

Erfaringsrapport

Spredning av digital
hjemmeoppfølging

2022 - 2024

Overhalla kommune



Innhold

Sammendrag	3
1. Innledning	4
2. Om prosjektet	5
3. Mål med tiltaket	7
4. Måloppnåelse/gevinster	8
5. Modell for digital hjemmeoppfølging.....	10
6. Prosessveiledning.....	11
7. Læringspunkter/erfaringer.....	11
8. Oppsummering og veien videre	12
Vedlegg 1 INTERESSENTANALYSE DHO	15
Vedlegg 2 FORANKRINGSPLAN DHO	17
Vedlegg 3 GEVINSTPLAN DHO	20
Vedlegg 4 TVERRFAGLIG TJENESTEFORLØP DHO OVERHALLA	23
Vedlegg 5 TVERRFAGLIG TJENESTEFORLØP DHO NAMSOS	24



Sammendrag

Overhalla kommune innførte velferdsteknologi i alle enhetene i Helse- og omsorgstjenesten i et prosjekt fra 2016 til 2018. I tillegg videreførte en dette i et digitaliseringsprosjekt fra 2019-2022, der vi var mest opptatt av organisasjonsutvikling med hjelp av den nye velferdsteknologien. Vi så på gevinster, tjenesteutvikling, personvern o.l. Velferdsteknologi løftes i flere sentrale strategidokumenter frem som et viktig element i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten.

Gjennom involvering av pasienten kan velferdsteknologi bidra til å dreie helsetjenestene mot en større grad av selvhjelp og selvstendighet, og derigjennom bidra til økt trygghet og mestring av eget liv, samt helse og livskvalitet. Velferdsteknologi forventes også å kunne frigjøre ressurser i helse- og omsorgstjenesten, samt å forebygge eller utsette institusjonsinnleggelser og sykehusinnleggelser.

Kronikerpasientene utgjør en stor del av sykdomsbyrden i Norge og er ofte forbundet med langvarige sykdomsforløp og er en stor belastning for pasient og pårørende. Sykdommene bidrar også til et betydelig press på første- og andrelinjetjenesten.

Pasientene har selv et ansvar for kunnskap om egen sykdom, egenmestring og egenbehandling. God individuell veiledning, opplæring og oppfølging fra flere nivåer i helsetjenesten er en forutsetning og har stor betydning for å hindre senkomplikasjoner og dermed større press på helsetjenesten.

Digital hjemmeoppfølging (DHO) av kronisk syke kan bidra til både økt selvstendighet, økt kunnskap om egen helse, samt økt trygghet, mestring og livskvalitet. I tillegg kan digital hjemmoppfølging bidra til å oppdage tegn til forverring av sykdom på et tidligere tidspunkt, slik at man kan redusere behov for legevaktbesøk, innleggelser/hyppige reinnleggelser i sykehus og/eller kommunal øyeblikkelig døgntilbud (KAD) i kommunen. Digital hjemmeoppfølging kan også



bidra til en bedre ressursutnyttelse, ved å redusere forbruk av helsetjenester i hjemmet, slik at man kan bruke riktige ressurser til rett tid til rett pasient.

1. Innledning

Formål med deltakelse i spredningsprosjektet

Stadig flere lever med kronisk sykdom som kan medføre store begrensninger i hverdagen. Digital hjemmeoppfølging er en tjeneste som kan støtte disse pasientgruppene til å mestre egen hverdag. Ett av de nasjonale faglige rådene som Helsedirektoratet publiserte i 2024 er at personer med kroniske lidelser eller behov for langvarig oppfølging, med middels til høy risiko for forverring av sin helsetilstand, bør tilbys digital hjemmeoppfølging som en individuelt tilpasset tjeneste.

Overhalla kommune har hatt stort fokus på velferdsteknologi de siste årene, og har implementert flere digitale løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Deltakelse i spredning av digital hjemmeoppfølging er et steg i riktig retning for å imøtekomme fremtidens utfordringer i helsetjenesten og gir kommunene en unik mulighet til å tilegne seg ny kunnskap og erfaring i oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. På denne måten kan kommunen i samarbeid med fastleger og sykehus sikre et godt tjenestetilbud for kronisk syke og bedre ressursutnyttelse.

Det er stort press på helsetjenesten både i kommune og i sykehus.

