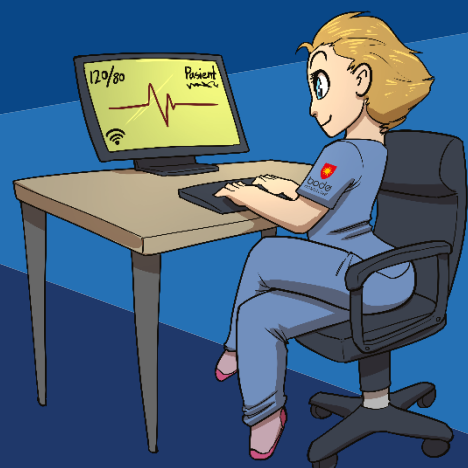


Erfaringsrapport

Smart helse- Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke i Bodø kommune

Utprøving 2018 – 2021

 **NORDLANDSSYKEHUSET**
NORDLÁNDA SKIPPIJVIESSO



Innhold

1. Innledning	4
1.1 Oppdrag	4
1.2 Formål med deltagelse i utprøvingen	4
1.3 Forskning.....	5
1.4 Bakgrunn.....	5
1.4.1 Bodø kommune.....	5
1.4.2 Nordlandssykehuset.....	6
1.4.3 Fastlegetjenesten.....	6
1.4.4 Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet	6
1.4.4.1 Styringsgruppe	6
1.4.4.2 Prosjektorganisering	7
2. Målsetting	7
2.1 Mål med digital hjemmeoppfølging	7
2.2 Målgruppe	8
3. Effekter.....	8
3.1 Brukere	8
3.2 Pårørende	9
3.3 Primærhelsetjenesten	9
3.3.1 Samhandling internt i kommunen mellom helsetjenestene	10
3.3.2 Hjemmetjenesten	10
3.3.3 Korttidsavdelingen	11
3.3.4 Fastlege	11
3.4 Spesialisthelsetjenesten	12
4. Gevinstarbeid.....	13
4.1 Brukertilfredshet.....	15
5. Organisering av Digital hjemmeoppfølging	16
6. Tjenesteforløp fra rekruttering til avslutning.....	17
7. Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier.....	18
8. Brukermedvirkning.....	19
8.1 Brukerundersøkelser	19
8.2 Egenbehandlingsplan som grunnlag for egenmestring.....	24
9. Oppfølging av brukere i digital hjemmeoppfølging	25

9.1 Organisering og kompetanse.....	25
9.2 Etske utfordringer	26
9.3 Erfaring med fastlegens rolle og ansvar	26
9.4 Samarbeid mellom aktørene	29
10. Teknologi	31
11. Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på	32
12. Måloppnåelse / gevinster.....	32
12.1 I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?	32
12.2 Gevinster og nytteverdier.....	32
12.2.1 Bruker/pasient.....	33
12.2.2 Kommune	33
12.2.3 Fastlege	33
12.2.4 Nordlandssykehuset.....	33
13 Læringspunkter / erfaringer	34
13.1 Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt	34
13.2 Hvordan bør fastlegens rolle og ansvar være i DHO?	34
13.3 Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?	35
13.4 Teknologi og samarbeid med leverandør	35
13.5 Suksesskriterier.....	36
13.6 Våre råd til andre som ønsker å starte med digital hjemmeoppfølging	36
14 Tilrettelegging for videre drift	37
15 Gevinstpotensial.....	38
16 Vedlegg.....	38
16.1 Tjenesteforløp	38
16.2 Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi.....	38
16.3 Gevinstrapportering 2020	38
16.4 Gevinstrapportering 2021	38
16.5 Gevinstplan	38
16.6 Brukerundersøkelser	38
16.6 Fastlegeundersøkelse	38

1. Innledning

1.1 Oppdrag

Bodø kommune er en av seks pilotkommuner i Norge som prøver ut digital hjemmeoppfølging (tidligere medisinsk avstandsoppfølging).

Helsedirektoratet har i oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet å lede et nasjonale prosjekt for å skaffe kunnskapsgrunnlag og komme med nasjonale anbefalinger for digital hjemmeoppfølging i kommunene.

Med støtte fra Helsedirektoratet prøver seks lokale prosjekter ut digital hjemmeoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Utprøvingen gjennomføres i perioden 2018-2021 som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Formålet med utprøvingen er å få tilstrekkelig kunnskap om medisinsk avstandsoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Utprøvingen evalueres av forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonal senter for distriktsmedisin.

Prosjektnavnet Smart Helse- Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke er valgt for å understreke forankringen til kommunens Smart Bodø prosjekt. Smart Helse- Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke har som hensikt å bidra til en faglig god helsetjeneste, som samtidig er bærekraftig for å imøtekomme morgendagens behov for helsetjenester. Prosjektet skal bidra til overgangen til en mer personsentrert helsetjeneste der pasienten får mer kunnskap og flere verktøy til å håndtere sin kroniske sykdom.

1.2 Formål med deltagelse i utprøvingen

Målet er at deltagerne skal få bedre fysisk og psykisk helse, og at prosjektet skal være med på å skaffe til veie fakta som kan bidra til at Helsedirektoratets oppdrag om å gi nasjonale anbefalinger for avstandsoppfølging/ Digital hjemmeoppfølging.

Delmålene er å:

- prøve ut avstandsoppfølging/digital hjemmeoppfølging som metode
- oppnå økt egenmestring og trygghet for pasienten
- avdekke forverring raskt slik så tiltak kan iverksettes tidlig
- på lang sikt utsette/minske behov for mer ressurskrevende tjenester, f.eks. minske legevakt, akuttinnleggelse og færre akutt-timer hos fastlegen
- sømløse tjenester og god samhandling mellom sykehus, fastleger og kommunens helsetjenester
- utvikle og teste en digital egenbehandlingsplan

Smart helse- Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke skal bidra til å gjøre Bodø kommune i stand til å yte helsetjenester på et framtidsrettet vis, gjennom bruk av nye smarte arbeidsmetoder og arbeidsverktøy.

Brukeren skal få mer kunnskap og flere verktøy til å håndtere sin kroniske sykdom, med fokus på «hva er viktig for deg». Helsepersonell og teknologien skal sammen støtte pasienten i å nå sine mål og får mer kontroll over egen helse.

1.3 Forskning

Prosjektet ble gjennomført som en randomisert kontrollert teststudie. Ansvarlig for forskningen er av forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonal senter for distriktsmedisin.

Randomiseringen ble gjennomført med at man identifiserte mulige kandidater for tjenesten. Prosjektorganisasjonen meldte kandidaten til fastlegen og hvis fastlege samtykket til at kandidaten kunne teste tjenesten, dro ansatte på hjemmebesøk hos brukeren. Den ansatte informerte brukeren om digital hjemmeoppfølging og randomiseringen. Hvis brukeren samtykket til at de ønsket tjenesten, besvarte brukeren på første spørreskjema fra forskerne og deretter gjennomførte man randomiseringsprosessen. Kandidatene ble randomisert på fastlegenivå, ved at forskerne hadde utlevert konvolutter som man åpnet på hjemmebesøket sammen med brukerne. Dermed fikk de ansatte og brukerne informasjon om brukeren tilhørte kontrollgruppen og dermed ikke fikk testet tjenesten, eller tiltaksgruppen og fikk være med å teste tjenesten.

Med i forskningen har Bodø rekruttert 86 pasienter, 14 i kontrollgruppen og 72 i tiltaksgruppen. Kontrollgruppen i Bodø er mindre enn tiltaksgruppen grunnet at prosjektet startet inntak av brukere høsten 2019, der de fleste i starten tilfeldigvis ble randomisert til tiltaksgruppen. I mars 2020 fjernet man randomisering til kontrollgruppen som følge av etiske problemstillinger grunnet Covid-19 pandemien. De som fikk tilbud om tjenesten etter dette, ble det ikke randomisert, og fikk alle tilbud om oppfølging. Etter juni 2020, da inklusjonsperioden til forskningen var over fortsatte prosjektet å inkludere brukere til digital hjemmeoppfølging. Total har 164 antall innbyggere i Bodø kommune mottatt Digital hjemmeoppfølging. Man har også benyttet prosjektet til oppfølging av innbyggere som var positiv for Covid-19, der har man fulgt opp 314 brukere. Under pandemien bisto man også Rødøy kommune i oppfølgingen av Covid 19-brukere, der man fulgte opp 14 brukere.

1.4 Bakgrunn

1.4.1 Bodø kommune

Bodø kommune har over flere år jobbet aktivt med testing og implementering av velferdsteknologi som et av virkemidlene for å imøtekomme framtidens behov for helsetjenester.

I likhet med andre kommuner har Bodø kommune store utfordringer med rekruttering av sykepleiere i kommunen.

En av motivasjonene for at Bodø kommune, i samarbeid med fastlegene og Nordlandssykehuset, ønsket å delta i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging gjennom Nasjonalt velferdsteknologiprogram, er for å se om digital hjemmeoppfølging av være bidragsyter til:

- Riktig bruk av kompetanse
- Bedret samhandling mellom tjenestenivå

Bodø kommune
Innbyggere 52 679
Andel brukere av hjemmetjenester 0-66 år – 55,6 %
Andel innbyggere 80 år og over som bruker hjemmetjenester – 21,9 %
Tall SSB

1.4.2 Nordlandssykehuset

Nordlandssykehuset tilhører helseforetaket Helse Nord.

Nordlandssykehuset har vært ledende i bruk av teknologi for forenkling og forbedring av arbeidsprosesser internt i sykehuset.

En av motivasjonene for deltagelse i prosjektet er å teste ut pasientforløp der man har tettere samhandling med primærhelsetjenesten. Dette med formål å kunne gjenbruke disse i øvrige kommuner i Nordlandssykehusets nedslagsfelt.

Nordlandssykehuset

- Opptaksområde med 139.000 innbyggere
- Store avstander med ca. 50 mil mellom ytterpunktene
- Årlig aktivitet somatikk: ca. 25 000 innleggelser, 150 000 polikliniske konsultasjoner og 26 000 dagbehandling
- Årlig aktivitet psykisk helsevern og rus: ca. 2000 innleggelser og 65 000 polikliniske konsultasjoner
- Har ca. 3200 årsverk fordelt på 4200 ansatte

1.4.3 Fastlegetjenesten

I Bodø har vi 13 legekantor med 51 leger. I forbindelse med prosjektet har 15 fastleger inngått intensjonsavtale om at de stiller seg positiv til å bidra videre i prosjektet. Av de 13 legekantorene i kommunen er 8 kontor representert med fastleger med samarbeidsavtale.

Per juni 2021 har nesten alle fastlegene hatt brukere inn i digital hjemmeoppfølging.

Fastleger

51 fastlegehjemler

2 kommunale legekantor

11 private legekantor

1.4.4 Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet

Prosjektet er eid av Bodø kommune, som har ansvar for prosjektgjennomføringen.

1.4.4.1 Styringsgruppe

Styringsgruppen er sammensatt med representanter fra Nordlandssykehuset og Bodø kommune. Prosjekteier er kommunaldirektør for Helse og omsorg i Bodø kommune.

Det ble nedsatt arbeidsgrupper for hver enkelt utprøving slik at man var sikret at beslutningen om tjenesteforløp, målgruppe og samhandling ble gjort nærmest mulig tjenesten. Eksempel på slike arbeidsgrupper er: Saksbehandling, KOLS-oppfølging, Kreftoppfølging og Miljøoppfølging.

Styringsgruppen:

- Kommunaldirektør for helse og omsorg i Bodø kommune Arne Myrland
- Medisinsk direktør Nordlandssykehuset, Beate Sørslett
- Helseleder Bodø kommune; Stian Wiik Rasmussen

- Leder D-IKT Bodø kommune; Frode Nilsen
- Fagleder eHelse Bodø kommune; Terje Jørgensen
- Prosjektleder Bodø kommune; Vibeke Tellmann

1.4.4.2 Prosjektorganisering

Prosjektet styres av Bodø kommune ved prosjekteier. Prosjektleder er ansatt i Bodø kommunes Forvaltning- og utviklingsteam for Helse (ForUt). Begrunnelsen for å benytte prosjektleder fra ForUt er for å sikre at relasjonen mellom teknologi og helse blir ivaretatt og grunnet teamets erfaring med innovasjonsprosjekter og endringsprosjekter i kommunen, og på tvers av sektorene.

Prosjektleders ansvar har vært å lede prosjektet med bruk av prosjektmetodikk fra «veikart for tjenesteinnovasjon».

Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten ble gjort gjennom egen prosjektleder på Nordlandssykehuset, samhandling med avdelinger og fagområder.

2. Målsetting

2.1 Mål med digital hjemmeoppfølging

Med digital hjemmeoppfølging i Bodø kommune ønsker man å gi kronisk syke en god helsetjeneste. Ved at digital hjemmeoppfølging styrker brukernes følelse av trygghet, kontroll over egen helse, mestringsfølelse, motivasjon, aktivitetsnivå og trivsel. I prosjektmandatet ved prosjektstart står det:

Vi ønsker at ved at man tar i bruk avstandsoppfølging som en del av brukerens behandlingstilbud, skal det oppleves som at hjemmesykepleieren "tilstede" i hjemmet gjennom teknologien, og at man ikke behøver å være alene med sin helsetilstand. Dette fordi noen våker over dine medisinske målinger og verdier. Det er viktig for oss at brukerne ikke følger seg overvåket, man at skal sitte med følelsen av at deres behov blir ivaretatt ved at helsepersonell våker over dem.

Målet med utprøvingen var å teste ut en ny måte yte helsetjenester på i hjemmet. Man ønsker å gi brukerne et «skreddersydd» behandlingstilbud, der brukeren selv settes i stand til å håndtere sin egen helsetilstand, med god støtte fra helsepersonell og teknologi. Man har en formening om at ved å ta i bruk digital hjemmeoppfølging vil man kunne gi brukerne en mer helhetlig helsetjeneste. Målet er at brukerne, gjennom måling av sine egne verdier og symptomregistrering/rapportering av egen aktivitet, skal kunne lære å kjenne sin egen kropps signaler og gjennom en slik kunnskap bedre kunne tilrettelegge dagen med hensyn til dagsform. Dette er også i tråd med Bodø kommunes satsning innenfor hverdagsrehabilitering, der målet er at brukeren skal kunne gjenvinne hverdagslige aktiviteter og kunne mestre egen hverdag. Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke er et av tiltakene til mestring av egen hverdag.

Det helsedirektoratet ønsker å finne ut av gjennom utprøvingen av digital hjemmeoppfølging er om disse punktene kan oppnås:

- Bedre fysisk og psykisk helse
- Bedre pasientopplevelse
- Lavere kostnad for helsetjenesten

2.2 Målgruppe

Målgruppen til forskningen var brukere med en kronisk diagnose, med medium til høy grad av risiko for forverring av sin helsetilstand. Altså at brukerne hadde behov for mer tjenester. Med tjenester mener vi helsetjenester fra kommune, fastlege eller spesialisthelsetjenesten.

