

Sluttrapport for prosjektet Mitt liv, min helse, min plan, digital hjemmeoppfølging i Larvik Juni 2021



Fotomontasje v/ Norsk Sykepleierforbund, Randi Askjer

Sammendrag

Prosjektet Mitt liv, min helse, min plan i Larvik kommune (LK) er en av seks pilotprosjekter for digital hjemmeoppfølging (DHO) på oppdrag av Helsedirektoratet. Prosjektnavnet er valgt for å understreke at DHO er en personsentrert helsetjeneste der brukeren får kunnskap og verktøy for selv å håndtere sine kroniske sykdommer.

Målet med prosjektet var bedre fysisk og psykisk helse for pasientene og en bedre ressursutnyttelse i helsetjenesten. Som pilot har Larvik innhentet erfaringer og kunnskap til helsedirektoratet for deres arbeid med å utvikle nasjonale anbefalinger.

Larvik fikk i på slutten av 2018 et ekstra tilskudd for å utvikle en digital egenbehandlingsplan (DEP). Dette arbeidet ble gjennomført i samarbeid med leverandør Dignio.

De seks pilotprosjektene er blitt fulgt av forskere fra Oslo Universitet, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin UiT. De har gjennomført et randomisert, kontrollert studie (RCT). Sluttrapporten for forskningen vil komme i slutten av 2021, det er publisert to delrapporter, [delrapport II](#) kom i april 2021.

I Larvik har målgruppen vært innbyggere med kroniske, somatiske lidelser. Det ble rekrutert 80 deltakere, av disse kom 38 i kontrollgruppen og 42 i tiltaksgruppen. Det ble ved oppstart inngått avtale med 22 fastleger, i tillegg er det flere fastleger uten avtale som har hatt pasienter med i prosjektet.

Resultater beskrives i kapittel 8 med pasienteksempler, resultater fra spørreundersøkelser og resultater etter innhenting av diverse måleparametre. Resultatene viser at alle deltakerne i tiltaksgruppen opplevde økt trygghet på grunn av DHO (100%). De rapporterer videre økt kunnskap og mestring (89%), mange fikk bedre fysisk helse (41%) og over halvparten rapporterer økt livsglede (58%). Mange svarte at de hadde hatt færre besøk hos fastlege og på sykehus på grunn av DHO.

Under pandemien ble det utviklet og tatt i bruk egne spørreskjemaer for oppfølging av covid-19 smittede. Dette har vært nyttig for å fange opp signaler på forverring og oppdage behov for sykehusinnleggelse. Det har også redusert den fysiske kontakten mellom pasient og helsepersonell og dermed redusert smitterisikoen.

For videre drift i Larvik anbefales en kombinert løsning der Helsehjelpen er spydspissen i forhold til kompetanse, opplæring og veiledning. Det anbefales at Helsehjelpen har ansvaret for oppfølgingen av pasientene som ikke mottar hjemmetjenester. Oppfølging av deltakerne som har andre tjenester bør følges av den aktuelle tjenesten som hjemmesykepleier eller kreftkoordinator. Det vil kunne gi direkte gevinst i tjenesten og pasientene følges opp av personell som kjenner de best.

Ordlister og forkortelser

Ord/forkortelse	Forklaring
Digital hjemmeoppfølging/ DHO Tidligere kalt medisinsk avstandsoppfølging/ MA	«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)
Digital egenbehandlingsplan/ DEP	Brukerens egenbehandlingsplan på nettbrettet eller pasientens egen telefon. DEP inneholder brukerens egne mål, definisjon av soner (grønn, gul rød der grønn er normal tilstand og rød er alvorlig forverring), DEP forklarer hvilke tiltak pasienten selv kan gjøre i de ulike sonene for å holde seg frisk eller starte med medikamentell behandling.
Bruker	En person (pasient) som som mottar digital hjemmeoppfølging
Deltaker	En person (pasient) som inngår i utprøving av DHO - enten i titlaks- eller kontrollgruppen.
MyDignio	Brukernes flate på nettbrett eller app for målinger, DEP og dialog med helsepersonell for DHO fra firmaet Dignio AS.
Dignio Prevent	Helsepersonells flate for målinger, EBP og dialog med bruker fra firmaet Dignio AS.
Utprøvingen	Med utprøvingen menes den nasjonale utprøvingen av DHO initiert av helsedirektoratet i 2018. Utprøvingen gjennomføres i seks lokale kommunale prosjekter.
Forskningen	Følgforskningen som gjennomføres av Universitet i Oslo, Oslo Economic og Nasjonalt senter for distriktsmedisin UiT
Helsehjelpen	Larvik kommunes oppfølgingscenter for DHO og annen velferdsteknologi

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
Ordlister og forkortelser	3
Kap. 1 Innledning	5
Kap. 2 Bakgrunn - Det nasjonale prosjektet	5
Om Larvik kommune.....	6
Larviks deltagelse i DHO prosjektet.....	8
Kap. 3 Mål og målgruppe	9
Mål.....	9
Målgrupper.....	10
Kap. 4 Modell for digital hjemmeoppfølging i Larvik	11
Prosjektorganisering.....	11
Brukerpanel og involvering av brukerne i utviklingsarbeidet.....	12
Henvisning og inklusjonskriterier.....	13
Drift av DHO.....	14
Digital egenbehandlingsplan som grunnlag for egenmestring.....	16
Samarbeid med Sykehuset i Vestfold-HF (SIV).....	17
Fastlegene rolle og ansvar i DHO.....	18
Teknologi og anskaffelse.....	19
Fordeler og ulemper med Larviks modell for organisering av tjenesten.....	20
Kap. 5 Etiske utfordringer	20
Kap. 6 Måloppnåelse og gevinster	22
Resultater for brukerne.....	22
Anonymiserte pasienthistorier fra Larvik.....	22
Resultater fra spørreundersøkelser.....	25
Brukeropplevelse av oppfølgingen-fra gevinstrealiseringskjemaet.....	26
Resultater for Sykehuset i Vestfold-HF.....	27
Resultater for fastlegene.....	27
Resultater for kommunen.....	29
Økonomiske gevinster for kommunen.....	32
Læringspunkter.....	34
Kap. 7 Overgang fra prosjekt til drift i Larvik	35
Kap. 8 Vedlegg	36

Kap. 1 Innledning

Larvik kommune ble våren 2018 en av seks piloter som Helsedirektoratets valgte ut til å gjennomføre et treårig nasjonalt prosjekt for digital hjemmeoppfølging. Prosjektnavnet *Mitt liv, min helse, min plan* ble valgt for å understreke at dette er en personsentrert helsetjeneste der pasientene får kunnskap og verktøy til å håndtere sine sykdommer. Formålet med deltakelse var bedre fysisk og psykisk helse for brukerne og en bærekraftig ressursutnyttelse. Larvik skulle sammen med de fem andre pilotprosjektene bidra til å innhente erfaringer og kunnskap for Helsedirektoratet i deres oppdrag med å gi nasjonale anbefalinger.

Digital hjemmeoppfølging i Larvik er knyttet til Helsehjelpen. Helsehjelpen er et lavterskeltilbud for innbyggere og pårørende som gir informasjon om helserelaterte utfordringer og opplæring og utplassering av velferdsteknologisk utstyr samt digital hjemmeoppfølging.

I desember 2018 mottok Larvik et ekstra tilskudd for å utarbeide en generisk digital egenbehandlingsplan (DEP). Dette ble gjennomført i samarbeid med leverandør Dignio og den DEP er blitt kjernen i DHO i Larvik kommune. Alle deltakerne i tiltaksgruppen i prosjektet har sin DEP på nettbrettet de har fått fra kommunen eller på eget nettbrett eller telefon.

Da koronapandemien kom til Norge i mars 2020 inngikk Larvik et utviklings samarbeid med leverandøren Dignio for å utarbeide et eget opplegg for DHO av covid smittede. Det ble laget på rekordtid og tatt i bruk i april 2021. Per 1. juni 2021 har rundt 400 personer med påvist covid-19 smitte fått DHO i Larvik kommune.

Kap. 2 Bakgrunn - Det nasjonale prosjektet

Utprøving av digital hjemmeoppfølging ble gjennomført i seks lokale prosjekter innenfor rammene til Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, som er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS. Utprøvingen evalueres av forskere ved institutt for helse og samfunn ved universitetet i Oslo (UiO), Oslo Economics (OE) og Nasjonalt

senter for distriktsmedisin ved UIT Norges arktiske universitet (NSDM). Seks utvalgte lokale prosjekter prøver ut ulike modeller og har valgt ulike leverandører for digital hjemmeoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Prosjektene startet opp 1. Juli 2018 og avsluttet 1. Juli 2021. Formålet med utprøvingen var å samle kunnskap og erfaringer for til å gi nasjonale anbefalinger om DHO

Tabellen nedenfor er hentet fra første delrapport fra Oslo Economics. Den viser en oversikt over pilotene og deres navn og leverandører av digital hjemmeoppfølging.

Om Larvik kommune

Kommune	Prosjektnavn	Leverandør
Bodø	Helsehjelpa	Telenor
Stadt	mestrarhels@miheime	Dignio
Kristiansand (i samarbeid med flere kommuner i Agder)	TELMA NVP	Siemens Healthineers
Larvik	Mitt liv, min helse, min plan	Dignio
Oslo (bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo, St. Hanshaugen)	VIS 2.0	Dignio
Ullensaker og Gjerdrum	Mitt liv, mitt ansvar	Siemens Healthineers



Larvik kommune ligger ved ytre Oslofjord og er den nest største kommunen i Vestfold og Telemark fylke med et areale som omfatter kystlinje med byene Larvik og Stavern, tettstedene Kjerringvik, Ula, Nevlunghavn og Helgeroa og innland med tettstedene Svarstad og Kvelde.

Kommunen ble i 2018 sammenslått med Lardal kommune og har store landbruks og skogsområder.

Fakta om Larvik kommune:

- 47.500 innbyggere
- Larvik og Stavern er kommunens byer
- Areal: 535 km², 110 km kystlinje
- Antall innbyggere 80+: I 2021:: 2580, i 2039: blir antallet doblet til 5158 og stiger videre til 6386 i 2050 (SSB fremskriving MMMM)
- Hytte og camping kommune, med en kraftig økning av innbyggere i sommerhalvåret
- Jordbruk er en stor del av næringsvirksomhet
- Omfattende stenindustri
- Gjennomsnittlig levealder 79,4 år for menn 83,7 år for kvinner

Helsehjelpen Helsehjelpen er lokalisert i Larvik Helsehus og er betjent på hverdager fra 08.00-17.00. Tjenesten er bemannet med tre spesialiserte sykepleiere, en ergoterapeut og en fagarbeider innen IT. Disse yter følgende tjenester:

- Informasjon, råd og veiledning ved helserelaterte utfordringer
- Informasjonskanal for befolkningen rundt tjenester innenfor helse og omsorg
- Programmering, utplassering, drift, vedlikehold og demontering av velferdsteknologisk utstyr
- Opplæring i velferdsteknologisk utstyr, både til innbyggere, pårørende og ansatte
- Digital hjemmeoppfølging inkludert oppfølging av Covid-19 smittede

Fastlegetjenesten i Larvik kommune



Larvik kommune har 42 fastleger fordelt på 13 legesentre/kontorer (med 3-5 leger pr senter) de fleste i sentrum eller nær sentrum og resten av legekantoren beliggende i andre tettsteder rundt i kommunen. De fleste av legekantorene har hatt en eller flere leger knyttet opp mot DHO prosjektet med avtaler og deltagelse på møter,

workshops samt inngått samarbeid om pasienter inn i DHO prosjektet, totalt har 22 leger inngått avtale om deltagelse i DHO og enda flere har hatt pasienter med i prosjektet..

Sykehuset i Vestfold - HF

Larvik kommune er en av seks kommuner (tidligere Vestfold fylkeskommune) som hører inn under sykehusområdet Sykehuset i Vestfold HF (SIV). Hovedbygget er lokalisert i Tønsberg, det er en avdeling i Larvik (tidligere Larvik sykehus) med blant annet ortopedisk avdeling samt flere poliklinikker i tillegg til Kysthospitalet i Stavern. SIV ligger under det regionale helseforetaket Helse Sør-Øst og hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. (Kilde: Helse Sør-Øst sin hjemmeside).

Larviks deltagelse i DHO prosjektet

Larvik kommune ble i 2015 inspirert av et studiebesøk i Skottland. Politikere fra Helse og omsorgskomiteen og ansatte fra administrasjonen besøkte det nasjonale callsenteret i Skottland der digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi er en sentral del av helsetjenesten. Larvik kommune opprettet i 2018 Helsehjelpen, et lavterskeltilbud for alle innbyggere, inspirert nettopp av callsenteret i Skottland og Helsehjelpens mål var blant annet digital hjemmeoppfølging eller medisinsk avstandsoppfølging som det ble kalt i starten.

I Larvik kommune er antall innbyggere over 80 år 2.580 i året 2021, og 5,4 % av innbyggerne i kommunen. Innen 2039 er antallet innbyggere 80+ fordoblet. Da vil ikke dagens tjenesteprofil med høy andel sykehjemsplasser være økonomisk eller personellmessig bærekraftig.

Kommunen har 10 sykehjem med til sammen og 12,7 % av innbyggere over 80 år bor på

- Veivalg 1. Tilrettelegge for mestring.
- Veivalg 2. Nærmest mulig, så lenge som mulig.
- Veivalg 3. Sentraliserte tjenester til spesielle behov.
- Veivalg 4. Trygge overganger.
- Veivalg 5. Fra storbruker til superbruker, (reduere ulikhet i helse).
- Veivalg 6. Seniorskraft i eldrebølgen.

sykehjem. Larvik kommune har vedtatt en Temaplan Helse og omsorg 2019 – 2032 med seks veivalg (se tekstboks) som skal fungere som

lokalpolitiske retningsendringer for å styrke handlingsrommet, og bidra til et tjenestetilbud i tråd med overordnede samfunns mål. DHO er et av virkemidlene for at Larvik skal lykkes med de seks veivalgene.

Kap. 3 Mål og målgruppe

Mål

Helsedirektoratet har satt følgende effektmål for utprøvingen:

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

Videre har Helsedirektoratet satt noen minimumskrav til effektmålene som det skal følges med på, for å kontrollere for uønsket effekt av tiltaket:

- Målet om bedre fysisk og psykisk helse skal oppnås uten forverring i klinisk målt helsetilstand i form av sykelighet og dødelighet og uten forverring i sosial helse. Med sosial helse menes her fravær av ensomhet og opplevelse av verdighet.
- Bedre pasientopplevelse for personer med digital hjemmeoppfølging skal oppnås uten at velferdsteknologi skal oppleves som en ulempe for helsepersonell.
- Målet om lavere kostnader for helsetjenesten skal oppnås uten å påføre vesentlige kostnader for næringsliv, andre deler av offentlig forvaltning, eller pårørende.

Larvik kommune

Prosjektnavnet *Mitt liv, min helse, min plan* ble valgt for å markere at digital hjemmeoppfølging er en personsentrert helsetjeneste der brukeren får kunnskap, makt og verktøy til å bedre håndtere sin egen helsetilstand. I stedet for spørsmålet “*hva feiler det deg?*” spørres deltakerne “*hva er viktig for deg?*”. Helsepersonell og teknologien støtter pasienten i samvalg ved å definere mål, og utarbeide en egenbehandlingsplan (DEP).

Målet med å gjøre planen digital var gjøre planen lettere tilgjengelig og mer detaljert for brukeren og bedre mulighetene for å revidere og følge opp planen i det tverrfaglige teamet rundt pasient ved å gjøre det lett å frem frem tiltak som kan hjelpe brukeren å forbli i grønn sone, som for eksempel i treningsopplegg, kostråd, medisinerings o.l.

Larvik-prosjektet er inspirert av lege og professor Gro Berntsen og hennes arbeid med personsentrerte og tverrfaglige team som metode i behandling av skrøpelige/multisyke pasienter. Som følgende sitat illustrerer: ”Hele det vestlige helsevesen har i flere hundre år bygget opp sine tjenester rundt legene og den enkelte diagnose. Ikke ut fra pasientens behov.

