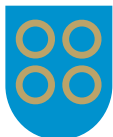




bodø
KOMMUNE



Hadsel kommune



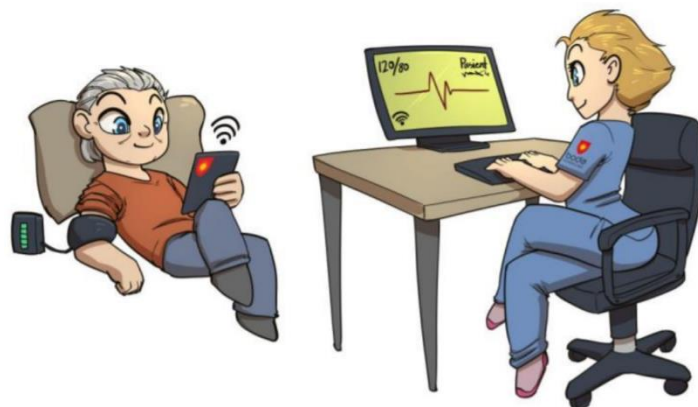
Sortland
kommune



Øksnes
kommune



BØ KOMMUNE
Det gode liv i Bø



ERFARINGSRAPPORT FOR SPREDNINGSPROSJEKT DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING I NORD

Vibeke Tellmann
PÅ VEGNE AV PROSJEKTGRUPPEN

Sammendrag

Rapporten oppsummerer erfaringene fra Spredningsprosjektet Digital Hjemmeoppfølging i Nord, et initiativ som har hatt som mål å forbedre og utvide bruken av digitale løsninger i hjemmeoppfølgingen av pasienter.

Prosjektet har involvert et tett samarbeid mellom kommuner, helseforetak og fastlegetjenesten for å utvikle og implementere en helhetlig modell for digital hjemmeoppfølging (DHO). Erfaringene fra prosjektet gir innsikt i både utfordringer og gevinster knyttet til innføringen av digitale verktøy i pasientbehandlingen. Rapporten belyser også måloppnåelse, implementering, samt læringspunkter og anbefalinger for fremtidig utvikling av DHO-tjenester

Innhold

Sammendrag	1
1 Innledning.....	1
1.1 Formål med deltakelse i spredningsprosjektet.....	1
1.2 Fakta om prosjektet	1
1.2.1 Deltakende aktører	1
1.2.2 Samarbeid, organisering og styring	1
1.2.3 Forankring i Helsefellesskapet	2
1.3 Mål.....	2
1.3.1 Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt	2
1.3.2 Målgruppe	3
1.3.3 Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten	3
1.3.4 Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging	3
1.4 Måloppnåelse / gevinster	3
1.4.1 I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?	3
1.4.2 Hvilke gevinster har prosjektet gitt.....	3
1.5 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt	4
1.5.1 Tjenesteforløp	4
1.5.2 Inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier.....	6
1.5.3 Erfaringer med egenbehandlingsplan	7
1.5.4 Etske vurderinger	7
1.5.5 Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten	8
1.5.6 Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging.....	9
1.5.7 Erfaring med fastlegens rolle og ansvar	9
1.5.8 Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle.....	10
1.5.9 Anskaffelse.....	11
1.5.10 Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten.....	11
1.5.11 Fordeler og ulemper med vår måte å organisere prosjektet på.....	11
1.6 Prosessveiledning.....	11
1.6.1 Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?.....	11
1.6.2 Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed.....	11
1.6.3 Hvilke aktiviteter fra Helsedirektoratet har vært nyttig for framdrift i prosjektet?.....	11
1.7 Læringspunkter / erfaringer.....	12
1.7.1 Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt.....	12
1.7.2 Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO.....	12
1.7.3 Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi?	12

1.7.4 Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på	13
1.7.3 Hvilke suksesskriterier og barrierer ville dere peke på?	13
1.7.4 Hvilke erfaringer og råd til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging.....	13
1.7.5 Oppsummering og veien videre	13

1 Innledning

1.1 Formål med deltakelse i spredningsprosjektet

Formålet med deltakelsen i Spredningsprosjektet Digital Hjemmeoppfølging var å prøve ut og implementere digital hjemmeoppfølging i et helhetlig samarbeid mellom kommune, helseforetak og fastleger. Gjennom prosjektet har vi hatt som mål å forbedre pasientenes helseoppfølging ved å bruke teknologi for å gi bedre støtte i helseoppfølgingen

Man ønsket i prosjektet å tilrettelegge for samhandling på tvers mellom kommunene, slik at i fellesskap kunne gjøre endringer i egen kommune som kunne føre til et vellykket prosjekt og test av Digital hjemmeoppfølging.

1.2 Fakta om prosjektet

1.2.1 Deltakende aktører

Utprøvings kommuner: Bodø kommune, Sortland kommune, Bø kommune, Hadsel kommune, Øksnes kommune

Helseforetak: Nordlandssykehuset

Fastlegetjenesten i utprøvingskommuner.

1.2.2 Samarbeid, organisering og styring

Prosjektet har vært organisert med en prosjektgruppe bestående av representanter fra alle de involverte aktørene. Prosjektet har hatt en styringsgruppe for å sikre helhetlig koordinering og oppfølging. I tillegg er det etablert arbeidsgrupper som har hatt ansvar for utvikling og implementering av tjenesten.

Spredningsprosjektet for digital hjemmeoppfølging i Nordlandssykehuset sitt nedslagsfelt består av: Bodø kommune, Nordlandssykehuset, Sortland kommune, Øksnes kommune, Bø kommune og Hadsel kommune. Når man søkte for å delta inn i prosjektet var flere kommuner som ytre ønske om å delta, da hele nedslagsfeltet/ helsefellesskapet fikk tilbud om å delta i prosjektet. Man organiserte deretter at noen kommuner var utprøvingskommuner og noen var følgekommuner.

Utprøvingskommunene er de som har vært aktive parter i prosjektet og det er i disse kommunene der all utprøving og digital hjemmeoppfølging aktivitet har blitt gjennomført. Det kan være lyttende parter i styringsgruppen, deltakere på informasjonsmøter, 1-1 møter i kommuner og emnekurs dekket av prosjektet.

Følgekommuner i prosjektet har vært Meløy kommune, Saltdal kommune, Hamarøy kommune, Vågan kommune og Flakstad kommune. Andre kommuner i helseberedskapet kan i perioder ha vært følgekommuner, uten at de er nevnt her.

