

Organisasjonskart Digital Hjemmeoppfølging Helgeland

Digitale Helgeland/Prosjekteier

Et kommunalt oppgavefelleskap med 16 kommuner som jobber for utvikling og bedre tjenester, med fokus på innovasjon, brukerorienterte løsninger, datadeling, gjenbruk og bruk av nasjonale fellesløsninger

Styringsgruppe

Stig Sørrå - Sekretæriatsleder Helgelandsrådet
Sissel Karin Andersen - Kommunedirektør helse og omsorg
Hege Torghatten - Kommunalsjef helse og omsorg
Rune Holm - Klinikksjef Helgelandssykehuset
Ole Johnny Pettersen - Klinikksjef medisin Helgelandssykehuset

Prosjektleder/prosjektgruppe

Eva-Alice M. Slettevoll - Prosjektleder Digitale Helgeland
Stein-Rune Fjærvoll - Daglig leder RKK Vefsn
Hanne B. Wiig - Daglig leder RKK Ytre Helgeland
Silje Paulsen - Rådgiver kompetanse og utdanning, Helgelandssykehuset
Eline Monsen - Interkommunal samhandlingsleder Helgeland

Mellomledd mellom kommunene og Helsedirektoratet

Klyngeledere

Vefsn-klyngen: Stein-Rune Fjærvoll, Daglig leder RKK Vefsn
Ytre Helgelandsklyngeng: Hanne B. Wiig, Daglig leder RKK Ytre Helgeland
Sør-Helgeland og Rana/Rødøy: Stein-Rune Fjærvoll, Daglig leder RKK Vefsn
Koordinerer og følger opp arbeidet i sine kommuner og rapporterer til prosjektleder

Resusspersoner/tverrfaglige kommunale arbeidsgrupper

Ledere, ressurspersoner, tjenestekontor, legekantor, IKT, ergoterapaut, ansatte i hjemmetjenesten.
Utnevnes i den enkelte kommune

*Følger opp aktivitet i sin kommune og rapporterer til prosjektleder i klyngen
Bistår ressurspersoner i innsiktsarbeid, kartlegging.*

Helsefelleskap
HELGELAND



Ytre Helgelandsklyngen

Alstahaug, Dønna, Herøy, Leirfjord, Lurøy, Nesna og Træna

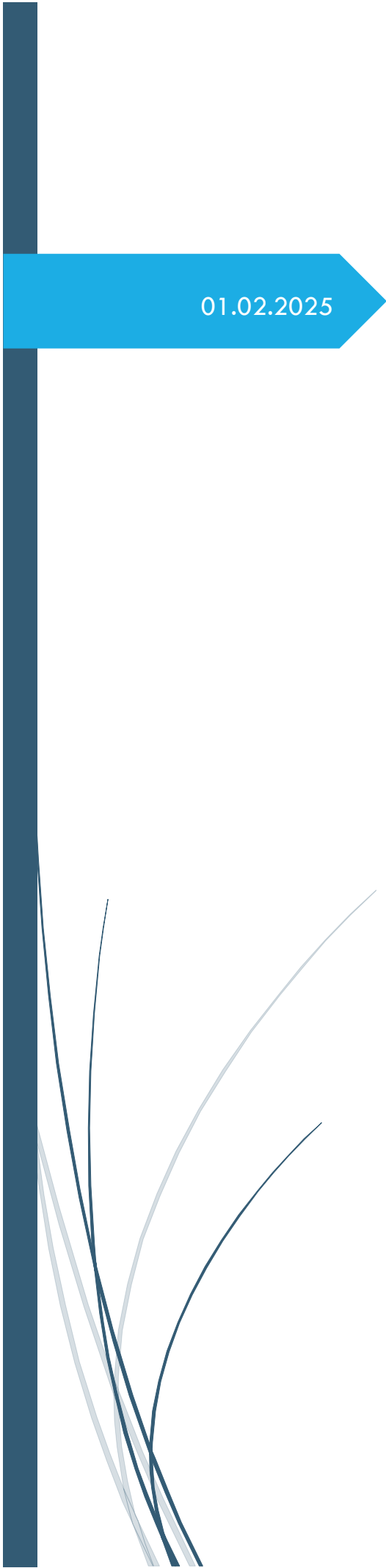
Vefsn-klyngen

Grane, Hattfjelldal, Hemnes og Vefsn

Sør-Helgeland og Rana/Rødøy

Bindal, Brønnøy, Sømna, Vega, Vevelstad, Rana og Rødøy

Digitale
Helgeland

A thick dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow points to the right from this bar, containing the date. In the bottom left corner, several thin, curved lines in dark blue and light grey sweep upwards and to the right.

01.02.2025

Sluttrapport digital hjemmeoppfølging

Helgeland

Eva-Alice M. Slettevoll

DIGITALE HELGELAND

INNHold

Sammendrag	3
1 Innledning.....	4
Formål med deltakelse i spredningsprosjektet	4
2 Faktaboks om prosjektet (kommuner, helseforetak og fastlegetjenesten (se vedlegg org.kart)	4
Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet	4
Forankring i Helsefellesskapet.....	4
3 Mål med tiltaket	5
Målgrupper:.....	5
Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten(primær/spesialist).....	5
Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging.....	6
4 Måloppnåelse / gevinster.....	6
I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?	6
Kommuner.....	6
HelgelandsSYKehuset	7
Hvilke gevinster har prosjektet gitt, (for brukere/ pårørende, helsepersonell som følger opp pasienter/fastleger, kommuner og helseforetak)	8
Gevinster for brukere/pårørende	8
Gevinster for helsepersonell i kommuner som følger opp pasientene	8
gevinster For Fastleger.....	8
gevinster FOR ansatte i HSYK som følger opp pasientene	8
Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?.....	8
Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet	9
Kommunene	9
5 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt/ Helsefellesskap	10
Tjenesteforløp beskriv kort, (endringer/utvikling i løpet av perioden? (vedlegg)	10
Kommunene	10
Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier	10
Inklusjonskriterier.....	10
Eksklusjonskriterier.....	11
Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten.....	11
Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan	11
Kommunene	11
HelgelandsSykehuset.....	11
Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging (Organisering, kompetanse, omfang og etiske vurderinger).....	11
Kommunene	11
HelgelandsSykehuset.....	11
Erfaring med fastlegens rolle og ansvar	12
Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle	12

Beskrivelse av hvordan anskaffelse har vært gjennomført, og hvordan implementering og prosesser rundt dette har gått (Leverandør, type teknologi, omfang)	12
Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten.....	13
Kommunene	13
Helgelandssykehuset.....	13
Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på	14
6 Prosessveiledning.....	14
Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?.....	14
Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed	14
Hvilke aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært nyttig for framdrift i prosjektet?	14
Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt, sett fra helsepersonell, helseforetak og kommune.....	15
SETT FRA HELSEPERSONELL I KOMMUNER	15
Sett fra helsepersonell i helseforetak.....	15
Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO?.....	15
Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi?	15
Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?.....	16
Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)	16
Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging?	17
Hva er status for overgang til drift, evt. plan for dette?	17
Vefsn-klyngen (fire kommuner på indre Helgeland)	17
Ytre Helgeland (SYV KOMMUNER)	17
Sør-Helgeland (fem KOMMUNER) OG RANA/RØDØY	17
Hva må på plass for å sikre overgang til drift, herunder helhetlig tjenestemodell?	18
Hva er planer for videre utvikling?	18
9 VEDLEGG	19
Tjenesteforløp for ulike målgrupper.....	19
Organisasjonskart	19
BRUKEREVALUERINGER.....	19
Kommunene	19
Oppsummering av tjenesteforbruk	19

SAMMENDRAG

Helgelandskommunene, Helgelandssykehuset og fastleger har etablert et samarbeidsprosjekt for digital hjemmeoppfølging av kronisk syke pasienter på Helgeland. Prosjektet er forankret i Helsefellesskap Helgeland, og hadde en felles oppstart med workshop høsten 2023. I etterkant ble det gjort et innsiktsarbeid i form av et spørreskjema til alle kommunene, for å kartlegge teknologi og aktuelle målgrupper.

Arbeidet har siden våren 2024 vært gjennomført i tre kommuneklynger, fordelt på 18 kommuner. Klyngene har egne klyngeledere, som fra 2025 frikjøpes i 15 %. Disse har koordineringsansvar for implementeringen av DHO i sine kommuner. I prosjektet Digital hjemmeoppfølging Helgeland har det vært arbeidet med utvikling av tjenesteforløp både for kommuneinitiert og sykehusinitiert DHO. Den sykehus-initierte aktiviteten har bestått av digital oppfølging av pasienter med alvorlige respirasjonslidelser siden tidlig 2024, og utvides nå til å inkludere pasienter med epilepsi. I tillegg utvikles og piloterer samhandlingsforløp for felles pasienter for sykehus og kommune, for relevante pasientgrupper.