Fastlegesituasjonen har de siste årene vært under stort press, og man ser utfordringer i rekruttering av helsepersonell. Tiden er inne for å tenke nytt og framtidsrettet. Å følge opp aktuelle pasienter digitalt kan bidra til å imøtekomme disse utfordringene på en måte som gir gevinster både for pasient, pårørende og for helsetjenesten. Digital hjemmeoppfølging kan bidra til å styrke samarbeidet med pasienten og annet helsepersonell, slik at flere pasienter kan følges opp samtidig og kompetansen kan brukes der den trengs.



2. Om prosjektet

Organisering

Overhalla kommune søkte Helsedirektoratet om prosjektmidler for deltakelse i spredningsprosjektet fra Helsedirektoratet i 2022. Vi søkte samarbeid med Namsos kommune og Sykehuset Namsos. Overhalla kommune er eierkommune i prosjektet.

Prosjektet ble organisert med en prosjekteier og en prosjektleder, og det ble etablert styringsgruppe, prosjektgruppe og lokale arbeidsgrupper. Viser under medlemmer i de ulike gruppene.

Styringsgruppe

Bente Eidesmo, kommunalsjef Helse- og omsorg, prosjekteier
Linn Hege Løvold, lungesykepleier Overhalla legekantor, prosjektleder
Anne Johanne Lajord, virksomhetsleder hjemmetjenesten Namsos kommune
Anne Finseth, enhetsleder Helse og familie Overhalla
Beate Galguften Aunet, enhetsleder hjemmetjenesten Overhalla
Norunn Hestvik, klinikkleder for avd. medisin og nevrologi Sykehuset Namsos

Prosjektgruppe

Linn Hege Løvold, prosjektleder DHO
Margaret Saur Heiland, diabetessykepleier Overhalla
Hild-Sissel Sagvik: kreftsykepleier hjemmetjenesten Overhalla
Martin Kielland, fastlege Overhalla
Svenn Morten Iversen, fastlege Namsos
Emil Altø, ergoterapeut og prosjektansvarlig for Namsos kommune
Hildegunn Hollup Holien, sykepleier hjemmetjenesten Namsos
Ingrid Prebensen, sykepleier hjemmetjenesten Namsos
Solveig Edvardsen, spesialsykepleier og prosjektansvarlig for Sykehuset Namsos
Hanne Heglum, avdelingsleder klinikk for medisin og nevrologi Sykehuset Namsos
Tove Falmår, diabetessykepleier sykehuset Namsos



Trude Lerfald, saksbehandler Overhalla kommune

Arthur Skage, brukerrepresentant

Ulf Johnsen, brukerrepresentant

Lokale arbeidsgrupper

Overhalla kommune: Linn Hege Løvold, Margaret Heiland, Hild-Sissel Sagvik, Martin Kielland

Namsos kommune: Emil Altø, Hildegunn Hollup Holien, Ingrid Prebensen, Svenn Morten Iversen

Sykehuset Namsos: Solveig Edvardsen, Tove Falmår, Hanne Heglum

Prosjektleder i eierkommune har hatt det overordnede ansvaret i prosjektperioden. Samarbeidskommunen og helseforetaket har hatt en egen prosjektansvarlig i sin virksomhet, og har hatt tett samarbeid med prosjektleder i eierkommunen.

Det ble etablert en felles prosjektgruppe med representanter fra begge kommuner og fra helseforetaket. I tillegg til brukerrepresentanter. Prosjektgruppa har stort sett bestått av de samme representantene i hele prosjektperioden. Noen har falt fra og andre har kommet til underveis. Det har vært et godt samarbeid på tvers av kommunene, på tross av en del utfordringer underveis. I tillegg har vi erfart at samhandling mellom kommuner og helseforetak kan være utfordrende, spesielt når felles prosjekt skal gjennomføres samtidig med at det er fokus på egne prosjekter i den enkeltes virksomhet.

Det har blitt gjennomført jevnlige møter både i felles prosjektgruppe og i styringsgruppa, i tillegg til arbeid i de lokale arbeidsgruppene. I prosjektet har vi fulgt føringer fra Helsedirektoratet i forhold til framdrift og vi har jobbet ut fra fastsatte milepæler for prosjektet. Vi har gjennomført workshops på tvers av kommuner og helseforetak i hver milepæl.