Bodø kommune hadde ved inngang i prosjektet digital hjemmeoppfølging implementert i drift som en kommunal helsetjeneste i hjemmet. Formålet med å delta videre i spredningsprosjektet for DHO var å videreutvikle DHO internt, men også for å få flere kommuner i nedslagsfeltet til

Nordlandssykehuset/Helsefellesskapet til å implementere DHO, slik at man kunne få NLSH til å i større grad kunne ha incentiver til videreutvikling av DHO-tjenesteforløp på tvers.

Nordlandssykehuset hadde ved inngang i prosjektet også en rekke erfaringer med å ta i bruk digital hjemmeoppfølging. De brukte digital hjemmeoppfølging til oppfølging av dialysepasienter og til oppfølging av kreft. De har også flere løsninger for oppfølging av pasienter med digitale skjema for kartlegging før, underveis eller etter behandling i spesialisthelsetjenesten.

Kommunene i Vesterålen (Hadsel, Bø, Sortland, Øksnes og Andøy) har vært i prosjekt siden 2016. formålet med deres prosjekt er å etablere en erfaring og utviklingsarena på tvers for kommunene i Vesterålen. Deres nettverk hadde før spredningsprosjektet erfaringer fra deltakelse i nasjonalt velferdsteknologiprogram-prosjekter som gjaldt velferdsteknologi. Det ble bestemt at også dette nettverket skulle ha ansvar for digital hjemmeoppfølging i sin kommune. Nettverket består av en kontaktperson for velferdsteknologi og DHO i hver kommune og en ressurs fra RKK-nettverket (Regionale kompetansekontor) i Vesterålen. I dette nettverket etablerer man rutiner, har erfaringsdelinger, kunnskapsdeling og etablerer strukturer i fellesskap. Det er da hver enkelt kommunerepresentant som tar dette tilbake til sin egen kommune for implementering eller utprøving. I tillegg har de samlet alle de kommunale helselederne i kommunen i et felles ledernetverk, Regionalt helse- og omsorgslederforum (HOF. Kommunalsjefer helse og omsorg).

1.2.3 Forankring i Helsefellesskapet

Prosjektet har vært forankret i Helsefellesskapet, og samarbeidet med primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten har vært avgjørende for prosjektets fremdrift.

I prosjektet har man benyttet Helsefellesskapet som en kommunikasjonskanal for orientering av utvikling og status. Ved inngangen til søknad for prosjektet fikk alle kommunene i Helsefellesskapet Lofoten, Salten og Vesterålen mulighet for å kople seg på prosjektet. Gjennom hele perioden har vi hatt god dialog med Helsefellesskapet gjennom invitasjoner inn til å presentere status. Ved slutten av prosjektet vedtok også strategisk samarbeidsutvalg at de ønsket å satse videre på digital hjemmeoppfølging i helsefellesskapet og jobbet i 2024 med grunnlag for å benytte Samhandlingsmidlene fra Helse Nord til felles anskaffelse for digital hjemmeoppfølging og felles prosjekt for Digital hjemmeoppfølging i Helsefellesskapet Lofoten, Vesterålen og Salten.

1.3 Mål

1.3.1 Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt

Målet har vært å implementere en digital hjemmeoppfølgingstjeneste som gir pasientene bedre kontroll over sin egen helse, samtidig som det gir helsepersonell muligheten til å følge opp pasientene på en mer effektiv måte.

Man ønsket å videreutvikle de tjenesteforløpene som var etablert i Bodø kommune, slik at de kunne benyttes av andre kommuner. I tillegg ville man se hvordan man kunne planlegge og teste ut et tjenesteforløp på tvers mellom kommunene, der man også kunne kople på spesialisthelsetjenesten ved behov. Fro å kunne gjøre dette ønsket man å utrede muligheten for en felles DHO-tjeneste der både primær- og spesialist kunne samarbeide.

1.3.2 Målgruppe

Målgruppen for prosjektet har vært pasienter med kroniske sykdommer eller de som er i en overgangsfase etter behandling på sykehus, og som kan ha nytte av å bli fulgt opp hjemme ved hjelp av digitale verktøy. Hjemmeboende, eldre og kronikergruppen. Svingdørspasienter. Man har sett på funksjonsnivået til pasientene, hvis de har et behov for helsehjelp i hjemmet kan man vurdere Digital hjemmeoppfølging.

1.3.3 Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten

Hindre forbruk av helsetjenester, økt mestring av egen sykdom, forhindre forverring, kjøretid/reise, tettere oppfølging. For pasientene har vi forventet økt mestring av egen helse, færre innleggelse på sykehus, og en generell forbedring i livskvaliteten. For helsepersonell har vi forventet bedre tidshåndtering og mer proaktiv pasientoppfølging. Man vil også se på om DHO kan fungere som et samhandlingsverktøy for komplekse pasientcase.

1.3.4 Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging

Gjennom prosjektet har vi utviklet et system for å samle inn data om pasientenes opplevelse, helseforbedringer og bruk av teknologien. Evalueringen har blitt gjort kontinuerlig i samarbeid med helsepersonell og pasienter.

Det har gjennom hele prosjektperioden vært jobbet med å teste ut gevinstoppfølging i samarbeid med AHUS og Helse Nord. Her har man jobbet for å finne ut hvordan man kan gjøre dette på en god måte, slik at man kan se tjenesteforbruket på pasientene i hele forløpet. Her har Bodø kommune innhentet de tillatelsene som må til og man jobber enda med hvordan dette kan gjøres. Det som er utfordrende er hvordan Bodø kommune kan gi en oversikt over pasienter til Helse Nord, der de er anonymisert, slik at man ikke deler personnummer på tvers. Denne jobben pågår enda ved.

1.4 Måloppnåelse / gevinster

1.4.1 I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?

Volumet er for liten i de nye kommunene til å måle gevinsten i hjemkommunene på en god måte. Siden man kom i gang Vesterålskommunene så sent i forløpet har man ikke kunnet hente ut potensialet i bruk av DHO i hjemkommune.

Prosjektet leverer på måloppnåelse når det gjelder grunnkunnskap og forståelse av Digital hjemmeoppfølging av de forskjellige aktørene.