De ulike kommuneklyngene har arbeidet i ulikt tempo, og har vært i ulike faser i milepælsplanen. Den første kommuneklyngen på fire kommuner startet med aktive pasientene i DHO-løsninger desember 2024, og det arbeides fortløpende med skalering av antall. Den neste kommuneklyngen på 7 kommuner er ikke i gang med pasienter, men forbereder oppstart tidlig 2025. Sør- Helgeland og kommunene Rana og Rødøy, har startet planleggingen av oppstart, med en ambisjon om å få de første pasientene på DHO 1. januar 2025. Målet er at alle Helgelandskommunene og Helgelandssykehuset skal implementere bruk av digital hjemmeoppfølging som en naturlig del av helsetjenesten innen 2026.

1 INNLEDNING

FORMÅL MED DELTAKELSE I SPREDNINGSPROSJEKTET

Digital hjemmeoppfølging (DHO) sees på som et av svarene på mange av utfordringene som finnes i helsevesenet i dag, ikke minst på Helgeland, med en aldrende befolkning og flere som lever med kroniske sykdommer. Det er behov for mer effektiv oppfølging av pasienter, uten at sykehus og kommunehelsetjeneste belastes unødige. Det er i tillegg mangel på helsepersonell. Nasjonale anbefalinger peker på at digitalisering er veien å gå for å sikre bærekraftige tjenester. For pasientene vil DHO gi bedre livskvalitet, økt mestring av egen helse og større trygghet. DHO kan forebygge forverring gjennom tidligere oppdagelse av endringer i helsetilstanden, og tiltak kan settes raskere inn. Dette kan redusere behovet for innleggelser, og dermed redusere kostnader. DHO kan også utnytte personellressurser bedre ved at digitale verktøy bidrar til enklere overvåking av pasienten. I en region som Helgeland vil DHO også kunne sikre mer tilgjengelige tjenester for alle, uavhengig av hvor pasienten bor.

2 FAKTABOKS OM PROSJEKTET (KOMMUNER, HELSEFORETAK OG FASTLEGETJENESTEN (SE VEDLEGG ORG.KART))

SAMARBEID, ORGANISERING, EIERSKAP OG STYRING I PROSJEKTET FORANKRING I HELSEFELLESSKAPET

Prosjektet Digital hjemmeoppfølging Helgeland (DHH) er forankret i Helsefellesskap Helgeland på høyeste ledernivå. Helsefellesskap Helgeland fungerer som en overbygning for arbeidet. DHH er et samarbeid mellom Helgelandskommunene, Helgelandssykehuset (HSYK), Helsefellesskapet og politisk nivå, og alle parter er representert i prosjektgruppen og/eller i styringsgruppen. Representanter fra brukere inviteres inn ved behov. Helsefellesskap Helgeland er prosjekteier og Brønnøy kommune (vertskommune for interkommunal samhandlingssjef) står som søker på vegne av alle de 18 kommunene på Helgeland. De ulike samarbeidspartnere bidrar på ulike måter i arbeidet.

I prosjektgruppen er partnerne representert med kompetanse og funksjoner som kreves for å sikre måloppnåelse i prosjektet. Prosjektleder Eva-Alice M. Slettevoll er ansatt som rådgiver i Digitale Helgeland (DH), og har overordnet ansvar for prosjektet. DH har også rollen som virksomhetsadministrator i Dignio. DH vil bidra i tråd med prosjektbeskrivelsen, herunder understøtte arbeidet med å videreutvikle og styrke DHO av kronisk syke. DH vil særlig bidra med nettverksarenaer for erfaringsoverføringer på tvers av sektorer, generell veiledning innen digitaliseringsprosesser og digital tjenesteutvikling, og som en referansearena for prosjektet.

Prosjektgruppen består videre av Eline Monsen, interkommunal samhandlingsleder Helgeland, Helsefellesskapet. Kommunene er representert ved Stein-Rune Fjærvoll, daglig leder Studiesenter RKK Vefsn og Hanne B. Wiig, daglig leder Studiesenter RKK Ytre Helgeland (RKK er regionale kompetansekontor). HSYK er representert ved Silje Paulsen, rådgiver kompetanse og utdanning. HSYK bidrar også med aktuelle fagressurser for tjenesteutvikling og pilotering i prosjektet. Representantene sikrer til sammen bred forankring, involvering og informasjonsflyt hos alle aktørene.

Kommuneoverlegeforumet på Helgeland (KOF) er et knutepunkt i samarbeidet med fastlegene. Disse vil fortløpende få tydelige roller i arbeidet med DHO, både som behandlingsansvarlige, i utarbeidelsen av egenbehandlingsplaner og i rekruttering av pasienter. Prosjektleder har informert jevnlig i KOF, og fastleger inviteres med på relevante møtepunkter, også på egne emnekurs i DHO.

Styringsgruppen informeres om status i prosjektet og bidrar med innsikt og ideer i prosessen. De har også godkjent prosjektplanen. HSYK er inne i styringsgruppen med to klinikkssjefer, samt at det politiske

nivå fra et av regionrådene er representert. Regionrådene er sentral partner i prosjektet, og bidrar også til å identifisere og understøtte pilotkommuner for konkret pilotering. I tillegg deltar to kommunalsjefer i styringsgruppen.

Kommunene er delt i tre klynger, Vefsn-klyngen, kommuneklyngen Ytre Helgeland og Sør-Helgeland, Rana og Rødøy. Vefsn-klyngen består av Grane, Hattfjelldal, Hemnes og Vefsn. Ytre Helgeland består av Alstahaug, Dønna, Herøy, Leirfjord, Lurøy, Nesna og Træna. Siste klynge inkluderer kommunene Bindal, Brønnøy, Sømna, Vega og Vevelstad, samt Rana og Rødøy. Denne klyngen har stor geografisk spredning, og vil derfor deles i to grupper når det er mest hensiktsmessig. Hver kommuneklynge har frikjøp av prosjektledere fra prosjektgruppen (RKK) i 15 % fra 2025. I den enkelte kommune (evt på tvers av mindre kommuner), etableres tverrfaglige arbeidsgrupper, med egne kontakt-/ressurspersoner som rapporterer til klyngeleder.

I HSYK er det også ressurser som koordinerer arbeidet med DHO på tvers av klinikker. Prosjektet inkluderer en sykehusinitiert aktivitet DHO-KOLS med egen prosjektleder, og det samarbeides tett med sykehuset. Sykehuset jobber både med egne DHO-forløp og koordinerer arbeidet på tvers av klinikker. Sykehuset er i tillegg aktiv i det regionale samarbeidet om DHO og partene har klare ambisjoner om å lykkes med DHO- samhandlingsforløp innen flere diagnosegrupper.

3 MÅL MED TILTAKET

MÅLGRUPPER:

Målgruppen er i første rekke pasienter med kroniske lidelser som kreft, psykiske lidelser, KOLS, hjertesvikt og diabetes. Det vil også rekrutteres pasienter fra andre grupper, som utskrivningsklare pasienter fra sykehuset, korttidsavdelinger og innen hjemmehabilitering. Rekruttering av pasienter til DHO vil være behovsdrevet, framover diagnoseavhengig.

Som en del av prosjektet har vi med et sykehusinitiert DHO for KOLS-pasienter. Tilbud om DHO fra sykehuset vil utvides til å gjelde flere pasientgrupper. Først med oppstart av epilepsipasienter tidlig 2025, før videreutvikling til flere pasientgrupper som hodepine og MS. Det arbeides med tettere samarbeidsløp mellom sykehus og kommuner hvor det vil være aktuelt å starte med pasienter innen diagnosegrupper som hjertesvikt, KOLS, kreft, Parkinson og diabetes. Fastleger vil også kunne bidra i rekruttering av relevante pasienter.

FORVENTEDE EFFEKTER FOR BRUKERE/PASIENTER OG TJENESTEN(PRIMÆR/SPELIALIST)

Bruk av DHO kan gi pasienter bedre oppfølging, økt selvstendighet og trygghet i eget hjem. Det muliggjør jevnlig kontakt med helsepersonell uten å måtte oppsøke helseinstitusjoner. Det vil også kunne gi pasientene en mer aktiv rolle i egen helse. I tillegg kan DHO bidra til kontinuerlig overvåking av pasientens helsetilstand, slik at helsepersonell kan reagere raskt ved endringer, og kan iverksette tiltak før tilstanden blir kritisk.

Gjennom DHO vil vi få mer bærekraftige helsetjenester, ved at det er mulig å samle og dele helsedata mellom pasienten og helsepersonell. Dette kan legge til rette for tidlig igangsetting av tiltak, bedre ressursutnyttelse og økt kvalitet på tjenestene. Det kan redusere behovet for sykehusinnleggelser, fysiske konsultasjoner og reiseaktivitet for både pasienter og helsepersonell.

I helsetjenesten kan rutineoppgaver automatiseres, og det kan gi bedre arbeidsflyt og bedre tilgang til informasjon. Det kan gi færre fysiske hjemmebesøk, og gir helsepersonell tilgang til pasientens

helsesdata i sanntid, samt historiske data. Dette kan gjøre at de kan vurdere pasientens behov uten fysisk tilstedeværelse. Gir også bedre beslutningsgrunnlag for helsepersonell, og administrative oppgaver kan reduseres med digital dokumentasjon.

