

Sluttrapport for spredningsprosjektet Digital hjemmeoppfølging (DHO) i Vestfold og Telemark 2022-2024



1. Innhold

2.	Sammendrag.....	1
2.1.	Hovedmål og resultater.....	1
2.2.	Erfaringer og læringspunkter	1
2.3.	Veien videre	1
3.	Innledning	2
4.	Faktaboks	3
4.1.	Spredningsprosjektet for DHO 2022–2024	3
5.	Mål med tiltaket	3
5.1.	Formål: Styrket helsetjeneste gjennom DHO	3
5.2.	Målgruppe for DHO.....	4
5.3.	Målgruppen omfatter flere ulike pasientgrupper:	4
5.4.	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
5.5.	Egenbehandlingsplan	5
5.6.	Forventede effekter for brukere/pasienter og helsetjenesten.....	6
5.7.	Gvinster og måloppnåelse	8
5.8.	Plan for oppfølging av DHO.....	11
6.	Modell for DHO i vårt prosjekt.....	11
6.1.	Tilnærming:	11
6.2.	Organisering av oppfølging	12
6.3.	Regelmessige evalueringsmøter og justeringer underveis.....	12
6.4.	Kontinuerlig kompetanseheving for helsepersonell	13
6.5.	Fastlegens rolle og ansvar	13
6.6.	Spesialisthelsetjenesten sin rolle	14
6.7.	Samarbeid med forskningsmiljøer	15
6.8.	Samarbeid	15
6.9.	Forankring	15
6.10.	Langsiktig bærekraft og videreføring av DHO.....	17
6.11.	Anskaffelse.....	17
7.	Prosessveiledning	17
7.1.	Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?	17
7.2.	Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed.....	18
7.3.	Hvilke aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært nyttig for framdrift i prosjektet?	18
8.	Læringspunkter og erfaringer	18
8.1.	Styrking av samhandling	19
8.2.	Erfaringsbasert læring.....	19
8.3.	Kompetansebygging	20
8.4.	Pasientsentrert tjenesteutvikling.....	21
8.5.	Strategi for forankring og samhandling.....	22
9.	Oppsummering og veien videre	25
10.	Konklusjon	27
	Vedlegg:.....	28

2. Sammendrag

Spredningsprosjektet for Digital Hjemmeoppfølging (DHO) har vært et samarbeid mellom kommuner i Vestfold og Telemark, spesialisthelsetjenesten og fastleger, med mål om å utvikle og implementere digitale løsninger for trygg og effektiv pasientoppfølging i hjemmet. I perioden 2022–2024 har prosjektet bidratt til økt bruk av DHO, bedre samhandling mellom tjenestenivåer og mer systematisk oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, psykiske helseutfordringer og andre komplekse behov.

2.1. Hovedmål og resultater

- Styrket samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennom etablering av samarbeidsmodeller og møtearenaer.
- Bedre ressursutnyttelse, med redusert behov for unødvendige sykehusinnleggelser og fysiske hjemmebesøk.
- Kompetanseheving blant helsepersonell for å sikre trygg og effektiv bruk av digitale løsninger.
- Tilpasning av DHO til ulike pasientgrupper, inkludert KOLS, hjertesvikt, diabetes, kreft og psykiske helseutfordringer.

2.2. Erfaringer og læringspunkter

- Tidlig forankring i ledelsen og helsefellesskapet er avgjørende for suksess.
- Tydelige roller og ansvar bidrar til effektiv drift og bedre pasientforløp.
- Teknologiske utfordringer, som manglende integrasjon mellom journalsystemer, har vært en barriere for samhandling.
- Bærekraftige finansieringsløsninger må etableres for å sikre videreføring av DHO i kommunene.

2.3. Veien videre

Flere kommuner har allerede integrert DHO som en del av ordinære helsetjenester, men videre finansiering, teknologisk utvikling og organisatorisk forankring er nødvendig for å sikre en bærekraftig drift. Videre arbeid vil fokusere på utvidelse av DHO til flere

pasientgrupper, tettere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, samt styrking av kompetanse og teknologisk infrastruktur.

Prosjektet har vist at DHO kan være en viktig løsning for å møte fremtidens helseutfordringer ved å tilby pasientene trygg og fleksibel oppfølging samtidig som helsetjenesten effektiviseres.

3. Innledning

I perioden 2022–2024 har fokuset vært på å teste, implementere og videreutvikle digitale løsninger som sikrer trygg og effektiv pasientoppfølging i hjemmet. Dette er særlig viktig i en tid med økende behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som ressursene er begrensede og kommunene står overfor store utfordringer knyttet til demografiske endringer, rekruttering og kapasitet i helsevesenet.

Gjennom prosjektet har kommunene i Vestfold og Telemark jobbet systematisk med implementering av DHO for ulike pasientgrupper, inkludert pasienter med kroniske sykdommer som KOLS, hjertesvikt, kreft og diabetes, samt pasienter med psykiske helseutfordringer og rusrelaterte problemstillinger. Erfaringene viser at digital oppfølging ikke bare bidrar til økt trygghet og mestring hos pasientene, men også til bedre ressursutnyttelse i kommunene ved å redusere behovet for fysiske hjemmebesøk og unngå unødvendige sykehusinnleggelser.

Prosjektet var et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold, alle kommunene i Vestfold og Telemark og fastleger. Målet var å etablere et felles tjenesteforløp for oppfølging av pasienter med DHO. I prosjektperioden har deltagerne også jobbet med å styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, slik at oppfølgingen av pasientene blir mer helhetlig og sømløs. Dette har inkludert samhandling med sykehusene og fastlegene for å sikre at pasientene får en sammenhengende oppfølging uavhengig av hvor de befinner seg i behandlingsforløpet.

Videre har prosjektet belyst betydningen av å ha robuste organisatoriske strukturer for DHO, inkludert behovet for tydelige roller og ansvar, opplæring av ansatte og gode rutiner for tildeling og oppfølging av pasienter.

Prosjektet har også avdekket noen utfordringer, blant annet knyttet til finansiering, integrasjon med eksisterende journalsystemer og behovet for økt kompetanse på velferdsteknologi i

kommunenes tjenesteapparat. Disse erfaringene vil være viktige å ta med videre i det videre arbeidet med å etablere DHO som en ordinær del av helse- og omsorgstjenesten.

DHO er en del av fremtidens helsetjeneste, og erfaringene fra spredningsprosjektet viser at DHO kan være et viktig verktøy for å møte fremtidens helseutfordringer. Det videre arbeidet vil derfor handle om å sikre bærekraftige løsninger, videreutvikle samarbeidsmodeller og implementere en digital strategi som understøtter en helhetlig og effektiv tjeneste.

4. Faktaboks

4.1. Spredningsprosjektet for DHO 2022–2024

Antall deltagere: 23 kommuner og 2 sykehus

- Larvik, Tønsberg, Færder, Skien, Bamble, Seljord og Vinje er i gang med DHO.
- Holmestrand, Horten, Sandefjord, Notodden, Siljan, Fyresdal, Nissedal, Tokke, Kviteseid og Tinn planlegger å starte med DHO.
- Nome, Midt-Telemark, Porsgrunn, Drangedal, Kragerø og Hjørtedal har fulgt prosjektet.
- Sykehuset i Vestfold har gjennomført eKOLS prosjektet og planlegger oppstart av DHO sammen med kommunene.
- Sykehuset Telemark har hatt oppfølging av DHO sammen med enkelt kommuner, og startet med utarbeidelse av felles pasientforløp.

5. Mål med tiltaket

5.1. Formål: Styrket helsetjeneste gjennom DHO

Målet med DHO i dette prosjektet er å forbedre kvaliteten på helsetjenestene ved å gi pasienter mulighet til tett oppfølging i eget hjem. Dette skal bidra til økt selvstendighet, bedre livskvalitet og redusert behov for sykehusinnleggelser eller institusjonsopphold. Ved å implementere teknologi som muliggjør oppfølging uten fysisk oppmøte, frigjøres ressurser i helse- og omsorgstjenestene, samtidig som pasientene får et mer fleksibelt og tilpasset helsetilbud.

5.2. Målgruppe for DHO

Målgruppen for DHO i dette prosjektet er pasienter med kroniske sykdommer og komplekse behov som krever jevnlig oppfølging. Dette er pasientgrupper som tradisjonelt har hatt hyppig kontakt med helsevesenet, enten gjennom hjemmebesøk fra kommunale helsetjenester, jevnlige kontroller hos fastlege eller spesialist, eller gjentatte innleggelser på sykehus. Ved å tilby DHO får disse pasientene et mer fleksibelt, tilgjengelig og forebyggende helsetilbud, samtidig som helse- og omsorgstjenestene kan bruke ressursene mer målrettet.

En fellesnevner for mange av disse pasientene er at de har behov for kontinuerlig vurdering av helsetilstanden og rask intervensjon ved forverring. Ved hjelp av digitale verktøy, som helsesensorer, strukturerte spørreskjemaer og digital kommunikasjon med helsepersonell, kan pasientene følges opp uten at de nødvendigvis må møte fysisk til konsultasjoner. Dette gir økt trygghet for pasientene og deres pårørende, samtidig som det bidrar til å redusere akutte forverringer og sykehusinnleggelser.

5.3. Målgruppen omfatter flere ulike pasientgrupper:

- **KOLS (Kronisk obstruktiv lungesykdom)**
- **Hjertesvikt**
- **Diabetes**
- **Psykiske lidelser**
- **Kreft**
- **Eldre med sammensatte helsetilstander**

En viktig faktor i målgruppetenkingen er at DHO ikke er begrenset til én spesifikk diagnose. Pasienter kan ha flere sykdommer samtidig, og behovet for oppfølging vurderes individuelt.

5.4. Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier er:

- Tilbudet er tilgjengelig for alle aldersgrupper, så lenge de oppfyller de øvrige kriteriene.
- Pasienten må være motivert til å delta aktivt i oppfølgingen og egenbehandlingen.
- Pasienten må eie eller ha tilgang til og kunne bruke smarttelefon eller nettbrett.
- Pasienten må ha en kronisk sykdom som krever regelmessig oppfølging.
- DHO er kun aktuelt når det er behov for å igangsette helsetjenester i hjemmet
- Brukeren må kunne gjøre målinger selv, eller ha en pårørende som kan ta ansvar og gjøre det.

- Ikke diagnoseavhengig

Eksklusjonskriterier:

- Kognitiv svikt

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene er basert på erfaringer fra alle kommunene i prosjektet.

Selv om kommunene har noe ulik tilnærming i hvordan de praktiserer kriteriene, er det mange fellestrekk som sikrer en helhetlig og trygg oppfølging av pasientene.

5.5. Egenbehandlingsplan

Egenbehandlingsplan (EBP) er et sentralt verktøy i DHO, da den gir pasienten en strukturert oppfølging og tydelige retningslinjer for håndtering av egen helse. Erfaringene fra kommunene viser at implementeringen og bruken av EBP varierer, men at den fungerer godt der den er aktivt tatt i bruk.

I Tønsberg har bruken av EBP vært ulik på tvers av sonene i hjemmetjenesten. Noen bruker det aktivt, mens andre i mindre grad har integrert det i oppfølgingen. Det har vært en fordel å få bistand fra leverandøren til å utvikle EBP-maler for ulike diagnoser, noe som har bidratt til mer enhetlig praksis. Der hvor planen benyttes, fungerer den godt, og enkelte fastleger er involvert i prosessen, særlig når det gjelder fastsettelse av grenseverdier.

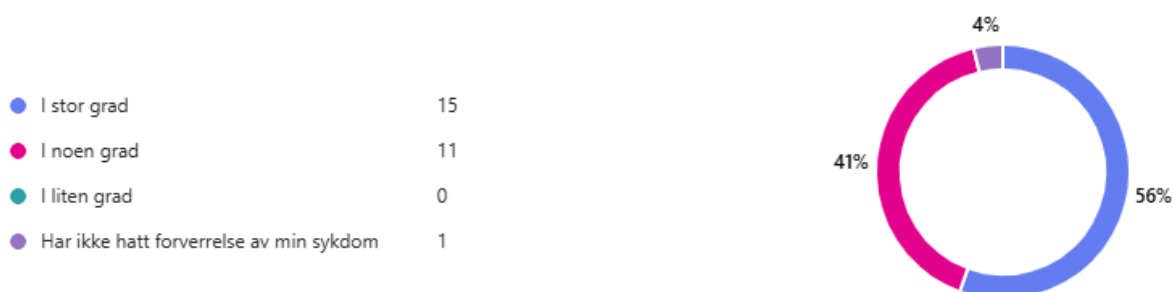
I Larvik er EBP et viktig redskap for å sikre en helhetlig oppfølging av kronisk syke. Alle pasienter i DHO har en plan utarbeidet i samarbeid mellom fastlege, helsepersonell, pasient og i noen tilfeller sykehuset. Implementeringen av EBP var en ny arbeidsmetode for hjemmetjenesten, og det ble lagt ned betydelige ressurser i opplæring for å sikre en god etablering. Erfaringene viser at dette har vært en verdifull investering – med en ferdig plan på plass slipper tjenesten mange avklaringer med fastlegen underveis. I tillegg muliggjør EBP tidligere oppstart av behandling og kan bidra til å forhindre forverring av pasientens tilstand.

Fastlegen har en sentral rolle i fastsettelse av grenseverdier, godkjenning av EBP og oppfølging av medikamentell behandling. Samarbeidet med fastlegene er derfor avgjørende. Ved etablering av en EBP gjennomføres enten fysiske møter med fastlege, eller planen sendes som e-melding for godkjenning. Sistnevnte metode er mer tidsbesparende og fungerer godt i mindre komplekse tilfeller. Kommunen har også hatt en fastlege som har fulgt prosjektet fra start, noe som har vært svært verdifullt. En viktig suksessfaktor har vært at fastlegene opplever DHO som et trygt og effektivt verktøy for pasientoppfølging.

I Skien starter oppfølgingen med en vurderingsperiode på 2–3 uker, der pasienten monitoreres med "svarte" målinger for å avgjøre om de er i stand til å håndtere DHO selvstendig. Deretter gjennomføres et møte med fastlegen, hvor det utarbeides en EBP og fastsettes grenseverdier for målingene. Forsterket hjemmetjeneste har ansvaret for møtet med fastlegen og opprettelsen av EBP. Når planen og grenseverdiene er på plass, overføres pasienten til Alarmsentralen for videre oppfølging.

Samlet sett viser erfaringene fra kommunene at en velfungerende EBP gir en mer strukturert og trygg oppfølging av pasientene. Samtidig understrekes viktigheten av et tett samarbeid med fastlegene og gode rutiner for implementering for å sikre at EBP blir et effektivt verktøy i pasientens behandling.

15. Opplever du at egenbehandlingsplan er et nyttig hjelpemiddel når du har en forverrelse av din sykdom?



Svar på spørsmål om EBP, fra nasjonal spørreundersøkelse i desember 2024.

5.6. Forventede effekter for brukere/pasienter og helsetjenesten

Implementeringen av DHO i dette prosjektet har som mål å gi bedre og mer bærekraftige helsetjenester, samtidig som pasientene får økt trygghet og bedre livskvalitet. Erfaringene fra kommunene i Vestfold og Telemark viser at DHO har potensial til å forbedre oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer, redusere belastningen på helsetjenesten og styrke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

For brukere/pasienter:

For pasientene betyr DHO en mer fleksibel og trygg oppfølging i hjemmet, der de får tett kontakt med helsepersonell uten å måtte møte fysisk på behandlingssteder.

Egenbehandlingsplan gjør det enklere for pasientene å følge opp egen sykdom, og vite hvilke tiltak som iverksettes ved forverring av tilstand. Dette gir flere positive effekter:

Økt trygghet og mestring i eget hjem: Ved å kunne følge med på egen helse gjennom digitale løsninger, kombinert med jevnlig oppfølging fra helsepersonell, opplever pasientene større forutsigbarhet og kontroll over sin egen situasjon. Flere kommuner har erfart at pasientene

opplever mindre stress og uro fordi de vet at noen følger med på deres helsetilstand og kan gripe inn ved behov.

Bedre livskvalitet gjennom individuelt tilpasset oppfølging: Behovsorientert DHO gjør det mulig å tilpasse oppfølgingen til hver enkelt pasient, uavhengig av diagnose. Pasienter får en oppfølging som er tilpasset deres helsetilstand, livssituasjon og mestringsevne. Dette gir dem mer kontroll over egen helse, og i flere kommuner har det blitt rapportert at pasientene føler seg mer selvstendige og mindre avhengige av tradisjonelle helsetjenester. Larvik, Færder og Tønsberg har gjennomført undersøkelser som viser dette.

Redusert behov for reiser til behandlingssteder: For mange pasienter, spesielt eldre og personer bosatt i distriktskommuner som Seljord og Vinje, har transport til behandlingssteder vært en stor utfordring. DHO gjør det mulig for pasientene å få oppfølging uten å måtte bruke tid og ressurser på reise. Dette er spesielt viktig for pasienter med nedsatt funksjonsevne eller begrenset mobilitet, som ellers ville hatt vanskeligheter med å møte til jevnlige kontroller.

Raskere respons ved endringer i helsetilstand: Ved bruk av digitale målinger og strukturerte oppfølgingsverktøy kan helsepersonell raskt fange opp forverringer i pasientens tilstand.

Dette gir mulighet for tidlig intervensjon, noe som kan forhindre akutte sykdomsforverringer og behov for innleggelser i institusjon både i kommune og på sykehus. Pasientene selv rapporterer om færre sykehusinnleggelser etter oppstart med DHO, noe som tyder på økt trygghet og bedre håndtering av egen helse. Flere kommuner, inkludert Bamble og Larvik, har erfart at DHO gjør det lettere å følge med på pasientens utvikling over tid, og at tidlig varsling av symptomer gir bedre behandlingsresultater. Gevinstoppfølging viser også at man kan redusere antall besøk fra hjemmetjenesten.

«Endelig kan jeg leve igjen, ikke bare eksistere!»

-sitat bruker av DHO

For tjenesten (primær- og spesialisthelsetjenesten):

For helse- og omsorgstjenestene har implementeringen av DHO gitt flere viktige gevinster, særlig knyttet til ressursutnyttelse, samhandling og tjenesteutvikling.

Bedre ressursutnyttelse gjennom effektivisering av oppfølging: Digital oppfølging gjør det mulig å prioritere ressursene mer målrettet, da det spares tid fordi både antall besøk og kjøretid reduseres. I kommuner som Tønsberg, Færder, Larvik og Skien har dette ført til en mer effektiv og fleksibel fordeling av personellressurser i hjemmetjenesten. Sykepleier som følger opp pasienter digitalt kan følge opp flere enn hvis de skal følges opp fysisk. Fysiske besøk kan i større grad følges opp av fagarbeidere eller assistenter.

Forebygger institusjonsinnleggelser og bruk av akutte tjenester: En av de mest konkrete effektene av DHO er at pasienter med kroniske sykdommer kan følges opp før tilstanden forverres til et punkt der innleggelse blir nødvendig. Egenbehandlingsplan beskriver tiltak som skal iverksettes når pasientens helsetilstand forverres. I kommuner med mye bruk av DHO, som Larvik og Skien, ser helsepersonell at dette er med på å forebygge forverringer og hindrer innleggelser.

10. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehus?



Svar på spørsmål om innleggelser, fra nasjonal spørreundersøkelse i desember 2024.

5.7. Gevinster og måloppnåelse

Kommunene har gjennomført lokal gevinstoppfølging. Og alle kommunene deltok i nasjonalspørreundersøkelse i desember 2024.

Kvantitative målinger

For å vurdere den faktiske effekten av DHO på helse- og omsorgstjenestene, samles det inn data på sentrale indikatorer som:

Antall pasienter som deltar i DHO: Dette gir en oversikt over hvor mange pasienter som benytter digital oppfølging, og hvilke pasientgrupper som har størst nytte av løsningen.

