavdelingen i Stavanger kommune bidro med ressurser til et forprosjekt. Prosjektet inngikk en avtale med UiS om å følge innføringen av DHO i miljøtjenesten og Avdeling for friskliv og mestring i Stavanger kommune.

Innføringen av DHO i miljøtjenesten og Avdeling for friskliv og mestring i Stavanger kommune

Forskningen knyttet til DHO-prosjektet, som har et kvalitativt design, utføres av to forskere ved Universitetet i Stavanger. Datainnsamlingen innebærer individuelle og/eller fokusgruppeintervjuer med helsepersonell og brukere i miljøtjenesten og frisklivs- og mestringstjenesten.

Forskningen er delt inn i tre deler: Del 1 inkluderer fokusgruppeintervjuer med miljøtjenesten og frisklivs- og mestringstjenesten før implementering, mens del 2 inkluderer fokusgruppeintervjuer med de samme gruppene etter implementering. Del 3 består av individuelle intervjuer med brukere i frisklivs- og mestringstjenesten etter implementering.

Del 1 ble gjennomført i løpet av våren 2024. De foreløpige funnene tyder blant annet på at digital hjemmeoppfølging oppleves som en forenklet kommunikasjonsmåte mellom ansatte og brukere, noe som øker tilgjengeligheten. Informantene pekte på at tettere oppfølging og økte muligheter for å ta kontakt bidrar til en bedre opplevelse.

Når det gjelder utfordringer, pekte informantene på risikoen ved at nye og etablerte systemer ikke «snakker sammen», merarbeid og ekstra stressbelastning på ansatte på grunn av varslinger og tungvint innlogging. Det var også en bekymring at en del brukere ikke har smarttelefon, internett og/eller bank-ID og kan ha problemer med å mestre teknologien.

Bruk av DHO i rehabiliteringsforløp

Prosjektet har også mål om å knytte forskning til innføringen i IKART-tjenesten, og har brukt prosjektmidler for å frikjøpe aktuell kandidat med ønske om et ph. d-løp fra stilling hos Fysio og -ergoterapitjenesten. Den ansatte med sin kompetanse er en viktig ressurs i IKART prosjektet.

Det har så langt vært lite bruk av DHO på rehabiliteringspasienter med store og tverrfaglige oppfølgingsbehov, og dette prosjektet gir en god mulighet for å følge utprøvingen i en pasientgruppe som er voksende og ressurskrevende. I mangel på denne type forskning er det behov for å følge hvordan DHO i Stavanger kommunes prosjekt kan bidra til å fylle kunnskapsgapet mellom innføring av ny teknologi, betydning for samhandling mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienten hvor pasientene er en ny pasientgruppe for DHO. Et ph. d-prosjekt vil ha som mål å følge implementeringen av den digitale løsningen og undersøke ulike aspekter rundt samhandling i tverrfaglige rehabiliteringsforløp. Noe av hensikten med innføring av verktøyet for DHO er brukervedvirkning og egenmestring og det bør derfor være helt naturlig at pasientens opplevelse og erfaring en del av datainnsamlingen. På denne måten kan samarbeidsforskning gi en dybdeforståelse som baserer seg på både de som tilbyr verktøyet, men også mottakerne.

Det ansees som hensiktsmessig med et kvalitativ design på et eventuelt ph. d-prosjekt hvor datainnsamling ble gjort med bruk av intervjuer/fokusgruppeintervjuer av både helsepersonell og pasienter/pårørende. En kvalitativ vinkling på prosjektet kan være med på å gi en bedre forståelse for hvordan innføring av nye verktøy mottas og påvirker de som bruker det. Bruk av samarbeidsforskning hvor datainnsamlingen innhentes både fra helsepersonell og pasienter/pårørende vil brukes for å kunne gi en økt dybdeforståelse og legge til rette for sosial innovasjon som kan være nyttig ved utprøving av ny teknologi.

Webinarer og samlinger

I løpet av prosjektperioden har det blitt gjennomført en rekke aktiviteter som har bidratt til økt kunnskap om digital hjemmeoppfølging og lagt til rette for samarbeid mellom aktørene.

Før anskaffelsen ble det, i samarbeid med Norwegian Smart Care Cluster og HelseCampus, arrangert en digital leverandørpresentasjonsdag. Her fikk ulike leverandører av DHO-løsninger presentere sine produkter. Webinaret ble gjort tilgjengelig på NSCCs nettside og ble også benyttet av andre kommuner som ønsket informasjon om markedet.

