



Oslo



Sluttrapport VIS 2.0

Bydel Gamle Oslo

Bydel Grünerløkka

Bydel Sagene

Bydel St. Hanshaugen

I samarbeid med:



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Ordliste	4
Sammendrag	5
1. Innledning	6
2. Bakgrunn og organisering	7
2.1. Relevant demografi for Oslo kommune.....	7
2.2. Organisering og styring	7
2.3. Fastleger	8
2.4. Primærhelseteam	8
2.5. Lovisenberg Diakonale Sykehus.....	8
3. Mål	9
3.1. Mål med tiltakene	9
3.2. Målgruppe.....	9
3.3. Forventede effekter	9
3.4. Hvordan måle gevinster og effekter	10
4. Modell for digital hjemmeoppfølging	11
4.1 Tjenesteforløp fra rekruttering til avslutning.....	11
4.1.1. Endringer i tjenesteforløpet i løpet av prosjektperioden	12
4.1.2. Tjenesteforløp kreft.....	12
4.2. Inklusjons/eksklusjonskriterier.....	13
4.3. Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten	13
4.4. Egenbehandlingsplan som grunnlag for egenmestring.....	13
4.5. Oppfølging av brukere med digital hjemmeoppfølging.....	14
4.5.1. Ethiske refleksjoner	14
4.6. Erfaring med fastlegens rolle og ansvar/ ev i tjenesteforløp med og uten PHT.....	15
4.7. Samarbeid mellom aktørene med særlige vekt på helseforetakets rolle.....	16
4.7.1. Samarbeid med sykehuset.....	16
4.7.2. Primærhelseteam - PHT.....	16
4.8. Teknologi og anskaffelse.....	16
4.9. Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten.....	17
4.10. Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på.....	18
4.10.1. Oppfølgingsentrene i bydelene	18
4.11. Personalressurser	19

5. Måloppnåelse/gevinster	20
5.1. I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?.....	20
5.2. Hvilke gevinster (nytteverdi av å innføre tiltaket) har prosjektet gitt?	20
5.2.1. Brukere - kvalitet på tjenesten.....	20
5.2.2. Kommune	22
5.2.3. Fastlege	22
5.2.4. Gevinster for sykehuset.....	23
5.2.5. Gevinster for samarbeid.....	24
5.3. Hvordan gevinstene har blitt fulgt opp.....	25
6. Læringspunkter / erfaringer	25
6.1. Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt	25
6.1.1. Erfaringer for å oppnå effekt, kommune.....	25
6.1.2. Erfaringer for å oppnå effekt, sykehus.....	26
6.1.3. Erfaringer for å oppnå effekt, fastleger.....	26
6.2. Hvordan bør fastlegens rolle og ansvar være i DHO.....	27
6.3. utfordringer og barrierer - hva vi lærte og i hvilken grad de ble løst.....	27
6.3.1. utfordringer og barrierer, kommune	27
6.3.2. utfordringer og barrierer, sykehus.....	27
6.3.3. utfordringer og barrierer, fastlege.....	28
6.4. Hvordan er opplevelsen av selve teknologien og samarbeid med leverandøren?	28
6.5. Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til en kommune / helsefelleskap som ønsker å/planlegger å starte med digital hjemmeoppfølging?	29
6.5.1. Erfaringer og råd til fra kommunen/bydelene.....	29
6.5.2. Erfaringer og råd fra sykehuset.....	29
7. Tilrettelegging for / planlegging om videre drift	30
7.1. VIS-bydelene og Oslo kommune	30
7.2. LDS	31
7.3. Hvilke potensiale ser dere for gevinster?	31
8. Vedlegg	31

Ordliste

DHO	Digital hjemmeoppfølging
VIS	Velferdsteknologi i sentrum, et samarbeid mellom Lovisenberg Diakonale sykehus og bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St.Hanshaugen
Pasient/bruker	Sykehuset bruker til vanlig pasient, mens kommunen sier bruker. I denne rapporten vil vi benytte begge begreper
HEL	Helseetaten i Oslo kommune
HDIR	Helsedirektoratet
LDS	Lovisenberg Diakonale Sykehus
EBP	Egenbehandlingsplan: Pasientens plan for sin helse. Denne planen er delt inn i grønn, gul og rød sone. I den grønne sonen er fokuset hva bruker skal gjøre for å holde seg i stabil form. Her kan det både være forebyggende tiltak som aktivitet, ernæringsråd osv. og oversikt over faste medisiner. I gul og rød sone er fokuset hva bruker skal gjøre når han føler seg dårlig/er i forverring. Her vil det stå spesifikke tiltak rettet mot dårligere form for eksempel: Slimmobilisering, økning av behovsmedisin og når bruker bør kontakte fastlege/legevakt/AMK.
EPJ	Elektronisk pasientjournal
Fjernpleiesystem	Programvare/nettside utenfor journalsystem der ansatte har oversikt over brukere, innstillinger for teknologi, rapporteringsmuligheter etc. Som oftest ett fjernpleiesystem pr. leverandør.
UKE	Utviklings- og kompetanseetaten i Oslo kommune
PLO	Pleie- og omsorgsmelding, sendes mellom kommune, sykehus og fastleger
LLL	Lovisenberg Lindring og Livshjelp
PHT	Primærhelseteam. Primærhelseteam er et prosjekt ledet av Helsedirektoratet og testes ut på Sagene Lokalmedisinske senter i Bydel Sagene. Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastleger, sykepleiere og helsesekretærer, og teamet ledes av en fastlege. Formålet med organiseringen er å tilby bedre fastlegetjenester til pasienter som trenger det mest.
VKP	Velferdsteknologisk knutepunkt
RCT	Randomisert kontrollstudie

Sammendrag

I denne sluttrapporten har vi sett på erfaringer og resultater fra prosjektet VIS 2.0 som er en del av Helsedirektoratets prosjekt med mål om å lage nasjonale anbefalinger for implementering av digital hjemmeoppfølging (DHO).

Rapporten gir bakgrunnsinformasjon om organiseringen i prosjektet, mål, metodikk og utvelgelse av målgruppe før den går over på vår modell for DHO og til slutt en beskrivelse av måloppnåelse og erfaringer/råd til implementering av DHO.

DHO gir gode kvalitative gevinster for brukerne. De rapporterer økt trygghet i hverdagen og at de i større grad mestrer og har kunnskap om sin helsesituasjon.

Prosjektet har så langt ikke klart å dokumentere en overordnet vesentlig reduksjon i forbruk av helsetjenester. Dette kan ha noe med valg av metodikk og utvalget av deltakere i prosjektet, og VIS ønsker å se nærmere på dette i videre gevinstkartlegging og videreutvikling av DHO.

Prosjektet har også ført til et tettere samarbeid mellom bydelene, LDS, fastleger/legekontor og primærhelseteam, noe som har resultert i et bedre tjenesteforløp for brukerne. Ved å benytte tverrfaglige møter til å utarbeide EBP har vi fått et bedre samarbeid med fastleger og LDS rapporterer at DHO er innarbeidet i henvisningsrutiner til bydelene og at tjenesten benyttes blant annet hos brukere i bydelene som også mottar poliklinisk oppfølging fra LDS.

I tillegg har prosjektet gitt økt fokus på tverrfaglig samarbeid og helhetlige tjenester internt i bydelene, økt fokus/kompetanse på teknologi, gevinstarbeid, endringsledelse, personvern og anskaffelser, og økt digital kompetanse hos de ansatte.

DHO videreføres som en del av den ordinære helse- og omsorgstjenesten i bydelene som en tjeneste og et verktøy. DHO skal komplementere tjenestene på en god måte, og planen er at DHO skal breddes til de resterende bydelene i Oslo.

1. Innledning

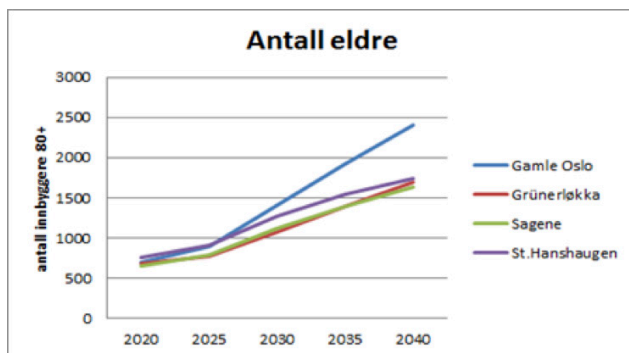
Denne sluttrapporten er et resultat av VIS 2.0 sin deltagelse i Helsedirektoratets prosjekt med mål om å lage nasjonale anbefalinger for implementering av digital hjemmeoppfølging (DHO). VIS står for «velferdsteknologi i sentrum», og er et samarbeid mellom de fire sentrumsbydelene i Oslo, St. Hanshaugen, Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og Lovisenberg diakonale sykehus (LDS). Samarbeidet startet i 2013 og har de siste årene testet ulike teknologier, og deltok blant annet i Helsedirektoratets forrige DHO prosjekt.

Etter forrige prosjekt om DHO så vi at det gjensto arbeid knyttet til tjenesteutvikling og gevinstkartlegging. Sluttrapporten pekte blant annet på klare opplevde kvalitative gevinster for brukerne, mens de kvantitative gevinstene for bydelene var mer uklare. I tillegg til å utforske dette videre ønsket vi også å skaffe oss erfaring om bruk av DHO på andre pasientgrupper som kreft og psykisk helse, og å etablere et tettere samarbeid med fastlegene og vårt lokalsykehus LDS. Innholdet i rapporten er todelt; prosjektbeskrivelse og resultater. I de første kapitlene gjør vi rede for mål, metodikk og utvelgelse av målgruppe og modell for DHO, mens de siste kapitlene fokuserer på måloppnåelse, identifiserte gevinster og våre erfaringer og anbefalinger knyttet til implementering og drift av DHO.

2. Bakgrunn og organisering

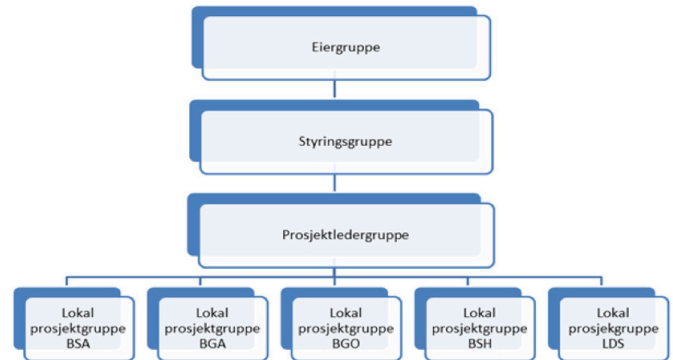
2.1. Relevant demografi for Oslo kommune

Felles for de fire VIS-bydelene er at de har en økende befolkning, og mange av innbyggerne har kroniske sykdommer. Antall eldre over 80 år kommer til å øke kraftig de neste ti årene. Folkehelseprofilene for VIS-bydelene viser flere fellestrekk. Alle har en stor gruppe innbyggere i alderen 45 år+ som bor alene. Det er lavere forventet levealder for både menn og kvinner enn i resten av landet. Vår erfaring er at eldre ofte har flere sykdommer samtidig som påvirker funksjonsevne, psykisk helse, livskvalitet og trygghet.



Figur 1: hentet fra: <http://khs.fhi.no/webview/>

2.2. Organisering og styring



Eiergruppen består av direktørene fra bydelene, LDS og Helseetaten (HEL). Den er oppdragsgiver og har godkjent prosjektets budsjett. Deres rolle har vært å godkjenne prosjektmandat og styringsdokumenter, forankre og spre informasjon på politisk nivå. Styringsgruppen består av avdelingsdirektører i bydelene, LDS og HEL. Ved behov har observatører fra primærhelseteam (fastlege), en bydelsoverlege og klinisk IKT fra sykehuset deltatt.

Rollen til styringsgruppen er å sikre forankring av prosjektet i egen bydel og kommunikasjon mellom bydelene, sykehuset, HEL og Helsedirektoratet. Det har vært gjennomført jevnlig møter i styringsgruppen. Prosjektlederne er ikke en del av styringsgruppen, men melder og forbereder saker, og deltar i møtene. Dette oppleves som viktig for å sikre informasjonsflyt mellom nivåene. Styringsgruppen melder saker til møtene i eiergruppen og tilrettelegger for god samhandling mellom eiergruppe, styringsgruppe og prosjektledergruppen.

Hver bydel og LDS har en prosjektleder som sammen med sekretær utgjør prosjektledergruppen. Prosjektlederne møtes ukentlig og har ansvaret for den daglige driften av prosjektet, og oppfølging av følgeforskningen. Sekretær støtter prosjektlederne i den helhetlige koordineringen av prosjektet på tvers av bydelene og sykehuset, og deltar i eier- og styringsgruppen.

De lokale prosjektgruppene er noe forskjellig oppbygd men består av ansatte som enten jobber med prosjektet eller har relevant fagkompetanse. Den praktiske driften av prosjektet, rekruttering og oppfølging av brukerne utføres av helsepersonell ved hver bydels oppfølgingscenter.

2.3. Fastleger

Bydel	Antall fastleger med kommunal avtale
Bydel Gamle Oslo	35
Bydel Grünerløkka	41
Bydel Sagene	36
Bydel St.Hanshaugen	47
Totalt	159

Utfordringen i Oslo er at det er et stort antall fastleger (546 stykker), og innbyggerne har ikke nødvendigvis fastlege i den bydelen eller kommunen der de bor. Fastlegene har også mange pasienter som ikke bor i den bydelen fastlegen arbeider i. Vi besluttet derfor tidlig kun å informere og inngå samarbeidsavtaler med fastleger i våre bydeler. De resterende fastlegene ville bli informert og involvert når deres pasienter fra våre bydeler ble rekruttert.

Flere av fastlegene har vært kjent med DHO gjennom det forrige prosjektet. Fastlegene ble informert om det nye prosjektet gjennom ALU-møter (allmennlegeutvalget) i bydelene, og gjennom informasjonsmøter på fastlegekontorene. Totalt 123 fastleger har hatt pasienter i prosjektet, og noen av de er ikke fra VIS-bydelene. To bydeler har hatt fastleger i brøkstillinger i prosjektperioden.

2.4. Primærhelseteam

Bydel Sagene deltar også med det kommunale fastlegekontoret Sagene lokalmedisinske senter, i det nasjonale pilotprosjektet «Primærhelseteam» (PHT) i regi av Helsedirektoratet.

2.5. Lovisenberg Diakonale Sykehus

Sykehuset signerte en samarbeidsavtale med bydelene som innebar at LDS skulle henvise 150 pasienter til VIS 2.0, dedikere egne ressurser og delta på møter med bydelene og Helsedirektoratet. Sykehuset skulle også bidra til kompetanseheving blant de ansatte ved oppfølgingscentrene i bydelene, og delta i utviklingen av tjenesteforløpet. Sykehuset har bidratt med to medarbeidere som deler en 80 % prosjektstilling. Begge er sykepleiere som jobber på hver sin avdeling ved siden av prosjektstillingen. Prosjektmedarbeiderne på sykehuset har deltatt på workshops, ukentlige møter med prosjektlederne og på styrings- og eiergruppemøtene.

3. Mål

3.1. Mål med tiltakene

Det overordnede målet er todelt: Oppdraget fra Helsedirektoratet og VIS 2.0 sine egne mål. Helsedirektoratets formål med ny utprøving er å få tilstrekkelig kunnskap om DHO til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket, og gi anbefalte tjenesteforløp med klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Hovedmålet for bydelene er å møte fremtidens utfordringer med demografi og ressurser blant annet gjennom bruk av velferdsteknologi. Velferdsteknologi skal være en del av de ordinære helse- og omsorgstjenestene i bydelene, og både innbyggere og ansatte skal få økt digital kompetanse.

Prosjektet har følgende delmål:

- ▶ Innbygger/bruker skal være en aktiv deltager og ta mer ansvar for egen helse
- ▶ Redusere/utsette/forhindre behov for andre kommunale tjenester
- ▶ Redusere innleggelses på sykehus
- ▶ Sykehuset skal henvise 150 brukere
- ▶ Inkludere 300 brukere til prosjektet
- ▶ Tettere samarbeid med fastlegene, mer bruk av EBP og tverrfaglig møte
- ▶ Øke kompetansen hos ansatte ved oppfølgingscenteret
- ▶ Ta i bruk videoteknologi
- ▶ Integrasjon mellom EPJ og fjernpleiesystem for å unngå dobbeltarbeid
- ▶ Inkludere flere brukergrupper som innbyggere med kreft og nedsatt psykisk helse

- ▶ Avklare hvilke gevinster vi ønsker å følge opp etter endt prosjekt og hvordan
- ▶ Sykehuset skulle bidra med kompetanseheving i bydelene

3.2. Målgruppe

I de tidligere prosjektene har målgruppen vært brukerne med kroniske sykdommer som KOLS, hjertesvikt, diabetes og ernæringsutfordringer, eller en sammensetning av disse. På grunn av god erfaring og nytteverdi av DHO hos disse brukergruppene, videreføres de som målgruppe i VIS 2.0. I tillegg spisses målgruppen ved at de etter ønske fra Helsedirektoratet skal ha, eller være i risiko for et større tjenestebehov enn i forrige prosjekt. Målgruppen er ikke avgjort av selve diagnosen, men behovet for oppfølging.

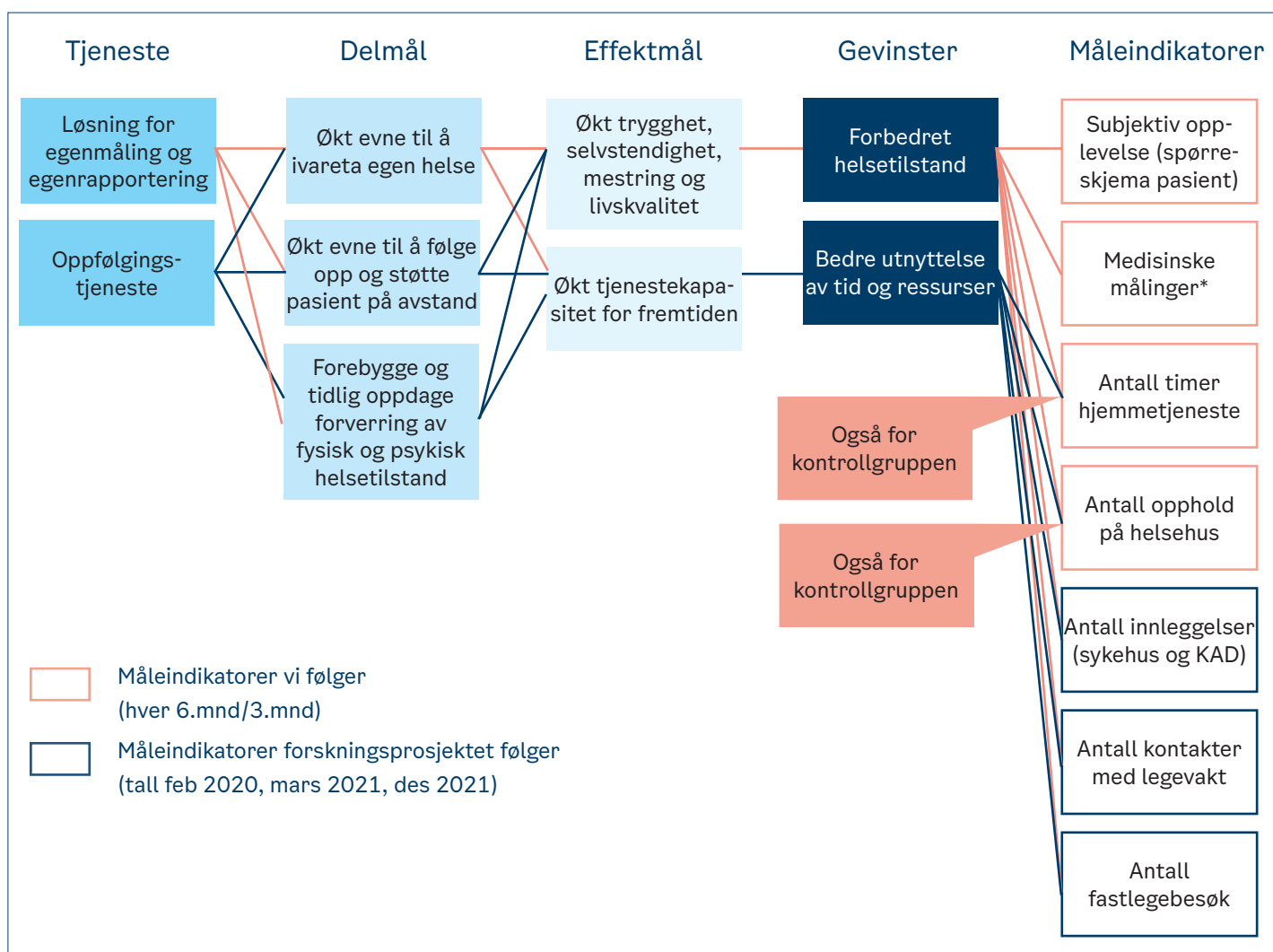
I tillegg til denne målgruppen valgte vi å lage et tjenesteforløp og teste ut DHO for brukere med en kreftdiagnose som følges opp av bydelene. Vi ønsket også å inkludere brukere som hadde behov for oppfølging av sin psykiske helse, men de ble ikke inkludert i denne omgangen da vi vurderte at vi ikke ville klare å levere innenfor tidsrammen på grunn av pandemien og ressurser.