Reduksjon i antall sykehusinnleggelser og legevaktesbesøk: En viktig målsetting for DHO er å forebygge forverring av sykdom og redusere behovet for akutt helsehjelp. Data fra prosjektet vil vise i hvilken grad DHO har bidratt til å redusere akutte innleggelser. Larvik deltok i

pilotprosjektet for DHO, der viste forskning at pasienter med KOLS og hjertesvikt som deltar i DHO har færre reinnleggelser sammenlignet med de som følges opp på tradisjonelt vis.

Antall gjennomførte digitale konsultasjoner: Dette måles for å se i hvilken grad digitale løsninger erstatter eller supplerer fysiske møter, og om det fører til en mer effektiv ressursbruk.

Ressursbesparelser i form av tid og kostnader: Digital oppfølging kan redusere behovet for fysiske hjemmebesøk og reiser til behandlingssteder, noe som frigjør kapasitet i helsetjenesten. I Tønsberg har hjemmetjenesten sett at digital oppfølging reduserer behovet for rutinemessige hjemmebesøk, slik at de ansatte kan bruke mer tid på pasienter med større behov. Kommunene ser at man kan bruke helsepersonell mer fleksibelt, og fordele ressursene bedre.

Hjemmetjenesten i Larvik gjennomførte et omfattende arbeid med gevinstrealisering før og under prosjektperioden (2022–2023). Nullpunktmålinger ble registrert opptil seks måneder før oppstart, med data om blant annet antall besøk, innleggelser og kjøretid. Målinger ble også gjennomført ved oppstart, halvveis og ved prosjektslutt (se egen rapport fra tjenesten). Kort oppsummert viste resultatene følgende gevinster:

Kategori	Totalt alle avdelinger
Antall pasienter i prosjektperioden:	35
Antall avsluttet:	14
Antall gjenværende pasienter ved sluttev.	21
Total kjøregevinst månedlig (I minutter) regnet tur/retur	2372 min
Total gevinst månedlig besøk	184
Antall pasienter med reduksjon i faglært til ufagl	8
Antall sparte sykehusinnleggelser	10
Antall sparte kommuneinnleggelser	2
Spart legekontakt	17

I Skien har man sett på både tids- og kostnadsbesparelser knyttet til DHO, med fokus på redusert kjøring, færre fysiske besøk og mer effektiv ressursbruk i hjemmetjenesten. Her er et eksempel på gevinster fra bruk av DHO.

Uten digital hjemmeoppfølging	Tjenestebruk/tidsbruk per måned	
	Besøk fra hjemmetjenesten	1200 min (20t)
	Kjøretid	2160 min (36t)
	Total tidsbruk	3360 min (56t)
	Kostander per måned	
	Lønnskostnader hjemmetjenesten	7920 kr
	Kostnader til kjøring	2391 kr
	Totale kostander pr måned	10311 kr

Med digital hjemmeoppfølging	Kostander for tjenesten per måned	
	Lønnskostnader for Alarmsentralen	731 kr
	Lisens	590 kr
	Utstyr	3490 kr
	Oppstartskostnader	500kr
	Totale kostnader med DHO per måned	1821 kr (5311 kr)

Kvalitative målinger

For å sikre at DHO ikke bare gir kvantitative forbedringer, men også oppleves som en god tjeneste for pasienter og helsepersonell, gjennomføres kvalitative evalueringer:

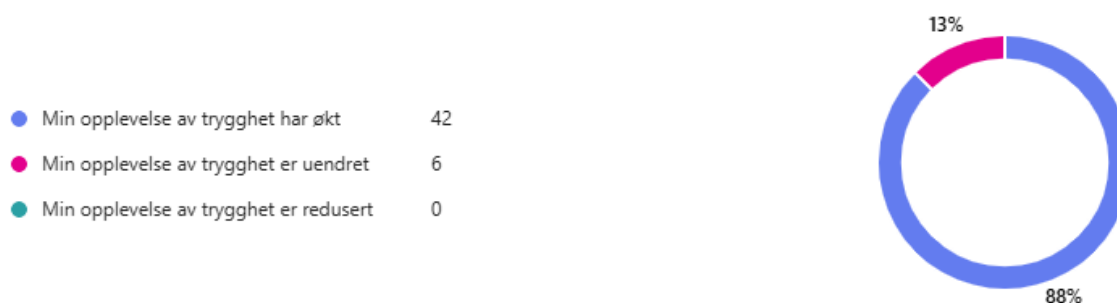
Pasienttilfredshet gjennom spørreundersøkelser: Pasientene som deltar i DHO får mulighet til å gi tilbakemelding på hvordan de opplever oppfølgingen, og om den gir dem økt trygghet og mestring i hverdagen.

Tilbakemeldinger fra helsepersonell om arbeidsflyt og bruk av teknologi: For å sikre at DHO fungerer godt i praksis, innhentes erfaringer fra helsepersonell som bruker systemet. Dette inkluderer vurderinger av hvor enkelt teknologien er å bruke, og hvordan den påvirker arbeidsfordelingen i tjenesten. I Skien har hjemmetjenesten gitt tilbakemelding på at DHO har bidratt til en mer strukturert oppfølging, samtidig som det har krevd tilpasninger i arbeidsrutiner.

Evaluerings av samhandlingen mellom ulike tjenestenivåer: Et sentralt formål med DHO er å styrke samarbeidet mellom kommunene, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Evalueringen

vil derfor vurdere hvordan DHO har påvirket informasjonsflyt, ansvarsfordeling og samarbeid mellom nivåene. I Seljord har kommunen erfart at DHO har skapt en arena for dialog med spesialisthelsetjenesten, og det er et potensial for at dette kan bidra til mer effektiv oppfølging av pasienter som har behov for vurderinger fra sykehuset.

5. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?



Svar på spørsmål om opplevelse av trygghet, fra nasjonal spørreundersøkelse i desember 2024.

5.8. Plan for oppfølging av DHO

For å sikre en helhetlig implementering, evaluering og videreutvikling av DHO i helsefelleskapene i Vestfold og Telemark, er det viktig at arbeidet blir videreført. For å sikre at DHO forblir en bærekraftig, pasientsentrert og kunnskapsbasert tjeneste, som kontinuerlig utvikles i tråd med både pasientenes behov og helsetjenestens kapasitet.

Gjennom prosjektet har kommunene erfart at strukturerte evalueringsrutiner og tett oppfølging er avgjørende for å lykkes med implementering av DHO i ordinær drift.

Erfaringene fra kommunene viser at det ikke finnes én fast modell som fungerer for alle, men at det kreves lokal tilpasning og fleksible løsninger for at DHO skal fungere optimalt i ulike kommuner.

6. Modell for DHO i vårt prosjekt.

6.1. Tilnærming:

I dette prosjektet har kommunene valgt en behovsorientert tilnærming til DHO, fremfor en modell som er basert på spesifikke diagnoser. Dette betyr at tilbudet ikke er begrenset til enkeltgrupper, som kun KOLS- eller diabetespasienter, men heller vurderes ut ifra pasientens individuelle behov for oppfølging. Pasienter som har flere diagnoser, eller sammensatte helseutfordringer, kan derfor også få DHO dersom det vurderes som hensiktsmessig. I samarbeidet med sykehusene forholder kommunene seg til diagnoser, ettersom sykehusene er

organisert på denne måten. Dette skaper imidlertid ingen konflikt, da kommunene i stor grad benytter de samme prosedyrene uavhengig av pasientens diagnose.

Dette gjør at pasienter som ellers ville falt utenfor en diagnosebasert modell, likevel kan få nytte av digital oppfølging når forholdene ligger til rette for det.

Denne tilnærmingen sikrer at DHO tilbys til de pasientene som faktisk har nytte av det, uavhengig av hvilke diagnoser de har.

6.2. Organisering av oppfølging

Selv om DHO er et felles prosjekt, har hver kommune tilpasset løsningen til sine egne behov og ressurser. Dette har ført til en verdifull erfaringsutveksling mellom kommunene, der gode praksiser kan deles og implementeres på tvers. Prosjektet har arrangert flere fellessamlinger for erfaringsdeling for alle prosjektdeltakere.

Prosjektet har vært en pådriver for å dele erfaringer med andre kommuner og har samarbeidet med flere for å finne løsninger som kan effektivisere implementeringen av DHO.

Tønsberg og Skien har hatt særlig fokus på hvordan DHO kan integreres i eksisterende tjenester uten å skape ekstra arbeidsbelastning for helsepersonell.

Seljord har vist hvordan DHO kan være et viktig verktøy for oppfølging i distriktene, der avstander og mangel på helsepersonell kan være en utfordring.

- I Larvik følger hjemmetjenesten opp sine egne pasienter, mens Helsehjelpen håndterer pasienter uten vedtak om hjemmetjeneste. Dette sikrer tydelige ansvarsforhold og reflekterer at pasienter i hjemmetjenesten ofte har større behov.
- I Skien er oppfølgingen lagt til Alarmsentralen, mens Forsterket hjemmetjeneste står for kartlegging og opplæring de første ukene før pasienten overføres til Alarmsentralen.
- I Tønsberg, Færder og Vinje skjer oppfølgingen i hjemmetjenesten.
- Bamble har en modell der fastlegen har ansvar for kartlegging og opplæring, mens Alarmsentralen håndterer den videre oppfølgingen.
- I Seljord er det primærhelseteamet ved fastlegekontoret som står for oppfølgingen.

De ulike måtene å organisere DHO på reflekterer de ulike behovene, størrelsene og ressursene i hver kommune. Likevel ser vi for oss at organiseringen vil utvikle seg i årene som kommer, ettersom erfaringer deles, teknologi utvikles, og behovene endrer seg.

6.3. Regelmessige evalueringsmøter og justeringer underveis

For å sikre at DHO til enhver tid fungerer i tråd med pasientenes behov og kommunenes kapasitet, avholdes det regelmessige evalueringsmøter med arbeidsgruppen i hver kommune.

Disse møtene gir rom for erfaringsutveksling, justering av tiltak og tilpasning av tjenesten i takt med både teknologiske og organisatoriske endringer.

Flere kommuner, inkludert Skien og Larvik, har erfart at slike møter er avgjørende for å kunne gjøre nødvendige tilpasninger underveis. I Skien har arbeidsgruppen jobbet aktivt med å sikre at DHO kan integreres med eksisterende tjenester uten å føre til økt arbeidsbelastning for helsepersonell. I Larvik har jevnlige møter gjort det mulig å identifisere flaskehalser i implementeringen og raskt finne løsninger, særlig i samhandlingen mellom fastlege, spesialist- og kommunehelsetjenesten.

6.4. Kontinuerlig kompetanseheving for helsepersonell

En av de viktigste lærdommene fra prosjektet er at kompetanseheving blant helsepersonell er en forutsetning for vellykket implementering av DHO. Teknologi i seg selv er ikke nok – det kreves at de ansatte føler seg trygge på bruk av digitale verktøy og ser nytteverdien i oppfølgingen.

Kommunene har derfor satset på målrettet opplæring gjennom kurs, workshops og erfaringsutveksling.

Larvik har investert betydelig i opplæring av ressurspersoner som har fungert som superbrukere i tjenesten. Dette har gjort det enklere å spre kunnskap og sikre at alle ansatte har tilgang til støtte ved behov.

Seljord og Vinje har prioritert opplæring av helsepersonell i distriktene, der DHO har vist seg å være spesielt nyttig for å sikre god oppfølging av pasienter som bor langt fra helse- og omsorgstjenester.

I Skien har opplæringen blitt lagt opp i trinn, der helsepersonell først får grunnleggende innføring i teknologien, før de får praktisk erfaring med pasienter.

I tillegg har flere kommuner hatt fokus på opplæring av tildelingskontorer og saksbehandlere, slik at DHO kan bli en integrert del av kommunenes ordinære tjenestetilbud.

6.5. Fastlegens rolle og ansvar

Det har vært to fastleger i prosjektgruppen gjennom hele prosjektperioden. Fastlegen har deltatt på prosjektmøter, prosjektaktiviteter og samlinger i regi av spredningsprosjektet.

Fastlegenes rolle i prosjektet har vært å spre informasjon til kolleger. Det har vært verdifullt og ha med fastlegens innsikt og synspunkter i arbeidet med DHO-prosjektet.

Det har generelt vært utfordrende å komme i kontakt med fastlegemiljøet. For å nå frem med informasjon har vi forsøkt å innpass i arenaene hvor fastlegene møtes. Dette har i noen grad lyktes.

I møte med fastleger som har DHO-pasienter har samarbeidet fungert godt. Kommunene har testet ulike metoder for å involvere fastleger i DHO.

Larvik har jobbet aktivt for å styrke denne samhandlingen ved jevnlige oppfølginger av legekantor, blant annet gjennom lunsjmøter med informasjon om velferdsteknologiske løsninger. De har gjennomført faste møter med fastlegene for å sikre god informasjon og opplæring i oppstarten, samt for å motivere fastlegene til å rekruttere pasienter til tjenesten. Kommunene gjennomfører møter med fastlegen sammen med pasienten for å utarbeide en egenbehandlingsplan og fastsette eventuelle grenseverdier. Dette er en praksis som de fleste kommunene følger. Tønsberg kommune har hatt suksess med å arrangere faste dialogmøter mellom fastleger og kommunale helsetjenester, der de diskuterer pasientforløp og justerer oppfølgingsplaner basert på pasientens behov. Dette har bidratt til at fastlegene føler større eierskap til oppfølgingen og ser verdien av DHO som et verktøy for bedre pasientbehandling. I Seljord skjer oppfølgingen av DHO gjennom primærhelseteamet ved fastlegekontoret.

I prosjektperioden har Larvik fått tildelt prosjektmidler fra Helseteknologiordningen til å teste deling av pasientens måldata mellom kommunen og fastlegene. Fastlegene logger seg inn i Dignio Prevent. Resultatene tyder på at fastlegene har nytte av tilgang til måldata over tid for å kunne følge utviklingen og se trender. Samtidig oppleves det som tungvint at dataene ikke er integrert i fastlegenes journalsystem, da en helhetlig delingsløsning ennå ikke er ferdig utviklet.

6.6. Spesialisthelsetjenesten sin rolle

Kommunene arbeider ut fra pasientens individuelle behov, mens sykehusene er diagnosespesifikke i sin tilnærming. Prosjektet har vært for lite kjent i sykehusene, noe som har gjort det vanskelig å etablere samarbeid med ulike avdelinger – en faktor som kunne styrket pasientrekrutteringen. Rekruttering fra spesialisthelsetjenesten er utfordrende, da det kan være vanskelig for sykehuset å huske at DHO kun er et tilbud i enkelte kommuner.

I Vestfold har Larvik, Færder og Tønsberg, og i Telemark har Skien og Seljord samarbeidet aktivt med spesialisthelsetjenesten for å finne gode modeller for samhandling. Det jobbes med å etablere felles tjenesteforløp i begge helsefelleskap.

6.7. Samarbeid med forskningsmiljøer

For å sikre at DHO bygger på oppdatert kunnskap, har prosjektet hatt tett dialog med forskningsmiljøer. Prosjektet har samhandlet med spredningsprosjektets forskningspartner, Nasjonalt senter for e-helseforskning. I tillegg har prosjektet koblet til CoTech USN. Dette har gjort det mulig å bruke forskning og erfaringsbasert kunnskap til å videreutvikle tjenesten og sikre at den er i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer for digital oppfølging.

6.8. Samarbeid

Prosjektet har vært en viktig arena for å styrke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i både Vestfold og Telemark. Det ble gjennomført en workshop om felles tjenesteforløp med både kommuner, begge sykehusene og fastleger som la grunnlaget for videre samarbeid.

Sykehuset i Vestfold sammen med Larvik, Tønsberg og Færder har gjennomført faste møter, for å avklare ansvarsområder og sikre en helhetlig oppfølging og felles tjenesteforløp. Sykehuset i Telemark og Skien har gjennomført flere samarbeidsmøter.

I Seljord har dette samarbeidet vært særlig viktig for oppfølging av pasienter i distriktene, hvor avstanden til sykehus kan være en utfordring. Gjennom DHO kan pasientene få trygg oppfølging hjemme, mens spesialisthelsetjenesten kan gi råd og vurderinger digitalt ved behov.

Prosjektet har også fungert som en arena for å utveksle erfaringer, identifisere utfordringer og finne løsninger. Dette har styrket forståelsen av hvordan digitale verktøy kan forbedre helsetjenestene og sikre at pasientene får tilpasset oppfølging til rett tid.

Erfaringene viser at et godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å lykkes med DHO, og denne samhandlingen vil være en viktig faktor for videre utvikling og implementering av digitale helsetjenester i regionen

6.9. Forankring

For at DHO skal bli en varig del av helse- og omsorgstjenestene, har prosjektet vært grundig forankret på flere nivåer. Prosjektet er forankret i Helsefellesskapet, som skal sikre samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, samt hos både sykehusledelsen og kommuneledelsen, der strategiske beslutninger om tjenesteutvikling og ressursfordeling tas. I

tillegg har det vært avgjørende å forankre DHO blant helse- og omsorgspersonell for at tjenesten skal bli en naturlig del av den daglige driften.

Gjennom Helsefellesskapet har prosjektet inngått i den bredere satsingen på velferdsteknologi og digitale helsetjenester, noe som skal legge til rette for videre samarbeid mellom kommuner og sykehus i regionen. En sterk forankring på dette nivået er viktig for at DHO ikke blir et isolert kommunalt tiltak, men en integrert del av pasientforløpene på tvers av tjenestenivåer. Samtidig har det vært utfordrende å jobbe med to ulike helsefellesskap, som har hatt forskjellige tilnærminger til prosjektet. Prosjektet har ikke lyktes fullt ut i å etablere et godt nok samarbeid med Helsefellesskapene, noe som har gjort det vanskelig å få til et felles pasientforløp på overordnet nivå.

I kommuneledelsen har DHO blitt løftet som en viktig strategi for å møte fremtidens helseutfordringer, særlig med tanke på økt press på helsetjenestene og behovet for mer effektive løsninger. Flere kommuner har sett at en tydelig forankring i ledelsen gir større gjennomslagskraft for videreføring av DHO etter prosjektperioden, samt bedre muligheter for langsiktig finansiering.

Forankringen blant ansatte har vært avgjørende for å sikre vellykket implementering.

Gjennom opplæring og involvering har helsepersonell fått eierskap til DHO, og kommunene har jobbet med å tilpasse teknologien til deres arbeidsprosesser. Erfaringene viser at de kommunene som har prioritert god intern forankring, har oppnådd høyere bruk av DHO og bedre integrasjon i den daglige tjenesten.

Denne grundige forankringen – i Helsefellesskapet, kommuneledelsen og blant ansatte – danner grunnlaget for at DHO skal kunne videreføres og skaleres som en bærekraftig del av helse- og omsorgstjenestene. For at DHO skal kunne videreføres som en varig tjeneste, er det avgjørende med god forankring i kommunenes ledelse, hos fastlegene helseforetakene og helsefellesskapene. Prosjektet rapporterer på resultater, slik at beslutningstakere på alle nivåer har et solid kunnskapsgrunnlag for å vurdere hvordan tjenesten kan videreutvikles.

Tønsberg har systematisert rapporteringsprosessen for å sikre at både kommunepolitikere og helseledelsen har innsikt i gevinster og utfordringer knyttet til DHO.

I Skien har man hatt tett dialog med kommuneledelsen for å sikre at prosjektet forblir en del av kommunens langsiktige helseplan.

Larvik har erfart at regelmessig rapportering til spesialisthelsetjenesten har bidratt til bedre samarbeid og forståelse for hvordan DHO kan brukes på tvers av tjenestenivåer.

Denne typen rapportering har bidratt til at DHO ikke blir sett på som et midlertidig prosjekt, men som et langsiktig utviklingsarbeid som en del av løsningen på fremtidens helsetjenester.