Dermed har hele systemet endt opp med å behandle stadig flere pasienter i den dyreste og mest risikable enden. Vi har nå en politisk bestilling fra Stortinget som tar til orde for å sette pasienten i sentrum og gi pasienten mer makt. PSHT lar pasientens mål få makt, og det endrer alt, sier Gro Rosvold Berntsen.” (fra artikkelen Personsentrert helsetjeneste redde liv, fra hjemmesiden til Nasjonalt senter for e-helse forskning)

I Larvik prosjektet har man benyttet metoden motiverende intervju i prosjektet i samtaler med pasientene og har gode erfaringer med dette.

Målet for prosjektet Mitt liv, min helse, min plan

- Deltakerne skal få bedre fysisk og psykisk helse
- Deltakerne skal få mer kunnskap og kontroll over egen helsesituasjon
- Det skal resultere i en bærekraftig modell for digital hjemmeoppfølging
- Prosjektet skal være med på å skaffe til veie fakta til Helsedirektoratets oppdrag om å gi nasjonale anbefalinger for digital hjemmeoppfølging

Delmålene:

- Prøve ut hjemmeoppfølging som metode
- Oppnå økt egenmestring, kunnskap og trygghet for pasienten
- Avdekke forverring raskt slik så tiltak kan iverksettes tidlig
- På sikt utsette/minske behov for mer ressurskrevende tjenester, f.eks. legevakt, korttidsopphold, akutte sykehusinnleggelser og besøk hos fastlegen
- Sømløse tjenester med god samhandling mellom sykehus, fastleger og kommunens øvrige helsetjenester
- Utvikle og teste ut en digital egenbehandlingsplan

Målgrupper

KOLS

Larvik kommune startet med KOLS pasienter som den første målgruppen. Kommunen har høy andel KOLS pasienter, data fra SIV viste en overrepresentasjon av KOLS pasienter fra Larvik. En hver sykehusinnleggelse for en KOLS pasient er en stor belastning og man ønsket å å fange opp symptomer så tidlig at innleggelser kunne unngås.

Andre kroniske lidelser

Prosjektets styringsgruppe ble tidlig forelagt forslag om å utvide målgruppen og ga grønt lys til at pasienter med andre kroniske lidelser som hjerte- og karlidelser, diabetes og kreft ble inkludert.

Covid-19

Da koronapandemien kom til Norge i mars 2021 så prosjektgruppen at digital hjemmeoppfølging var godt egnet for å følge opp covid-19 smittede. Det ville redusere smittefaren ved legebesøk og fange opp symptomer på forverring tidlig.

Oversikt over deltakerne i de ulike målgruppene i forskningsprosjektet

Målet for det nasjonale prosjektet var minst 600 brukere og 1. Juli 2020, sluttdatoen for å inkludere deltakere til forskningen, var det rekruttert 734 pasienter. Målet for Larvik var opprinnelig 70 pasienter, det økte til 80 pasienter i løpet av prosjektperioden. Larvik hadde per 1. juli 2020 80 deltakere inkludert i prosjektet, av disse var:

- 42 deltakere i tiltaksgruppen, seks av deltakerne døde i prosjektperioden
- 38 deltakere i kontrollgruppen, seks av deltakerne døde i prosjektperioden,
- Deltakernes hoveddiagnose
 - Kols
 - Diabetes
 - Hjerte- og -kar lidelser
 - Kreft

Siden mars 2020 har det vært rundt 400 Covid-19 pasienter som har fått digital hjemmeoppfølging, disse er ikke inkludert i forskningen.

Kap. 4 Modell for digital hjemmeoppfølging i Larvik

Prosjektorganisering

Prosjektet ble fra starten organisert som et tiltak knyttet til Helsehjelpen. Helsehjelpens tverrfaglige team rekrutterte, prioriterte og fulgte opp brukerne. Ulempen med organiseringen var avstanden til hjemmetjenesten og gjorde det mer komplisert for å få tatt ut gevinsten i form av redusert bruk av hjemmetjenester eller justert tjenesten på andre måter. Dette er nå endret

og det prøves ut en ny modell der hjemmebaserte tjenesten tar over ansvaret for brukere som får hjemmetjenester. Helsehjelpen vil fortsatt ha ansvaret for opplæring, teknisk drift og være back-up for hjemmetjenesten samt følge opp pasienter som ikke har hjemmetjenester eller som kan få DHO i stedet for hjemmetjenester. Prosjektet er forankret i den øverste ledelsen av helse og mestring i Larvik.

Prosjekteier: kommunalsjef for helse og mestring i Larvik kommune Guro Winsvold

Styringsgruppe:

- Leder: Kommunalsjef for helse og omsorg Larvik kommune Guro Winsvold
- Avdelingssjef Sykehuset i Vestfold-HF; Marit Dahl Mikkelsen
- Leder for helsehjelpen i Larvik kommune fra og med 2019 Aase Tømte, (i 2018-2019 Cecilie Lyngra Seierstad)
- IT-sjef Larvik kommune; Sigurd Strand
- Prosjektleder Larvik kommune; Karen Kaasa frem til 1.10.2020, Linda Nilsen Augland fra 01.10.2020

Prosjektledere: Karen Kaasa frem til oktober 2020, og Linda Nilsen Augland for digital hjemmeoppfølging fra oktober 2020 og Covid-19 fra juli 2020.

Prosjektlege: Jens Kristian Fagernæs.

Prosjektgruppen har bestått av ulike deltakere etter hvert som som prosjektet har skredet frem. Det har vært jevnlig møter i prosjektgruppen som også har hatt en deltaker fra SIV-HF. Det er avholdt 5 workshops, fastlegene har vært aktive deltakerne på alle workshopene. Da pandemien kom ble det satt en stopper for fysiske workshops.

Brukerpanel og involvering av brukerne i utviklingsarbeidet

Brukerpanel har bestått av alle deltakerne i prosjektet og noen pårørende. Larvik startet med brukerpanel i juni 2019. Det er i løpet av prosjektperioden gjennomført tre brukerpanel for å få brukernes tilbakemeldinger og dele erfaringer. Det har vært svært god deltagelse på disse samlingene. Det ble avholdt to møter i 2019 og ett møte i 2020. Det ble satt en stopp for brukerpanel når pandemien kom, i tiden fra mars 2020 og ut prosjektperioden ble det derfor sendt ut brukerundersøkelser som ga nyttige tilbakemeldinger for prosjektet.

Brukerpanel i Larvik 19.6.2019: 12 brukere deltok



Direktoratet for e-helse

Helsedirektoratet

KS

Side 7

(Illustrasjon utarbeidet av Helsedirektoratet)

Det er mottatt jevnlige tilbakemeldinger på spørreskjema via Ipaden brukerne fikk tildelt, de ble sendt ut med 12 ukers mellomrom. Her kom brukerne med tilbakemeldinger, men disse var ikke anonyme. I tillegg ble det høsten 2020 sendt ut en anonym spørreundersøkelse til alle brukerne.

Fem brukere har deltatt på forskjellige workshop i regi av Helsedirektoratet, E-helsedirektoratet, private aktører og Helsehjelpen. De har bidratt med erfaringer, meninger og konstruktive tilbakemeldinger om oppfølgingen. Brukere og pårørende har også stilt opp på intervju i media eller ved studiebesøk fra departementer og andre kommuner.

Henvisning og inklusjonskriterier

Det har vært mulig for alle å henvise inn til DHO-prosjektet. Fastlegene var de som henviste flest:

- 51% henvist fra fastlegene
- 23% henvist fra hjemmetjenesten
- 3% henvist fra Sykehuset i Vestfold-HF
- 23% henvist av andre (brukerne selv, pårørende, tjenestekontoret (tildelingskontor), privat fysioterapeut, andre kommunale tjenester)

Brukerne som ble inkludert måtte ha et visst forbruk av helsetjenester, eller en eller flere innleggelse på sykehus. Inklusjonskriteriene ble endret etterhvert som oppfølgingstjenesten fikk erfaring med oppfølgingsmetodikken. I begynnelsen var det stort fokus på å få inn nok brukere til forskningen, mens det senere ble lagt mer vekt på brukerens totale ressursforbruk i helsetjenesten og da særlig sykehusinnleggelse. Sykehusinnleggelse ses på som en indikator for sykdomsbyrde. Brukerens motivasjon til å følge opp og sette seg målsettinger og mestringsstrategier ble etterhvert også tatt med i betraktningen. Erfaringen så langt er at brukere med svingende sykdomsforløp som ikke har utarbeidet gode mestringsstrategier, har størst utbytte av oppfølgingen og det er gjort justeringer underveis i forhold til dette.

Drift av DHO

Den daglige driften av DHO ble gitt til det helsefaglige personalet ved Helsehjelpen. De intervjuet deltakerne, fylte ut samtykkeskjema og randomiserte deltakerne etter prosedyrene gitt av forskningsteamet. Deltakerne i tiltaksgruppen fikk utdelt ipad, individuelt tilpasset spørreskjema og utstyr valgt ut fra den enkeltes behov og mål. Det ble også gjort en bred kartlegging av sykdomsbyrde, målsetting og symptomer. Larvik kommune benyttet følgende utstyr for målinger i prosjektperioden:

- Nettbrett eller appløsning til pasientens egen telefon/nettbrett (både Apple og Android)
- Blodtrykksapparat
- Øretermometer
- Pulsoksymeter
- Spirometri
- Vekt
- Blodsukkerapparat
- CRP apparat

Etter en periode med målinger og svar på spørreskjema ble det utarbeidet et utkast til egenbehandlingsplan av sykepleier og pasient i fellesskap, og satt forslag til grenseverdier av sykepleier. Grenseverdiene avgjør om pasienten kommer i grønn, gul eller rød sone. Deretter ble det gjennomført et møte hvor bruker, fastlege og oppfølgingstjenesten går gjennom planen. Grenseverdier for målingene fastsettes og det tas en gjennomgang av oppfølgingen hvor pasientens målsettinger er i fokus.

Røde varsler blir prioritert først, deretter sorte, gule og grønne varsler. Sorte varsler er der hvor grenseverdi ikke er satt og disse bør derfor få ekstra oppmerksomhet. Grønne varsler trenger ikke være ubetydelige, men kan bety at brukeren ikke har svart eller gjort oppgavene sine og at varselet bør følges opp videre. Blå varsler er chatmeldinger fra bruker og skal svares opp samme dag. I tillegg er det fastsatte oppgaver som ligger under "Kalender" i Dignio Prevent. Dette kan være oppgaver knyttet til kontakt med fastlege, etablering av egenbehandlingsplan eller faste ringetilsyn til fastsatte tider knyttet til hver bruker og eventuelt tilknyttet den ansatte med oppfølgingsansvar. Brukerne har også mulighet til å kontakte Helsehjelpen direkte, enten på meldinger eller video på nettbrettet, eller ta kontakt per telefon ved avklaringer eller spørsmål i oppfølgingscenterets åpningstid. Kontakt opp mot fastlege foregår på e-meldinger i kommunens dokumentasjonssystem. Det sendes alltid oppdatering til fastlege ved endringer i egenbehandlingsplanen, endring av målsetting og ved oppstart av medikamentell behandling. Fastlegen er medisinskfaglig ansvarlig for brukeren, mens kommunen har oppfølgingsansvaret.

Som nevnt i avsnittet over har det blitt etablert faste ringetilsyn på alle deltakerne. Noen deltakere er i god form og blir sjeldent kontaktet da de sender inn stabile målinger som ikke utløser varsler. For å fange opp alle brukere og gi de samme type oppfølging har prosjektet valgt å sette opp ringetilsyn hver 5.uke med strukturert innhold hvor brukerne blir spurt om målsetting, effekt av DHO og om de ønsker å gjøre noen endringer i oppfølgingen.

Intervallet på ringetilsynet er lagt til hver 5.uke slik at det rulleres på hvem i oppfølgingstjenesten som gjennomfører samtalene på hver bruker, samtidig som brukerne har tid på seg til å bli kjent med eventuelle endringer og nye målsettinger.

I 2020 ble tre sykepleiere som jobbet i hjemmetjenesten engasjert i 20% stillinger for oppfølging av brukere i tjenesten. Hensikten var å sikre at hjemmetjenesten var involvert i DHO og dermed kunne ta ut gevinster i form av reduserte besøk og ved at de fanget opp forverringer tidlig og kom raskere i gang med tiltak. Tilbakemeldingene fra sykepleierne var at de fikk vurdert alle pasientene i hjemmetjenesten for å se om de ville ha nytte av DHO, men en dag i uken var for lite. Erfaringen fra dette prosjektet la grunnlaget for endringer som ble innført i 2021 der hjemmetjenesten tar over ansvaret for DHO av sine egne brukere.

Digital egenbehandlingsplan som grunnlag for egenmestring

I Larvik har Digital egenbehandlingsplan blitt kjernen i DHO. Pasientens stemme skal være den sterkeste og komme tydelig frem i planen og det skal legges til rette for pasientens samvalg.

[Samvalg](#) er en prosess der brukeren sammen med helsepersonell tar beslutninger om hvilke undersøkelses- og behandlingsmetoder som passer best (Helsenorge).

Digital egenbehandlingsplan (DEP) er brukerens egenbehandlingsplan som er på nettbrett eller på egen telefon. DEP inneholder:

- Brukerens mål (hva er viktig for deg?)
- Den aktuelle sonen som brukeren er i avhengig av dagstilstanden: grønn, gul eller rød sone
- Grønn er normal tilstand, gul sone er noe forverring og rød sone er alvorlig forverring
- DEP beskriver hvilke tiltak pasienten selv kan gjøre i de ulike sonene for å holde seg frisk og for å starte med behandling/medikamentell behandling.
- DEP gir beskjed hvis tilstanden krever legetilsyn eller akuttinnleggelse.
- DEP kan være tilgjengelig for oppfølgingstjenesten, spesialist ved sykehuset og/eller fastlege dersom brukeren har gitt sitt samtykke til det.

Siden 2019 har Larvik utviklet og testet ut DEP i samarbeid med Dignio AS. Alle brukere som følges opp i Larvik får en DEP på nettbrettet som gjør de mer i stand til å selv påvirke egen helse i alle soner (grønn, gul eller rød). Planen inneholde både en medikamentell og en ikke-medikamentell del der oppfølgingstjenesten skal legge vekt på den ikke-medikamentelle delen som for eksempel trening og kosthold. Ved å gjennomføre en bred kartlegging av brukerens problemstillinger, behov og ønsker, forsøker oppfølgingstjenesten å samle alle konkrete tiltak, tips og andre virkemidler knyttet mot brukerens diagnose. Målet er at brukerne skal være mest mulig i grønn sone ved hjelp av tiltakene beskrevet i planen.

Planen er delt i tre med symptomer og tiltak beskrevet i hver av sonene. Den kan også inneholde linker til instruksjonsvideoer, for eksempel øvelser eller korrekt inntak av inhalasjonsmedisiner. Det kan også ligge tips til hosteteknikker, bruk av hjelpemidler eller rengjøring av utstyr. Brukeren blir instruert hvordan bruke planen og hvordan bevege seg mellom de forskjellige sonene. Helsehjelpen er behjelpelig ved spørsmål og brukeren søker ofte hjelp ved forverringer, spørsmål om oppstart av medisiner eller uklarheter rundt behandlingen.

Sitat fra bruker:

“Fordi jeg har en egenbehandlingsplan og kan ta telefon til Helsehjelpen hvis det er behov, blir det også færre besøk til fastlegen”

Det ble høsten 2020 sendt ut et spørreskjema til alle brukerne med egenbehandlingsplan på nettbrettet der 17 av 21 svarte. 15 stk (88%) var svært fornøyd eller fornøyd med egenbehandlingsplanen. De aller fleste (80 %)

mente digital egenbehandlingsplan var bedre enn papirversjon, ingen mente det var dårligere. 14 stk (82 %) opplevde at de håndterte sykdommen bedre på grunn av egenbehandlingsplanen.