3.3. Forventede effekter

Forventede effekter for brukeren er at de skal oppleve en forbedret helsetilstand, og være bedre i stand til å ta vare på og fatte beslutninger om egen helse. Dette vil sannsynligvis gi brukerne en opplevelse av økt mestring, trygghet, selvstendighet og livskvalitet. Bydelene ønsker å oppnå bedre utnyttelse av tid og ressurser, slik at vi kan følge opp flere pasienter med de samme ressursene som vi disponerer i dag.

Siden DHO er en ny tjeneste vil vi undersøke hvordan samarbeidet mellom sykehus, fast-

leger og bydeler best kan fungere både ved direkte kontakt og digital samhandling. Bruk av tverrfaglige møte og EBP har ikke vært så mye brukt før, og vi tror brukerne vil ha nytte av det. Vi har sett på langtidsblodsukker hos pasienter med diabetes, og antar at dette vil falle med DHO.



3.4. Hvordan måle gevinster og effekter

Kvantitative gevinster:

- Av dataene som er hentet til forskerne har prosjektet valgt å få laget egne analyser i tillegg. Prosjektet fikk støtte fra analytikere i en bydelene og på sykehuset. Det er hentet ut tall fra utførte hjemmetjenester

hos alle brukerne.

- Brukere med diabetes har utført målinger av langtidsblodsukker.

Kvalitative gevinster:

- Dette er utført gjennom brukernes egenrapportering i et digitalt spørreskjema hver 6. måned, og en brukerundersøkelse i mars

2021. Spørsmålene var en kombinasjon av tilbakemeldinger på tjenesten, og rapportering av egen helse. Brukerundersøkelsen var anonymt for å unngå svarene i kunne bli påvirket av at brukerne kunne bli gjenkjent.

4. Modell for digital hjemmeoppfølging

4.1. Tjenesteforløp fra rekruttering til avslutning

DHO skal være en del av bydelenes tjenester, og tjenesten tildeles på samme måte som andre helse- og omsorgstjenester.

Henvisninger kommer fra bruker, pårørende, internt i tjenestene, fastleger og sykehus, digitalt via journalsystem eller per telefon/e-post. Alle henvisninger blir vurdert av ansatte som jobber med DHO. De kontakter bruker og kartlegger om DHO kan være en aktuell tjeneste. Ved henvisninger sender vi en PLO til fastlegen for å informere om DHO. De fleste legene har vært positive og sagt ja til at bruker kan delta, og har ønsket å delta i tverrfaglige møter og utarbeide egenbehandlingsplan.

Det blir deretter gjennomført et hjemmebesøk der bruker blir kartlagt, vi blir enige om hva som skal følges opp, hvor ofte bruker skal ta målinger og/eller svare på spørsmål ut fra diagnose, behov, målsettinger osv. Bruker får et nettbrett med individuelle spørsmål og/eller måleapparater.

Dette er begynnelsen på en oppstartsperiode som varer 2-4 uker. I denne perioden blir oppfølgingssenteret bedre kjent med bruker, og identifiserer habitualtilstand. De avtaler hyppighet på faste oppfølginger, og på gjennomføring av målinger/spørsmålslistene.

Bruker blir kjent med og trygg på utstyret og de ansatte ved oppfølgingssenteret, og de får et grunnlag for å sette referanseverdier.

På slutten av perioden avtales et tverrfaglig møte med fastlegen der bruker, sykepleier/helsepersonell ved oppfølgingscenteret, evt. pårørende møtes. Hensikten med dette møtet er å sammen utforme en egenbehandlingsplan. De gjennomgår sykehistorien til bruker, medisiner og hvordan utstyret fungerer. Etter møtet renskriver sykepleier/helsepersonell egenbehandlingsplanen og sender den til en siste godkjenning/gjennomlesning hos fastlegen. Egenbehandlingsplanen er også lagret digitalt på brukers nettbrett.

Etter prøveperioden følges brukeren opp etter avtale og avvikende målinger, ut fra individuelle grenseverdier og situasjon. Hver bruker har en individuell avtale om hvor ofte de skal gjennomføre målinger/svare på spørsmål, og hvor ofte de blir kontaktet av oppfølgingscenteret for faste oppfølgingsamtaler. Bruker kan også kontakte oppfølgingscenteret alle virkedager per chat, video eller telefon.

Tjenesten revurderes regelmessig etter behov som andre kommunale tjenester, som følge av endringer i brukers helsesituasjon eller ved fast gjennomgang av alle brukere hver 3-6. måned. Samarbeid med ulike yrkesgrupper internt i bydelene, og med eksterne som spesialisthelsetjenesten og fastlegene er avgjørende for at tjenesten skal ha nytte for bruker.

4.1.1. Endringer i tjenesteforløpet i løpet av prosjektperioden.

Etter at inklusjonsperioden prosjektet var ferdig i høsten 2020 reviderte vi tjenesteforløpet basert på erfaringene gjort så langt. En av endringene var fastlegens rolle i beslutningen om bruker kan inkluderes. Vi har valgt å gå bort fra at fastlegen må samtykke til om bruker kan motta DHO. Nå sender vi en PLO med informasjon om at bruker mottar tjenesten DHO. Det er kommunen som avgjør hvilke tjenester pasienten skal få tilbud om.

Fastlegen får beskjed hvis oppfølgingscenteret eller bruker beslutter å avslutte oppfølgingen. Vi kan selvfølgelig rådføre oss med fastlegen, men de er ikke beslutningstaker på hva som blir utfallet.

I prosjektet utførte vi et eget hjemmebesøk i forbindelse med randomisering. Da prosjektet gikk bort fra randomisering grunnet korona var det ikke lenger behov for et eget besøk til dette.

I utgangspunktet hadde vi ønsket at sykehuset skulle bidra i utarbeidelse av EBP, men dette ble fjernet da vi ikke fikk gjennomført dette.

4.1.2. Tjenesteforløp kreft

På bakgrunn av erfaringer fra palliasjonsprosjektet i Bydel St. Hanshaugen, samtaler med kreftkoordinatorer og våre erfaringer med tjenesten besluttet vi å inkludere denne brukergruppen. Tjenesteforløpet for kreft ble utarbeidet gjennom flere workshoper i 2019. Deltakere var representanter fra bydelene, sykehus, LLL og Kreftforeningen. Workshopen ble fasilitert av PA-Consulting. Gjennom workshopene forsøkte vi å identifisere alle parter som ville være involvert i et tjenesteforløp, men oppdaget fort at det ville være vanskelig å få med alle. Forløpet for kreftpasienter er ulike, alt etter hvilken diagnose de har. Vi gikk bort fra å utarbeide et detaljert tjenesteforløp til å lage et mer overordnet løp. Tjenesteforløpet er likt som for DHO ellers, men med tett samarbeid mellom oppfølgingscenteret og kreftkoordinator.

4.2. Inklusjons / eksklusjonskriterier

DHO er en tjeneste for brukere over 18 år i VIS bydelene. De viktigste inklusjonskriteriene er at bruker skal ha nytte av tjenesten, og at kommunikasjonen mellom bruker og oppfølgingscenteret fungerer. Bruker må i tillegg være samtykkekompetent. Det er ikke avgjørende at brukerne har en spesifikk diagnose.

Eksklusjonskriteriene er primært kognitiv svikt/demens, brukere som har utfordrende å forholde seg til avtaler, motta veiledning og kommunisere med oppfølgingscenteret. Språk/kommunikasjon kan også være et eksklusjonskriterium. Bruker må kunne kommunisere med de ansatte ved oppfølgingscenteret, og forstå det som står på nettbrettet. I noen tilfeller kommuniserer oppfølgingscenteret mest med pårørende, men det har fortsatt en nytteverdi for bruker, og da er samarbeidet med pårørende et kriterium for at tjenesten skal fungere. I en slik situasjon må pårørende helt fra starten påta seg ansvaret for oppfølgingen sammen med bruker og oppfølgingscenteret.

Utstyret er lett å bruke, og vi ser at mange av brukerne som ikke har nettbrett eller smarttelefon fra før mestrer teknologien. Enkelte brukere har klart ikke klart å håndtere utstyret, og de har dermed ikke kunnet motta tjenesten. Det er også en forutsetning at det er mobildekning der bruker befinner seg.

4.3. Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten

Vi har siden starten av prosjektet vært opptatt av å involvere brukerne i utformingen og utviklingen av tjenesten. Før oppstart av dette prosjektet arrangerte vi en samling med brukere fra forrige prosjekt og drift. Vi fikk mange nyttige innspill, som vi kunne

benytte til utvikling av tjenesten. Vi har også deltatt på flere møter med eldrerådene i bydelene.

Brukerinvolvering og medvirkning er et satsningsområde i Oslo kommune, og dette ligger alltid til grunn når vi er i kontakt med brukere for oppstart av DHO. For å få til gode individuelle forløp, og få innsikt i brukers perspektiver stiller vi spørsmålet «hva er viktig for deg?». Denne tilnærmingen bidrar til at vi kan iverksette tiltak basert på brukers egne mål.

Oppfølgingscenteret har daglig kontakt med brukerne, både planlagte oppfølgingssamtaler og respons på varslinger. I alle disse samtaler kommer det også ofte tilbakemeldinger fra brukerne på tjenesten, både ved at oppfølgingscenteret spør hva som kunne vært bedre/annerledes, og spontant fra bruker. Disse løpende tilbakemeldingene tas til etterretning, og fører til at vi underveis justerer måten vi gir tjenesten på.

Vi hadde planlagt en ny brukersamling i mars 2020. Dessverre måtte samlingen avlyses bare dager i forveien da pandemien brøt ut. I stedet besluttet vi å gjennomføre en anonym brukerundersøkelse som vi sendte til brukerne per post.

4.4. Egenbehandlingsplan som grunnlag for egenmestring

EBP er et individuelt verktøy for brukerne. Planen skal hjelpe og veilede slik at brukerne ser hva de skal gjøre i de ulike sonene (grønn, gul og rød) avhengig av dagsform og helse-tilstand. EBP legges inn i fjernpleiesystemet slik den er tilgjengelig på brukers nettbrett. Dette gjør det enkelt for bruker å benytte planen daglig, og bruker og oppfølgingscenteret ser til enhver tid den samme planen.

Vi har erfart at mange brukere synes planen er et nyttig verktøy som motiverer dem til å gjennomføre forebyggende tiltak for egen helse, og ta medisinene. Bedre compliance på medisiner og forebyggende tiltak gir ofte merkbart bedre form, og pasientene opplever at de klarer å mestre sykdom bedre. Utenom åpningstidene foregår det ingen overvåking av målingene som brukeren tar før neste virkedag, og brukeren må ringe legevakt eller AMK om de blir dårlige. Mange brukere har uttrykt at det å ha en EBP gjør dem tryggere ved at de har et verktøy når oppfølgingscenteret ikke er åpent. De opplever at det er lettere å avgjøre når eller om de bør kontakte legevakt. Ved forverring kan de gjennomføre tiltak og se om dette har effekt, noe det ofte har.

For at bruker skal oppleve at planen er nyttig, ser vi at det er svært viktig at den tilpasses individuelt og oppdateres. Når bruker opplever at planen stemmer med deres sykdomsbilde og symptomer, opplever de den som nyttig. Den må derfor ikke bli for generell for diagnosen.

4.5. Oppfølging av brukere med digital hjemmeoppfølging

Bydelene har egne oppfølgingscentre som er bemannet fra kl. 08.00-15.00 på virkedager. Personalet har erfaring fra hjemmetjenesten, og kjenner godt til bydelenes tjenester.

Brukerne følges opp på to måter, den akutte og den planlagte oppfølgingen. Når de utfører målinger og svarer på spørsmål vil dette komme inn som varslinger hos oppfølgingscenteret. Ved gule og røde varslinger vil de ansatte ta kontakt med bruker for å høre hva som skjer. De veileder bruker til å ta gode valg for sin helse med utgangspunkt i EBP for de som har det. I perioder vil de følge enkelte brukere tett for å følge med på om de har sykdommen under kontroll eller

om de trenger å iverksette flere tiltak. Dette gir trygghet for brukeren, og de vet at noen passer på dem selv om det er på avstand. Den planlagte oppfølgingen er etter avtale, selv om de har ligget i grønn sone. Hyppigheten er etter brukers behov.

Personalet og bruker ser på målinger, og snakker om utfordringer som bruker har. De tar også opp temaer som aktivitet/trening, kosthold, røyk og alkohol mm. Dette gjør at bruker føler seg ivaretatt og får motivasjon til å fortsette. Gjennom denne oppfølgingen lærer brukerne mer om egen sykdom og hvordan de skal ta vare på helsa, som igjen gir de mer trygghet og mestring i hverdagen. Brukerne har mange ulike diagnoser, og mange har sammensatte sykdomsbilder.

Dette gjør at vi må ha trygge og faglig dyktige sykepleiere ved oppfølgingscenteret. De må ha bred kunnskap om mange pasientgrupper, og ha meget gode kommunikasjonsferdigheter. Kontakten er oftest per telefon eller chat, noen ganger via video, alt etter brukers ønske og de må være i stand til å fange opp forandringer uten å kunne se bruker.

Det er viktig å ha tilstrekkelig ressurser til oppfølgingen, og at DHO prioriteres på lik linje med andre tjenester ved for eksempel sykdom. Ansatte på oppfølgingscenteret må slippe å skulle utføre andre ting samtidig.

4.5.1. Ethiske refleksjoner

Dette har vært en randomisert kontrollstudie (RCT-studie) og både fastleger og ansatte ved oppfølgingstjenesten har gitt uttrykk for at det har vært utfordrende å rekruttere brukere, når de vet at brukere som kunne hatt stor nytte av tiltaket risikerer å komme i kontrollgruppen. Det har også vært episoder der bruker og pårørende har reagert med stor skuffelse når de kommer i kontrollgruppen, og dette har vært tøft både for bruker/pårørende og de som gjennomførte

kartleggingen. Ansatte opplevde dette spesielt vanskelig i starten av prosjektet da vi fra før var vant med at alle som kunne ha nytte av DHO kunne få det. Etter hvert lærte personalet seg gode metoder for å “ufarliggjøre” overfor bruker å komme i kontrollgruppen, Tidligere har det vært utfordrende å henvise brukere til prosjektet med tanke på at de ikke vil motta tradisjonelle fysiske besøk. Det har vært bekymring knyttet til at de sitter mye alene og er ensomme, og at de trenger det fysiske besøket.

Vår erfaring er at brukerne føler seg godt ivaretatt selv om dette skjer via telefon, chat og video. Brukerne som mottar tjenesten og oppfølgingscenteret deler ikke denne bekymringen, og mener at DHO heller kan bidra til å løse disse bekymringene.

«Oppfølgingen er en veldig trygghet under koronaen. Det har vært veldig godt å vite at jeg har en "nærkontakt".»

Bruker DHO

4.6. Erfaring med fastlegens rolle og ansvar/ ev i tjenesteforløp med og uten PHT

Vi erfarer at fastlegens deltagelse i oppfølgingen av brukerne som har digital hjemmeoppfølging er svært varierende. Fastlegene som har opplevd nytte for sine brukere er mer involvert, de er mer positive og henviser flere brukere.

Vi mener at fastlegen ikke skal “godkjenne” nye brukere, men bør ha en sentral rolle i tverrfaglig møte, utarbeidelsen av, EBP, og bidra etter behov.

Vi opplever at fastlegene i løpet av prosjektet i økende grad har tatt en mer aktiv rolle. De fleste fastlegene i VIS-bydelene kjenner nå til tjenesten, og jo flere brukere som har tjenesten jo mer kjent blir tjenesten for fastlegene. I de sakene vi har hatt samarbeid med PHT har vi fulgt tjenesteforløpet på samme måte som uten PHT.

I tilfeller der bruker er henvist fra PHT har sykepleier i PHT og sykepleier ved oppfølgingscenteret gjennomført felles vurderingsbesøk for utarbeidelse av EBP. Etter møtet har sykepleiere i PHT tatt med planen til fastlegen for gjennomgang og godkjenning. Vi har også hatt “vanlige” tverrfaglige møter med brukere og fastlege som følges av PHT hvis dette har vært mer hensiktsmessig, ved for eksempel at fastlegen kjenner bruker godt og/eller at fastlegen ønsker å delta.

4.7. Samarbeid mellom aktørene med særlige vekt på helseforetakets rolle

4.7.1. Samarbeid med sykehuset

Sykehuset har henvist aktuelle pasienter til utprøvingen og bidratt i tjenesteutviklingen. Sykehuset og bydelene har hatt løpende dialog om hvilke pasienter som kan være aktuelle for DHO, og utformet en egen henvisningsmal som dekker informasjonsbehovet mellom sykehus og bydel.

Sykehuset har allerede etablert en prosedyre om å varsle bydelen når en pasient med offentlig hjelp blir innlagt på sykehus. Ettersom DHO er en tjeneste i bydelene, har prosjektmedarbeiderne på sykehuset jobbet med å innarbeide en rutine om å alltid varsle bydelen når en pasient med DHO blir innlagt. Prosedyren er at bydelen varsles via en PLO-melding når pasienten blir innlagt. I retur mottar sykehuset en PLO-innleggelsesrapport fra bydelen hvor oppfølgings-senteret har mulighet til å komme med relevante opplysninger om tiden før innleggelsen, medisinaliste eller eventuelle problemstillinger og spørsmål. Sykehuset sender opplysninger via PLO under innleggelsen. Disse opplysningene kan være nyttige for oppfølgings-senteret, og eksempler på dette er endring av inhalasjonsmedisiner, endret behandlingsmål eller at pasienten skal utskrives til hjemmet med for eksempel hjemmeoksygen. Sykehuset gir beskjed via PLO når pasienten utskrives, slik at oppfølgings-senteret er orientert om når pasienten er utskrevet og de kan starte opp DHO igjen.

