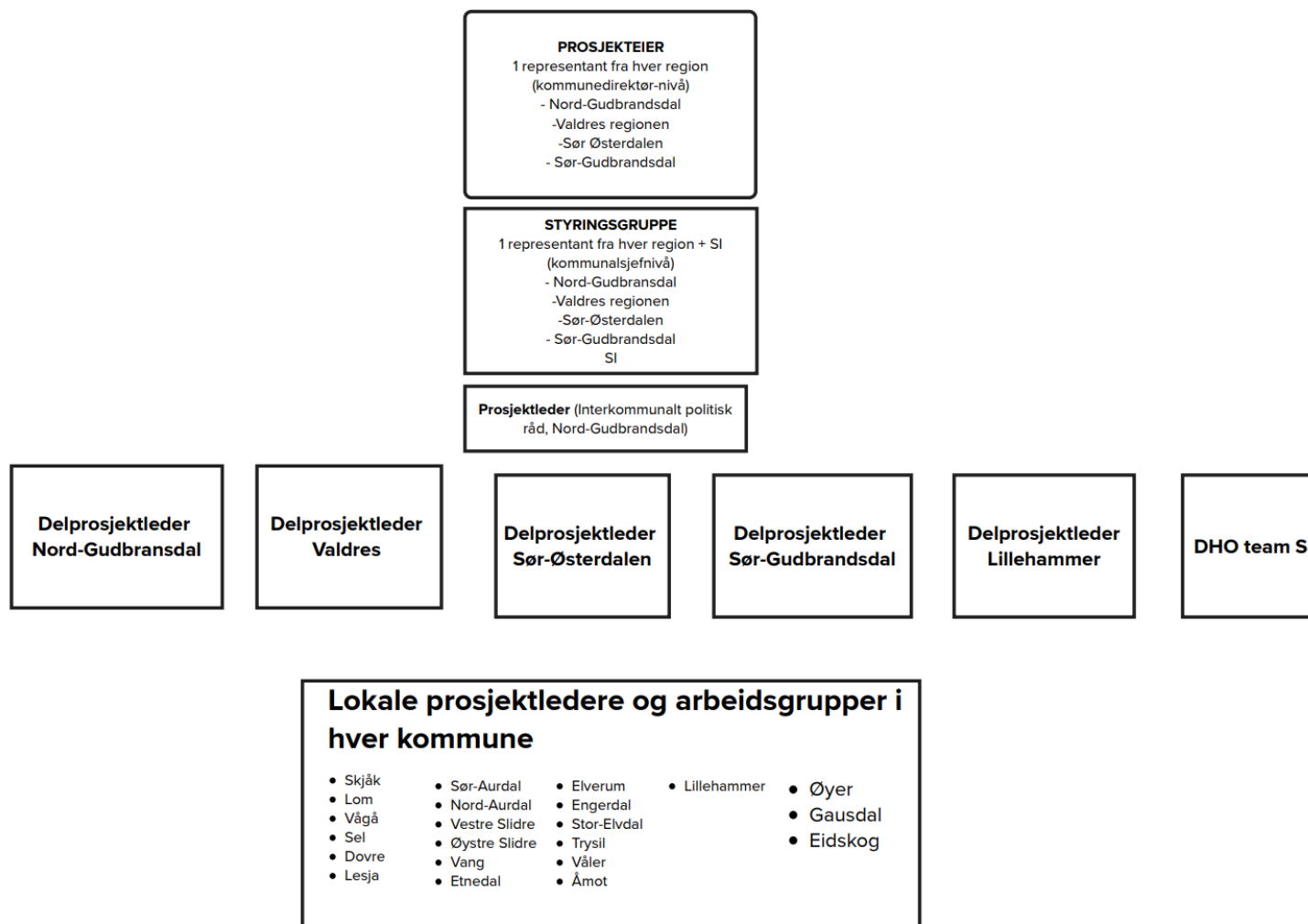


Prosjektorganisering "helseregionsamarbeid Innlandet"



Helseregionsamarbeid Innlandet

Økt selvstendighet og bedre helse med digital hjemmeoppfølging

Innføring av digital hjemmeoppfølging av kronisk og langvarig syke i regionene Nord-Gudbrandsdal, Valdres, Sør-Østerdalen, Sør-Gudbrandsdalen og Eidskog kommune.

Aaheim, Marita. Prosjektleder.
01.02.2025

Innhold

Sluttrapport fra lokale prosjekt i spredning av digital hjemmeoppfølging 2022-2024:	2
Innledning.....	2
Faktaboks om prosjektet	3
Samarbeid og organisering:	3
Eierskap og styring:	3
Forankring i Helsefellesskapet Innlandet:.....	3
Mål med tiltaket	4
Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten(primær/spesialist)	5
Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging	5
Måloppnåelse / gevinster	6
Gevinster for brukere, pårørende og tjenesten	7
Oppfølging av gevinster	7
Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet	7
Modell for digital hjemmeoppfølging I vårt prosjekt/ Helsefellesskap	8
Inklusjons- og eksklusjonskriterier	8
Brukerinvolvering i utforming og utvikling av tjenesten	8
Egenbehandlingsplan – erfaringer med utarbeidelse og bruk	8
Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging.....	8
Fastlegens rolle og ansvar	9
Samarbeid mellom aktørene, med særlig vekt på helseforetakets rolle	9
Anskaffelsesprosess og implementering.....	9
Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten	9
Fordeler og ulemper med organiseringen	9
Prosessveiledning	10
Helsedirektoratets rolle i prosjektet	10
Læringspunkter / erfaringer	11
Læringspunkter og erfaringer fra digital hjemmeoppfølging (DHO)	11
Oppsummering og veien videre	13
Status for overgang til drift.....	13
Hva må på plass for å sikre overgang til drift?	13
Planer for videre utvikling	15
Avsluttende kommentarer	15
Vedlegg:.....	15

Sluttrapport fra lokale prosjekt i spredning av digital hjemmeoppfølging 2022-2024:

«Helseregionsamarbeid Innlandet; Økt selvstendighet og bedre helse med digital hjemmeoppfølging. Innføring av digital hjemmeoppfølging av kronisk og langvarig syke i regionene Nord-Gudbrandsdal, Valdres, Sør-Østerdalen, Sør-Gudbrandsdalen og Eidskog kommune».