1.4.2 Hvilke gevinster har prosjektet gitt

For brukere og pårørende har gevinsten vært økt trygghet og bedre helseoppfølging. Helsepersonell har rapportert om bedret arbeidsflyt, og fastleger har fått et nytt verktøy for å følge opp pasientene sine på en mer effektiv måte.

I Bodø kommune jobbet vi lenge med manuelt uttak av data for å se på tjenesteforbruk i tidligere prosjekt. Der så vi gevinst på forbruk av kommunale helsetjenester, så lange brukerne hadde et tjenstlig behov for helsetjenester i hjemme med inkludering. Grunnet at det er svært tidkrevende for kommunen å ta ut slike manuelle data, har kommunen besluttet at vi er fornøye med de målingene som ble gjort i tidligere prosjekt og at man spisser tildelingskriteriene for å sikre gevinst.

I tillegg hadde vi ønsket å få til uttak av registerdata for å se gevinster, så det har vært en jobb gjennom hele prosjektperioden og vil være en jobb vi vil jobbe med videre.

1.5 Modell for digital hjemmeoppfølging I vårt prosjekt

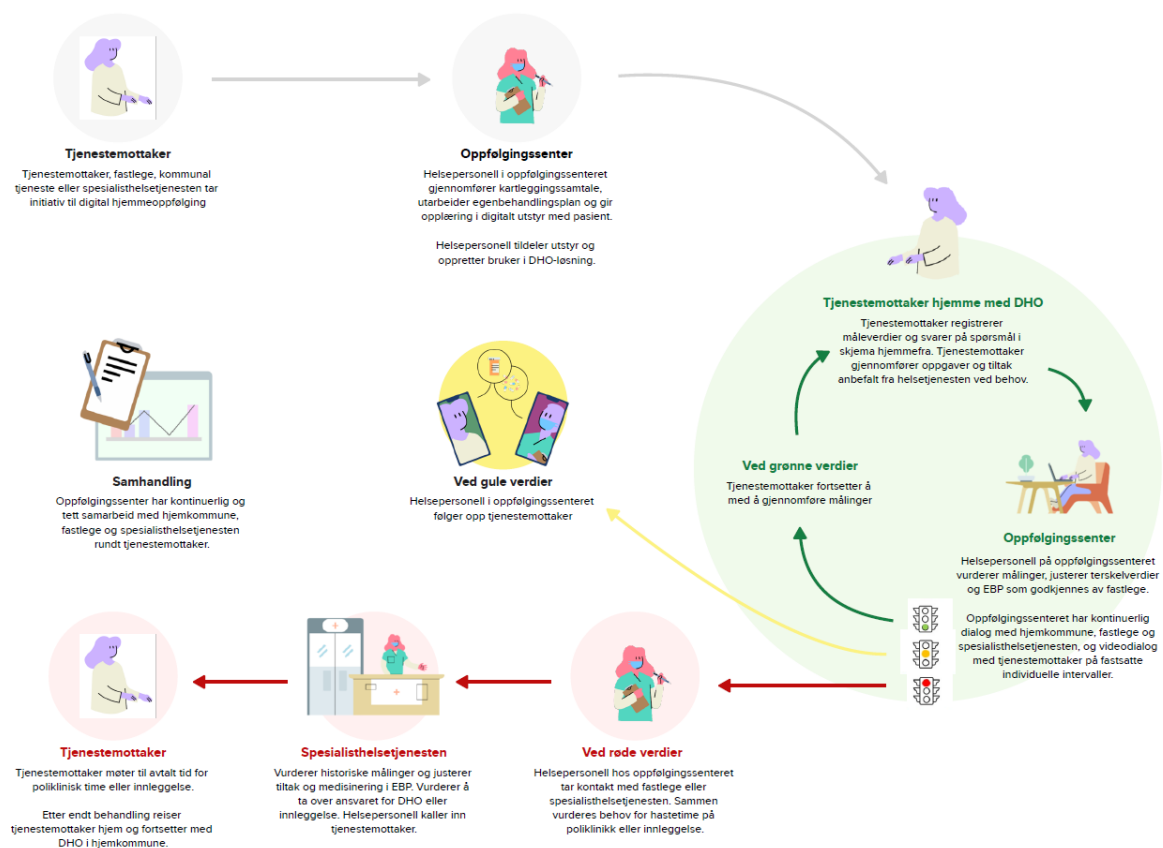
1.5.1 Tjenesteforløp

Vi har i prosjektet utarbeidet flere tjenesteforløp. Tjenesteforløpene har utviklet seg over tid, med flere justeringer basert på tilbakemeldinger fra både pasienter og helsepersonell. Man ser at det vil være forskjellige tjenesteforløp til de forskjellige kommunene og utprøvingene, men man har som målsetting at man klarer å standardisere forløpene mest mulig, for å forenkle det for alle involverte parter.

1.5.1.1 Tjenesteforløp på tvers

Vi så tidlig behovet for å forklare hvordan vi så for oss at digital hjemmeoppfølging kunne være overordnet. Dette ønsket vi å bruke til presentasjoner for helsepersonell og andre som har behov for å forstå DHO-forløpet overordnet. Her er tjenstedesignet vi laget for Digital hjemmeoppfølging sammen med InnoMed

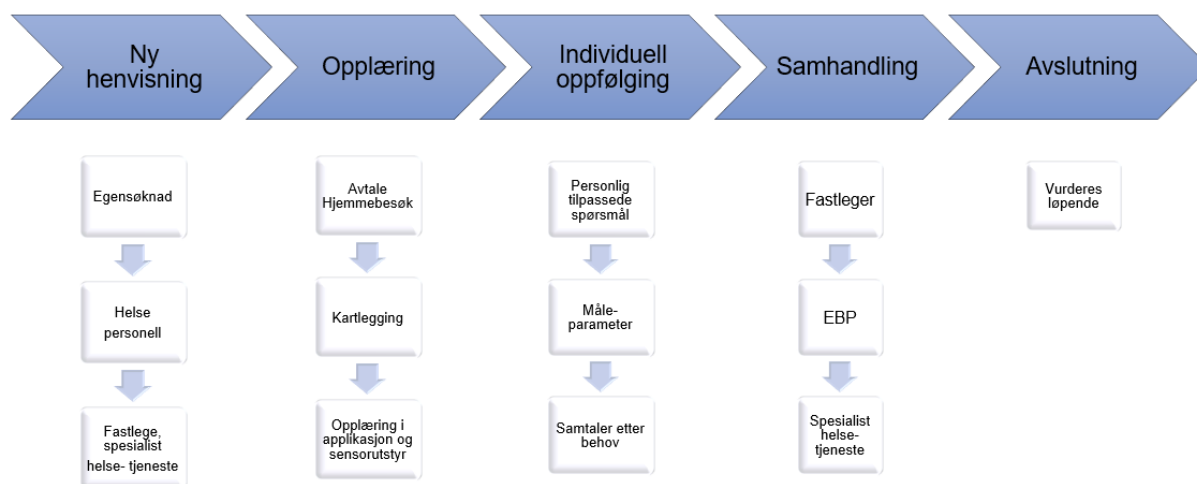
Digital hjemmeoppfølging ved samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommune



1.5.1.2 Interne tjenesteforløp

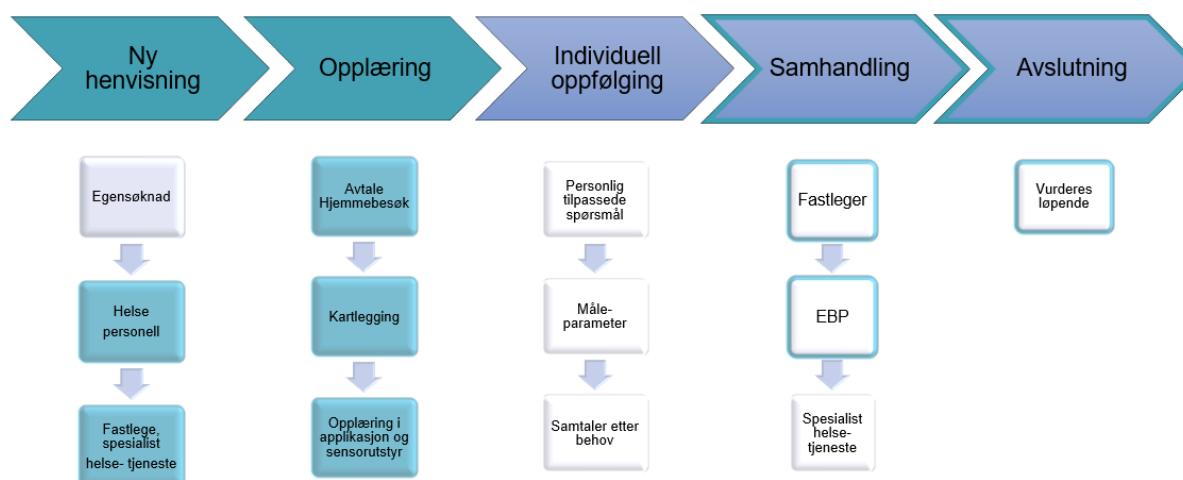
Internt i prosjektet etablerte man en oversikt over oppgaver som skulle gjøres i forbindelse med gjennomføring av digital hjemmeoppfølging i Bodø kommune:

Tjenesteforløp Bodø kommune



Vi brukte den samme modellen for å vise hvordan vi kunne samarbeid med gjennomføring av oppgaver når vi skulle levere Digital hjemmeoppfølging på tvers.

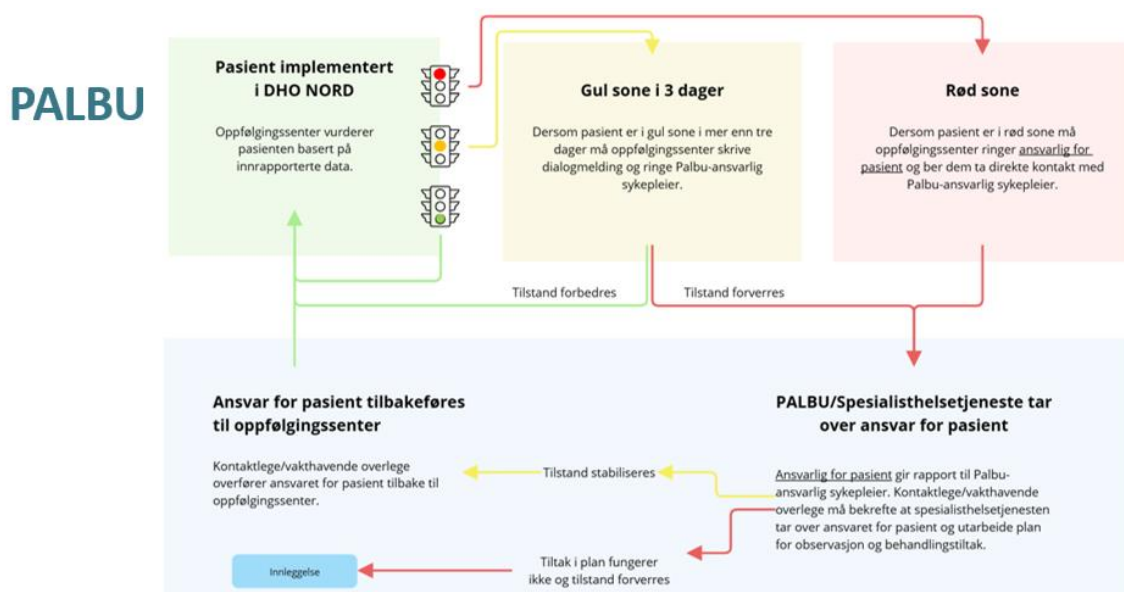
Tjenesteforløp andre kommuner



Her illustrerte vi det med at de som var grønne var hjemkommunens oppgaver, de som var blå/lyse er Oppfølgingsssenteres og de som har begge fargene er de oppgavene som er delt ansvar for.

