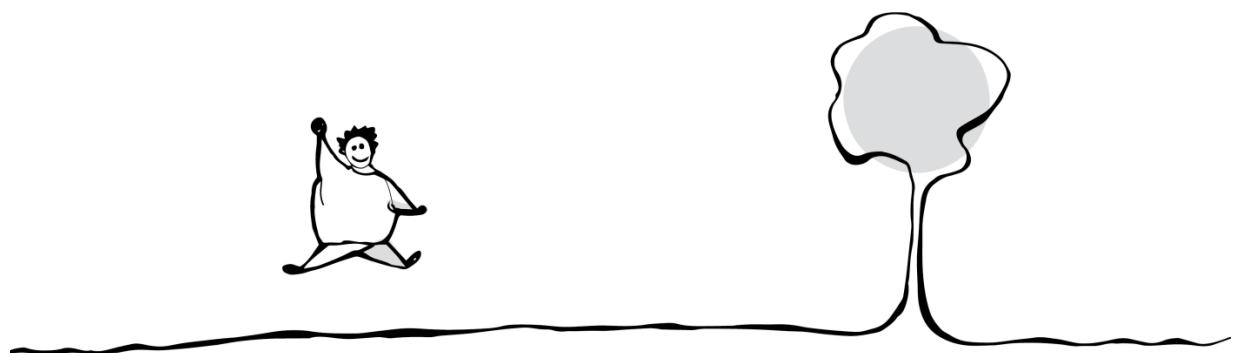


Forprosjekt

Egenmestring i behandling av fedme

Pasienten som aktiv deltager

17. mars 2016



.....

Prosjekttittel:	Egenmestring i behandling av fedme – pasienten som aktiv deltager
Behovsområde:	Fedme, forebygging
Prosjekteier i HS:	St. Olavs Hospital v/Fedmepoliklinikken og Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon
Prosjektansvarlig i HS:	Bård Kulseng, St. Olavs Hospital
Prosjektleder i InnoMed:	Nina Vanvik Hansen, SINTEF
Prosjektansvarlig i InnoMed:	Espen H. Aspnes
Utarbeidet av:	Anne Karen Aanonli og Nina Vanvik Hansen
Velg dato:	17. mars 2016

.....

Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	4
2	Bakgrunn for prosjektet	5
2.1	Overvekt og fedme er et økende samfunnsproblem	5
2.2	"Empowered patients improve the use of resources"	5
2.3	Langtidsoppfølging	7
2.4	Helhetlig fokus på hele brukerreisen	8
2.5	Tiden på sykehuset er en viktig del av brukerreisen	9
2.6	Internasjonalt potensiale for løsninger på problemområdene	10
3	Målsetting med prosjektet	11
4	Organiseringen av prosjektet	12
5	Resultatet fra prosjektet	14
5.1	Forankring av prosjektet	14
5.2	Behovskartlegging	14
5.3	Kartlegging og vurdering av eksisterende løsning	16
5.4	Noen relevante, internasjonale eksempler	19
5.4.1	Bruk av smarttelefon som hjelpemiddel i behandling og livsstilsendring	19
5.4.2	Gruppeterapi for pasienter med overvekt	20
5.5	Bearbeiding av informasjon	21
5.6	Finne bedrifter for videreføring	29
5.7	Konseptutvikling av ny løsning	30
5.8	Markedsvurdering av nye løsninger	38
5.9	Bistand i etablering av hovedprosjekt	38
6	Konklusjon	39
7	Endringer som er skjedd i etterkant av prosjektet men før denne rapporten kom ut	39
8	Referanseliste	40
9	Vedlegg	41

1 Sammendrag

Antallet personer med overvekt og fedme har økt de siste årene. Fedme er forbundet med økt risiko for blant annet hjerte- og karsykdommer og utvikling av diabetes. Samlede samfunnsomkostninger relatert til sykdommer knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og usunt kosthold anslås til 1-2 % av BNP. Behandlingstiltak kan derfor anses som lønnsomt i det lange løp.

Resultatene av behandling i spesialisthelsetjenesten har hatt begrenset effekt på langvarig vektnedgang. Helsepersonell ved St. Olavs Hospital ser at man kan utnytte ventetiden mer effektivt og tror at pasientene kan oppnå bedre resultater om de styrkes og dermed får bedre forutsetninger for å mestre egen situasjon. Økt effekt av behandling ved styrking av pasienter støttes også av forskning fra inn- og utland.

For å utforske brukernes reelle behov og få idéer til hvordan pasientene kan styrkes er det gjennomført semi-strukturerte intervju blant helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten og pasienter. Det er også utført observasjoner på venterom og deltagelse på Startkurs. I tillegg har man gjort et litteratursøk på temaet "Empowerment" og fedmebehandling og sett på resultater fra inn- og utland. Deretter er det, i en samskapende prosess med St. Olavs Hospital, utviklet flere idéer til konsepter som kan bidra til å gjøre fedmebehandlingen bedre for både pasienter og helsepersonell.

Hovedfunn fra intervju viser at både pasienter og helsepersonell mener at informasjon, kunnskap, motivasjon og individuell tilpasning er viktige suksesskriterier, om man skal lykkes med å endre levevaner på lang sikt. Pasienter mener at de får for lite informasjon om hva som skal skje i behandlingen og helsepersonell opplever at mange pasienter ikke oppfatter og/eller nyttiggjør seg informasjon som blir gitt. Både pasienter og helsepersonell ser også at det er mye uutnyttet ventetid i løpet av behandlingen. Helsepersonell ønsker seg i tillegg flere måter å samhandle mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.

Idéer som ble foreslått som forbedringstiltak er:

- Mer intuitive og visuelle innkallingsbrev fra Fedmepoliklinikken
- PC på venterommet på Fedmepoliklinikken, slik at pasienter kan forberede seg til timene der
- Videreutvikle "Mine behandlingsvalg"
- Lage en ny informasjonsapp med blant annet nano-forelesninger som kunnskapsformidling, som pasientene kan bruke i ventetiden
- Bruke spillteknologi inn i behandling for å gi pasientene kunnskap, motivasjon og evne til omsette kunnskap til handlinger.

Innkallingsbrev og PC på venterommet vil det bli jobbet videre med internt på St. Olavs Hospital. Ansvar for videreutviklingen av "Mine behandlingsvalg" ligger hos eierne av verktøyet, informasjonsappen er planlagt videreført i samarbeid med Helse Midt-Norge IT, og det er skrevet søknad til Forskningsrådets HELSEVEL-program for å videreutvikle konseptet med bruk av spillteknologi i behandlingen av fedme. SINTEF vil bidra i oppfølgingen av samtlige løp.

2 Bakgrunn for prosjektet

2.1 Overvekt og fedme er et økende samfunnsproblem

Fedme - et økende problem

Andelen av befolkningen med overvekt og fedme har økt de siste årene, både i Norge og i den vestlige verden generelt. I Norge ser vektøkningen ut til å ha vært størst hos de unge (Helsedirektoratet, 2010) (Helsedirektoratet, 2011) og Norge står overfor en stor utfordring i å forebygge kostholdsrelaterte helseproblemer som fedme, hjerte- og karsykdommer og diabetes. Det samme gjelder de andre vestlige landene.

Overhyppighet av psykiske plager i gruppen med fedme

Kunnskapsoppsummeringer av store befolkningsstudier viser en overhyppighet av psykiske plager som angst og depresjon i gruppen med fedme (de Wit & et al., 2010). Longitudinelle studier har vist at angst og depresjon påvirker risikoen for senere overvekt, samt at fedme kan føre til angst og depresjon (Berkowitz & Fabricatore, 2011).

Kostnadene rundt det å behandle fedme og overvekt er store

"Vektrelaterte helseproblemer står for 2-5 % av de totale helsekostnadene i industrialiserte land. Samlede samfunnsomkostninger relatert til sykdommer knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og usunt kosthold anslås til 1-2 % av BNP" (Helsedirektoratet, 2011).

Med BNP på 613 876 NOK per innbygger (Statistisk sentralbyrå, 2016) og 5 213 985 innbyggere (Statistisk sentralbyrå, 2016), tilsvarer dette 6 100 – 12 300 kr per innbygger per år, eller totale kostnader på 31,8 – 64,1 milliarder kr per år.

Behandlingstiltak for pasienter med fedme kan være lønnsomt i det lange løp

"Dette tyder på at det er en god investering for samfunnet å satse på tiltak som kan bidra til bedre kostholdsvaner og resultere i mer omfattende fysisk aktivitet i befolkningen. Behandlingstiltak for pasienter med fedme kan altså være lønnsomt i det lange løp" (Helsedirektoratet, 2011).

2.2 "Empowered patients improve the use of resources"



"Patient empowerment puts the patient in the heart of services. It is about designing and delivering health and social care services in a way, which is inclusive and enables citizens to take control of their health care needs" (ENOPE, 2014)

Det engelske begrepet "patient empowerment" er på norsk oversatt til blant annet "styrking" av pasienter (Gulbrandsen, 2000). St. Olavs Hospital ønsker i større grad å styrke fedmepasientene slik at flere mestrer sin helsesituasjon og endring av levevaner. Dette kan innebære alt fra bedre opplæring, til hvordan de blir involvert i avgjørelser og målsetting, og til hvordan informasjon blir overlevert.

ENOPE, et europeisk uavhengig nettverk, har som mål å promotere "patient empowerment" gjennom forskningsbaserte programmer som fokuserer på det å leve med kroniske sykdommer. På hjemmesiden deres beskriver de følgende fordeler med å "styrke" pasienter (ENOPE - European Network on Patient Empowerment):

"An empowered activated patient:

- Understands their health condition and its effect on their body.
- Feels able to participate in decision-making with their healthcare professionals
- Feels able to make informed choices about treatment.
- Understands the need to make necessary changes to their lifestyle for managing their condition.
- Is able to challenge and ask questions of the healthcare professionals providing their care.
- Takes responsibility for their health and actively seeks care only when necessary
- Actively seeks out, evaluates and makes use of information." (ENOPE)

Ulike studier, både nasjonale og internasjonale, viser at det å styrke pasienten gjennom for eksempel opplæring og involvering kan ha positiv effekt. Professor Paul Johnstone fra WHO holdt et innlegg på "The First European Conference on Patient Empowerment" i København hvor han siterte en studie med 6000 pasienter:

"These initial findings showed that self-management technologies and support for patients reduced health care needs and costs, and most importantly led to a significant reduction in mortality." "There are two wins: a new way of offering care (with a shared agenda) and saving money. I am optimistic about the next 10 years: as more studies are published this will put the initiative in a strong position," he concluded (WHO, 2012).

Et eksempel på en norsk studie med suksess

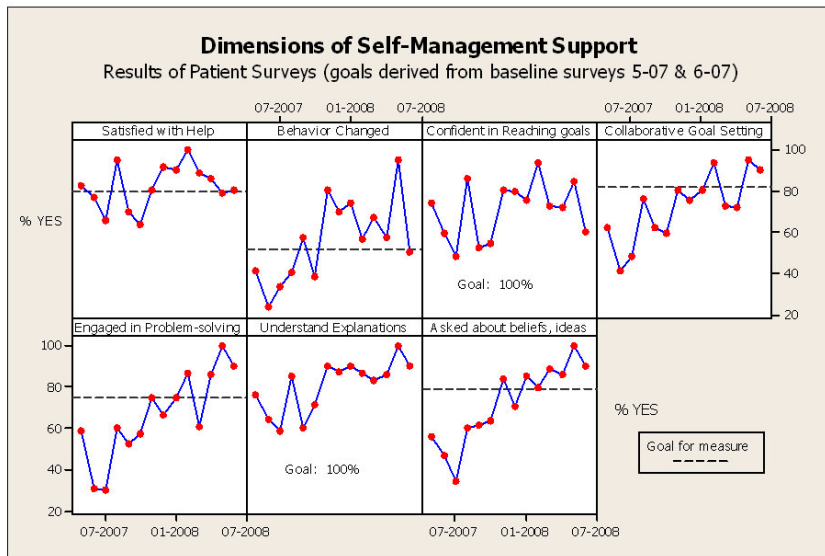
En studie gjennomført ved tre lærings- og mestringssentre i Øst-Norge i 2009 viste at personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter å ha deltatt på pasientkurs. Studien viser at selv styrkende metoder benyttet i pasientkurs kan være viktig supplement til annen behandling (Fagermoen & et al., 2014).

Et eksempel på en pilotstudie fra USA med suksess

The UNITE HERE Health Center i USA redesignet sitt helsetilbud for pasienter med fedme. Egenmestrings-støtte ble fundamentet i det nye helsetilbudet, og det ble satt i gang en rekke tiltak (The UNITE HERE Health Center, 2016). Her nevnes noen:

- Det ble utviklet pensum i egenmestrings-støtte for å trene de ansatte i temaet
- Det ble utviklet en mal i den elektroniske pasientjournalen for å dokumentere egenmestringsmål
- Målsetting ble satt i samarbeid mellom helsepersonell og pasient
- Det ble utviklet brosjyrer for å forklare pasienten konseptet egenmestring

- Ernæringsfysiologen fikk rollen som omsorgsleder og ble satt i spissen for senterets egenmestrings-støtte
- De ansatte fikk satt av tid til møter og opplæring
- Informasjonsdeling, problemløsning, verdier og preferanser: Prosjektdeltakerne testet sine nye ferdigheter innen egenmestring i praksis med pasienter gjennom å bruke PDSA-metoden (plan-study-do-act). (Institute for Health Care Improvement)



Figur 1 Dimensions of Self-Management Support (Institute for Health Care Improvement)

Figuren til venstre viser hvilke målinger som ble gjort i prosjektet og resultatet av tiltakene. Det ble gjennomført spørreundersøkelser. Resultatene viser blant annet at pasientene rapporterte en økning i adferdsendring og en økende trygghet på å nå sine mål.

2.3 Langtidsoppfølging

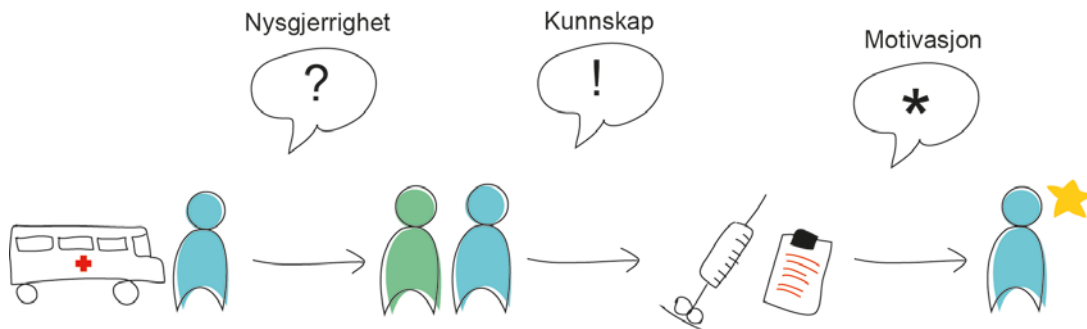
Det er også viktig at man tenker på hvordan helsetjenesten, med hjelp fra pasientens nettverk, kan bli bedre på å følge opp pasienter i lang tid. Fedme er klassifisert som en kronisk lidelse og man ser at det krever langvarig, i noen tilfeller livsvarig, oppfølging. Det å opprettholde en redusert vekt er like viktig som å oppnå vektreduksjon (Helsedirektoratet, 2011). Samtidig har helsevesenet begrensede ressurser i forhold til å følge opp denne pasientgruppen.

Viktigheten av egnemestring og oppfølging, i behandling av fedme, bekreftes av Helsedirektoratet retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne (Helsedirektoratet, 2011):

"For personer med kronisk sykdom er opplæring og mestring av sykdommen ofte like viktig som medisinsk behandling. Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Bekreftelse på at det nytter er en sterkt utløsende motivasjonsfaktor. Derfor ser en ofte at pasienter lærer best av noen som er i samme situasjon som de selv. De får inspirasjon til å prøve og tro at de kan lykkes. Helsepersonell har fagkompetanse, mens erfarne brukere (pasient, pårørende) har viktige kunnskaper om hvordan det er å mestre hverdagen."

2.4 Helhetlig fokus på hele brukerreisen

Pasienten opplever møtet med de ulike kontaktpunktene i helsetjenestene som en helhetlig reise og man ønsker derfor å ha fokus på hele brukerreisen, fra pasienten opplever et behov for helsehjelp til i etterkant av behandlingen hvor de selv skal mestre sin helsesituasjon og endring av levevaner.



Figur 2 Illustrasjon av viktige aspekter i behandling

Figuren under viser en kampanje fra American Heart Association, der de utfordrer familier til å gjøre enkle, raske og sunne valg i hjemmet i 4 uker.

The poster is titled 'The EmpowerMEnt Challenge' and is from the American Heart Association. It encourages a 4-week challenge to make simple, fast, and healthy choices. The challenge is divided into four main sections: 1. Empower Your Cart: Make shopping for fruits and veggies a fun and easy activity. It includes '15 Minute Food Hunt' and 'Cheap Eats Challenge'. 2. Empower Your Glass: Make sugary drinks a thing of the past. It includes 'The Great Lunchbox Switch' and 'Drink Your Breakfast'. 3. Empower Your Taste: Tame your taste buds by reducing the sodium in your diet. It includes 'Sodium Swap Out' and 'Shelve the Shaker'. 4. Empower Your Movement: Make physical activity fast, simple and fit in any schedule. It includes '5 Minute Moves' and 'Screen Down'. The poster also includes the hashtag #lifeiswhy and the website heart.org/healthierkids.

Figur 3 Kampanje fra American Heart Association

2.5 Tiden på sykehuset er en viktig del av brukerreisen

Bedre utnyttelse av ventetiden

Mange av pasientene og familiene som behandles av spesialister på sykehus kommer tilreisende fra distriktet og må forholde seg til transportmuligheter (som for eksempel "Helsebuss") som har rutetider som nødvendigvis ikke passer med timeavtalene. Flere skal også gjennom flere undersøkelser og konsultasjoner i løpet av en dag. Dermed kan det bli mye venting. Realiteten er at pasientene blir sittende passive mellom de ulike konsultasjonene og vente, i frykt for å miste timen sin, og ventetiden på sykehuset kan være stressende og lite produktiv. Flere pasienter har også med seg pårørende eller barn som blir urolige når de må vente lenge av gangen.

Spesialister innen fedme mener at helsetjenesten kan bli mer effektiv og effektiv hvis ventetiden kan bli en del av behandlingen, slik at den kan bidra til at pasientene blir mer bevisst på egen sykdom og tar mer ansvar for egen helse. Hvis pasientene for eksempel bruker tiden til å forberede seg til konsultasjonen eller lære mer om egen helse, er en hypotese at de da kan oppnå større helseeffekt.

