

Helsepersonells erfaringer fra pilotprosjekt med mobilapplikasjonen Vett

Av Kristine Holen Klæboe og Berit Hagemoen Linberg



Kristine Holen Klæboe var tidligere ergoterapeut ved Revmatisme-sykehuset på Lillehammer. Hun er nå ansatt i Lillehammer kommune. E-post: kristine.holen.klaboe@lillehammer.kommune.no



Berit Hagemoen Linberg er spesialist fysioterapeut ved Revmatismesykehuset på Lillehammer. E-post: berit.hagemoen.linberg@revmatismesykehuset.no.

Sammendrag

Bakgrunn: Bruk av teknologi innen helse er stadig økende, og det stiller nye krav til helsepersonell når det gjelder å vurdere hva som gir nytteverdi, og hvordan det bør implementeres i klinisk praksis.

Mål: Prosjektet hadde to hensikter:

- 1 Å undersøke brukervennlighet og nytteverdi av et digitalt hjelpemiddel (app) for livsstilsendring og rehabilitering.
- 2 Å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell hadde med å delta i et pilotprosjekt som ble ledet eksternt. Hensikten med artikkelen er å dele på helsepersonellets erfaringer med å delta i utviklingsarbeid gjennom et pilotprosjekt.

Metode: Et fokusgruppeintervju for å få fram helsepersonellets erfaringer ble gjennomført i etterkant med de ansatte som deltok i pilotprosjektet.

Resultat:

- 1 Brukervennlighet og nytteverdi ble positivt bekreftet gjennom tilbakemeldinger fra pasientene som deltok.
- 2 Helsepersonellets tilbakemeldinger var en opplevelse av en både spennende og krevende prosess, særlig knyttet til å skulle håndtere teknologi med «barnesykdommer», kommunikasjon med eksterne aktører og uttalte forventninger.

Konklusjon: Ved å fokusere eksplisitt på helsepersonellets erfaringer med gjennomføringen av prosjektet, ble vi i større grad bevisste på utfordringene. Dette ga nyttig lærdom som kan brukes i andre prosjektarbeider. Før en eventuell oppstart av et videre prosjekt vil vi ha en skriftlig plan for arbeidsoppgaver, ansvarsfordeling og tidsbruk. Det er spesielt viktig å ha en tydelig beskrivelse av samarbeidsformen når deler av prosjektet skal gjennomføres eksternt.

Nøkkelord: Prosjektarbeid, applikasjon, erfaringsbasert kunnskap, digitale hjelpemidler

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Innledning

I 2015 ble Revmatismesykehuset på Lillehammer som ett av flere sykehus spurt om å delta i et pilotprosjekt i samarbeid med Oslo universitetssykehus. Pilotprosjektet skulle undersøke brukervennlighet og nytteverdi av et digitalt hjelpemiddel (en app) utviklet for å følge opp prosessen om livsstilsendring etter deltakelse i et rehabiliteringsprogram ved sykehuset.

Det nye digitale hjelpemiddelet er en norsk mobilapplikasjon med navnet Vett som er under utvikling for å følge opp pasienter over tid. Revmatismesykehuset deltok i pilotprosjektet med å prøve ut Vett i oppfølging av åtte pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom i en periode på seks uker. Hensikten med applikasjonen er å støtte pasienten i endringsarbeidet fram mot et egendefinert mål.

Eksterne prosjektansvarlige skulle prøve ut appen for å sikre at «barnesykdømmene» ble fjernet. Revmatismesykehuset fikk gjennom prosjektet mulighet til å prøve ut implementering av det nye hjelpemiddelet i rehabiliteringsprosessen hos pasienter som har inflammatoriske sykdommer.

I etterkant av pilotprosjektet ønsket vi å undersøke hvilke erfaringer helsepersonell satt igjen med, og hvordan en opplevde utfordringer, ressursbruk og nytteverdi knyttet til applikasjonen. Hensikten med artikkelen er å formidle disse erfaringene. Erfaringene kan danne grunnlag for videre arbeid med lignende prosjekter og for en eventuell innføring av digitale hjelpemidler som kan styrke pasientens mål om økt aktivitet og deltakelse som resultat av en rehabiliteringsprosess ved Revmatismesykehuset.