6.10. Langsiktig bærekraft og videreføring av DHO

Oppfølgingsplanen er ikke bare ment for prosjektperioden, men skal sikre at DHO blir en varig og bærekraftig del av helsetjenesten i kommunene.

For å oppnå dette må:

Erfaringene fra prosjektet brukes til å forankre DHO i kommunenes helseplaner, slik at det ikke forblir et tidsbegrenset tiltak.

Teknologiske løsninger videreutvikles for å sikre god integrasjon med journalsystemer og annen velferdsteknologi.

Finansieringsmodeller etableres, slik at DHO kan driftes innenfor ordinære budsjettrammer etter prosjektperioden.

Kompetansebygging videreføres, slik at nye ansatte får nødvendig opplæring og eksisterende helsepersonell kan oppdatere sin kunnskap.

6.11. Anskaffelse

Anskaffelsesprosessen i prosjektet har variert mellom kommunene, avhengig av eksisterende avtaler og behov for utprøving. Da prosjektet startet, hadde flere kommuner allerede avtaler på plass eller valgte å benytte eksisterende innkjøpsavtaler. Noen kommuner kjøpte inn et begrenset antall enheter for å teste løsningen før de skalerte opp. Det har vært initiativ for felles anskaffelser mellom enkelte kommuner, men det ble ikke gjennomført en felles anskaffelse for hele prosjektet. Larvik og Skien gjennomførte en intensjonskunngjøring i forbindelse med nye anskaffelser for å sikre en transparent og strategisk innkjøpsprosess. I tillegg har Helse Sør-Øst gjennomført en anskaffelse for sykehusene, noe som gir spesialisthelsetjenesten en felles ramme for innkjøp og bruk av DHO-løsninger.

Prosjektet har også gjennomført et seminar om anskaffelsesprosessen i samarbeid med InnoMed, hvor alle deltagerne i prosjektet fikk mulighet til å lære mer om strategiske innkjøp og deling av erfaringer. Dette bidro til økt bevissthet rundt ulike anskaffelsesmetoder og ga kommunene bedre grunnlag for å gjøre informerte valg tilpasset deres behov.

7. Prosessveiledning

7.1. Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?

- InnoMed har bistått prosessledelse og støtte i utarbeidelse av tjenestemodeller for DHO, og retningslinjer for bruk av DHO i kommunene og på sykehus gjennom workshops og veiledning.

- Bidratt til etablering av samarbeidsarenaer mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Veiledning i gevinstrealisering, anskaffelsesprosess og helhetlig tjenestemodell.

7.2. Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed

- Kommunene har fått verdifull bistand i å utvikle en bærekraftig tjenestemodell for DHO.
- Kunnskapsoverføring og erfaringsutveksling mellom kommunene har vært sentral. Da også fra de andre deltagerne i spredningsprosjektet.
- Støtte i utfordringer knyttet til implementering og samhandling mellom ulike aktører.
- Prosjektet hadde stor nytteverdi av prosessveidlening fra Innomed. Men da det kom ny leverandør ble utfordrende at de nye veilederne hadde liten erfaring fra DHO, som gjorde at prosjektet brukte mye tid på å oppdatere de på tidligere erfaringer og arbeidet som pågikk i sykehus og kommuner.

7.3. Hvilke aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært nyttig for framdrift i prosjektet?

- Finansieringsstøtte til spredning av DHO i kommunene.
- Organisering av nasjonale samlinger for erfaringsutveksling.
- Tilgang til veiledningsmateriell og anbefalinger for implementering av DHO.
- Bidratt med føringer og støtte for kommunenes søknader om videre finansiering.
- Prosessveiledningen fra InnoMed og Helsedirektoratet har vært avgjørende for fremdriften i prosjektet. Den har bidratt til å strukturere implementeringen, sikre kompetanseheving og etablere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra prosjektet viser at slik støtte er nødvendig for å skape varige og bærekraftige DHO-tjenester i kommunene.

8. Læringspunkter og erfaringer

Erfaringene fra prosjektet har gitt verdifulle innsikter i hva som skal til for å lykkes med DHO. Gjennom implementeringsfasen har både muligheter og utfordringer blitt identifisert, og disse læringspunktene kan være nyttige for andre kommuner og helsetjenester som ønsker å etablere eller videreutvikle DHO.

Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune:

8.1. Styrking av samhandling

Prosjektet har hatt som mål å forbedre samarbeidet mellom kommunene, fastleger og spesialisthelsetjenesten, samt styrke den interne samhandlingen i kommunene for å sikre en helhetlig oppfølging av pasientene. En av de største utfordringene ved implementering av DHO har vært å sikre at relevante aktører samarbeider effektivt og deler nødvendig informasjon for å gi pasientene en sammenhengende oppfølging.

I prosjektperioden har det blitt jobbet med felles retningslinjer for samhandling, etablert nye kommunikasjonsarenaer og tatt i bruk eksisterende digitale løsninger for informasjonsdeling. Dette har ført til bedre pasientflyt og mer effektiv ressursbruk, spesielt i kommuner der det allerede eksisterte en sterk kultur for tverrfaglig samarbeid.

Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har vært en kritisk suksessfaktor. Flere kommuner har utviklet egne samarbeidsmodeller for å sikre at pasientene får en sømløs overgang mellom sykehus, fastlege og kommunale helse- og omsorgstjenester. Larvik kommune har for eksempel utviklet Helsehjelpen, en tverrfaglig enhet som kombinerer veiledning, forebyggende tjenester, velferdsteknologiske hjelpemidler og digital oppfølging for å avlaste de kommunale tjenestene, legevakt og redusere unødvendige sykehusinnleggelser. Skien kommune har videreutviklet Alarmsentralen, som fungerer som en støttefunksjon for helsepersonell og pasienter som mottar DHO. Alarmsentralen følger opp pasienter fra både Skien og Bamble, og det er lagt til rette for at alle kommunene som er tilknyttet kan benytte Alarmsentralen som oppfølgingstjeneste.

For å sikre bedre informasjonsflyt mellom aktørene har noen kommuner jobbet med å integrere DHO med eksisterende journalsystemer. Dette har vært utfordrende på grunn av tekniske begrensninger og manglende standardisering, men erfaringene viser at tett samarbeid mellom IT-avdelinger, helsepersonell og leverandører er avgjørende for å lykkes.

8.2. Erfaringsbasert læring

Prosjektet har vært en arena for aktiv utprøving av DHO i praksis, der kommunene har samlet verdifull kunnskap om hvordan teknologien kan implementeres, brukes og skape verdi for pasienter og helsepersonell. Erfaringene viser at enkelte kommuner har oppnådd høyere bruk av egenbehandlingsplaner og bedre samhandling med fastleger og spesialisthelsetjenesten enn andre, noe som har gitt viktig læring for videre implementering i større skala.

Erfaringsbasert læring har vist at tilpasning av DHO til ulike pasientgrupper er avgjørende for å oppnå best mulig effekt. Pasienter med kroniske somatiske sykdommer, som KOLS,

hjertesvikt og diabetes, har ofte nytte av faste målinger med definerte grenseverdier for oppfølging. Derimot har pasienter med psykiske helseutfordringer ofte behov for en mer fleksibel tilnærming, der DHO kombineres med fysiske møter og tett oppfølging fra helsepersonell. Tønsberg kommune har allerede etablert DHO for pasienter med psykiske helseutfordringer, noe som gir verdifull erfaring med denne tilnærmingen.

Skien kommune har utviklet en modell der pasientene først får en strukturert kartlegging og opplæring gjennom Forsterket hjemmetjeneste, før oppfølgingen overføres til Alarmsentralen. Dette sikrer at pasientene føler seg trygge på teknologien og forstår hvordan de skal bruke den før de tar mer ansvar for egen helse.

8.3. Kompetansebygging

For at DHO skal bli en naturlig del av helse- og omsorgstjenestene, har prosjektet hatt sterkt fokus på kompetansebygging både blant helsepersonell og i kommunenes ledelsesstrukturer. Overgangen til digital oppfølging krever ikke bare teknisk forståelse, men også endrede arbeidsprosesser, noe som har vært en utfordring.

Gjennom prosjektet har det blitt utviklet opplæringsprogrammer og prosedyrer for å sikre at helsepersonell får nødvendig kunnskap og trygghet i bruken av DHO. Flere kommuner, som Tønsberg og Larvik, har jobbet aktivt med å integrere DHO i hjemmetjenesten for å sikre at teknologien blir en naturlig del av tjenesten og ikke et tillegg til eksisterende arbeidsoppgaver. Dette har blant annet blitt gjort gjennom workshops, e-læringskurs og tverrfaglige møter der helsepersonell deler erfaringer og beste praksis.

Kommuner som har hatt tydelige strategier og en dedikert prosjektleder for DHO, har oppnådd raskere og mer effektiv implementering enn de som har hatt en mer fragmentert tilnærming. I Skien kommune har for eksempel prosjektlederen for DHO hatt en tett dialog med både ledelsen i hjemmetjenesten og e-helserådgivere, noe som har bidratt til en helhetlig implementeringsstrategi.

Flere kommuner har også erfart at opplæring av tildelingskontorer og saksbehandlere er like viktig som opplæring av helsepersonell, da mange beslutninger om hvem som får tilbud om DHO tas på dette nivået. I Skien kommune har det vært en utfordring at tjenestetildelingen har begrenset kunnskap om velferdsteknologi, noe som har gjort det vanskelig å få DHO inn i ordinær drift. Dette har ført til økt fokus på kompetanseheving i tildelingskontoret, slik at de får bedre forståelse for hvilke pasienter som vil ha nytte av digital oppfølging.

En annen viktig læring er at helsepersonell må få eierskap til teknologien for at den skal bli brukt aktivt. Kommuner som har involvert ansatte tidlig i prosessen, latt dem teste utstyret

selv og gitt dem tid til å venne seg til nye arbeidsmåter, har hatt større suksess enn de som har implementert DHO uten tilstrekkelig involvering fra helsepersonell. I Larvik har de ansatte i hjemmetjenesten og Helsehjelpen deltatt aktiv i prosjektarbeidet med å etablere DHO. Dette har bidratt til raskere implementering.

8.4. Pasientsentrert tjenesteutvikling

En av de viktigste lærdommene fra spredningsprosjektet for DHO er hvor avgjørende det er å tilpasse oppfølgingen til den enkelte pasients behov. Ved å kombinere digitale løsninger som helsesensorer, medisindispensere og strukturert digital dialog har kommunene skapt mer fleksible og individuelt tilpassede oppfølgingsmodeller. Dette har resultert i økt trygghet og mestring for pasientene, samtidig som det har frigjort ressurser i helse- og omsorgstjenestene. Flere av kommunene har erfart at bruken av DHO reduserer behovet for fysiske hjemmebesøk, samtidig som pasientene opplever økt selvstendighet. Ved å innføre systematisk bruk av egenmålinger og digital veiledning har Larvik sett at pasienter med kroniske sykdommer i større grad tar ansvar for egen helse og føler seg tryggere i hverdagen. Dette har også ført til en reduksjon i akuttinnleggelser og et mer forutsigbart tjenestetilbud. Seljord kommune har fokusert på hvordan DHO kan brukes i distriktskommuner med store geografiske avstander og begrenset tilgang til helsepersonell. Der har teknologien vært spesielt nyttig for å opprettholde god oppfølging for pasienter med KOLS og hjertesvikt, som tidligere måtte reise langt for å få jevnlig kontroll. Gjennom bruk av helsesensorer og digitale samtaler har pasientene kunnet få tett oppfølging uten å måtte forlate hjemmet. Dette har ikke bare redusert transportbehovet, men også gitt pasientene en trygghet i hverdagen. Erfaringene fra Seljord viser at DHO kan være en viktig løsning for å møte utfordringer med helse- og omsorgstjenester i mindre kommuner med spredt bosetting.

Skien kommune har utviklet en modell der pasientene først gjennomgår en grundig kartlegging og opplæring før de overføres til oppfølging via Alarmsentralen. Dette sikrer at pasientene forstår hvordan de skal bruke teknologien og hva slags støtte de kan forvente. Modellen, som er implementert gjennom Forsterket hjemmetjeneste, har vist seg å være særlig effektiv for pasienter med KOLS, hjertesvikt og diabetes. Tidlige erfaringer viser at denne strukturerte tilnærmingen gir økt trygghet, færre sykehusinnleggelser og en jevnere belastning på hjemmetjenesten.

Flere kommuner har også testet hvordan DHO kan brukes for pasienter med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk. Tønsberg kommune har sett gode resultater med strukturert digital oppfølging for denne pasientgruppen, der daglige sjekklistor og dialog med

helsepersonell gir pasientene en følelse av tilhørighet og kontinuerlig støtte. Dette har bidratt til bedre sykdomsmestring og forebygging av forverring, samtidig som det har redusert presset på akutte helsetjenester.

Her viser vi til eksempler fra ulike kommuner, men resultatene og erfaringene i stor grad de samme trendene på tvers av kommunene.

8.5. Strategi for forankring og samhandling

Erfaringene fra prosjektet har vist at forankring av DHO i kommunenes langsiktige helse- og velferdsstrategier er avgjørende for å sikre varig drift og videre utvikling av tjenesten. Flere kommuner har erfart at selv om DHO har vist positive effekter, er det behov for bedre integrasjon i kommunenes helseplaner, tydeligere ansvarsfordeling og mer langsiktig finansiering for å sikre bærekraft.

Larvik, Tønsberg, Skien og Seljord har identifisert DHO som en sentral komponent i deres digitale helseplaner, men har samtidig påpekt at flere utfordringer. Som behovet for en regional eller nasjonal strategi for DHO, slik at teknologien kan standardiseres og integreres på tvers av kommuner og helseforetak. Vestfold og Telemark har tatt initiativ til tettere samarbeid mellom kommunene og sykehusene for å sikre at DHO blir en naturlig del av pasientforløpet og ikke isolerte tiltak enten på sykehuset eller i kommunen. For at DHO skal utvikles til en bærekraftig tjeneste, er det nødvendig at sykehus og kommuner samhandler i større grad og tilbyr et helhetlig forløp for de aktuelle pasientene.

Seljord kommune har løftet frem behovet for bedre samhandling mellom mindre kommuner og spesialisthelsetjenesten, særlig når det gjelder tilgang til veiledning og medisinske vurderinger fra sykehus. På grunn av lange avstander til sykehusene i regionen, har DHO blitt en viktig brikke i å sikre at pasientene får nødvendig oppfølging uten å måtte transporteres unødvendig.

I flere kommuner er det også et økende behov for å styrke økonomiske modeller som kan støtte varig drift av DHO. Mange av dagens løsninger er finansiert gjennom prosjektmidler, men for at teknologien skal bli en fast del av tjenesten, må kommunene finne måter å finansiere DHO innenfor ordinære budsjetttrammer. Larvik og Tønsberg har jobbet med modeller der investeringer i digital oppfølging ses i sammenheng med potensielle besparelser på akutte tjenester og institusjonsopphold. Erfaringene fra Vestfold og Telemark viser at DHO har potensial til å bli en sentral del av fremtidens helse- og omsorgstjenester, men at det krever målrettet innsats for å sikre langsiktig implementering og forankring.

Deltakelsen i spredningsprosjektet for DHO har vært avgjørende for å skape en mer bærekraftig og moderne helsetjeneste, der teknologi spiller en nøkkelrolle i å møte fremtidens utfordringer. Gjennom systematisk utprøving av digitale løsninger har kommunene i Vestfold og Telemark erfart at DHO ikke bare gir betydelige helsegevinster for pasientene, men også har potensial til å avlaste helsepersonell, effektivisere ressursbruk og redusere kostnader i helsetjenesten.

Erfaringene viser at DHO gir pasientene økt trygghet, bedre mestring og større kontroll over egen helse. I kommuner som Larvik og Tønsberg har pasienter med KOLS og hjertesvikt rapportert om færre akutte forverringer, noe som har ført til reduksjon i både legevaktbesøk og sykehusinnleggelser. Seljord kommune har erfart at DHO har vært særlig nyttig for pasienter i distriktsområder, hvor lange avstander til sykehus og fastleger tidligere har skapt utfordringer for jevnlig oppfølging. Ved å bruke digitale løsninger har pasientene fått tilgang til helsehjelp uten unødvendige reiser, samtidig som de har følt seg trygge hjemme.

For helsepersonell har DHO bidratt til å frigjøre tid og redusere belastningen på hjemmetjenesten, ettersom digitale konsultasjoner og egenregistrering av helseverdier har gjort det mulig å identifisere forverringer tidlig og sette inn målrettede tiltak før akutte situasjoner oppstår. Skien kommune har sett dette spesielt i Forsterket hjemmetjeneste, hvor DHO har gjort det mulig å tilpasse oppfølgingen bedre til den enkelte pasient. Kommunen har også erfart at DHO kan gi mer fleksibilitet i organiseringen av tjenestene, da helsepersonell kan følge opp flere pasienter på kortere tid, samtidig som de kan bruke fysiske besøk der det virkelig er behov.

Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)

○ Suksesskriterier:

- Samarbeid på tvers av tjenestenivåer – Tett dialog mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.
- Fastleger i prosjektgruppen – deres innsikt og forståelse har vært viktig i arbeidet for å få til samarbeid med fastleger.
- Dedikerte ressurser og prosjektledelse – Har vært muliggjort fordi vi har fått prosjektmidler gjennom 3 år.
- Vi har erfart at god pasientopplæring og tett oppfølging i startfasen er avgjørende for å lykkes med DHO.

- Kompetanseheving og opplæring – Opplæring av helsepersonell og veiledning til pasientene har vært essensielt for trygg bruk av DHO-løsninger og for å øke digital mestring.
- Teknologisk infrastruktur – Tilgang til nødvendig utstyr og gode digitale løsninger har lagt grunnlaget for effektiv hjemmeoppfølging.
- Erfaringsdeling og nettverk – Kommuner og sykehus har delt erfaringer og beste praksis.

Barrierer:

- Ulike systemer som ikke snakker sammen – Manglende integrasjon mellom journalsystemer og ulike digitale plattformer gjør informasjonsflyten utfordrende og kan forsinke implementeringen.
- Finansiering og bærekraft – Prosjektfinansiering har vært en viktig driver, men det er behov for en tydelig strategi for hvordan DHO kan videreføres og finansieres på lang sikt.
- Tjenestekultur og endringsmotstand – Innføring av nye digitale arbeidsmetoder krever omstilling i helsetjenesten, og enkelte fagmiljøer kan være skeptiske til nye løsninger.
- Juridiske og etiske utfordringer – Spørsmål om personvern, datadeling og ansvarsfordeling mellom aktører kan forsinke implementeringen dersom det ikke finnes tydelige retningslinjer.
- Varierende grad av digital kompetanse – Både blant helsepersonell og pasienter kan manglende digital forståelse skape usikkerhet og begrense bruken av DHO.
- I Seljord har man sett at det er sårbart med kun noen få som har ansvar for oppfølging av DHO-pasienter.

Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere DHO?

- Start med en pilot og tilpass tjenesten etter erfaringene.
- Sørg for god forankring i både politisk og administrativ ledelse.
- Legg til rette for kompetanseheving blant helsepersonell.
- Ha tett dialog med fastleger og spesialisthelsetjenesten for å sikre gode pasientforløp.
- Jobb aktivt med gevinstrealisering for å synliggjøre verdien av DHO.

Erfaringene fra prosjektet viser at en strukturert implementeringsplan, tett samarbeid mellom aktørene og fleksibilitet i tjenestetilpasningen er avgjørende for suksess. Ved å bygge videre på disse læringspunktene kan DHO bli en bærekraftig og effektiv helsetjeneste for fremtiden.

9. Oppsummering og veien videre

Hva er status for overgang til drift, evt. plan for dette?