I samarbeid med Digi-Rogaland ble det arrangert et inspirasjonswebinar, hvor flere kommuner og aktører delte sine erfaringer med digital hjemmeoppfølging. Hensikten med dette var å spre informasjon om DHO og inspirere kommuner som planlegger oppstart. Presentasjonene ble gjort tilgjengelige i Helsefellesskapets Teams-kanal.

I tillegg har det blitt arrangert flere møter og workshops i løpet av prosjektperioden. Gjennom dette arbeidet har prosjektet styrket samarbeidet om digitale tjenester i regionen.

Prosessveiledning

Innomed har bistått i arbeidet med å kartlegge arbeidsprosesser og gevinster. Kartleggingsaktiviteter ble gjennomført hos hver enkelt aktør og i hele helsefellesskapet samlet. Målet med kartleggingen i hver kommune var å få oversikt over eksisterende tjenestereiser hvor DHO kunne bidra til bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet på tjenestene. Innomed bidro med å utvikle en mal for workshops som ble benyttet i alle kommuner, og deltakere fra prosjektgruppen ledet workshopene.

Innomed fasiliterte workshops der kommunene utformet brukercaser og tegnet opp tjenestereiser. I utviklingen av IKART-forløpet har Innomed bidratt med opptegning av tjenesteforløp og kartlegging av arbeidsprosesser. De identifiserte arbeidsprosessene ble videre bearbeidet på en felles workshop, der de fleste kommunene som har avtale med IKART deltok, sammen med Helse Stavanger. Innomed bidro med planlegging og gjennomføring av workshopen.

Prosessveiledning fra Innomed har vært nyttig og har bidratt til å systematisere kartleggingsprosessene. Deres erfaring med DHO og kjennskap til andre nasjonale prosjekter har vært en verdifull bakgrunnsinformasjon.

Prosjektet har vært en del av det nasjonale spredningsprosjektet for digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratets tilstedeværelse på felles møter og workshops i regionen har vært svært nyttig, både gjennom deres presentasjoner og for å sette prosjektet i en nasjonal sammenheng. Det har vært

verdifullt å kunne kontakte dem ved konkrete spørsmål og problemstillinger. Helsedirektoratets milepælsplan har vært et godt verktøy for å se hvor vi står i prosjektet og hvilket arbeid som gjenstår. Temamøter om ulike deler har bidratt til økt forståelse i regionen om de spesifikke temaene.

Helsedirektoratet har sørget for et nettverk av kommuner som i ulik grad har implementert DHO. Det har vært nyttig å kunne høste erfaringer fra prosjekter som har kommet lengre i prosessen og som har etablert DHO som en tjeneste. Det har også vært verdifullt å drøfte problemstillinger og oppgaver med kommuner som står i de samme prosessene.

Læringspunkter og erfaringer

Et av prosjektets viktigste læring er å få bekreftet hvor viktig forankring er ved samarbeid mellom flere organisasjoner. Denne erfaringen har også lagt til rette for disse prosessene for andre samarbeidsprosjekt i regionen

Å samarbeide med spesialisthelsetjenesten om et konkret område er nyttig for å se likheter og ulikheter mellom organisasjonene, og for å lære hverandre bedre å kjenne. Dette vil legge grunnlag for videre samarbeid.

Anskaffelsesprosesser med forhandlinger var svært nyttige av flere grunner. Å ha en dialog med leverandør underveis i vurderingen gav oss mulighet til å oppklare misforståelser mellom krav og beskrivelse, og til å sikre forståelse av kommunens behov og gi økt fleksibilitet. Disse erfaringene vil overføres og benyttes ved fremtidige anskaffelser i kommunen.

Den grundige behovskartleggingen internt i kommunene har bidratt til å kartlegge områder for DHO hvor det er mindre erfaringer fra tidligere. For eksempel oppfølging av rehabiliteringspasienter, Avdeling for friskliv og mestring og oppfølging av pårørende til personer med demens er områder som er spennende å følge videre.