Implementering av DHO kan legge til rette for bedre samarbeid mellom ulike aktører i helsetjenesten, både innen kommuner og mellom kommuner og med spesialisthelsetjenesten. Gjennom felles tjenesteforløp knyttet til utvalgte pasientgrupper vil det samarbeides tettere og mer sømløst mellom ulike aktører. Dette er erfaringen så langt i DHO KOLS, der Helgelandssykehuset og involverte kommuner samarbeider tett om oppfølging av pasienter med alvorlig KOLS og andre respirasjonslidelser blant annet gjennom bruk av DHO, ambulant virksomhet og avansert hjemmebehandling. Dette er behandlingsforløp som kun kan realiseres i tett samhandling. Erfaringer så langt viser at pasienters helsetjenesteforbruk blir betydelig redusert gjennom DHO KOLS. Våre målinger viser at pasienter går fra å være storbrukere av døgnopphold både i sykehus og kommuner, til å leve i eget hjem eller omsorgsbolig med DHO, hjemmebehandling og bruk av egenbehandlingsplaner. Dette stabiliserer og sikrer tidlig innsats ved forverringer slik at innleggelser unngås. Pasientene rapporterer at de opplever større trygghet og mestring i forhold til egen sykdom.

Prosjektet kan bidra til at kommunene samordner seg ved anskaffelser av velferdsteknologisk plattform og EPJ-systemer. Dette er mulig gjennom oppgavefellesskapet Digitale Helgeland, der kommunene har samarbeid om anskaffelser og innføringsløp innenfor e-helse og digitale helsetjenester. Det er startet et arbeid med felles anskaffelse av ny EPJ for pleie- og omsorgstjeneste, og alle kommunene har hatt mulighet til å knytte seg til samme anskaffelse av velferdsteknologisk plattform.

Delvis som en følge av prosjektet, er det startet et analysearbeid der en ser på behov og mulighet for et felles responsenter for Helgeland, for å kunne håndtere all sensorteknologi som kommunene tar i bruk gjennom velferdsteknologi og DHO løsninger.

OPPLEGG FOR MÅLING GEVINSTER OG EFFEKTER, PLAN FOR OPPFØLGING

Det er utarbeidet en overordnet gevinstplan for prosjektet, og den enkelte kommune skal i tillegg ha egne gevinstplaner. Målet er at kommunene bruker InnoMeds gevinstplanverktøy, og gjør nullpunktsmålinger med regelmessige oppfølginger av relevante målinger. Kvalitative målinger knyttet til pasientene, planlegges å gjennomføres bl.a i spørreskjema. Også Helgelandssykehuset har gevinstoppfølging i arbeidet med sykehusinitierte DHO-er.

4 MÅLOPPNÅELSE / GEVINSTER

I HVILKEN GRAD ER MÅLENE FOR PROSJEKTET OPPNÅDD I VÅRT PROSJEKT?

KOMMUNER

Prosjektet er godt forankret på Helgeland, og vi har nådd målet om å få oppnevnt ressurspersoner/tverrfaglige arbeidsgrupper i de fleste kommunene. Det har vært arbeidet med innholdet i Milepæl 1 og Milepæl 2, og kommunene har blitt fulgt opp ut fra hvor de har vært i prosessen. De ulike kommuneklyngene er kommet noe ulikt i gang.

Vefsn-klyngen med sine fire kommuner er kommet lengst, og de har utarbeidet gevinstplaner og utkast til tjenesteforløp. De har på plass avtale med leverandør og har gjennomgått opplæring i DHO for sine ansatte. Etter innkjøp av teknologi kom den første kommunen i gang med fem pasienter i desember 2024. Det forventes at antallet oppskaleres til cirka 17 pasienter i hele klyngen innen februar. Her er det allerede gevinster i form av bedre kvalitet på tjenestene til pasientene, færre besøk av

hjemmetjenesten og tilbakemeldinger fra leger på at dette er en god måte å følge opp pasientene på.

Fire kommuner på Ytre Helgeland nærmer seg oppstart, og har utarbeidet eller har påbegynt arbeidet med gevinstplaner og utkast til tjenesteforløp. Det arbeides med leverandøravtaler og ambisjonen er oppstart av cirka 15 pasienter før sommeren. Den siste klyngen med syv kommuner er pr januar 2025 i starten av arbeidet, og det arrangeres dialogmøter og inspirasjonsdag ila mars. Kommunene vil fortløpende arbeide ut fra punktene i milepælsplanen.

Det har tatt noe lengre tid enn forventet å få startet opp med pasienter i kommunene, noe som i stor grad har handlet om økonomi. Etter lovnad om ekstratilskudd våren 2024 via Helse Nord, ble det et større trykk i prosjektet. Det gjorde det mulig å tenke frikjøp av klyngeledere og annet personell, samt få mulighet til innkjøp av lisenser og teknologi og til drift.

HELGELANDSSYKEHUSET

I Helgelandssykehuset har samarbeidet i DHH bidratt til å sette fart på arbeidet, både med sykehusinitierte DHO-er og forberedelser til DHO samhandling. DHO KOLS har i pilotperioden hatt totalt 19 pasienter under oppfølging, men per tiden er det seks aktive pasienter. Målet er å få tjenesten over i drift i løpet av 2025. Det har vært gjennomført et betydelig utviklingsarbeid for å bygge systemer og rutiner for DHO KOLS i sykehusets DHO system Checkware, samt tilrettelegging av systemer for gjennomføring av trepartssamtaler og deling av egenbehandlingsplaner på tvers av sykehus, kommuner og fastleger.

Det er etablert en ressursgruppe i medisinsk klinikk som skal sikre utvikling og bredding av DHO til flere pasientgrupper i medisinsk klinikk. DHO til pasienter med epilepsi er startet med pilotpasienter i januar 2025. Samarbeid med UNN HF, og erfaringsutveksling med Helse Vest. Det er en del skjemabasert oppfølging innen psykisk helse og rus- klinikken i forbindelse med utredninger. I kirurgisk klinikk er skjemabasert oppfølging innen ortopedi under utvikling. Her jobbes det med en ny løsning med skema i DIPS og integrasjon mot Helsenorge, som er en god brukerflate ut mot pasient. Målet er å redusere unødige kontroller. Besluttet samarbeid om DHO samhandlingsforløp kreft sykehus og kommuner, her er ressurser oppnevnt fra kommuner og sykehus. Alle lokalsykehusene i HYSK blir representert sammen med kommuner fra aktuelle nedslagsfelt, herunder Vefsn, Hemnes og Alstahaug kommuner som vil være med i utviklingen av forløp på vegne av sine kommuneklynger og med forankring i alle kommunene som deltar i DHH. Dette gir et godt grunnlag for å bredde ut forløpene i samarbeidet med alle kommuner på Helgeland.

Veien videre:

- Kartlegge ytterligere områder hvor det kan innføres skjemabasert oppfølging i Helgelandssykehuset
- Videre utvikling av sykehusinitierte DHO til flere pasientgrupper
- Videre utvikling av DHO samhandling til flere pasientgrupper i samarbeid med kommuner og fastleger

HVILKE GEVINSTER HAR PROSJEKTET GITT, (FOR BRUKERE/ PÅRØRENDE, HELSEPERSONELL SOM FØLGER OPP PASIENTER/FASTLEGER, KOMMUNER OG HELSEFORETAK)

GEVINSTER FOR BRUKERE/PÅRØRENDE

Den første kommunen som har startet opp med DHO sier at pasientene er veldig fornøyde. De synes det er trygt å bli fulgt tettere opp, og flere synes det er veldig greit å slippe så mange besøk. Noen gir også tilbakemelding på at det er godt å ha noe å holde på med, som føles nyttig. Det er mye positive tilbakemeldinger om at det fungerer godt, og at utstyret er lettvin å bruke.

I den sykehusinitierte DHO-en ser vi at situasjonen blir mer stabil for pasientene med DHO og avansert hjemmebehandling. Pasientene slipper stadige innleggelser på sykehus, da forverring kan oppdages tidligere og håndteres før innleggelse er nødvendig. Forbruket av døgnopphold reduseres. Egenbehandlingsplaner gir mer trygghet til pasienten og er et godt hjelpemiddel for å gjøre tiltak iht. hvilken fase man er i.

GEVINSTER FOR HELSEPERSONELL I KOMMUNER SOM FØLGER OPP PASIENTENE

For den kommunen som har startet opp erfarer de at DHO sparer tjenesten for mange besøk.

GEVINSTER FOR FASTLEGER

Fastlegene som den første kommunen har snakket med har vært utelukkende positiv. De har vært veldig enig i at dette har vært ei bra oppfølging for de aktuelle pasientene.