En amerikansk studie understøtter det spesialistene har observert. Studien undersøkte pasienter i en venterom-setting ved hjelp av et kort spørreskjema (n = 366) (Potter, Vu, & Croughan-Minihane, 2001). Resultatene indikerte at pasientene, spesielt de som var overvektige, ønsket mer hjelp med vektkontroll enn hva de fikk fra sine leger (primary care physicians). Mer spesifikt ønsket de råd om kosthold, realistiske mål for vekten og trening.

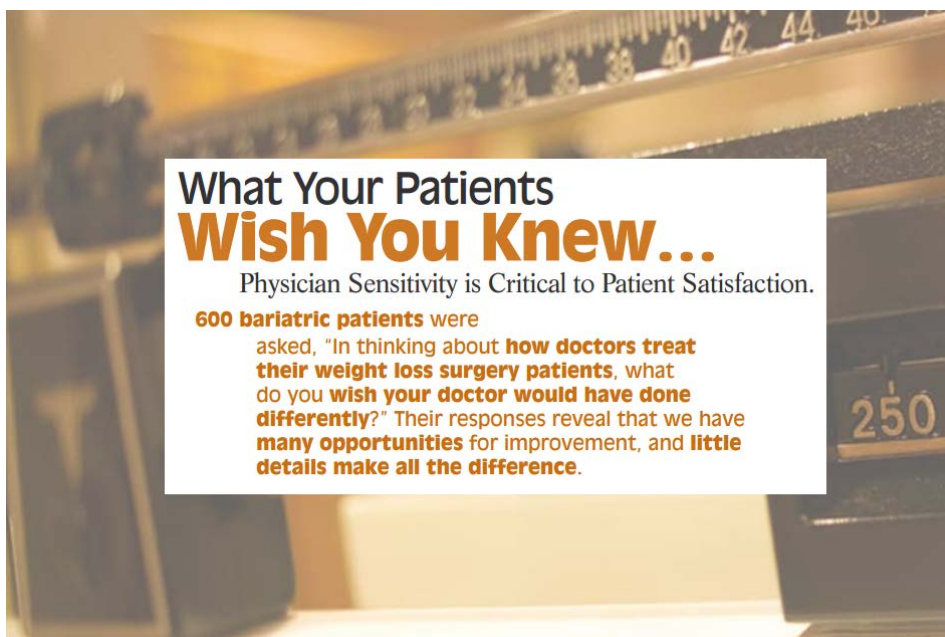
Bildet under viser en eksisterende venteromsløsning, der pasienten oppfordres til å forberede seg til konsultasjonen og til å skrive ned ting som er viktig å huske i etterkant. Dette er et eksempel på hvordan helsetjenestene kan styrke pasientene slik at de blir mer aktive deltakere.



Bilde 1 Eksisterende venteromsløsning, der pasienten oppfordres til å forberede seg til konsultasjon

2.6 Internasjonalt potensiale for løsninger på problemområdene

Med dette prosjektet ønsker St. Olavs Hospital å ta utgangspunkt i fedmepasientene og utvikle løsninger som imøtekommer deres behov. Man ser også at helhetlige løsninger som styrker pasienten og støtter egenmestring vil ha stor overføringsverdi til andre områder, både andre pasientgrupper, sykehus og kommunesektoren. Fedme er et samfunnsproblem som rammer store deler av verden og løsningene kan derfor også ha et marked i andre land.



Bilde 2 Bilde fra Obesityhelp.com som illustrerer at pasienten selv mener at det er rom for forbedringer i møte med helsetjenestene

Bildet over er fra Obesityhelp.com, som er et støtte-nettverk for pasienter med fedme som har eller skal gjennomgå kirurgi. Det illustrerer at pasientene selv mener at det er rom for forbedringer i møte med helsetjenestene og at utfordringen en ønsker å ta tak i gjennom dette prosjektet også er internasjonal.

3 Målsetting med prosjektet

Hovedmål:

Å bidra til at fedmepasienten er i bedre stand til å hjelpe seg selv ved bistand fra spesialisthelsetjenesten.

Delmål:

1. Etablere ett eller flere hovedprosjekt på bakgrunn av resultatene fra forprosjektet
2. Få innsikt i brukernes opplevelser, utfordringer og behov
3. Få innsikt i helsepersonellens utfordringer og opplevelser med pasientene
4. Få kunnskap om hva som finnes av eksisterende løsninger på markedet i dag, både nasjonalt og internasjonalt
5. Utviklet ett eller flere konsepter i form av produkter eller tjenester som imøtekommer brukernes behov, og som kan ha nytteverdi utover St. Olavs Hospital

4 Organiseringen av prosjektet

Prosjekteier

Prosjektansvarlig i HS: St. Olavs Hospital
Direktør Nils Kvernmo /
Forskningsdirektør Petter Aadahl.
Prosjektleder i HS: Bård Kulseng
Prosjektleder i InnoMed: Nina Vanvik Hansen

Prosjektgruppen:

Prosjektteam prosjekteiere:
Bård Kulseng, PhD. Seksjonsoverlege ved Fedmepoliklinikken/ Leder for Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon (ObeCe).
Sissel Salater, forskningssykepleier, ObeCe
Hege Bjørn, forskningssykepleier, ObeCe
Marte Volden, fysioterapeut, Fedmepoliklinikken
Olga Vea, klinisk ernæringsfysiolog, seksjonsleder, Fedmepoliklinikken

Prosjektteam InnoMed:

Anne Karen Aanonli, designer, SINTEF
Hanne Ekran Thomassen, designer, SINTEF
Nina Vanvik Hansen, prosjektleder SINTEF

Referansegruppe:

John Roger Andersen, sjukepleier, postdoktor og førsteamanuensis, Helse Førde
Villy Vaage, Dr. PhD. Helse Bergen
Kristin Almaa, sykepleier, Harstad sjukehus
Jøran Hjelmæsæth, seksjonsleder, professor dr. med., Senter for sykkelig overvekt i Helse Sør-Øst og seksjon for endokrinologi / ernæring, Sykehuset i Vestfold HF. Avdeling for endokrinologi, sykkelig overvekt og forebyggende medisin, Medisinsk klinikk, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
Pål Jørgensen, fastlege, Møllenberg legesenter
Åse Norberg, fastlege, Charlottenlund legesenter



Figur 4 Visualisering av prosjektplan

Arbeidet med prosjektet har fulgt denne planen.

5 Resultatet fra prosjektet

5.1 Forankring av prosjektet

Bård Kulseng, leder for Senter for Fedmeforskning og Innovasjon (ObeCe) og seksjonsoverlege for Fedmepoliklinikken ved St. Olavs Hospital i Trondheim, og teamet hans er ildsjelene i prosjektet. Idéen og behovet kommer fra deres opplevelser i hverdagen, med behandling av pasienter med fedme. Dette er et tverrfaglig team og en gruppe svært engasjerte fagpersoner.

Samtidig som det ble jobbet med forprosjektsøknaden, ble prosjektet også forankret hos referansepersoner fra alle landets helseregioner. Referansepersonene jobber også til daglig med overvekt/fedme-utfordringen.

I forberedelsene til forprosjektsøknaden ble det også tatt kontakt med 2 bedrifter som syntes dette var interessant og ville delta hvis dette etter hvert ble aktuelt.



Bilde 3 Oppstartsmøte med prosjektgruppen

5.2 Behovskartlegging

I behovskartleggingen ble det først holdt semi-strukturerte intervju med helsepersonell og deretter med pasienter, som ble kontaktet av personell på Fedmepoliklinikken.

Helsepersonell:

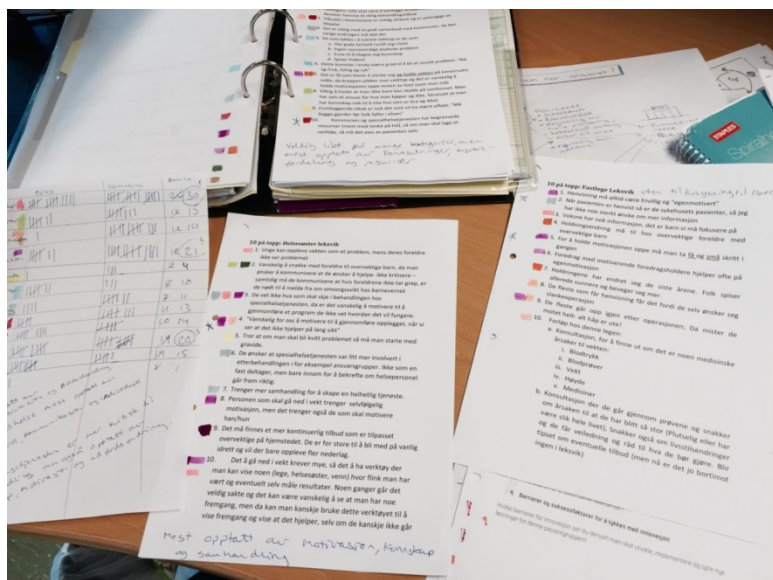
- Fire fastleger (Trondheim kommune, Leksvik kommune, Stjørdal kommune, Leksvik kommune/Fedmepoliklinikken)

- En helsesøster (Leksvik kommune)
- En jordmor (Leksvik kommune)
- En psykiatrisk hjelpepleier engasjert i kommunens tilbud til overvektige (Leksvik kommune)
- En overlege (Senter for fedmeforskning og innovasjon)
- To forskningssykepleiere (Senter for fedmeforskning og innovasjon)
- En sekretær (Fedmepoliklinikken/Senter for fedmeforskning og innovasjon)
- En klinisk ernæringsfysiolog (Fedmepoliklinikken).

Pasienter:

- Fem damer i alderen 40 – 60 år, som enten skulle inn til behandling, hadde vært på behandling på Røros, hadde gjennomført fedmeoperasjon eller gjennomført både behandling på Røros og operasjon.
- En mann i 50-årene som hadde vært på behandling på Røros.

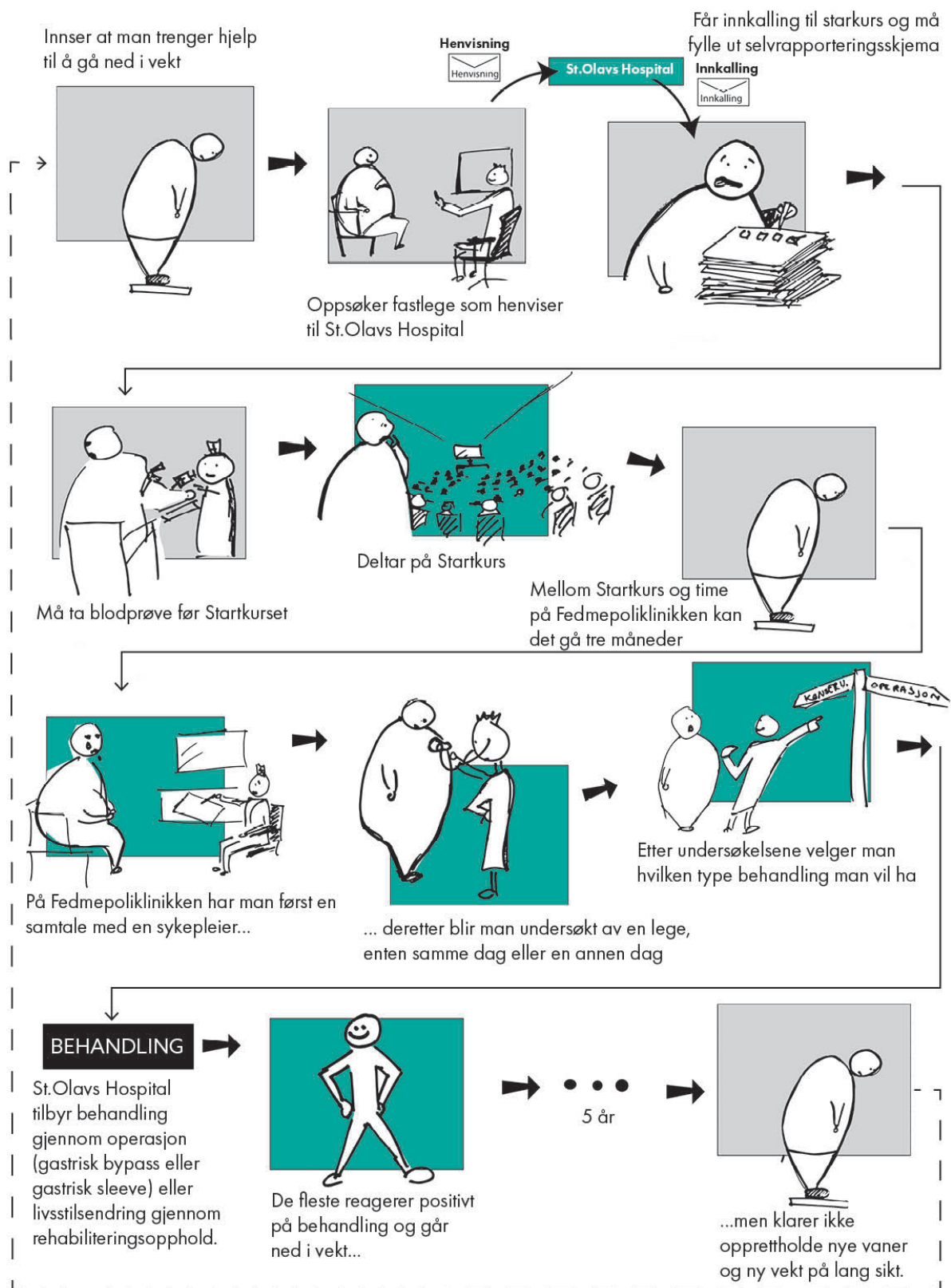
Pasientene som deltok fikk utdelt et samtykkeskjema i forkant av intervjuene og ble muntlig og skriftlig informert om deres rettigheter i prosjektet, *vedlegg 1*. Intervjuguidene som ble brukt, ble sendt inn og godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og finnes i *Vedlegg 2* og *3*. Det var alltid to personer som utførte intervjuene, der en stilte spørsmål og den andre noterte og stilte utfyllende spørsmål ved behov. Umiddelbart etter intervjuene, ble funn diskutert og 10 hovedfunn notert ned for videre analyse. Deretter ble det gjennomført en tematisk analyse av alle hovedfunn i intervjuene.



Figur 5 Bilde av arbeidsdokumenter i tematisk analyse, der hovedutsagn ble fargekodet etter tema og oppsummert, og nøkkelsitat dradd ut for å illustrere temaene

Det ble også gjennomført observasjon i venterommet på fedmepoliklinikken en dag og en representant fra SINTEF deltok på et Startkurs i regi av Fedmepoliklinikken, som er et obligatorisk dagskurs for alle som skal gjennomføre fedmebehandling på St. Olavs Hospital.

5.3 Kartlegging og vurdering av eksisterende løsning



Figur 6 Illustrasjon av et forenklet eksempel på et pasientforløp

Vurdering av dagens løsning vil i dette tilfelle være å se på hva pasientene får av tilbud i helsesektoren og hvilke virkemidler de har. I arbeidet med å kartlegge dagens tjeneste er det tegnet opp et eksempel på et pasientforløp, som følger en tenkt pasient "Ola" gjennom hans reise i dagens tilbud, *Figur 6* (se *vedlegg 4*, for en fullstendig versjon). I dette eksemplet har man fremhevet de sidene av behandlingen som kan oppleves som mindre bra, som lang ventetid og dårlig langsiktig resultat. Det er viktig å poengtere at ikke alle pasienter opplever så lang ventetid og at det er like mange ulike resultater og pasientreiser som det er pasienter, dette er et eksempel som fremhever de sidene man ønsker å gjøre enda bedre. Det ble også laget et situasjonskart over hva som påvirker pasientene, for å få et mer helhetlig bilde over dagens situasjon og hva som er med på å påvirke utfallet av behandlingen, *Figur 7*.



Figur 7 Illustrerer at det er mange faktorer som påvirker hverandre i forhold til hvem som har "ansvaret" for at befolkningen blir stadig større og som også virker inn, når man skal prøve å gå ned i vekt

Beskrivelse av eksisterende løsning

Denne beskrivelsen er en forenklet fremstilling av pasientforløpet, da det kan være mange individuelle forskjeller innad i pasientforløpene.

I dag sender fastlegen en henvisning til Fedmepoliklinikken v/St. Olavs Hospital, enten fordi pasienten selv har oppsøkt fastlegen for å få hjelp med fedmen, eller fordi pasienten kommer inn med plager, som en fastlege anser som fedmerelaterte. For å ha rett på behandling hos spesialisthelsetjenesten må pasienten ha en BMI¹ på over 40 eller over 35

¹ Body Mass Index (BMI) eller kroppsmasseindeks (KMI) er en formel som viser balansen mellom høyde og vekt. Det indikerer om en person er over-, under- eller normalvektig. $BMI = m/h^2$, der m er masse i kg og h er høyde i meter. Klassifiseringen er som følger: Undervektig er under 18,5, Normal kroppsvekt er fra 18,5 til 24,9, overvekt

med fedmerelaterte tilleggslidelser. Hvis pasienten ikke har rett på behandling hos spesialisthelsetjenesten, vil de få avslag på henvisningen fra St. Olavs Hospital. I dette tilfellet kan fastlegen bistå med råd om sunt kosthold og sunne levevaner, eller henvise videre til andre tilbud i kommunen, hvis det finnes noen, for eksempel frisklivssentral. Det finnes også private tilbud, som for eksempel Grete Roede kurs og VG-vektklubb, der privatpersoner kan få råd og veiledning til å gå ned i vekt, mot betaling. I tillegg finnes det utallige applikasjoner (apper) til smartenheter², både gratis- og betalingsløsninger, som har som hensikt å hjelpe folk til å spise sunnere/mindre/bedre, trene mer eller på andre måter å forbedre levevaner. (Vi har ikke kartlagt og analysert virkningen av forskjellige apper i dette forprosjektet, da hovedfokuset i forprosjektet var pasienters og helsepersonellens behov i offentlige behandlingstilbud. Det finnes ikke apper som brukes systematisk i offentlig behandling av fedme. Selv om man vet at flere pasienter bruker slike apper, var hovedfokuset først å finne hva brukerne har behov for, for så å lage konsepter for dette. En analyse av hvilke apper som finnes innenfor valgt segment og virkningen av dem er noe man ser for seg å gjøre i en av de eventuelle videreføringene av forprosjektet.)