Innledning

Prosjektet *Helseregionsamarbeid Innlandet* har som mål å forbedre helsetjenestene for kronisk og langvarig syke i Nord-Gudbrandsdal, Sør-Østerdalen, Sør-Gudbrandsdal, Eidskog og Valdres. Innlandet står overfor betydelige utfordringer med en aldrende befolkning, spredt bosetting og økende behov for helse- og omsorgstjenester, noe som skaper press på ressurser og stiller krav til bærekraftige løsninger.

Prosjektet hadde oppstart i 2022 og har som mål å etablere digital hjemmeoppfølging (DHO) som en integrert del av helsetjenestene i Innlandet. DHO skal være en foretrukket løsning før tradisjonelle tjenester vurderes, og vil legge til rette for tidlig intervensjon, tettere oppfølging og økt pasientmedvirkning. Dette bidrar til å styrke pasientenes ansvar for egen helse, forbedre livskvalitet og redusere behovet for helsetjenester. Samtidig fremmer DHO bærekraft og effektiv ressursutnyttelse i helsevesenet.

Prosjektet har allerede bidratt til økt selvstendighet for pasienter, styrket samhandling mellom helseaktører og effektivisering av tjenestene. Nullpunktsmålinger viser tidsbesparelser og kvalitets økning i både pasientoppfølging og saksbehandling. Småskala innføringscaser har gitt verdifulle erfaringer, og flere regioner forbereder nå bredding til flere kommuner og økt pasientvolum.

Gjennom samarbeid med kommunene, Sykehuset Innlandet, Helsefellesskapet Innlandet og fastleger, er målet å utvikle helhetlige tjenestemodeller som styrker kvalitet, samhandling og bærekraft i helsetjenestene. Veien videre innebærer å søke midler for 2025, utvikle regionale respons- og oppfølgingstjenester, intensivere gevinstarbeidet og sikre helhetlige tjenesteforløp i samarbeid med helseforetak. Prosjektet har etablert et solid grunnlag for videre bærekraftig utvikling av digitale helsetjenester.

Faktaboks om prosjektet

Deltakende kommuner:

Vågå kommune er søkerkommune på vegne av 22 kommuner fordelt på følgende regioner:

- **Nord-Gudbrandsdal:** Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja
- **Valdres:** Vang, Vestre Slidre, Øystre Slidre, Sør-Aurdal, Nord-Aurdal og Etnedal
- **Sør-Østerdalen:** Elverum, Åmot, Våler, Trysil og Engerdal og Stor-Elvdal
- **Sør-Gudbrandsdal:** Lillehammer, Øyer og Gausdal
- **Eidskog kommune**

Samarbeid og organisering:

Prosjektet er forankret i **Helsefellesskapet Innlandet**, med sentrale samarbeidspartnere som:

- **Sykehuset Innlandet**, som bidrar med spesialistkompetanse og samhandling
- **Digi Innlandet**, som støtter implementering av digitale løsninger
- **HelseInn**, som fasiliteter innovasjon og kompetanseutvikling. Tilrettelegger for erfaringsdeling.
- **Kompetansebroen**, som bidrar med kunnskapsdeling og opplæring
- **Praksiskonsulentordningen**, som styrker samarbeidet med fastlegjetjenesten

Eierskap og styring:

Prosjektet er organisert med tydelig forankring og styringsstruktur:

- **Prosjekteiere:** Kommunedirektørene fra de involverte kommunene
- **Prosjekteiergruppe:** Én representant fra hver region ivaretar strategisk styring
- **Styringsgruppe:** Kommunalsjefer fra hver region, som også er helseregionledere i Helsefellesskapet Innlandet
- **Prosjektledelse:** Forankret hos Interkommunalt politisk råd for Nord-Gudbrandsdalen (IPR)
- **Delprosjektledere:** Én for hver region, som har ansvar for lokal tilpasning og gjennomføring
- **Lokale arbeidsgrupper:** I hver kommune for å sikre implementering og forankring lokalt

Forankring i Helsefellesskapet Innlandet:

Gjennom samarbeidsavtaler i Helsefellesskapet Innlandet sikres god samhandling mellom kommunene, helseforetaket og fastlegene. Helsefellesskapet fungerer som en

strategisk partner for å sikre en helhetlig tilnærming til implementeringen av DHO, samt bidra til felles tjenesteutvikling på tvers av nivåene i helsetjenesten. Dette prosjektet er det største samhandlingsprosjektet i Helsefelleskap Innlandet.



Mål med tiltaket

Målet med digital hjemmeoppfølging (DHO) er å styrke bærekraften i helse- og omsorgstjenestene ved å øke pasientenes selvstendighet og livskvalitet, redusere reinnleggelser og behovet for korttidsplasser, samt skape helhetlige og kostnadseffektive pasientforløp. I tillegg skal DHO bidra til å styrke samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. DHO skal være en foretrukket løsning før tradisjonelle tjenester vurderes, og legge til rette for tidlig intervensjon, tettere oppfølging og økt pasientmedvirkning.

Prosjektet har opprinnelig hatt som målgruppe pasienter med KOLS, hjerte- og karsykdommer, tidlig demens og mild/moderat depresjon. Basert på erfaringer fra kommunene har målgruppen blitt utvidet til også å inkludere pasienter med diabetes og kreft. Erfaring viser at DHO fungerer best når tiltaket tilpasses individuelle behov uavhengig av diagnose. Tidlig inkludering av pasienter via fastlegekontorene har vist seg å være en effektiv tilnærming, da pasienter ofte har bedre forutsetninger for å mestre oppfølgingen på et tidlig stadium av sykdomsforløpet.