Flere kommuner har allerede implementert DHO som en del av sine ordinære tjenester, noe som viser at løsningen har en varig plass i kommunal helseoppfølging. Likevel krever overgangen til drift fortsatt både finansiering og politisk forankring i enkelte kommuner for å sikre videreføring. Kommuner som Skien og Larvik har etablert en modell der DHO er integrert i hjemmetjenesten og alarmsentralen, noe som legger til rette for en mer sømløs oppfølging av pasientene. Det pågår også et aktivt arbeid med å utvikle bærekraftige løsninger slik at DHO kan videreføres etter prosjektperioden.

Hva må på plass for å sikre overgang til drift, herunder helhetlig tjenestemodell?

For å sikre en varig og effektiv implementering av DHO er det viktig å videreføre og forankre den helhetlige tjenestemodellen, slik at den blir en integrert del av kommunale helse- og omsorgstjenester. Økt involvering av fastleger og spesialisthelsetjenesten i både rekruttering av pasienter og utarbeidelse av egenbehandlingsplaner vil styrke kvaliteten på oppfølgingen. Samtidig er kompetansheving og opplæring av helsepersonell avgjørende for å sikre trygg og effektiv bruk av teknologien. For å oppnå økonomisk bærekraftige løsninger vil det også være nødvendig å fortsette arbeidet med finansiering, blant annet gjennom søknader til Helsedirektoratet og andre støtteordninger.

Hva er planene for videre utvikling?

Det er søkt midler for 2025 gjennom Helseteknologiordningen for å videreutvikle og styrke DHO-prosjektet. En sentral del av dette arbeidet er å koble på flere kommuner og utvide tilbudet til flere pasientgrupper. Økt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å sikre en mer sømløs pasientreise og bedre samhandling på tvers av tjenestenivåene.

Lokalt jobbes det med å optimalisere integrasjonen av DHO i eksisterende arbeidsverktøy og rutiner, slik at tjenesten blir enklere å bruke for helsepersonell i kommunene. For å styrke samhandlingen med fastleger har prosjektet spilt inn til Helsedirektoratet at informasjon om DHO bør inkluderes i Norsk elektronisk legehåndbok. Dette kunne gjort det enklere for fastleger å finne relevant informasjon om tilbudet, ettersom dette er et verktøy de allerede bruker i sin kliniske hverdag. Prosjektet evalueres fortløpende for å identifisere forbedringsområder og implementere beste praksis på tvers av kommunene.

10. Konklusjon

Spredningsprosjektet for Digital Hjemmeoppfølging 2022–2024 har vist at digital oppfølging kan bidra til økt trygghet for pasientene, bedre ressursutnyttelse i helsetjenesten og mer sømløse pasientforløp. Gjennom systematisk samarbeid mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten har prosjektet lagt grunnlaget for en mer helhetlig og bærekraftig oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer og komplekse behov.

Erfaringene fra prosjektet viser at tidlig forankring i ledelsen, tett samhandling mellom tjenestenivåer, kompetansebygging og teknologisk tilrettelegging er avgjørende suksessfaktorer for implementering av DHO.

Flere kommuner har allerede integrert DHO som en del av sine ordinære helsetjenester, og erfaringene fra prosjektet vil være en viktig ressurs for videre implementering både regionalt og nasjonalt. For at DHO skal bli en varig og bærekraftig tjeneste, må det sikres langsiktige finansieringsmodeller, videreutvikling av teknologiske løsninger og økt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

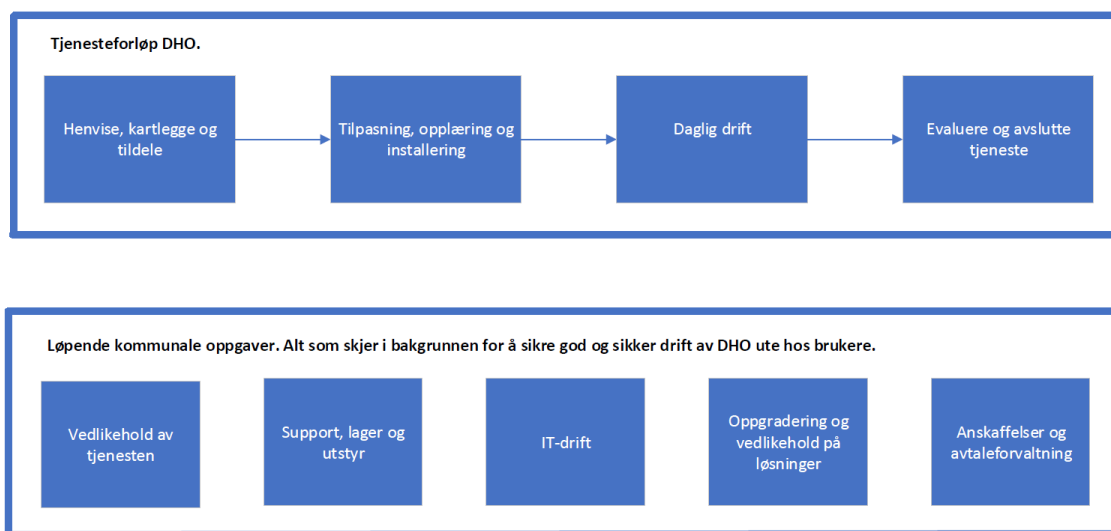
Prosjektet har demonstrert at DHO er en viktig del av fremtidens helsetjeneste og kan spille en sentral rolle i å møte utfordringene knyttet til økt press på helse- og omsorgstjenestene. Ved å bygge videre på erfaringene og sikre god forankring i helseplaner og strategier, kan DHO videreføres som en effektiv og pasientsentrert løsning i årene som kommer.

Vedlegg:

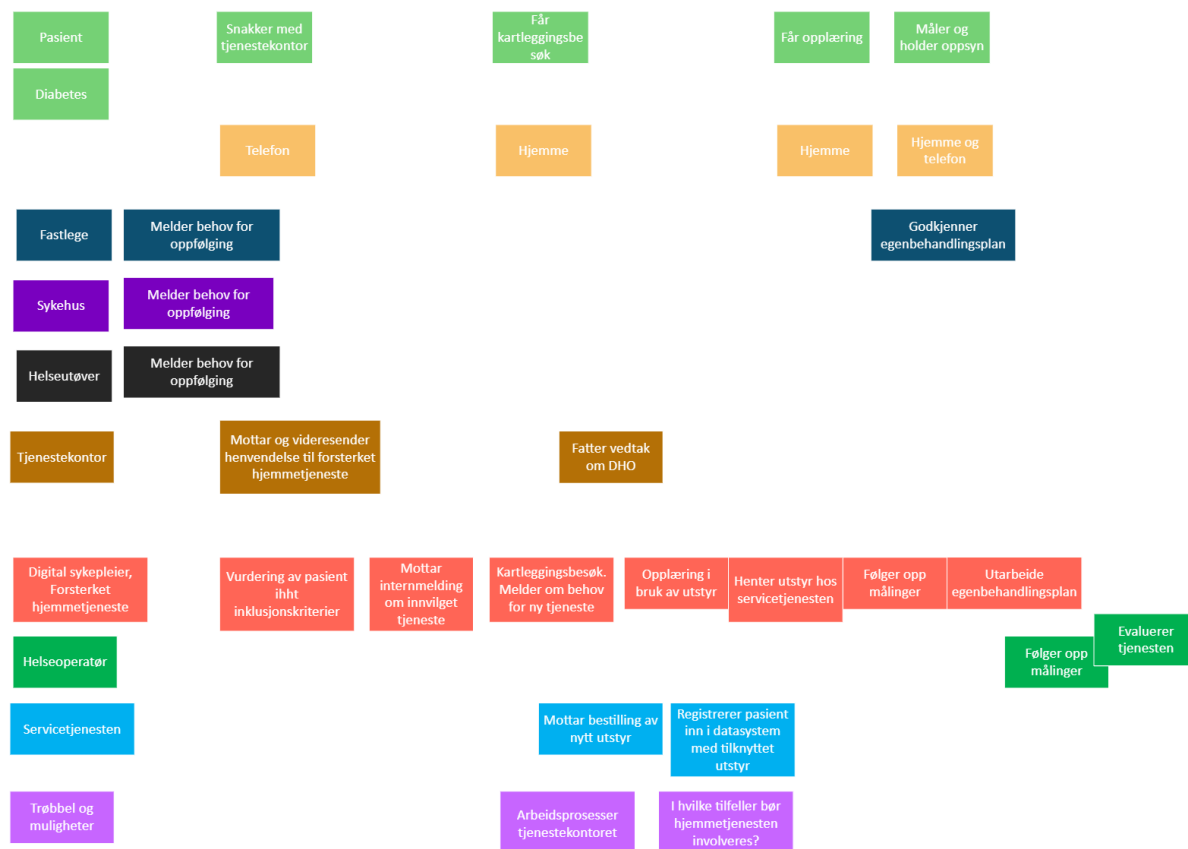
Helhetlig tjenestemodell fra Tønsberg

Helhetlig tjenestemodell - Digital Hjemmeoppfølging (DHO)

En veiledning om organisering av DHO, rolle- og ansvarsfordeling i forvaltning av sektorovergripende tjeneste.



Tjenestereise fra Skien kommune



Eksempel på bruker i Tønsberg kommune. Ikke et unikt eksempel



Anne

Alder: 93

Bosituasjon: bor alene

Sykdomshistorie: hjertesvikt, atrieflimmer, Pacemaker

Gevinster

- Anne opplever en forbedring av egen helse. Hun mestrer målinger fint på egenhånd, har stabilt god allmenntilstand og fine vitalia
- Hun opplever stor nytte av oppfølgingen hun får fra hjemmetjenesten, og er fornøyd med å ha kontroll over egen helse. Hun oppgir at det gir henne frihetsfølelse og gjør henne uavhengig av faste fysiske besøk fra hjemmetjenesten.
- I perioden jan -april er det 21 oransje og 20 røde målinger. I disse tilfellene har hjemmetjenesten tatt kontakt med Anne over telefon, veiledet og avklart situasjonen.
- Etter oppstart hadde Anne ingen planlagte fysiske besøk fra hjemmetjenesten. Hun fortsatte med målinger x 1 per uke ut april, for deretter å avvikle tiltaket i samråd med bruker, hjemmetjenesten og fastlege.
- Anne sier selv at dersom det blir behov for å foreta målinger på et senere tidspunkt er hun positiv til DHO.

Ønsker og behov

- Anne satte seg mål om stabile vitalia over tid, mestre egen hverdag og oppleve trygghet rundt egen helse

Situasjonen før DHO startet

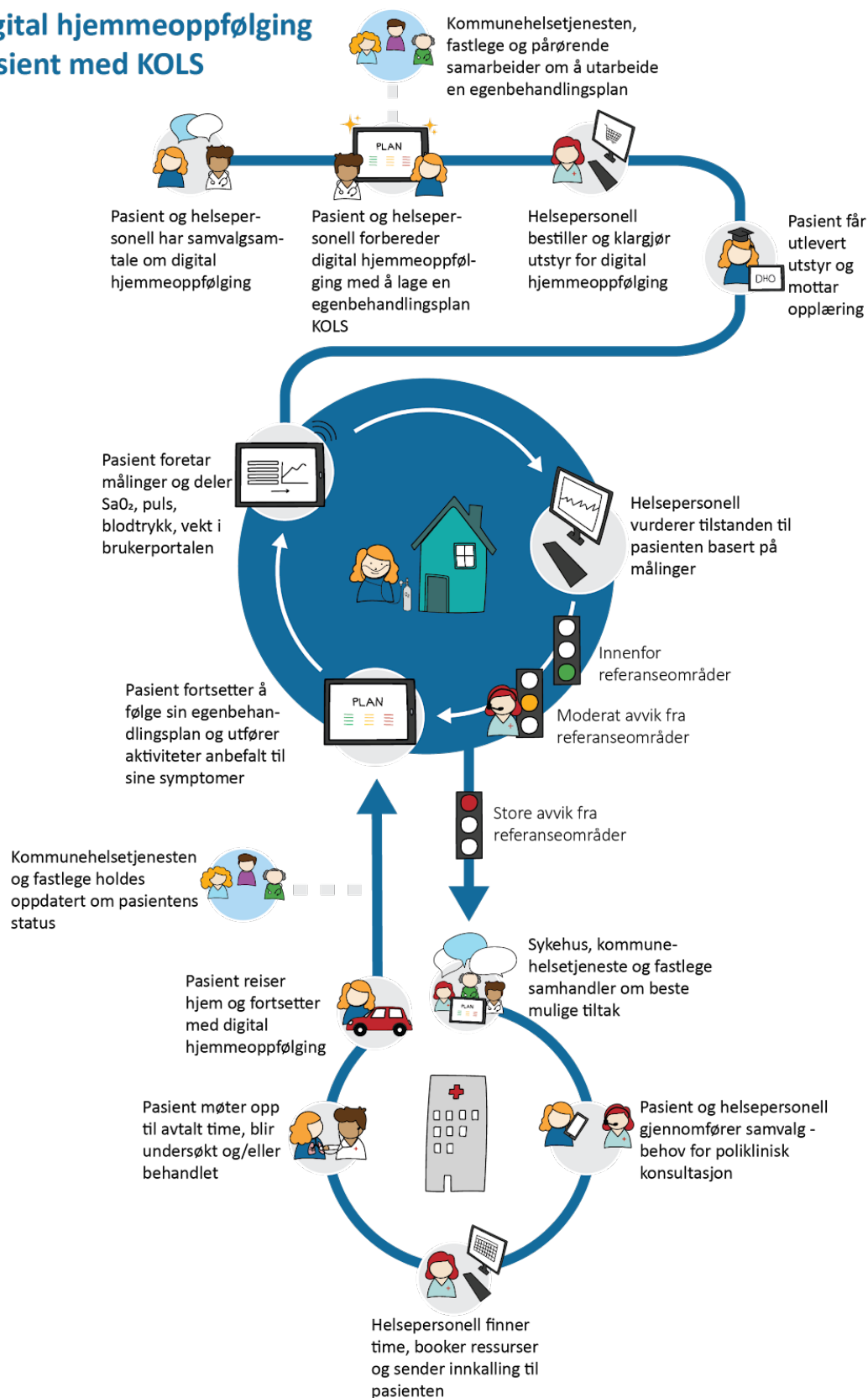
- Innlagt sykehus des 22 grunnet forverring hjertesvikt og behov for omprogrammering pacemaker.
- Hjelpebehov: stell morgen og kveld, strømper og medisiner. Dusj x 1 per uke. Vekt og BT x 3 per uke.
- Hjemmetjenesten brukte 1 time daglig på besøk og 14 min tur/retur kjøretid.

Oppstart av DHO

- Anne startet opp med DHO i jan 2023
- Hjemmetjenesten opprettet behandlingsplan sammen med Anne og fastlege.
- Hun mottok vekt, BT måler og pulsoksymeter, og fikk opplæring i bruk av utstyr. Hadde selv nettbrett.
- Anne foretar selv daglige målinger hjemme.
- Hjemmetjenesten mottar varsler ved vitalia utenfor grenseverdier
- Etter oppstart DHO estimert ATA tid 1 time per mnd til oppfølging og evaluering av tiltaket.
- April 23 reduserer til målinger x 1 per uke grunnet stabile vitalia over tid.

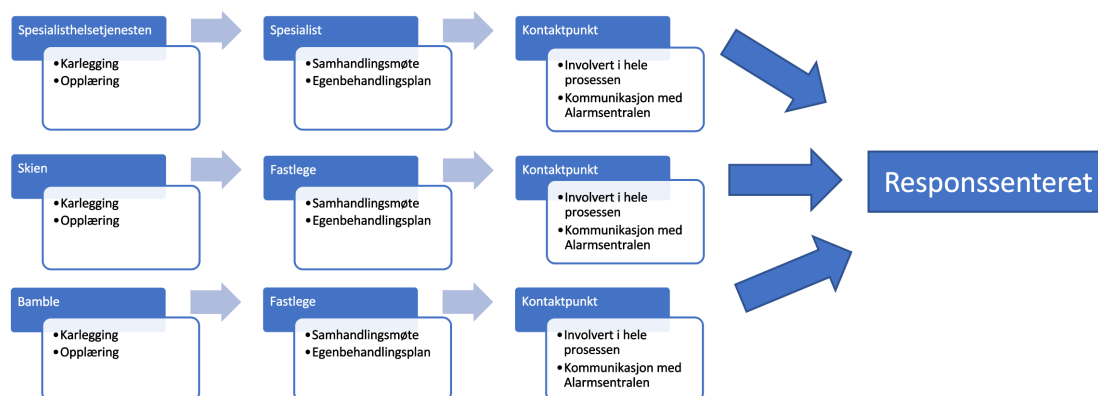
Tjenesteforløp for KOLS-pasienter, samarbeid mellom kommuner og sykehus

Digital hjemmeoppfølging pasient med KOLS



Organisering mellom Alarmsentralen og kommunene som bruker Alarmsnetralen som oppfølgingstjeneste

Organisering



Sluttrapport for spredningsprosjektet Digital hjemmeoppfølging i Vestfold og Telemark (DHO) 2022-2024



Sammendrag

Spredningsprosjektet for Digital Hjemmeoppfølging (DHO) har vært et samarbeid mellom kommuner i Vestfold og Telemark, spesialisthelsetjenesten og fastleger, med mål om å utvikle og implementere digitale løsninger for trygg og effektiv pasientoppfølging i hjemmet. I perioden 2022–2024 har prosjektet bidratt til økt bruk av DHO, bedre samhandling mellom tjenestenivåer og mer systematisk oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, psykiske helseutfordringer og andre komplekse behov.

Hovedmål og resultater

- Styrket samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten gjennom etablering av samarbeidsmodeller og faste møtearenaer.
- Bedre ressursutnyttelse, med redusert behov for unødvendige sykehusinnleggelser og fysiske hjemmebesøk.
- Kompetanseheving blant helsepersonell for å sikre trygg og effektiv bruk av digitale løsninger.
- Tilpasning av DHO til ulike pasientgrupper, inkludert KOLS, hjertesvikt, diabetes og psykiske helseutfordringer.

Erfaringer og læringspunkter

- Tidlig forankring i ledelsen og helsefellesskapet er avgjørende for suksess.
- Tydelige roller og ansvar bidrar til effektiv drift og bedre pasientforløp.
- Teknologiske utfordringer, som manglende integrasjon mellom journalsystemer, har vært en barriere for samhandling.
- Bærekraftige finansieringsløsninger må etableres for å sikre videreføring av DHO i kommunene.

Veien videre

Flere kommuner har allerede integrert DHO som en del av ordinære helsetjenester, men videre finansiering, teknologisk utvikling og organisatorisk forankring er nødvendig for å sikre en bærekraftig drift. Videre arbeid vil fokusere på utvidelse av DHO til flere

pasientgrupper, tettere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, samt styrking av kompetanse og teknologisk infrastruktur.

Prosjektet har vist at DHO kan være en viktig løsning for å møte fremtidens helseutfordringer ved å tilby pasientene trygg og fleksibel oppfølging samtidig som helsetjenesten effektiviseres. Erfaringene fra Vestfold og Telemark vil danne grunnlaget for videre nasjonal implementering av DHO som en varig del av helsetjenestene.

Innledning Formålet med å delta i spredningsprosjektet for DHO

I perioden 2022–2024 har vært å teste, etablere og videreutvikle digitale løsninger som muliggjør trygg og effektiv oppfølging av pasienter i hjemmet. Dette er særlig viktig i en tid med økende behov for helse- og omsorgstjenester, samtidig som ressursene er begrensede og kommunene står overfor store utfordringer knyttet til demografiske endringer, rekruttering og kapasitet i helsevesenet.