REVMATISMESYKEHUSET OG VÅRT ARBEID

Revmatismesykehuset er en del av spesialisthelsetjenesten og hovedsenter for revmatologi i Oppland og Hedmark. Vår primære oppgave er utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med revmatiske sykdommer, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell. Rehabiliteringstilbud ved sykehuset innebærer individuell kartlegging av utfordringer knyttet til rehabiliteringsbehovet. En koordinator bidrar til at pasienten setter seg langsiktige mål med fokus på aktivitet og deltakelse, og på bakgrunn av dette igangsettes individuelle rehabiliteringstiltak i et samarbeid mellom pasienten og det tverrfaglige teamet. Det legges vekt på at målet skal være betydningsfullt, og at alle delmål skal bidra til å styrke pasienten i å mestre livet mest mulig på egne premisser.

Revmatologisk rehabilitering er i endring på

grunn av bedre medisinsk behandling som har ført til mindre sykdomsaktivitet og bedre helse hos pasienter med en kronisk sykdom (1). Til tross for at nyere medisiner har ført til bedre helse og funksjon hos personer med inflammatorisk revmatisk sykdom, er det mange som har utfordringer i hverdagslivet relatert til jobb og fritid (2,3,4). For disse personene kan endring av helse(u)vaner være viktig for å fungere best mulig. Helsetilstanden påvirkes av hvordan dagliglivet leves (5), og vanene vi har, er en viktig del av vår daglige rutine – hvordan vi gjør ting, hvordan vi deltar i aktivitet, og hvilke roller vi har (6). Vi vet gjennom forskning at det tar minst åtte uker å endre en vane (7,8). Det kan derfor være viktig å tilby oppfølging etter utskrivelse fra rehabiliteringsoppholdet. Bedre medisinsk behandling krever dermed at tilbudet til pasientene utvikles og tilpasses.

Digitale hjelpemidler kan være en hjelp for både pasienter og helsepersonell i rehabiliteringsprosesser. Digital oppfølging stiller krav til kognitiv funksjon, inkludert applikasjonen Vett. Siden vi har svært få pasienter med kognitive utfall, fant vi det relevant å delta i pilotprosjektet. Det ga oss en mulighet til å prøve ut om Vett kunne være et nyttig hjelpemiddel for pasientene som har behov for rehabilitering for å få til ønskede endringsprosesser i samsvar med målene som er satt under rehabiliteringsoppholdet.

MOBILAPPLIKASJON OG VETT

I samfunnet i dag er teknologi en stadig større del av hverdagen. Ifølge Norsk Gallup, 2016 (9), har opp mot 89 prosent av befolkningen i Norge nå en såkalt smarttelefon. Det tilbys mange applikasjoner på smarttelefoner som kan være en hjelp i arbeidet med å endre vaner. De fleste av applikasjonene har imidlertid ingen oppfølging av fagperson. En nyere studie fra Australia på hjertepasienter viser at å ha kontakt med en fagperson underveis, samtidig som de får hjelp fra en applikasjon, er en bedre hjelp i endringsarbeidet enn vanlige applikasjoner (10).

Vett er en applikasjon som er utviklet ved Oslo Universitetssykehus. Applikasjonen er enkel å bruke, personlig tilpasset og målrettet. I samarbeid med en fagperson legger pasienten inn egne mål for endring av vaner og konkrete tiltak som pasienten skal gjennomføre i en gitt periode. Det kan også legges inn et eget bilde til hvert mål, for å visualisere målene. Vett gir pasienten påminnelser om når tiltakene skal gjennomføres, på tidspunkt som man har bestemt selv, og pasienten skal etterpå bekrefte om tiltakene



Vett er en applikasjon som er utviklet ved Oslo universitetssykehus.

er gjennomført. Applikasjonen er knyttet opp mot fagpersonen, som kan følge aktiviteten og kontaktes ved behov på en e-post knyttet til Vett-appen.

PILOTPROSJEKTET

Vi startet pilotprosjektet med Vett-applikasjonen i mai 2015. Det ble satt sammen en tverrfaglig gruppe med «Vett-koordinatorer» bestående av en fysioterapeut, en sosionom, en sykepleier og en ergoterapeut. Denne gruppen fikk opplæring i bruk av applikasjonen og testet den først ut på seg selv. Hver enkelt satte opp egne mål om hvilke vaner vi ønsket å endre. Vi fikk oppfølging av prosjektleder med ett besøk før oppstart og et møte rett etter oppstarten av prosjektet, samt oppfølging per telefon og e-post i prosjektperioden. I tillegg ble det opprettet en Facebook-gruppe hvor Vett-koordinatorene kunne ta kontakt med teknisk ansvarlig for applikasjonen.