Den største utfordringen i prosjektet var at anskaffelsen av løsning tok lengre tid enn planlagt. Å ha DHO-løsning tilgjengelig var en forutsetning for å kunne starte opp, og det var utfordrende å planlegge implementering uten en konkret løsning å vise til. Både leverandør og kommunene i regionen har mye erfaring med implementering av teknologiske løsninger. Denne erfaringen er nyttig for prosjektet nå etter kontraktsgenerering, og grunnarbeidet som ble lagt i påvente av løsning vises nå igjen i fremgangen på implementeringsaktivitetene. Kommunenes modenhet når det gjelder innføring av teknologi bidro også til at prosesser rundt implementering ble gjennomført på de rette tidspunkt.

Suksesskriterier

På tross av at prosjektet ikke er ferdigstilt er det mulig å vise til suksesskriterier som bidrar til et godt grunnlag for videre satsning.

- Solid forankring for å sikre en langvarig tjeneste som fortsetter utvikling etter prosjektets slutt
- Teknisk og juridisk mulighet for felles datatilgang gjennom felles anskaffelse og avtaler

- Struktur for å legge til rette for samarbeid mellom kommuner og mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste. Helsefellesskapet og Digi-Rogaland bidrar til denne strukturen i dette prosjektet
- Grundig behovskartlegging av tjenesteområder for å etablere en tjeneste som er nyttig for tjenesteleverandør.