Gjennom prosjektet har kommunene i Vestfold og Telemark jobbet systematisk med implementering av DHO for ulike pasientgrupper, inkludert pasienter med kroniske sykdommer som KOLS, hjertesvikt og diabetes, samt pasienter med psykiske helseutfordringer og rusrelaterte problemstillinger. Erfaringene viser at digital oppfølging ikke bare bidrar til økt trygghet og mestring hos pasientene, men også til bedre ressursutnyttelse i kommunene ved å redusere behovet for fysiske hjemmebesøk og unngå unødvendige sykehusinnleggelser.

Prosjektet var et samhandlingsprosjekt mellom Sykehuset Telemark, Sykehuset i Vestfold, alle kommunene i Vestfold og Telemark og fastleger. Målet var å etablere et felles tjenesteforløp for oppfølging av pasienter med DHO. I prosjektperioden har deltagerne også jobbet med å styrke samarbeidet mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, slik at oppfølgingen av pasientene blir mer helhetlig og sømløs. Dette har inkludert samhandling med sykehusene og fastlegene for å sikre at pasientene får en sammenhengende oppfølging uavhengig av hvor de befinner seg i behandlingsforløpet.

Videre har prosjektet belyst betydningen av å ha robuste organisatoriske strukturer for digital hjemmeoppfølging, inkludert behovet for tydelige roller og ansvar, opplæring av ansatte og gode rutiner for tildeling og oppfølging av pasienter.

Prosjektet har også avdekket noen utfordringer, blant annet knyttet til finansiering, integrasjon med eksisterende journalsystemer og behovet for økt kompetanse på velferdsteknologi i kommunenes tjenesteapparat. Disse erfaringene vil være viktige å ta med videre i det videre arbeidet med å etablere DHO som en ordinær del av helse- og omsorgstjenesten.

DHO er en del av fremtidens helsetjeneste, og erfaringene fra spredningsprosjektet viser at DHO kan være et viktig verktøy for å møte fremtidens helseutfordringer. Det videre arbeidet vil derfor handle om å sikre bærekraftige løsninger, videreutvikle samarbeidsmodeller og implementere en digital strategi som understøtter en helhetlig og effektiv tjeneste.

Hovedmål:

Styrking av samhandling

Prosjektet har hatt som mål å forbedre samarbeidet mellom kommunene, fastleger og spesialisthelsetjenesten, samt styrke den interne samhandlingen i kommunene for å sikre en helhetlig oppfølging av pasientene. En av de største utfordringene ved implementering av DHO har vært å sikre at relevante aktører samarbeider effektivt og deler nødvendig informasjon for å gi pasientene en sammenhengende oppfølging.

I prosjektperioden har det blitt utviklet felles retningslinjer for samhandling, etablert nye kommunikasjonsarenaer og tatt i bruk eksisterende digitale løsninger for informasjonsdeling. Dette har ført til bedre pasientflyt og mer effektiv ressursbruk, spesielt i kommuner der det allerede eksisterte en sterk kultur for tverrfaglig samarbeid.

Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene har vært en kritisk suksessfaktor. Flere kommuner har utviklet egne samarbeidsmodeller for å sikre at pasientene får en sømløs overgang mellom sykehus, fastlege og kommunale helse- og omsorgstjenester. Larvik kommune har for eksempel utviklet Helsehjelpen, en tverrfaglig enhet som kombinerer veiledning, forebyggende tjenester, velferdsteknologiske hjelpemidler og digital oppfølging for å avlaste de kommunale tjenestene, legevakt og redusere unødvendige sykehusinnleggelser. Skien kommune har videreutviklet Alarmsentralen, som fungerer som en støttefunksjon for helsepersonell og pasienter som mottar digital hjemmeoppfølging.

For å sikre bedre informasjonsflyt mellom aktørene har noen kommuner jobbet med å integrere DHO med eksisterende journalsystemer. Dette har vært utfordrende på grunn av

tekniske begrensninger og manglende standardisering, men erfaringene viser at tett samarbeid mellom IT-avdelinger, helsepersonell og leverandører er avgjørende for å lykkes.

Erfaringsbasert læring

Prosjektet har vært en arena for aktiv utprøving av DHO i praksis, der kommunene har samlet verdifull kunnskap om hvordan teknologien kan implementeres, brukes og skape verdi for pasienter og helsepersonell. Erfaringene viser at enkelte kommuner har oppnådd høyere bruk av egenbehandlingsplaner og bedre samhandling med fastleger og spesialisthelsetjenesten enn andre, noe som har gitt viktig læring for videre implementering i større skala.

Flere kommuner har erfart at god pasientopplæring og tett oppfølging i startfasen er avgjørende for å lykkes med DHO. Skien kommune har utviklet en modell der pasientene først får en strukturert kartlegging og opplæring gjennom Forsterket hjemmetjeneste, før oppfølgingen gradvis overføres til Alarmsentralen. Dette sikrer at pasientene føler seg trygge på teknologien og forstår hvordan de skal bruke den før de tar mer ansvar for egen helse.

Noen kommuner har også testet ulike metoder for å involvere fastleger i DHO. Tønsberg kommune har hatt suksess med å arrangere faste dialogmøter mellom fastleger og kommunale helsetjenester, der de diskuterer pasientforløp og justerer oppfølgingsplaner basert på pasientens behov. Dette har bidratt til at fastlegene føler større eierskap til oppfølgingen og ser verdien av DHO som et verktøy for bedre pasientbehandling.

Erfaringsbasert læring har også vist at tilpasning av DHO til ulike pasientgrupper er viktig for å oppnå best mulig effekt. Mens enkelte pasienter, som de med KOLS og hjertesvikt, har hatt stor nytte av kontinuerlig digital oppfølging, har andre grupper, som pasienter med psykiske helseutfordringer, krevd en mer fleksibel tilnærming der DHO kombineres med fysiske møter og tett oppfølging fra helsepersonell. Tønsberg kommune har allerede etablert DHO for pasienter med psykiske helseutfordringer, noe som gir verdifull erfaring med denne tilnærmingen.

Kompetansebygging

For at DHO skal bli en naturlig del av helse- og omsorgstjenestene, har prosjektet hatt sterkt fokus på kompetansebygging både blant helsepersonell og i kommunenes ledelsesstrukturer.

Overgangen til digital oppfølging krever ikke bare teknisk forståelse, men også endrede arbeidsprosesser, noe som har vært en utfordring for mange kommuner.

Gjennom prosjektet har det blitt utviklet opplæringsprogrammer og prosedyrer for å sikre at helsepersonell får nødvendig kunnskap og trygghet i bruken av DHO. Flere kommuner, som Tønsberg og Larvik, har jobbet aktivt med å integrere DHO i hjemmetjenesten for å sikre at teknologien blir en naturlig del av tjenesten og ikke et tillegg til eksisterende arbeidsoppgaver. Dette har blant annet blitt gjort gjennom workshops, e-læringskurs og tverrfaglige møter der helsepersonell deler erfaringer og beste praksis.

En viktig læring fra prosjektet er at forankring i ledelsen er avgjørende for en vellykket implementering. Kommuner som har hatt tydelige strategier og en dedikert prosjektleder for DHO, har oppnådd raskere og mer effektiv implementering enn de som har hatt en mer fragmentert tilnærming. I Skien kommune har for eksempel prosjektlederen for DHO hatt en tett dialog med både ledelsen i hjemmetjenesten og e-helserådgivere, noe som har bidratt til en helhetlig implementeringsstrategi.

Flere kommuner har også erfart at opplæring av tildelingskontorer og saksbehandlere er like viktig som opplæring av helsepersonell, da mange beslutninger om hvem som får tilbud om DHO tas på dette nivået. I Skien kommune har det vært en utfordring at tjenestetildelingen har begrenset kunnskap om velferdsteknologi, noe som har gjort det vanskelig å få DHO inn i ordinær drift. Dette har ført til økt fokus på kompetanseheving i tildelingskontoret, slik at de får bedre forståelse for hvilke pasienter som vil ha nytte av digital oppfølging.

En annen viktig læring er at helsepersonell må få eierskap til teknologien for at den skal bli brukt aktivt. Kommuner som har involvert ansatte tidlig i prosessen, latt dem teste utstyret selv og gitt dem tid til å venne seg til nye arbeidsmåter, har hatt større suksess enn de som har implementert DHO uten tilstrekkelig involvering fra helsepersonell.

Pasientsentrert tjenesteutvikling

En av de viktigste lærdommene fra spredningsprosjektet for DHO er hvor avgjørende det er å tilpasse oppfølgingen til den enkelte pasients behov. Ved å kombinere digitale løsninger som helsesensorer, medisindispensere og strukturert digital dialog har kommunene skapt mer fleksible og individuelt tilpassede oppfølgingsmodeller. Dette har resultert i økt trygghet og mestring for pasientene, samtidig som det har frigjort ressurser i helse- og omsorgstjenestene.

Larvik kommune har erfart at bruken av DHO reduserer behovet for fysiske hjemmebesøk, samtidig som pasientene opplever økt selvstendighet. Ved å innføre systematisk bruk av egenmålinger og digital veiledning har Larvik sett at pasienter med kroniske sykdommer i større grad tar ansvar for egen helse og føler seg tryggere i hverdagen. Dette har også ført til en reduksjon i akuttinnleggelser og et mer forutsigbart tjenestetilbud.

Seljord kommune har fokusert på hvordan DHO kan brukes i distriktskommuner med store geografiske avstander og begrenset tilgang til helsepersonell. Der har teknologien vært spesielt nyttig for å opprettholde god oppfølging for pasienter med KOLS og hjertesvikt, som tidligere måtte reise langt for å få jevnlig kontroll. Gjennom bruk av helsesensorer og digitale samtaler har pasientene kunnet få tett oppfølging uten å måtte forlate hjemmet. Dette har ikke bare redusert transportbehovet, men også gitt pasientene en trygghet i hverdagen. Erfaringene fra Seljord viser at DHO kan være en viktig løsning for å møte utfordringer med helse- og omsorgstjenester i mindre kommuner med spredt bosetting.

Skien kommune har utviklet en modell der pasientene først gjennomgår en grundig kartlegging og opplæring før de overføres til oppfølging via Alarmsentralen. Dette sikrer at pasientene forstår hvordan de skal bruke teknologien og hva slags støtte de kan forvente. Modellen, som er implementert gjennom Forsterket hjemmetjeneste, har vist seg å være særlig effektiv for pasienter med KOLS, hjertesvikt og diabetes. Tidlige erfaringer viser at denne strukturerte tilnærmingen gir økt trygghet, færre sykehusinnleggelser og en jevnere belastning på hjemmetjenesten.

Flere kommuner har også testet hvordan DHO kan brukes for pasienter med psykiske helseutfordringer og rusproblematikk. Tønsberg kommune har sett gode resultater med strukturert digital oppfølging for denne pasientgruppen, der daglige sjekklister og dialog med helsepersonell gir pasientene en følelse av tilhørighet og kontinuerlig støtte. Dette har bidratt til bedre sykdomsmestring og forebygging av forverring, samtidig som det har redusert presset på akutte helsetjenester.

Underbygging av langsiktig strategi

Erfaringene fra prosjektet har vist at forankring av DHO i kommunenes langsiktige helse- og velferdsstrategier er avgjørende for å sikre varig drift og videre utvikling av tjenesten. Flere kommuner har erfart at selv om DHO har vist positive effekter, er det behov for bedre

integrasjon i kommunenes helseplaner, tydeligere ansvarsfordeling og mer langsiktig finansiering for å sikre bærekraft.

Larvik, Tønsberg, Skien og Seljord har identifisert DHO som en sentral komponent i deres digitale helseplaner, men har samtidig påpekt at flere utfordringer må løses før teknologien kan implementeres fullt ut i ordinær drift. Blant annet må tjenestetildelingen ha bedre innsikt i hvilke pasienter som kan ha nytte av DHO, og det må etableres gode rutiner for hvem som har ansvar for oppfølgingen på sikt.

Seljord kommune har løftet frem behovet for bedre samhandling mellom mindre kommuner og spesialisthelsetjenesten, særlig når det gjelder tilgang til veiledning og medisinske vurderinger fra sykehus. På grunn av lange avstander til sykehusene i regionen, har DHO blitt en viktig brikke i å sikre at pasientene får nødvendig oppfølging uten å måtte transporteres unødvendig. Seljord har også påpekt behovet for mer tilrettelagte løsninger for eldre pasienter, da mange av dem kan ha utfordringer med digital teknologi og trenger tett oppfølging i startfasen.

I flere kommuner er det også et økende behov for å styrke økonomiske modeller som kan støtte varig drift av DHO. Mange av dagens løsninger er finansiert gjennom prosjektmidler, men for at teknologien skal bli en fast del av tjenesten, må kommunene finne måter å finansiere DHO innenfor ordinære budsjetttrammer. Larvik og Tønsberg har jobbet med modeller der investeringer i digital oppfølging ses i sammenheng med potensielle besparelser på akutte tjenester og institusjonsopphold.

Videre har flere kommuner sett behovet for en regional eller nasjonal strategi for DHO, slik at teknologien kan standardiseres og integreres på tvers av kommuner og helseforetak. Vestfold og Telemark har tatt initiativ til tettere samarbeid mellom kommunene og sykehusene for å sikre at DHO blir en naturlig del av pasientforløpet og ikke isolerte tiltak enten på sykehuset eller i kommunen. For at DHO skal utvikles til en bærekraftig tjeneste, er det nødvendig at sykehus og kommuner samhandler i større grad og tilbyr et helhetlig forløp for de aktuelle pasientene.

For å sikre videreføring av DHO som en ordinær del av tjenestene er det viktig at kommunene videreutvikler samarbeidsmodeller, etablerer bærekraftige finansieringsløsninger og bygger videre på de positive erfaringene fra prosjektperioden. Erfaringene fra Vestfold og Telemark

viser at DHO har potensial til å bli en sentral del av fremtidens helse- og omsorgstjenester, men at det krever målrettet innsats for å sikre langsiktig implementering og forankring.

Deltakelsen i spredningsprosjektet for DHO har vært avgjørende for å skape en mer bærekraftig og moderne helsetjeneste, der teknologi spiller en nøkkelrolle i å møte fremtidens utfordringer. Gjennom systematisk utprøving av digitale løsninger har kommunene i Vestfold og Telemark erfart at DHO ikke bare gir betydelige helsegevinster for pasientene, men også har potensial til å avlaste helsepersonell, effektivisere ressursbruk og redusere kostnader i helsetjenesten.

Erfaringene viser at DHO gir pasientene økt trygghet, bedre mestring og større kontroll over egen helse. I kommuner som Larvik og Tønsberg har pasienter med KOLS og hjertesvikt rapportert om færre akutte forverringer, noe som har ført til reduksjon i både legevaktbesøk og sykehusinnleggelser. Seljord kommune har erfart at DHO har vært særlig nyttig for pasienter i distriktsområder, hvor lange avstander til sykehus og fastleger tidligere har skapt utfordringer for jevnlig oppfølging. Ved å bruke digitale løsninger har pasientene fått tilgang til helsehjelp uten unødvendige reiser, samtidig som de har følt seg trygge hjemme.

For helsepersonell har DHO bidratt til å frigjøre tid og redusere belastningen på hjemmetjenesten, ettersom digitale konsultasjoner og egenregistrering av helseverdier har gjort det mulig å identifisere forverringer tidlig og sette inn målrettede tiltak før akutte situasjoner oppstår. Skien kommune har sett dette spesielt i Forsterket hjemmetjeneste, hvor DHO har gjort det mulig å tilpasse oppfølgingen bedre til den enkelte pasient. Kommunen har også erfart at DHO kan gi mer fleksibilitet i organiseringen av tjenestene, da helsepersonell kan følge opp flere pasienter på kortere tid, samtidig som de kan bruke fysiske besøk der det virkelig er behov.

Faktaboks om prosjektet

Faktaboks: Spredningsprosjektet for DHO 2022–2024

Antall kommuner: 23 kommuner deltar i prosjektet.

- Fase 1: 7 kommuner har startet med DHO.
- Fase 2: 11 kommuner skal i gang.
- Resterende: Følger prosjektet og høster erfaringer.

Tilnærming:

I dette prosjektet har kommunene valgt en behovsorientert tilnærming til DHO, fremfor en modell som er basert på spesifikke diagnoser. Dette betyr at tilbudet ikke er begrenset til enkeltgrupper, som kun KOLS- eller diabetespasienter, men heller vurderes ut ifra pasientens individuelle behov for oppfølging. Pasienter som har flere diagnoser, eller sammensatte helseutfordringer, kan derfor også få DHO dersom det vurderes som hensiktsmessig. I samarbeidet med sykehusene forholder kommunene seg til diagnoser, ettersom sykehusene er organisert på denne måten. Dette skaper imidlertid ingen konflikt, da kommunene i stor grad benytter de samme prosedyrene uavhengig av pasientens diagnose.

En diagnose i seg selv sier lite om hvorvidt en pasient har behov for eller vil kunne nyttiggjøre seg av digital oppfølging. Noen pasienter med samme diagnose kan være selvstendige og mestre egen helse godt, mens andre kan ha mer ustabil helsetilstand og større behov for regelmessig oppfølging. Behovsorientert DHO gir derfor en mer fleksibel tilnærming, der pasientens totale helsesituasjon, funksjonsnivå og evne til egenomsorg vurderes individuelt.

Det er imidlertid noen kriterier som må oppfylles for at DHO skal fungere i praksis. Kognitiv svikt kan være et eksklusjonskriterium, da pasienter med alvorlig kognitiv svikt ofte ikke klarer å følge opp målinger eller besvare spørsmål på en pålitelig måte. Men dersom pasienten har pårørende eller annen støtte som kan bistå med oppfølgingen, kan DHO likevel være et aktuelt alternativ. Dette gjør at pasienter som ellers ville falt utenfor en diagnosebasert modell, likevel kan få nytte av digital oppfølging når forholdene ligger til rette for det.

Denne tilnærmingen sikrer at DHO tilbys til de pasientene som faktisk har nytte av det, uavhengig av hvilke diagnoser de har. Det gjør det også lettere å tilpasse tjenesten til pasienter med flere helseutfordringer, og samtidig sikre at ressurser brukes der de gir størst effekt. Erfaringene fra kommunene i Vestfold og Telemark viser at dette er en mer treffsikker og bærekraftig måte å organisere DHO på, som gir pasientene trygghet og helsepersonell bedre muligheter for å prioritere oppfølgingen der den trengs mest.

Organisering av oppfølging

Kommunene har valgt ulike måter å organisere DHO på, tilpasset deres lokale behov og eksisterende helsetjenester. Noen har lagt oppfølgingen til hjemmetjenesten, mens andre har

valgt fastleger eller primærhelseteam. Enkelte kommuner har etablert egne enheter som Helsehjelpen eller Alarmsentralen, der oppfølgingen samles for mer spesialisert støtte.

Oppfølgingstjenester i kommunene:

- Hjemmetjenesten
- Fastlege/primærhelseteam
- Helsehjelpen
- Alarmsentralen

Forankring

For at DHO skal bli en varig del av helse- og omsorgstjenestene, har prosjektet vært grundig forankret på flere nivåer. DHO er forankret både i Helsefellesskapet, som sikrer samhandling mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, hos sykehusledelsen og i kommuneledelsen, hvor strategiske beslutninger om tjenesteutvikling og ressursfordeling tas. I tillegg er forankring blant ansatte i helse- og omsorgstjenestene avgjørende, slik at DHO blir en naturlig del av den daglige driften.

Gjennom Helsefellesskapet har prosjektet vært en del av den overordnede satsingen på velferdsteknologi og digitale helsetjenester, noe som legger til rette for videre samarbeid mellom kommunene og sykehusene i regionen. En sterk forankring her er viktig for å sikre at DHO ikke blir et isolert kommunalt tiltak, men en integrert del av pasientforløpene på tvers av tjenestenivåer.

I kommuneledelsen har DHO blitt løftet som en viktig strategi for å møte fremtidens helseutfordringer, særlig med tanke på økt press på helsetjenestene og behovet for mer effektive løsninger. Flere kommuner har sett at en tydelig forankring i ledelsen gir større gjennomslagskraft for videreføring av DHO etter prosjektperioden, samt bedre muligheter for langsiktig finansiering.

