



REGIONAL
KOORDINERINGSGRUPPE
E-HELSE OG VELFERDSTEKNOLOGI
AGDER

SLUTTRAPPORT DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING AGDER



Kristiansand



Arendal



Farsund



Birkenes



Bygland



Bykle



Evje og Hornes



Flekkefjord



Froland



Gjerstad



Grimstad



Hægebostad



Iveland



Kvinesdal



Sørlandet Sykehus



Lillesand



Lindesnes



Lyngdal



Risør



Sirdal



Tvedestrand



Valle



Vegårshei



Vennesla



Åmli



Åseral



SØRLANDET
SYKEHUS

1 INNHOLDSFORTEGNELSE

2	Kort oppsummering om prosjektet	3
3	Innledning.....	4
4	Bakgrunn	6
5	Mål med tiltaket	7
6	Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt	10
7	Måloppnåelse/Gevinster	24
8	Læringspunkter/ Erfaringer	31
9	Tilrettelegging for/ plan for videre drift	34
	Vedlegg	36
	Vedlegg A Regional Koordineringsgruppe	36
	Vedlegg B Gevinstrapport	36
	Vedlegg C Tjenesteforløp med oppfølging fra Regional Telemedisinsk sentral	36
	Vedlegg D Tjenesteforløp sykehus-kommune.....	36
	Vedlegg E Tjenesteforløp psykisk helse og «ute i tjenesten»	36
	Vedlegg F Tjenesteforløp PHT	36
	Vedlegg G Samarbeidsavtale fastleger	36
	Vedlegg H Algoritmer	36
	Vedlegg I Vurdering av logistikkansvarlig	36
	Vedlegg J Digital hjemmeoppfølging til andre regioner	36
	Vedlegg K Medieoppslag	36

2 KORT OPPSUMMERING OM PROSJEKTET

Siden 2012 har kommunene i Agder, Sørlandets sykehus helseforetak (SSHF), fastleger, Universitet i Agder (UIA) og ulike bedriftspartnere samarbeidet om prosjekter innen trygghetsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Begrepene på denne type oppfølging har endret seg gjennom tidene, fra telemedisin og medisinsk avstandsoppfølging, til det vi dag kaller digital hjemmeoppfølging (DHO).

Agder har gjennom årene gjort mange erfaringen innenfor feltet. Som et av seks prosjekt i helsedirektorats satsning nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) ble erfaringer fra tidligere bygget videre på. Målet med deltakelsen var **bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse, lavere kostnad samt tjenesteutvikling som sikrer overgang til drift i 2022.**

Forskningen ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie (RCT). Digital hjemmeoppfølging **Agder inkluderte 147 pasienter** innen fristen for inklusjon 1/7-2020. Med 103 pasienter i tiltaksgruppen og 44 pasienter i kontrollgruppen. NVP DHO Agder har god erfaring med at **DHO gir opplevelse av mestring, økt trygghet og større innsikt i egen helse.**



Seks måneder etter inklusjonen ser vi en **svak tendens til økning i bruk av kommunale tjenester hos kontrollgruppen** med økning på 24 minutter i gjennomsnitt fra nullpunkt. Hos tiltaksgruppen og tiltak uten randomisering, ser vi en svingende kurve på bruk av tjenester i hjemmet fra nullpunkt med gjennomsnitt på 93 minutter til gjennomsnitt på 80 minutter ved 6 måling. Hos samme gruppe ser vi **tendens til nedgang på bruk av praktisk bistand** med gjennomsnitt på 33 min ved nullpunkt til 27 minutter ved 6 måling.

Pasientene er fornøyd med tjenesten. Brukerundersøkelsen viser **en bedring på 8 av 8 spørsmål om egen helse.** I tillegg sendes det fra sjettemåned ut 3 spørsmål i tillegg i samme undersøkelse med spørsmål om oppfølgingen og trygghet i forbindelse med oppfølgingen. Ved første undersøkelse er det et snitt på 4,1 (5 er høyeste mulige score) og denne øker til 4,3 ved undersøkelsen etter 1 år.

Våren 2020 kom pandemien som preget verden. Nye måter å jobbe på ble nødvendig og prosjektene møtte på utfordringer, men også nye muligheter og økt fokus. Løsning for **DHO til covid-19** ble utarbeidet av prosjektet for kommunene på Agder og Sørlandets sykehus som **de første i Norge.** Kommunen fikk mulighet til å ta i bruk **app for oppfølging.** Det gode samarbeidet og prosjektets erfaring gjorde også at sykehuset raskt fikk på plass hjemmesykehus for covid-19 pasienter.

Smidig arbeidsform, godt samarbeid mellom aktørene og organisasjoner som aktivt tok i bruk tjenesten var suksessfaktorer. Erfaringene i prosjektet viser at det er en nødvendighet å tenke nytt og tar i bruk nye metoder for å ivareta syke mennesker – både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. **Det fordrer både kultur- og holdningsendring i tillegg til tydelige føringer fra både nasjonale instanser, i helseforetakene, for fastlegjetjenesten og kommunene.**

3 INNLEDNING

3.1 OPPDRAGET

Helsedirektoratet fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i perioden 2018-2021. Agder v/Kristiansand kommune er et av de 6 prosjektene som deltar i utprøvingen. Prosjektet har hatt fokus på samarbeid mellom pasient, fastlege, helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Tilskuddet som ble mottatt skulle dekke utgifter til aktiviteter som rettet seg mot målene:

Formål: få tilstrekkelig kunnskap om digital hjemmeoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket

Hovedmål: kunne gi nasjonale råd eller anbefalinger om hvordan fastlegen som medisinsk faglig behandlingsansvarlig kan initiere digital hjemmeoppfølging som del av behandlingen og hvordan andre kan følge opp medisinske målinger i samarbeid med fastlegen i et helhetlig pasientforløp.

3.2 MOTIVASJON FOR DELTAKELSE

Agder har siden 2012 jobbet med digital hjemmeoppfølging i ulike prosjekter. Det er et uttalt mål at velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020¹. På Agder har kommunene etablert Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi (RKG)² som er forankret hos Rådmannsgruppen i Regionalplan Agder, hvor et av målene er at kommunene i regionen skal være ledende innen bruk/implementering av velferdsteknologi i Norge. Kommunene i Agder har gått sammen om satsingen «E-helse Agder 2030» som et samlebegrep for felles prosjekter og satsingsområder mellom Agder kommunene. Det var ved prosjektstart behov for å fortsette utprøving av DHO og øke kunnskapsgrunnlaget for videre organisering og satsning. Prosjektet har samarbeidet med, og delt erfaringer med flere andre prosjekt, bl.a. Pilotprosjektet primærhelseteam³, Innovasjonspartnerskap Agder⁴, DIPAR (Digital Infrastructure for Robust and Scalable Patient Monitoring in Pandemic Response Situations)⁵ ved Universitetet i Agder og "Felles forvaltning av avstandsoppfølging – en samhandlingsmodell i helsefellesskap på Agder" i Kvalitet og moderniserings- programmet (KOM) ved SSHF. Prosjektet har også fått prosessveiledning gjennom InnoMed⁶.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/moderne-lokaler-og-boformer/velferdsteknologi>

² <https://www.ehelseagder.no/rkg-e-helse/>

³ <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>

⁴ <https://www.ehelseagder.no/innovasjonspartnerskap-velferdsteknologi/>

⁵ <https://www.uia.no/forskning/prioriterte-forskningsentre-ved-uia/senter-for-e-helse/innhold/prosjekter>

⁶ <https://innomed.no/prosjekt/prosjekterfaring-digital-hjemmeoppfolging-i-agder>

3.3 BEGREPSAVKLARING

AO: Avstandsoppfølging

BYOD: «Bring your own device»

DHO: digital hjemmeoppfølging «Digital hjemmeoppfølging ble tidligere omtalt som medisinsk avstandsoppfølging. Helsedirektoratet har brukt følgende definisjon fra Skottland for å beskrive digital hjemmeoppfølging: «Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell» (Scottish Centre for Telehealth & Telecare, 2017).»⁷

HSØ: Helse Sør-Øst

NVP: nasjonalt velferdsteknologiprogram. Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet som skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi

Oppfølger: med oppfølger menes her den eller de som har ansvar for oppfølging av pasienter. Dette kan være sykepleiere, hjelpepleiere og/eller psykisk helsearbeidere.

Pasient: I rapporten har vi valgt å bruke begrepet pasient som et samlebegrep for alle personer som mottar digital hjemmeoppfølging. Noen tjenester i kommunehelsetjenesten bruker vanligvis «bruker», «borger», «innbygger» o.l.

SSHF: Sørlandet sykehus helseforetak

TELMA: Prosjekt felles telemedisinsk løsning på Agder

TMS: Telemedisinsk sentral. En sentral hvor sykepleiere mottar innsendte målinger, selvrapporteringer og følger opp pasienter digitalt.

⁷ https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/evaluering-av-utproving-av-digital-hjemmeoppfolging-delrapprt-II.pdf/_attachment/inline/7bb48460-9afa-4330-b512-14b4176c082f:dfec44b2e5479013a3bd2c662cdaf24388bda410/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20digital%20hjemmeopp%C3%B8lging%20Delrapprt%20II.pdf

4 BAKGRUNN

Kristiansand kommune var prosjekteier, på vegne av kommunene på Agder. Både Farsund og Arendal og Grimstad kommune var søkerkommuner, sammen med Sørlandet sykehus. Prosjektet var organisert under program eHelse Agder 2030 i regional koordineringsgruppe (vedlegg A). For å styre fellessatsingen E-helse Agder 2030 er det etablert en felles regional styringsgruppe bestående av representanter på ledernivå fra Agderkommuner og Sørlandets sykehus, samt observatører fra Fylkesmannen i Agder, KS Agder, Agder Fylkeskommune og representant fra daglig leder nivå IKT i Agder.

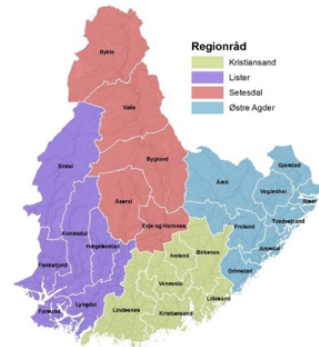
AGDER

Agder grenser mot Telemark i øst og mot Vestfold og Rogaland i nord og vest. Aust- og Vest- Agder ble slått sammen til Agder 01.01.2020.

Agder består av 25 kommuner inndelt i fire regioner. Det er både store, mellomstore og små kommuner. Enkelte kommuner er langstrakte med fjell og daler. Andre kommuner er kystkommuner med noe tettere befolkning. Det bor ca 300 000 innbyggere på Agder

Ca 300 fastleger jobber fordelt ut i kommunene på Agder, det finnes flere allmennlegeutvalg og også samarbeid på tvers av kommunene igjennom f.eks legeforeningen Agder. I Kristiansand er tre legekontor med i pilot for primærhelseteam.

Sørlandet sykehus (SSHF) er en del av Helse Sør-Øst (HSØ). Sykehuset har avdelinger lokalisert i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, i tillegg til distriktspyskiatriske sentre og poliklinikker flere steder i Agder.



Antall kommuner i fylket	25
Befolkning i Agder	308843
Sørlandet sykehus	Lokalisert i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord
Antall fastleger	300
Pilot Primærhelseteam	Tre legekontor i Kristiansand kommune



Kristiansand
kommune



Norge står overfor demografiske utfordringer med et økende antall eldre samtidig med problemstillingen at det blir for få yngre⁸. Flere eldre betyr at helsevesenet vil få flere pasienter med kroniske sykdommer og en utfordring med hvordan gi alle behandling og oppfølging når det ikke er nok hender til å hjelpe.

For dem som kjenner på kroppen belastningen ved å være kronisk syk, er det viktig å kjenne seg trygg og vite at man mestrer egen sykdom. Erfaringer og forskning fra blant annet prosjektene U4H og TELMA, viser at DHO kan føre til økt mestring og trygghet. DHO kan også være et middel for å sette i verk nødvendige tiltak som ernæring, fysisk trening, medisiner og egenbehandling. Som videre fører til at man kan bo lenger hjemme og utsette behov for helsehjelp. Forskning fra Danmark understøtter også dette i tillegg til å vise til samfunnsøkonomiske gevinster⁹. Agder satser på velferdsteknologi for å møte noen av de demografiske samfunnsutfordringene.

⁸ https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan_endelig%20og%20godkjent%20version.pdf

⁹ 2018. FASTERHOLDT, I., GERSTRØM, M., RASMUSSEN, B. S. B

5 MÅL MED TILTAKET

Målet for utprøvingen er bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse og lavere kostnad for helsetjenesten. Prosjektet i Agders overordnet mål var en helhetlig satsning på digital hjemmeoppfølging på Agder, med bakgrunn i flere pågående initiativ og prosjekter, som sikrer overgang til drift i 2022.

5.1 MÅLGRUPPE

Målgruppen er pasienter med risiko for forverring av sin tilstand, risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse og omsorgstjenester. Pasientene har et relativt høyt forbruk av helsetjenester, kan ha flere diagnoser, sammensatte behov eller behov for oppfølging.

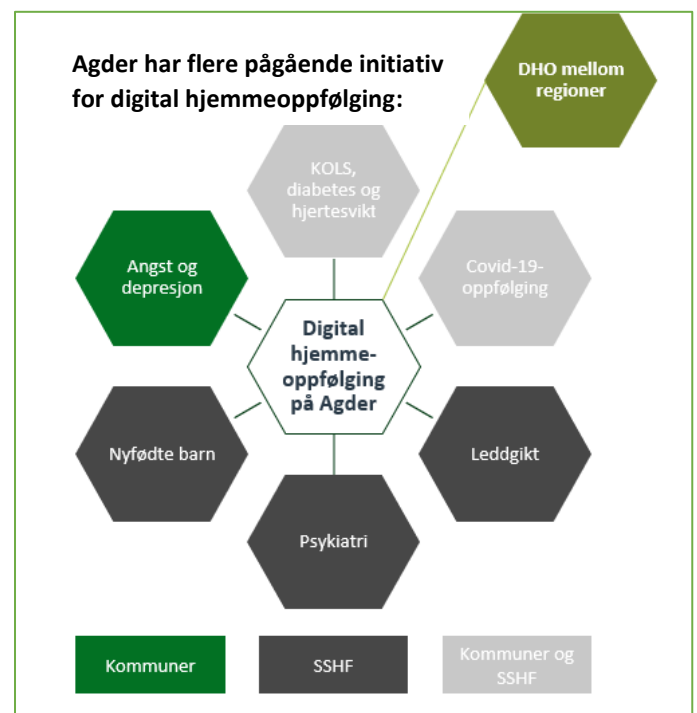
Personer som har blitt inkludert til RCT-studien har hatt en eller flere av følgende diagnoser:

- Kols
- Hjertesvikt
- Diabetes
- Psykisk helse
- Kombinasjon av disse

Under koronapandemien ble det også utarbeidet DHO til andre pasientgrupper.

- COVID -19 (kommune)
- (Nyfødt tidlig hjem (SSHF))
- (Hjemmesykehus COVID 19 (SSHF))

Prosjektet har etter inklusjonsstopp til forskningsstudiene åpnet opp for inklusjon av flere pasientgrupper, basert på behov, og bruksområdet til DHO er utvidet.



Digital hjemmeoppfølging COVID 19

Våren 2020 ble preget av pandemi. Store deler av verden ble stengt ned, og helsetjenesten måtte forberede seg på unntakstilstander. I samarbeid med leverandør, fastleger og sykehus, utarbeidet prosjektet i rekordfart- oppfølgingsverktøy for å kunne ivareta pasienter med covid-19 via app. Dette muliggjorde at pasienter kunne laste ned app på egen enhet (mobil, nettbrett eller pc) (BYOD).

⁹ 2020. Vestergaard, A.S., Hansen, L., Sørensen, S.S., Jensen, M.B., Ehlers, L.H.

⁹ 2017. Udsen, F. W., Lilholt, P. H., Hejlesen, O. K., Ehlers, L. H.

⁹ 2015. Minet, L. R., Hansen, L. W., Pedersen, C. L., Titlestad, I. L., Christensen, J. K., Kidholm, K., Rayce, K., Bowes, A., Møllegård, L.

“

«Med TMS (telemedisinsk sentral) blir vitale data kostnadseffektivt samlet inn og skåret, slik at tiltak kan settes inn der det er nødvendig. Jeg tror at flere kommuner vil profitere på å etablere tilbudet, da det gir en større mulighet til å gi forsvarlig oppfølging til personer som sitter i isolasjon.»

Kommuneoverlege Farsund kommune Ann- Margret Haaland

Farsund kommune er den kommunen som har hatt størst erfaring med bruk av løsningen, da over 60 pasienter fikk oppfølging ved smitteutbrudd i november -2020. Egen erfaringsrapport kan leses på ehelseagder.no¹⁰

“

«En nøkkel har vært løsningsorienterte ansatte, godt samarbeid mellom smittesporingsteam, fastleger, TMS og kommuneoverlege»
Anne Margrethe Tjøtta Johnsen, kommunalsjef Helse og omsorg Farsund kommune

Tidligere erfaringer, teknologi og godt samarbeid mellom sykehus og kommune gjennom tidligere og pågående prosjekter, resulterte at sykehuset også kunne ta i bruk DHO. Dette i samarbeid med, men på siden av dette prosjektet¹¹.

Nyfødt tidlig hjem

Sørlandet sykehus Kristiansand har tilbud om tidlig hjemreise til foreldre med tidligfødte barn som trenger oppfølging i forbindelse med utvikling og ernæring. Tidligere har sykepleiere reist hjem til disse barna og deres foreldre. Foreldrene fikk med seg nettbrett og aktuelt måleutstyr. Gjennom nettbrettet svarte de på spørsmål. Sykepleiere fra sykehuset bruket innsendte skjema og målinger som grunnlag i samtale med foreldrene, gjennom telefon eller videosamtale.

Hjemmesykehus Covid-19

Sørlandet sykehus Kristiansand har brukt samme tekniske løsning fra Siemens Healthineers til DHO av pasienter som skrives ut etter å ha vært innlagt for covid-19¹¹. Algoritmen for sykehusoppfølging er utviklet i samarbeid med prosjektmedarbeidere, sykepleiere og leger på sykehuset og innebærer flere målinger med utgangspunkt i NEWS2¹².

5.2 FORVENTEDE EFFEKTER FOR PASIENTER OG TJENESTEN (PRIMÆR/SPELIALIST)

Prosjektet utarbeidet en gevinstplan i starten av utprøvingen som har blitt vurdert og revidert ved behov. Gevinstplanen ligger som vedlegg i Gevinstrapporten (vedlegg B). Prosjektet har identifisert forventede gevinster/effekter hos pasienter, ulike kommunale tjenester, fastlegen og endring i bruk av spesialisthelsetjenesten. Forventede effekter hos pasienter kan være økt opplevelse av trygghet, økt kunnskap om egen helse/sykdom, bedre helse og kontroll over egen sykdom.

Forventede effekter for primærhelsetjenesten kan være endring i forbruk av helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie og psykisk helsearbeid), praktisk bistand (daglige gjøremål,

¹⁰ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2020/12/Erfaringsrapport-DHO-covid-19_Agder.pdf

¹¹ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2020/12/Erfaringsrapport-DHO-covid-19_Agder.pdf

¹² <https://sshf.no/om-oss/nyheter/pandemien-framskyndet-digital-oppfolging>

hjemmehjelp, BPA), redusere behov for opphold ved kommunal korttidsavdeling (utredning/behandling, habilitering/rehabilitering, annet) og KAD (kommunal akutt døgnerhet)

Forventede effekter for legevakt, spesialisthelsetjenesten og fastlege kan være endring i antall konsultasjoner ved legevakt, fastlege, forbruk av akutte innleggelser ved sykehus og endring i antall overliggerdøgn ved sykehus (somatisk sykehusavdeling). Effekten/gevinsten kan omsettes i unngåtte kostnader og spart tid som kan brukes på andre områder. I prosjektet har vi vurdert at gevinsten kan bli omsatt i helseeffekt, brukeropplevelse og økonomisk effekt.

- Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen, bedre forståelse av egen sykdom og raskere tiltak ved sykdomsforverring.
- Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet, mestring og økt kunnskap om egen helse som kan bidra til et mer stabilt sykdomsforløp.
- Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelser i både spesialist og primærhelsetjenesten, redusert behov for besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale hjemmetjenester.

5.3 HVORDAN MÅLE GEVINSTER OG EFFEKTER, PLAN FOR OPPFØLGING

Målemetodene for gevinster og effekter er i prosjektet målt i form av uttrekk av data fra EPJ i pasientens hjemkommune og ved brukerundersøkelse som sendes til pasientens nettbrett.

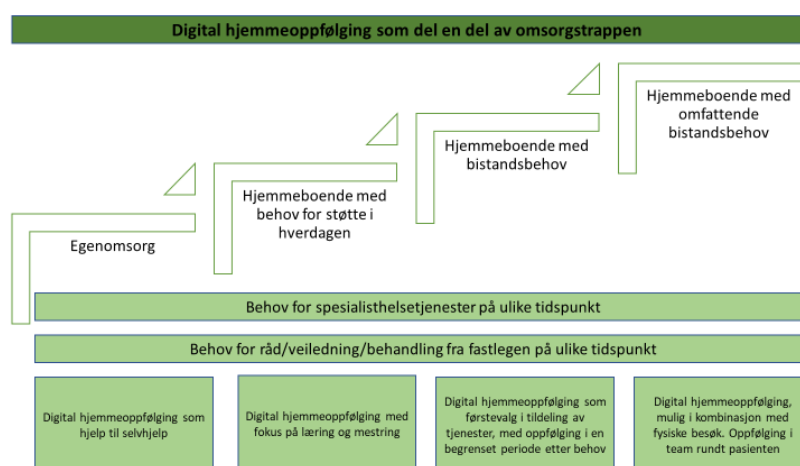
Datauttrekk fra kommunal journal ble målt ved nullpunkt for tjenester i hjemmet og fra 1 år før intervensjonen på innleggelser ved kommunal korttidsavdeling eller øyeblikkelig-hjelp avdeling. Alle målinger på bruk av kommunale tjenester var planlagt målt ved nullpunkt og hver måned.

Brukerundersøkelsen ble sendt ut i den teknologiske løsningen ved nullpunkt og hver 6 måned.

Brukerundersøkelsen som ble sendt ut hadde 8 spørsmål om håndtering og opplevelse av egen helse ved nullpunkt. Fra 6 måned ble disse spørsmålene i tillegg til 3 spørsmål om selve oppfølgingen sendt ut via løsningen. Oppfølgerne bidro til å minne pasientene på å svare på skjemaene og gevinstansvarlig hadde ansvar for å hente ut data og analysere disse. For å registrere og analysere data er det brukt et gevinstrealiseringsverktøy som er utviklet av PA Consulting for at prosjektet enklere kan se på endringene lokalt.

6 MODELL FOR DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING I VÅRT PROSJEKT

Det finnes flere tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging på Agder. Det er oppfølging fra ulike oppfølgere til ulike brukergrupper. I starten av prosjektet hadde Agder tre telemedisinske sentraler, bemannet med sykepleiere, lokalisert i Farsund, Kristiansand og Arendal. Disse fulgte opp pasienter fra omkringliggende kommuner. Fra tidligere prosjekt så man tegn på at denne modellen å organisere tjenesten på var kostbar og lite bærekraftig med det antall pasienter man hadde rekruttert¹³. NVP DHO Agder har hatt stort fokus på tjenesteutvikling. Det ble i 2020 fattet vedtak i styringsgruppen om å gå over til en regional telemedisinsk sentral på Agder. I tillegg skulle man prøve ut DHO ute i ordinær tjeneste, hjemmetjeneste/oppfølgingstjeneste. Videre piloterte prosjektet DHO initiert av spesialisthelsetjenesten med overgang til kommunal oppfølging. Målet med dette var å bygge en helsetjeneste der pasienten er i sentrum, styrke samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og jobbe mot sømløse forløp på tvers. I modellen til høyre er det forsøkt skissert hvordan DHO kan være en del av omsorgstrappen for hjemmeboende.



6.1 UTFORMING AV TJENESTEN, INVOLVERING AV BRUKERREPRESENTANTER

Brukerrepresentanter har vært med i utforming av tjenesten fra starten av helt tilbake til første DHO prosjekt i 2012, og gjennom utviklingen til den dag i dag. Gjennom prosjektet har brukerrepresentanter vært med i møtevirksomhet, samt i praktisk bistand som ved testing av utstyr og digital egenbehandlingsplan. Brukerrepresentanter har gitt innspill om behov i prosessen, flere mener tilbudet er godt og etterlyser fortgang i implementering til drift og større skalering fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Både i 2018 og 2019 ble det gjennomført brukersamling hvert halvår. Det var planlagt samlinger med brukerrepresentanter i prosjektet også i 2020/21, men på grunn av pandemien lot ikke brukersamlingene seg gjennomføre. Oppfølgerne videreformidlet tilbakemeldinger fra enkelte pasienter som bidro til justeringer og forbedringer i tjenesteutviklingen. I tillegg ble det sendt ut spørreundersøkelse til pasienter som mottok oppfølging for covid-19 gjennom prosjektet DIPAR.

Som ledd i utforming av tjenesten har prosjektet, sammen med leverandør utviklet digital egenbehandlingsplan. Det ble gjennomført testing av digital egenbehandlingsplan, fasilitet i lokalene til innovasjonsarenaen I4Helse i Grimstad¹⁴. Her var brukerrepresentanter, helsepersonell/ oppfølgere, leverandør, fasilitatorer og ansatte fra kommunen til stede.

¹³ <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/telma/>

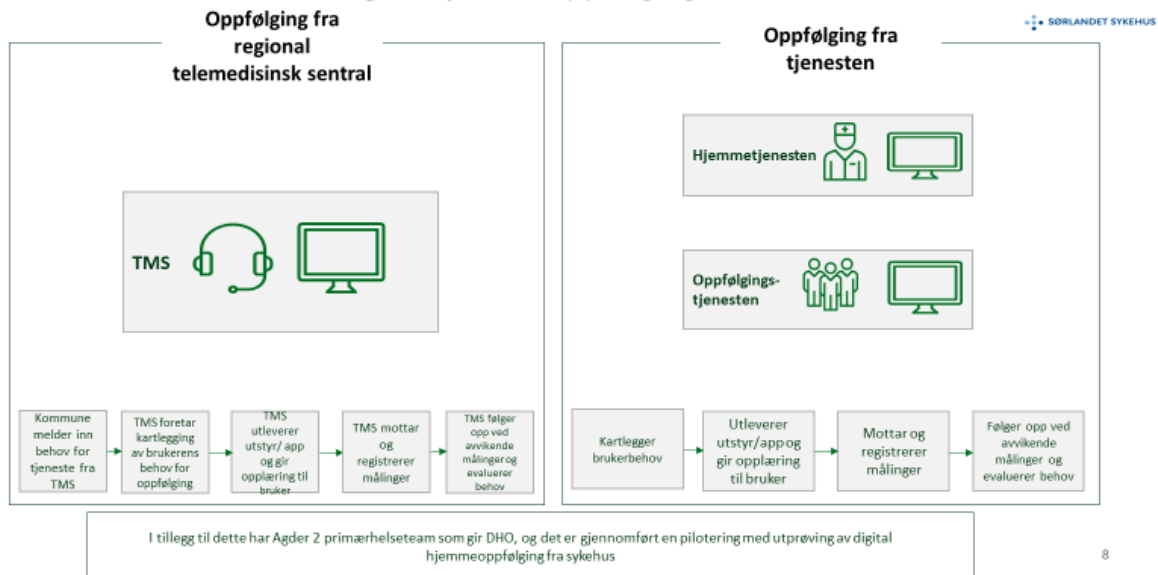
¹⁴ <https://www.i4helse.no/>

6.2 TJENESTEFORLØP FRA REKRUTTERING TIL AVSLUTNING

Under skisseres to hovedmodeller for DHO på Agder.

I tillegg har Agder to primærhelseteam som gir DHO, og det er gjennomført pilotering med utprøving av DHO fra sykehus, DHO ute i tjenesten, DHO psykisk helse, samt DHO til covid19 smittede.

To hovedmodeller for digital hjemmeoppfølging



Alle tjenesteforløp er beskrevet i detaljer i modeller delt inn i følgende faser og aktiviteter.



Under beskrives de ulike fasene. Vedlagt rapporten ligger detaljert beskrivelse av tjenesteforløp (vedlegg C-F).

6.2.1 Rekruttering: Henvisning/Inkludering

Inklusjon av pasienter pågikk på Agder fra august 2019 frem til inklusjonsstopp 1/7-2020.

Inklusjonsprosessen av pasienter i Agder var begrenset til 5 prosjektmedarbeidere for en mest mulig lik informasjon- og inklusjonsrutine av etiske forhold rundt forskningsmetodikken. Når samarbeidsaktører som sykehus, fastlege, forvaltning o.l. identifiserte en pasient, ble prosjektmedarbeider kontaktet for videre kontakt med aktuell pasient og et informasjonsmøte ble avtalt. I dette møtet ble det nøye vurdert om pasienten ville ha nytte av oppfølgingen og om vi kunne forvente en effekt av oppfølgingen. Pasienten fikk grundig informasjon om hvilke typer data som skulle hentes ut i prosjektperioden og hvorfor disse skulle hentes ut. I informasjonsmøte ble det trukket frem forventninger om nytte og gevinst hos den enkelte som en del av inklusjonsprosessen, slik at pasienten selv var med på å vurdere egen nytteverdi og effekt. Fastlegens vurdering og beslutning om pasienten var aktuell for inklusjon var sentral i inkluderingen, men initiativet til inklusjon kom både fra fastlegen, pasienten selv, kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten. På grunn av pandemien ble det inkludert til en tredje gruppe, tiltak uten

randomisering. Dette førte til en noe endret inklusjonsrutine og i tillegg inklusjon av pasienter innen psykisk helse.

Det har hele veien i prosjektet vært stort fokus på å få opprettet et godt samarbeid med fastlegene. Likevel ble det tidlig klart at incentiver til fastlegene var nødvendig for å kunne få satt i gang samarbeidet (se samarbeidsavtale vedlegg G). I tillegg til incentiver bestemte prosjektledelsen seg for at enkelte medarbeidere skulle sitte på noen få legekontor i starten av inklusjonen, slik at vi kunne være tilgjengelige for fastlegene ved spørsmål. Denne måten å opprette et samarbeid på viste seg å være svært effektiv og der vi hadde muligheten, ble en prosjektmedarbeider sittende flere ganger i måneden på legekontoet. Dette bidro til effektiv inklusjon fra disse fastlegene. Samarbeidet med fastlegene har vært bra med de fastlegene som har inkludert til forskningen (28 fastleger), men vi ser likevel behov for videre fokus på økt samhandling mot fastlegene som ikke har vært aktivt involvert i prosjektet. Prosjektet har fått tilbakemeldinger fra fastlegene om behov for tydeligere retningslinjer og taksting i forbindelse med denne type oppfølging. Fastlegenes behov innen DHO må sees videre på og er tatt med som et satsingsområde i NVP DHO 2.0.

Videre over i drift skal behovet for oppfølgingen bl.a. vurderes av forvaltningen i kommunehelsetjenesten. Derfor jobbes det med tydelige forvaltningsrutiner for å sikre gode kriterier for tildeling. I tillegg er prosjektet opptatt av hvordan pasientene som har fått oppfølgingen i forskning, blir ivare tatt når midlene til pasientenes utstyr må finansieres av egen kommune og hvordan tjenesten da skal evalueres.

6.2.2 Inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier

Hovedmålgruppen som skulle inkluderes i studien var pasienter med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsnivå, med medium/høy risiko for forverrelse av sykdommen, reinnleggelse på sykehus, økt behov for helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for valg av målgruppene var høyere kostnader forbundet med helsetjenester og oppfølging til pasienter med stort behov for tjenester. Antakelsen var at DHO kunne føre til bedre oppfølging på en mer kostnadseffektiv måte. Det som var viktig for inkluderingen var derfor den enkeltes sykdomsbyrde og et samlet behov for helsetjenester. Det kunne være både sykehustjenester, fastlegetjenester og hjemmetjenester, samlet eller hver for seg.

Inklusjonskriterier

- Pasienten kan nyttiggjøre seg denne type behandling og er motivert
- Mulig å observere/måle/følge opp på avstand
- Være i stand til å følge en plan/samtykkekompetent
- Initiativet til inklusjon kan komme fra flere, Fastlegens helhetsvurdering avgjørende for hvem som inkluderes

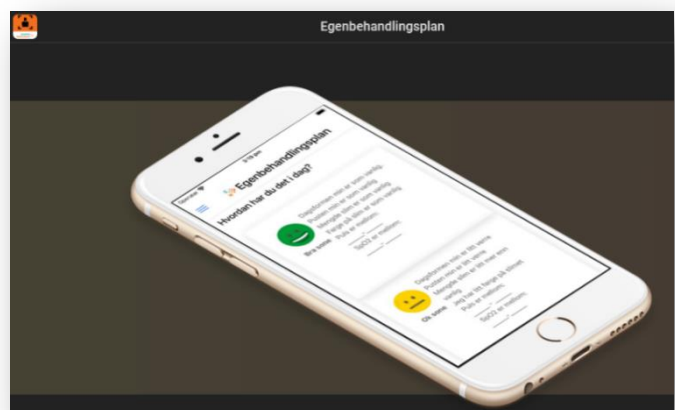
Vi inkluderte pasientgrupper basert på inklusjonskriteriene (se figur over) og med bakgrunn i algoritmer og tjenesteforløp som allerede var i utprøving på Agder. Henvisnings- og inklusjonsrutine ble utarbeidet for en enklere og mer strukturert inklusjon, denne ligger vedlagt i gevinstrapporten. Eksklusjonskriterier var det motsatte av overnevnte.

Oppfølgerne var sykepleiere som har fått opplæring fra tidligere prosjekt. Det ble gjennomført 2 dagers opplæring på KOLS, diabetes og hjertesvikt hvor legespesialister underviste første dag og sykepleierne hadde case gjennomgang med prosjektet på dag 2. Nye oppfølgere har fått opplæring av oppfølgere med erfaring i tillegg til å sette seg inn i oppfølgingsverktøyet, opplæringsmateriell fra undervisning og gjennomgått e-læringskurs¹⁷.

6.2.4.1 Egenbehandlingsplan som grunnlag for egenmestring

Egenbehandlingsplan er et verktøy som brukes i digital hjemmeoppfølging til pasienter som egner seg for dette. En egenbehandlingsplan sikrer pasientens involvering, medbestemmelse, og bidrar til hjelp til selvhjelp. Det er en forutsettelse at planen utarbeides i et tverrfaglig samarbeid mellom oppfølger og ansvarlig lege (fastlege eller lege på poliklinikk), spesielt der planen inneholder medisinske tiltak. Egenbehandlingsplan er med på å legge grunnlaget for egenmestring. I løsningen for DHO som brukes på Agder i dag bruker man aktivt funksjonen «informasjon og veiledning». Her kan oppfølger legge inn informasjon til pasienten i form av linker til websider med pålitelig informasjon og opplæringsvideoer, eksempelvis filmer fra diabetesforbudet. I tillegg distribueres linker til ulike nettbaserte selvhjelpsprogrammer som brukes som en del av oppfølgingen innen psykisk helse.

Prosjektet har sammen med leverandør og «søster prosjektet» i nasjonalt velferdsteknologiprogram, Ullensaker-Gjerdrum, utviklet en digital egenbehandlingsplan. Det var viktig for alle aktører at det skulle være en funksjonell plan, noe mer enn å «sette strøm på papir». I planen kan man legge inn predefinerte tiltak, mål og aktiviteter, i tillegg til å formulere nye. Planen tilpasses den enkelte pasients behov¹⁸. (Løsningen piloteres mai 2021).



6.2.5 Evaluering, videreføring og avslutning

Evaluering av tjenesten har vært kontinuerlig, men med evalueringssamtaler hver 3. mnd, hvor oppfølger har gitt tilbakemelding om status til hjemkommunene og fastlegen. Det vurderes om mål for oppfølgingen er oppnådd, og/eller om det er behov for videre oppfølging/ annen type oppfølging.

Årsaker til avslutning av tjenesten:

I løpet av mai 2021 har 16 % av pasientene avsluttet. Av de avsluttede pasientene er det flest menn (63 %) som ville avslutte og gjennomsnitt oppfølgingstid på de som avslutter er 4 måneder. Årsakene til avslutning er i hovedsak at teknologi er for krevende, mye tidsbruk og at de ikke ønsket å motta oppfølgingen av ulike grunner.

Innen pasientgruppen med psykiske plager har DHO blitt prøvd ut som en del av oppfølgingstjenesten i ulike kommuner, samt av psykisk helsearbeider i prosjektet. Når man ser på årsakene til pasienter valgte å avslutte DHO, er dette sammensatt. Basert på tilbakemeldinger fra

¹⁷ https://kurs.helse-sorost.no/ScormServices/ScoStart.aspx?load=preview&scorm_version=1.2&starting_url=/elps40/Content/964bb592-1488-4f59-9164-f9e40250c882/index.html

¹⁸ <https://appadvice.com/game/app/egenbehandlingsplan/1553527800>

både pasienter og oppfølgere har hovedårsaken til avsluttet tjeneste vært at pasientene opplever at DHO ikke er riktig tilbud for dem. Begrunnelsen har vært bl.a. behov for tettere oppfølging, DHO oppleves uvant og fremmed, ønske om ordinær oppfølging med fysiske møter fremfor digitale møter og noen har utfordringer knyttet til teknologien (sette seg inn i oppfølgingsapp digital hands, nettbaserte selvhjelpsprogram etc.). Enkelte pasienter har avsluttet på grunn av redusert behov for ytterligere oppfølging, da den psykiske helsen har bedret seg eller at de har mottatt tilbud om oppfølging fra andre steder.

Årsaker til at oppfølging ble avsluttet for pasienter som fikk oppfølging for somatisk sykdom, har f.eks vært at pasienten ikke var motivert nok, pasienten hadde behov for høyere omsorgsnivå, opplevelsen av stress i kombinasjon med full jobb, tekniske problemer, pasienten hadde ikke BankID for innlogging eller at enkelte pasienter gikk bort.

I tillegg må årsak der pasienter velger å avslutte DHO også sees i sammenheng med ressursituasjonen i tjenestene. DHO er en annerledes og ny måte for oppfølgere å følge opp på som gjerne medfører behov for økte ressurser i en oppstartsfase i form av tid til å sette seg inn i ulike programmer og systemer samt tid til opplæring og motivasjon inn mot aktuelle pasienter for DHO. Oppfølgingstjenesten har vært motivert for å prøve ut DHO i tjenesten, gjerne i kombinasjon med ordinær oppfølging, men tjenestene har begrenset med ressurser til å prøve ut og utvikle nye måter å følge opp på. Tilbakemelding fra oppfølgere går også på selve oppfølgingsverktøyet, det er behov for videreutvikling av verktøyet både i.f.t. brukervennlighet (oppfølger og pasient) og innhold. Verktøyet må være enkelt å ta i bruk, intuitivt og kreve minst mulig av oppfølger. Et godt og effektivt opplæringsopplegg har vært viktig for å kunne ta i bruk verktøyet.

6.3 SAMARBEID MELLOM AKTØRENE MED SÆRLIG VEKT PÅ HELSEFORETAKETS ROLLE

Samarbeid mellom kommuner og sykehus

Kommunene og Sørlandet sykehus helseforetaket har lang erfaring med samarbeidet om digital hjemmeoppfølging. Særlig i utvikling av algoritmer har spesialisthelsetjenesten hatt en viktig rolle. Samt opplæring og vedlikehold av kompetanse for oppfølgerne.

Som en del av utprøvingen ble det gjennomført en pilotering av DHO startet fra spesialisthelsetjenesten med overgang til DHO i kommunen. Seks pasienter deltok i piloten.

Brukercase: «Lisa» føler seg tryggere etter tilbud om digital hjemmeoppfølging



Pasienthistorikk



- «Lisa» er 73 år og har KOLS grad 4.
- «Lisa» startet opp med digital hjemmeoppfølging fra sykehuset i januar 2020. Hun skal etterhvert overføres til regional TMS.

«Jeg føler meg tryggere og mer sikker på egen sykdom etter at jeg ble koblet opp på digital hjemmeoppfølging»
- Lisa

«Nå klarer jeg enda bedre å styre min egen sykdom, ved at jeg sjekker målingene og vet når jeg må ta det med ro»
- Lisa

Oppfølging ble gitt av sykepleiere på sykehuset og startet ved utskrivelse eller like etter utskrivelse fra sykehuset. Tre av disse ble overført til videre oppfølging fra regional telemedisinsk sentral.

Målet med piloteringen var å se nærmere på forløp for sømløse tjenester og høste erfaringer fra DHO der man jobbet på tvers av forvaltningsnivå. Flere pasienter

opplevde oppfølgingen som positiv. Overgangen mellom sykehus og kommune ble testet, her var det en stor fordel at begge aktører brukte samme system for oppfølging. Mer om hvordan piloteringen

foregikk, erfaringer fra pasienter, personale på sykehuset og kommunale tjenester skisseres i en egen rapport.¹⁹

Vi har erfart gjennom flere års arbeid innen digital hjemmeoppfølging at alvorlig kronisk syke pasienter ofte skrives ut uten kommunale tjenester. Samtidig ser vi fra statistikk at 25 % av innleggelser for astma/KOLS blir re-innlagt i løpet av 30 dager etter utskrivelse.²⁰²¹ Noen pasienter har ved utskrivelse ikke behov for ordinære kommunale tjenester, men et tydelig behov for oppfølging for å ta vare på egen helse, bremse utvikling av sykdom og unngå ny innleggelse. Erfaringene i prosjektet viser at det er en nødvendighet å tenke nytt og tar i bruk nye metoder for å ivareta denne pasientgruppen – både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Digital hjemmeoppfølging et godt alternativ til tradisjonelle hjemmetjenester.

Stortingsmelding 47, samhandlingsreformen, peker på at tjenestene preges av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom

«Strukturen i helsetjenesten er i for liten grad tilpasset kroniske sykdommer og også framveksten av de kroniske sykdommene. Helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse og forebygge helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon.»²²

Ved å tilrettelegge tjenestetilbudet, sette inn tiltak og ressurser så tidlig som mulig vil det i mange tilfeller medføre at man bremser utvikling av sykdom tidlig i forløpet. Dette gir innbyggerne helsegevinst og samfunnet gevinst i form av redusert behov for mer kostbare helsetjenester senere i forløpet. Hensikten er at sykdom kan unngås, utsettes eller reduseres.

Innbyggerne har rett på riktige og nødvendige helsetjenester som må tilpasses den enkeltes behov. Her har kommunene et ansvar lovfestet i Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3.

«§ 3-3.Helsefremmende og forebyggende arbeid.

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.²³»

I praksis har vi erfart at det er størst fokus på nødvendig helsehjelp. Dette bidrar i noen tilfeller til at pasienter, som f.eks alvorlig kronisk syke, faller mellom to stoler. Det er behov for klarhet og enighet i strukturen i behandlingsskjeden mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Der terskelen mellom det kommunale tilbudet og sykehuset oppleves for høy.

¹⁹ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2021/05/2021_04-Vedlegg-Erfaringsrapport-DHO-sykehuspilot-.pdf

²⁰ <https://www.fhi.no/nyheter/2020/astma-og-kols-drar-opp-reinnleggelser-i-sykehus/>

²¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-astma-kols>

²² <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

²³ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

Samarbeid mellom kommune, sykehus og fastlege

Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning ved DHO. Dette spesielt mtp inklusjon, plan for oppfølgingen, setting av referanseverdier og utarbeidelse av egenbehandlingsplan med medisinsk tiltak. Her har fastlegene spilt en stor rolle, som medisinsk ansvarlig for pasienter som bor hjemme. Samarbeidet har foregått via dialogmeldinger, PLO-melding, e-meldinger, treveis videosamtaler og telefonkontakt. I enkelte tilfeller har det vært vanskelig å etablere samarbeidet, særlig erfaringen med og holdningen til egenbehandlingsplan til pasienter har vært av varierende grad hos enkelte fastleger.



«Jeg opplevde et godt samarbeid mellom TMS og fastlege. Pasient kontaktet fastlegen på et tidligere tidspunkt enn hun hadde gjort uten å ha digital hjemmeoppfølging» TMS sykepleier

6.3.1 Primærhelseteam

I pilotprosjektet primærhelseteam²⁴ (PHT) har to av tre legekantor i Kristiansand kommune også deltatt i utprøving DHO. Sørlandsparken legesenter og Sandens medisinske senter har begge pasienter med i forskningsstudiene. PHT sykepleier har gitt oppfølging til pasienter tilhørende legekantoret. PHT sykepleier har fulgt pasientenes utvikling og konsultert med fastlegene ved avvikende målinger. Tilbakemeldingen fra PHT er at denne måten å følge opp pasientene på gir et større beslutningsgrunnlag for igangsetting av behandling/vurdering av pasienten. Det er opplevd tilfeller hvor man f.eks har fanget opp atrieflimmer ved at pasienten har gjennomført målinger i eget hjem og sendt til legekantoret. I konteksten fastlegekontor er det ganske enkelt å forstå pasientens behov og pasienten vet bedre hva legekantoret kan levere av tjenester og hvilken kvalitet som kan forventes. Det går veldig fort å opprette ordningen hos den enkelte med godt samarbeid rundt egenbehandlingsplaner. Det er behov for at DHO innlemmes som en del av takstsystemet, da spesielt mtp oppsøkende kontakt med pasienten. I tillegg må det vurderes hvordan måleutstyret skal distribueres da dette tradisjonelt ikke er noe pasienten får resept på, med unntak av blodsukkerapparat ved diabetes.

6.4 TEKNOLOGI, LEVERANDØR, TYPE TEKNOLOGI, OMFANG

6.4.1 Leverandøren

Basert på erfaring fra tidligere prosjekt, fortsatte dette prosjektet med å benytte produkter og tjenester fra Siemens Healthineers AS²⁵. Leverandøren har lang erfaring innenfor applikasjoner og utstyr bla for sykehus, over hele verden. Innenfor segmentet DHO, startet leverandøren opp i 2017 i samarbeid med Agder-region i prosjektet TELMA²⁶. Leverandøren har deretter opparbeidet seg solid kunnskap og erfaring innen området ift teknologi og fag.

6.4.2 Teknologi

Løsningen er to-delt, en nettleser-basert løsning for oppfølgere, og en app-basert løsning for pasienter som blir fulgt opp på avstand. Løsningene er levert av et dansk firma som startet opp i tidlig fase ift piloteringer i diverse forskningssamarbeid i Danmark²⁷. Løsningen som leveres til norske

²⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>

²⁵ <https://www.siemens-healthineers.com/no>

²⁶ <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/telma/>

²⁷ <https://www.oth.io/>

kunder er installert og driftes av underleverandør til Siemens Healthineers AS. Underleverandøren holder til i Norge og vil dermed oppfylle nødvendige forskrifter og krav innen personvern ift lagring av helserelatert opplysninger.

Løsningene, enten via nettlesere eller app, har sikker kommunikasjon via kryptering. Pålogging og autentisering er sikret med Bank-ID på nivå 4. Dermed vil løsningene tilfredsstille krav om informasjonssikkerhet ift personsensitive opplysninger. Appen ble først kun laget på Android plattform, da tanken var at nettbrettene skulle utleveres og fjernstyres/oppdateres av leverandøren. Etter hvert kom også app-løsningen på Apple IOS plattform, da det viste seg stort behov for at brukere kunne bruke egne enheter. Dette var også påpekt ganske tidlig i forrige prosjektet TELMA samt andre tilsvarende prøveprosjekter nasjonalt.

Løsningen bruker en tredjepart videokommunikasjonsløsning for videosamtale mellom oppfølger og brukere/pasienter. Videokommunikasjonen er også kryptert og kan kun initieres av oppfølgere mot dedikerte brukere/pasienter. Dette betyr at brukere/pasienter ikke på egenhånd kan starte en videosamtale mot oppfølgeren.

Både leverandøren og prosjektet, har gjennomført DPIA og ROS analyse, samt utført revisjoner ihht retningslinjer innen personvern og informasjonssikkerhet. Sist revisjon var utført våren 2021.

6.4.3 Omfang

Til sammen i prosjektperioden har leverandøren fått 341 ordre på nettbrett, mens det var ca. 215 nettbrett som var i omloop på det meste. Per skrivende stund var det 159 kit/kofferter med utstyr i omloop i Agder-fylket. Tilhørende var det også ca 350 blåttann enheter som var tilordnet de kitene nevnt ovenfor.

6.4.4 Erfaringer

Løsningen er basert på eksisterende teknologi både på oppfølgerens og pasients side. Det var lagt opp til at det skulle koste minst mulig for å delta. Det var stilt moderate krav til utstyretskapasitet, likevel nok til at personvern og informasjonssikkerhet ble ivarettatt.

Nettbrett som var levert fra leverandøren ble administrert og fjernstyrt så langt det var mulig, for å kunne hjelpe pasientene med å bli minst mulig brydd ved oppgradering samt evt. at pasientene utilsiktet justerte innstillingene feilaktig.

En god stund var det en del ustabile tilkoblinger av måleutstyr. Utstyr var parett med nettbrett via blåttann. På enkelte nettbrett har det vært tendens til utfall, som har medført frustrasjon for oppfølgere og pasienter. Unødvendig tid har gått tapt. Enkelte pasienter har blitt frustrert og gitt opp deltakelse i oppfølgingen. Ved overgang til bruk av app, spesielt på egen mobil enhet, avtok hyppigheten av denne problemstillingen. Det ble også brukt mulighet for å manuelt registrering av målinger som en mellomløsning til problemet ble løst.

«Det som er genialt med appen er at den er veldig enkel i bruk. Lett å forstå og å bruke»

Covid-19 Pasient, Farsund kommune

Det har tidligere også vært en del utfordringer knyttet til videosamtale med pasienter. En stund var det vanskelig for oppfølgere å starte opp videosamtalen, spesielt dersom deres pc var til felles bruk, der tidligere pålogginger ikke var logget helt av, eller pc/nettverk policy hos kommunen sin IT-drift

hindret bruken av ukjent årsak. I tillegg møtte vi en problemstilling ved oppdateringene av nettbrettene, der pasientene fysisk måtte slå av og på nettbrett, eller at oppfølger måtte fysisk dra hjem til pasienten, gå ut av «kioskmodus» for å oppdatere nettbrettet. Her ble det iverksatt tiltak som bedret problemet.

Med slike mindre oppdateringer, bortfall av måleutstyr eller bortfall av videosamtale, ble oppfølgerens rolle ufrivillig endret til også å kunne takle “brukerstøtte” på utstyret som pasienten benyttet.

På erfaringer fra tidligere prosjekt, fortsatte dette prosjektet også med å la en leverandør håndtere alt utstyr som pasienter trengte. Utstyret bestiltes av oppfølgere via bestillingsskjemaet til leverandøren. I og med at dette også var en ny erfaring for leverandøren, har bestillingsløsningen falt ut flere ganger, og medførte at bestillingen måtte skje via epost. Det er en stor fordel å ha en leverandør til å håndtere utstyr og logistikken, med tanke på oppbygging av kompetanse, kvalitet og stordriftsfordelen. Visse type utstyr som faller inn under kategori “medisinsk utstyr”, måtte bli håndtert ihht smittevernsprosedyren ift desinfisering og re-kalibrering ved retur før gjenbruk. Alternativt kunne et samarbeid med Behandlingshjelpemidler være formålstjenlig da de allerede had en etablert arena for kompetanse og prosedyre for å håndtere utstyret på en forsvarlig og forskriftsmessig måte. Det er ikke tvil om at stordrift vil være positivt i slikt samarbeid. I vedlegg I er det satt opp en forenklet oversikt over ulike måter å organisere logistikk av utstyr, samt vedlagt beskrivelse av teknologiske behov.

All den tida det var stadige oppdateringer, ustabile tilkoblinger av måleutstyr og ustabile videosamtaler, var det nødvendig med tilgjengelig brukerstøtte. Prosjektet hadde egen deltidsressurs for å håndtere dette underveis. Problemer som dukket opp ute hos pasientene, spesielt de som holdt til langt unna TMS, medførte ekstra utfordring for oppfølgere dersom teknisk ressurs ikke var tilgjengelig, eller at tekniske ressursen ikke burde være i direkte kontakt med pasient pga personvern.

6.5 VURDERING AV KOSTNADER OG BÆREKRAFT I TJENESTEN

Dette prosjektet «arvet» tjenestemodell og organisering av foregående prosjekt, TELMA²⁸. Som en del av TELMA prosjektet evaluerte man måten tjenesten var organisert på, som indikerte at det ikke ville være bærekraftig med tre telemedisinske sentraler på Agder med det omfanget pasienter som var rekruttert. TMSene har de siste årene gjort et meget godt arbeid med å utvikle tjenesten. Det ligger mye kompetanse og erfaringer i TMSene som er viktig å foredle og bygge videre på.

²⁸ <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/telma/>

Det var behov for å evaluere ytterligere hvordan tjenesten burde organiseres videre. Gjennom utredningen i prosjektet VOPD (Vård och omsorg på Distans)²⁹ ba man om en anbefaling til videre organisering av DHO på Agder. Oppdraget ble utført på vegne av Regional koordineringsgruppe E- helse og velferdsteknologi Agder (RKG) og det lokale utprøvningsprosjektet for DHO på Agder; NVP DHO. Utredningen ble finansiert av Nordisk ministerråds satsing på velferdsteknologi i Norden, og utført av PA Consulting Group AS. Rapporten kan leses her <https://www.ehelseagder.no/vopd-prosjektet/>.

PA gjorde kartlegging av erfaringer fra TMSene både fra tjenesten og fra ledernivå. Videre så man til erfaring og rapporter fra TELMA og U4H³⁰. I tillegg til å se til andre regioner og land. Brukerundersøkelsene viser at pasientene er fornøyde med oppfølgingen og opplever trygghet. Rapporten konkludere bl.a. med «PA anbefaler derfor at det foreløpig videreføres én TMS av hensyn til å bevare kompetansen som er bygd opp, og samtidig effektivisere driftsutgiftene».

I styringsgruppen ble det fattet vedtak om at prosjektet i 2020 skulle ha tre satsningsområder. «DHO ute i tjenesten», «DHO fra regional TMS» og «DHO initiert av spesialisthelsetjenesten». Frem mot prosjektslutt så man et mulighetsrom for å pilotere andre måter å organisere tjenesten på. I tillegg har det vært en del av oppdraget fra Helsedirektoratet å utarbeide en bærekraftig tjeneste som kan videreføres i drift fra 2022.

I evalueringer av tjenesten har prosjektet sett på kostnadsreducerende tiltak, samt effektiviseringstiltak. Det ble gjort en kartlegging av tidsbruk for oppfølgerne. Her viste det seg at mye av tiden ble brukt til administrative oppgaver og teknisk support/brukerstøtte. Tjenesteforløp ble revidert, hvor man markerte flaskehalser hvor man kunne sette inn tiltak for å forbedre arbeidsprosessen. Det ble videre gjort en kartlegging av hvilke oppgaver som gikk under kategorien «teknisk support». I samarbeid med leverandør har man identifisert problemstillinger og gjort forbedringstiltak slik at oppfølger kan bruke mesteparten av tiden sin på oppfølging av pasienter. Videre så man på tjenestens organisering.

Betalingsmodell

I tidligere prosjekt ble det foreslått bruk av en modell for kostnadsfordeling, basert på innbyggertall, men de fleste kommunene ønsket en stykkpris per pasient som fikk oppfølging, slik at de kunne tildele tjenesten etter behov. En pris per pasient ble utviklet, men det var vanskelig å komme frem til reell pris per pasient og det viste seg å være uforutsigbart for vertskommunen som stilte med ressurs

Kostnadsreducerende tiltak



- Effektivisere arbeidsprosesser (fra manuelt arbeid til automatiserte prosesser)
- Riktig bruk av kompetanse
- Fra store KIT til BYOD
- Revidert prismodell
- Samorganisert tjenesten med eksisterende tjenester
- Bruke verktøyet som en del

²⁹ <https://www.ehelseagder.no/vopd-prosjektet/>

³⁰ <https://www.ehelseagder.no/united4health-2013-2016/>

Vinteren 2020 hadde prosjektet prosessveiledning gjennom InnoMed³¹. Det ble her gjort et grundig arbeid for å utarbeide betalingsmodell. En regional modell for digital oppfølging innebærer kommunesamarbeid som fordrer deling av kostnader. Gjennom prosessveiledningen hentet man inn og beregnet faste og variable kostnader, følgende betalingsmodell utviklet.