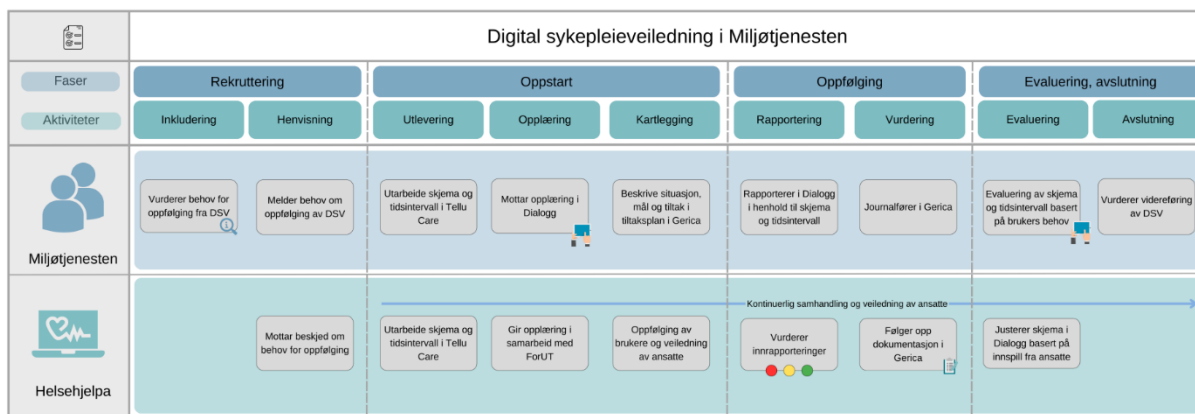
1.5.1.2 PALBU-tjenesteforløp

Vi etablerte også et eget tjenesteforløp for PALBU pasienter. Les mer om dette prosjektet senere under punkt 1.5.8



1.5.1.3 Digital sykepleierveiledning

Gjennom prosjektperioden har Bodø kommune hatt en egen utprøving i deres miljøtjeneste der de testet å bruke digital hjemmeoppfølging og oppfølgingscenteres Helsehjelpa for å kunne bedre oppfølgingen til pasienter boende i kommunale boliger. Denne utprøvingen har foregått i prosjektperioden og vist gode resultater. Dette er også et godt eksempel på hvordan man bruker DHO som et verktøy i forbedring av helsetjenestene som gis der det er de ansatte i tjenesten som besvarer på vegne av bruker og der de får veiledning av sykepleiere på Helsehjelpa til sykepleierfaglige tiltak for pasientene. I den forbindelse ble det etablert et tjenesteforløp for den utprøvingen også.



1.5.2 Inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier

Pasienter med kroniske lidelser eller som nylig har gjennomgått behandling har vært inkludert i prosjektet. Pasienter som har vært i god helse, og som ikke har hatt behov for tett oppfølging, har ikke vært med. Inklusjon og eksklusjonskriteriene er noe forskjellig fra kommune til kommune og for de forskjellige utprøvingene.

I prosjektperioden var dette førende og det var heller ikke tydelige eksklusjonskriterier. Men under kartleggingen av pasienter i Vesterålen henviste fastlegene og tjenestene krevende brukere med psykiske utfordringer i Digital hjemmeoppfølging. I prosjektgruppen ble vi enige om at det kunne

være enklere å starte opp med pasienter med somatiske utfordringer først for å kunne teste både sensorutstyret og tjenestereisen godt før man koplet på de mer komplekse sakene.

For kommunene er det utfordrende å inkludere og ekskludere pasienter gitt fra diagnosegrupper, slik det er tradisjon for i spesialisthelsetjenesten.

I kommunene må man si noe om funksjonsnivå og den enkelte pasients behov for helsetjenester som førende for inklusjon og eksklusjonskriterier for tjenesten.

1.5.3 Erfaringer med egenbehandlingsplan

Utviklingen av egenbehandlingsplaner har vist seg å være en viktig del av digital hjemmeoppfølging som tjeneste. Pasientene har fått et bedre verktøy for å følge opp egenbehandling og gjøre justeringer i samarbeid med helsepersonell.

I prosjektet har vi hatt søkelys på viktigheten med at egenbehandlingsplan ligger til grunn for Digital hjemmeoppfølging. Der ønsker man at oppfølgingssenteret, pasienten og tjenestene rundt skal være en del av utarbeidelse av planen. Vi har valgt å holde på prinsippet med «hva er viktig for deg» ved utarbeidelse av planen, slik at pasientens enge målsetning ligger til grunn for utarbeidelse. Det for har pasientene en viktig rolle i utforming egenbehandlingsplanen som etableres på samarbeidsmøte med fastlegen.

1.5.3.1 Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

Vi ser at når vi har etterspurt pasientene om de bruker egenbehandlingsplanen i våre brukerundersøkelser, som ble gjort i siste undersøkelse. Besvarer pasientene noe variert på om de har egenbehandlingsplan og om de bruker den i hverdagen. Vi i prosjektet tror dette er av flere grunner. Noen forholder seg ikke bestemt til egenbehandlingsplanen som et dokument, men til deres daglige spørsmål. DHO-løsningen som vi har benyttet i prosjektet veileder pasientene til sin sone i egenbehandlingsplanen med tanke på deres svar på sine rapporteringer. Vår antakelse i prosjektet er at pasientene da tenker at de ikke benytter seg av egenbehandlingsplanen i så stor grad.

Andre tilbakemeldinger fra pasientene er de ikke så nytenne med egenbehandlingsplanen før etter samarbeidsmøtet med fastlegen. I prosjektet har man startet utarbeidelse av en skisse til planen ved inklusjon i Digital hjemmeoppfølging og gjennomført et samarbeidsmøte med fastlege etter en tid for å etablere den endelige egenbehandlingsplanen.

1.5.4 Etiske vurderinger

Ansvar for opplæring av helsepersonell har vært en viktig del av prosjektet. Vi har hatt et spesielt søkelys på etiske vurderinger, spesielt når det gjelder personvern og sikkerhet ved bruk av teknologi.

Digital hjemmeoppfølging krever etiske vurderinger knyttet til **personvern og datasikkerhet**, der sensitive pasientopplysninger må beskyttes. **Autonomi og samtykke** er viktig – pasienter må få informasjon og kunne velge fritt. **Tilgjengelighet og digital ulikhet** må adresseres for å sikre at alle kan bruke tjenesten. Herunder må man som kunne tilby utstyr for de som ikke har tilgang til mobil eller nettbrett og andre løsninger for de som ikke har bank ID. **Kvalitet og pålitelighet** er essensielt for å unngå feil, og løsningen må ikke erstatte **menneskelig omsorg**. Med det mener vi at alle rapporteringene fra pasienter må behandles av helsepersonell, slik at pasientene føler at det får en god helsetjeneste. Det må også avklares **juridisk ansvar**, og bruk av **kunstig intelligens** må være

rettferdig og transparent. En helhetlig tilnærming til disse etiske problemstillingene er avgjørende for å sikre at digital hjemmeoppfølging er trygg, rettferdig og til pasientens beste

1.5.5 Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten

Vi har benyttet oss av brukerundersøkelser ca. hver 6 måned. Vi har da sendt ut en link til et forms skjema der pasientene ble forespurt om å besvare forskjellige element.