Blære Test Blæresen

I dag

Meldinger

Målinger

Video

Journal

Informasjon

Min Plan

Profil

Min Plan

Grønn sone

Egenbehandlingsplan: KOLS og urinretensjon

Navn: Blære Blæresen

Født: 020202

Fastlege: Fredrik Hansson

Utstyr: Nettbrett, blodtrykks -og pulsmåler, oksygenmåler, temperatur, PEF og FEV1

Diagnoser:

KOLS grad 3, urinretensjon

Mål: Klare å komme til hytta i høstferien, unngå urinveisinfeksjoner. Opprettholde dagens funksjonsnivå og unngå sykdomsforverring, gjennomføre treningsopplegg

Grønn sone

Symptomer

Habitualtilstand: KOLS

Samarbeid med Sykehuset i Vestfold-HF (SIV)

Det ble ved oppstart inngått en skriftlig samarbeidsavtale mellom Larvik kommune (LK) og Sykehuset i Vestfold HF (SIV), signert av kommunalsjef for helse og mestring og sykehusdirektøren. Avtalen la til grunn klinisk samhandling rundt KOLS pasienter.

Underveis viste det seg å være vanskelig å få til den kliniske samhandlingen. På tross av gode intensjoner ble det ikke den gode samhandlingen man hadde planlagt med noen hederlige unntak. LK og SIV søkte og fikk midler til et prosjekt kalt *Pasienten først* som startet opp i april 2021. Prosjektet er en videreføring av Helsedirektoratets utprøving av digital hjemmeoppfølging. LK og SIV vil sammen utvikle og prøve ut pasientsentrerte tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging. Målet er mer sømløse tjenester, avklaring og utføring av klinisk samhandling rundt felles pasienter, og å definere ansvar mellom sykehus og kommune innenfor de forskjellige forløpene. Digital egenbehandlingsplan skal styrke pasientenes kunnskap om, og mestring av, sin kroniske sykdom. Videre skal man kartlegge behov og planlegge for integrasjon mellom sykehusets dokumentasjonssystem, kommunens dokumentasjonssystem og fastleger tilhørende i kommunen.

Det fortsettes med to møtepunkter ukentlig der sykehuset identifiserer og spør inneliggende pasienter på lunge- og hjerteavdelingen om deltakelse i digital hjemmeoppfølging. De kontaktes deretter av oppfølgingstjenesten ved hjemkomst. Sykehuset bidrar med råd og veiledning, og deltar på etablering av egenbehandlingsplan i samarbeid med bruker og fastlege.

Fastlegenes rolle og ansvar i DHO

Prosjektet var tidlig i gang med involvering av kommunens fastleger. En av kommunens erfarne fastleger ble ansatt i 30 % stilling for å jobbe med informasjon om prosjektet til fastlegene og skaffe deltakelse fra fastlegesiden til workshop og til inklusjon av brukere. Det har vært deltatt fastleger på alle workshopene og samlingene i prosjektperioden. Prosjektet inngikk avtale om samarbeid med 22 av kommunens fastleger.

Fastlegens ansvar var:

- Bidra til inkludering av brukere
- Godkjenne og justere egenbehandlingsplan
- Involveres når pasienten er i rød sone når det er definert i DEP, eller ved behov
- Fastlegen har det medisinskfaglige ansvaret for pasienten

Teknologi og anskaffelse

Det ble i nært samarbeid med kommunens IT -avdeling og innkjøpsansvarlig sendt ut anbud til tre leverandører som ble vurdert som relevante i forhold til kommunens kravspesifikasjon. Det kom to tilbud som ble vurdert, Larvik inngikk rammeavtale om utstyr for DHO med firmaet Dignio AS. I 2019 ble det også inngått en utviklingsavtale med Dignio for å lage en digital løsning for egenbehandlingsplan.

Teknologien er i rask utvikling. Da prosjektet startet var den eneste løsningen å kjøpe inn nettbrett til brukerne. I løpet av prosjektet utviklet leverandører sikre løsninger for å kunne benytte brukernes egne telefoner eller nettbrett. Dette har spart kommunen for betydelig kostnader.

I all hovedsak har teknologien vært lett å lære seg og enkel å bruke. Mange av deltakerne har ved oppstart gitt uttrykk for bekymring rundt bruk av teknologi på grunn av høy alder og lite erfaring. Siden teknologien og brukergrensesnittet er så intuitivt og enkelt som det er, har slike bekymringer blitt erstattet med mestringfølelse og glede hos deltakerne.

Oppdateringer av MyDignio har til tider medført driftsproblemer som igjen har ført til økt bruk av ressurser på å reise ut til brukere for og fysisk restarte nettbrett, bistå med innlogging eller legge til måleutstyr på nytt. Det gjenstår fortsatt å lage gode rutiner for å følge opp hvilke nettbrett som er oppdatert og ikke, og ansvarsfordeling i forhold til dette. Dette gjelder både oppdatering av MyDignio samt operativsystemet på nettbrettene. Måleutstyret er enkelt å bruke for brukerne, og gjennom god opplæring og trygging opplever vi lite problemer med feil. Av og til må utstyr byttes på grunn av feil eller mangler, men som med annen teknologi er det å forvente. Dignio Prevent er oversiktlig og enkelt å bruke for oppfølgingstjenesten, og hjelpesidene er informative hvis det er behov for å søke informasjon. Samarbeidet med Dignio har vært spennende, utfordrende og produktivt, og vi opplever at mange av tilbakemeldingene vi har kommet med har blitt tatt hensyn til. Hele veien har vi opplevd å bli hørt når vi kommer med problemstillinger eller ønsker, samt at vi alltid møtes av stor vilje til å bistå ved ulike utfordringer. Selv om det av og til oppstår problemer som nødvendigvis ikke kan løses umiddelbart, har vi alltid opplevd å bli møtt med forståelse og løsningsorienterte personer. Engasjement og interesse hos de ansatte i Dignio gjør at samarbeidet hele tiden har vært produktivt. I løpet av prosjektet har mye blitt utviklet og bedret. De største endringene i forhold

til oppstart er den digitale egenbehandlingsplanen og at MyDignio kan brukes på pasientenes egne telefoner og nettbrett.

Fordeler og ulemper med Larviks modell for organisering av tjenesten

Det å ha oppfølging fra ett sted der oppfølgingstjenesten har vært dedikert og holdt fokus på oppgaven gjennom hele prosessen, har vært en fordel for prosjektet i Larvik. Innovasjonsfasen er krevende og det hadde vært utfordrende om oppfølgingen i denne fasen lå til hjemmetjenesten og måtte konkurrere med driften. Slik sett har det vært en fordel å ha alt på ett sted. Ulempen er at uttak av eventuelle gevinster (reduert bruk av hjemmetjenester) ikke nødvendigvis ble identifisert fordi tjenestene er adskilt. Tanken er at hjemmetjenesten i kommunen lettere kan identifisere og hente ut gevinster. Oppfølgingstjenesten ble dessuten oppfattet som en satelittjeneste uten noen naturlig tilknytning til øvrige tjenester og ansatte rapporterte at de slet med å kommunisere med hverandre til pasientens beste. Larvik hadde fordel av å komme tidlig i gang med prosjektet, særlig knyttet opp mot involvering av fastlegene der det allerede høsten 2018 var sikret avtale med halvparten av kommunens fastleger. Det er en fordel at det er relativt få som følger opp brukerne, det gjør det lettere å få en relasjon til brukerne og til å følge opp dialogen med fastlegene.

Kap. 5 Etiske utfordringer

Personvern Det er etiske utfordringer ved digital hjemmeoppfølging knyttet til personvern. På dette området er lover og retningslinjer klare, og personvernet ivaretas ved å inngå en kvalitetssikret databehandleravtale med leverandør. Informasjonssikkerhet handler om å bevare informasjonens konfidensialitet, integritet og tilgjengelighet. Med andre ord, sikre at den informasjonen man besitter ikke er mulig å få tak i for uvedkommende – på samme tid gjøre den tilgjengelig for de som skal ha tilgang. Under forskningsperioden innhentet kommunen samtykke fra brukere basert på skjema utarbeidet av Oslo Economics. I etterkant er det utarbeidet eget samtykkeerklæring som også tar høyde for pågående samhandling med sykehuset. Larvik har inngått databehandleravtale og utarbeidet DPIA og ROS for digital hjemmeoppfølging.

Fremmedgjøring/ensomhet For å få mer innsikt i pasientens opplevelse av etiske problemstillinger har Larvik deltatt i et prosjekt i regi av Arkitekthøgskolen i Oslo (AHO) kalt "The dark sides of remote care". Masterstudenter intervjuet brukere, pårørende og ansatte, og

fant ut at for noen skaper DHO en større avstand til helsepersonell og kan medføre økt ensomhet. Noen påpekte ubehag ved å få mer ansvar for egen helse. Studentene på AHO kom med forslag til et virkemiddel; en kortstokk med støttekort hvor hvert kort omtalte aktuelle temaer. Brukeren så på kortene og valgte de temaene som var aktuelle for brukeren. Hensikten var å bedre kommunikasjon og trygghet for brukeren.

Helseangst Hyppige målinger av blodtrykk, oksygen eller blodsukker kan bidra til helseangst. Dette har deltakerne i Larvik i liten grad rapportert. Alle rapporterte en økt trygghet med DHO. Det er likevel viktig å være oppmerksom på at dette kan bli en utfordring for personer som fra før sliter med helseangst.

«Otto- noen ganger kan det bli litt mye måling»

Otto har alvorlig KOLS og er plaget med tungpust. Til og begynne med ble Otto koblet på oppfølging med både nettbrett, spirometri, pulsoksymeter, blodtryksapparat og temperaturmål. Han fikk opplæring og leverte inn målinger litt innimellom. Det ble i starten en del telefoner når målinger uteble og når målingene var lave/høye. I starten ble det også hyppige henvendelser til fastlege om tungpust og spørsmål om forverring. Otto ga selv uttrykk for at det var strevsomt å skulle ta alle målingene. Hans mål med oppfølgingen var å lære seg hvordan oksygenmetning var når han kjente seg som vanlig, og på denne måten være obs på eventuell forverring dersom målingene var lavere. Man tok derfor bort de fleste målingene og Otto satt igjen med nettbrett og pulsoksymeter, og enighet om at målinger og spørsmål sendes inn 3 ganger i uken og oftere ved sykdomsforverring. Resultatet var at Otto ble kjent med sine habituelle målinger, oppdaget forverring tidligere og kom raskere i gang med tiltak.

Kap. 6 Måloppnåelse og gevinster

Resultatene som det redegjøres for i dette kapitlet er hentet fra skjemaet for gevinstrealisering, brukerundersøkelser, brukerpanel og ved å beskrive pasienthistorier fra Larvik.

Måleparametrene som ble valgt var:

- Egenopplevd helse og mestring målt via spørreskjema på brukerens nettbrett
- Utvikling av antall sykehusinnleggelser for målgruppen
- Opplevelse av samarbeid mellom fastleger, sykehuset og kommunens tjenestetilbud
- Antall innleggelser, liggedøgn og overliggerdøgn for brukerne
- Utvikling av behov for kommunale tjenester

Resultater for brukerne

Målet for brukerne var bedre helse, mer kunnskap om egen helse og økt trygghet. Etter 18 måneder har deltakerne i tiltaksgruppen blitt tryggere og fått mer kunnskap om egen sykdom og helse. Mange er blitt så selvhjulpne at de tar ansvaret for oppfølgingen av egenbehandlingsplan og får den justert ved behov hos fastlegen.

Anonymiserte pasienthistorier fra Larvik



Kjetil

Alder: 70
Bosituasjon: Kommunal bolig med ektefelle i sentrum (kort avstand til hjemmetjenesten).
Jobbsituasjon: Tidligere sveiser, nå pensjonist.
Interesser: Barnebarn, gå turer, reise til hytta.
Sykdomshistorie: KOLS grad 4, hyppige forverringer og innleggelser til sykehus, ernæringsutfordringer, hjertesvikt.

Ønsker og behov

- Kjetil ønsker å kunne reise til hytta alene, og ha mer energi til å leke med sine barnebarn.
- Han ønsker å kunne være mer selvstendig i hverdagen, og føle seg trygg på egen sykdom.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Han hadde besøk av hjemmetjenesten daglig. Hvert besøk fra hjemmetjenesten tok 15 min.
- Kjetil hadde behov for bistand til daglig hygiene og matlaging. Han var langt nede psykisk, og kapasiteten hans til å mestre daglig gjøremål på egenhånd ble dårligere.
- Han var innlagt 2 ganger på sykehus og 3 ganger på øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) i 2018.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Kjetil startet opp med digital hjemmeoppfølging tidlig i 2019.
- Han har mottatt nettbrett, spirometer, blodtryksapparat, vekt og pulsoksymeter, slik at han kan registrere målinger selv. Kjetil får også langtidsbehandling med oksygen i eget hjem.
- Besøk fra hjemmetjenesten er redusert til praktisk bistand 2 ganger per uke for personlig hygiene à 50 min per uke, og utlevering av multidoser à 10 min per uke.
- Kjetil sender daglig inn målinger og svar på spørreskjema til Helsehjelpen. Helsehjelpen ringer til Kjetil én gang i uken for oppfølgingsamtale.
- Han har egenbehandlingsplan som er utarbeidet i samarbeid med fastlegen. Den er et verktøy som tilrettelegger for at Kjetil skal ta mer ansvar for egen helse, og ved forverringer i sykdomstilstand.

Gevinster

- Kjetil er tryggere på egen sykdom og har bedre psykisk helse. Hverdagslige oppgaver som var energikrevende tidligere, takler han bedre i dag.
- Oppfølgingen av Kjetil er tilpasset hans behov og ønsker.
- KOLS-relaterte konsultasjoner hos fastlege er redusert fra 5 konsultasjoner i gjennomsnitt per måned før oppstart, til 2 konsultasjoner i gjennomsnitt per måned etter oppstart.
- Kjetil sier at han hadde brukt fastlegen sin betydelig mer hvis ikke han hadde startet opp med digital hjemmeoppfølging. Egenbehandlingsplanen og kontakt med Helsehjelpen har gjort han mer trygg på sykdommen sin.
- Kjetil har ikke vært innlagt på sykehus etter oppstart. Han har 1 opphold på ØHD etter oppstart i 2019, og ingen i 2020.
- Daglig monitorering av oksygenmetning via digital hjemmeoppfølging og hjemmeoksygenbehandling antas å være årsak til redusert innleggelser etter oppstart.

2

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten

KOSTNADER FØR OPPSTART AV TJENESTEN

Pleietid før oppstart

- Totalt antall besøk og pleietid hjemmetjenester per måned: 7 besøk à 15 minutter per uke. Totalt 420 minutter per måned.
- Totalt årlig pleietid hjemmetjenester: 5040 minutter som tilsvarer 84 timer i året.¹
- Totalt antall kommunale korttidsopphold og ØHD før oppstart (år 2018): 3 (totalt 17 døgn).

Kostnad før oppstart

- Lønnskostnader til hjemmetjenester per måned: 2394 kr.
- Årlige lønnskostnader til hjemmetjenester: 28 728 kr.
- Årlig kostnad til kommunale korttidsopphold og ØHD: 66 113 kr.²
- Totale årlige kostnader for brukeren: 94 841 kr.

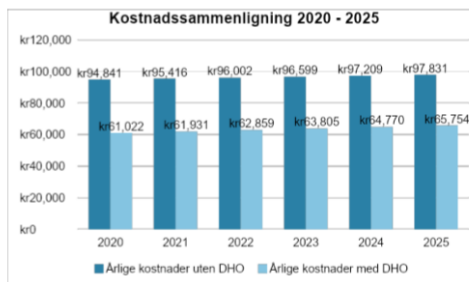
Forventet fremtidig pleietid i perioden 2021-2025

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at Kjetil ville fortsatt å motta hjemmetjenester og opphold på ØHD i samme omfang som før oppstart, i tillegg til hyppigere besøk hos fastlege.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det at han vil fortsette å med hjemmetjenester tilsvarende 4 timer per måned, i tillegg til 1 årlig opphold på ØHD.
- Gjennomsnittlig unngått pleietid per år tilsvarer 36 timer.³

KOSTNADER ETTER OPPSTART AV TJENESTEN

Kostnad for tjenesten med digital hjemmeoppfølging

- Månedlige driftskostnader til oppfølgingstjenesten: 2421 kr.⁴
- Månedlige lønnskostnader til hjemmetjenester: 1368 kr.
- Årlig kostnad til kommunale korttidsopphold og ØHD: 15 556 kr.
- Totale årlige kostnader for brukeren: 61 022 kr.