Etter juni 2020, da inklusjonen til forskningen var over besluttet ledergruppen i Bodø kommune at man videre skulle ha flere mini-utprøvinger for å utforske flere områder DHO kunne være egnet for:

1. Kreftomsorgen. Man skulle i denne utprøvingen samarbeide tett med kreftkoordinatorerne i kommunen. Der formålet med samarbeidet skulle være å støtte kreftkoordinatorerne i oppfølgingen og fungere som en støtte- og avlastendefunksjon.
2. Hjemmetjenestene. Her skulle man sammen med en hjemmetjenestesone jobbe aktivt for at DHO (digital hjemmeoppfølging) skulle bli bedre kjent blant de ansatte i tjenesten. Man skulle gå inn å kartlegge brukerne for å se om det var et større potensiale til tettere samarbeid.
3. Korttidsavdelingene. Her skulle man jobbe tett med saksbehandlerne og delta på flere samhandlingsmøter for å se om DHO kunne startes inne på korttidsoppholdet.
4. Miljøtjenesten. Gjennom samarbeid med en avdeling i miljøtjenesten skulle man se hvordan digital hjemmeoppfølging kunne støtte ansatte ute i tjenesten gjennom faglig veiledning. Målgruppen til Miljøtjenesten er personer med medfødt eller tidlig ervervet funksjonsnedsettelse som har behov for langvarige og koordinerte tjenester og habilitering.

3. Effekter

3.1 Brukere

Det er viktig å poengtere at forventede effekter for brukere vil være svært individuelt, da brukerne har oppfølging fra DHO basert på ulike behov og at man har tilbudt DHO for forskjellige formål. Brukere som følges opp i en palliativ fase med kort forventet levetid, vil ha helt andre forventede effekter enn en bruker som har lengre forventet levetid med sin kroniske sykdom.

Eksempel på forventede effekter kan være:

- Økt innsikt og forståelse for egen helsesituasjon
- Forebygging av forverring gjennom målrettet individuell oppfølging. Her vil korrekt medisinbruk, økt aktivitet, trygghet, mestring og egeninnsikt være essensielle punkter
- Utsette økt tjenestebehov
- Systematisk kartlegging i brukerens forløp
- Trygghetsskapende tiltak

3.2 Pårørende

I forhold til pårørende var man usikker på hvilke forventede effekter man kunne se. Men det var bred enighet om at det var svært viktig å inkludere, informere og få tilbakemeldinger fra pårørende som ønsket å delta, for å sikre positive effekter.

Gjennom prosjektperioden har man fått mer innsikt i hvordan pårørende kan inkluderes, avlastes og følges opp gjennom DHO.

Innspill fra pårørende er at de har fått et bedre kontaktpunkt inn mot kommunen og mot helsetjenesten enn før. De beskriver det slik at de har lavere terskel for å ta kontakt med DHO, enn mange andre helsetjenester. En av grunnene for dette er fordi tjenesten har åpnet opp for andre typer kommunikasjon inn til DHO.

Man har også fått innspill fra pårørende som beskriver DHO som en støttefunksjon. Dette spesielt hos pårørende som har behov for en samtale med helsepersonell for råd eller kanskje som en samtalepartner i tøffere perioder. Spesielt viktig viser det seg kanskje å være for pårørende til brukere som er i palliativ fase eller i en dårlig fase, da disse ofte har bruk for en samtalepartner eller noen å innhente råd fra.

DHO har vært positivt for trygghet for pårørende som ikke bor i nærheten. Vi ser at det er flere brukere som ikke ønsker besøk av hjemmetjenesten, da oppleves det som trygt at de vet at deres mor eller far blir kontaktet av DHO dersom man ikke hører fra dem som forventet.

Det kan synes som om at DHO fungerer som et helsefremmende og forebyggende tiltak for også pårørende, da de drar nytte av råd og veiledning som deres ektefeller får fra helsehjelpa som igjen bidrar til endringer i deres egen hverdag.

3.3 Primærhelsetjenesten

Gjennom prosjektperioden har man hatt et søkelys på samhandling i primærhelsetjenesten, da primært på samhandlingen internt mellom de forskjellige helsetjenestene i kommunen og samhandlingen mellom DHO og fastlegen.

Nettopp samhandling var det man ønsket og forventet å få forbedret effekter i forhold til.

3.3.1 Samhandling internt i kommunen mellom helsetjenestene

3.3.1.1 Kontinuerlig samhandling gjennom fagsystemet

Gjennom prosjektperioden har man forholdt seg til de lokale prosedyrene for samhandling mellom tjenestenivåene i kommunen. Der benyttes fagsystemet Gerica til denne samhandlingen, og oppfølgingen som skjer igjennom DHO er tilgjengelig for andre tjenester som yter helsehjelp til brukeren. Dette er viktig for samhandlingen mellom tjenestene, da man fortløpende har tilgang og kan lese andres planlegging og journalføring. Dette sikrer en sømløs samhandling og øker pasientsikkerheten.

Tilbakemeldingen fra de andre tjenestene er at de opplever å få god og strukturert journalinformasjon gjennom dokumentasjon fra DHO.

Vi har i Bodø kommune besluttet å journalføre all journalverdig informasjon fra systemet til digital hjemmeoppfølging Tellu og overført dette inn i Gerica manuelt. Vi anser følgende som journalverdig innhold:

- alle sensormålinger som er innsendt av brukeren
- egenbehandlingsplaner
- endringer i symptomene innsendt fra symptomregistreringen
- Oppsummering fra telefon- og videosamtaler, samt dialog via "chat-funksjon", der det er kommunikasjon som ansees å være journalverdig.

3.3.1.2 Samhandling gjennom samarbeid:

Gjennom prosjektet har man brukt mye tid for å samhandle med de forskjellige tjenestene som ble skissert som interessenter.

Vi har benyttet oss av avdelingsledermøter, fagmøter, personalmøter og lignende som informasjonskanaler om tjenesten. Tidlig så man at det var krevende for de ansatte i tjenestene å forstå hvilke brukere som kunne være aktuell for DHO og hva DHO kunne gjøre for brukerne. Derfor ble det nødvendig å informere til mindre grupper og gjennomføre en demo av løsningen for å skape forståelse.

3.3.2 Hjemmetjenesten

Vi startet med å besøke alle hjemmetjenestesonene i kommunen, der vi hadde informasjonsmøter til de ansatte. Dette førte ikke til henvisning av mange pasienter, vi erfarte at det var vanskelig for de ansatte å se for seg hvem tjenesten var for og hvordan tjenesten brukeren mottar kunne gis på en annen måte digitalt.

Man opplevde stor skepsis hos avdelingsledere og ansatte som skisserte at deres brukere var for syke for en slik helsetjeneste og at deres brukergruppe ikke kom til å kunne håndtere digitale løsninger.

De ansatte ute i tjenesten fikk i oppdrag å informere om tjenesten og forespørre aktuelle pasienter om deltagelse i utprøvingen. Man erfarte at dette ikke fungerte så god grunnet varierende kunnskap og tidspress på de ansatte i hjemmetjenestene. Man endret derfor slik at hjemmetjenesten innhentet samtykke til at digital hjemmeoppfølging kunne ta kontakt for å informere om tjenesten. Noe som førte til økt inkludering av brukere. Dog førte ikke dette til at kunnskapen om DHO ble økt blant de ansatte.

I den siste delen av inklusjonsfasen til forskningen ble det gjennomført en filtrering av brukerlistene i journalsystemet før man gjennomførte møter med ressurspersoner og avdelingsledere i kommunen, slik at man kunne diskutere brukere med reelle utfordringer, noe som økte henvisninger fra hjemmetjenestene.

Et annet samhandlingstiltak som ble iverksatt var utarbeidelse av caser, der man så på brukere som både mottar DHO og ordinære hjemmetjenester. Her inviterte man inn tjenesten til samhandlingsmøter for å utarbeide egenbehandlingsplaner for brukerne.

Det ble skissert en videre inkludering og et dypdykk i hvordan bedre samhandlingen ytterligere, men dette ble ikke gjennomført slik man ønsket grunnet Covid-19 pandemien.

3.3.3 Korttidsavdelingen

Et tiltak som var spesielt for dette området var at man forsøkte å identifisere brukere som lå inne på avdelingen, slik at de kunne starte opp med DHO mens de lå på avdelingen og at brukeren var opplært på utstyret allerede før utskrivning.

For å identifisere brukere deltok prosjektleder i flere møter med inntaksteamet i Tildelingskontoret og korttidsavdelingene, der man gjennomgikk status og planlegging av utskrivelse av brukere. I de tilfellene der man fikk startet brukerne mens de var innlagt på avdelingen så man gode resultater og DHO brukte mindre tid i en oppstartsfasen.

Legene som er tilhørende korttidsavdelingene, henviste også brukere til tjenesten. Der skisserte de hva som kunne følges opp etter utskrivning, noe som var starten på utarbeidelse av en egenbehandlingsplan for brukeren. På denne måten fikk man startet opp tjenesten før utskrivelse slik at man etter kort tid hadde fått sjekket at brukeren var egnet til slik oppfølging og at tiltakene utført på korttidsopphold ble ivaretatt i overgangen til hjemmet, noe som styrket samhandlingen da DHO kunne videreføre og følge opp tiltakene videre i brukerens hjem.

3.3.4 Fastlege

I starten av prosjektet ble det invitert inn til workshop der interessentene fra interessentanalysen ble invitert inn, herav også fastlegene.

Ved oppstart var en av kommuneoverlegene i kommunen inne i prosjektet for å bistå med veiledning i forhold til fastlegens rolle. Etter hvert gjennom prosjektet ble dette endret der man fikk inn en fastlege i 15% stilling, der deltagelse i DHO var fastlegens kommunale oppdrag. Dette fungerte veldig bra for prosjektet, da man fikk inn en ressurs som var godt

kjent i fastlege-miljøet i kommunen og der man kunne teste ut små justeringer i samhandlingen via PLO (pleie- og omsorgsmeldinger) og andre samhandlingsrutiner.

Ved å ha fastlege i prosjektgruppen oppnådde prosjektet større forståelse for arbeidshverdagen og den medisinske oppfølgingen av kronisk syke pasienter, samt at man fikk større aksept og legitimitet for prosjektet blant fastlegene.

Medisinsk ansvarlig er i de fleste tilfellene fastleger, derfor er det viktig å inkludere fastlege i forløpet. Ved oppfølging av medisinske problemstillinger er det en nødvendighet at medisinsk ansvarlig er inkludert. Ved at helsehjelpa samarbeider med en rekke forskjellige leger som både jobber og tenker forskjellig, vil dette på sikt styrke helsehjelpa faglig.

Et av tiltakene vi har gjennomført er at prosjektet har gitt alle fastlegene tilbud om innlogging til vår løsning i Tellu. Der får de lesetilgang på egenrapporterte målinger og verdier fra brukere. Dette ønsker noen av fastlegene og noen ønsker det ikke. De som har fått tilgang syntes det har vært bra, spesielt der de ønsker å se på grafer og trender på målinger.

Gjennom felles utarbeidelse av egenbehandlingsplaner rundt brukerne har samhandlingen blitt bedret.

3.4 Spesialisthelsetjenesten

Forventede effekter for spesialisthelsetjenesten oppnås ved å flytte tjenester hjem til brukeren. Slik unngår man at brukeren må inn til sykehus for å få behandling som kan gis i eget hjem. Videre vil optimalisering av helsen til brukere kunne føre til redusert behov for behandling innen spesialisthelsetjenesten. Gjennom optimalisering og målrettet oppfølging, vil man i mange tilfeller ha mulighet til å detektere forverring tidlig nok, slik at brukeren kan unngå innleggelse. Det vil også være mulig å unngå unødige innleggelser, hvor man kunne igangsatt tiltak i hjemmet.

Det er en målsetning at teknologi bidrar til økt bærekraft, slik at spesialisthelsetjenesten kan gi tettere oppfølging til de som trenger det innenfor de økonomiske rammene de har. Samtidig som brukerne unngår at sykdom og reise til sykehus tar større plass i hverdagen enn nødvendig.

Det er nødvendig at utvikling innenfor denne nye måten å levere helsetjenester på skjer sammen med primærhelsetjenesten slik at brukeren opplever en helsetjeneste og ikke en ny «silo».

For å oppnå forventede effekter ved innføring av digital hjemmeoppfølging må tjenesten forankres faglig hos behandlende leger både i primær- og spesialisthelsetjenesten, hhv fastlege og sykehusspesialist.

4. Gevinstarbeid

Gevinstarbeidet er forankret ved økonomikontoret og styringsgruppen for prosjektet.

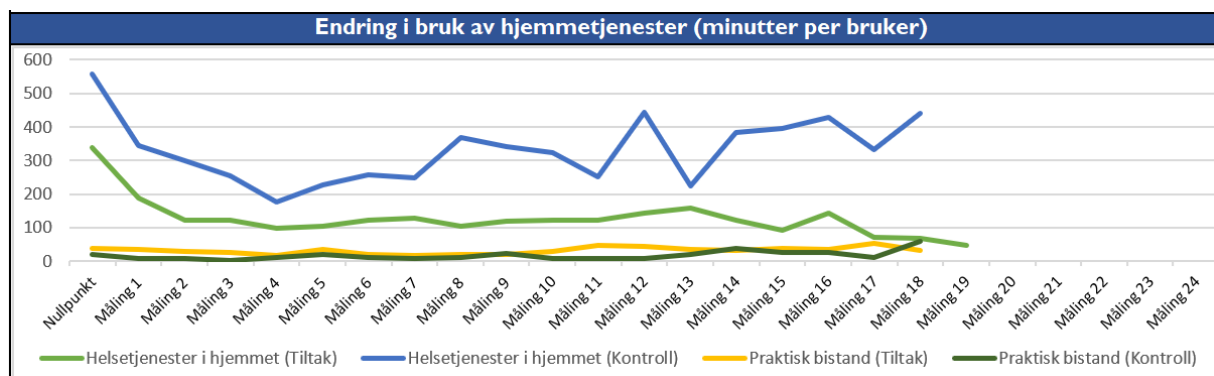
Bodø kommunes helse- og omsorgsavdeling jobber for tiden spesielt med gevinstrealisering, for å forsøke å skape en felles forståelse. Målet videre er at man skal styrke kommunens kompetanse rundt hvorfor vi måler gevinster og hvordan disse må følges opp.

I prosjektet ble det gjennomført en workshop med interessenter som ble skissert. Deriblant representanter fra HO ledelse, hjemmetjenestene, korttidsavdelingene, tildelingskontoret og andre tjenester i kommunen. Formålet var å kartlegge hvilke gevinster som var mulig å måle. I denne workshopen ble det enighet om at man ønsker å se på forbruk av kommunale tjenester før, under og etter innføring av digital hjemmeoppfølging. Vi ønsket i tillegg å se på bruk av tjenester fra legekantor, legevakt og spesialist, men dette viste seg å bli vanskelig. Derfor avventer man resultatene fra forskningen for å se disse resultatene.

Vi har benyttet oss av gevinstplanen utarbeidet av PA Consulting for måling av gevinster. Man måler det kommunale tjenesteforbruket hver måned for å se utviklingen i tjenesten. Ved inntak måles et nullpunkt før oppstart, der man ser forbruket en tid før inkludering. Vi har benyttet dette gevinstrealiseringsskjemaet for de brukerne som er med i forskningen.

Ved utarbeidelse av planene har man hatt dialog med økonomikontoret underveis, der de hadde en sentral rolle i starten for planlegging av gevinstmåling og for innhenting av tall som skulle benyttes.