For de pasientene som har rett på behandling vil de få tilsendt en innkalling til et obligatorisk Startkurs på St. Olavs Hospital. Sammen med innkallingen vil pasienten motta diverse informasjon om behandlingstilbud, beskjed om at hun/han må ta blodprøve på sitt lokale sykehus før Startkurset og et egenrapporterings skjema, som skal fylles ut og levers inn på Startkurset.

Startkurs arrangeres av Fedmepoliklinikken hver tredje måned. Det betyr at det kan gå fra en uke til to måneder fra pasientene får henvisning til de kan delta på Startkurs.

Startkurset foregår inne i et auditorium på St. Olavs Hospital. Det blir kalt inn mellom 50-80 pasienter til hvert kurs. Fedmepoliklinikken anslår at det er rundt 60 pasienter som møter på hvert kurs. På kursene holdes innlegg fra sykepleier, klinisk ernæringsfysiolog, overlege, representanter for de ulike konservative behandlingene³ og kirurg. Pasientene har mulighet til å rekke opp hånden og spørre om spørsmål underveis i innleggene. Pasientene får også i løpet av dagen mulighet til å gå ned og snakke med de som har holdt innlegg, hvis pasientene har noen spørsmål. Etter startkurset blir pasientene fortløpende kalt inn til konsultasjon på St. Olavs Hospital, og det kan gå mellom en uke til tre måneder før de får time.

Neste steg er utredning, kartlegging og medisinsk vurdering av sykepleier og lege ved St. Olavs Hospital. Ved denne konsultasjonen gjøres et foreløpig valg mellom konservativt forløp eller kirurgisk forløp. Det finnes flere muligheter for konservative forløp: Døgner rehabilitering på Røros rehabiliteringssenter eller dagrehabilitering på Betania rehabiliteringssenter, Malvik, i tillegg kan pasienter følges opp ved St. Olavs. Hvis en pasient velger og får innvilget ønsket om kirurgisk forløp, følger et eget opplegg på St. Olavs Hospital, med blant annet samtaler, individuelt og i gruppe, med helsepersonell og kirurg. Det er tilslutt kirurgen som bestemmer om en pasient er en god kandidat for operasjon eller

er fra 25 til 29,9, fedme er fra 30 til 34,9, fedme-klasse II er fra 35 til 39,9 og fedme-klasse III er over 40. Kilde: Wikipedia

² Smartenhet er en elektronisk enhet, vanligvis koblet til andre enheter eller nettverk via ulike trådløse protokoller, som Bluetooth, NFC, WiFi, 3G, etc. Eksempler på smartenhet er smarttelefon og nettbrett. Kilde: Wikipedia

³ Konservativ behandling brukes i denne rapporten, om forskjellige behandlingsformer som involverer livsstilsendring, men ikke operasjon.

ikke, basert på resultatene av samtalene og endringene pasienten har gjort underveis i denne tiden. Pasienten må bevise at han/hun er i stand til å gå ned 8 % av kroppsvekt, for å få gjennomført en operasjon, slik at endring av levevaner er i fokus ved alle typer behandlinger som tilbys ved St. Olavs Hospital. Operasjon er den behandlingen som har best resultat, hvis man utelukkende ser på varig vekttap, men det medfører livsvarig bruk av tilskudd og fare for ulike plager og/eller komplikasjoner, slik at man kan ikke konkludere med at det er den beste behandlingen. En pasient kan bli ansett som en dårlig kandidat for kirurgi, hvis pasienten har alvorlige spiseforstyrrelser eller enkelte andre psykiske lidelser, og vil da ikke få operasjon, men vil bli anbefalt annen type behandling som første steg. Det kan være vanskelig å oppdage om en pasient har psykiske lidelser, og det kan i tillegg være et spørsmål hva som kom først - fedmen eller den psykiske lidelsen.

I etterkant av behandlingene får pasientene oppfølging fra St. Olavs Hospital i to år. Deretter anbefaler Fedmepoliklinikken at pasientene får årlig oppfølging av fastlege. Det er opp til pasienten og fastlegen om dette etterleves. Flere pasienter kommer tilbake til St. Olavs Hospital for ny utredning og/eller behandling.

Vurdering av dagens løsning

Pasientene vi har snakket med opplever behandlingen som tilbys av spesialisthelsetjenesten som god, men man ser potensialet for forbedring. Det er mye uutnyttet ventetid i behandlingen og informasjonen som gis til pasienten kan både bli mer tilgjengelig og bli gitt på andre og flere måter. Endringer som gjør at pasienten forstår informasjonen, bruk av tilgjengelig teknologi, samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste kan bli bedre og oppfølging og inkludering av nettverk rundt pasienten kan også bedres.

5.4 Noen relevante, internasjonale eksempler

5.4.1 Bruk av smarttelefon som hjelpemiddel i behandling og livsstilsendring

En systematisk gjennomgang av forskning (Chaplais & et al., 2014) i bruk av smarttelefonteknologi som hjelpemiddel i behandling og livsstilsendring blant unge overvektige ga følgende konklusjon:

Smarttelefon-teknologi tillater brukere å utføre oppgaver hvor som helst og når som helst, og dette kan i seg selv gi helsevesenet mulighet til å levere bedre tjenester. Kontakt mellom pasient og behandler via smarttelefon kan bidra til å styrke engasjementet fra pasienten og hindre frafall fra et behandlingsforløp. Til tross for smarttelefonteknologiens økende popularitet i publiserte protokoller for vektkontrollforsøk, er virkningen av smartteknologi i pediatriske programmer fortsatt usikre.

I en annen studie (Stephens & Allen, 2013) ble det utført en systematisk gjennomgang av forskning for å fastslå brukerens tilfredshet, og effektiviteten av smarttelefonprogrammer og tekstmeldingstiltak for å fremme vektreduksjon og fysisk aktivitet. Man så på studier knyttet til de kardiovaskulære risikofaktorene fysisk inaktivitet og overvekt/fedme utgitt mellom januar 2005 og august 2010. Studier knyttet til det å mestre sykdom ble utelatt. Totalt ble 36 sitater fra CINAHL, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO og PubMed identifisert; 7 artikler ble kvalifisert for inkludering. Hyppigste utfall målt i studiene var endring i deltakernes vekt (57 %). Mer enn halvparten av studiene (71 %) rapporterte statistisk signifikante resultater i

minst ett av temaene vekttap, fysisk aktivitet, kosthold, redusert kroppsmasseindeks, redusert midjemål, inntak av sukkerholdige drikkevarer, skjermtid, og tilfredshet.

5.4.2 Gruppeterapi for pasienter med overvekt

Mulighetene som gruppeterapi kan gi er lite nevnt i intervjuundersøkelsen. Fra Sverige har vi sett på resultatene i en masteroppgave fra Region Östergötland (Rask & Bergqvist, 2015):

I gruppebehandlingen ble det benyttet et helsefremmende perspektiv som innebar at man i høy grad prøvde å forstå pasientens perspektiv, for å styrke, forbedre og øke pasientens kontroll over egen helse. Man brukte også Livsmedelsverkets anbefalinger angående kosthold, alkohol og fysisk aktivitet. For å øke deltakernes fysiske aktivitet ble "Fysisk aktivitet på resept (FaR) foreskrevet.

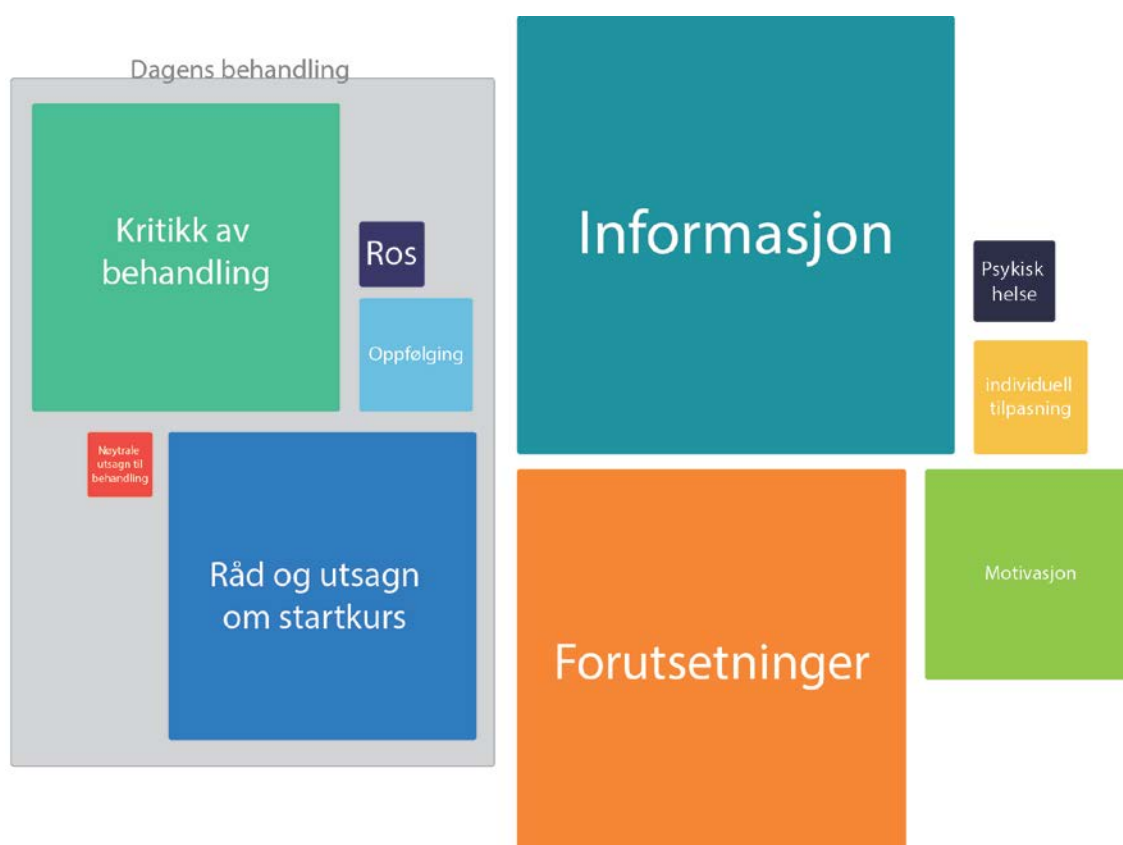
Gruppetreffene ble holdt en gang pr. uke med måling av kroppsmål, teorigjennomgang og oppfølging av "hjemmelekse". Deltakerne ble oppfordret til å støtte hverandre og danne selvhjelpsgrupper. Totalt 50 pasienter deltok i opplegget.

Pasientenes kroppsmål hadde ved den 10. behandlingen minsket signifikant. Den gjennomsnittlige vektreduksjonen var 11 % (12 kg), og 4 pasienter gikk ned 20 – 26 %. Største vektreduksjon var 36 kg.

5.5 Bearbeiding av informasjon

I etterkant av intervjuene ble det gjennomført en tematisk analyse av hovedfunnene, en for pasienter og en for helsepersonell, der man også så på skillet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Resultatene av analysen ble deretter fremstilt grafisk etter hvilke tema deltagerne var opptatt av, der størrelsen på boksen representerer hvor ofte et tema ble nevnt, se *Figur 8* og *Figur 9*. Et hovedfunn kunne inneholde fler enn ett tema, det er derfor ikke direkte samsvar mellom antall hovedfunn og antall hovedfunn per tema.

Pasientintervju



Figur 8 Illustrerer hva pasientene var opptatte av og forholdet mellom hvor mange ganger det ble nevnt, representert i størrelsen på kvadratene

Informasjon var et tema intervjuobjektene var opptatt av. En ting som ble nevnt i forbindelse med informasjon, var at pasientene ønsket mer informasjon om forskjellen mellom behandlingstilbudene tidligere i prosessen. De mente at Startkurset ga lite ny informasjon og at de ikke følte at de visste hva de gikk til, samt at det var vanskelig å kunne være med på å velge tilbud, når de ikke visste hva som fantes eller hva det gikk ut på. Det ble også nevnt at måten informasjon om mat og kosthold ble presentert på, var veldig forskjellig på ulike steder innad i spesialisthelsetjenesten. Dette kunne være forvirrende for pasienten, som ønsket en mest mulig konsekvent måte å få presentert kunnskap på for å unngå misforståelser.

Utvalgte utsagn om informasjon:

"Jeg hadde tatt meg fri en uke da jeg skulle på startkurs, fordi jeg trodde behandlingen startet da"

"Du kan ikke velge riktig tilbud, hvis du ikke vet hva som finnes"

"Jeg var nesten på tur inn på operasjonsbordet, men angret i siste liten – jeg følte det var fokus på operasjon på startkurset (lenge siden han var der), men mest kanskje ellers i samfunnet"

"Informasjon i ventetiden, før man skal inn, er viktig!"

Forutsetninger og motivasjon var også tema intervjuobjektene var opptatte av, især forutsetninger for å lykkes med varig vektendring. Samtlige pasienter nevnte motivasjon som en viktig forutsetning for å lykkes. Det å se endringer, å få skryt og oppbakking, god informasjon og mestringfølelse opplevde de som motiverende. I tillegg var frykt for sykdom en viktig motivasjonsfaktor for enkelte. Individuell tilpasning og det å føle at helsepersonell brydde seg personlig, ble også nevnt som positive forsterkninger på motivasjon.

Andre forutsetninger for å lykkes var å ha et bra personlig støtteapparat som ikke jobber mot endring. I tillegg måtte man være forberedt på at, samme hvilken behandling man ender opp med, så er det ikke en lettvinløsning.

Utvalgte utsagn om forutsetning og motivasjon:

"Det er viktig å starte behandlingen når motivasjonen er på topp!"

"Jeg holdt på å avlyse operasjon, fordi jeg var så redd for at jeg aldri igjen kunne spise pizza"

"Dere kan pakke på meg hva som helst av verktøy, men om jeg ikke er der selv, så har det ingen betydning"

"Noen har folk hjemme som er livredde for at personen som er til behandling skal forandre seg – de kan sabotere behandlingen"

"Operasjon er en lettvinløsning for mange. Man burde ha krav om å ha vært på Røros før operasjonen, eller et opplegg som varte over tid, som går mer på det psykiske"

"Uansett hvor mye de driller deg på hva du kommer til å møte i etterkant, så vet du ikke om du kommer til å klare det, før du har prøvd"

Ros og kritikk til behandling var et tema som ble etterspurt i intervjuene, for å se hva som var bra og hva som kunne forbedres. Generelt sett var intervjuobjektene fornøyd med den behandlingen de hadde fått hos spesialisthelsetjenestene. Røros rehabiliteringssenter ble spesielt dradd frem, som et bra tilbud. Det ble også fremhevet at det å lære om ulike behandlingstilbud fra pasienter som hadde vært gjennom dem før, var bra. I tillegg var

intervjuobjektene, generelt sett, fornøyde med helsepersonellet de hadde møtt underveis i sin pasientreise.

Kritikken, som ble uttrykt, gikk mye på dårlig informasjon i forkant av behandling og i ventetiden mellom ulike behandlingssteg. Intervjuobjektene mente også at det var for liten oppfølging i etterkant av behandlingen. Formatet på Startkurset ble også tema for kritikk. I forhold til dette mente enkelte intervjuobjekt at det var for mange mennesker på kursene, at man får falske forhåpninger i forhold til at man tror at behandlingen starter da og at det er lang tid å sitte i ro og høre på foredrag.

Det kom også frem at intervjuobjektene, som var med i dette prosjektet, ikke benyttet seg av kommunale tilbud - enten fordi det ikke var noe, de visste ikke hva som fantes eller de ville ikke gå da de ikke ønsket å identifisere seg med den gruppen.

Utvalgte sitat:

"Hun jeg snakket med på St. Olavs skjønte meg, og jeg har hatt mye kontakt med henne i etterkant. Uten henne hadde jeg ikke gjort dette"

"Jeg hadde aldri møtt opp på introkurset om jeg hadde visst at det var 50 andre i salen" (Hun var redd for å møte folk hun kjente)

"Jeg følte meg stigmatisert av spørreskjema. Må jeg være psykisk syk fordi jeg er stor? Bør jeg bekymre meg for at stoler skal knekke under meg?"

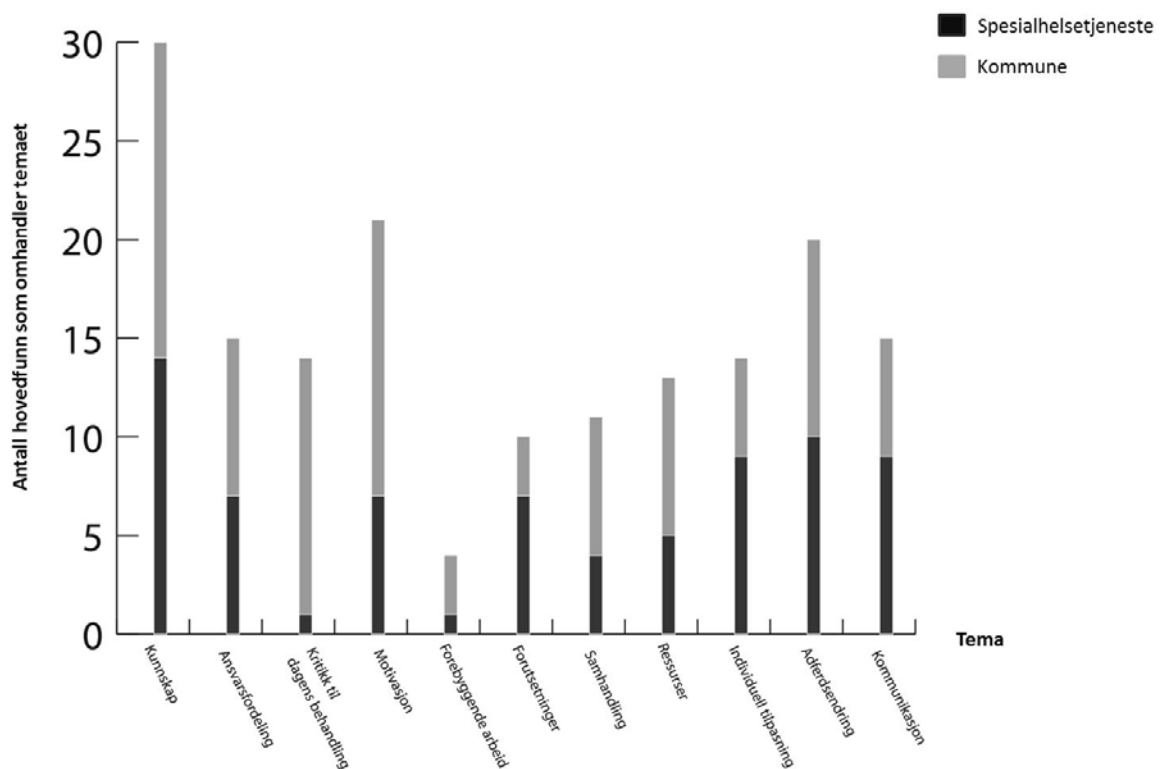
Ønsker informasjon om hva som skjer etter behandling: *"Er det noe som skjer i det hele tatt?"*

"Jeg burde ha benyttet meg mer av tilbudet de har i kommunen" hvorfor gjorde du ikke det? "vet ikke helt"

Intervju av helsepersonell



Figur 9 Illustrerer hva Helsepersonell var opptatte av og forholdet mellom hvor mange ganger det ble nevnt, representert i størrelsen på kvadratene



Figur 10 differensierte antall hovedfunn etter tema og om de kommer fra spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten

I *Figur 9* ser man en fremstilling av hvilke tema helsepersonell snakket om på intervjuene. I *Figur 10* er primærhelsetjenesten separert fra spesialisthelsetjenesten for å kunne se om de var opptatt av forskjellige tema. Det at den grå søylen i gjennomsnitt er lengere per tema betyr ikke at representantene fra primærhelsetjenesten nødvendigvis var mer opptatt av dette temaet, men årsaken er at det ble intervjuet flere personer fra primærhelsetjenesten. Jevnt over var representanter fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten omtrent like opptatt av de samme temaene. Likevel er det ett tema som representanter fra primærhelsetjenesten var mer opptatt av - "kritikk til dagens behandling". Her opplevde representanter fra primærhelsetjenesten at de ikke visste så mye om hva som skjer med pasientene når de er til behandling hos spesialisthelsetjenesten. De ser også at mange av deres pasienter ikke lykkes med å opprettholde den reduserte vekten når de kom hjem, og derfor stilte de spørsmålsteget ved virkningen av behandlingen.