Oppsummering og veien videre

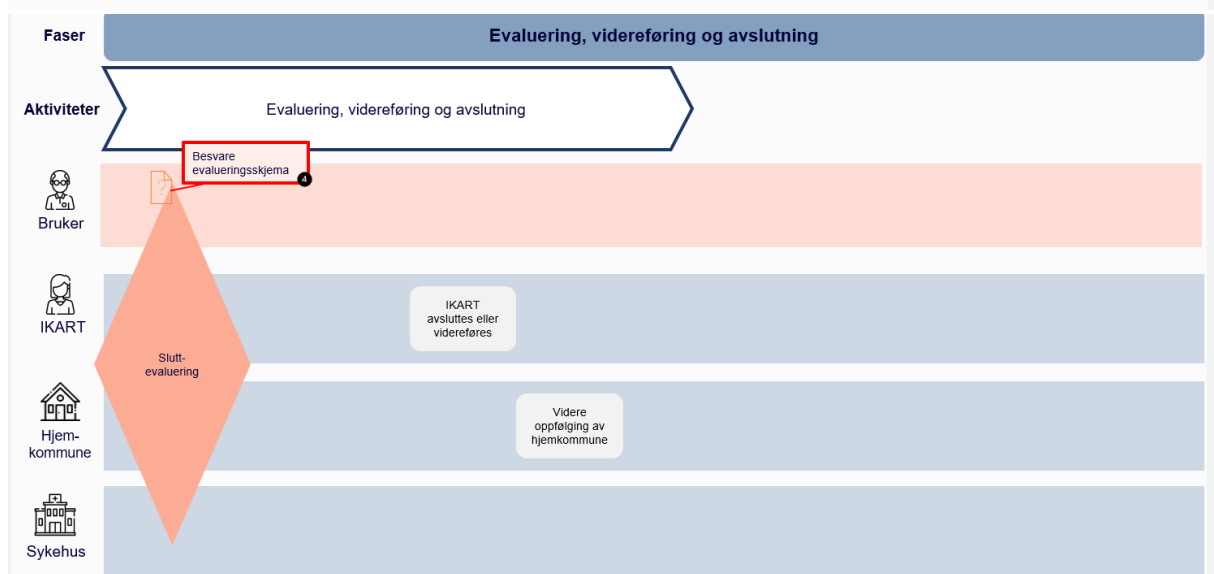
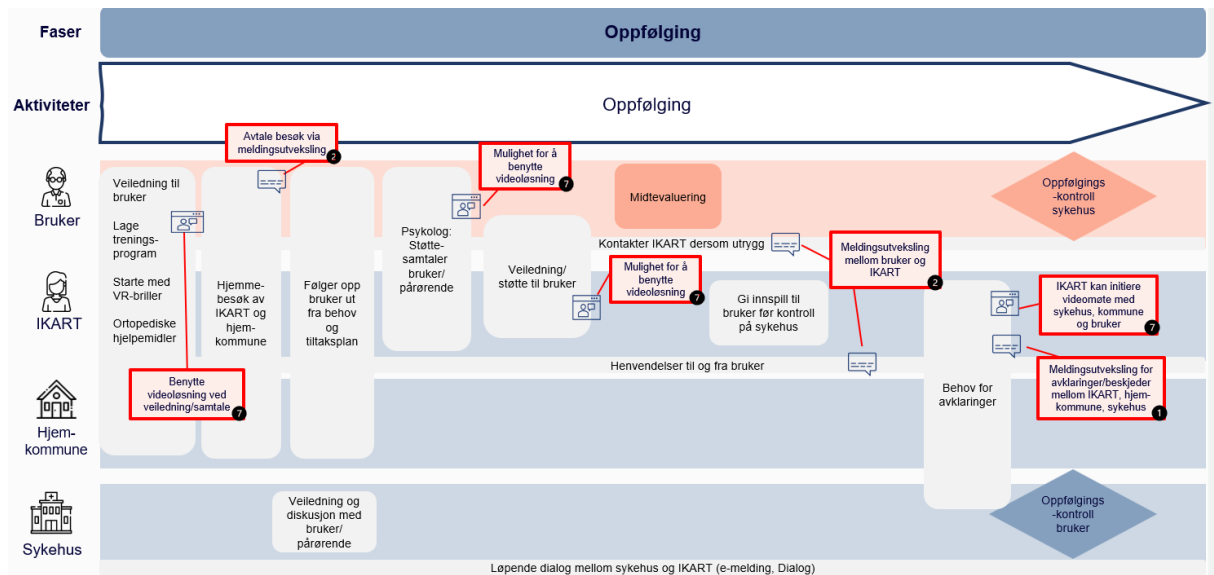
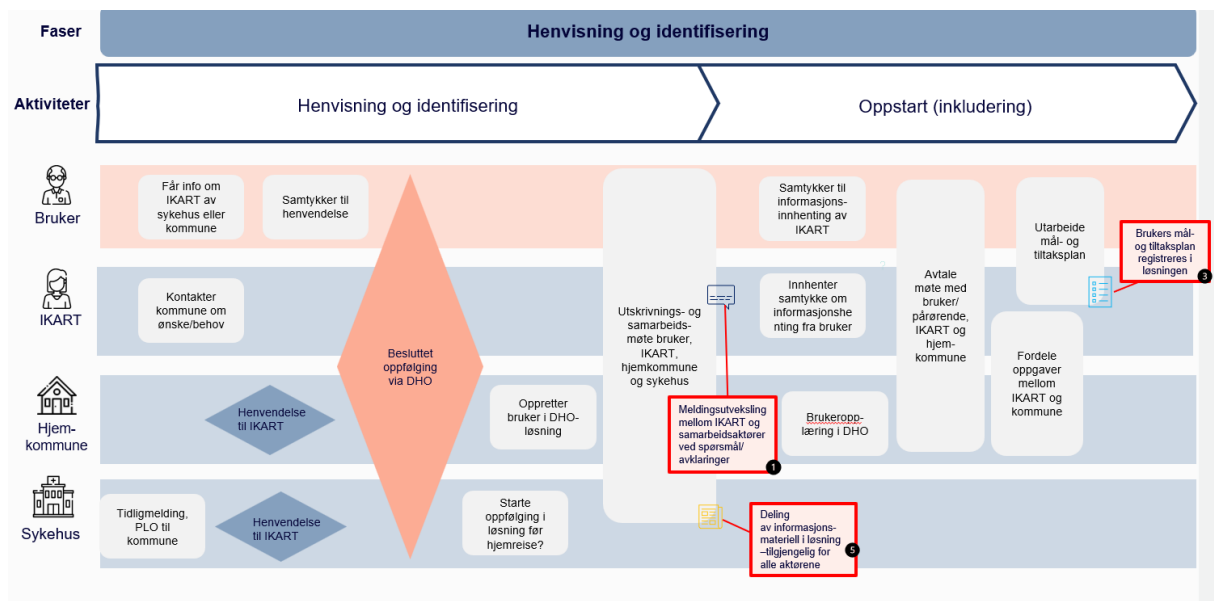
Som understreket i «Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste» er DHO en nødvendig endring i pasientbehandlingen som brukt på riktig måte kan spille en avgjørende rolle for å sikre bærekraft i helsetjenesten. Digi Rogaland sitt veikart fremhever også DHO som en viktig del av deres digitale satsing.