GEVINSTER FOR ANSATTE I HSYK SOM FØLGER OPP PASIENTENE

Erfaringen er at pasientenes helsetjenesteforbruk reduseres, i form av færre døgnopphold i sykehus. Helsepersonellet får tilgang til data over tid i t. sykdomsforløpet og har tettere oppfølging av pasientene gjennom DHO. Det er enklere å få foretatt justeringer på utstyr til avansert hjemmebehandling gjennom samarbeid med kommunehelsetjenesten. Pasientene slipper å reise inn til sykehus for justeringer. Samlet sett gir det bedre mulighet for forebygging av forverring og behovstilpasset helsetjeneste til den enkelte pasient.

HVORDAN HAR GEVINSTENE VÆRT HENTET INN OG FULGT OPP?

Gevinstene for pasientene i kommunene har vært hentet inn gjennom det de beskriver selv, siden de har mottatt denne tjenesten i såpass kort tid. Men gevinster vil videre følges opp via gevinstverktøy fra InnoMed.

I Helgelandssykehuset har vi hentet ut data på forbruk før og etter innføring av DHO for å se utviklingen i helsetjenesteforbruket. Det gjennomføres kartlegging av innvirkningen KOLS har på livskvalitet og pasientene rapporterer i CAT-skjema.

VIKTIGE AKTIVITETER OG LEVERANSER I PROSJEKTET

KOMMUNENE

Klyngene har jobbet i ulike faser, og aktivitetene har vært i ulik rekkefølge innenfor milepælene. Men noe har vært felles aktiviteter:

- Felles workshop for alle kommuner og HSYK høst 2023, knyttet til MP1
- Forankring-/informasjonsarbeid i ledernetverk, legefora, konferanser og relevante nettverk
- Oppnevning av ressurspersoner i de fleste kommuner 2023/2024
- Innsiktsarbeid/spørreskjema knyttet til målgruppe og teknologi januar 2024

AKTIVITETER FØRSTE KOMMUNEKLYNGE/VEFSN-KLYNGEN

- Felles velferdsteknologisk plattform med opsjon for egnet utstyr for DHO var på plass fra før
- Workshops knyttet til MP1 og MP2
- Veiledningsmøter med InnoMed knyttet til gevinstarbeid og tjenesteforløp
- Oppnevning av egen klyngeleder frikjøpt i 15 % fra 2025
- Regelmessige møter i klyngen
- Inspirasjonsdag for oppstart av DHO oktober 2024
- Ferdigstilling av gevinstplaner og tjenesteforløp
- Utarbeidelse av kommunevise budsjett som er samordnet for frikjøp, opplæring og innkjøp
- Fått på plass leverandøravtale med Dignio
- Gjennomført felles opplæring for alle fire kommuner november 2024
- Bestilt teknologi og lisenser november/desember for 17 pasienter
- Oppstart av fem pasienter i en av kommunene i desember 2024
- Teamsmøte med personvernombud Digitale Helgeland på 1,5 timer om ROS/DPIA, med påfølgende workshop for ferdigstilling av arbeidet 4. februar.
- Ambisjoner for oppskalering til 40 pasienter før sommer 2025

AKTIVITETER ANDRE KOMMUNEKLYNGE/YTRE-HELGELAND

- Workshops knyttet til MP1 og MP2
- Veiledningsmøter med InnoMed knyttet til gevinstarbeid og tjenesteforløp
- Oppnevning av egen klyngeleder som er frikjøpt i 15 % fra 2025
- Regelmessige møter i klyngen
- Utarbeidet kommunevise budsjett i fire kommuner, som er samordnet for frikjøp, opplæring og innkjøp
- Inspirasjonsdag for oppstart av DHO desember 2024
- Noen kommuner har utpekt målgrupper for DHO
- I gang med ferdigstilling av gevinstplaner og tjenesteforløp
- En kommune har fått avtale med leverandør, og tre kommuner er i dialog om anskaffelse
- Satt tidspunkt for arbeid ROS/DPIA
- Planlagt oppstart av cirka 15 pasienter før sommeren

AKTIVITETER TREDJE KOMMUNEKLYNGE/SØR-HELGELAND (GRUPPE 1)

- Workshop knyttet til MP1 og MP2

- Felles dialog-/infomøter for alle
- Planleggings-/dialogmøte for oppstart DHO i januar med tre kommuner
- Infomøte med leverandør i januar
- Felles digital inspirasjonsdag for oppstart DHO for hele klyngen i mars
- Ambisjonen er oppstart av 19-20 pasienter før sommeren 2025

AKTIVITETER TREDJE KOMMUNEKLYNGE/RANA, RØDØY, (GRUPPE 2)

- Workshop knyttet til MP1 og MP2
- Felles dialog-/infomøter for alle
- Planleggings-/dialogmøte for oppstart DHO februar
- Felles digital inspirasjonsdag for oppstart DHO for hele klyngen mars

HSYK

Deltatt på felles aktiviteter i prosjektet

- Workshops og inspirasjonsdager
- Nasjonale samlinger for spredningsprosjektet hos Hdir
- Andre aktiviteter er omtalt tidligere i kap. 4

5 MODELL FOR DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING I VÅRT PROSJEKT/ HELSEFELLESKAP

TJENESTEFORLØP BESKRIV KORT, (ENDRINGER/UTVIKLING I LØPET AV PERIODEN? (VEDLEGG)

KOMMUNENE

Kommunene i de to første klyngene startet arbeidet med tjenesteforløp på workshop knyttet til MP 2 våren 2024. Det har imidlertid tatt tid å ferdigstille arbeidet for alle kommunen. Det er laget utkast til tjenesteforløp for kommunene i Vefsn-klyngen som de pr nå er i gang og piloterer i den ene kommunen. På Ytre Helgeland er det laget tjenesteforløp i tre kommuner, og den fjerde kommunen har begynt arbeidet. Legger ved eksempler på tjenesteforløp fra fire kommuner.

Kommunene har vært fulgt opp i arbeidet av InnoMed på egne teamsmøter, samt på workshops og inspirasjonsdager.

INKLUSJONSKRITERIER / EKSKLUSJONSKRITERIER

INKLUSJONSKRITERIER

- Pasienter som krever regelmessig oppfølging, f.eks. kroniske lidelser som KOLS, diabetes, hjertesvikt, høyt blodtrykk og psykiske lidelser, og som står i fare for forverring av sin situasjon
- Sykdomsbilde som egner seg for DHO, og hvor det er forsvarlig med denne tjenesten
- Pasienter med hyppige innleggelser i sykehus som kan forebygges ved tettere oppfølging
- Utskrivningsklare pasienter og/eller pasienter i rehab.fase med sykdomsbilde egnet for DHO
- Pasienten må være motivert

- Pasienten må ha evne og mulighet til å følge en egenbehandlingsplan, og til å anvende enkel teknologi

EKSKLUSJONSKRITERIER

- Pasienter som ikke har evne til å forstå og følge en egenbehandlingsplan
- Pasienter som ikke har evne til å benytte seg av enkel teknologi (der heller ikke pårørende kan bistå)

INVOLVERING AV BRUKERE I UTFORMING OG UTVIKLING AV TJENESTEN

På workshops har det vært invitert med representanter fra brukerorganisasjoner. Brukere har også bidratt med erfaringsdeling. Helgelandssykehuset har fått oppnevnt brukerrepresentant fra brukerutvalget i sykehuset, som deltar i arbeidet med DHO KOLS. Det er jevnlig informasjon og dialog med brukerutvalget i arbeidet med DHH.

ERFARING MED UTARBEIDELSE OG BRUK AV EGENBEHANDLINGSPLAN

KOMMUNENE

Arbeidet med bruk av egenbehandlingsplaner er i gang i den første kommuneklyngen. Der har tjenesten laget et utkast til plan sammen med pasienten, og har deretter avtalt telefonmøte med pasientens fastlege. Dette har fungert fint, og fastlegene er utelukkende positive. De er veldig enig i at dette har vært ei bra oppfølging for de aktuelle pasientene.

HELGELANDSSYKEHUSET

Her er erfaringen god med utvikling og bruk av egenbehandlingsplaner i DHO KOLS. Vår opplevelse er at egenbehandlingsplan er et sentralt element for å lykkes med DHO til kronisk syke pasienter, og dette arbeidet må gjøres i samarbeid med fastlegen.

OPPFØLGING AV PASIENTER I DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING (ORGANISERING, KOMPETANSE, OMFANG OG ETISKE VURDERINGER)

KOMMUNENE

I den første kommuneklyngen skal pasientene følges opp av kommunehelsetjenesten på ulike måter. I den ene kommunen følges pasientene opp etter fastsatte tidspunkt x 2 pr uke av hjemmetjenesten. I en annen kommune skal de følges opp der de er naturlig tilknyttet. Det vil si at en pasient følges opp av psykiatritjenesten, en følges opp av Frisklivssentralen, og de andre av hjemmetjenesten. I hver gruppe er det egne ressurspersoner for oppfølging.