4.7.2. Primærhelseteam - PHT

Det tok litt tid før vi fikk i gang et samarbeid mellom prosjektene våre, PHT på Sagene Lokalmedisinske senter og VIS 2.0, selv om

vi har hatt dialog hele veien. En årsak var at PHT ønsket å komme godt i gang i eget prosjekt, og det var mye informasjonsarbeid og interne rutiner som skulle på plass.

Vi hadde først noen samarbeidsmøter på prosjektledernivå for å bli kjent med hverandres prosjekter, og planlegge hvordan et samarbeid skulle forløpe. Deretter avtalte vi faste møter mellom ansatte ved oppfølgings-senteret og sykepleiere i PHT. Disse møtene er blitt benyttet til å bli kjent, diskutere felles brukere og overføre/henvise pasienter til hverandre. Vi opplevde disse møtene som nyttige og flere pasienter har blitt henvist fra PHT til VIS 2.0. Vi møtes ca. hver 14.dag/månedlig på grunn av begrenset kapasitet i begge prosjekter. Sykepleier i PHT har også egen innlogging i fjernpleiesystemet til VIS 2.0, slik at vedkommende kan logge inn ved behov sammen med bruker og/eller fastlege.

Samlokalisering har forenklet samarbeidet. Da pandemien brøt ut i mars 2020 opplevde ansatte i begge prosjekter å bli omdisponert til andre oppgaver, og i en periode stoppet samarbeidet opp. Ansatte i VIS 2.0 gikk etterhvert tilbake til opprinnelige oppgaver, mens sykepleier i PHT fortsatt ble benyttet til både smittesporing og vaksinasjon. Det har også vært flere utskiftninger av sykepleiere i PHT fra mars 2020, men nå er en ny ressurs på plass.

4.8. Teknologi og anskaffelse

Siden DHO er planlagt for resten av bydelene i Oslo, fikk vi hjelp av HEL til å gjennomføre anskaffelsen. Anskaffelsen ble styrt av Helseetaten med ressurser fra VIS-bydelene og Utviklings- og kompetanseenheten. Den ble gjennomført i perioden oktober 2018 – desember 2019.

Deltakere fra VIS-bydelene og HEL kartla behov og utarbeidet en kravspesifikasjon med fokus på brukervennlighet. Det ble

gjennomført en samling med ansatte, og en brukersamling med pasienter for å innhente behov. Vi gjennomførte en rekke arbeidsmøter for å utarbeide alle funksjonelle og generelle krav. Tekniske og sikkerhetsmessige krav, vedlegg og bilag ble utarbeidet av fagpersoner fra HEL. Resterende konkurranse-dokumenter ble utarbeidet av prosjektlederne og HEL i samarbeid med jurist og anskaffelsesfaglig fra UKE.

Anskaffelsen ble gjennomført som en konkurranse med forhandlinger. Vi mottok 10 forespørslers og inviterte seks leverandører til å levere tilbud. Fire leverandører leverte tilbud. Evalueringen er gjennomført av et tverrfaglig evalueringsteam. Det ble gjennomført evalueringer inkludert demonstrasjoner og to forhandlingsrunder før leverandør ble valgt, og det ble inngått en rammeavtale med leverandøren Dignio AS. Teknologien som ble anskaffet er tilgang til fjernpleiesystemet Dignio Prevent og medisinsk måleutstyr. Utstyret som er i den nåværende avtalen er: Nettbrett, blod-sukkerapparat, blodtrykksapparat, pulsoksymeter, vekt og temperaturmålere. Alt utstyret leases av Dignio. Leverandøren har også mye annet utstyr som ikke er en del av nåværende avtale, men som kan tas inn som opsjon. Totalt antar vi at HEL/UKE brukte ca. to årsverk på anskaffelsen, og bydelene til sammen ca. ett årsverk.

4.9. Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten

Det er vanskelig å estimere nøyaktig hva tjenesten vil koste da den ikke kan sees isolert fra andre velferdsteknologiske tjenester. Oppfølgingssettene i bydelene utfører flere oppgaver i tillegg til DHO, og inkluderer blant annet opplæring ved bruk av annen velferdsteknologi i hjemmetjenesten, førstelinjesupport, klargjøring av velferdsteknologi og lagerstyring mm. Dette bidrar til å avlaste

tjenesten ved at oppfølgingssettene utfører oppgaver som andre deler av virksomheten ellers hadde utført, og bidrar dermed til at kostnadene ved å ha et oppfølgingssett ikke ene og alene kan falle på digital hjemmeoppfølging. Vi har allikevel prøvd å lage et estimat på kostnader ut fra våre erfaringer.

Det bør være tre ansatte som deler opp-gavene ved oppfølgingssettene fordi det fort kan bli sårbart ved sykdom og ferier, og vi tenker at det trenges to årsverk til dette. 1.årsverk: Den som har ansvar på oppfølgingssettene, og skal følge opp brukerne som opplever en forverring, kan følge opp 75-100 brukere. Dette avhenger av hvor syke brukerne er og hvor tett de må følges opp. Dette utgjør i snitt ca. 20 minutter per bruker per uke. Alle brukere følges ikke opp daglig.

2.årsverk: Vil håndtere oppstart av nye brukere: Kartlegging, opplæring, samarbeid rundt bruker, faglig opplæring med bruker i oppstartsperioden, kontakt med fastlege, revurderinger, oppfølgingsamtaler, tverrfaglige møter, hjemmebesøk og opplæring av ansatte.

Tid i tillegg til daglig oppfølging	Tid per bruker
Oppstart av bruker: Kartlegging, opplæring, faglig oppfølging	Ca. 6 timer per bruker
Teknisk hjelp til bruker de første to månedene	30 min per bruker per måned
Teknisk hjelp til bruker fra 3. måned	10 min per bruker per måned
Revurdering/gjennomgang	30-60 minutter en gang i halvåret
Tverrfaglig møte med fastlege	1-2 timer med egenbe-handlingsplan

I tillegg til dette bruker vi ca. 40 minutter per uke til kontakt med leverandør. I perioder

har det vært mange tekniske problemer. Utstyrs kostnader vil avhenge av hvilken leverandør man har. Kostnader for lokaler etc. vil avhenge av om man må leie nytt eller utnytte allerede eksisterende lokaler, men vi kan anslå at vi har kostnader til følgende: Egnede lokaler, telefon, pc, kontormøbler etc., to årsverk bemanning på oppfølgings-senteret og ca. kr. 10 000 - 15 000 i årlige lisens/ utstyrs kostnader pr bruker.

VIS 2.0 har arbeidet med tjenesteutvikling med mål om å gjøre tjenesten mest mulig bærekraftig. Vi mener at når man skal vurdere bærekraften av digital hjemmeoppfølging, må det ses på både de kvalitative og kvantitative effektene ved bruk av tjenesten. Gevinstene vi har hatt fokus på er tall for hjemmetjenesten og ikke et samfunnsøkonomisk helhetsbilde. Det er komplisert å få full oversikt.

Hvilke gevinster og effekter man ønsker å hente ut kan påvirke hvilke brukergrupper som blir tilbudt tjenesten, og følgelig vil da brukergruppene man inkluderer påvirke hvilke gevinster og effekter man ser.

VIS 2.0 mener digital hjemmeoppfølging utfyller bydelenes eksisterende tjenester på en god måte. Det er mange brukergrupper som er aktuelle for DHO, og tjenesten er særlig aktuell for innbyggere som foreløpig ikke har behov for hjemmetjenester, men som er i risiko for å trenge det innen kort tid. Vi har erfart at mange av de kronisk syke brukerne har god effekt av veiledning og oppfølging.

4. 10. Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

4.10.1. Oppfølgingsentrene i bydelene

Organiseringen av tjenesten er relativt uforandret fra tidligere drift. De fire bydelene har fra start lagt prosjektet tett opptil drift, de er organisert under hjemmebaserte tjenester og samhandler med resten av tjenesten på samme måte som alle andre tjenester (ergoterapitjenesten, fysioterapitjenesten, saksbehandlere etc.). Det medfører at vi kan bidra til å kvalitetssikre og effektivisere allerede etablerte tjenester. Det gjør det også lett for andre i tjenesten å vite hvordan de henviser og kontakter oss, og vi trenger ikke å gjøre store endringer når vi går fra prosjekt til drift.

Bydelene har valgt noe forskjellig lokalisering av oppfølgings-senteret. I tre av bydelene er oppfølgings-sentrene samlokalisert med hjemmetjenesten, mens den fjerde bydelen har lokaler sammen med Frisklivssentralen. Fordelene med nærheten til hjemmetjenesten er at man er tett på de andre ansatte i hjemmebaserte tjenester. Det blir lav terskel for å oppsøke hverandre og samhandle rundt brukere. Siden oppfølgings-sentrene også har ansvar for andre typer teknologier er det praktisk å holde til på samme sted som hjemmetjenesten for å kunne gi opplæring, svare på spørsmål og bidra til å holde engasjementet rundt velferdsteknologi oppe. En av ulempene vi ser er at ansatte i tjenesten ofte henvender seg til oppfølgings-senteret for hjelp hvis det er tekniske feil, i stedet for å benytte leverandørenes supporttjeneste. Dette kan føre til unødvendig merarbeid for de ansatte på oppfølgings-senteret. Det kan også bli litt skyvning mellom tjenesten og oppfølgings-senteret om håndtering av varslinger, utskifting av utstyr o.l. da det er lett å be oppfølgings-senteret om hjelp fremfor å løse det på egenhånd.

Bydelen som er samlokalisert med Frisklivssentralen har et godt samarbeid om aktuelle brukere, og henviser til hverandre. Frisklivssentralen er en god arena for å komme i kontakt med brukere som mottar lavterskeltilbud. En av ulempene ved å sitte lenger unna de andre tjenestene i bydelen, er at velferdsteknologi kan bli litt glemt eller at terskelen for å ta kontakt er større. Det krever at man har andre måter å følge opp på, og har andre faste møtepunkter. Ved utskifting av velferdsteknologisk utstyr, opplæring og møtevirksomhet går det også tid til forflytning.

I Oslo er det nå ett oppfølgingscenter per bydel. Fra starten hadde to av bydelene felles oppfølgingscenter der de samarbeidet om å håndtere akutte hendelser/varslinger ved å dele denne oppfølgingen mellom seg annen hver dag. Dermed frigjorde de hverandre 50 % fra denne oppgaven. Dette var en fordel da man kunne bruke en medarbeider til å følge opp varslinger fra to bydeler, i stedet for at en ansatt i begge bydeler måtte gjøre dette. Ordningen gjorde oppfølgingen mindre sårbar for fravær da det i utgangspunktet er små team som drifter oppfølgingscentrene. Dette opphørte på grunn av pandemien, og med økende antall brukere ville begge bydelene ha nok med å følge opp sine brukere.

4.11. Personalressurser

De fire bydelene har avsatt ulike personalressurser. De ansatte ved oppfølgingscentrene har ikke bare ansvar for DHO, men også annen velferdsteknologi i bydelen. I to av bydelene har det vært avsatt 2,5-3 årsverk fordelt på tre ansatte, der to av tre ansatte jobber 100 % med velferdsteknologi, og den siste gradert mellom hjemmetjenesten og velferdsteknologi. Den største fordelene med dette har vært at de ansatte får fokusert og jobbet med velferdsteknologi på fulltid. De opplever i liten grad å bli dratt

i flere retninger og/eller omdisponert da de kun jobber med velferdsteknologi.

Den tredje bydelen har avsatt omtrent like mange prosent, men fordelt på flere ansatte. Da jobber de ansatte 50 % med velferdsteknologi og 50 % i andre deler av tjenesten (saksbehandling, rehabilitering osv.). Denne ordningen innebærer at det blir flere å spille på siden teamet er større, og det gjør tjenesten mer robust ved sykdom og fravær. En ulempe kan være at ansatte må steppe inn på de andre områdene hvis det oppstår sykdom. Da er det viktig å ha tydelige avtaler på at når det er avsatt tid til velferdsteknologiopp-gaver kan man ikke omdisponeres.

Den fjerde bydelen har kun to ansatte i 60 % stilling ved oppfølgingscenteret, og de resterende 40 % jobber de turnus i hjemmesykepleien. Fordelen er lave ansatte kostnader, men det går utover kvaliteten på tjenesten som gis. Det blir meget sårbart ved fravær, og i denne bydelen har det derfor forekommet at oppfølgingscenteret har vært ubemannet ved sykdom/fravær. Dette kan påvirke tryggheten til brukerne, da de kan oppleve at de ikke får respons ved dårlige målinger eller mottar den planlagte oppfølgingen som forventet. Denne bydelen har etter hvert lært opp flere ansatte i tjenesten til å kunne håndtere alarmer, slik at oppfølgingscenteret alltid skal være bemannet.

5. Måloppnåelse og gevinster

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

- ▶ Vi hadde en målsetting om å inkludere 300 brukere i prosjektet. Underveis ble antallet økt til 380 fordi inkluderingen gikk bra. Pandemien satte en stopper for inklusjonen en periode, og måltallet ble justert tilbake til 300. Vi endte opp med 326 brukere: 180 i tiltaksgruppen og 146 i kontrollgruppen. Sykehuset har inkludert 127. De hadde mest sannsynlig nådd måltallet på 150 brukere uten pandemien.
- ▶ Vi har justert tjenesteforløpet for kronisk syke i gjennom prosjektperioden, og har laget et nytt forløp for kreftpasienter. Planen var å lage et forløp for psykisk syke, men på grunn av ressurser og pandemien rakk vi ikke dette.
- ▶ Vi ser at både ansatte og brukere har blitt flinkere til å bruke digitale verktøy gjennom perioden. Dette handler ikke bare om prosjektet, men pandemien satte også fart i digitaliseringen.
- ▶ Vi har fått mer erfaring med bruk av tverrfaglige møter og egenbehandlingsplan, og ønsker å benytte oss av dette videre etter prosjektet. Både bruker, fastlege og sykepleier synes dette nyttig.
- ▶ Brukerundersøkelsen viser at brukerne er bedre rustet til å ta ansvar for å følge opp egen helse når de har DHO. Dette kan tyde på økt helsekompetanse hos brukerne. Noen av brukerne sier at de har unngått innleggelse fordi de har DHO, og mange av brukerne ville hatt andre kommunale tjenester hvis de ikke hadde hatt DHO.

- ▶ Det har vært jobbet aktivt med tjenesteutvikling for å forbedre tjenesten og bygge kompetanse hos de ansatte på oppfølgingscenteret. Ansatte på sykehuset og i bydelene har hospitert hos hverandre før pandemien.
- ▶ Vi hadde et mål om å ta i bruk videoteknologi, og dette har vi bare tatt i bruk i liten grad, men ser at det er nyttig.
- ▶ Arbeidet rundt integrasjon mellom EPJ og fjernpleiesystemet er startet, men vi har ikke kommet så langt som vi ønsket. Så langt kan vi hente opp bruker fjernpleiesystemet fra EPJ via VKP. Dette vil være fokus i neste prosjekt.
- ▶ Med tanke på framtidens utfordringer i forhold til ressurser og demografi tenker vi at DHO er et bra tiltak. Få ansatte kan følge opp mange brukere.
- ▶ LDS hadde et mål om å bidra med kompetanseheving i bydelene. Sykehuset arrangerte en fagdag om KOLS i 2019. Prosjektmedarbeiderne hadde planlagt undervisning om diabetes i 2020, men som en følge av pandemien er undervisningen utsatt.

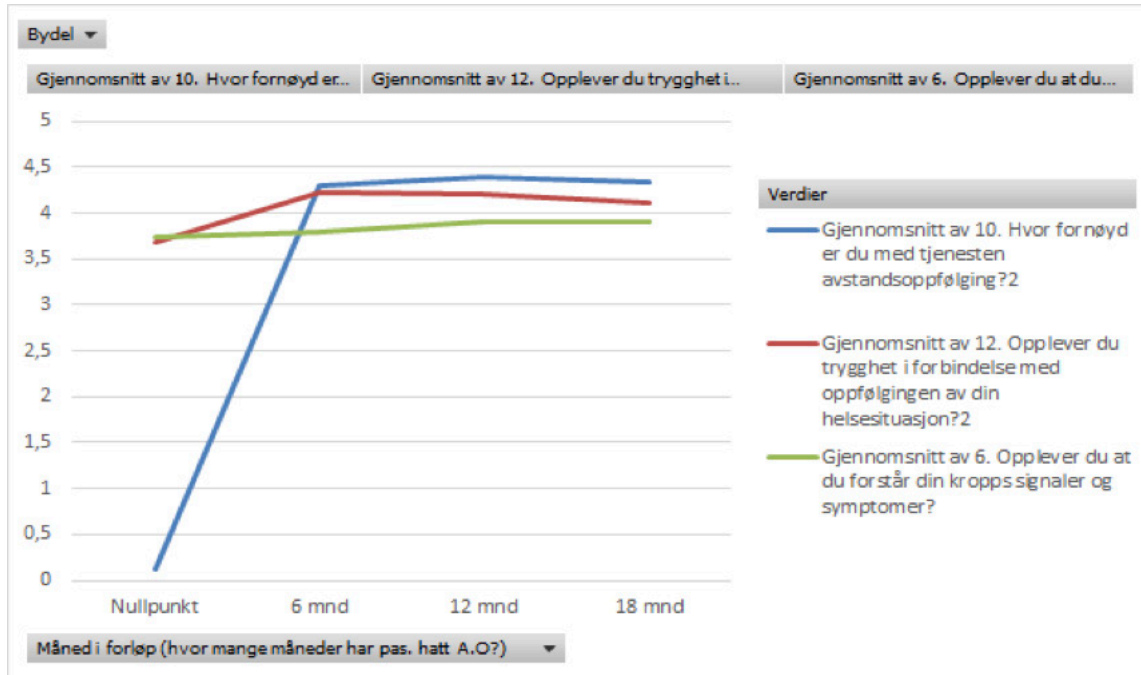
5.2 Hvilke gevinster (nytteverdi av å innføre tiltaket) har prosjektet gitt?

5.2.1. Brukere - kvalitet på tjenesten

Egenrapportering fra brukerne

En gang i halvåret har brukere i tiltaksgruppen svart på et digitalt spørreskjema om deres oppfattelse av egen helse og tjenesten. 152 brukere i tiltaksgruppen har rapportert på dette spørreskjemaet. Det som går igjen er at brukerne opplever at de forstår sin kropps signaler og symptomer, og opplever at de kan håndtere egen helsesituasjon og føler en stor trygghet med DHO.

Som eksempel vises under svar på tre av spørsmålene fra egenrapporteringen. For en mer detaljert gjennomgang av egenrapporteringen, se gevinstrapporten kapittel 3.1.

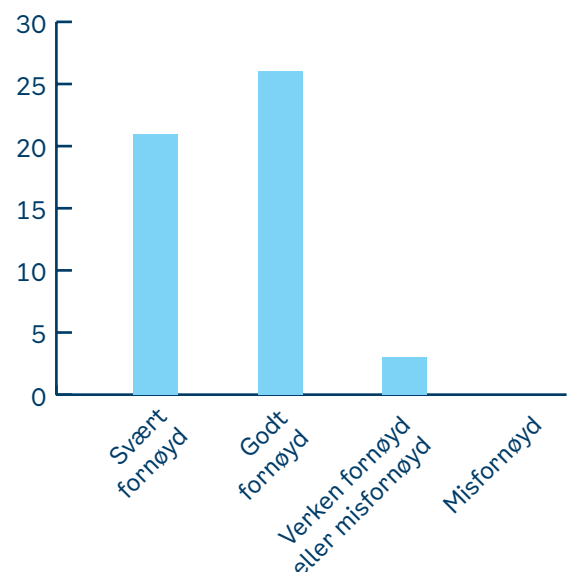


Figur 2: Verdien 0 står for "i liten grad" mens verdien 5 står for "i svært høy grad".