Samarbeid og forankring

Ett av kriteriene for å få tildelt prosjektmidler til spredning av digital



hjemmeoppfølging var å søke samarbeid med en eller flere kommuner og helseforetak. Det ble tidlig i prosessen avklart at hjemmetjenesten i Namsos kommune skulle delta som samarbeidskommune, i et samarbeid med kommunens fastleger. Det ble også inngått en avtale med Helse Nord- Trøndelag, Sykehuset Namsos, om deltakelse og prosjektet ble på et tidlig tidspunkt forankret i Helsefellesskapet.

Det er utført forankringsarbeid både i oppstartsfasen og underveis i prosjektet. Det ble utført en interessentanalyse i oppstarten hvor det ble kartlagt interessenter og planlagt forankringsaktiviteter. Se vedlegg 1 og 2.

Interessenter i dette prosjektet: Kommunedirektør, kommunalsjef Helse, enhetsledere for Helse og Familie og hjemmetjeneste, fastleger, fagleder pleie og omsorg, ansatte i hjemmetjeneste og ved KAD-avdeling sykeheim, kommunal psykiatritjeneste, samhandlingssjef ved sykehuset, fagmiljø ved medisinsk avdeling i sykehuset, Trøndelagsløftet, Helsefellesskapet samt pasienter og pårørende og brukerrepresentanter.

3. Mål med tiltaket

Målgruppen for utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i dette prosjektet har vært pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, hjertesvikt og kols. Dette er pasienter med høyt forbruk av helsetjenester. Pasientene i denne målgruppen har ofte flere tilleggsplager som innebærer middels til høy risiko for forverring av sin tilstand, innleggelse og reinnleggelse på sykehus, økt behov for hjemmetjenester samt konsultasjoner til fastlege og innleggelse på kommunal øyeblikkelig hjelp.

I dette prosjektet ble det i fellesskap definert mål for digital hjemmeoppfølging:

1. Redusert forbruk av helsetjenester og bedre ressursutnyttelse. Oppdage tegn til forverring av sykdom tidlig.
2. Trygge og selvstendige pasienter som får utnyttet egne ressurser på en bedre måte, samt opplever økt mestring og livskvalitet



3. Økt digital modenhet i deltagende organisasjoner.

4. Måloppnåelse/gevinster

I oppstarten av prosjektet ble det utarbeidet en gevinstplan. Vi så på hvilke gevinster vi ønsket å oppnå med digital hjemmeoppfølging og på hvilken måte disse gevinstene kunne måles og rapporteres. Se vedlegg 3.

Det ble også tatt i bruk gevinstverktøy for digital hjemmeoppfølging der det ble registrert målinger for ressursbruk ved nullpunkt (3 måneder før pasienten fikk DHO), etter 3 måneder, etter 6 måneder osv. Det ble innhentet tall fra saksbehandler i kommunen ved hjelp av registrerte opplysninger i elektronisk pasientjournal (EPJ). Det ble registrert antall besøk av helsetjenester i hjemmet, antall forbrukte minutter på helsetjenester i hjemmet og antall døgn på korttidsopphold/KAD-opphold. Vi så også på antall legevaktbesøk og innleggelser/reinnleggelser i sykehus ved hjelp av EPJ i fastlegekontor.

En viktig indikator for gevinster og måloppnåelse er brukerens egenrapportering. Det ble utarbeidet et spørreskjema som brukeren besvarer hver 3. måned, hvor brukeren rapporterer på opplevelse av trygghet, mestring og kunnskap, samt helhetsopplevelse av å ta imot tjenesten digital hjemmeoppfølging.

Gevinstene vi har sett så langt er vanskelig å definere i kroner og øre ettersom vi har hatt et begrenset pasientvolum i prosjektperioden. Vi har imidlertid sett gevinster i form av færre fastlegebesøk, færre sykehusinnleggelser og redusert forbruk av hjemmetjenester. Vi ser en tendens til at forverring av sykdom oppdages på et tidligere tidspunkt og at tiltak/egenbehandlingsplan settes i gang tidligere. Vi ser også at utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplaner settes mer i system for de brukerne som mottar digital hjemmeoppfølging mot de som ikke har denne tjenesten. Vi erfarer at egenbehandlingsplan er et godt verktøy for både bruker og helsepersonell.