Ifølge prosjektplanen skulle hver koordinator ha ansvar for oppfølging av to pasienter. Til sammen fulgte vi opp åtte pasienter. Koordinatorene fulgte pasientens prosess fra de satte seg langsiktige mål til prosjektperioden var over. Underveis i prosjektet kunne koordinatorene følge pasientenes aktivitet elektronisk via et kontrollpanel og var tilgjengelig på e-post i tillegg til å ha en ukentlig samtale med pasientene på telefon. Koordinator og pasient avtalte dato og tid for oppringing. Det skulle settes av fem

minutter til telefonoppfølging som skulle kartlegge hvordan pasienten opplevde at Vett fungerte i endringsprosessen. Skjemaene fikk vi tilsendt etter at prosjektet hadde startet. De inneholdt flere spørsmål om pasientens mål, endring av vaner og hvordan applikasjonen fungerte.

Pasientene fikk muntlig informasjon om applikasjonen og prosjektet ved oppstart. I løpet av prosjektperioden fikk vi tilsendt skriftlig materiale og skjemaer fra prosjektleder som vi formidlet videre til pasientene. Et av skjemaene var for demografiske opplysninger som koordinatoren og pasienten skulle fylle ut. Et annet var SF-36, et skjema som kartlegger helserelatert livskvalitet. Disse skjemaene ble anonymisert med nummer. Koordinatorene ble tildelt skjemaer for halvtidsevaluering: et skjema for pasientene med ulike spørsmål knyttet til nytteverdien for Vett, og et skjema for koordinatorene, som omhandlet hvordan vi opplevde den praktiske gjennomføringen. Like før avsluttende vurdering oppstod det tekniske utfordringer med applikasjonen, og prosjektet ble stoppet midlertidig. Av ulike grunner er det så langt ikke tatt opp igjen. Data som ble innhentet fra pasientene under prosjektet, er foreløpig ikke analysert.

Metode for å undersøke helsepersonells erfaringer

Artikkelen har to forfattere. Begge deltok i pilotpro-

sjektet og i fokusgruppeintervjuet. Førsteforfatter har hatt ansvar for fokusgruppeintervju, transkripsjon, analyse og å skrive artikkelen. Andreforfatter har deltatt som veileder i prosessen, primært på skrivearbeidet.

FOKUSGRUPPE

Fokusgruppeintervju ble anvendt som metode for å få fram helsepersonellens erfaringer med å delta i pilotprosjektet. Et fokusgruppeintervju er en ikke-styrende intervjustil der det er viktig å få fram forskjellige synspunkter om temaet blant deltakerne (11).

Før fokusgruppeintervjuet ble det utviklet en semistrukturert intervjuguide for å sikre at vi fikk belyst ulike aspekter av erfaringene til koordinatorene og avdelingsleder. Spørsmålene handlet om hva koordinatorene lærte av prosessen, hvordan Revmatismesykehuset eventuelt kan bruke Vett videre, hvorfor vi ønsket å delta i prosjektet, og hvordan en som helsepersonell opplevde prosjektperioden: Hva var unyttig eller nyttig, utfordrende og givende?

Intervjuet ble gjennomført cirka åtte måneder etter avsluttet prosjekt. I fokusgruppeintervjuet var det til sammen seks deltakere: fire Vett-koordinatører, én avdelingsleder og én observatør. Observatøren hadde ikke kjennskap til pilotprosjektet før fokusgruppeintervjuet og hadde mulighet for å stille avklarende spørsmål. Intervjuet, som varte en time, ble gjort via opptakerapplikasjon på iPad. Det resulterte i et tekstmateriale på 15 sider.

ANALYSE

Teksten ble analysert ved å følge de seks fasene i tematisk analyse beskrevet av Tjora (12). Førsteforfatter har valgt å dele dataene inn i to kategorier: erfaringer med 1) teknologi og 2) prosjektarbeid. Deretter ble dataene delt inn i kategorier som forventinger, motivasjon, utfordringer og nytteverdi. Kategoriene var fremtredende i fokusgruppeintervjuet.