Brukerundersøkelse

Våren 2021 har vi gjennomført en anonym brukerundersøkelse om hva deltakerne synes om DHO, og hvilken nytte de opplever. Her har vi ikke fått med svar fra alle som har vært i tiltaksgruppen da noen er avsluttet/døde. Det ble sendt ut brev til 100 brukere og vi fikk 50 svar. De sier at DHO gjør dem tryggere. 7 av 49 sier at de tror at de går sjeldnere til legen mens 42 av 49 sier at det ikke har påvirket hvor ofte de går til legen. 12 av 46 brukere sier at de tror de har færre innleggelses på grunn av DHO. Av de som har EBP sier 32 at den er til god hjelp for dem. Nesten alle sier at DHO har hjulpet dem under pandemien. Alle som har svart er svært godt/godt fornøyd med tjenesten. Som eksempel vises under svar på ett av spørsmålene fra brukerundersøkelsene. For en mer detaljert gjennomgang brukerundersøkelsen, se gevinstrapporten kapittel 3.2

I DET STORE OG DET HELE HVOR FORNØYD ER DU MED DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING?



5.2.2 Kommune

Gevinstene for bydelene må ses i sammenheng med gevinstene for brukerne. Hypotesen var at brukere med økt kunnskap og mestring av egen diagnose, ville føre til redusert og utsatt forbruk av kommunale tjenester. Prosjektet har sikret at DHO videreføres som en del av den ordinære helse- og omsorgstjenesten i bydelene, og planen er at DHO skal breddes til de resterende bydelene i Oslo. I tillegg til dette har prosjektet gitt gevinster utover målene med prosjektet:

- ▶ Økt samarbeid med samarbeidspartnere
- ▶ Økt fokus/kompetanse på teknologi, gevinstarbeid, endringsledelse, personvern og anskaffelser

- ▶ Økt fokus på tverrfaglig samarbeid og helhetlige tjenester internt i bydelene

Resultater forbruk av hjemmetjenester

Prosjektet har fått hjelp av analysesjef og rådgiver på Lovisenberg Diakonale Sykehus til å se på forbruk av hjemmetjenester, basert på tall fra hver bydel. Her er noen av funnene:



Figur 3



Figur 4

Med en forskjell på ca. 12 timer merforbruk av hjemmesykepleie (figur 3) i kontrollgruppen, etter inntil 18 perioder er det motsatt i bruk av praktisk bistand (figur 4) hvor det er en forskjell på ca. 2 timer merforbruk av hjemmetjenester i tiltaksgruppen, etter inntil 18 perioder.

Med en del forbehold (se gevinstrapport), viser resultatene en besparelse i samlet medgått tid til tjenester, på ca. 0,5 timer (ca. 30 minutter) per bruker i måneden. Det er mindre enn 10 minutter per uke. Selv om dette er et lavt tall kan vi ikke utelukke at det kan være en verdifull investering for større grupper.

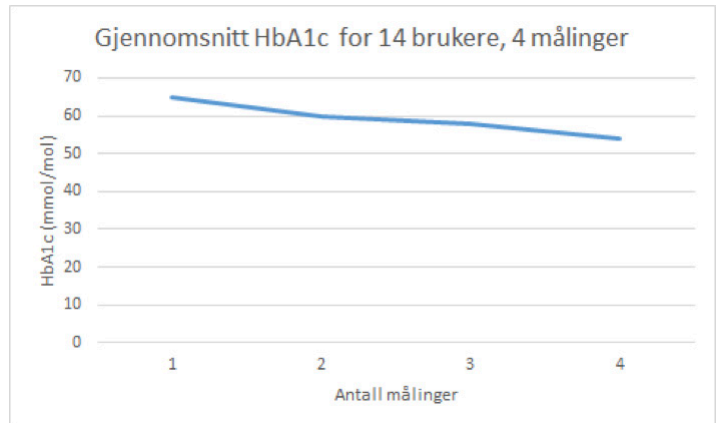
5.2.3. Fastlege

Fastlegene har inkludert omtrent 80 pasienter i prosjektet. På grunn av utfyllende helseopplysninger om pasienten har de et bedre beslutningsgrunnlag for riktig medisiner og behandling. De synes tverrfaglig møte med pasient og helsepersonell er nyttig, og de får et mer helhetlig bilde av pasienten. Alle er likeverdige parter, og man får fram pasientens behov og mål på en bedre måte.

EBP utarbeides sammen med pasienten. Det er viktig å sette referansegrenser og avtale hvor mye informasjon fastlegen ønsker. Noen fastleger uttaler at de kunne brukt EBP mer aktivt når pasienten er inne til kontroll. Fastlegene ser at pasientene får bedre sykdomsforståelse og blir mer deltagende i egen behandling. De gir også uttrykk for at DHO ikke passer for alle, noen kan bli for opphengt i måleverdier. En lege sier at i noen tilfeller er DHO til mer nytte for pasienten enn legen.

Tidlig i prosjektet ga legene uttrykk for at de ønsket å se på utviklingen av HbA1c (langtidsblodsukker) hos pasienter med diabetes. Dette har dessverre ikke blitt fulgt opp så tett som ønsket på grunn av pandemien.

Mange pasienter kviet seg for å oppsøke legekontoret fordi de var redd for å bli smittet våren 2020.



Figur 5

For de fleste så gikk langtidsblodsukker nedover fra 65mmol/mol(8,1%) til 54mmol/mol(7,1%) slik at man får en helsemessig effekt (fra gevinstrapport vår 2021).

5.2.4. Gevinster for sykehuset

Prosjektmedarbeiderne på sykehuset erfarer at det å ha et måltall for antall henvisninger fra sykehuset har bidratt til økt forankring blant de ansatte. Henvisninger fra medisinsk klinikk til bydelene går nå som regel av seg selv. Prosjektmedarbeiderne opplever at spesielt sykepleierne viser en bedre forståelse av tjenesten, hvilke pasienter DHO kan egne seg for og eventuelle gevinster på sikt som f.eks. å fange opp forverring tidligere, eller om det kan bidra til å redusere reinnleggelser.

Vi opplever at en del pasienter tar med seg nettbrettet til polikliniske timer på medisinsk klinikk, og det medfører et tettere samarbeid mellom sykehuset og bydelene.

Dette understrekes av en lege på medisinsk klinikk som uttrykker:

«Jeg synes faktisk at mye av helsedataene som dokumenteres, kan også med fordel brukes ved polikliniske kontroller eller innleggelser. Jeg tenker da mer på blodsuktermålinger for diabetikere som faktisk er en elektronisk blodsukkerdagbok, blodtrykksmålinger og puls for hypertonikere/hjertepasienter, men selvfølgelig også oksygensaturasjon fra pulsoksymeter for lungepasienter. Å få denne informasjonen inn i vårt journal-system høres veldig nyttig ut.»

Lege medisinsk klinikk

Legen legger også til at ved tilgang til data fra digital hjemmeoppfølging kan man også vurdere lungepasientens vanlige oksygenmetning, som videre kan benyttes hvis pasienten f.eks. skal vurderes for oksygenbehandling i hjemmet.

5.2.5. Gevinster for samarbeid

Prosjektet har videreutviklet samarbeid mellom bydelene, LDS, fastleger/legekontor og primærhelseteam i positiv retning. Dette har resultert i et bedre tjenesteforløp for brukerne. Ved å benytte tverrfaglige møter til å utarbeide EBP har vi fått et bedre samarbeid med fastleger.

5.3. Hvordan gevinstene har blitt fulgt opp

Vi har fulgt opp gevinstene som beskrevet i gevinstplanen. Kartlagte kvalitative gevinster i bydelene har blitt jevnlig samlet inn, sammenstilt og brukt i rapporter. Resultatene har blant annet blitt brukt til tjenesteutvikling der ansatte på oppfølgingsentrene og LDS har deltatt på workshops.

Vi har kartlagt kvantitative gevinster som forbruk av tid og ressurser. Dette har blitt analysert av analytikere i en av bydelene og LDS, og har blitt presentert for styrings- og eiergruppe, og tatt til orientering ved vurdering om videre drift av DHO i prosjektbydelene og Oslo kommune.

Vi planla å ta ut tall for korttidsplasser ved helsehus og kommunal akutt døgnenhet (KAD). Etter de første målingene så vi at det var et svært lite antall deltakere som benyttet disse tjenestene. I tillegg oppdaget vi at KAD ikke legger inn alle pasienter i vårt journalsystem, Gericca, noe som resulterte i at uttrekkene ikke var pålitelige. På bakgrunn av dette besluttet vi å stoppe uttrekk av data om korttidsopphold og KAD.

6. Læringspunkter / erfaringer

6.1. Erfaringer som er viktig for å oppnå effekt

6.1.1. Erfaringer for å oppnå effekt, kommune

Følgende tiltak/forutsetninger har vi erfart er nødvendige for å oppnå ønsket effekt:

- › Forankring: Prosjektet har vært godt forankret i ledelsen i bydelene, HEL og LDS, noe som har vært kritisk for å få støtte nedover i organisasjonen og få til endringer som krever litt “muskler”
- › God planlegging: Bydelene har vært kjent med DHO fra før, men å gå fra drift tilbake til prosjekt/RCT med nye brukergrupper og tettere involvering av samarbeidspartnere hadde også blitt en utfordring uten god planlegging.
- › God anskaffelse: Det har gitt oss muligheten til å tilby en tjeneste på våre premisser i så stor grad som mulig.
- › Fortløpende evaluering: Vi har gjort endringer og tilpasninger underveis etter som det har vært behov for det.
- › Tett og godt samarbeid med leverandør med mulighet for utvikling.
- › Kompetanse i organisasjonen: Kompetanse om anskaffelser, lovverk, personvern, IKT, brukergrupper, endringsledelse, prosjektering, gevinstarbeid, tjenstedesign etc. har bidratt mye til prosjektet.

- ▶ Tverrfaglig samarbeid om brukerne både internt i bydelene, men også med samarbeidspartnere som fastleger og LDS.
- ▶ Brukerinvolvering er viktig for å tilpasse tjenesten vi leverer mot brukernes behov.
- ▶ Prosjektering tett opp mot linje/tenkt drift: Vi tok ikke prosjektet ut fra linjen, men fortsatte ved siden av drift.
- ▶ Oppfølgingscenter med ansatte med bred kompetanse
- ▶ Tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre tiltakene nevnt over

6.1.2. Erfaringer for å oppnå effekt, sykehus

LDS erfarer at tiltaket som bidrar mest til oppnå ønsket effekt er å sikre god forankring nedover i organisasjonen. Dette har blitt gjennomført med blant annet jevnlig morgenundervisning, synlig og oppdatert informasjonsmateriell, og jevnlig infostand utenfor sykehuskantinen. LDS gjennomførte også en henvisning konkurranse blant de ansatte for å få opp henvisning antallet, som igjen bidro til større fokus på DHO.

Prosjektmedarbeiderne erfarte at det å være lett tilgjengelig og synlig i avdelingene på sykehuset medførte at ansatte hadde lavere terskel for å ta kontakt hvis de hadde spørsmål eller tilbakemelding.

Sykehuset valgte tidlig i prosjektperioden å fokusere på forankring mot sykepleietjenesten ved sykehuset. Årsaken til dette er at de opplevde at sykepleietjenesten var mer mottakelig for nye tiltak, og enklere å nå. Sykepleierne på sengeposten er også de som kommuniserer med pasientens bydel og kartlegger hva pasienten trenger av oppfølging fra bydel ved utskrivelse fra sykehuset. For å nå sykepleierne opprettet vi en egen

ressursgruppe på sykehuset. Ressursgruppen består av én sykepleier fra hver medisinske sengepost.

Den målrettede forankringen mot sykepleietjenesten har bidratt til at sykepleierne står bak mesteparten av henvisningene fra sykehuset. For å få inkludert legene satte vi i gang tiltak som f.eks. undervisning på morgenmøte for legetjenesten, og inviterte til emnekurs i regi av Helsedirektoratet. Emnekurset bidro også til økt engasjement og henvisning fra lungelege på sykehuset. Vi antar at også sykepleierne kan ha bidratt til noe påvirkning av legene. Tiltakene har medført at de aller fleste legene på sykehuset er kjent med hva DHO innebærer.

6.1.3. Erfaringer for å oppnå effekt, fastleger

Noen av fastlegene uttaler at de får mer opplysninger om pasienten via DHO som de ellers ikke ville fått. De får et bedre beslutningsgrunnlag for å iverksette riktig behandling og medisinerer, og gjør oppfølgingen enklere. De synes tverrfaglig møte med pasient og helsepersonell er nyttig, og de får et mer helhetlig bilde av pasienten. Alle er likeverdige parter og man får fram pasientens behov og mål på en bedre måte. Fastlegene har systematisk gått gjennom pasientlistene sine for å finne aktuelle kandidater. Fastlegene gir uttrykk for at det ikke tar mer tid om pasientene har DHO, de kan bruke mer tid når pasienten har en forverring, men at det samlet sett er en grei utnyttelse av tiden. Fastlegene ser at pasienten får bedre sykdomsforståelse og blir mer deltagende i sin behandling. De sier også at det ikke passer for alle, noen kan bli for opphengt i måleverdier. En lege sier at i noen tilfeller så er DHO mer til nytte for pasienten enn legen. Fastlegene som deltok på emnekurset opplevde at dette var veldig nyttig.

6.2. Hvordan bør fastlegens rolle og ansvar være i DHO

Fastlegene bør henvise pasienter til DHO. Vi ønsker å ha de med på tverrfaglige møter og utarbeidelse av egenbehandlingsplaner. De skal ha det medisinskfaglige ansvaret for EBP, men trenger ikke å være forfatter. Utover det vil det være aktuelt med samarbeid om justeringer av grenseverdier, hvis bruker skulle få en forverring mm på samme måte som de ellers samarbeider med hjemmetjenesten.

6.3. Utfordringer og barrierer - hva vi lærte og i hvilken grad de ble løst

6.3.1. Utfordringer og barrierer, kommune

- ▶ Koronapandemien påvirket rekrutteringsprosessen slik at vi ikke kunne ha fysiske møter hos bruker, og heller ikke kunne gjennomføre brukersamlinger. Vi løste dette ved å sende brukerundersøkelsen per post istedenfor å arrangere en brukersamling. Vi hadde også økt telefonkontakt med brukerne når vi ikke kunne møtes fysisk. Rekrutteringsprosessen ble også påvirket på den måten at ressursene ble omdisponert som følge av pandemien, og man fikk ikke like god tid til å rekruttere brukere til prosjektet.
- ▶ Det var utfordrende å få med fastlegene på grunn av at de hadde det travelt. Vi valgte å fokusere på de fastlegene vi hadde avtale med for å få de til å henvise brukere. Legene som hadde en liten stilling i prosjektet gikk på møter og snakket med de andre legene om sine erfaringer.
- ▶ Teknologiske begrensninger som har gjort det tungvint å få til blant annet automatisk journalføring fra fjernpleiesystemet til

Gerica. Her har vi hatt tett samarbeid med Helseetaten for å videreutvikle automatisk journalføring.

- ▶ Det har vært en fordel med erfaring fra tidligere prosjekt der vi har dratt nytte av suksessfaktorer for å fortsette prosjektet.
- ▶ Dersom man skal gjøre en god anskaffelse er det ressurskrevende for flere parter i bydelen som trenger å involveres for å sikre forankring og kvalitet.
- ▶ Det samme gjelder økt kompleksitet og ressursbruk når flere samarbeidspartnere skal involveres som HEL, LDS og fastlegene. Det viktigste middelet mot dette er gode avklaringer, og sette av god tid.
- ▶ Et felles læringspunkt fra utfordringene vi har møtt, og kanskje det viktigste, er at tilpasningsdyktighet er kritisk for å lykkes med et prosjekt av denne typen og som involverer flere parter.
- ▶ Det har vært utfordrende og ressurskrevende å identifisere et godt verktøy for å hente ut gevinster. Vi har opplevd utfordringer med gevinstverktøyet. Dette har blitt løst fortløpende gjennom dialog med utvikleren av skjemaet.

6.3.2. Utfordringer og barrierer, sykehus

Vi oppdaget tidlig at samhandlingen om pasientene mellom bydel og sykehus var utfordrende. Noe av årsaken til dette var at sykehuset ikke sendte PLO-melding til bydelen om at pasienten er innlagt på sykehus. Dette medførte at sykehuset og oppfølgingssenteret gikk glipp av pasientinformasjon som kunne vært nyttig for både behandler, bydel og pasienten selv. Vi opplevde at dette ofte skjedde hos de pasientene som kun hadde DHO og ingen annen offentlig hjelp fra bydel.

For å løse denne utfordringen iverksatte sykehuset mer undervisning for sykepleierne

på sengepostene der hovedfokus var PLO-kommunikasjon mellom sykehus og bydel. Vi har også fått tilbakemelding fra oppfølgings-senteret at de ofte mangler pasientinformasjon fra innleggelser. Det ble i løpet av 2020 utarbeidet en intern rutine på sykehuset for elektronisk sending av epikrise via PLO-melding. Sykehuset jobber enda med å få implementert rutinen hos legetjenesten.

En annen barriere er at sykehuset ennå ikke har tilgang til pasientens målinger og data fra DHO, noe som innebærer at bydelene sitter på pasientdata som kan være relevant for behandler ved sykehuset. Sykehuset og bydelene utforsker hvordan vi kan løse denne barrieren gjennom et nytt prosjekt om digitalisert samhandling.

6.3.3. utfordringer og barrierer, fastlege

Vår erfaring er at noen fastleger som har hatt pasienter med DHO ser god nytte av tjenesten, og ønsker å være involvert. De er aktive og svarer raskt på elektroniske meldinger. Andre fastleger virker ikke å være så interessert.

Det er tungvint for fastlegene at de ikke har tilgang til pasientens verdier i sin EPJ. Dette er løst ved at oppfølgings-senteret må sende PLO for å viderefremme måleverdier. Det er ikke mulig å sende kurver slik at fastlegen må lese gjennom alle målinger istedenfor å få et visuelt overblikk. EBP må sendes i papirformat fordi det ikke finnes digitalt enda, og det kan være vanskelig å holde oversikt over hva som er siste versjon. Dette er nytt for mange fastleger og de forstår ikke helt hvordan de skal gjøre det, og det har vært et ønske om en veileder for fastlegene.

Noen fastleger har gitt uttrykk for det har skapt forvirring at det bare er pasienter fra fire bydeler som har DHO. Når dette breddes til de andre bydelene i Oslo vil denne problemstillingen forhåpentligvis bli mindre.

6.4. Hvordan er opplevelsen av selve teknologien og samarbeid med leverandøren?

Bydelene og leverandør har begge dratt nytte av et samarbeid gjennom mange år. Det har alltid vært godt og de har vært en viktig del av prosjektet, videreutvikling og kvaliteten på fjernpleiesystemet. Gjennom anskaffelsesprosessen og videre forvaltningsmøter har vi også fått en dypere innsikt i mulighetene og begrensningene som ligger i måleenheter som brukes, og leverandør har fått en dypere forståelse for behovene til bydelene. Innsikten i teknologien og samarbeidet med leverandør har påvirket opplevelsen av teknologien vi bruker i positiv retning.