Her er temaene til brukerundersøkelsene:

- Trygghet
- Kunnskap om egen helse og sykdom?
- Er digital oppfølging enkelt å gjennomføre?
- Tilfredsstilt med tjenesten?
- Påvirkning forbruk av andre tjenester (kommunale, fastlege og sykehus)
- Opplevelse for pårørende
- Fornøydhet med Helseoppfølgingen
- Ville du valgt digital oppfølging igjen?
- Forbedringsforslag

Der alle spørsmål, foruten om det siste spørsmålene, var valg av svaralternativer. Det siste spørreskjemaet som ble utsendt benyttet vi Spørreundersøkelsen som Helsedirektoratet hadde laget for alle prosjektene.

I prosjektet har vi benyttet disse spørreskjemaene aktivt, der vi har forsøkt å ta de tilbakemeldingene som har kommet inn til å videreutvikle digital hjemmeoppfølging og man har formidlet til leverandøren de utfordringer og forbedringene som pasientene har meldt inn.

Man ser at jevnt over i alle undersøkelsene er pasientene fornøyde, føler seg trygge og foretrekker digital hjemmeoppfølging som sin helsetjeneste i hjemmet. Vi ser at av forbedringer til tjenesten melder pasientene inn at Egenbehandlingsplanen er viktig for pasientene. Ikke alle melder at de har plan eller benytter den, men sier noe om at de mener at individualiserte spørsmål og tilpasning er viktig. Noe som vi tror, speiler seg tilbake til at planverket som ligger til grunn for behandlingen er svært viktige for både motivasjonen til pasientene og resultatet for digital hjemmeoppfølging. Her er noen av tilbakemeldinger fra pasientene som vi har jobbet med sammen med leverandør og internt i prosjektet:

«Kan man styre spørsmålet utfra gode og dårlige perioder? Satser på gode perioder igjen!»

«Dere kan det best, har det i kropp og sjel. Det er min erfaring gjennom mange år i helse tjeneste selv. Jeg er mektig imponert»

«Innlogging med ansikt eller biometri, hilsen fornøyd datter»

1.5.6 Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging

I Bodø kommune har man organisert oppfølgingen av pasienter som mottar Digital hjemmeoppfølging i oppfølgingssenteret Helsehjelpa. Det er også dette oppfølgingssenteret i Vesterålskommunene har benyttet seg av i prosjektet. Helsehjelpa og digital hjemmeoppfølging er organisert i avdelingen «digital helse hjemme» som er en egen avdeling under hjemmetjenesteområdet i Bodø kommune.



Ved oppstart av Digital hjemmeoppfølging i Bodø kommune i 2018 var det et krav at de ansatte skulle være sykepleiere, da man hadde årsverk som var delt med Bodø legevakt og man var organisert derunder. Siden den tid har Bodø kommune endret organiseringen av digital hjemmeoppfølging fra legevakt til hjemmetjenesteområdet. Grunnet kompetansebehov, erfaringsutveksling og samhandling. Men siden noen av stillingene enda er delt med Bodø legevakt har man opprettholdt at kompetansebehovet er sykepleiere. Dette grunnet pasientgrunnlaget og behovet for sykepleierfaglig oppfølging. Hvis man på sikt skal ekspandere oppfølgingssenteret bør man utrede behovet for at flere faggrupper er representert inn i Digital hjemmeoppfølging. Dette med erfaring fra at Oppfølgingssenteret Helsehjelpa i dag samhandler tett med andre faggrupper rundt pasienten.

Igjennom prosjektperioden har vi sett at robustheten på Oppfølgingssentre er et tema man bør jobbe mer med. For det er flere fordelaktige momenter med å ha et lite oppfølgingssenter, men ved fravær er dette svært sårbart. Det er heller ikke så enkelt å innhente vikarer til slike sentre fordi arbeidsmetodikk og den faglige oppfølgingen er annerledes enn ordinær helseoppfølging. Noe som gjør at opplæringen av vikarer eller nyansatte kan ta noe tid. Derfor ønsker man å se nærmere på mulighetene for samarbeid om oppfølgingssenter videre.

I prosjektperioden har kommunen i Vesterålen benyttet seg av Oppfølgingssenteret Helsehjelpa for å tilby digital hjemmeoppfølging

Omfanget med pasienter er totalt 346 pasienter igjennom hele prosjektperioden fått digital hjemmeoppfølging gjennom dette prosjektet. Pasienter som har blitt vurdert og ikke inkludert er ikke tatt med i disse tallene, heller ikke pasienter som mottar Digital sykepleierveiledning. Totalt 12 av disse tilhører prosjektkommunene i Vesterålen, 2 PALBU og resterende til Bodø kommune.

Vi tror at dette omfanget kan økes ytterligere når flere kommuner for erfaring med digital hjemmeoppfølging og når man får flere samarbeidsprosjekter med spesialisthelsetjenestene og når fastlegene kan henvise flere til tjenesten. For å kunne få til dette er vi avhengig av å jobbe videre med dette som prosjekt og at vi kan ha emnekurs og drive aktivt med fagutvikling av digital hjemmeoppfølging.

1.5.7 Erfaring med fastlegens rolle og ansvar

Vi mener at det er essensielt at fastlegen har en rolle i digital hjemmeoppfølging. Det skal også sies at det er krevende å balansere fastlegens rolle inn i digital hjemmeoppfølging. I vårt prosjekt oppfatter vi de fleste fastlegene som positive til digital hjemmeoppfølging. Spesielt når det gjelder samarbeidsmøter rundt egenbehandlingsplaner oppleves som et positivt samarbeid rundt pasienten. De fleste fastleger har ikke det store volumet av pasienter som gjør forståelsen av hvem som

profiterer av tjenesten og hvem som bør henvises kan være krevende. Man ser at de som har oppfattet hva tjenesten kan være for sine pasienter og som opplever at dette kan være til det beste for pasienten hyppigere henviser pasienter og er mer delaktig i utviklingen.