Forankringen blant ansatte har vært avgjørende for å sikre vellykket implementering. Gjennom opplæring og involvering har helsepersonell fått eierskap til DHO, og kommunene har jobbet med å tilpasse teknologien til deres arbeidsprosesser. Erfaringene viser at de kommunene som har prioritert god intern forankring, har oppnådd høyere bruk av DHO og bedre integrasjon i den daglige tjenesten.

Denne grundige forankringen – i Helsefellesskapet, kommuneledelsen og blant ansatte – danner grunnlaget for at DHO skal kunne videreføres og skaleres som en bærekraftig del av helse- og omsorgstjenestene.

Samarbeid

Prosjektet har vært en viktig arena for å styrke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i både Vestfold og Telemark. Gjennom tett dialog og felles utviklingsarbeid har kommunene og sykehusene oppnådd en bedre forståelse for hverandres roller, utfordringer og muligheter i bruk av DHO. Dette har lagt grunnlaget for mer sømløse pasientforløp og bedre samhandling på tvers av tjenestenivåer.

DHO har vist seg å være et effektivt verktøy for å redusere unødvendige sykehusinnleggelser og gi pasientene mer stabil oppfølging i hjemmet. Samtidig har spesialisthelsetjenesten fått mulighet til å følge opp pasienter på en mer skreddersydd måte gjennom digital samhandling med kommunene. Flere kommuner har etablert faste møter og samarbeidsmodeller med sykehusene, noe som har gjort det lettere å avklare ansvarsområder og sikre en helhetlig oppfølging.

Prosjektet har også vært en plattform for kompetanseutvikling, der helsepersonell fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten har delt erfaringer, utfordringer og løsninger knyttet til implementering av DHO. Dette har bidratt til økt forståelse for hvordan digitale løsninger kan forbedre helsetjenestene og sikre at pasienten får riktig oppfølging til rett tid.

Gjennom dette samarbeidet har prosjektet ikke bare lagt til rette for en mer integrert helsetjeneste, men også bidratt til en kultur for kunnskapsdeling og innovasjon. Erfaringene viser at et godt samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å lykkes med DHO, og denne samhandlingen vil være en viktig faktor for videre utvikling og implementering av digitale helsetjenester i regionen.

Mål med tiltaket

Formål: Styrket helsetjeneste gjennom DHO

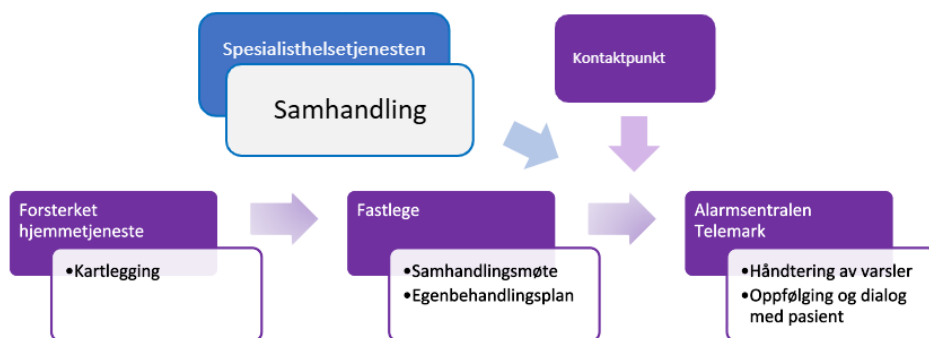
Målet med DHO i dette prosjektet er å forbedre kvaliteten på helsetjenestene ved å gi pasienter mulighet til tett oppfølging i eget hjem. Dette skal bidra til økt selvstendighet, bedre livskvalitet og redusert behov for sykehusinnleggelser eller institusjonsopphold. Ved å

implementere teknologi som muliggjør oppfølging uten fysisk oppmøte, frigjøres ressurser i helse- og omsorgstjenestene, samtidig som pasientene får et mer fleksibelt og tilpasset helsetilbud.

For å lykkes med dette har godt samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten vært avgjørende. Erfaringene fra Vestfold og Telemark viser at tett dialog og samhandling bidrar til at DHO fungerer optimalt i pasientforløpene. Flere kommuner har etablert faste samarbeidsmøter med spesialisthelsetjenesten for å diskutere utfordringer og finne løsninger for hvordan DHO best kan integreres.

I Seljord har dette samarbeidet vært særlig viktig for oppfølging av pasienter i distriktene, hvor avstanden til sykehus kan være en utfordring. Gjennom DHO kan pasientene få trygg oppfølging hjemme, mens spesialisthelsetjenesten kan gi råd og vurderinger digitalt ved behov.

I Skien har Alarmsentralen vært en viktig del av samarbeidsmodellen, hvor pasientene først kartlegges og følges opp av Forsterket hjemmetjeneste før de overføres til Alarmsentralen for videre digital oppfølging. Dette sikrer et stabilt og tilpasset oppfølgingstilbud, samtidig som spesialisthelsetjenesten kan bidra ved behov.



hvordan digitale løsninger kan støtte pasientbehandlingen. Flere kommuner har erfart at systematisk opplæring av både helsepersonell og pasienter er avgjørende for en vellykket implementering.

Samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten i Vestfold og Telemark har dermed vist hvordan DHO kan være en brobygger mellom ulike deler av helsetjenesten. Digitale løsninger har bidratt til en mer tilgjengelig, effektiv og pasienttilpasset oppfølging,

og erfaringene herfra vil være verdifulle for videre implementering og utvidelse av DHO som en varig del av helsetjenestene i regionen.

Målgruppe for DHO

Målgruppen for DHO i dette prosjektet er pasienter med kroniske sykdommer og komplekse behov som krever jevnlig oppfølging. Dette er pasientgrupper som tradisjonelt har hatt hyppig kontakt med helsevesenet, enten gjennom hjemmebesøk fra kommunale helsetjenester, jevnlige kontroller hos fastlege eller spesialist, eller gjentatte innleggelser på sykehus. Ved å tilby DHO får disse pasientene et mer fleksibelt, tilgjengelig og forebyggende helsetilbud, samtidig som helse- og omsorgstjenestene kan bruke ressursene mer målrettet.

En fellesnevner for mange av disse pasientene er at de har behov for kontinuerlig vurdering av helsetilstanden og rask intervensjon ved forverring. Ved hjelp av digitale verktøy, som helsesensorer, strukturerte spørreskjemaer og digital kommunikasjon med helsepersonell, kan pasientene følges opp uten at de nødvendigvis må møte fysisk til konsultasjoner. Dette gir økt trygghet for pasientene og deres pårørende, samtidig som det bidrar til å redusere akutte forverringer og sykehusinnleggelser.

Målgruppen omfatter flere ulike pasientgrupper:

- **KOLS (Kronisk obstruktiv lungesykdom):** Pasienter med KOLS er ofte utsatt for forverringer som kan føre til akutte sykehusinnleggelser. DHO gjør det mulig å følge med på symptomer, oksygenmetning og pustemønster, slik at tiltak kan iverksettes tidlig for å forhindre forverring. Flere kommuner har erfart at DHO gir pasientene økt trygghet og mestring, da de får mer kontroll over egen sykdom.
- **Hjertesvikt:** Pasienter med hjertesvikt har ofte behov for tett oppfølging av væskebalanse, blodtrykk og vekt for å unngå komplikasjoner. Ved å bruke DHO kan pasientene selv registrere disse verdiene hjemme, og helsepersonell kan fange opp endringer som krever tiltak. Erfaringer fra kommunene viser at digital oppfølging kan bidra til å redusere antall reinnleggelser og gi pasientene større trygghet i hverdagen.
- **Diabetes:** Mange pasienter med diabetes trenger regelmessig oppfølging av blodsukkernivå og medisiner. DHO gir mulighet for tett oppfølging og rask respons ved avvik, samtidig som pasientene selv kan få veiledning og støtte i egenbehandlingen. Flere kommuner har sett at digital oppfølging kan bidra til bedre regulering av blodsukkeret og redusere risikoen for senkomplikasjoner.

- **Psykiske lidelser:** Pasienter med psykiske helseutfordringer kan ha behov for strukturert oppfølging, også utenfor tradisjonelle behandlingsinstitusjoner. DHO kan brukes for å følge med på symptomutvikling, gi pasientene en fast kontaktperson og sørge for rask intervensjon ved behov. I Larvik har DHO vært brukt innen psykisk helse og rus, der pasienter får oppfølging gjennom digitale samtaler og strukturerte spørreskjemaer, noe som har bidratt til økt stabilitet og færre akutte kriser.
- **Kreftpasienter:** Mange kreftpasienter har behov for tett oppfølging, både i behandlingsfasen og etter avsluttet behandling. DHO kan bidra til bedre symptomhåndtering og tidlig identifikasjon av bivirkninger eller komplikasjoner. Pasientene får mulighet til å rapportere symptomer og få veiledning fra helsepersonell uten å måtte møte opp fysisk, noe som kan være en stor fordel for dem som er svekket av sykdom eller behandling.
- **Eldre med sammensatte helsetilstander:** Eldre pasienter har ofte en kombinasjon av flere kroniske sykdommer og funksjonssvikt, noe som gjør dem mer utsatt for forverringer og sykehusinnleggelser. DHO kan bidra til bedre kontroll over helsetilstanden, forebygge akutte forverringer og sikre at eldre får nødvendig hjelp i tide. Erfaringer fra kommunene viser at eldre som får DHO, ofte opplever økt trygghet og mindre behov for hyppige hjemmebesøk.

En viktig faktor i målgruppetenkningen er at DHO ikke er begrenset til én spesifikk diagnose. Pasienter kan ha flere sykdommer samtidig, og behovet for oppfølging vurderes individuelt. For enkelte pasienter, som dem med kognitiv svikt, kan DHO være en utfordring dersom de ikke klarer å følge opp målinger eller besvare spørsmål selv. I slike tilfeller vurderes det om pårørende kan bistå, slik at pasienten likevel kan få nytte av tjenesten.

Forventede effekter for brukere/pasienter og helsetjenesten

Implementeringen av DHO i dette prosjektet har som mål å gi bedre og mer bærekraftige helsetjenester, samtidig som pasientene får økt trygghet og bedre livskvalitet. Erfaringene fra kommunene i Vestfold og Telemark viser at DHO har potensial til å forbedre oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer, redusere belastningen på helsetjenesten og styrke samarbeidet mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten.

For brukere/pasienter:

For pasientene betyr DHO en mer fleksibel og trygg oppfølging i hjemmet, der de får tett kontakt med helsepersonell uten å måtte møte fysisk på behandlingssteder. Dette gir flere positive effekter:

Økt trygghet og mestring i eget hjem: Ved å kunne følge med på egen helse gjennom digitale løsninger, kombinert med jevnlig oppfølging fra helsepersonell, opplever pasientene større forutsigbarhet og kontroll over sin egen situasjon. Flere kommuner har erfart at pasientene opplever mindre stress og uro fordi de vet at noen følger med på deres helsetilstand og kan gripe inn ved behov.

Bedre livskvalitet gjennom individuelt tilpasset oppfølging: Behovsorientert DHO gjør det mulig å tilpasse oppfølgingen til hver enkelt pasient, uavhengig av diagnose. Pasienter får en oppfølging som er tilpasset deres helsetilstand, livssituasjon og mestringsevne. Dette gir dem mer kontroll over egen helse, og i flere kommuner har det blitt rapportert at pasientene føler seg mer selvstendige og mindre avhengige av tradisjonelle helsetjenester.

Redusert behov for reiser til behandlingssteder: For mange pasienter, spesielt eldre og personer bosatt i distriktskommuner som Seljord, har transport til behandlingssteder vært en stor utfordring. DHO gjør det mulig for pasientene å få oppfølging uten å måtte bruke tid og ressurser på reise. Dette er spesielt viktig for pasienter med nedsatt funksjonsevne eller begrenset mobilitet, som ellers ville hatt vanskeligheter med å møte til jevnlige kontroller.

Raskere respons ved endringer i helsetilstand: Ved bruk av digitale målinger og strukturerte oppfølgingsverktøy kan helsepersonell raskt fange opp forverringer i pasientens tilstand. Dette gir mulighet for tidlig intervensjon, noe som kan forhindre akutte sykdomsforverringer og behov for sykehusinnleggelse. Flere kommuner, inkludert Skien og Larvik, har erfart at DHO gjør det lettere å følge med på pasientens utvikling over tid, og at tidlig varsling av symptomer gir bedre behandlingsresultater.

«Endelig kan jeg leve igjen, ikke bare eksistere!»

-sitat bruker av DHO

For tjenesten (primær- og spesialisthelsetjenesten):

For helse- og omsorgstjenestene har implementeringen av DHO gitt flere viktige gevinster, særlig knyttet til ressursutnyttelse, samhandling og tjenesteutvikling.

Bedre ressursutnyttelse gjennom effektivisering av oppfølging: Digital oppfølging gjør det mulig å prioritere ressursene mer målrettet. Helsepersonell kan bruke tid på de pasientene som har størst behov for fysisk oppfølging, mens de som klarer seg godt med digital oppfølging, kan følges opp på en mer fleksibel måte. I kommuner som Tønsberg og Skien har dette ført til en mer effektiv fordeling av personellressurser i hjemmetjenesten.

Økt samarbeid og informasjonsdeling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten:

Gjennom prosjektet har samarbeidet mellom kommunene, fastleger og sykehus blitt styrket, blant annet ved etablering av faste møtepunkter med spesialisthelsetjenesten. Dette har lagt til rette for økt dialog og erfaringsutveksling om pasientoppfølging på tvers av tjenestenivåer. Flere kommuner har erfart at denne samhandlingen bidrar til bedre koordinering av pasientforløp og en mer helhetlig tilnærming til oppfølging.

Redusert antall unødvendige sykehusinnleggelser og legevaktbesøk: En av de mest konkrete effektene av DHO er at pasienter med kroniske sykdommer kan følges opp før tilstanden forverres til et punkt der innleggelse blir nødvendig. I kommuner med mye bruk av DHO, som Larvik og Skien, har helsepersonell sett en nedgang i antall reinnleggelser for pasienter med hjertesvikt og KOLS, ettersom tidlig intervensjon har forhindrede akutte forverringer.

Mulighet for å fokusere mer på pasienter med akutte behov: Ved å bruke DHO for pasienter som kan følges opp digitalt, frigjøres tid til pasienter som krever fysisk tilstedeværelse. Dette gjelder både i hjemmetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, der digitale konsultasjoner kan redusere belastningen på sykehuspoliklinikker og legevakt. I Tønsberg har erfaringene vist at hjemmetjenesten kan redusere antallet rutinemessige hjemmebesøk, og heller bruke tiden på pasienter med større behov for praktisk bistand.

Opplegg for måling av gevinster og effekter, plan for oppfølging

For å sikre en systematisk evaluering av DHO har prosjektet utviklet et rammeverk for måling av gevinster og effekter. Evalueringen tar utgangspunkt i både kvantitative og kvalitative målinger, slik at både målbare resultater og erfaringer fra pasienter og helsepersonell blir ivare tatt.

Kvantitative målinger

For å vurdere den faktiske effekten av DHO på helse- og omsorgstjenestene, samles det inn data på sentrale indikatorer som:

Antall pasienter som deltar i DHO: Dette gir en oversikt over hvor mange pasienter som benytter digital oppfølging, og hvilke pasientgrupper som har størst nytte av løsningen.

Reduksjon i antall sykehusinnleggelser og legevaktbesøk: En viktig målsetting for DHO er å forebygge forverring av sykdom og redusere behovet for akutt helsehjelp. Data fra prosjektet vil vise i hvilken grad DHO har bidratt til å redusere akutte innleggelser. I Larvik har tidlig erfaring vist at pasienter med KOLS og hjertesvikt som deltar i DHO har færre reinnleggelser sammenlignet med de som følges opp på tradisjonelt vis.

Antall gjennomførte digitale konsultasjoner: Dette måles for å se i hvilken grad digitale løsninger erstatter eller supplerer fysiske møter, og om det fører til en mer effektiv ressursbruk.

Ressursbesparelser i form av tid og kostnader: Digital oppfølging kan redusere behovet for fysiske hjemmebesøk og reiser til behandlingssteder, noe som frigjør kapasitet i helsetjenesten. I Tønsberg har hjemmetjenesten sett at digital oppfølging reduserer behovet for rutinemessige hjemmebesøk, slik at de ansatte kan bruke mer tid på pasienter med større behov.

Kvalitative målinger

For å sikre at DHO ikke bare gir kvantitative forbedringer, men også oppleves som en god tjeneste for pasienter og helsepersonell, gjennomføres kvalitative evalueringer:

Pasienttilfredshet gjennom spørreundersøkelser: Pasientene som deltar i DHO får mulighet til å gi tilbakemelding på hvordan de opplever oppfølgingen, og om den gir dem økt trygghet og mestring i hverdagen.

Tilbakemeldinger fra helsepersonell om arbeidsflyt og bruk av teknologi: For å sikre at DHO fungerer godt i praksis, innhentes erfaringer fra helsepersonell som bruker systemet. Dette inkluderer vurderinger av hvor enkelt teknologien er å bruke, og hvordan den påvirker arbeidsfordelingen i tjenesten. I Skien har hjemmetjenesten gitt tilbakemelding på at DHO har bidratt til en mer strukturert oppfølging, samtidig som det har krevd tilpasninger i arbeidsrutiner.

Evaluering av samhandlingen mellom ulike tjenestenivåer: Et sentralt formål med DHO er å styrke samarbeidet mellom kommunene, fastleger og spesialisthelsetjenesten. Evalueringen vil derfor vurdere hvordan DHO har påvirket informasjonsflyt, ansvarsfordeling og samarbeid mellom nivåene. I Seljord har kommunen erfart at DHO har skapt en arena for dialog med spesialisthelsetjenesten, og det er et potensial for at dette kan bidra til mer effektiv oppfølging av pasienter som har behov for vurderinger fra sykehuset.

Plan for videre oppfølging og implementering

Evalueringen av DHO vil være en kontinuerlig prosess, der erfaringer fra prosjektperioden brukes til å videreutvikle tjenesten. Målet er at DHO skal bli en fast del av helse- og omsorgstjenestene i kommunene, og ikke bare et prosjektbasert tilbud. For å oppnå dette må:

Erfaringene og resultatene fra prosjektet brukes til å forankre DHO i kommunenes helseplaner.

Teknologien og arbeidsprosessene videreutvikles for å sikre best mulig brukervennlighet for både pasienter og helsepersonell.

Finansieringsmodeller etableres, slik at DHO kan driftes på en bærekraftig måte etter prosjektperioden.

Kompetansebygging fortsette, slik at ansatte som skal bruke DHO, får opplæring og støtte til å ta i bruk teknologien i sitt daglige arbeid.

Gjennom dette systematiske rammeverket for måling og oppfølging vil kommunene i Vestfold og Telemark kunne sikre at DHO videreføres som en varig og bærekraftig del av helsetjenesten, og at de positive effektene som allerede er dokumentert, videreutvikles og styrkes i årene som kommer.

Plan for oppfølging av DHO

For å sikre en helhetlig implementering, evaluering og videreutvikling av DHO i kommunene i Vestfold og Telemark, er det etablert en omfattende oppfølgingsplan. Denne planen skal sikre at DHO forblir en bærekraftig, pasientsentrert og kunnskapsbasert tjeneste, som kontinuerlig utvikles i tråd med både pasientenes behov og helsetjenestens kapasitet.

Gjennom prosjektet har kommunene erfart at strukturerte evalueringsrutiner og tett oppfølging er avgjørende for å lykkes med implementering av DHO i ordinær drift.

Erfaringene fra kommunene viser at det ikke finnes én fast modell som fungerer for alle, men at det kreves lokal tilpasning og fleksible løsninger for at DHO skal fungere optimalt i ulike tjenester.