Sikkerhet og brukervennlighet (brukergrensesnitt) har vært prioritert, men det er ikke alltid funksjonalitet og brukervennlighet lar seg forene. Det er sjelden man klarer å fange opp alt under en akseptansetest, og nye saker dukker regelmessig opp. Gjennom forvaltningsmøter og fortløpende dialog om disse sakene har prosjektet sammen med leverandør tatt aktive valg om/hvordan man skal løse dette. Et eksempel på dette var tilbakemeldinger fra brukere med nedsatt funksjonsevne om at hettene på temperaturmålerne kunne være vanskelige å få på, og skriftstørrelsen på skjermen.

Det forekommer også tekniske utfordringer som ikke skyldes leverandør av DHO. Fastleger og LDS har ikke hatt tilgang til plattformen da den har ligget innenfor brannmuren til Oslo kommune, og av sikkerhetsmessige årsaker kan den ikke bare åpnes for eksterne systemer/parter.

Fastlegene og LDS har også ønsket å få dette integrert i sin EPJ, noe som ikke har latt seg løse innenfor prosjektets rammer på grunn av kompleksiteten og omfanget dette innebærer.

En lignende utfordring som det skal jobbes videre med er koblingen mellom fjernpleie-systemet og bydelenes journalsystem, slik at blant annet informasjon om brukere kan overføres direkte til Dignios plattform og målinger og annen journalverdig informasjon fra Dignio automatisk journalføres i journalsystemet. Når dette blir gjennomført vil vi få en stor effektiviseringsgevinst.

6.5. Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til en kommune/helsefellesskap som ønsker å/planlegger å starte med digital hjemmeoppfølging?

6.5.1. Erfaringer og råd til fra kommunen/bydelene

Rådene til andre som ønsker å starte med DHO reflekterer i stor grad suksesskriteriene.

- ▶ Forankring - forankring i alle ledd i tjenesten er viktig når man skal introdusere en endring i organisasjonen. Økonomi, endringsledelse, få med alle ledd, alle har en rolle å spille.
- ▶ Klare samarbeidsavtaler og ansvarsavklaringer.
- ▶ Starte endringsarbeidet tidlig, involvere alle parter i organisasjonen som vil påvirkes av implementering av DHO, spesielt der det vil involvere tverrfaglig samarbeid om brukerne.
- ▶ Tidligere erfaringer - Se hvordan DHO er implementert i andre kommuner, hvilke vurderinger som er gjort om hvor i organisasjonen tilbudet skal plasseres, hvilke brukergrupper som følges opp og hvordan, og hvordan dette da kan tilpasses egen organisasjon.

- ▶ God anskaffelse - det er viktig å gjøre en god anskaffelse, og da fortrinnsvis en behovsrettet anskaffelse. Her er det viktig å involvere flere personer, både fra brukersiden (av tjenesten), brukere i kommunen, og fagpersoner med innsikt i personvern, it-sikkerhet etc. for å sørge for at anskaffelsen dekker både behovene til tjenestetilbyder, tjenestemottaker og lovpålagte krav om blant annet personvern. Her kan det også være fordelaktig å se på anskaffelser andre kommuner har gjort.
- ▶ Når DHO skal implementeres/prosjekteres, gjør det så tett opp mot tiltenkt drift som mulig da det gir en mer effektiv overgang.
- ▶ Involvering av fastleger er tidkrevende, men vil gå seg til etterhvert som de involveres
- ▶ Gjør en grundig behovskartlegging, involvere pårørende, brukere, ansatte, sykehus, fastlege
- ▶ Planlegging av gevinstarbeidet bør starte tidlig: Hvilke gevinster som skal kartlegges, hvordan de skal kartlegges og hvordan de skal følges opp etter at DHO er over i drift
- ▶ Involver en tjenestedesigner
- ▶ Ansvar for implementering bør fordeles på flere personer for å redusere sårbarhet
- ▶ Lær av feil, endre underveis, involver tjenestemottakere
- ▶ Helsefellesskapet er en trekant med likeverdig ansvar og tjenester

6.5.2. Erfaringer og råd fra sykehuset

Den viktigste erfaringen er at det er essensielt å finne de riktige personene for å få kartlagt behovet på sykehuset, ha fokus på forankring og jevnlig dialog med bydelene. Vedkommende bør være kjent med sykehusets organisering og rutiner, og ikke

minst være motivert, tenke kreativt og tåle motstand i prosessen. Vi erfarer at det er en fordel å være lett tilgjengelig og synlig ute i sykehusmiljøet for da har ansatte lavere terskel for å ta kontakt.

Konkrete tips når det gjelder forankring er å ha jevnlig og kortfattet morgenundervisning, lett tilgjengelig informasjonsmateriell og arrangere infostand på sykehuset. Vi arrangerte i tillegg henvisningskonkurranser for de ansatte. Målet var å få opp henvisningsantallet fra sykehuset i prosjektperioden, som igjen bidro til økt engasjement og forståelse for hvilke pasienter DHO egner seg for. Vi anbefaler å ta i bruk undervisningsarenaer som allerede eksisterer, og ikke forsøke å lage noe nytt. Ta gjerne med testutstyr som kan bidra til bedre forståelse for hvordan måleutstyret og nettbrettet fungerer i praksis, da det virker som om mange tror teknologien er vanskeligere enn hva det egentlig er.

7. Tilrettelegging for / planlegging om videre drift

7.1. VIS-bydelene og Oslo kommune

DHO var i drift i de deltagende bydelene fra før prosjektstart på grunn av deltagelse i det foregående DHO-prosjektet, og vil fortsette i drift etter denne prosjektperioden.

Driften fortsetter som før prosjektet, men den pågående tjenesteutviklingen og gevinstarbeidet vil påvirke driften og det tverrfaglige samarbeidet, både internt i bydelene og med samarbeidspartnere som lokalsykehus og fastleger.

Forandringene i drift vil kunne være hvordan vi følger opp brukerne våre og hvilke brukergrupper som følges opp, herunder brukergrupper som ikke følges opp i like stor grad som i dag, blant annet psykisk helse, yngre, og brukere med en utviklingshemming. Flere andre bydeler i Oslo har meldt interesse for å starte med DHO. HEL og VIS-bydelene har imidlertid anbefalt de andre bydelene å vente litt da HEL ønsker å gjøre en koordinert og samordnet utrulling av DHO. For å kunne gjøre dette på en forsvarlig måte er det nødvendig med tilstrekkelige ressurser både fra VIS-bydelene som faglige veiledere, og Helseetaten som forvaltere. Det er mange sykehus og fastleger som må involveres før implementering av DHO i resten av Oslo.

Det gjenstår fortsatt noe arbeid som kan påvirke hvordan det anbefales at tjenesten implementeres. Siste forskningsrapport fra prosjektets følgeforskning er ikke klar før på slutten av året, og VIS-bydelene ønsker å lage en siste gevinstkartlegging beregnet på intern bruk.

Arbeidet med å få til en integrasjon mellom EPJ og fjernpleiesystem er i gang, og det hadde vært en stor fordel om dette var på plass for ressursbruk og kvalitet på dokumentasjon for videre implementering i Oslo. Et nytt prosjekt kalt «Digital samhandling i DHO» er i startfasen. Det er et samarbeid mellom Oslo kommune, LDS, Helse direktoratet og direktoratet for e-helse. Prosjektet handler om å få til enklere samhandling og datadeling. Dette mener vi er svært positivt og vil ha stor betydning for videre utvikling av DHO. Det vil være naturlig å se på ansvarsområder og tjenesteforskyving mellom aktørene i helsefelleskapet.

7.2. LDS

Samarbeidet og engasjementet på sykehuset vokser med antallet pasienter som mottar DHO fra bydelene, som videre gir oss idéer til hvordan vi kan utvikle oss videre. LDS skal fortsette å henvise pasienter til DHO, og utforske muligheten for videre implementering på sykehuset. Ressursgruppen fra prosjektperioden videreføres til driftsfasen, slik at DHO ikke blir glemt etter endt prosjektperiode. Ressursgruppen har satt av fire halve arbeidsdager i året som skal brukes til å jobbe videre med DHO og andre velferdsteknologiske tilbud. Tiltaket med å videreføre ressursgruppen er forankret hos avdelings- sykepleierne og klinikkleder ved medisinsk klinikk.

Ressursgruppen skal i tillegg utarbeide en egen digital brukerhåndbok for DHO og velferdsteknologi. VIS-brukerhåndboken skal blant annet inneholde relevante kontaktopplysninger, tilgang til informasjonsmateriell, hvordan gå frem for å endre på henvisningsmal i Dips og prosedyren i E-håndboken. Målet med VIS-brukerhåndboken er at det skal være en "levende" brukerhåndbok som skal bidra til å vedlikeholde kompetansen til ressursgruppen, og i tillegg sørge for videre forankring og utvikling.

7.3. Hvilke potensiale ser dere for gevinster?

Vi ser et potensiale for videre gevinster, men det er mange deler som må på plass for at dette skal skje. Vi må fortsette å utvikle det tverrfaglige samarbeidet internt i bydelene, sykehus og fastleger med brukeren i sentrum og DHO som et bindeledd. For å bedre dette må også en mer effektiv deling av data på plass.

Videre kjennskap til hvordan DHO fungerer som et verktøy og en tjeneste vil kunne

hjelpe oss med å identifisere hvordan tjenesten vil hjelpe oss å utsette behovet for andre tjenester. Vi tror blant annet DHO vil hjelpe oss å jobbe mer forebyggende, og bidra til å øke kunnskapen i målgruppen. Vi antar at også andre brukergrupper som for eksempel psykisk helse, kan ha nytte av DHO. Det siste året har vi også erfart hvor bra DHO har fungert i oppfølgingen av covid-19 smittede og nærkontakter.

8. Vedlegg

1. Gevinstplan
2. Datagrunnlag
3. Gevinstrealiseringsplan
4. Pasientcase BGA
5. Pasientcase BSA
6. Tjenesteforløp
7. Analyse fra LDS
8. Presentasjon av analyse fra LDS
9. Gevinstrapport



Oslo

Gevinstplan VIS avstandsoppfølging 2.0

Gevinstansvarlige

Tittel / avdeling	Rolle i gevinstrealiseringen
Prosjektlederne VIS	Gevinstansvarlig i prosjektperioden
Ansvarlig for velferdsteknologi i bydel	Gevinstansvarlig i realiseringsfasen
Avd.direktørene	Gevinsteiere

Mål for bruk av velferdsteknologi i bydelene

- Velferdsteknologi er en del av de ordinære helse- og omsorgstjenestene i bydelene
- Økt digital kunnskap hos innbyggere og ansatte

Overordnede mål for VIS avstandsoppfølging 2.0.

- Økt trygghet, selvstendighet, mestring og livskvalitet for brukerne
- Økt tjenestekapasitet for fremtiden for tjenesten

Gevinster vi ønsker å se nærmere på

Kvalitative

- Forbedret helsetilstand

Kvantitative

- Bedre utnyttelse av tid og ressurser

Kort om hvordan vi ønsker å hente ut gevinstene

Kvalitative

- Vi ønsker å se på brukerne sin subjektive opplevelse, og brukerne svarer på spørreskjema hver 6 mnd. Resultatene samles for bydelene og vi ser på hvor fornøyde brukerne er over tid. Spørsmålene de svarer på er i forhold til egen helse, og hvordan de tar vare på den. De svarer og på spørsmål om trygghet, mental status, ernæring, fysisk aktivitet og hvor fornøyde de er i forhold til egenbehandlingsplan, og oppfølgingen de får.
- Brukere med diabetes måler langtidsblodsukker hver 3 måned og man ser på utviklingen av det over tid.

Kvantitative

- Vi tar ut tall for hvor mye tid til hjemmesykepleie og praktisk bistand som brukerne har, både for kontroll og tiltaksgruppe. Tallene tas ut hver måned.
En analytiker samler tallene for bydelene og sammenligner gruppene.

Samlet er det 294 brukere som har deltatt i prosjektet, enten som en del av kontroll- eller tiltaksgruppen. Til sammenligning var det tilsvarende tallet før sommeren 223 brukere. Brukere tatt inn i prosjektet med «Tiltak uten randomisering» er sett vekk fra, da dette kan føre til misvisende resultater sett opp mot kontrollgruppen.

Samlet var kontroll- og tiltaksgruppen tilnærmet like store, med henholdsvis 146 og 148 brukere ved nullpunktmåling. For hver måling deretter falt deltagelsen av brukere naturlig som følge av flytting, forverret sykdom, død eller annet bortfall. For å kunne si at resultatene fremkommet har god gyldighet, må antall brukere ved hver måling i gruppene overstige et minimum på 20 deltagere.

Datagrunnlag	Nullpunkt	Måling 1	Måling 2	Måling 3	Måling 4	Måling 5	Måling 6	Måling 7	Måling 8	Måling 9	Måling 10	Måling 11	Måling 12	Måling 13
Diabetes														
Deltagere tiltaksgruppen	38	32	36	34	30	30	25	24	21	20	18	14	12	11
Deltagere kontrollgruppen	34	34	34	34	33	33	33	30	25	23	20	17	12	10
Hjertesvikt														
Deltagere tiltaksgruppen	15	13	14	14	14	14	13	11	10					
Deltagere kontrollgruppen	26	26	26	26	26	26	25	23	19					
Kols														
Deltagere tiltaksgruppen	53	46	51	46	44	44	41	39	35	31	30	27	21	
Deltagere kontrollgruppen	41	41	38	37	37	37	37	33	27	25	21	15	10	
Kreft														
Deltagere tiltaksgruppen	23	20	21	17	15	13	11	11	10	10				
Deltagere kontrollgruppen	25	21	21	21	20	20	20	17	14	12				

Datagrunnlag for bruk av hjemmetjenester, sortert på diagnoser

Antall brukere	Nullpunkt	Måling 1	Måling 2	Måling 3	Måling 4	Måling 5	Måling 6	Måling 7	Måling 8	Måling 9	Måling 10	Måling 11	Måling 12	Måling 13	Måling 14	Måling 15	Måling 16
Deltagere tiltaksgruppen (høyre akse)	148	130	142	131	121	119	108	101	91	81	73	61	52	40	39	31	24
Deltagere kontrollgruppen (høyre akse)	146	142	142	140	138	138	135	120	99	91	80	65	51	45	38	34	22
Totalt antall brukere	294	272	284	271	259	257	243	221	190	172	153	126	103	85	77	65	46

Datagrunnlag for bruk av hjemmetjenester, alle diagnoser

	Nullpunkt	6 mnd	12 mnd	18 mnd
Bruker i tiltaksgruppen som har svart på spørsmål	112	86	41	9

Planlegging										Oppfølging						
Gevinst	Gevinsttype	Gevinstmøtaker	Gevinstansvarlig	Måleindikator	Startverdi	Ønsket verdi	Realiseringsår/punkt	Gevinstomsetning	Kilde for måling	Ansvarlig for måling	Intervall for måling	Dato for 1.måling	Målt verdi 1.måling	Dato for 2.måling	Målt verdi 2.måling	Status gevinstoppløpelse
Forbedret helsestatus	Kvalitativ	Pasient	Bydelidirektør	Subjektiv opplevelse av egen helse for tilaksgruppen	Ikke målt	Ikke satt verdi (Bedret opplevelse av egen helse)	Løpende	N/A	Brukerundersøkelse - Egne spørsmål på nettbrett. Sortering per diagnose	Oppløpsjefenesten	Hver 6.mnd					
Forbedret helsestatus	Kvantitativ	Pasient	Bydelidirektør	Medisinske målinger (HBAIC) for tilaksgruppen	Ikke målt	Ikke satt verdi (Mer stabilit langtidsløpender for diabetestrasiteter)	Løpende	N/A	AO-løpinger / måling fra fastlege	Oppløpsjefenesten	Hver 3.mnd					
* Forbedret helsestatus * Bedre utnyttelse av tid og ressurser	Kvantitativ	Bydel, Pasient	Bydelidirektør	Antall timer hjemmjeneste (gjennomsnitt per tiltak og kontrollgruppe)	Ikke målt	Ikke satt verdi (Redusert antall timer hjemmjeneste)	Løpende	Økt kapasitet for fremtiden	Gerica, Sortering per diagnose	Oppløpsjefenesten	Månedlig					
* Forbedret helsestatus * Bedre utnyttelse av tid og ressurser	Kvantitativ	Bydel, Pasient	Bydelidirektør	Antall besøk hjemmjeneste (gjennomsnitt per tiltak og kontrollgruppe)	Ikke målt	Ikke satt verdi (Redusert antall besøk fra hjemmjenesten)	Løpende	Økt kapasitet for fremtiden	Gerica, Sortering per diagnose	Oppløpsjefenesten	Månedlig					
Det legges også til et egen rad for kontrollgruppe på hver måleindikator																

NASJONALT VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAM

Brukerhistorie – Digital Hjemmeoppfølging
Oslo kommune – Bydel Grünerløkka

Oktober 2020



Kari

Alder: 79

Bosituasjon: Bor alene

Bakgrunn: Tidligere hjelpepleier

Interesser: Natur og friluft

Sykdomshistorie: Multisyk. Fikk påvist aneurisme i 2019. Tidligere vært diagnostisert med blant annet KOLS stadium 1 og kreft.

Ønsker og behov

- Kari ønsker å ha god kontroll over egen helsesituasjon, og på grunn av påvist aneurisme er det viktig å holde blodtrykket stabilt innenfor referanseverdier.
- Hun ønsker å bo hjemme så lenge som mulig.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Kari startet å motta hjemmebaserte tjenester i februar 2019.
- Ett år senere, i januar 2020, startet hjemmesykepleien å gjennomføre blodtrykksmålinger.
- Hjemmesykepleien gjennomførte 3 fysiske besøk med blodtrykksmålinger i uken. Disse ble sendt til fastlege for ukentlig oppfølging.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Kari startet med digital hjemmeoppfølging i mai 2020.
- Det var overlapp med hjemmetjenesten frem til Kari følte seg trygg. Dersom blodtrykket overstiger referanseverdi, tar oppfølgingstjenesten kontakt og det gjøres en kontrollmåling.
- Fastlege får målingene oversendt ukentlig og kontaktes ellers ved behov.
- Kari har også fått utlevert en multidosedispenser som gjør at hun fremdeles kan ta medisinene helt på egenhånd.

Gevinster

Kari var skeptisk til digital hjemmeoppfølging i starten. Da hun fikk et mer helhetlig bilde av tjenesten som VIS¹ leverer, ble hun mer positiv.

- Oppfølgingstjenesten er alltid oppdatert på helsesituasjonen hennes, og hun føler mindre uro for blodtrykkverdiene.
- Tryggheten ved at hun følges tett opp har gitt Kari økt livskvalitet.
- Helsesituasjonen til Kari er stabil, og hun har ikke hatt noen innleggelser siden hun startet med blodtrykksmålinger.
- I og med at målingene lagres digitalt er det lettere for Kari å selv følge med på at verdiene holdes innenfor ønskede verdier.
- Kari sine pårørende opplever også økt trygghet nå som blodtrykket holdes stabilt og de vet at hun får tett oppfølging.
- Medisindispenseren er et viktig hjelpemiddel for at tjenesten fungerer som den gjør. Uten denne ville Kari hatt behov for hjelp til medisiner, da hun for en tid tilbake begynte å rote med multidoserullene.

1) Velferdsteknologi i Sentrum – Utprøvningsprosjektet for digital hjemmeoppfølging i samarbeid mellom bydelen Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen, samt Lovisenberg Diakonale sykehus.

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten

KOSTNADER FØR OPPSTART AV TJENESTEN

Tjenestebruk før oppstart

- **Totaltid hjemmetjenester per måned:** 3 ukentlig besøk for å måle blodtrykk. Dette utgjør 12 besøk på til sammen 6 timer hver måned.

Kostnad før oppstart

- **Lønnskostnader til hjemmebesøk per måned:** 54 600 kr
Dette er basert på 78 t hjemmetjenester til en kostnad per time på 700 kr.