1) (420 minutter per måned * 12)/60.

2) Summen inkluderer kostnad for 3 opphold i 2018 med totalt 17 døgn, med pris per oppholdsdøgn 3889 kr. Tall hentet fra SSB (2019).

3) Unngått pleietid per år = forventet pleietid per måned uten digital hjemmeoppfølging * 12 mnd. – forventet pleietid per måned med digital hjemmeoppfølging * 12 mnd.

4) Tall er hentet fra driftskostnad for oppfølgingstjeneste benyttet i Bodø (2020).

Kjetil har unngått korttidsopphold og redusert hjemmetjenester etter oppstart med digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging reduserer kommunens kostnader for tjenester til Kjetil med 35% per år.

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Kostnader til hjemmetjenester ¹	kr 28 728	kr 29 303	kr 29 889	kr 30 486	kr 31 096	kr 31 718	kr 181 220
Kostnader til opphold på kommunal korttids plass/ØHD	kr 66 113	kr 66 113	kr 66 113	kr 66 113	kr 66 113	kr 66 113	kr 396 678
Totale kostnader uten DHO	kr 94 841	kr 95 416	kr 96 002	kr 96 599	kr 97 209	kr 97 831	kr 577 898

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Kostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 29 050	kr 29 631	kr 30 224	kr 30 828	kr 31 445	kr 32 074	kr 183 251
Kostnader til hjemmetjenester ³	kr 16 416	kr 16 744	kr 17 079	kr 17 421	kr 17 769	kr 18 125	kr 103 554
Kostnader til opphold på kommunal korttids plass/ØHD ⁴	kr 15 556	kr 15 556	kr 15 556	kr 15 556	kr 15 556	kr 15 556	kr 93 336
Totale kostnader med DHO	kr 61 022	kr 61 931	kr 62 859	kr 63 805	kr 64 770	kr 65 754	kr 380 141
Gevinst⁵	kr 33 819	kr 33 484	kr 33 143	kr 32 795	kr 32 439	kr 32 077	kr 197 757

1) Består av lønnskostnader til helsetjenester i hjemmet. Basert på gjennomsnittlig timelønn for pleier i hjemmetjenesten for Larvik kommune: 342 kr, inkl. arbeidsgiveravgift og pensjon.

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 av Nordisk Ministerråd. Brukt årlig kostnad for Arendal kommune, da denne er sammenlignbar med Larvik i størrelse. Lagt til en årlig vekst på 2%.

3) Basert på at de kommende årene vil hjemmetjenesten bistå med 8 besøk i måneden. Total forbrukte minutter per måned antas å være 240 minutter, 48 timer i året.

4) Basert på en forventning om 1 opphold i året, tilsvarende forbruk av opphold for brukeren i 2020 etter oppstart av digital hjemmeoppfølging.

5) 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)

“Markus” CRP måling etter benmargstransplantasjon

Markus er en aktiv mann som fikk benmargskreft. Han har fått benmargstransplantasjon og etterfølgende cellegift. Markus har barn i barnehage, og faren for smitte av en infeksjon er derfor stor. Tidligere var han flere ganger i uken hos sin fastlege for å måle CRP.

Koronapandemien gjorde ham redd for å gå ut blant andre mennesker. Markus bruker fast Prednisolon, denne medisinen kan kamuflere feber og andre tegn på infeksjon. Det ble derfor, i samarbeid med kreftkoordinator i kommunen, bestemt at han skulle kobles til temperaturmåling, smerteskalaregistrering og CRP måling. Han kunne måle CRP ved behov og fikk grundig opplæring i bruk av utstyret og referanseverdier. Det var tett kontakt med Helsehjelpen den første tiden. Etter et par uker var han trygg nok på temperaturmålingene og sin egen sykdomstolkning til at CRP-målingen gikk ned fra daglig til to ganger per uke eller ved tegn til forverring. Dette sparte Markus for mange besøk til fastlegen, han følte seg godt ivaretatt og trygg. Muligheten til å se en sammenheng mellom økende smerter, stigende temperatur og CRP økte hans kunnskap om egen sykdom.

“Henrik” trygghet når samhandlingen mellom sykehus og kommune fungerer

Henrik er en mann i 60 årene som er nyretransplantert og immunsupprimert. Han har tidligere hatt flere innleggelses med alvorlige infeksjoner. Han får hjemmesykepleie daglig, og symptomene ved hver infeksjon er så svake og diffuse at hverken han selv eller hjemmesykepleien har fanget opp symptomene før infeksjonen er blitt alvorlig, og noen ganger utviklet seg til blodforgiftning. På grunn av dette er nyrefunksjonen i den transplanterte nyren redusert, og for hver alvorlig infeksjon øker risikoen for at nyrefunksjonen reduseres ytterligere. Både pasient og hjemmesykepleierne har vært bekymret for å ikke oppdage symptomene tidlig nok. Han startet med digital hjemmeoppfølging etter forespørsel fra hjemmesykepleie, og egenbehandlingsplanen ble utarbeidet i samarbeid med Henrik, Helsehjelpen, hjemmesykepleien, fastlege og behandlende spesialist på sykehuset. Nettbrettet tar Henrik med seg på hver kontrolltime han har på sykehuset, og legene får oversikt over alle målingene hans over en lang periode. For denne pasienten var det spesielt viktig å ha med behandlende spesialist på sykehuset når egenbehandlingsplanen ble utarbeidet. Det ble avklart hvem som var behandlingsansvarlig, gjort avtale om åpen retur til sykehuset og at hjemmesykepleien skulle ringe direkte til akuttmottaket på sykehuset ved forverring. En av årsakene til at han tidligere ble veldig syk var at han selv og hjemmetjenesten ikke fanget opp symptomene tidlig nok og at prosedyren for innleggelse også tok tid. Behandlende spesialist var klar på at for

denne pasienten var det viktig å komme inn tidlig nok, den ene fungerende nyren ville bli ytterligere svekket ved alvorlige infeksjoner.

Gevinster med DHO for tjeneste og bruker:

Hjemmetjenesten har daglig oversikt over målingene hans. Alle involverte følger egenbehandlingsplan, hvor det er avklart hva som skal gjøres ved avvik. Brukeren føler seg trygg fordi oppfølgingstjenesten følger med. Han føler seg ivaretatt ved at både hjemmesykepleien, oppfølgingssenteret, fastlegen og sykehuset har en felles plan om hva som skal skje når han kommer i de ulike sonene (grønn, gul rød). Hjemmesykepleien er tryggere på at forverringer oppdages tidlig. I prosjektperioden med DHO hadde han ingen sykehusinnleggelser.

Resultater fra spørreundersøkelser

Høsten 2020 ble det sendt ut en anonym spørreundersøkelse om erfaringene med DHO til aktive brukere i tiltaksgruppen. 27 svarte, en svarprosent på 80%. Av de 27 var 48 % kvinner og 52 % menn. Dette er et forholdsvis lite antall og selv om svarprosenten er høy bør man ikke generalisere resultatene utover prosjektet i Larvik. Hele undersøkelsen vedlegges rapporten.

Målet om bedre helse

Deltakerne ble spurt om digital hjemmeoppfølging hadde påvirket deres **fysiske helse**.

11 (41%) svarte at den fysiske helsen var bedre enn før på grunn av avstandsoppfølging.

16 (59%) svarte at den var uendret.

Ingen (0%) svarte at helsen var blitt verre på grunn av DHO.

Det ble ikke spurt direkte om psykisk helse, men om **livsglede**.

15 (58%) svarte at deres livsglede var bedre enn før på grunn av DHO.

11 (42%) svarte at deres livsglede ikke var påvirket av DHO.

Ingen (0%) svarte at livsgleden var dårligere enn før.

Målet om økt trygghet

Alle 27 respondenter (100 %) svarte at de føler seg tryggere på grunn av digital

hjemmeoppfølging. En skrev i det åpne kommentarfeltet: *“Føler meg veldig trygg når jeg vet at hjemmeoppfølgingen følger med på meg.”*

Det ble i tillegg spurt om digital hjemmeoppfølging har hatt betydning under koronapandemien. 12 (56 %) svarte at DHO hadde gjort dem tryggere under pandemien. 12 (44%) svarte at det ikke hadde noen betydning.

Målet om økt kunnskap om egen helse

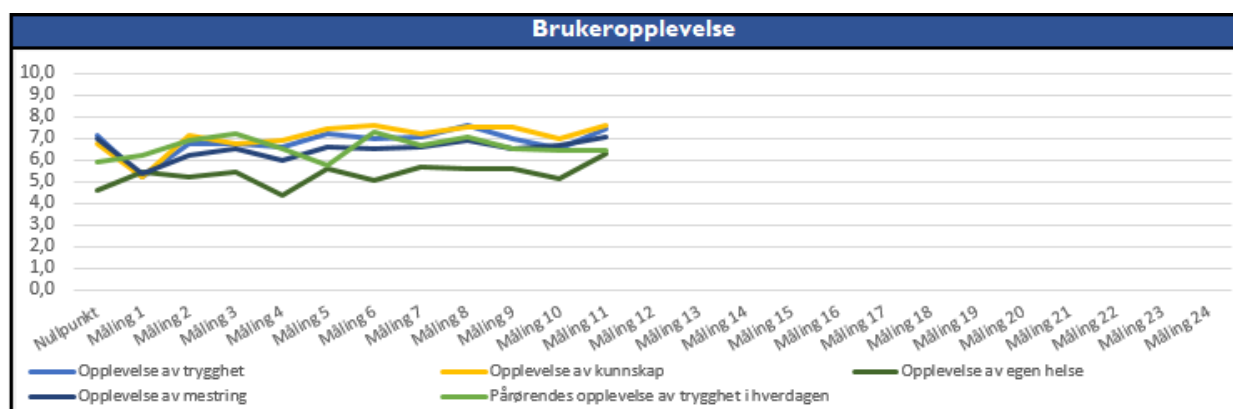
24 (89%) svarte at digital hjemmeoppfølging har økt deres kunnskap og/eller forståelse av sine helseutfordringer.

3 (11%) svarte at det ikke hadde påvirket deres kunnskap og/eller forståelse av deres helseutfordringer.

Ingen svarte at det redusert deres kunnskap eller forståelse av helsesituasjon.

Brukeropplevelse av oppfølgingen - fra gevinstrealiserings skjemaet

Måleparametrene i gevinstrealiserings skjemaet har vært opplevelse av trygghet, opplevelse av mestring, opplevelse av egen kunnskap, opplevelse av egen helse og pårørendes opplevelse av trygghet i hverdagen. I begynnelsen ble det målt brukeropplevelse hver måned, men dette ble redusert til hver 3. måned da brukerne ga tilbakemelding om at spørsmålene kom for ofte. Dette er forklaring på at det er færre målinger her enn for eksempel under forbruk av hjemmetjenester som ble målt hver måned. Det må tas høyde i resultatet for at dette ikke skjer anonymt, brukeren vet at oppfølgningstjenesten ser hva de svarer. Alle målingene har hatt en svak oppgang etter nullpunktsmåling:



Opplevelse av trygghet: Fra 7,16 til 7,47, positiv endring på 0,31.

Opplevelse av mestring: Fra 7,0 til 7,07, positiv endring på 0,07.

Opplevelse av kunnskap om egen helse: Fra 6,78 til 7,60, positiv endring på 0,82.

Opplevelse av egen helse: Fra 4,59 til 6,33, positiv endring på 1,74.

Pårørendes opplevelse av trygghet: Fra 5,89 til 6,47, positiv endring på 0,58.

Resultater for Sykehuset i Vestfold-HF

Brukerne ble spurt om DHO hadde påvirket hvor ofte de ble lagt inn på sykehus. 25 svarte og to hoppet over spørsmålet.

9 (36%) svarte at de trodde det hadde redusert antall innleggelser,

14 (56%) svarte at de ikke trodde det hadde påvirket innleggelser og

To (8%) svarte at det hadde økt antall innleggelser.

Det var fire kommentarer. Tre skrev at de ikke hadde hatt behov for sykehus, en skrev:

“Vanskelig å svare på, har ikke brukt egenbehandlingsplanen ennå. Hvis jeg blir ordentlig syk så må jeg inn på sykehus uansett.”.

Resultater for fastlegene

22 fastleger har inngått avtale med prosjektet. Prosjektlege, prosjektskykepleier og prosjektleder har hatt jevnlig kontakt med fastlegene. Suksessfaktorene for det gode samarbeidet man fikk med fastlegene er:

- Engasjert prosjektlege og prosjektskykepleier som fastlegene i Larvik fikk tillit til
- Økonomisk kompensasjon for medgått tid til prosjektarbeidet
- Opplevd nytteverdi for pasientene
- Jevnlig informasjon, oppdateringer og påminnelser

Prosjektlege, som har vært fastlege i Larvik siden 1983, sier dette om oppfølgingen:

“Flere av brukerne har vært heldig å få delta i prosjektets tiltaksgruppe. Mange av pasientene som har blitt med i kontrollgruppen har blitt skuffet og ønsker seg inn i slik oppfølging når det blir mulig. Både pasienter og deres fastlege har erfart helsegevinst med DHO for pasient og helsepersonell på mange plan i et slikt samhandlingsprosjekt.

Pasienter og pårørende blir tryggere og får bedre innsikt og kjennskap til sin sykdom og svingninger i aktuelle målbare kliniske tilstand ut fra kliniske parametre som pasienten registrerer (O2-metning, vekt, BT, puls, blodsukker, osv.).

Pasienter og pårørende forstår via egenbehandlingsplanen hvordan de selv kan forebygge og starte med med nødvendig tilleggs- og anfallskuperende behandling for å slippe ytterlige forverringer som vil medføre økt behov for helsehjelp via kommunal primærhelse (fastlege konsultasjon, legevaktskonsultasjon, innleggelser sykehjem, mer hjemmesykepleie, oppfølging

osv.) eller akutt hjelp fra spesialisthelsetjeneste (sykehusbehandling eller akutt sykehus innleggelse).

Pasient og pårørende føler seg trygge og ivaretatt når de kan ha en enkel eDialog omkring helsemessige symptomer og plager via nettbrett med kjente fagpersoner via Helsehjelpen! Fokus på og oppmuntring til egenhjelp og egentrening gir økt mestringsfølelse i forhold til egen sykdom og motvirker sykdomsisolasjon.

Fastlege og annet helsepersonell kan bruke og se pasientens sykdomsutvikling enkelt via MyDignio eller pasientens medbragte nettbrett med kliniske parametre registrert over tid.

Det er nyttig å erfare DHO pasienter får bedre helse og trygghet med et aktivt forhold til digital egenbehandlingsplan.

DHO passer ikke for alle kronisk syke pasienter. Det er den kronisk syke pasienter med svingende komplekse sykdomsforløp og stort behov for helsehjelp kan ha størst nytte og utbytte av DHO. I stabil sykdomsfase kan kanskje rapporteringer reduseres til x 1-2 pr uke.

En faktor for implementering og bruk av DHO er enkelt og intuitivt digital grensesnitt med beslutningsstøtte. Dette for at alle parter i den helsefaglige kjeden omkring pasienten kan klare å nyttiggjøre seg og dele de kliniske parameterne.

Oppfølgingstjenesten for DHO må være en integrert del av kommunens hjemmetjeneste slik at det gode digitale samarbeidet fastlegene og hjemmetjenesten har omkring felles pasienter kan utvides og komplementeres med DHO.”

Prosjektlege spurte høsten 2020 øvrige fastleger om deres erfaringer med DHO i Larvik, alle svarene ble gjengitt i midtveisrapporten 2020, nedenfor er et sentralt sitat.