Utvalgt sitat fra primærhelsetjenesten:

"Det er vanskelig å motivere andre til et opplegg man aldri har sett fungert på lang sikt" - kommune

Man kan også se at representanter fra spesialisthelsetjenesten var mer opptatte av hver enkelt persons forutsetninger for å lykkes med behandlingen enn representanter fra primærhelsetjenesten. Mange pasienter som kommer inn har flere problemer enn bare vekten – Økonomi, livssituasjon, mentale lidelser etc. Er dette tilfellet vil pasientene ha lavere sannsynlighet for å lykkes.

Utvalgt sitat fra spesialisthelsetjenesten:

"Vekten er ofte et symptom på andre lidelser"

Det bør også nevnes at både primær- og spesialisthelsetjenesten var klare på at om man skal få bukt med "fedme-epidemien", så er det forebygging som virkelig kan gjøre en forskjell. Har man først utviklet fedme, så er det så vanskelig å gå ned i vekt, på grunn av psykologiske og fysiologiske mekanismer, at det er klassifisert som en kronisk sykdom, og bare et fåtall vil klare å få en varig vektreduksjon.

Kunnskap var et viktig tema. En uttalt viktig forutsetning for å kunne lykkes med å gå ned i vekt er at pasienten har kunnskap om godt kosthold og en sunn livsstil, men også hvilke ting som påvirker valgene man gjør og innsikt i egen psykisk helse. Mange av hovedfunnene gikk også på at helsepersonell opplevde at det var mange pasienter som manglet evnen til å omsette kunnskap til handling og at de ikke tok til seg informasjonen som ble gitt. Det ble spekulert i om at årsaken til dette var at det meste av informasjonen ble gitt skriftlig og var tilpasset resurssterke personer, samtidig som forskning indikerer at forekomsten av fedme er størst blant de fattigste og dårligst utdannede samfunnsgruppene (Helsedirektoratet, 2010b, p. 23).

Representanter fra kommunen var opptatte av at de ikke følte de hadde nok kunnskap til å kunne behandle pasienter i kommunen.

Utvalgte sitat:

"Det er forskjell på å skjønn og å gjøre!"

"Det er forskjell på hvordan folk lærer, ikke alle lærer av å sitte i et auditorium"

"Vi får ofte pasienter med økonomiproblemer, pasienter som har blitt misbrukt og pasienter som har dårlig utdanning, dermed har de ofte store problemer på andre områder i livet også"

Motivasjon og atferdsendring er en forutsetning for å lykkes med varig vektreduksjon, ifølge intervjuobjektene. Motivasjonen må komme fra pasienten selv, da å gå ned i vekt, og bli der, er utrolig krevende. Ifølge intervjuobjektene er det også viktig at man tar få og små skritt i gangen og at man må fokusere på det positive, ikke nederlagene, når man skal endre adferd. Flere nevnte også at hverdagsaktivitet er undervurdert i en endring av livsstil, da trening har mindre påvirkning på vekt enn mange tror.

"Pasienter har ofte urealistiske forventninger til behandlingen"

Kommunikasjon var også et stort tema under intervjurundene, både kommunikasjon med pasienten, men også mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det ble etterlyst bedre måter å kommunisere på, da både primær- og spesialisthelsetjenesten var klare på at den varige endringen hos pasienten skjer i kommunen, men at størst kunnskap om temaet er i spesialisthelsetjenesten. Representanter fra kommunehelsetjenesten nevnte at de visste ikke hva behandlingstilbudene til spesialisthelsetjenesten gikk ut på og at de skulle ønske de hadde mer samhandling slik at de kunne spørre om ting de var usikre på i forhold til behandling.

"Fedmepoliklinikken vet ikke hva fastlegen trenger av informasjon og vice versa"

"Det kunne vært nyttig om kommunen var med i kartlegging før første møte med sykepleieren"

Individuell tilpasning var et tema som representanter fra spesialisthelsetjenesten var opptatt av. De opplevde at det er svært forskjellig hva som fungerer på forskjellige pasienter, men at det er vanskelig for dem å si på forhånd hva slags type behandling som passer til de ulike pasientene. Om pasientene selv var bedre i stand til å kunne si noe om hvilken behandling som passet for dem, så hadde det vært det beste.

"Vi klarer ikke å individualisere behandlingen. Vi har ingen måte å vite hvem som bør ha hvilken behandling" (da folk reagerer ulikt på behandlinger).

Flere av representantene fra spesialisthelsetjenesten nevnte også oppfølging som et viktig kriterium for å lykkes med en varig endring av levevaner, men de har ikke kapasitet til å følge opp alle pasientene etter behandling.

Hvilke pasienter lykkes?

Avslutningsvis spurte vi om hvilke pasienter det er som lykkes med å endre levevaner på lang sikt og svarene vi fikk var at de som lykkes har:

- Gode forhold rundt seg i livet
- Ingen nevneverdige psykiske problemer

- Evne til å tilegne seg kunnskap
- Selv valgt å komme til behandling
- God oppfølging og støtte
- Er motivert
- Spiser frokost

Oppsummering av resultat fra intervju

Pasientene som er blitt intervjuet i dette prosjektet er generelt fornøyde med den behandlingen de har fått i spesialisthelsetjenesten, men de ønsker at den skulle vart lenger. Pasientene benytter seg lite av kommunens tilbud og de er positive til å ta i bruk teknologi i behandlingen.

Informasjonen som St. Olavs Hospital sender ut, kommer skriftlig og helsepersonell opplever at mange pasienter ikke leser, eller ikke forstår all informasjonen som blir tilsendt. Pasientene på sin side klager på mangelfull informasjon om veien videre.

Av de pasientene som ble intervjuet var det flere som nevnte at de ble skuffet, når de skjønnte at deres personlige behandling ikke startet på Startkurset, men at dette kun var et informasjonskurs. Intervjuobjektene opplever stor pågang og ser at lang ventetid er en utfordring, men de har ikke kapasitet til å ta i mot fler pasienter og heller ikke kapasitet til å følge opp pasientene lenger enn de allerede gjør.

Observasjon

I tillegg til intervju ble det gjennomført observasjoner på venterom og på Startkurs, for å få en bedre forståelse av pasientreisen og idéer til konsept. Observasjon ble gjennomført av en designer og representerer et subjektivt synspunkt og kan dermed ikke betraktes som representativt i forhold til hvordan det vanligvis er. Informasjonen som kom frem ble brukt som diskusjonsgrunnlag med Fedmepoliklinikken og inspirasjonskilde for idéer.

På venterommet er det ganske tomt da Fedmepoliklinikken og Senter for fedmeforskning og innovasjon nettopp har flyttet inn sammen på Forsyningssenteret på St. Olavs Hospital. Det lå ikke noe spesielt med informasjon der ute, men det hang en skjerm på veggen som viste litt om hva man driver med på fedmepoliklinikken. Alle som ble observert tok frem en smarttelefon mens de ventet på å få komme inn på time.



Bilde 4 Venterommet på Fedmepoliklinikken/Senter for fedmeforskning og innovasjon



Bilde 5 Auditoriet i Kunnskapssenteret på St. Olavs Hospital, der Startkursene blir holdt

På dette spesifikke startkurset satt folk spredt og folk satt mye alene. Auditoriet, *Bilde 5*, var stort i forhold til antall mennesker som var der (anslagsvis 50 personer satt spredt i auditoriet). Det var en overvekt av deltagere som satt bak i auditoriet. Flere av foredragsholderne kom sent og det ble en del venting. Observatøren kontaktet fire deltakere på startkurset. Av de som ble kontaktet av observatør så uttrykte de at de syntes det var veldig nyttig og bra informasjon som kom frem,

men de hadde håpet at de skulle starte på behandlingen nå. Da det ble åpnet for å gå ned og snakke med dem som hadde holdt foredrag, var det anslagsvis en fjerdedel som gikk for å snakke med foredragsholderne. De som ble kontaktet av observatør var av gruppen som ikke gikk ned. En av deltagerne spurte om observatøren kunne gå ned og snakke med en foredragsholder for ham, da han ikke hadde lyst til å gå ned selv (på grunn av at han var sjenert og hadde dårlige knær, som han uttrykte selv). På dette spesifikke startkurset var det mange av deltagerne som satt og så på mobilen sin under store deler av kurset.

Hva kan vi gjøre noe med? – Idégenerering

Funnene fra behovskartleggingen ble presentert i prosjektgruppen og man hadde flere møter med diskusjon og idégenerering. Man ser at det er mange faktorer som spiller inn, og det er mye som kan gjøres for at pasientene skal få bedre forutsetninger for å lykkes. Samtidig er det et spørsmål om ressurser i helsevesenet og om dette er helsevesenets ansvar, da bildet er komplekst. I dette prosjektet har vi valgt å avgrense til å se på tiltak som kan gjøres i behandling og spesielt hos spesialisthelsetjenesten, for å styrke pasienten. Dette går spesielt på informasjon ut til pasienten - hvordan pasienter som ikke har gode forutsetninger for å tilegne seg kunnskap skriftlig, kan få informasjon presentert. Og det å gi pasientene større innsikt i behandlingen, slik at de vil stille mer forberedt til behandling og bedre rustet til å ta behandlingsvalg på bakgrunn av sine individuelle behov. Man har også sett på idéer som kan brukes for å utnytte ventetiden, engasjere nettverket til pasienten og ha verktøy som kan gjøre oppfølgingen bedre. I tillegg har man sett på en idé som krever større omstrukturering av systemet. Idéene er beskrevet i avsnitt 5.6 – konseptutvikling av ny løsning.

5.6 Finne bedrifter for videreføring

I planleggingsfasen av prosjektet ble bedriftene Agens AS (<https://www.agens.no/>) og Eyeball Interactive (<http://www.eyeballinteractive.no/>) kontaktet. Under behovskartleggingen ble de igjen kontaktet, men da var Eyeball Interactive opptatt med internasjonale prosjekter.

Vi hadde to møter med Agens, som viste stor interesse for prosjektet, men de var avhengige av midler for å gjennomføre idégenerering, da de hovedsakelig ønsker eksternt finansierte prosjekter, med liten risiko, med mindre idéen kom fra dem selv. Det var ikke rammer for finansiering av konseptutvikling hos ekstern utviklerbedrift i forprosjektet, men de er med i vurderingen som partner i eventuelle hovedprosjekt.

I forbindelse med søknaden til HELSEVEL, på bruk av spillteknologi i behandling av fedme, ble det opprettet kontakt med en internasjonal utviklerbedrift (<http://www.medtronic.com>), med avdeling i Norge, for å se på muligheter til samarbeid i internasjonal sammenheng. Neste møte med Medtronic skjer i april 2016.

5.7 Konseptutvikling av ny løsning

Gjennom hele prosjektet ble det kontinuerlig skrevet ned idéer til konsepter som ble fortløpende diskutert, forkastet eller tatt vare på. Det var to "offisielle" idégenereringer med prosjektgruppen - en generell og en konkret på en spesifikk idé. På den spesifikke idégenereringen ble et annet miljø fra SINTEF (Teknologi og samfunn, avdeling for Teknologiledelse), som forsker på spillteknologi og læring, invitert med. De har utviklet flere spill for læring med industribedrifter og har kontakter med aktuelle utviklerfirma og erfaring med spill som bidrar til kunnskap og motivasjon hos spilleren. I tillegg ble prosjektet satt i sammenheng med "Mine behandlingsvalg"⁴ og ble tatt opp i møte mellom representanter fra "Mine behandlingsvalg" og St. Olavs Hospital.

Idégenerering 1



Bilde 6 Idégenerering i møte med eierne av forprosjektet (f.v. Anne Karen Aanonli, SINTEF, Bård Kulseng, St. Olavs, Sissel Salater, St. Olavs, Hege Tevik Bjørn, St. Olavs. (Ikke med på bildet: Olga Vea, St. Olavs, og Nina Vanvik Hansen, SINTEF)

På den første idégenereringen på St. Olavs Hospital ble det arrangert en workshop med fire ansatte på St. Olavs, to fra fedmepoliklinikken og to fra regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon og to fra SINTEF.

Det ble gitt en kort oppsummering av resultat, så ble mulige løsninger og idéer diskutert. Deretter ble alle bedt om å skrive ned de idéene de følte var både viktige, men også gjennomførbare.

⁴ Mine behandlingsvalg er et verktøy laget for og med pasienter og helsepersonell, og er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF, Universitetet i Tromsø, Institut für Kommunikation in der Medizin og Takepart media & science. Kilde: <https://minebehandlingsvalg.no/om-mine-behandlingsvalg>

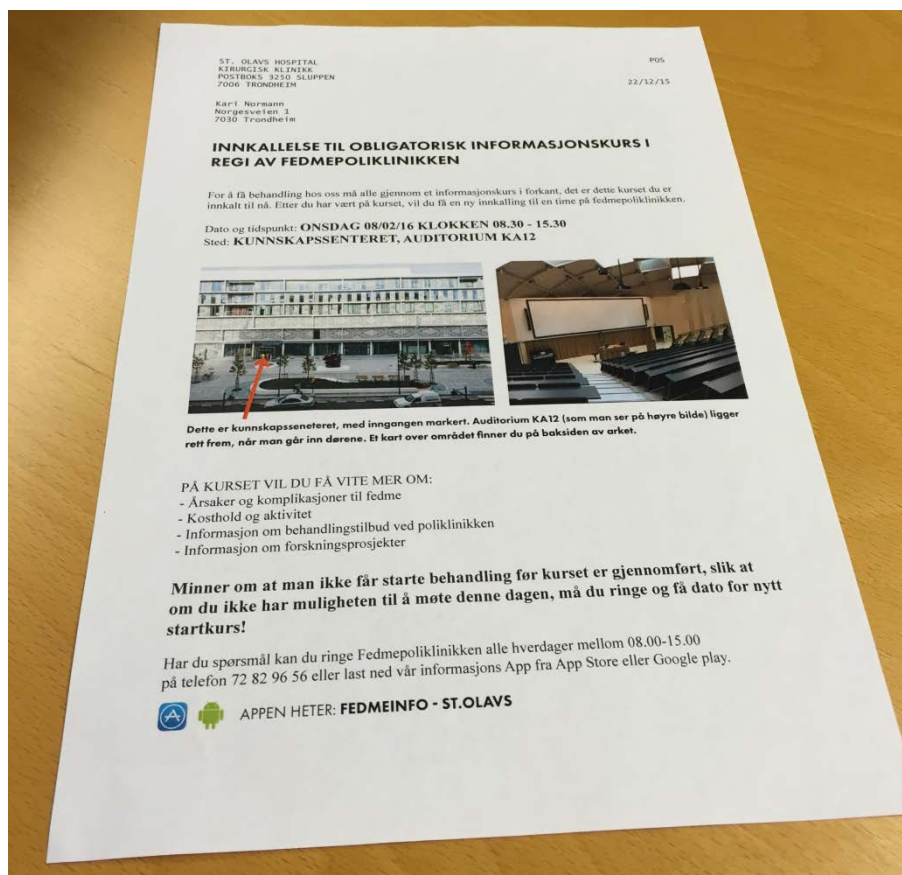
Her er forslagene som ble nevnt:

- Informasjon ble av alle nevnt som en overordnet kilde til forbedring
 - Informasjonsskrivet, som sendes ut i forkant av Startkurs og på Startkurs, ble nevnt. Der man kan visualisere og forklare mer tydelig enn hva man gjør i dag -> her er utfordringen å vite hvor mye man kan forandre det og hvem man skal snakke med for å få forandret det.
 - Man kan benytte seg av teknologien som finnes til å tilrettelegge for forståelse og individualisere i forhold til hvilken informasjon man skal få. Det ble også snakket om å bruke små videosnutter for å belyse tema som Fedmepoliklinikken ønsker at pasientene skal vite om.
 - Nettsiden er lite informativ og bør forbedres – her er problemet at sykehuset har strenge regler for hva man kan skrive på sidene. Det pågår også en større prosess på forbedring av nettsidene til sykehuset, så man ble enige om at man bør avvente og se hvordan de nye nettsidene fungerer før man går videre med å prøve å forbedre dem.
 - Kan man nå noen på e-post? – har man mulighet for å ha e-post korrespondanse mellom behandler og pasient?
- Selvrapporteringsskjema ble nevnt av tre av fire fagpersoner på møtet – det er for mange spørsmål og ikke relevant for alle - kanskje det bør individualiseres (ikke alle trenger å få det), det ble også nevnt at det kunne deles ut rett før timen, da pasientene ville ha tilbud om å få hjelp med å fylle det ut.
- Nettverktøy ble også nevnt som en mulig metode for å bedre egenmestringen hos pasientene
- Bruke teknologi for å lage løsninger som alternativ til gruppe
- Kan man bruke den siden man har til å linke videre til en mer informativ side, hvis man har begrensede muligheter på St. Olavs?