For brukerne forventes DHO å gi bedre kontroll over egen helse og økt trygghet, redusert behov for reiser til fysiske konsultasjoner, samt økt selvstendighet og mestring i hverdagen. For helsetjenesten vil digital hjemmeoppfølging kunne bidra til bedre ressursutnyttelse og effektivitet, frigjøre tid og ressurser til andre pasientgrupper, og styrke samarbeidet mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten

Målgruppen for digital hjemmeoppfølging (DHO) omfatter opprinnelig kronisk og langvarig syke pasienter med KOLS, hjerte- og karsykdommer, tidlig demens og

mild/moderat depresjon. Basert på erfaringer har målgruppen blitt utvidet til også å inkludere pasienter med diabetes og kreft. Prosjektet har vist at DHO fungerer best når det tilpasses individuelle behov uavhengig av diagnose, og tidlig inkludering via fastlegekontorene har vist seg å gi bedre forutsetninger for mestring og økt selvstendighet.

I region Valdres har regional kreftkoordinator deltatt i prosjektgruppen for å inkludere kreftpasienter i prosjektet.

Sykehuset Innlandet har tjenesteforløp innenfor diagnosegruppene barn/unge med diabetes, psykisk helse, søvnapne og epilepsi.

Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten(primær/spesialist)

Implementering av digital hjemmeoppfølging (DHO) forventes å gi betydelige fordeler for både brukere og helsetjenesten. For pasientene innebærer DHO økt trygghet, bedre oversikt over egen helsesituasjon og større mulighet for mestring. Det gir dem økt selvstendighet og reduserer behovet for fysiske konsultasjoner, noe som er spesielt viktig for pasienter med kroniske tilstander som krever jevnlig oppfølging.

For helse- og omsorgstjenestene i kommunene vil DHO bidra til mer effektiv ressursutnyttelse ved å frigjøre tid for helsepersonell og redusere behovet for hjemmebesøk, korttidsplasser og sykehusinnleggelser. Dette kan gi betydelige kostnadsbesparelser og bedre muligheter til å møte økende tjenestebehov.

Så langt har prosjektet ikke lyktes med å skalere opp til et stort volum av brukere, men de erfaringene som allerede er gjort med et mindre pasientvolum viser at en bredere implementering vil ha enorm effekt for både brukere og helsepersonell. Med økt skalering kan DHO bidra til betydelig reduksjon av arbeidsbelastning, mer målrettet oppfølging og forbedret tjenestekvalitet.

I spesialisthelsetjenesten forventes DHO å styrke samhandlingen mellom nivåene, slik at pasienter kan følges opp tettere i primærhelsetjenesten og dermed redusere reinnleggelser og unødvendige polikliniske konsultasjoner. Et mer helhetlig og sammenhengende pasientforløp vil sikre bedre kvalitet og en mer persontilpasset oppfølging.

Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging

Gevinstarbeidet i prosjektet har hatt en forsinket oppstart, og det er hovedsakelig region Sør-Østerdal og Elverum som har gjennomført systematisk kartlegging av gevinster fra implementeringen av digital hjemmeoppfølging (DHO). Øvrige regioner har hatt varierende progresjon på grunn av faktorer som ressursmangel, forsinket oppstart og prioritering av andre aktiviteter, noe som har medført at flere kommuner fortsatt befinner seg i en tidlig fase av dokumentasjon og måling.

Erfaringene fra Sør-Østerdal og Elverum viser at DHO gir betydelige fordeler for både brukere og helsepersonell. Brukerne rapporterer om redusert behov for fysisk oppfølging og reisetid, samtidig som de opplever økt selvstendighet og trygghet ved å kunne følge opp egen helsetilstand digitalt. For helsepersonell har innføringen av digitale kartleggingsverktøy ført til betydelige tidsbesparelser og mer strukturert oppfølging, som igjen bidrar til økt kvalitet i tjenestene.

I Sør-Østerdal har implementeringen av Assistert Selvhjelp innen rus- og psykisk helsearbeid vist seg å være et verdifullt lavterskeltilbud for brukerne, samtidig som det gir saksbehandlere og helsepersonell et bedre grunnlag for oppfølging. Tidlig kartlegging viser at det ligger et stort gevinstpotensial ved videre implementering og oppskalering av tiltakene.

Planen fremover er å intensivere gevinstarbeidet i alle regioner, med økt fokus på systematisk dokumentasjon og evaluering av effekter. Det forventes at flere kommuner etter hvert vil kunne dokumentere tilsvarende gevinster når tiltakene får modnes, og datagrunnlaget blir mer omfattende. Målet er å etablere en helhetlig tilnærming til gevinstrealisering, der både kvalitative og kvantitative data brukes til å synliggjøre effektene av DHO for både pasienter og helsetjenesten.



Måloppnåelse / gevinster

I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd?

Prosjektet har oppnådd viktige milepæler, men er fortsatt i implementeringsfasen. Flere kommuner har tatt i bruk digital hjemmeoppfølging (DHO) i pilotform, og vi ser at de første resultatene viser positive effekter både for pasienter og helsepersonell. Likevel er

oppskalering til større volum fortsatt en utfordring, og prosjektet har ikke i tilstrekkelig grad klart å utvide til mange brukere ennå. Tidlige erfaringer viser at bredere implementering vil gi betydelige effekter for brukerne, helsepersonell og kommunene, og videre arbeid vil fokusere på å styrke samhandlingen og optimalisere tjenesteforløpene.