HELGELANDSSYKEHUSET

I DHO KOLS driver ressurser i intensiv, poliklinikk en dag i uken for oppfølging av pasienter i DHO. Behandlende lege er tett på og spesialsykepleiere har den polikliniske oppfølgingen i samråd med legen. Dette er en dagtidstjeneste. I medisinsk poliklinikk vil nevrologene selv følge opp pasientenes egenrapportering. Organiseringen av ressurser til DHO i medisinsk klinikk for øvrig er under avklaring,

dette avhenger av hvor mange andre pasientgrupper man kommer i gang med innen 1-2 år. Det jobbes med en helhetlig plan for dette.

ERFARING MED FASTLEGENS ROLLE OG ANSVAR

Så langt viser det seg at det fungerer fint med å avtale tverrfaglige møter med fastlegen for å justere og godkjenne egenbehandlingsplaner.

I tre av kommunene har det vært gjennomført erfaringsdeling i allmennlegemøter fra fastlege i Bodø kommune. Dette har vært tatt godt imot. Vi har også hatt med fastlege på en nasjonal samling i spredningsprosjektet. Fastlegene er i tillegg invitert til å delta på emnekurs for leger våren 2025.

SAMARBEID MELLOM AKTØRENE MED SÆRLIG VEKT PÅ HELSEFORETAKETS ROLLE

Prosjektet har hatt et tett samarbeid med HSYK i hele prosessen, blant annet gjennom at sykehuset er representert både i prosjektgruppen og i styringsgruppen. Ansatte fra HSYK har deltatt på felles workshops og inspirasjonsdager, og det har vært gjennomført dialogmøter for å planlegge for tettere samarbeidsløp mellom kommuner, fastleger og sykehus.

BESKRIVELSE AV HVORDAN ANSKAFFELSE HAR VÆRT GJENNOMFØRT, OG HVORDAN IMPLEMENTERING OG PROSESSER RUNDT DETTE HAR GÅTT (LEVERANDØR, TYPE TEKNOLOGI, OMFANG)

Av 18 kommuner på Helgeland var det kun en kommuneklynge (fire kommuner) som hadde felles velferdsteknologisk plattform på plass ved oppstart av prosjektet.

Vefsn-klyngen hadde fra før HEPRO som leverandør, med Dignio som underleverandør. Disse kommunene gjorde avtale med HEPRO om bestilling av utstyr for digital hjemmeoppfølging, sett i forhold til antall utvalgte pasienter, og den enkeltes faktiske behov. Til sammen utstyr for 17 pasienter.

Teknologi som er kjøpt er Ipads, BT-målere, temperaturmålere, pulsoksymeter, vekter, blodsuktermålere, spirometer og smartklokker.

På Ytre Helgeland er fire av syv kommuner i gang med planlegging av anskaffelse. Den ene kommunen har gjort avtale med Dignio, og de tre andre kommunene er i prosess med å gjøre avtale med leverandør. Pr januar 2025 kartlegger hver kommune for seg hvordan de skal gå fram. De siste tre kommunene i klyngen er ikke kommet så langt i prosessen at de har startet arbeidet med anskaffelser.

Klyngen Sør-Helgeland og Rana/Rødøy er i oppstarten av planlegging av digital hjemmeoppfølging, og vil arbeide med dette utover vinter/vår 2025.

Helgelandssykehuset bruker Checkware til DHO, slik mange andre sykehus i landet.

KOMMUNENE

Vurdering av kostnader og bærekraft i kommunene er foreløpig ikke gjort ut fra systematisk datainnsamling. En overordnet beskrivelse vil være våre relativt ferske og tidlige erfaringer med DHO hos fem pasienter. Basert på ansattes og pasienters tilbakemeldinger vet vi at innføringen av DHO gir gevinster. Pasientene melder at det gir større trygghet å bli tettere fulgt opp, og at det oppleves positivt å slippe å ha så hyppige besøk av tjenesten.

Vi ser økonomisk lønnsomhet allerede, ved at hjemmetjenesten melder om færre besøk hos pasienter med DHO. Dette vil følges opp med faktaopplysninger etter hvert som vi får mer erfaring og har flere pasienter på DHO-løsninger.

Sannsynligvis vil vi etter hvert se store beløp på sparte innleggelser på sykehjem, hvor det koster rundt 2 millioner kroner pr år for en sykehjemsplass. Et spart døgnopphold på et korttidsopphold sparer oss for cirka 2750,- Døgnprisen på et overliggerdøgn på sykehuset er cirka 5750,- og det er sannsynlig at vi vil se færre slike opphold.

HELGELANDSSYKEHUSET

Det er gjort analyser av hvordan DHO påvirker helsetjenesteforbruket for eksempelpasient med alvorlig KOLS over en periode på 2,5 år. Her har vi ikke med 0-punkts målinger fra kommunehelsetjenesten, men sykehusets data og beregninger. Dvs. at forbruket av korttidsplasser i kommunen før innføring av DHO ikke inngår her. Men det foreligger data på forbruket etter oppstart.

Ressursbruk siste seks måneder før DHO	Kostnader siste seks måneder før DHO	Etter oppstart DHO KOLS (data samlet over 2 år)
Døgnopphold sykehus: 35 døgn	28 000 kr per døgn i snitt/intensivdøgn + sengepostdøgn = totalt 1 000 000 kr	0 sykehusdøgn 0 kr til døgnopphold
Transport i ambulanse x 5	10 000 kr x 5 = 50 000 kr	0 transporter i ambulanse 0 kr til transport i ambulanse
Korttidsopphold i kommunen	*Vi vet at pasienten har hatt korttidsopphold etter sykehusinnleggelsene, men har ikke oversikt over forbruket samlet sett før innføring DHO.	0 døgn i korttidsopphold i kommunehelsetjenesten 0 kr til korttidsopphold i kommunehelsetjenesten

Kasuistikken viser oss at pasienten hadde et betydelig forbruk av sykehusdøgn før DHO KOLS ble startet. Etter oppstart ble det slutt på døgnopphold i sykehus, da pasienten ble stabilisert hjemme og fulgt opp med DHO og avansert hjemmebehandling, og tett samhandling mellom sykehuset og kommunen. Det er om lag 100 pasienter på Helgeland som bruker oksygen hjemme. Pasienter med potensiale for å tilby DHO, hjemmebehandling og oppfølging. Det er anslått at 1/5 av pasientgruppen har et liknende forbruk som denne pasienten. Potensiell estimert reduksjon i helsetjenesteforbruk på disse pasientene kan være 15-20 millioner kr per år i spesialisthelsetjenesten, kun innen denne pasientgruppen. Også kommunene vil kunne redusere korttidsopphold og pasientene kan bo lenger hjemme, og få utsatt behovet for tjenester på høyere omsorgsnivå.

FORDELER OG ULEMPER MED VÅR MÅTE Å ORGANISERE PÅ

Vi ser mange fordeler ved organiseringen av arbeidet i flere klynger. Det gir bedre oversikt, og hver klyngeleder kommer tettere på den enkelte kommune. Fokuset har vært en inndeling ut fra naturlige og allerede etablerte kommunesamarbeid, der det har vært mulig. Parallelt arbeid i klynger løfter hele regionen samtidig, og reduserer faren for strekk i laget. Når vi favner hele Helgeland samtidig, så vil dette også bidra til mer likeverdige tjenester, noe som ikke minst er viktig i kommunene.

For kommuner som har det krevende ressursmessig, er det også en fordel med etablering av faglige nettverk på tvers, av ansatte som skal jobbe med DHO i kommunene. Det blir både en agenda for drøfting av utfordringer i arbeidet og et sted for erfaringsdeling hvor man kan løfte hverandre.

Ulempen med vår måte å organisere prosjektet på er at det er svært ressurskrevende i initialfasen, både personellmessig og kostnadmessig. Men i de neste fasene vil det høstes flere og store gevinster når vi bygger gode strukturer fra start. På denne måten legges det et godt fundament å bygge videre på, og det blir mer bærekraftig i drift.

6 PROSESSVEILEDNING

HVILKE AKTIVITETER HAR INNOMED BISTÅTT MED?

InnoMed har arrangert workshops og inspirasjonsdager sammen med prosjektgruppen, samt kortere operative samlinger/teamsmøter med praktisk innfallsvinkel og forventning om innsats fra kommunene. I hovedsak har de bistått innenfor arbeidet med gevinstplaner og tjenesteforløp.

I tillegg har de bistått med tilgang til verktøy og ressurser, samt koblet oss på andre prosjekt som har gitt oss nyttig erfaringsdeling, passende til der hvor vi har vært i prosessen.

NYTTEVERDI AV PROSESSVEILEDNING FRA INNOMED

InnoMed har vært en viktig drahjelp og støtte underveis i ulike faser av prosjektet. De har også gitt en «boost» i forankringsarbeidet i kommunene. Veiledning og bistand til fleksible tidspunkt har vært veldig bra.

HVILKE AKTIVITETER FRA HELSEDIREKTORATET HAR VÆRT NYTTIG FOR FRAMDRIFT I PROSJEKTET?