Forventet fremtidig tjenestebruk i perioden 2021-2025

- Uten digital hjemmeoppfølging ville Kari mottatt 3 ukentlige besøk for blodtrykksmåling. Dette ville generert 78 timer i året.
- Med digital hjemmeoppfølging yter ikke lenger hjemmetjenesten ordinære tjenester hos Kari.
- Uavhengig av bruken av digital hjemmeoppfølging vil Kari få besøk 2 ganger i måneden til skifte av multidoserull. Hvert besøk tar 15 minutter.

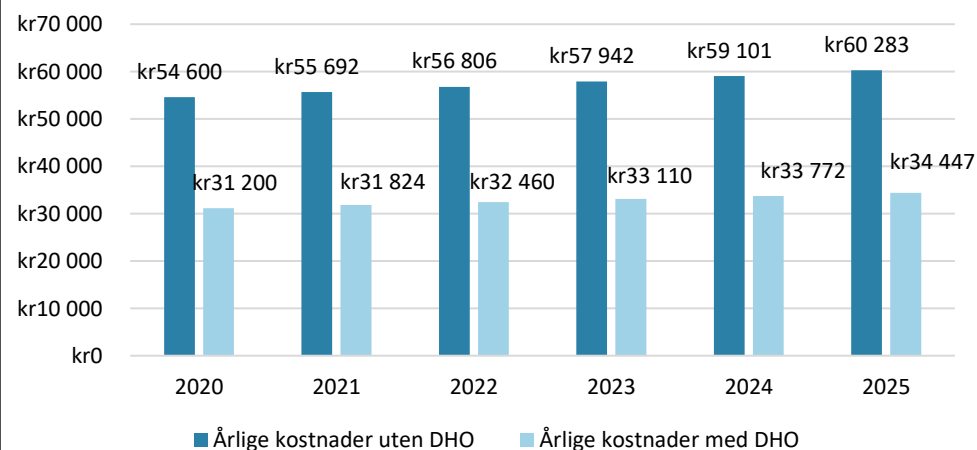
KOSTNADER ETTER OPPSTART AV TJENESTEN

Kostnad for tjenesten med digital hjemmeoppfølging

- **Kostnad per måned for oppfølgingstjeneste i Oslo:** 2250 kr
- **Kostnad til hjemmetjenester:** 350 kr
- **Total kostnad per måned:** 2600 kr

Over de neste fem årene vil kommunen unngå kostnader tilsvarende 25 000 kr per år.

Kostnadssammenligning 2020 - 2025



Digital hjemmeoppfølging god ressursutnyttelse for kommunen

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Kostnader til hjemmetjenester ¹	kr 54 600	kr 55 692	kr 56 806	kr 57 942	kr 59 101	kr 60 283	kr 344 423
Totale kostnader uten DHO	kr 54 600	kr 55 692	kr 56 806	kr 57 942	kr 59 101	kr 60 283	kr 344 423

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Kostnad per bruker til oppfølgingstjenesten ²	kr 27 000	kr 27 540	kr 28 091	kr 28 653	kr 29 226	kr 29 810	kr 170 319
Kostnader til hjemmetjenester ³	kr 4 200	kr 4 284	kr 4 370	kr 4 457	kr 4 546	kr 4 637	kr 26 494
Totale kostnader med DHO	kr 31 200	kr 31 824	kr 32 460	kr 33 110	kr 33 772	kr 34 447	kr 196 813
Gevinst⁴	kr 23 400	kr 23 868	kr 24 345	kr 24 832	kr 25 329	kr 25 835	kr 147 610

- 1) Består av lønnskostnader til helsetjenester i hjemmet. Kostnad per time er 400kr, inkl sosiale avgifter. Uten digital hjemmeoppfølging gjennomføres 3 ukentlig besøk a 30 minutter. Sammen med 2 månedlige besøk til bytte av multidoserull, utgjør dette totalt 78 timer i året.
- 2) Hentet fra "Effekter av avstandsoppfølging", utarbeidet av Intro International på oppdrag fra Helsedirektoratet (2018). Den årlige kostnaden på 27 000 kr inkluderer kostnader til personell, utstyr og andre driftskostnader. Gjøres oppmerksom på at tallet er 2 år gammelt og kan inneholde prosjektkostnader som ikke påløper i daglig drift.
- 3) Basert på at de kommende årene vil kun hjemmetjenesten bistå med 2 besøker i måneden for å skifte multidoserull. Gitt at hvert besøk tar 15min, utgjør dette 6 timer i året.
- 4) Gevinst = Totale kostnader uten DHO – Totale kostnader med DHO

NASJONALT VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAM

Brukerhistorie – Digital Hjemmeoppfølging Bydel Sagene

Oktober 2020



Tone

Alder: 57

Bosituasjon: Bor med voksen sønn, tidvis turbulent hjemmeforhold.

Jobbsituasjon: Hjemmeværende.

Interesser: Svært aktiv, mye ute og gjør ærender, går tur og møter familie og venner.

Sykdomshistorie: Diagnostisert med type 2-diabetes (tablett og insulin regulert).

Ønsker og behov

- Tone er glad i å være ute og gå turer. Hun var ofte frustrert tidligere, fordi hyppige besøk av hjemmetjenesten gjorde at hun ikke kunne være like mye ute som hun ønsket.
- Tone satte seg som mål å håndtere blodsuktermåling og medisiner selv, med støtte fra oppfølgingscenteret. Motivasjonen var stor for å slippe daglige besøk fra hjemmetjenesten.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Tone har mottatt hjemmetjenester to år før hun startet opp med digital hjemmeoppfølging.
- Tone hadde besøk fra hjemmetjenesten fire ganger i døgnet for å måle blodsukker og oppfølging av medisiner. Hun mottok 28 besøk per uke à 15 minutter.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Tone startet opp med digital hjemmeoppfølging i mai 2019.
- Hun mottok nettbrett og blodsuktermåler for å registrere målinger av blodsukker. Tone har også en medisindispenser som gjør at hun blir minnet på når hun skal ta medisiner. Hjemmetjenesten har fast besøk 1 gang hver 14. dag for å fylle på dispenseren.
- Hun måler blodsukkeret sitt morgen og kveld, og følges opp av oppfølgingstjenesten i bydelen som ringer henne ved alarm/unnormale målinger og fast på telefon hver 4. uke.
- Tone har vært henvist til diabetes-poliklinikken på sykehuset på grunn av ustabil blodsukker. I perioder har hun fått medisinerendringer, og behov for besøk fra hjemmetjenesten for å sikre at hun tar riktig dose. De har også gjennomført besøk i perioder der Tone har vært deprimert og ikke utført egenmålinger i henhold til planen.

Gevinster

- Etter at Tone startet opp med digital hjemmeoppfølging og medisindispenser har blodsukkeret hvert mer stabilt.
- Tone kjenner de ansatte på oppfølgingstjenesten, og hun føler seg mer trygg når hun slipper å ha mange personer å forholde seg til.
- Hun opplever økt frihet og selvstendighet i hverdagen fordi besøk fra hjemmetjenesten har blitt redusert. Nå kan Tone ta målinger selv på tidspunkt som passer, og gå ut når hun selv ønsker. Dette har gitt Tone rutiner i hverdagen som hun er svært fornøyd med.
- Blodsukkeret til Tone er mer stabilt nå enn tidligere. Før hadde Tone 4 besøk fra hjemmetjenesten i døgnet. Nå utfører hun målinger på egenhånd 2 ganger om dagen.
- Gjennomsnittlig spart tid for unngåtte besøk av hjemmetjenesten tilsvarer 26,75 timer per måned.

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten

KOSTNADER FØR OPPSTART AV TJENESTEN

Pleietid før oppstart

- **Besøk fra hjemmetjenesten:** 28 besøk à 15 minutter per uke. Totalt 1680 minutter per måned.
- **Total pleietid per måned:** 28 timer per måned.

Kostnad før oppstart

- **Kostnader til hjemmebesøk per måned:** 19 600 kr.
- **Årlige kostnader til hjemmebesøk:** 235 200 kr.

Forventet fremtidig pleietid i perioden 2021-2025

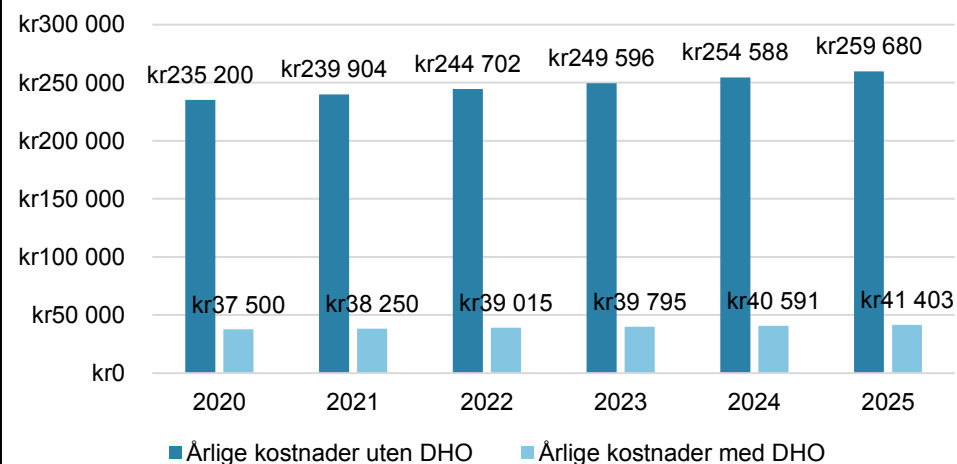
- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at Tone ville fortsatt å motta hjemmetjenester tilsvarende 28 timer per måned, som før oppstart.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det at hun vil fortsette å motta noe hjemmetjenester. Det antas en gjennomsnittlig pleietid på 1,25 timer per måned.¹
- Gjennomsnittlig unngått pleietid per år tilsvarer 321 timer.²

KOSTNADER ETTER OPPSTART AV TJENESTEN

Kostnad for tjenesten med digital hjemmeoppfølging

- **Kostnad per måned for oppfølgingstjeneste i Oslo:** 2250 kr
- **Kostnad til hjemmetjenester per måned:** 868 kr.³
- **Total kostnad per måned:** 3147 kr.

Kostnadssammenligning 2020 - 2025



1) Beregnet gjennomsnittsverdi av antall besøk og tid brukt per besøk i perioden juli 2019 til august 2020.

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

3) På grunn av variasjon i månedlig pleietid for brukeren, er det beregnet en gjennomsnittlig månedlig kostnad. Kostnaden er beregnet fra gjennomsnittsverdien av månedlig pleietid etter oppstart av digital hjemmeoppfølging i perioden juli 2019 til august 2020 som er 1,25 timer per måned.

Digital hjemmeoppfølging vil gi gevinster også i årene fremover

Forskjellen i årlige kostnader for hjemmetjenester med og uten digital hjemmeoppfølging er 84% per år i perioden 2020-2025.

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Kostnader til hjemmetjenester ¹	kr 235 200	kr 239 904	kr 244 702	kr 249 596	kr 254 588	kr 259 680	kr 1 483 670
Kostnader til opphold på kommunal korttidsplass	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0
Kostnader til opphold KAD	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0
Totalt kostnader uten DHO	kr 235 200	kr 239 904	kr 244 702	kr 249 596	kr 254 588	kr 259 680	kr 1 483 670

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Kostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 27 000	kr 27 540	kr 28 091	kr 28 653	kr 29 226	kr 29 810	kr 170 319
Kostnader til hjemmetjenester ³	kr 10 500	kr 10 710	kr 10 924	kr 11 143	kr 11 366	kr 11 593	kr 66 235
Kostnader til opphold på kommunal korttidsplass	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0
Kostnader til opphold KAD	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0
Totalt kostnader med DHO	kr 37 500	kr 38 250	kr 39 015	kr 39 795	kr 40 591	kr 41 403	kr 236 555
Gevinst⁴	kr 197 700	kr 201 654	kr 205 687	kr 209 801	kr 213 997	kr 218 277	kr 1 247 116

- 1) Består av lønnskostnader til helsetjenester i hjemmet. Kostnad per time er 700kr, inkl sosiale avgifter. Uten digital hjemmeoppfølging gjennomføres ~2 ukentlig besøk à 10 minutter.
- 2) Hentet fra "Effekter av avstandsoppfølging", utarbeidet av Intro International på oppdrag fra Helsedirektoratet (2018). Den årlige kostnaden på 27 000 kr inkluderer kostnader til personell, utstyr og andre driftskostnader. Gjøres oppmerksom på at tallet er 2 år gammelt og kan inneholde prosjektkostnader som ikke påløper i daglig drift.
- 3) Basert på at de kommende årene vil hjemmetjenesten bistå med 2 besøk i måneden. Gitt at hvert besøk tar 15min, utgjør dette 6 timer i året.
- 4) Gevinst = Totale kostnader uten DHO – Totale kostnader med DHO







Digital hjemmeoppfølging

Visuell fremstilling av tjenesteforløp for Oslo kommune

30.09.2020

Bringing Ingenuity to Life
paconsulting.com

Fordeling av ansvar for aktiviteter

Aktivitet	Bruker 	DHO-team 	Fastlege 	Sykehus 
Identifisering/henvisning	U	A	U	U
Inkludering		A		
Tildeling av utstyr		A		
Opplæring og kartlegging		A		
Egenbehandlingsplan (EBP)		U	A	R
Rapportering	A	U		
Vurdering		A	R	
Evaluering		A	U	R
Avslutning		A	U	

A = Ansvarlig
 U = Utførende
 R = Rådgivende

Beskrivelse av aktiviteter

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

Faser

Rekruttering

Aktiviteter

Henvisning

Inkludering

Hjemmebesøk



Bruker

Får høre om DHO og sier ja til å bli kontaktet av bydel eller er selvrekruttert.



Telefon fra DHO-team i bydel og avtaler tid for et hjemmebesøk.



Hjemmebesøk fra bydel; får mer info, og kartlegges.



Får utlevert utstyr og får opplæring. Signerer utlånsavtale.



DHO-team

Registrerer henvisning i fagsystem.

Mottar og vurderer henvisning



Ringer bruker for å informere om DHO og avtale hjemmebesøk.

Forbereder hjemmebesøk: Legge inn bruker i fagsystemer, sette opp utstyr osv.



Informerer bruker om DHO og hva tjenesten inneholder. Kartlegger bruker.

Lærer opp bruker i utstyret og får signert utlånsavtale.



Fastlege



Identifiserer og henviser bruker.



Hjemmetjeneste



Identifiserer og henviser bruker.

Vurderer behov for deltagelse ved hjemmebesøk.



Sykehus



Identifiserer og henviser bruker.

Faser

Oppstart

Aktiviteter

Dokumentasjon etter hjemmebesøk

Oppstartsperiode



Bruker



Starter prøveperiode for registreringer (målinger og spørsmål) (ca. to-fire uker).

Lager avtale om registreringer, varslinger og fast oppfølging.



DHO-team

Registrerer kartlegging og hjemmebesøk i fagsystem.

Sender OL-beskjedjournal til vedtaksansvarlig og samarbeidene tjenester.



Sender PLO til fastlege om oppstart og at det er ønskelig med tverrfaglig møte etter ca.2-4 uker.



Registrerer bruker for gevinstoppfølging.



Følger opp at bruker utfører registreringer som avtalt.

Lager avtale om registreringer, varslinger og fast oppfølging

Kontinuerlig faglig vurdering av bruker. Gjøre justeringer etter brukers behov.



Bestiller time hos fastlege for tverrfaglig møte.



Fastlege

Mottar PLO om at DHO er startet opp hos bruker.

Reserverer time.



Hjemmetjeneste



Sykehus

Faser

Løpende tjeneste

Aktiviteter



Tverrfaglig møte med fastlegen

DHO tjenesten – planlagt oppfølging

DHO tjenesten – oppfølging ved endring/forverring



Bruker

Besøk hos fastlege sammen med helsepersonell.

Får gjennomgang av ferdig EBP og opplæring i hvordan EBP brukes og hvordan det ser ut på nettbrettet.



Utfører registreringer (målinger, spørreskjema mm.) etter avtale.

Har samtale med DHO på avtalt dag/uke (fast oppfølgingssamtale).



Kontakter DHO ved spørsmål eller utrygghet.

Tar ny måling eller følger tiltak i henhold til EBP



DHO-team

Presenterer resultat fra prøveperiode og utarbeide EBP.

Renskriver EBP. Tar inn andre aspekter enn kun det medisinske (aktivitet, ernæring mm.). Fokus på grønn sone.



Følger med på registreringer (målinger, spørreskjema mm.) fra bruker.



Kontakter bruker ved faste avtaler for gjennomgang av registreringer, mål og aktuelle temaer.

Kontakt fastlege via PLO ved endring i trender.

Følger opp henvendelser fra bruker.



Kontakter bruker ved varsling etter avtale.



Kontakter fastlege ved store eller gjentakende avvik



Fastlege

Gjør faglige vurderinger av EBP.

Mottar ferdig EBP for godkjenning via PLO hvis dette er avtalt (kan være godkjent på møtet). Gir innspill ved behov.

Evaluerer endringer meldt via PLO.

Evaluerer henvendelse og videre oppfølging av bruker.



Hjemmetjeneste

Vurderer behov for deltagelse ved hjemmebesøk.



Sykehus

Faser

Oppfølging

Aktiviteter

Innleggelse

Evaluering

Avslutning



Bruker



Blir innlagt ved sykehus.



Deltar i evalueringssamtale (hver 3-6. mnd.)

Får tilgang til oppdatert EBP på nettbrett

Bruker ønsker ikke å motta DHO lenger.



Kontakt bruker og informerer. Vurderer om bruker skal få fortsette om han vil.



DHO-team

Svarer på innleggelse rapport/PLO fra sykehuset.



Gjennomfører evalueringssamtale.



Informerer fastlege etter samtale ved behov.

Oppdaterer fagsystemene med det som er avtalt (mål, avtale ved alarm osv.).

Ved endring på EBP kontakt bruker for gjennomgang.

Tar inn utstyr, avslutte i fagsystemer, gir beskjed til fastlege og aktuelle i hjemmetjenesten.

DHO vurderer at bruker ikke nyttiggjør seg av tjenesten, eller ikke følger opp.



Tar inn utstyr, avslutte i fagsystemer, gi beskjed til fastlege og aktuelle i hjemmetjenesten.



Fastlege

Mottar PLO ved behov.

Mottar PLO om at bruker ikke lenger mottar DHO. Må følge opp videre.

Mottar PLO om at bruker ikke lenger mottar DHO. Må følge opp videre.



Hjemmetjeneste

Mottar OL-beskjedjournal om at bruker ikke lenger mottar DHO.

Mottar OL-beskjedjournal om at bruker ikke lenger mottar DHO.



Sykehus

Sender PLO om innlagt bruker, forløp, behandling og eventuelle endringer (medisiner, spo2 mål, mm.) Gir beskjed ved utskrivelse.



Til: Bydel Gamle Oslo v/Espen Mikkelsen
Bydel Grünerløkka v/Hanne Eggen
Bydel Sagene v/Cathrine Einarsrud
Bydel St. Hanshaugen v/Sawsan Salim
Lovisenberg Diakonale Sykehus v/ Hallvard Fanebust

Fra: Per Arne Holman, analysesjef
Daniil Rudsengen, rådgiver

Pasientsikkerhet og forskning

Saksbehandler:
Per Arne Holman
Analysesjef

Sak:
Dato: 22.06.2021

Observasjoner ved VIS-prosjektet etter bruk av kommunale hjemmetjenester fra måling 19-25 i perioden oktober 2020 til mars 2021

Observasjonene (resultater) og vurderingene presenteres etter beskrivelsen av metode.