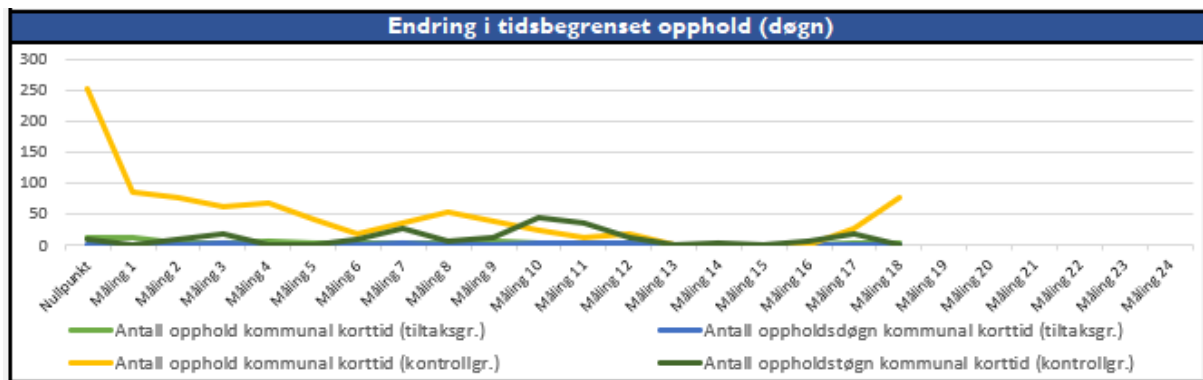
Det denne gevinstmålingen viser er at man fra et kommunalt ståsted har en besparelse på å innføre digital hjemmeoppfølging, da man ser at forbruket av hjemmetjenester, øyeblikkelig hjelp og korttidsopphold ser ut til å ha en nedadgående trend i tiltaksgruppen, mens kontrollgruppen har et høyt forbruk av tjenester, da spesielt korttidsopphold.



Denne grafen viser endringer i bruk av hjemmetjenester. I denne grafen ser man at brukerne i kontrollgruppen hadde et høyt forbruk ved inntak og har hatt et varierende, men høyt forbruk av helsetjenester i hjemmet.

Tiltaksgruppen hadde høyt forbruk ved inntak, men har en mer stabil og nedadgående trend.

Vi ser at forbruk av praktisk bistand ikke påvirkes av digital hjemmeoppfølging.



Når det gjelder forbruk av kommunale korttidsplasser og kommunale øyeblikkelighjelpsplasser ser man at forbruket av disse har variert mellom tiltaksgruppen og kontrollgruppen. Kontrollgruppen hadde et større forbruk av plasser på nullpunktsmåling og har hatt et større forbruk gjennom perioden. Mens tiltaksgruppen har hatt et svært lavt forbruk, der enkelte måneder det har vært et nullforbruk.

Den totale oversikten over nøkkeltall fra prosjektet ser slik ut:

Nøkkeltall	
Bruttogevinst	kr 13 164 611
Investeringskostnader	kr -1 710 000
Driftskostnader	kr -5 465 493
Totale kostnader teknologi	kr -20 744
Nettogevinst	kr 5 968 374
Antall registrerte brukere	86
...i tiltaksgruppen	70
...i kontrollgruppen	14

Vi ser at det er grunnet høyt forbruk av øyeblikkelig hjelp og korttidsopphold som fører til en besparelse. Da flere brukere hadde høyt forbruk av slike tjenester ved nullpunkt, har vi også sett over tallene ved å justere ned forbruk av korttidsplasser på nullpunktsmålingen og selv da vil man kunne se en gevinst ved å innføre digital hjemmeoppfølging

Presentasjon av en slik gevinstanalyse var ikke tilstrekkelig for å kunne belyse mulige gevinster, så man utarbeidet i tillegg en rekke bruker case, med beregnet gevinst. Dette så man at var mer forståelig i dialogen med ansatte og ledere ute i avdelingene.



Olav

Alder: 85
Bosituasjon: Bor alene
Bakgrunn: Tidligere vaktmester
Interesser: Sport
Sykdomshistorie: KOLS, hjerte- og karsykdom, kreft, angst og ernæringsproblemer.

Ønsker og behov

- Olav har flere alvorlige diagnoser og er derfor svært bekymret for egen helse.
- Han har satt seg som mål å bli mer aktiv og spise sunnere.
- Olav ønsker å oppnå selvstendighet og trygghet i hverdagen.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Olav mottok besøk fra hjemmetjenesten minst to ganger hver dag.
- Han fikk bistand til blant annet medisiner, fysiologiske målinger, veiledning, motivering og dusjing.
- Hjemmetjenesten brukte 4 timer og 35 minutter hver uke, nærmere 40 minutter per dag.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Da Olav tok i bruk digital hjemmeoppfølging fikk han utlevert blant annet nettbrett, vekt og pulsoksymeter for å gjennomføre målinger på egen hånd.
- Han følges opp av Helsehjelpa i Bodø kommune, og det er utarbeidet en egenbehandlingsplan slik at Olav i større grad kan mestre sin egen helse.
- Hjemmetjenesten bistår nå med medisinutlevering, dusjing og blodprøvetaking ved behov. Behovet for bistand har blitt redusert til 65 minutter i uka.

Gevinster

- Oppstarten av digital [hjemmeoppfølging](#) har gitt gevinster for både Olav og kommunen.
- Olav kjenner seg tryggere i hverdagen.
 - Motivasjonssamtaler og veiledning kan bedre tilpasses Olav sitt behov nå som det skjer over telefon eller nettbrett.
 - Olav får skreddersydde ernærings- og egenbehandlingsplaner basert på målingene som gjøres.
 - Den månedlige unngåtte kostnaden for kommunen utgjør nærmere 10 000 kr. Unngåtte kostnader knyttet til redusert pleie- og kjøretid er vesentlig større enn kostnaden for digital [hjemmeoppfølging](#).

4.1 Brukertilfredshet

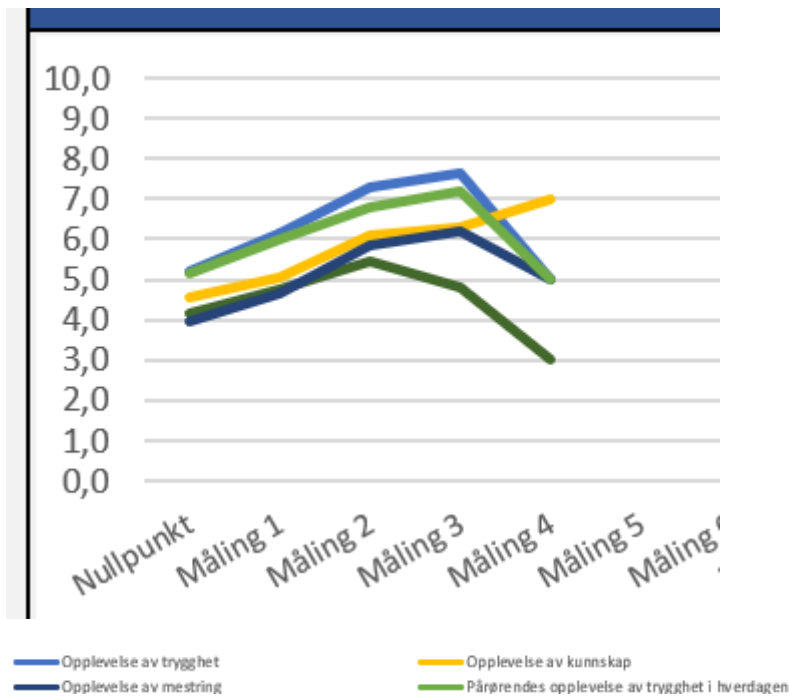
Vi har også målt brukertilfredshet underveis gjennom målsamtaler med brukerne, dette med at man registrerer et nullpunkt ved inkludering og deretter en måling med et intervall på hver 6 mnd. Denne målingen gjøres ved at ansatt i helsehjelpa enten har dette som en del av sin målsamtale med brukeren eller at vi har sendt det ut på nettbrettet. Det brukerne må svare på er:

- Trygghet i hverdagen
- Kjennskap/ kunnskap til egen sykdom
- Opplevelse av egen helse
- Mestring
- Pårørende og opplevelse av trygghet

Tilbakemeldingene fra som har deltatt så langt er at de fleste føler en bedre mestring og får mer kunnskap om egen helse.

Under Covid-19 situasjonen har man sett at brukerne har hatt behov for tett oppfølging, da mange syntes det har vært utrygt og skremmende situasjon. Vi opplever at det å få tjenester på denne måten har vært en trygghet, da det har vært mange som har følt utrygghet og usikkerhet.

Vi ser at mange av brukerne mestrer hverdagen i større grad enn før og får større tro på seg selv slik at de klarer å utføre flere tiltak for bedring av sin egen helse. Altså brukerne har mye større egenmestring.



Når man ser på målingene på brukertilfredshet ser man at trenden ser du til å ha en negativ trend, dette mener vi skyldes at det ble gjennomført for få målinger og at hver 6 mnd. er for sjeldent til å kunne se en trend. Man kan se at målingene har en økende trend fram til måling 4, som vi mener er riktig og at den negative trenden er grunnet for lite målinger registrert etter den tid.

Opplevelse av egen helse, tror vi ikke at man klarer å få opp i et høyere nivå, da disse brukeren har kroniske sykdommer, der de ikke vil oppleve sin helse som svært god.

5. Organisering av Digital hjemmeoppfølging

Vi har en modell der Bodø kommune leverer digital hjemmeoppfølging som en tjeneste for innbyggerne i kommunen.

Tjenesten leveres med at kommunen låner ut utstyr til brukeren og har etablert et eget responscenter. Vårt responscenter er organisert under kommunens legevakt og er betjent av en gruppe sykepleiere som benevnes som «Helsehjelpa». Helsehjelpa responderer gjennom observasjon av innsendte målinger og symptomrapporteringer fra brukerne, utarbeider egenbehandlingsplaner sammen med brukerne, fastlegen og andre instanser og er ansvarlig for den helsetjenesten som leveres av Digital hjemmeoppfølging. Tjenesten er organisert som en dagtjeneste med åpningstid mandag til fredag 08.00-1530.

6. Tjenesteforløp fra rekruttering til avslutning

Under Workshopene som ble gjennomført i starten av prosjektene, der alle interessentene deltok, ble skissen til et tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging utarbeidet.

Prosjektgruppen innhentet de opplysningene som var uklare etter workshopene gjennom samtaler ute i tjenestene. Vi dro også på en høringsrunde ute i alle avdelingene i kommunen, noen legekantor og til sykehuset, der vi presenterte et scenario og første versjon av tjenesteforløpet. Dette for å innhente inspirasjon til andre målgrupper og forløp for tjenesten. Vi brukte mye tid på å lage tjenesteforløp i workshoper og justerte det kort tid etter at vi fikk inn brukere.

Gjennom prosjektperioden har man vært tro til tjenesteforløpet vi startet ut med i 2019 for å teste det ordentlig ut. Den største ulikheten fra 2019 til nå er at vi er mer tydelige og trygge på hvilke brukere denne type tjeneste kan passe for, samt at vi ikke gjør saksbehandlingsprosessen selv.

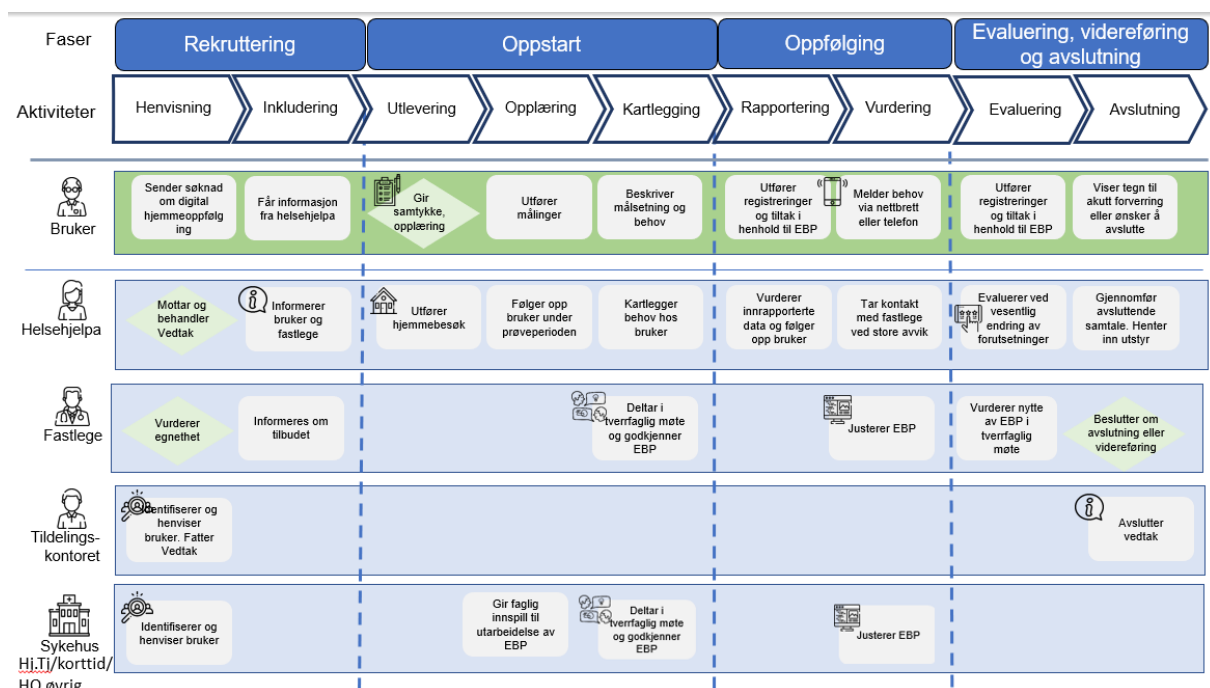
Tidligere kunne både bruker og pårørende, samt primær og spesialisthelsetjenesten kontakte oss direkte, hvorpå vi mottok og behandlet søknad om tjenesten. Ved prosjektslutt er det Tildelingskontoret som utfører saksbehandlingen, og kontakter oss.

Prosjektorganisasjonen utfører dermed ikke saksbehandlingsprosessen lengre. Vår anbefaling er videreføring av dette forløpet i drift-setting av tjenesten.

Tjenesteforløpet vårt i korte trekk pr juni 2021:

- Tildelingskontoret mottar søknad om helsetjenester fra bruker/pårørende/kommune/spesialisthelsetjeneste/andre. Det er laget et digitalt søknadsskjema, slik at brukerne selv kan søke om tjenesten. Hvis en tjeneste identifiserer behovet, tar de kontakt med saksbehandler.
- Saksbehandler vurderer og kartlegger om bruker er aktuell for oppfølging fra DHO på lik linje med andre tjenester. Digital hjemmeoppfølging er lagt inn i malene for kartlegging som Tildelingskontoret benytter.
- Saksbehandler sender henvisning og info om vedtak til Helsehjelpa
- Helsehjelpa mottar henvisning og kontakter bruker. Helsehjelpa Informerer kort om hva digital hjemmeoppfølging er, og avtaler hjemmebesøk.
- Helsehjelpa forbereder hjemmebesøk, og sender informasjon til fastlege om at bruker er henvist, og om de har noe de ønsker skal følges opp fra deres ståsted
- På hjemmebesøket gir helsehjelpa informasjon, utfører kartlegging og opplæring i teknisk utstyr. Utlån av nettbrett ved behov. Eventuelle sensormålinger (avklares med fastlege)
- Bruker sender inn symptomregistrering og evt målinger
- Helsehjelpa vurderer forløpende og har løpende kontakt med bruker. Justerer oppfølging rundt bruker fortløpende de første ukene, ettersom man blir kjent med innrapporteringer underveis i oppfølgingen.
- Avtaler tid for samarbeidsmøte hos fastlege og påbegynner arbeid med egenbehandlingsplan

- Gjennomfører et samarbeidsmøte med fastlegen, brukeren, helsehjelpa og evt andre tjenester. Gjennomgang av egenbehandlingsplan
 - o Sette normalområder og tiltak
 - o Tegn på forverring og tiltak
 - o Når er det nødvendig med legekontakt
 - o Grenseverdier for målingene
- Helsehjelpa justerer og ferdigstiller egenbehandlingsplan og oppfølgingsplan (symptomrapportering) i etterkant av samarbeidsmøte. Denne legges inn i fagsystemet og sendes til fastlegen. Denne publiseres også i Dialogg App slik at brukeren har den tilgjengelig.
- Løpende kontakt med bruker og med fastlege etter avtale.



7. Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier

I forskningsperioden la vi til grunn helsedirektoratets kriterier:

- Inklusjon: Brukere med medium og høy risiko for forverring og en kronisk sykdom. Motivert til oppfølging og egenansvar. Over 18-år
- Eksklusjon: Ikke evne til å føle en plan. Rusproblematikk

Etter inklusjon til forskningen var over, åpnet man opp for å ta inn flere brukere for å teste ut tjenesten for flere brukergrupper. Man la da til grunn vurderingen som ble gjort av fastlege, saksbehandlere eller spesialisthelsetjenestene. Brukere med medium til høy grad av forverring, som hadde et behov for økte helsetjenester ble da inkludert.

8. Brukermedvirkning

Gjennom prosjektet har vi vært opptatt av involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten.

Vi har gjennom prosjektet hatt en tett oppfølging av leverandøren for utvikling, endring og ny funksjonalitet i systemet. Gjennom dette har leverandøren stilt med system-designere som har utført konsepttesting sammen med våre brukere. Tidlig i forløpet før løsningen var klar, hadde vi inne noen av brukerne som var identifisert som aktuelle brukere, som testet en versjon av systemet. Den ene brukeren hadde ingen smarttelefon selv og hadde aldri benyttet seg av digitale tjenester.

Prosjektgruppen gjennomførte også en åpen workshop fra innbyggerne i kommunens ByLab som var lokalisert i Stormen bibliotek. Her kunne brukere i planleggingsstadiet komme med innspill til tjenesteforløpet og målgruppen for prosjektet.

Planene videre var å gjennomføre tilsvarende workshop, i mars 2020, men det kunne ikke gjennomføres grunnet Covid-19 pandemien.

8.1 Brukerundersøkelser

Det har blitt gjennomført to spørreundersøkelser der brukerne kunne gi tilbakemelding på tjenesten, teknologien og hva de ønsket kunne forbedres. Spørreundersøkelsen ble sendt ut via meldingsfunksjonen i Dialogg og brukerne kunne besvare anonymt.

Første spørreundersøkelse ble gjennomført høsten 2020 og 35 brukere har besvart denne. Andre spørreundersøkelse ble gjennomført vår 2021, og 28 brukere besvarte denne. Vi ser at den siste undersøkelsen ble utsendt rett etter de hadde besvart på spørreundersøkelsen fra forskerne, noe som gjorde at flere trodde at de allerede hadde besvart denne.

Flere brukere benytter seg ikke av meldingsfunksjonen i appen, og har fått tilbud om å få spørreundersøkelsen på SMS eller e-post, men flere ønsker ikke besvare.

Vi har benyttet det samme spørreskjemaet, men har endret ordlyden i andre versjon etter tilbakemeldinger fra brukerne.

«Har digital hjemmeoppfølging (medisinsk avstandsoppfølging) påvirket din fysiske helse?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Min fysiske helse er bedre enn før på grunn av avstandsoppfølgingen.	43 %	46%
Den har ikke påvirket min fysiske helse	57 %	54%
Min fysiske helse er verre enn før på grunn av avstandsoppfølgingen	0%	0%

«Har hjemmeoppfølgingen påvirket din livsglede?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Min livsglede er bedre enn før	46%	50%
Den har ikke påvirket min livsglede	54 %	50%
Min livsglede er dårligere enn før	0%	0%

«Har hjemmeoppfølgingen påvirket din opplevelse av trygghet?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Jeg er tryggere på grunn av digital hjemmeoppfølging	80 %	92 %
Den har ikke påvirket min opplevelse av trygghet	20 %	7 %
Jeg er mer utrygg på grunn av digital hjemmeoppfølging	0%	0%

«Har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du går til fastlegen?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Den har redusert mine besøk til fastlegen	26 %	21 %
Den har ikke påvirket hvor ofte jeg går til fastlegen	71 %	64 %
Den har medført økt besøk hos fastlegen	3 %	7 %
Usikker	0 %	7 %

Økningen av besøk hos fastlegen mener vi er grunnet samarbeidsmøtene med DHO, bruker og fastlege. Hos enkelte brukere har man sett en ønsket økning av besøk, delvis grunnet tidligere iverksetting av tiltak ved forverring og delvis grunnet at enkelte ikke var hos fastlegen hyppig nok.

«Tror du at digital hjemmeoppfølging har påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehuset?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Jeg tror den har redusert antall innleggelser	20 %	29 %
Jeg tror ikke den har påvirket sykehusinnleggelser	48 %	57 %
Jeg tror den har økt antall innleggelser	3 %	0 %
Usikker	29 %	14 %



«Har digital hjemmeoppfølging påvirket ditt behov for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Digital hjemmeoppfølging har redusert behovet for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem	23 %	32 %
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket mitt behov for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem	57 %	54 %
Digital hjemmeoppfølging har økt behovet for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem:	0 %	0 %
Usikker	20 %	14 %

«Tror du at dine pårørende føler at denne tjenesten er nyttig for deg?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Ja	60 %	68 %
Nei	9 %	7 %
Usikker/ikke aktuelt	31 %	25%

«Opplever du Helsehjelpa som tilgjengelig?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Ja	97 %	100 %
Nei	0 %	0 %
Usikker	3 %	0%

«Hvilken kontaktform foretrekker du med Helsehjelpa?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Telefon	43 %	39 %
SMS	15 %	0 %
Meldingsfunksjon Dialogg	38 %	55 %
Video	4 %	5 %

SMS: Denne endringer er grunnet sperring av ordinær SMS til tjenesten, da man ikke ønsket pasientsensitiv dialog på usikker kanal.



«Har digital hjemmeoppfølging påvirket din kunnskap og/eller forståelse av dine helseutfordringer?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Den har økt min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer	60 %	68 %
Den har ikke påvirket min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer	40 %	32 %
Den har redusert min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer 0%	0 %	0 %

«Hvordan er du fornøyd med oppfølgingen du får fra Helsehjelpa?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Svært fornøyd	57 %	68 %
Godt fornøyd	31 %	29 %
Hverken fornøyd eller misfornøyd:	11 %	4 %
Misfornøyd	0 %	0 %
Svært misfornøyd	0 %	0 %

«Har digital hjemmeoppfølging hatt betydning for deg under koronapandemien?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Digital hjemmeoppfølging har ikke hatt betydning	51 %	21 %
Digital hjemmeoppfølging har gjort meg tryggere under pandemien	49 %	79 %
Digital hjemmeoppfølging har gjort meg mer utrygg under pandemien.	0 %	0 %
Misfornøyd	0 %	0 %
Svært misfornøyd	0 %	0 %

«Er du fornøyd er du med denne type oppfølging?»

Svar	Undersøkelse 1	Undersøkelse 2
Jeg er svært fornøyd med digital hjemmeoppfølging	38 %	57 %
Jeg er godt fornøyd med digital hjemmeoppfølging	53 %	43 %
Jeg er hverken fornøyd eller misfornøyd	9 %	0 %
Jeg er misfornøyd med digital hjemmeoppfølging	0 %	0 %
Jeg er svært misfornøyd med digital hjemmeoppfølging	0 %	0 %

«Hva er fordelene med digital hjemmeoppfølging? (fritekst)»

Undersøkelse 1 (utvalgte svar):

«Å få snakke med en kompetent person»

«Vet at noen følger med daglig, og kan gripe inn om jeg ikke svarer på noen dager. Eller at de ser det "unormale" kjapt»

«At jeg kan ringe hvis det er noe jeg lurer på og at de har fanget opp når jeg har vært dårlig.»

«Lettere å ta kontakt med helsevesenet»

«Får fortere hjelp når det er noen behov, alltid lett å få tak i de på tlf eller SMS, har styrket samarbeidet mellom lege og de andre behandlerne mine, gjort kommunikasjon lettere» «Enklere å holde oversikt selv om hvordan formen har variert fra dag til dag. Lettere å sette ting i sammenheng ved å svare på skjema over helse og aktivitetsnivå»

Undersøkelse 2 (utvalgte svar):

«Hverdagen blir lettere, mindre stress med møter og avtaler. Har jeg det ekstra vondt eller mer deprimert så er det godt å bare snakke om det på mld enn at noen kommer hjem for å løse problemet. Får til å slappe av mer hjemme når det ikke hele tiden er masse folk inn og ut fra helse/omsorg»

«Ikke tidsbegrenset, jeg bestemmer selv når det passer å ta kontakt»

«At dere er så tilgjengelige for meg og mine pårørende»

Hvilke forslag har du til forbedringer? (fritekst)

Undersøkelse 1 (utvalgte svar):

«Melding tjenesten er vanskelig å bruke, da man må logge seg helt på med kodebrikke, hver gang man skal bruke den»

«At alle mine, som æ mener i høyeste grad er med på dette, alt ang min helse, kommunal eller ikke bør være m på dette for å få en helhetlig info om meg. Ønsker også at all info fra div instanser også blir gitt tilbakemeld på til meg»

«Synes nettbrettet er for vanskelig å forholde seg til. Og for vanskelig å logge inn på. Klarer å bruke appen, men klarer ikke å logge inn»

Undersøkelse 2 (utvalgte svar):

«At jeg ikke må logge inn så ofte. Det burde være nok å logge inn en gang, også er man alltid innlogget»

«Ikke forslag, men jeg var sjelden hos lege før, så det er vel bra at jeg er der litt oftere nå»

«at sykehuset kan se det samme»

«Dette burde være tilgjengelig for alle som ønsker dette»

Vi har brukt tilbakemeldingene gjennom disse spørreskjema til forbedring av tjenesten og av teknologien. Et eksempel på det er at man har brukt tilbakemelding på at påloggingen var vanskelig til å sammen med leverandør utarbeide en enklere måte for brukerne å logge på og at sesjonene varte lengre, noe som førte det færre pålogginger.

8.2 Egenbehandlingsplan som grunnlag for egenmestring

Gjennom egenbehandlingsplan (EBP) har vi en unik mulighet til å utarbeide en plan for brukeren som er tilpasset bruker sine individuelle målsettinger og behov. Når bruker er med på utformingen av innholdet i en EBP, vil bruker i mange tilfeller oppleve at de blitt sett, hørt og forstått i forhold til sine utfordringer i hverdagen. Gjennom bruk av egenbehandlingsplanen får brukerne et eierskap til det som er nedskrevet, og de får en helt annen forståelse av innholdet. Gjennom samarbeidsmøte med fastlege får bruker fastlege og sykepleiers perspektiver sammenstilt med egne målsettinger, nedtegnet i et dokument med forståelig innhold.

Gjennom prosjektet har vi erfart at brukeren har god nytte av EBP. Dette både i jobben med utarbeidelsen og bruken av EBP, gjennom at man får systematisert oppfølgingen og målsettingene. Bruker får et annet perspektiv og i noen tilfeller en ny måte å se sin «sykdomsproblematikk» på, da de klarer å se sammenhengene, herunder forstå hvorfor ting er som de er. Etter vår mening er dette noe som bidrar til å forbedre brukerens egen helsekompetanse.

Det er enklere å igangsette tiltak for egenmestring gjennom EBP når brukeren er med på utarbeidelsen og har en grunnleggende forståelse av hvorfor vi systematiserer oppfølgingen i en EBP.

Etter vår mening er ikke EBP egnet for alle pasientgrupper. Bruk av EBP krever endel kognitiv funksjon, compliance og innsikt i egen helse for å klare å bruke planen på en nyttig måte. Teorien og tanken bak planen er god, spørsmålet er om resultatet forsvarer tidsbruken sykepleier og fastlege bruker på å lage og opprettholde EBP.

En utfordring vi ser nå er at det er viktig å være oppmerksom på at det krever at man har gode nok systemer ift. vedlikehold og oppdatering/evaluering av alle planer slik at alle til enhver tid kan stole på innholdet. Gjennom prosjektet har vi testet ut deling av en PDF-fil, men det gjør at vi har delt et «dødt» dokument mellom behandlingsnivåene, noe som kan være en risikofaktor, da dokumentet ikke er oppdatert i sanntid. Egenbehandlingsplan kan være et nyttig dokument for alle parter i situasjonen hvor det er konkrete ting som kan følges opp og igangsettes tiltak i forhold til. Vår erfaring er at en mestringsplan for noen med eksempelvis angstproblematikk, kan være vel så bra som en egenbehandlingsplan. Her er det viktig å se behovet til brukeren opp mot arbeidet som legges ned i en egenbehandlingsplan, da det for noen er et dokument som ikke blir brukt. Brukere med komplekse problemstillinger vil nok ha bra nytte av en egenbehandlingsplan.

9. Oppfølging av brukere i digital hjemmeoppfølging

9.1 Organisering og kompetanse

I prosjektet har vi valgt å ha Digital hjemmeoppfølging sitt responscenter, helsehjelpa, i Bodø kommune.

Kompetanse er et viktig stikkord for de som skal jobbe i digital hjemmeoppfølging. Det vil være hensiktsmessig å ha en personalgruppe med ulike kompetanse- og interesseområder, for å komplementere hverandres kompetanse og oppfølging opp mot tjenestemottakeren.

Det er en fordel med god kompetanse i primærhelsetjenesten, og forståelse for spesialisthelsetjenesten. Personalet må ha interesse for, og evne til læring innenfor velferdsteknologiske løsninger og grunnleggende IT-kompetanse.

De ansatte må like å jobbe i en tjeneste som er i stadig utvikling, og være nysgjerrig på endringsarbeid. I tillegg må man evne å kommunisere, veilede og observere med bruk av telefon og videosamtaler.

Tjenesten bør ikke bli et alternativ for intern omplassering kun fordi man har sykepleierkompetanse, her er det behov for spesiell kompetanse på en god del somatiske problemstillinger og utstyr som brukerne har hjemme. Dybdekompetanse på eldreomsorg og psykisk helse er helt nødvendig. Viktig med sykepleiere som ikke har beslutningsvegving, og som evner å ta beslutninger i sin veiledning til pasientene.

Vi tror det er en fordel at man er organisert på en måte som gjør at man er flest mulig ansatte med høy stillingsprosent, og ikke med delte stillinger. Dette handler om at vi har en brukergruppe som er i stadig endring, som medfører at det er mer utfordrende å holde tråden når det går lang tid mellom hver gang man er på jobb.

Grundig systematisk kartlegging er med på å skape en tjeneste som spisses til de aktuelle brukerne som har behov for denne type helsetjenestetilbud.