Jeg har god erfaring både fra mine pasienter som har vært med og min egen erfaring. Har ikke fått noen negative tilbakemeldinger, og pasienter har vært svært positive til inkludering i studien. De føler seg godt ivaretatt, og kjenner på bedre oversikt/kontroll over sin egen situasjon. Det har eliminert en del usikkerhet. Mange situasjoner der man kunne forvente en forverring i tilstanden, har kunnet blitt avklart tidlig i forløpet. Jeg ser ikke bort ifra at det ved flere anledninger har ført til at man har unngått innleggelse på sykehus pga at man tidlig har fanget opp små tegn på forverring.

Jeg synes det har vært en fin måte å følge opp pasienter i tiltaksgruppen på. Tilgang til pasientens målinger gir en god oversikt, og gir også mulighet for å etablere en slags forståelse av hva som er pasientens habituelle situasjon. Jeg har ikke hatt noen negative erfaringer med tiltaksgruppen.

Fint med helsehjelpen som har fulgt opp målinger for den enkelte, og tatt kontakt med meg ved behov for avklaring av evt tiltak. Pasientene er fornøyd med at de kan medbringe I-pad til konsultasjoner for gjennomgang av den siste tids målinger. Jeg opplever tiltaket som positivt og skaper økt trygghet for pasienten. Legens rolle er som en monitor/overvåker, men tar først tak etter at helsehjelpen har vært inne og gjort en selvstendig vurdering. Det synes jeg er fornuftig.

Resultater for kommunen

Resultatene er hentet fra gevinstrealiseringskjemaet der spørreundersøkelsene hver tredje måned til brukerne har blitt ført inn.

Målet for kommunen er en mer bærekraftig bruk av ressursene. Ved at brukerne får bedre kontroll over egen helse er målet å kunne redusere på mer ressurskrevende tjenester som besøk hos fastlege, bruk av hjemmetjenester, korttid- og langtidsopphold på sykehjem/helsehus og legevaktsbesøk. I denne brukergruppen kan innleggelse i noen tilfeller være nødvendig og det beste for brukeren. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, kan innleggelse til sykehus være med på å bremse sykdomsutviklingen da det kan gi bedre justering av behandlingen.

Forbruk av hjemmetjenester og kommunal døgnplass- svar fra spørreundersøkelsen

Når det gjelder bruk av hjemmetjenester og/eller korttidsopphold på Helsehuset var det 23 som svarte og fire hoppet over spørsmålet.

Åtte (35%) deltakere svarte at DHO hadde medført mindre bruk av hjemmetjeneste og/eller korttidsopphold.

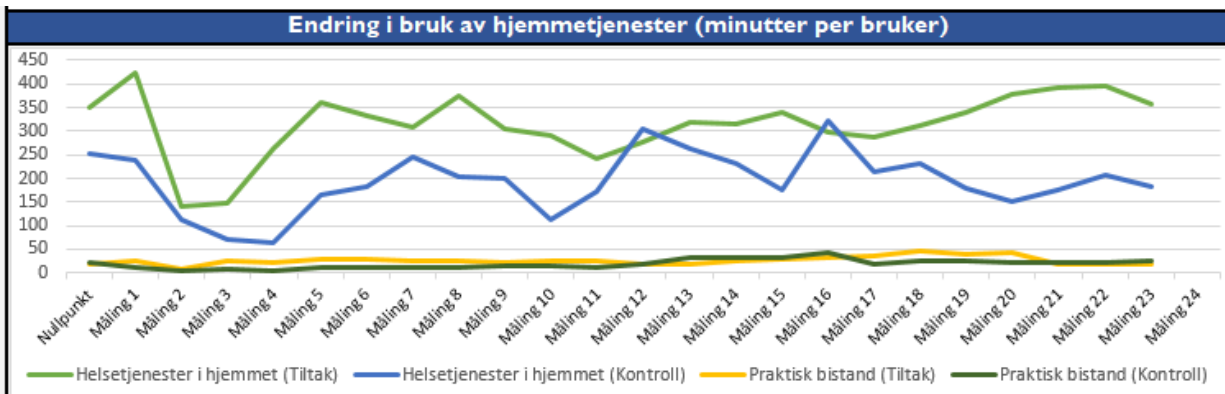
13 (57%) svarte at DHO ikke påvirket deres bruk av hjemmetjeneste og/eller korttidsopphold.

To (9%) svarte at DHO medførte økt behov for hjemmetjeneste og/eller korttidsopphold.

Under dette spørsmålet kom det seks kommentarer, fire av kommentarene gjaldt at de ikke hadde hjemmetjenester, en at vedkommende hadde lite behov og en skrev: *“Endelig har de (hjemmetjenesten) begynt å komme”*.

På nullpunktsmålingen ligger tiltaksgruppen noe høyere enn kontrollgruppen i antall brukte minutter per bruker. Det er et relativt høyt forbruk av tjenester etter en måling, deretter ses et kraftig fall i forbruk pr måned på måling 2 og 3, både i tiltak og i kontrollgruppen. Utover i målingene er forbruket relativt stabilt med noen svingninger. Det er ikke identifisert mulig årsak til det store fallet i brukte minutter etter to målinger.

Hjemmetjenesten i Larvik har hatt stort fokus på justeringer av tjenesten etter behov og da særlig etter at pandemien kom der alle vedtak ble vurdert på nytt, både for å frigjøre tjenester og for å beskytte brukeren mot eksponering av mange mennesker. Det er mulig at denne nøye justeringen har gjort det vanskeligere å vise til reduksjon i tjenesten ved innsetting av digital hjemmeoppfølging. Når man ser på forbrukte minutter, ser man at forbruket er relativt høyt for tiltaksgruppen noe som kan tolkes dithen at brukerne har stor sykdomsbyrde og at det da vil være vanskelig å erstatte DHO med fysiske møter. Det har ved flere anledninger vært benyttet måleutstyr i stedet for å sette inn hjemmetjeneste, for eksempel ved kortvarig måling av blodtrykk ved oppstart av nye medisiner eller kartlegging av svingninger i blodsukker. Her ser man en kortvarig høy gevinst der tjenesten både sparer ressurser og man får en økonomisk gevinst. Dette synliggjøres derimot lite i gevinstrealiseringskjemaet.

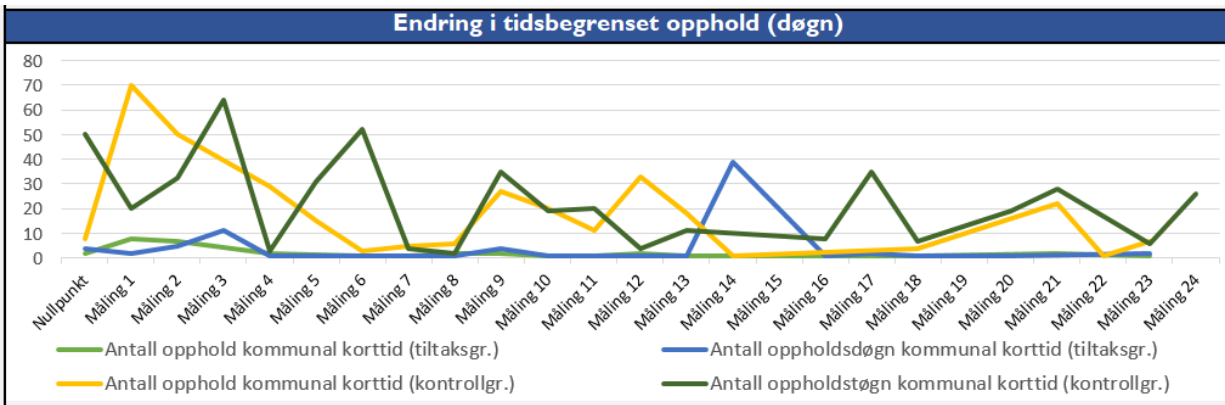


Det har også blitt målt endring i forbrukte minutter på praktisk bistand i hjemmet, uten særlige funn. Det har vært et stabilt forbruk for tiltaksgruppen, mens det for kontrollgruppen har vært noe økning, spesielt fra måling 12 og utover.

Bruk av kommunale akutte døgnplasser

Mange av deltakerne i prosjektet har vært syke i mange år og dette har ført med seg flere sykehusinnleggelses. Flere hadde derfor som målsetting å unngå sykehusinnleggelses og en løsning ble for noen å lage avtaler om åpen retur til kommunale akutt plasser i stedet for innleggelse til sykehus. Dette fungerte særlig godt hos KOLS-pasienter som trengte en kortere periode med oksygenbehandling eller legevurdering i forhold til videre behandling, men stiller særskilte krav til konkretisering av planen slik at avdelingen vet hva de skal gjøre når brukeren blir innlagt.

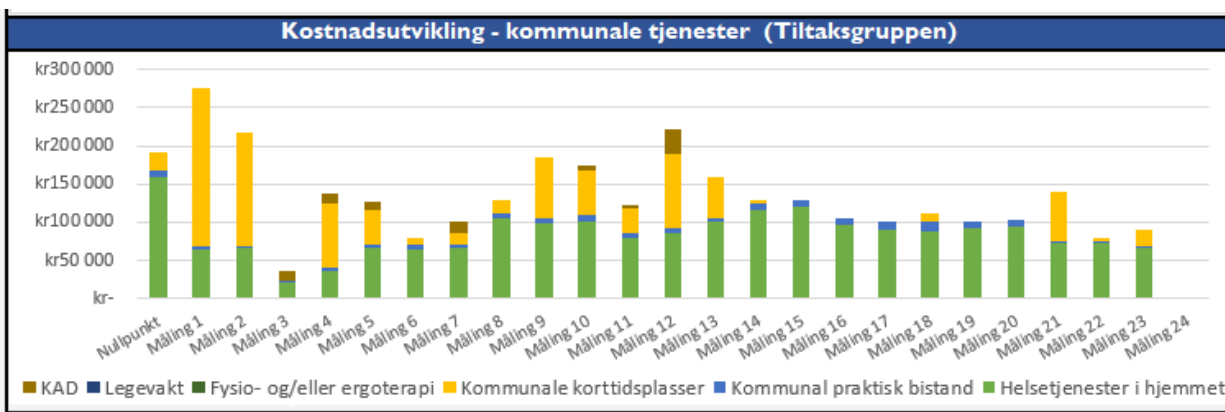
Gevinstskjemaet viser på tross av dette en tydelig forskjell mellom tiltak- og kontrollgruppen med avtagende forbruk i tiltak og vedvarende høyt forbruk i kontrollgruppen. Både antall opphold og antall døgn er nærmest ikke lesbar i tiltaksgruppen etter måling 16, mens kontrollgruppen har holdt seg stabilt. En forklaring på dette kan være pandemien der det etter denne har blitt strengere krav for å komme inn på kommunale plasser. De som mottar digital hjemmeoppfølging holder seg hjemme lengre mens personer i kontrollgruppen er i behov av opphold.



Det kan altså se ut til at behovet for kommunale akutte plasser avtar for tiltaksgruppen og dette kan være på grunn av oppfølgingen. Det må også tas hensyn til mulig påvikning fra pandemien der det ble sommeren 2020 strenge kriterier for kommunal korttids plass.

Total forbruk av kommunale tjenester

Den totale utviklingen for kommunale tjenester som tjenester i hjemmet, kommunale korttids plasser og praktisk bistand for tiltaksgruppen, har en nedadgående trend i målingene.



Økonomiske gevinster for kommunen

Larvik kommune er med i det nasjonale forskningsprosjektet som gjennomfører et RCT-studie der tiltaksgruppe og kontrollgruppe følges opp. Det omfatter over 700 pasienter i de seks pilotprosjektene. I delrapport II april 2021 konkluderer forskerne med følgende sitat fra rapporten side 76.

“Med økende erfaring og nye teknologier vil trolig kostnadene forbundet med å tilby digital hjemmeoppfølging kunne reduseres. Samlet sett viser vår analyse av kortsiktige virkninger av digital hjemmeoppfølging at tjenesten medfører økt ressursbruk i helsetjenesten, men bidrar til økt trygghet, mestring og fornøydhet med oppfølging av egen helse. Analyse av virkninger på lengre sikt, for eksempel i hvilken grad digital hjemmeoppfølging bidrar til å unngå ressurskrevende helsetjenester som akutte innleggelser, vil bidra til bedre kunnskap om samfunnsøkonomisk lønnsomhet.”

I Larvik kommune har vi erfart at brukere som tidligere hadde hyppige innleggelser ikke har innleggelser med DHO. Det er også brukere som før fikk besøk av hjemmesykepleien for å bl.a. måle blodtrykk to ganger i uken som nå slipper besøk av hjemmesykepleien og selv tar blodtrykk.

Kostandene til DHO per bruker er beregnet til 2.300 kroner pr mnd*. Kostnaden vil gå ned ved oppfølging av flere brukere. En økonomisk gevinst vil kreve at man kan redusere andre kostnader tilsvarende. I tabellen nedenfor er det listet opp hva det koster med ulike tjenester. Et døgn på sykehus tilsvarer 4,5 måned med DHO. En døgn på korttidsavdeling tilsvarer en måned DHO.

Nedenfor er det laget en tabell for å sammenligne kostnader. Det er små endringer som skal til for at DHO gir en positiv økonomisk gevinst slik de har sett i andre land blant annet i Danmark.

Drift av DHO pr mnd	2.300 kr	
7 døgn på korttidsavdeling	17.500 kr	Tilsvarende drift for 7 pasienter med DHO
2 døgn på sykehus (kostnad for sykehuset)	20.000 kr	Tilsvarende drift for 9 pasienter med DHO
1 overliggedøgn, betales av kommunen til sykehus	5.167 kr	Tilsvarende drift for 2,2 pasienter med DHO
8 besøk av hjemmesykepleier 30 minutter inkludert reisetid og tid for dokumentasjon	3.200 kr	Tilsvarende drift av 1,4 pasient på DHO

Læringspunkter

Justeringer underveis

Prosjektet startet opp med fokus på å få inkludert tilstrekkelig antall deltakere. Etterhvert som man erfarte at måltallet ville oppnås, ble det større fokus på hvilke målgrupper som ville få best gevinst i form av redusert behov for helsetjenester. Inklusjonskriteriene ble justert og det ble satt en høyere list for å komme med i prosjektet. Oppfølgingstjenesten ble endret ved at hjemmetjenesten fikk større ansvar og man engasjerte tre hjemmesykepleiere i 20 % stillinger. Dette ble evaluert, og i 2021 er man i gang med å teste ut full overføring til hjemmetjenesten av brukere av DHO som også mottar hjemmetjeneste. Det vil gi bedre kontinuitet for brukerne og det blir enklere å erstatte hjemmebesøk med DHO. Hjemmetjenesten har fått utlevert et sett utstyr til oppfølging som de enkelt kan sette inn ved for eksempel korttidsmåling av blodtrykk eller blodsukker slik at de slipper fysiske besøk.

Den tekniske løsningen er justert underveis i tett dialog med leverandøren. Leverandøren har tatt tilbakemeldinger alvorlig og de har hatt lav terskel for å justere på brukergrensesnitt både hos pasientene og oppfølgingstjenesten. Det har vært en kontinuerlig utvikling og forbedringer av MyDignio og Dignio Prevent. Det vil gi kommunen ytterligere besparelse om appløsningen tas i bruk i større grad. Denne løsningen sparer både tid og penger da man slipper innkjøp av nettbrett, og oppdateringer går automatisk.

Utfordringer i prosjektet

Underveis i prosjektet har vi støtt på utfordringer som har bidratt til læring. Ikke alle utfordringene er løst i dette prosjektet, men ført videre i prosjektet "Pasienten først" som startet opp i april 2021, og er en videreføring av det nasjonale prosjektet med fokus på samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Oppsummert var utfordringene og læringspunktene underveis:

- Å sikre implementering av endrede rutiner krever tettere oppfølging enn vi antok.
- Selv med god forankring i sykehusledelsen var det krevende å få gjennomført nødvendige endringer i den kliniske samhandlingen mellom sykehuset og kommunen fordi vi sjelden nådde helt frem til den behandlingansvarlige for pasienten.
- Det er viktig å unngå flaskehals, det anbefales å lage klare rutiner for hvordan beslutninger skal gjøres effektivt i prosjektfasen.