Vi har mottatt data fra et Excel-verktøy som brukes til å beregne og følge opp gevinster fra medisinsk avstandsoppfølging. Det er data om bruk av kommunale hjemmetjenester som er rapportert og analysert. Data om bruk av kommunale institusjonstjenester er ikke analysert fordi det synes å være lite brukt/registrert. Slike data finnes ikke i bydelenes Gericadatabaser. Data om bruk av spesialisthelsetjenester foreligger heller ikke. Vi har heller ikke registrert at det finnes data om kostnader ved anskaffelse og bruk av utstyr til den enkelte. Vi er forsiktig med å omtale observasjoner som resultater.

Om metoden og datakvalitet

Det er tidsbruk i hjemmet, hjemmetjenester og praktisk bistand, som registreres og rapporteres som en kostnad til en oppgitt timepris. Data eksporteres fra fagsystemet Geric. Eksport av data skjer manuelt, noe som introduserer usikkerhet ved manglende in-put kontroll. Vi finner enkelte ekstremverdier i antall besøk og medgått tid. Eks. pasient 3023 fra Gamle Oslo i periode 12. Tid er rapportert i to formater. Noen perioder mangler data, ved oppstart og slutten av tidslinjen. Data fangst og analyse bør etter vår oppfatning vært adskilt, for å hindre endringer av formater og modeller.

Hvordan måles tid?

Tiden er oppgitt som tall med desimal i tre av fire regneark. Vi antok at det er snakk om timer, eks. at 1,5 er 1 timer og 30 minutter. Bydel Grünerløkka har siden korrigert denne oppfatningen og vi legger til grunn at det er 1 time og 50 minutter. Noen bydeler benytter en variant av regnearket med en omregning fra desimaltall til minutter. Vi har benyttet denne formelen for omregning. Bydel Sagene, som benytter tt:mm:ss, må regnes om til «feil format» tt,mm eller tt,tt og deretter regnes om til minutter. Vi henstiller til at denne praksisen i Bydel Sagene rettes før en siste rapportering.

00:54:00										=HVIS(AF10=""&"";{HELTALL(AF10)*60+REST(AF10;1)*100})					
D	E	DL	DV	DW	DX	DY	DZ	C	AC	AD	AE	AF	AG		
ing	Resultatindikatorer som skal hentes inn av kommunene og sendes forskningen -							.måling							
ing	Resultater som vil hentes fra sentrale registre i							.måling							
ing	Resultatindikatorer som ikke hentes av forskningen, og som ikke skal rapporteres av kommunene, men som kan være aktuelt å følge opp							.måling							
ing	Avsluttet bruker							.måling							
Måling 25: 31.03.2021										.måling					
rdato	Rekrutteringsdiagnose	Tiltaksgruppe	Antall opholdsdager på KAD	Dato (DD.MM.ÅÅÅÅ)	Måneder siden oppstart	Antall besøk helsestjenester i hjemmet per måned	Antall forbrukte minutter på helsestjenester i hjemmet per måned	Antall besøk praktisk bistand per måned							
2020	Annet	Kontroll	0	31.03.2021	13 måneder	0	0	0							
2020	Diabetes	Tiltak	0	31.03.2021	13 måneder	0	0	0							
2020	KOLS	Tiltak	0	31.03.2021	12 måneder	0	0	0							
2020	Diabetes	Tiltak	0	31.03.2021	12 måneder	3	00:54	0							
2020	Diabetes	Tiltak	0	31.03.2021	12 måneder	4	00:34	0							
2020	Diabetes	Tiltak	0	31.03.2021	10 måneder	0	0	0							
2020	KOLS	Tiltak	0	31.03.2021	10 måneder	0	0	0							
oppstartdato (D.MM.ÅÅÅÅ)	Dato (DD.MM.ÅÅÅÅ)	Måned etter oppstart	Antall besøk helsestjenester i hjemmet per måned	Tid brukt på helsestjenester i hjemmet per måned	Antall minutter forbrukt på helsestjenester i hjemmet per måned										
25.02.2019	31.03.2019	1 måneder	9	1.36	96										

Tidslinjen og målingene følger et standard oppsett fra malen.

Hver måling er knyttet til en fast måned:år. Ikke alle bydelene har startet registreringen samtidig. Bydel Gamle Oslo har 18. måling i august 2022, mens Bydel St. Hanshaugen er i september ved samme måling. To bydeler har delt regnearket i to filer, før og etter måling 18. Det har gjort det utfordrende, og doblet den manuelle innsatsen, for å etablere en ny fil med en sammenhengende tidsserie. Måling 24-25 (feb og mars 2021) fra Gamle Oslo mangler. Når vi oppsummerer antall brukere ved nullpunkt, første og siste måling, finner vi at første måling har færre brukere enn nullpunkt og andre måling. Det skyldes trolig enten at feltet er blankt (ikke fylt ut) eller at det er ment å uttrykke at brukeren ikke mottok tjenester, selv om de var med i prosjektet.

Randomisering

Bydel St. Hanshaugen ser ut til å ha sluttet med randomiseringen fra 20. mars 2020 (24 siste pasientene). Bydel Grünerløkka har ikke randomisert 8 pasienter fra mai 2020. Bydel Gamle Oslo og Sagene har fortsatt randomiseringen. Pasienter som ikke er randomisert er ikke inkludert i vår analyse.

Sammenstilling av data for analyse.

Det er tidligere vurdert at det ved studiestart manglet et tilstrekkelig antall studiedeltakere og observasjoner. Det ble derfor vurdert at beregningene av mulige forskjeller mellom tiltak og kontroll dermed ble usikre. For å kompensere for dette har man valgt å forskyve målinger fra senere perioder «mot venstre», til måling 1. Måletidspunkt. Datoen for første måling er derfor forskjellige. Fordelen med dette grepet er at det gir flere randomiserte observasjoner. Ulempen er knyttet til usikkert om hvorvidt alle forhold ved tjenesteleveransen er lik over tid. Har det skjedd en organisatorisk kvalitetsendring over tid, hvor tjenesteyter er blitt bedre til å levere tjenestene etterhvert? Hvor lang tid tar det for pasienter å oppnå effekt av intervensjonen i et prosjekt? Pasientene er rekruttert i en periode fra mars 2019 til mai 2020, mens analysen fremstiller det som om alle ble rekruttert og hadde oppstart i mars 2019. Se illustrasjon nedenfor.

Studieplan: Pasienter rekrutteres inntil man har mange nok. Dereetter starter intervensjonen samtidig for alle (tiltak og kontroll), alle deltar i hele perioden.														
Inkludering	Inkludering	Inkludering	Nullpunkt; tiltak starter	Måling 1	Måling 2	Måling 3	Måling 4	Måling 5	Måling 6	Måling 7	Måling 8	Måling 9	Måling 10	Tiltak etter studieperiode
				Resultat 1	Resultat 2	Resultat 3	Resultat 4	Resultat 5	Resultat 6	Resultat 7	Resultat 8	Resultat 9	Resultat 10	

Virkeligheten: Ikke alle pasienter er rekruttert til studiestart. Det blir få observasjoner og kan bli skjevhet i utvalget. Noen faller fra under vei. Man får få målinger med tilstrekkelig mange observasjoner.														
Inkludering	Inkludering	Inkludering	Nullpunkt; tiltak starter	Måling 1	Måling 2	Måling 3	Måling 4	Måling 5	Måling 6	Måling 7	Måling 8	Måling 9	Måling 10	Tiltak etter studieperiode
				Resultat 1	Resultat 2	Resultat 3	Resultat 4	Resultat 5	Resultat 6	Resultat 7	Resultat 8	Resultat 9	Resultat 10	

For å unngå få og kanskje mangelfull representativitet i kontroll og intervensjonsgruppen, forsrykes observasjonene mot venstre og telles som første måling i første perioden selv om perioden er senere.														
Inkludering	Inkludering	Inkludering	Nullpunkt; tiltak starter	Måling 1	Måling 2	Måling 3	Måling 4	Måling 5	Måling 6	Måling 7	Måling 8	Måling 9	Måling 10	Tiltak etter studieperiode
				←←	←←						←←	←←		
				←←	←←	←←					←←	←←	←←	
				Resultat 1	Resultat 2	Resultat 3	Resultat 4	Resultat 5	Resultat 6	Resultat 7	Resultat 8	Resultat 9	Resultat 10	

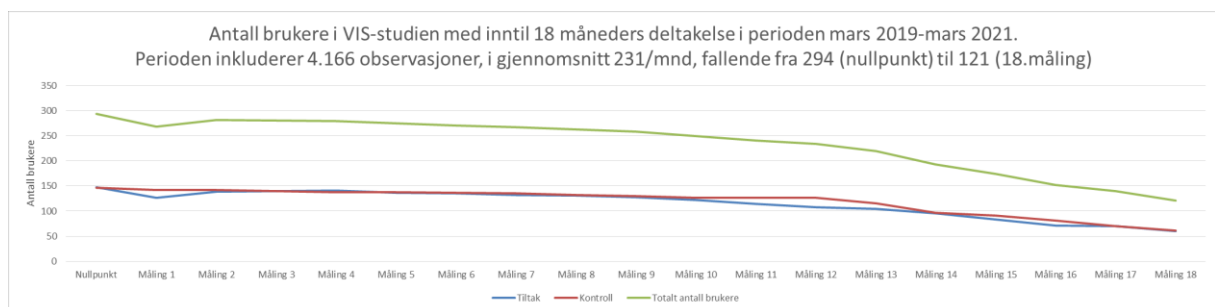
Enkel antagelse om potensielle bedriftsøkonomiske gevinster ved investering i utstyr sett opp mot redusert bruk av hjemmetjenester.

Helsetjenester og praktisk bistand er estimert til hhv. kroner 770/time og 673/timer. En time spart arbeidsinnsats i tiltaksgruppen gir netto effekt dersom investeringen i utstyr er mindre enn 673-770 kroner. De ulike brukerne, men forskjellige diagnoser, får forskjellig utstyr. Det må derfor gjøres mer detaljerte analyser, enn vi har hatt anledning til nå, for å vurdere nytten av teknologianskaffelsene på diagnosnivå. Levetiden på utstyret er ulikt fra 2-5 år.

Observasjoner og vurderinger

Antall brukere og observasjoner.

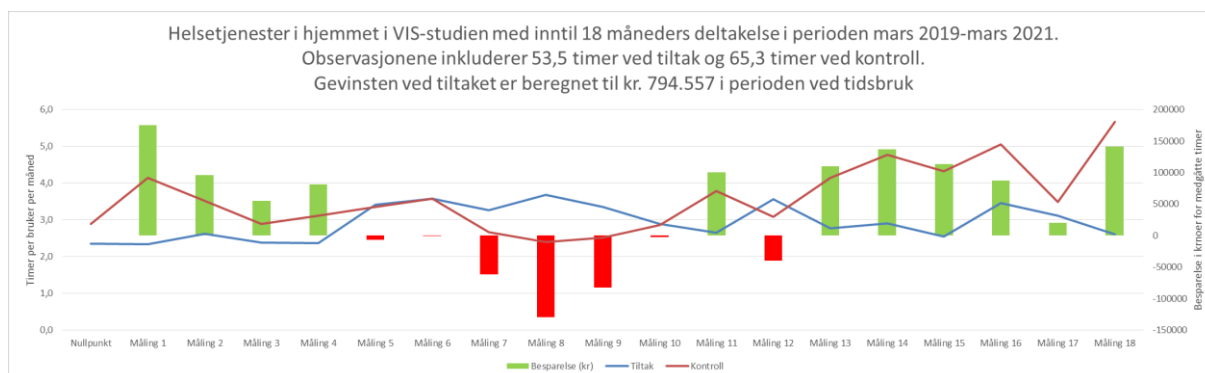
Vi finner at antall brukere i prosjektet har vært forskjellig i prosjektperioden. Metoden med å analysere alle målinger, som om de starter på samme tidspunkt, gir dermed inntrykk av at brukerne faller ut av prosjektet etterhvert. I virkeligheten har de blitt rekruttert underveis. Noen har også falt fra underveis. Som nevnt tidligere, er det noen brukere som ikke har data ved første måling. Det kan være at disse var med i prosjektet, men ikke mottok tjenester. Ved nullpunktet var 294 brukere registrert, 121 brukere har 18 målinger. Det skaper usikkerhet om resultatene. En alternativ resultatvurdering kan gjennomføres med færre målinger, men det svekker også analysen. Fordelingen mellom tiltak og kontroll er jevn.



Bruk av helsetjenester i hjemmet; tiltak og kontroll

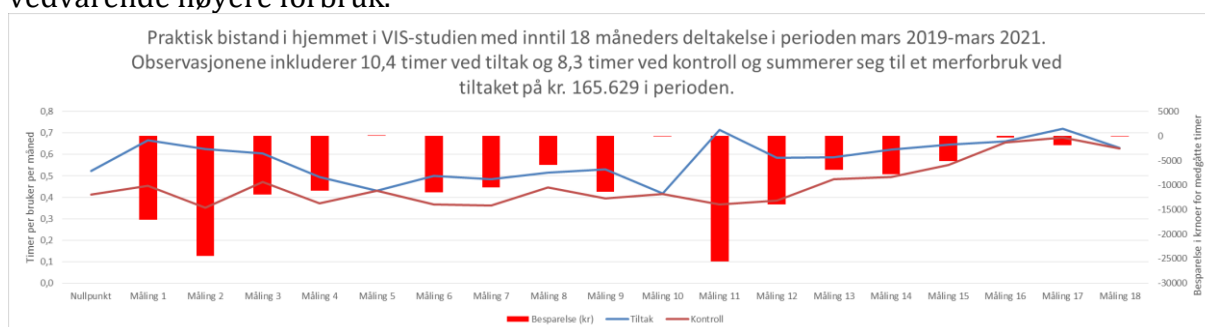
Med en forskjell på ca. 12 timer merforbruk av hjemmetjenester i kontrollgruppen, etter inntil 18 perioder, tilsvarende 0,6 timer per bruker i måneden, er gevinsten estimert til nær 800.000 kroner i prosjektperioden. Tendensen er ikke systematisk. Dersom man kun hadde benyttet målingene 5-12 ville man kommet til motsatt konklusjon. Det bør undersøkes nærmere hva som er årsaken til denne skjevheten. Kan det være in-putfeil, eller enkeltbrukere med et sterkt avvikende bruksmønster? I så fall kan en alternativ analysemetode være å benytte et utvalg som ekskluderer brukere med 1-5% laveste og

høyeste forbruk i begge grupper. Ettersom det er et fallende antall deltakere med 18 observasjoner advares det mot å bruke gjennomsnittet for 18 måneder som et estimat for løpende drift. Investeringskostnaden er ikke hensyntatt i dette estimatet, kun tidsbruk hjemmetjenester. I 7 av 18 perioder ligger kontrollgruppen under i tidsbruk. Det gir en indikasjon på at tidsbruken er mindre i tiltaksgruppen.



Bruk av praktisk bistand; tiltak og kontroll

Med en forskjell på ca. 2 timer merforbruk av hjemmetjenester i tiltaksgruppen, etter inntil 18 perioder, tilsvarende 0,1 timer per bruker i måneden, er merutgiftene estimert til nær 165.000 kroner i prosjektperioden. Merforbruket er systematisk ved alle målinger. Ettersom det er et fallende antall deltakere med 18 observasjoner advares det mot å bruke gjennomsnittet som et estimat for løpende drift. Investeringskostnaden er ikke hensyntatt i dette estimatet, kun tidsbruk til praktisk bistand. Tiltaksgruppen har et vedvarende høyere forbruk.



Målrettede tiltak for diagnosegrupper

Vi har ikke hatt anledning til å vurdere resultatene for diagnosegruppene, innen den tidsrammen og de ressurser som har vært til disposisjon den siste uken i april. Vi mener det bør gjøres slike analyser, fordi teknologiutstyret som introduseres er forskjellig, har forskjellige priser ved anskaffelse, bruk og levetid, og kan gi ulike gevinster i for av tidsbruk. Men vi advarer mot å gjøre det på dette datasettet, fordi antall observasjoner blir for få og det finnes ekstremverdier knyttet til enkeltpasienter med økt hjelpebehov i perioder. Slik hendelser kan endre anbefalingene.

Andre gevinster

I tillegg til spart tid på hjemmetjenester og praktisk bistand, har prosjektet planlagt å vurdere helsegevinster, brukeropplevelser og aspekter av livskvalitet hos brukere og pårørende. Vi har ikke mottatt data om slike målinger. Det foreligger ikke data om forbruk av kommunale døgntilbud (KAD, korttids plass på sykehjem) og heller ikke bruk av spesialisthelsetjenester eller fastlege. Vi gjør oppmerksom på at selv om prosjektet er et samarbeid med Lovisenberg Diakonale sykehus, må forskerne som vurderer effekter i

spesialisthelsetjenesten innhente data fra alle spesialisthelsetjenestesykehus. Som lokalsykehus har LDS en egendekning på fra ca. 20-60 prosent, med enda større variasjon innen enkelte fagområder.

En overordnet vurdering av gevinster i prosjektet

Med de mange forbehold som er gitt ovenfor, viser resultatene en besparelse i samlet medgått tid til tjenester, på ca. 0,5 timer (ca. 30 minutter) per bruker i måneden. Det er mindre enn 10 minutter per uke. Selv om dette er et lavt tall kan vi ikke utelukke at det kan være en verdifull investering for større grupper, dersom kostnadene ved anskaffelse og drift av teknologien holdes under ca. 400 kroner per måned. Det vil styrke konklusjonen om man kan identifisere gevinster på andre områder. Dersom målingene i periodene med negativt resultat er en konsekvens av tilfeldig og stort merforbruk hos enkeltbrukere, kan det være at man bør se bort i fra slike observasjoner. Det kan være særskilte behov eller forhold som uansett ikke kan forebygges eller håndteres med bruk av velferdsteknologi.

PS. Teknologikostnader. Etter at første utkast av rapporten ble skrevet har vi muntlig fått et estimat på driftskostnader ved teknologiutstyret. Det er knyttet til leie. Dersom vi legger til grunn at tiltaksgruppen i gjennomsnitt har hatt 100 brukere ved 18 målinger (start 146> slutt 60) og at ubrukt utstyr kan omdisponeres til andre brukere eller at man ikke betaler leie, vil 100 brukere i 18 måneder og kr. 1.100/mnd utgjøre 1.980.000 kroner. Med en besparelse på kr. 630.000 i reduserte lønnskostnader gir det et estimert tap for prosjektregnskapet på. 1.35.000 kroner. anbefalingene om å lete etter andre gevinster blir dermed enda viktigere.

Oslo 30. april 2021
Per Arne Holman
Analysesjef

Daniil Rudsengen
rådgiver

Analysene er gjennomgått med Einar Goplen i Bydel Gamle Oslo. Takk for nyttige innspill og god hjelp til å forstå arbeidsmetoden og datamodellen. Takk også til Hanne Eggen Bydel Grünerløkka for bistand og råd underveis.

Velferdsteknologi - avstandsoppfølging av kronisk syke

VIS – velferdsteknologi i sentrum er et samarbeid mellom de fire bydelene Gamle Oslo, Grünerløkka, Sagene og St. Hanshaugen og Lovisenberg Diakonale sykehus.