OVERSIKT OVER FASTE OG VARIABLE KOSTNADER

Faste kostnader	Enhetskostnad	Antall	Per mnd	Per år
Regional TMS				
Husleie				
Lønnskostnad				
Arbeidsstasjon				
Administrasjon og ledelse				
Sum faste kostnader TMS				
Regionale lisenser				
Regionale lisens				
Sum lisenser				
Sum faste kostnader				

Variable kostnader	Antall	Per mnd	Per år
Kostnad til lisens per pasient som ikke inngår i NVP-utprøvingen			
Lisens hovedløsning inkl tilgang til covid-19-løsning og support			
Administrasjonsgebyr for fakturering * per kommune			
Kostnader per pasient med BYOD			
Tilgang til BYOD app			
Kostnader per pasient med kit			
Kit m/måleutstyr for KOLS			
Kit m/måleutstyr for hjertesvikt			
Kit m/måleutstyr for diabetes			
Kit m/måleutstyr for KOLS og diabetes			
Kit m/måleutstyr for psykisk lidelse			
Komplett Kit			
Kostnad til oppfølging per pasient som ikke inngår i NVP-utprøvingen			
Oppstartskostnad per pasient (engangskostnad) *gjelder for nye pasienter			
Kostnad for oppfølging fra regional TMS			

6.6 FORDELER OG ULEMPER MED VÅR MÅTE Å ORGANISERE PÅ

I utprøvingen har det at kommunene, sykehuset og involvert fastlegekontor benyttet samme teknisk løsning vært en stor fordel! Dette har vært med å bidra til målet om sømløse tjenester med pasienten i sentrum. En effekt av dette er at pasienten i overganger mellom forvaltningsnivå kan forholde seg til en teknisk løsning. Pasienten trenger heller ikke forholde seg til ulike løsninger ihht hvilken type oppfølging vedkommende skal ha. Pasientens måldata følger pasienten i løsningen uavhengig av hvem som er oppfølger.

“

«Felles telemedisinsk løsning på Agder - en månelanding!» Frode Gallefoss,
forskningsjef SSHF

I Agder har vi flere modeller for DHO, målet er å knytte disse tett sammen med pasienten i sentrum. Tjenesten skal oppleves sømløs for pasienten, og pasienten skal få den oppfølgingen vedkommende har behov for av «den rette aktør». Som beskrevet i kap seks har Agder to hovedmodeller for DHO, en regional modell og en lokal modell med oppfølging ute i tjenesten.



³¹ <https://innomed.no/>

Regional TMS:

En av fordelene med denne modellen er bl.a stordriftsfordeler, kommunesamarbeidet, utnyttelse av ressurser og kompetanse. Regional TMS følger opp pasienter fra kommuner over hele Agder. Ved at vi er flere kommuner som samarbeider vil og kunne det være lettere å skalere tjenesten gjennom det regional nettverket. En annen fordel er at vi kan spre "belastningen" på flere kommuner og også få testet ut flere ting. På den negative siden er det en risiko for at det blir for fragmentert og at prosjektarbeidet har blitt for mye på siden av ordinær drift. Gjennom samarbeidet mellom kommunene kan enkelte oppgaver løses regionalt, i fellesskap og andre lokalt. Her har vi sett til helhetlig tjenestemodell³² og paralleller til trygghet og mestringsteknologi.

Pasienter gir tilbakemelding om at oppfølgingen oppleves som nær selv om den fysiske avstanden er stor. Det rapporteres fra pasientene at det ved denne oppfølgingen oppleves forbedring av egen helse, mindre engstelse enn før, samt økt frihet og trygghet i hverdagen. Videre; økt mestringfølelse, selvinnsikt, motivasjon og mindre kontakt med andre helsetjenester.

“«Den tryggheten dere gir meg i hverdagen med digital hjemmeoppfølging har gitt meg en mulighet for å føle meg trygg hjemme» Pasient 75 år

«Jeg har den tryggheten i bakhånd hele veien. Det at noen følger med på den daglige formen min og tar kontakt hvis det er noe, er gull verd" Pasient 73 år

Erfaringer tilsier at brukergrupper med spesifikke diagnoser, multimorbiditet og behov for oppfølgere med tyngde i sin kompetanse er en brukergruppe som egner seg godt for oppfølging av en regional TMS. Oppfølgerne blir eksperter i denne måten å jobbe på, som er med på kvalitetssikring av pasientoppfølgingen. Denne modellen er avhengig av et visst grunnvolum av pasienter påkoblet for å være bærekraftig, men er i dag rigget for å kunne skaleres dynamisk etter behov.

Oppfølging ute i tjenesten:

Erfaringene tilsier at pasientgrupper innenfor psykisk helse, med oppfølging fra hjemkommunen, er en brukergruppe som egner seg godt for oppfølging ute i tjenesten der relasjonen til oppfølgeren spiller en viktig rolle i oppfølgingen. DHO brukes da som et verktøy i allerede eksisterende oppfølging.

“«Jeg føler jeg får en bedre kontakt med oppfølgeren. Det hadde vært vanskelig å fått tid til å møte opp på et kontor i en hektisk hverdag» Pasient 32år, psykisk helse

Man ser indikasjoner på at stabile kronisk syke pasienter også kan være en brukergruppe som egner seg godt for oppfølging ute i tjenesten. Her er det behov for å se på dynamikken mellom hjemkommune og regional TMS.

Det er identifisert enkelte oppdrag i hjemmetjenesten som kan erstattes med DHO. F.eks tilsyn, besøk for å måle blodtrykk og veiledning i behandling av diabetes. Enkelte besøk er erstattet som resultat av pandemien og frykten for å få smitte «inn i huset».

Oppfølging initiert av spesialisthelsetjenesten med overgang til kommunen

³² <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/helhetlig-tjenestemodell-for-velferdsteknologi/>

I tillegg til disse to hovedmodellene har det som nevnt tidligere, vært pilotert tjenesteforløp med DHO initiert av spesialisthelsetjenesten med overgang til kommunen.

Fokuset på sømløse tjenester har vært viktig. Gjennom tidligere prosjekter erfarte vi at mange av pasienter som mottok oppfølging var uten offentlig hjelp, men hadde flere innleggelser med forverring. Som skrevet tidligere i rapporten får 25 % av innleggelser for astma/KOLS, en ny innleggelse i løpet av de neste 30 dagene (reinnleggelse)³³³⁴. Intensjonen med å gjennomføre pilotering av DHO fra sykehuset handlet bl.a. om å forebygge reinnleggelser, og å få erfaring med samarbeid og overgang av ansvaret over til kommunehelsetjenesten³⁵.

Det var få pasienter med i piloten, i tillegg ble piloten gjennomført under pandemien i en tid der antall innleggelser for denne diagnosegruppen endret seg, noe som gjør det vanskelig å se på tall før og etter piloten. Men enkelte subjektive tilbakemeldinger fra pasienter viser opplevelse av unngått innleggelse:

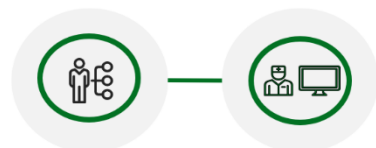
“

«Jeg er helt overbevist om at jeg ville blitt innlagt på sykehuset i sommer hvis ikke jeg hadde hatt denne oppfølgingen» Pasient 68 år

Etter en innleggelse på sykehus, ble mange sendt hjem uten offentlige tjenester fordi de ikke hadde behov for ordinær hjemmetjeneste, på tross av alvorlig sykdom, ofte multimorbiditet. De havnet mellom to stoler. Tilbakemeldinger fra pasienter og brukerrepresentanter er at oppfølgingen gir dem mestring og trygghet til å håndtere hverdagen med kronisk sykdom bedre. Det at de vet at de har helsepersonell som følger med på dem gjør også at de følger opp rådene de får i større grad enn når de skal gjøre det på uten oppfølging. Helsevesenet vårt er rigget med primær- og spesialisthelsetjeneste, hvor vi har ulike måter og jobbe på og vi bruker ulike systemer noe som kan gjøre det utfordrende å samhandle og dele informasjon. Dette forløpet har vært viktig for å vise hvordan vi gjennom denne måten å samhandle om pasienten kan «lukke sirkelen» og støtte opp om helhetlig pasientforløp.³⁶

Bruk av samme teknologiske plattform i oppfølgingen til pasientene fra sykehus eller kommune opplevdes sømløst for alle. Samtidig fikk vi tilbakemeldinger om at pasientene opplevde overgangen fra sykehus til kommune stor, fordi innholdet i selve oppfølgingen opplevdes ulik. Forventningsavklaring og rollefordeling mellom aktørene er derfor viktig når man sammen skal gi sømløse tjenester på tvers av forvaltningsnivå.

Tilbakemeldinger fra pasienter og brukerrepresentanter er at oppfølgingen gir dem mestring og trygghet til å håndtere hverdagen med kronisk sykdom bedre



³³ <https://www.fhi.no/nyheter/2020/astma-og-kols-drar-opp-reinnleggelser-i-sykehus/>

³⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-astma-kols>

³⁵ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2021/05/2021_04-Vedlegg-Erfaringsrapport-DHO-sykehuspilot.pdf

³⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop>

Oppfølging til flere regioner

Agder har også fulgt opp pasienter fra andre regioner, dette startet i foregående prosjekt TELMA og ble videreført etter prosjektslutt. Evaluering av dette arbeidet vedlagt (vedlegg J). En fremtidig helhetlig tjenestemodell for DHO kan, etter erfaring på Agder, innbefatte større samarbeid enn kun regionalt. Dette med forutsetning av tydelige ansvars og rollebeskrivelser. En slik modell vil, etter vår erfaring, medføre «spesialist kompetanse» for oppfølgingstjenesten. En slik tjeneste kan være gunstig der hjemkommunen ikke har kapasitet til å følge opp selv, eller ikke har tilgjengelig kompetanse

Det er behov for å i det videre arbeidet ses på hvordan DHO kan organiseres i en helhetlig tjenestemodell i drift. Dette fordrer samhandling med felles mål og strategi i helsefellesskapet.

7 MÅLOPPNÅELSE/GEVINSTER

For å kunne se på måloppnåelse i prosjektet er det viktig å trekke frem mål og effektmål fra det nasjonale prosjektet og de mål som var satt lokalt for prosjektet i Agder. I delkapitlene under evalueres de tre hovedmålene i tillegg til lokale målsettinger.

7.1 BEDRE FYSISK OG PSYKISK HELSE

Målet om bedre fysisk og psykisk helse skal oppnås ved å unngå forverring i helsetilstand i form av sykkelighet og dødelighet og uten forverring i sosial helse. Med sosial helse mener vi her fravær av ensomhet og opplevelse av verdighet.

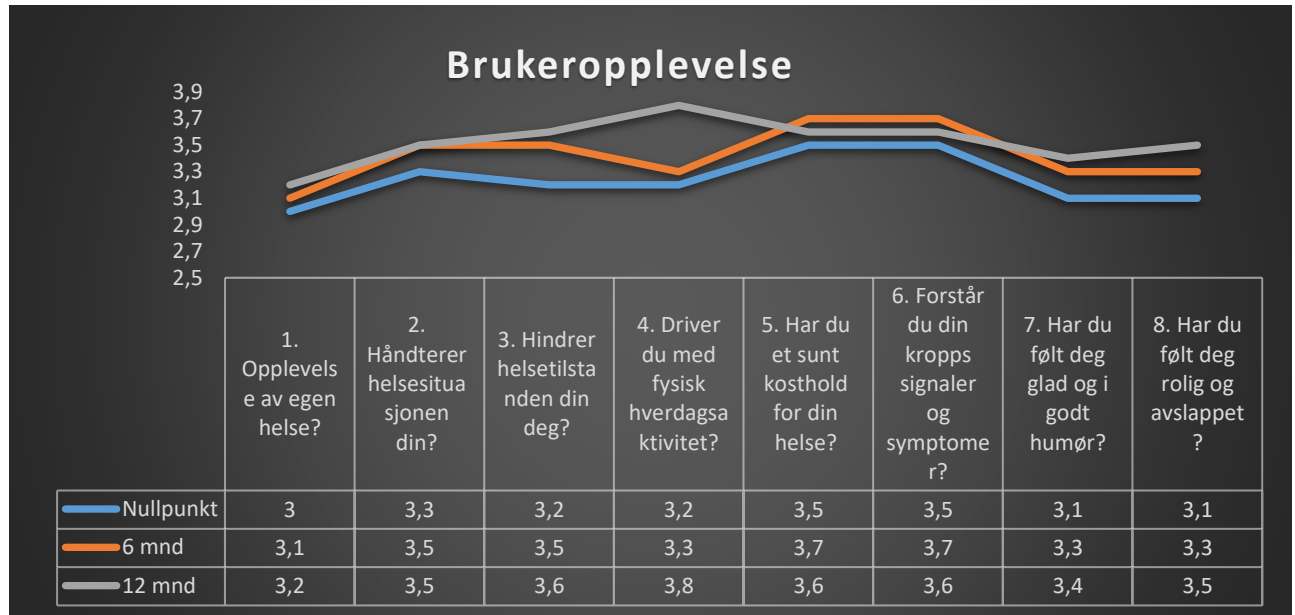
Utprøvingen i Agder har vist bedret fysisk og psykisk helse hos pasientene som mottar oppfølgingen. I de fleste evalueringssamtaler mellom oppfølger og pasient blir det fra pasienten gitt uttrykk for et fortsatt ønske og behov for tjenesten. Behovet identifiseres i at oppfølgingen gir pasientene mer kontroll på egen sykdom, gir økt trygghet, bidrar til forståelse av egen helse og reduserer antall alvorlige forverringer av sykdom ved å sette i gang tiltak på et tidligere tidspunkt.

“*«Jeg er sikker på at jeg ikke hadde overlevd min siste kraftige forverring hadde jeg ikke hatt DHO»*

KOLS- pasient, 55 år

Prosjektet sendte ut brukerundersøkelse i løsningen ved nullpunkt og hver 6 måned med 8 spørsmål om opplevelse av egen helse. Denne viser en bedring på alle spørsmål knyttet til helse, aktivitet og psykisk helse. Undersøkelsen scores fra 1-5 med 5 som høyeste score.

I figur 1 vises det målinger for nullpunkt (92 % svardeltakelse), 6 måneder (76 % svardeltakelse) og 12 måneder (24 % svardeltakelse). Det er en betydelig seleksjonsbias ved 12 måneders undersøkelsen, da det kun er 24 % som har svart på denne. Dette må tas i betraktning når man ser på resultatene, likevel tas denne med for å kunne vise at det kan viser til en tendens til økning på flere punkter ved denne målingen.



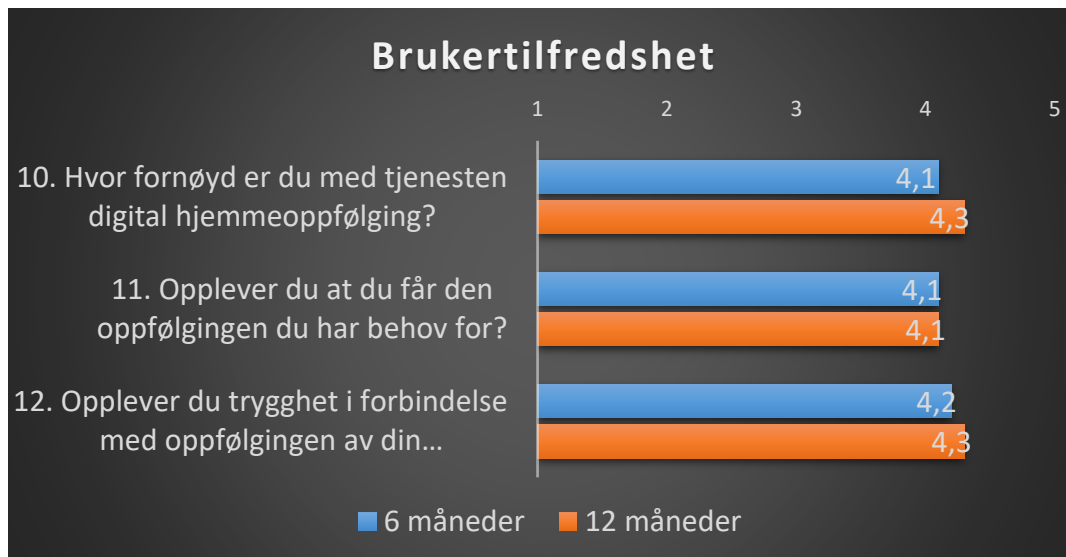
Figur 1; Resultater brukeropplevelse av egen helse

7.2 BEDRE PASIENTOPPLEVELSE

Målet om bedre pasientopplevelse for personer med digital hjemmeoppfølging skal oppnås uten at velferdsteknologi skal oppleves som ulempe for helsepersonell.

I Agder har det kommet tydelig frem i brukersamtaler at pasientene opplever at de blir godt ivaretatt av oppfølgerne. De uttrykker gevinster som at det er trygt å ha noen å kontakte, blir tatt på alvor, får rask respons ved avvik på målinger og at de får en god oppfølging. De opplever å bli fulgt opp med tydelige mål og plan som kan ha en effekt på reduksjon i behovet for andre tjenester. Oppfølgere sier at de opplever digital hjemmeoppfølging som en god måte å følge opp enkelte pasientgrupper på. Flere pasienter hadde ikke tjenester fra før av i kommunen, men etter å ha fulgt disse opp en periode, er det tydelig at det er behov for tjenesten. Flere pasienter ville antagelig hatt behov for en kommunal tjeneste i løpet av prosjektperioden, hvis de ikke hadde hatt digital hjemmeoppfølging. Oppfølgingen oppleves som fordelaktig måte å følge opp pasienter på, da enkelte pasienter har lettere for å få god relasjon på avstand.

Prosjektet sendte ut tre spørsmål om oppfølgingen sammen med brukerundersøkelsen fra 6 måned. Disse spørsmålene viser en tydelig positiv opplevelse av digital hjemmeoppfølging. Figur 2 viser en høy opplevelse av tilfredshet fra 6 måned.



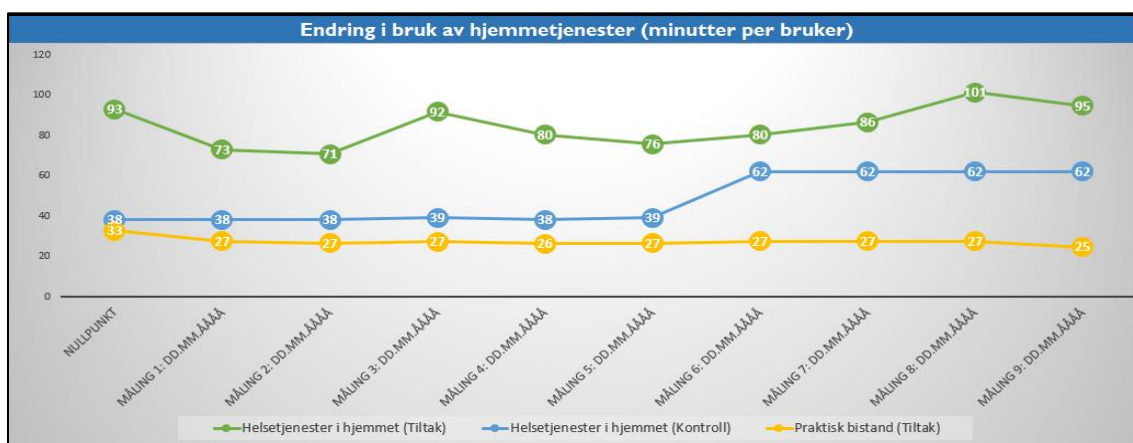
Figur 2; Brukertilfredshet i forhold til oppfølgingen.

7.3 LAVERE KOSTNAD

Målet om lavere kostnader for helsetjenesten skal oppnås uten å påføre næringsliv, andre deler av offentlig forvaltning eller pårørende vesentlige kostnader. For pasientene som ble inkludert på Agder var det kun 22 % som hadde kommunale tjenester ved nullpunkt og 9 måneder etter intervensjonen var det 19 % som brukte kommunale tjenester. På bakgrunn av dette, ble det utfordrende å se umiddelbare økonomiske gevinster for kommunene, da 78-81 % av de inkluderte hadde ingen tjenester før de fikk digital hjemmeoppfølging. Dette gav kommunene en opplevelse av økt kostnad ved denne oppfølging der det ikke var mulig å erstatte en annen helsetjeneste med DHO.

Uttrekkene for alle kommunale tjenester er registrert hver måned etter nullpunkt. Av de pasientene som fortsatt er med i studien er korteste oppfølgingstid på 9 måneder og lengste på 21 måneder. Uttrekk av tendens til endring i bruk av kommunale tjenester etter inklusjon er derfor hentet ut fra første måling til og med 9 måling for å få mest mulig riktig data.

Figur 3 viser en svingende kurve i bruk av hjemmetjenester hos pasienter i tiltaksgruppe, mens kurven til kontrollgruppe viser en økning i bruk av hjemmetjenester. Når det gjelder bruk av praktisk bistand i hjemmet sees en tendens til nedgang 33 minutter ved nullpunkt til 25 minutter 9 måneder etter intervensjonen.



Figur 3; Endringer i bruk av hjemmetjenester registrert i gjennomsnitt antall minutter pr bruker.

7.4 LOKAL MÅLOPPNÅELSE

Lokalt i prosjektet var det satt et overordnet mål;

«*Helhetlig satsning på digital hjemmeoppfølging, med bakgrunn i flere pågående initiativ og prosjekter, som sikrer overgang til drift fra 2022*».

I tillegg var det satt effektmål og resultatmål i styringsdokumentet (fra 2019) i Agder som er nærmere beskrevet i tabell 1. Det er satt inn kolonne for å tydeliggjøre måloppnåelse innen de ulike målene som var satt i starten av prosjektet, men dette er tilført tabellen for denne rapporten.

Tabell 1; Prosjektets mål, datert 22.05.19 (Kolonne 4 er tilført for å tydeliggjøre måloppnåelse):

Nivå	Beskrivelse	Suksesskriterier	Måloppnåelse
Virksomhetsmål Dette er ønsket fremtidig situasjon for Agder etter at gevinstene er realisert	Etablere en helhetlig og bærekraftig tjeneste for medisinsk avstandsoppfølging på Agder som innebærer felles teknisk løsning og pasientforløp med mindre bruk av helsepersonell	- Felles anskaffelse av teknisk løsning - Bærekraftig tjeneste - En etablert samhandlingsmodell mellom kommune, sykehus og fastlege - Gode pasientforløp - Nasjonale føringer for tjenesten medisinsk avstandsoppfølging	- Felles anskaffelsesprosess er etablert som et eget prosjekt Innovasjonspartnerskap velferdsteknologi ³⁷ - Det er redusert fra tre TMS til en regional TMS på vei mot en bærekraftig tjeneste. I tillegg har man flyttet tjenesten ut i allerede etablert tjenesteyting. - Det er etablert gode samhandlingsarenaer mellom aktørene. Styringsgruppe etablert igjennom RKG ³⁸ med representanter fra kommuner og sykehus. - Gode pasientforløp og tjenesteforløp er utarbeidet i prosjektperioden - Agder har bidratt med innspill til nasjonale føringer med lokale erfaringer på flere oppfølgingsforløp inne DHO
Effektmål Dette er hvilke konkrete endringer skal prosjektet føre til for Agder	- Kostnadseffektiv bruk av helse- og omsorgstjenester (oppfølgingstjeneste, sykehus, legevakt, fastlege og hjemmetjenester) - Økt trygghet og mestring slik at pasienten opplever bedre livskvalitet		- Ved å organisere en helhetlig tjenestemodell for regionen vil en på tvers av alle helseaktørene kunne bruke helse – og omsorgstjenester kostnadseffektivt. Dette er fremdeles i prosess og åpner opp for en modell for helsefelleskap på Agder på sikt. - Pasientene som får oppfølging, opplever trygghet og mestring. Kartlagt i brukerundersøkelse. - Den tekniske løsningen har blitt kontinuerlig utbedret under prosjektperioden. Det er nå mulighet for nedlastning av en applikasjon og bruk av egen mobile enhet.

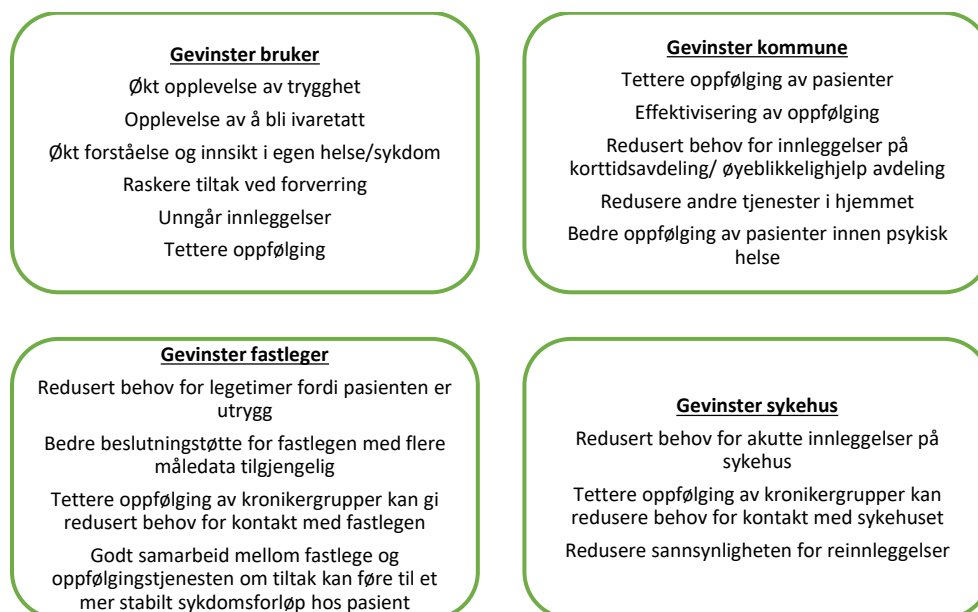
³⁷ <https://www.ehelseagder.no/innovasjonspartnerskap-velferdsteknologi/>

³⁸ <https://www.ehelseagder.no/rkg-e-helse/>

	• En teknisk løsning som dekker prosjektets behov for integrasjon og samhandling mellom aktørene • Kostnadseffektiv drift, innkjøp og support av valgt teknisk løsning • Erfaringer og modeller i form av beste praksis som har stor overføringsverdi nasjonalt og internasjonalt • Økt kompetanse i regionen ved oppfølging av pasienter med kronisk helsesvikt		• Logistikk, drift og teknisk løsning er fremdeles i prosess, det er beskrevet ulike modeller og satt i sammenheng med andre lokale prosjekter/initiativ. • Agder har jobbet strukturert med å utarbeide erfaringsrapporter og ulike modeller for oppfølging som kan ha stor overføringsverdi nasjonalt og internasjonalt. • Agder har deltatt i twinning prosjekt (Digital twin) med Andalusia og Skottland for å dele erfaringer og lære av hverandre
Resultatmål / Prosjektprodukt Resultatmålene er knyttet til de produkter prosjektet skal levere, disse er delvis definert av Helsedirektoratet, med tillegg for Agder	• 200 pasienter til RCT-studie som bidrar til forskningsresultater og nasjonale anbefalinger (100 tiltak/100kontroll) • Dokumenterte resultater tilknyttet Tjenesteforløpene • * Primærhelseteam og fastlege • Oppfølging TMS • Bidra til et forslag til en <i>Fremtidsrettet samhandlingsmodell mellom primær- og spesialisthelsetjeneste på Agder</i> som inngår i kunnskapsgrunnlaget for nasjonale anbefalinger • Anskaffelse av teknologi til prosjektet	• Samarbeidsavtaler med fastleger og sykehus • Godt gjennomførte iterasjoner på tjenesteforløp basert på erfaringer underveis i prosjektet • Godt samarbeid med SSHF om mulig, fremtidig samhandlingsmodell for nasjonale anbefalinger • Gjennomført FoU-avtale som anskaffer rett teknologi til rett tid	• Prosjektet nådde deler av måltallet for inklusjon med 103 pasienter i tiltak og 44 pasienter i kontroll. Grunnen til dette var pandemiens påvirkning av inklusjon til prosjektet. • Gevinster er kartlagt og brukercaser beskrevet tilknyttet tjenesteforløpene. I tillegg har man videreutviklet forløpene og gjort organisatoriske endringer. • Det er pilotert forløp på tvers av primær og spesialisthelsetjenesten for å kunne bidra inn i nasjonale anbefalinger om videre samhandling på feltet. Dette var et av bidragene inn mot videre pilotering ut 2021 med fokus på samhandling og informasjonsdeling. • Prosjektet deltar i prosjektgruppen Innovasjonspartnerskap Agder og gitt innspill til behov rettet mot DHO for anskaffelse.

7.5 GRAD AV MÅLOPPNÅELSE OG IDENTIFISERTE GEVINSTER

Som beskrivelse av målene og måloppnåelse i kapitlene over viser, har prosjektet i stor grad har gjennomført målene som er satt nasjonalt og lokalt. De mål som ikke er nådd, har en tilhørende prosess for videre arbeid. Gevinstarbeidet har vært omfattende og til tider utfordrende på grunn av mange kommuner med pasienter inkludert i forskningen, i tillegg til oppfølging av pasienter som ikke er inkludert i forskningen. Hovedfunnene i gevinstarbeidet basert på nasjonale mål har vært effekter for helsetilstand og tydelige økonomiske gevinster i både kommuner og sykehus i enkeltcaser som vi ser at DHO erstatter andre tjenester. Flere effekter er identifisert og vedlagt i gevinstrapporten (Vedlegg B).



7.5.1 Effekter for helsetilstand

Vi ser flere effekter for helsetilstanden hos mange pasienter og pasientene selv ytrer at de blir tatt på alvor, føler trygghet og opplever rask respons ved avvik på målingene.

I forhold til oppfølging fra sykehus med overgang til kommune, viser erfaringsrapporten³⁹ at pasientene opplever trygghet, større innsikt i hvordan de forholder seg ved tegn til forverring og hvilke tiltak de kan sette i gang. Ifølge en av pasientene i piloteringen hadde tjenesten hatt betydelig kvalitativ effekt på helse og sykdomsforløp og pasienten var helt sikker på at det har vært unngåtte kostnader på grunn av mottak av digital hjemmeoppfølging etter innleggelse. Pasienten mener at oppfølgingen har bidratt til å unngå reinnleggelse og minst 2 ytterligere innleggelser på grunn av tegn til forverring i løpet av 3 måneders perioden pasienten ble fulgt opp fra sykehuset.

Pasient med oppfølging fra TMS ble ikke tatt på alvor fra fastlegene når pasienten tok kontakt på grunn av forverring og fikk, før digital hjemmeoppfølging, forverringer flere ganger i året med lang varighet på grunn av tiltak som ble satt i gang sent i sykdomsforløpet. Etter oppstart av oppfølging fra TMS har pasienten ikke følt seg syk, da tegn på forverring ble identifisert tidlig og tiltak satt i gang med godkjenning fra fastlegen.

³⁹ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2021/05/2021_04-Vedlegg-Erfaringsrapport-DHO-sykehuspilot-.pdf

7.5.2 Effekter pasientgruppen psykisk helse

I digital hjemmeoppfølging for pasienter med psykiske helseplager har ulike digitale verktøy blitt benyttet, blant annet Feedback-Informed Treatment (FIT)⁴⁰. FIT-skår basert på 6 ulike pasienter, viser en hovedvekt av positive tilbakemeldinger fra pasienten på opplevd effekt av oppfølgingen og tilfredshet med allianse til oppfølger og innhold i oppfølgingen. ORS-skår viser for de fleste en stigende kurve sammenlignet med ved oppstart. Flere har en del svingninger i sin kurve, noe som er naturlig da det gjenspeiles belastninger og utfordringer i livssituasjonen. Samtlige av pasientene gir tilbakemelding om at de er godt fornøyd med innholdet i oppfølgingen og relasjonen til oppfølgeren, noe som gjenspeiles i gjennomgående høye skår i SRS-skjema.

Pasienter som mottar DHO innen psykisk helse melder tilbake om flere positive kvalitative gevinster. Samtalene gjennomføres via video og de opplever å få god kontakt med oppfølger i samtalene. De sparer tid og energi på å slippe fysisk oppmøte på et kontor og kan gjennomføre samtalene der det passer dem best; om det er hjemme, i bilen eller på arbeidstedet etc. Flere av pasientene gir tilbakemelding om at de slapper mer av og får bedre utbytte av samtalen ved videosamtale og kan bruke energien som de tidligere har brukt på å møte «fysisk» opp på et kontor til aktivitet som er positiv for deres psykiske helse. Noen få av pasientene er i jobb, og da opplever de det som nyttig å kunne gjennomføre videosamtalen på arbeidstedet uten å måtte ta unødig fri fra jobb. Gjennom bruk av nettbaserte selvhjelpsprogram blir de mer bevisst på hva som bidrar til bedre psykisk helse og blir kjent med verktøy som kan benyttes for å forebygge sykdom. Dette bidrar til unngåtte kostnader for transport, redusert CO₂ – utslipp, bedre mottak av tjeneste på grunn av trygge omgivelser og kan føre til å unngå innleggelser i distriktpspsykiatrien (DPS).

«Jeg var skeptisk i begynnelsen, men nå ønsker jeg digital oppfølging fremfor oppfølging på kontor» Pasient psykisk

7.5.3 Økonomiske effekter

Mange får oppfølging som forebyggende tjeneste og det er ennå vanskelig å se den umiddelbare samfunnsøkonomiske gevinsten på de inkluderte pasientene. Likevel ser vi enkelte kvalitative og kvantitative gevinster som er samlet i brukercase som vedlegg til gevinstrapporten. Den ene brukercasen viser en gevinst i form av årlig besparelse på over 300 000 kr ved å bytte ut hjemmesykepleie to ganger daglig med digital hjemmeoppfølging hos en pasient som bor lang fra hjemmetjenesten.

I forhold til innleggelser på kommunal korttidsavdeling eller kommunal øyeblikkelig hjelp ser vi at de pasientene i tiltak som har hatt innleggelse før intervensjonen, ikke har hatt innleggelser året etter. Dette kan ha flere årsakssammenhenger, men vi kan bekrefte at de pasientene i forskningen som har hatt behov for innleggelse før DHO ikke har registrert innleggelser etter intervensjonen. Dette kan henge sammen med tidligere tiltak i forbindelse med sykdomsforverring, men kan også være andre årsaker til endringen som ikke har sammenheng med intervensjonen.

I forhold til sykehus ser vi gevinster lokalt på enkelte brukere der forverringene blir håndtert på et tidligere tidspunkt. En pasient hadde 3 innleggelser i 2019, men ingen i 2020 og pasienten var tydelig på at h(n) hadde hatt flere innleggelser i 2020 hvis h(n) ikke hadde hatt DHO. Det er flere slike enkelte brukercaser fra Agder som kan indikere et redusert behov for innleggelser etter

⁴⁰ <https://www.napha.no/content/20897/fit-manual-1:-hva-virker-i-terapi>

intervensjonen. Likevel kan vi ikke konkludere med at intervensjonen er hovedårsaken til dette, men vi antar at den er en del av flere årsaker til redusert behov for innleggelser.

8 LÆRINGSPUNKTER/ERFARINGER

Erfaringer som er viktige for å oppnå effekt	
Pasient	○ Må kunne nyttiggjøre seg teknologien ○ Ha motivasjon for livsstilsendring der det er nødvendig ○ Individuelt tilpasset opplæring og oppfølging
Fastlege	○ Evidensbasert kunnskap ○ Takstsystem som understøtter tjenesten/oppgaver
Kommune	○ Rekrutterer «riktig» pasientgruppe ○ Rekruttere ift behov ikke diagnose ○ Belyse gevinster ○ Unngå dobbel dokumentasjon
Spesialist-helsetjenesten	○ Involvering av alle ledd av tjenestene ○ Evidensbasert kunnskap ○ Unngå dobbel dokumentasjon ○ Fokus på sykehusets kjernevirksomhet
Felles for helsetjenestene	○ Forankring ○ Lederforankring, både toppleder og mellomledere ○ Strategi og mål for DHO/velferdsteknologi ○ Ressurser i form av tid til å sette i gang med DHO, investere tid i oppstarten ○ Gevinstarbeid, evalueringer og justeringer underveis ○ Integrasjon mellom systemer ○ Motiverte, interesserte og endringsorienterte ansatte ○ Helsefaglig kompetanse, endringsledelse og endringskultur ○ Kompetanse innen ehelse/velferdsteknologi, digitalisering og innovasjon ○ Spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastleger har kjennskap til hverandres organisasjoner, her både utfordringer og muligheter ○ Partnere i stedet for parter i et helsefellesskap og en felles strategi ○ Finansieringssystemet av helsetjenestene er en potensiell show-stopper for DHO. Både kommuner og helseforetak kan stå igjen som «tapere» med dagens system. ○ Å enes om forvaltning av tjenesten er en av problemstillingene som må løses mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ○ Det er behov for nasjonale føringer for DHO og tydeliggjøring av ansvaret for og viktigheten av forebyggende tjenester

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

Samarbeidet mellom alle aktørene ble formalisert i samarbeidsavtaler. Det har vært en utfordring når disse skulle fornyes i å endre avtaler og får signatur fra riktige personer i de ulike kommunen. Personell endres, og digital signatur har ikke alltid fungert på optimal måte.

Siden vi har jobbet fra et regionalt perspektiv i Agder, var det i forbindelse med inklusjon/rekruttering til RCT-studien krevende for ansatte på sykehus å ha oversikt over hvilke kommuner som avtaler med prosjektet. Dette ble løst i at resurspersoner på sykehuset hadde oversikt over kommuner med samarbeidsavtale. Videre man ønske seg at kommuner tilbyr like tjenester til pasientene.

Vi har hele veien hatt fokus på forankring, det er viktig å hele tiden holde interessenter informert, informasjonen må også gjentas. Samlingsarena for å få denne informasjonen ut har vært nyttig, da spesielt strukturen vi har hatt gjennom RKG. I 2021 opprettet prosjektet sammen med regional TMS et nettverk blant kontaktpersoner i kommunene på Agder, med jevnlig status og samarbeidsmøter. I tillegg har det hele veien gjennom prosjektet vært møter mellom oppfølgerne i både kommunen, primærhelseteam og fra sykehuset. Dette har styrket samarbeidet, vært en arena for faglige diskusjoner og felles problemstillinger. De to sistnevnte møtene fortsetter i regi av regional telemedisinsk sentral.

Hvordan er opplevelsen av selve teknologien og samarbeid med leverandørene?

Som en fortsettelse fra tidligere prosjekt innen DHO, fikk vi også med oss en fortsettelse av teknologisk plattform fra den gangen. Teknologien ba preg av nyvinninger i området, med større fokus på funksjonalitet enn brukergrensesnitt på både oppfølgerens applikasjon og pasientens applikasjon. Mange innspill om forbedringer ble gitt, og med Siemens Healthineers AS som en ressurssterk leverandør, klarte de å forbedre applikasjonene betraktelig, spesielt på pasientens side. Brukergrensesnitt ble forbedret med fokus på brukervennlighet.



Applikasjonen på oppfølgerens side ble også til dels omstrukturert til å være mer logisk og funksjonelt. Samarbeidet med Siemens Healthineers AS har vært veldig positivt. I oppstarten var det selvfølgelig en del for leverandøren å ta tak i, og den har fått løpende tilbakemeldinger fra prosjektet. Leverandøren har bygd opp en liten organisasjon, men effektivt, for å forvalte og løfte løsningen videre, i tett samarbeid med sine underleverandøren på utvikling samt drift. Siemens Healthineers hadde tidlig satt inn viktige og strategisk ressurser innen planlegging og teknologisk utvikling.

Vi hadde opplevelse av at leverandøren var oppdatert og hadde god kompetanse på teknologisk løsninger. De hadde gode strategiske ressurser som fulgte med på behov, utvikling og trender. Leverandøren var også seg bevisst på personvern og informasjonssikkerhet, og hadde dette temaet på agendaen sin hele veien.

Hvilke suksesskriterier ville dere peke på?

Det finnes mye forskning om hva som gir suksess i innovasjonsprosjekter. Dette prosjektet har bl.a. sett til modellen «Service Innovation Triangle» med fokus på verdidrevet tjenesteinnovasjon der tjenesteinnovasjonen må gi verdi til alle tre sider. pasient, tjenesteyter (som kommune, sykehus etc) og leverandør. Modellen bidrar til å øke bevisstheten rundt både innovasjonskapasitet og innovasjonsevne og kan gjøre det lettere å løfte hvilke faktorer som øker innovasjonsevnen⁴¹. Rammebetingelsene fra ledelsen, motivasjonen og timing (her både i prosjekt og hos de ulike aktørene), har påvirket prosjektets suksess.

Suksesskriterier

- Godt samarbeid
- God Forankring i alle ledd
- Informasjonsarbeid
- Nettverksbygging
- Kontaktpersoner i hver kommune
- Tilstrekkelig ressurser
- Interesserte ansatte
- Endringsvillighet
- Felles mål og strategi med pasienten i sentrum
- Bevissthet og vilje til samarbeid og fokus på tvers av siloer
- Individuell oppfølging av pasienter
- Samarbeide i team rundt pasienten
- Kunnskap og kompetanse hos oppfølger
- Samarbeid med leverandør
- God support, åpen/ærlig dialog med leverandør
- Tydelig oppgave og ansvarsfordeling i tjenesten

⁴¹

https://www.researchgate.net/publication/264439154_The_service_innovation_triangle_a_tool_for_exploring_value_creation_through_service_innovation

9 TILRETTELEGGING FOR/ PLAN FOR VIDERE DRIFT

Erfaringer og råd til en kommune/Helsefellesskap som ønsker å /planlegger å starte med digital hjemmeoppfølging

Mål og strategi

- Klare mål og strategi fra toppledelse
- Tydelig ledelse og retning

Forankring forankring forankring

- Strukturer forankringsarbeidet
- Bygg relasjoner på tvers av siloer
- Opprett tverrfaglige team med mangfold av egenskaper
- Involver alle aktører i planlegging av tjenesten
- Sett av tilstrekkelig ressurser

Jobb smidig

- Gå raskt frem i liten skala. Test og juster og test igjen i stedet for å vente til man har alle svar
- Evaluer og gjør justeringer underveis

Aksept at en trækker feil

- Sørg for en psykologisk trygghet for å feile
- Anerkjenn læringsverdien av feil
- Lag gode mekanismer for å sortere ideer og avslutte prosjekter som ikke er fruktbare

Gevinstrealisering

- Krever investering/innsats
- Tar tid, start med en gang!
- Evne til å se gevinster i perspektiv, vi ser kanskje ikke gevinster nå, men evne til å se at de kan komme på sikt

Innovasjon

- Innovasjon og forbedring er ikke det samme
- Innovasjon: Nytt, nyttig og nyttiggjort

Informasjonssikkerhet, Personvern-konsekvensutredning

- Vurder informasjonssikkerheten jevnlig
- Vurder og gjennomfør DPIA og ROS

Kompetanse

- I overnevnte punkter
- Spesielt mellomledernivå

For å lykkes med å skape verdi for alle involverte aktører må vi jobbe med utvikling innen en rekke felt f.eks teknologi, brukeropplevelse, kultur, tjenesteforløp og forretningsmodeller.

- Morten Lauknes, Prosjektleder digitalisering, samhandling og innovasjon i Kristiansand kommune

Agder fortsetter arbeidet med DHO, blant annet gjennom Helsedirektoratets videre utprøving med fokus på samhandling og informasjonsdeling. Her pilotes forløp fra ordinært fastlegekontor, digital egenbehandlingsplan samt videre utprøving av DHO initiert av spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har dialog med sykehuset om videre samarbeid om andre pasientgrupper, muligens som en del av

pilotering i DHO HSØ. Regional telemedisinsk sentral fortsette tilbudet om oppfølging og kommunene tilbys opplæring i å ta DHO ut i tjenesten.

Etter forskningsstudienes inklusjons- og eksklusjonskriterier står man nå fritt til å prøve ut tjenesten på andre måter til flere pasientgrupper, som et verktøy i allerede eksisterende tjenester. Oppgaver og ansvar som tidligere har vært tillagt prosjektarbeid må overføres til linja. Dette fordrer at både kommunene og sykehus konkretiserer sin strategi for DHO på tross at resultatene ikke er entydige og signifikante.

En av hovedutfordringene ved bruk av velferdsteknologi i kommunene er at dagens teknologier og tjenester er fragmenterte og det mangler integrasjon mellom de ulike løsningene, noe som fører til betydelig merarbeid i kommunene. Gjennom innovasjonsprosjektet «Innovasjonspartnerskap Agder» jobber vi med følgende mål

«Målet med innovasjonspartnerskapet er å utvikle integrerte løsninger, som ivaretar pasientens behov, samt forenkler arbeidshverdagen for helsepersonell.»⁴²

I tillegg vil koordinator for DHO fortsette arbeidet med å ha oversikt over pågående prosjekter mellom kommuner, sykehus og fastleger i Agder. Koble og koordinere regionale prosjekter og prosesser gjennom etablerte strukturer. Og være en pådriver for koordinering, informasjonsdeling mellom aktørene og bidra til å styrke samhandling om DHO. DHO er en tjeneste som fortsatt er i utvikling, det er behov for nasjonale føringer og totalvurdering av hvordan dagens helsetjenester er organisert for å kunne skalere og skape en bærekraftig tjeneste og ta ut større potensialet i innovasjonsarbeidet.⁴³

Hva skal til for å realisere og skalere digital hjemmeoppfølging

- Behov for nasjonale føringer
- Behov for spredningsfase for digital hjemmeoppfølging på lik linje som trygghet- og mestringsteknologi
- Behov for større fokus på operative Helsefelleskap med aktørene som partnere ikke parter
- Behov for økt fokus på pasientreisen på tvers av siloer
- Bruk av teknologi, innovasjonsprosesser og endringsledelse bør i større grad inkluderes i helsefaglige studier
- Løsning for deling av data på en standardisert måte
- Juridiske forutsetninger for samhandling må være på plass
- Behov for vurdering av takstsystem for både sykehus og fastleger. Samt kommunenes tre ulike finansieringssystem
- Behov for vurdering av bruk av egenandel ved tildeling av utstyr, opp mot lovgivning, med mål om å unngå sosiale forskjeller ift økonomi
- Gunstige betalingsmodeller mellom helsetjenesten og leverandør
- Legge til rette for kultur- og holdningsendringer i helsetjenestene
- Retningslinjer ift forebyggende tjenester med fremtidige gevinster

⁴² <https://www.ehelseagder.no/innovasjonspartnerskap-velferdsteknologi/>

⁴³ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/05/20/bent-hoie-kan-na-sine-digitale-mal/>

VEDLEGG

Vedlegg er lagt ved rapporten som egne PDF-filer

VEDLEGG A REGIONAL KOORDINERINGSGRUPPE

VEDLEGG B GEVINSTRAPPORT

VEDLEGG C TJENESTEFORLØP MED OPPFØLGING FRA REGIONAL TELEMEDISINSK SENTRAL

VEDLEGG D TJENESTEFORLØP SYKEHUS-KOMMUNE

VEDLEGG E TJENESTEFORLØP PSYKISK HELSE OG «UTE I TJENESTEN»

VEDLEGG F TJENESTEFORLØP PHT

VEDLEGG G SAMARBEIDSAVTALE FASTLEGER

VEDLEGG H ALGORITMER

VEDLEGG I VURDERING AV LOGISTIKKANSVARLIG

VEDLEGG J DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING TIL ANDRE REGIONER

VEDLEGG K MEDIEOPPSLAG



**REGIONAL
KOORDINERINGSGRUPPE**
E-HELSE OG VELFERDSTEKNOLOGI
AGDER

RKG e-helse

PROGRAM: E-HELSE AGDER 2030

Innholdsfortegnelse

1. Bakgrunn.....	2
2. Mål	3
3. Kompetanse.....	3
3.1 Mål	3
3.2 Kompetansehevendetiltak.....	4
4. Organisering	5
5.1 E-Helse Agder 2030.....	5
5.2 Felles regional styringsgruppe	6

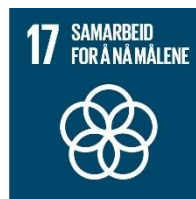
1. Bakgrunn

Agder kommunene har siden 2016 jobbet systematisk med lederforankring med det felles formål og hensikt at kommunene i Agder skal være ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge. Derfor ble Regional Koordineringsgruppe for e-helse (RKG e-helse¹) etablert av rådmannsutvalget i januar 2016, videreføring og etablering av programmet *E-helse Agder 2030*².

Formål med etablering av RKG e-helse er å jobbe for disse relevante mål:

At kommunene i regionen er ledende innen bruken av velferdsteknologi i Norge
Å stimulere til forskning, utvikling og næringsutvikling i regionen
Økt interkommunal koordinering og forankring på Agder

RKG e-helse arbeider for å nå FN's bærekraftsmål spesielt innen disse områdene:



RKG e-helse adresserer hovedmålet i Regionplan Agder; *Agder – en bærekraftig region med lave utslipp og gode levekår*; herunder;

Bruke hele Agder og sørge for at utviklingen kommer alle deler av Agder til gode
Samarbeide om å nå FN's bærekraftsmål på regionalt og lokalt nivå
Utnytte mulighetene som digitalisering gir

Rådmannsutvalget Agder støttet 8/11-19 en videreføring og grunnfinansiering av RKG e-helse.

Samtidig støttet i 2019 Rådmannsutvalget etableringen av «E-helse Agder 2030», som et program med flere satsningsområder; 1) NVP Spredningsfase Agder, 2) Avstandsoppfølging, 3) Innføring av nasjonale e-helseløsninger og 4) AKSON, 5) Innovasjonspartnerskap. Nå fra 2021 Crane Agder som er et Eu prosjekt. NVP Barn og Unge er over i ny fase og tas inn i satsningen NVP spredningsfase Agder.

¹ <https://www.ehelseagder.no/rkg-e-helse/>

² <https://www.ehelseagder.no/e-helse-agder-2030/>

2. Mål

Innbyggerne i Agder har tilgang på enkle, sikre, helhetlige digitale helse- og omsorgstjenester.

Velferdsteknologi er integrert i helse- og omsorgstjenestene i alle 25 kommuner på en slik måte at det gir gevinster for innbyggerne, ansatte og for kommunene.

3. Kompetanse

I arbeid som er nedlagt i de pågående satsningene i E-helse Agder har det kommet frem et behov for å igangsette kompetansehevende tiltak med fokus på mellomledere.

Det er etablert et samarbeid med Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Agder (øst og vest) for å utarbeide og gjennomføre kompetansehevende tiltak mot denne målgruppen.

3.1 Mål

Overordnet mål er at velferdsteknologi er integrert i helse- og omsorgstjenestene i alle 25 kommuner på en slik måte at det gir gevinster. Målsettingen med disse kompetansehevende tiltak er at mellomledere i helse- og omsorgssektoren:

- Får økt innsikt i hvordan egen kommune og avdeling kan ta i bruk velferdsteknologi
- Gjøres i stand til å lage gevinstplaner, målinger og rapporteringer
- Gjøre i stand til å kartlegge behov, igangsette tjenester ved bruk av, bistå i implementering av ny teknologi sin avdeling

3.2 Kompetansehevendetiltak

Kompetansehevende tiltak	Resultat	Ønsket effekt
Konkrete tiltak som må ses i sammenheng: Velferdsteknologiens abc³ Digitalt kurs – basiskurs. Læringsnettverk⁴ Samarbeid om velferdsteknologi Agder (SOVA)⁵	Gi økt innsikt / kompetanse i hvordan kommunen/avdelingen din kan ta i bruk velferdsteknologi slik at det gir gevinster. Gjøre i stand til å kartlegge behov, igangsette tjenester ved bruk av, bistå i implementering av ny teknologi sin avdeling. Refleksjon med kollegaer; andre ledere, ansatte i egen organisasjon og avdeling. Jobbe med å konkretisere ved å lage planer, sette kortsiktige og langsiktige mål for egen avdeling. Lage og måle på de oppsatte mål for innføring av ulike teknologier. Jobbe med egen gevinstrealiseringplan, måling og rapportering. Bistå egen organisasjon og evt. kommunen med implementering, planer og målinger.	Vurderer og implementerer teknologi i sine tjenester. Hva vil det ha å si for tjenestene som leveres. Ansattgevinst vi få frigitt tid til andre pasientoppgaver. Ved å spare tid. Tjenestemottakere kan motta bedre kvalitet på sine tjenester levert fra kommunehelsetjenesten. Oppleve økt grad av mestring, tjenester levert til rett tid, og mindre forstyrrelser på natt. Kommunens økonomi ift. helsetjenester vil kunne bli noe mer forutsigbar. Kommunen kan levere gode og forsvarlige tjenester uten å måtte ansette flere helsepersonell og øke budsjettammen.

³ Revidert kursmateriell og digital gjennomføring vil bli lansert høsten 2021, med mer fokus på leders oppgaver og rolle.

⁴ Læringsnettverk som metode er et forslag som det skal jobbes med å konkretisere 1. halvår 2021.

⁵ <https://www.ehelseagder.no/samarbeid-om-velferdsteknologi-pa-agder/>

4. Organisering

5.1 E-Helse Agder 2030

Den regionale koordineringen av e-helse har resultert i at fremtidsrettede digitale løsninger er innført i helse- og omsorgssektoren i hele Agder. Kommunene i Agder er helt i front og har stor innflytelse nasjonalt på at løsningene baseres på kommunenes behov. RKG samarbeider med spesialisthelsetjenesten om løsninger som bør være felles på tvers av forvaltnings-nivåer. Men selv om regionen har kommet langt, har vi mer arbeid foran oss. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023¹ peker blant annet på tettere samarbeid og felles planlegging mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. På Agder har vi Overordnet strategisk samarbeidsutvalg (OSS, nå omtalt som Helsefellesskap Agder), som på mange måter imøtekommer Regjeringens forslag om etablering av 19 Helsefellesskap i Norge. Etableringen av en felles regional styringsgruppe innen e-helseprosjekter med representanter fra både primær- og spesialisthelsetjenesten er dermed i tråd med nasjonale føringer.

I 2020 og de neste årene, er det flere områder som særskilt krever felles koordinering og det etableres et felles program «E-helse Agder 2030», med følgende mål:

«Innbyggerne i Agder har tilgang på enkle, sikre, helhetlige digitale helse- og omsorgstjenester»

E-helse Agder 2030 består i 2020 av følgende satsninger:

NVP Spredningsfase Agder NVP Trygghetsteknologi piloterer driftsorganisering av trygghetsalarmer og videreutviklings av helhetlig tjenestemodell. NVP barn og Unge over i ny fase og jobber tetter med NVP trygghetsteknologi.

Digital hjemmeoppfølging Agder tidligere Medisinsk avstandsoppfølging Agder («Telemedisin/Helsetjenester hjemme»)

Innføring av nasjonale e-helseløsninger

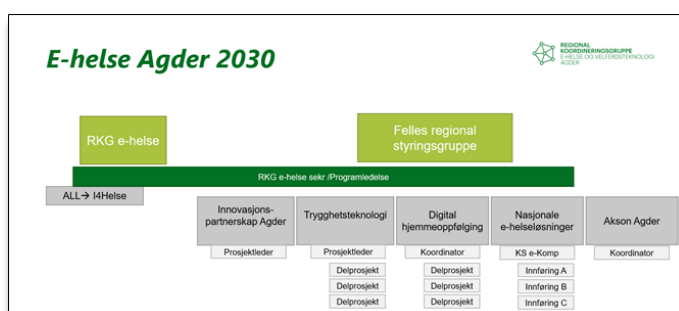
Akson Agder (Én innbygger én journal)

Innovasjonspartnerskap Agder, planlegge og gjennomføre ny felles anskaffelse for Agder for trygghets- varslingssteknologi, digitalt hjemmeoppfølging samt barn og unge.

Crane Agder fra 2021; planlegge og gjennomføre muligheten for en ny felles anskaffelse for Agder for trygghets- varslingsteknologi, digitalt hjemmeoppfølging samt barn og unge, som ikke ivaretas i Innovasjonspartnerskap Agder.

Digital sikkerhet og sårbarhet er fortsatt et sentral arbeide for kommunene i Agder. Her samarbeides det med mange aktører, blant annet Fylkesmannen i Agder.

Skissen under beskriver hvordan satsingene kan samles og organiseres i programmet.



Figur 1 «E-Helse Agder 2030»

Arbeidet igangsettes og ivaretas gjennom E-helse Agder og de 5 satsningsområdene.

5.2 Felles regional styringsgruppe

For å styre fellessatsingen E-helse Agder 2030 er det etablert en felles regional styringsgruppe⁶ bestående av representanter på ledernivå fra Agderkommuner og Sørlandets sykehus, samt observatører fra Fylkesmannen i Agder, KS Agder, Agder Fylkeskommune og representant fra daglig leder nivå IKT i Agder .