Råd ved oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Ta høyde for pukkelkostnader ved oppstart

- Benytt motiverende samtale som metode og ha fokus på hva er viktig for deg mer enn hva feiler det deg
- Ikke undervurder brukernes evne til å nyttiggjøre seg ny teknologi, alder er ingen hindring, men manglende motivasjon kan være det
- DHO må være godt forankret i ledelsen
- Tydelige ansvars- og oppgavefordeling mellom oppfølgingstjenesten, fastlege og sykehus
- Fastleger, bestillerkontor og hjemmetjeneste må ha eierforhold til prosjektet
- Oppfølgingstjenesten må ha god klinisk kompetanse i forhold til målgruppene
- Pasientforløp bør utarbeides i samarbeid med sykehus og ivareta forløp også for inn- og utskrivning av sykehus
- Digital egenbehandlingsplan er et viktig verktøy, og bør være et av kravene i anskaffelsen og benyttes til alle brukere i en eller annen form
- God opplæring av deltakerne og ansatte er viktig og opplæring anbefales lagt inn i kravspesifikasjonen ved anskaffelse

Kap. 7 Overgang fra prosjekt til drift i Larvik

Målet er at digital hjemmeoppfølging blir en naturlig del av alle tjenestene i kommunen der brukeren blir vurdert til inklusjon på et tidlig tidspunkt, for eksempel ved henvendelse til kommunen angående trygghetsteknologi, hjemmesykepleie eller ved utskrivning fra sykehuset. Det bør gjøres en vurdering av om det for en bedre ressursutnyttelse å starte med DHO i stedet for tradisjonelle tjenester som for eksempel hjemmesykepleie.

Digital hjemmeoppfølging er organisert under Helsehjelpen. Politisk vedtak høsten 2020 ga løfter om videre drift av Helsehjelpen etter prosjektslutt og da også av digital hjemmeoppfølging.

Når brukeren har mange tjenester fra kommunen, blir det vanskelig for Helsehjelpen og tjenesten ellers å fordele ansvar og oppgaver på en slik måte at de kommer brukeren til gode og det blir usikkerhet fra begge parter på fordeling av oppgavene. Tilbudene kolliderer noe på tvers og oppgaver kan lett misforstås. Digital hjemmeoppfølging gir et unikt bilde av brukerens helsetilstand og vil være et svært nyttig verktøy for den som følger sykdomsutviklingen hos brukerne. I tillegg vil digital hjemmeoppfølging være et kompetansehevende middel til kommunens tjenester og gi en god beslutningsstøtte ved for eksempel kontakt inn til fastlege og sykehus.

I Larvik vil Helsehjelpen fortsette å være driveren for digital hjemmeoppfølging og bistå tjenestene med opplæring, teknisk drift, inklusjon, samarbeid med sykehus og anskaffelser av teknisk utstyr. I tillegg vil Helsehjelpen følge opp de brukerne som ikke mottar andre kommunale tjenester. Gevinsten man håper og oppnå er en mer spisset tjeneste der de forskjellige nivåene i tjenesten utnyttes best mulig for pasienten og justeres raskere mot hverandre. Det bør driftes på en måte som forhindrer unødvendig dobbeltarbeid, og der man kan ta ut gevinst ved at DHO erstatter andre tjenester.

Det diskuteres om DHO skal bli vedtaksbasert. DHO bør vurderes når det fattes vedtak om tjenester, enten ved første henvendelse til kommunen eller ved utskriving fra sykehus. Det bør tas med i beregningen hva som ressursmessig gir best effekt. I Larvik anbefaler vi at DHO blir en vedtaksbasert tjeneste.

Kap. 8 Vedlegg

Vedlegg 1: Tjenesteforløp - sendt separat som powerpoint på grunn av bildekvalitet

Vedlegg 2: Spørreundersøkelse

Vedlegg 3: Mediaoppslag

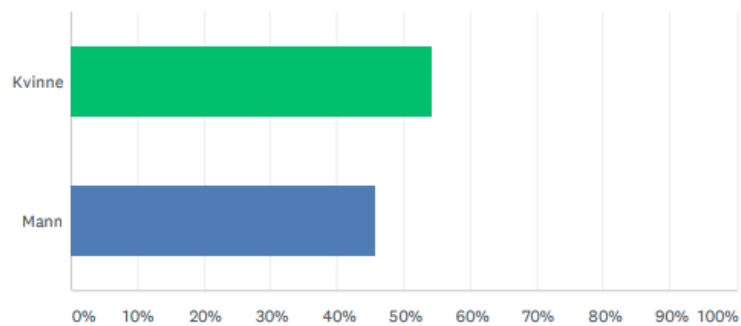
[Digital hjemmeoppfølging av koronasmittede](#)

Vedlegg 2 Spørreundersøkelse august 2020

Tilbakemelding digital hjemmeoppfølging

SP1 Kjønn

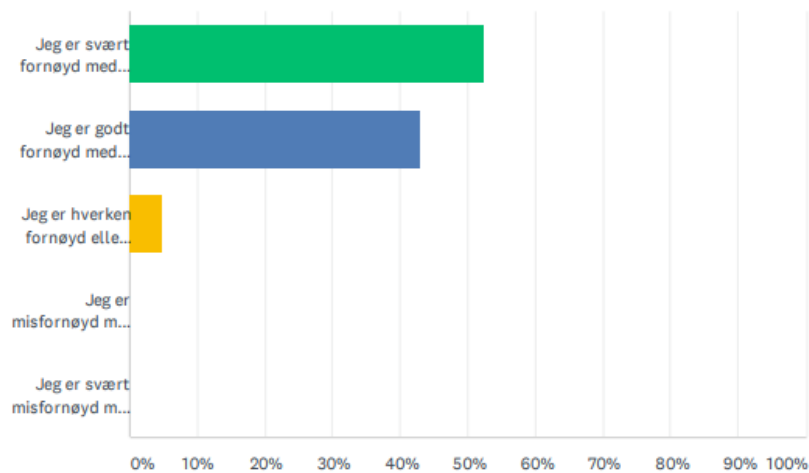
Besvart: 24 Hoppet over: 0



SVARVALG	SVAR	
Kvinne	54.17%	13
Mann	45.83%	11
TOTALT		24

SP2 I det store og hele hvordan har du opplevd digital hjemmeoppfølging?

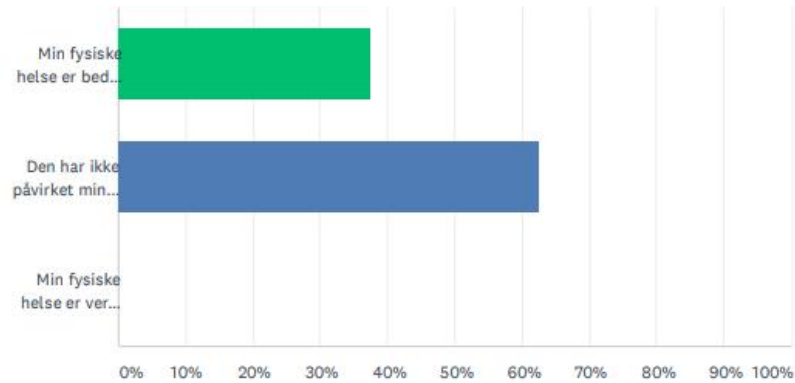
Besvart: 21 Hoppet over: 3



SVARVALG	SVAR	
Jeg er svært fornøyd med digital hjemmeoppfølging	52.38%	11
Jeg er godt fornøyd med digital hjemmeoppfølging	42.86%	9
Jeg er hverken fornøyd eller misfornøyd	4.76%	1
Jeg er misfornøyd med digital hjemmeoppfølging	0.00%	0
Jeg er svært misfornøyd med digital hjemmeoppfølging	0.00%	0
TOTALT		21

SP3 Har digital hjemmeoppfølging (medisinsk avstandsoppfølging) påvirket din fysiske helse?

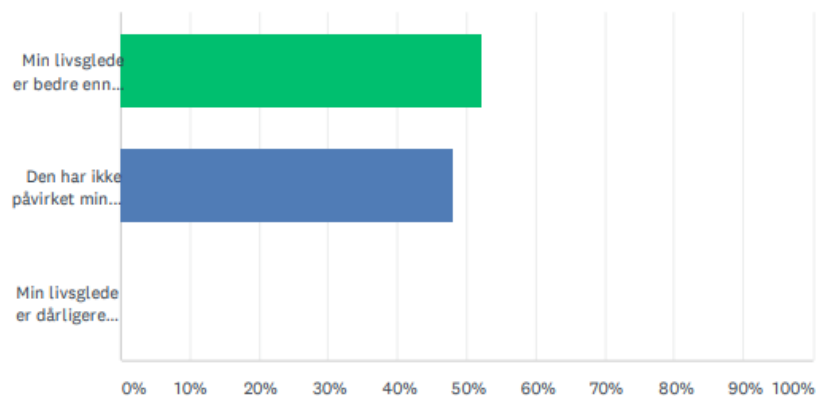
Besvart: 24 Hoppet over: 0



SVARVALG	SVAR
Min fysiske helse er bedre enn før på grunn av avstandsoppfølgingen.	37.50% 9
Den har ikke påvirket min fysiske helse.	62.50% 15
Min fysiske helse er verre enn før på grunn av avstandsoppfølgingen.	0.00% 0
TOTALT	24

SP4 Har hjemmeoppfølgingen påvirket din livsglede?

Besvart: 23 Hoppet over: 1



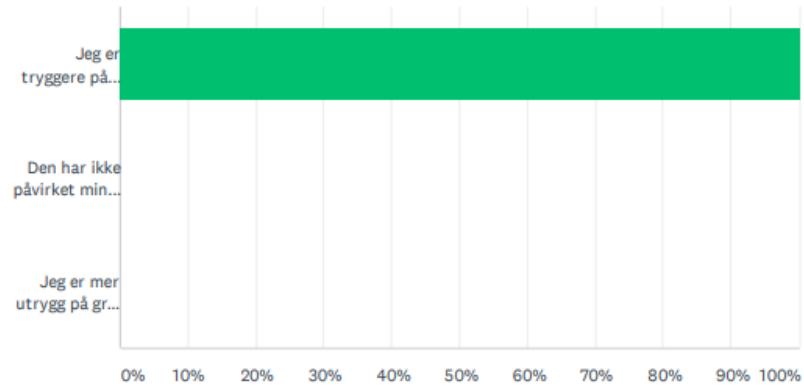
SVARVALG	SVAR
Min livsglede er bedre enn før	52.17% 12
Den har ikke påvirket min livsglede	47.83% 11
Min livsglede er dårligere enn før	0.00% 0
TOTALT	23

#	KOMMENTAR	DATE
1	Føler meg veldig trygg når jeg vet at hjemmeoppfølgingen følger med på meg	8/25/2020 1:58 PM

Tilbakemelding digital hjemmeoppfølging

SP5 Har hjemmeoppfølgingen påvirket din opplevelse av trygghet?

Besvart: 24 Hoppet over: 0



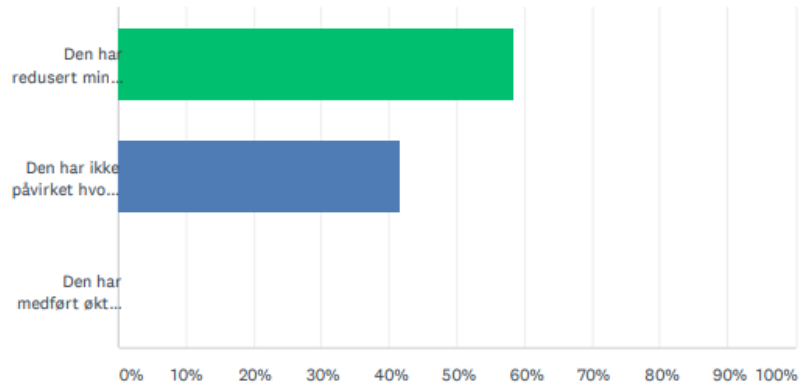
SVARVALG	SVAR
Jeg er tryggere på grunn av digital hjemmeoppfølging.	100.00% 24
Den har ikke påvirket min opplevelse av trygghet	0.00% 0
Jeg er mer utrygg på grunn av digital hjemmeoppfølging.	0.00% 0
TOTALT	24

#	KOMMENTAR	DATE
	There are no responses.	

Tilbakemelding digital hjemmeoppfølging

SP6 Har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du går til fastlegen?

Besvart: 24 Hoppet over: 0



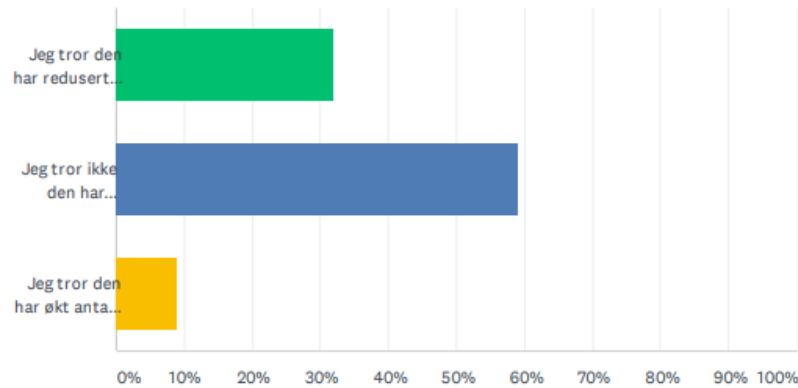
SVARVALG	SVAR
Den har redusert mine besøk til fastlegen.	58.33% 14
Den har ikke påvirket hvor ofte jeg går til fastlegen.	41.67% 10
Den har medført økt besøk hos fastlegen.	0.00% 0
TOTALT	24

#	KOMMENTAR	DATE
1	Fordi jeg har en egenplanlegging og kan ta en telefon til helsehjelpen hvis det er behov.	8/27/2020 12:53 PM

Tilbakemelding digital hjemmeoppfølging

SP7 Tror du at digital hjemmeoppfølging har påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehuset?

Besvart: 22 Hoppet over: 2

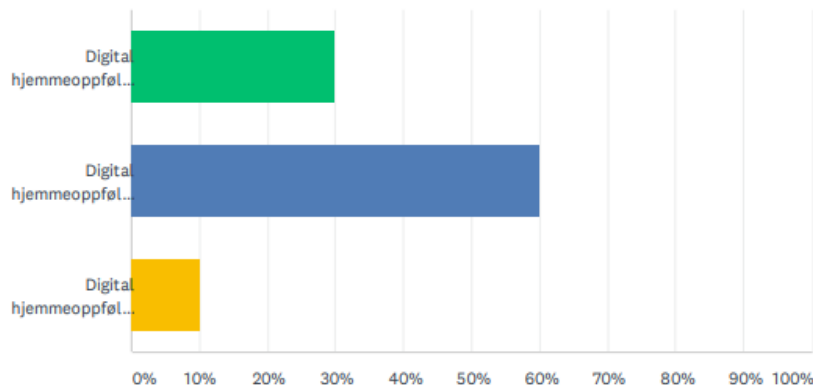


SVARVALG	SVAR
Jeg tror den har redusert antall innleggelser.	31.82% 7
Jeg tror ikke den har påvirket sykehusinnleggelser	59.09% 13
Jeg tror den har økt antall innleggelser.	9.09% 2
TOTALT	22

#	KOMMENTAR	DATE
1	Har ikke hatt innleggelser	8/30/2020 4:05 PM
2	Vanskelig å svare på, har ikke brukt egenplanlegging ennå. Hvis jeg blir ordentlig syk så må jeg inn på sykehuset uansett.	8/27/2020 12:53 PM
3	Har ikke vært innlagt på sykehus.	8/24/2020 4:44 PM

SP8 Har digital hjemmeoppfølging påvirket ditt behov for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem?