På tross av et begrenset pasientvolum i prosjektperioden, kan man tydelig se hvilke gevinster digital hjemmeoppfølging kan gi i fremtiden både med tanke på ressursbruk og redusert forbruk av helsetjenester. Den største gevinsten ligger hos brukeren selv i form av økt trygghet og økt kunnskap/mestring av sykdom noe som gir ringvirkninger i redusert forbruk av helsetjenester. Tryggere pasienter som mestrer egen sykdom og helse på en bedre måte kan ruste pasientene til å sette i gang tiltak på et tidligere tidspunkt i samråd med oppfølgingstjenesten. Vi ser at digital hjemmeoppfølging kan gi brukerne mer kunnskap og økt selvstendighet.

Det føles betryggende at helse til enhver tid har opplysninger om helsetilstanden min.

Kvinne 77 år

En stor trygghet i hverdagen! Takk for at jeg får være med!

Kvinne, 79 år

Det føles betryggende at noen følger med på «ståa»

Mann 76 år



5. Modell for digital hjemmeoppfølging

I prosjektperioden har vi i fellesskap jobbet med å utarbeide en modell for digital hjemmeoppfølging. Vi så på dagens tjenestereise for målgruppen og gikk sammen for å kartlegge i detalj hvordan oppfølging av pasienter med digital hjemmeoppfølging på best mulig måte kan organiseres.

Det finnes tre hovedvarianter av tjenesteforløp ved digital hjemmeoppfølging.

1. Pasienten følges opp fra et oppfølgingssenter i kommunen
2. Pasienter følges opp fra ulike tjenesteområder i hjemmetjenesten i kommunen (primærhelseteam)
3. Pasienter følges opp fra sykehus.

Det ble tidlig i prosessen avklart at det ikke vil være behov for et oppfølgingssenter på nåværende tidspunkt. I utprøvingen av digital hjemmeoppfølging ble det avklart at pasientene kan følges opp fra fastlegekontoret i Overhalla kommune. I Namsos kommune var planen å følge opp brukeren fra hjemmetjenesten. I Overhalla kommune er legekontoret bemannet med spesialsykepleiere som vil ha det overordnede ansvaret for oppfølgingen i samarbeid med fastlege. Namsos kommune fikk ikke startet utprøving av DHO i prosjektperioden pga en stor omorgansiering av hjemmetjenesten. De har allikevel deltatt aktivt i alle faser av prosjektet og har et ønske om å ta i bruk DHO i ettertid.

I tjenestemodellen ble det definert rutiner, ansvar og rolleavklaring. Modellen ble delt inn i *behovsvurdering, oppstart, oppfølging og evaluering, videreføring og avslutning*. Det tydeliggjøres hvem som har ansvar for hva og hvilke oppgaver/roller den enkelte har i oppfølgingen. Modellen beskriver tjenestereisen fra en bruker blir identifisert som en aktuell kandidat til tjenesten videreføres eller avsluttes. Se vedlegg 4. I prosjektperioden ble modellen testet ut i alle ledd og



justeringer ble gjort underveis i utprøvingen.

6. Prosessveiledning

Vi har i prosjektperioden hatt prosjektstøtte fra Innomed. InnoMed er et nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrevet innovasjon i helsesektoren, og bidrar med å spre kompetanse om tjenesteinnovasjon på tvers av helsetjenestene.

InnoMed består av et team av rådgivere som veileder innovasjonsprosjekter og legger til rette for erfaringsutveksling på tvers av primær- og spesialisthelsetjenestene og med næringslivet. De bistår med kartlegging av behov, involverte aktører og interessenter, forankring av prosjekt i og mellom organisasjoner, utvikling og implementering av tjenester og gevinstrealisering.

Innomed har bidratt med god prosessveiledning gjennom alle milepæler i prosjektet og har deltatt og bidratt under samtlige workshops. Vi har fått veiledning og støtte på forankring- og innsiktsarbeid, gevinstoppfølging, utforming av tjenesteforløp og utarbeidelse av helhetlig tjenesteforløp. Innomeds prosessveiledning har vært en god støtte for prosjektets framdrift.