Representanter i felles regional styringsgruppe E-helse Agder 2030:

- Region Lister v/ kommunalsjef Farsund kommune, Anne-Margrethe Johnsen
- Region Kristiansand v/ kommunalsjef Lillesand kommune, Geir Jenssen
- Region Setesdal v/ kommunalsjef Valle kommune, Solveig Kyrvestad
- Region Østre Agder/Grimstad kommune v/ kommunalsjef Grimstad kommune, Aase S. Hobbesland
- Lindesnes kommune v/ kommunalsjef Mandal kommune, Heidi H. Haven

⁶ <https://www.ehelseagder.no/e-helse-agder-2030/>

- Arendal kommune v/ kommunalsjef Arendal kommune, Torill Skår
- Kristiansand kommune v/ direktør helse- og mestring Brede Skaalerud
- Prosjekteier: Kristiansand kommune v/ Samfunn og innovasjon
- SSHF; Direktør teknologi og e-helse, Per W Torgersen
- SSHF; Forskningssjef, Frode Gallefoss
- SSHF; Fagdirektør, Susanne Hernes

Observatører:

- Fylkesmannen i Agder, Heidi Danielsen Liane
- KS Agder, Magnus Mork
- Agder Fylkeskommune, Ann Camilla Schulze-Krogh
- Daglig leder-nivå IKT referansegruppe Agder, Rune Johansen

Kontaktinformasjon:

Leder RKG e-helse v/ Aase Hobbesland Aase.Synnove.Hobbesland@grimstad.kommune.no

RKG sekr. v/ Kjetil Løyning Kjetil.Loyning@kristiansand.kommune.no

RKG sekr. v/ Kathrine Melby Holmerud Kathrine.Melby.Holmerud@grimstad.kommune.no

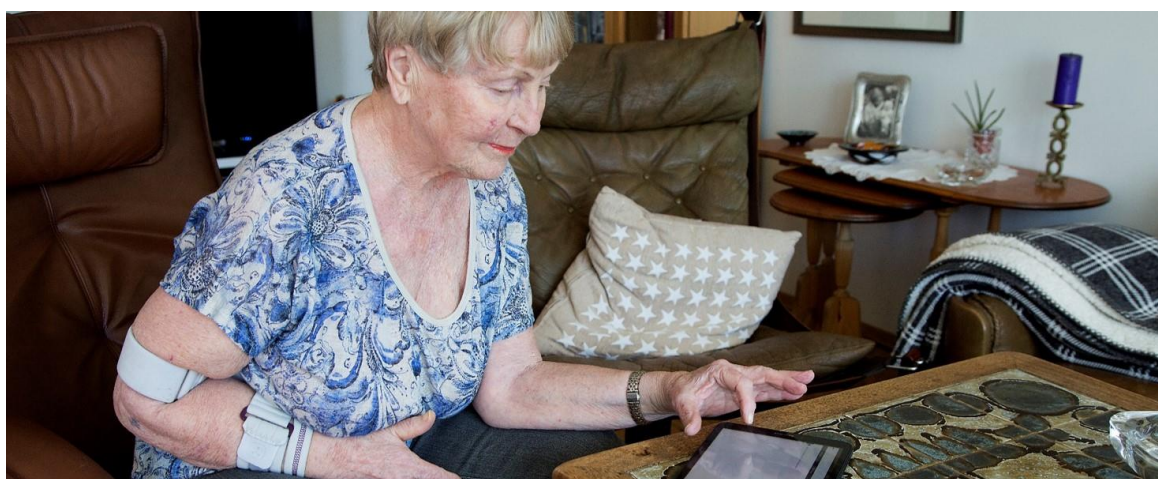
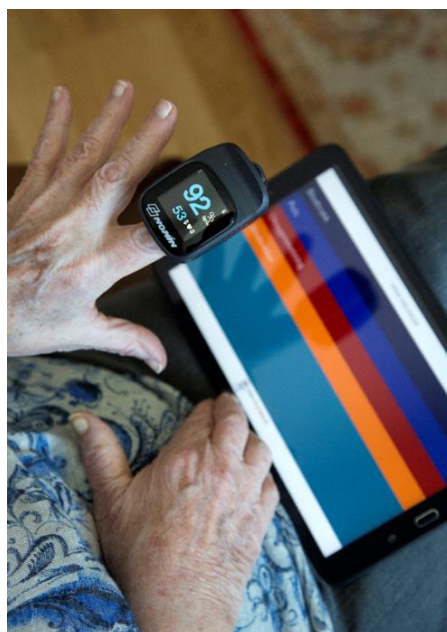
Les mer [her](#)

Gevinstrapportering

DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING AGDER

CHRISTINE WIDDING KASPERSEN
DELPROSJEKTLEDER FOR INKLUSJON OG
GEVNISTREALISERING

15. JUNI 2021



INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	2
1. Innledning.....	3
1.1. Studiepopulasjonen på Agder.....	3
1.2. Inklusjonen og randomiseringen	4
2. Status.....	5
2.1. Avslutning av tjeneste og status samtykke	6
2.2. Gevinstplan	7
2.3. Forankring	8
2.4. Vurdering av nytteverdi hos den enkelte bruker ved oppstart av tjenesten	9
3. Forbruk av helsetjenester, brukertilfredshet og effekter for helsetilstand	9
3.1. Forbruk av helsetjenester	10
3.2. Resultater fra brukerundersøkelsen	11
3.3. Effekter for helsetilstand	13
3.4. Effekter for pasientgruppen psykisk helse	14
3.5. Økonomiske effekter og bærekraft.....	15
4. Tjenesteforløp	16
5. Overgang til drift og plan for videre arbeid	18
5.1. På hvilken måte har covid-19 situasjonen påvirket planene?	19
Vedlegg	0
Vedlegg 1; Flytskjema inklusjon	0
Vedlegg 2; Gevinstplan	0
Vedlegg 3; Kvalitative og kvantitative Pasientcaser	0
Pasientcase 1; Gevinster i kommunen med og uten innsatsstyrt finansiering for «Rune».....	0
Pasientcase 2; Kvantitativ gevinst ved «sentrumsnær bruker» * i Kristiansand med innsatsstyrt finansiering (ISF)	5
Pasientcase 3, Kvalitativ gevinst hos bruker og økonomisk gevinst hos spesialisthelsetjenesten	7
Pasientcase 4; Kvalitativ gevinst hos pasient og hos AMK, legevakt og spesialisthelsetjenesten.....	8
Pasientcase 5; Kvalitative gevinster for bruker	9
Pasientcase 6; Kvalitativ gevinst hos pasient som mottar DHO fra spesialisthelsetjenesten med overgang til kommune	10
Pasientcaser; Kvalitativ gevinst hos bruker og oppfølger ved DHO for Psykisk helse	11
Pasientcaser covid-19; Gevinster for bruker, kommune og spesialisthelsetjenesten.....	15

SAMMENDRAG

På oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet skulle Helsedirektoratet gjennomføre en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i perioden 2018-2021¹. Seks prosjekt deltok i utprøvingen og Agder (v/Kristiansand kommune som prosjekteier) var et av disse. Målet for utprøvingen var bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse og lavere kostnad for helsetjenesten. Utprøvingen ble gjennomført som et randomisert kontrollert studie (RCT) og inklusjonen pågikk på Agder fra august 2019 frem til inklusjonsstopp 1/7-2020. Det ble inkludert 147 pasienter fra Agder med 44 pasienter i kontrollgruppen, 49 pasienter i tiltaksgruppen og 54 pasienter i tiltak uten randomisering. I løpet av utprøvsperioden har 27 pasienter avsluttet (pr mai 2021), 3 av disse var i kontrollgruppen.

Seks måneder etter inklusjonen ser vi svak tendens til økning i bruk av kommunale tjenester hos kontrollgruppen med økning på 24 minutter i gjennomsnitt fra nullpunkt. Hos tiltaksgruppen og tiltak uten randomisering, ser vi en svingende kurve på bruk av tjenester i hjemmet fra nullpunkt med gjennomsnitt på 93 minutter til gjennomsnitt på 80 minutter ved 6 måling. Hos samme gruppe ser vi tendens til nedgang på bruk av praktisk bistand med gjennomsnitt på 33 minutter ved nullpunkt, til 27 minutter ved 6 måling. Hos pasientene som mottar oppfølgingen og som har svart på brukerundersøkelsen, viser denne en bedring på 7 av 8 spørsmål om egen helse. I tillegg sendes det fra sjette måned ut 3 spørsmål i tillegg i samme undersøkelse med spørsmål om oppfølgingen og trygghet i forbindelse med oppfølgingen. Ved første undersøkelse er det et snitt på 4,1 (5 er høyeste mulige score) og denne øker til 4,3 ved undersøkelsen etter 1 år.

I rapporten vises det til flere enkelte «brukercase» hentet ut fra pasienter som mottar oppfølgingen på Agder som viser til kvalitative gevinster for pasient og økonomiske gevinster for helsetjenesten. Disse casene viser gevinster på økt trygghet, mestring av sykdom, bedre fysisk og psykisk helse, tettere oppfølging, bedre livskvalitet, reduksjon i sykdomsforverring, samt at DHO kan erstatte eller redusere bruk av andre helsetjenester.



«Den tryggheten dere gir meg i hverdagen med digital hjemmeoppfølging har gitt meg en mulighet for å føle meg trygg hjemme» Pasient 75 år

«Jeg har den tryggheten i bakhånd hele veien. Det at noen følger med på den daglige formen min og tar kontakt hvis det er noe, er gull verd» Pasient 73år

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/pagaende-utproving-av-velferdsteknologiske-losninger>

1. INNLEDNING

Utprøvingen skal gi anbefalte tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging og økt kunnskapsgrunnlag om effekter og gevinster, og synliggjøre hvordan digital hjemmeoppfølging som tiltak kan bidra til nasjonale mål i Primærhelsemeldingen. En viktig del av kunnskapsgrunnlaget for å komme med nasjonale anbefalinger er prosjektenes egne erfaringer og opplevd nytteverdi.

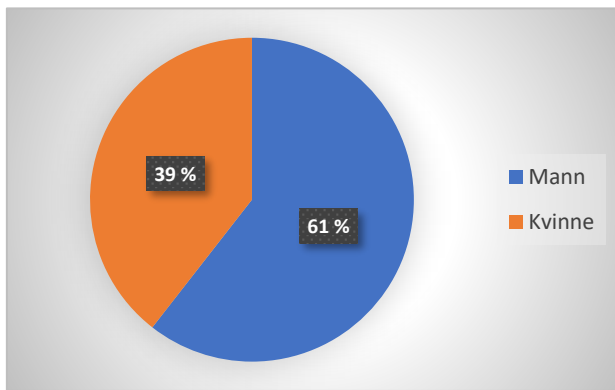
Siden siste rapportering har prosjektet jobbet videre med innhold og innretning av digital hjemmeoppfølging innen ulike satsingsområder. Nytteverdi og resultater fra gevinstkartlegging har gitt grunnlag for å tilpasse og spisse tjenesteforløp og innhold. Prosjektet på Agder sitt overordnet mål er en helhetlig satsning på digital hjemmeoppfølging på Agder, med bakgrunn i flere pågående initiativ og prosjekter, som sikrer overgang til drift i 2022.

Denne rapporten er utarbeidet for å kunne utdype forventede og realiserte effekter/gevinster ved bruk av digital hjemmeoppfølging (DHO) hos pasienter og kommune- og spesialisthelsetjenesten på Agder. Data som er analysert og brukt i denne rapporten er hentet ut fra Elektronisk pasientjournal (EPJ) i pasientens hjemkommune om bruk av kommunale helsetjenester på alle inkluderte pasienter. I tillegg er det analysert svar fra brukerundersøkelser som er sendt ut i løsningen til pasientene som mottar oppfølgingen (kontrollgruppe er ikke inkludert her). I denne rapporten er det analyserte data fra 2019 og frem til april-mai 2021 som ligger til grunn for resultatene.

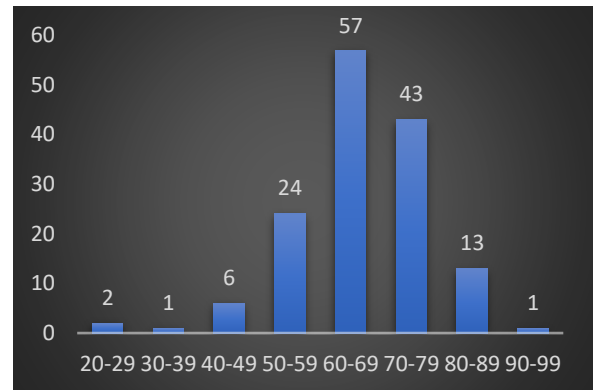
1.1. STUDIEPOPULASJONEN PÅ AGDER

Nasjonalt i prosjektet ble det inkludert til sammen 731 deltakere til studien. Deltakerne var i snitt 70 år gamle ved inklusjon og den vanligste rekrutteringsdiagnosen var KOLS (51 %) ². Digital hjemmeoppfølging Agder inkluderte 147 pasienter innen fristen for inklusjon 1/7-2020. På grunn av pandemien ble det besluttet at det skulle inkluderes pasienter til en tredje gruppe; tiltak uten randomisering. Det ble derfor inkludert pasienter fordelt slik i de ulike gruppene; 44 i kontroll, 49 i tiltak og 54 i tiltak uten randomisering. Av de inkluderte er det inkludert 22 % flere menn enn kvinner (se figur 1) og de fleste pasientene er i alderen 60-69 år (se figur 2).

² https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/evaluering-av-utproving-av-digital-hjemmeoppfolging-delrapprt-II.pdf/_attachment/inline/7bb48460-9afa-4330-b512-14b4176c082f:dfec44b2e5479013a3bd2c662cdaf24388bda410/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20digital%20hjemmeopp%C3%B8lging%20Delrapprt%20II.pdf

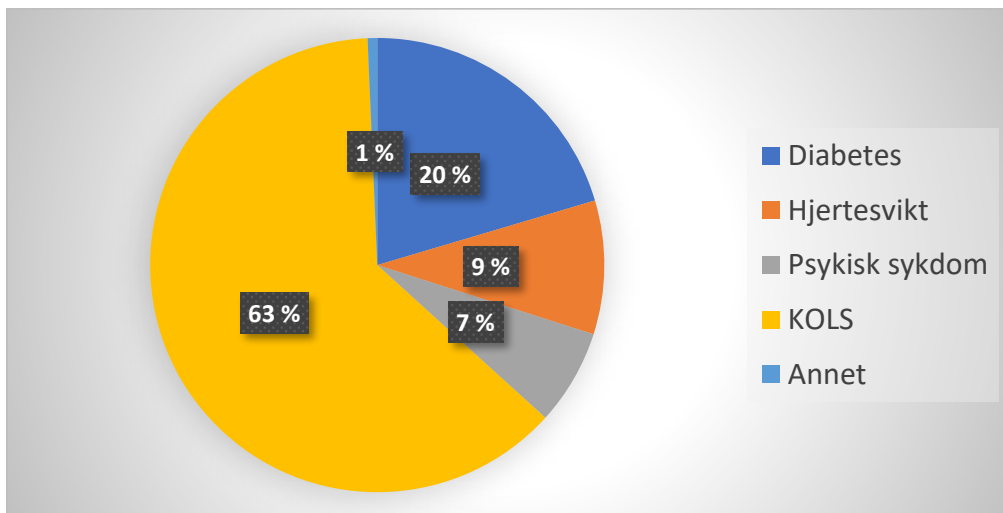


Figur 1; Inkluderte fordelt på kjønn



Figur 2; Inkluderte fordelt på alder

Rekrutteringsdiagnosene på de inkluderte var KOLS, diabetes, hjertesvikt, psykisk helse og multimorbiditet. Av disse var 21 pasientene komorbide og fikk oppfølging for flere diagnoser. 63 % av alle de inkluderte på Agder hadde Kols som rekrutteringsdiagnose (se figur 3).



Figur 3; Diagnose på alle 147 inkluderte pasienter

1.2. INKLUSJONEN OG RANDOMISERINGEN

Inklusjonsprosessen av pasienter i Agder var begrenset til 5 prosjektmedarbeidere for en mest mulig lik informasjon- og inklusjonsrutine (vedlegg 1). Når samarbeidsaktører som sykehus, fastlege, forvaltning o.l. identifiserte en pasient, ble prosjektmedarbeider kontaktet for videre kontakt med aktuell pasient og et informasjonsmøte ble avtalt. I dette møtet ble det nøye vurdert om pasienten ville ha nytte av oppfølgingen og om vi kunne forvente en effekt av oppfølgingen. Pasienten fikk grundig informasjon om hvilke typer data som skulle hentes ut i prosjektperioden og hvorfor disse skulle hentes ut. Fastlegens vurdering og beslutning om pasienten var aktuell for inklusjon var sentral i inkluderingen, men initiativet til inklusjon kom både fra fastlegen, pasienten selv, kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten.

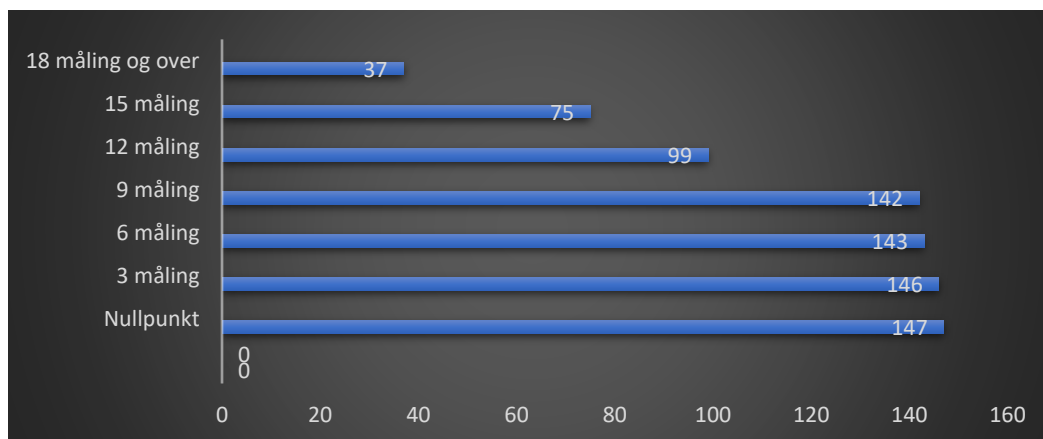
Hovedmålgruppen som skulle inkluderes i studien var pasienter med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsnivå, med medium/høy risiko for forverrelse av sykdommen, reinnleggelse på sykehus, økt behov for helse- og omsorgstjenester. Vi inkluderte pasientgrupper basert på inklusjonskriteriene og med bakgrunn i algoritmer og tjenesteforløp som allerede var i utprøving på Agder. Diagnosene som ble inkludert var pasienter med KOLS, Hjertesvikt, Diabetes, psykisk sykdom og multimorbiditet. Gruppen ble i hovedsak inkludert fra fastleger og primærhelseteam (80 %) som samarbeidet med prosjektet, men vi hadde også inklusjoner fra tjenestekontor, oppfølgingstjenesten og SSHF.

Inklusjonen av pasienter startet opp august 2019, med jevn inklusjon frem til mars 2020. De to siste månedene av inklusjonsperioden ble 1/3 av pasientene inkludert og det har sammenheng med pandemisituasjonen, da få pasienter ble inkludert i mars og april 2020. På grunn av pandemien ble det inkludert til en tredje gruppe, tiltak uten randomisering. Dette førte til en noe endret inklusjonsrutine og i tillegg inklusjon av pasienter innen psykisk helse.

2. STATUS

Gevinstansvarlig har ansvar for å følge opp uttrekk av data og at gevinstverktøyet holdes oppdatert, samt har ansvar for å overholde ulike leveringsfrister til PA, Oslo Economics og Kantar. Organiseringen innad i prosjektgruppen med egen gevinstansvarlig har ført til et godt gevinstarbeid på Agder. Delprosjektleder for forankring og samarbeid har opprettet et samarbeid med forvaltning i kommuner på Agder og gevinstansvarlig har kontakt med egne ressurspersoner innen forvaltning for uttrekk av data. Uttrekk av data må gjøres fra forvaltning i pasientens hjemkommune selv om oppfølgingen skjer i en kommune med telemedisinsk sentral (TMS). Kommunene på Agder har ulike elektroniske pasientjournaler (EPJ), både Profil, CosDoc og Gericca brukes jevnt over Agder. Dette gjør uttrekk av data noe mer utfordrende og derfor er dette arbeidet gevinstansvarlig sitt ansvar. Det er opprettet en rutine i hvert journalsystem for å hente ut data vi har behov for. Disse rutinene ligger til ressurspersonen og den enkelte kommune. Gevinstansvarlig har jevnlig kontakt med kommunene for uttrekk av data, men fordi det er 12 av 25 kommuner på Agder som har pasienter i prosjektet, har det ikke blitt uttrekk månedlig, men ca hver 3 måned.

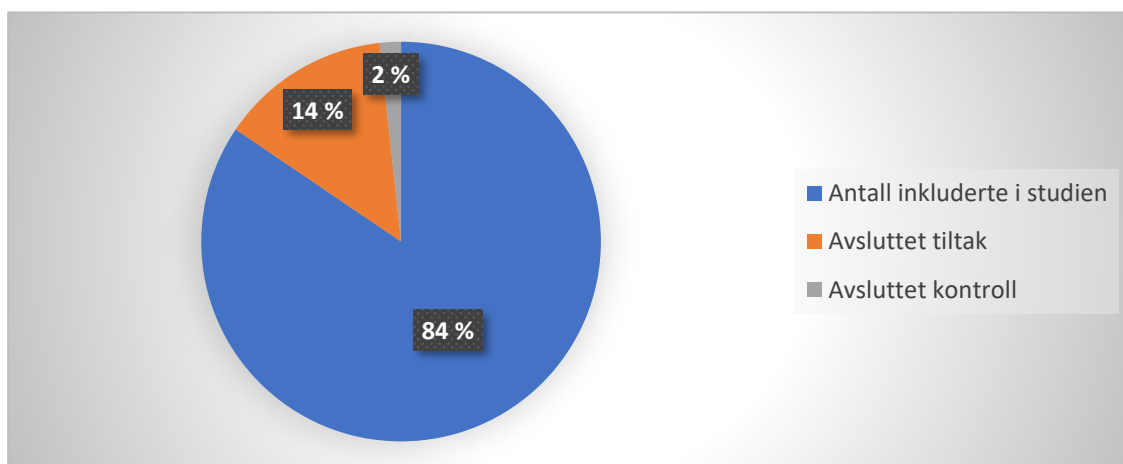
Foreløpige resultater er tatt ut 9 måneder etter inklusjon da 97 % av de inkluderte pasienter har registrerte data frem til denne målingen. Figur 4 viser fordeling av registrerte data på antall pasienter pr utvalgte måling i gevinstverktøyet.



Figur 4; Antall pasienter med registrerte data på de ulike målingene.

2.1. AVSLUTNING AV TJENESTE OG STATUS SAMTYKKE

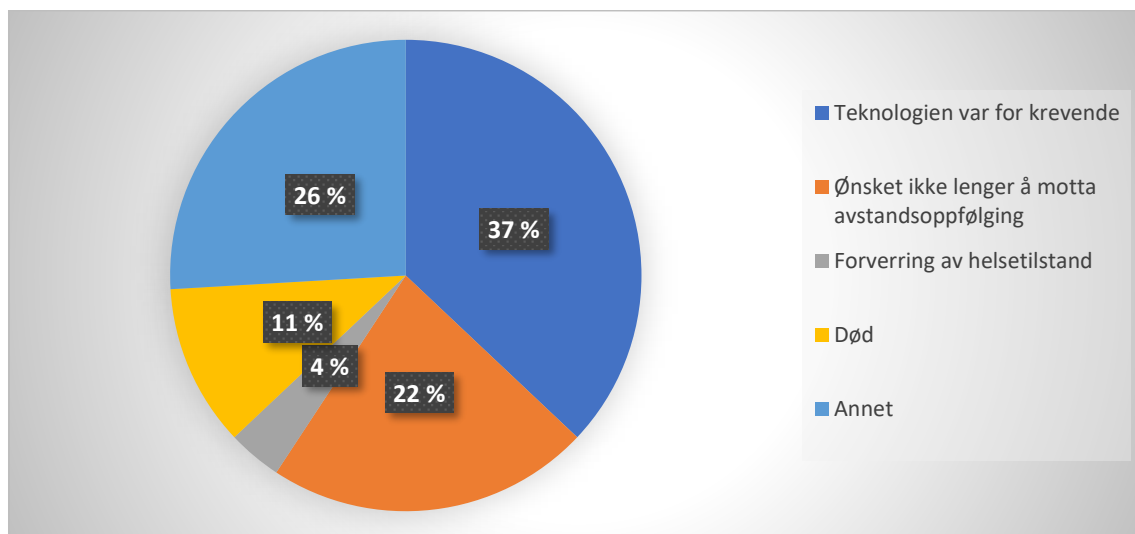
I løpet av mai 2021 har 16 % av pasientene avsluttet (se figur 5). Av de avsluttede pasientene er det flest menn (63 %) som ville avslutte og gjennomsnitt oppfølgingstid på de som avslutter er 4 måneder. Årsakene til avslutning er i hovedsak teknologi er for krevende, mye tidsbruk og at de ikke ønsket å motta oppfølgingen av flere grunner.



Figur 5; Inkluderte og avsluttede pasienter pr mai 2021.

Syv av de avsluttede pasientene har trukket samtykket med ulike begrunnelser (død, flyttet ut av Agder og usikkerhet på mengde data som tas ut). Den siste pasienten som trakk samtykket, var i kontrollgruppe og hadde et stort behov for tettere oppfølging av sin KOLS-sykdom. Pasienten selv, kommunens tjenestekontor, fastlege og TMS var enige om at det var behov for å gi tilbud om digital hjemmeoppfølging. I samarbeid med prosjektgruppen ble pasientens samtykke trukket tilbake og pasienten fikk tjenesten av kommunen. Kostnaden for utstyr tok kommunene, mens prosjektet tok kostnad for oppfølging fra TMS. Som nevnt er årsak til avslutning noe varierende, men 37 % mente at

teknologien var for krevende. (se figur 6). 26 % svarte annet for årsak til avslutning og av disse var årsaken at de var for friske eller at det var for dårlig 4G dekning der pasienten bodde.



Figur 6; Årsak til avslutning.

2.2. GEVINSTPLAN

Gevinstplan (Vedlegg 2) har blitt oppdatert og revidert ved behov, men det har ikke vært store endringer fra den ble laget i begynnelsen av prosjektet. De endringene som har blitt gjort er innen tiltak og hvor gevinsten kan omsettes, da dette ble mer tydelig i løpet av arbeidet med gevinster. Gevinstansvarlig har jobbet kontinuerlig med uttrekk av data for å se på forventede og foreløpige gevinster slik det er beskrevet i gevinstplanen. I tillegg er det fortløpende kontakt med oppfølgere for å sikre at tjenesteforløpet organiseres på mest mulig effektiv og ressursbesparende måte, men likevel kvalitets- og pasientsikkert. Siden siste rapport har prosjektet prioritert arbeidet med flere ulike tjenesteforløp for bedre organisering og effektivisering av tjenesten mot overgang til drift som kan gi både samfunnsøkonomisk gevinst og gevinst hos bruker. Tjenesteforløpene er beskrevet kort i kapittel 4.

Mulige gevinster har vært en del av presentasjonen av prosjektet siden oppstart av inklusjonen. Alle aktører har vært svært opptatt av hvilke antatte gevinster dette prosjektet kan vise til og hvordan de skal oppnås. I møter med både sykehus og fastleger har spørsmål og ønsket fokus vært på forskning og antatte gevinster for å deretter vurdere aktuelle kandidater til inklusjon. I løpet av inklusjonsprosessen merket vi at fastlegene i større grad vurderte pasientenes nytte og behov for tjenesten både ved oppstart og ved evaluering av tjenesten. Spesielt der pasientene var utrygge og oppsøkte legekontoet ofte, ble det vurdert inklusjon der det var mulig å oppnå gevinst ved reduksjon i antall besøk på legekonto og økt trygghet for pasient. Det er satt i gang ulike tiltak for å følge opp ønskede gevinster:

- Møter med oppfølgere hver 14 dag.
- Gi god faglig støtte til oppfølgere slik at de kan utføre oppfølgingen på en kvalitet sikker og effektiv måte.
- God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging.
- Evaluere tjenesten og behov underveis – endre tildelte skjema ved behov eller avslutte der tjenesten ikke gir ønsket effekt.
- Ha et godt samarbeid med forvaltning, hjemmetjenester, SSHF og fastleger.
- Tildele riktig skjema for oppfølging og skjema for brukerundersøkelse – oppfølgingstjenesten minne brukerne på å svare på undersøkelsen.
- Organisere tjenesten i ulike satsingsområder for å skape en bærekraftig tjeneste over i drift.

2.3. FORANKRING

Prosjektgruppen arbeider kontinuerlig med å forankre tjenester og de ønskede gevinstene hos alle samarbeidspartnere. Det har blitt gjennomført flere møter og presentasjoner om prosjektet, forskningen og ønskede gevinster i flere settinger. Delprosjektleder for Forankring og Samarbeid i prosjektet har sammen med prosjektleder jobbet strukturert med flere oppgaver, men disse er direkte mot forankring:

- Kontaktpunkt og videreføring fra tidligere prosjekter
- Samarbeidsavtaler med kommunene på Agder
- Arbeid med forvaltningsgruppe for å se på rutiner for inklusjon over i drift
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Det ble høsten 2020 gjennomført en ny interessentanalyse og laget kommunikasjonsplan med prosessveiledning fra InnoMed. Det har vært et stort antall interessenter og utskiftning av personell med ujevne mellomrom. Forankringsarbeidet har blitt påvirket av covid19, viktige interessenter har måtte prioritere andre oppgaver. Videre har styringsstrukturen endret seg, det er et pågående avklaringsarbeid rundt regionale strukturer på e-Helsefeltet. Enkelte kommuner har hatt egne dedikerte eHelsekoordinatorer som har påvirket forankringsarbeidet i positiv retning.

Lege ved Primærhelseteam (PHT) presenterte oppfølgingen fra legesenteret og gevinsten med å legge oppfølgingen til fastlegekontoret for ressurspersoner velferdsteknologi i Q4 2020. Slik bruk av ressursen på PHT skaper bevissthet omkring DHO og gevinster ute i tjenesten som igjen kan gi større muligheter for å bruke DHO aktivt.

2.4. VURDERING AV NYTTEVERDI HOS DEN ENKELTE BRUKER VED OPPSTART AV TJENESTEN

I inklusjonsfasen ble nytteverdi og forventet effekt hos den enkelte pasient ved oppstart vurdert. I informasjonsmøte ble det trukket frem forventinger om nytte og gevinst hos den enkelte som en del av inklusjonsprosessen, slik at pasienten selv var med på å vurdere egen nytteverdi og effekt. Når det gjelder å følge opp gevinst for bruker har prosjektgruppen jevnlig møter med oppfølgere i de ulike oppfølgingsforløpene. Det diskuteres da nytten av oppfølgingen som gis og hvordan oppfølgingen best skal evalueres for videre nytteverdi hos bruker. Brukerne svarer også på et spørreskjema ved oppstart og hver 6. måned for å blant annet kartlegge opplevelse av egen helse og brukertilfredshet.

Prosjektet gjorde noen endringer ved inklusjonen av pasientgruppen med Diabetes, da det ville skapt utfordringer med å trekke ut antatte gevinster i løpet av prosjektperioden. Oppfølgingen og algoritmen som lå til grunn for å følge opp denne gruppen var tilpasset en forebyggende tjeneste og oppfølgerne oppdaget raskt utfordringer med å kunne hente ut nytte og gevinst fra pasienter som algoritmen var ment for. I en av TMS kommunene i Agder har de hatt gode tilbakemeldinger på den forebyggende oppfølgingen av diabetespasienter. Pasientene som var for «friske» for studien fikk i denne kommunen, tilbud om oppfølging utenfor forskningen der kommunen selv betalte for utstyr og prosjektet tok kostnad for oppfølgingen fra TMS. Diabetespasientene som allerede var inkludert i prosjektet fikk en mer individuell tilpasset oppfølging for å kunne høste erfaring og bidra til videre utarbeidelse av algoritme og oppfølgingsforløp.

3. FORBRUK AV HELSETJENESTER, BRUKERTILFREDSHET OG EFFEKTER FOR HELSETILSTAND

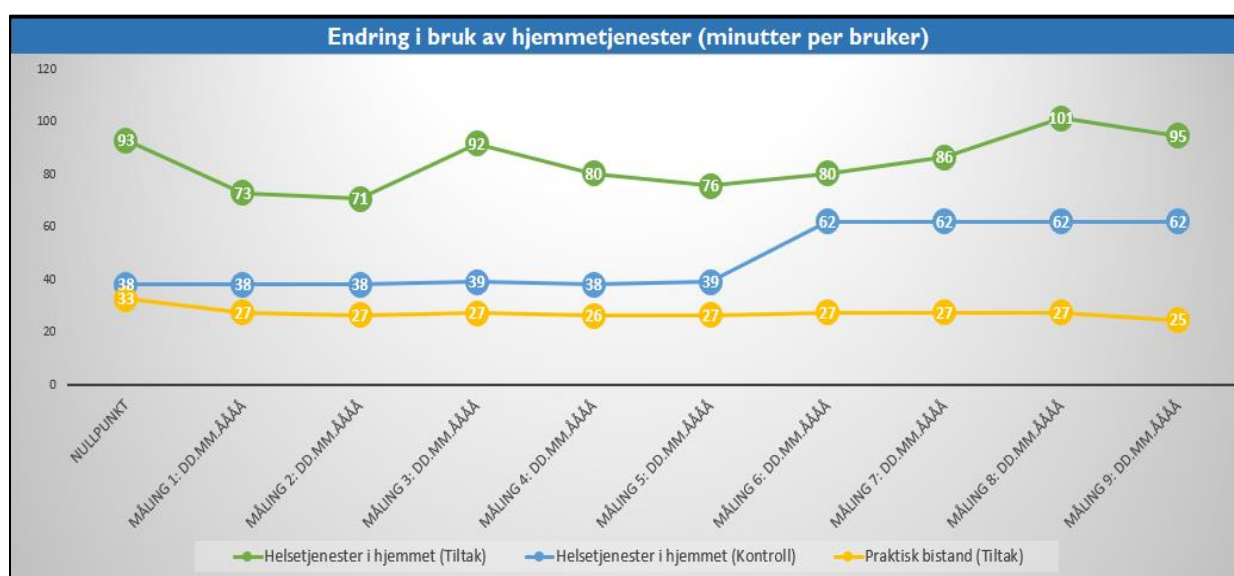
Siden siste gevinstrapportering desember 2020 har det vært et stort fokus på uttrekk av data til gevinstverktøyet og å vurdere hvilke gevinster vi kan hente ut for bruk på Agder. Data som ble hentet ut og registrert i gevinstverktøyet gav resultatet på et gjennomsnitt av alle inkluderte i studien. For pasientene som ble inkludert på Agder var det kun 22 % som hadde kommunale tjenester ved nullpunkt og 9 måneder etter intervensjonen var det 19 % som brukte kommunale tjenester. På bakgrunn av dette, ble det utfordrende å se økonomiske gevinster for kommunene, da 78-81 % av de inkluderte hadde ingen tjenester før de fikk digital hjemmeoppfølging. Av de pasientene som hadde kommunal tjeneste ved nullpunkt hadde 53 % av disse KOLS som hoveddiagnose.

Prosjektet fikk i løpet av utprøvingen ikke mulighet til å hente ut data fra innleggelser på sykehus for de inkluderte. Lokalt fikk vi derfor kun vurdert data for bruk av kommunale tjenester og resultater på brukertilfredshet og effekt for helsetilstand ved brukerundersøkelser i den tekniske løsningen. Som en del av identifiseringen av økonomiske gevinster for helsetjenesten valgte prosjektet å lage reelle

brukercase fra utvalget i studien. Det var flere enkelteffekteffekter ved bruk av DHO med både kvalitative gevinster og økonomiske gevinster. Prosjektet fikk hjelp av PA consulting til utforming av disse brukercasene og utregningen for økonomisk gevinst. Alle brukercasene som er utarbeidet av PA eller prosjektet ligger vedlagt (vedlegg 3).

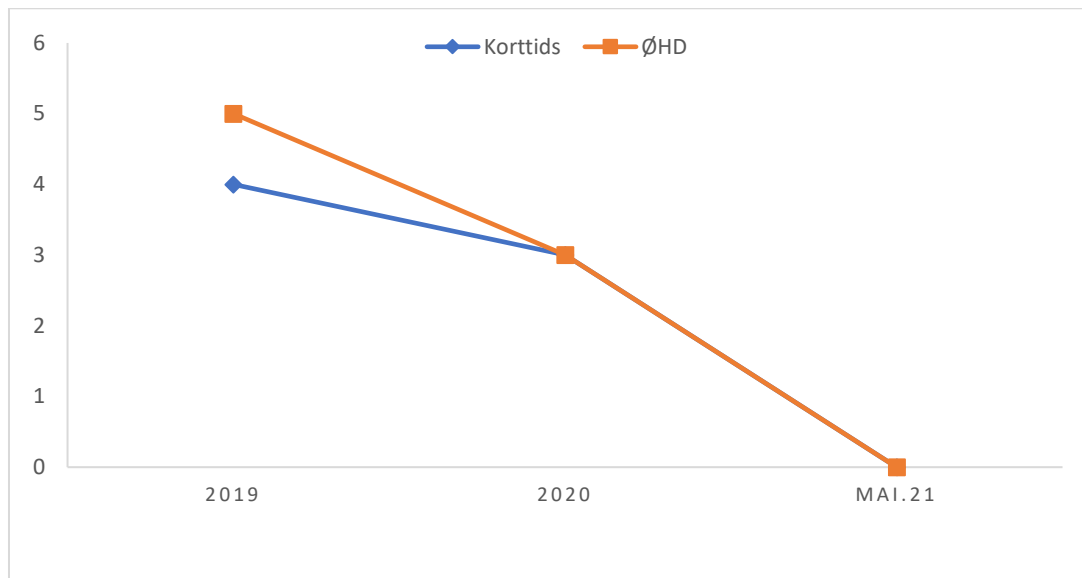
3.1. FORBRUK AV HELSETJENESTER

Data som ligger til grunn for å kunne si noe om forbruk av helsetjenester er fra nullpunkt og frem til 9 måneder etter intervensjonen. Enkelte pasienter startet ikke opp oppfølgingen før september 2020. Dette er på grunn av forsinket påkobling av utstyr og oppstart av oppfølging grunnet pandemien. Ved nullpunkt er det også hentet ut bruk av kommunal korttidsavdeling og kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) fra 1 år før inklusjonen. Ved bruk av hjemmetjenester blir data til nullpunkt hentet ut 4-6 uker før intervensjonen. Uttrekkene for alle kommunale tjenester er registrert hver måned etter nullpunkt. Av de pasientene som fortsatt er med i studien er korteste oppfølgingsstid på 9 måneder og lengste på 21 måneder. Uttrekk av tendens til endring i bruk av kommunale tjenester etter inklusjon er derfor hentet ut fra nullpunkt til og med 9 måneder etter intervensjonen for å få mest mulig riktig data. Figur 7 viser en svingende kurve i bruk av hjemmetjenester hos pasienter i tiltaksgruppe, mens kurven til kontrollgruppe viser en økning. Når det gjelder bruk av praktisk bistand i hjemmet sees en tendens til nedgang 33 minutter ved nullpunkt til 25 minutter 9 måneder etter intervensjonen.



Figur 7; Endringer i bruk av hjemmetjenester registrert i gjennomsnitt antall minutter pr bruker.

Når det gjelder bruk av kommunal korttidsavdeling og ØHD var det totalt 9 innleggelser i 2019, mot 6 innleggelser i 2020 og ingen registrerte innleggelser pr mai 2021. Dette kan ha sammenheng med oppfølgingen, men det er utfordrende å kunne vise til en reell sannsynlighet for at DHO er grunnen for nedgangen.



Figur 8; Antall opphold på korttids 1 år før inklusjon og hvert år etter inklusjon.

3.2. RESULTATER FRA BRUKERUNDERSØKELSEN

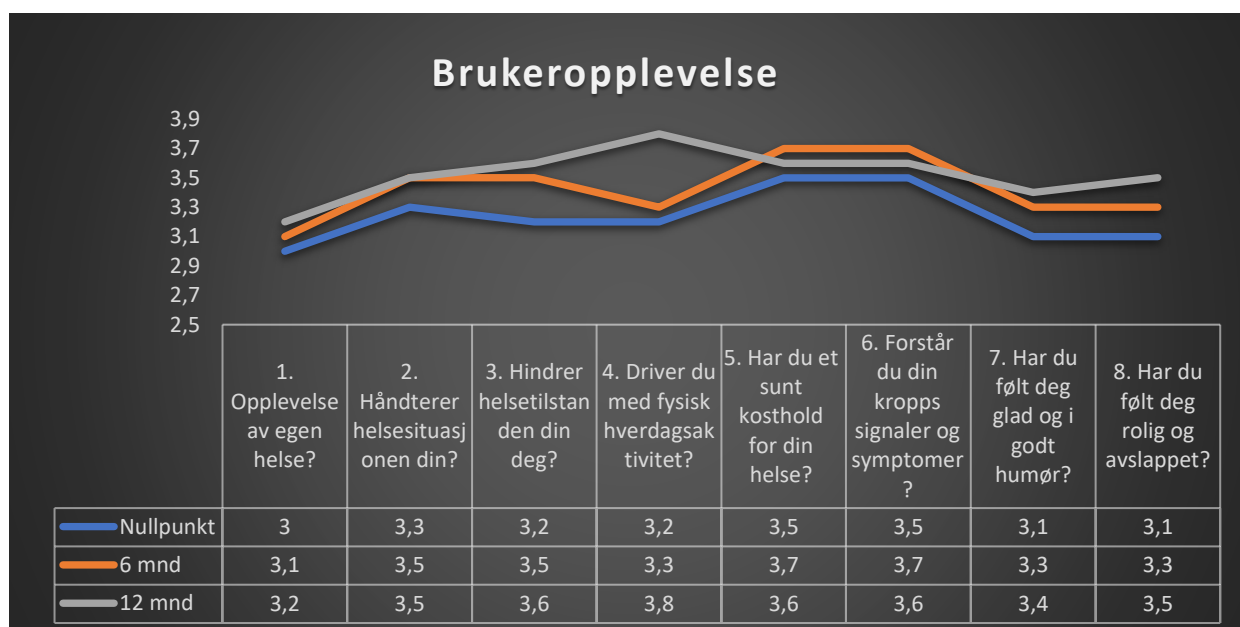
Brakerundersøkelsen har 8 spørsmål ved nullpunkt og ved undersøkelsene hver 6 måned er det lagt til 3 spørsmål om brukertilfredshet omkring oppfølgingen. Svarene scores fra 1 til 5, hvor 5 er beste score. Undersøkelsen viser til nå en høy score på alle spørsmål om oppfølgingen. Det er også lagt inn utregning av modus (typetallet) på alle spørsmål for å se om utregningen viser det de fleste har svart. Dette er gjort for å utelukke ekstreme svar både den ene eller den andre veien på scoringen.

Totalt 79 pasienter er aktive pr mai 2021 og mottar tjeneste fra en oppfølgingstjeneste på Agder. Disse pasientene skal svare på brukerundersøkelsen ved nullpunkt og hver 6 måned frem til avslutning av tjenesten, men det har vært noe utfordrende å få alle til å svare på undersøkelse både ved nullpunkt og hver 6 måned.

At flere ikke hadde svart på nullpunktsundersøkelsen (8%) ble oppdaget etter at pasienten hadde mottatt tjenesten for en periode og det var derfor ingen hensikt å sende denne ut igjen, da det ikke ville bli riktig grunnlag for gevinst. Enkelte pasienter har derfor hatt første spørreskjema etter noen måneder og har da mottatt 6 måneders undersøkelse. Av de 79 aktive pasientene er det 92 % som

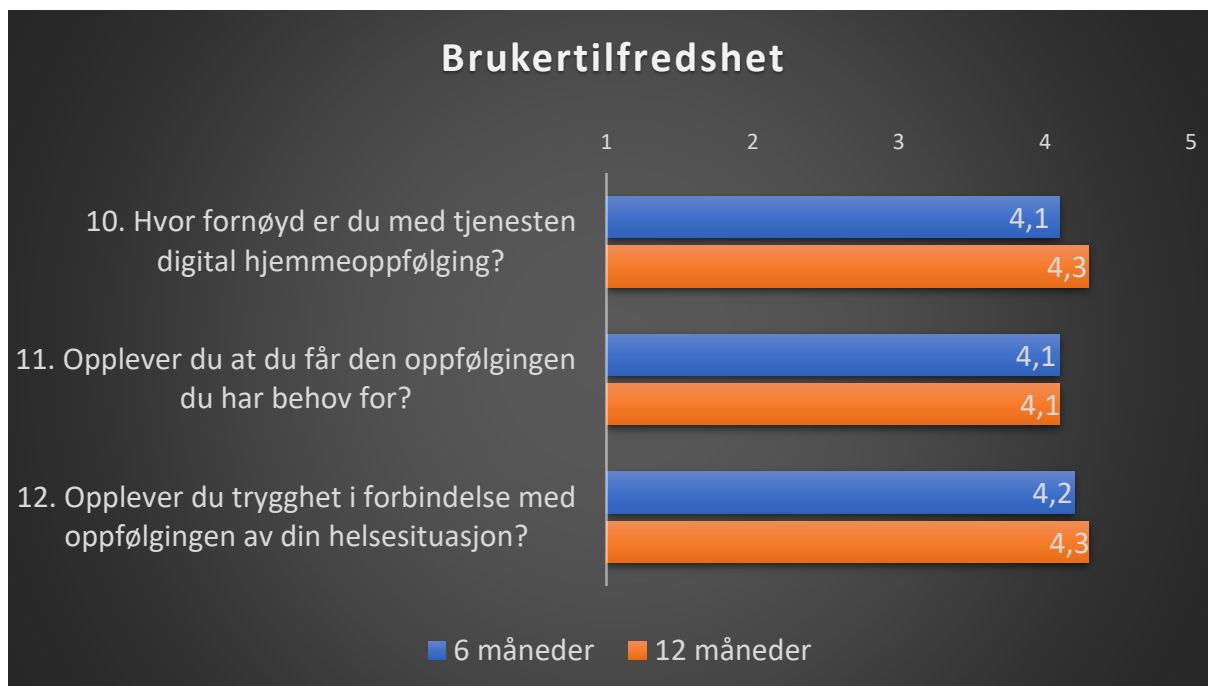
har svart på undersøkelsen ved nullpunkt, 76% har svart ved 6 måneder og 24 % har svart ved 12 måneder.

Foreløpige resultater fra undersøkelsen viser bedring i brukeropplevelsen av egen helse på alle spørsmålene. Størst forbedring ser vi på spørsmål 4. Driver du med fysisk hverdagsaktivitet? Der nullpunkt viser snitt på 3,2 og ved 12 måneder 3,8. Vi ser også at spørsmålet om du har følt deg rolig og avslappet siste måneden har steget jevnt fra 3,1 til 3,5. Figur 9 viser foreløpige resultater ved nullpunkt, 6 måneder og 12 måneder. Det er viktig å se resultatene i sammenheng med antall pasienter som har svart på undersøkelsen. Det er en betydelig seleksjonsbias ved 12 måneders undersøkelsen, da det kun er 24 % som har svart på denne. Dette må tas i betraktning når man ser på resultatene, likevel tas denne med for å kunne vise at det kan vise til en tendens til økning på flere punkter ved denne målingen. Modus stemmer godt med gjennomsnittet, men på spørsmål 7 «Har du den siste måneden hatt dager hvor du har følt deg glad og i godt humør?», viser et gjennomsnitt på 3,2 og modus viser at flest har svart 4 på dette spørsmålet ved 6 måneder.



Figur 9; Resultater brukeropplevelse av egen helse

Spørreskjema som sendes ut hver 6 måned inneholder 3 spørsmål om oppfølgingen pasienten mottar. Disse spørsmålene er også skalert 1 til 5, med 5 som beste score. Figur 10 viser over 4 i gjennomsnitt på de ulike spørsmål om oppfølgingen. Modus (typetallet) bekrefter at spørsmål 10 og 11 stemmer med median på 4 ved 6 måneder (76% har svart på denne). På samme måling, men på spørsmål 12 om opplevelse av trygghet i forbindelse med oppfølgingen, er modus 5 som viser at de fleste har gitt toppscore på opplevelse av trygghet i forbindelse med oppfølging av helsesituasjonen. Undersøkelsen er tatt ut for hele Agder og ikke delt opp i de ulike oppfølgingsforløpene.



Figur 10; Brukertilfredshet i forhold til oppfølgingen.

3.3. EFFEKTER FOR HELSETILSTAND

Pasientene mottar oppfølging fra ulike oppfølgingsforløp (se Kapittel 4) som kan innebære ulike effekter for helsetilstanden. Likevel ser vi mange effekter for helsetilstanden hos mange pasienter og pasientene selv ytrer at de blir tatt på alvor, føler trygghet og opplever rask respons ved avvik på målingene.

I forhold til oppfølging fra sykehus med overgang til kommune, viser erfaringsrapporten³ at pasientene opplever trygghet, større innsikt i hvordan de forholder seg ved tegn til forverring og hvilke tiltak de kan sette i gang. Ifølge en av pasientene i piloteringen hadde tjenesten hatt betydelig kvalitativ effekt på helse og sykdomsforløp og pasienten var helt sikker på at det har vært unngåtte kostnader på grunn av mottak av digital hjemmeoppfølging etter innleggelse. Pasienten mener at oppfølgingen har bidratt til å unngå reinnleggelse og minst 2 ytterligere innleggelser på grunn av tegn til forverring i løpet av 3 måneders perioden pasienten ble fulgt opp fra sykehuset.

«Det er betryggende å ha noen å kontakte, bor langt unna sykehuset»
KOLS- pasient, 75 år

Pasient med oppfølging fra TMS ble ikke tatt på alvor fra fastlegene når pasienten tok kontakt på grunn av forverring og fikk, før digital hjemmeoppfølging, forverringer flere ganger i året med lang varighet på grunn av tiltak som ble satt i gang sent i sykdomsforløpet. Etter oppstart av oppfølging fra TMS har pasienten ikke følt seg syk, da tegn på forverring ble identifisert tidlig og tiltak satt i gang

³ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2021/05/2021_04-Vedlegg-Erfaringsrapport-DHO-sykehuspilot-.pdf

med godkjenning fra fastlegen. Sykdomsforløpet før DHO var som regel på 1-2 måneder med antibiotikakur og etter DHO var sykdomsforløpet kun 3-7 dager kun på prednisolonkur. Dette gir positiv effekt på pasientens opplevelse av helse og i tillegg til kortere sykdomsforløp, blir det mindre bruk av antibiotika.

KOLS- pasient med oppfølging fra TMS forteller at oppfølgere hadde reagert på en svært høy puls over lengre tid og ba pasienten ha kontroll hos legen, viste seg å være hjerterelatert og pasienten fikk startet med nødvendige hjertemedisiner. Samme pasient forteller om en KOLS-forverring som ble alvorlig over natten. Pasienten orket ikke annet enn å sende inn målinger til oppfølger fra mobil og oppfølger reagerte med en gang og kontaktet pasient. Det endte med at TMS bestilte akutt-tur med ambulanse. Pasienten sier selv at h(n) ikke hadde overlevd den forverringen, hadde hun ikke hatt denne oppfølgingen.

«Jeg er sikker på at jeg ikke hadde overlevd min siste kraftige forverring hadde jeg ikke hatt DHO»

KOLS- pasient, 55 år

I tillegg til eksemplene ovenfor er det som nevnt tidligere, laget en del brukercase. Flere av disse viser tydelig effekt for helsetilstand.

3.4. EFFEKTER FOR PASIENTGRUPPEN PSYKISK HELSE

Per i dag prøves det ut digital hjemmeoppfølging av brukere innen psykisk helse i 4 kommuner; Farsund, Flekkefjord, Kristiansand og Grimstad (siste er i oppstartsfasen). Brukerne følges primært opp av oppfølgere ute i tjenesten (Oppfølgingstjeneste psykisk helse). Brukerne får enten låne et nettbrett eller kan laste ned en app på egen mobil eller nettbrett som brukes i oppfølgingen. Oppfølgingen består i hovedsak av videosamtaler, med mulighet for bruk av nettbaserte selvhjelpsprogram, innsending av kliniske måleskjema for angst- og depresjonssymptomer (PHQ-9 og GAD-7), meldingsfunksjon med mulighet for skriftlig dialog mellom bruker og oppfølger, samt mulighet for flerpartssamtaler med f.eks fastlege, pårørende eller andre ved bruk av videoløsning fra Norsk helsenett.

I digital hjemmeoppfølging for pasienter med psykiske helseplager har ulike digitale verktøy blitt benyttet, blant annet Feedback-Informed Treatment (FIT)⁴. FIT er et tilbakemeldingsverktøy som legger til rette for systematisk tilbakemelding fra pasient til oppfølger. Det benyttes skåringsverktøy i form av 2 korte spørreskjema; ORS-skjema og SRS-skjema⁵. ORS består av totalt fire spørsmål, hvor pasienten blir bedt om å innrapportere hvordan han/hun har hatt det etter siste samtale. SRS består

⁴ <https://www.napha.no/content/20897/fit-manual-1:-hva-virker-i-terapi>

⁵ <https://www.napha.no/content/20898/fit-manual-2:-praktisk-bruk>

også av fire spørsmål hvor pasienten vurderer sin opplevelse av oppfølgingen/samtalen. Her blir man bedt om å vurdere forholdet mellom seg selv og behandler, mål og tema, behandlingsmetoden-/teknikk og generelt.

FIT-skår basert på 6 ulike pasienter, viser en hovedvekt av positive tilbakemeldinger fra pasienten på opplevd effekt av oppfølgingen og tilfredshet med allianse til oppfølger og innhold i oppfølgingen. ORS-skår viser for de fleste en stigende kurve sammenlignet med ved oppstart. Flere har en del svingninger i sin kurve, noe som er naturlig da det gjenspeiles belastninger og utfordringer i livssituasjonen. Samtlige av pasientene gir tilbakemelding om at de er godt fornøyde med innholdet i oppfølgingen og relasjonen til oppfølgeren, noe som gjenspeiles i gjennomgående høye skår i SRS-skjema. Brukerne som mottar digital hjemmeoppfølging innen psykisk helse melder tilbake om flere positive kvalitative gevinster. De har fått opplevelse av å få god kontakt med oppfølger i samtale, de sparer tid på å ha samtale i eget hjem istedenfor å møte opp fysisk på et kontor, noen sier at de slapper mer av og får mer utbytte av samtalen ved videosamtale, blir bevisst på hva som bidrar til bedre psykisk helse og forebygger sykdom ved bruk av selvhjelpsprogrammene. Dette bidrar til unngåtte kostnader for transport, redusert CO₂ – utslipp, bedre mottak av tjeneste på grunn av trygge omgivelser og kan føre til å unngå innleggelser i distriktps psykiatrien (DPS).

3.5. ØKONOMISKE EFFEKTER OG BÆREKRAFT

I prosjektet har vi utarbeidet en prismodell for digital hjemmeoppfølging i en regional oppfølgingsmodell. Her har vi beregnet pris på oppfølgingstjenesten og teknologi. Den regionale TMS'en er samorganisert med kommunal øyeblikkelig hjelp hvor sykepleierne jobber i turnus, flere av disse har fått opplæring i digital hjemmeoppfølging. TMSen kan skaleres organisk etter antall aktive brukere og behov.

Mange får oppfølging som forebyggende tjeneste og det er ennå vanskelig å se den samfunnsøkonomiske gevinsten på de inkluderte pasientene. Likevel ser vi enkelte kvalitative og kvantitative gevinster som er lagt ved i vedlegg 3 og den ene brukercasen viser en gevinst i form av årlig besparelse for kommunen på over 300 000 kr ved å bytte ut hjemmesykepleie to ganger daglig med digital hjemmeoppfølging hos en pasient som bor lang fra hjemmetjenesten.

I forhold til innleggelser på kommunal korttidsavdeling eller kommunal øyeblikkelig hjelp ser vi at de pasientene i tiltak som har hatt innleggelse før intervensjonen, ikke har hatt innleggelser året etter. Dette kan ha flere årsakssammenhenger, men vi kan bekrefte at de pasientene i forskningen som har hatt behov for innleggelse før DHO ikke har registrert innleggelser etter intervensjonen. Dette kan henge sammen med tidligere tiltak i forbindelse med sykdomsforverring, men kan også være andre

årsaker til endringen som ikke har sammenheng med intervensjonen. Når det gjelder gevinster i spesialisthelsetjenesten ser vi gevinster lokalt på enkelte brukere der forverringene blir håndtert på et tidligere tidspunkt. En pasient hadde 3 innleggelser i 2019, men ingen i 2020 og pasienten var tydelig på at h()n hadde hatt flere innleggelser i 2020 hvis h()n ikke hadde hatt DHO. Det er flere slike enkelte brukercaser fra Agder som kan indikere et redusert behov for innleggelser etter intervensjonen. Likevel kan vi ikke konkludere med at intervensjonen er hovedårsaken til dette, men vi antar at den er en del av flere årsaker til redusert behov for innleggelser.

Vi ser også at resultatene etter brukerundersøkelsen kan føre til bedre håndtering av helsesituasjonen som kan gi gevinster som nedgang i besøk på legekontor, redusert antall innleggelser og utsette behov for kommunale tjenester. Undersøkelsen viser at pasientene er fornøyde med digital hjemmeoppfølging og opplever at de får den oppfølgingen de har behov for. Når flest har gitt toppscore på 5 (modus) på spørsmål 12 (ang trygghet i forbindelse med oppfølgingen) kan det si noe om effekten av digital hjemmeoppfølging og hvordan den kan bidra til å utsette behov for andre tjenester i kommune- og spesialisthelsetjenester. Det er i tillegg pasienthistorier som viser en antatt endring i antall innleggelser og lengde på forverring som kan vise til unngåtte kostnader til både tjenester i kommune, på sykehus, hos fastlege og i legemiddelbruk.

På Agder følges det opp pasienter fra tidligere prosjekt som ikke er med i denne forskningen. Det er innhentet samtykke fra flere av disse for å kunne hente ut data fra brukerundersøkelsen og deres bruk av kommunale tjenester. Dette har tatt lengre tid enn forventet og vil undersøkes videre lokalt.