Helhetlig tjenestemodell er godt implementert i de fleste kommuner i Sør-Rogaland, og benyttes for å sikre gode tjenester i alle ledd. Flere av kommunene deltar også i KS sitt innføringsløp for helhetlig tjenestemodell våren 2025.

Helsefellesskapet og kommunene er i startgroppen for innføring av DHO. Pågående prosjekt vil evalueres og bruken justeres for å utnytte mulighetene DHO gir på best måte, før prosjektene går over i drift.

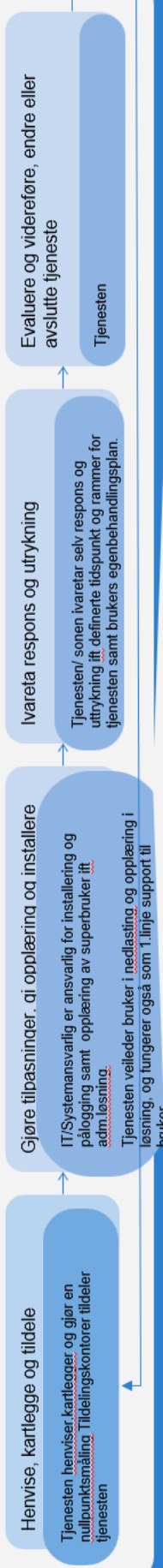
Prosjektet Digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet Sør-Rogaland går over i en spennende fase, der DHO blir en del av regionens tjenesteforløp.

Tjenesteforløp, IKART og DHO



Helhetlig tjenestemodell, Sandnes kommune

Oppgaver for å gi DHO til bruker, ivareta respons, uttrykning og evaluering



Løpende kommunale oppgaver

Vedlikehold og videreutvikling av tjenesten



Support, lager og utstyr



IT-drift



Oppgraderinger og vedlikehold av løsninger



Anskaffelser og avtaleforvaltning



TJENESTEFORLØP FOR DHO I FRISKLIVSENTRALEN



Søknad/ henvisning

- Friskliv henviser aktuelle tjenestemottakere etter en behovskartlegging nå i oppstarten.
- TK tildeler tjenesten etter en vurdering av behov og om bruker oppfyller tildelingskriteriene



Oppstart

- Friskliv kartlegger tilpassing av løsningen og utarbeider evt egenbehandlingsplan.
- Friskliv installerer og gir opplæring til brukere i løsningen. Vurderer om det skal knyttes måleutstyr til eller registreringer skal utføres manuelt.
 - Registrere tiltak i fagsystemet.
 - Tett oppfølging i 2 til 4 uker etter oppstart .



Oppfølging

- Tjenesten følger opp data jfr trafikklysmodellen og veileder bruker ved behov ut fra de rammer som fastsettes. Justerer og oppdaterer evt opplæringsmateriell i løsningen tilpasset bruker
- Bruker utfører planlegte oppgaver og evt målinger i henhold til egenbehandlingsplanen, kontakter tjeneste ved behov.



Evaluering

- Jevnlige evaluering av behov, fortsatt tilstedeværelse av inkluderingskriterier og eventuelle tilpassninger gjøres av friskliv.

TJENESTEFORLØP FOR DHO I HJEMMETJENESTEN



Søknad/ henvising

- Hjemmetjenesten henviser aktuelle tjenestemottakere etter en behovskartlegging nå i oppstarten. Etterhvert fastlegges innbyggere selv søker, TK...
- TK tildeler tjenesten etter en vurdering av behov og om bruker oppfyller tildelingskriteriene.



Oppstart

- * Hjemmetjenesten kartlegger tilpasning av løsningen og utarbeider egenbehandlingsplan (sammen med fastlege)
- Det bestilles/skaffes kompatibelt utstyr til bruker.
- Hjemmetjenesten installerer og gir opplæring til brukere og pårørende i løsningen.
- Det innføres en prøveperiode med høy frekvens på måling for best læring for både ansatte og brukere
- Registrere tiltak i fagsystemet.



Oppfølging

- Bruker utfører målinger i henhold til egenbehandlingsplanen, kontakter tjeneste ved behov
- Tjenesten følger opp data jfr trafikklysmodellen og veileder bruker ved behov ut fra de rammer som fastsettes.



Evaluering

- Jævnlig evaluering av behov, fortsatt tilstedeværelse av inkluderingskriterier og eventuelle tilpasninger gjøres av hjemmetjenesten.
- Fastlege eller andre konsulteres ved behov.