7. Læringspunkter/erfaringer

Å delta i et spredningsprosjekt på digital hjemmeoppfølging har vært både utfordrende og lærerikt. Samhandling på tvers av både tjenester, kommuner og helseforetak kan være utfordrende i seg selv da man ofte står ulikt i organisering og modenhet i forhold til å ta i bruk teknologiske løsninger. Helse- og omsorgstjenesten er i stadig utvikling og det er behov for å ta i bruk mer ressursbesparende metoder for å ivareta flere pasienter med færre hender. I en tid hvor det er økt fokus på velferdsteknologi ser man at det foregår mye godt arbeid både i kommune og helseforetak. Dette kan både være en fordel og en ulempe når man skal samhandle om et felles prosjekt. Helseforetaket har mange pågående prosjekter på digital oppfølging av andre diagnosegrupper, og vi har erfart at man av den grunn ikke har tilstrekkelig kapasitet til felles samhandlingsprosjekt.



Spredningsprosjektet har imidlertid ført oss nærmere en bedre samhandling på tvers av tjenester og organisasjoner og det vil være viktig å ha fokus på dette arbeidet i årene fremover. Kronisk syke pasienter er en pasientgruppe som har behov for langvarige og sammensatte tjenester, og man trenger å samhandle bedre rundt denne pasientgruppen i fremtiden.

Deltakelsen i spredningsprosjektet har gitt oss erfaringer som viser at flere pasienter med kroniske sykdommer kan følges opp med digital hjemmeoppfølging. Oppfølgingen er individuelt tilpasset slik at de fleste kroniske diagnoser passer inn i denne type oppfølging. Dette krever imidlertid godt samarbeid med fastlegene, både i forhold til å identifisere hvem som kan være aktuell samt skreddersy en individuell plan for oppfølging. Vi har fortsatt en lang vei å gå for å få med fastlegene i dette arbeidet. Fastlegene er under stort press fra før med store pasientlister og ofte med andre kommunale oppgaver i tillegg. Dette ser vi kan medføre en frykt for merarbeid for fastlegene, på tross av at målet med denne type oppfølging er å avlaste fastlegen. Vi har i prosjektperioden sett en tendens til hvilke gevinster dette kan gi både til pasient, pårørende og helsetjenesten. Vi ser at et stort pasientvolum kan følges opp samtidig med få ressurser. Vi ser at behov for andre helsetjenester som forbruk av hjemmetjenester både kan utsettes og reduseres. På denne måten kan digital hjemmeoppfølging spare ressurser slik at ressursene brukes der de trengs.

8. Oppsummering og veien videre

Digital hjemmeoppfølging er en helsetjeneste som fortjener økt fokus fremover. Denne tjenesten fører til at flere kan følges opp samtidig og ressursene i helsetjenesten kan brukes der den trengs. Digital hjemmeoppfølging bidrar til å gi pasientene økt kunnskap om egen helse, økt mestring og økt trygghet. Tjenesten kan bidra til å fange opp forverring av sykdom på et tidligere tidspunkt slik at alvorlige forverring av sykdom kan unngås med å sette i gang tiltak på et tidlig tidspunkt. Dette kan igjen føre til færre legevaktbesøk og færre innleggelser/reinnleggelser i sykehus og/eller KAD. Oppfølgingen bidrar til at



mange av pasientene blir mer selvstendig og tar mer eierskap i egen helse og sykdom. Vi ser også at bruk av egenbehandlingsplaner er et godt verktøy for både pasient og helsepersonell og bidrar til økt trygghet spesielt for pasienten.

I Overhalla kommune skal digital hjemmeoppfølging bli en del av ordinær drift og tjenesten skal tilbys uavhengig av diagnose. Oppfølging av kronikere med bl.a. hjertesvikt, kols og diabetes skal fortsatt følges opp av spesialsykepleiere i legekontor, hvor tjenesten vil være tilgjengelig mandag til fredag i åpningstiden.

Tjenesten skal organiseres med en DHO-ansvarlig, som har det overordnede ansvaret for daglig drift, herunder kartlegging av brukere, bestilling av utstyr, opplæring i bruk av teknologien samt deltakelse i tverrfaglige møter med fastlege. DHO-ansvarlig skal også ta del i den daglige oppfølgingen av pasientene.