4. TJENESTEFORLØP

I utprøvningsprosjektet på Agder er digital hjemmeoppfølging prøvd ut i ulike tjenesteforløp. Disse vil ikke bli beskrevet i detalj i denne rapporten, da det er gjort i sluttrapporten. Likevel er de ulike tjenesteforløpene kort nevnt i dette kapittelet.

Oppfølgingstjenesten gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og plan for oppfølging, og vil i samråd med pasient vurdere om det bør tas kontakt med fastlege/legevakt. I Agder er det utarbeidet tjenesteforløp for oppfølging både fra oppfølger ute i tjenesten og oppfølger ved en regional telemedisinsk sentral (TMS).

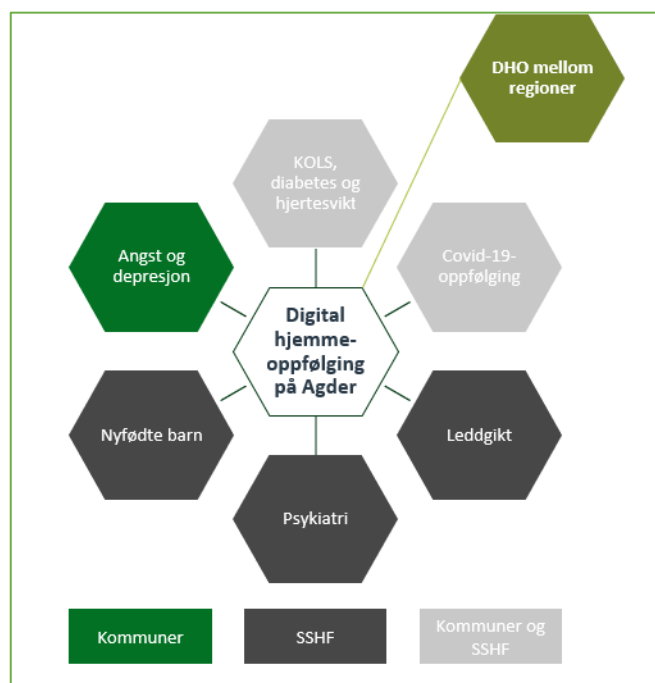
Slik oppfølgingen og tjenesteforløpene er organisert pr mai 2021, vil oppfølgingen kunne skje fra ulike oppfølgingstjenester:

- Oppfølgingen fra Regional telemedisinsk sentral (TMS) er lokalisert i Arendal kommune og bemannet mandag til fredag 8-15.

- Oppfølging fra oppfølgingstjeneste innen psykisk helse som bruker DHO mot enkelte brukere, som en del av sin verktøykasse.
- Oppfølging fra hjemmesykepleien til de som mottar tjenester i hjemmet, for å kunne redusere antall besøk.
- Oppfølging av pasienter med KOLS i Kongsvinger kommune fra en digital oppfølgersentral i Farsund kommune.
- Pilotering fra SSHF med utskrivningsklar pasient som får oppfølging fra sykepleier på sykehuset en periode etter utskrivelsen, med overgang til kommunen ved behov for DHO videre.

Det var først høsten 2020 at løsningen for digital hjemmeoppfølging ble videreutviklet som en app som brukerne selv kunne laste ned på egen mobil enhet (BYOD). Dette har forenklet en del prosesser ift. logistikk og opplæring i tillegg til at man sparer utgifter til leie/kjøp av nettbrett til utlån. Flere brukere har testet ut løsningen med BYOD og gitt positive tilbakemeldinger, bl.a. at de opplever mindre tekniske utfordringer, det er enkelt å laste ned og logge seg inn og at BYOD-løsningen gir flere muligheter enn de utlånte nettbrettene. Bl.a. kommer det opp et varsel på mobilen til bruker når oppfølger har sendt en melding i appen. Det er først og fremst brukerne under 40år som har testet ut dette, flertallet av brukerne over 55år ønsker å fortsette oppfølgingen via utlånt nettbrett som før. Muligheten med at brukeren kan laste ned app på egen mobil/nettbrett muliggjør også et større potensiale til å skalere bruken da det er enkelt å sette i gang.

Agder har flere pågående initiativer for digital hjemmeoppfølging fra både kommuner, SSHF eller i samarbeid, som fanger ulike målgrupper. Det er også oppfølging mellom regioner (figur 11).



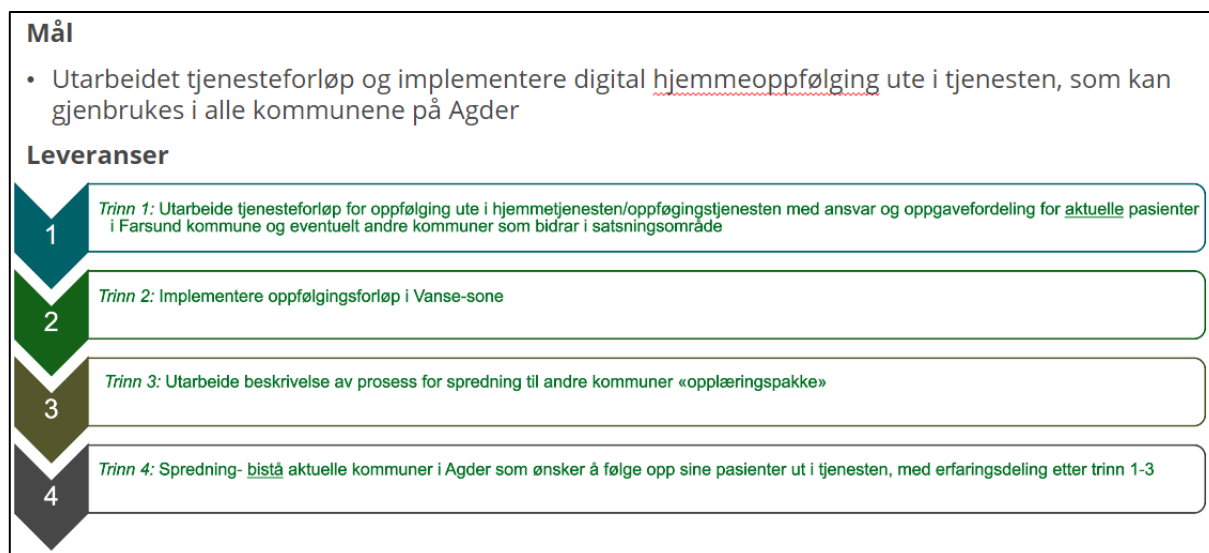
Figur 11; Oversikt over pågående initiativer innen DHO på Agder

5. OVERGANG TIL DRIFT OG PLAN FOR VIDERE ARBEID

Siden siste rapport desember 2020 har prosjektet gjennomført satsingsområdet for en regional modell for oppfølging, hvor det ble redusert fra tre telemedisinske sentraler til en regional telemedisinsk sentral. Denne ble lokalisert i Arendal kommune og følger opp pasienter fra Farsund i Vest, til Bykle i nord og til Gjerstad i Øst. Frem til nå har dette fungert godt og videre vurdering av organisering vil komme frem i sluttrapporten.

Sykehusforløp og overgangen mellom sykehus og kommune (PHT, fastlege, TMS, ute i tjenesten) ble pilotert i Q4 2020 og i Q1 2021. Erfaringsrapporten viser til nyttige erfaringer for smidige pasientforløp og overganger som ivaretar målet om en sømløs tjeneste og økt kvalitativ gevinst for pasient. Piloteringen ble gjennomført i samarbeid med lungeavdelingen på Sørlandet sykehus Kristiansand og gjennom KOLS-team på Sørlandet sykehus Arendal. Utprøvingen ble pilotert hos KOLS pasienter som var innlagt på grunn av en forverring. Dette er et satsingsområde for videre utprøving på Agder.

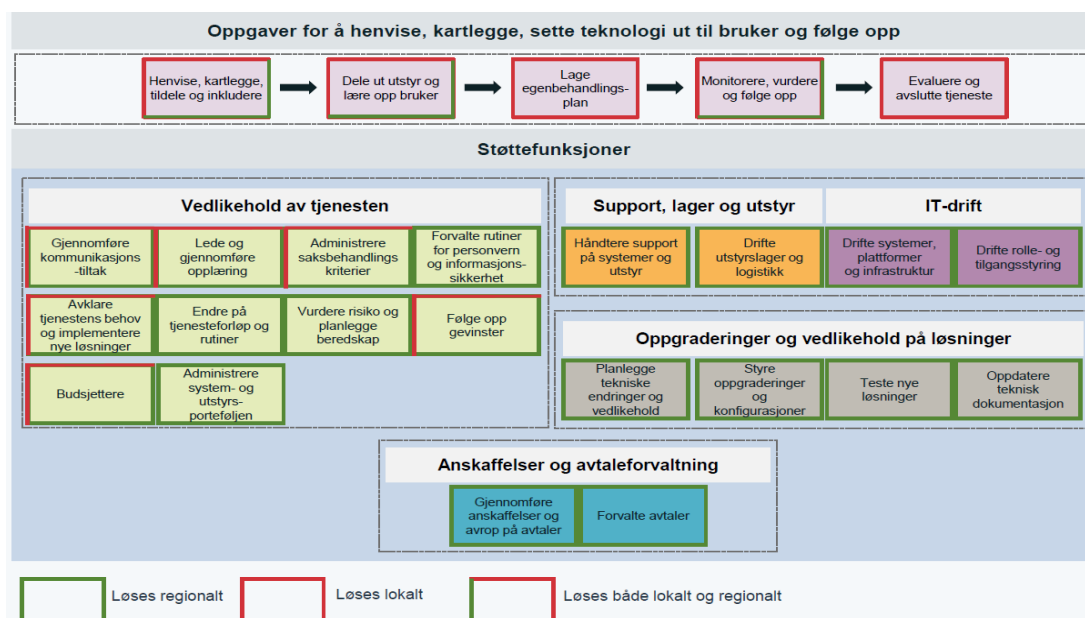
Farsund kommune er piloteringskommune for oppfølging ute i hjemmetjenesten og lager en modell med beskrivelse av hva som skal på plass for andre kommuner om de skal bruke DHO ute i tjenesten. Denne prosessen er beskrevet i ulike trinn og pr mai 2021 er dette satsingsområdet på trinn 3 se figur 12).



Figur 12; Oversikt over leveranser i satsingsområdet ute i tjenesten

Felles for forløpene er avklaringer i den helhetlige tjenestemodellen (se figur 13). Hvilke oppgaver skal løses hvor når prosjektet går over fra prosjekt til drift? Det jobbes i første omgang med

avklaringer omkring support og logistikk av teknisk løsning, samt rutiner for henvisning, kartlegging og tildeling. Det pågår et arbeid omkring rutiner for henvisning, kartlegging og tildeling sammen med ressurser fra forvaltning/saksbehandling i kommunene på Agder og i samarbeid med sykehus for å se på bl.a. inklusjonskriterier.



Figur 13: Helhetlig tjenestemodell

Prosjekteier og styringsgruppe ser positivt på å få prosjektet over i drift. Det jobbes i disse dager med mulige organiseringsalternativer samt betalingsmodeller for digital hjemmeoppfølging på Agder. Agder har en regional koordineringsgruppe (RKG) som bidrar til forankring og koordinering av prosjekter innen e-helse. Enkelte kommuner har aktivt jobbet med implementeringsrigg for velferdsteknologi i egen kommune, for andre kommuner er dette fortsatt umodent.

5.1. PÅ HVILKEN MÅTE HAR COVID-19 SITUASJONEN PÅVIRKET PLANENE?

Situasjonen rundt Covid -19 har absolutt påvirket prosjektet. Siden målgruppen for inklusjon var pasientgruppen som FHI hadde satt i høyrisikogruppen førte det til en inklusjonsstopp fra 12 mars til 15 april. I denne tiden brukte prosjektgruppen mye tid sammen med Ullensaker/Gjerdrum og Siemens for å utvikle gode algoritmer og spørreskjema for DHO av pasienter med Covid – 19 smitte⁶. Det ble i løpet av april utarbeidet smittevernrutiner ved inklusjon og opplæring av utsyr som var tidkrevende å få gjennomført. Inklusjonen kom først godt i gang etter 15 mai og vi opplevde det enklere å inkludere når ved å inkludere en tredje gruppe i studien; tiltak uten randomisering.

⁶ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2020/12/Erfaringsrapport-DHO-covid-19_Agder.pdf

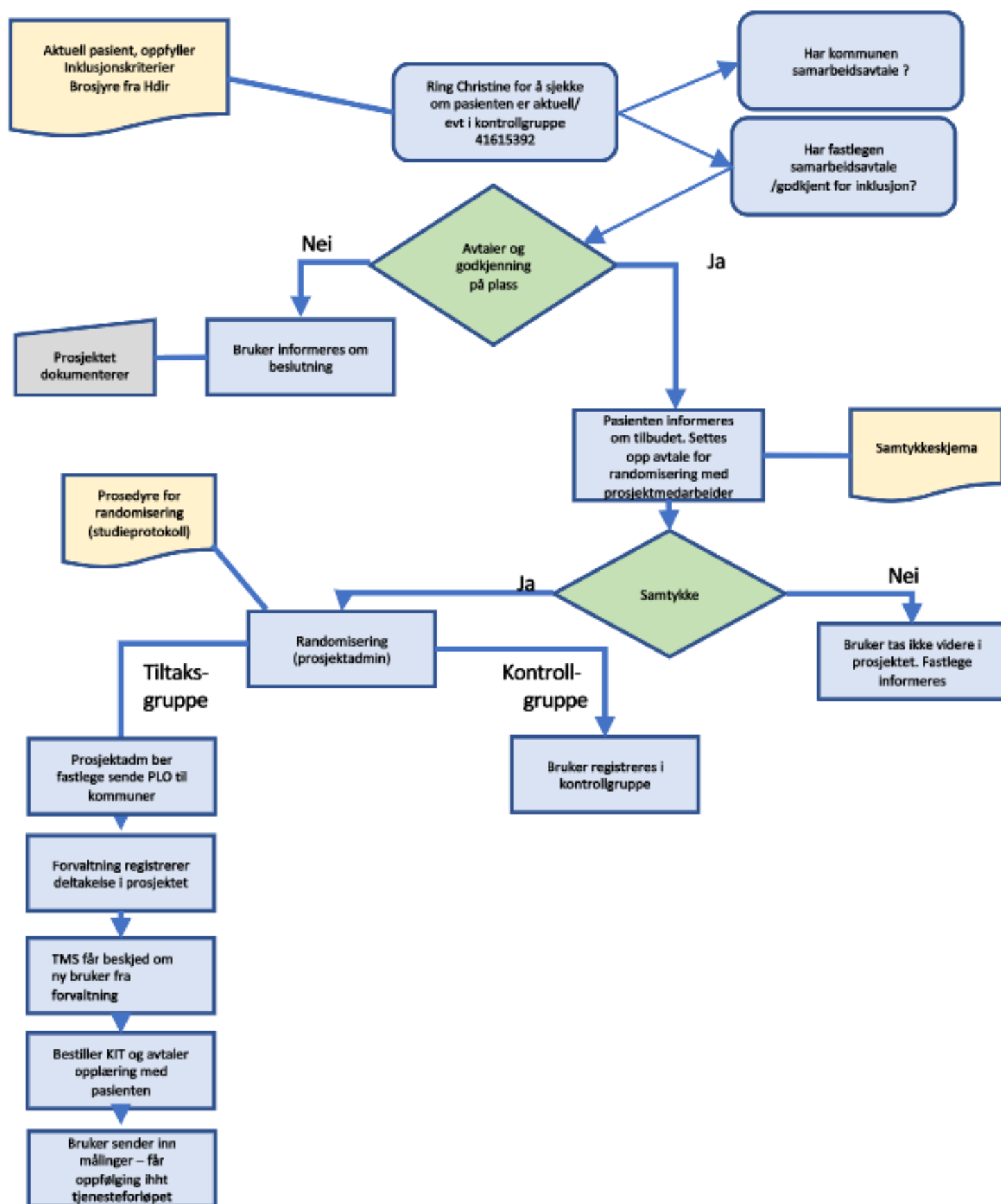
Prosjektgruppen var enig i denne avgjørelsen og at den var etisk riktig med tanke på at prosjektet inkluderer pasienter som under pandemien er identifisert som noen av de mest sårbare gruppene.

Farsund kommune fikk et større smitteutbrudd 2. november 2020. Kommunen tok i bruk digital hjemmeoppfølging og dette skulle tilbys alle pasienter med positiv covid-19 test. Pasientene ble oppringt av sykepleier på telemedisinsk sentral (TMS) og fikk tilbud om oppfølgingen. 63 pasienter (25.11.20) benyttet seg av tilbudet de fikk av kommunen. Disse fikk oppfølging fra telemedisinsk sentral i Farsund og det har vært et tett samarbeid med smitteteam, fastleger og kommuneoverlege. Pasientene har gitt tilbakemelding på at de opplevde oppfølgingen som svært god⁷.

Det har vært større utbrudd i flere kommuner på Agder, men utbrudd i Farsund, Arendal og Kristiansand har hatt større innvirkning på prosjektgruppen i Agder og for leveranser prosjektgruppen har hatt opp mot Helsedirektoratet. Flere prosjektmedarbeidere og oppfølgere har måtte i perioder bli satt inn i både smittesporing, testing, vaksinerings og teknisk support mot TMS i forbindelse med oppfølging av covid – 19 smittede.

⁷ <https://www.lister24.no/nyheter/i/OQQK4k/det-foeles-veldig-bra-at-noen-foelger-med>

Flytskjema for inklusjon fra ØHD/KØH/Hj.tj



VEDLEGG 2; GEVINSTPLAN

Gevinst	Gevinstansvarlig	Resultatindikator	Hvordan måle og rapportere	Måleintervall	Forutsetninger og tiltak for å realisere gevinsten	Frist for tiltak	Ansvarlige for spesifikke tiltak	Hvordan gevinsten "omsettes"
Oversikt over hvilke gevinster prosjektet ønsker å oppnå. Inkluder unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet.	Hvem er ansvarlig for at denne gevinsten måles og følges opp?	Resultatindikatoren er det som skal måles for å dokumentere gevinsten. Velg noe som er enkelt å måle.	Beskriv hvordan gevinstene skal måles og rapporteres. Bestem hvordan data samles inn.	Definer hvor ofte målinger skal gjøres	Beskriv forutsetninger for at gevinster oppnås. Hva må være på plass for at den aktuelle gevinsten skal inntreffe og hvilke tiltak må vi sette i gang for å sikre at denne gevinsten oppnås? Det kan være flere tiltak og gevinstansvarlige per gevinst.			Beskriv hvordan gevinsten skal omsettes. Ungåtte kostnader og spart tid kan brukes på andre områder.
Bedre digital hjemmeoppfølging	Gevinstansvarlig	Pasientens bruk av digital hjemmeoppfølging	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildele skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelser, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Bruker opplever økt trygghet	Oppfølger	Brukers opplevelse av trygghet	Brukerundersøkelse på nettbrett		Tildele skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelser, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Bruker opplever økt kunnskap	Oppfølger	Brukers opplevelse av kunnskap	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildele skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og økt kunnskap gir pasient mulighet til å sette i gang tiltak selv. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape økt kunnskap om egen helse. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelser, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Bruker opplever bedre helse	Oppfølger	Brukers opplevelse av egen helse	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildele skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet og opplevelse av mer en stabil helse. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelser, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Bruker opplever bedre kontroll over egen sykdom.	Oppfølger	Brukers opplevelse av kontroll over egen sykdom	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildele skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet og opplevelse av kontroll over egen sykdom. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelser, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.

Pårørende opplever bedre trygghet i hverdagen	Oppfølger	Pårørendes opplevelse av trygghet i hverdagen	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildele skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet hos pårørende og hos pasient ved at noen "passer på". Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelser, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Endring i forbruk av helsetjenester i hjemmet <i>Dette inkluderer:</i> Hjemmesykepleie, psykisk helsearbeid, hverdagsrehabilitering.	Ulike tjenester i kommunen; forvaltning/oppfølge/gevinstansvarlig	Antall besøk og antall forbrukte minutter helsetjenester i hjemmet per måned	EPJ fra brukers hjemkommune	Hver måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Gi god oppfølging og ha godt samarbeid med hjemmetjeneste/fastlege/forvaltning	God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging	Oppfølger og gevinstansvarlig	Kan gi redusert bruk av andre helsetjenester
Endring i forbruk av kommunale tjenester: praktisk bistand <i>Dette inkluderer:</i> daglige gjøremål, hjemmehjelp og brukerstyrt personlig assistanse	Ulike tjenester i kommunen; forvaltning/oppfølger/gevinstansvarlig	Antall forbrukte minutter kommunal praktisk bistand per måned	EPJ fra brukers hjemkommune	Hver måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Gi god oppfølging og ha godt samarbeid med hjemmetjeneste/fastlege/forvaltning	God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging	Oppfølger og gevinstansvarlig	Kan gi redusert bruk av andre helsetjenester
Endring i forbruk av tidsbegrenset opphold ved kommunale institusjoner (utredning/behandling, habilitering/rehabilitering)	Oppfølger og gevinstansvarlig	Antall opphold og antall oppholdsøgn på kommunale korttidsplasser. Fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ fra brukers hjemkommune	Hver måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Gi god oppfølging og ha godt samarbeid med hjemmetjeneste/fastlege/forvaltning	God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging	Oppfølger og gevinstansvarlig	Kan gi redusert bruk av andre helsetjenester
Endring i forbruk av KAD (Kommunal akutt døgnenhet)	Oppfølger og gevinstansvarlig	Antall opphold og antall oppholdsdøgn på KAD. Fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ fra brukers hjemkommune	Hver måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Gi god oppfølging og ha godt samarbeid med hjemmetjeneste/fastlege/forvaltning	God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging	Oppfølger og gevinstansvarlig	Kan gi redusert bruk av andre helsetjenester
Endring i forbruk av øvrige kommunale helsetjenester (fysio- og ergoterapi, psykisk helse)	Oppfølger og gevinstansvarlig	Antall besøk fysio- og/eller ergoterapi Fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ fra brukers hjemkommune	Ikke bestemt om det skal følges opp				
Endring i antall konsultasjoner ved legevakt	PA	Antall konsultasjoner ved legevakt 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	Data hentes fra KPR (forskningen)	Hver 6. måned				
Endring i antall fastlegekonsultasjoner	PA	Antall fastlegekonsultasjoner fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	KUHR og KPR (forskningen)	Hver 6. måned				
Endring i forbruk av polikliniske konsultasjoner ved DPS (distriktpsykiatrisk senter)	PA	Antall polikliniske konsultasjoner ved DPS fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	NPR	Hver 6. måned				
Endring i forbruk av behandling i døgnenhet ved DPS	PA	Antall oppholdsdøgn ved døgnavdeling, DPS	NPR	Hver 6. måned				
Endring i forbruk av dagbehandling (dagbehandling, innlagte og dagbehandling, polikliniske konsultasjoner) ved sykehus	PA	Antall dagbehandlinger ved sykehus fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	NPR	Hver 6. måned				
Endring i forbruk av akutte innleggelser ved sykehus	PA	Antall akutte innleggelser og antall liggedøgn per akutte innleggelse fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	NPR	Hver 6. måned				
Endring i antall overliggenderdøgn ved sykehus (somatisk sykehusavdeling)	PA	Antall overliggenderdøgn på sykehus (somatisk sykehusavdeling)	NPR/EPJ	Hver 6. måned				

VEDLEGG 3; KVALITATIVE OG KVANTITATIVE PASIENTCASER

Pasientcase 1; Gevinster i kommunen med og uten innsatsstyrt finansiering for «Rune»



Rune

Alder: 56 år.
Bosituasjon: Bor alene.
Jobbsituasjon: Tidligere lektor.
Interesser: Jakt og fiske.
Sykdomshistorie: Diagnostisert med KOLS.

Anonymisert case DHO
om «Rune»

Ønsker og behov

- Rune var ofte urolig og utrygg rundt egen sykdom tidligere.
- Rune satte seg mål om vektnedgang, bedre kosthold og økt fysisk aktivitet.
- Han fikk veiledning i bruk av inhalator slik at han kunne være mer i fysisk aktivitet.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Rune mottok 14 besøk fra hjemmetjenesten per uke. Han hadde behov for tilsyn 2 ganger per dag grunnet utrygghet knyttet til sin sykdom.
- Hjemmetjenesten brukte i gjennomsnitt 10 minutter per besøk og 1 time tur/retur i kjøretid.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Rune startet opp med digital hjemmeoppfølging i januar 2020.
- Han mottok nettbrett og utstyr for å måle oksygennivå. Han bruker nettbrettet til å registrere verdier og symptomer.
- Han foretar målinger hjemme daglig, og følges opp av telemedisinsk sentral i Kristiansand.
- Dersom målingene gir gul eller rød verdi, mottar han ytterligere oppfølging.

Gevinster

- Rune opplever en forbedring av egen helse.
- Han opplever stor nytte av oppfølgingen han får fra telemedisinsk sentral og ønsker å fortsette, fordi det har gitt han økt frihet og trygghet i hverdagen. Dette har ført til at han er mindre engstelig enn før.
- Han er fornøyd med kostholdsveiledningen. Han blir oppfordret til økt fysisk aktivitet, og dette jobber han med.
- I perioden mars til september 2020 har oppfølgingstjenesten kun registrert fem gule og to røde målinger på oksygenivå i blodet og lungefunksjon. I disse tilfellene har telemedisinsk sentral tatt kontakt med Rune over telefon.
- Han har i dag ingen fysiske besøk fra hjemmetjenesten. Dette utgjør ca. 48 000 kroner per måned i unngåtte kostnader knyttet til besøks- og kjøretid.

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten

RESSURSBRUK MED OG UTEN DHO

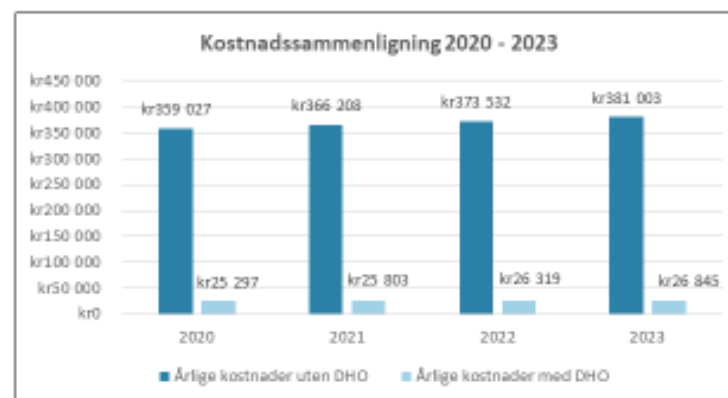
Uten digital hjemmeoppfølging	Tjenestebruk/tidsbruk per måned	
	Besøk fra hjemmetjenesten	560 min (9,33 t)
	Kjøretid	3 360 min (56 t)
	Total tidsbruk	3920 min (65,33 t)
	Kostnader per måned	
	Lønnskostnader hjemmetjenesten	3 733 kr
	Kostnader til kjøring ¹	26 186 kr
	Total kostnader uten DHO per måned	29 919 kr

Med digital hjemmeoppfølging	Kostnader for tjenesten per måned	
	Lønnskostnader oppfølgingstjenesten	1 212 kr
	Andre driftskostnader (lisenser og utstyr)	896 kr
	Totalt kostnader med DHO per måned	2 108 kr

FORVENTET FREMTIDIG RESSURSBRUK

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at Rune ville fortsatt å motta hjemmetjenester i samme omfang som før oppstart, i tillegg til evt. hyppigere besøk hos fastlege.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det ikke at han vil forbruke hjemmetjenester i perioden 2021-2023²
- Gjennomsnittlig unngått kostnad til pleietid per år tilsvarer 784 timer.

Med digital hjemmeoppfølging kan det forventes årlige unngåtte kostnader på over 300 000 NOK.



1) I kostnader til kjøring inngår drivstoff, vedlikehold og lønn ved kjøring. Dette er skilt ut siden kjøring står for en så stor andel av den totale tidsbruken.

2) Rune mottok i hovedsak besøk grunnet bekymring for egen helse. Han er ikke mer enn 56 år gammel og det forventes derfor ikke en økning i antall besøk de neste årene.

Digital hjemmeoppfølging kan gi kommunen en samlet gevinst på ~1,4 mNOK over de neste årene for Rune

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Kostnader hjemmetjenesten ¹	kr 359 027	kr 366 208	kr 373 532	kr 381 003	kr 1 479 769
Totale kostnader uten DHO	kr 359 027	kr 366 208	kr 373 532	kr 381 003	kr 1 479 769

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Lønnskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 14 546	kr 14 837	kr 15 133	kr 15 436	kr 59 952
Andre driftskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 10 751	kr 10 966	kr 11 186	kr 11 409	kr 44 312
Kostnader hjemmetjenesten ³	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	0 kr
Totale kostnader med DHO	kr 25 297	kr 25 803	kr 26 319	kr 26 845	kr 104 264

Gevinst⁴	kr 333 730	kr 340 405	kr 347 213	kr 354 157	kr 1 375 505
----------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------------

1) Består av lønnskostnader og kostnader til kjøring for 56 månedlige besøk, hvert på totalt 70 minutter inkludert kjøring. Kostnad per time er basert på satsen som benyttes i Agder.

2) Hentet fra rapport «Anbefaling om fremtidig organisering av digital hjemmeoppfølging i Agder», utarbeidet av PA Consulting september 2020 som en del av VOPD-prosjektet i regi Nordisk Ministerråd.

3) Kostnader til hjemmetjenester er satt til 0 kr i årene fremover. Dette baserer seg på forventningen på forrige side om at Rune ikke vil ha behov for dette.

4) Gevinst = Totale kostnader uten digital hjemmeoppfølging – Totale kostnader med digital hjemmeoppfølging

Det er lagt til en forventet årlig prisvekst på 2% basert på utvikling i KPI siste fem år (Kilde: SSB, Konsumprisindeksen)

Med innsatsstyrt finansiering

Anonymisert case DHO for
«Rune»

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten ved ISF

RESSURSBRUK MED OG UTEN DHO

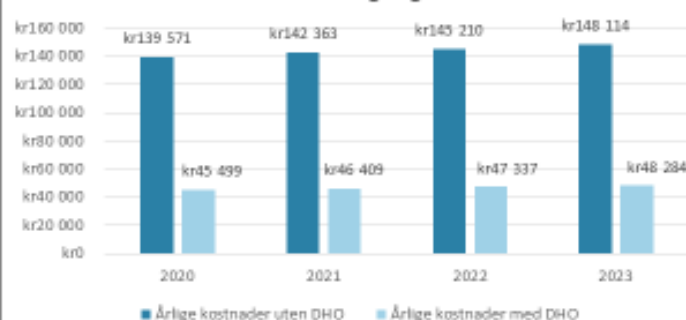
Uten digital hjemmeoppfølging	Tjenestebruk per måned	
	Besøk fra hjemmetjenesten	560 min (9,33 t)
	Kjøretid	3 360 min (56 t)
	Total tidsbruk	3920 min (65,33 t)
	Kostnader per måned	
	Kostnader direkte pleietid ¹	3 498 kr
	Kostnader til kjøring ²	6 450 kr
Med digital hjemmeoppfølging	Kostnader for indirekte tid ³	1 683 kr
	Total kostnader uten DHO per måned	11 631 kr
	Kostnader for tjenesten per måned	
	Lønnskostnader oppfølgingstjenesten	1 212 kr
	Andre driftskostnader (lisenser og utstyr)	896 kr
	Kostnader for indirekte tid	1 683 kr
	Totale kostnader med DHO per måned	3 792 kr

FORVENTET FREMTIDIG RESSURSBRUK

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at Rune ville fortsatt å motta hjemmetjenester i samme omfang som før oppstart.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det ikke at hen vil forbruke hjemmetjenester i perioden 2021-2023⁴
- Gjennomsnittlig unngått kostnad til pleietid per år tilsvarer 784 timer.

Med digital hjemmeoppfølging kan det forventes årlige unngåtte kostnader på rundt 140 000 NOK.

Kostnadssammenligning 2020-2023



1) Basert på sats for direkte pleietid (tid med bruker fra pleier går inn til pleier forlater brukers hjem) benyttet for innsatsstyrt finansiering (ISF) i Kristiansand * antall besøk * forbrukte minutter per besøk.
2) I kostnader til kjøring inngår reisesats (gj.snittlig tid pleier bruker på å bevege seg fra bruker A til bruker B) benyttet for ISF i Kristiansand, drivstoff og vedlikeholdskostnader bil.
3) Basert på sats for indirekte/administrativ tidsbruk for bruker (eks. journalføring, legeoppfølging, samtale med pårørende) benyttet for ISF i Kristiansand.

Digital hjemmeoppfølging kan gi kommunen en samlet gevinst på ~400 000 NOK over de neste årene for Rune

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Kostnader hjemmetjenesten ¹	kr 139 571	kr 142 363	kr 145 210	kr 148 114	kr 575 259
Totale kostnader uten DHO	kr 139 571	kr 142 363	kr 145 210	kr 148 114	kr 575 259

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Lønnskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 14 546	kr 14 837	kr 15 133	kr 15 436	kr 59 952
Andre driftskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 10 751	kr 10 966	kr 11 186	kr 11 409	kr 44 312
Kostnader hjemmetjenesten ³	kr 20 202	kr 20 606	kr 21 018	kr 21 438	kr 83 264
Totale kostnader med DHO					
Gevinst⁴	kr 94 073	kr 95 954	kr 97 873	kr 99 831	kr 387 730

1) Består av sats for direkte pleietid, driftskostnader bil, sats for reisetid pleier og sats for administrativ/indirekte arbeid som benyttes i Kristiansand kommune. Rune har 58 månedlige besøk, hvert på totalt 70 min inkludert kjøring.

2) Hentet fra rapport «Anbefaling om fremtidig organisering av digital hjemmeoppfølging i Agder», utarbeidet av PA Consulting september 2020 som en del av VOPD-prosjektet i regi Nordisk Ministerråd.

3) Kostnader knyttet til hjemmebesøk er satt til 0 kr i årene fremover. Dette baserer seg på forventningen på forrige side om at brukeren ikke vil ha behov for dette. Det er bare kostnad for administrativ/indirekte arbeid (eks. journalføring, legeoppfølging, samtale med pårørende) som påløper.

4) Gevinst = Totale kostnader uten digital hjemmeoppfølging – Totale kostnader med digital hjemmeoppfølging

Det er lagt til en forventet årlig prisvekst på 2% basert på utvikling i KPI siste fem år (Kilde: [SSB: Konsumprisindeksen](#))

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten ved ISF

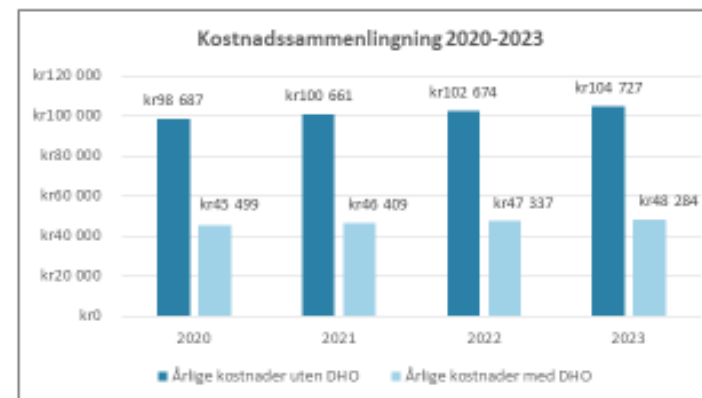
RESSURSBRUK MED OG UTEN DHO

Uten digital hjemmeoppfølging	Tjenestebruk per måned	
	Besøk fra hjemmetjenesten	560 min (9,33 t)
	Kjøretid	560 min (9,33 t)
	Total tidsbruk	1120 min (18,67 t)
	Kostnader per måned	
	Kostnader direkte pleietid ¹	3 498 kr
	Kostnader til kjøring ²	3 042 kr
	Kostnader for indirekte tid ³	1 683 kr
	Total kostnader uten DHO per måned	8 224 kr
Med digital hjemmeoppfølging	Kostnader for tjenesten per måned	
	Lønnskostnader oppfølgingstjenesten	1 212 kr
	Andre driftskostnader (lisenser og utstyr)	896 kr
	Kostnader for indirekte tid ³	1 683 kr
	Totale kostnader med DHO per måned	3 792 kr

FORVENTET FREMTIDIG RESSURSBRUK

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at brukeren ville fortsatt å motta hjemmetjenester i samme omfang som før oppstart.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det ikke at hen vil forbruke hjemmetjenester i perioden 2021-2023⁴
- Gjennomsnittlig unngått kostnad til pleietid per år tilsvarer 224 timer.

Med digital hjemmeoppfølging kan det forventes årlige unngåtte kostnader på ca. 100 000 NOK.



- 1) Basert på sats for direkte pleietid (tid med bruker fra pleier går inn til pleier forlater brukers hjem) benyttet for innsatsstyrt finansiering (ISF) i Kristiansand * antall besøk * forbrukte minutter per besøk.
 2) I kostnader til kjøring inngår reisesats (gj.snittlig tid pleier bruker på å bevege seg fra bruker A til bruker B) benyttet for ISF i Kristiansand, samt drivstoff og vedlikeholdskostnader bil.
 3) Basert på sats for indirekte/administrativ tidsbruk for bruker (eks. journalføring, legeoppfølging, samtale med pårørende) benyttet for ISF i Kristiansand.

10

*Med sentrumsnær bruker menes en bruker som bor 10 minutters kjøreavstand fra lokalene til hjemmetjenesten, og som får to besøk av hjemmetjenesten hver dag uten DHO og ingen besøk etter oppstart med DHO.

Digital hjemmeoppfølging kan gi kommunen en samlet gevinst på ~220 000 NOK over de neste årene

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Kostnader hjemmetjenesten ¹	kr 98 687	kr 100 661	kr 102 674	kr 104 727	kr 406 749
Totale kostnader uten DHO	kr 98 687	kr 100 661	kr 102 674	kr 104 727	kr 406 749

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Lønnskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 14 546	kr 14 837	kr 15 133	kr 15 436	kr 59 952
Andre driftskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 10 751	kr 10 966	kr 11 186	kr 11 409	kr 44 312
Kostnader hjemmetjenesten ³	kr 20 202	kr 20 606	kr 21 018	kr 21 438	kr 83 264
Totale kostnader med DHO					
Gevinst⁴	kr 53 188	kr 54 252	kr 55 337	kr 56 444	kr 219 221

1) Består av sats for direkte pleietid, driftskostnader bil, sats for reisetid pleier og sats for administrativ/indirekte arbeid som benyttes i Kristiansand kommune. Bruker har 56 månedlige besøk, hvert på totalt 10 min direkte pleietid, og 10 min kjøretid.

2) Hentet fra rapport «Anbefaling om fremtidig organisering av digital hjemmeoppfølging i Agder», utarbeidet av PA Consulting september 2020 som en del av VOPD-prosjektet i regi Nordisk Ministerråd.

3) Kostnader knyttet til hjemmebesøk er satt til 0 kr i årene fremover. Dette baserer seg på forventningen på forrige side om at brukeren ikke vil ha behov for dette. Det er bare kostnad for administrativ/indirekte arbeid (eks. journalføring, legeoppfølging, samtale med pårørende) som påløper.

4) Gevinst = Totale kostnader uten digital hjemmeoppfølging – Totale kostnader med digital hjemmeoppfølging

Det er lagt til en forventet årlig prisvekst på 2% basert på utvikling i KPI siste fem år (Kilde: [SSB: Konsumprisindeksen](#))

Brukercase: «Knut» har fått det bedre etter at han ble fulgt opp av sykehuset



Pasienthistorikk



- «Knut» er 67 år og har KOLS grad 4.
- Han har mottatt digital hjemmeoppfølging fra sykehuset fra mai 2020 til oktober 2020.
- Han hadde 3 innleggelser på sykehus i 2019, men ingen i 2020.
- I oktober 2020 ble han overført til TMS i Farsund, før han i desember 2020 ble flyttet over til regional TMS i Arendal.

Gevinster

- Opplever bedre kontroll, økt trygghet og mindre uro tilknyttet egen sykdom
- Er overbevist om at han har sluppet innleggelser på sykehus i 2020 pga oppfølgingen
- Har raskere oppdaget forverrelser i egen tilstand

“

«Jeg synes at det var en stor overgang å få oppfølging fra TMS. De følger opp på en annen måte enn jeg er vant til fra sykehuset og jeg skulle ønske at jeg ble bedre informert om at oppfølgingen var annerledes i stabil fase»

- «Knut»

Pasient opplever stor nytte av DHO

Pasienthistorikk



- Bruker med KOLS og DIA type 2
- Hyppig kontakt med sykehus og 113 grunnet Kols forverring og engstelse i forbindelse med dette
- Startet med digital hjemmeoppfølging i starten av 2020

Gevinster

- Økt trygghet
- Økt mestringsfølelse
- Økt selvinnsikt
- Økt motivasjon
- Mindre kontakt med AMK, legevakt og spesialisthelsetjenesten

“

*«Jeg har den tryggheten i bakhånd
hele veien. Det at noen følger med på den
daglige formen min og tar kontakt hvis
det er noe, er gull verd»*

- pasient

En trygghet i hverdagen med digital hjemmeoppfølging



Pasienthistorikk



- Pasient 77 år med multimorbiditet (DIA 2, hjertesvikt)
- Startet med digital hjemmeoppfølging i juni 2020
- I starten dårlig innsikt i egen helse med hyppige legebesøk/sykehusinnleggelser og en utrygg hverdag

Gvinster

- Pasienten opplever god trygghet og ivaretagelse ved oppfølgingen
- Økt kunnskap ifht egen helse
- Redusert antall besøk fra hjemmetjeneste
- Fremtidig sømløs tjeneste

“

«Dere er det tryggeste jeg noen gang har fått i hus! Dere er kremen i hverdagen min og gir meg enormt trygghet og støtte.»

- Pasient

Pasienthistorikk



- Pasient med alvorlig KOLS fikk digital hjemmeoppfølging fra våren 2020.
- Innlagt tre ganger i 2019 med kolsforverring.
- Ingen innleggelser i 2020.

“

Jeg er helt overbevist om at jeg ville blitt innlagt på sykehuset i sommer hvis ikke jeg hadde hatt denne oppfølgingen

- Pasient som bruker DHO i Kristiansand

12. juni 2020 09:26

«Hei veldig mye bedre i dag etter jeg begynte med prednisolon kuren. nesten like bra som «normalt» ha en fin dag jeg er superfornøyd med dette opplegget og er veldig takknemlig for at jeg får være med»



Lest 12. juni 2020 09:26



Svar



Merk som ulest



Marie

Alder: 28 år.

Bosituasjon: Bor sammen med samboer og 4 barn i alderen 1-9 år.

Bakgrunn: Utdannet allmennlærer (er hjemme med barna, jobber ekstravakter ved barneskole).

Sykdomshistorie: Angst- og depresjonsplager, PTSD i etterkant av hendelser i oppvekst.

Ønsker og behov

- Marie ønsker støtte, råd og veiledning for å mestre sine psykiske vansker, takle egne følelser, stole på seg selv og mestre å stå i jobb.
- Hun har behov for hjelp til å sortere tanker gjennom samtaleterapi og komme i gang med aktiviteter som forbedrer/forebygger psykiske plager.
- Marie har satt seg som mål å kjenne på mindre uro, få bedre selvtillit og selvfølelse og komme i gang med fysisk aktivitet én gang i uken.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Før Marie startet opp med digital hjemmeoppfølging mottok hun disse helsetjenestene:
 - Oppfølging fra psykisk helsetjeneste og psykiatrisk sykepleier i kommunen (avsluttet våren 2018).
 - Polikliniske samtaler hos behandler ved distriktpsykiatrisk senter (DPS) ved sykehuset (avsluttet våren 2019).
- Marie føler seg utmattet, depressiv og at hun ikke strekker til. Hun sliter med minner fra fortiden og opplever at hun i enkelte situasjoner overveldes av følelser og får panikkangst.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging:

- Marie startet med digital hjemmeoppfølging i august 2020. Hun fikk utdelt et nettbrett av kommunen, men gikk etterhvert over til å bruke app på egen mobil/nettbrett.
- Oppfølgingstjenesten hadde en fysisk oppstartssamtale med Marie hvor det ble satt opp mål og plan for oppfølgingen. Deretter har oppfølgingstjenesten og Marie hatt ukentlige oppfølgingssamtaler over video.
- Hun bruker nettbaserte selvhjelpsprogrammer med fokus på mestring av stress og psykiske belastninger. Her kan hun velge mellom flere ulike program som «IFightDepression» og åtte andre selvhjelpsprogrammer.
- Etter oppstart mottar hun ikke andre helsetjenester fra kommune/sykehus knyttet til sin psykiske helse.

Digital hjemmeoppfølging gir Marie trygghet og frihet i hverdagen

Marie har svart på to brukerundersøkelser etter oppstart i august 2020.

RESULTAT FRA BRUKERUNDERSØKELSER¹

- Resultat fra brukerundersøkelsene viser at hennes oppfatning av egen helsesituasjonen har sunket fra 3 til 2. For Marie handler dette om hennes livssituasjon og eksterne faktorer som ikke er direkte knyttet opp til tjenesten hun får med digital hjemmeoppfølging.
- Marie forteller at hun føler digital hjemmeoppfølging er tilstrekkelig, og at hun får den hjelpen hun trenger.
- På spørsmål om «hvor fornøyd er du med tjenesten digital hjemmeoppfølging» og «hvor fornøyd er du med oppfølgingen» gir hun score 4 av 5.
- Digital hjemmeoppfølging gir Marie frihet i hverdagen, ved at hun slipper å møte opp på ett kontor. Hun sparer tid i en hektisk hverdag, og hun kan ta samtalene med oppfølgingstjenesten i komfortable omgivelser i eget hjem.

«Føler jeg får en bedre kontakt med oppfølgeren»

«Får hjelp til å sortere tanker, kjenner meg lettere etterpå. (...) Blir bevisst på ting jeg ikke tenkte på før»

«Hadde vært vanskelig å fått tid til å møte opp på et kontor i en hektisk hverdag»

«Kan slappe av i samtalene hjemme hos meg selv, mindre stress, sykt behagelig»

1) Brukerundersøkelsene ble utført av oppfølgingstjenesten i september og november 2020. Brukerundersøkelsen har en svaralternativ-skala fra 1 til 5, hvor 5 er beste score.

Oppsummering av gevinster fra digital hjemmeoppfølging

GEVINSTER

For Marie:

- Marie opplever at hun har god nytte av digital hjemmeoppfølging i en utfordrende og vanskelig hverdag.
- Ved å ha videosamtaler med oppfølgingstjenesten slipper hun å bruke tid på å komme seg til en fysisk samtale. Dette sparer Marie for mye tidsbruk i en travel hverdag med små barn.
- Hun opplever god kontakt med oppfølgeren via videosamtaler, hun slapper godt av i samtalene når hun kan ta disse hjemme i kjente og avslappende omgivelser.
- Marie blir mer bevisst på egne tanker, følelser og atferd gjennom nettbaserte selvhjelpsprogram.

For oppfølgingstjenesten:

- Det er tidsbesparende for oppfølgingstjenesten å unngå kjøretid brukt på hjemmebesøk.
- Oppfølgeren opplever å være mer bevisst på struktur i samtalene ved bruk av video.
- Det er enklere å få tilbakemelding på hver enkelt samtale de har med Marie, gjennom digitalt tilbakemeldingsverktøy. Dette sikrer at oppfølgingen oppleves nyttig for brukeren.



Magnus, 20 år

Pasienthistorikk



- Har brukt Cannabis i 4 år og ønsker å slutte å ruse seg fordi han vil ha stabile relasjoner, sertifikat, utdanning og jobb. Klarer ikke jobbe målrettet mot det han ønsker.
- Bruker egen smartmobil i oppfølging der han også bruker også HAP-app
- Jevnlige videosamtaler med oppfølger fra kommunen.
- I oppfølging brukes skjemaene fra tilbakemeldingsverktøyet FIT-outcomes og BCD(Behavior checklist diary)
- Magnus kan sende melding om behov for ytterlige oppfølging mellom samtalene ved å bruke meldingsfunksjonen i oppfølgingsappen.

Gevinster

- Magnus opplever at digital hjemmeoppfølging fra kommunen er mindre stress og mindre tidkrevende.
- Oppfølging kan legges opp etter brukers ønske; oppfølging kombinert med «fysiske» møter eller kun digital hjemmeoppfølging

“

«Det er lettere å huske avtaler når jeg ikke må reise til et kommunalt kontor»

- Magnus

Pasient koblet opp på digital hjemmeoppfølging føler økt trygghet under pandemien

Pasienthistorikk



- Pasient 75 år med KOLS og i risikogruppen for Covid-19
- Innlagt på sykehus med kraftig lungebetennelse
- Anbefalt korttidsopphold etter utskrivelse, startet med hjemmesykepleie
- Koblet opp på digital hjemmeoppfølging (DHO) og erstattet hjemmesykepleie

Gevinster

- Pasient opplever det som tryggere å få oppfølging digitalt fremfor hjemmebesøk i en periode hvor smitten er høy i Farsund kommune
- Pasient opplever en større trygghet knyttet til sin sykdom
- DHO erstatter i dette tilfellet hjemmesykepleien

«Den tryggheten dere gir meg i hverdagen med digital hjemmeoppfølging har gitt meg en mulighet for å føle meg trygg hjemme».