Regelmessige evalueringsmøter og justeringer underveis

For å sikre at DHO til enhver tid fungerer i tråd med pasientenes behov og kommunenes kapasitet, avholdes det regelmessige evalueringsmøter med prosjektgruppen i hver kommune. Disse møtene gir rom for erfaringsutveksling, justering av tiltak og tilpasning av tjenesten i takt med både teknologiske og organisatoriske endringer.

Flere kommuner, inkludert Skien og Larvik, har erfart at slike møter er avgjørende for å kunne gjøre nødvendige tilpasninger underveis. I Skien har prosjektgruppen jobbet aktivt med å sikre at DHO kan integreres med eksisterende tjenester uten å føre til økt arbeidsbelastning for helsepersonell. I Larvik har jevnlige møter gjort det mulig å identifisere flaskehalser i implementeringen og raskt finne løsninger, særlig i samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Rapportering av resultater for forankring i kommuneledelse og helseforetak

For at DHO skal kunne videreføres som en varig tjeneste, er det avgjørende med god forankring i kommunenes ledelse, helseforetakene og helsefellesskapene. Prosjektet har derfor lagt stor vekt på strukturert rapportering av resultater, slik at beslutningstakere på alle nivåer har et solid kunnskapsgrunnlag for å vurdere hvordan tjenesten kan videreutvikles.

Flere kommuner har hatt ulik tilnærming til dette:

Tønsberg har systematisert rapporteringsprosessen for å sikre at både kommunepolitikere og helseledelsen har innsikt i gevinster og utfordringer knyttet til DHO.

I Skien har man hatt tett dialog med kommuneledelsen for å sikre at prosjektet forblir en del av kommunens langsiktige helseplan.

Larvik har erfart at regelmessig rapportering til spesialisthelsetjenesten har bidratt til bedre samarbeid og forståelse for hvordan DHO kan brukes på tvers av tjenestenivåer.

Denne typen systematisk rapportering har bidratt til at DHO ikke blir sett på som et midlertidig prosjekt, men som en langsiktig løsning for fremtidens helsetjeneste.

Kontinuerlig kompetanseheving for helsepersonell

En av de viktigste lærdommene fra prosjektet er at kompetanseheving blant helsepersonell er en forutsetning for vellykket implementering av DHO. Teknologi i seg selv er ikke nok – det

kreves at de ansatte føler seg trygge på bruk av digitale verktøy og ser nytteverdien i oppfølgingen.

Kommunene har derfor satset på målrettet opplæring gjennom kurs, workshops og erfaringsutveksling.

Larvik har investert betydelig i opplæring av ressurspersoner som har fungert som superbrukere i tjenesten. Dette har gjort det enklere å spre kunnskap og sikre at alle ansatte har tilgang til støtte ved behov.

Seljord har prioritert opplæring av helsepersonell i distriktene, der DHO har vist seg å være spesielt nyttig for å sikre god oppfølging av pasienter som bor langt fra helse- og omsorgstjenester.

I Skien har opplæringen blitt lagt opp i trinn, der helsepersonell først får grunnleggende innføring i teknologien, før de får praktisk erfaring med pasienter.

I tillegg har flere kommuner hatt fokus på opplæring av tildelingskontorer og saksbehandlere, slik at DHO kan bli en integrert del av kommunenes ordinære tjenestetilbud.

Samarbeid med forskningsmiljøer og spesialisthelsetjenesten

For å sikre at DHO bygger på oppdatert kunnskap, har prosjektet hatt tett dialog med forskningsmiljøer og spesialisthelsetjenesten. Dette har gjort det mulig å bruke forskning og erfaringsbasert kunnskap til å videreutvikle tjenesten og sikre at den er i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer for digital oppfølging.

Larvik og Skien har samarbeidet aktivt med spesialisthelsetjenesten for å finne gode modeller for samhandling, og flere kommuner har deltatt i forskningsprosjekter for å dokumentere effekten av DHO. Dette har vært avgjørende for å styrke legitimiteten til prosjektet og sikre at beslutningene som tas er basert på reelle resultater.

Lokal tilpasning og spredning av erfaringer mellom kommunene

Selv om DHO er et felles prosjekt, har hver kommune tilpasset løsningen til sine egne behov og ressurser. Dette har ført til en verdifull erfaringsutveksling mellom kommunene, der gode praksiser kan deles og implementeres på tvers.

Skien har vært en pådriver for å dele erfaringer med andre kommuner og har samarbeidet med flere for å finne løsninger som kan effektivisere implementeringen av DHO.

Tønsberg har hatt særlig fokus på hvordan DHO kan integreres i eksisterende tjenester uten å skape ekstra arbeidsbelastning for helsepersonell.

Seljord har vist hvordan DHO kan være et viktig verktøy for oppfølging i distriktene, der avstander og mangel på helsepersonell kan være en utfordring.

Langsiktig bærekraft og videreføring av DHO

Oppfølgingsplanen er ikke bare ment for prosjektperioden, men skal sikre at DHO blir en varig og bærekraftig del av helsetjenesten i kommunene. For å oppnå dette må:

Erfaringene fra prosjektet brukes til å forankre DHO i kommunenes helseplaner, slik at det ikke forblir et tidsbegrenset tiltak.

Teknologiske løsninger videreutvikles for å sikre god integrasjon med journalsystemer og annen velferdsteknologi.

Finansieringsmodeller etableres, slik at DHO kan driftes innenfor ordinære budsjettammer etter prosjektperioden.

Kompetansebygging videreføres, slik at nye ansatte får nødvendig opplæring og eksisterende helsepersonell kan oppdatere sin kunnskap.

Konklusjon

Gjennom denne oppfølgingsplanen sikrer kommunene at DHO blir en varig, tilpasningsdyktig og bærekraftig løsning for pasienter med behov for jevnlig oppfølging. Erfaringene fra Vestfold og Telemark viser at en strukturert og helhetlig oppfølging er avgjørende for å oppnå ønskede gevinster både for pasienter, helsepersonell og helsetjenesten som helhet.

Ved å kombinere strukturert evaluering, kompetanseheving, samarbeid og tilpasning vil kommunene kunne videreutvikle DHO og sikre at tjenesten gir maksimal effekt – både nå og i fremtiden.

Måloppnåelse / gevinster

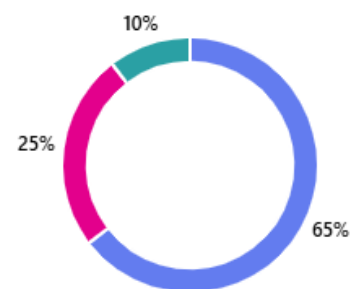
Prosjektet har ført til konkrete forbedringer i hvordan helsetjenestene organiseres og leveres. Nedenfor er en oppsummering av måloppnåelse, gevinster og viktige aktiviteter:

- I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd?

- Prosjektet har ført til økt bruk av DHO i kommunene, med mer systematisk oppfølging av pasienter i hjemmet.
- Samhandlingen mellom fastleger, kommuner og spesialisthelsetjenesten er styrket gjennom etablering av samarbeidsmodeller.
- Flere kommuner har inkludert DHO som en del av sin ordinære tjeneste, og planlegger videre implementering.
- Hvilke gevinster har prosjektet gitt?
 - For brukere/pårørende: Økt trygghet, bedre mestring og redusert behov for reiser til helseinstitusjoner.
 - For helsepersonell: Mer effektiv ressursbruk, bedre beslutningsgrunnlag og økt samarbeid mellom nivåene i helsetjenesten.
 - For kommuner og helseforetak: Redusert antall unødvendige sykehusinnleggelser og bedre fordeling av helsepersonellressurser.

16. Hvordan har du totalt sett opplevd digital hjemmeoppfølging?

● Svært fornøyd	31
● Fornøyd	12
● Verken fornøyd eller misfornøyd	5
● Misfornøyd	0
● Svært misfornøyd	0



- Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?
 - Kvantitative målinger av antall pasienter, sykehusinnleggelser og digitale konsultasjoner.
 - Kvalitative målinger gjennom spørreundersøkelser og tilbakemeldinger fra brukere og helsepersonell.
 - Evalueringer og oppfølgingsmøter for å justere tiltak og videreutvikle tjenesten.
- Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet
 - Implementering av DHO i 7 kommuner med tilpassede løsninger.
 - Opplæringsprogrammer for helsepersonell og ledere.

- Samarbeidsmøter og workshops mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten.
- Utvikling av modeller for samhandling og oppfølging av pasienter.

Prosjektet har hatt en betydelig innvirkning på hvordan helsetjenester organiseres og leveres, og erfaringene fra prosjektet vil danne grunnlaget for videre implementering og utvikling av DHO i kommunene.

Uten digital hjemmeoppfølging	Tjenestebruk/tidsbruk per måned	
	Besøk fra hjemmetjenesten	1200 min (20t)
	Kjøretid	2160 min (36t)
	Total tidsbruk	3360 min (56t)
	Kostander per måned	
	Lønnskostnader hjemmetjenesten	7920 kr
	Kostnader til kjøring	2391 kr
	Totalt kostnader pr måned	10311 kr

Med digital hjemmeoppfølging	Kostander for tjenesten per måned	
	Lønnskostnader for Alarmsentralen	731 kr
	Lisens	590 kr
	Utstyr	3490 kr
	Oppstartskostnader	500kr
	Totalt kostnader med DHO per måned	1821 kr (5311 kr)

Kategori	Totalt alle avdelinger
Antall pasienter i prosjektperioden:	35
Antall avsluttet:	14
Antall gjenværende pasienter ved sluttev.	21
Total kjøregevinst månedlig (I minutter) regnet tur/retur	2372 min
Total gevinst månedlig besøk	184
Antall pasienter med reduksjon i faglært til ufagl	8
Antall sparte sykehusinnleggelser	10
Antall sparte kommuneinnleggelser	2
Spart legekontakt	17

Modell for DHO i vårt prosjekt / Helsefellesskap

- **Tjenesteforløp:** Kommunene har utviklet ulike modeller for tjenesteforløp, hvor pasientene blir inkludert basert på kartlegging av behov og helseforhold. Noen kommuner har benyttet primærhelseteam, mens andre har organisert oppfølgingen i hjemmetjenesten eller via Helsehjelpen.
- **Inklusjons- og eksklusjonskriterier:** Hovedmålgruppen er pasienter med kroniske sykdommer som KOLS, hjertesvikt og diabetes, samt pasienter med psykiske lidelser og behov for strukturert oppfølging. Eksklusjonskriterier inkluderer kognitiv svikt som hindrer bruk av teknologien.
- **Brukerinvolvering:** Flere kommuner har inkludert brukerrepresentanter i utviklingen av tjenesten, med særlig vekt på egenbehandlingsplaner.
- **Egenbehandlingsplan:** Mange kommuner har sett nytteverdien av å utarbeide egenbehandlingsplaner i samarbeid med fastleger og spesialisthelsetjenesten. Disse planene gir pasienten bedre innsikt i egen helse og gir helsepersonell et strukturert beslutningsgrunnlag.
- **Organisering av oppfølging:** Noen kommuner har lagt oppfølging til fastleger, mens andre har brukt primærhelseteam eller hjemmetjenesten. Skien kommune har valgt å organisere oppfølgingen gjennom Alarmsentralen.
- **Erfaring med fastlegens rolle:** Det har vært utfordringer med å involvere fastlegene, men enkelte kommuner har etablert gode samarbeidsrutiner, inkludert regelmessige møter.

- **Samarbeid med helseforetak:** Samarbeidet med spesialisthelsetjenesten har variert, men det er enighet om at tidlig involvering er viktig for gode pasientforløp.
- **Vurdering av kostnader og bærekraft:** Flere kommuner har gjennomført analyser som viser at DHO kan gi betydelige besparelser på lang sikt, men forutsetter et visst volum av pasienter for å være økonomisk bærekraftig.
- **Fordeler og ulemper:** Fordelene inkluderer økt trygghet for pasienter og redusert press på helsepersonell. Ulempene har vært behovet for teknisk opplæring og ulik praksis mellom kommunene.

Prosessveiledning

Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?

- InnoMed har bistått i utviklingen av tjenestemodeller for DHO gjennom workshops og veiledning.
- Bidratt til etablering av samarbeidsarenaer mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Veiledning i gevinstrealisering og systematisk implementering av teknologi.
- Prosessledelse og støtte i utarbeidelse av retningslinjer for bruk av DHO i kommunene.

Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed

- Kommunene har fått verdifull bistand i å utvikle en bærekraftig tjenestemodell for DHO.
- Kunnskapsoverføring og erfaringsutveksling mellom kommunene har vært sentral.
- Støtte i utfordringer knyttet til implementering og samhandling mellom ulike aktører.

Hvilke aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært nyttig for framdrift i prosjektet?

- Finansieringsstøtte til spredning av DHO i kommunene.
- Organisering av nasjonale samlinger for erfaringsutveksling.
- Tilgang til veiledningsmateriell og anbefalinger for implementering av DHO.
- Bidratt med føringer og støtte for kommunenes søknader om videre finansiering.
- Prosessveiledningen fra InnoMed og Helsedirektoratet har vært avgjørende for fremdriften i prosjektet. Den har bidratt til å strukturere implementeringen, sikre

kompetanseheving og etablere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra prosjektet viser at slik støtte er nødvendig for å skape varige og bærekraftige DHO-tjenester i kommunene.

Læringspunkter og erfaringer

Erfaringene fra prosjektet har gitt verdifulle innsikter i hva som skal til for å lykkes med Digital Hjemmeoppfølging (DHO). Gjennom implementeringsfasen har både muligheter og utfordringer blitt identifisert, og disse læringspunktene kan være nyttige for andre kommuner og helsetjenester som ønsker å etablere eller videreutvikle DHO.

- Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune
 - Tidlig forankring i ledelsen og helsefellesskapet har vist seg avgjørende for å sikre gjennomføring.
 - Kompetanseheving blant helsepersonell bidrar til økt trygghet i bruken av DHO.
 - Integrasjon med øvrige helsetjenester, spesielt fastleger og spesialisthelsetjenesten, styrker pasientforløpene.
- Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO
 - Det er viktig å ha tydelig definerte roller og ansvar for helsepersonell, fastleger og spesialisthelsetjenesten.
 - Flere kommuner har erfart at ressurspersoner og koordinatorene for DHO i hjemmetjenesten sikrer en mer effektiv drift.
- Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi
 - Noen kommuner har opplevd utfordringer med systemintegrasjoner og manglende felles plattformer.
 - God oppfølging fra leverandører med opplæring og support har vist seg avgjørende for suksess.
- Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?
 - Implementering av DHO krever tid og ressurser, men tett samarbeid og gode prosesser har bidratt til å overkomme utfordringene.
 - Flere kommuner har funnet løsninger gjennom kontinuerlig tilpasning av tjenestene og samarbeid med fastleger.

- Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)
- **Suksesskriterier:**
 - Samarbeid på tvers av tjenestenivåer – Tett dialog mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten har vært avgjørende for å sikre sømløse pasientforløp og en helhetlig oppfølging.
 - Dedikerte ressurser og prosjektledelse – En tydelig prosjektstruktur med ansvarlige personer har sikret fremdrift, implementering og forankring av DHO i kommunene.
 - Kompetanseheving og opplæring – Opplæring av helsepersonell og veiledning til pasientene har vært essensielt for trygg bruk av DHO-løsninger og for å øke digital mestring.
 - Teknologisk infrastruktur – Tilgang til nødvendig utstyr og gode digitale løsninger har lagt grunnlaget for effektiv hjemmeoppfølging.
 - Erfaringsdeling og nettverk – Kommuner som har delt erfaringer og beste praksis har hatt større suksess i implementeringen.
- **Barrierer:**
 - Varierende grad av digital kompetanse – Både blant helsepersonell og pasienter kan manglende digital forståelse skape usikkerhet og begrense bruken av DHO.
 - Ulike systemer som ikke snakker sammen – Manglende integrasjon mellom journalsystemer og ulike digitale plattformer gjør informasjonsflyten utfordrende og kan forsinke implementeringen.
 - Finansiering og bærekraft – Prosjektfinansiering har vært en viktig driver, men det er behov for en tydelig strategi for hvordan DHO kan videreføres og finansieres på lang sikt.
 - Tjenestekultur og endringsmotstand – Innføring av nye digitale arbeidsmetoder krever omstilling i helsetjenesten, og enkelte fagmiljøer kan være skeptiske til nye løsninger.
 - Juridiske og etiske utfordringer – Spørsmål om personvern, datadeling og ansvarsfordeling mellom aktører kan forsinke implementeringen dersom det ikke finnes tydelige retningslinjer.
- Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere DHO?

- Start med en pilot og tilpass tjenesten etter erfaringene.
- Sørg for god forankring i både politisk og administrativ ledelse.
- Legg til rette for kompetanseheving blant helsepersonell.
- Ha tett dialog med fastleger og spesialisthelsetjenesten for å sikre gode pasientforløp.
- Jobb aktivt med gevinstrealisering for å synliggjøre verdien av DHO.

Erfaringene fra prosjektet viser at en strukturert implementeringsplan, tett samarbeid mellom aktørene og fleksibilitet i tjenestetilpasningen er avgjørende for suksess. Ved å bygge videre på disse læringspunktene kan DHO bli en bærekraftig og effektiv helsetjeneste for fremtiden.

Oppsummering og veien videre

Hva er status for overgang til drift, evt. plan for dette?

- Flere kommuner har allerede implementert DHO som en del av sine ordinære tjenester.
- Overgangen til drift krever fortsatt finansiering og politisk forankring i enkelte kommuner.
- Kommuner som Skien og Larvik har etablert en modell hvor DHO er en integrert del av hjemmetjenesten og alarmsentralen.
- Det pågår arbeid med å sikre bærekraftige løsninger for å videreføre DHO etter prosjektperioden.

Hva må på plass for å sikre overgang til drift, herunder helhetlig tjenestemodell?

- Videreutvikling av helhetlige tjenestemodeller der DHO er en integrert del av kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Økt involvering av fastleger og spesialisthelsetjenesten i utarbeidelse av oppfølgingsplaner.
- Kompetanseheving og opplæring av helsepersonell for å sikre trygg og effektiv bruk av teknologien.
- Økonomisk bærekraftige løsninger, inkludert videre søknader om finansiering fra Helsedirektoratet og andre støtteordninger.

Hva er planene for videre utvikling?

- Utvidelse av DHO til flere diagnosegrupper, inkludert psykisk helse og rus.
- Økt samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten for å sikre en mer sømløs pasientreise.
- Teknologisk videreutvikling og integrasjon av DHO med eksisterende journalsystemer for bedre informasjonsflyt.
- Arbeid med å gjøre DHO til en nasjonal standard for oppfølging av kronisk syke pasienter.
- Evaluering av prosjektet for å identifisere forbedringsområder og implementere best practices på tvers av kommunene.

For at DHO skal bli en bærekraftig og effektiv del av helsetjenesten i kommunene, er det avgjørende å bygge videre på erfaringene fra prosjektperioden og sikre en helhetlig og integrert tilnærming i videre drift.

Konklusjon

Spredningsprosjektet for Digital Hjemmeoppfølging 2022–2024 har vist at digital oppfølging kan bidra til økt trygghet for pasientene, bedre ressursutnyttelse i helsetjenesten og mer sømløse pasientforløp. Gjennom systematisk samarbeid mellom kommuner, fastleger og spesialisthelsetjenesten har prosjektet lagt grunnlaget for en mer helhetlig og bærekraftig oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer og komplekse behov.

Erfaringene fra prosjektet viser at tidlig forankring i ledelsen, tett samhandling mellom tjenestenivåer, kompetansebygging og teknologisk tilrettelegging er avgjørende suksessfaktorer for implementering av DHO. Samtidig har utfordringer som finansiering, digital kompetanse og integrasjon mellom ulike journalsystemer blitt identifisert som viktige områder for videre utvikling.