Både nasjonale prosjektledersamlinger og nasjonale fellessamlinger har hatt stor verdi for gjennomføringen av prosjektet. Erfaringsdeling fra andre prosjekt har i stor grad gitt føringer i eget arbeid, og møter knyttet til tema i ulike faser av milepælene har vært viktige. Nettverksbygging og etablering av nye kontakter har gjort det lettere å koble seg på andre prosjekt og få innspill og ytterligere erfaringsdeling.

Helsedirektoratet har vært gode på å dele informasjon om tilskudd, nasjonale retningslinjer og standarder for innføring av DHO. De har også vist til nyttige verktøy, og har gitt praktisk råd og veiledning i oppstart og framdrift i prosjektet vårt. Helsedirektoratet har også vist til andre kommuner som har lyktes i arbeidet. At Helsedirektoratet har vært lett tilgjengelig for prosjektleder/prosjektgruppen har i seg selv vært en god erfaring.

Det har i tillegg vært nyttig med drahjelp fra Hdir i oppstart og deltakelse i Emnekurs for leger. Når det gjelder etablering av kontakt med relevante leverandører for teknologi egnet til DHO, har Hdir formidlet kjennskap til andres erfaringer.

7 LÆRINGSPUNKTER / ERFARINGER

ERFARINGER SOM ER VIKTIG FOR Å OPPNÅ EFFEKT, SETT FRA HELSEPERSONELL, HELSEFORETAK OG KOMMUNE

SETT FRA HELSEPERSONELL I KOMMUNER

For å få opp et kritisk volum med pasienter, så har det vært viktig å tenke behov og i mindre grad diagnoser ved utvelgelse av pasienter. Vi har heller ikke sett det som avgjørende å vente på fastlegene for å komme i gang. Når tjenesten velger ut aktuelle pasienter, og har utarbeidet forslag til egenbehandlingsplaner, så kobles fastlegene umiddelbart på. Dette erfarer vi fungerer utmerket, og legene er positive til denne måten å følge opp pasienter på.

Et av flere viktige suksessfaktorer har vært tidlig etablering av kontakten med leverandør. De har i stor grad bidratt til å senke terskelen for å gå i gang, og har på mange måter ufarliggjort oppstarten. Kommunene har i tillegg fått hjelp i utvelgelse av pasienter, og har blitt pushet på høyere antall pasienter enn hva de ellers hadde gått i gang med. Vi har på den måten unngått "piloteringsløp" på en og en pasient. Det har vært klare føringer for å tenke flest mulig gevinster, noe vi oppnår i større grad ved oppstart av et minimum av pasienter.

Det er også viktig å trygge de ansatte på at teknologien fungerer og er godt utprøvd, og det ikke er nødvendig med pilotering av selve teknologien. Vi ser i tillegg at det har vært svært nyttig å lytte og lære av andres erfaringer og til praktiske råd og tips fra leverandør.

SETT FRA HELSEPERSONELL I HELSEFORETAK

Det er sentralt å lykkes med samhandling på tvers for å realisere DHO i distriktsonråder som Helgeland, med lange avstander til sykehus. Det er fremdeles for mange barrierer for mer integrert digital samhandling mellom sykehus, kommune, fastlege og pasient. Dette bør det jobbes med å forbedre, både nasjonalt og lokalt. For å få DHO- tjenester vellykket over i drift er det viktig å få opp volum og nok pasienter. Her må vi ha et kontinuerlig fokus på godt samarbeid med fastlegene for å rekruttere nye pasienter, i tillegg til de vi rekrutterer selv. Organiseringen av oppfølgingstjeneste i både kommuner og sykehus på en bærekraftig måte er en suksessfaktor for å ta ut gevinstene av DHO, også for helsetjenestene, og skape robuste løsninger som står seg over tid.

ERFARING OG ANBEFALINGER VEDRØRENDE ROLLER OG ANSVAR I DHO?

Lokalt har det vært viktig å finne gode pådrivere for arbeidet i hver kommune, som kan bidra til å selge det inn. Disse personene bør også befinne seg på riktig nivå i organisasjonen, og være motivert og interessert i arbeidet. Tidlig etablering av tverrfaglige kommunale arbeidsgrupper er også viktig, de sikrer kobling mellom de ulike administrative nivå, også politisk.

ERFARING MED SAMARBEID MED LEVERANDØR OG BRUK AV TEKNOLOGI?

Leverandørsiden har vært essensiell i implementeringen av DHO. Vi har hatt et tett samarbeid med Dignio, som har løst kommunene gjennom innføringen på en eksemplarisk og forutsigbar måte. De har fulgt opp arbeidet tett, og har hatt en praktisk vinkling på informasjonsarbeid og opplæring som har virket motiverende på de ansatte og på prosjektgruppen. Leverandør har vært viktig for å ha riktig ambisjonsnivå på antall pasienter både ved oppstart og med tanke på skalering.

Bruken av teknologien har gått nokså smertefritt, og mye har vært intuitivt å ta i bruk. Både sett fra administratorenes side og fra de vanlige ansattes perspektiv.

HVA LÆRTE DERE AV DE UTFORDRINGER DERE MØTTE PÅ? I HVILKEN GRAD BLE DE LØST?

Vi har fått viktig innsikt i mulighet og begrensinger i samhandlingen mellom kommuner og sykehus. Og vi ser behovet for bedre tilrettelegging for informasjonsflyt på tvers. Det er et stort ønske hos kommunene om å se på mulighetene for felles anskaffelser for framtiden. Og sett i lys av erfaringer vi har gjort, så er det mange fordeler med færre løsninger. Det vil også gi større muligheter for god implementeringen av DHO.

Utfordringer som gikk på det å komme i gang, handlet både om økonomi, men også forståelsen av viktigheten av DHO og hvordan en oppstart skulle skje. For oss har leverandør vært viktig for å gi inspirasjon til kommunene, med praktiske råd for oppstart. Vi har også fortløpende aktivt tatt i bruk erfaringsdelinger fra andre prosjekt. Vi har også sett at synlig deltakelse fra Helsedirektoratet på workshops og inspirasjonsdager har vært viktig, også for å tydeliggjøre at innføringen av DHO er et nasjonalt og ønsket tiltak.

Det er økonomisk krevende å gå i gang med implementering av DHO, og det krever også menneskelige ressurser. For vårt prosjekt var det et "turning point" da vi fikk en ekstrabevilgning våren 2024 via Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet fra Helse Nord som gjorde det mulig å gjøre frikjøp av ansatte, kjøpe lisenser og teknologi, samt ha midler til drift.

Andre utfordringer har vært å få de riktige personene på plass i de riktige rollene. Det er helt sentralt at det er rett kompetanse og god motivasjon hos de som skal være med i arbeidsgruppene. Og fordi dette er et nybrottsarbeid, så har det vært nødvendig med justeringer underveis for å finne gode måter å organisere arbeidet på. Det er også viktig å ha kontinuitet i arbeidet, for å holde kommunene i gang.

Motstand ute i organisasjonen har også vært en utfordring i noen kommuner og i noen deler av fagmiljøet i sykehuset, og vi ser at lederforankring er viktig for å nå ut til flest mulig. Innføring av DHO er et endringsarbeid, og slike prosesser medfører ofte ulike former for motstand som må adresseres og tas på alvor. Her er ressurspersoner og arbeidsgrupper viktige ambassadører ute i kommunene, slik at organisasjonen kan mobiliseres som helhet.

HVILKE SUKSESSKRITERIER VILLE DERE PEKE PÅ? (EVT. BARRIERER?)

Ekstrabevilgningen via Rekrutterings- og samhandlingstilskuddet fra Helse Nord gjorde en stor forskjell i innføringen av DHO (se forrige punkt).

Organiseringen av prosjektet i klynger, med gode og erfarne prosjektledere, har gitt en god "drive" i arbeidet, også fordi dette er personer som har god kjennskap til egne kommuner.

Råd og veiledning fra leverandør har vært nevnt tidligere i rapporten, og de har vært en svært viktig brikke i å komme i gang med arbeidet. Samtidig har vi hatt svært god oppfølging og veiledning av InnoMed. De har bidratt til å holde fokus i prosjektgruppen, og til å hjelpe kommunene i gang med både gevinstarbeid og tjenesteforløp.

Vi har også sett at synlig deltakelse og involvering fra Helsedirektoratet på workshops og inspirasjonsdager har vært viktig, også for å tydeliggjøre at innføringen av DHO er et nasjonalt og villet tiltak. Nasjonale faglige råd fra Helsedirektoratet har det også hyppig vært vist til, spesielt i ledernetverk.

HVILKE ERFARINGER OG RÅD VIL DERE GI TIL ANDRE SOM PLANLEGGER Å ETABLERE DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING?

For å få opp et kritisk volum med pasienter, så har det vært viktig å tenke behov og i mindre grad diagnoser ved utvelgelse av pasienter. Vi har heller ikke sett det som avgjørende å vente på fastlegene for å komme i gang. Når tjenesten velger ut aktuelle pasienter, og har utarbeidet forslag til egenbehandlingsplaner, så kobles fastlegene umiddelbart på. Dette erfarer vi fungerer utmerket, og legene er positive til denne måten å følge opp pasienter på.