Oppfølging av idégenerering 1

Etter den første idégenereringen jobbet SINTEF med å videreutvikle noen av forslagene som kom opp på møtet.

Nytt informasjonsskriv



Bilde 7 Forslag til ny innkalling/informasjonskriv til Fedmepoliklinikken

Både pasienter og helsepersonell har klaget på den gamle innkallingen/informasjonsbrevet. Ved å bruke bilder, variere størrelsen på teksten og hva som står i brevet, kan man gjøre det mer intuitivt, vektlegge det som er viktigst å få med seg, og pasienten vil kunne få en bedre forståelse av hva som er i vente. Idéen var også at man i tillegg kunne lage en enkel informasjons-app, som man kunne henvise til i brevet, der man kunne legge mer informasjon om behandling, hva man kan gjøre selv i ventetiden og informasjon om tilbud i kommunene. Informasjons-appen er beskrevet lenger ned.

Etter å ha undersøkt hvordan man går frem for å endre innkallingene, kom det frem at det er et felles pasientjournalssystem (PAS) som brukes for å skrive innkallingene på St. Olavs Hospital. Innkallingsbrevene følger en lik struktur for hele sykehuset og det er begrensede muligheter til å endre utformingen av innkallingene. Det er startet et prosjekt for å utbedre disse for hele sykehuset. I mellomtiden kan man legge ved tilleggsinformasjon med innkallingene om man ønsker det, men det er en avveining om man vil legge til enda flere ark enn det som allerede finnes. Dette vil Fedmepoliklinikken se videre på.

Utnytte ventetiden på venterommet

En idé som kom frem var at man burde plassere ut en PC i venterommet der pasientene kan sitte og fylle ut selvrapporingsskjemaet, i stedet for å gjøre det hjemme. På den måten vil pasienten kunne utnytte tiden de sitter og venter på time. I tillegg vil pasientene få mulighet til å spørre sekretærene som sitter i naborommet om hjelp, hvis de trenger det. Det ville også vært digitalt, noe som ville spart helsetjenesten mye arbeid. Det ville dessuten være plassert på venterommet og trenger dermed ikke være offentlig tilgjengelig på internett og det er dermed lettere å sikre at informasjon om pasienten ikke kommer på avveie.

På PCen kunne man også lagt inn andre oppgaver og informasjon som vil kunne gjøre pasienten mer forberedt til timen og til behandlingen som venter dem.

Dette er en idé som krever at det utarbeides en digital utgave av spørreskjemaet og at man finner ut hva som kreves av sikkerhet og skjerming i venterommet. De jobber allerede med å utbedre spørreskjemaet, slik at dette er en idé de må gå videre med innad på St. Olavs Hospital.



Bilde 8 Illustrasjon av venterommet på Fedmepoliklinikken med en PC for å gjennomføre utfylling av selvrapporingsskjema

Mine behandlingsvalg

[Skriftstørrelse](#) [?](#) [Logg inn](#)

Minebehandlingsvalg

En alvorlig diagnose kan få ulike innvirkninger på livet ditt. Du blir nødt til å tilegne deg ny kunnskap og kanskje ta flere viktige valg som gjelder din helse og din fremtid. Mine behandlingsvalg tilrettelegger for at du, som pasient eller pårørende, skal finne relevant og pålitelig informasjon fra norsk helsevesen samlet på ett sted. Sidene kan hjelpe deg å reflektere over din egen situasjon slik at du kan delta aktivt i beslutninger knyttet til egen behandling.

Du kan diskutere de ulike behandlingsmulighetene med din lege, slik at dere sammen kan komme frem til det beste valget for deg. Disse sidene er utviklet av et forskningsteam på UNN, og er laget i samarbeid med pasienter og helsepersonell.



Trykk på knappen med din diagnose for å starte

- Bukspyttkjertelcyste
- Bukspyttkjertelkreft med spredning
- Kronisk nyresvikt
- Prostatakreft
- Sykelig overvekt

Informasjon

- > Om Mine behandlingsvalg
- > Personvernerklæring
- > Lenker

Hjelp og brukerstøtte

- > Kontakt oss

Minebehandlingsvalg

- > Logg inn
- > Opprett ny bruker

Bilde 9 Skjerm bilde fra nettsiden: minebehandlingsvalg.no

I forhold til informasjon ut til pasienten og egenmestring, ble "Mine behandlingsvalg" (<https://minebehandlingsvalg.no/>) dradd frem som et eksempel på prosjekter, i andre helseregioner, som er satt i gang for å styrke pasienten.

På nettsidene til Mine behandlingsvalg (<https://minebehandlingsvalg.no/>), har de beskrevet det nettbaserte verktøyet slik:

"Mine behandlingsvalg er et verktøy laget for og med pasienter og helsepersonell, og er et samarbeidsprosjekt mellom Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF, Universitetet i Tromsø, Institut für Kommunikation in der Medizin og Takepart media & science. Mine behandlingsvalg tilrettelegger for at du, som pasient eller pårørende, skal finne relevant og pålitelig informasjon fra norsk helsevesen samlet på ett sted. Sidene kan hjelpe deg å reflektere over din egen situasjon slik at du kan delta aktivt i beslutninger knyttet til egen behandling."

Det er viktig at man utnytter initiativ som allerede er i gang og prøver å videreutvikle dem sammen i stede for å starte på nytt. Derfor ble deler av prosjektgruppen til forprosjektet "Egenmestring i behandling av fedme" invitert med inn i møte mellom dem som har laget Mine behandlingsvalg og St. Olavs Hospital. Der ble man enige om at man ønsker å jobbe sammen med å videreutvikle Mine behandlingsvalg, slik at det blir enda mer engasjerende, interaktivt og informativt. Referatet fra møtet finnes i *vedlegg 5*.

Informasjons-app



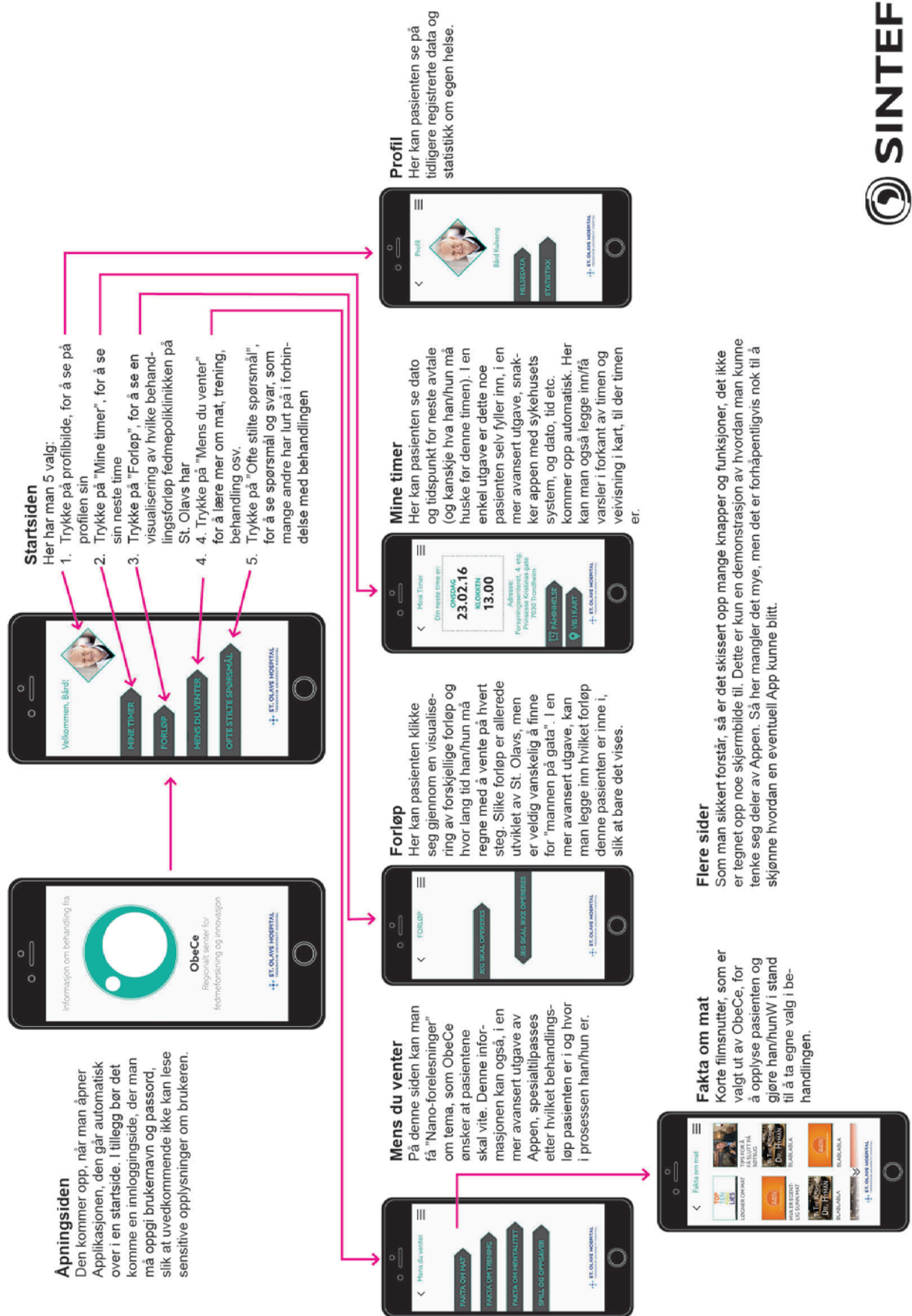
En informasjons-app var et annet forslag som kom frem under idégenereringen. Siden Fedmepoliklinikken har begrensede muligheter til å endre på nettsidene, da det er en felles profil for hele St. Olavs Hospital og begrensede muligheter i forhold til hva slags type informasjon og bilder de ønsker å ha der, ble en egen app et alternativ for Fedmepoliklinikken.

Pasientene i dette prosjektet ønsket mer informasjon om hva som skal skje videre i deres behandling, helsepersonell ønsket at pasienter hadde mer informasjon om egen situasjon og ønsket å gi informasjon på en mer lettfattelig måte, i tillegg nevnte de at mange pasienter ikke møter til time, slik at påminnelser om time ville være nyttig.

Det er mange muligheter for en slik app og hvor mye den krever av helsetjenesten i forhold til baksystem og sikkerhet.

Den første prototypen tok utgangspunkt i at dette skulle kreve så lite omstrukturering av helseapparatet som mulig, men samtidig ha enkle funksjoner som kunne hjelpe både helsepersonell og pasient. Man kan tenke på det litt som en "Lean approach", hvor man starter med få funksjoner, tester, forkaster og forbedrer. Den første prototypen tar derfor utgangspunkt i at pasienten selv (eventuelt med hjelp av helsepersonell) fyller inn data, slik at den ikke trenger å snakke med systemet de har på sykehuset. De første funksjonene man kunne se for seg å teste er "mine timer" – en oversikt over når man skal inn til time og hvor den er, "Forløp" – en visualisering av pasientforløpet man skal gjennom, "Mens du venter" – små forelesninger om kosthold, trening, psykologi og andre ting som er nyttige å vite når man skal endre levevaner og "Profil" der man kan legge inn data og oppdatere data om egen helse, for å se status og fremgang. En naturlig introduksjon av en slik app ville vært hos fastlege, på innkallingen eller på startkurset.

I forbindelse med denne appidéen ble Helse Midt-Norge IT (HEMIT) kontaktet, da dette er en app som blir spesifikk for behandling på St. Olavs i første rekke. Det ble arrangert et møte der de fikk en gjennomgang av idéen. De var interessert i å utvikle en pilot for testing i forbindelse med denne idéen og ønsket å gjennomføre enten ved bruk av egne innovasjonsmidler eller gjennom å søke midler andre steder. De så potensialet i å bruke den i andre behandlinger og muligheter for å selge den videre til andre sykehus. Neste møte med HEMIT vil skje i april.



Figur 11 Flyttdiagram av informasjons-app. Skjermbilder av prototypen er lagt ved i vedlegg 8

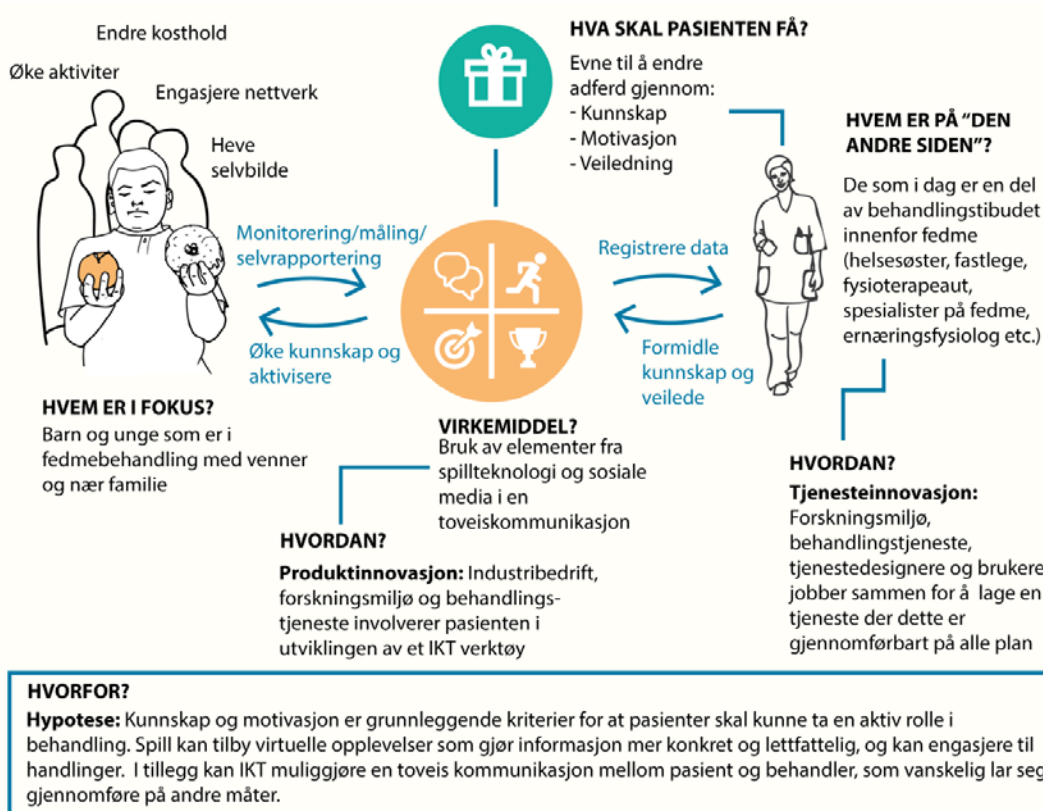
Spill for økt egenmestring

Et annet forslag, som tok utgangspunkt i bruk av teknologi for læring, motivasjon og kunnskap, var å lage et verktøy som bruker elementer fra spillteknologi for å stimulere til handling i den virkelige verden. Dette var en idé som baserer seg på innsikt i både dette forprosjektet og et annet InnoMed forprosjekt som heter "Barn og overvekt".

Idéen tok utgangspunkt i at det er mange pasienter som ikke får like mye ut av skriftlig informasjon som andre, at det er mye man kan gjøre i ventetiden om man bare får litt hjelp og veiledning, og man kan mobilisere nettverket rundt pasienten og skape mer langvarig og bedre oppfølging uten at det krever mer ressurser av helsevesenet (da veiledningen og støtten kan komme fra andre "spillere").

Man så at startkurs kunne være et naturlig sted å introdusere et slikt spill for voksne, men ideelt sett kunne man også brukt det både på skoler og i primærhelsetjenesten for å forebygge eller behandle på tidligere stadier.

Man ser at en slik idé krever både produktinnovasjon, for å lage spillet, og tjenesteinnovasjon for å se hvordan dagens helsetjeneste mest effektivt kunne brukt og tilpasset seg dette spillet. Idéen resulterte i en søknad til innovasjonsprosjekt i forskningsrådets HELSEVEL-program⁵. Det ble sendt inn forprosjektsøknad den 17. februar 2016 og støtte til forprosjektet ble tildelt 17. Mars 2016. Det jobbes nå med å knytte til seg nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere i tillegg til industripartner for å søke om midler til hovedprosjekt i oktober 2016. Idéen er nærmere beskrevet i forprosjektsøknaden, som ligger i vedlegg 7.



Figur 12 Illustrasjon av en innovasjonsidé, som ønsker å bruke elementer fra spillteknologi for å øke pasienters evne til å endre adferd

⁵ <http://www.forskningsradet.no/prognnett-helsevel/Forside/1254005461857>

5.8 Markedsvurdering av nye løsninger

Det største verdiskapningspotensialet i dette prosjektet er samfunnsøkonomisk, da målsettingen er å bidra til at flere pasienter er i stand til å mestre egen sykdom, og videre at flere pasienter lykkes med endring av levevaner og oppnår en varig vektreduksjon. Som nevnt i innledningen er samlede samfunnsomkostninger relatert til sykdommer knyttet til fysisk inaktivitet, overvekt og usunt kosthold anslått til 1-2 % av BNP, som vil si totale kostnader på 31,8 – 64,1 milliarder kr per år. Både bedre informasjonsskriv og PC i venterommet vil ikke ende opp i nye produkter, men en bedre tjeneste for pasienten, som ikke nødvendigvis er et økonomisk mål, men et kvalitetsmål.

Informasjonsapp-idéen er en nettside eller en app som må utvikles for Fedmepoliklinikken, og det blir da pasienter som bruker smarttelefon, som er målgruppen. Om den fungerer bra, kan den brukes i andre behandlinger ved St. Olavs Hospital og andre sykehus i Norge. Forretningsmodellen vil trolig være at et firma utvikler og driver nettsiden/appen og St. Olavs Hospital (og eventuelt andre sykehus) kjøper, bidrar med innhold og distribuerer til pasienter. Den vil mest sannsynlig være åpent tilgjengelig på nett, men siden det er en offentlig tjeneste, vil ikke reklamefinansiering være et alternativ.

Idéen med å bruke spillteknologi i behandling er den som har det største markedspotensialet av idéene, da den kan brukes av sykehus, kommuner, undervisningsinstitusjoner og av privatpersoner. Målet er i første rekke å bruke den i behandling av fedme, men på sikt ønsker man at den også kan brukes som forebygging og har derfor et bredere "publikum". Dette er også den idéen som er mest innovativ og fordrer både et nytt produkt (spill) og omorganisering i tjenesten (tjenesteinnovasjon), det er derfor utfordrende å gjøre en markedsvurdering på dette stadiet.