Oppfølging på dagtid i ukedager har så langt fungert bra. Det har i noen enkeltstående tilfeller vært behov for oppfølging på kveld/helg, men der har brukerne fått tilsyn av hjemmetjenesten der hvor det har vært nødvendig. Dette gjelder der brukeren ikke har

vedtak på helsetjenester i hjemmet fra før. Vi har ikke noen avtale om at hjemmetjenesten kan gå inn på etterspørsel, noe som gjør at vi kontakter saksbehandler på Tildelingskontoret ved behov.

Så langt har det kun vært sykepleiere som har jobbet i DHO. Det har vært en stor fordel, og har skapt en bra fagtyngde i oppfølgingen vi tilbyr. Det vi imidlertid ser med et økende antall brukere, er et økende behov for mer tverrfaglig oppfølging – hvor vi har samhandlet mye med klinisk ernæringsfysiolog, kreftkoordinator, fysioterapeut og KOLS koordinator i spesialisthelsetjenesten.

Vi ser på den måten som sykepleierne i digital hjemmeoppfølging, som en ny profesjon innenfor sykepleie. Sykepleierne i en slik tjeneste må ha god veiledning- og kartleggingskompetanse og god kompetanse på hvordan dette kan gjøres på avstand.

9.2 Ethiske utfordringer

I perioden med inntak til forskning, med randomisering, var det store etiske utfordringer. Prosjektgruppen erfarte utfordringer der man så at brukere som hadde et stort behov for tjenesten, ble randomisert til kontrollgruppen og dermed ikke fikk være med på utprøving av tjenesten.

Etter inklusjonsperioden til forskningen opphørte, da dette er en tjeneste brukeren får informasjon og tilbud om der man ser et behov, er det vanskelig å si noe om etiske utfordringer. Brukeren får informasjon, opplæring og veiledning underveis noe som vi mener kan være med på å skape trygge rammer rundt denne oppfølgingen.

Eksempel på etiske utfordringer i DHO

- Bruker sender inn skjema med svar på spørsmål. Kan vi stole på svarene som kommer inn? Hvor høy kredibilitet kan vi regne med at symptomregistreringer har?
- Sensormålinger bruker utfører. Hvor sikre er vi på at disse er korrekte målinger?
- Vi skal ikke skape et behov for helsehjelp som ikke ville vært der hvis denne tjenesten ikke var tilgjengelig.
- Observasjoner. Man kan gjøre gode observasjoner både over telefon og video, men det vil alltid være noe man ikke vil klare å gjøre gode observasjoner av gjennom bruk av digitale verktøy. Klinisk undersøkelse og blick reduseres ved denne type tjeneste. Dette innebærer at spørsmålene man stiller må være gode nok til å gi et nåtidsbilde av situasjonen.

9.3 Erfaring med fastlegens rolle og ansvar

Gjennom prosjektperioden har vi hatt både fastleger og spesialisthelsetjenesten involvert i utviklingen av tjenesteforløpet, for å sikre at alles interesser er ivaretatt. Dette har vært veldig nyttig, da man får ulike perspektiver ut fra den enkeltes ståsted.

Prosjektet har brukt mye tid på kommunikasjon og informasjon til kontorene og til den enkelte fastlege. Dette gjennom lunsjmøter og hjelp til identifisering av mulige brukere etter ønske fra den enkelte fastlege.

Det å ha samarbeidsvillige og tydelige fastleger er nødvendig for et trygt pasientforløp for brukere i digital hjemmeoppfølging. Samhandlingen er utfordrende på de brukere som hovedsakelig følges opp i spesialisthelsetjenesten og hvor fastlege nødvendigvis ikke er oppdatert på gjeldende behandling - men hvor helsehjelpen er avhengige av kommunikasjon med fastlege.

I de forløp der man får til konstruktiv samhandling, kan fastlege dra nytte av de opplysninger og målinger DHO får inn og man vil kunne spare brukeren for legebesøk og innleggelse ved tidlig intervensjon, forebygging og behandling. Eventuelt får man enkelte brukere til fastlege hyppigere enn tidligere og på den måten sikrer en bedre behandling over tid.

Etter informasjonsrundene ute hos fastlegene fikk man mange innspill på hvordan man kunne samhandle bedre. Et samtaletema som gjentok seg av kommunikasjon via PLO. Fastlegene rapporterte at slik dialogen via PLO var i dag, var den ofte svært oppstykket og delt, der fastlegene følte at mengden PLO var belastende, da spørsmålene ofte var gjentakende og informasjonen angående brukernes tilstand var mangelfull. De meldte variasjonsgraden var stor og at i noen tilfeller opplevde de å få for mye informasjon, mens fra andre var den mangelfull. Derfor var det viktig for oss å bruke en del av prosjektperioden til å ha ekstra fokus på dialog via PLO

En periode etter brukeren ble inkludert i DHO, gjennomførte man et samarbeidsmøte med fastlegen og evt andre som følger opp brukeren. Vi har erfart at det før et slikt møte er viktig at man har fått tid for å bli kjent med brukeren først, slik at man allerede har dannet en skisse på en egenbehandlingsplan. Da formålet med møte er å ferdigstille en egenbehandlingsplan. Tilbakemeldingen fra fastlegene er at etablering av en slik plan er noe ukjent, derfor er det ekstra viktig at Helsehjelpa kommer forberedt, slik at man gjennom samarbeidsmøtet kan ferdigstille første versjon. Etter møtet ferdigstiller helsehjelpa planen og sender den som vedlegg i PLO til fastlegen for godkjenning. På den måten har fastlegen den tilgjengelig i sitt journalsystem og kan bruke den og melde til helsehjelpa ved endring og oppdateringer.

Tidlig i prosjektperioden henviste fastlegene brukere som fylte inklusjonskriteriene og hadde behov for mer helsehjelp for å få mer kunnskap, trygghet og mestring i sin oppfølging. Gjennom prosjektperioden ser vi at disse pasientene er friskere og har et høyere funksjonsnivå enn det de brukerne som vi nå mot slutten av perioden får henvist. Våre antagelser er at dette er fordi man nå kjenner tjenesten og teknologien i større grad og tørr å tenke dette også får de som er dårligere. Vi tror at denne endringen har vært viktig for fastlegene og prosjektgruppen for å skape en felles forståelse av tjenesten og hvem den kan passe for. Gjennom at man brukte samme tjeneste og teknologi til oppfølging av innbyggere med Covid-19, fikk flere fastleger se hvordan tjenesten fungerte og hvordan samhandling med digital hjemmeoppfølging er, ser vi at flere fastleger er positive til tjenesten.

Vi hadde sammen med helsedirektoratet planlagt gjennomføring av Emnekurs for fastleger mars 2020, men dette ble utsatt grunnet Covid-19 pandemien. Planen var at vi skulle gjennomføre kurset sammen, men etter hvert endret vi det til at en dag var oppmøte og en dag var digital. Etter flere utsettelse grunnet lokale smitteutbrudd, endret vi kursets innhold og gjennomførte kurset heldigitalt.

I etterkant av emnekurset sendte vi ut en spørreundersøkelse for å få tilbakemelding på kurset og hva de tenkte var viktig i videreføring av DHO i Bodø. Svarene viste at de likte formen på emnekurset og de følte at de fikk faglig påfyll etter deltagelse på emnekurset. 89% svarte at de mener at de kommer til å øke bruken av digital hjemmeoppfølging for sin brukergruppe framover, mens resterende 11 % mente de kanskje kom til å gjøre det. Vi ba om innspill og ønsker til hvordan digital hjemmeoppfølging kan være i framtiden, og her er noen av tilbakemeldingene:

«bred satsning på samhandling»

«Jeg tenker at det er forankret på en meget god måte, hvor det er en tydelig faglig styring gjennom Helsehjelpa og prosjektlege. Men det må nok ut info til de enkelte fastlegekontorer. Digital internundervisning/orientering om prosjektet til byens ulike fastlegekontorer kan hjelpe godt på, ala modellen som ble gjennomført av teamprosjektet i Tromsø»

«Skulle gjerne ønsket meg "automatisk" invitasjon til lesetilgang når egne pasienter startes med digital hjemme overvåkning»

Der den siste tilbakemeldingen har ført til at vi legger inn fastleger på alle brukere vi får inn, slik at de fastlegene som har tilgang til løsningen (frivillig) har tilgang til alle sine brukere.

Kurset er imponerende godt gjennomført digitalt, bør gjentas også til neste år for om mulig å nå ut til enda flere fastleger i Bodø. Innholdet var konstruktivt og hevet forståelsen for digital hjemmeoppfølging

For å innhente tilbakemeldinger fra fastlegene ble det våren 2021 sendt ut et kort spørreskjema til fastlegene.

Ved spørsmål angående om de benyttet seg av påloggingen til systemet for å se på innsendte skjema og målinger fra brukerne svarte 33% ja, 22% at de ikke så behovet og 44% at de ikke hadde tilgang.

Når man ba dem om å komme med innspill for hvilke pasientgrupper de mente var velegnet for digital oppfølging svarte de overvekt, KOLS, hjertesvikt, diabetes og ME. Flere har også meldt inn angst og depresjon og en skriver følgende:

«hverdagspsykiatri, altså alle de mange hundre som sliter med angst og depresjon og uten å være syke nok til å tilbys hjelp i spesialisthelsetjenesten»

På spørsmål om de tror DHO har avlastet dem i deres arbeidshverdag svarer 67% ja og 33% at de er usikre.

På helhetsinntrykket av tjenesten fikk digital hjemmeoppfølging 4.44 av 5 mulige poeng

På forslag til forbedring nevnes integrasjon av Dialogg i fastlegens journalsystem, da de mener dette kan føre til økt bruk.

En annen tilbakemelding, som samsvarer med vår erfaring gjennom prosjektperioden, er det å ha innsikt i hva som fastlegen får betalt for og hva som er noe som ikke fører til merarbeid. Det at digital hjemmeoppfølging kan føre til mindre fysiske konsultasjoner bør kompenseres med at man kan legge til rette for samarbeidsmøter og korte info-meldinger med status/vitalia-highlights slik at man kan få i gang en faglig diskusjon rundt brukerne som fører til en reell dialog.

På spørsmål om de syntes egenbehandlingsplanen har vært et nyttig verktøy, kom følgende tilbakemeldinger:

Ja har nok bidratt til mer orden i behandling og oppfølging av pasient

Ja planene skaper et mer strømlinjeformet behandlingsopplegg

Ja, pasient tar kontakt tidligere for helsehjelp

Ved spørsmål angående om mengde informasjon og kommunikasjon svarer de at den er god.

Akkurat passe. Jeg vet at jeg får beskjed fra Helsehjelpa om mine pasienter får målinger som går utenfor avtalte "referanseområder", trygghet for både meg og pasientene

Fastlegene som har brukere som mottar digital hjemmeoppfølging får tilbud om tilgang til løsningen, slik at de kan benytte den hvis de ønsker det. Vi ser at flere fastleger syntes det er veldig greit, da løsningen regner ut gjennomsnittsverdier for gitte perioder, gode kurver og man kan sette opp forskjellige målinger i samme kurve.

9.4 Samarbeid mellom aktørene

Bodø kommune og Nordlandssykehuset har gjennom flere år hatt flere forbedringsprosjekt som skal styrke samhandlingen mellom tjenestenivåene.

Gjennom hele prosjektet har man i Bodø kommune og NLSH hatt felles oppfølging av leverandøren, tidligere Telenor og nå Tellu.

Formålet med dette var at man ønsket samme leverandør for kommunen og sykehus slik at tjenesten til brukeren skulle føles som den samme uavhengig om man fikk hjelp fra primær- eller spesialisthelsetjenesten.

Vi startet med å gjennomføre felles workshop med NLSH, der man entes om en prioritering av ønsket utviklingsområder og at man kunne se på de felles behovene.

Spesielt benyttet man en del tid for å enes om navngivning og behov for funksjonalitet på tvers.

For å jobbe med økt faglig samhandling ble det bestemt at vi skulle starte med et fagområde, for å så jobbe videre mot andre områder. Vi startet da med å se på hvordan vi kunne gi digital hjemmeoppfølging til KOLS-pasientene. Gjennom workshop med overlege for Lungeavdelingen og sykepleiere på lungeavdelingen, fant man ut at det første området man skulle jobbe rundt var økt samhandling med KOLS-koordinator.

NLSH vektla i vårt samarbeid viktigheten med å ha fokus på de ikke-medikamentelle tiltakene for å unngå forverring av KOLS-pasientene.

Første trinnet var å utarbeide en mal for egenbehandlingsplan for KOLS.

Sykepleier fra prosjektet deltok på KOLS-skole og hadde flere samarbeidsmøter med KOLS-koordinator på NLSH.

KOLS-koordinator har fått tilgang inn i vårt «mottakssystem» Dialogg, hvor hun kan logge inn og følge med på status på felles pasienter. KOLS-koordinator har da mulighet til å kontakte DHO etter polikliniske konsultasjoner dersom det er behov for endringer i oppfølgingen.

Tilbakemeldinger fra dette samarbeidet er at KOLS koordinator følte at hun kunne forberede seg bedre før brukeren skulle komme til kontroll. Gjennom samarbeidet føler begge parter at man har felles fokus på motivasjon og påminning om dagligdagse ting som fører til at brukeren unngår forverringer at sin tilstand. Samhandlingen mellom DHO og spesialisthelsetjenesten forbedres da man kan benytte hverandre som sparringspartnere, noe som er med på å øke kvaliteten på tjenestene som gis. Partene samarbeider med utarbeidelsen av en felles egenbehandlingsplan.

«Føler at vi tilbyr pasienten et enhetlig tilbud – vi er samsnakket og koordinert og oppleves som en mer helhetlig tilnærming»

KOLS-koordinator, NLSH

«Dette har gitt spesialisthelsetjenesten et annet innblikk i pasientens hverdag, symptombilde og forløp, mens det har gitt kommunehelsetjenesten en bredere forståelse for enkeltpasientens behov for oppfølging»

Sykepleier DHO

10. Teknologi

Prosjektet har benyttet teknologi fra Tellu, som het Telenor ved prosjektets start. Siden prosjektstart har vi hatt veldig tett dialog med leverandøren og har i samarbeid med leverandør og Nordlandssykehuset utviklet appen til å ha en helt annen funksjonalitet enn ved prosjekt start.

Prosjektet har gjennomført en rekke workshop med Tellu for forming av "Dialogg" og de har fått benyttet seg av de ansatte i digital hjemmeoppfølging, prosjektleder, fastlege i prosjektet og brukere av løsningen for testing og intervju.

Digital hjemmeoppfølging fra Tellu består av pasient-appen «Dialogg», medisinske sensorer, og en webapplikasjon for helsearbeidere.

Brukerne får tilgang i Appen «Dialogg» på sin egen mobil eller nettbrett som er utlånt fra kommunen. Gjennom Dialogg svarer brukeren på spørsmål om egen helse, noe vi kaller for symptomregistrering. De kan i appen se sin egenbehandlingsplan, chatte på en sikker måte med de ansatte i Helsehjelpa og se hvilke målinger eller symptomregistreringer de har sendt inn. Det er også mulighet for brukerne å be om en videosamtale med Helsehjelpa, der man kun initierer et slik møte med å be om det. Dersom brukeren har fått opplæring i å sende inn sensormålinger, sendes disse automatisk med bruk av Bluetooth. Brukeren har da en Gateway med Bluetooth-brikke hjemme, og sensormålere med Bluetooth i, som gjør at i det målingen er utført, sendes den automatisk inn til helsepersonell. Målingene legger seg også i en egen logg i pasientapplikasjonen Dialogg.