Pasient 75 år

“

«Hadde pasienten vært koblet opp på DHO fra før, så kunne man muligens unngått innleggelsen»

TMS sykepleier

Pasienthistorikk



- Pasient 70 år med KOLS
- Påvist covid-19 og ble koblet opp på digital hjemmeoppfølging
- Fikk utdelt SpO2 måler og blodstrykksapparat
- Pasient ble etterhvert innlagt på sykehus grunnet lav metning som ble fanget opp av oppfølgere

Gevinster

- Redusert smitteøkning ved oppfølging hjemmefra
- Pasient opplevde god oppfølging og ivaretagelse
- Oppfølgingen klarte å fange opp lav oksygenmetning fort og man kunne kontakte fastlege for videre behandling på en effektiv måte

“

Jeg opplevde et godt samarbeid mellom TMS og fastlege. Pasient kontaktet fastlege på et tidligere tidspunkt enn hun hadde gjort uten å ha digital hjemmeoppfølging

TMS sykepleier i Farsund

16

Pasienthistorikk



- Pasient 45 år som ikke har underliggende sykdommer
- Påvist Covid-19 og ble koblet opp på digital hjemmeoppfølging under isolasjon

Gevinster

- Oppfølgingen fremstod som betryggende i en tid preget av mange spørsmål og ensomhet
- Redusert smitteøkning ved oppfølging hjemmefra
- Redusert behov for å måtte oppsøke fastlege eller ta imot besøk fra fastlege

“

Det kom tydelig frem at pasienten opplevde det som betryggende å få mulighet til å stille spørsmål når han var i isolasjon

TMS sykepleier i Farsund

Pasienthistorikk



- Pasient 62 år med høyt blodtrykk
- Påvist Covid-19 og ble etter oppfordring fra pårørende koblet opp på digital hjemmeoppfølging mot slutten av sykdomsforløpet

Gevinster

- Redusert smitteøkning ved oppfølging hjemmefra
- Økt trygghet for pasient som ble roligere
- Skapte økt trygghet for pårørende
- Fikk fanget opp at pasienten har behov for videre oppfølging etter friskmeldeles fra covid-19

“

Her var det tydelig at pasient ble roligere ved oppfølging hjemmefra. I tillegg var det en stor gevinst at pasienten sine pårørende ble betrygget

TMS sykepleier i Farsund



Medisinsk avstandsoppfølging

Tjenesteforløp med oppfølging fra Telemedisinsk sentral (TMS) 3.0

NVP DHO Agder

18.11.2020

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

Fordeling av ansvar for aktiviteter

Aktivitet	Bruker / pårørende 	Fastlege 	Sykehus 	TMS 	Forvaltning TMS	Forvaltning Hjem	Kontaktperson hjemkommune
Identifisering/henvisning	U	U	U	U	A		U
Inkludering		R			A		
Tildeling av utstyr		R		A U			U
Opplæring				A U			U
Kartlegging (EBP)	Hovedansvar for å godkjenne EBP		R	U			
Rapportering	A			U			
Vurdering	U	R	R	A			R
Evaluering	R	R	R	A		R	R
Avslutning				A U		R	U



= Ansvarlig



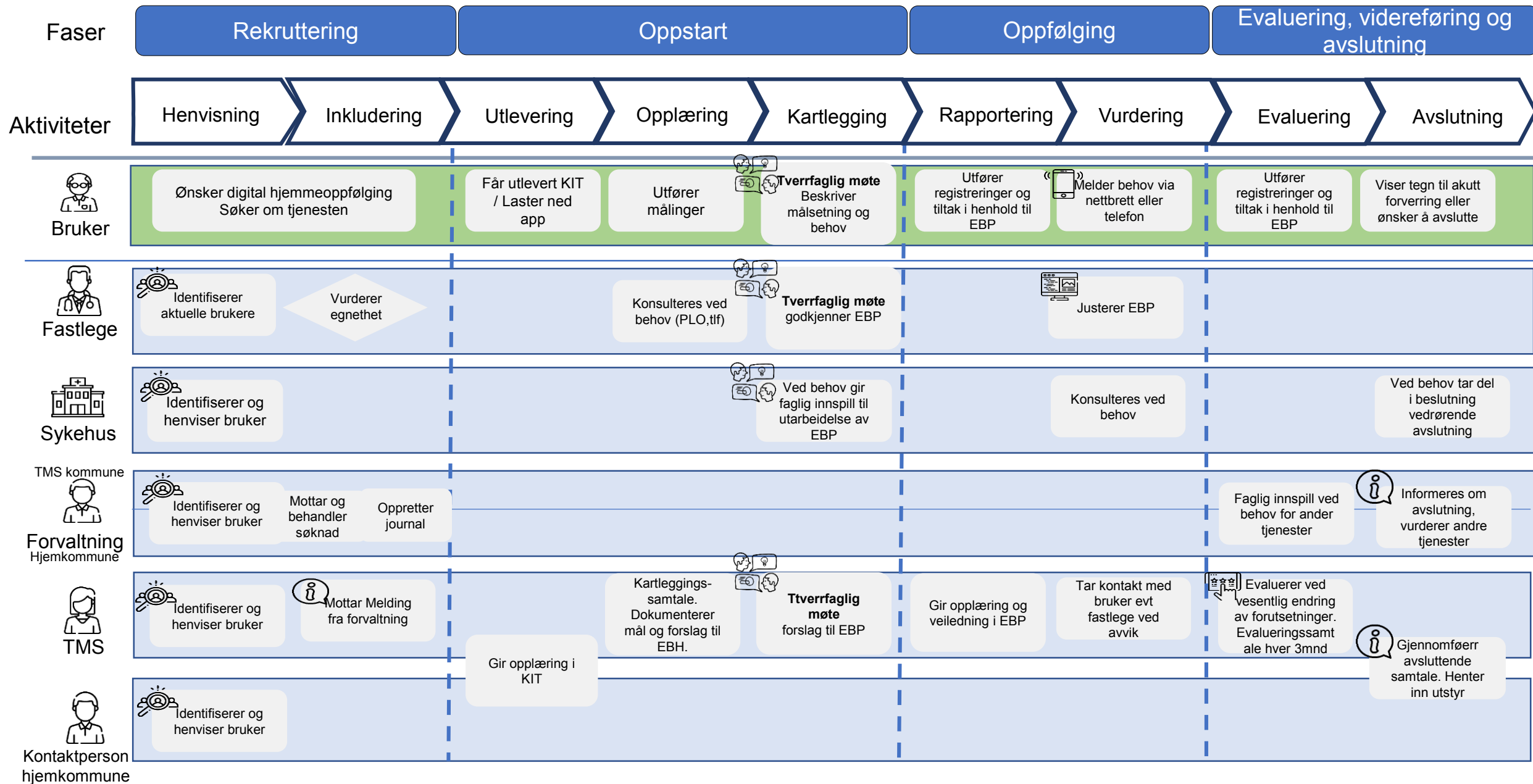
= Utførende



= Rådgivende

Beskrivelse av aktiviteter

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



REKRUTTERING

Faser

Aktiviteter

HENVISNING



Bruker

Søker
hjemkommune
om tjenesten

Blir kontaktet av
TMS



Fastlege



Identifiserer og
henviser brukere



Vurderer egnethet



Sykehus



Identifiserer og
henviser brukere

Forvaltning av tjenesten
er p.t i utvikling fra
prosjekt til drift Løses
noe ulikt fra kommune
til kommune



Forvaltning

TMS kommune



Identifiserer og
henviser brukere

Hjemkommune mottar
og behandler søknad

Innvilger oppfølging,
Vedtak/ tilbud om
tjenesten

Registrerer
bruker i EPJ



Sender informasjon til TMS



VED SAMARBEIDSKOMMUNE
Sender informasjon til kontaktperson



TMS



Identifiserer og
henviser brukere



Mottar informasjon om ny bruker fra
forvaltning i TMS kommune

Vurdere behov
for utstyr- laste
ned app



Kontaktperson
hjemkommune



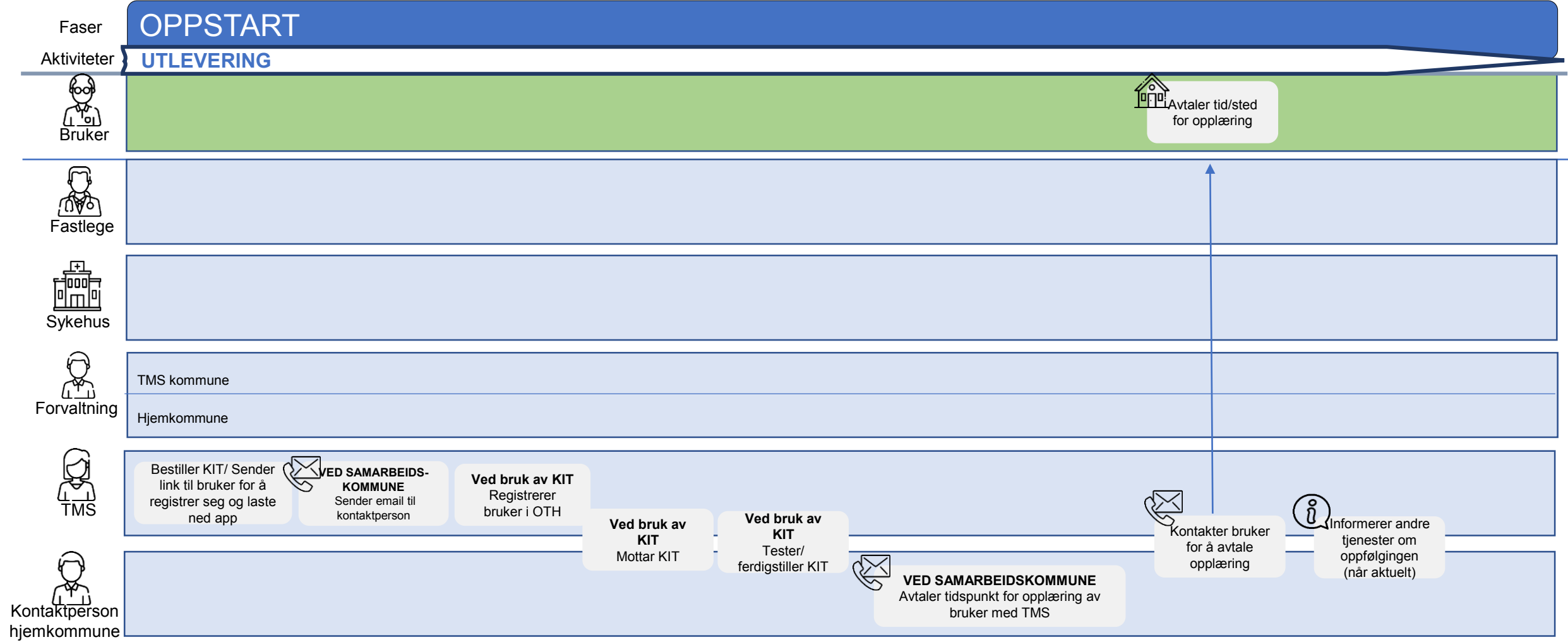
Identifiserer og
henviser brukere



VED SAMARBEIDSKOMMUNE
Mottar informasjon om ny bruker fra
forvaltning hjemkommune

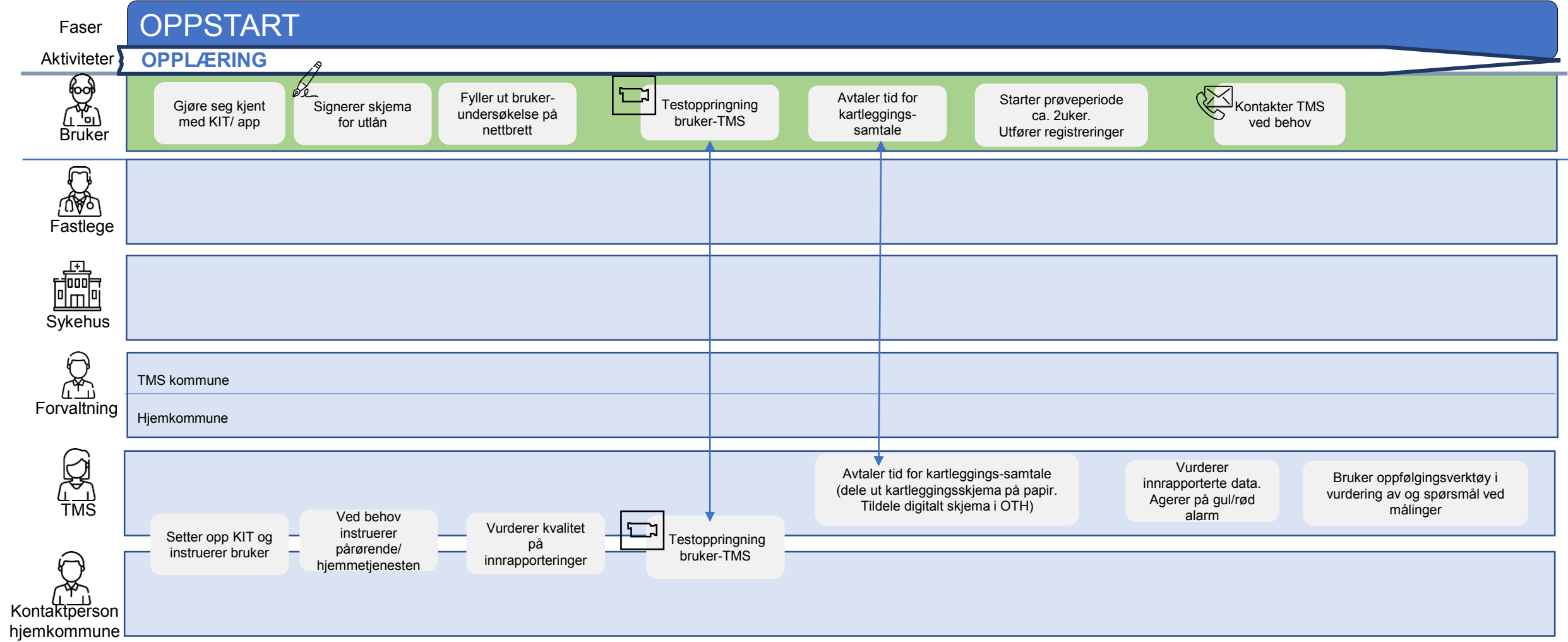
OPPSTART

UTLEVERING



OPPSTART

OPPLÆRING



OPPSTART

KARTLEGGING

Faser

Aktiviteter



Bruker



Kartleggings-samtale



Beskriver målsetninger og behov

Gir innspill til utkast EBP

Bestiller legetime etter samtale med TMS



Tverrfaglig møte

Beskriver behov og utfordringer



Fastlege

Svare på e-melding fra TMS

Konsulteres ang om pas. er egnet/ i målgruppen for EBP

Reserverer time



Tverrfaglig møte

Ferdigstiller EBP



Sykehus

Konsulteres ved behov



Forvaltning

TMS kommune

Hjemkommune



TMS

Ved behov for mer informasjon om brukers helse-Sender e-melding til FL



Utfører kartleggings-samtale med bruker

Vurdere om pas. er egnet for EBP



Lager utkast til EBH

Utarbeider EBP i samarbeid med bruker og fastlege



Tverrfaglig møte

Presenterer resultat fra prøveperioden og forslag til EBP



Kontaktperson hjemkommune

(Prøvd ut forskjellige løsninger for dette)

1. Pasienten på oppmøte hos FL med nettbrett/videosamtale via join.nhn.no
2. Treveis videomøte NHN
3. PLO-melding
4. Pasient tar med EBP til fastlege på fysisk time

Faser

OPPSTART

Aktiviteter

KARTLEGGING



Bruker

Blir kjent med å
bruke EBP

Får opplæring og
veiledning i bruk av
EBP



Fastlege

Mottar kopi av
EBP



Sykehus

Fysisk kopi eller som
vedlegg i e-melding (noen
journal system har denne
løsningen, andre ikke)



Forvaltning

TMS kommune

Hjemkommune



TMS

Sender EBP til
bruker og
fastlege (inntil
digital EBP)

Gi opplæring og
veiledning i bruk
av EBP

Tildeler nytt
spørreskjema i
OTH med EBP

Gjør individuell
avtale om videre
oppfølging ihht.
EBP



Kontaktperson
hjemkommune

Inntil digital EBP

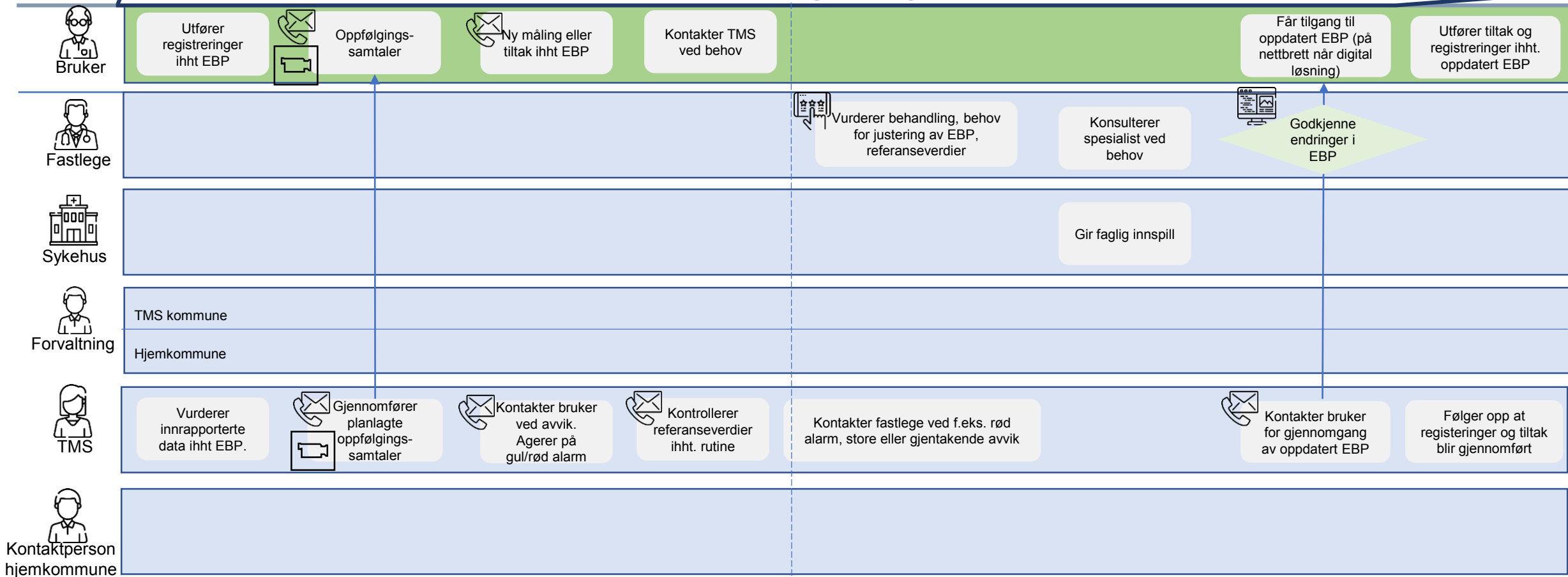
OPPFØLGING

Faser

Aktiviteter

RAPPORTERING

VURDERING

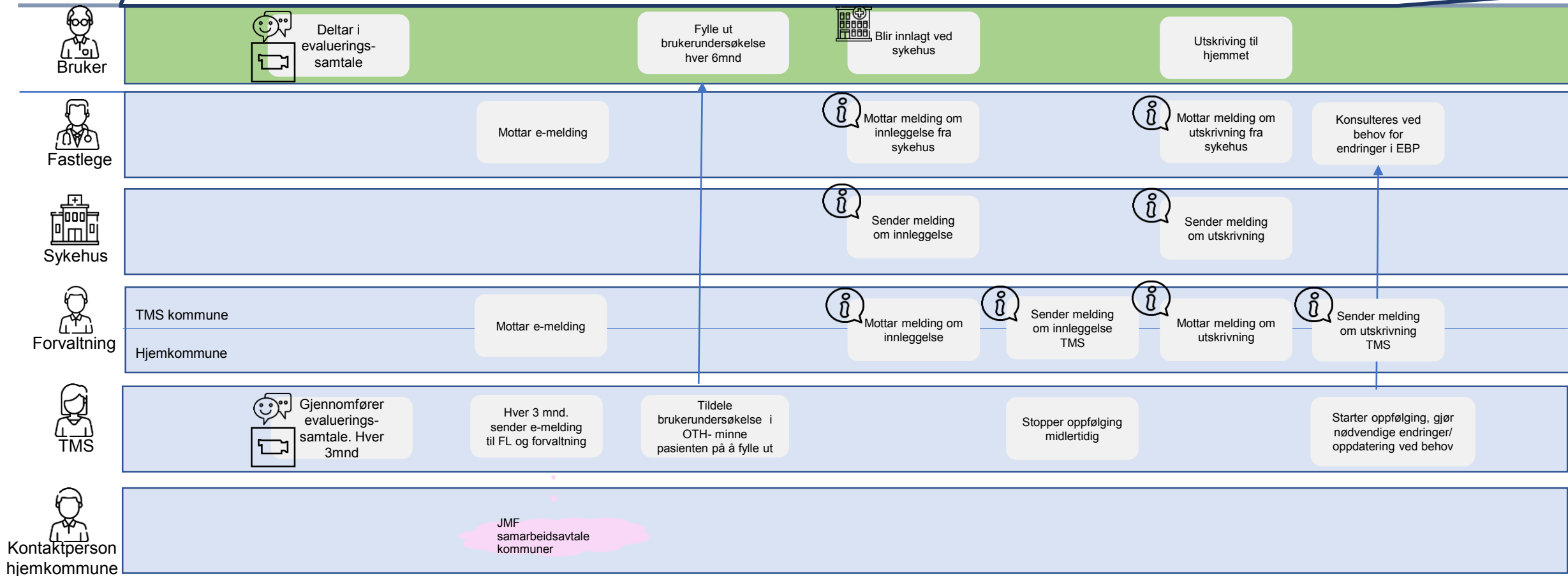


Faser

EVALUERING, VIDEREFØRING OG AVSLUTNING

Aktiviteter

EVALUERING



Faser

EVALUERING, VIDEREFØRING OG AVSLUTNING

Aktiviteter

AVSLUTNING



Bruker

Ønsker å avslutte,
trekker samtykke,
er ikke egnet,Når mulig: Deltar i
evalueringen av
oppfølgingen.Leverer KIT til
TMS/
kontaktperson i
kommuneTar kontakt med
fastlege ved behov

Fastlege

Når aktuelt, tar del
i beslutning
vedrørende avsl

Mottar e-melding

Vurdere behov for
videre oppfølging
fastlegeAvslutter eller gjør
nødvendig endringer i
EBP

Sykehus

Når aktuelt, tar del
i beslutning
vedrørende avsl

Forvaltning

TMS kommune

Hjemkommune

Mottar e-melding
/mailVurdere behov for
andre tjenesterRegistrere
avsluttet tjeneste i
EPJ

TMS

Skriver sluttnotat
EPJInformerer
involverte parterAvslutter samtaler,
avlyser planlagte
avtalerRegistrere
avsluttet
oppfølging OTHIPLOS reg bruker
EPJKontaktperson
hjemkommune

Mottar mail

Henter inn/mottar
KIT- sendes
Siemens



Medisinsk avstandsoppfølging

Tjenesteforløp SYKEHUS PILOT høst 2020 1.0

TELMA NVP AO Agder

25.11.2020

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

Fordeling av ansvar for aktiviteter oppfølging fra sykehus med overgang til kommune

Aktivitet	Bruker / pårørende 	Fastlege 	Sykehus-oppfølger 	Kommunal Oppfølger	Forvaltning TMS 	Forvaltning Hjem
Identifisering/henvisning			A			
Inkludering			A U			R
Tildeling av utstyr			A U			
Opplæring	U		A U			
Kartlegging (EBP)	U R	R A	U R			
Rapportering	A		U R			
Vurdering	U	R	A		R	
Evaluering	R	A	U R	U R		R
Avslutning	R	A	U R	U R		R



= Ansvarlig



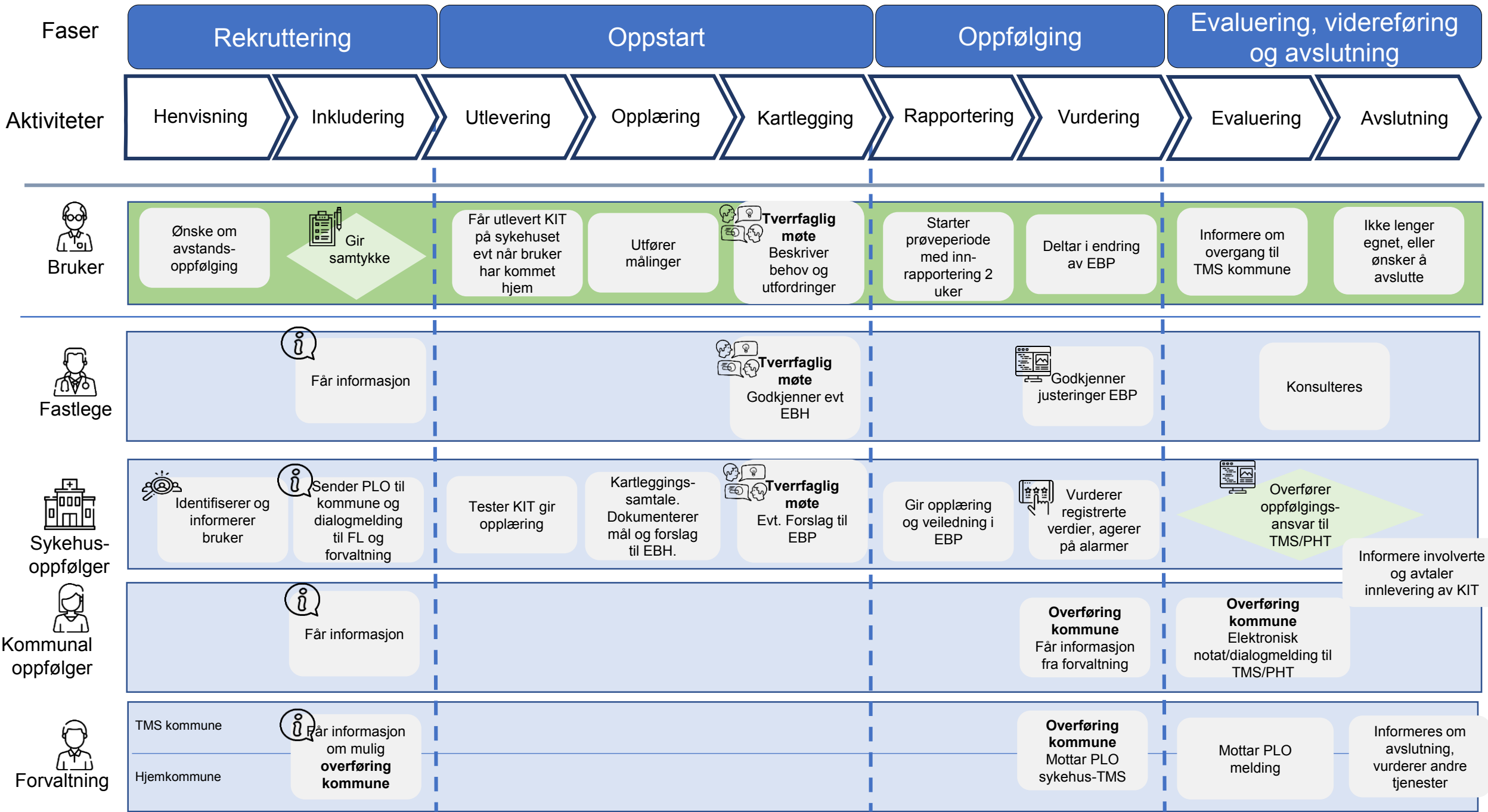
= Utførende



= Rådgivende

Beskrivelse av aktiviteter

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



Faser

Rekruttering innlagte pasienter til pilotering av oppfølging sykehus

Aktiviteter

Henvisning

Inkludering



Bruker med KOLS

Får informasjon om utprøving DHO

Ønsker avstandsoppfølging

Mottar info-skriv og Signerer samtykke



Gir samtykke til kontakt med fastlege og kommune



Fastlege

Utskrivende lege legger inn forslag til referansegrense på SpO2 og puls i epikrise fra sykehuset



Fastlege mottar melding om pasienten



Sykehusoppfølger



Identifiserer bruker

Pasienten oppfylder inklusjonskriterier

Forteller pasient om utprøvingen av DHO

Går gjennom info-skriv og innhenter samtykke

Ber utskrivende lege legge inn forslag til referansegrense på SpO2 og puls i epikrisen



Sender dialogmelding til fastlege og forvaltning om oppstart oppfølging fra sykehus med mulig overgang til kommune



Kommunal oppfølger



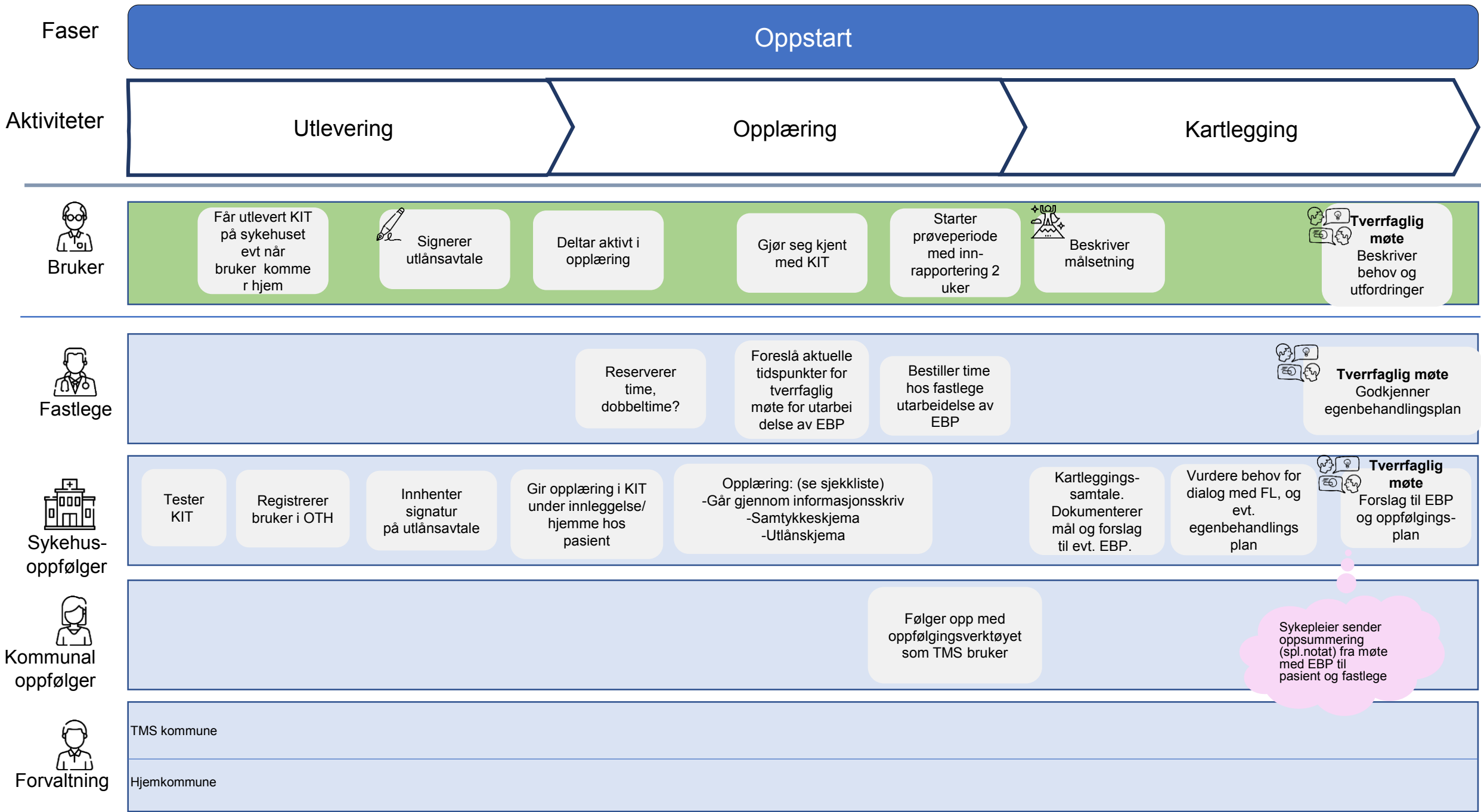
Forvaltning

TMS kommune

Hjemkommune



Forvaltning mottar melding om oppstart oppfølging fra sykehus, med mulig overgang til kommune - + dialog?



Faser

Oppfølging

Aktiviteter

Rapportering

Vurdering



Bruker

Opplæring og
veiledning i
bruk av EBP

Utfører
registreringer
(KOLS-algoritme-
TELMA)



Kontakter
sykehus-
sykepleier hvis
utrygg

Ny måling eller tiltak
v.behov i henhold til
EBP

Deltar i endring
av EBP

Utfører tiltak og
registreringer i
henhold til
oppdatert EBP



Fastlege

Konsulterer
spesialist ved
behov



Godkjenner
endring i
EBP



Sykehus-
oppfølger

Opplæring og
veiledning i
bruk av EBP

Følger opp
bruker i henhold
til individuell
avtale. Agerer på
gul/rød alarm



Evaluerer
registrerte
verdier

Vurderer behov
for justering av
EBP



Utfører
endringer i
EBP



Kommunal
oppfølger



Forvaltning

TMS kommune

Hjemkommune

Faser

Evaluering, videreføring og avslutning

Aktiviteter

Evaluering

Avslutning

Denne overgangen må testes og diskuteres videre.
Kriterier for overføring, beslutningsansvar?



Bruker

Informeres om mulig overføring av oppfølging til kommune

Informerer om overgang til TMS kommune

Deltar på overføringssamtale over video i NHN

Avslutning, ikke behov.

Leverer KIT



Fastlege

Overføring kommune

Koordineringsmøte deltar ved behov

Mottar elektronisk notat/dialogmelding

Konsulteres

Mottar melding om avslutning



Sykehusoppfølger

Overføring kommune

Informerer om mulig overføring av oppfølging til kommune

Koordineringsmøte legger frem brukers stand og behov for videre oppfølging

Fasiliterer overføringssamtale over video i NHN

Sender elektronisk notat/dialogmelding

Overfører oppfølgingsansvar til TMS/PHT

Konsulteres ang avslutning ved behov



Informerer involverte

Sender KIT til Siemens



Kommunal oppfølger

Overføring kommune

Koordineringsmøte Diskuterer overtakelse av oppfølging med sh.spl

Deltar på overføringssamtale over video i NHN

Mottar elektronisk notat/dialogmelding

Overtar oppfølgingsansvar

Konsulteres ang avslutning ved behov

Mottar melding om avslutning



Forvaltning

TMS kommune

Overføring kommune

Koordineringsmøte Deltar ved behov

Mottar elektronisk notat/dialogmelding om overtakelse fra kommune

Hjemkommune



Medisinsk avstandsoppfølging

Tjenesteforløp psykisk helse, oppfølgingstjenesten

TELMA-NVP DHO Agder

20.11.2020

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

Fordeling av ansvar for aktiviteter

Enkelte ganger
forvaltning, enkelte
ganger oppfølger

Aktivitet	Bruker / pårørende 	Fastlege 	Sykehus 	Oppfølger 	Forvaltning TMS 	Forvaltning Hjem 	Kontaktperson hjemkommune 
Identifisering/henvisning	U	U	U	U A	Å		U
Inkludering		A					
Tildeling av utstyr		R		A U			U
Opplæring				A U			U
Kartlegging (EBP)		A	R	U			
Rapportering	A			U			
Vurdering	U	R	R	A			
Evaluering	R	A	R	U		R	R
Avslutning		A		U		R	U



= Ansvarlig



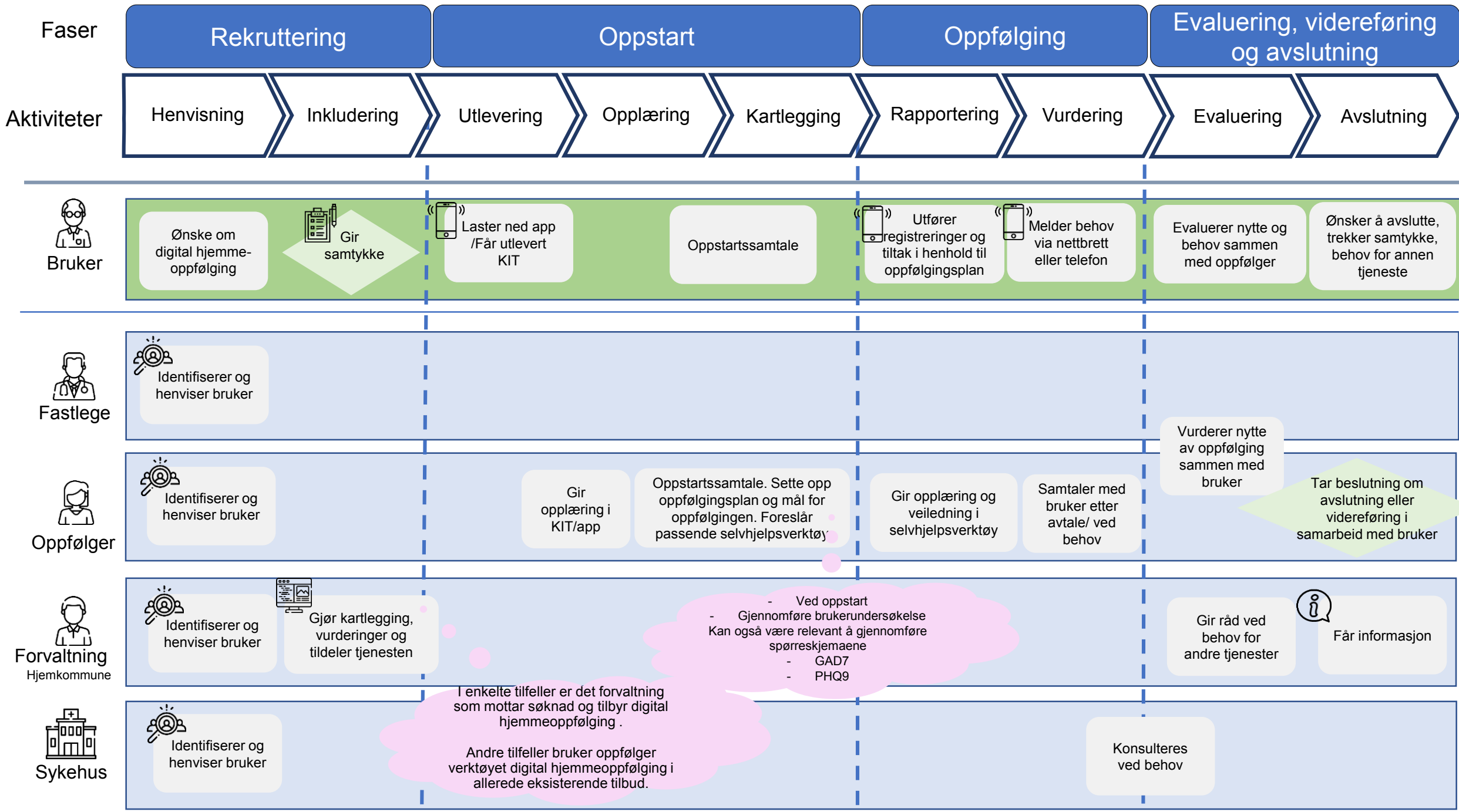
= Utførende



= Rådgivende

Beskrivelse av aktiviteter

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



Faser

Rekruttering

Aktiviteter

Henvisning

Inkludering



Braker

Ønske om digital hjemmeoppfølging



Signerer samtykke

Laster ned app (OM IKKE KIT)



Fastlege



Identifiserer og henviser bruker



Får informasjon om digital hjemmeoppfølging



Oppfølger



Identifiserer og henviser bruker



Møte/ telefonsamtale med



Informerer brukes fastlege

Bestiller KIT/ laster ned app



Forvaltning
Hjemkommune



Identifiserer og henviser bruker



Gjør kartlegging, vurderinger og tildeler tjenesten

Registrerer bruker i EPJ



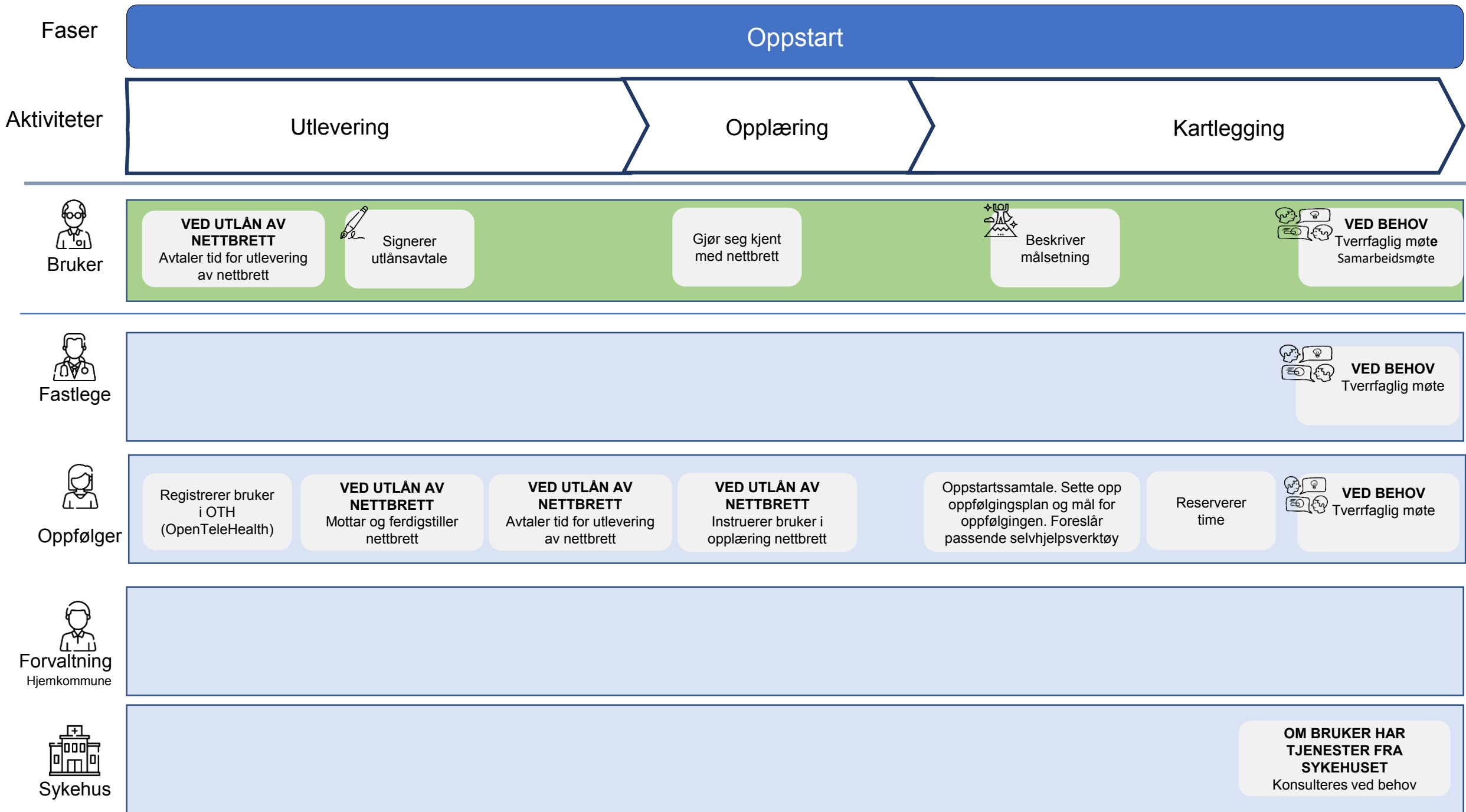
Sykehus



Identifiserer og henviser bruker

I enkelte tilfeller er det forvaltning som mottar søknad og tilbyr digital hjemmeoppfølging.

Andre tilfeller bruker oppfølger verktøyet digital hjemmeoppfølging i allerede eksisterende tilbud.



Faser

Oppfølging

Aktiviteter

Innholdet i oppfølgingen er individuelt tilpasset brukers behov

Rapportering

Vurdering



Bruker

Opplæring og veiledning i bruk av nettbasert selvhjelpsprogram

Utfører registreringer etter individuell avtale



Kontakter oppfølger ved behov via melding i OTH /SMS /telefon



VED BEHOV
Tverrfaglig møte
Samarbeidsmøte



Fastlege

Dette kan være

- GAD7
- PHQ9
- SRS og ORS skjema i FIT-outcomes



VED BEHOV
Tverrfaglig møte



Oppfølger

Opplæring og veiledning i bruk av nettbasert selvhjelpsprogram



Følger opp bruker i henhold til individuell avtale. Agerer på gul/rød alarm



Sjekker innsendte meldinger/målinger i OTH



VED BEHOV
Tverrfaglig møte



Forvaltning
Hjemkommune

Denne er avhengig av hvilket nivå tjenesten legges på.

Denne er avhengig av hvordan tjenesten er lagt opp.
F.eks akutt-tjeneste vs begrensede åpningstider



Sykehus

OM BRUKER HAR TJENESTER FRA SYKEHUSET
Konsulteres ved behov

Faser

Evaluering, videreføring og avslutning

Aktiviteter

Evaluering

Avslutning



Bruker



Deltar i
evaluerings-
samtale



Ved
innleggelse på
sykehus



Fyller ut
brugerundersøkel-
se på nettbrett
hver 6mnd

Ønsker å avslutte,
trekker samtykke,
behov for annen
tjeneste

VED BRUK AV KIT
Leverer KIT til
PHT



Fastlege



Tar del i
evaluerings-
samtale

Mottar PLO fra
sykehus ved
utskrivelse.

Avhengig av nivå
av oppfølging

Mottar e-melding
med informasjon
om avslutning av
oppfølging



Oppfølger

Bruker Fit- outcomes
som en del av
evalueringen etter
hver samtale

Samarbeid
med sykehuset

Minner bruker
på å fylle ut
skjema på
nettbrett

Tar beslutning om
avslutning eller
videreføring i
samarbeid med bruker



Informerer
involverte

VED BRUK AV KIT
Sender KIT til
Siemens



Forvaltning
Hjemkommune

Mottar PLO fra
sykehus ved
utskrivelse.

Mottar PLO ved
avsl. Vurderer evt
behov for andre
tjenester



Sykehus



Tar del i
evaluerings-
Samtale ved
behov

Sender PLO

Medisinsk avstandsoppfølging

Tjenesteforløp med oppfølging fra Digital hjemmetjeneste 1.0

TELMA-NVP Agder

18.11.2020

Fordeling av ansvar for aktiviteter

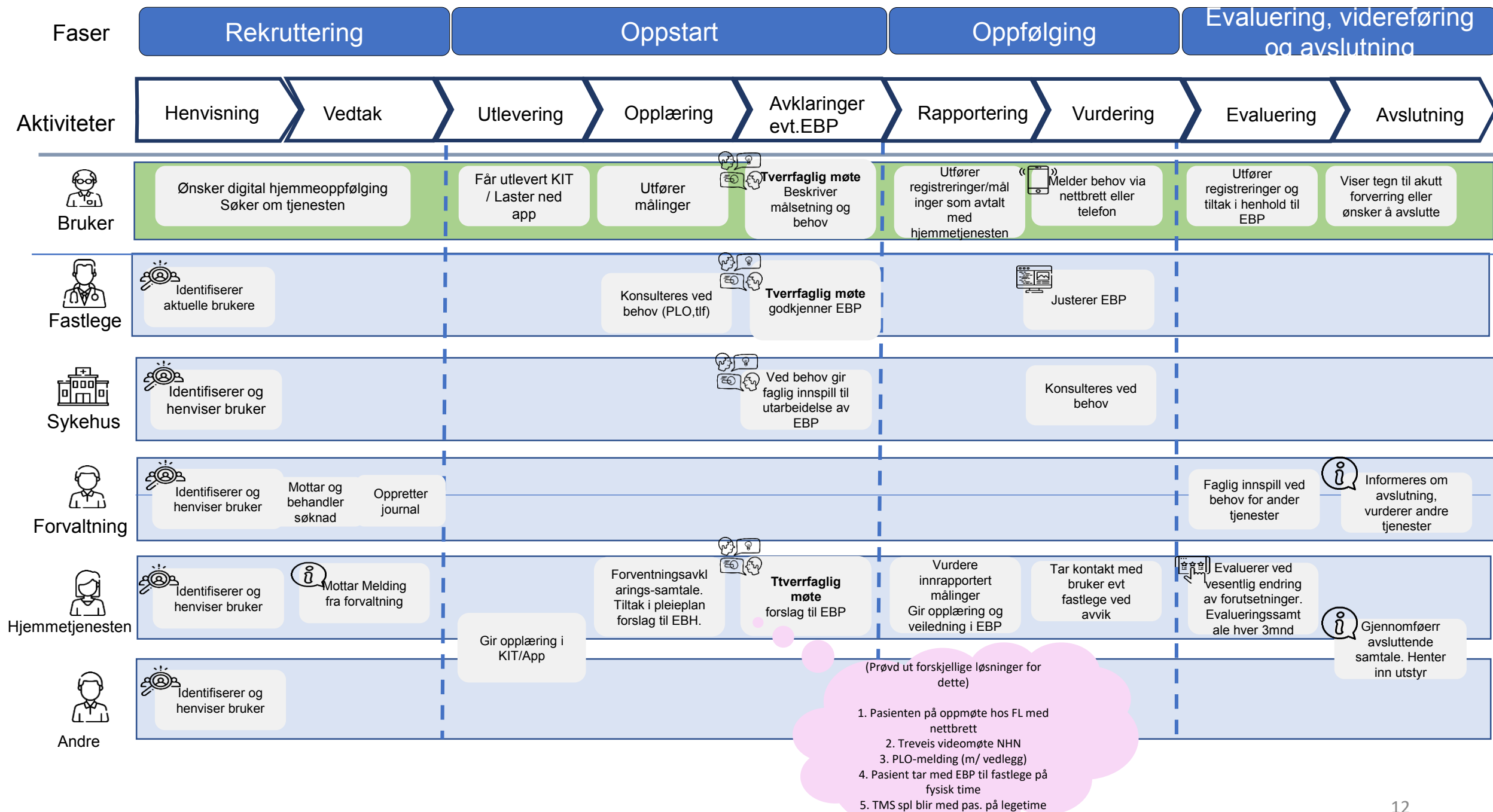
Aktivitet	Bruker / pårørende 	Fastlege 	Sykehus 	Hjemmetjeneste 	Forvaltning 
Identifisering/henvisning	U	U	U	U	A
Vedtak		R		R	A U
Tildeling av utstyr		R		A U	
Opplæring				A U	
Avklaringer	R	R		A	
EBP		A	R	U	
Rapportering	A			U	
Vurdering	U	R	R	A	R
Evaluering	R	R	R	A	R
Avslutning				A U	R

Hovedansvar for å godkjenne EBP

A = Ansvarlig **U** = Utførende **R** = Rådgivende

Beskrivelse av aktiviteter

Aktivitet	Beskrivelse
Identifisering/henvisning	Identifisere brukere som er aktuelle for medisinsk avstandsoppfølging. Henvise brukere til aktuell instans.
Vedtak	Gir vedtak om tjenesten HIH
Tildeling av utstyr	Klargjøre, utlevere og installere utstyr.
Opplæring	Gjennomføre opplæring og veiledning av brukere, personal og pårørende.
Avklaringer	Dialog med Fastlege/Forventningsavklaringer
Evt. Bruk av EBP	Utarbeide og godkjenne egenbehandlingsplan.
Rapportering	Registrere data i henhold til oppsatt plan.
Vurdering	Motta, vurdere og evaluere brukerrapporterte data. Gjennomføre tiltak i henhold til egenbehandlingsplan.
Evaluering	Vurdere egenbehandlingsplan og nytten av avstandsoppfølging.
Avslutning	Ta beslutning om avslutning av tjenesten. Avslutte oppfølging og samle inn utstyr.



Faser

REKRUTTERING

Aktiviteter

HENVISNING/VEDTAK



Bruker

Søker
hjemkommune
om tjenesten

Blir kontaktet av
Hjemmetjenesten



Fastlege



Identifiserer og
henviser brukere



Urderer egnethet hvis
aktuelt



Sykehus



Identifiserer og
henviser brukere



Forvaltning



Identifiserer og
henviser brukere

Mottar og behandler
søknad

Innvilger oppfølging,
Vedtak

Registrerer
bruker i EPJ

Registrer bruker
i gevinstark ?



Mottar informasjon om ny bruker fra
forvaltning



Hjemmetjenesten



Identifiserer og
henviser brukere

Kartlegging i
samarbeid med
forvaltning



Andre



Identifiserer og
henviser brukere

Evt. Endringsmelding?

Faser

OPPSTART

Aktiviteter

AVKLARING OG UTELEVERING UTSTYR



Bruker



Avklaring av
utstyr



Avtaler tid/sted for
opplæring eller utlevering av
utstyr



Fastlege



Sykehus



Forvaltning



Hjemmetjenesten

Avklare med bruker hvilket utstyr
pasient skal bruke.
BYOD/Hjelpemiddelbasen
Eller Bestill KIT SIEMENNS



Registrere bruker i
OTH og tildele aktuelle
skjema i
monitoreringsplan

**Klargjør utstyr fra
Hjelpemiddelbasen**

**Ved bruk av
KIT**
Mottar KIT

**Ved bruk av
KIT**
Tester/
ferdigstiller KIT



Kontakter bruker for å
avtale opplæring/Legge inn
på arbeidsliste

Sender link til bruker
for å registrer seg og
laste ned app



Informerer andre
tjenester om
oppfølgingen
(når aktuelt)



Andre

Faser

OPPSTART

Aktiviteter

OPPLÆRING



Bruker

Gjøre seg kjent med KIT/ app



Signerer skjema for utlån

Fyller ut brukerundersøkelse på nettbrett



Testoppringning bruker-hjemmetjeneste

Avtaler digital tjeneste ut i fra behov

Utfører eventuelle registreringer/målinger



Kontakter hjemmetjenesten ved behov



Fastlege



Sykehus



Forvaltning



Hjemmetjenesten

Setter opp KIT og instruerer bruker

Ved behov instruerer pårørende

Vurderer kvalitet på innrapporteringer



Testoppringning bruker-hjemmetjeneste

Avtaler digital tjeneste ut i fra behov

Vurderer innrapporterte data. Agerer på gul/rød alarm

Bruker oppfølgingsverktøy i vurdering av og spørsmål ved målinger



Andre

Faser

OPPSTART

Aktiviteter

Avklaringer



Bruker



Forventnings-
avklaringer



Fastlege

Svare på e-
melding fra TMS

Konsulteres ang
om pas. er egnet/
i målgruppen for
EBP



Sykehus

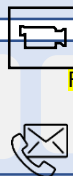


Forvaltning



Hjemmetjenesten

Ved behov for mer
informasjon om brukers
helse-Sender e-melding
til FL



Forventningsavklaringer
Lage tiltak i pleieplan

Vurdere
om pas.
er egnet
for EBP

Hvis det vurderes at EBH skal brukes
gå til neste slide, hvis ikke gå til slide
nr. 10



VFT Team?

Faser

OPPSTART

Aktiviteter

bruk av EBH



Bruker

Gir innspill til
utkast EBPBestiller
legetime etter
samtale med
TMS**Tverrfaglig møte**
Beskriver behov og utfordringerBlir kjent med å
bruke EBPFår opplæring og
veiledning i bruk av
EBP

Fastlege

Reserverer time

**Tverrfaglig møte**
Ferdigstiller EBPMottar kopi av
EBPFysisk kopi eller som
vedlegg i e-melding (noen
journal system har denne
løsningen, andre ikke)

Sykehus

Konsulteres ved behov



Forvaltning



Hjemmetjenesten

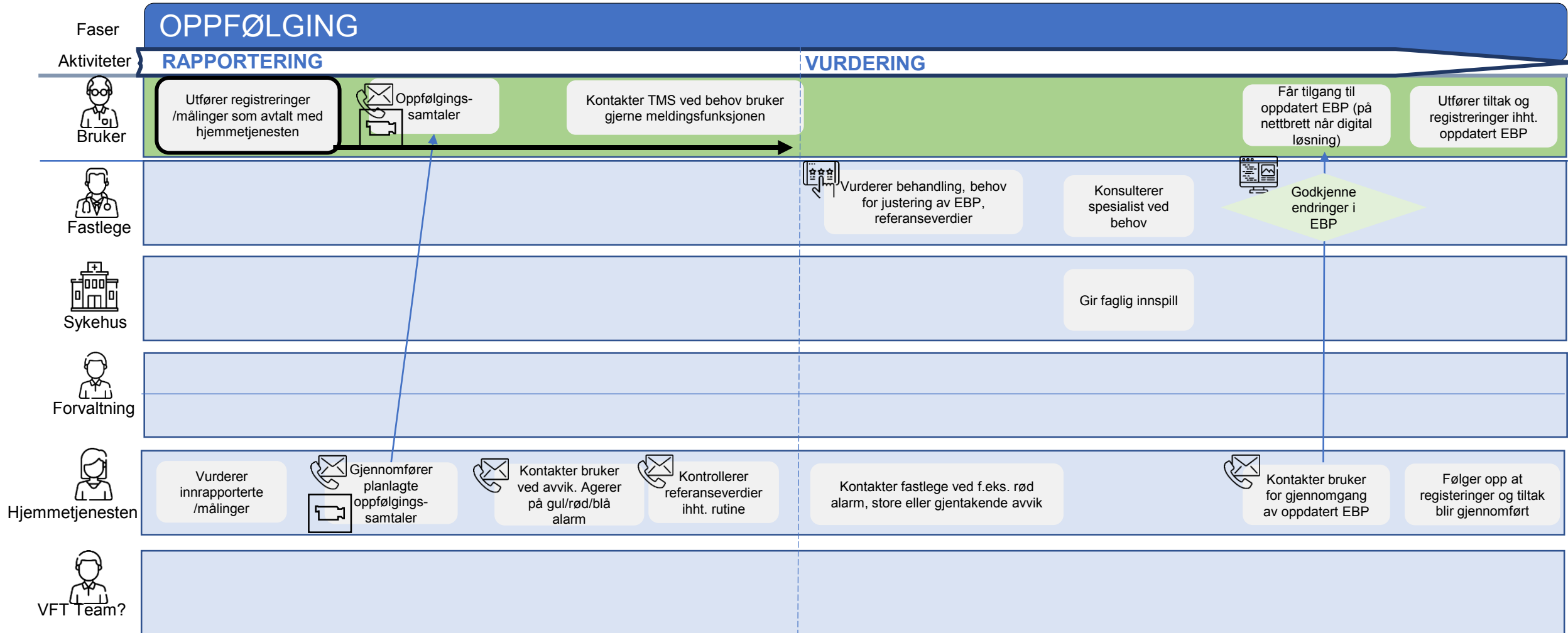
Lager utkast til
EBHGjennomgang
utkast EBH
med brukerUtarbeider EBP i
samarbeid med
bruker og
fastlege**Tverrfaglig møte**
Presenterer resultat fra
prøveperioden og forslag til
EBPSender EBP til
bruker og
fastlege (inntil
digital EBP)Gi opplæring og
veiledning i bruk
av EBPTildeler nytt
spørreskjema i
OTH med EBPGjør individuell
avtale om videre
oppfølging ihht.
EBP

Andre

Inntil digital EBP

(Prøvd ut forskjellige løsninger for
dette)

1. Pasienten på oppmøte hos FL med nettbrett
2. Treveis videomøte NHN
3. PLO-melding (m/ vedlegg)
4. Pasient tar med EBP til fastlege på fysisk time
5. TMS spl blir med pas. på legetime



Faser

EVALUERING, VIDEREFØRING OG AVSLUTNING

Aktiviteter

EVALUERING



Bruker

Deltar i
evaluerings-
samtaleFylle ut
brukerundersøkelse
hver 6mndBlir innlagt ved
sykehusUtskriving til
hjemmet

Fastlege

Mottar e-melding

Mottar melding om
innleggelse fra
sykehusMottar melding om
utskrivning fra
sykehusKonsulteres ved
behov for
endringer i EBP

Sykehus

Sender melding
om innleggelseSender melding
om utskrivning

Forvaltning

Mottar e-melding

Mottar melding om
innleggelseSender melding
om innleggelse
HjemmetjenestenMottar melding om
utskrivningSender melding
om utskrivning
Hjemmetjenesten

Hjemmetjenesten

Gjennomfører
evaluerings-
samtale. Hver
3mndHver 3 mnd.
sender e-melding
til FL og forvaltningTildele
brukerundersøkelse i
OTH- minne
pasienten på å fylle utStopper oppfølging
midlertidigStarter oppfølging, gjør
nødvendige endringer/
oppdatering ved behov

Andre

Faser

EVALUERING, VIDEREFØRING OG AVSLUTNING

Aktiviteter

AVSLUTNING



Bruker

Ønsker å avslutte, **er ikke egnet**,

Når mulig: Deltar i evalueringen av oppfølgingen.

Leverer evt.KIT/Utstyr til hjelpemiddelbasen

Tar kontakt med fastlege ved behov



Fastlege

Når aktuelt, tar del i beslutning vedrørende avsl



Mottar e-melding

Vurdere behov for videre oppfølging fastlege

Avslutter eller gjør nødvendig endringer i EBP



Sykehus



Forvaltning



Mottar e-melding /mail

Vurdere behov for andre tjenester

Registrere avsluttet tjeneste i EPJ



Hjemmetjenesten

Skriver sluttnotat EPJ(Cosdoc)



Informerer involverte parter

Avslutter samtaler, avlyser planlagte avtaler

Registrere avsluttet oppfølging OTH

Evt.IPLOS reg bruker EPJ



Andre

Henter inn/mottar KIT/Utstyr til hjelpemiddelbasen-sendes Siemens hvis aktuelt



Medisinsk avstandsoppfølging

Tjenesteforløp PHT 3.0

TELMA NVP- Agder

18.15.2021

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

Fordeling av ansvar for aktiviteter

Aktivitet	Bruker / pårørende 	PHT / Fastlege 	PHT / sykepleier, hs 	Forvaltning 
Identifisering/henvisning	U	A	U	U
Inkludering		A	U	
Tildeling av utstyr		R	A	
Opplæring			A	
Kartlegging (EBP)		R A	U	
Rapportering	A		U	
Vurdering	U	R	A	
Evaluering		A	U	R
Avslutning		A	U	R



= Ansvarlig



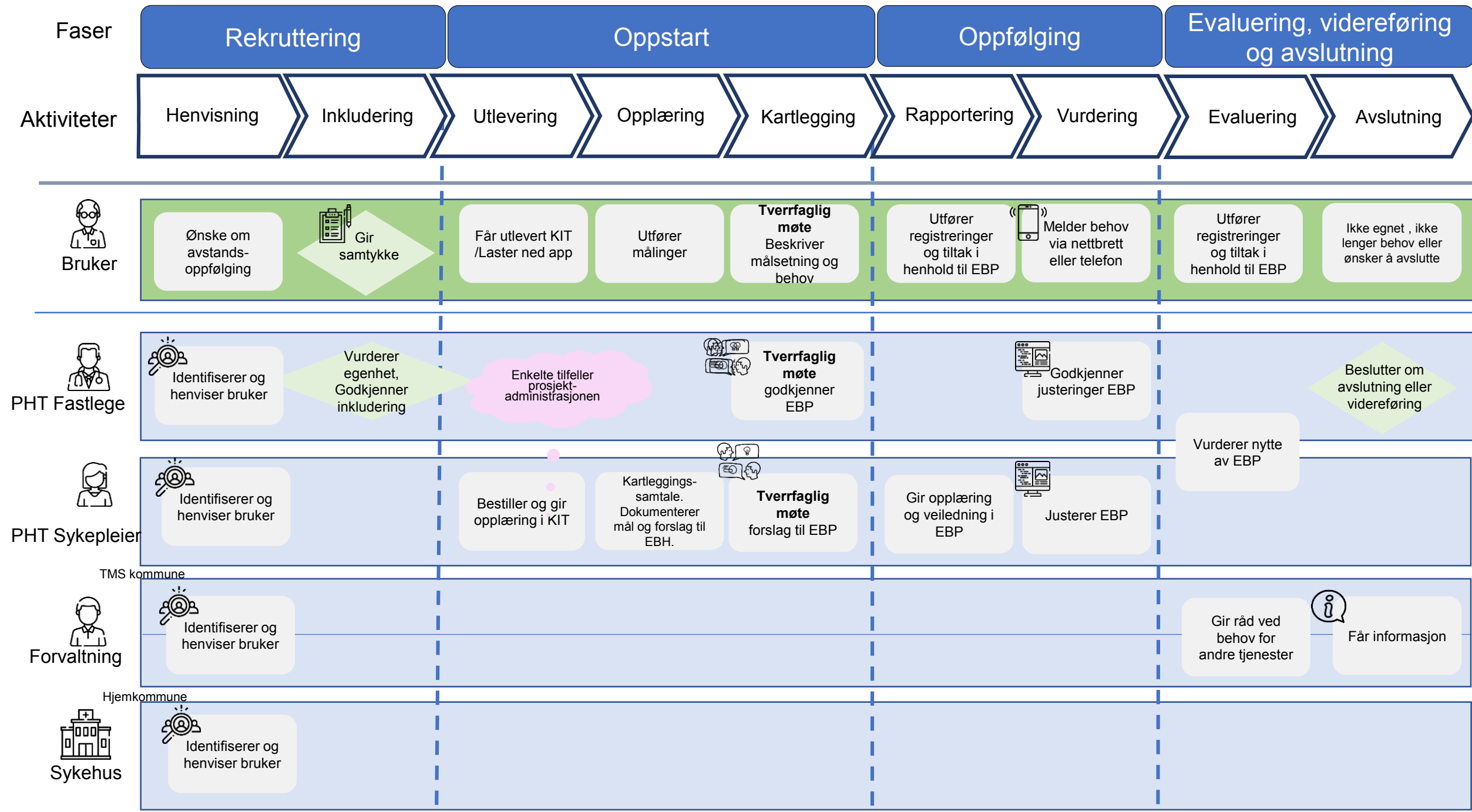
= Utførende



= Rådgivende

Beskrivelse av aktiviteter

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



Faser

Rekruttering

Aktiviteter

Henvisning

Inkludering



Bruker

Ønske om
avstands-
oppfølging



Får informasjon
/ innkalling til
time



Møte med
prosjekt-
medarbeider



Signerer
samtykke

Avtaler time/
hjemmebesøk



PHT Fastlege



Identifiserer og
henviser bruker



Vurderer
egenhet,
Godkjenner
inkludering



PHT Sykepleier



Identifiserer og
henviser bruker

Informere /
innkaller til time



Møte med
bruker og
prosjekt-
medarbeider

Bestiller KIT (ved bruk
av app, ikke nødvendig,
evt måleutstyr)

Avtaler time/
hjemmebesøk



Forvaltning



Identifiserer og
henviser bruker

Sjekker om
hjemkommune har
samarbeidsavtale.
Fastlege må
godkjenne for
inklusion.