5.9 Bistand i etablering av hovedprosjekt

SINTEF og St. Olavs Hospital er enige om å jobbe videre med innsikten man har fått i dette prosjektet og har tre retninger som utforskes videre: Informasjons-app i samarbeid med HEMIT, innovasjonsprosjekt på fedme og spillteknologi i HELSEVEL og videreutvikling av "Mine behandlingsvalg" i samarbeid med UNN med partnere⁶. SINTEF har etablert en dialog med HEMIT og vil i samarbeid med dem og St. Olavs Hospital se på ulike kilder til finansiering av en pilot på en informasjonsapp/nettside. SINTEF har fått tildelt midler til forprosjekt av HELSEVELprogrammet på prosjektet "IKT-støtte for økt egenmestring og bedre behandling for barn og unge med fedme" og vil lede arbeidet med å skrive hovedprosjektsøknad. Hovedansvaret for videreutviklingen av Mine behandlingsvalg ligger hos eierne av verktøyet og det er dermed de som leder denne prosessen, men både SINTEF og St. Olavs Hospital ønsker å bidra til å styrke samarbeidet og utviklingen.

⁶ Partnere i Mine behandlingsvalg er Universitetssykehuset i Nord-Norge, Nordlandssykehuset HF, Helse Nord RHF, Universitetet i Tromsø, Institutt für Kommunikation in der Medizin, Takepart media & science

6 Konklusjon

Hovedmålet til forprosjektet var å bidra til at fedmepasienten er i bedre stand til å hjelpe seg selv ved bistand fra spesialisthelsetjenesten.

Ved å gjennomføre en behovskartlegging og en idéutviklingsfase bestående av blant annet 18 semi-strukturerte intervjuer, observasjon og arbeidsmøter med helsepersonell fra primær- og spesialisthelsetjenesten og pasienter ble ulike aktørers opplevelser av nåværende behandling belyst. Denne innsikten, i kombinasjon med kunnskap om tilsvarende tjenester og tilbud, ble videre benyttet til å utvikle et konseptforslag i samarbeid med Fedmepoliklinikken og Senter for fedmeforskning og innovasjon. Konseptforlaget innebærer en endring av innkallingsbrev, PC på venterommet, videreutvikle "Mine behandlingsvalg", informasjonsapp og bruk av spillteknologi i behandling av fedme.

St. Olavs Hospital vil, i samarbeid med SINTEF, jobbe for videreføringer av forprosjektet, med støtte fra bedrifter og andre helseregioner.

7 Endringer som er skjedd i etterkant av prosjektet men før denne rapporten kom ut

Startkursene, som ble nevnt i beskrivelse av dagens tjeneste og i resultat av behovskartlegging, har nå endret navn fra Startkurs til Informasjonsdag. Tidspunktet for når pasientene må ta blodprøve er endret fra senest en uke før Informasjonsdagen til senest en uke før konsultasjon på Fedmepoliklinikken.

8 Referanseliste

- Berkowitz, R. I., & Fabricatore, A. N. (2011). Obesity, psychiatric status, and psychiatric medications. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 747-764.
- Chaplais, E., & et al. (2014, Dec. 24.). *Smartphone Interventions for Weight Treatment and Behavioral Change in Pediatric Obesity: A Systematic Review*. Hentet March 7., 2016 fra Mary Ann Liebert, Inc. publishers:
<http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/tmj.2014.0197>
- de Wit, L., & et al. (2010). Depression and obesity: a meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res.*, 230-235.
- ENOPE - European Network on Patient Empowerment. (u.d.). *About Patient Empowerment*. Hentet March 7., 2016 fra ENOPE: <http://www.enope.eu/patient-empowerment.aspx>
- Fagermoen, M. S., & et al. (2014). Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Forskning nr. 3*, 216-223.
- Gulbrandsen, P. (2000, August 20.). Styrking - det rette norske begrep for empowerment. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
- Helsedirektoratet. (2010). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge - Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2011). *Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne - Nasjonale retningslinjer for primærhelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2012). *Sluttrapport - Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Potter, M. B., Vu, J. D., & Croughan-Minihane, M. (2001). Weight management: what patients want from their primary care physicians. *J. Fam. Pract.*
- Rask, P., & Bergqvist, L.-A. (2015). *Gruppbehandling för patienter med övervikt och fetma - En metod med stöd av kognitiv beteendeterapi*. Uppsala: Forsknings- och utvecklingsenheten för närsjukvården, Region Östergötland.
- Stephens, J., & Allen, J. (2013). Mobile Phone Interventions to Increase Physical Activity and Reduce Weight. *J. Cardiovasc. Nurs.*, 320-329.
- The UNITE HERE Health Center. (2016). *Reducing Obesity with Improved Self-Management Support*. Hentet March 7., 2016 fra Institute for Healthcare Improvement:
<http://www.ihl.org/resources/Pages/ImprovementStories/ReducingObesitywithImprovedSelfMgmtSupport.aspx>
- WHO. (2012, April 17.). *Empowering patients*. Hentet March 7., 2016 fra WHO/Europe:
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/news/news/2012/5/empowering-patients>

9 Vedlegg

- 1) Samtykkeskjema for deltagelse i forprosjekt
- 2) Intervjuguide – Pasienter
- 3) Intervjuguide – Helsepersonell
- 4) Pasientreise gjennom øynene på oppdiktet pasient "Ola"
- 5) Referat fra møte med personer bak verktøyet "Mine behandlingsvalg"
- 6) Forslag til nytt innkallingsbrev til Fedmepoliklinikken
- 7) HELSEVEL Forprosjektrapportsøknad – IKT-støtte for økt egenmestring og bedre behandling for barn og unge med fedme
- 8) Skjermbilder av informasjonsapp- prototyp

Forespørsel om deltakelse i et innovasjonsprosjekt

Prosjektets tittel: Egenmestring i behandling av fedme - *Pasienten som aktiv deltaker*

Dette er et spørsmål til deg om å delta på intervju i et innovasjonsprosjekt

Prosjektet

I regi av InnoMed (Nasjonalt nettverk for behovsdreven innovasjon i helsesektoren) vil det i løpet av våren og høsten 2015 gjennomføres et innovasjonsprosjekt knyttet til fedme. Formålet med prosjektet er å avdekke muligheter til å forbedre behandlingstilbudet slik det fremstår per i dag. I intervjuet vil vi blant annet fokusere på hvordan tjenesten fungerer i dag, samhandlingen mellom fastlegen, spesialisthelsetjenesten og deg som bruker. Kan dette gjøres bedre slik at du som bruker av tjenesten får et bedre behandlingstilbud?

Det vil bli gjennomført rundt 15 intervju. De som er aktuelle for intervjuer er helsepersonell, brukere av tjenesten og eventuelt pårørende. Tema som vil bli berørt vil hovedsakelig omfatte hvordan du opplever dagens situasjon knyttet til behandling av fedme. Hvordan du blir fulgt opp etter du har fått diagnosen, samhandlingen med fastlegen, og generelt sett tilbudet du får fra helsesektoren. Spesielt er vi interessert i å høre hva du syntes fungerer godt og hva du tror kan forbedres. Vi kommer ikke til å stille spørsmål om din medisinske tilstand. Vi avtaler tid, sted og varighet på forhånd slik at det passer deg best mulig.

Intervjuer har taushetsplikt. All informasjon vil derfor være anonym og det vil således ikke være mulig å identifisere deg i resultatene når sluttrapporten publiseres. Deltakelse er frivillig og du kan trekke deg når som helst underveis uten å måtte begrunne dette noe nærmere.

For de som samtykker at vi tar bilde / video, vil dette bli brukt til presentasjoner og/eller i prosjektrapporten. Dersom det vil gjelde andre ting enn dette, vil vi ta kontakt for et nytt samtykke.

Dersom du har spørsmål eller ønsker å trekke deg kan du til hver en tid kontakte:

Hanne Ekrøn Thomassen

☎ 41544553

✉ HanneEkrøn.Thomassen@sintef.no

Anne Karen Aanonli

☎ 900 96 835

✉ AnneKaren.Aanonli@sintef.no

Nina Vanvik Hansen

☎ 45276105

✉ ninavh@sintef.no

Samtykke i å delta i prosjektet:

☐ Jeg er villig til å delta, men ønsker å være anonym

☐ Jeg er villig til å delta, og samtykker i bilde / video

Signatur _____

Dato: _____

Jeg bekrefter at jeg har gitt informasjon om studien:

Signatur _____

Dato: _____

Intervjuguide pasient / bruker

Egenmestring i behandling av fedme – pasienten som aktiv deltaker

Semistrukturert åpent intervju

1. Generell bakgrunn

Kjønn / alder?

Hvor lenge har du hatt utfordringer med vekt/ overvekt?

Har du fått tilbud om behandling tidligere?

Har du noen utfordringer relatert til vekten i hverdagen?

2. Møte med helsetjenesten:

Kan du fortelle hvordan du opplever dagens helsetjeneste?

Eks.

- ☐ Pasientinformasjon
- ☐ Trygghet
- ☐ Samhandling mellom sykehus – fastlege
- ☐ Samhandling helsesektoren - pasient
- ☐ Pasientoppfølging
- ☐ Pasientmedvirkning og selvbestemmelse
- ☐ Bruk av IT verktøy

Hva var dine forventninger til behandlingen før oppstart og har disse forventningene blitt imøtekommet?

Hva slags type informasjon fikk du i forkant av behandlingen? (Leste du all informasjonen du fikk?

Hvorfor/hvorfor ikke?)

Har du informasjon/opplysninger/kunnskap nå, som du skulle ønske du hadde før?

Hva er spesielt bra? - Hvorfor?

Hva er spesielt utfordrende? - Hvorfor?

Har du en rolle i behandlingen?

Har du selv ansvar for noe?

Har du kontakt med andre utenfor helsetjenesten som hjelper deg /motiverer deg til å gå ned i vekt?

Er du motivert? Har du alltid vært motivert? Hva kan gjøre deg motivert? I hvilke situasjoner er det vanskelig å holde motivasjonen oppe?

Bruker du noe form for digitale verktøy (App el..) for å gå ned i vekt? I så fall hvilke?

Har livet ditt endret seg? (Ikke nødvendigvis vekten, men livet) Eller tror du det vil endre seg? (For de som ikke er i gang med behandling enda)

3. Fremtidens helsetjeneste

Burde noe vært gjort annerledes? Hvordan?

Hva skal til for at ideen din er realiserbar?

4. Pasienten i sentrum – selvbestemmelse og ansvar

Kan du selv ta ansvar for noe i forbindelse med selve behandlingen? (I så fall hva?)

Hvordan er det med dine IT-kunnskaper? Bruker du smarttelefon, PC, nettbrett el?

Kan alle pasienter med samme diagnose få tilbud om den samme tjeneste? (Hvis ikke, hva tenker du om det?)

Intervjuguide helsepersonell

Egenmestring i behandling av fedme – pasienten som aktiv deltaker

Semistrukturert åpent intervju

1. Bakgrunn og rolle i prosjektet

Hva er fedmebehandling?

Hva er din rolle i behandlingen av fedme?

2. Dagens helsetjeneste

Hvordan opplever du dagens tjeneste?

- ☐ Pasientinformasjon
- ☐ Trygghet
- ☐ Samhandling mellom sykehus – fastlege
- ☐ Samhandling helsesektoren - pasient
- ☐ Pasientoppfølging
- ☐ Pasientmedvirkning og selvbestemmelse
- ☐ Bruk av IT verktøy

Hva fungerer spesielt bra? - Hvorfor?

Hva er spesielt utfordrende? - Hvorfor?

- ☐ Kritiske punkter?

3. Fremtidens helsetjeneste

Hva mener du er viktig å kunne tilby denne pasientgruppen i fremtiden?

- ☐ Hva er annerledes en dagens tjeneste?
- ☐ Hva skal til for at ideen din er realiserbar?

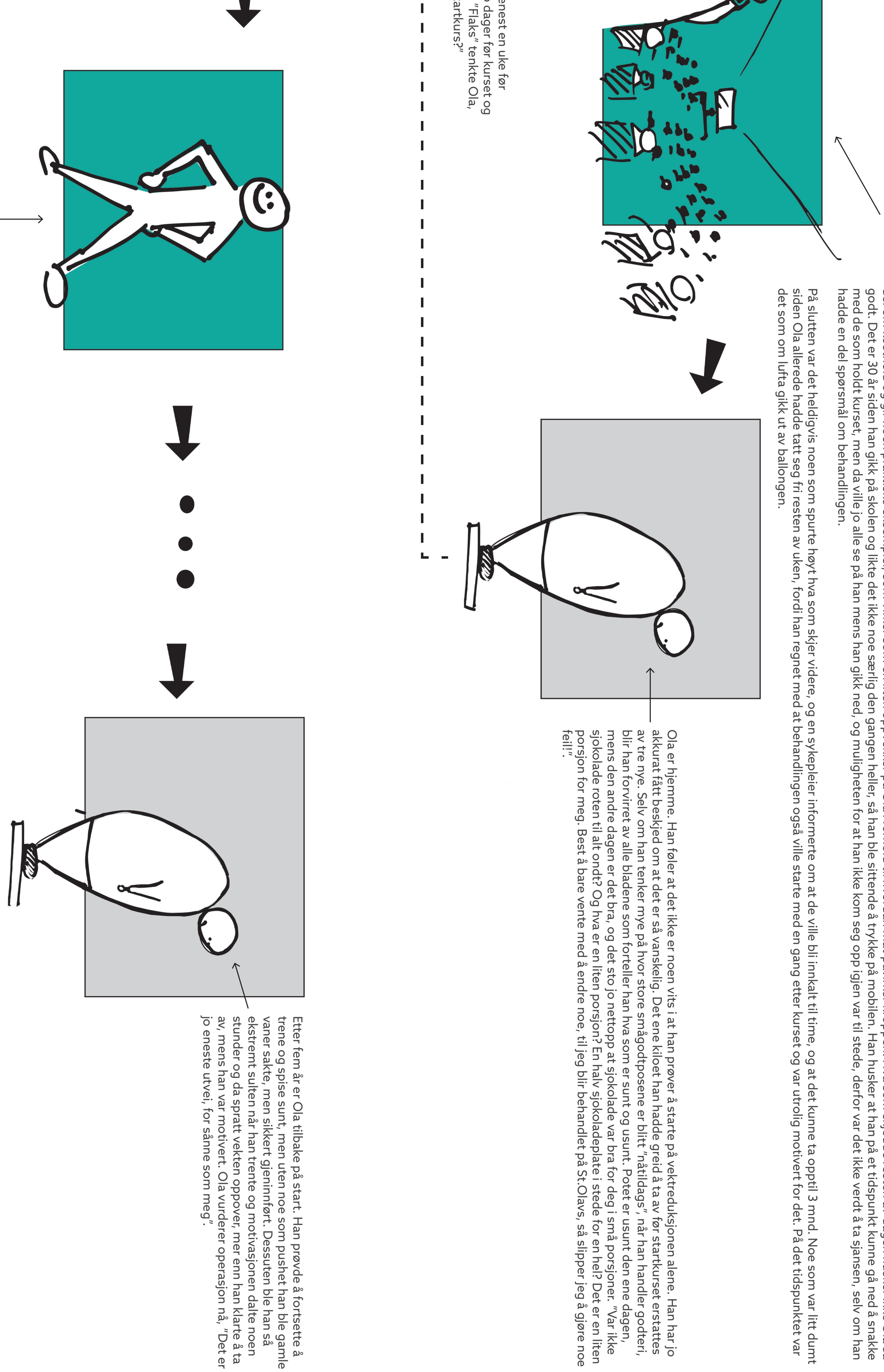
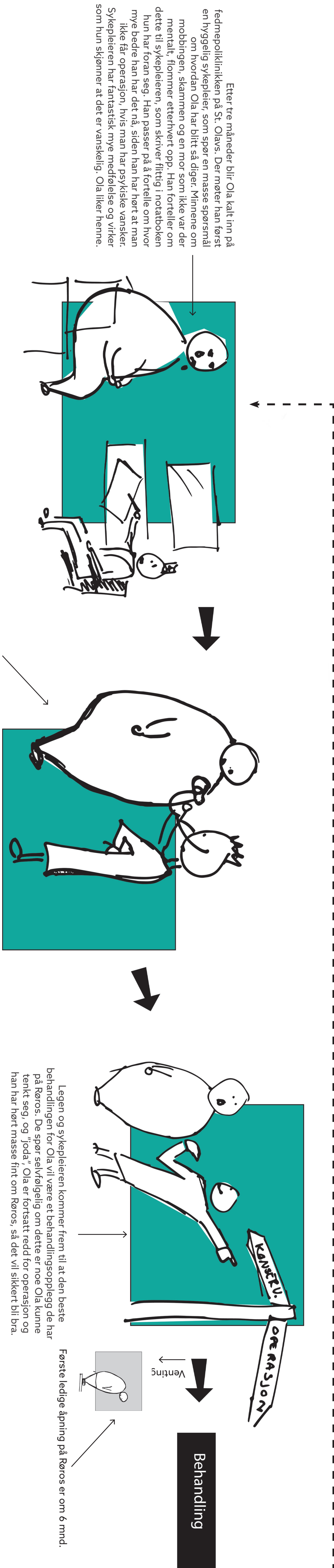
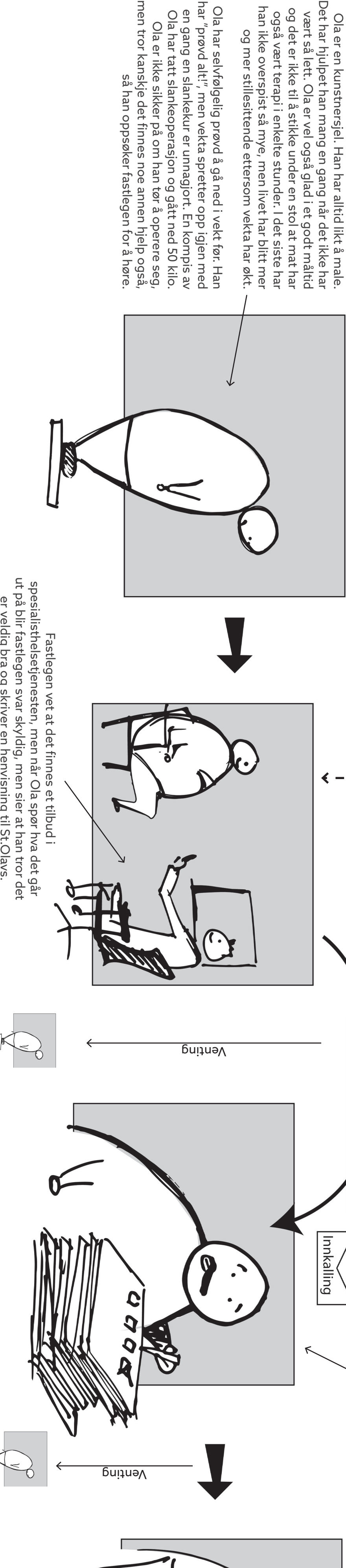
4. Barrierer og suksessfaktorer for å lykkes med innovasjon

Hvilke barrierer for innovasjon ser du dersom man skal utvikle, implementere og spre nye løsninger for denne pasientgruppen?