Gevinster for brukere, pårørende og tjenesten

Prosjektet har allerede gitt flere gevinster på ulike nivåer:

- **For brukere/pårørende:**
 - Økt trygghet og mestring gjennom muligheten til å følge opp egen helsetilstand.
 - Redusert behov for fysiske oppmøter og reiser, noe som sparer tid og ressurser.
 - Bedre opplevelse av tilgjengelighet og oppfølging fra helsetjenesten.
- **For helsepersonell (kommunale tjenester og fastleger):**
 - Tidsbesparelser og mer målrettet oppfølging gjennom bruk av digitale kartleggingsverktøy.
 - Bedre kvalitet og struktur i pasientoppfølgingen.

Oppfølging av gevinster

Gevinstene har vært kartlagt gjennom nullpunktsmålinger og bruk av kartleggingsskjemaer. Sør-Østerdal, med Elverum i spissen, har kommet lengst med å dokumentere konkrete gevinster, blant annet knyttet til tidsbesparelser for helsepersonell og økt kvalitet i tjenestene. Videre gevinstinnhenting vil fokusere på systematisk oppfølging og sammenstilling av data på tvers av kommuner for å identifisere effekter og forbedringsområder.

Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet

Prosjektet har gjennomført en rekke viktige aktiviteter og leveranser, inkludert:

- Pilotering av digital hjemmeoppfølging i flere kommuner.
- Implementering av Assistert Selvhjelp innen rus- og psykisk helsearbeid.
- Gjennomføring av nullpunktsmålinger for å synliggjøre potensielle gevinster.
- Kompetanseheving gjennom workshops og fagdager for helsepersonell og ledere.
- Prosjektet har brukt milepælsplanen til Helsedirektoratet strategisk gjennom hele prosjektperioden for å sikre at alle leveranser blir gjennomført i den enkelte kommune og region.

Prosjektet har søkt om nye midler i helseteknologiordningen for 2025. Veien videre innebærer å intensivere gevinstarbeidet, styrke samarbeidet med helseforetaket for å etablere helhetlige tjenesteforløp, og sikre en bærekraftig overgang fra prosjekt til drift.

Modell for digital hjemmeoppfølging I vårt prosjekt/ Helsefellesskap

Prosjektet har lagt betydelig arbeid i å etablere tjenesteforløp i hver enkelt kommune for å sikre helhetlig og persontilpasset oppfølging av pasienter. Organiseringen av oppfølgingstjenesten varierer; noen kommuner har integrert tjenesten i hjemmetjenesten, mens andre har knyttet den til sykepleiere ved fastlegekontorene. Enkelte kommuner kombinerer begge modellene for å tilpasse tjenesten til lokale behov og ressurser. Erfaringene viser at digital hjemmeoppfølging (DHO) kan oppleves som en tilleggstjeneste i små kommuner, og det er behov for å se på modeller for regionale oppfølgingstjenester i samarbeid med helseforetaket.

Prosjektet har inngått samarbeid med "Respons og oppfølgingstjenester i Innlandet," som i mars 2025 vil legge frem en anbefaling om fremtidens respons- og oppfølgingstjenester. En mulig regional modell vil kunne dekke det estimerte pasientvolumet og gi bedre ressursutnyttelse og høyere kompetanse blant helsepersonell.

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Målgruppen for DHO har utviklet seg i prosjektperioden. Opprinnelig var pasienter med KOLS, hjerte- og karsykdommer, tidlig demens og mild/moderat depresjon inkludert. Etter hvert er diabetes og kreft tilføyd som diagnosegrupper. Pasienter med alvorlige kognitive eller funksjonelle begrensninger som hindrer dem i å benytte digitale verktøy selvstendig, ekskluderes.

Brukerinvolvering i utforming og utvikling av tjenesten

Brukerinvolvering har vært en sentral del av prosjektet, men det har vært utfordrende å sikre en systematisk tilnærming på tvers av kommunene. Intervjuer og spørreundersøkelser har blitt gjennomført for å tilpasse tjenesten til brukernes behov. For å styrke brukermedvirkningen ytterligere, har prosjektet etablert et samarbeid med Digi Hjem, som fra 2025 vil bidra til en mer strukturert tilnærming. Digi Hjem sitt hovedmål er å avklare nytteverdi, kunnskaps- og forskningsbehov i digital hjemmeoppfølging og legge grunnlaget for et hovedprosjekt om brukerens involvering og engasjement i egen helse.

Egenbehandlingsplan – erfaringer med utarbeidelse og bruk

Egenbehandlingsplaner har vært et nyttig verktøy for pasienter og helsepersonell. De gir pasientene økt struktur og innsikt i egen helse, mens helsepersonell får en mer systematisk oppfølging. Fastlegenes engasjement har variert, og det har vært en utfordring å få dem aktivt involvert i utformingen av planene.

Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging

Kommunene har organisert oppfølgingen ulikt; noen har egne team, mens andre har integrert oppfølgingen i eksisterende tjenester. Kompetansebygging har vært prioritert

med opplæringsaktiviteter, men det har vært utfordringer med å gjennomføre emnekurs for fastleger og sykepleiere. Dette står på aktivitetsplanen for 2025 i samarbeid med Digi Innlandet.

Fastlegens rolle og ansvar

Fastlegenes involvering varierer, og deres deltakelse er avgjørende for helhetlige pasientforløp. Noen fastleger er aktive, mens andre opplever tids- og ressursmangel som en utfordring. Prosjektet arbeider med tydeligere ansvarsfordeling og insentiver for å øke engasjementet.

Samarbeid mellom aktørene, med særlig vekt på helseforetakets rolle

Prosjektet har hatt et tett og godt samarbeid med Sykehuset Innlandet (SI) gjennom hele prosjektperioden. Både kommunene og helseforetaket har fokusert på å lære metodikken og forstå endringer i tjenestereisen før arbeidet med å utvikle felles helhetlige tjenesteforløp. Samarbeidet har vært utfordrende på grunn av ulikheter i systemer og arbeidsmetoder, men har lagt et solid grunnlag for videre utvikling.