Hjemkommune



Sykehus



Identifiserer og
henviser bruker

Faser

Oppstart

Aktiviteter

Utlevering

Opplæring

Kartlegging



Bruker



Signerer
utlånsavtale

Gjør seg kjent
med KIT

Starter
prøveperiode
med inn-
rapportering 2
uker



Beskriver
målsetning



**Tverrfaglig
møte**
Beskriver behov
og utfordringer



PHT Fastlege



**Tverrfaglig
møte**
Godkjenne EBP

Vurdere om
bruker er egnet
for å ha EBP



PHT Sykepleier

Bestiller KIT/ Sender
link til bruker for å
registrer seg og laste
ned app

Ved bruk av KIT
Registrerer
bruker i OTH

**Ved bruk av
KIT**
Mottar KIT

**Ved bruk av
KIT**
Tester/
ferdigstiller KIT

Instruerer
bruker i
opplæring KIT

Kartleggings-
samtale.
Dokumenterer
mål



**Tverrfaglig
møte**
Lage
oppfølgingsplan
og EBP



Forvaltning

TMS kommune

Hjemkommune



Sykehus

Konsulteres
ved behov

Faser

Oppfølging

Aktiviteter

Rapportering

Vurdering



Bruker

Om EBP
Opplæring og
veiledning i
bruk av EBP

Utfører
registreringer
som avtalt med
PHT spl



Kontakter PHT
hvis utrygg

Ny måling eller
tiltak i henhold
til EBP

OM EBP
Deltar i endring
av EBP

Utfører tiltak og
registreringer
som avtalt med
PHT spl



PHT Fastlege

Pasienten kan få
tilsendt sin EBP
elektronisk i
pasientsky som
vedlegg

Ofte kontakt
via meldings-
utveksling

Konsulterer
spesialist ved
behov



OM EBP
Godkjenner
endringer i
EBP



PHT Sykepleier

Opplæring og
veiledning i
bruk av EBP

Følger opp
bruker i henhold
til individuell
avtale. Agerer på
gul/rød alarm



Evaluerer
registrerte
verdier

OM EBP
Vurderer behov
for justering av
EBP



OM EBP
Utfører
endringer i
EBP



Forvaltning

TMS kommune

Hjemkommune



Sykehus

OM EBP
Gir faglig
innspill til EBP

Faser

Evaluering, videreføring og avslutning

Aktiviteter

Evaluering

Avslutning



Bruker



Deltar i
evaluerings-
samtale



Blir innlagt ved
sykehus



Fyller ut
brugerundersøkel
se på nettbrett
hver 6mnd

Ønsker å avslutte,
trekker samtykke,
er ikke egnet

VED BRUK AV KIT/ UTSTYR
Leverer til PHT



PHT Fastlege



Tar del i
evaluerings-
Samtale. Hver
3mnd

Vurderer justering
av EBP/avvikling av
oppfølgingen

Tar beslutning om
avslutning eller
videreføring

VED BRUK AV KIT/ UTSTYR
Sender til Siemens



PHT Sykepleier

Stopper
oppfølging
midlertidig, til
utskrivelse

Minner bruker
på å fylle ut
skjema på
nettbrett



Informerer
involverte



Forvaltning

TMS kommune

Hjemkommune



Sykehus

Sender PLO



SAMARBEIDSAVTALE

Om deltagelse i prosjekt medisinsk avstandsoppfølging, som del av nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP), i regi av Helsedirektoratet.

Mellom NVP Avstandsoppfølging v/Kristiansand kommune

og _____ – heretter "fastlegen"

NVP Avstandsoppfølging v/Kristiansand kommune og fastlegen er sammen benevnt "partene".

1. Hensikt med prosjektet og samarbeidet

- Partene har et felles mål om å tilby pasienter trygge helsetjenester ved hjelp av medisinsk avstandsoppfølging der det egner seg
- Prosjektet avstandsoppfølging i Agder skal bidra til at sykehus, fastlege og kommunens helsetjeneste oppleves sømløs og helhetlig for pasientene
- Bidra til at Helsedirektoratet kan utarbeide nasjonale anbefalinger om medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke.
- Partene er enige om prosjektets mål, som er:
 - a) Et pasientsentrert tilbud som skaper trygghet og mestring for pasienten og bidrar til at pasienten kan ta større ansvar for egen helse.
 - b) Avdekke forverring av sykdom så tidlig som mulig, for å kunne sette i verk tiltak for å hindre ytterligere forverring.
 - c) Utsette behov for tjenester og mer riktig bruk av fastlege, besøk på legevakt og akuttinnleggelser i sykehus.
 - d) Pasientene får bedre fysisk og psykisk helse.
 - e) Tiltaket samlet sett gir lavere kostnad for helsetjenesten.

Prosjektperiode 2018- 31.10.2021.

For nærmere beskrivelse av prosjektets innhold, og mål vises det til informasjonsbrev samt Helsedirektoratets sider: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/medisinsk-avstandsoppfolging-av-kronisk-syke>

Til info, og for å unngå misforståelser; Medisinsk avstandsoppfølging benevnes også «telemedisin». Det er grunnlaget for navnet til prosjektet «TELMA» (TELeMedisin Agder). Det er et annet utprøvnings- og forskningsprosjekt som pågår i regionen ut 2019.

2. NVP Avstandsoppfølging v/Kristiansand kommune og fastlegen

Helsedirektoratet har bestemt at forskningsprosjektet som følger utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging skal gjennomføres som en randomisert kontrollert utprøvning (RCT). Selve randomiseringen vil foregå i NVP Avstandsoppfølging sin prosjektadministrasjon (v/Kristiansand kommune) og vil ikke medføre noe merarbeid for fastlegen.

Kristiansand kommune sine oppgaver:

- a. Har det overordnede ansvaret for prosjektet og gjennomføringen.
- b. Tar ansvaret for anskaffelse og betaling av utstyr for avstandsoppfølging i prosjektet.
- c. Randomiseringen av pasientene.



- d. Den daglige oppfølgingen av pasienter/brukere på Telemedisinsk sentral (TMS).
- e. Vil bidra med opplæring og veiledning i avstandsoppfølging til fastlegene og andre ansatte ved behov.

Fastlegens oppgaver:

- a. Å vurdere/godkjenne henviste pasienter fra sin liste for deltagelse i prosjektet. Vurdering og godkjenning utgår fra at tilbudet om digital avstandsoppfølging er medisinsk forsvarlig for den aktuelle pasienten. Det legges ikke opp til at fastlegen kaller inn pasienten til en konsultasjon for å vurdere egnethet, men det kan gjøres dersom fastlegen vurderer at det er behov for det.
- b. Vurderer for rekruttering fra egen pasientliste minimum 5 pasienter som bor i kommunen i løpet av rekrutteringsperioden i prosjektet.
- c. Være med på å utarbeide egenbehandlingsplan på fastlegenes kontor sammen med bruker og sykepleier, jf. 3.b Økonomisk kompensasjon.

Videre er det ønskelig at fastlegen:

- a. Deltar i workshops og tjenesteutvikling med kompensasjon, jf. 3.a Økonomisk kompensasjon.

Generelle vilkår:

Arbeidet skal gjennomføres i samsvar med faglig forsvarlighet og god forskningspraksis og i henhold til relevante lover og forskrifter.

3. Økonomisk kompensasjon

- a. For å være med på utprøvingen bevilges det et grunntilskudd på kr 10 000,-
- b. Det gis et tilskudd på kr 500,- pr pasient som forsøkes rekruttert til forskningen, men som avviser tilbudet. Dokumentasjon kreves i henhold til mal for oversikt inklusjon
- c. Det gis et tilskudd på kr 1500,- pasient som inkluderes og skriver under samtykkeerklæringen.
- d. Det gis tilskudd til praksiskompensasjon for deltagelse i opplæring og utviklingsarbeid, tilsvarende 5 hele dager i løpet av 2019 etter en sats på kr 8000,- pr dag og kr 4000,- pr halvdag som er i henhold til «Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke. Rammer utprøving» fra Helsedirektoratet datert 29.1.2018, s.21 (vedlegg 1).
- e. Ved tverrfaglige møter i forbindelse med avstandsoppfølging (eks. oppstart, utarbeidelse av egenbehandlingsplan mv.) kan takst 14/14 d brukes forutsatt at kravene for bruk av taksten er oppfylt.

4. Varighet

Avtalen vil gjelde for prosjektperioden på 3 år, fra det tidspunkt avtalen er undertegnet av begge parter og inntil prosjektets slutt 31.10.21. Avtalen kan gjensidig sies opp med 1 måneders varsel.

Sted og dato

NVP Avstandsoppfølging
v/Kristiansand kommune

[Fastlege /Legesenter]

v/ [NAVN I BLOKKBOKSTAVER]

v/ [NAVN I BLOKKBOKSTAVER]

Algoritme for KOLS

Velkommen

Du skal nå svare på noen spørsmål og måle puls og oksygenmetningen din. Husk å ha pulsoksimeteret klart ved siden av deg.

S1 Dagsform
I forhold til din vanlige dagsform, hvordan føler du deg i dag?

-  Som vanlig
-  Bedre enn i går, men fortsatt ikke som vanlig
-  Litt verre
-  Mye verre

S2 Pust generelt
I forhold til vanlig, hvordan er pusten din i dag?

-  Som vanlig
-  Bedre enn i går, men fortsatt ikke som vanlig
-  Litt verre
-  Mye verre

S3 Mengde slim
I forhold til vanlig, hvor mye slim har du i dag?

-  Som vanlig
-  Mindre enn i går, men fortsatt ikke som vanlig
-  Litt mer
-  Mye mer

S4 Farge på slim
Hvordan er fargen på slimet?

-  Som vanlig
-  Mer farge eller annen farge enn vanlig

S5 Anfallsmedisin
Hvordan bruker du anfallsmedisin i dag?

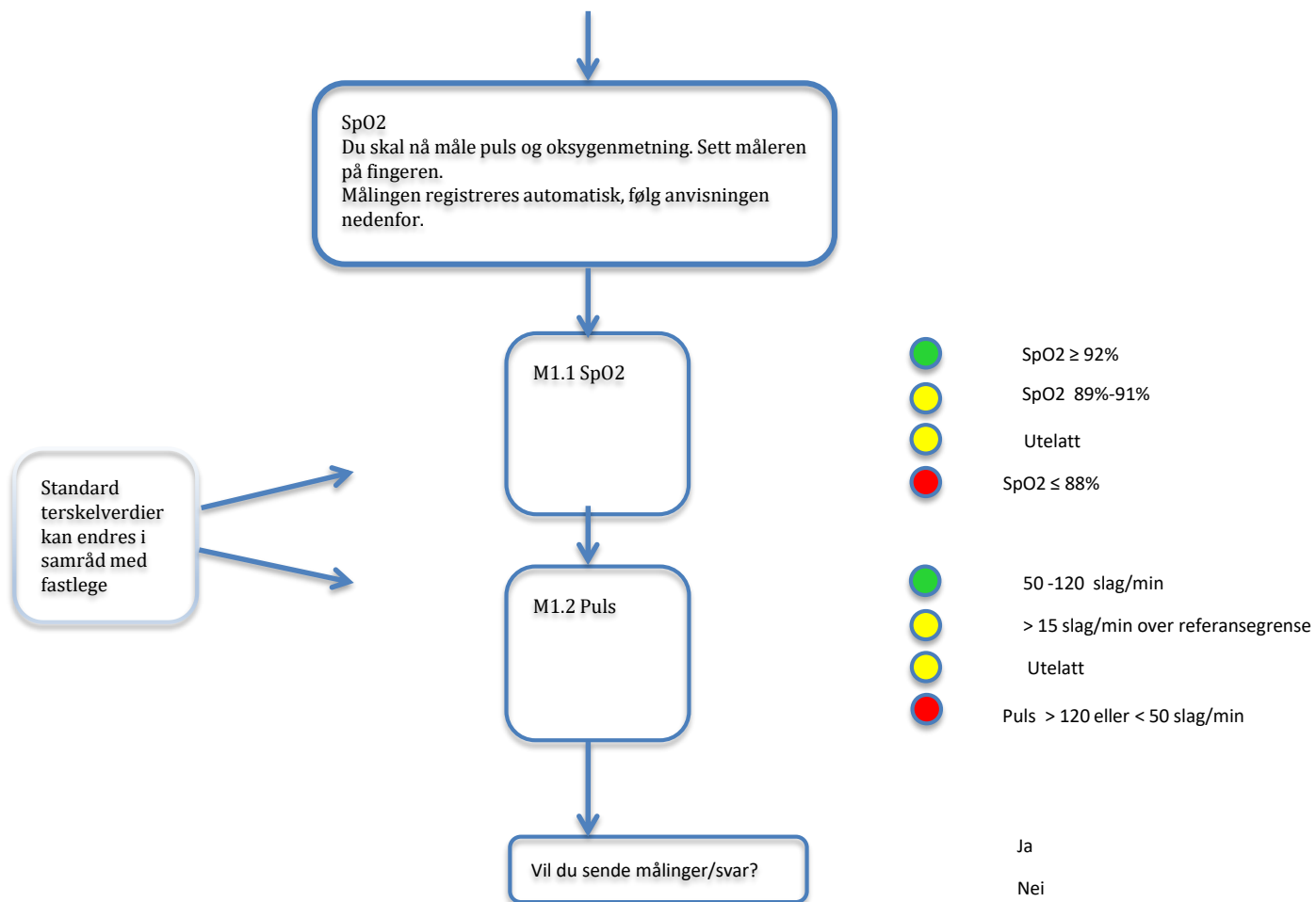
-  Som vanlig
-  Litt mer enn vanlig
-  Mye mer enn vanlig

S6 Prednisolon/Dexametason dose
Siden sist du svarte på dette spørsmålet, har du startet med ekstra Prednisolon?

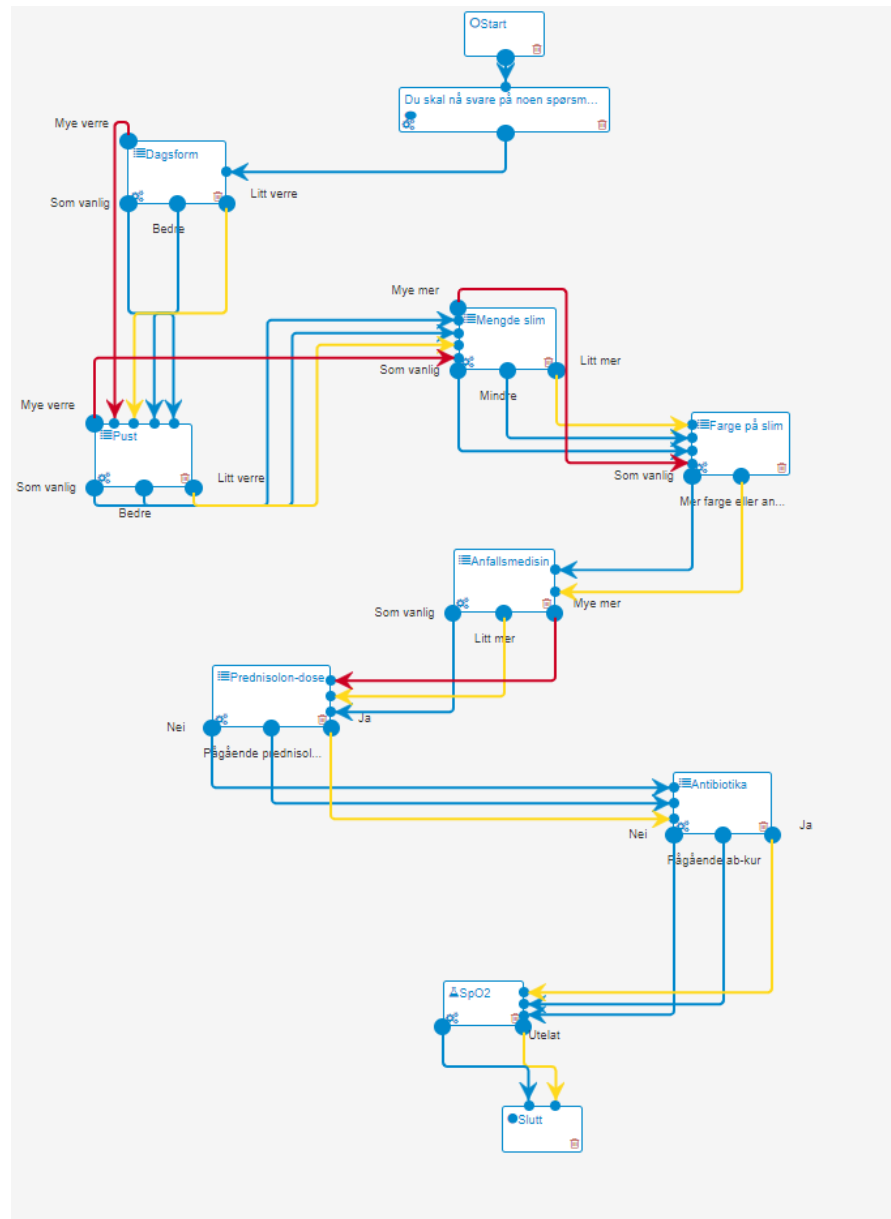
-  Nei
-  Nei, men jeg holder på med en ekstra prednisolonkur
-  Ja

S7 Antibiotika
Siden sist du svarte på dette spørsmålet, har du startet opp med en ny antibiotikakur for din lungesykdom ?

-  Nei
-  Nei, men jeg holder på med en kur
-  Ja



KOLS



Algoritme for KOLS m/ egenbehandlingsplan

Velkommen

Du skal nå svare på noen spørsmål og måle puls og oksygenmetningen din. Husk å ha pulsoksimeteret klart ved siden av deg.

S1 Dagsform

I forhold til din vanlige dagsform, hvordan føler du deg i dag?



Som vanlig
Litt verre
Mye verre

S2 Pust generelt

I forhold til vanlig, hvordan er pusten din i dag?



Som vanlig
Litt verre
Mye verre

S3 Mengde slim

I forhold til vanlig, hvor mye slim har du i dag?



Som vanlig
Litt mer
Mye mer

S4 Farge på slim

Hvordan er fargen på slimet?



Som vanlig
Mer farge eller annen farge enn vanlig

S5 Anfallsmedisin

Hvordan bruker du anfallsmedisin i dag?



Som vanlig
Litt mer enn vanlig
Mye mer enn vanlig

S7 Antibiotika

Siden sist du svarte på dette spørsmålet, har du startet opp med en ny antibiotikakur for din lungesykdom ?



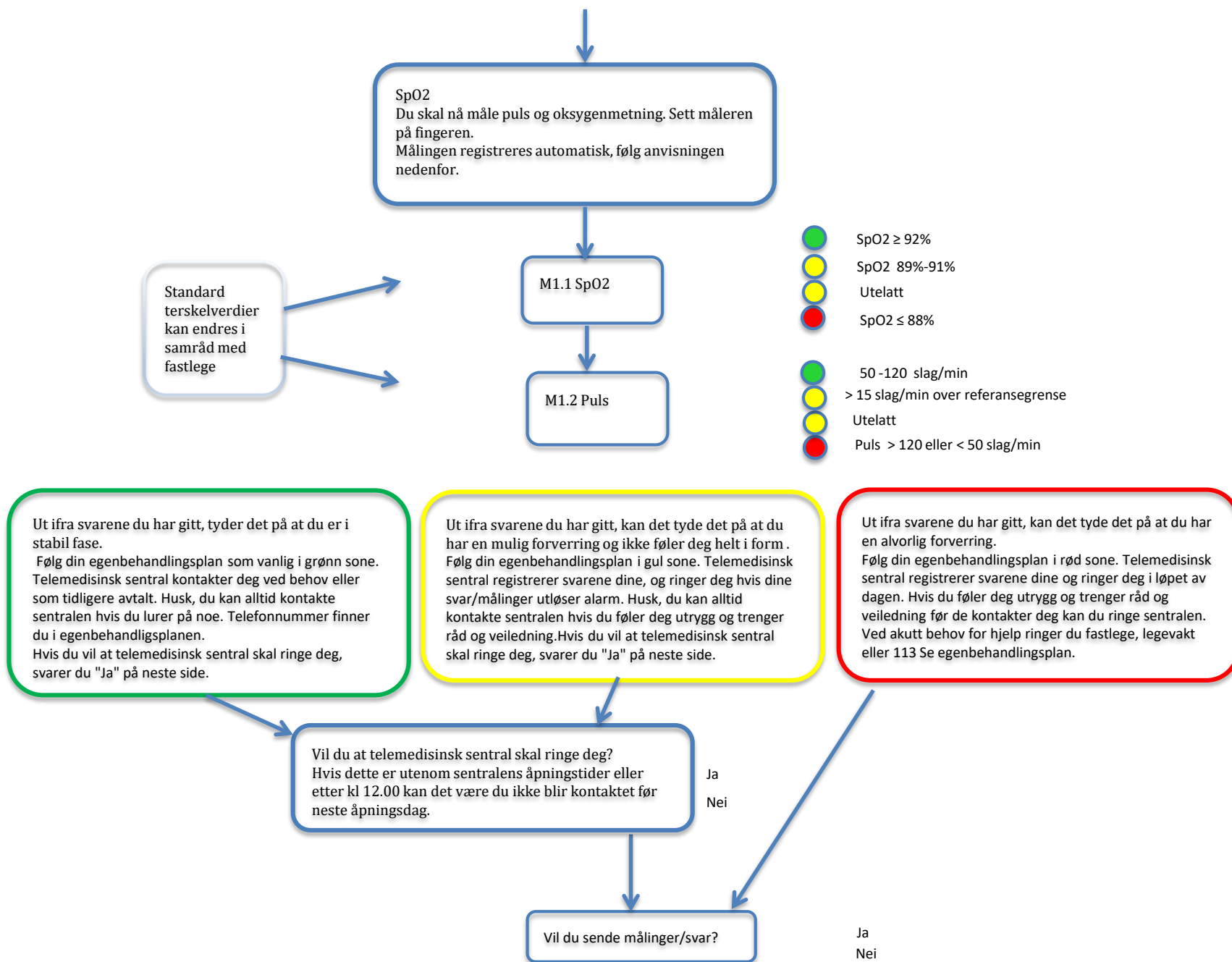
Nei
Nei, men jeg holder på med en ekstra prednisolonkur
Ja

S6 Prednisolon/Dexametason dose

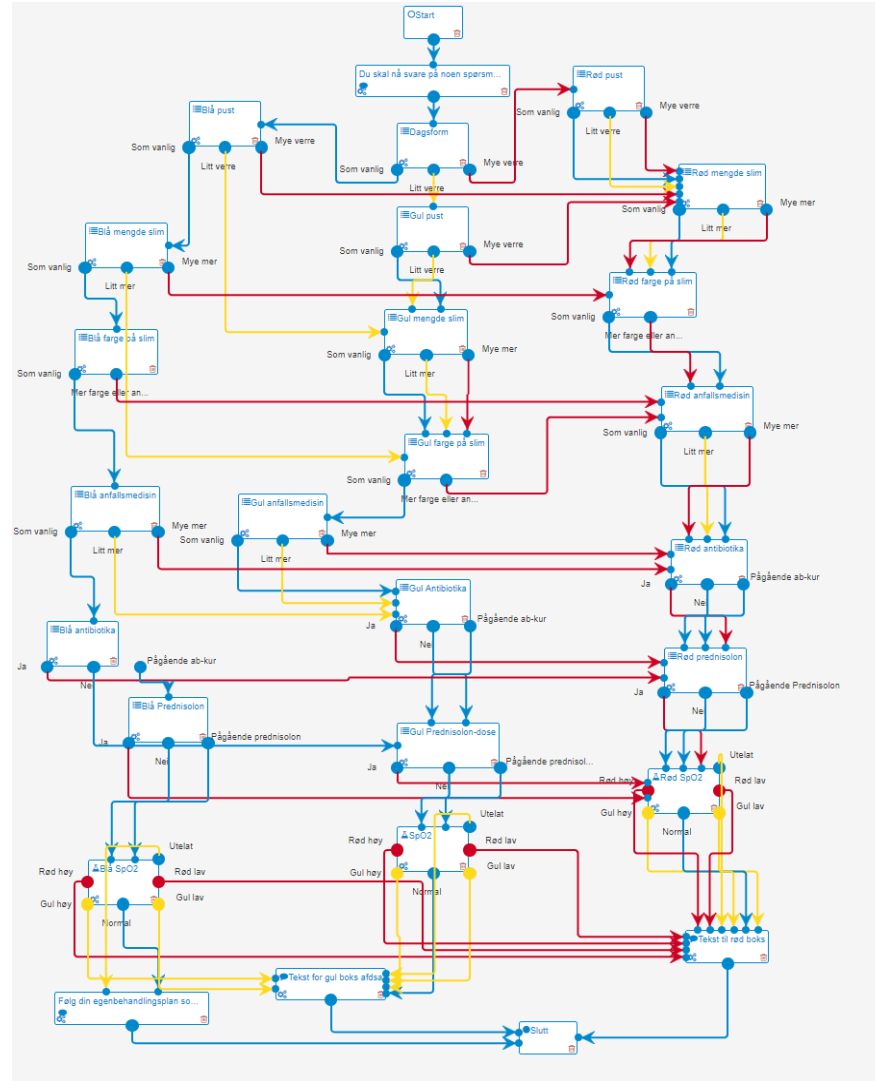
Siden sist du svarte på dette spørsmålet, har du startet med ekstra Prednisolon?



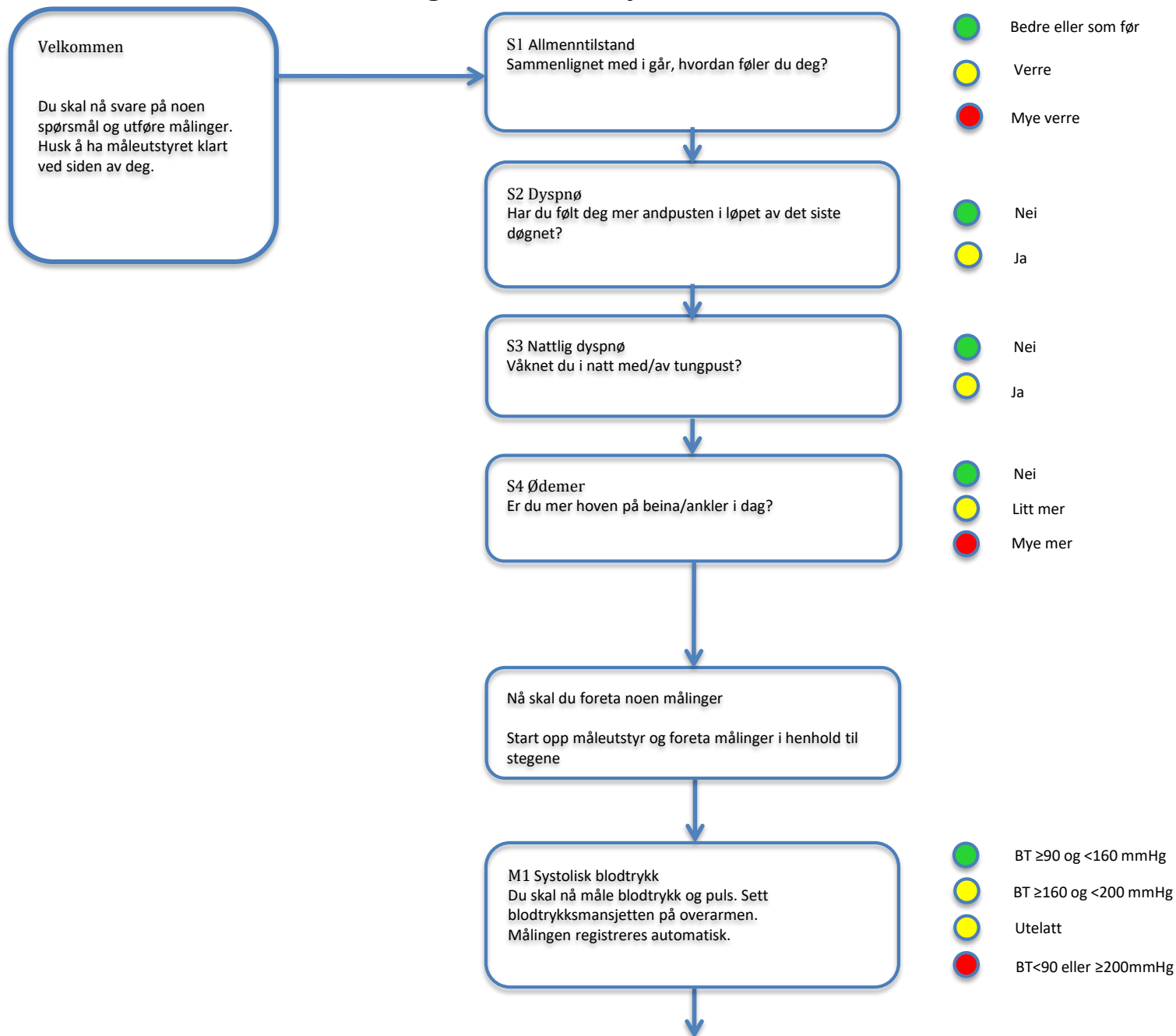
Nei
Nei, men jeg holder på med en kur
Ja



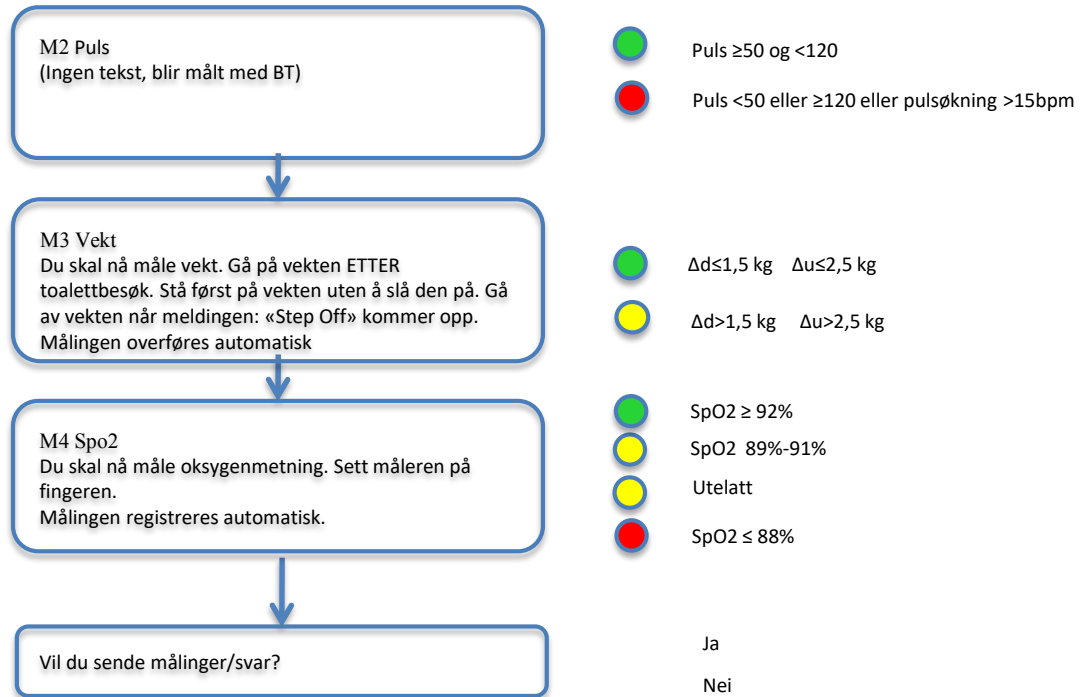
KOLS med egenbehandlingsplan



Algoritme for Hjertesvikt



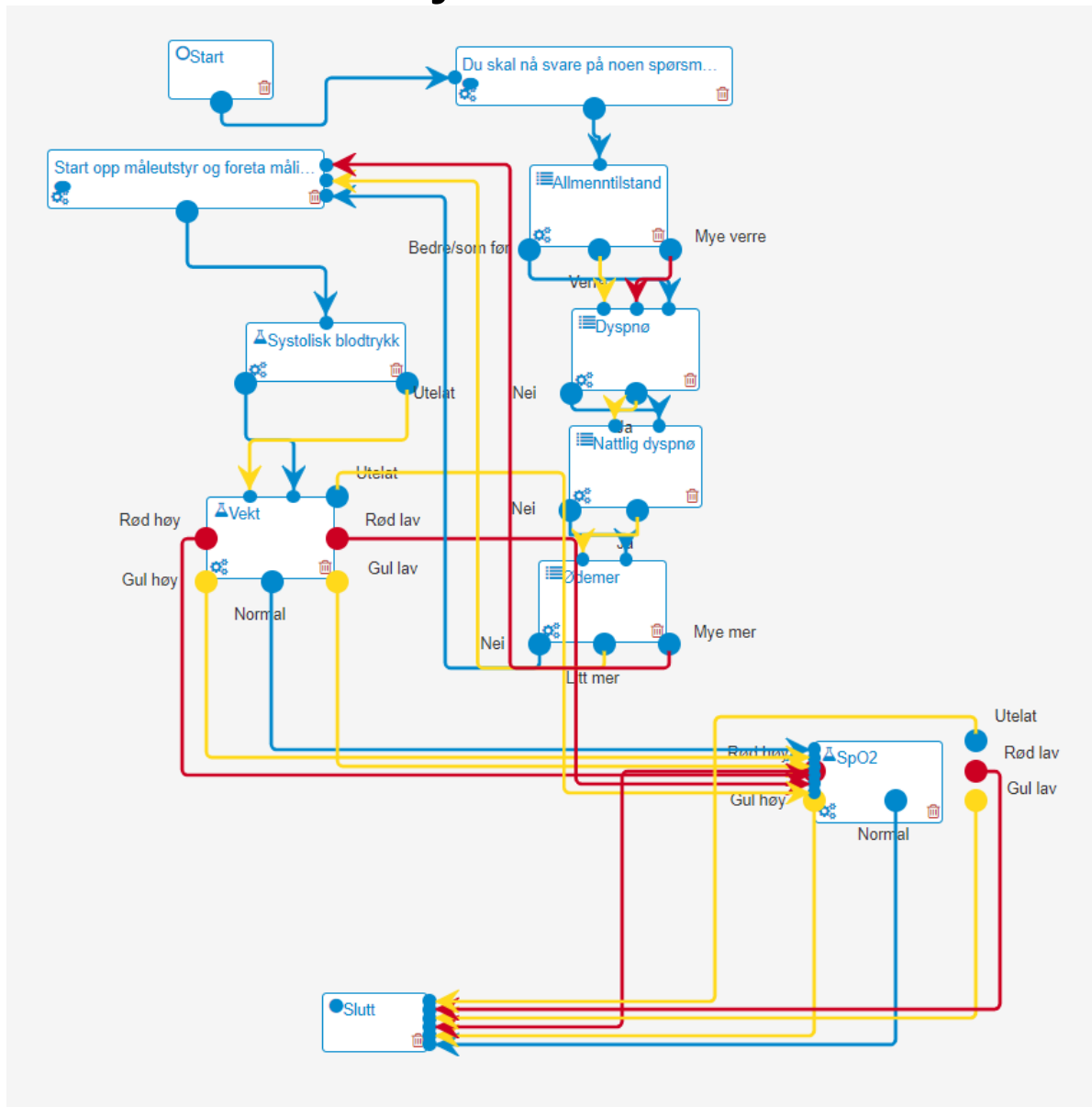
Algoritme for Hjertesvikt forts.



Δd = vektendring på dag,
 Δu = vektendring per uke

Terskelverdier tilpasses individuelt
når tilstrekkelig antall egne
målinger foreligger

Hjertesvikt



Algoritme for Hjertesvikt m/egenbehandlingsplan

Velkommen

Du skal nå svare på noen spørsmål og utføre målinger. Husk å ha måleutstyret klart ved siden av deg.

S1 Allmenntilstand
Sammenlignet med i går, hvordan føler du deg?

-  Bedre eller som før
-  Verre
-  Mye verre

S2 Dyspnø
Har du følt deg mer andpusten i løpet av det siste døgnet?

-  Nei
-  Ja

S3 Nattlig dyspnø
Våknet du i natt med/av tungpust?

-  Nei
-  Ja

S4 Ødemer
Er du mer hoven på beina/ankler i dag?

-  Nei
-  Litt mer
-  Mye mer

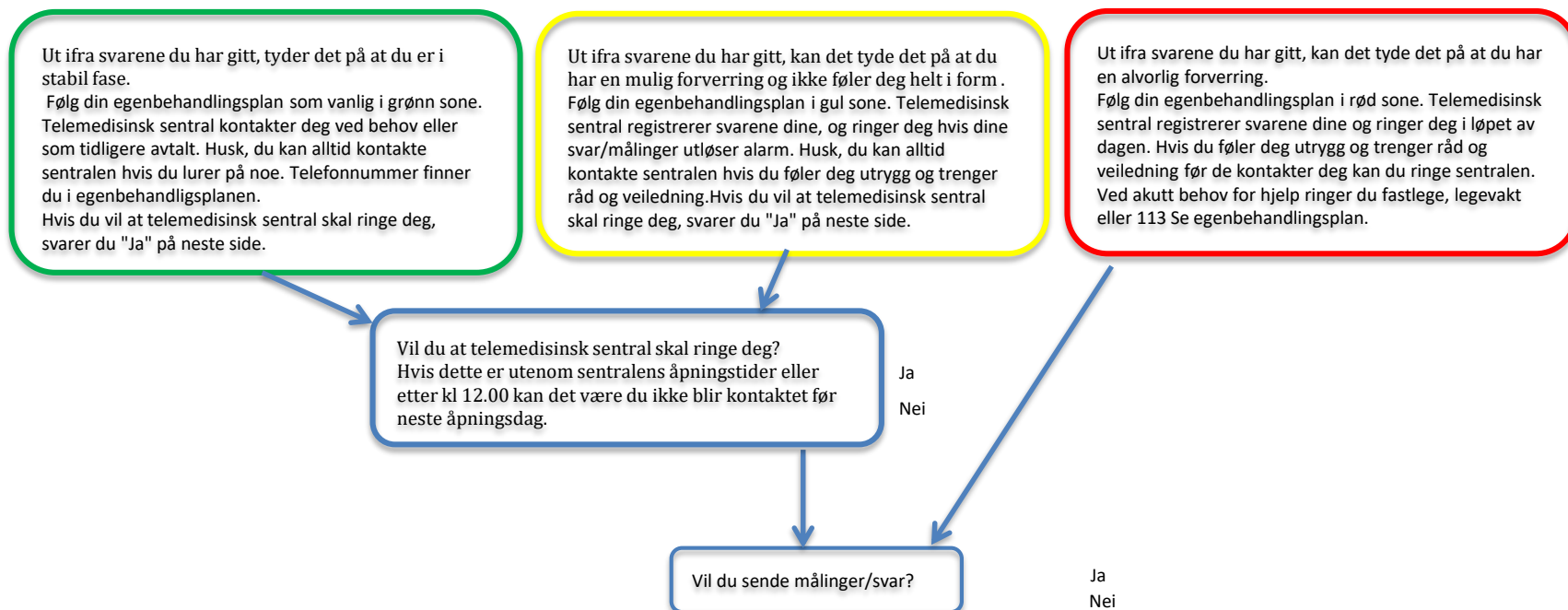
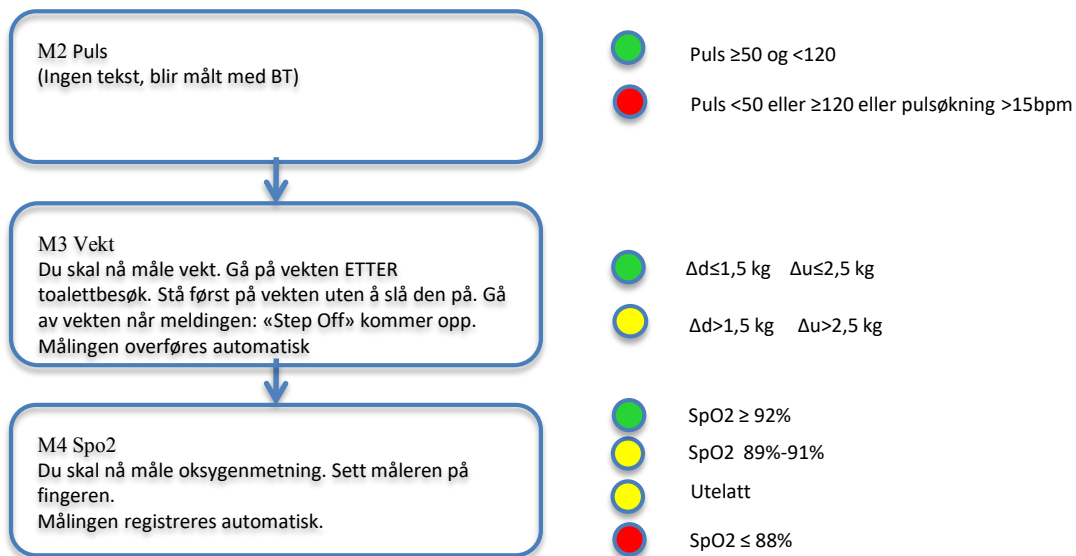
Nå skal du foreta noen målinger
Start opp måleutstyr og foreta målinger i henhold til stegene

M1 Systolisk blodtrykk
Du skal nå måle blodtrykk og puls. Sett blodtrykksmansjetten på overarmen. Målingen registreres automatisk.

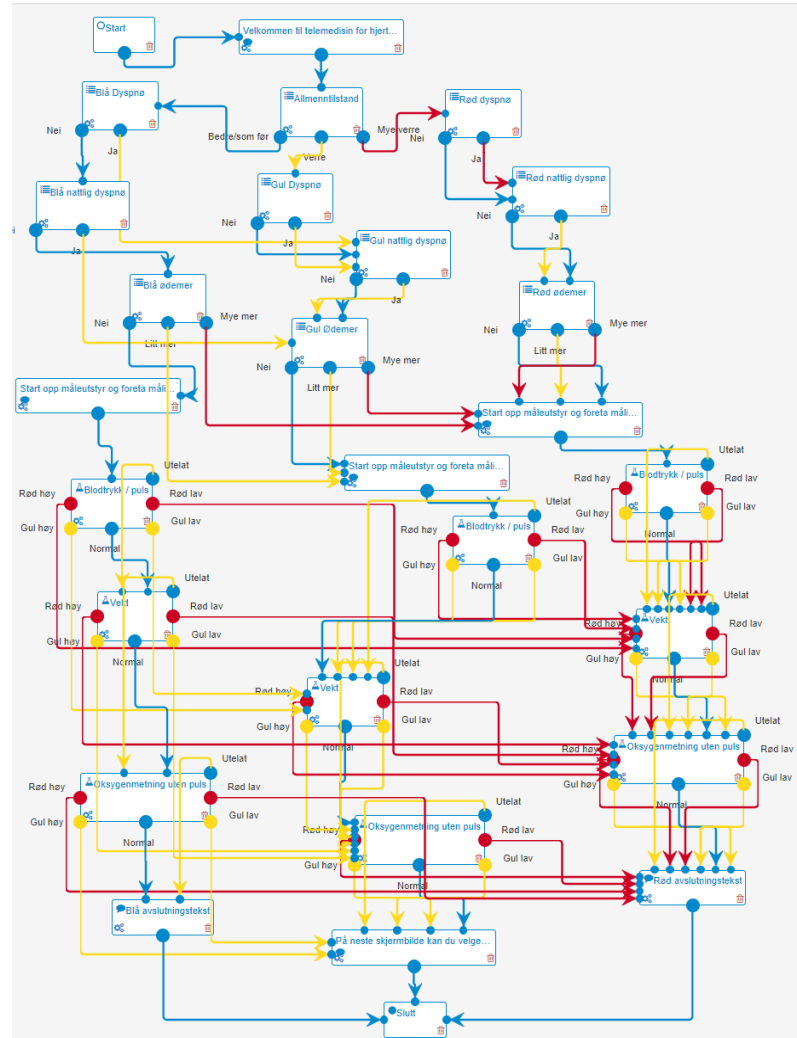
-  BT ≥ 90 og < 160 mmHg
-  BT ≥ 160 og < 200 mmHg
-  Utelatt
-  BT < 90 eller ≥ 200 mmHg

Δd = vektendring på dag,
 Δu = vektendring per uke

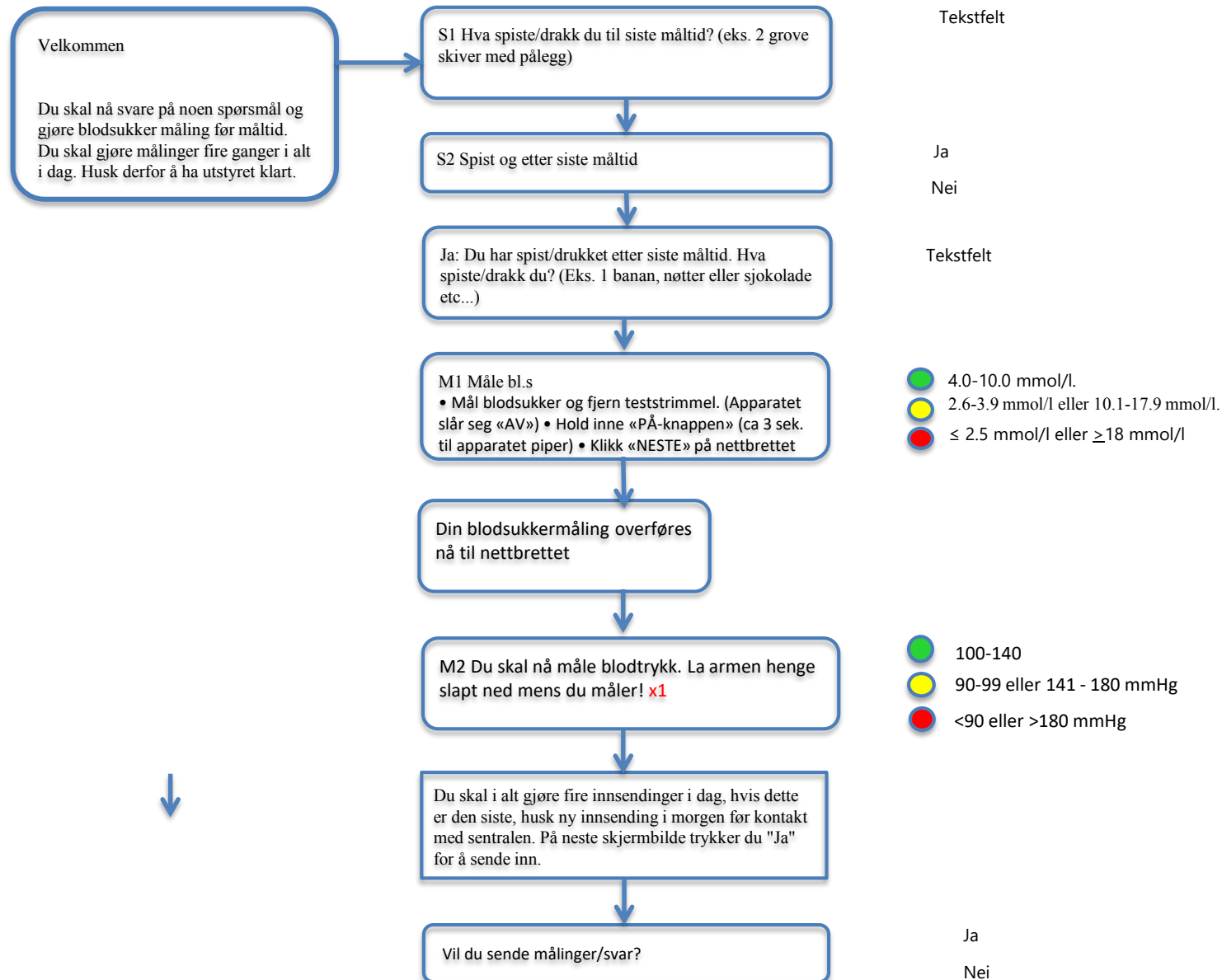
Terskelverdier tilpasses individuelt
når tilstrekkelig antall egne
målinger foreligger



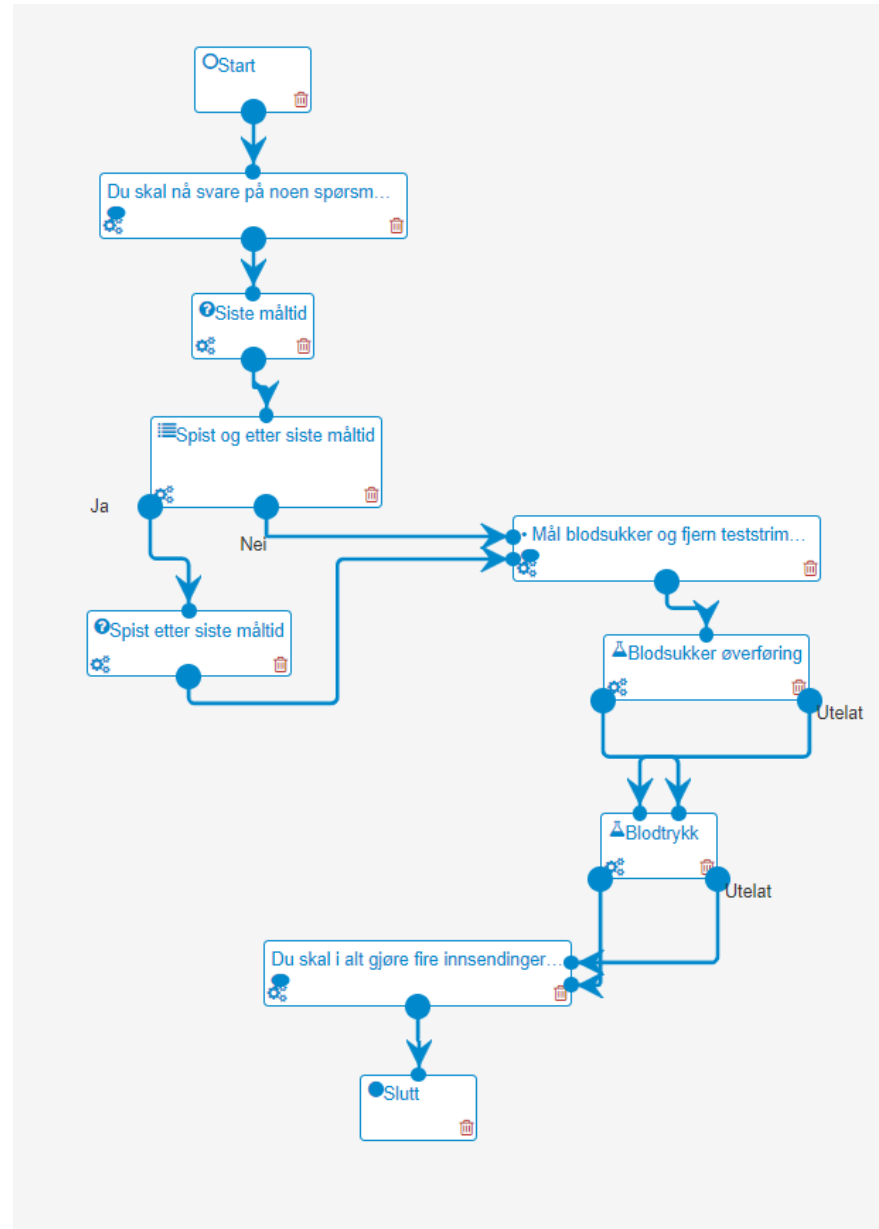
Hjertesvikt med egenbehandlingsplan



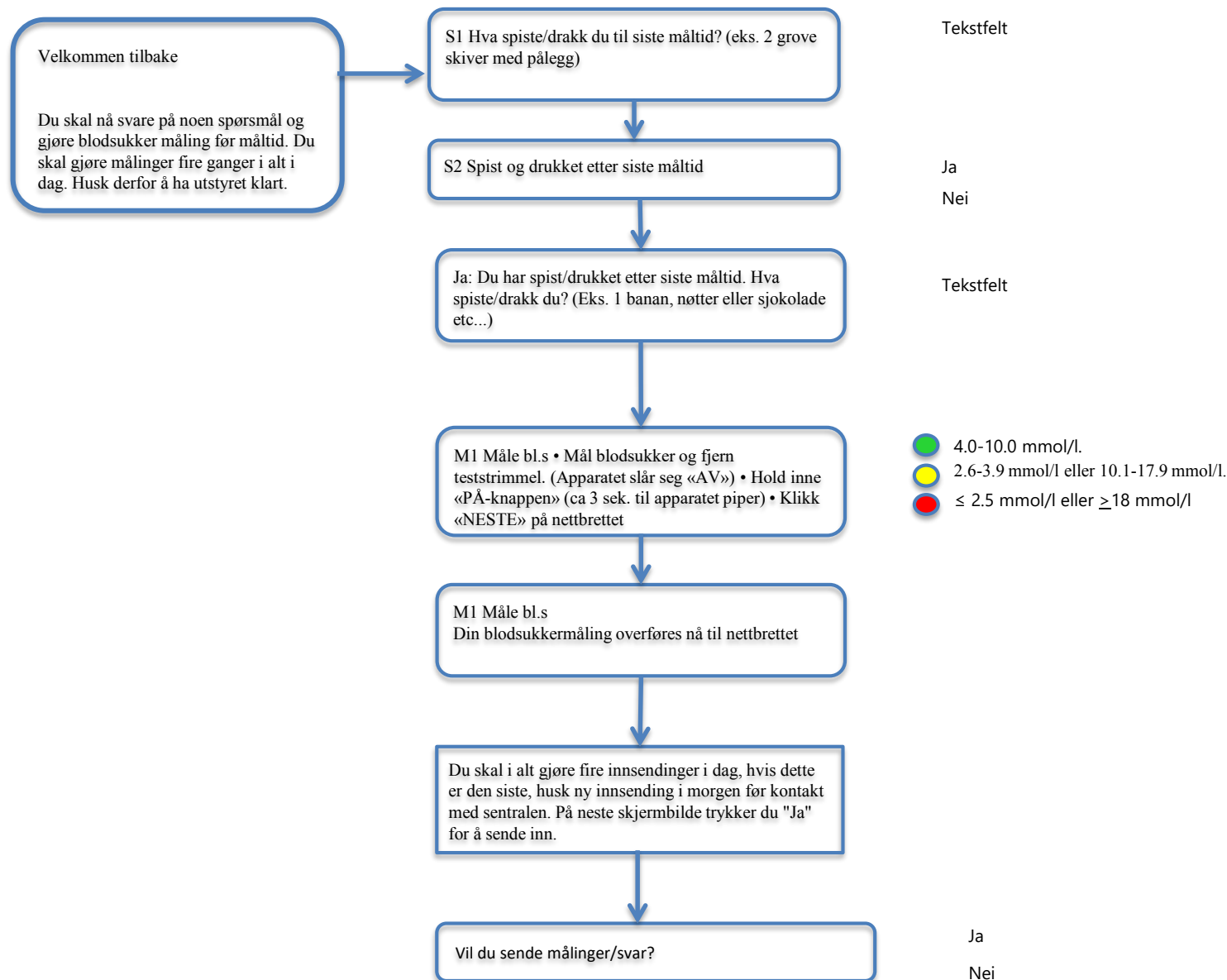
Algoritme TELMA_Diabetes «dagen før samtale med TMS, morgen»