Et av flere viktige suksessfaktorer har vært tidlig etablering av kontakten med leverandør. De har i stor grad bidratt til å senke terskelen for å gå i gang, og har på mange måter ufarliggjort oppstarten. Kommunene har i tillegg fått hjelp i utvelgelse av pasienter, og har blitt pushet på høyere antall pasienter enn hva de ellers hadde gått i gang med. Vi har på den måten unngått "piloteringsløp" på en og en pasient. Det har vært klare føringer for å tenke flest mulig gevinster, noe vi oppnår i større grad ved oppstart av et minimum av pasienter.

Det er også viktig å trygge de ansatte på at teknologien fungerer og er godt utprøvd, og det ikke er nødvendig med pilotering av selve teknologien. Vi ser i tillegg at det har vært svært nyttig å lytte og lære av andres erfaringer og til praktiske råd og tips fra leverandør.

8 OPPSUMMERING OG VEIEN VIDERE

HVA ER STATUS FOR OVERGANG TIL DRIFT, EVT. PLAN FOR DETTE?

Målet er at alle kommuneklynger er kommet i gang med DHO 1. januar 2025. I løpet av første halvår 2026 forventer vi at dette er i drift i kommunene.

VEFSN-KLYNGEN (FIRE KOMMUNER PÅ INDRE HELGELAND)

- Oppstart med fem pasienter i den største kommunen i desember. Ambisjonen er 20 pasienter 1. januar 2025.
- For alle fire kommunene til sammen er målet oppstart av 17 pasienter til innen utgangen av februar, med fortløpende oppskalering til 40 pasienter før sommeren.

YTRE HELGELAND (SYV KOMMUNER)

- Kartlegging av ressursbehov/lokale budsjett utarbeidet i fire kommuner
- Arbeid med gevinstplaner og tjenesteforløp i gang.
- Inspirasjonsdag desember 2024
- Ønsker felles leverandør, og det jobbes med avtaler iht dette.
- Opplæringsløp februar/mars 2025
- Målgrupper/antall pasienter er delvis klare.
- Forventet oppstart av minimum 12 pasienter innen april

SØR-HELGELAND (FEM KOMMUNER) OG RANA/RØDØY

- Arbeidet vil delvis foregå i to grupper
- Dialogmøter januar og februar
- Digital inspirasjonsdag med InnoMed i mars med fokus på gevinstarbeid og tjenesteforløp
- Arbeidsmøter knyttet til ROS/DPIA
- Klyngemøter hver måned
- Fortløpende følge trinnene i milepælsplanen
- Pr januar 2025 er det fire kommuner på SH som planlegger oppstart med pasienter før sommeren

HVA MÅ PÅ Plass FOR Å SIKRE OVERGANG TIL DRIFT, HERUNDER HELHETLIG TJENESTEMODELL?

I veien videre gjenstår implementeringen av helhetlig tjenestemodell (HTM) i Milepæl 3 i flere kommuner. De av kommunene som ikke allerede har implementert dette, er sterkt oppfordret til å melde seg på det nasjonale innføringsløpet. Planen er å følge opp kommunene med workshops høsten 2025 for erfaringsdeling, statusoppdatering og veiledning, fortrinnsvis sammen med InnoMed. Innføringen av HTM tenker vi er essensielt i arbeidet med implementeringen av DHO, og mener det er fornuftig at denne prosessen kjøres parallelt med at kommunene går i gang med arbeidet.

For videre arbeid, så må kommunene stimuleres til å tenke overgang i drift via økonomi-/budsjettarbeidet for 2026. Vi må sikre at informasjonen går ut til politisk nivå, og det må vises til allerede oppnådde gevinster fra initialfasen. Gjennom de ulike kontaktpunktene vi har i prosjektorganisasjonen må vi sørge for at de riktige kanalene brukes på en effektiv måte for å nå ut dette. Både gjennom medlemmer av prosjektgruppa og via styringsgruppen.

Innholdet i informasjon til helseledere og politikere må spesifikt være knyttet til hvilke ressurser som kreves for implementering av DHO, og hvilke gevinster som forventes både kvalitativt og kvantitativt. Hvor mye penger må kommunene ut med? Hvor kan de hente gevinster? I dette arbeidet er lederforankring essensielt.

HVA ER PLANER FOR VIDERE UTVIKLING?

For kommunene handler det om å få DHO implementert og i drift ila første halvår 2026. Veien dit består av å få alle kommuneklyngene i gang, og oppskalere antall pasienter der hvor de har startet opp. Vi har i den forbindelse søkt om midler til videreføring av prosjektet gjennom HTO i januar 2025.

Parallelt med dette har Digitale Helgeland inne søknad i HTO om felles anskaffelse av EPJ-system i de samme kommunene som er med i DHO-prosjektet. Dette vil ha stor betydning for innføringen av DHO, ved å sikre bedre samhandling, dataflyt og pasientsikkerhet på tvers av tjenester og kommuner.

Noen kommuner har gått sammen om anskaffelse av velferdsteknologisk plattform. Den skal støtte løsninger som blant annet DHO. Digitale Helgeland arbeider også med strategi for å samordne e-helseløsninger, inkludert felles responscenter på Helgeland, for å kunne håndtere all sensorteknologi som kommunene tar i bruk gjennom velferdsteknologi DHO-løsninger.

Som tidligere beskrevet vil sykehus og kommuner jobbe videre med DHO samhandlingsforløp til flere pasientgrupper, men har startet i 2025 med et samarbeid rundt kreftpasienter.

9 VEDLEGG

TJENESTEFORLØP FOR ULIKE MÅLGRUPPER

Som vedlegg ligger fire tjenesteforløp for kommunene Hemnes, Alstahaug, Herøy og Leirfjord. Disse representerer to kommuneklynger.

ORGANISASJONSKART

Vi har lagt ved et kart som viser organiseringen av prosjektet.

BRUKEREVALUERINGER

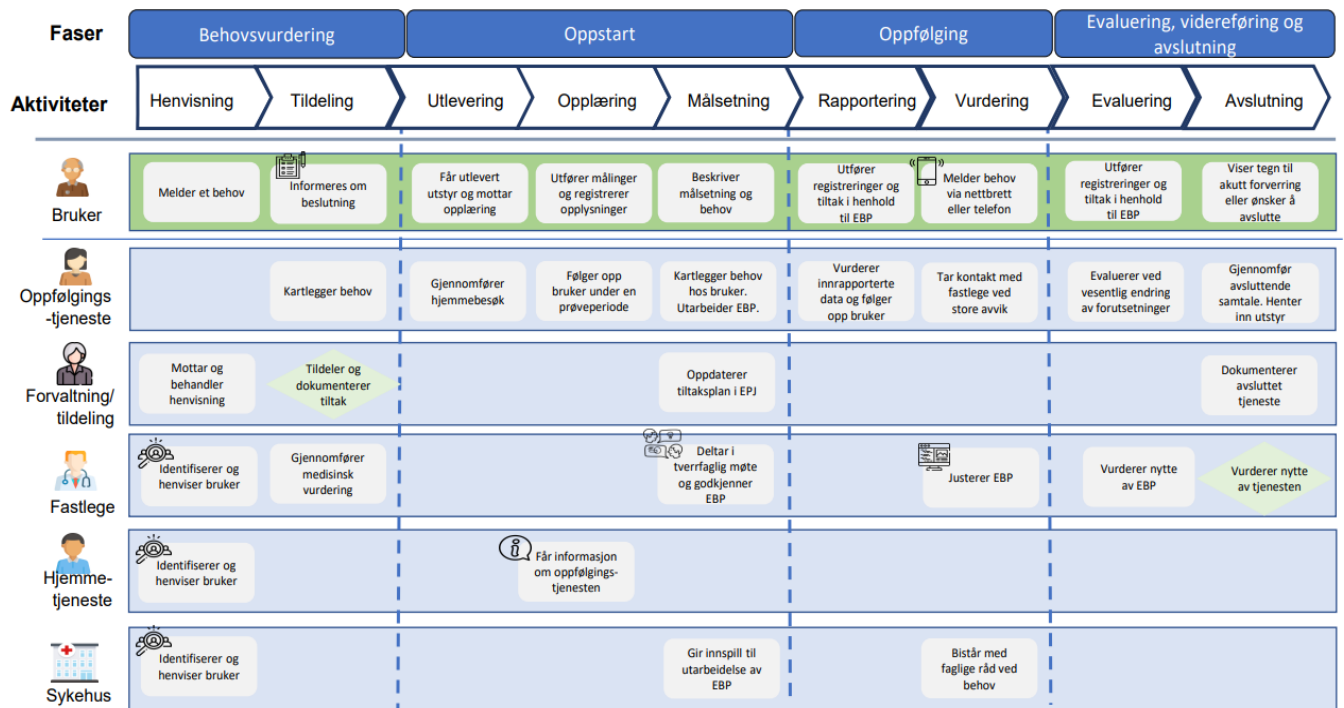
KOMMUNENE

Vi har ikke gjort tatt med brukerevalueringer fordi vi har hatt pasienter på løsningen i så kort tid, men erfaringer fra brukere er beskrevet i selve rapporten.