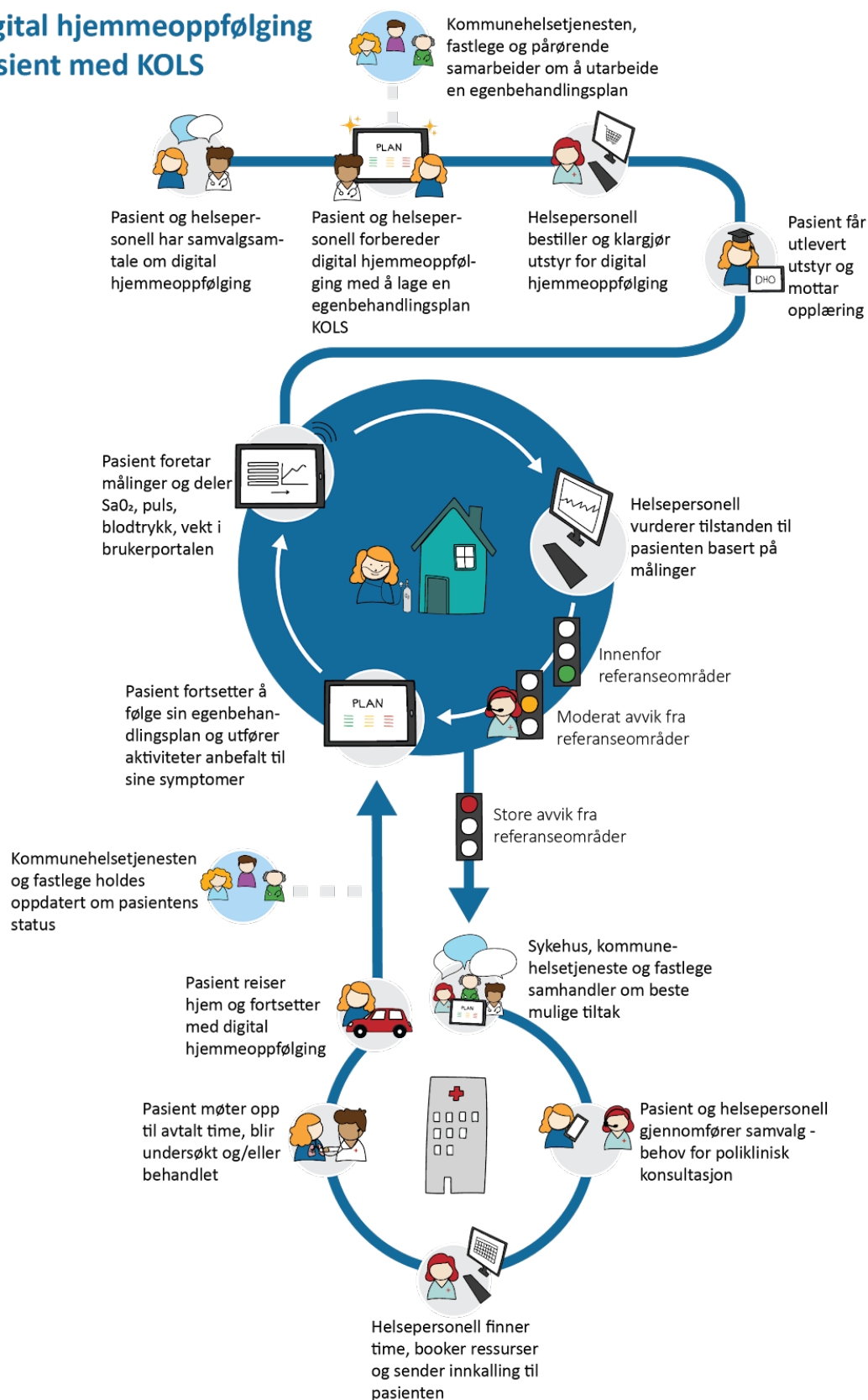
Flere kommuner har allerede integrert DHO som en del av sine ordinære helsetjenester, og erfaringene fra prosjektet vil være en viktig ressurs for videre implementering både regionalt og nasjonalt. For at DHO skal bli en varig og bærekraftig tjeneste, må det sikres langsiktige finansieringsmodeller, videreutvikling av teknologiske løsninger og økt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektet har demonstrert at DHO er en viktig del av fremtidens helsetjeneste og kan spille en sentral rolle i å møte utfordringene knyttet til økt press på helse- og omsorgstjenestene.

Ved å bygge videre på erfaringene og sikre god forankring i helseplaner og strategier, kan DHO videreføres som en effektiv og pasientsentrert løsning i årene som kommer.

Vedlegg:

Digital hjemmeoppfølging pasient med KOLS



Eksempel på bruker i Tønsberg kommune. Ikke et unikt eksempel



Anne

Alder: 93

Bosituasjon: bor alene

Sykdomshistorie: hjertesvikt, atrieflimmer, Pacemaker

Gevinster

- Anne opplever en forbedring av egen helse. Hun mestrer målinger fint på egenhånd, har stabilt god allmenntilstand og fine vitalia
- Hun opplever stor nytte av oppfølgingen hun får fra hjemmetjenesten, og er fornøyd med å ha kontroll over egen helse. Hun oppgir at det gir henne frihetsfølelse og gjør henne uavhengig av faste fysiske besøk fra hjemmetjenesten.
- I perioden jan -april er det 21 oransje og 20 røde målinger. I disse tilfellene har hjemmetjenesten tatt kontakt med Anne over telefon, veiledet og avklart situasjonen.
- Etter oppstart hadde Anne ingen planlagte fysiske besøk fra hjemmetjenesten. Hun fortsatte med målinger x 1 per uke ut april, for deretter å avvikle tiltaket i samråd med bruker, hjemmetjenesten og fastlege.
- Anne sier selv at dersom det blir behov for å foreta målinger på et senere tidspunkt er hun positiv til DHO.

Ønsker og behov

- Anne satte seg mål om stabile vitalia over tid, mestre egen hverdag og oppleve trygghet rundt egen helse

Situasjonen før DHO startet

- Innlagt sykehus des 22 grunnet forverring hjertesvikt og behov for omprogrammering pacemaker.
- Hjelpebehov: stell morgen og kveld, strømper og medisiner. Dusj x 1 per uke. Vekt og BT x 3 per uke.
- Hjemmetjenesten brukte 1 time daglig på besøk og 14 min tur/retur kjøretid.

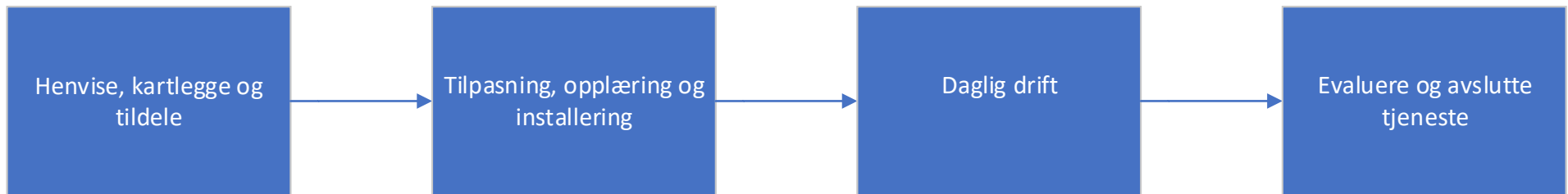
Oppstart av DHO

- Anne startet opp med DHO i jan 2023
- Hjemmetjenesten opprettet behandlingsplan sammen med Anne og fastlege.
- Hun mottok vekt, BT måler og pulsoksymeter, og fikk opplæring i bruk av utstyr. Hadde selv nettbrett.
- Anne foretar selv daglige målinger hjemme.
- Hjemmetjenesten mottar varsler ved vitalia utenfor grenseverdier
- Etter oppstart DHO estimert ATA tid 1 time per mnd til oppfølging og evaluering av tiltaket.
- April 23 reduserer til målinger x 1 per uke grunnet stabile vitalia over tid.

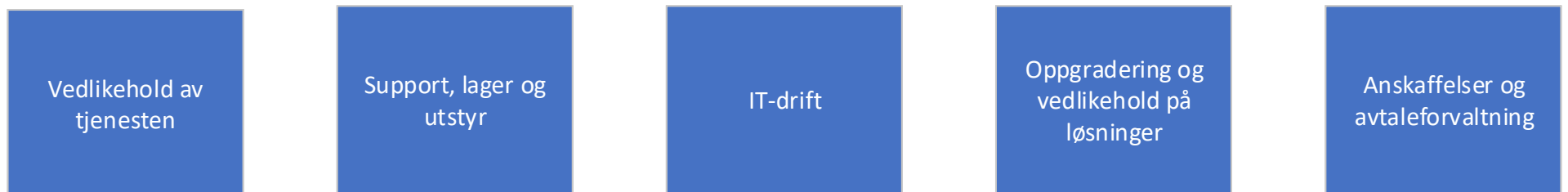
Helhetlig tjenestemodell - Digital Hjemmeoppfølging (DHO)

En veiledning om organisering av DHO, rolle- og ansvarsfordeling i forvaltning av sektorovergripende tjeneste.

Tjenesteforløp DHO.



Løpende kommunale oppgaver. Alt som skjer i bakgrunnen for å sikre god og sikker drift av DHO ute hos brukere.



Henvise, kartlegge og
tildele

Henvise

Tildelingskontoret mottar søknad eller intern melding om behov hos en bruker. Det kan komme i papirform, på telefon eller e-melding, fra fastlege, sykehus, hjemmetjenesten, pårørende eller andre. Saken registreres i fagsystem. Kommer saken fra SiV (KOLS-pasienter) kan man etterspørre om bruker er vurdert for DHO, om det er laget egenbehandlings-plan og satt grenseverdier.

Kartlegge

Tildelingskontoret kartlegger, og vurderer om søker kan benytte DHO. Utøvende tjeneste kartlegger ytterligere ifht DHO og med risikovurdering. Saksbehandler vurderer søkers samtykke for å motta tjeneste, utøvende tjeneste vurderer samtykke til tiltaket. Ta kontakt med brukers fastlege om egenbehandlingsplan og fastsettelse av grenseverdier.

Tildele

Tildelingskontoret skriver vedtak på helsetjeneste i hjemmet og spesifiserer tiltaket DHO. Vedtak sendes til bruker. Tjeneste DHO registreres i EPJ. Tiltaket er ikke diagnoseavhengig, brukers behov avgjør tiltak.

Kommunikasjon mellom tildeling og utøvende tjeneste foregår pr e-melding i EPJ eller telefon.

Utvørende tjeneste får beskjed om tiltaket på e-melding i EPJ, rapporttuthenting og evt beskjed eller telefon.

Tilpasninger,
opplæring og
installering

Forberedelser

Ressursperson DHO i utøvende tjeneste finner ut hva slags utstyr som egner seg best og om ansatte trenger mer opplæring. Forbereder egenbehandlingsplan, grenseverdier og varsler, i samarbeid med bruker og fastlege. Røde grenseverdier gir røde varsler, gule gir gule varsler, grønne gir grønne varsler.

Ressurserpersoner bistår med opplæring av ansatte. Kontakt velferdsteknologi-koordinator når det er behov for ytterligere opplæring. Bruk også tilgjengelige e-læringer, compilo og Innsida.

Bestille og tilpasse utstyr

Velferdsteknologikoordinator sjekker lager og bestiller utstyr fra lager eller fra leverandør. Når utstyr er kommet leveres det ressursperson på sonen i utøvende tjeneste, som setter opp i Dignio prevent ihht til kartlegging og avtale med bruker. Sett generelle grenseverdier inntil man blir kjent med bruker, og tilpass verdiene i løpet av utprøvsperioden.

Kommunikasjon mellom involverte parter er viktig. Les mer om grenseverdier på nettsiden til dignio. Trykk på pila for å komme direkte dit.

Utlevere og gi opplæring

Utvørende tjeneste avtaler med bruker og evt pårørende om tidspunkt for utlevering og opplæring i bruk av utstyr. Ivarssattdato registreres i EPJ, gjennomført opplæring dokumenteres, evalueringsdato legges inn i kalender.

Informasjon og opplæring tilpasses hver enkel bruker. Husk samarbeid med pårørende, fastlege og andre internt i tjenesten.

Daglig drift

Varselhåndtering

Ressursperson/ansvarsvakt sjekker målinger morgen og kveld, og følger opp varsler på vakttelefon via mobil eller pc. Dokumenter i EPJ.

Respons

Ressursperson/ansvarsvakt kontakter bruker ved røde og gule varsler, og setter igang oppfølgingstiltak etter behov. Dokumenter i EPJ.

Oppfølging av varsler og feilmeldinger

Dokumenter respons på varsel, og evt endringer av oppsett, både i EPJ og tilhørende administrasjonssystem for teknologien. Denne dokumentasjonen blir viktig for evaluering av tiltaket.

Gjør deg kjent med Dignio support, ta kontakt med de dersom det oppstår hendelser i daglig drift som du ikke kan løse. Klikk på pila for å komme til hjelpesidene på nett.

e-post: support@dignio.com, tlf: 69 95 55 20

Evaluering og avslutte tiltak

Evaluering av tiltaket

Prøveperiode på 14 dager, legg inn fortløpende grenseverdier, og juster etter prøveperioden. Dokumenter i EPJ. Brukers behov endrer seg over tid. Utøvende tjeneste utfører jevnlig evaluering, minst hver 3. mnd. Dette må legges inn i årshjul. Vurder om tiltaket er hensiktsmessig og forsvarlig, hvilke nytteverdier oppnår man, trengs det endringer i oppsett på teknologi eller tjeneste. Følg prosedyre for evaluering av tjenester.

Fortsette, uten endringer

Dokumenter i EPJ

Fortsette, med endringer

Dokumenter i EPJ, gjør endring i administrasjonssystem.

Avslutte

Følg prosedyre for avslutte og innlevering av utstyr

Vedlikehold av tjenesten

Aktivitet	Beskrivelse	Ansvar
Gjennomføre kommunikasjonstiltak	Ha oppdatert oversikt over organisering og interessenter. Sørge for informasjon og oppdateringer til alle parter.	Tildelingskontor, kommunikasjon, velferdsteknologirådgivere
Lede og gjennomføre opplæring	Kompetanseheving på tvers av IT, teknisk og helse. Plan og gjennomføring.	Ressurspersoner, velferdsteknologi koordinator og -rådgivere
Vedlikeholde tildelingskriterier	Sørge for at saksbehandlere, og andre, er kjent med nytten og bruksområder for teknologi. Oppdatere kriteriene.	Tildelingskontor
Forvalte rutiner for personvern og informasjonssikkerhet	Rutiner for tilgangsstyring, avvikshåndtering og hendelseslogger.	Personvernombud, ressurspersoner, velferdsteknologikoordinator
Avklare tjenestens behov og implementere nye løsninger	Avklar behov og krav til nyanskaffelser, feedback på eksisterende teknologi.	Utøvende tjeneste m/ledere, tildelingskontor, velferdsteknoloikoordinator og -rådgivere
Endre tjenesteforløp og rutiner	Kontinuerlig arbeid med forbedring av tjenesten.	Tildelingskontor, ressurspersoner, velferdsteknologikoordinator og -rådgivere
Vurdere risiko og planlegge beredskap	ROS-analyser og beredskapsplaner holdes oppdaterte.	Tjenesteledere, virksomhetsledere og digitalisering
Følge opp gevinster	Ha klare roller og ansvarsfordeling for måling og rapportering av gevinster. Følg opp gevinstene og juster tjenesten ved behov.	Virksomhetsledere
Budsjettere	Budsjettere for den samlede ressursbruken i tjenestemodellen. Kontroll på hva som er drift og hva som er investering.	Virksomhetsledere
Administrere system- og utstyrsporteføljen	Oversikt over systemer, utstyr, programvare og komponenter. sikre vedlikehold, oppgradering, utskiftning og drift.	Digitaliseringsavd, ressurspersoner, velferdsteknologikoordinator og -rådgivere
Samhandling	Samarbeid HM, THO, digitalisering, fastleger, SiV, MFT, andre kommuner og regionsamarbeid.	Alle som er involvert i DHO-arbeid

Aktivitet

Beskrivelse

Ansvar

Håndtere support på systemer og utstyr: tekniske varsler og feilmeldinger.

Rutiner for håndtering av feilmeldinger og tekniske varsler skal ligge i compilo og gjøres kjent for ansatte. Det skal være enkelt for ansatte ute i tjeneste å kontakte support ved behov. Vi har ikke et felles system for oppfølging og support, hver enkelt avdelingsleder er ansvarlig på sin avdeling/sone. Dersom man opplever at utstyr blir defekt meldes dette umiddelbart til ressursperson som bestiller nytt utstyr fra lager eller leverandør.

Leverandør ivaretar feil på systemene de leverer

Ressurspersoner DHO på sonene

Drifte utstyrlager og logistikk

Lager for velferdsteknologisk utstyr er på rådhuset og administreres av rådgivere velferdsteknologi. Ved behov for utstyr gis beskjed til velferdsteknologikoordinator i hjemmetjenesten, eller kontakt rådgivere på velferdsteknologi@tonsberg.kommune.no, som bestiller nødvendig utstyr.

Leverandør

Rådgivere velferdsteknologi

Leverandørkontakt

Dersom det er behov for support ved daglig drift av utstyr, kontaktes leverandørens support på telefon eller e-post. Hver enkelt ansatt i utøvende tjeneste må ha kjennskap til hvilke leverandører de til enhver tid må kunne komme i kontakt med. Se også punktet "Daglig drift" for mer info.

Ledere, tjenesteutførere, velferdsteknologikoordinator og -rådgivere.

Aktivitet

Beskrivelse

Ansvar

Drifte systemer, plattformer
og infrastruktur

Holde oversikt over
installerte systemer og
programvare gjennom
administrasjonssystem.

JIKT, leverandør,
ressurspersoner, velferdstekn
ologikordinator, rådgivere
velferdsteknologi

Drifte rolle- og tilgangsstyring

Oversikt over dignio
prevent, hvem som har
tilganger og endringer av
roller og tilganger.

Velferdsteknologikordinator
og velferdsteknologirådgivere

Oppgraderinger og vedlikehold på løsninger

Aktivitet

Beskrivelse

Ansvar

Planlegge tekniske endringer og vedlikehold

JIKT og leverandører må kontakte kommunen ved oppdateringer og vedlikehold. Velferdsteknologikordinator og rådgivere informerer ut i tjenestene.

JIKT, Atea, Dignio

Styre oppgraderinger og konfigurasjoner

Krever god planlegging og samarbeid med leverandører og JIKT slik at kommunen får nødvendig informasjon. Digitaliseringsavd må ha oversikt over lisenser og avtalene.

JIKT, Atea, Dignio

Teste nye løsninger

Leverandør, velferdsteknologikordinator og ressurspersoner er ansvarlig. Utarbeid gode rutiner for hver enkelt utprøving og sørg for god dokumentasjon under testperioden.

Tjenesteutfører, velferdsteknologikordinator og -rådgivere

Oppdatere teknisk dokumentasjon

Anbefalinger fra direktoratet for e-helse.

Tjenesteutfører, velferdsteknologikordinator og -rådgivere

Aktivitet

Beskrivelse

Ansvar

Gjennomføre anskaffelser og avrop på avtaler

Oversikt over avtaler kommunen har finnes i digiorden, avtaler finnes i websak. Dagens avtale for DHO er med dignio via Atea.

Virksomhetsleder, digitalisering, innkjøp, tjenesteutfører, interkommunale anskaffelsesnettverk

Forvalte avtaler

Rådgivere velferdsteknologi bidrar med statusmøter med leverandør og evaluere kontrakter.

Virksomhetsleder, velferdsteknologirådgivere, velferdsteknologikoordinator, tjenesteutfører