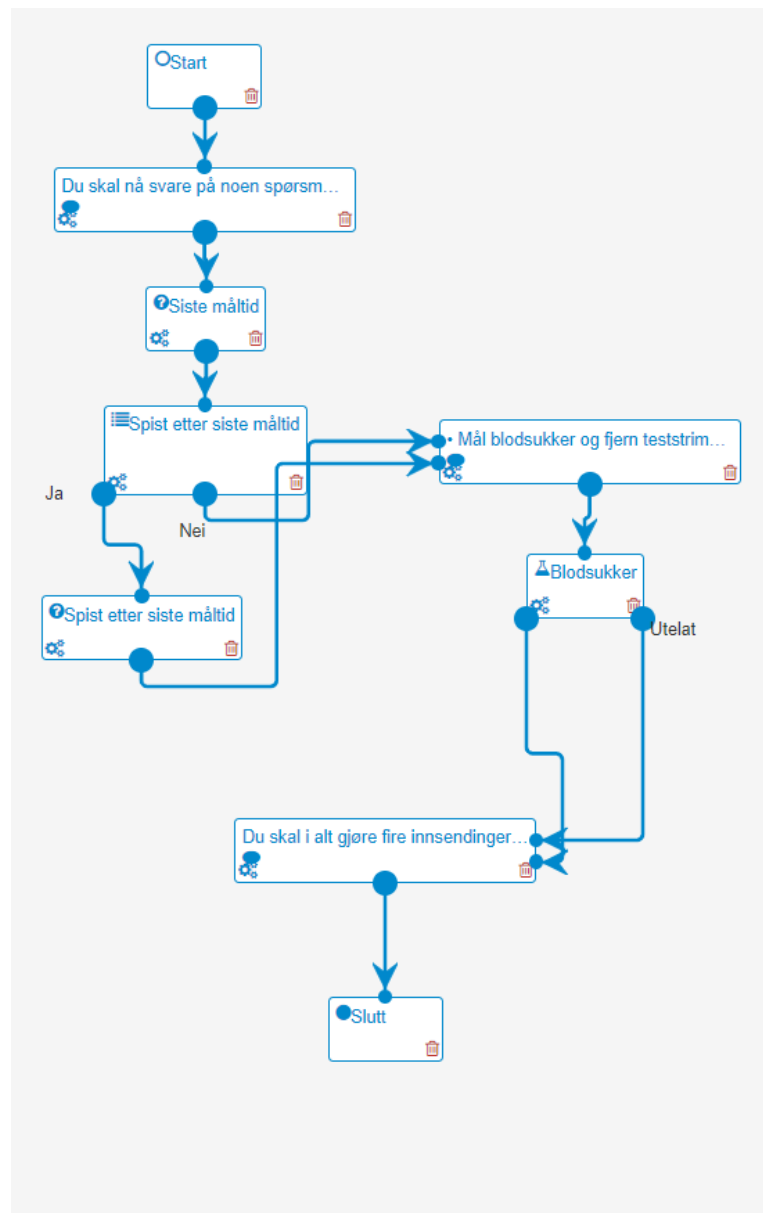
Algoritme TELMA_Diabetes «dagen før samtale med TMS, morgen»



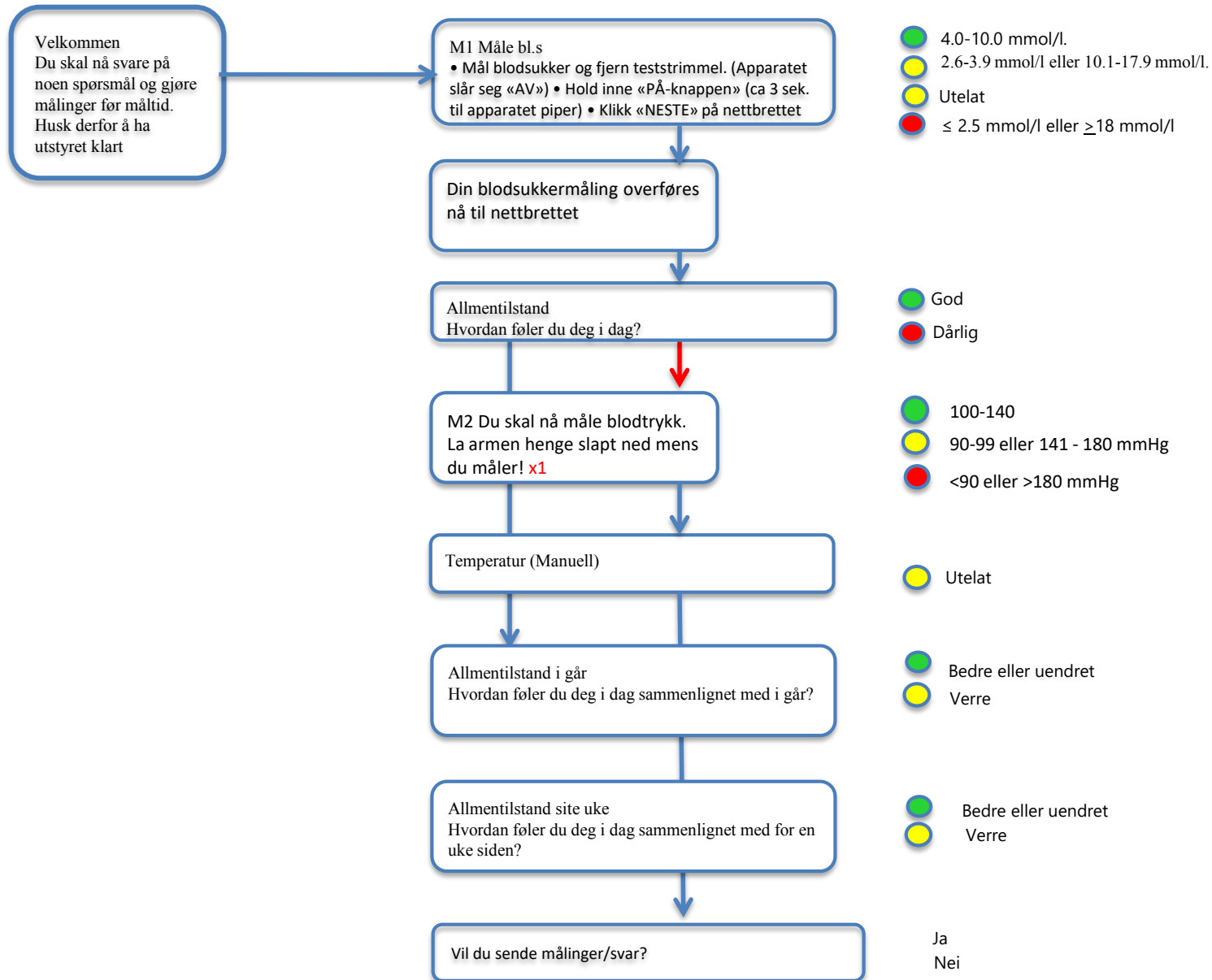
Algoritme TELMA_Diabetes «dagen før samtale med TMS, resten av dagen»



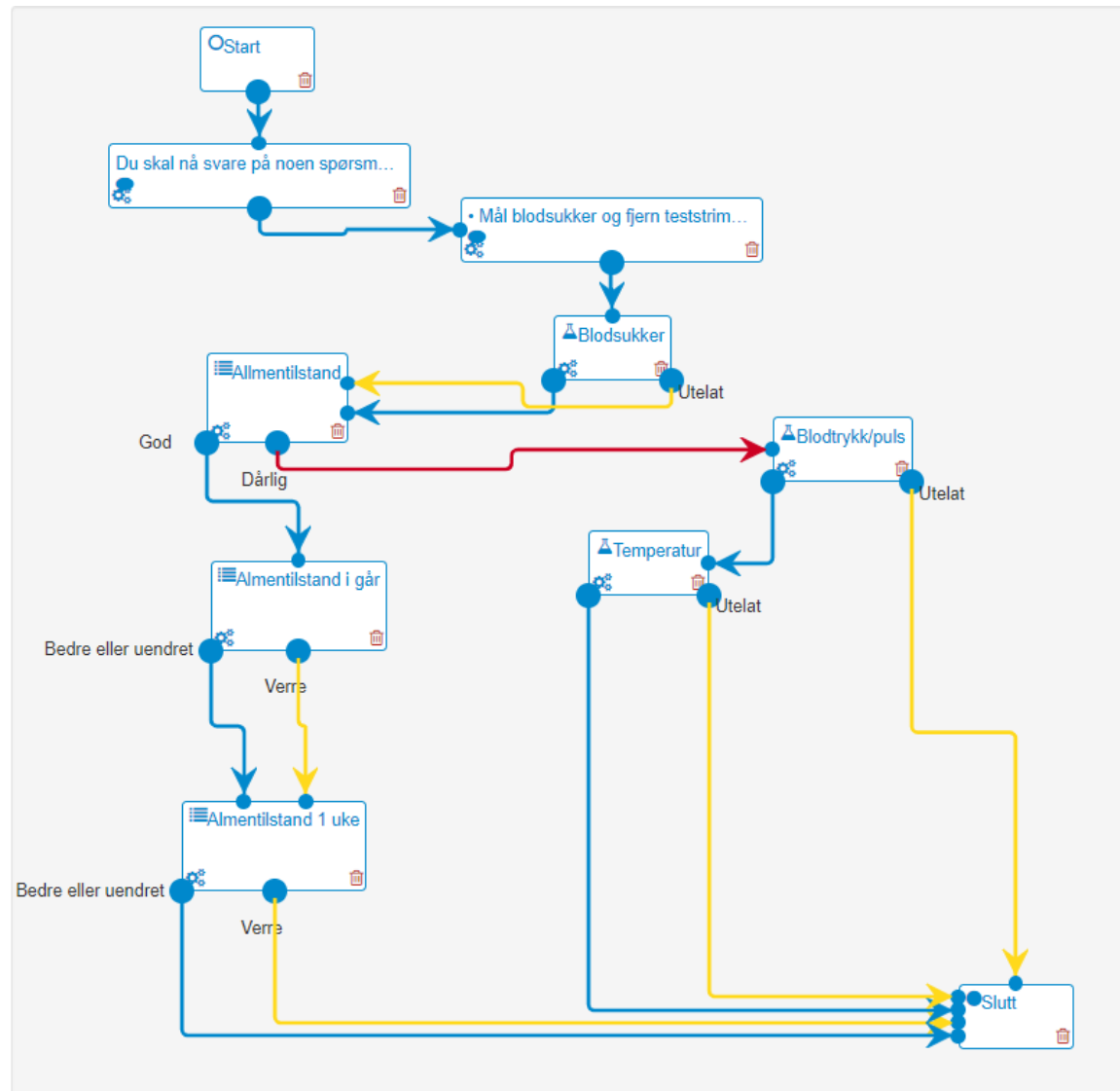
Algoritme TELMA_Diabetes «dagen før samtale med TMS, resten av dagen»



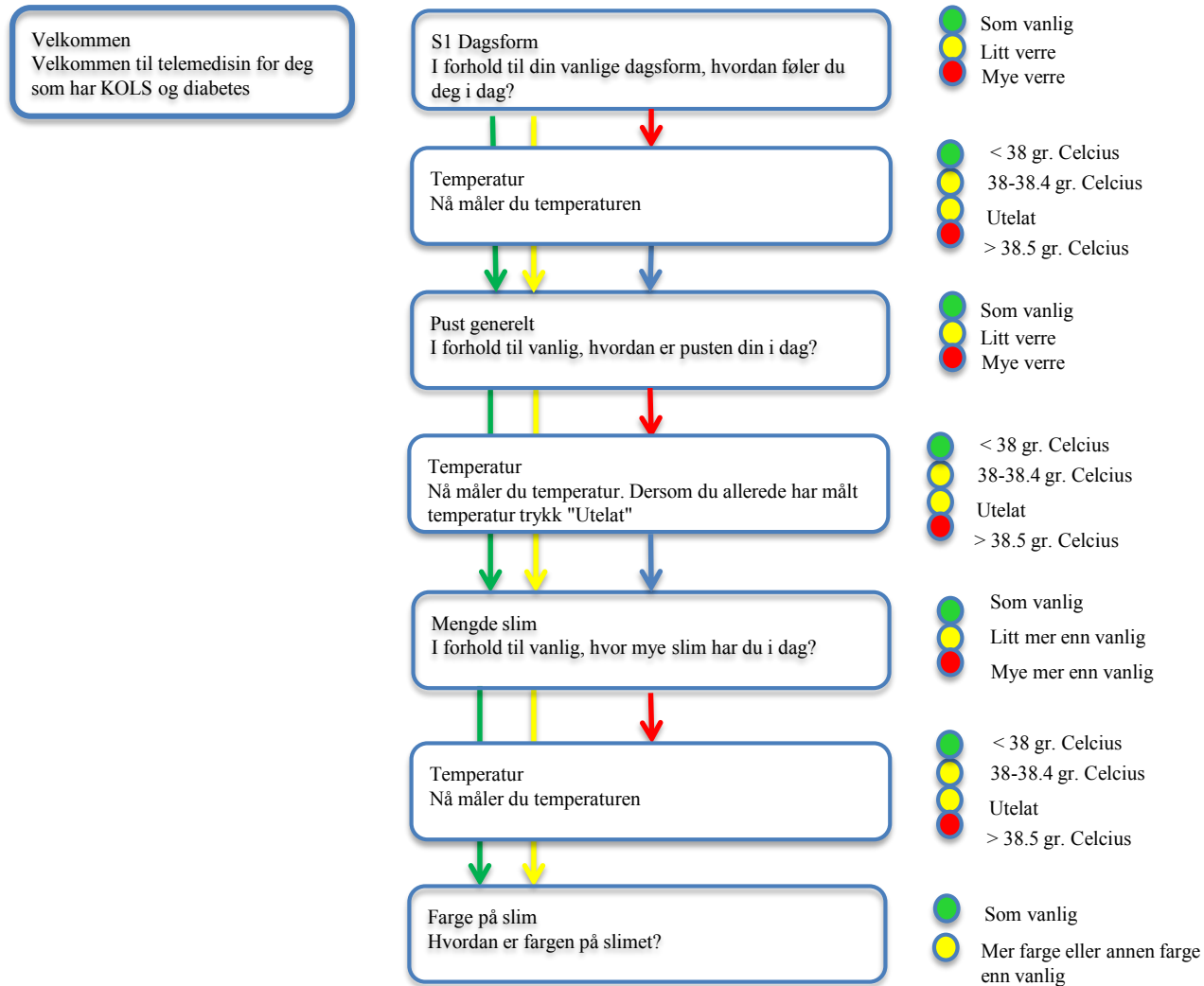
Algoritme TELMA_Diabetes «samtaledag»



Algoritme TELMA_Diabetes «samtaledag»



Algoritme for multimorbiditet (KOLS-Diabetes)



Anfallsmedisin
Hvordan bruker du anfallsmedisin i dag?

- Som vanlig
- Litt mer enn vanlig
- Mye mer enn vanlig

Antibiotika
Siden sist du svarte på dette spørsmålet, har du startet opp med en ny antibiotikakur for din lungesykdom ?

- Nei
- Pågående ab kur
- Ja, oppstart i dag

Prednisolon-dose
Siden sist du svarte på dette spørsmålet, har du startet med ekstra Prednisolon?

- Nei
- Pågående ab kur
- Ja, oppstart i dag

Fysisk aktivitet
Hvis du har plan for fysisk aktivitet, har du utført aktivitetene siste døgn?

- Ingen plan
- Nei, ikke utført
- Utført lett
- Utført moderat
- Utført hard

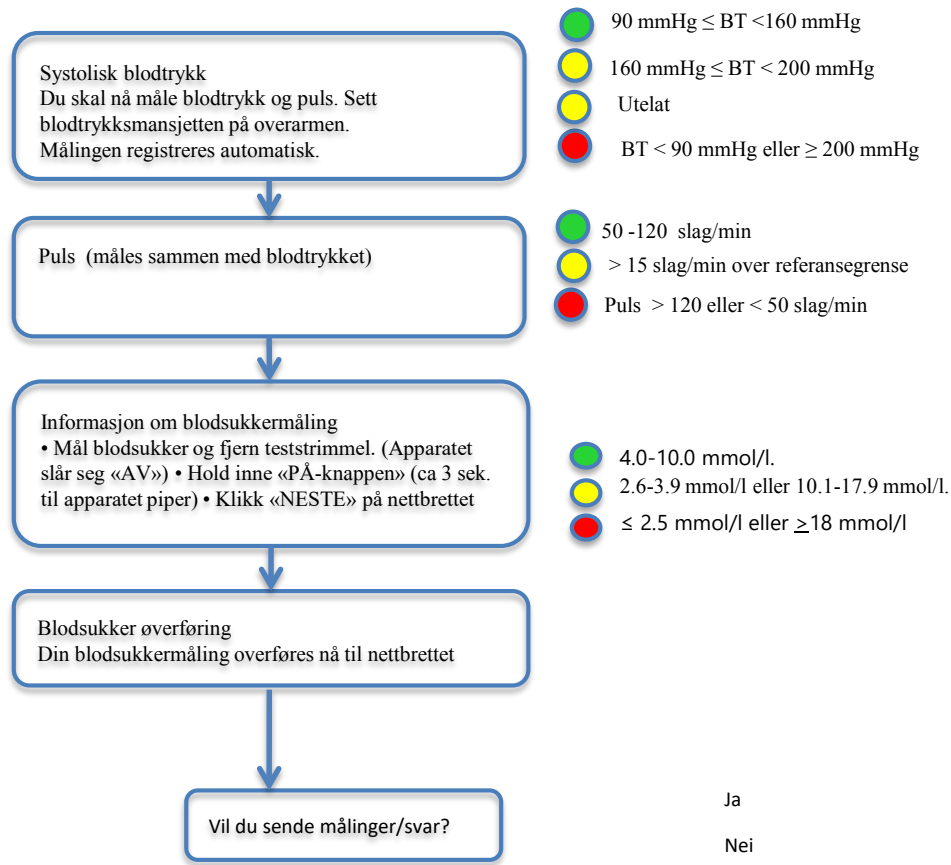
Utført aktivitet
Ved utført aktivitet, oppgi tidspunkt og varighet (Fritekst)

Spist siste døgn
Hva har du spist siste døgn? og tidspunkt når du spiste? (Fritekst)

Nå skal du foreta noen målinger
Start opp måleutstyr og foreta målinger i henhold til stegene

SpO2 (automatisk)
Du skal nå måle puls og oksygenmetning. Sett måleren på fingeren. Målingen registreres automatisk, følg anvisningen nedenfor.

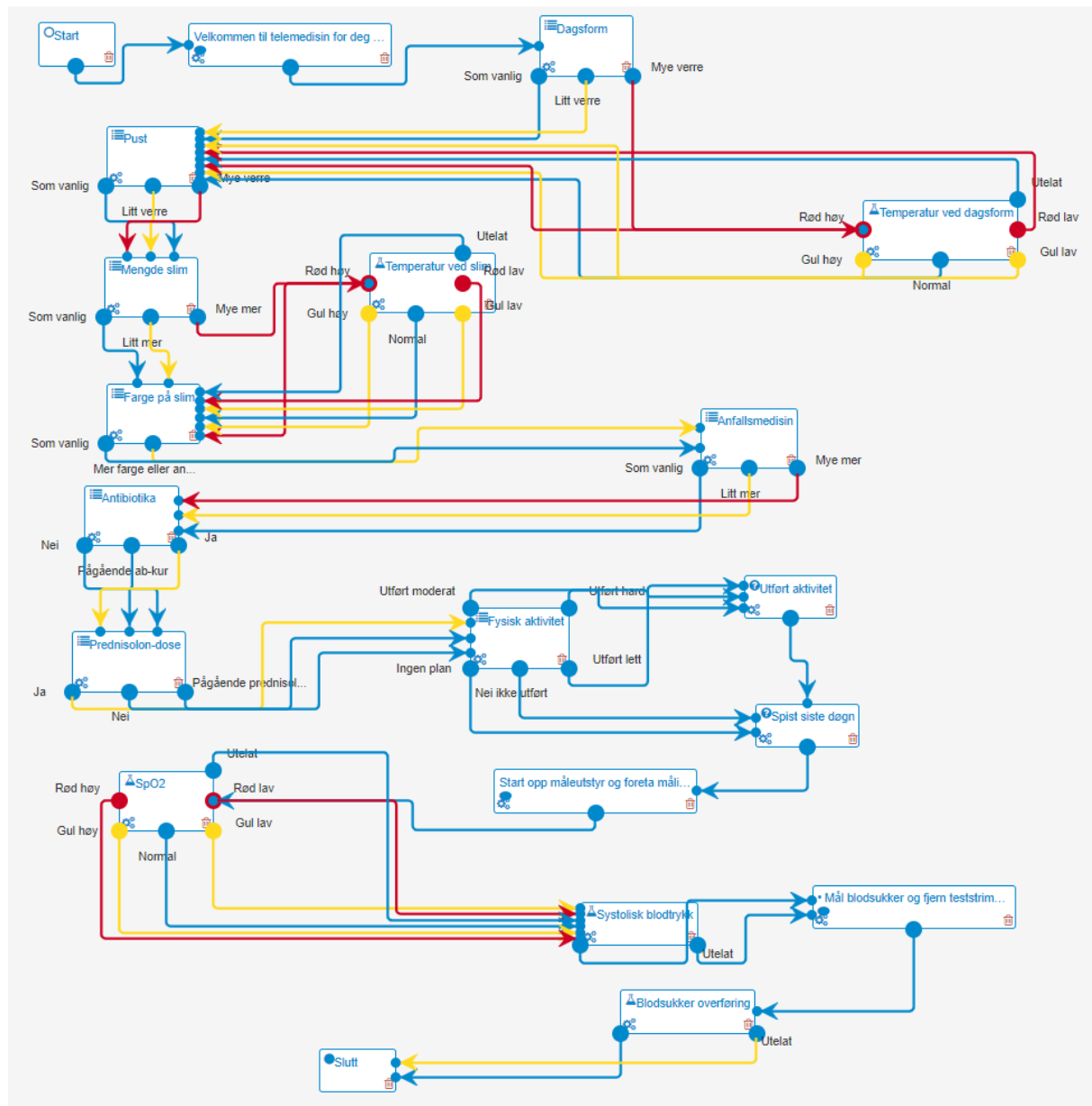
- SpO2 $\geq$ 92%
- 89% $\leq$ SpO2 < 92%
- Utelat
- SpO2 $\leq$ 88%



Ja

Nei

KOLS Diabetes



Algoritme for multimorbiditet (KOLS-Hjertesvikt)

Velkommen
Velkommen til telemedisin for deg som har
KOLS og hjertesvikt

Dagsform
I forhold til din vanlige dagsform, hvordan føler du
deg i dag?

-  Som vanlig
-  Litt verre
-  Mye verre

Pust
I forhold til vanlig, hvordan er pusten din i dag?

-  Som vanlig
-  Litt verre
-  Mye verre

Nattlig dyspnø
Våknet du i natt med/av tung pust?

-  Nei
-  Ja

Ødemer
Er du mer hoven på beina/ankler i dag?

-  Nei
-  Litt mer
-  Mye mer

Mengde slim
I forhold til vanlig, hvor mye slim har du i dag?

-  Som vanlig
-  Litt mer
-  Mye mer

Farge på slim
Hvordan er fargen på slimet?

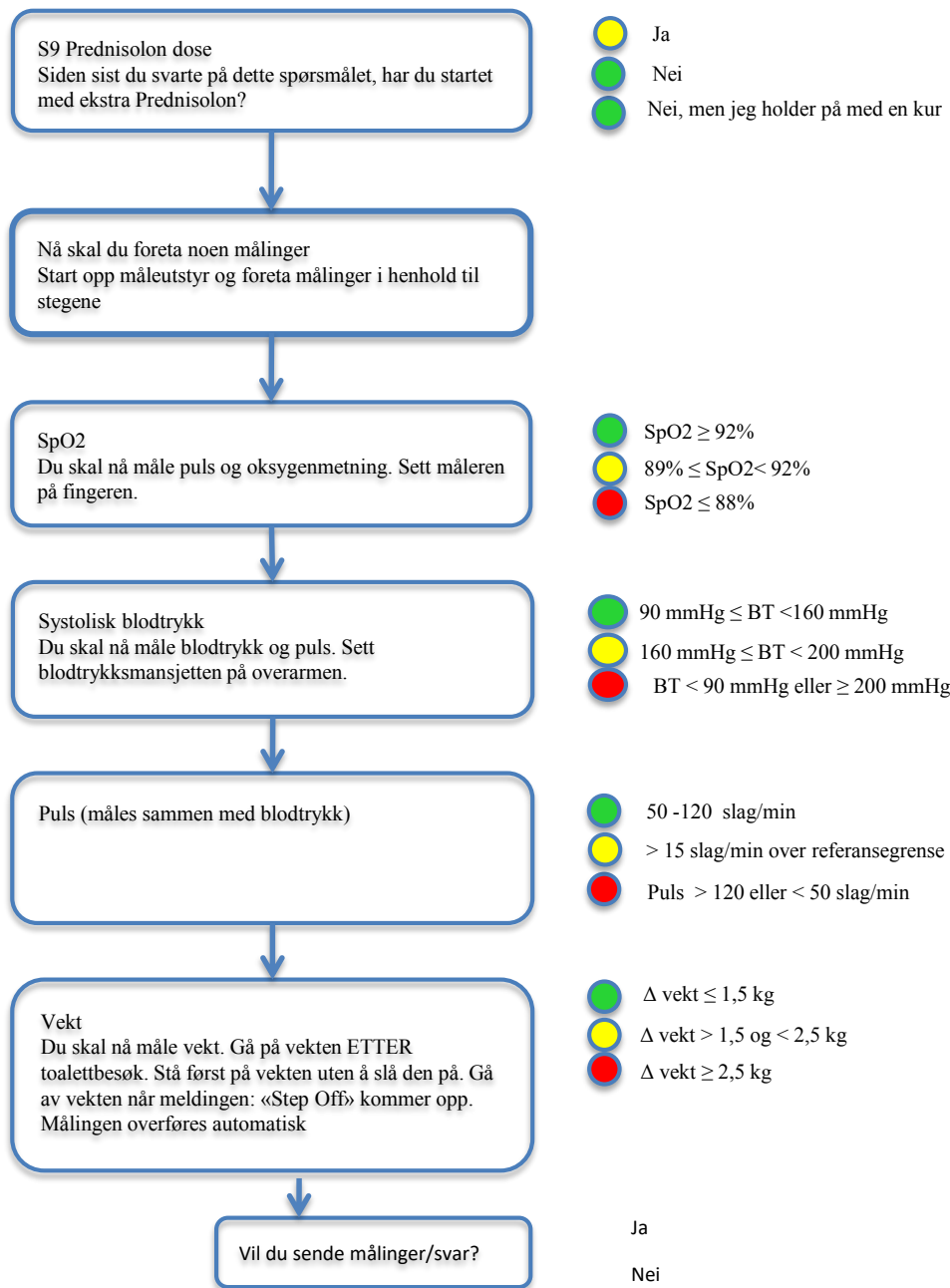
-  Som vanlig
-  Mer farge eller annen farge

Anfallsmedisin
Hvordan bruker du anfallsmedisin i dag?

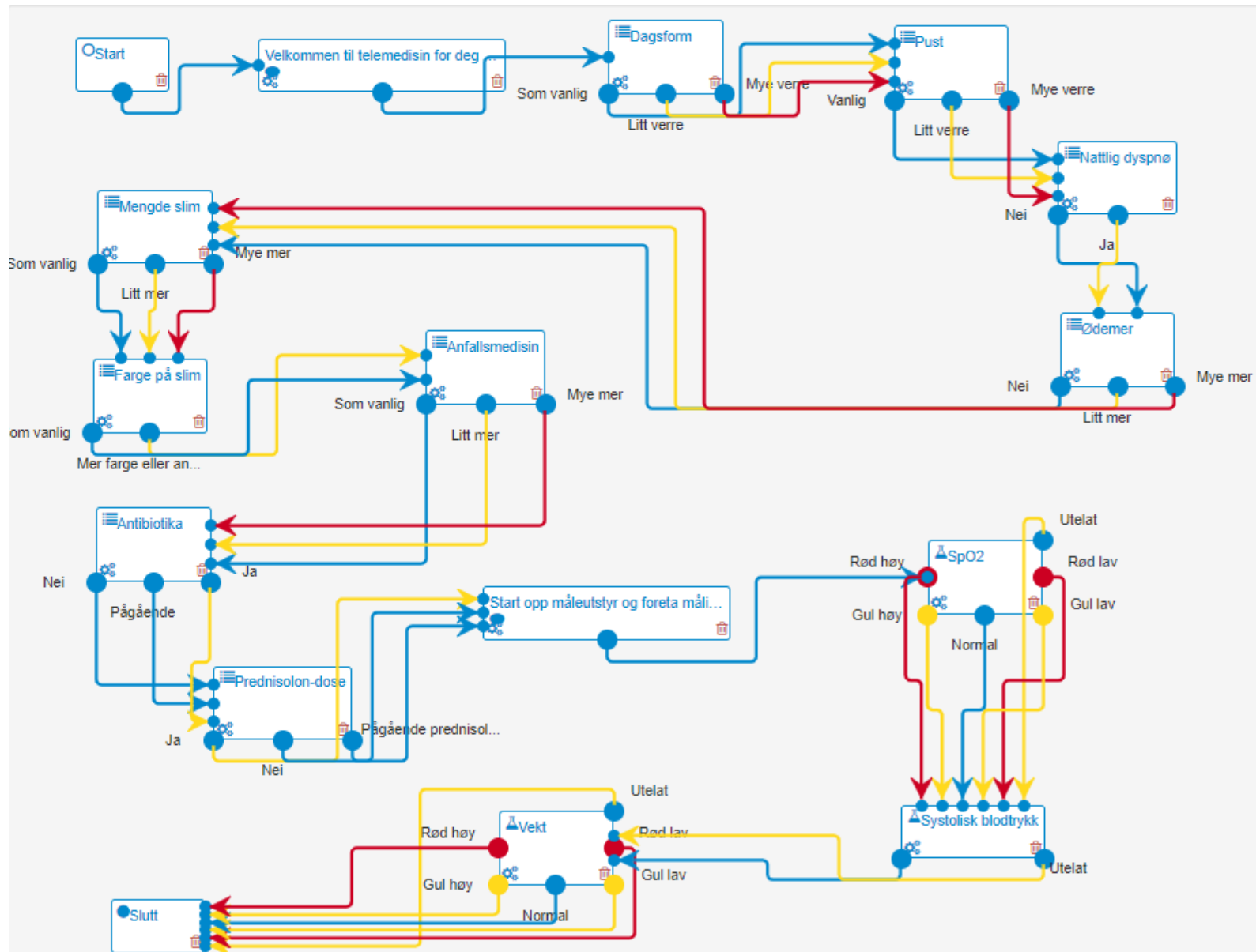
-  Nei
-  Litt mer
-  Mye mer

Antibiotika
Siden sist du svarte på dette spørsmålet, har du startet
opp med en ny antibiotikakur for din lungesykdom ?

-  Nei
-  Nei, men jeg holder på med en kur
-  Ja



KOLS Hjertesvikt



Algoritme for multimorbiditet 3 (Hjertesvikt-Diabetes)

Velkommen
Velkommen til telemedisin for deg som har
hjertesvikt og diabetes

S1 Dagsform
I forhold til din vanlige dagsform, hvordan føler du deg i dag?

- Som vanlig
- Litt verre
- Mye verre

Temperatur

- < 38 gr. Celcius
- 38-38.4 gr. Celcius
- Utelat
- > 38.5 gr. Celcius

Pust generelt
I forhold til vanlig, hvordan er pusten din i dag?

- Som vanlig
- Litt verre
- Mye verre

Pust om natten
Våknet du i natt med/av tung pust?

- Som vanlig
- Litt verre
- Mye verre

Ødemer
Er du mer hoven på beina/ankler i dag?

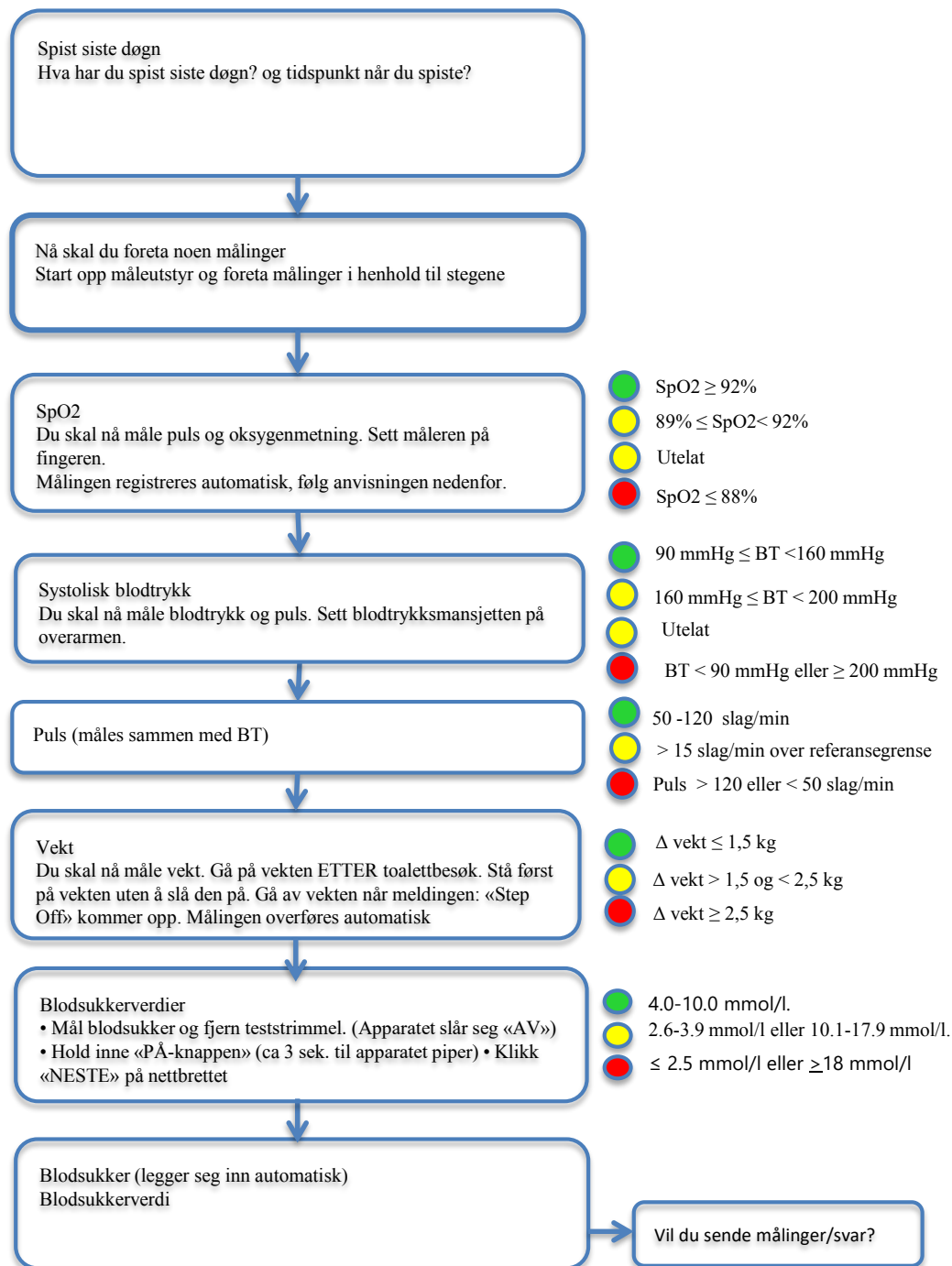
- Nei
- Litt mer
- Mye mer

Fysisk aktivitet
Hvis du har plan for fysisk aktivitet, har du utført aktivitetene siste dogn?

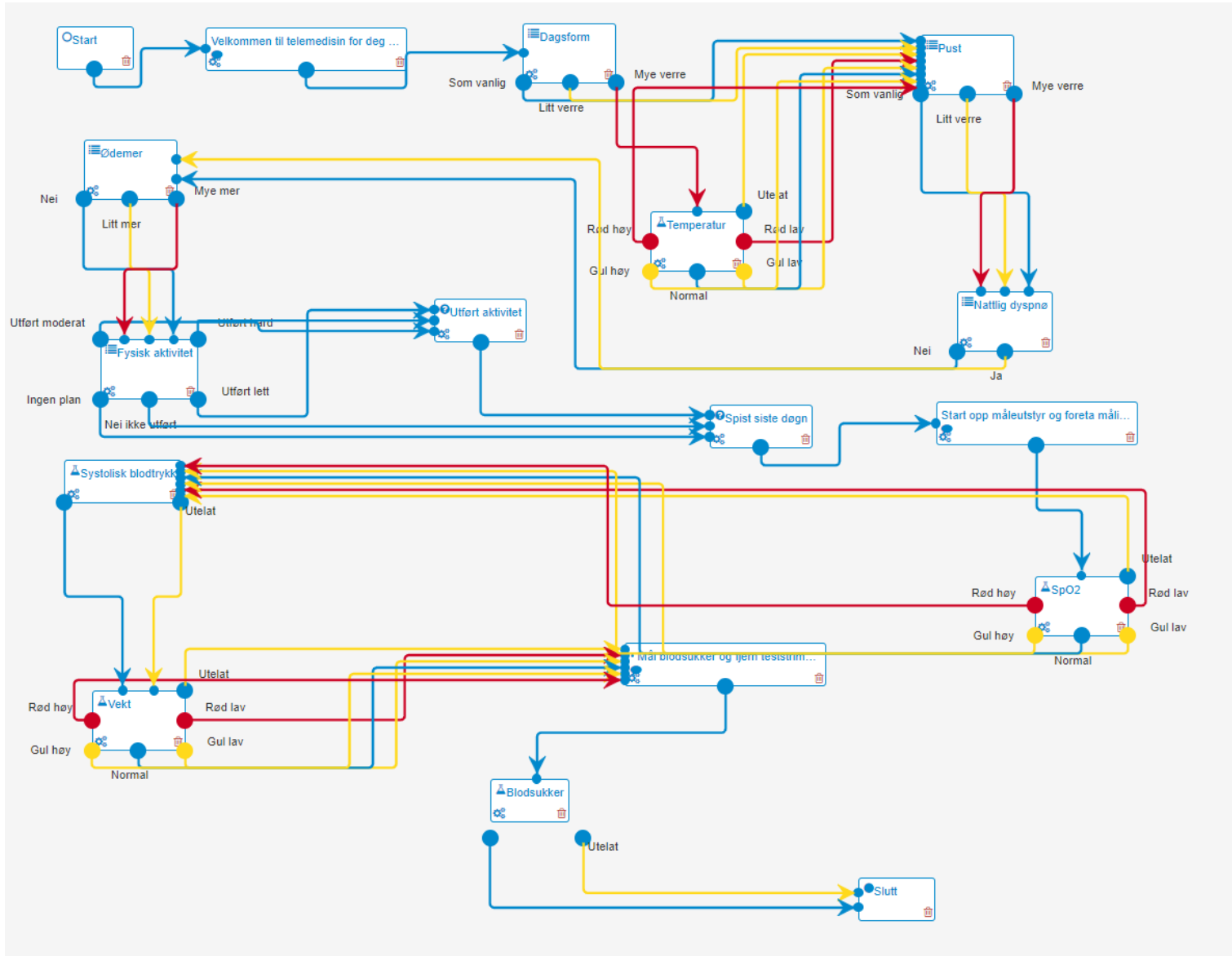
- Ingen plan
- Nei, ikke utført
- Utført lett
- Utført moderat
- Utført hard

Utført aktivitet
Ved utført aktivitet, oppgi tidspunkt og varighet
Fritekst





Hjertesvikt Diabetes



Algoritme for multimorbiditet (KOLS-Hjertesvikt-Diabetes)

Velkommen
Velkommen til telemedisin for deg som har
KOLS, hjertesvikt og diabetes

Dagsform
I forhold til din vanlige dagsform, hvordan føler du
deg i dag?

Temperatur (autonomatisk)
Nå måler du temperatur

Pust generelt
I forhold til vanlig, hvordan er pusten din i dag?

Pust om natten
Våknet du i natt med/av tung pust?

Ødemer
Er du mer hoven på beina/ankler i dag?

Mengde slim
I forhold til vanlig, hvor mye slim har du i dag?

Temperatur (autonomatisk)
Nå måler du temperatur. Hvis du har målt
temperatur, trykk du "Utelat"

Farge på slim
Hvordan er fargen på slimet?

 Som vanlig
 Litt verre
 Mye verre

 < 38 gr. Celcius
 38-38.4 gr. Celcius
 Utelat
 > 38.5 gr. Celcius

 Som vanlig
 Litt verre
 Mye verre

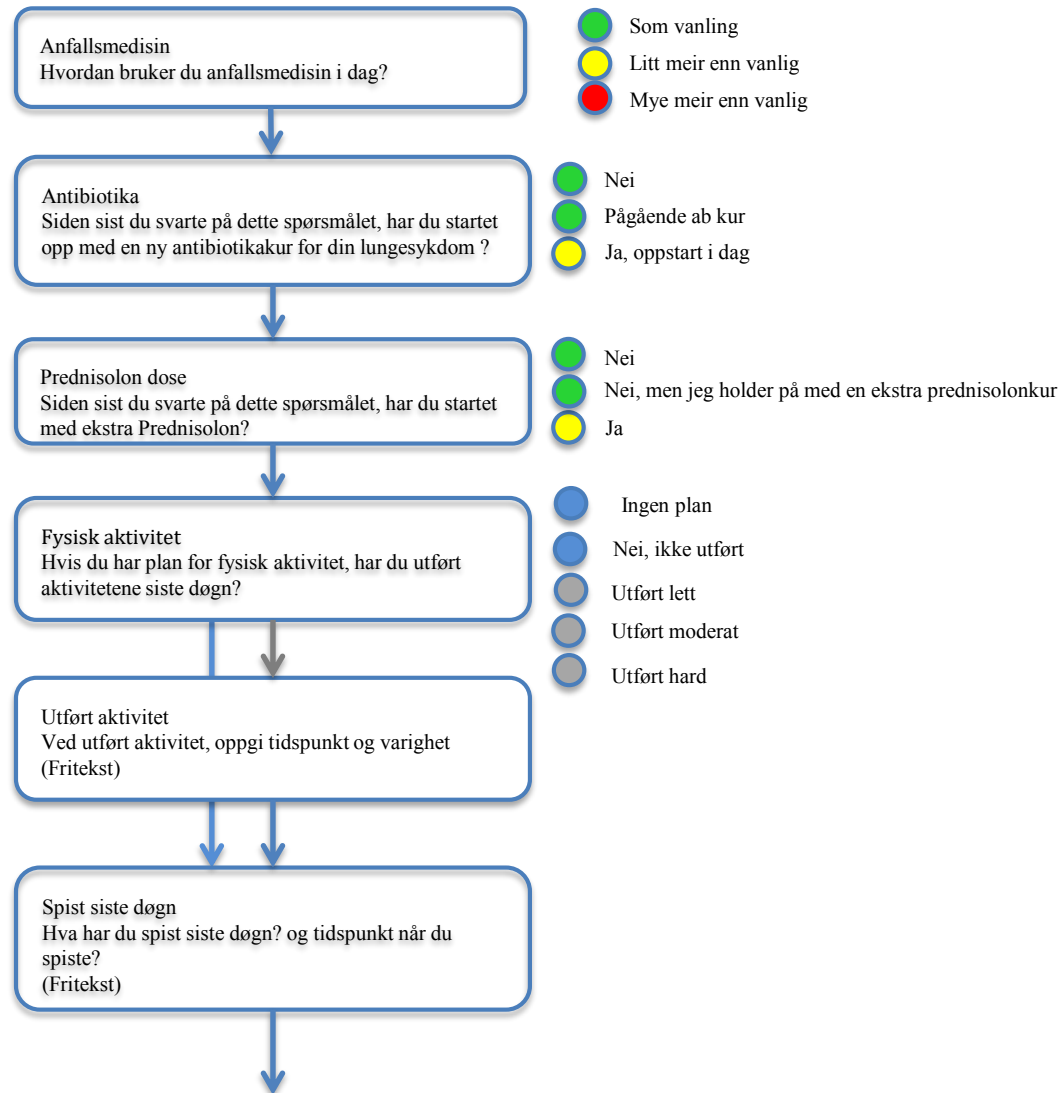
 Nei
 Ja

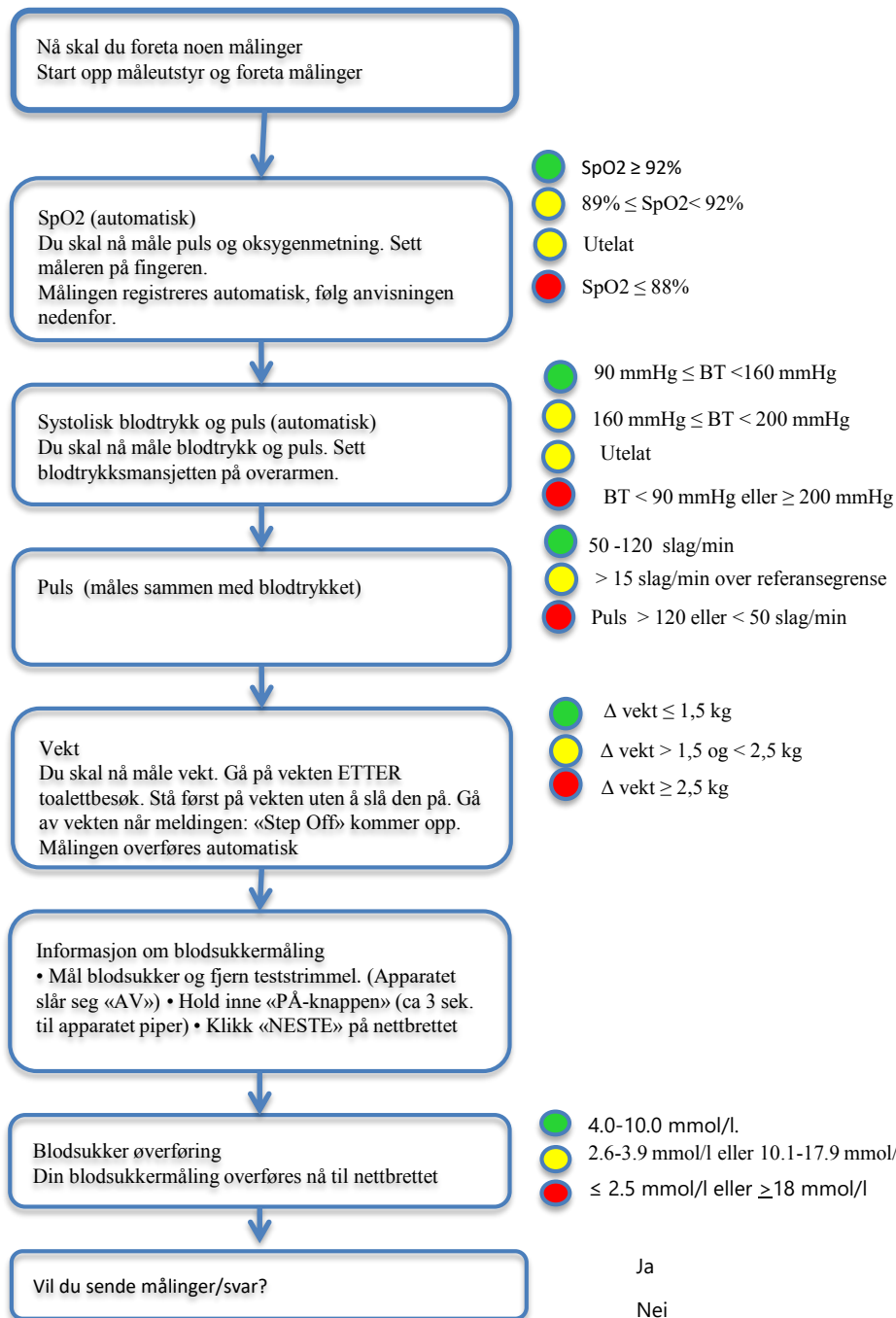
 Nei
 Litt mer
 Mye mer

 Som vanlig
 Litt mer
 Mye mer

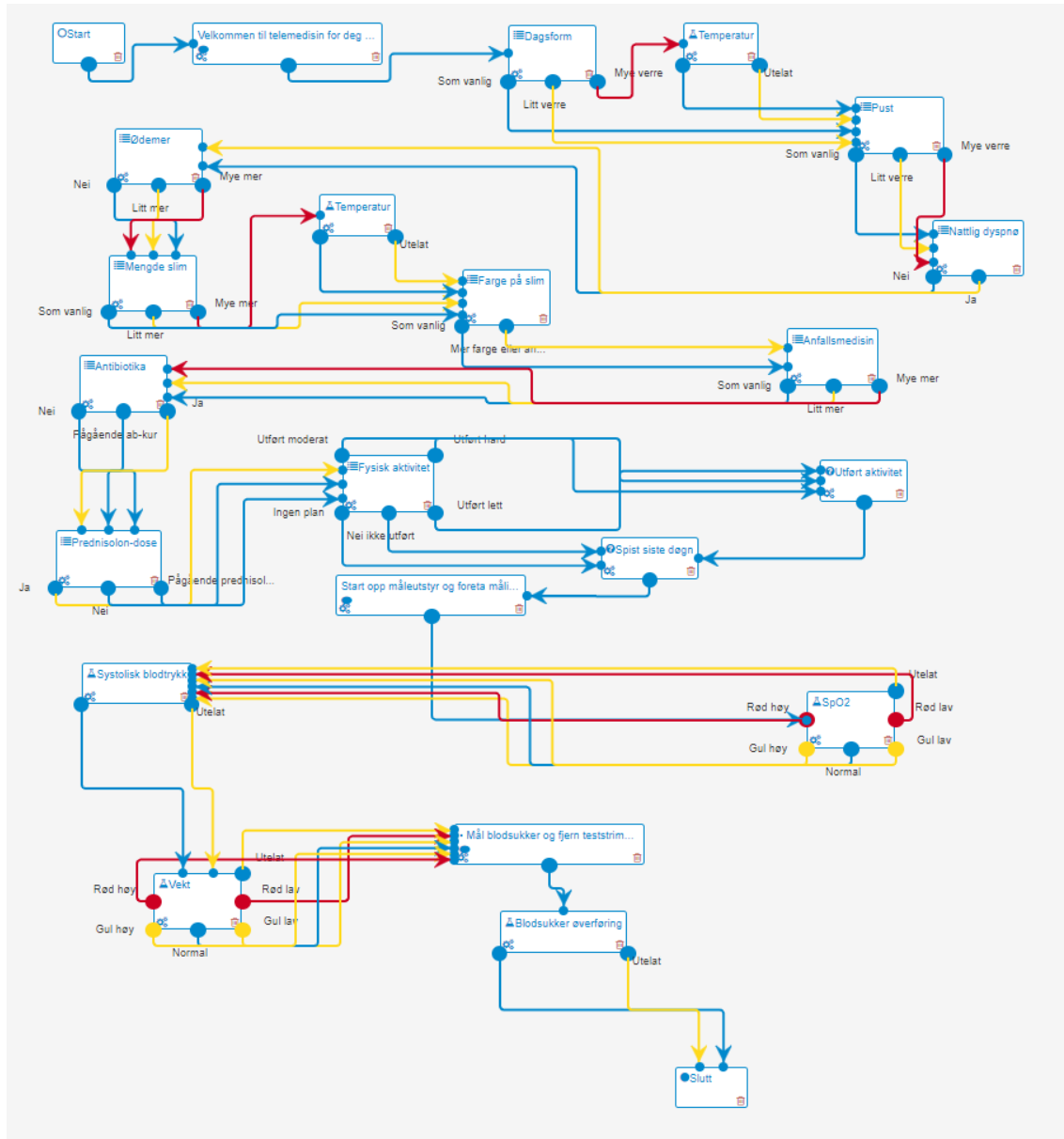
 < 38 gr. Celcius
 38-38.4 gr. Celcius
 Utelat
 > 38.5 gr. Celcius

 Som vanlig
 Mer farge eller annen farge





KOLS Hjertesvikt Diabetes



VEDLEGG I VURDERING AV LOGISTIKKANSVARLIG OG TEKNOLOGISKE BEHOV

Logistikkansvarlig	Fordeler	Risikovurdering
«Vaktmester» en i hver kommune	• Skaper et nettverk, ikke bare for DHO men også for velferdsteknologi (voksende område) • Kompetansebygging i alle kommuner • Hver kommune kan dedikere passende personell og «stillingsprosent» ift omfang	• Ressurser- • Varierende omfang og kompetanse
«Ressursperson» i hjemmetjenesten	• Skape engasjement ute i hjemmetjenesten • Kan bidra som ressurs til både opplæring og rekruttering	• Stor kommune: mange soner, mange ressurspersoner- hvordan følge opp? • Samarbeidskommuner- mange ressurspersoner- hvordan følge opp? – kostander? • Fornuftig og effektiv bruk av riktig kompetanse til riktige oppgaver
«Prosjektmedarbeider» i hver vertskommune	• «Tett på prosjektet», mye kunnskap og erfaring.	• Ressurskrevende, mye reising og tid vil gå med til dette. Stor overgang fra prosjekt til drift • Fare for at DHO ikke vil bli kjent ute i tjenesten, siden den kun omfatter deltagere i prosjektet • Fare for lite antall rekrutterte pasienter grunnet få personer som leverer ut teknisk utstyr
Personell TMS	• Involvert i både, utlevering, opplæring og oppfølging • Totaloversikt over sine pasienter	• Ressurskrevende, mye reising og tid vil gå med til dette. Fare for at det går ut over tiden satt av til oppfølging
Leverandør	• Oppbygging av kompetanse, • Kvalitet • Stordriftsfordelen	• Leveransetid • Må vurderes økonomisk bærekraftighet
Behandlingshjelpemidler SSHF	• Har kompetansen • Har rutinene • Kan samorganiseres med annet utstyr	• Må inngås samarbeid og enighet i ansvar, oppgavefordeling og økonomi • Muligens et samarbeid mellom BHT og Leverandør? •

Beskrivelsen er basert på erfaringene fra TELMA (Felles telemedisinsk løsning på Agder)¹ og NVP DHO (Nasjonalt velferdsteknologiprogram, digital hjemmeoppfølging)², innspilt fra leverandører, oppfølgere og brukere/pasienter.

Teknologi

Løsning for digital hjemmeoppfølging skal være basert på tidsriktig teknologi og følge arkitekturs prinsipper som er gjeldende innenfor fagområdet. Integrasjonsgrensesnitt skal ha åpen standard, som igjen gir mulighet for enklere utveksling av informasjon med andre relaterte fagsystemer.

Brukergrensesnitt på både bruker/pasient- og oppfølgersiden skal følge til enhver tid gjeldende standard for universal utforming samt sikre kommunikasjonsprotokoller for å ivareta sikkerheten knyttet til lagring og utveksling av sensitive informasjon.

BYOD

Kompetanse på mobile enheter er økende i befolkningen. Mulighet for bruk av eget utstyr blir derfor en nødvendighet nå og fremover. Etter avtale med oppfølgere, skal brukere/pasienter ha mulighet å laste ned app på sitt eget mobilt utstyr. Måleutstyr som leases av leverandør skal være forhånds godkjent og testet for å sikre kvalitet og stabilitet i måling og dataoverføring. I fremtiden er det likevel et stort ønske at pasientene skal kunne koble til andre standardiserte måleutstyr, som ikke nødvendigvis er forhånds godkjent av leverandøren, men kvalitetssikret på annen måte.

App'en skal utnytte data fra mobilenhetens helse-apper når dette er tilgjengelig. Flere smartklokker tilbyr fremover flere type målingsdata som puls, EKG, pust, søvn etc. Bruk av disse allerede tilgjengelig data medfører mindre behov for egne spesial måleutstyr. Det er her viktig at kvaliteten på data vurderes. Videre er det behov for sertifiseringsordninger som helsetjenesten kan forholde seg til.

Logistikk

Når leverandør er ansvarlig for utstyrshåndtering, herav utstyrvalg, bestilling, levering, retur/ bytte og brukerstøtte, har prosjektet gjort seg noen erfaringer ihht hva som må være på plass.

Utstyrvalg

Leverandør skal gjøre tilgjengelig et utvalg av måleutstyr som er godkjent bruk med løsningen (app'n)

Utstyrslisten skal holdes oppdatert ifm nye og utgåtte modeller. Revisjonen bør gjøres hvert ½ år.

¹ <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/telma/>

² <https://www.ehelseagder.no/nvp-avstandsoppfolging/>

Løsningen (app'en) skal også kunne ta til seg måledata gjort tilgjengelig i brukernes egne mobile enheter ved hjelp av smartklokker og tilsvarende som brukerne selv eier/disponerer.