OPPSUMMERING AV TJENESTEFORBRUK

Vi har ikke laget en oppsummering av tjenesteforbruk fordi vi kun har hatt pasienter på DHO-løsninger i kommunene i noen få uker. Antall pasienter og erfart effekt kommer fram i rapporten.

Eksempel på tverrfaglig tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging



Skjematisert i Word for å tydeliggjøre tekst:

Aktør	Behovsvurdering	Oppstart	Oppfølging	Evaluering, videreføring, avslutning
Bruker	*Melder behov *Informeres om beslutning	*Utstyr utlevert *Opplæring *To uker utprøving *Utfører målinger *Registrere opplysninger *Beskrive målsetning og behov	*utfører og registrerer målinger *melder behov	*utfører, registrerer, gjør tiltak ut fra EBP *Tegn til akutt forverring? *Ønske om å avslutte?
Oppfølgings tjeneste	*Gir informasjon om tjenesten og om beslutning *Kartlegger behov *bestiller utstyr	*Gjennomfører hjemmebesøk og opplæring *Følger opp i prøveperioden *Kartlegger behov, deltar tverrfaglig møte og utarbeide EBP	*Vurdering av innrapportert data *Oppfølging bruker *hvis behov: oppstart EBP og konferere med fastlege	*Evaluerer ved vesentlige endringer og forutsetninger *Gjennomfører avsluttende samtale *Henter utstyr
Saksbehandler	*Mottar og behandler søknad *melder behov til DHO ansvarlig			
Fastlege	*Identifiserer og henviser bruker *Gjennomfører medisinsk vurdering	*Deltar i tverrfaglig møte for å utarbeide/godkjenne EBP	*justerer EBP	*Vurderer nytte av EBP *Vurderer nytte av tjenesten
Hjemmetjenesten	*Identifiserer og henviser bruker/melder behov til DHO	*Får informasjon om oppfølgningstjenesten fra DHO ansvarlig		

	ansvarlig			
Sykehus	*Identifiserer og henviser bruker *Sender PLO-melding til saksbehandler og innspill til EBP i epikrise	*Innspill til EBP	*Faglig støtte og råd ved behov	

Gruppe: Herøy	Identifisering av pasient	Henvi sning av pasien t	Inkluder ing og kartleggi ng av pasient til DHO	Tildele utstyr og gi opplæring til pasient	Utarbeide egenbehandlingsp lan (DEBP)	Oppfølging av innrapportere data	Rådgi andre involverte aktører	Evaluer DEBP og pasientens nytte	Avslutte tjenesten
Pasient	Pasienten selv eller pårørende			Pasient får opplæring	Egenbehandlingsp lan	Ved gule eller røde verdier tar oppfølgingstjenes ten kontakt med pasienten		Pasientens opplevelse av nytteverdi	Vurdere om det er hensiktsmes sig å fortsette tjenesten
Oppfølgingstjenest e i kommune(ne)	Hjemmetjenesten		JA	Tildele utstyr og opprette bruker i DHO-løsningen. Teknisk/Soneadministrator/ koble opp utstyr	Monitorerer innsendte data fra pasient KAD-plass Felles responscenter (legevaktsformidling)		Dialog med fastlege og spesialisthelsetjene sten	Justere tiltak	Vurdere om det er hensiktsmes sig å fortsette tjenesten
Fastlege	JA	JA	JA- avhengig av diagnose		Behandlingsplan	Ved gule verdier kan pasienten kalles inn til oppfølging hos fastlegen	Dialog med fastlege og spesialisthelsetjene sten	Vurdere historiske målinger og justere tiltak og medisinering i DEBP	Vurdere om det er hensiktsmes sig å fortsette tjenesten
Spesialisthelsetjen este	JA	JA	JA- avhengig av diagnose	Sykehuset gir opplæring til kommunen og pasient		Ved røde verdier vurderes poliklinisk oppfølging eller innleggelse	Dialog med fastlege og spesialisthelsetjene sten	Vurdere historiske målinger og justere tiltak og medisinering i DEBP	Vurdere om det er hensiktsmes sig å fortsette tjenesten

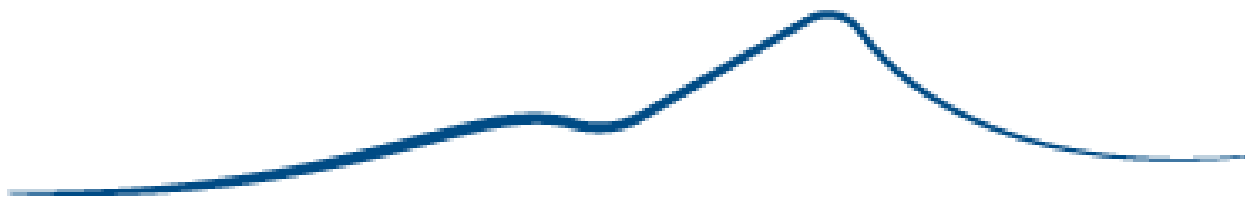
Tjenestereise DHO for kreftpasienten

	Identifisering av pasient	Henvisning av pasient	Inkludering og kartlegging av pasient	Tildele utstyr og gi opplæring av pasient/pårørende	Utarbeide egenbehandlingsplan (EBH)	Oppfølging av innrapporterte data	Rådgi andre involverte aktører	Evaluerer DEBP og pasientens nytte	Avslutte tjenesten
Pasient	Skrive søknad/ytre behov	Få informasjon om tjenesten	Samtykke til kartlegging for DHO	Få opplæring	Delta aktivt i utarbeidelse av EBH	Utføre målinger/besvare skjema etter oppsatt plan. Følge opp tiltak i EBH ut fra målinger.		Vurdere om DHO dekker behovet som pasienten har	Gi beskjed hvis man ikke ønsker DHO lengre
Pårørende	Få informasjon om tjenesten		Delta etter behov i kartlegging av pasient	Motta opplæring sammen med pasient hvis behov	Bistå etter behov i utarbeidelse av EBP	Bistå pasient med målinger etter behov		Vurdere om DHO dekker behovet som pasienten har	Gi eventuelt tilbakemelding hvis det ikke er ønskelig med DHO lengre
Kreft-koordinator	Identifisere pasient	Motta henvisning fra fastlege eller sykehus	Kartlegge og vurdere om pasient er aktuell for DHO. Tildele tjenesten DHO	Tildele utstyr, opprette bruker i DHO-løsningen Gi opplæring Følge tett opp i oppstartsperiode.	Utarbeide EBH sammen med pasient/fastlege/event. sykehus. Føre opp tiltak i EPJ	Følge opp innkomne data Ta kontakt med pasient/fastlege/sykehus etter behov	Dialog med fastlege/sykehus om pasient ved behov	Evaluerer DEBP sammen med pasient. Vurdere tjenestebehov fortløpende	Avslutte tjenesten i journal og informere tildelingskontor
Hjemme-sykepleie	Identifisere pasient. Informere om tjenesten.	Henviser pasient		Bistå i opplæringsfasen		Følge opp innkomne data Ta kontakt med pasient/fastlege/sykehus etter behov			
Fastlege	Identifisere pasient.	Henviser pasient			Delta i tverrfaglig møte om EBH.	Følge opp pasient ut fra måleresultat	Delta i tverrfaglig	Vurdere historiske målinger og	



Hemnes kommune

Skaper glede mellom smal sjø og evig snø



DHO – Hemnes kommune

Foreløpig tjenestemodell og gevinstplanlegging



Gruppe:	Identifisering av pasient	Henvising av pasient	Inkludering og kartlegging av pasient til DHO	Tildele utstyr og gi opplæring	Utarbeide egenbehandlingsplan (DEBP)	Oppfølging av innrapporterte data	Rådgi andre involverte aktører	Evaluere DEBP og pasientens nytte	Avslutte tjenesten
Pasient 	Pasient kan selv ta initiativ til DHO	Pasient kan henvise seg selv til DHO.			Utarbeide DEBP sammen med fastlege				
Avd. MOV + Tildeling 	T: tenke digitale løsninger ved alle nye henvendelser ←	Identifisere/henvise aktuelle brukere* ←	Kartlegger pasienten + <i>vurdere aktuelle utstyr</i> (soneadmin)	Opplæring av DHO-system		Kreftkoordinatør: Følger opp pasienter i diagnosegruppe kreft	Soneadmin har hovedansvar for overordnet kommunikasjon til andre aktører		
Fastlege 	←	Identifisere/henvise aktuelle brukere* ←			Utarbeide DEBP sammen med pasient				
Sykehus 	←	Identifisere/henvise aktuelle brukere* ←							
Hjemmetjenesten 	←	Identifisere/henvise aktuelle brukere* ←	Kartlegger pasienten + vurdere aktuell utstyr	Opplæring av medisinsk utstyr		Følger opp aktuelle pasienter for HT			

*Ved hjelp til vurdering, ta kontakt med soneadmin