HISTORIEN OM OLA

St. Olavs vurderer om pasienten har rett til behandling. Hvis pasienten har BMI over 40 eller Over 35 med fedme/relaterte tilleggsdiagnoser, har pasienten rett til behandling og blir kalt inn hos St.Olavs. Hvis Ola ikke oppfyller disse krav, må han klare seg selv, eventuelt oppsøke fastlege igjen for å høre om det er noen alternative behandlinger eller grupper i kommunen.

Ola oppfyller "heldigvis" kravene for å ha rett på behandling i spesialisthelsetjenesten og får innkalling til noe som heter "Startkurs" om to måneder og er lykkelig fordi da tror han at behandlinger vil starte innen to måneder. I tillegg får han en bunke skjema han skal fylle ut. Han skjønner ikke helt hva disse skjemaene har med han å gjøre og føler at de prøver å plassere Ola i en "bås". Noen spørsmål skjønner han ikke heller, derfor svarer han ikke på de.



Møte ang e- læring og samhandling 22. januar 2016 på St. Olav

Tilstede: Bård Kulseng (st.olav) Monica Devle (st.olav), Olga Veia (st.olav) , Sissel Salater (st.olav), Hege Bjørn (st.olav), spl poliklinikk(st.olav , Karin Størseth (leder Ørland kommune), Anne Karen Aanonli (Sintef), Rigmor Furu (NST), Torbjørn Lindquist (NST) og Jorunn H Brendeford (reg. koordinator Helse Nord)

*Pga forsinkelser deltok representant fra NST fra kl 13-15 30 på møtet

Tema for møtet

1.Kort presentasjon av deltakere

Kort introduksjon om hvorfor vi ønsket et møte. Det ligger nå mange ulike kompetanseprogram for både pasienter og personell nå på nett. Hvordan sikre at informasjon og undervisning skal nå de aktørene som har behov for dette?

I forhold til Samhandling for et lettere liv, er det ønskelig å se på mulige metoder for å sikre at dette blir tilgjengelig og nyttig verktøy for helsepersonell. Viktigheten av kompetansebygging med kommunehelsetjenesten ble framhevet

St. olav har hatt gjennom mange år et godt samarbeid med fylkeskommuner og fylkesmenn gjennom nettsiden og kurs. Men de ønsker nå å se på omorganisering av innhold og bruken av denne nettsiden.

Sintef ønsker å legge til rette for at kompetanseprogram og nettinfo skal være så lett tilgjengelig for brukere som mulig (APP, blogger osv) .

2.Presentasjon av « Mine Behandlingsvalg» ved Jorunn

Dette er et beslutningsverktøy som skal brukes av pasienter, slik at de kan få god og korrekt informasjon om de ulike valgmuligheter i behandlingen av sykkelig overvekt. Verktøyet er laget av RSSO i Bodø, med samarbeid med UNN og Take Part. Dette ble publisert 16.12.15. det er satt av midler til forskning på effekt. Nå gjenstår det store arbeidet å få dette ut til publikum.

<https://minebehandlingsvalg.no/>

3.Presentasjon av kompetanseprogrammet «Samhandling for et lettere liv »ved Jorunn

Dette er et kompetanseprogram for helsepersonell som er utviklet på Helgelandssykehuset, LMS, NST og med økonomisk støtte fra Ekstrastiftelsen(LFO). Kursprogrammet er nettbasert og har innleveringsoppgave og 3.dagsamlinger over 1 år og kan gi kursbevis. Det har vært testet, men vi har ikke funnet den rette måten å organisere dette på.

Vi har forsøkt å se på muligheten til å videreutvikle dette til et universitetsstudie (UIN) som kan være et ledd i en master, i tillegg til et kompetanseprogram. Pga omorganisering er dette er satt på vent av UIN.

Kan dette gjøres om til et MOOC studie?

4. Presentasjon av programmet «Lettere å leve» ved Rigmor (Jorunn)

Et nettbasert informasjonsverktøy for pasienter som er videreføring av midler fra Ekstrastiftelsen (se over). Dette ble publisert nå i januar 2016. Her følger man en pasient på sin vei i endringsprosessen, og brukerperspektivet er i hovedfokus. Nettstedet er åpent og ligger tilgjengelig for alle.

<http://kurs.helsekompetanse.no/lettereleve/hea>

5 Presentasjon av Kompetanseprogrammet «Overvekt, livsstil og mestring» ved St. Olav ved Monica Devle

Dette nettstedet har vært i bruk siden 2006, og er ment som et samarbeidsverktøy til kommunehelsetjenesten. Oppdatering og ny organisering av innhold kan være en måte å gjøre dette på.

6. Kort informasjon om Helsedirektoratet`s planlagte kurspakker for 2016 . Ved Monica Devle

Det skal lages et kurspakketilbud for barn og overvekt i regi av Helsedirektoratet. Vi har ikke helt oversikt over hvor langt dette arbeidet er kommet. Det er ønskelig å få høre mer om dette ved en senere anledning.

7. Nettbasert undervisning til legene om sykkelig overvekt er laget. Ved Bård Kulseng

Dette er laget som et åpent kurs, men hvis man ønsker å få dette tellende, må man betale kursavgift. Dette er organisert under legeforeningen og er tilgjengelig der.

8. Hva må til for å lykkes med kompetanseheving? Diskusjon

Det kommer svært tydelig fram at for å lykkes må man involvere ledersiktet. Hvis denne gruppen fatter interesse, vil det gjøre det enklere å få gjennomført kompetanseplaner / kurs.

Hvordan vi skal få involvert ledere er ikke alltid like enkelt, men der er noe vi kan jobbe sammen om.

Brukervennlighet og brukerinvolvering er essensielt for å få innført kompetanseprogram.

9. Hvilke områder er spesielt viktige å få laget noe rundt? Diskusjon

Kunnskap om overvektog innvandrere

Kunnskap om ungdommer og overvekt/ behandling

Kunnskap om pasienter med noe redusert mental kapasitet og behandling

10. Kan vi samarbeide på noen felt?

Å få laget en felles plattform(nettside) hvor all informasjon og nettbasert opplæring er samlet er et mål.

Helst med et samarbeid eller i regi av Helsedirektoratet

Samarbeid mellom Nord og midt er naturlig og ønskelig. Kan gjerne invitere med de andre helseforetakene etter hvert, men for at gruppen ikke skal bli så stor er det lurt å starte med oss.

Kan dette gjøres om til et Nordisk samarbeid eller Europeisk samarbeid med tiden?

11 Veien videre:

- o Dialog med Jorunn Lervik i Trondhjem i forhold til hvor langt de er kommet med kurspakkene. Bård Kulseng tar kontakt og avtaler et møte
- o Hovedmål er å lage en felles nettbasert plattform som er delt inn for fagfolk og helsepersonell.
- o Lage mer konkrete delmål å jobbe mot; Monica og Jorunn ser nærmere på dette
- o Søke prosjektmidler fra de ulike aktørene, slik at man får avsatt penger til dette. NST, Helse Nord og Helse Midt
- o Samhandling for et lettere liv; må evalueres og eventuelt omgjøres til et åpent kurs. Rigmor Furu tar dette opp med prosjektgruppen og innkaller til møte om dette
- o Skal vi se på muligheten å trekke inn et universitet, slik at kompetanseprogrammenene kan gjøres om til MOOC utdanning? Jorunn tar dette opp med UIN for videre avklaring. Eventuelt tar vi kontakt med UIT eller NTNU?
- o Involvere brukerorganisasjonen tidlig i prosessen. (LFO)
- o Kan man lage APP eller mer brukervennlige utgaver av informasjonen? Jorunn B tar kontakt med UNN i forhold til Mine Behandlingsvalg, og Sintef er med videre i planene.
- o Monica og Jorunn er ansvarlig for oppfølging og innkalling til neste møte

Referent Jorunn H Brendeford

Kari Normann
Norgesveien 1
7030 Trondheim

INNKALLELSE TIL OBLIGATORISK INFORMASJONSKURS I REGI AV FEDMEPOLIKLINIKKEN

For å få behandling hos oss må alle gjennom et informasjonskurs i forkant, det er dette kurset du er innkalt til nå. Etter du har vært på kurset, vil du få en ny innkalling til en time på fedmepoliklinikken.

Dato og tidspunkt: **ONSDAG 08/02/16 KLOKKEN 08.30 - 15.30**

Sted: **KUNNSKAPSSENTERET, AUDITORIUM KA12**



Dette er kunnskapssenteret, med inngangen markert. Auditorium KA12 (som man ser på høyre bilde) ligger rett frem, når man går inn dørene. Et kart over området finner du på baksiden av arket.

PÅ KURSET VIL DU FÅ VITE MER OM:

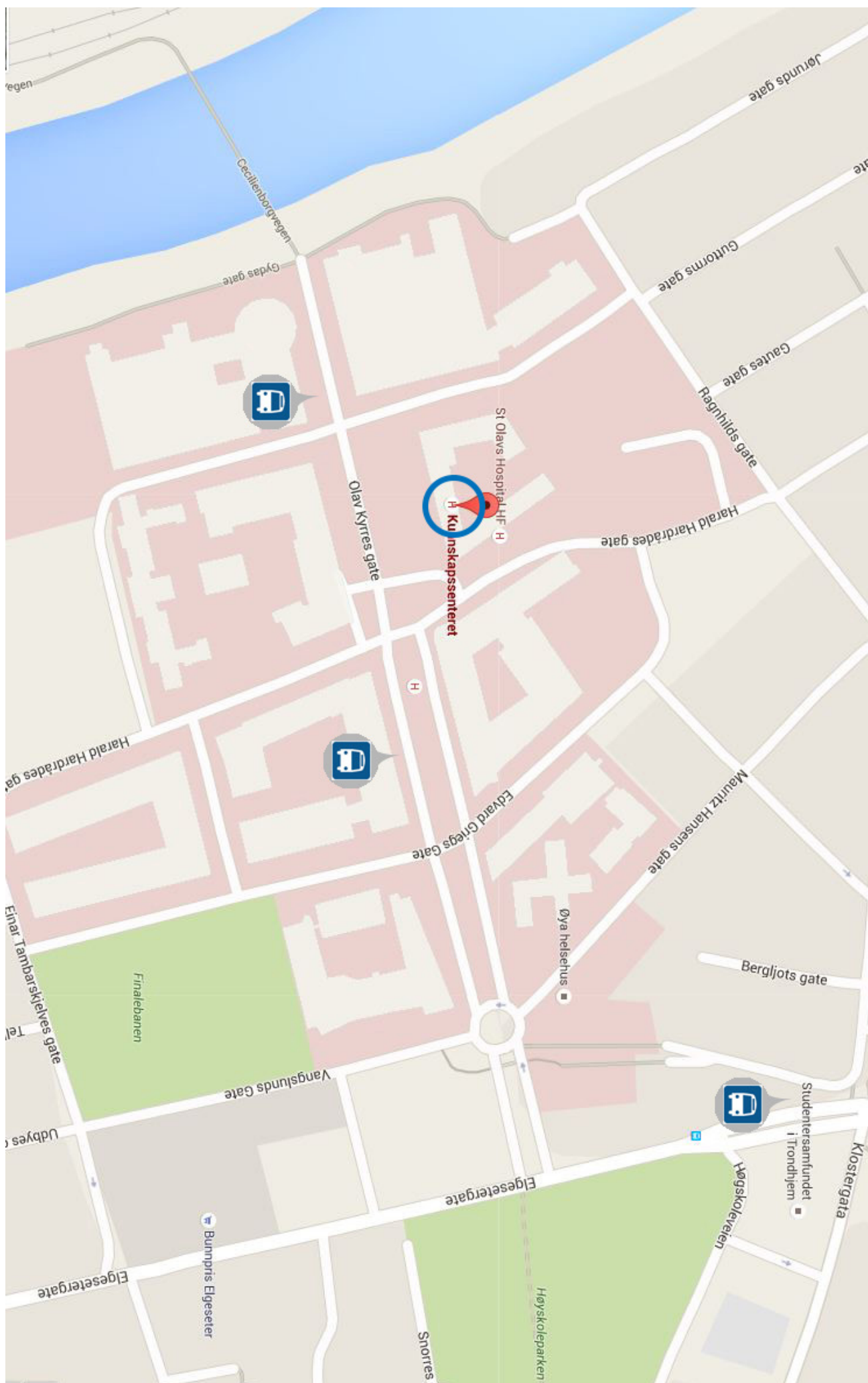
- Årsaker og komplikasjoner til fedme
- Kosthold og aktivitet
- Informasjon om behandlingstilbud ved poliklinikken
- Informasjon om forskningsprosjekter

Minner om at man ikke får starte behandling før kurset er gjennomført, slik at om du ikke har muligheten til å møte denne dagen, må du ringe og få dato for nytt startkurs!

Har du spørsmål kan du ringe Fedmepoliklinikken alle hverdager mellom 08.00-15.00 på telefon 72 82 96 56 eller last ned vår informasjons App fra App Store eller Google play.



APPEN HETER: **FEDMEINFO - ST.OLAVS**



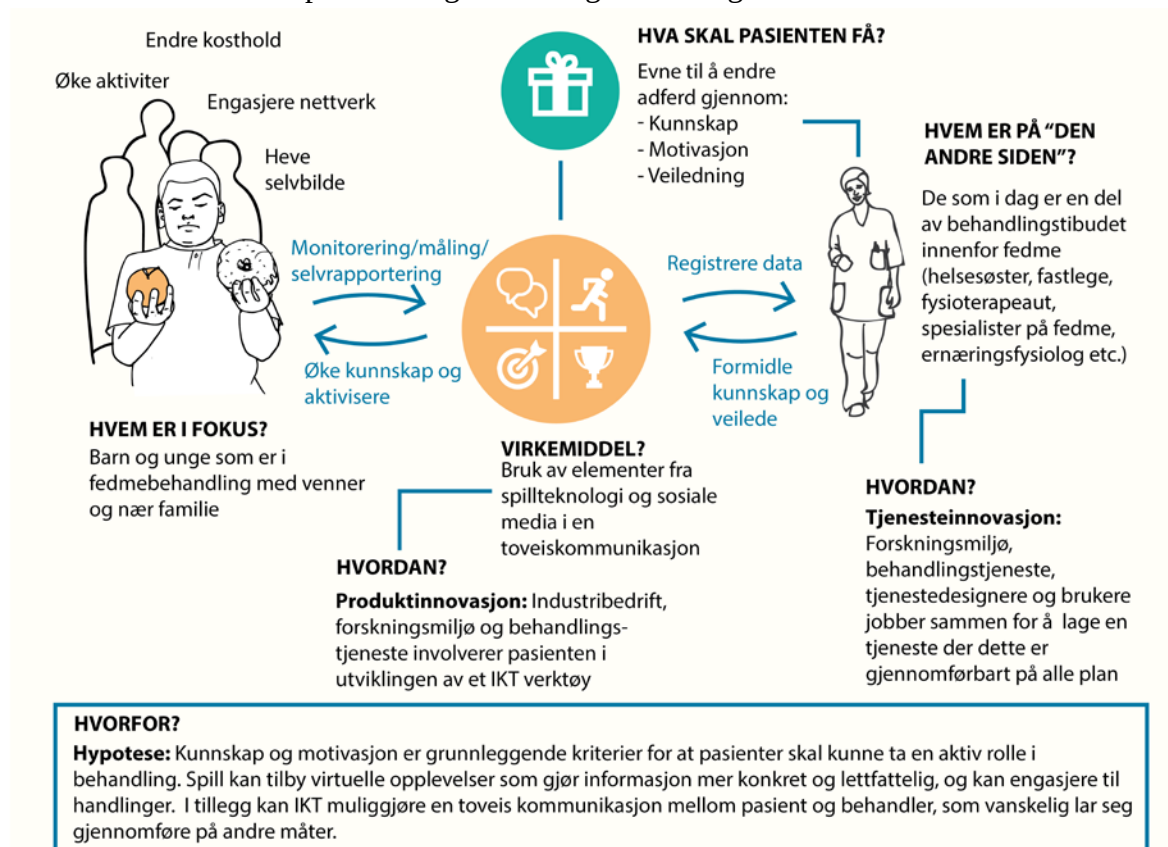
HELSEVEL forprosjektsøknad: IKT-støtte for økt egenmestring og bedre behandling for barn og unge med fedme

1 Prosjektidé – Innovasjonsprosjektet

1.1 Prosjektidéen

Visjon: Bekjempe fedme blant barn og unge ved å integrere IKT for bedre tjenester.

Hovedmål: Bedre og mer effektiv behandling av fedme blant barn og unge ved en ny tjenestemodell som tar i bruk spillteknologi for økt egenmestring.



Figur 1: Illustrasjon av hva man ønsker å oppnå i hovedprosjektet /innovasjonsprosjektet

Innovasjonspotensial: Bruk av spillteknologi kan gi bedre læring og økt kunnskap, som igjen kan føre til motivasjon for varig endring av adferd. Prosjektet henter inspirasjon fra *pervasive spill*[1], hvor spill er utvidet ut i den virkelige verden ved hjelp av mobilt eller allestedsværende teknologier. *Pervasive spill* har som mål å få spilleren vekk fra PCen og få dem i aktivitet i den virkelige verden[2], som er det vi ønsker for målgruppen i dette prosjektet. Per i dag, finnes det ikke slike spill/verktøy utviklet for bruk i offentlig behandling av fedme, løsningen krever derfor både produkt- og tjenesteinnovasjon.