Anskaffelsesprosess og implementering

Teknologianskaffelser har blitt gjennomført gjennom eksisterende rammeavtaler, og regionene Valdres, Nord-Gudbrandsdal og Sør-Østerdal har benyttet Dignio som leverandør. Dette har sikret en felles teknologisk plattform og tilpasningsmuligheter. Nært samarbeid med leverandøren har vært nødvendig for optimal bruk av systemene.

Region Sør-Gudbrandsdal har nylig startet implementeringen av digital hjemmeoppfølging (DHO). Regionen utnytter eksisterende teknologi i kommunene, blant annet medisindispenseren Anna fra Evondos. Denne dispenseren tilbyr funksjoner som kameratilsyn og brukerkommunikasjon, med flere nye funksjoner under utvikling og testing i samarbeid med leverandøren. De nye funksjonene i medisin Regionen vil være med i utprøvingen av disse nyvinningene for å styrke tjenestetilbudet.

Eidskog kommune retter sin satsning mot psykisk helse ved å ta i bruk systemet Assistert Selvhjelp, basert på suksesshistorier og erfaringer fra Elverum kommune

Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten

DHO har potensial til å redusere kostnader ved å frigjøre ressurser og redusere behovet for fysiske konsultasjoner. Oppstartskostnadene har vært betydelige, men prosjektet ser store muligheter for økt effektivitet og reduserte utgifter på lang sikt ved skalering.

Fordeler og ulemper med organiseringen

Den regionale organiseringen har bidratt til kunnskapsdeling og erfaringsutveksling, men fremdriften har variert mellom kommunene. Behovet for en mer enhetlig implementering er tydelig, og det er planlagt ytterligere samordning, blant annet gjennom en regional respons- og oppfølgingstjeneste.

Prosessveiledning

InnoMed spilte en sentral rolle i prosjektet frem til januar 2024, med aktiv deltakelse i prosjektmøter, workshops og andre aktiviteter som bidro til fremdriften. Prosessveileder fra InnoMed hadde tett kontakt med prosjektleder og delprosjektledere og var en viktig støttespiller i arbeidet med å koordinere og utvikle prosjektet. Gjennom fysiske møter og tilstedeværelse ute i regionene, bidro InnoMed til å forankre prosjektet lokalt og styrke samarbeidet mellom kommunene.

En viktig suksessfaktor for DHO-prosjektet i Innlandet har vært at prosjektleder og tre delprosjektledere har gjennomført kompetanseprogrammet Innoagent i regi av Helselnn. Programmet har praktisk prosessveiledning som et sentralt kompetansemål, og denne opplæringen har gjort det mulig for prosjektledergruppen å sikre fremgang i prosjektet også i 2024, til tross for redusert ekstern støtte. Prosesskompetansen som er bygget opp i prosjektledergruppen, har vært avgjørende for å opprettholde struktur og fremdrift.

Dessverre opplevde prosjektet et vakuum fra januar 2024, da InnoMed prosessveiledning ble redusert. Mangelen på kontinuitet i veiledningen har medført utfordringer, særlig når det gjelder å opprettholde den samme graden av koordinering og nøytral støtte som tidligere. I 2024 har InnoMed bidrag vært begrenset til å bistå med gevinstskjemaer mot slutten av prosjektperioden, noe som har vært nyttig, men langt mindre omfattende enn deres tidligere rolle.

Erfaringene fra 2024 viser at selv om intern prosesskompetanse i prosjektledergruppen har vært en viktig ressurs, har fraværet av ekstern prosessveiledning vært et savn. Ekstern veiledning har tidligere vært avgjørende for å løse komplekse utfordringer og styrke samhandlingen mellom aktørene i prosjektet. Dette understreker betydningen av å sikre kontinuitet i ekstern prosessveiledning i fremtidige faser av prosjektet, som en støtte til de interne ressursene.

Helsedirektoratets rolle i prosjektet

Helsedirektoratet (HDIR) har spilt en avgjørende rolle for at DHO-prosjektet i Innlandet har lyktes. Deres støtte og tilstedeværelse har bidratt til å sikre fremdrift, kvalitet og samarbeid på tvers av regionene. Prosjektleder og prosess-støtte fra HDIR har vært svært tilgjengelige og enkle å kontakte.

HDIR har også vært fleksible og deltatt ute i regionene når prosjektet har hatt behov for det, enten fysisk eller digitalt. Denne tilstedeværelsen har vært verdifull for å styrke både forankring og fremdrift i prosjektet. Spesielt har prosjektledersamlingene arrangert av HDIR vist seg å være en svært nyttig arena. Samlingene har ikke bare bidratt med faglig inspirasjon og konkrete verktøy for prosjektarbeidet, men har også vært en viktig møteplass for nettverksbygging og deling av erfaringer med andre prosjekter på

nasjonalt nivå. For små regioner og kommuner har det hatt stor nytteverdi å være en del av noe større. Å delta i et nasjonalt nettverk har gitt tilgang til ressurser, kunnskap og erfaringsutveksling som enkeltkommuner og regioner ikke ville hatt tilgang til på egen hånd.

I tillegg har temamøtene arrangert av HDIR vært en viktig ressurs. Disse har belyst sentrale temaer innen digital hjemmeoppfølging og har vært til stor nytte for både prosjektgruppen og andre aktører i nettverket. Det har vært spesielt verdifullt at møtene har blitt gjort tilgjengelige som opptak. Dette har gitt prosjektet mulighet til å dele innholdet videre med kommunalsjefer og andre relevante personer, noe som har styrket forankringen og kunnskapen om DHO i regionen.