Erfaringer med å delta i pilotprosjektet UTGANGSPUNKT

Vår motivasjon for å delta i prosjektet var å bidra i utviklingen av ny teknologi, som vi kunne benytte i vår kliniske praksis. Forventningene ble forsterket av en engasjert prosjektleder med en god visjon for applikasjonen. Vi var motivert til å bruke Vett som verktøy for å hjelpe pasientene til å sette mål og endre vaner gjennom oppfølging over tid.

I tillegg så vi at Vett kunne bidra til å understøtte at tiltakene som ble igangsatt under rehabi-

literingsoppholdet, fortsatt ble gjennomført etter hjemreise.

EN FLYING START NÅR MAN MÅ «GRIPE SJANSEN»

En forutsetning for at Revmatismesykehuset skulle bli med i prosjektet, var at vi kom i gang umiddelbart, selv om nok ikke alt var helt klart.

«Det er veldig fort gjort å bare havne i ett eller annet, også må vi bare gripe det, også må vi bare kjøre på.»

De ansvarlige koordinatorene måtte lære å bruke applikasjonen på kort tid. Den skriftlige informasjonen til koordinatorene og pasientene var ikke klar. Dette gjaldt blant annet informasjon om prosjektet og de ulike spørreskjemaene. Koordinatorene hadde fått undervisning og muntlig informasjon om hvordan prosjektet var planlagt. Det fremkom likevel i intervjuet at vi ikke opplevde å ha fått nok informasjon.

«Fordi det ble en flying start egentlig på hele test ... prosjektet. Vi hadde ikke lært oss å bruke den (appen) helt ordentlig selv eh ... når vi skulle inkludere pasienter, også var ikke appen 100 prosent. Så det var mye støy, opplevde jeg, egentlig hele prosjektperioden og også det at det kom nye spørreskjemaer etter at vi hadde starta prosjektet som: "å ja også må vi ta dem, og så må vi ta dem".»

Det var frustrasjon over skjemaene som kom utover i prosjektperioden. Spørsmålene vi skulle stille over telefon var mange og ganske like, og vi skjønnte ikke helt hensikten. Generelt brukte vi mer tid på dette enn vi var forespeilet.

«... og det gjorde at i hvert fall jeg følte meg litt uproff. Litt fomlete i møte med pasienten.»

Gjennom intervjuet kom det fram at selv om vi som koordinatører hadde fått samme informasjon, gjennomførte vi samtalene på ulike måter. Vi brukte tid på å forklare pasienten spørsmålene og hvordan skalaen for spørsmålene skulle brukes.

«Jeg tenker at vi kanskje kunne være litt for snille, for det var vel egentlig ikke slik at pasienten skulle tenke seg så mye om før de ga ett svar.»

KOMMUNIKASJON PÅ VEIEN

Kommunikasjonen foregikk på flere arenaer. Mellom koordinatorene og prosjektleder var det stort sett kommunikasjon via e-post og telefon utenom møtene. Facebook ble brukt til å kommunisere med

teknisk ansvarlig. Når prosjektleder ikke kunne svare på spørsmålene, ble det henvist til teknisk ansvarlig og motsatt, og det var noen ganger uklart for koordinatorene hvem som skulle kontaktes. Fordelen med å bruke en Facebook-gruppe var at den ene koordinatoren, som jobbet turnus, fikk oversikt over utfordringer og problemløsninger som de andre hadde hatt.

Informasjonsflyten mellom koordinatorene ble opprettholdt med møter ved behov. Det varierte hvem som tok ansvar for å avtale møtene, og det var utfordrende å få med alle, siden én jobbet turnus og flere av koordinatorene var borte deler av prosjektet på grunn av ferie. I intervjuet kom det fram at det ikke var blitt utpekt noen leder som ansvarlig for praktisk gjennomføring. Avdelingsleder trodde det var den ene koordinatoren, men koordinatorene hadde ikke forstått det slik.

Det ble brukt mer ressurser i prosjektet enn vi hadde regnet med da vi startet.

«Jeg ble litt overrasket over egentlig hvor mye ressurser det tok, selv om fem minutter med telefon bare” dat-dat”, så går det likevel mer ressurser for du må ringe flere ganger [for å få tak i pasienten], og så snakker du litt lenger i telefonen enn du hadde tenkt.»

Til tross for utfordringene klarte vi å ta ansvar og få det til på en god måte. Vi visste at det ville være utfordringer knyttet til teknologi, men kanskje ikke fullt så mye knyttet til det å gjennomføre et prosjekt.