Besvart: 20 Hoppet over: 4

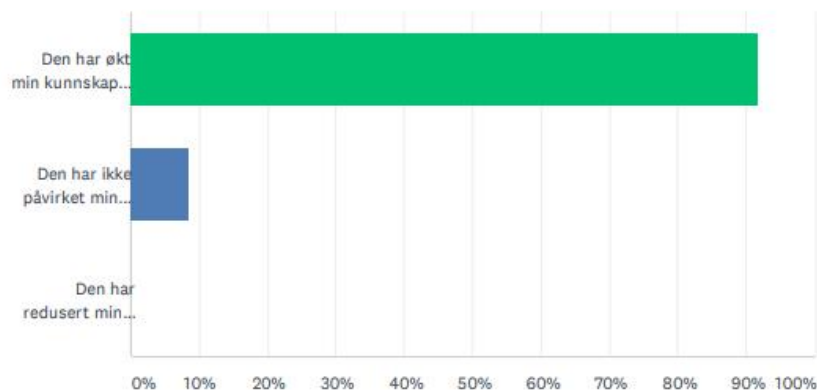


SVARVALG	SVAR
Digital hjemmeoppfølging har redusert behovet for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem	30.00% 6
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket mitt behov for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem	60.00% 12
Digital hjemmeoppfølging har økt behovet for hjemmetjenester og/eller korttidsopphold i sykehjem	10.00% 2
TOTALT	20

#	KOMMENTAR	DATE
1	Har ikke hjemmetjenester.	9/7/2020 4:45 PM
2	Har lite hjelp fra før	9/7/2020 12:56 PM
3	Har ikke hjemmehjelp	8/30/2020 4:05 PM
4	Endelig har de begynt å komme	8/25/2020 3:48 PM
5	Har ikke hatt behov for det.	8/24/2020 4:44 PM

SP9 Har digital hjemmeoppfølging påvirket din kunnskap og/eller forståelse av dine helseutfordringer?

Besvart: 24 Hoppet over: 0



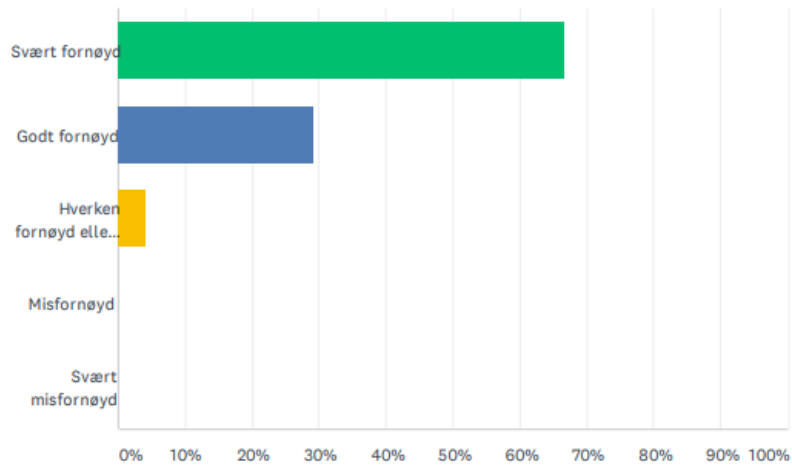
SVARVALG	SVAR
Den har økt min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer.	91.67% 22
Den har ikke påvirket min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer.	8.33% 2
Den har redusert min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer.	0.00% 0
TOTALT	24

#	KOMMENTAR	DATE
	There are no responses.	

Tilbakemelding digital hjemmeoppfølging

SP10 Hvordan er du fornøyd med oppfølgingen du får fra Helsehjelpen?

Besvart: 24 Hoppet over: 0

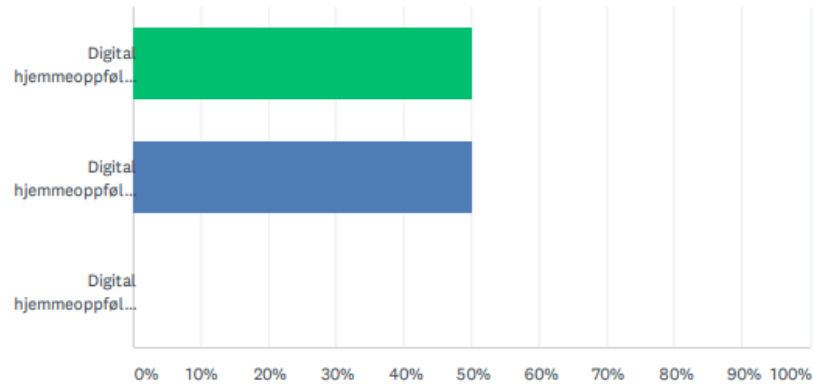


SVARVALG	SVAR
Svært fornøyd	66.67% 16
Godt fornøyd	29.17% 7
Hverken fornøyd eller misfornøyd	4.17% 1
Misfornøyd	0.00% 0
Svært misfornøyd	0.00% 0
TOTALT	24

#	KOMMENTAR	DATE
	There are no responses.	

SP11 Har digital hjemmeoppfølging hatt betydning for deg under koronapandemien?

Besvart: 24 Hoppet over: 0



SVARVALG	SVAR	Count
Digital hjemmeoppfølging har ikke hatt betydning.	50.00%	12
Digital hjemmeoppfølging har gjort meg tryggere under pandemien.	50.00%	12
Digital hjemmeoppfølging har gjort meg mer utrygg under pandemien.	0.00%	0
TOTALT		24

#	KOMMENTAR	DATE
	There are no responses.	

Tilbakemelding digital hjemmeoppfølging

SP12 Hva har vært det beste med digital hjemmeoppfølging? (fritekst)

Besvart: 14 Hoppet over: 10

#	SVAR	DATE
1	Trygghet	9/4/2020 7:16 PM
2	Trygt å bare være en telefon unna gode, trygge og empatiske mennesker med god fagkunnskap.	9/3/2020 7:29 PM
3	Det er å anse som en forsikring og gjør meg tryggere	8/30/2020 4:05 PM
4	Det er fint at noen følger med på og tar kontakt hvis noen ting blir feil på målingene.	8/27/2020 8:30 PM
5	Trygghet å vite at en har noen bak seg og følger med på mine behov av hjelp.	8/27/2020 12:53 PM
6	Det er all den servicen, tryggheten og den fine kontakten vi får når det er noe en lurer på.	8/26/2020 10:08 PM
7	Trygghet	8/26/2020 2:46 PM
8	Trygghet	8/26/2020 10:08 AM
9	Føler meg tryggere.	8/26/2020 8:38 AM
10	Trygghet gjennom hyggelige ansatte.	8/25/2020 10:31 PM
11	Forståelse av egen helsesituasjon. Og trygghet i hverdagen.	8/25/2020 3:48 PM
12	Trygghet, og at de har laget en plan for meg for hva jeg skal gjøre på de forskjellige stadiene, utifrå hva målingene mine viser kjempefint.	8/25/2020 1:58 PM
13	Kontakt når prøvene har vært for ille.	8/24/2020 4:44 PM
14	Trygghet	8/24/2020 4:22 PM



VIKTIG ÅTA I BRUK NY TEKNOLOGI: Digitaliseringsminister Nikolai Astrup (t.h.) fikk høre da Liv Tveten og Frode Walderhaug fortalte om sine erfaringer med velferdsteknologi. - Vi har bare såvidt sett begynnelsen, så statsråden etter møtet.

FOTO: THERESE ESKELLUND

Liv forklarte statsråden at velferdsteknologi fungerer fint for henne: - Det er en trygghet

Liv Tveten er ikke i tvil om at velferdsteknologi har virket for henne. - Dette er alfa og omega for at jeg skal føle meg trygg, sier hun. I kommunen anslår de at antall utrykninger fra hjemmetjenesten er redusert med 30 - 40 prosent.

THERESE ESKELLUND
therese.eskellund@op.no

Hver morgen og kveld måler Liv pust og temperatur. Målingene går direkte inn på hennes nettbrett som hun har fått av Larvik kommune og registreres der. Er det noe som er unormalt, som feber, får hun beskjed på nettbrettet og blir kontaktet av helsejenseten. Da kan det hende hun må legges inn.

Å selv kunne vite at prøvene er normale, er en trygghet. Svaret får hun med en gang målingen er gjort.

- Det er veldig interessant å følge kurvene, og hjemmetjenesten er også veldig interessert i dette, forteller hun.

Gode erfaringer

Hun og Frode Walderhaug er to av rundt 20 i Larvik kommune som får prøve ut velferdsteknologi hjemme.

Begge har kols, og fordi de er kronisk syke og har risiko for sykkelusinnleggelse og bruk av kommunale tjenester, har de fått muligheten til å være med på pilotprosjektet som blant annet innebærer avstandsoppfølging.

Brukeren får med utstyr hjem og måler selv. Resultatet går automatisk til Helsehjelpen.

- Den overvåkingen vi har nå er veldig bra. Jeg opplevde en gang at målingene gikk litt opp og ned. Da var det noen som ringte meg og spurte hvordan det gikk. Det er en trygghet, ikke minst for dem hjemme. De vet ikke hvordan jeg har det, de ser bare at jeg har det trolleste. Nå får jeg oppfølging og kan selv se hvordan prøvene mine er. Dette erstatter ikke fastlegen, men er et godt supplement, sier Frode.

Torsdag var de på Larvik sykehus for å fortelle om erfaringene sine for digitaliseringsminister Nikolai Astrup fra Høyre. Med var også en hel delegasjon med helsepolitikere som ville høre hva Larvik kommune har fått ut av sitt digitaliseringsprosjekt.

Selvhjulpne brukere

Statsråd Nikolai Astrup fikk en fyldig gjennomgang fra Helsehjelpen Larvik. De har ansvaret dersom Liv, Frode eller noen av de andre brukerne, tester til rødt eller gult.

I tillegg til å følge opp brukerne i digitaliseringsprosjektet er



SLIK SER BRETTEt UT: Nettbrettet er enkelt å bruke, og det gir god oppfølging.



PRØVDE SELV: Statsråd Nikolai Astrup fra Kommunal- og moderniseringsdepartementet prøvde selv å ta oksygenmetningen. Resultatet gikk rett inn på nettbrettet, og var for ordens skyld eksepsjonelt bra.

de en tjeneste for alle i Larvik kommune, og tar imot alle typer henvendelser, fra pårørende, pasienter og brukere som trenger hjelp for å finne fram i jungelen av helseitilbud.

Ved å ta i bruk mer velferdsteknologi har de allerede frigjort ressurser. For eksempel slipper hjemmetjenesten å rykke ut like mange ganger når brukerne selv registrerer seg, og selv kan se at de ikke er syke den dagen.

- Å ha kjennskap og oversikt over egen sykdom gir trygghet. Det ser vi når vi spør brukerne, sier prosjektleder Cecilie Lyngra Søierstad i Helsehjelpen.

Frigjør viktige ressurser

De snakker om hele 30 - 40 prosent reduksjon i utrykninger i

hjemmesykepleien i forbindelse med trygghetsalarmene etter at teknologien ble tatt i bruk.

- Dette frigjør viktig tid for de ansatte, sier Elisabeth Sørensen, fagutvikler for velferdsteknologi i Larvik kommunen.

Etter informasjonen var statsråden ikke i tvil om at dette er noe som fungerer, og definitivt noe vi kommer til å se mer av i framtida.

- Digitale verktøy endrer måten vi leverer helsejenseter på, og kommer til å få enda større betydning i framtida. Det vi ser her i dag er nok bare begynnelsen, så jeg gleder meg til å følge med på fortsettelsen. Det er mange land som misunner oss hvor langt vi har kommet når det gjelder digitalisering og ny

teknologi i offentlig sektor, men nå må vi ta steget opp til neste divisjon. Vi har kommet langt gjennom gradvis forbedring der vi går fra å bruke papir til å bruke skjerm, men fremover må vi bruke teknologien til å løse oppgavene våre på helt nye og bedre måter. For å få til det er tverrfaglig kompetanse og vilje til å ta i bruk ny teknologi helt avgjørende, sier han, og besejmer Larvik kommune for å være åpen for nye løsninger.

- Det er fint å se at Larvik tør å ta nye løsninger i bruk. Det er helt avgjørende for å kunne tilby enda bedre tjenester i framtida, sier han.

I DAG

NAVNE DAG

GUNNVALD OG GUNVOR: I dag, 3. april, har Gunnvald og Gunvor føde navnedag. Begge navner nordnorske. Gunnvald er sammensatt av estrid og -vald, Gunvor av vord og -vord eller vord, vord, vord.



Frank Johansen
Vestbygd
530 15 067
Frank.johansen@opne

NOEN DU VIL GRATULERE? OP tar gratis inn bilder med bursdagsbilder. Bildene må legges inn på vår nettside op.no/gratulerer

- En trygghet både for meg og familien min

Behandling via nettbrett



FORNØYD: Frode Walderhaug er fornøyd med oppfølgingen han får fra kommunens helsejenerest via Karen Kaasa, Linda Nilsen Augland og Cecilie Løvre Solbøstad.

Frode Walderhaug sliter med kols. Nå får han daglig avstandsoppfølging fra kommunens helsejenerest, og føler dermed en større trygghet i hverdagen.

ROSLINDA JOHANNESSEN
Foto: Cecilie Løvre Solbøstad

blåser inn i et spirometri for å måle lungefunksjonen, forteller Walderhaug.

Direkte via nettbrett

Resultatet av målingen registreres på et nettbrett og går direkte til prosjektstyrker for medisinisk avstandsoppfølging i Larvik kommune, Linda Nilsen Augland.

- I tillegg, via telefon i oppgave å sikre at noen sjenerer leverer til sykehuset, blir jeg til-

Augland.

- Dette er en trygghet både for meg og familien min, sier Frode, som også har fått med seg et pulsskymeter og en blodtryksmåler.

- Alle målinger går direkte til Linda som til enhver tid kan sjekke helsestanden min, sier Frode som er nøy på å understreke at dette ikke erstatter fastlegen.

- Samtidig tror jeg dette sparer meg for noen besøk til fast-

tilpasset medisinsk målestyr hjem. Via nettbrettet får pasienten informasjon om hva de skal måle og hvor ofte. I tillegg skal pasienten svare på spørsmål om hvordan helsestanden er, og dette sendes til helsepersonell i kommunen.

Larvik kommune samarbeider tett med sykehuset i Vestfold og har valgt å starte med kolpasienter fordi Larvik er involvert i sykehusets ROLS-prosjekt.

komme inn under denne typen oppfølging.

- I løpet av tre år skal vi kunne følge opp mellom 50- og 70 pasienter, sier Nilsen Augland.

Også eldre mennesker uten datakunnskap er med i prosjektet, mener prosjektleder for avstandsoppfølgingen, Karen Kaasa.

- Alder og erfaring med smarttelefon eller pc er uvesentlig. Det er motivasjonen som gjelder, mener Kaasa som

TJENESTEFORLØP: DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING

Rekruttering & inkludering

1. Bruker henvises til tjenestekontor
2. Henvisningen mottas og vurderes
3. PLO sendes til fastlege for vurdering av egnethet
4. Beslutning fra fastlege om egnethet for avstandsoppfølging
5. Beslutningen registreres i fagsystem
6. Bruker kontaktes for å avtale hjemmebesøk

Oppstart & opplæring

1. Gjennomføring av vurderingsbesøk
2. Opplæring av bruker
3. Fastlegen informeres om utfallet av vurderingsbesøket
4. Bruker registreres for gevinstoppfølging
5. Bestilling av konsultasjonstid hos fastlege
6. Målsamtale 5-7 dager etter oppstart

Rapportering & oppfølging

1. Konsultasjonstid hos fastlege etter 14-20 dager
2. Egenmåling og rapportering av bruker i hjemmet
3. Oppfølging av brukerrapporterte målinger
4. Månedlige oppdateringer til fastlege
5. Kontakt med fastlege ved store avvik
6. Etablering av egenbehandlingsplan i samarbeid med pasient, fastlege og oppfølgingstjeneste

Evaluering, videreføring & avslutning

1. Evaluering hver 6. måned
2. Evaluering ved forverring eller vesentlig endring
3. Midlertidig stopp av avstandsoppfølging ved sykehusinnleggelse
4. Avslutning av avstandsoppfølging i prosjektperioden

FASE 1: REKRUTTERING OG INKLUDERING

AKTIVITETER:

1. Bruker henvises til tjenestekontor

Henvisningen sendes samme vei som andre søknader og henvisninger via plo-melding

2. Henvisningen mottas og vurderes

Oppfølgingstjenesten vurderer henvisningen dokumentere begrunnelsen i fagsystemet.