Erfaringen vår med å gjennomføre emnekurs var god, og man kunne se ringvirkninger av det i etterkant av kursene. I prosjektperioden gjennomførte vi 2 Emnekurs for fastleger. Den ene dagen var digital, og den andre dagen var fysisk. Vi åpnet opp for at også andre faggrupper kunne delta på kurset som skapte en god tverrfaglig gruppe på kursene. Om lag 100 helsepersonell deltok på disse dagene til sammen. Der det var deltakere fra helse Nord Norge, også deltakere fra andre av spredningsprosjektene. Vi dekket alle kostnadene for deltakere i vår lokale prosjekt.

1.5.8 Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle

I vårt prosjekt følger vi at vi har fått etablert et godt samarbeid mellom aktørene i kjeden. Opp mot spesialisthelsetjenesten har vi etablert et godt samarbeid opp mot klinisk IKT og digital poliklinikk på Nordlandssykehuset. Her har vi fått i gang gode erfaringsarenaer for fagutvikling og for utprøvinger av digital hjemmeoppfølging.

Et godt eksempel på det er utprøvingen av digital hjemmeoppfølging for barn som mottar helsetjenester fra palliasjon teamet for Barn på Nordlandssykehuset. Nordlandssykehuset har hatt ett innovasjonsprosjekt der de har jobber med tjenestereiser og arbeidsprosesser for hvordan barneavdelingen skal organisere sitt arbeid gjennom å etablere et PALBU-team. I dette teamet er det spesialisthelsetjenesten ved barneavdelingen som gir helsetjenester til barn. I forbindelse med etableringen av PALBU-teamet ønsket de å teste ut digital hjemmeoppfølging som verktøy for å gi helsetjenester til pasientgruppen, derfor tok de kontakt med vårt spredningsprosjekt for samarbeid.

I den forbindelse startet man med utprøvingen av PALBU+DHO til en pasient som mottok døgntkontinuerlige helsetjenester i kommunen, der de ansatte i kommunen brukte DHO løsningen for oppfølging og rapportering på dagsform. Man brukte da flere møter for å danne en tjenestereise for dette og for å se på hvilke verktøy som skulle brukes til kommunikasjon mellom helsepersonell, ansvarsforholdet i helsetjenesten og hvilke aktører som inngikk i helsetjenesten.

Før oppstart samlet man inn aktørene i dette barnets helsetjeneste for etableringen av en egenbehandlingsplan som tok høyde for pasientens tilstand, fordeling i grønn-gul og røde soner. Her fulgte man da altså prinsippene til etablering av egenbehandlingsplan på lik linje med andre som mottar DHO-tjenester. Etter etablering av planverket, gjennomførte man flere møter for å diskutere hindringer og muligheter med oppfølgingen.

Når kommunehelsetjenesten startet med innrapporteringene så man tidlig at man også ble nødt til å inkludere skoletjenesten, slik at de kunne innrapportere når pasienten var på skolen.

Før oppstart av tjenesten hadde denne pasienten hyppige innleggelser, forverring og kommunehelsetjenesten hadde svært hyppig kontakt med barneavdelingen. Denne utprøvingen startet tidlig 2024 og pågår enda. Status januar 2025 var at det kun hadde vært en innleggelse i perioden, ansatte i kommunehelsetjenesten føler seg tryggere i oppfølgingen og Spesialisthelsetjenesten bistår kun ved reelle forverring og man fanger opp forverring tidlig slik at tiltak kan startes hjemme. Prosjektet pågår enda og man har startet opp ytterligere en pasient. Bakgrunn for at man har valgt å ta utprøvingen i et relativt lavt tempo er fordi man må sikre at alle rutiner hos de forskjellige aktørene er tilfredsstillende før man kan inkludere flere pasienter.

1.5.9 Anskaffelse

Gjennom prosjektperioden har man jobbet med å skaffe erfaringer som skulle ligge til grunn for en anskaffelse. Man startet forberedelsene for denne tidlig i 2024, der felles anskaffelse utført av sykehusinnkjøp på vegne av helseforetaket der kommunene kan gjøre opsjon på løsningen slik at vi kan jobbe i felles løsning på tvers. Når denne rapporten skrives, er ikke resultatet fra anskaffelsen ferdigstilt.

1.5.10 Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten

Vi anser at de pasientene som inkluderes har et behov for helsetjenester, slik at dette dekker et behov for helsehjelp i kommunene. På den måten ser man en besparelse på å gi Digital hjemmeoppfølging som helsetjeneste i hjemmet.

Ved å videre se på mulighetene for å samarbeide med pasientforløp og oppfølgingssenter, tror vi at tjenesten vil være bærekraftig for flere kommuner.

1.5.11 Fordeler og ulemper med vår måte å organisere prosjektet på

Fordeler: enklere for små kommuner å komme i gang, nyttiggjøre seg av kunnskapen og erfaringene som er gjort, kommer inn i en veletablert tjeneste og kan nyttiggjøre seg av den. Vi tror at denne tjenesten egner seg svært godt for interkommunalt samarbeid, hvis man finner gode arbeidsprosesser for informasjonsdeling mellom aktørene i forløpet.

Brukerperspektiv: pasientene som mottar digital hjemmeoppfølging for en oppfølging tett som fører til trygghet og sykdomsforståelse for brukerne.

Ulemper: Man er kommet kort nasjonalt med datadelingsprinsippene som gjør at man må gjøre mange manuelle prosesser for å holde dokumentasjonsplikten og for å kunne ha dialog mellom kommunene og andre aktører i pasientforløpet. Noe som at for å dekke dette er tjenesten noe kompleks og det gjør jobben til de ansatte mer avansert, noe som krever god teknologisk kompetanse og organisasjonsforståelse hos de ansatte på Oppfølgingssenteret.

1.6 Prosessveiledning

1.6.1 Hvilke aktiviteter har InnoMed bistått med?

I vårt prosjekt har vi fått bistand fra InnoMed med tegning av tjenesteforløp og oppstarts samling. Vi ytret ønske om bistand til visualisering av tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging og for tjenesteforløp for PALBU tjenestene. Disse er illustrert i kapittel 1.5.1.

I tillegg har de tilbudt flere kompetansehevende samlinger som vi har deltatt på.

Vi har også fått presentasjon av prismodell som de har etablert for andre prosjekt.

1.6.2 Nytteverdi av prosessveiledning fra InnoMed

Prosjektet har erfart at det har vært god nytteverdi med bistand fra InnoMed igjennom prosjektperioden. De har vært på tilbudssiden og bistått med det vi har ønsket, noe som er svært viktig for oss som prosjekt som ikke har spisskompetanse på for eksempel dette med tjenstedesign.