Det er i etterkant av prosjektperioden etablert et DHO-team som består av fastlege, DHO-ansvarlig samt helsepersonell fra de andre aktuelle tjenestene i helse og omsorgstjenesten som skal ta i bruk digital hjemmeoppfølging (rus- og psykisk helse, kreftsykepleie, hjemmetjeneste). I tillegg skal representant fra helseforetaket delta i dette teamet for å sikre videre samhandling og samarbeid mellom helseforetak og kommune. Representant fra helseforetaket er avdelingsleder for medisinsk og nevrologisk klinikk, og vil fungere som bindeledd mellom kommunen og helseforetaket. I prosjektperioden var helseforetakets rolle å identifisere aktuelle brukere og henvise til DHO i kommunen. I tillegg til å bistå med å utarbeide egenbehandlingsplaner for den aktuelle pasient. Når vi nå går over til drift skal helseforetaket fortsatt ha denne rollen, slik som det fremkommer i det tverrfaglige tjenesteforløpet som er utarbeidet i fellesskap.

Når Namsos kommune er klar for å ta ibruk digital hjemmeoppfølging vil Overhalla kommune bistå i dette arbeidet.

Digital hjemmeoppfølging i Overhalla kommune skal i det kommende året ikke bare implementeres i den daglige drifta på legekantoret, men tjenesten skal også spres internt i kommunen, slik at andre tjenester som rus- og psykisk helse,



kreftsykepleie, bo- og miljøtjenesten og hjemmetjenesten også skal kunne ta i bruk DHO av aktuelle brukere i sin tjeneste. Dette arbeidet skal ivaretas av DHO-ansvarlig i kommunen i samarbeid med DHO-teamet som består av representanter fra aktuelle tjenester.

Basert på de erfaringene spredningsprosjektet har gitt oss både nasjonalt og lokalt ser vi et behov for å spre denne kunnskapen videre i årene som kommer. Det er et ønske fra Overhalla kommune som “pilotkommune” i nordre del av Trøndelag å spre dette til kommunene vi har rundt oss. Til våren blir det arrangert et emnekurs i digital hjemmeoppfølging og målet her er å få deltakelse fra samtlige nabokommuner. På denne måten kan vi bidra til å spre kunnskap og erfaringer slik at dette vil bli en helsetjeneste flere pasienter kan benytte seg uavhengig av bosted. Velferdsteknologiske løsninger er en viktig del av fremtidens helsetjenester og med god samhandling på tvers av tjenester og organisasjoner kan vi sammen bidra til bedre oppfølging av den kronisk syke pasienten og deres pårørende.

Vedlegg:

1. Interessentanalyse
2. Forankringsplan
3. Gevinstplan
4. Tjenesteforløp Overhalla
5. Tjenesteforløp Namsos



Vedlegg 1 INTERESSENTANALYSE DHO

Interessent	Hvordan berøres av/ påvirker endringen	Innflytelse	Holdning	Strategi for involvering, dialog og opplæring
Fastleger	Delta i tverrfaglige møter med pasient, pårørende og sykepleier. Bidra til utarbeidelse av individuell egenbehandlingsplaner, og justere disse ved behov. Lette trykket til fastlegene, mindre behov for akutte legebesøk. Økt kvalitet i oppfølging/legekonsultasjonene - kan se pasientens historikk/målinger	Høy	Positiv/nøytral	Gjennomfører informasjonsmøter og involveres aktivt i prosjektet. Oppfordre til å identifisere og rekruttere aktuelle brukere. En fastlege fra hver kommune inviteres i prosjektgruppa. Delta aktivt i møter og workshops.
Leger sykehus	Bedre samhandling mellom sykehus og kommune ved utskrivelse av pasient. Rekruttere aktuelle brukere til DHO i kommunen. Gi innspill og faglige råd til egenbehandlingsplaner. Reduksjon i antall	Høy	Positiv/nøytral	Invitere oss til informasjonsmøter i sykehuset. Etablere arbeidsgruppe i sykehuset.



	innleggelser/reinnleggelser.			
Sykepleiere sykehus	Bidra til å identifisere/ rekruttere aktuelle brukere av poliklinikk. Øke samarbeidet om felles pasienter	Midde ls	Positiv	Informeres om DHO og gjøres kjent med tilbudet.
Enhetsleder hjemmetjenesten	Bedre ressursutnyttelse. Forhindre bruk av hjemmetjeneste, utsette behov for hjemmetjeneste.	Høy	Positiv	Inviteres i styringsgruppa. Delta på møter og workshops.
Sykepleiere kommunehelsetjen esten				Inviteres til workshops. Få opplæring i bruk av DHO
Enhetsleder Pleie og omsorg	Mindre reinnleggelser på KAD	Midde ls	Positiv	Inviteres til workshops. Utfordres til å kartlegge brukere som kan være aktuelle for DHO
Enhetsleder Helse og familie	Bedre ressursutnyttelse ansatte- oppgaveglidning	Høy	Positiv	Inviteres i styringsgruppa og deltar på møter og workshops