Helsepersonellapplikasjonen er rollebasert i noen predefinere roller etter personvernprinsipp, slik at man ikke har tilgang til mer data enn nødvendig for å utføre sine oppgaver. Noen av de ansatte har administratortilgang, slik at vi til enhver tid har oversikt over hvem som har hvilke rolletilganger i systemet, og slik at vi kan styre hvilke roller den enkelte har behov for.

Data sendes via Tellu sin e-helseplattform, Tellucare. Plattformen håndterer alt rundt sikkerhet, autentisering, datalagring, kryptering m.m.

WEB app for helsepersonell: Helsepersonell logger seg inn i Tellus webgrensesnitt og får tilgang til innrapporterte data. Brukerne monitoreres, triageres og følges opp herfra.

For de brukerne der helsehjelpa ser at det er nødvendig med medisinske målinger setter Helsehjelpa dette opp inne i Helsepersonell-løsningen i Dialogg. Der kobler de enheter opp mot en Gateway som plasseres ute hos brukerne. Måleutstyret som er mulig å integrere i Tellu sin løsning per nå er Blodtrykk, temperatur, oksygenmetning, vekt og blodsukker. Prosjektet ha kjøpt inn disse sensorene gjennom Tellu, foruten om blodsukker-måler, da man kan koble opp brukeren sin private måler, så lenge den har Bluetooth integrasjon.

Alle enhetene (nettbrettene) er innrullert i mobile Device management, og i vårt tilfelle har vi benyttet oss av Maas 360. Der har vi kontroll på oppdateringer og sikkerheten på nettbrettene. Det gjør det mulig å fjernsupportere brukerne igjennom TeamViewer, noe som

gjør håndteringen av nettbrett mye enklere. Alle nettbrettene har egen profil, der vi har fjernet alt annet enn selve Dialogg, TeamViewer og Maas. Dette ser vi at har vært veldig bra for prosjektet og har ført til svært få feilsituasjoner hos brukerne, da innstillingene som blant annet tilgang til internett er låst fra vår side. Dette mener vi har ført til svært få feilsituasjoner pga teknologien, som har gjort det enklere for oss å yte tjenester til også brukere med lavere digital kompetanse. Totalt sett bruker vi lite tid på å supportere brukere på grunn av feil med utstyret, dette gjelder både privat og lånt utstyr.

11. Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

Fordelen med å organisere tjenesten under legevakten er at det er et sterkt fagmiljø i tilknytning til tjenesten. En av tankene var også å ta delte stillingsprosenter mellom DHO og legevakten.

En av ulempene med en slik organisering er at denne tjenesten kan bli noe distansert fra de andre tjenestene som kan føre til mer silotankegang i tjenestene. Siden helse- og omsorgsavdelingen er delt inn i forskjellige områder vil dette være en område-overgripende tjeneste. Derfor har ikke en tjeneste som dette en naturlig tilhørighet, noe som kan gjøre forankringen av tjenesten mer utfordrende.

12. Måloppnåelse / gevinster

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

Prosjektorganisasjonen mener at målene er delvis oppnådd gjennom prosjektet.

Vi har opprettet og testet en ny helsetjeneste i kommunen i løpet av prosjektperioden. Dette er en krevende øvelse i en kommune, da man skal opprette alt juridisk riktig i saksbehandling og tjenesteytelsen. Slik endring vil ta tid før man kan se full effekt av, så vår tro er at man kan se en tydeligere effekt i årene framover.

Prosjektet har opprettet en ny funksjon og avdeling i kommunen. Bodø kommune har ikke tidligere hatt en responscenterfunksjon. Det er ressurskrevende å finne riktig struktur, ansatte og organisering.

En av grunnene for at man kun delvis har oppnådd målsettingen er at man ikke har kommet så langt man ønsket med samhandlingen på tvers av avdelinger i kommunen og mot spesialisthelsetjenesten. Når prosjektet hadde målsetting om start av forbedret samhandlingsrutiner mot hjemmetjenester, korttidsavdeling og mot Nordlandssykehuset inntraff pandemi.

12.2 Gevinster og nytteverdier

12.2.1 Bruker/pasient

Spørreundersøkelsene og brukermålingene sier noe om nytteverdi og gevinst for brukerne. Det vi ser skiller seg ut er at brukerens egenmestring øker. Dette gjennom at man har systematisert tiltak gjennom utarbeidelse av en egenbehandlingsplan.

Brukerne meldte at de følte seg tryggere og opplevde bedre samhandling med og mellom helsepersonell. De sier at de nå har tettere og enklere kontakt med helsetjenesten, som fører til økt trygghet.

12.2.2 Kommune

Bodø kommune har gjennom utprøvingen fått en ny måte å levere helsetjenester til brukeren på. Gjennom en slik måte å levere tjenestene på kan man ha en mer systematisk dialog med både bruker, andre tjenester, fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Man ser at hvis man klarer å rekruttere de «rette» brukerne kan man også ha en besparelse på at man kan overta for andre tjenester eller være et supplement som kan hindre eskalering av helsetjenester.

Tjenesten er framtidsrettet da man ser at man kan nå brukerne og deres pårørende gjennom nye kommunikasjonskanaler og kan derfor bruke sykepleierne målrettet i helseoppfølgingen

12.2.3 Fastlege

Bidrar til mer systematisk pasientoppfølging ved hjelp av egenbehandlingsplaner.

Samarbeidsmøtene gir tverrfaglig forståelse for pasientens behov og helse. Ved fokus på «hva er viktig for deg?» øker brukerens motivasjon til deltagelse og selvoppfølging.

Gir bakgrunnsdata i forkant av konsultasjoner – enten ø-hjelpskonsultasjoner eller planlagte konsultasjoner hvor man kan se på historiske data fra enten egenregistreringer eller målinger for å danne et så korrekt bilde som mulig av pasientens tilstand over tid.

12.2.4 Nordlandssykehuset

Et av målene var at brukerne skulle oppleve denne type tjeneste som helhetlig og for å få det til må man få til en bedre samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Da er det viktig å skape felles forståelse og det mener vi digital hjemmeoppfølging beveger oss i riktig retning i forhold til.

Viktig erfaring i denne fasen er gode historier fra pasient, pårørende og helsepersonell, om hvordan tjenesten bidrar positivt for alle parter, samtidig som vi må løfte fram eventuelle negative erfaringer og lære fra dem.

Ettersom pandemien førte til at man ikke fikk startet på samhandlingen med sengepost, skal denne utprøvingen fortsettes ut 2021, for å se om man kan oppnå ytterlig gevinst av en slik oppfølging.

Når det gjelder samhandlingen med KOLS-kordinator ser hun gevinst i at hun har mulighet til å igangsette tiltak mellom konsultasjonene for å hindre forverring og kan være mer forberedt på trender i målingene og symptomkartleggingen mellom konsultasjonene.

13 Læringspunkter / erfaringer

13.1 Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt

For å kunne se noen effekt må man jobbe for å få digital hjemmeoppfølging til å bli kjent som en helsetjeneste er likestilt og like kjent som det for eksempel hjemmesykepleie er. Dersom man kommer dit at tjenestene er likestilt, og brukerne vurderes for hvilken av tjenestene som er passende for aktuelt hjelpebehov, mener vi at man er langt på vei til å kunne snu måten man gir helsetjenester i framtiden.

Gjennom prosjektet ser man at det tar en tid før kommunen, Fastlegene og spesialisthelsetjenesten får opparbeidet seg erfaring med tjenesten for å se hvilke nytteverdier et slikt tilbud har for deres brukere.

De fastlegene som har opparbeidet seg erfaring, og som har hatt flere pasienter inne hos DHO ser nytteverdien i tjenesten gjennom økt samhandling, færre unødige konsultasjoner, og tettere samarbeid med pasient og pårørende.

Tjenesten må tilpasses hver enkelt bruker, og det må være mulig å gjøre endringer i oppfølgingen på kort varsel. Et vedtak på en slik tjeneste er vanskelig å spisse. Dette krever også kompetanse hos saksbehandlerne i kommunen og øvrige ansatte.

DHO gir

- Tilgang på innsendte målinger og symptomrapporteringer over tid
- Rask intervensjon ved endringer
- Lett å igangsette observasjoner der det ikke kreves fysisk tilstedeværelse
- Motivert bruker med tilstrekkelig compliance.
- Mer individuelt og tilpasset oppfølging og behandling
- Trygghet for syke mennesker som bor hjemme, ved at de har lett tilgjengelig kompetanse som kan veilede dem
- Tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten med to-veis flyt av konkret informasjon, som gir et bedre bilde av status og plan videre
 - Bruker får en større deltakelse og innvirkning i sin oppfølging og behandling.

For å få dette til fordrer det at man har ansatte med bred helsefaglig kompetanse og grunnleggende IT-faglig forståelse. Mye jobb rundt teknologi som krever at man har interesse og forståelse/evne til å lære bruken av teknologi og velferdsteknologi

Ved å bruke DHO som faglig støtte kan det være med på å avhjelpe mer pressede tjenester med å avlaste dem ift. ressurser og kompetanse.

13.2 Hvordan bør fastlegens rolle og ansvar være i DHO?

Under prosjektiden er det vesentlig at fastlege er involvert fra starten og den som godkjenner pasienters deltakelse. I prosjektfasen er det nødvendig for å skape tilstrekkelig kjennskap og forståelse for DHO blant fastlegene. I en driftssetting vil DHO være en ordinær tjeneste på lik linje med kommunens øvrige helsetjenester. Det er naturlig å høre på forslag og innspill fra fastleger, men i drift bør DHO forvaltes av kommunal helseforvaltning

(Tildelingskontoret i Bodø kommune). Fortsatt vil det være naturlig at fastlegen er den medisinskfaglig ansvarlige for de fleste pasientene. Unntaket er eventuelle pasienter underlagt annen legebemannet tjeneste i kommunen (for eksempel om DHO brukes i forbindelse med virtuell avdeling, om tjenester som for eksempel miljøtjenesten får egne leger tilknyttet, eller om DHO brukes som ren oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i framtiden).

13.3 Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?

Gjennom presentasjoner av hva digital hjemmeoppfølging er, forsto man at ansatte i de forskjellige tjenestene ikke forsto konseptet og for hvilke brukergrupper det kunne fungere. Gjennom å vise en demo av løsningen skapte man en større forståelse av forløpet og den konkrete løsningen i seg selv.

En annen utfordring var forankring i alle ledd i tjenestene. Da dette er en sektorovergripende tjeneste er det mange som skal informeres og inkluderes i endringsarbeidet, noe som er svært krevende. Vi forsøkte å løse dette med å hyppig tilby informasjon, men så at det var utfordrende for tjenesten å prioritere dette.

Pandemien skapte store utfordringer i videreutvikling og framdrift, da tjenestene ble tvunget til å endre fokus på akuttberedskap og konsekvenser av pandemi, som er lite forenelig med systematisk endring- og innovasjonsarbeid.

13.4 Teknologi og samarbeid med leverandør

Samarbeid med leverandør har hele veien fungert veldig bra. Vi har hatt faste ukentlige møter med leverandør, i tillegg til at vi har hatt direktelenke inn til både produksjef, utviklere og tjenestedesigner. Leverandør har holdt oss underrettet og inkludert i hele tjenesteutviklingen, og har lyttet til våre ønsker og behov. De har kjørt brukertester med personale og brukere for å være sikre på at brukergrensnittene er tilpasset behovene.

Utstyret vi har benyttet oss av har vært vekt, blodtrykksapparat, pulsoksymeter, temperaturmåler og blodsuktermåler som sender inn til oss via Bluetooth. Blodsuktermåler må bruker ha privat utstyr, som kobles opp mot Gateway der det er mulig. Utstyret har i stor grad fungert bra. Det har vært noen utfordringer med at SpO2 har blitt innsendt litt for raskt under måling, men det har vært løst med å ta to målinger. I noen tilfeller har man gjort et valg med at disse målingene ikke har blitt innsendt via Bluetooth, men heller som manuelle målinger.

Appen som våre brukere benytter har utviklet seg i stor grad fra første møte med leverandør, til der vi er i dag. Den har gått fra å ha et svært magert innhold, til å ha flere funksjoner med et enkelt brukergrensesnitt som våre brukere er fornøyde med. Denne er også i stadig utvikling.

Utfordringer som har oppstått rundt teknologisk løsning har vært løst fortløpende av leverandør, og er noe som er en pågående prosess da systemet er i stadig utvikling. Det var blant annet utfordrende en periode med at bruker kun hadde mulighet til å logge inn med bank ID, noe som nå er løst med alternativ to faktor-løsning for innlogging.

13.5 Suksesskriterier

- Høyere stillingsprosent. I starten av prosjektet var det 1 ansatt i 100% stilling, og 2 ansatte i 50% stilling. Dette medførte at det ble brukt mye tid på gjennomgang og oppdatering hver gang en ansatt kom på jobb, da det var mange dager siden de sist var på jobb. Det er også brukt mye lengre tid på opplæring, og det å vedlikeholde den tekniske kunnskapen til ansatte som jobber i reduserte stillinger, kontra ansatte som er ansatt i høyere stillingsprosent.
- Covid-19.
 - o Mange ønsket ikke helsetjenesten hjem til seg, og fikk åpnet øynene for en annen måte å få helsetjenester på.
 - o Fastleger har blitt mer positiv til samarbeidsmøter på video
- Brukeropplevelse. Jevnt over veldig positive tilbakemeldinger fra brukere om denne type tjeneste. De synes det er en trygghet, de lærer mer om egen helse, og de er mer oppmerksomme på forebygging og mestring av egen helsesituasjon.
- Rett personell og rett kompetanse til rett tid og sted
- Konstant utviklingsvilje
- Fastlegesamarbeid
- Tett samarbeid med helseforetak
- Godt samarbeid med tildelingskontor/forvaltningskontor

13.6 Våre råd til andre som ønsker å starte med digital hjemmeoppfølging

Gjør et godt forarbeid med implementeringen. I et prosjekt som dette er det svært mange interessenter, så det må lages en god plan for kommunikasjon og samarbeid.

Tenk nøye gjennom organiseringen til prosjektet, da dette har noe å si for videre forankring og styring av prosjektet i overgangen til drift-setting.

Jobb med å kartlegge hvilken kompetanse det er behov for i prosjektgjennomføringen og hvilken kompetanse dere trenger og ønsker når tjenesten skal driftsettes.

Gjør fortløpende vurderinger i prosjektet, og ha korte sprinter mellom evalueringer av endringer i prosjektperioden.

Hvis dere velger en digital programvare som er i utvikling, gjerne velg en programvare hvor dere kan ha dialog med leverandør med tanke på ønsker og behov dere har for programvaren, vær sikker på at dere har kompetanse til å bidra i en slik utvikling og at dere har med nok og riktig tekniske ressurser i prosjektet.

Påberegne tid til risikovurderinger og evt DPIA. Påse at dere har ressurser til å gjennomføre dette, da det ofte tar lengre tid enn forventet.

Påberegne god tid til pasientopplæring. Vi anbefaler ikke at det er «en pakke» som skal passe til alle, men at teknologien og tjenesten tilpasses den enkelte brukers behov.

Ikke skape et behov for en helsetjeneste dersom behovet ikke er reelt.

Jobb aktivt med samhandling, det er viktig å skape en forståelse for hva denne tjenesten kan tilby.