Bestilling

Leverandøren skal ha en nettbasert løsning for bestilling av nødvendig utstyr (nettbrett og tilhørende måleutstyr). Bestillingen skal kunne legges opp til følgende:

- Anonymisert informasjon om pasient
- Dato forventet at utstyret skal tas i bruk
- Informasjon om bestiller
- Godkjenning fra ansvarlig for utstyrs kostnad
- Status på bestillingen (bestilt, levert, mottatt, innlevert og returnert)
- Status på hver enkelt del av utstyr (i bruk, ikke i bruk, klar til gjenbruk, mistet, ødelagt og avhendet ...)
- Status på utstyrs lokasjon (hos leverandør, hos oppfølger, hos pasient)

Levering

Det skal være tydelig avtalt forventning om leveringstid i antall dager. Når utstyret er forventet tatt i bruk på bestemt dato, skal bestillingsløsning til leverandøren gir tydelig indikasjon om datoen kan imøteses.

Det skal være mulig å angi hvor utstyret ønskes levert, hos oppfølger eller bruker/pasient.

Retur/bytte

Ved behov for rask løsning på feilet utstyr, er bytting av utstyr en løsning som skal brukes. Leverandøren må kunne raskt produsere returlapp samt sende nytt utstyr i samme prosess.

Ved kun retur, skal leverandøren først oversende returlapp, deretter skal status av forsendelse være oppdatert av både avsender og mottaker, helst med referanse til sporingsnummer etc.

Ved retur og gjenbruk av utstyr, skal leverandøren ha kvalitetsprosedyrer iht. lov og forskrifter for desinfisering og re-kalibrering av utstyr.

Tap av utstyr

Når utstyr er levert av leverandør som en del av tjenesteavtalen, skal det være forhåndsavtalt om hvem som bærer økonomisk ansvar for tap og eventuelt ødelagt utstyr.

Brukerstøtte

Med BYOD(Bring your own device), er det trolig mindre behov for brukerstøtte da kompetansen hos brukere er godt dekket.

Behov for brukerstøtte blir også mindre dersom leverandøren gir ut fylldige brukerveiledning, FAQ og til enhver tid holde dette oppdatert.

Leverandøren skal likevel ha system for registrering og oppfølging av henvendelser på brukerstøtte. På grunn av personvern, er det oppfølgere og ansatte som må stå for henvendelser mellom brukere og leverandøren.

Det er ønskelig at oppfølgere og koordinatore ute i tjenesten har tilgang til fjernstyring av mobile enheter som er levert fra leverandøren. Leverandøren bør derfor legge opp til tilpasset tilgangsstyring samt nødvendig kompetanse for fjernstyring hos oppfølgere og koordinatore.

Leverandøren sitt brukerstøttesystem skal kunne automatisk registrere sak basert på innkommende epost, med automatisk bekreftelse som inneholder saks-ID. Det skal være enkelt og oversiktlig for innmelder å følge med på saksfremdrift samt at historikk er tilgjengelig via nettbasert løsning.

Leverandøren skal håndtere henvendelser på brukerstøtte via egnet telefonnummer, som besvares etter avtale for brukerstøtte. På den måten skal henvendelser på epost og telefon være person-uavhengig hos leverandøren med tanke på fravær og bytte av personell hos leverandøren.

Kommuner som har egen koordinator for velferdsteknologi, bør ha rollen som brukerstøtte ut mot brukerne/ pasientene. Kommuner som ikke har egen koordinator, må evt. lære opp oppfølgere/ hjemmetjenesten for å kunne håndtere enkle grep på gjenoppretting av måleutstyr og tilkobling.

Leverandøren må forplikte seg til å ha jevnlig oppfølgingsmøte med avtale kommune ift utfordringer knyttet til avtalen, herav utstyrvalg, utstyrsoversikt og bruk, brukerstøtte og omfang etc. Oppfølgingsmøte bør være annen hver måned som et minimum.

ERFARINGSRAPPORT

Digital
hjemmeoppfølging på
tvers av regioner

April 2021



Innhold

Innledning

1. TELMA prosjektet og DHO Agder

- Hva er digital hjemmeoppfølging
- Utvikling i Agder/Forskningsprosjektet TELMA
- Pågående initiativer i Agder

2. TELMA i Kongsvinger kommune

- Behov
- Etablering av samarbeidet

3. Pasientforløp

- Ved oppstart av TELMA Kongsvinger
- Ved fortsettelsen av tjenesten

4. Erfaringer fra samarbeidet

- Pasientene
- Kongsvingers erfaringer (forskning)
- Oppfølgingstjenesten

5. Fortsettelse av samarbeidet

- Forankring



Innledning

I prosjektet TELMA (Felles telemedisinsk løsning på Agder) ble det inngått et samarbeid mellom Kongsvinger kommune og prosjektet. Kongsvinger kommune ønsket å inkludere pasienter til digital hjemmeoppfølging (DHO). Agder ved Farsund kommune sto for oppfølging av pasientene fra en telemedisinsk sentral. Oppfølgingen ble videreført etter prosjektet TELMA avsluttet i 2019.

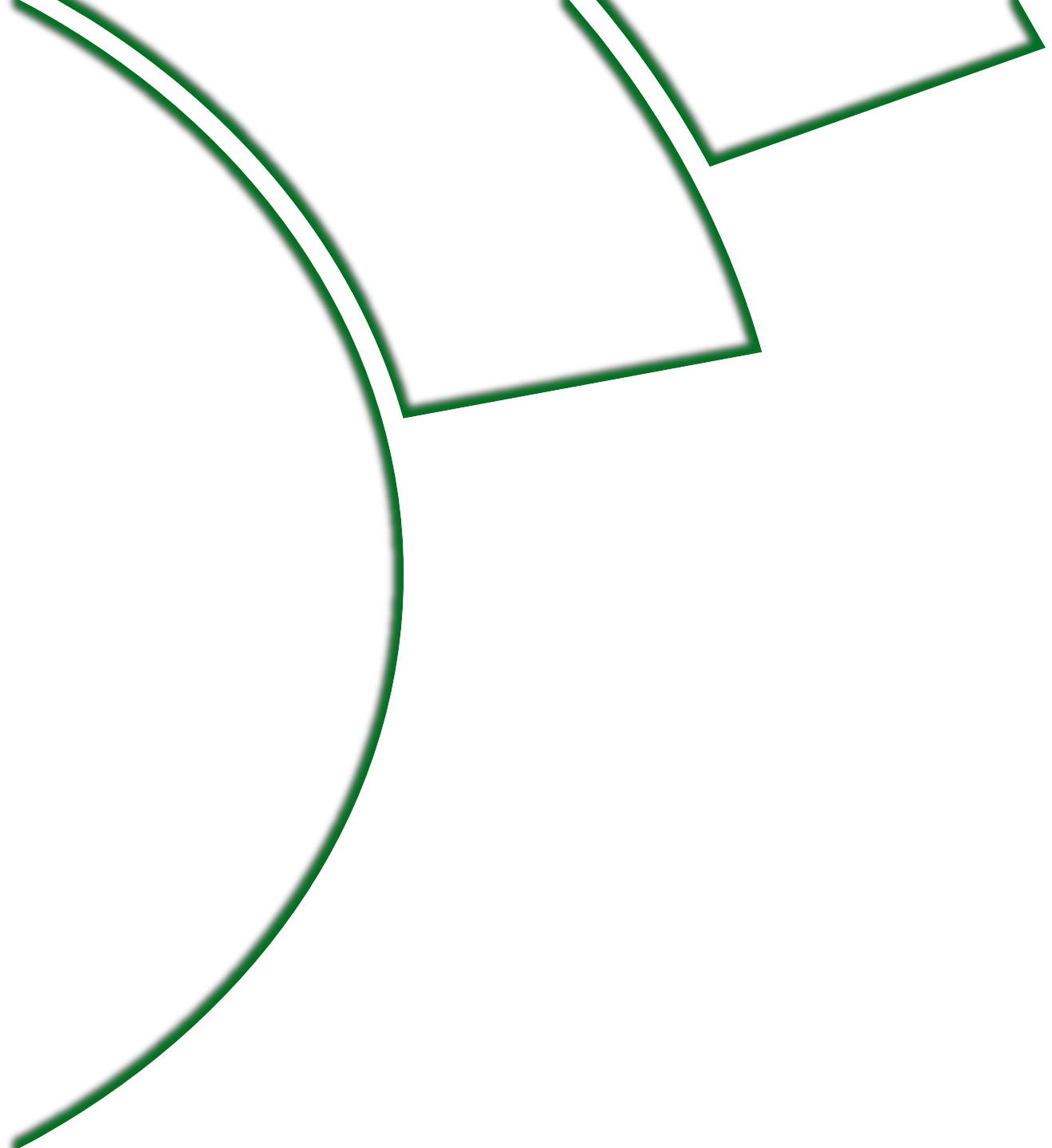
Denne rapporten beskriver hvordan samarbeidet om digital hjemmeoppfølging mellom regioner har foregått. Hvordan tjenesteforløpet er utviklet samt erfaringer fra samarbeidet

En fremtidig helhetlig tjenestemodell for DHO kan, etter erfaring på Agder, innbefatte større samarbeid enn kun regionalt. Dette med forutsetning av tydelige ansvars og rollebeskrivelser. En slik modell vil, etter vår erfaring, medføre «spesialist kompetanse» for oppfølgingstjenesten. En slik tjeneste kan være gunstig der hjemkommunen ikke har kapasitet til å følge opp selv, eller ikke har tilgjengelig kompetanse



1

**TELMA PROSJEKTET OG DHO
AGDER**



Digital hjemmeoppfølging er helsetjenester som ytes på avstand ved hjelp av teknologi

- Digital hjemmeoppfølging (DHO) er tjenester som gjør det mulig for pasienter å rapportere om helsetilstanden sin hjemmefra
- Brukerne av tjenestene føler seg ofte tryggere, opplever økt mestring, og helsetjenestene unngår kostnader
- Brukerne får tilgang til tablet og måleutstyr, eller benytter egen device hvor de installerer en app
- Sammen med legen lages det en egenbehandlingsplan, deretter gjennomfører pasienten ukentlige målinger som sendes inn til oppfølger
- Oppfølgingen av målingene kan foregå fra sykehuset, ved bruk av telemedisinsk sentral (TMS), eller ved hjelp av helsepersonell i kommunen

For psykisk helse kan oppfølgingen tilpasses det enkelte behov ved å bruke de ulike mulighetene den digitale plattformen (OTH) gir



Pasienten gjennomfører egen-målinger som sendes inn til helsetjenesten.



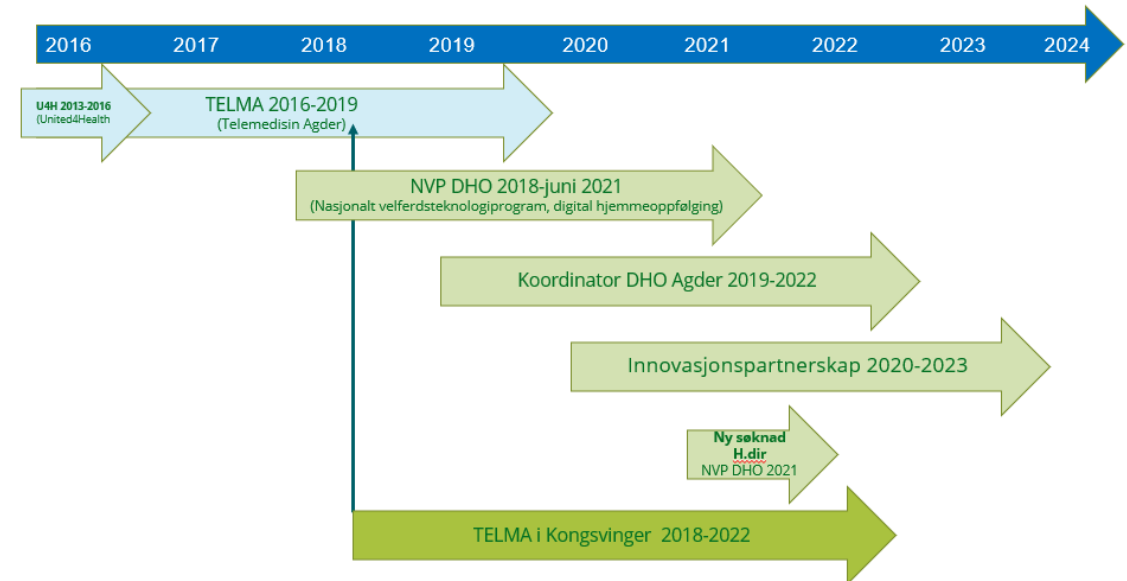
Oppfølgingstjenestens software benytter algoritmer til å identifisere om målingene avviker fra pasientens grenseverdier.



Helsepersonell følger opp målinger og tar kontakt med bruker dersom målingene er avvikende.

Forskningsprosjektet TELMA

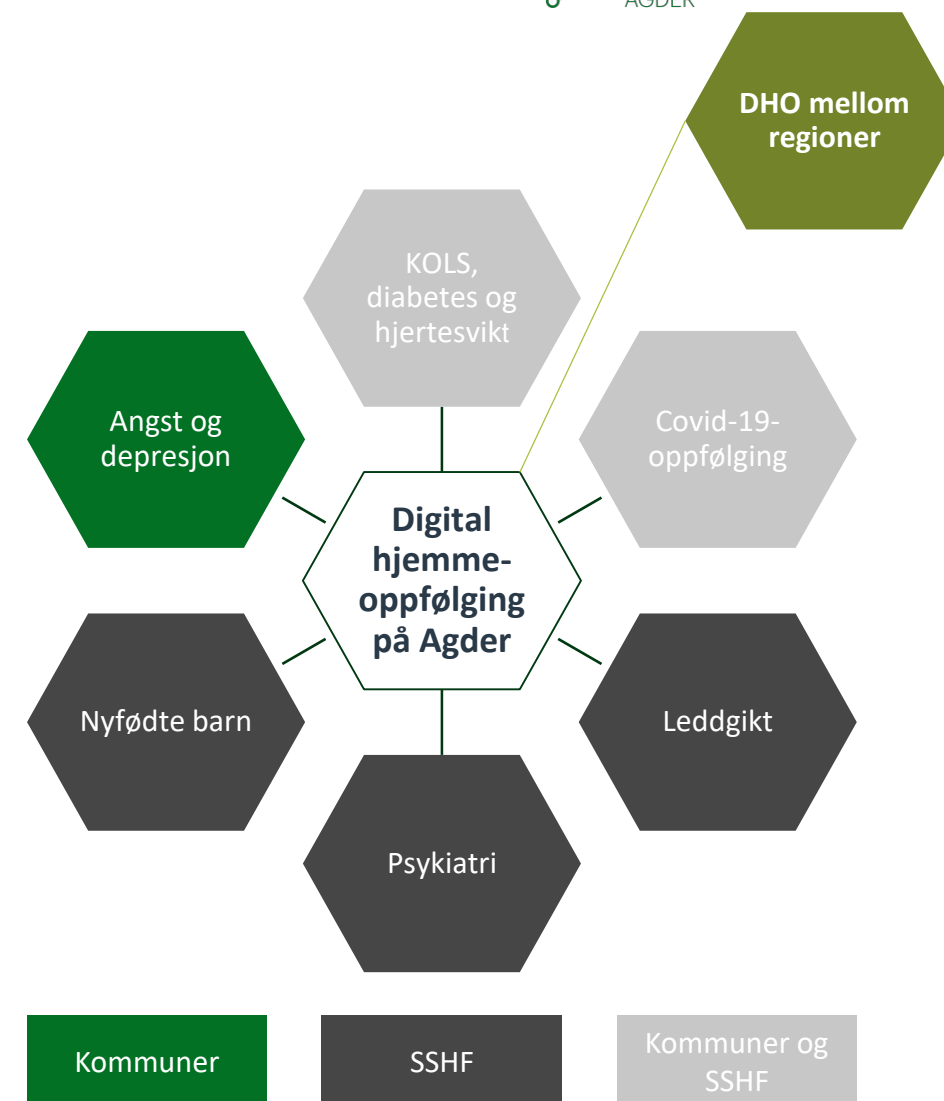
- Prosjektet TELMA (felles telemedisinsk løsning Agder) var et digitalt hjemmeoppfølgings tilbud rettet mot personer som bor hjemme. Prosjektet bygget på erfaringer fra det EU-finansierte forskningsprosjektet United4Health og det forskningsrådfinansierte prosjektet Verdikt, Collaborative Point-of-Care Services Agder. Prosjektet ble gjennomført i et samarbeid mellom kommunene Kristiansand, Farsund og Arendal, samt Sørlandet sykehus, Universitetet i Agder og konsultentselskapet Karde AS.
- Målsettingen med TELMA var utprøving og evaluering av en felles telemedisinsk løsning for avstandsoppfølging/digital hjemmeoppfølging av pasienter i Agder med kroniske lidelser og komorbiditet, og som leverer gode helsetjenester med mindre bruk av helsepersonellressurser.
- Forskningsprosjektet TELMAs prosjektperiode var 2015 – 2019. Arbeidet og pasientene i TELMA ble videreført i prosjektet nasjonalt velferdsteknologiprogram, digital hjemmeoppfølging (NVP DHO) 2018-juni 2021



Agder har flere pågående initiativer for digital hjemmeoppfølging (April 2021)

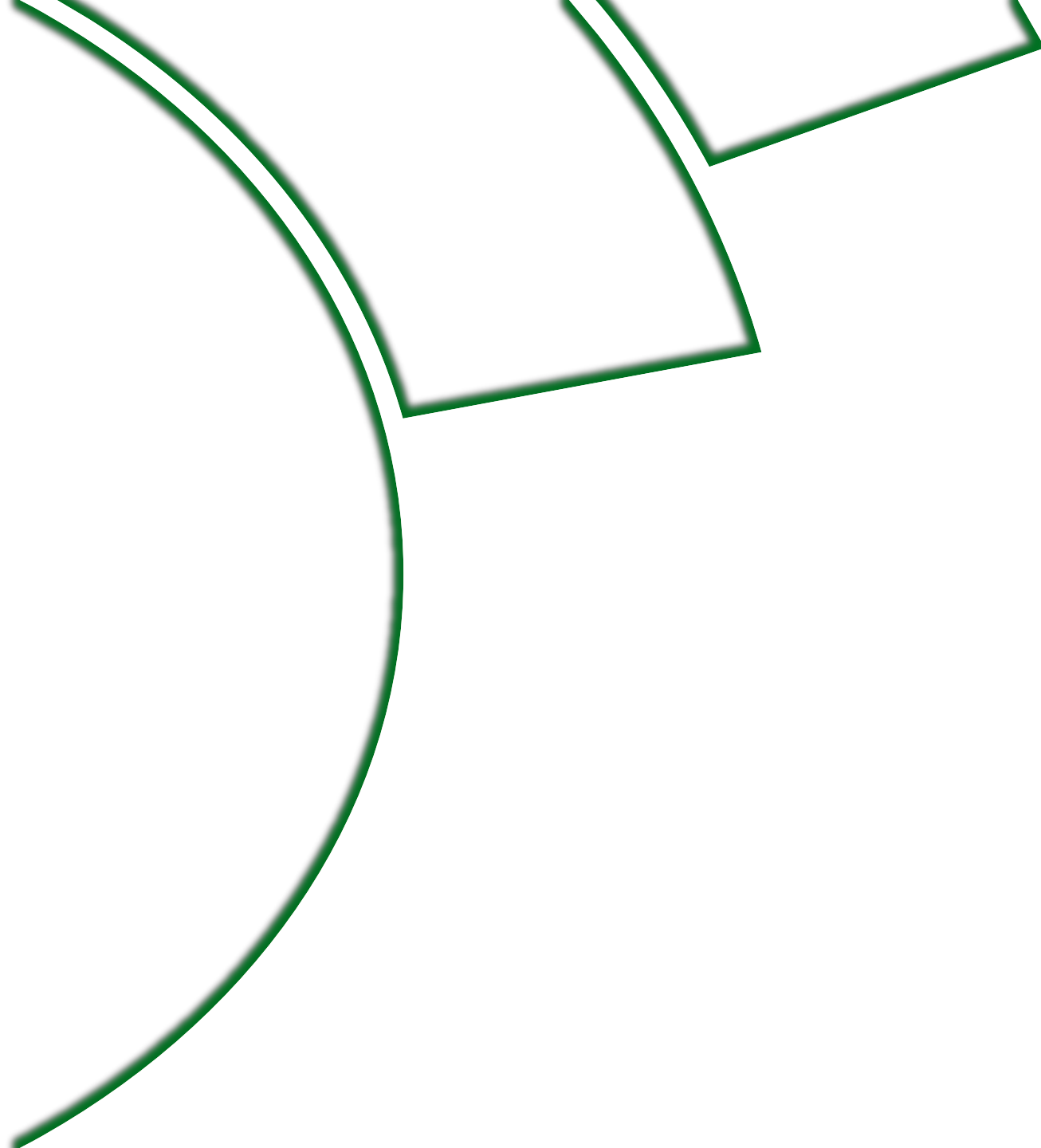
Pågående initiativer

- Oppfølging fra telemedisinsk sentral (TMS) og primærhelseteam for pasienter med kols, diabetes og hjertesvikt
- Oppfølging fra TMS, primærhelseteam og den kommunale helsetjenesten for pasienter med angst og depresjoner
- Oppfølging ute i hjemmetjenesten/oppfølgingstjenesten som erstatter/utsetter andre tjenester eller brukes i påvente av andre tjenester
- Covid-19-oppfølging fra TMS og primærhelseteam
- Covid-19-oppfølging fra herteavdelingen på Sørlandet sykehus avdeling Kristiansand
- Oppfølging av nyfødte barn og mødre fra nyfødtintensiv på Sørlandet sykehus
- Oppfølging av kols-pasienter fra lungeavdelingen på Sørlandet sykehus Kristiansand, og KOLS koordinator Sørlandet sykehus Arendal
- Videokonsultasjon fra sårpoliklinikken på Sørlandet sykehus
- Selvrappoter for pasienter med leddgikt fra revmatologisk poliklinikk på Sørlandet sykehus
- Selvrappoter for psykiatripasienter på Sørlandet sykehus
- DHO mellom regioner (TELMA i Kongsvinger)



2

**TELMA I KONGSVINGER
KOMMUNE**



Behov i Kongsvinger kommune

- Kongsvinger har en høyere andel innbyggere med KOLS diagnose enn landet for øvrig (FHI, KommuneHelsa statistikkbank)
- Prosjektet sikter mot å tilby en tjeneste for hjemmewærende KOLS pasienter for å avhjelpe angstepisoder hos pasientene og gi pasientene økt kontroll og mestring av sin livssituasjon. Ambisjonen var også at dette skulle avlaste hjemmebaserte tjenester, fastlege og sykehus.



Etablering av samarbeidet

Representanter fra Kongsvinger kommune var i november 2017 på besøk i Kristiansand kommune og møtte representanter fra TELMA prosjektet.

Med bakgrunn i dette møtet søkte Kongsvinger om deltagelse i TELMA prosjektet på lik linje med Agderkommunene. Kommunen hadde etablert og finansierte et eget prosjekt under Digeff-programmet. Etter positiv dialog med styringsgruppen i Agder via prosjektleder i TELMA ble, etter vedtak i styringsgruppemøtet 23. mai 2018, Kongsvinger kommune ønsket velkommen inn i TELMA.

TELMA Kongsvinger er et samarbeid mellom Kongsvinger kommune, Høgskolen i Innlandet (HINN), Høgskolesenteret i Kongsvinger (HIK), Akershus universitetssykehus Kongsvinger (Ahus Kongsvinger), TELMA i Agder (TA) og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).

TELMA Kongsvinger» hadde en prosjektperiode fra 2018-2019, med 2018 som planleggings-år og 2019 som gjennomføring- og evalueringsår.

Pasientgruppen skulle bestå av 20 pasienter med diagnosen KOLS. Rekrutteringen var tiltenkt Sykehuset Innlandet i Kongsvinger (nå Ahus Kongsvinger), i samarbeid med fastleger

Etter endt prosjektperiode har samarbeidet fortsatt til dags dato basert på politisk vedtak. (Beskrives under kap 5. Fortsettelse av samarbeidet)

Etablering av samarbeidet forts.

Inklusjonskriterier fulgte de samme som i Agder (med unntak av at diagnosen KOLS var konkret målgruppe i Kongsvinger):

- Pasienten er klar og orientert
- Pasienten kan betjene enkel teknologi
- Pasienten har 3G/4G dekning hjemme
- Pasienten har behov for opplæring/rehabilitering, behandling, praktisk bistand egenomsorg eller helsetjenester i hjemmet, eller vurderes å ha behov/nytte av forebyggende tiltak
- Pasienten har diagnosen KOLS
- Telemedisin utløser en sannsynlig gevinst for pasient og/eller helsetjeneste på kort eller lang sikt

Personell fra Agder reiste til Kongsvinger for opplæring av ansatte i hjemmebaserte tjenester. Sykepleiere fra Farsund kommune samt sykepleier og lungelege fra SSHF deltok i 2 dagers opplæring

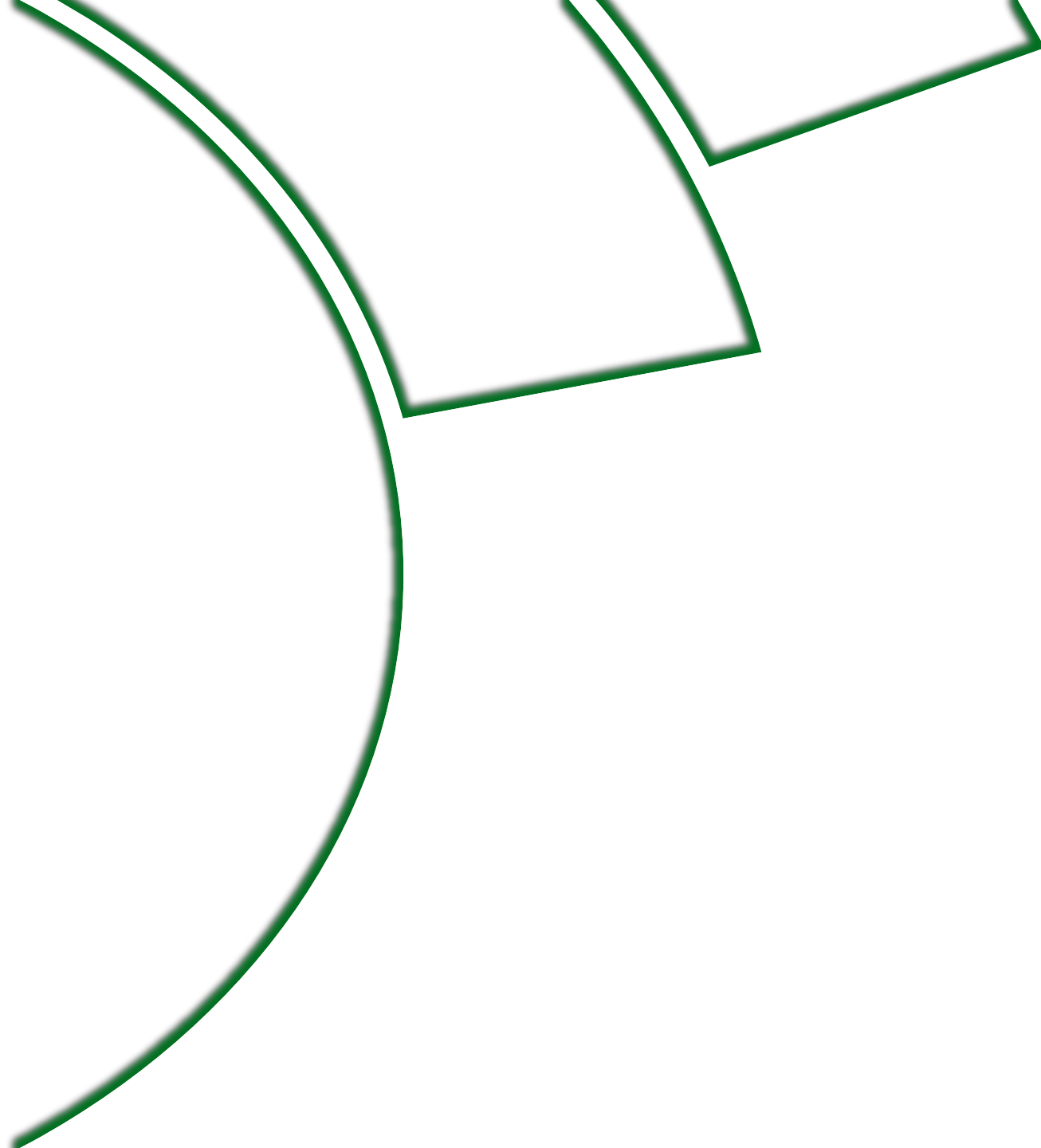
Oppstart/opplæring av de første 10 pasientene skjedde i mai/juni 2019, de neste 10 fikk oppstart/opplæring høsten 2019

Kongsvinger kommune kjøpte oppfølgingstjeneste (TMS) fra Farsund kommune (2500,- inkl. mva per måned/per pasient inkludert oppfølging, utstyr og lisens)



3

PASIENTFORLØPET FOR
PASIENTER MED OPPFØLGING
MELLOM REGIONER



Tjenesteforløp TELMA Kongsvinger



Foto: glomdalen.no



Ved oppstart av prosjekt:
Ahus identifiserer 20
brukere i samarbeid med
fastlegene og inkluderte
pasientene

Fortløpende: Kongsvinger
kommune (hjemmetjeneste og
forvaltning) identifiserer opptil 30
samtidige brukere i samarbeid
med fastlegene og inkluderer
pasient

Kongsvinger kommune
melder relevant pasient-
informasjon til
Forvaltning Farsund

Forvaltning
opprettet
pasient i
fagsystem

Forvaltning
melder TMS
om ny
pasient

TMS
mottar/innhenter
data og relevant
informasjon om
pasient

Fellessamling for
prosjekt informasjon,
opplæring og
utlevering utstyr

TMS foretar
kartlegging av
brukerens behov
for oppfølging

TMS mottar
og registrerer
målinger

TMS evaluerer
og følger opp
ved avvikende
målinger

TMS gjennomfører
evalueringssamtale hver
3. mnd og sender e-
melding til Kongsvinger



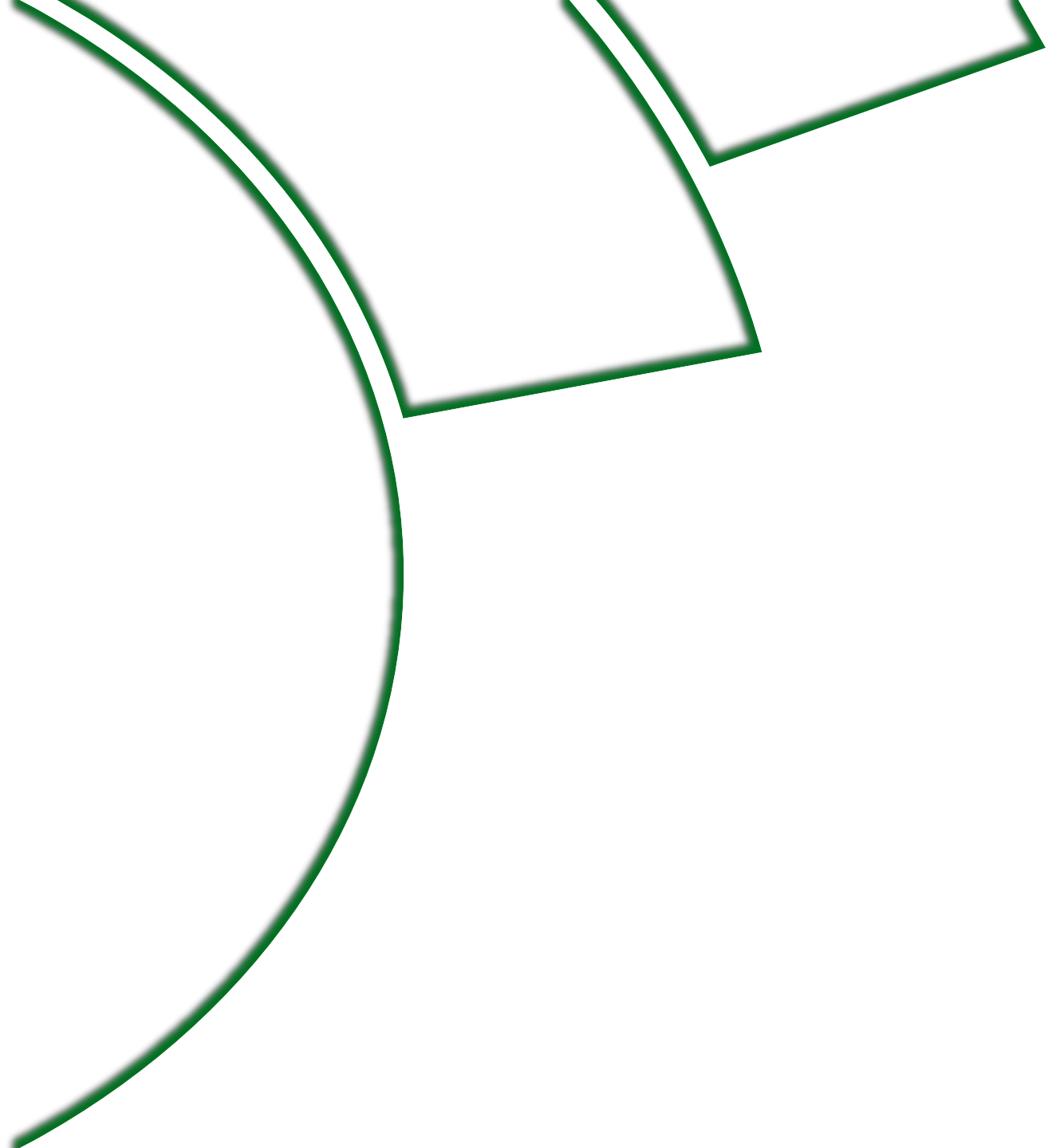
Pasientforløpet ved fortsettelsen av tjenesten «TELMA Kongsvinger» (Etter de første 20 pasientene var inkludert)

Aktivitet	Bruker / pårørende 	Fastlege 	Sykehus 	TMS 	Forvaltning TMS	Forvaltning Hjem	Kontaktperson hjemkommune
Identifisering/henvisning	U	U	U	U		A	U
Inkludering		R				A	
Tildeling av utstyr		R		A U			U
Opplæring				A U			U
Kartlegging (EBP)		A	R	U			
Rapportering	A			U			
Vurdering	U	R	R	A			R
Evaluering	R	R	R	A		R	R
Avslutning				A U		R	U

A = Ansvarlig **U** = Utførende **R** = Rådgivende

4

**ERFARINGER OG GEVINSTER
FRA SAMARBEIDET MELLOM
REGIONENE**



Pasienten opplevde nytte og trygghet ved digital hjemmeoppfølging

Brukeropplevelse, Aud Vera

- Fra nyhetssak på NRK Innlandet, 30.jan.2020 får vi høre Aud Veras opplevelse med digital hjemmeoppfølging. (se hele saken her: <https://tv.nrk.no/se?v=DKIN98013020&t=45s>)
- Aud Vera som bor i Kongsvinger kommune opplever trygghet ved digital hjemmeoppfølging fra Agder ved Farsund kommune
- Hun fikk diagnosen KOLS for 13år siden og var svært dårlig
- Hun mottar veiledning fra sykepleier ved telemedisinsk sentral i Farsund kommune
- Om ikke alt stemmer blir hun oppringt av sykepleier og medisinbehandling igangsettes
- Aud orker å trene to ganger i uken fordi hun ikke har vært innlagt på 9 måneder



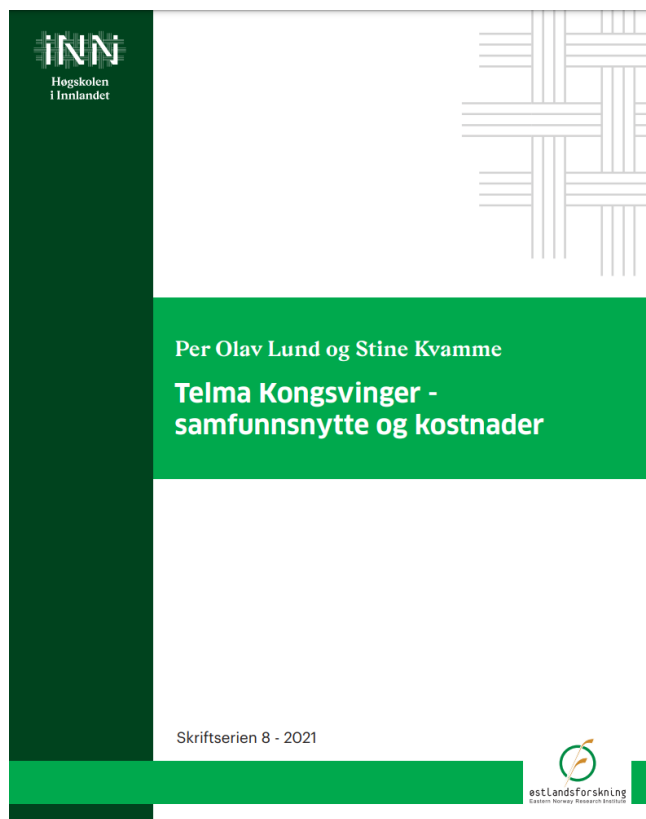
Kommunens tilbakemelding

- «En vinn-vinn situasjon for kommune og pasienten»
- Færre innleggelser og bedre livskvalitet er resultatet
- Kongsvinger kommune sier at erfaringene er så gode at de vil utvide til flere



Forskning i TELMA Kongsvinger

Kongsvinger kommune gjennomførte forskning i løpet av prosjektet. Her har vi tatt med et sammendrag fra rapporten som er publisert på hjemmesidene til Østlandsforskning



SAMMENDRAG

Denne rapporten undersøker samfunnsøkonomiske virkninger av telemedisinprosjektet Telma i Kongsvinger kommune. Telma Kongsvinger er et pilotprosjekt der om lag 20 pasienter deltar. Virkningene som belyses i rapporten er delt inn i tre områder: innbyggerperspektiv, da primært pasientene, helse- og omsorgstjenester i Kongsvinger kommune og spesialisthelsetjenesten.

Utgangspunktet for metodisk tilnærming var å gjøre en samfunnsøkonomisk analyse forankret i DFØs veileder, men datagrunnlaget begrenset arbeidet. Rapporten er basert på dokumentstudier, noe statistikk og intervjuer. Effekter utover de regionale er ikke belyst. Resultatene i rapporten må derfor brukes med forsiktighet.

Fra innbyggerperspektivet fremstår Telma som et tiltak som i hovedsak gir positive effekter for pasientene, pårørende og befolkningen ellers. For pasientene innebærer Telma en bedre mestring av egen sykdom og økt trygghet.

Innsparingspotensialet for Kongsvinger kommune avhenger redusert behov for kommunale tjenester. Potensielt innsparingsnivå er estimert til rundt 20 000 kr for deltakerne i prosjektet. Hovedforklaringen er at kolspasienter i liten grad er mottakere av kommunale hjemmetjenester. Kongsvinger kommune bekoster tjenesten som, inkludert prosjektkoordinering og lignende, utgjør ca. 860 000 kr/år slik den er organisert i dag.

For spesialisthelsetjenesten kan Telma dempe behovet for spesialisthelsetjenester, men pasientgruppen utgjør såpass få personer at det neppe innebærer en endring i kapasitetsvurderingene til sykehuset.

Det er med andre ord pasienten og pårørende som har best nytte av Telma, mens kommunen betaler regningen. Avslutningsvis peker rapporten på at en bør vurdere hvordan kommunen kan oppnå mer økonomiske innsparingseffekter av Telma. Ved å øke antallet deltakere vil en oppnå skalaeffekter og trolig lavere enhetskostnader. Det er også interessant å se på andre pasientgrupper som kan redusere behovet for kommunale hjemmetjenester, bl.a. hjertefeilpasienter.

<https://www.ostforsk.no/wp-content/uploads/2021/04/rapport-8-2021-OF-HINN-Lund-Kvamme.pdf>

Oversikt over virkningene i TELMA Kongsvinger

Kongsvinger kommune samarbeider med A-hus divisjon Kongsvinger og Sykehuset i Agder i TELMA; et prosjekt med avstandsoppfølging av hjemmeboende brukere med KOLS. Fastleger vil knyttes til prosjektet, og dette gir muligheter for utvidelse av telemedisin til ytterligere bruker- og pasientgrupper. Ved utgangen av 2019 er 20 hjemmeboende med KOLS-sykdom tilknyttet tjenesten, og planen er å utvide tilbudet til også andre diagnosegrupper. I samarbeid med A-hus ses det blant annet på mulighet for avstandsoppfølging innen lindrende omsorg. Avstandsoppfølging gir mestring og trygghet for den enkelte bruker, og sørger for tettere samarbeid mellom kommunen, fastleger og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 5.12 Eksempler oversikt virkninger

			Virkning	Verdi
Samfunnsøkonomiske virkninger	Innbygger	Pasient	Ikke-prissatt	+
		Pårørende	Ikke-prissatt	+
		Befolkning	Ikke-prissatt	+
	Kongsvinger kommune	Pleie- og omsorgstjenesten	Prissatt	-
		Fastlege	Ikke-prissatt	+
		Legevakt	Ikke-prissatt	+
	Spesialisthelsetjenesten	Ahus Kongsvinger	Ikke-prissatt	+ / -
		Pasienttransport	Ikke-prissatt	+
		Ahus Psykiatri	Ikke-prissatt	Uavklart effekt

Kilde: Østlandsforskning

Østlandsforskning har i deres rapport gjort et arbeid over virkningene i TELMA Kongsvinger, men sier i rapporten at resultatene må brukes med forsiktighet, da oppfølgingen burde skje over lenger tid for å trekke konklusjoner i henhold til samfunnsnytt av prosjektet.

Oppfølgingstjenestens erfaringer

Oppfølgers erfaring

Sykepleiere ved TMS Farsund opplever oppfølgingen som svært positiv og sier at distansen mellom dem og pasientene ikke oppleves som noe negativt.

«Vi håper vi får fortsette å følge dem opp en god stund til, vi har blitt så glad i dem vet du!»
Sykepleier v/ oppfølgingstjenesten Farsund

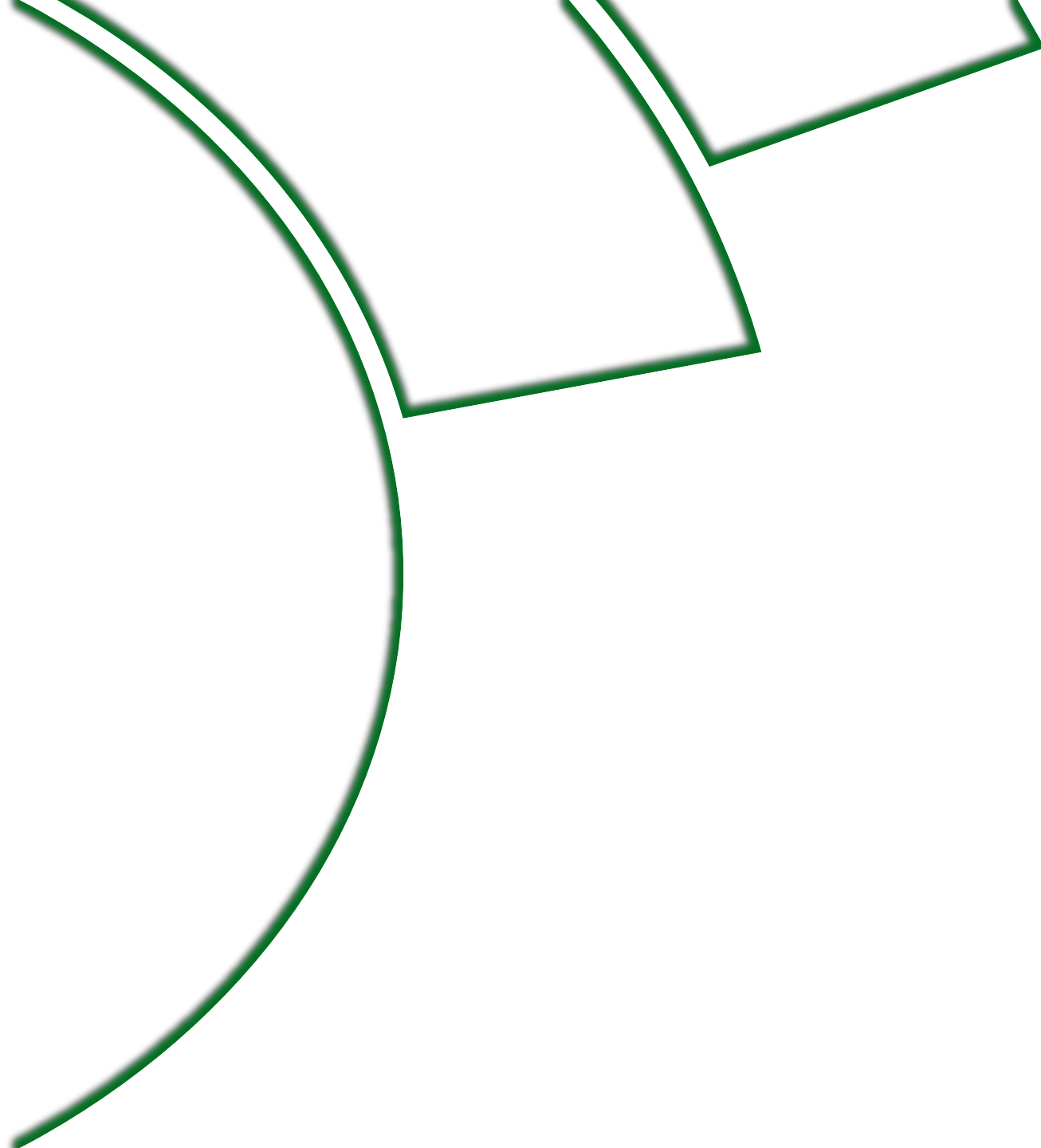
Kommunens tilbakemelding

- «En vinn-vinn situasjon for kommune og pasienten»
- Færre innleggelser og bedre livskvalitet er resultatet
- Kongsvinger kommune sier at erfaringene er så gode at de vil utvide til flere



5

FORTSETTELSE AV SAMARBEIDET



Forankring i Kongsvinger

TELMA Kongsvinger er forankret i Strategi og planarbeid i kommunen. Kongsvinger kommune vil fortsette å kjøpe tjenesten fra Farsund kommune ut 2021, og har ambisjon om å overta oppfølgingen selv tidlig i 2022

Kommunen skriver: «Kongsvinger kommune samarbeider med A-huns divisjon Kongsvinger og Sykehuset i Agder og TELMA; et prosjekt med Digital Hjemmeoppfølging av hjemmeboende brukere med KOLS. Fastleger vil knyttes til prosjektet, og dette gir muligheter for utvidelse av telemedisin til ytterligere bruker – og pasientgrupper. Ved utgangen av 2019 er 20 hjemmeboende med KOLS-sykdom tilknyttet tjenesten, og planen er å utvide tilbudet til også andre diagnosegrupper. I samarbeid med A-hus ses det blant annet på mulighet for Digital Hjemmeoppfølging innen lindrende omsorg. Digital Hjemmeoppfølging gir mestring og trygghet for den enkelte bruker, og sørger for tettere samarbeid mellom kommunen, fastleger og spesialisthelsetjenesten.»

Velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging er forankret i kommunen og satt inn som en del av både strategi og økonomiplan den kommende perioden



Økonomiplan for 2020 — 2023
Kongsvinger



Forankring forts.

TELMA Kongsvinger er et tema i utdanningsforløpet, her ved høyskolesenteret i Kongsvinger.



Fortsettelsen av samarbeidet

- Gjennom samarbeide om etablering av digital hjemmeoppfølging mellom regioner opplevde både pasientene og kommunen gevinster.
- Pasientene gav tilbakemelding på bedre livskvalitet, trygghet og mestring.
- Videre gjorde kommunen beregninger som viste tendenser til samfunnsøkonomiske gevinster for det antall pasienter som var inkludert.
- Gjennom samarbeidet på tvers av regionene har det blitt jobbet med tjenesteinnovasjon. Erfaringsdeling på tvers har styrket utviklingen for begge parter.
- Prosjektet har hele veien jobbet med forankring i alle ledd. Ledere i kommunen har vært tett på og sikret både forankring administrativt og politisk. Det er slik sikret at DHO er tatt inn i de nødvendige strategi og økonomiplaner for å sikre eierskap og forankring i drift.
- Videre vil partene fortsette det gode samarbeide og utveksle erfaringer om digital hjemmeoppfølging

Har du spørsmål til rapporten?

Kontaktpersoner:

Prosjektleder nasjonalt velferdsteknologiprogram digital hjemmeoppfølging:

Morten Lauknes

Mail: Morten.Lauknes@kristiansand.kommune.no

Tlf: 48 02 76 04

Delprosjekt nasjonalt velferdsteknologiprogram digital hjemmeoppfølging:

Camilla Gabrielsen

Mail: Camilla.Gabrielsen@farsund.kommune.no

Tlf: 93 83 94 96

Delprosjekt nasjonalt velferdsteknologiprogram digital hjemmeoppfølging:

Karoline Vassbø Nyhus

Mail: Karoline.Vassbo.Nyhus@kristiansand.kommune.no

Tlf: 94 88 03 37

Digital hjemmeoppfølging

AGDER MEDIEOPPSLAG

SAKER FRA AGDER

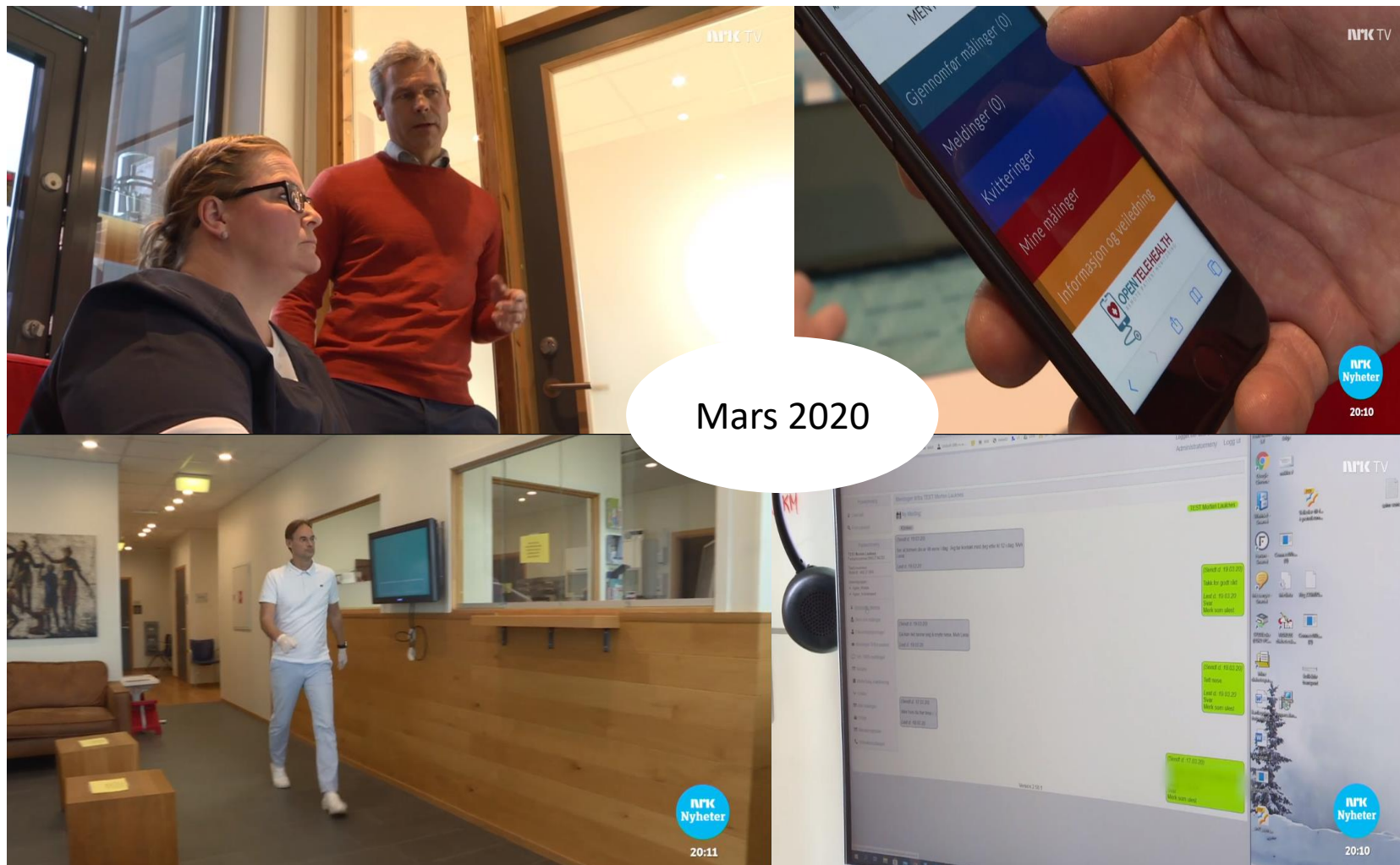
- TV NRK nyheter – Kongsvinger pasient
- TV NRK nyheter – DHO covid-19 PHT Sørlandsparken
- Artikkel i Lister – DHO Covid -19 TMS Farsund
- Sshf.no - DHO Sykehus- kommune
- Fvn.no - covid-19 app
- Innomed
- Nordisk konferanse
- I4Helse

NRK nyheter – Pasienter i Kongsvinger med oppfølging fra Farsund kommune



<https://tv.nrk.no/serie/distriktsnyheter-oestnytt/202001/DKIN98013020/avspiller#t=60s>

NRK NYHETER – DHO PHT Sørlandsparken C19



<https://tv.nrk.no/serie/distriktsnyheter-soerlandet/202003/DKSL98031920/avspiller>

Artikkel LISTER24 – DHO Covid -19 Oppfølging i Farsund



Artikkel SSHF.no – DHO Sykehus- kommune

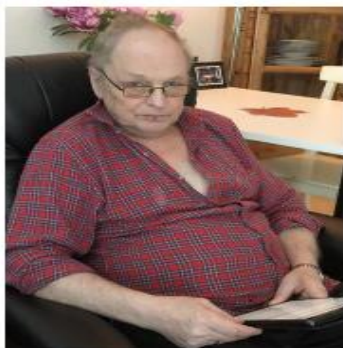


Forside › Om oss › Nyheter › KOLS-oppfølgning fra sykehuset via nettbrett

KOLS-oppfølgning fra sykehuset via nettbrett

Bjørn Vimme leverte digitale rapporter om egen helsetilstand til sykehuset i Arendal etter en forverring i KOLS-sykdommen. – Det er en fordel at noen følger med på hvordan det går med meg, og jeg synes det er greit å kunne sende melding via nettbrett når jeg føler meg litt dårligere, sier han.

Publisert 03.02.2021 / Sist oppdatert 10.02.2021



Bjørn Vimme er én av foreløpig seks KOLS-pasienter som har testet ut digital oppfølging fra Sørlandet sykehus i tiden etter utskrivelse.

– Nettbrettet er ikke vanskelig å betjene og det er fint at sykepleier kan ringe meg når de oppdager uregelmessigheter i symptomene jeg rapporterer på, sier Vimme.

Han vurderer nå daglig sine egne symptomer, og rapporteringene går til Agders telemedisinske sentral i Arendal. På nettbrettet ligger også filmer med treningstips og annen pasientinformasjon om KOLS.

Forebygge innleggelse

Fra sykehuset i Arendal er det sykepleier Carina Nedenes Jensen som har hatt kontakten med Vimme gjennom et KOM-prosjekt om digital hjemmeoppfølging:

– Digital oppfølging gjør det enklere å bistå pasientene med å ta vare på sin egen helse. Pasientene har ikke nødvendigvis hjemmetjenester. Symptom-overvåkingen hjelper dem til å bli bevisst hva som kan være tegn på forverring, og hva vi må gjøre for at de ikke blir for syke og må legges inn. Når forverringen går for langt, tar det lang tid å komme seg igjen, sier Jensen.



Carina Nedenes Jensen kan følge symptomene til KOLS-pasienter fra sitt kontor og handle raskt dersom pasientene rapporterer uregelmessigheter i symptomene sine.

<https://sshf.no/om-oss/nyheter/kols-oppfolging-fra-sykehuset-via-nettbrett>

Fæderlandsvennen, covid-19 app

Fæderlandsvennen

Nyhetsstudio Nyheter Sport Magasin Tips oss

MENY

Sykepleier Miriam Høyland var i karantene med datteren Ida Egeland (10 mnd) på hjemmekontor, mens hun sammen med rådgiver Camilla Gabrielsen (t.v.) har testet ut og laget den nye appen. I Farsund fikk de hjelp av lokale pasienter som ble smittet med Covid 19 på skiferie i Østerrike. FOTO: JARLE MARTINSEN

Nasjonalt pionérprosjekt: Med denne appen kan helsevesenet i Agder overvåke deg og viruset

– Vi har jobbet dag og natt. Appen er klar og systemet på plass. Vi kan nå overvåke pasienter og koronaviruset i Agder.

Av [Jan Oddvar Eide](#) og [Jarle R. Martinsen](#)

For ett år siden / [Nyheter](#)



Sykepleier Miriam Høyland var i karantene med datteren Ida Egeland (10 mnd) mens appen ble utviklet. Torsdag kom svaret på testen: De er friske. Men fortsetter arbeidet med å overvåke pasienter fra hjemmekontoret. - Det fungerer svært godt, sier hun. FOTO: JARLE MARTINSEN