Helsedirektoratets aktive rolle i prosjektet har bidratt til å styrke både den faglige kvaliteten og den organisatoriske gjennomføringen av digital hjemmeoppfølging i Innlandet. Deres fleksibilitet, tilgjengelighet og kompetanse har vært en avgjørende faktor for prosjektets fremgang, særlig for mindre kommuner og regioner som har opplevd verdien av å være del av et større nasjonalt fellesskap.



Læringspunkter / erfaringer

Læringspunkter og erfaringer fra digital hjemmeoppfølging (DHO)

Erfaringene fra prosjektet viser at samarbeid på tvers av kommunegrenser og regioner er en avgjørende suksessfaktor for digital hjemmeoppfølging. Tett samarbeid har styrket kunnskapsdeling, ressursutnyttelse og implementering av digitale løsninger. Regioner der kommunene har gått i takt har hatt bedre fremdrift og mer vellykkede resultater, mens andre har hatt behov for en mer individuell tilnærming. Et tett samarbeid med Sykehuset Innlandet og Helsefellesskapet Innlandet har vært essensielt, men prosjektet har ennå ikke oppnådd full integrering av felles tjenesteforløp. Det har vært viktig for både kommunene og helseforetaket å bygge egne erfaringer før man går inn i

omfattende samarbeidsprosesser. Samtidig har delingskulturen mellom aktørene vært avgjørende for å sikre fremgang og en felles forståelse av utfordringer og løsninger.

Prosjektledelsen har vært tydelig strukturert, med klare ansvarsfordelinger mellom prosjektleder, delprosjektledere og kommunene. Styringsgruppen, bestående av kommunalsjefer som også fungerer som helseregionledere i Helsefellesskapet Innlandet, har sikret god forankring og koordinering på tvers av kommunene. Kommunedirektørene har hatt en sentral rolle som prosjekteiere, noe som har vært viktig for politisk forankring og beslutningskraft. Deres involvering har bidratt til retning og ressursallokering i prosjektet. Erfaringene viser imidlertid at plasseringen av helhetlig tjenestemodell i milepæl 3 har vært for sent, og at en tidligere implementering kunne ha styrket forankring og effektivitet.

Samarbeidet med leverandører har vært essensielt for prosjektets suksess. En tett dialog og klare forventninger har bidratt til bedre tilpasning av teknologiløsninger til kommunenes behov. For små kommuner har regional samordning vært avgjørende for å sikre opplæring og erfaringsutveksling. Samtidig har det vært utfordrende for små kommuner å få leverandørene til å prioritere deres behov, noe som understreker viktigheten av å stå samlet og ha en regional strategi for anskaffelser og leverandørdialog.

Prosjektet har møtt flere utfordringer, blant annet bytte av ekstern prosessveiledning etter januar 2024, noe som har ført til utfordringer i gevinstarbeidet. Mangelen på felles tjenesteforløp har også forsinket samarbeidet, og det er tydelig at en tidligere implementering av felles løsninger ville ha gitt raskere gevinster. Fastlegenes rolle har vært en utfordring grunnet høyt arbeidspress og manglende incentiver for deltakelse i prosjektet. Ulik fremdrift mellom kommunene har også vært en barriere, der noen kommuner har hatt større kapasitet og erfaring med digitalisering enn andre.

Flere suksesskriterier er identifisert i prosjektet, inkludert tett samarbeid mellom kommuner og helseforetak, tidlig implementering av tjenestemodeller, kompetanseheving, brukerinvolvering og felles anskaffelser. Barrierer som ressursmangel, teknologiske utfordringer og varierende fremdrift mellom kommunene må imidlertid adresseres for å sikre bærekraftige løsninger. Erfaringene fra samarbeid med parallelle prosjekter, som SMILE, Previs og digitale sår tjenester, har vist seg å være verdifulle, og lærdommene fra disse prosjektene har stor overføringsverdi til DHO-prosjektet.

Basert på erfaringene gir prosjektet følgende råd til andre som planlegger å etablere DHO: Tidlig forankring og avklaringer av roller er avgjørende for å sikre en felles retning. Innføring av standardiserte tjenesteforløp fra starten vil bidra til bedre samhandling. Et sterkt fokus på gevinstrealisering og kompetansebygging er nødvendig for å oppnå varige effekter. Fastlegeinvolvering bør prioriteres tidlig i prosessen med klare incentiver for deres deltakelse. I tillegg er det viktig å tilpasse løsninger til lokale behov samtidig som de inngår i en helhetlig regional strategi.

Samlet sett viser erfaringene at en systematisk og koordinert tilnærming til implementering av DHO er nødvendig for å oppnå effekt og bærekraft i tjenesten.

Gjennom tett samarbeid, kunnskapsdeling og en helhetlig tjenestemodell kan digitale løsninger bidra til å styrke helse- og omsorgstjenestene på tvers av kommuner og regioner.



Oppsummering og veien videre

Status for overgang til drift

Prosjektet for digital hjemmeoppfølging (DHO) er fortsatt i implementeringsfasen og er ikke overført til ordinær drift. Noen kommuner har startet opp med pasienter, men overgangen til drift krever ytterligere arbeid med forankring, gevinstrealisering og utvikling av helhetlige tjenestemodeller. Bærekraftige løsninger på tvers av regionene må sikres for å oppnå en vellykket overgang til drift.

Hva må på plass for å sikre overgang til drift?

For å sikre en vellykket overgang til drift må følgende faktorer være på plass:

1. Finansiering:

- Prosjektet er avhengig av tilskudd fra helseteknologiordningen for 2025 for å videreføre og styrke arbeidet. Søknaden er forankret i Helsefellesskapet Innlandet, og uten denne finansieringen risikerer prosjektet å miste kontinuiteten.

2. Helhetlig tjenestemodell:

- Det er avgjørende å intensivere arbeidet med utvikling av en helhetlig tjenestemodell for DHO. Dette vil sikre en felles retning og tydelig ansvarsfordeling mellom aktørene. En tidligere implementering ville styrket prosjektets fremdrift og forankring.