Bakgrunn:

Flere barn og ungdom med fedme – voksende samfunnsproblem

Antallet barn og unge med fedme er stort og voksende i Norge og internasjonalt[3-5]. De høye tallene og faren fedme fører med seg for andre sykdommer, gjør at WHO anser overvekt og fedme for å være en av de mest alvorlige helseutfordringer verden står ovenfor i dag[3]. Dette representerer enorme kostnader for samfunnet – for pasientene i form av store helsemessige utfordringer og redusert livskvalitet, og for helsetjenestene ved sterkt økende etterspørsel etter tjenester. Barn og unge med fedme er en spesielt viktig gruppe å nå både for å forebygge kroniske

sykdommer og heve livskvalitet over lang tid. Ved å behandle barn og unge, slik at de oppnår varig endring av levevaner, vil man også forebygge fedme og overvekt hos deres fremtidige barn.

Stort behov for innovasjon - tjenester og verktøy

Problemene knyttet til fedme er kjent, men så langt har resultatet av behandlingen av barn og ungdom vært marginale, bortsett fra hos de aller yngste. Man ser et betydelig verdiskapingspotensial ved å ta i bruk nye løsninger for bedre og mer effektiv forebygging og behandling av barn og unge med fedme. Forskning fra NTNU viser at vellykket behandling krever langvarig oppfølging av helsepersonell, kunnskap og atferdsendringer hos den enkelte, og mobilisering av nettverket rundt den enkelte, for å støtte opp om endringer. Å få til endringer krever en helhetlig tilnærming. Får man til en god løsning for barn og ungdom med fedme, vil det også kunne ha stor overføringsverdi til behandling og forebygging av andre kroniske lidelser.

Muliggjørende teknologi – spillteknologi

Bruk av spillteknologi i helse- og omsorgstjenester, spesielt for å støtte pasienter i håndtering av egen sykdom, krever at man tar hensyn til mange aspekter, ikke bare helsen til pasienten, men også sosiale og følelsesmessige perspektiver. Spill generelt gir muligheter for informasjonsoverføring, motivasjon og engasjement, læring, refleksjoner og tilbakemeldinger. Spill er ikke bare individuelle arenaer, det er også arenaer for samhandling. Det er et sted man kan bygge inn systemer for monitorering og rapportering, enten ved at spillet registrerer aktivitet ved hjelp av en "smart device" eller ved at spillerne rapporterer data selv.

Det er imidlertid ikke nok å lage et spill som informerer om fedme, et sentralt element må være at spillteknologien faktisk skaper engasjement og handling i den virkelige verden. Slike spill finnes allerede i dag, *pervasive games*, eks. *Ingress*. Målet med *Ingress* er ikke bevegelse, men suksess i spillet krever aktivitet i den virkelige verden. Spillerne vil få forslag til ruter, hvor de leter etter spesifikke punkter, med informasjon om avstand og anslått tid for å finne alle punktene. *Ingress* har per i dag ca 7 mill brukere[6], og er et eksempel på et spill som mobiliserer til aktivitet, samtidig som spillerne lærer om de ulike stedene de skal besøke.

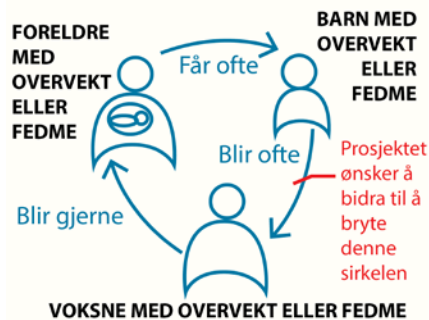
Et sentralt mål med innovasjonsprosjektet er å identifisere mulige spillplattformer, utvikle disse med de elementene man ønsker for å oppnå engasjement og den ønskede kommunikasjonen mellom alle aktørene.

Forankring

Initiativtaker er St. Olavs Hospital v/ Senter for fedmeforskning og innovasjon. Problemstillingen som prosjektet tar tak i har stor interesse nasjonalt og internasjonalt og det er et mål å få med flere sentrale organisasjoner og internasjonale partnere i hovedprosjektet. Prosjektidéen er også godt forankret og støttes av HMN RHF, gjennom Strategi 2020 og Innovasjonsstrategi 2016-2020. Prosjektidéen er videre godt forankret i nasjonale satsinger gjennom bl.a.; Folkehelsemeldingen (2013), God helse – felles ansvar, Nasjonal helse- og sykehusplan (2015) og Regjeringens forsknings- og innovasjonsstrategi (HelseOmsorg21).

Forskningsmessige utfordringer

1. Hvordan kan en integrert IKT-basert tjeneste bidra til å bedre og effektivisere dagens tjeneste og bidra til å redusere fedme blant barn og unge?
2. Hvordan kan man gjennom digitale teknologier bidra til endringer i adferd, vaner, aktivitet og kosthold – hos barn og unge med fedme?
3. Hvilke endringer vil det kreve av kommuner og helseforetak (helsepersonell) å ta i bruk en slik IKT-løsning?
4. Hvordan kan man dokumentere effekten av et slikt verktøy?
5. Hvordan kan man mobilisere nettverket rundt den enkelte pasient ved hjelp av IKT-løsninger?



Figur 2: Illustrasjon av hvordan det å behandle målgruppen, vil kunne forebygge fremtidig fedme

6. Hvordan kan man se for seg å bruke et slikt verktøy utenfor helsetjenesten, som kunnskapsheving, motivasjon og forebygging av fedme i familier, som ikke er i behandling, men som trenger å endre vaner?
7. Hvordan får man pasienter og andre til å ta IKT-verktøyet i bruk?

1.2 Forventede resultater og effekter av innovasjonsprosjektet

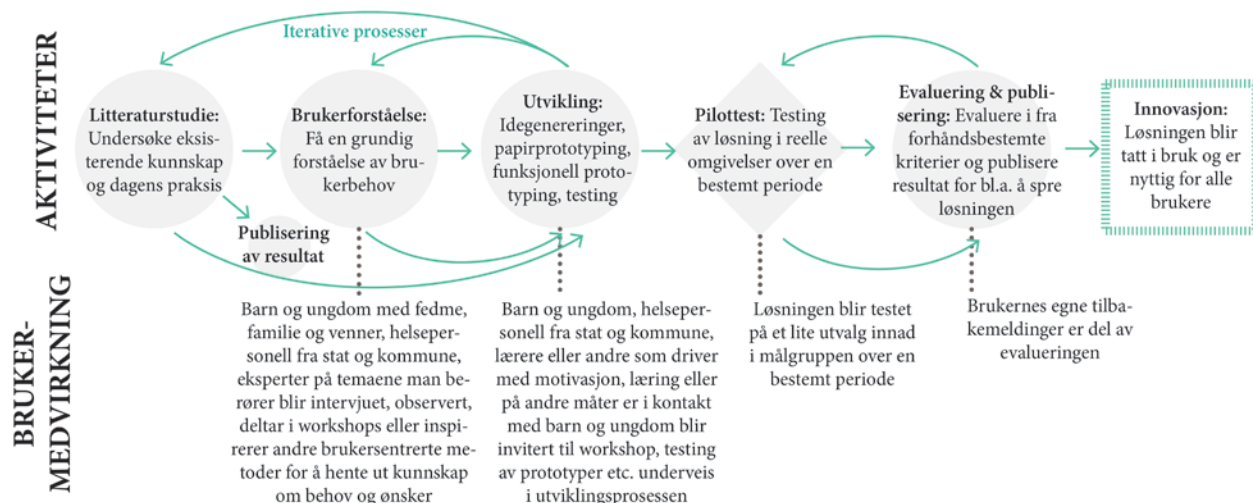
Forventede resultater

Innovasjonsprosjektet forventes å resultere i å etablere en del av en helhetlig behandlingstjeneste for barn og ungdom med fedme, understøttet av IKT-verktøy for egenmestring og veiledning.

Forventet effekter

1. Varig endring av levevaner, som fører til bedre livskvalitet gjennom aktivitet, sosialt engasjement og sunn vektutvikling, hos flere pasienter enn i dag.
2. Færre fedmerelaterte tilleggssykdommer og behovet for helsetjenester reduseres.
3. Bedre kunnskap om fedme og livsstil hos barn og ungdom med fedme og deres familier gjennom en digital informasjons- og aktivitetsplattform/kanal/medie.
4. Barn og ungdom tar til seg kunnskap og blir i stand til å gjennomføre en endring gjennom tilgang på eksisterende kunnskap om vekt og livsstil.
5. Selvtilliten og selvbildet hos pasientene er styrket gjennom tilgang på informasjon/kunnskap i ny plattform.

1.3 Gjennomføring av innovasjonsprosjektet



Figur 3: Illustrasjon av gjennomføring av innovasjonsprosjekt

Tjeneste og teknologiløsningene skal utvikles gjennom aktiv brukermedvirkning i hele innovasjonsprosessen og effektiv samskaping mellom pasienter, deres familier, helsetjenesten, FoU-miljø og næringsliv. Innovasjonsprosjektet vil følge en behovsdrevet innovasjonsprosess med tjenstedesign tilnærming, og fem prinsipper for tjenstedesign vil bli lagt til grunn for FoU-arbeidet; Samskapende, menneskesentrert, tidlig og ofte testing, helhetlig og visualisering[7].

1.4 Samarbeidspartnere og brukermedvirkning

Initiativtaker og klinisk koordinator er St. Olavs Hospital v/ Senter for fedmeforskning og innovasjon, i samarbeid med kommuner i regionen. Kontaktperson: Professor og overlege Bård Kulseng. **Prosjektleder og FOU-partner** er SINTEF avd. Medisinsk teknologi og avd.

Teknologiledelse. **Industripartnere** er ikke avklart ennå, men dialog er etablert med noen aktuelle firma og forprosjektet vil etablere konsortium som også inneholder industripartnere og internasjonale samarbeidspartnere. **Referansegruppe** vil bestå av nøkkelpersoner nasjonalt og

internasjonalt med kompetanse innen fedme, innen bruk av spillteknologi for endring av adferd, og innen IKT-basert tjenester for oppfølging og håndtering av egen helse. **Brukermedvirkning** vil bli sikret som beskrevet i figur 3 og punkt 1.3.

2 Beskrivelse av forprosjektet

2.1 Mål for forprosjektet

Hovedmål: Forprosjektet "IKT støtte for økt egenmestring og bedre behandling for barn og unge med fedme" skal etablere et konsortium/nettverk og gjennom workshops komme frem til en omforent og gjennomførbar hovedprosjektbeskrivelse.

Delmål

M1: Fremskaffe innsikt om kunnskapsfronten på fokusområdet. Aktivitet: litteraturstudie, intervjuer, observasjoner, og tverrfaglige workshops

M2: Få en oversikt over interessenter. Aktivitet: Utføre en interessentanalyse av aktuelle bidragsytere i et hovedprosjekt – synliggjøre alle interessentene og deres motivasjon og evne til å bidra i (eller bremse opp) prosjektet (*stakeholder* analyse)

M3: Fremskaffe innsikt fra potensielle brukergrupper. Aktivitet: Idéworkshop med skoleklasse på ungdomsskolen

M4: Få på plass samarbeid. Aktivitet: Kontakte andre miljøer som driver med fedmeforskning og behandling eller spillteknologi nasjonalt og internasjonalt

M5: Få på plass konsortium for et hovedprosjekt, med tverrfaglig samarbeid i fokus. Aktivitet: Workshop med ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten, bedrifter, forskere og andre miljøer for eksempel idrettsmiljø, barne- og ungdomsarbeidere, pedagoger

M6: Få på plass en omforent hovedprosjektidé. Aktivitet: Kontinuerlig dialog med samarbeidspartnerne og videreutvikling av konsepter skissert ovenfor.

M7: Leverer en solid prosjektsøknad til HELSEVEL. Aktivitet: Skrive en søknad som er godt gjennomarbeidet og omforent blant partnerne og i tråd med strategier i HF og hos sentrale aktører.

2.2 Organisering av forprosjektet

Prosjektleder Anne Karen Aanonli (SINTEF) og klinisk koordinator (klinisk ansvarlig) Bård Kulseng (St. Olavs Hospital) vil jobbe tett i prosjektet for å sikre tverrfaglig tilnærming og sikre brukermedvirkning. Forskningssykepleiere og forskere ved Fedmeklinikken St. Olavs samt flere designere og forskere ved SINTEF vil være involvert i hele prosjektet. Masterstudenter vil bli involvert dersom hensiktsmessig og mulig i forhold til tidsskjema. Det vil kontinuerlig bli søkt ytterligere finansiering til hovedprosjektet gjennom andre utlysninger.

Samarbeidspartnere i forprosjektet

St. Olavs Hospital: Universitetssykehuset i Trondheim, representert ved Regionalt senter for fedmeforskning og innovasjon og Fedmepoliklinikken, driver både forskning på og behandling av barnefedme. De har et bredt nettverk regionalt, nasjonalt og internasjonalt innenfor fedmeforskning og behandling. De vil være en viktig bidragsyter med tanke på å få kontakt med mulige, fremtidige samarbeidspartnere og å teste og spre en fremtidig løsning. De representerer selv en viktig brukergruppe i prosjektet, i tillegg har de kontakt med kommuner, fastleger og aktuelle pasienter som kan bidra i behovskartlegging, idégenerering og testing.

SINTEF TS, Avd. Teknologiledelse, API: Teknologiledelse skal bidra med design av spillteknologi med fokus på læring, motivasjon og adferdsendring hos pasientene. Gruppen har lang erfaring med spill for læring og adferdsendring i en rekke EU og norske prosjekter (f. eks. EU: TARGET, ManuSkills; NFR: TOOLS, ALTT). Aktiviteter i dette prosjektet vil være forankret i Technology Enhanced Lifelong Learning (TELL) Geminisenteret, et samarbeid mellom NTNU og SINTEF for å øke kunnskap om TELL), hvor API er en av partnerne.

SINTEF TS, Avd. Medisinsk teknologi, Innovasjon: Medisinsk teknologi skal bidra med prosjektledelse, tjenstedesign og brukerinvolvering. Gruppen har lang erfaring med behovsdrevne

innovasjonsprosjekter og tjenesteinnovasjon gjennom å kombinere kunnskap om helse- og omsorgssektoren med kompetanse innen tjeneste-/systemdesign, tverrfaglige prosesser og metoder/verktøy for aktiv brukermedvirkning i innovasjonsprosessen. Avdelingen har ledet InnoMed – Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet innovasjon i helse- og omsorgssektoren, på oppdrag fra Helsedirektoratet siden 2006, (www.innomed.no).

2.3 Prosjektplan for forprosjektet

Milepæler og tidsplan

MP1: Litteraturstudie og komplementerende arbeid for å skaffe oversikt over kunnskapsfronten er gjennomført og oppsummert skriftlig.

MP2: Interessentanalyse er gjennomført og interessentkart er tegnet opp. Dato er satt for idégenereringsworkshop med ungdom, og ungdommer er rekruttert.

MP3: Idégenereringsworkshop for ungdom er gjennomført, funnene er analysert og oppsummert skriftlig og visuelt.

MP4: Mulige samarbeidspartnere er vurdert, aktuelle samarbeidspartnere er kontaktet og dato for arbeidsmøte/workshop med disse er avtalt og planlagt.

MP5: Arbeidsmøtet/workshop med eksperter er gjennomført, referat inkludert fokus og innfallsvinkel for hovedprosjekt og samarbeidsavtaler er sendt ut til deltagere for godkjenning.

MP6: Hovedfokus, innfallsvinkel, samarbeidsavtaler og budsjett er godkjent blant samarbeidspartnere. Intensjonsavtaler er innhentet. Søknad om hovedprosjekt er sendt til Forskningsrådet.

April	Mai	Juni	Juli	August	September
M1 + M2	M3 + M4	M4 + M5	Fellesferie	M5 + M6	M6 + M7
MP1 + MP2		MP3 + MP4		MP5	MP6

2.4 Budsjett og finansiering for forprosjektet (i 1000 NOK)

Partnere	Egeninnsats	Timekostnader	Reise-/møtekost	Totalt som søkes	Totalt inkl. egeninnsats
St. Olavs Hospital					
Prosjektarbeid	150	20		20	170
Deltagelse workshop	50	10		10	60
SINTEF MedTek			10	10	10
Prosjektledelse		30		30	30
Prosjektarbeid		100		100	100
Fasilitere workshop		10		10	10
SINTEF TekLed			10	10	10
Prosjektarbeid		100		100	100
Fasilitere workshop		10		10	10
Totalt	200	280	20	300	500

Referanser

1. Benford, S., C. Magerkurth, and P. Ljungstrand, *Bridging the PHYSICAL AND DIGITAL in Pervasive Gaming*. Communications of the ACM, , 2005: p. 48 (3).
2. Hopkins, J., *Pervasive Games*. 2007: <http://www.slideshare.net/hopkins28160/pervasivegames>.
3. WHO, *Report of the commission on ending childhood obesity*. 2016, World Health Organization.
4. Helsedirektoratet, *Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelse-tjenesten. Forebygging og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge*. 2010, Helsedirektoratet: Oslo.
5. Hovengen, R., Hånes, H. *Overvekt og fedme hos barn og unge - faktaark med helsestatistikk*. 2015.
6. *Ingress (video game)*. Available from: [https://en.wikipedia.org/wiki/Ingress_\(video_game\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Ingress_(video_game)).
7. KS. *Samveis - Veikart*. 2015; Available from: <http://www.samveis.no/introduksjon-til-tjenesteinnovasjon/>.



ObeCe

Regionalt senter for
fedmeforskning og innovasjon



ST. OLAVS HOSPITAL
TRONDHEIM UNIVERSITY HOSPITAL

Velkommen, Bård!



MINE TIMER

FORLØP

MENS DU VENTER

OFTE STILTE SPØRSMÅL



ST. OLAVS HOSPITAL
TRONDHEIM UNIVERSITY HOSPITAL



Bård Kulseng

HELSEDATA

STATISTIKK





Din neste time er:

ONSDAG
23.02.16
KLOKKEN
13.00

Adresse:

Forsyningssenteret, 4. etg.
Prinsesse Kristinas gate
7030 Trondheim



PÅMINNELSE



VIS I KART



ST. OLAVS HOSPITAL
TRONDHEIM UNIVERSITY HOSPITAL



FAKTA OM MAT

FAKTA OM TRENING

FAKTA OM MENTALITET

SPILL OG OPPGAVER





LØGNER OM MAT



TIPS FOR Å
FÅ SLUTT PÅ
SØTSUG



HVA ER EGENT-
LIG SUNN MAT



BLABLABLA



BLABLABLA



BLABLABLA





JEG SKAL OPERERES

JEG SKAL IKKE OPERERES





Helsebasert verdiskaping til beste for pasienter og samfunnet

www.innomed.no