«Her var det kanskje mye som var lite gjennomtenkt eller at vi hadde brukt for lite tid sammen med dem [prosjektleder] i starten, mulig ... eh, også er det kanskje sånn det er når en skal prøve ut noe nytt eh... begge deler»

Når prosjektet skulle avsluttes, var uklart, fordi prosjektet ble «lagt på is» i påvente av nytt design på applikasjonen. Vi savner en presentasjon av resultatet, spesielt siden vi opplevde at applikasjonen var nyttig for flere av pasientene.

Siden det var uklart når prosjektet skulle avsluttes, gikk det åtte måneder før det ble evaluert internt. Det gjorde at vi fikk avstand til prosjektet og husket det som gjorde inntrykk. Samtidig var det utfordrende å huske detaljer.

ERFARINGER MED BRUK AV TEKNOLOGI

I fokusgruppeintervjuet ble det sagt at det var lettere å følge opp pasientens mål med Vett. Applikasjon

Avbryt Uten navn	Lagre
Legg til motivasjonsbilde	
Beskriv målet ditt	
Hvor nær er du målet ditt i dag?	
<input type="range"/>	80 %
Oppgaver	0 >
Motivasjon	0 >

Applikasjonen er mer tilgjengelig for pasienten i hverdagen enn et ark som fort kan bli glemt.

nen kan være nyttig for både pasient og helsepersonell og lette hverdagen vår med å hjelpe pasienten å lage mål og senere følge opp disse målene. I dag skrives målene inn i et måldokument i elektronisk journal, og pasienten får en papirkopi. Slik vi har erfart det, er applikasjonen mer tilgjengelig for pasienten i hverdagen enn ett ark som fort kan bli glemt.

«Jeg har stor tro på at det kan være med å motivere til at de (pasientene) greier å holde ut lenger med noe trening hvis de har noe slik oppfølging. At vi ikke slepper dem så fort.»

Vi opplevde imidlertid utfordringer med at applikasjonen hadde «barnesykdommer». Da vi startet prosjektet, var applikasjonen kun tilgjengelig på iPhone eller iPad. Applikasjonen trengte oppdateringer jevnlig, men disse kom ikke som avtalt. Det skapte usikkerhet om hva som skulle skje videre. Det

ble således en utfordring både å lære og å teste ut applikasjonen for oss og pasientene. I påvente av oppdateringer og nytt design forteller en av koordinatorne:

«Vi ble mellomleddet ut til pasienten, så det var jo vi som måtte fremstå som uvitende og ikke helt ha koll på hva som egentlig skjer. Det synes jeg var litt ubehagelig.»

Å skulle lære en ny applikasjon og møte de ulike tekniske utfordringene som dukket opp, var mer ressurskrevende enn forventet.

«Det skaper såpass mye frustrasjon mens vi driver på med det der, så at, er det slik det skal være er det ikke noe interessant å være med for da vil jeg bruke tida mi på pasientene når de først er inne her».

Diskusjon

BETYDNINGEN AV PROSJEKTPLAN OG KLARE ANSVARSLINJER

Å bruke tid på å planlegge er et av flere punkter for å lykkes med å gjennomføre et fagutviklingsprosjekt, ifølge Ingvild Kjekken (13). Sett i etterkant har vi brukt for lite tid i starten sammen med prosjektleder for å planlegge oppstart, arbeidsoppgaver og ressursbruk. Tidspunktet for oppstart medførte at det ble mer ressurskrevende på grunn av ferieavvikling. Helsepersonellet som deltok, hadde ingen erfaringer med å delta i prosjekter som var ledet eksternt og omhandlet ny teknologi, men det ble ikke prioritert å innhente eller etterspørre andres erfaringer og få praktiske råd, slik Kjekken viser til (13). Samtidig må man spørre seg om det er realistisk å klare å sette av nok tid når man bare må «gripe sjansen». Hvis vi ikke hadde «grepet sjansen», hadde vi ikke fått delta i prosjektet, og ville vært erfaringene foruten.