Vedlegg 2 FORANKRINGSPLAN DHO

Interessent	Forankringsaktivitet	Når	Ansvarlig	Status
Kommunedirektør	Informeres om prosjektet	Juni-22	Bente Eidesmo	Godt forankret på ledelsesnivå. Positiv til at Overhalla skal delta i prosjekt DHO, og støtter prosessen
Kommunalsjef helse	Er initiativtaker til prosjektet og går inn som prosjekteier. Søker Helsedirektoratet om midler.	Juni-22	Bente Eidesmo	Går inn som leder i styringsgruppa og etablerer prosjektgruppe.
Enhetsleder Helse og Familie	Informeres om prosjektet og prosjektets formål	Juni-22	Bente Eidesmo	Godt forankret. Frikjøp av prosjektleder fra legekontoret. Støtter prosjektet. Inviteres som medlem i styringsgruppa.
Enhetsleder hjemmetjenesten	Inviteres til oppstartsmøte i prosjektgruppa. Tydeliggjøring av hvordan prosjektet etter hvert vil inkludere ansatte i hjemmetjenesten	Okt-22	Linn Hege Løvold (prosjektleder)	Deltar som medlem i styringsgruppa. Deltar på møter og workshops. Har nylig ledet prosjekt innen velferdsteknologi og ser på DHO som en videreføring av tidligere prosjekt.



Fastleger	Fastleger i begge kommuner må informeres om prosjektet, og hvordan fastlegene vil involveres. Gjennomfører lunsjmøter ved alle legekantor, samt informerer på LSU-møter (legenes samarbeidsutvalg)	Nov-22	Linn Hege	Informasjonsmøter er gjennomført. De aller fleste fastleger er positive til prosjektet. Har rekruttert en fastlege fra hver kommune inn i lokale arbeidsgrupper og i feller prosjektgruppe.
Fagleder Pleie og omsorg	Informeres om prosjektet på avdelingsmøte. Bidra med å kartlegge brukere av KAD som kan være en aktuell målgruppe.	Mars-23	Linn Hege	Fagleder inviteres til workshops. Støtter prosjektet.
Ansatte ved KAD-avdeling	Informere om prosjektet ved avdelingsmøte/sykepleiemøter	Mars-23	Linn Hege	Inviteres til workshops. Ønsker å bidra med å kartlegge aktuelle brukere.
Ansatte i hjemmetjenesten	Informasjon til alle ansatte i hjemmetjenesten på personalmøte	Des-22	Linn Hege	Ser behovet for en endring av helsetjenesten for bedre ressursutnyttelse og tryggere brukere. Støtter prosjektet.



Kommunal psykiatritjeneste	Informeres om prosjektet.		Linn Hege	Er foreløpig ikke gjennomført
Samhandlingssjef Sykehuset Namsos	Tar kontakt med samhandlingssjef i helseforetaket for å informere om prosjektet, og om kravet til samarbeid mellom sykehus og kommuner	Juni-22	Bente Eidesmo	Svært positiv til prosjektet. Bidrar som bindeledd mellom sykehus og kommune. Stiller som medlem i styringsgruppa, og deltar på møter og workshops.
Fagmiljø Sykehuset Namsos	Aktuelle fagmiljø må informeres om prosjektet. Gjennomføre møter ved medisinsk poliklinikk og medisinsk avdeling.	Mars-22	Linn Hege	Invitert til møte 31.03. I etterkant av dette møtet vil det bli avklart hvem som skal fungere som prosjektkoordinatør fra sykehuset, samt hvem som skal delta i arbeidsgruppe videre i prosjektet.
Trøndelagsløftet	Informere leder i Trøndelagsløftet	Des-22	Bente Eidesmo	Støtter prosjektet og ønsker jevnlig rapportering.
Helsefellesskapet	Informeres om prosjektet	Des-22	Bente Eidesmo	Støtter prosjektet. Det er bestemt at Sykehuset Namsos deltar i prosjektet.