3. PLO sendes til fastlege for vurdering av egnethet

Oppfølgingstjenesten sender PLO til fastlege med en begrunnelse for hvorfor bruker er egnet for medisinsk avstandsoppfølging.

4. Beslutning fra fastlege om egnethet for avstandsoppfølging

Fastlege sender PLO til oppfølgingstjeneste med beslutning om bruker er egnet for avstandsoppfølging eller ikke. Meldingen inneholder også en begrunnelse.

5. Beslutningen registreres i fagsystem

Dersom egnet for avstandsoppfølging registrerer oppfølgingstjenesten bruker som deltaker i prosjekt for medisinsk avstandsoppfølging.

Dersom besluttet at bruker ikke er egnet, dokumenterer oppfølgingstjenesten dette i fagsystem og tjenesten avsluttes.

6. Bruker kontaktes for å avtale hjemmebesøk

Oppfølgingstjenesten kontakter bruker og avtaler tid for hjemmebesøk. Samtidig informeres bruker kort om medisinsk avstandsoppfølging.

AVKLARINGER:

ARBEIDSVERKTØY SOM TRENGS:

- Inklusjonskriterier
- Brosjyre om digital hjemmeoppfølging
- Prosedyre for PLO-melding til fastlege

FASE 2: OPPSTART OG OPPLÆRING

AKTIVITETER:

1. Gjennomføring av vurderingsbesøk

Oppfølgingstjenesten gjennomfører vurderingsbesøk hos bruker. Under besøket innhentes samtykke til deltagelse. Det gjøres kartlegging av pasientens helsetilstand, symptomer på forverring, målsetting med oppfølgingen og andre ting som er viktig for pasienten

2. Opplæring av bruker

Bruker mottar utstyr og signerer avtale om utlån. Oppfølgingstjenesten gjennomfører opplæring i bruk av utstyret og hvordan rapporteringen fungerer.

3. Fastlegen informeres om utfallet av vurderingsbesøket

Oppfølgingstjenesten informerer fastlege om videre oppfølging av bruker - enten med medisinsk avstandsoppfølging eller oppfølging som tidligere.

4. Bruker registreres for gevinstoppfølging

Oppfølgingstjenesten registrerer bruker for gevinstoppfølging. Gevinstansvarlig sørger for at det gjøres nullpunktsmåling.

5. Bestilling av konsultasjonstid hos fastlege

Oppfølgingstjenesten sørger for at det blir bestilt en tid (dobbeltime) hos fastlege

6. Målsamtale 5-7 dager etter oppstart

Oppfølgingstjenesten utfører målsamtale (telefon eller hjemmebesøk) for å følge opp opplæring og kartlegge brukers målsetning.

AVKLARINGER:

ARBEIDSVERKTØY SOM TRENGS:

- Prosedyre for kartlegging og opplæring
- Avtale om utlån av utstyr
- Prosedyre for randomisering
- Samtykkeerklæring

FASE 3: RAPPORTERING OG OPPFØLGING

AKTIVITETER:

1. Konsultasjonstid hos fastlege etter 14-20 dager

Oppfølgingstjenesten deltar sammen med bruker, pårørende og evt andre på konsultasjon hos fastlege for å sette referanseverdier, avklare målsetning og forventning samt utarbeide en egenbehandlingsplan

2. Egenmåling og rapportering av bruker i hjemmet

Bruker utfører målinger og rapporterer målinger i henhold til planen, og tar kontakt med oppfølgingstjenesten via chat eller telefon.

3. Oppfølging av brukerrapporterte målinger og data

Oppfølgingstjenesten følger opp brukerrapporterte målinger i henhold til plan og referanseverdier. Ved avvikende målinger tar oppfølgingstjenesten kontakt med bruker via telefon. 5. ukers målsamtale med fokus på måloppnåelse, tilbakemelding på oppfølgingen

4. Månedlige oppdateringer til fastlege

Oppfølgingstjenesten sender rapport til fastlege (PLO-melding) med trender og oversikt over brukerrapporterte målinger.

5. Kontakt med fastlege

Oppfølgingstjenesten kontakter fastlege (PLO-melding) ved gjentakende avvikelser i brukerrapporterte målinger. Bruker kontakter fastlege selv ved behov for avklaring gjeldende medikamenter eller andre medisinske problemstillinger. I behandlingsmøte avklares hyppighet kontakt med fastlegen

AVKLARINGER:

- Hvor ofte skal rapporter sendes til fastlege?

ARBEIDSVERKTØY SOM TRENGS:

Mal for egenbehandlingsplan
Rutiner for kontakt mot fastlege

FASE 4: EVALUERING, VIDEREFØRING OG AVSLUTNING

AKTIVITETER:

1. Evaluering hver 6. måned

Oppfølgingstjenesten initierer en evalueringssamtale med bruker, eventuelt sammen med fastlegen, for å evaluere målsetningen, se på nytteverdien og gjøre justeringer av egenbehandlingsplanen. Hvis fastlege ikke deltar i evalueringsmøte må denne informeres av oppfølgingstjenesten via PLO-melding.

2. Evaluering ved forverrelse eller vesentlig endring

Hvis behovene til bruker plutselig endres (akutt forverring, sykehusinnleggelse, stort antall avvikende målinger under kort tid) gjennomføres en evaluering av oppfølging og egenbehandlingsplan. Oppfølgingstjenesten initierer evalueringen, og involvere fastlege og bruker.

3. Midlertidig stopp ved sykehusinnleggelse

Oppfølgingstjenesten stopper oppfølgingen midlertidig når bruker er innlagt ved sykehus, og dokumenterer dette i fagsystem.

4. Avslutning av oppfølgingen

Ved noen tilfeller vil det være aktuelt å avslutte:

- Bruker ønsker selv å avslutte. I disse tilfeller gjennomfører oppfølgingstjenesten en samtale for å kartlegge hvorfor bruker ønsker å avslutte.
- Oppfølgingen lar seg ikke gjennomføre. Her kan det handle om misbruk av utstyr, svært alvorlig forverrelse av tilstand eller manglende målsetting eller opplevelse av nytte

AVKLARINGER:

ARBEIDSVERKTØY SOM TRENGS:

- Evalueringsskjema
- Rutine for evalueringssamtale/evalueringprosedyre
- Gevinstoppfølgingsverktøy
- Rutine for avslutning av tjeneste







Digital hjemmeoppfølging

Visuell fremstilling av tjenesteforløp kronisk syke Larvik kommune

18.05.2021

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

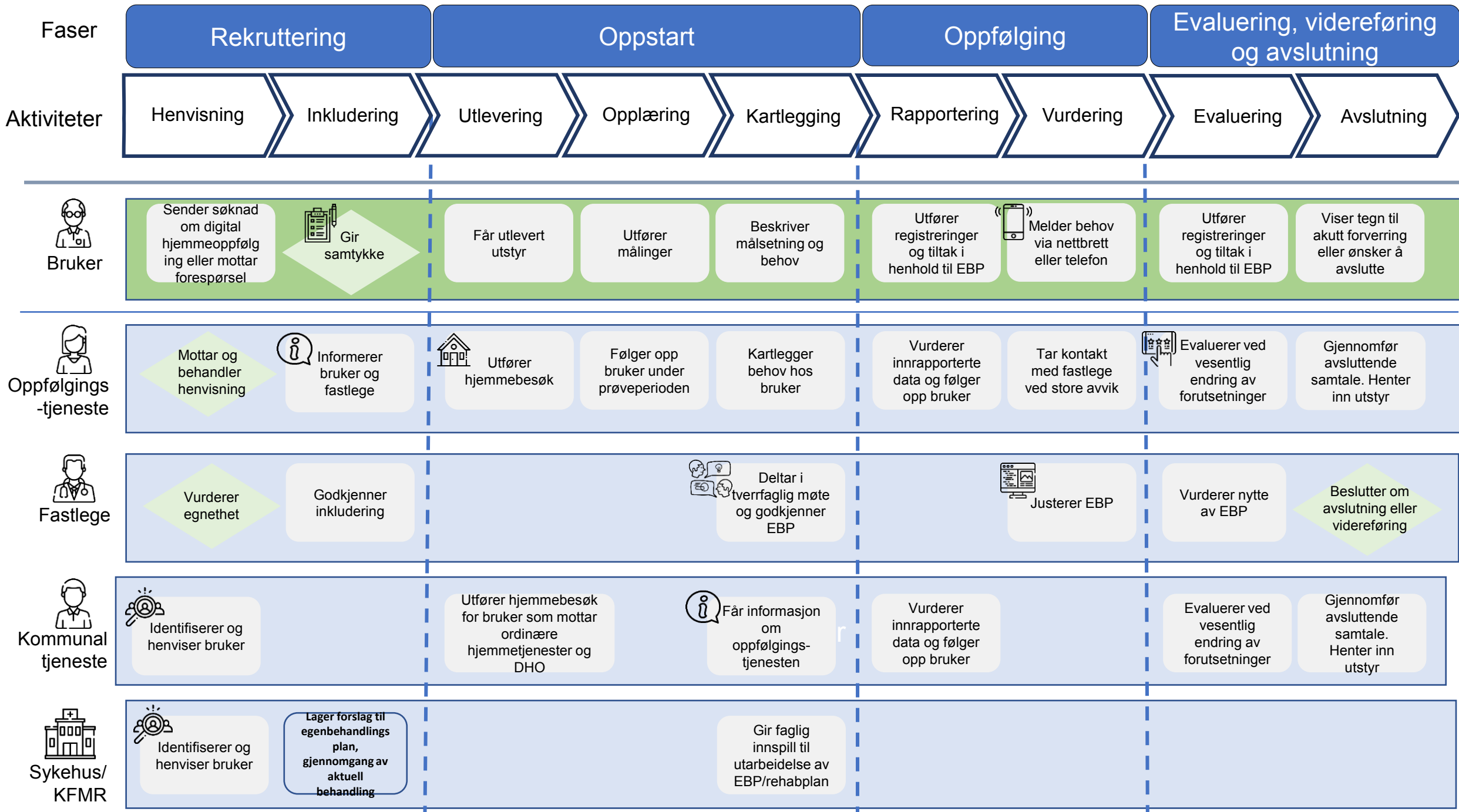
Fordeling av ansvar for aktiviteter

Aktivitet	Bruker 	Oppfølgings-tjeneste 	Fastlege 	Sykehus 
Identifisering/henvisning	U	A	U	U
Inkludering	A	U	A	A
Tildeling av utstyr		A		
Opplæring		A		
Kartlegging (EBP)		U	A	R U
Rapportering	A	U		A
Vurdering		A	R	A R
Evaluering		A	U	A R
Avslutning		A	U	

 = Ansvarlig
  = Utførende
  = Rådgivende

Beskrivelse av aktiviteter

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



Faser

Rekruttering

Aktiviteter

Henvisning

Inkludering



Bruker

Sender søknad om avstandsoppfølging



Får informasjon om prosessen

Avtaler hjemmebesøk



Oppfølgings-tjeneste

Mottar og behandler henvisning

Registrerer henvisning i fagsystem



Informerer bruker om at henvisning er mottatt

Sender PLO til fastlege

Beslutning registreres i fagsystem



Bruker registreres for gevinstoppfølging

Utfører nullpunktsmåling



Kontakter bruker for å avtale hjemmebesøk



Informerer hjemmetjenesten om planlagt besøk



Fastlege



Identifiserer og henviser bruker

Vurderer nytten av oppfølging

Sender PLO til oppfølgings-tjenesten



Kommunal tjeneste



Identifiserer og henviser bruker

Vurderer behov for deltakelse ved hjemmebesøk



Sykehus/KFMR



Identifiserer og henviser bruker

Kartlegging og utarbeidelse av egenbehandlingsplan

Faser

Oppstart

Aktiviteter

Utlevering

Opplæring

Kartlegging



Bruker



Signerer utlånsavtale

Gjør seg kjent med utstyr

Starter prøveperiode med innrapportering



Beskriver målsetning



Tverrfaglig møte
Beskriver behov og utfordringer



Oppfølgings-tjeneste

Forbereder hjemmebesøk

Ferdigstiller utstyr



Utfører hjemmebesøk eller besøk på sykehuset

Setter opp utstyr og instruerer bruker

Veiledende rolle ifht. hjemmetjenesten/ andre instanser

Vurderer kvalitet på innrapporteringer

Utfører målsamtale med bruker

Bestiller time hos fastlege for tverrfaglig konsultasjon



Tverrfaglig møte
Presenterer resultat fra prøveperiode



Fastlege

Reserverer time



Tverrfaglig møte
Ferdigstiller EBP



Kommunal tjeneste

Utfører hjemmebesøk for bruker som mottar ordinære hjemmetjenester og DHO

Setter opp utstyr og instruerer bruker

Gjør seg kjent med utstyr

Utfører målsamtale med bruker

Bestiller time hos fastlege for tverrfaglig konsultasjon



Tverrfaglig møte
Presenterer resultat fra prøveperiode



Sykehus/KFMR

Aktuell kandidat vurderes for oppstart under akutt opphold på sykehus

Faser

Oppfølging

Aktiviteter

Rapportering

Vurdering



Bruker

Utfører registreringer i henhold til EBP



Kontakter oppfølgings-tjenesten hvis utrygg

Ny måling eller tiltak i henhold til EBP

Får tilgang til oppdatert EBP på nettbrett

Utfører tiltak og registreringer i henhold til oppdatert EBP



Oppfølgings-tjeneste

Vurderer innrapporterte data i henhold til EBP



Kontakter hjemmetjenesten ved andre problemer



Kontakter bruker ved avvik

Formidler målinger til fastlege



Kontakter fastlege ved store eller gjentakende avvik



Kontakter bruker for gjennomgang av oppdatert EBP

Følger opp at registreringer og tiltak blir gjennomført



Fastlege



Evaluerer registrerte verdier

Vurderer behov for justering av EBP

Konsulterer spesialist ved behov



Utfører endringer i EBP



Kommunal tjeneste

Følger opp bruker i henhold til vedtak

Vurderer innrapporterte data i henhold til EBP for brukere med ordinære hjemmetjenester og DHO



Kontakter bruker ved avvik



Kontakter bruker for gjennomgang av oppdatert EBP

Følger opp at registreringer og tiltak blir gjennomført



Sykehus

Sykehuset veileder og støtter helsepersonell og pasient

Gir faglig innspill til utarbeidelse av EBP

Faser

Evaluering, videreføring og avslutning

Aktiviteter

Evaluering

Avslutning



Bruker



Deltar i evalueringssamtale



Blir innlagt ved sykehus

Viser tegn til akutt forverring eller ønsker å avslutte

Ved avslutning:
Deltar i evaluering av oppfølgingen



Oppfølgings-tjeneste



Gjennomfører evalueringssamtale



Informerer fastlege etter samtale

Stopper oppfølging midlertidig hvis bruker er innlagt



Evaluerer ved vesentlig endring av forutsetninger



Informerer fastlege om forandringer

Ved avslutning:
Avsluttende samtale med bruker. Henter inn utstyr

Ved avslutning:
Gir beskjed til involverte parter



Fastlege



Tar del i evalueringssamtale

Vurderer justering av EBP/avvikling av digital hjemmeoppfølging

Tar beslutning om avslutning eller videreføring

Ved avslutning:
Avslutter EBP



Kommunal tjeneste



Gjennomfører evalueringssamtale for brukere med ordinære hjemmetjenester og DHO



Informerer fastlege etter samtale

Stopper oppfølging midlertidig hvis bruker er innlagt



Evaluerer ved vesentlig endring av forutsetninger



Informerer fastlege om forandringer

Tar del i beslutning vedrørende avslutning

Ved avslutning:
Avsluttende samtale med bruker. Henter inn utstyr

Ved avslutning:
Gir beskjed til involverte parter



Sykehus/KFMR

Deltar i evaluering av plan og er rådgivende i forhold til eventuell avslutning

Tar del i beslutning vedrørende avslutning