Denne tjenesten passer til flere brukergrupper enn man kanskje tror i oppstarten. DHO kan passe vel så fra for Jensine på 93 år som aldri har brukt et nettbrett, som for Sebastian på 25 år.

Bruke tid på å utarbeide gode tjenesteforløp i samråd med representanter fra kommune, fastleger og spesialisthelsetjeneste. Ikke alt trenger å være nytt for å være nyttiggjort. Bygg derfor videre på dagens systemer, strukturer og rutiner, og delta i utvikling og endringsprosesser. Våre erfaringer tilsier at integrasjon til kommunale vedtakssystemer fra starten av er nyttig, da det er mer krevende å gå inn i det i ettertid.

Bruk tid på å etablere en «helhetlig tjenestemodell» for kommunen. For å kunne ta i bruk teknologi i tjenesten må det ligge en oversikt over alle oppgaver med ansvarlig for utførelsen av de enkelte oppgavene. Vår erfaring er at en slik modell vil forbedre overgangen fra et prosjekt til drift. En slik modell bør inneholde

- Tydelig prosess, roller og ansvar for å sette teknologi ut til brukeren, respondere på alarmer og evaluere tjenesten.
- Sektorovergrepene roller og ansvar for å ivareta de løpende kommunale oppgavene knyttet til forvaltning av tjenesten, leverandøravtaler, support, IT-drift og vedlikehold av løsningene.

Ha med dere noen fra IKT. I vårt prosjekt var prosjektleder organisert under kommunens digitalisering og IKT-kontor og leder for dette kontoret har også sittet til styringsgruppen, noe man ser har ført til at IKT-kontoret har større forståelse for prosjektet og man har fått god bistand som har ført til få tekniske problemstillinger.

14 Tilrettelegging for videre drift

Ved planlegging av prosjektet ønsket vi fra starten at all saksbehandling rundt brukere, skulle gå via kommunenes tildelingskontor, men grunnet høy belastning på saksbehandlerne og grunnet randomiseringsprosessen til forskningen, ble det besluttet at dette skulle gjøres av prosjektet selv.

Vi holder nå på å klargjøre for at saksbehandlerne i kommunenes tildelingskontor skal ivareta dette framover. Dette skal være klart før prosjektets sluttdato. Da vil saksbehandlerne ha DHO på sin «sjekkliste» når de behandler nye søknader fra brukere.

Organisering av digital hjemmeoppfølging skal fortsette å ligge organisert under legevakten i Bodø, men på sikt ønsker man å sammenstille flere av de nye framtidsrettede tjenestene som yter helsetjenester til flere områder. Dette vil være noe man jobber videre igjennom kommunens arbeid med Smart Helse-satsning.

Bodø kommune jobber videre med satsningen på digital hjemmeoppfølging med samarbeid med Nordlandssykehuset, da med spesielt fokus på samhandling.

Man har gjennom prosjektperioden tilpasset slik at digital hjemmeoppfølging er så lik mulig organisert som de andre tjenestene i kommunen. Man skal benytte seg av de samme prosedyrene og DHO skal også støtte seg til Bodø kommunes «Helhetlige tjenestemodell».

Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi gir veiledning om organisering av tjenesten, oversikt over oppgavene som må utføres og hvem som har ansvar for de forskjellige oppgavene.

15 Gevinstpotensial

Vi ser at ved å jobbe videre med våre mini-utprøvinger, mener vi at det er et større potensiale for mer gevinster enn det vi har sett til nå. Modenhet i bruk av tjenesten og teknologien framover mener vi vil føre til at tjenesten framover blir benyttet i større grad og at det er fra nå og utover vi kan se hvordan tjenesten kan føre til større gevinster.

DHO som en integrert del av hjemmetjenesten. Der DHO kan bistå hjemmetjenestesonene i enkelte oppgaver til ressurskrevende brukere og kan fungere som en faglig støttespiller for ansatte som jobber ute i tjenesten.

Områder som peker seg ut gjennom spørreundersøkelsene til fastlegene er DHO innenfor psykiatri. Vi har gjennom prosjektet hatt inne en del brukere med angst og depresjonsproblematikk, men man kan se for seg at et strukturert samarbeid med hjemmetjenester for rus og psykiatri kunne vært en målgruppe med gevinstpotensial ved innføring av DHO

16 Vedlegg

16.1 Tjenesteforløp

16.2 Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi

16.3 Gevinstrapportering 2020

16.4 Gevinstrapportering 2021

16.5 Gevinstplan

16.6 Brukerundersøkelser

16.6 Fastlegeundersøkelse







Smart helse- Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke

Visuell fremstilling av generalisert tjenesteforløp

01.05.2021

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

Fordeling av ansvar for aktiviteter

Aktivitet	Bruker 	Helsehjelpa 	Fastlege 	Sykehus 
Identifisering/henvisning	U	A	U	U
Tidlig kartlegging	D	U A	R	R
Inkludering	D	U	A	
Tildeling av utstyr		U A		
Opplæring		U A		
Kartlegging (EBP)	D	U	A	R
Rapportering	A	R		
Vurdering	D	A	R	D
Evaluering	D	A	U	D R
Avslutning	D	U A	R U	



= Ansvarlig



= Utførende



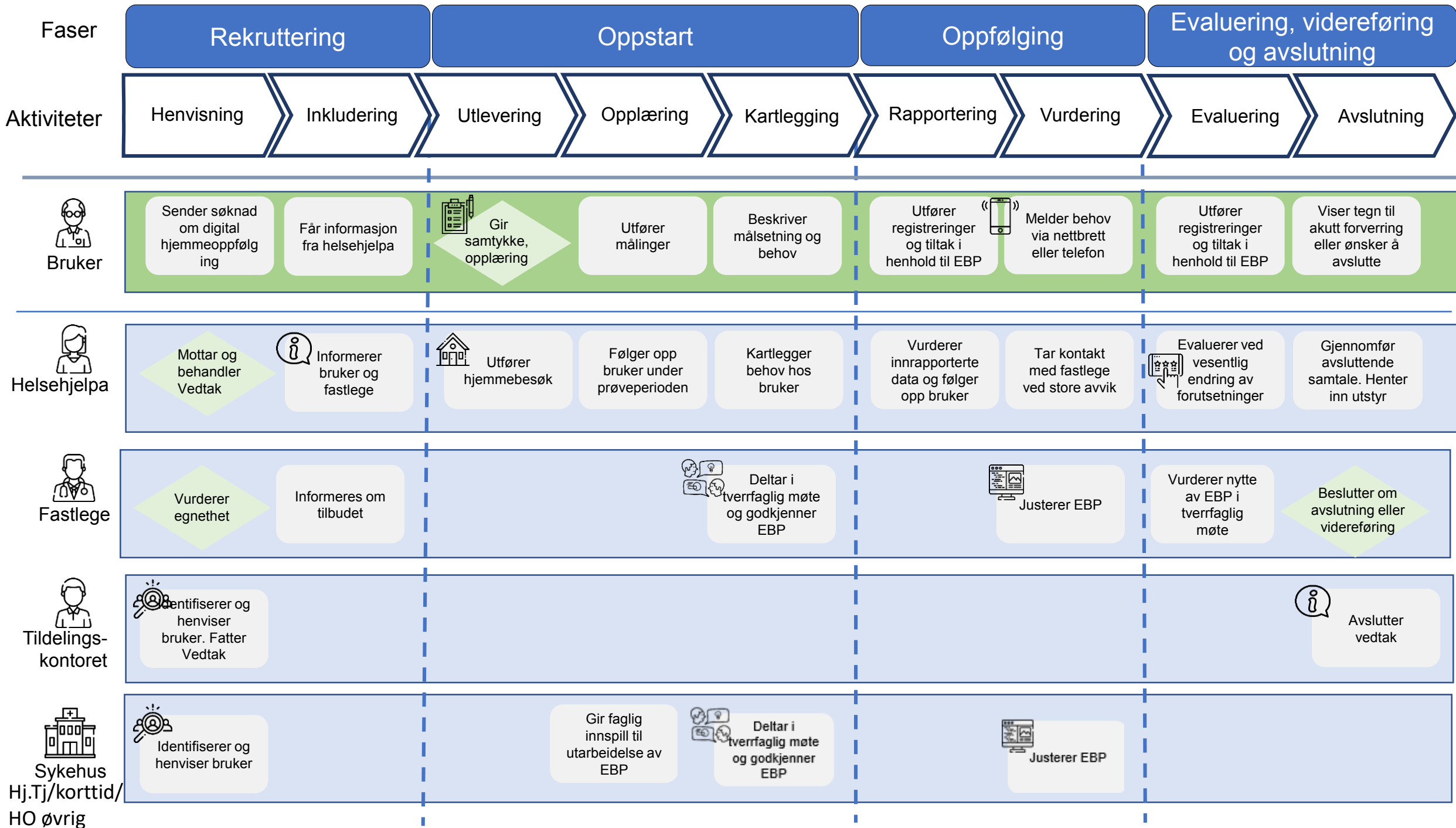
= Rådgivende



= Deltakende

Beskrivelse av aktiviteter

Aktivitet	Beskrivelse
Identifisering/henvisning	Identifisere brukere som er aktuelle for digital hjemmeoppfølging. Henvise brukere til aktuell instans.
Inkludering	Vurdere egnethet for digital hjemmeoppfølging og ta beslutning om oppstart av tjenesten.
Tildeling av utstyr	Klargjøre, utlevere og installere utstyr.
Opplæring	Gjennomføre opplæring og veiledning av brukere, personal og pårørende.
Kartlegging (EBP)	Utarbeide og godkjenne egenbehandlingsplan.
Rapportering	Registrere data i henhold til oppsatt plan.
Vurdering	Motta, vurdere og evaluere brukerrapporterte data. Gjennomføre tiltak i henhold til egenbehandlingsplan.
Evaluering	Vurdere egenbehandlingsplan og nytten av avstandsoppfølging.
Avslutning	Ta beslutning om avslutning av tjenesten. Avslutte oppfølging og samle inn utstyr.



Faser

Rekruttering

Aktiviteter

Henvisning

Inkludering



Bruker

Sender søknad om avstandsoppfølging



Får informasjon om prosessen

Avtaler hjemmebesøk



Helsehjelpa



Identifiserer og henviser bruker

Informerer bruker om at henvisning er mottatt

Sender PLO til fastlege

Beslutning registreres i fagsystem



Bruker registreres for gevinstoppfølging

Utfører nullpunktsmåling



Kontakter bruker for å avtale hjemmebesøk



Informerer hjemmetjenesten om planlagt besøk



Fastlege



Identifiserer og henviser bruker

Info om tjenesten

Sender PLO til Helsehjelpa hvis de ønsker målinger



Tidelingskontoret

Mottar og behandler henvisning

Registrerer henvisning i fagsystem



Beslutning registreres i fagsystem



Informerer hjemmetjenesten om planlagt besøk



Sykehus



Identifiserer og henviser bruker

Faser

Oppstart

Aktiviteter

Utlevering

Opplæring

Kartlegging



Bruker



Signerer samtykker

Gjør seg kjent med utstyr

Starter prøveperiode med innrapportering



Beskriver målsetning



Tverrfaglig møte
Beskriver behov og utfordringer



Helsehjelpa

Forbereder hjemmebesøk

Ferdigstiller utstyr



Utfører hjemmebesøk

Setter opp utstyr og instruerer bruker

Veileder bruker via telefon/Skype

Vurderer kvalitet på innrapporteringer

Utfører målsamtale med bruker

Bestiller time hos fastlege for tverrfaglig konsultasjon



Tverrfaglig møte
Presenterer resultat fra prøveperiode.



Fastlege

Reserverer time



Tverrfaglig møte
Ferdigstiller EBP



Tidelingskontoret



Sykehus

Faser

Oppfølging

Aktiviteter

Rapportering

Vurdering



Bruker

Utfører registreringer i henhold til EBP



Kontakter helsehjelpa hvis utrygg

Ny måling eller tiltak i henhold til EBP

Får tilgang til oppdatert EBP på nettbrett

Utfører tiltak og registreringer i henhold til oppdatert EBP



Helsehjelpa

Vurderer innrapporterte data i henhold til EBP



Gir råd til pasient ut fra EBP



Kontakter bruker ved avvik

Formidler målinger til fastlege



Kontakter fastlege ved store eller gjentakende avvik

Sender EBP til fastlege for godkjenning



Kontakter bruker for gjennomgang av oppdatert EBP

Følger opp at registreringer og tiltak blir gjennomført



Fastlege



Evaluerer registrerte verdier

Vurderer behov for justering av EBP

Konsulterer spesialist ved behov



Godkjenner endringer i EBP



Tildelingskontoret



Sykehus

Gir faglig innspill til utarbeidelse av EBP

Faser

Evaluering, videreføring og avslutning

Aktiviteter

Evaluering

Avslutning



Bruker



Deltar i evalueringssamtale



Blir innlagt ved sykehus

Viser tegn til akutt forverring eller ønsker å avslutte

Tar del i beslutning om å avslutte eller videreføre

Ved avslutning: Deltar i evaluering av oppfølgingen



Helsehjelpa



Gjennomfører evalueringssamtale



Informerer fastlege etter samtale, oppdaterer EBP

Stopper oppfølging midlertidig hvis bruker er innlagt



Evaluerer ved vesentlig endring av forutsetninger



Informerer fastlege om forandringer

Tar del i beslutning om å avslutte eller videreføre

Ved avslutning: Avsluttende samtale med bruker. Henter inn utstyr

Ved avslutning: Gir beskjed til involverte parter



Fastlege



Tar del i evalueringssamtale

Mottar oppdatert EBP ved endringer

Vurderer justering av EBP/avvikling av avstandsoppfølging

Tar beslutning om avslutning eller videreføring

Ved avslutning: Vurderer behov for annen oppfølging



Tildelingskontoret

Tar beslutning om avslutning eller videreføring

Ved avslutning: Vurderer behov for annen oppfølging

Ved avslutning: Avslutter Sak og Tjeneste



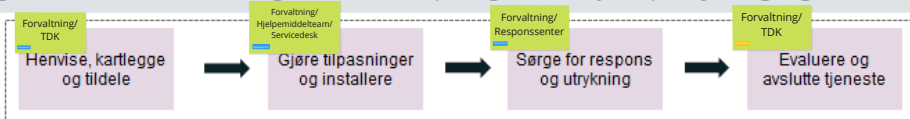
Sykehus

Kan ta del i beslutning vedrørende avslutning

Tjenesteier:
Kommunaldirektor
HO

Participant 4

Oppgaver for å sette teknologi ut til bruker, sørge for respons, utrykning og evaluering



Denne modellen er gjeldende for , løsninger i forvaltning der ForUT er systemansvarlig eller prosjektansvarlig. I de prosjekter hvor ForUT ikke er systemansvarlig eller prosjektleder må ansvaret ForUT har her fordeles på systemansvarlige. Dette fordelingen er prosjektleders ansvar før løsningene settes over til drift.

Participant 1

Løpende kommunale oppgaver



Gevinstrapportering pr. 1.6.2020 Bodø Kommune

Smart Helse – Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke

Status og erfaringer så langt

Status på arbeidet

- Status er at vi er forsinket i planen for rekruttering av pasienter for å oppnå måltallet vårt innen utgangen av juni, men vi har for tiden stor pågang på tjenesten så vi skal forsøke å komme så nært som mulig måltallet som vi klarer.
- Samarbeidet med sykehuset har tatt seg opp igjen og vi holder nå på med rekruttering av brukere fra KOLS sykepleier i poliklinikken og på KOLS-skolen.