I planleggingen av et prosjekt er det viktig å ha en skriftlig plan som omfatter organisering, gjennomføring og ressursbehov (13). I forhold til organisering av pilotprosjektet erfarte vi utfordringer både internt og eksternt. Siden prosjektet var ledet eksternt, hadde vi forventinger om å følge en struktur og plan for hva som skulle gjøres, og av hvem. Vi opplevde ikke å få denne oversikten. Det er ekstra viktig med god planlegging når flere ledd skal samarbeide i et prosjekt. Det blir blant annet viktig å sikre at det er én som har avsatt tid til å lede prosjektet (13).

Ifølge Kjekken (13) er det viktig å være forberedt på at planen kan forandres underveis. Det kan stilles

spørsmål om informasjonen var tydelig nok i starten, og om vi var godt nok forberedt på at planen kunne forandres. Det bør være faste møter underveis i prosjektperioden for å diskutere fortløpende erfaringer og eventuelt justeringer i forhold til prosjektplanen (13). Dette hadde vi ikke rutiner på, men antakelig kunne vi fått til flere treff om en møteplan var satt opp i god tid. Det samme gjelder også kommunikasjonen med prosjektleder og teknisk leder, som var på to ulike arenaer, noe som påvirket informasjonsflyten. Dersom vi hadde hatt faste møter internt, én arena å kommunisere på og faste møter med prosjektleder på telefon eller via videosamtaler, kunne det bidratt til at vi fikk tid til å stille spørsmål om forandringene.

I en prosjektplan skal det beskrives hvordan man skal evaluere resultatene av prosjektet, som innebærer å vurdere om målene man har satt, er nådd (13). I tillegg skal prosjektet oppsummeres i en rapport som gjøres tilgjengelig for alle som har vært involvert, for å vurdere hvordan erfaringene og resultatene kan brukes i videre klinisk praksis (13). Det vi sitter igjen med etter endt prosjekt, er helsepersonellens erfaringer, som kan være til nytte for andre og for oss selv i videre arbeid med lignende prosjekter.

Det å være et «mellomledd» mellom prosjektledelsen og pasienten medførte manglende oversikt og en merbelastning når man føler man ikke har grunnlag for å gi et godt svar til pasientene. Vi kan kanskje se på digitale hjelpemidler i likhet med velferdsteknologi, hvor etableringen av teknologien rundt pasienten krever et samarbeid mellom flere profesjoner, som teknologer, utviklere og helsepersonell (14). Dette kan gå ut over pasientene ved at det brukes mer tid, men man kan håpe at de likevel syntes at det er verdt det som en investering i bedre behandling senere.

Da vi etter åtte måneder evaluerte prosjektet internt, kom det fram at vi ikke husket alt. Ifølge Kjekken (13) er det viktig å skrive ned refleksjoner og erfaringer fortløpende i en loggbok og ha en oppsummering i etterkant. Skulle vi gjennomført det samme en gang til, ville vi ha notert ned refleksjoner og hendelser underveis og gjennomført evalueringen kort tid etter avslutning.

TEKNOLOGI SOM EN MULIGHET

Siden revmatologisk rehabilitering er i endring (1), kreves det at helsepersonell er med i utviklingen av teknologi for å gi den beste behandlingen til

den enkelte pasient. Vi erfarte at det krever tid og ressurser å delta i dette utviklingsarbeidet. Selv om digitale hjelpemidler brukes i økende grad i dagens samfunn, er det krevende å implementere teknologi i en klinisk praksis. Helsepersonell er vant med å jobbe med pasienter og ikke teknologi. Nå må vi kanskje se på teknologi som en del av vår praksis. Det digitale hjelpemidlet er en fin måte for helsepersonell å følge opp og støtte pasienter i endringer som krever tid. Vi vet det tar flere uker å endre en vane (7,8), og at oppfølging fra en fagperson i tillegg til en applikasjon kan ha effekt i endringsarbeidet (10). Det at pasientene har egendefinerte mål og tiltak, kan bidra til økt bevissthet og mulighet til å gjennomføre ønsket aktivitet. Det er gjennom aktivitet at man oppdager sitt potensial og kan gjøre endringer (15).