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

Det har vært nyttig med prosjektledersamlingene, fellessamlinger, temamøter og samarbeid med andre. Det har også vært viktig for oss at Helsedirektoratet har vært veldig behjelpelig hvis vi har hatt andre problemstillinger som vi har ønsket tatt opp. Også etablering og godkjenninger i forbindelse

med Emnekurs har vært svært nyttig. Med at de har sittet med den helhetlige oversikten har vi kunnet få bistand til hvem andre som er i de samme prosessene og problemstillingene som vi har stått i og derfor har kunnet samarbeide bedre på tvers av prosjektene. Siden Digital hjemmeoppfølging er en tjeneste som er under utvikling tenker vi som prosjekt at det er svært viktig at man har felles møtepunkt for samarbeid også framover.

1.7 Læringspunkter / erfaringer

1.7.1 Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt

Å drive utviklingsprosjekt i en presset helsetjeneste er en krevende øvelse. Man brukte i starten av prosjektet mye tid til forankring i ledelsen og klargjøre de nye kommunene til oppstart. Selv om dette forsinket starten, tror jeg at det var svært nyttig senere i utprøvingen.

For helsepersonell er det vanskelig å sette av tid til å identifisere brukere, videreutvikle tjenesteforløp og delta i faglige samlinger. Derfor er det viktig med en god forankring i lederskapet som sier noe om målbildet for deres kommune og er villig til å frikjøpe ressurser til å forstå og delta på denne endringen. Vi opplever at det er helsepersonell som er mest kritiske til tjenesten, men når de får større forståelse for hva tjenesten er og hvordan de selv kan dra nytte av den både for sin profesjon og for pasientene, blir de mer positiv og da får man «riktige» pasienter henvist.

Det er viktig å kople på Helseforetakene på prosjektet. Prosjektets læringspunkt her er at vi ikke har koplet på Helseforetaket i stor nok grad fra start, slik at vi har en felles forståelse for hva vi legger i Digital hjemmeoppfølging. Videre ønsker man å ha mer søkelys på dette sammen.

1.7.2 Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO

I prosjektet har vi som tidligere nevnt arbeidsgruppen i Vesterålen som viktige ressurser. Per i dag har de ansatte i arbeidsgruppen variabel stillingsprosent i prosjektet, som gjør at de i varierende grad har kapasitet til å sikre framgang i egen kommune. For progresjon i DHO videre i hjemkommunene er det viktig at man har dedikerte ressurser som jobber med seleksjon av pasienter, forankring og kartlegging av nye pasienter. Det er viktig at hver kommune har noen som er ansvarlig for lokal forankring og framdrift for Digital hjemmeoppfølging.

Prosjektets anbefalinger videre er å teste ut felles oppfølgingssenter videre, slik at man kan få større brukergrunnlag til å ta en beslutning om videre satsning på området. Vår tro er at digital hjemmeoppfølging kan bistå i mer komplekse forløp med spesialisthelsetjenesten inkludert, hvis man i de forskjellige kommunene har startet med digital hjemmeoppfølging tidligere, slik at man har etablert en kunnskap og forståelse i kommunene.

1.7.3 Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi?

Vi føler at vi har hatt et godt samarbeid med leverandøren, spesielt med utvikling av egenbehandlingsplanen i DHO løsningen, som vi brukte mye tid på i starten av prosjektperioden.

Vi har hatt en jevn dialog, der vi har ytret pasientenes og helsepersonellens ønsker om forbedringer.

Samt prosjektet har jobbet mye med bruk av velferdsteknologisk knutepunkt for journalføring av tekstlig oppsummering og måldata.

1.7.4 Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på

Det å skal dekke journalplikten når man deler på oppfølgingssenter er krevende, så der møtte vi på noen utfordringer som vi løste ved å etablere prosedyrer for journalføring og oppgaver til den enkelte kommune. Så de er midlertidig løst med manuelle rutiner, men dette er noe vi ønsker å jobbe med i ny løsning når anbudet er på plass.

1.7.3 Hvilke suksesskriterier og barrierer ville dere peke på?

1.7.3.1 Suksesskriterier:

- Samarbeid på tvers mellom kommuner, fastleger og sykehus
- Innovative ledere som ønsker en endring i hvordan helsetjenestene leveres
- Fastleger som er engasjert i tjenesteutviklingen
- Nøkkelressurser i kommunene, på oppfølgingssenteret og i prosjektgruppen

1.7.3.2 Barrierer:

- Deling av data mellom aktørene
- Journalføring av data
- Tilgang til smarttelefoner og nettbrett i alle kommunene

1.7.4 Hvilke erfaringer og råd til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging.

Finn ildsjelene ute i tjenestene. Dette trenger ikke være avsatte ressurspersonene, men andre ansatte som ønsker å være med å endre tjenestene. Bruk tid til å planlegge tjenesteforløpet og finn noen brukere som kan være med som testbrukere i starten, slik at man raskt kommer i gang. Det er da man finner de lokale barrierene

Bruk tid til forankring i alle ledd. Sett av tid og midler til kursing og Emnekurs.

1.7.5 Oppsummering og veien videre

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

Det er ikke plan å gå over til drift for vesterålskommunene nå, da man trenger med erfaring og større brukervolum før man kan gå fra prosjekt til drift.

Man må sikre større erfaring med DHO før man kan føre dette over til drift. Man må ha DHO som prosjekt inntil man får dette som en del av tjenestetilbudet

Bodø kommune er allerede gått over i drift, men ønsker å jobbe mer med utvikling av digital hjemmeoppfølging for flere bruksområder i kommunen. Det er vedtatt å videreutvikle Digital sykepleieveiledning i Miljøtjenesten i 2025.

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

Kommunene i Vesterålen er med i felles innføring av helhetlig tjenestemodell og er kommet på litt forskjellige stadier. Her deltar flere av kommunene i ny runde med Helhetlig tjenestemodell gjennom samarbeid med KS og DigiNordland.

Hva er planer for videre utvikling?

Man planlegger videreføring av DHO prosjektet i helsefellesskapsregi, samtidig som man ønsker å videreutvikle modellen for DHO på tvers med mellom kommuner gjennom eget prosjekt om felles oppfølgingssenter.