Pasienter og pårørende	Invitere brukerrepresentanter i prosjektgruppa. Etter hvert intervju brukere og pårørende	Okt-22	Linn Hege Løvold	Brukerrepresentant støtter prosjektet og ønsker å bidra i prosjektgruppa. Inviteres til møter og workshops.

Vedlegg 3 GEVINSTPLAN DHO

Gevinst	Resultatindikator	Hvordan måle og rapportere	Forutsetning og tiltak
Spart tid/ressurser	Bruk av hjemmetjeneste, kjøretid	EPJ i kommune	Nullpunkt og hver 3.mnd
Økt selvstendighet, trygghet og mestring	Brukers opplevelse av trygghet og egenmestring	Spørreskjema på nettbrett	Nullpunkt og hver 3. mnd
Økt kunnskap om egen sykdom	Brukers opplevelse av kunnskap	Spørreskjema på nettbrett	Nullpunkt og hver 3. mnd
Bedre kontroll over egen sykdom og mindre symptomer	Brukers opplevelse av kontroll og symptomer i det daglige	Spørreskjema på nettbrett	Hver 3. mnd



Økt bruk av individuell egenbehandlingsplan			
Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av fastlegebesøk	Antall fastlegebesøk	EPJ legekantor	Nullpunkt og hver 3. mnd
Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av hjemmetjenester	Antall besøk og antall forbrukte minutter helsetjenester i hjemmet per mnd	EPJ i kommune	Nullpunkt og hver 3. mnd
Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av KAD	Antall opphold og antall oppholdsdager i institusjon	EPJ i kommune	Nullpunkt og hver 3. mnd
Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av akutte innleggelser i sykehus	Antall akutte innleggelser og antall liggedøgn per innleggelse	EPJ i kommune	Nullpunkt og hver 6.mnd
Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av legevaktbesøk	Antall legevaktbesøk	EPJ i kommune	Nullpunkt og hver 6.mnd



Utsatt behov og/eller reduksjon i forbruk av reinnleggelser i sykehus	Antall akutte innleggelser og antall liggedøgn per innleggels	Analyseverktøy Sykehuset Namsos	Nullpunkt og hver 6. mnd



Vedlegg 4 TVERRFAGLIG TJENESTEFORLØP DHO OVERHALLA

Tverrfaglig tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging – Overhalla kommune									
	Behovsvurdering		Oppstart			Oppfølging		Evaluering, videreføring og avslutning	
	Vurdering	Inkludering	Utlevering	Opplæring	Målsetting	Rapportering	Vurdering	Overføring	Avslutning
Bruker	Melder behov	Informeres om beslutning	Utstyr utlevert; opplæring; to ukers utprøvningsperiode	Utfører målinger, registrerer opplysninger	Beskriver målsetting og behov	Utfører og registrerer målinger;	Melder behov	Utfører, registrerer og tiltak ut fra EBP	Viser tegn til akutt forverring eller ønsker å avslutte
Oppfølgings-tjeneste	Gir informasjon om tjenesten	Kartlegger behov; informerer bruker om beslutning; bestiller utstyr	Gjennomfører hjemmebesøk og gir opplæring	Følger opp under prøveperioden	Kartlegging av behov; delta på tverrfaglig møte; og utarbeide EBP	Vurdering av innrapportert data og følger opp bruker	Oppstart EBP hvis behov, ev konferere med fastlege	Evaluerer ved vesentlig endring og forutsetninger	Gjennomfører avsluttende samtale, henter utstyr
Saksbehandler	Mottar og behandler henvisning	Saksbehandler melder behov til DHO-ansvarlig							
Fastlege	Identifiserer og henviser bruker	Gjennomfører medisinsk vurdering			Deltar i tverrfaglig møte; utarbeider/ godkjenner EBP		Justerer EBP	Vurderer nytte av EBP	Vurderer nytte av tjenesten
Hjemmetjenesten	Identifiserer og henviser bruker/ Melder behov til DHO-ansvarlig			Får informasjon om oppfølgings-tjenesten					
Sykehus	Identifiserer og henviser bruker	Sender PLO-melding til saksbehandler; Innspill til EBP i epikrise til fastlege			Innspill til EBP		Faglig støtte og råd ved behov		



Vedlegg 5 TVERRFAGLIG TJENESTEFORLØP DHO NAMSOS