Neste gang skal vi ...

bruke erfaringene vi har tilegnet oss! Vi ser det er viktig å sette av tid til å planlegge prosjektet og ha en tydelig prosjektplan med en klar ansvarsfordeling. Det er vesentlig at prosjektet blir planlagt slik at det ikke kolliderer med ferieavvikling. For bedre og tettere kommunikasjon mellom de som gjennomfører prosjektet og prosjektleder bør vi ha én bestemt arena å kommunisere på, slik at det er oversiktlig for alle parter, også de som jobber turnus. Vi bør også planlegge faste møter med prosjektleder. Internt er det viktig å ha en leder i gruppen som har ansvar for å innkalle til møter internt og ha kontakt med prosjektleder. Vi ser at det kunne vært nyttig å ha loggført situasjoner og erfaringer underveis i prosjektet, spesielt siden evalueringen ble gjennomført en stund i etterkant. Vi vil derfor gjennomføre evalueringen kort tid etter avsluttet prosjekt i tillegg til å føre loggbok for å sikre at erfaringene blir notert og er friskt i minnet. Det kan bidra til at evalueringen blir mer konkret og utdypende.

Vår erfaring er at det var flere utfordringer som omhandler organiseringen av prosjektet, enn utfordringene angående teknologi. Det understøttes av at vi har erfart at pasientene syntes bruk av teknologi var nyttig, og kan bety at vi kanskje gjennomførte oppfølgingen av pasientene på en bedre måte enn vi selv hadde opplevelsen av. Samtidig var det oppdateringer av teknologien som bidro til en stopp i videre arbeid med prosjektet. Til tross for ulike utfordringer har vi stor tro på teknologiens muligheter i fremtiden. Med erfaringene vi har gjort oss, er vi bedre rustet til nye prosjekter.

Tusen takk til Anne Marit Mengshoel, professor ved Universitetet i Oslo, som har vært ekstern veileder på artikkelen.

Litteraturliste

1. Klokkerud M. Rehabilitation for patients with rheumatic diseases - Describing the content and measure outcomes (ph.d.). Oslo: University of Oslo; 2013, s. 932.
2. Al Maini M, Adelowo F, Al Saleh J, Al Weshahi Y, Burmester GR, Cutolo M, et al. The global challenges and opportunities in the practice of rheumatology: white paper by the World Forum on Rheumatic and Musculoskeletal Diseases. *Clin Rheumatol.* 2015;34(5):819-29.
3. Neovius M, Simard JF, Klareskog L, Askling J. Sick leave and disability pension before and after initiation of antirheumatic therapies in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(8):1407-14.
4. Sokka T, Kautiainen H, Pincus T, Verstappen SM, Aggarwal A, Alten R, et al. Work disability remains a major problem in rheumatoid arthritis in the 2000s: data from 32 countries in the QUEST-RA study. *Arthritis Res Ther.* 2010;12(2):R42.
5. Jakobsen, K. Ergoterapi og den positive helseprosessen. Aktivitetsperspektiv på dagnad, deltagelse og dagligliv. 2. utgave. Tapir Akademiske Forlag, Tondheim 2006.
6. Kielhofner, G. Motiver for aktivitet, mønstre i aktivitet og udøvelse av aktivitet: de grunnleggende begreper. MOHO-modellen for menneskelig aktivitet. FADL's Forlag 2006, s. 13-27.
7. Lally P. et al. How are habits formed: Modelling habit formation in the real world. *European Journal of Social Psychology.* Eur. J. Soc. Psychol. 2010; 40, 998-1009.
8. Gardner B et al. Making health habitual: the psychology of 'habit-formation' and general practice. *Br J Gen Pract* 2012 Dec; 62(605):664-6.
9. Norsk Gallup: <http://medienorge.uib.no/statistikk/medium/ikt/388> [Hentet 29.11.16].
10. Varnfield M et al. Smartphone-based home care model improved use of cardiac rehabilitation in postmyocardial infarction patients: results from a randomised controlled trial *Heart.* 2014 Nov; 100(22):1770-9.
11. Kvale, S. & Brinkmann, S. Det kvalitative forskningsintervju. 2. utgave. Gyldendal akademiske. 2009.
12. Tjora A. Analyse av kvalitativ data. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Kap 5 2012, s. 174-186.
13. Kjekken I. Fra idé til prosjekt. Hvordan planlegge et fagutviklingsprosjekt? *Ergoterapeuten* nr. 2 2012; s. 38-42.
14. Laberg, T. Velferdsteknologi og ergoterapi. *Ergoterapeuten* nr. 6 2011, s. 1-4.
15. Jackson J., Carlson M., Mandel D., Zemke R. and Florence C. Occupation in Lifestyle Redesign: The Well Elderly Study Occupational Therapy Program. <http://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1862541> Hentet [05.03.2018]; 1998; s. 326-336.