3. Gevinstkartlegging:

- Systematisk gevinstarbeid må gjennomføres for å dokumentere verdien av DHO for både pasienter, helsepersonell og tjenesten. Gevinster må

synliggjøres for beslutningstakere for å sikre politisk og administrativ støtte.

4. Regional respons- og oppfølgingsløsning:

- En felles regional modell må utredes for å sikre samordnede og effektive oppfølgningstjenester. Erfaringer fra responsprosjektet viser at en slik løsning kan redusere belastningen på kommunene og sikre bedre kvalitet for pasientene.

5. Regional samordning:

- Fortsatt fokus på samarbeid mellom kommunene er nødvendig for å utnytte ressurser og kompetanse på en bærekraftig måte. En felles regional oppfølgningstjeneste vil være sentral i denne strategien

6. Forankring og endringsledelse

For å sikre en vellykket overgang til drift, er det avgjørende med god forankring og solid endringsledelse. Digital hjemmeoppfølging innebærer en omfattende transformasjon av arbeidsprosesser og krever aktiv støtte fra både politisk og administrativ ledelse i kommunene og helseforetaket. Forankring på alle nivåer er essensielt for å sikre langsiktig eierskap og ressurser til implementering. Dette innebærer tett dialog med kommunedirektører, helseledere og ansatte i førstelinjetjenesten for å skape en felles forståelse av prosjektets mål og gevinster.

Endringsledelse er en kritisk faktor for å lykkes med overgangen til drift. Det er nødvendig med tydelige ledere som kan drive endringsprosessen og sikre at ansatte får nødvendig støtte og opplæring for å tilpasse seg nye arbeidsformer. Dette innebærer en strukturert tilnærming med fokus på kommunikasjon, involvering av ansatte og kontinuerlig evaluering for å identifisere og håndtere motstand mot endring. Ved å legge til rette for en åpen og inkluderende prosess, vil det være lettere å skape eierskap og aksept for de nye digitale løsningene blant helsepersonell og andre berørte aktører



Planer for videre utvikling

Prosjektet har flere konkrete planer for videre utvikling i 2025:

- **Søknad om videre finansiering:**
 - Prosjektet vil søke midler fra helseteknologiordningen for 2025 for å sikre kontinuitet og videreføring av arbeidet.
- **Implementering av helhetlige tjenestemodeller:**
 - Arbeidet med felles tjenesteforløp vil intensiveres gjennom workshops og tett samarbeid mellom kommunene og Sykehuset Innlandet.
- **Styrket delingskultur:**
 - Erfaringsutveksling på tvers av regionene vil fortsette for å spre kunnskap og sikre en felles tilnærming, særlig med nye kommuner som har sluttet seg til prosjektet.
- **Regional oppfølgingstjeneste:**
 - Videre utredning av en felles regional responsløsning vil prioriteres for å styrke bærekraft og kvalitet i tjenesten.

Avsluttende kommentarer

Prosjektet har oppnådd betydelige fremskritt i implementeringen av DHO og har et solid fundament for videre utvikling. Med en helhetlig strategi for *finansiering*, gevinstrealisering og regional samordning vil prosjektet kunne overføres til drift og bidra til å styrke helse- og omsorgstjenestene i Innlandet. Gjennom et tett samarbeid med Helsefellesskapet Innlandet og utvikling av en regional responsløsning ligger alt til rette for en vellykket videreføring og skalering av DHO i 2025.

Vedlegg:

Vedlegg 1: Brukercase

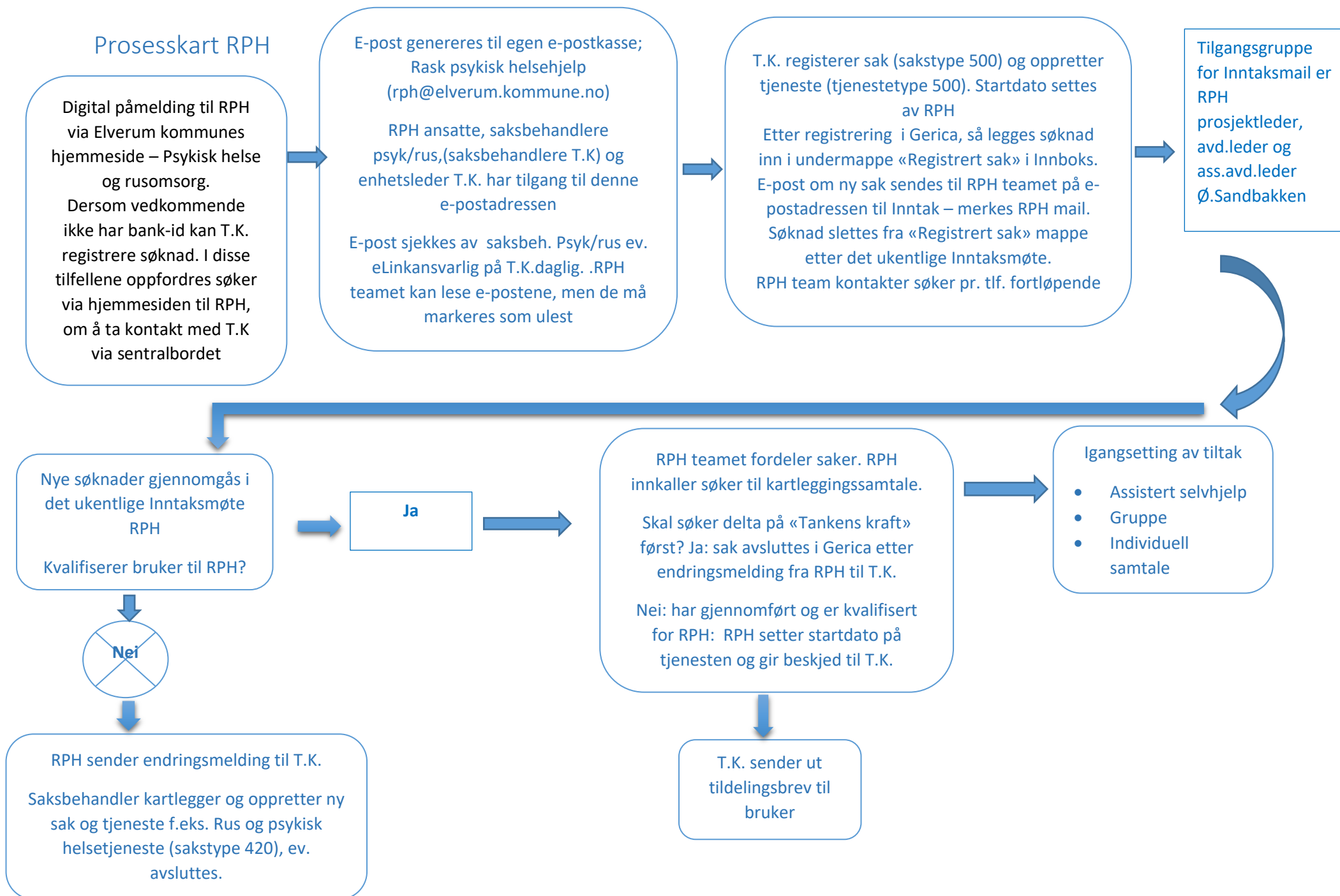
Vedlegg 2: Brukercase

Vedlegg 3: Brukercase

Vedlegg 4: Tjenesteforløp (vi har flere tjenesteforløp, både pr. kommune, men også regionalt. Disse er laget i Mural og vanskelige å få inn i word dokument)

Vedlegg 5: Organisasjonskart

Prosesskart RPH



Kandidat 2:

Alder: mann 55 år.

Situasjon: Bor hjemme med sin mor. Har tjenester fra kommunen.

Jobbsituasjon: Jobber tilrettelagt 4 dager i uken.

Sykdomshistorie: psykisk utviklingshemming, hypertensjon, hyperkolesterolemi, diabetes type 2

Situasjon før digital hjemme oppfølging:

- Har hatt oppfølging fra hjemmesykepleien med ulike tjenester i forhold til blodsukker de senere årene. Hj.spl setter Insulin x 1 pr uke.
- Har ansvar med å måle blodsukkeret sitt selv og sette insulin morgen og kveld hver dag samt administrere hurtigvirkende.
- Hjemmesykepleien mistenker at han ikke greier å adm. medisinene sine selv.
- Langtidsblodsukker hos fastlege har ofte vist høy verdi. Og det stilles spørsmål om han adm medisiner som han skal. Han har tidligere satt Insulin selv og målt blodsukker. Siste mnd tok hj.spl over adm og han byttet til ny type Insulin som settes x 1 pr uke.
- Lite oversikt over kostvaner.
- Har han nok innsikt og forståelse over egen situasjon og helse?
- Ønsker helst ikke hjelp fra tjenester.
- Er overvektig.

Oppnåelse med digital hjemme oppfølging?

- Bedre regulert diabetes?
- Stabilt blodsukker?
- Bedre innsikt i sykdom og kosthold?
- Bedre verdier på langtidsblodsukkeret?
- Bedre kjennskap til egen sykdom og forståelse?
- Andre som passer på og kan følge med på at han tar målinger når han skal og at det blir gjort?
- Redusere fysiske tjenester?
- Behandlingsapparatet får bedre oversikt over sykdommen.

Kandidater til digital hjemme oppfølging:

Kandidat 1:

Alder: kvinne på 83 år.

Bosituasjon: har bodd hjemme på gården sin frem til nå, da både hun og ektefelle har fått omsorgsleilighet.

Jobbsituasjon: drevet gård.

Sykdomshistorie: Atrieflimmer og Diabetes type 2.

Situasjon før digital hjemme oppfølging:

- Har oppfølging fra hj.spl 2 dager i uke for blodsuktermåling.
- Har oppfølging hos diabetessykepleier på legekantoret hver 3 mnd. Dette for å måle langtidsblodsukker og veiledning rundt sykdommen.
- Har et ustabilt blodsukker.
- Har noe usikkerhet rundt sin sykdom og målinger, tok ofte kontakt med hj.spl før hun fikk oppfølging hos diabetessykepleier.
- Det stilles spørsmål rundt hennes ernæring og om hun spiser riktig kost i forhold til sykdommen.

Oppnåelse med digital hjemme oppfølging?:

- Kan følges opp hjemme og redusere oppfølging fysisk på legekantor og hjemmesykepleien?
- Oppnå stabilt blodsukker som vil gi bedre helse.
- Bedre innsikt i sykdommen for både helsepersonell og henne selv?
- Få en bedre innsikt i måltider og kosthold gjennom dagen (dette både for helsepersonell og henne selv)?
- Kan hun få tatt langtidsblodsukker hjemme slik at hun ikke trenger å komme på legekantoret (evt om hjemme sykepleien kan følge opp dette)?
- Diabetessykepleier kan følge med daglig på målinger og få mer opplysninger rundt hennes sykdom?

Kandidat 3:

Alder: mann 45 +

Bosituasjon: skilt, har 2 barn.

Jobbsituasjon: har fast jobb i familiens firma.

Sykdomshistorie: Diabetes type 2.

Situasjon før digital hjemme oppfølging:

- Har ingen tjenester fra hjemmesykepleien.
- Har oppfølging på legekantoret hos diabetessykepleier.
- Ønsker helst ikke å komme på legekantoret, men møter opp til timer. Vil ha minst mulig å forholde seg til.
- Ustabilt blodsukker over lang tid.