Erfaringer så langt

- Brukerne er fornøyde med tjenesten som gis fra Helsehjelpa og vi ser at vi har klart å unngå flere forverringer på flere brukere
- Flere fastleger er positive til tjenesten da de mener den er bra for deres brukere
- Tilbakemelding fra pårørende at de opplever at tjenesten gir de større trygghet.
- Oppfølging av Covid-19 smittede; enstemmig fra samtlige pasienter at de har opplevd økt trygghet og mestring ved at Helsehjelpa har vært tilgjengelig og fulgt disse brukerne tett opp.

Plan for veien videre

- Delmål 1, frist 30 juni: oppnå måltall for pasienter, i alle fall så nært måltallet som mulig.
- Delmål 2, frist 30 juni: samarbeid med NLSH. Få opplæring kols sykepleier i systemet. Forespørre minst 15 pasienter om deltagelse i prosjektet, med delt oppfølging av KOLS sykepleier og Helsehjelpa.
- Delmål 3, frist 30 juni: gjennomgang av alle vedtak hos hjemmetjenestene for å se om det er brukere vi kan henvise til prosjektet
- Delmål 4, frist 1.okt: presentere lokal gevinstmåling til styringsgruppe, ledergruppe, økonomikontoret og lokal gevinst-gruppe
- Delmål 5, frist ut 2020: samarbeid med Sølvsuper helse og velferdssenter der KAD og korttid er lokalisert.
- Delmål 6, frist høst 2020: Emnekurs for sykepleiere og fastleger
- Delmål 7, frist høst 2020: systematisk gjennomgang av gevinst sammen med tildelingskontor.
- Delmål 8, frist 1.okt: forbedre forankring ledergruppen HO. Gjennomgang av lokale gevinster

Gevinst og forankring

Gevinstarbeidet er forankret med økonomikontoret og i Styringsgruppen. Bodø kommunes helse og omsorgsavdeling jobber for tiden spesielt med gevinster i kommunen, for å forsøke å skape en felles forståelse av gevinster. Dette håper man at skal styrke kommunens forståelse av hvorfor vi måler gevinster og hvordan disse må følges opp. I prosjektet Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke ønsker vi å se på forbruk av kommunale tjenester før, under og etter innføring av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke. Vi planlegger en gjennomgang av lokalt målte gevinster med styringsgruppen etter sommeren. Dette er noe vi måtte ha utsatt grunnet Covid-19 situasjonen. Gevinstplanen er ligger vedlagt.

Vurderes nytteverdi hos den enkelte ved oppstart av tjenesten? Hvordan følges dette opp?

Man har gjennomgang av alle brukere der de som henviser må svare om den enkelte bruker er i den situasjon at de har et endret behov for tjenester, der man ser at de har bruk for mer tjenester eller oppfølging enn det de har i dag.

Man evaluerer pasientens behov kontinuerlig sammen med fastlege og pasienten selv. Tjenesten avsluttes hvis behovet er opprørt eller endret.

Har dere målt effekter for helse/brukertilfredshet/ forbruk av tjenester? Hva viser evt. resultatene?

Vi har målt dette underveis og fortsetter med det hver 3 mnd. Denne målingen gjøres ved at ansatt i helsehjelpa enten har dette som en del av sin målsamtale med brukeren eller at vi har sendt det ut på nettbrettet. Det brukerne må svare på er:

- Trygghet i hverdagen
- Kjennskap/ kunnskap til egen sykdom
- Opplevelse med egen helse
- Mestring
- Pårørende og opplevelse av trygghet

Tilbakemeldingene fra som har deltatt så langt er at de fleste føler en bedre mestring og får mer kunnskap om egen helse.

Under Covid-19 situasjonen har man sett at brukerne har hatt behov for tett oppfølging, da mange syntes det har vært utrygt og skremmende situasjon. Vi opplever at det å få tjenester på denne måten har vært en trygghet, da det har vært mange som har følt utrygghet og usikkerhet.

Vi ser at mange av brukerne mestrer hverdagen i større grad enn før og får større tro på seg selv slik at de klarer å utføre flere tiltak for bedring av sin egen helse. Altså brukerne har mye større egenmestring.

Overgang til drift og plan for videre gevinstarbeid

Hvilke planer har prosjektet for overgang fra prosjekt til drift?

Kommunaldirektør som også er prosjekteier syntes det er for tidlig å ta standpunkt til om tjenesten skal driftsettes etter prosjektperioden. Han vi ha mer svar fra forskningen før han tar en slik avgjørelse. Vi planlegger å legge fram lokale gevinstmålinger til styringsgruppen over sommeren.

Hvilke tiltak må eventuelt iverksettes for å lykkes med å gå over til drift?

For å kunne lykkes med overgangen til drift må man jobbe mer med forankring mot de andre tjenestene, da det er flere i Helse og omsorgstjenesten som tror dette er en tjeneste for fastlegene. Man må derfor jobbe mer med forankringen mot Hjemmetjenesteområdet og mot korttid og øyeblikkelig hjelp på Sølvsuper helse- og velferdssenter.

Man må også jobbe med forankringen mot vårt tildelingskontor (forvaltningskontor) for at dette skal kunne bli det første nivået på omsorgstrappen når man får en bruker med behov for økte tjenester.

Hvordan har covid-19 situasjonen påvirket planene?

Covid-19 situasjonen har forsinket prosjektets plan for rekruttering av brukere. Vårt samarbeid med lungeavdelingen på NLSH har blitt ytterligere forsinket da de ansatte der naturligvis var nødt til å ha andre arbeidsoppgaver grunnet Covid-19.

Helsehjelpa måtte flytte ut av legevakta da de hadde behov for våre plasser til oppretting av nye tjenester. To av våre sykepleiere ble midlertidig omplassert til legevakten. Dette førte til at vi måtte finne nye kontorlokaler og gi opplæring til en ny ansatt i helsehjelpa.

Vi ser også at brukerne vi følger opp har blitt mindre i aktivitet og har vært bekymret og preget i denne tiden, noe som har ført til at flere har hatt behov for tettere oppfølging fra Helsehjelpa.

Når Covid-19 situasjonen inntraff var det flere av våre brukere som ikke lenger fikk sine helsetjenester i hjemmet som et ledd i at Hjemmetjenesteområdet begrenset sine tjenester grunnet situasjonen. Derfor var det flere brukere som enten pårørende hjalp de med diverse oppgaver eller at de selv utførte de. Dette førte til mestring for flere av brukerne og for andre ble de mer avhengige av Helsehjelpa. Derfor hadde vi en stor økning på telefon og videosamtaler i denne perioden og valgte også å ikke ha stengt på helsehjelpa gjennom ukedagene i påsken.

Vi opplever at Covid-19 situasjonen har skapt en bedre og større forståelse av tjenesten til andre i Helse og omsorg. De forstår bedre hvem tjenesten er for og ser at den fungerer. Siden vi startet med avstandsoppfølging til brukere med påvist Covid-19-smitte, hadde vi et tett samarbeid med Sølvsuper helse og velferdssenter, da det der var opprettet en egen Korona-avdeling. Der veiledet vi de ansatte og brukerne til oppstart av tjenesten inne på avdelingen som et ledd i utskrivningsprosessen. De sykepleierne som jobbet der fikk derfor en større forståelse av hvordan teknologien fungerer og hvordan man kan gi helsetjenester på avstand. Vi merker derfor nå større entusiasme for tjenesten fra disse enn før Covid-19.

I etterkant av Covid-19 har hjemmetjenesteområdet og Tildelingskontoret bestemt at alle vedtak skal gjennomgås da man så at flere brukere hadde mer ressurser til å utføre mer selv. Vi deltar sammen med avdelingslederne og Tildelingskontoret når de gjennomgår pasientene og revurderer tjenester, for å se om man kan avlaste hjemmetjenesten med at vi overtar oppfølging av noen brukere. Ved systematisk gjennomgang har vi fått henvist flere brukere.

Gevinstrapportering pr. 1.6.2021 Bodø Kommune

Smart Helse – Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke

Status på delmålene fra 2020

- Delmål 1: Vi fikk totalt 85 brukere
- Delmål 2: innfridd. KOLS koordinator og DHO har flere brukere som får oppfølging fra begge.
- Delmål 3: Innfridd
- Delmål 4: innfridd.
- Delmål 5: Delvis innfridd. Info gitt til sykepleiergruppen og legene. Deltatt på flere møter sammen med inntaksteam tildelingskontoret. Arbeidet er kun delvis innfridd, da tjenesten er under stort press og det har vært vanskelig med fellesmøter pga Covid.
- Delmål 6, innfridd mars 2021, to datoer i høst måtte avlyses
- Delmål 7, delvis innfridd. Leder har fått gjennomgang, ikke gjennomgått med de forskjellige teamene.
- Delmål 8, delvis innfridd. Gjennomgang av gevinstmålene gjennomført høst 2020, men endelig gjennomgang ikke gjennomført.

Gevinst og forankring

Gevinstarbeidet er forankret med økonomikontoret og i Styringsgruppen. Bodø kommunes helse og omsorgsavdeling jobber for tiden spesielt med gevinster i kommunen, for å forsøke å skape en felles forståelse av gevinster. Dette håper man at skal styrke kommunens forståelse av hvorfor vi måler gevinster og hvordan disse må følges opp. I prosjektet Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke ønsker vi å se på forbruk av kommunale tjenester før, under og etter innføring av Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke. Gevinstplanen er ligger vedlagt.

Vurderes nytteverdi hos den enkelte ved oppstart av tjenesten? Hvordan følges dette opp?

Man har gjennomgang av alle brukere der de som henviser må svare om den enkelte bruker er i den situasjon at de har et endret behov for tjenester, der man ser at de har bruk for mer tjenester eller oppfølging enn det de har i dag.

Man evaluerer pasientens behov kontinuerlig sammen med fastlege og pasienten selv.

Tjenesten avsluttes hvis behovet er opprørt eller endret.

Har dere målt effekter for helse/brukertilfredshet/ forbruk av tjenester? Hva viser evt. resultatene?

Vi har målt dette underveis og fortsetter med det hver 6 mnd. Denne målingen gjøres ved at ansatt i helsehjelpa enten har dette som en del av sin målsamtale med brukeren eller at vi har sendt det ut på nettbrettet. Det brukerne må svare på er:

- Trygghet i hverdagen
- Kjennskap/ kunnskap til egen sykdom
- Opplevelse med egen helse
- Mestring
- Pårørende og opplevelse av trygghet

I tillegg er det gjennomført spørreundersøkelser høsten 2020 og våren 2021.

Tilbakemeldingene fra som har deltatt så langt er at de fleste føler en bedre mestring og får mer kunnskap om egen helse.

Gevinsplan medisinsk avstandsoppfølging av kron

v.0.6

Gevinst	Gevinstmottaker	Ansvarlig for gevinst
Brukeropplevelse og tjenestekvalitet for pasient og pårørende	Bruker og evt pårørende	Kommunaldirektør Helse og omsorg
Færre innleggelser, korttidsavdeling	Bruker, Helse og omsorg	Kommunaldirektør Helse og omsorg
Færre innleggelser, KAD	Bruker, Helse og omsorg	Kommunaldirektør Helse og omsorg
Redusert bruk av hjemmetjeneste	Bruker, Helse og omsorg	Kommunaldirektør Helse og omsorg
Redusert bruk av praktisk bistand	Bruker, Helse og omsorg	Kommunaldirektør Helse og omsorg
Forbedret helsetilstand	Bruker, Helse og omsorg, Fastlege	Kommunaldirektør Helse og omsorg
Forbedret helsetilstand	Bruker, Helse og omsorg	Kommunaldirektør Helse og omsorg
Færre innleggelser sykehus	Bruker, NLSH	NLSH

isk syke - Bodø Kommune

Måleindikator	Gevinst mål	Gevinstrealisering
Brukerens opplevelse av tjenesten og egen helsetilstand	Bedre opplevelse av egen helse og tjenesteapparatet rundt	
Antall innleggelser på korttidsavdling	Redusert antall innleggelser korttidsaveling	Frigjøring av tid til andre som trenger det. Bedre kapasitet for framtiden
Forbruk av KAD plasser	Redusert antall innleggelser KAD	Frigjøring av tid til andre som trenger det. Bedre kapasitet for framtiden
Forbruk bruk av hjemmetjenester. Antall timer vedtakstid pr.mnd og forbrukte minutter på mnd og antall dager pr.mnd	Bruker blir mer stabil og har ikke like stort behov for helsetjenester i hjemmet	Frigjøring av tid til andre som trenger det. Bedre kapasitet for framtiden
Redusert bruk av praktisk bistand	Bruker blir mer selvstendig og kan utføre praktisk bistand selv	Frigjøring av tid til andre som trenger det. Bedre kapasitet for framtiden
Antall fastlegebesøk	Mer hensiktsmessig bruk av fastlegene.	Frigjøring av tid til andre som trenger det. Bedre kapasitet for framtiden
Antall kontakter med legevakt	Redusert forbruk av legevakt eller økt forbruk avhengig av diagnose. Ønsket mål om færre akuttimer	Økt kapasitet legevakt
Antall dager innlagt NLSH	Reduserte innleggelser	

Kilde	Måleansvarlig	Intervall
Spørreskjema på nettbrett eller gjennom målsamtale	Prosjektgruppen	Nullpunkt og hver 6 mnd.
Geric	Prosjektgruppen	Nullpunkt og hver mnd.
Geric	Prosjektgruppen	Nullpunkt og hver mnd.
Geric.	Prosjektgruppen	Nullpunkt og hver mnd.
Geric	Prosjektgruppen	Nullpunkt og hver mnd.
Sentrale register	Følges opp av forskning	
Sentrale register	Følges opp av forskning	
Sentrale register	Følges opp av forskning	

Fastlegens evaluering av digital hjemmeoppfølging/medisinsk avstandsoppfølging

Vi i prosjektorganisasjonen i Bodø ønsker gjerne tilbakemelding fra fastlegene om hvordan dere har opplevd Digital hjemmeoppfølging, sett fra fastlegenes perspektiv.

1. Har du hatt pasienter i "digital hjemmeoppfølging" (tidligere "medisinsk avstandsoppfølging")?

- Ja
- Nei

2. Har du benyttet deg av nettløsningen for Digital hjemmeoppfølging "Dialogg" for å se pasientens målinger og selvrapporing?

- Ja
- Nei, ser ikke behovet
- Nei, men kunne gjerne testet det (send da mail til Vibeke)

3. Har du forslag til pasientgrupper som vil være velegnet for Digital hjemmeoppfølging?

4. Tror du Digital hjemmeoppfølging har avlastet deg i din arbeidshverdag?

- Ja
- Usikker
- Nei

5. Hvordan er helhetsinntrykket av tjenesten?



6. Har du forslag til hva som kan forbedres?

7. Hvor sannsynlig er det at du vil henvise pasienter til digital hjemmeoppfølging, også framover?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ikke sannsynlig i det hele tatt

Svært sannsynlig

8. Har du vært delaktig i utarbeidelsen av en egenbehandlingsplan?

- Ja
- Nei

9. Har du opplevd egenbehandlingsplanen som et nyttig verktøy? Forklar:

10. Hvordan opplever du mengden av informasjon og kommunikasjonen fra Helsehjelpa (sykepleierne i Digital hjemmeoppfølging)

11. Andre kommentarer og innspill?