Delrapport for perioden oktober 2020-mars 2021

29. April 2021

Analysesjef Per Arne Holman

Rådgiver Daniil Rudsengen



Observasjoner og vurderinger

323 brukere er inkludert i analysen, likt fordelt mellom tiltak og kontrollgruppe (148:146), men kun 121 brukere har blitt observert lenge nok til å gjennomført 18 målinger. Analysen vises som om alle har deltatt fra start på samme tidspunkt. Det er ikke riktig, men er et grep som er gjort for å ha flere observasjoner i analysen. 32 brukere som har fått tiltak er utelatt fra analysen fordi de ikke ble randomisert. Det gjelder pasienter fra to bydeler under pandemien.

Tiltaksgruppen har brukt mindre hjemmetjenester, men mer praktisk bistand i hjemmet. Det er beregnet en netto gevinst for medgått tid på om lag 630.000 krone. Vi har ikke hatt tilgang til kostnader ved investering i utstyr. Ettersom antall pasienter som har deltatt i perioden har vært varierende må det gjøres en vurdering av utstyrets verdi og varighet utover studieperioden. Det er ikke rapportert bruk av kommunale institusjonstjenester eller spesialisthelsetjenester. Det er heller ikke rapportert om andre gevinster i form av endret helsetilstand, brukererfaringer eller livskvalitet.

Studiens design og observasjonen gjør at vi advarer mot å anta gevinster i studien er direkte overførbare som et estimat på gevinstrealisering i ordinær drift, i samme størrelsesorden som i studieperioden.

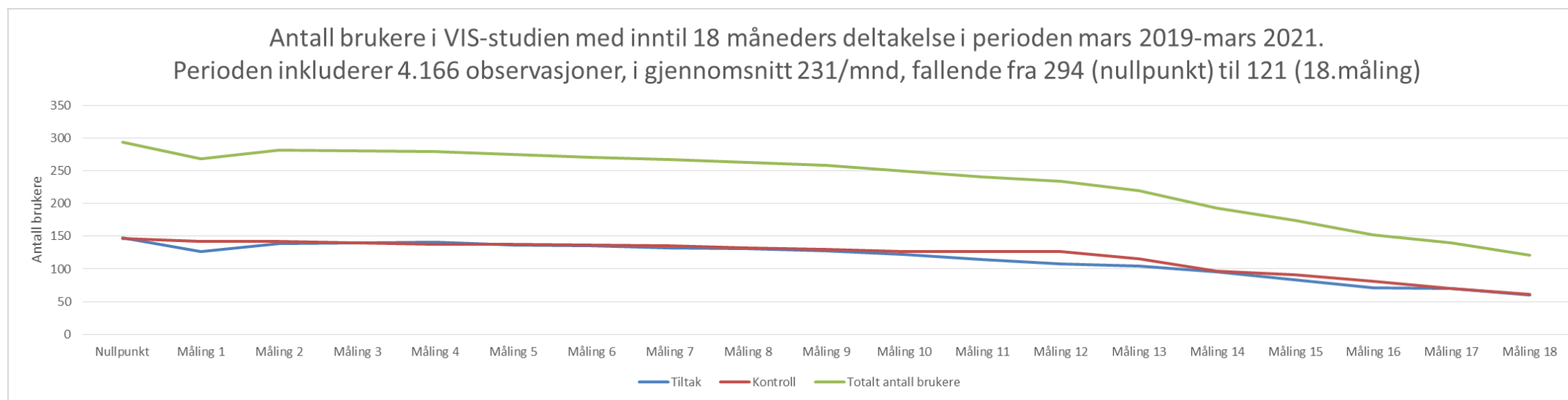
Gevinstene som er beregnet er i størrelsesorden en halv time spart arbeidsinnsats per bruker per måned, til ca. 750 kroner per time. I underkant av 400 kroner er et estimat på hvor mye teknologi man kan investere i per måned.

Vi har angitt flere metodiske svakheter og utfordringer med datasettet og analysemodellen i et eget notat, med noe råd om endringer som kan gjøre videre eller fremtidig analyse lettere og ha mindre risiko. Vi anbefaler varsom tolkning og mer ressurser på en grundigere analyse. Vi advarer mot å gjøre analyser på diagnosenivå fra dette materialet. Det blir for smått.

Analysen er utført av ansatte ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, som ikke kjenner prosjektet fra før, har hatt begrenset tid til arbeidet og dermed ikke de beste forutsetningene for å levere prosjektet den grundige rapporten man kanskje har behov for. Takk for bistand fra Einar Goplen, Bydel Gamle Oslo, og Hanne Eggen, Bydel Grünerløkka.

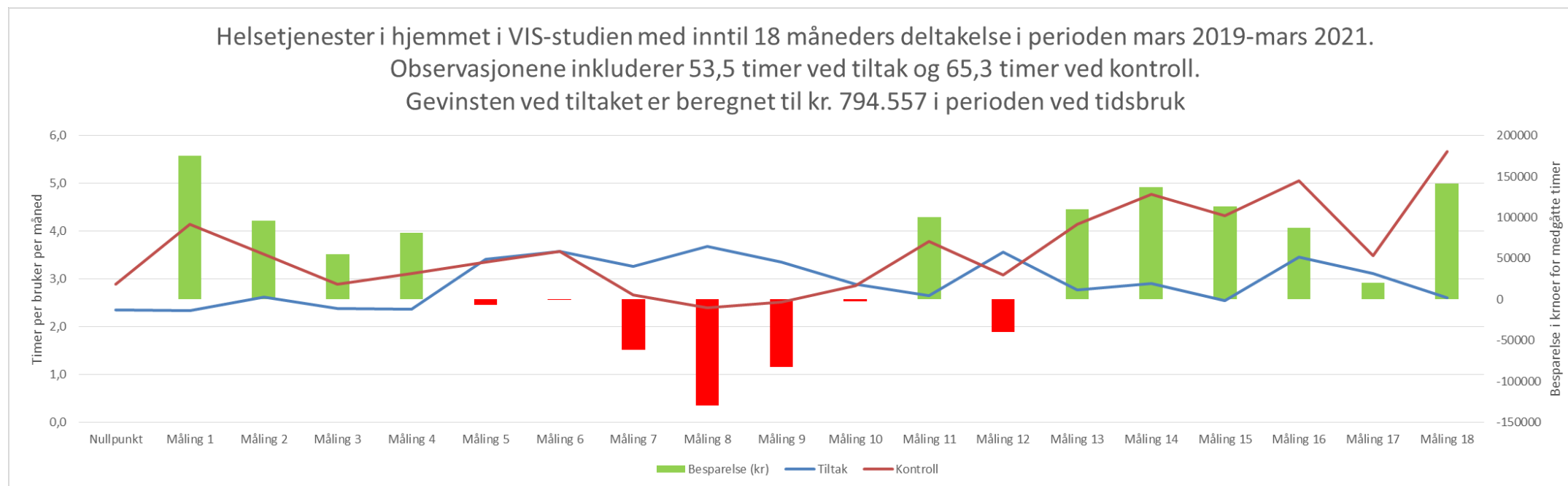


En «venstreforskyvning» fra tidspunkt til målepunkt



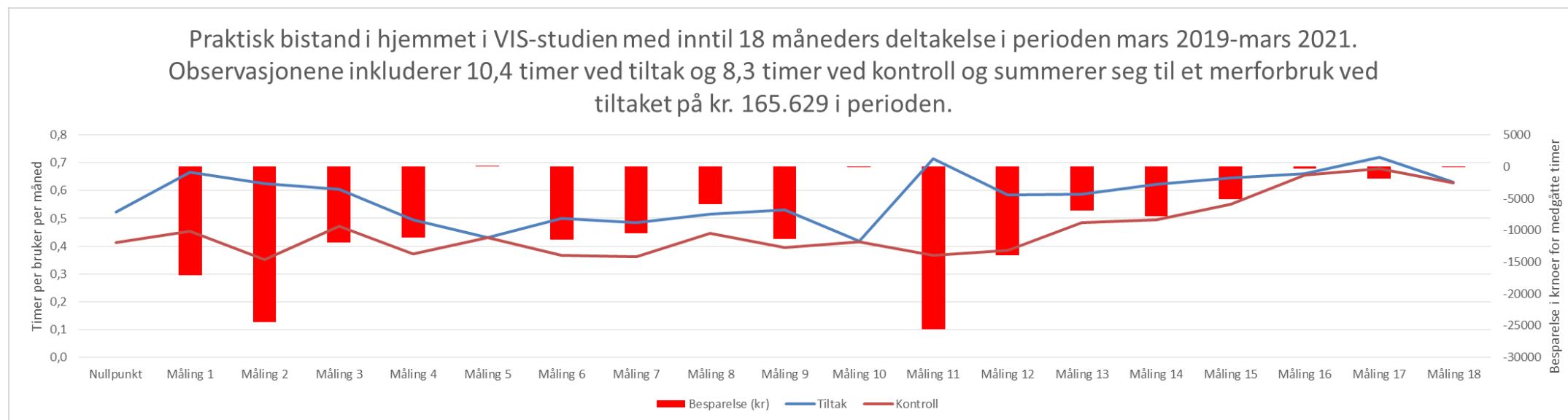
Antall brukere med 18 måneders observasjonstid er mer enn halvert fra start, hvor nær 300 brukere var inkludert. Dette vil påvirke vurdering av gevinster, investeringenes varighet og kostnad. Fordelingen mellom tiltak og kontroll er jevn.

Bruk av helsetjenester i hjemmet; tiltak og kontroll



Med en forskjell på ca. 12 timer merforbruk av hjemmetjenester i kontrollgruppen, etter inntil 18 perioder, tilsvarende 0,6 timer per bruker i måneden, er gevinsten estimert til nær 800.000 kroner i prosjektperioden. Ettersom det er et fallende antall deltakere med 18 observasjoner advares det mot å bruke gjennomsnittet som et estimat for løpende drift. Investeringskostnaden er ikke hensyntatt i dette estimatet, kun tidsbruk hjemmetjenester. I 7 av 18 perioder ligger kontrollgruppen under i tidsbruk.

Bruk av praktisk bistand i tiltak og kontroll



Med en forskjell på ca. 2 timer merforbruk av hjemmetjenester i tiltaksgruppen, etter inntil 18 perioder, tilsvarende 0,1 timer per bruker i måneden, er merutgiftene estimert til nær 165.000 kroner i prosjektperioden. Ettersom det er et fallende antall deltakere med 18 observasjoner advares det mot å bruke gjennomsnittet som et estimat for løpende drift. Investeringskostnaden er ikke hensyntatt i dette estimatet, kun tidsbruk til praktisk bistand. Tiltaksgruppen har et vedvarende høyere forbruk.

Fordeling av pasientgrupper i tiltak og kontroll

Diagnose	Start	Tiltak : Kontroll	18. måling	Ikke randomisert
Diabetes	72	34:38	29	6
Ernæring	7	3:3	2	1
Hjertesvikt	45	26:15	21	4
KOLS	102	41:53	39	8
Kreft	56	25:23	16	8
Psykisk sykdom	2	2:0	1	0
Annet	36	14:17	13	5
Hele	326	148:146	121	32

Pasienter som ikke er randomisert har fått tiltak, men er ikke inkludert i resultatene. Frafallet av pasienter underveis, eller sen rekruttering i prosjektet skaper usikkerhet om resultatvurderingene. Det er ikke levert resultater for diagnosegrupper.



Estimat på drift av teknologi

- Hanne Eggen har muntlig oppgitt leiekostnader tilsvarende kr. 1.100/måned for utstyr per bruker i intervensjonsgruppen. (to typer utstyr i snitt). Det ble utført et raskt estimat.
- Antall brukere ved start var 146, men ved periodens slutt var det falt til 60, så vi legger til grunn 100 brukere i 18 måneder. $\text{Kr. } 1.100 * 18 \text{ mnd} * 100 \text{ brukere} = 1.980.000$ kroner i drift av teknologi.
- Dersom estimatet på besparelsen, ca. kr. 400/bruker/mnd er korrekt, og den samlede gevinsten er ca. 630.000 kroner i spart arbeidsinnsats, finner vi at tapet for bydelene er ca. 1.350.000 kroner.
- Prosjektet bør dermed lete etter andre samfunnsøkonomiske gevinster; økt helse relatert livskvalitet, mindre heldøgnbehandling i kommunen eller i sykehus, mindre bruk av fastlege, legemidler m.v.
- En annen metode for evaluering av nytten kan eventuelt være å spørre brukerne om det er privat betalingsvilje tilsvarende kr. 1.100/mnd for brukererfaringene, dersom samfunnet ikke har betalingsvilje. Vi forstår at det i hovedsak rapporteres om gode brukeropplevelser og økt trygghet.





Oslo



Gevinst- rapportering VIS 2.0

Juni 2021

I samarbeid med:



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Innhold

1. Innledning	3
2. Status og erfaringer så langt	4
2.1. Gevinstplan.....	4
3. Oppfølging av effekter	5
3.1. Resultat fra egenrapportering.....	5
3.2. Brukerundersøkelse våren 2021.....	8
3.3. Resultater fra målinger av langtidsblodsukker	12
3.4. Resultater forbruk av hjemmetjenester.....	12
3.5. Økonomiske effekter og bærekraft.....	15
4. Overgang til drift og plan for videre arbeid	17
4.1. Planer og vedtak prosjektet har gjort for overgang fra prosjekt til drift	17
Vedlegg	17

1 Innledning

Dette er gevinstrappen for VIS 2.0, et prosjekt mellom bydelene Gamle Oslo (BGO), Sagene (BSA), Grünerløkka (BGA) og St. Hanshaugen (BSH) og deres lokalsykehus Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Rapporten bygger videre på rapporten fra høsten 2020, og er den siste i dette prosjektet.

Formålet med den nasjonale utprøvingen av digital hjemmeoppfølging (DHO) er å komme med nasjonale anbefalinger. I tillegg til den sentrale følgeforskningen er de lokale prosjektenes egne erfaringer og gevinstkartlegging en viktig del av kunnskapsgrunnlaget.

Resultater fra gevinstkartlegging gir grunnlag for å tilpasse og spisse tjenesteforløp og innhold. Det ble planlagt for at prosjektet skulle utvikle en tjeneste de ønsket å videreføre i drift ved prosjektslutt. VIS 2.0 har i 2020 og 2021 jobbet videre med innholdet og innretningen av digital hjemmeoppfølging. Alle bydelene er nå tilbake i drift for gamle og nye brukere, utenom de brukerne som fortsatt deltar i forskningen.

Takk til Per Arne Holman og Daniil Rudsengen ved LDS, Einar Goplen fra Gamle Oslo og Amanda Dahl fra Helseetaten, som har hjulpet oss med bearbeiding av data.

Brukere DHO 2020-2021

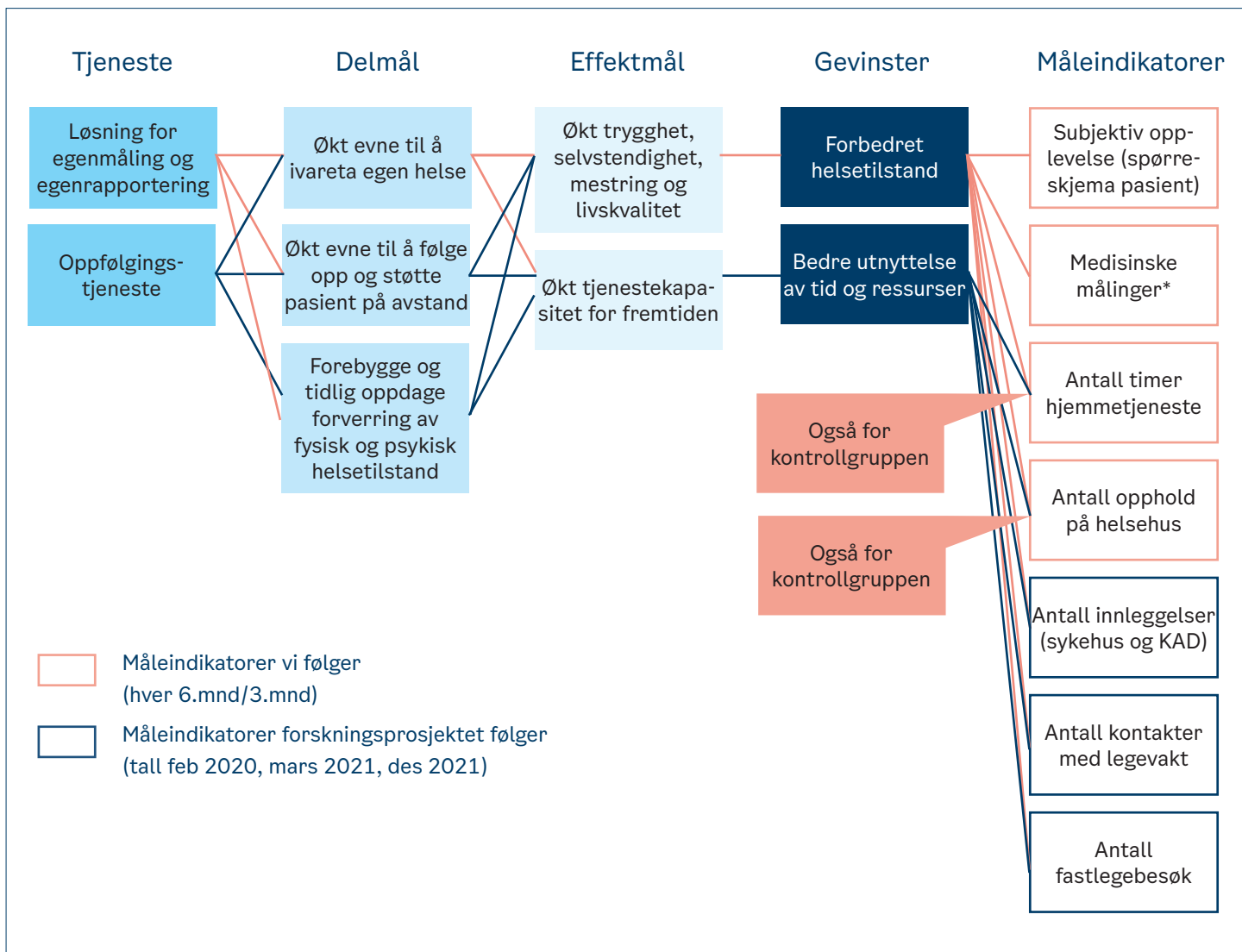
Antall brukere	Kvinner	Menn	totalt
BGA	54	46	100
BSA	30	47	77
BSH	37	36	73
BGO	37	39	76
Totalt	158	168	326

Antall døde	
BGA	9
BSA	12
BSH	7
BGO	16
Totalt	44

Alder brukere	Under 50	50-59	60-69	70-79	80-89	90+
BGA	3	6	10	37	29	15
BSA	5	3	16	35	15	3
BSH	6	3	16	28	15	4
BGO	7	8	23	25	11	2
Totalt	21	20	66	125	70	24

2 Status og erfaringer så langt

2.1 Gevinstplan



Gevinstarbeidet har fokus i prosjektet, og gevinstplanen har i stor grad blitt fulgt. Prosjektlederne har hatt ukentlige møter der gevinstarbeidet har vært et fast punkt på agendaen. I tillegg til jevnlig rapportering på gevinster til styrings- og eiergruppen har prosjektlederne rapportert internt til sine ledere.

Brukerne i tiltaksgruppen har to ganger i året via nettbrettene svart på spørsmål om sin forståelse av egen helse og opplevelse av tjenesten. Svarene har blitt registrert og slått sammen for alle fire bydelene, slik at vi lettere kan se på den overordnede utviklingen av de kvalitative gevinstene.

Planen var at vi skulle gjennomføre fysiske brukersamlinger for å komplementere egenrapporteringen, men på grunn av korona-pandemien har ikke dette latt seg gjennomføre. I stedet valgte vi å sende ut en anonym brukerundersøkelse i papirform. Brukere i tiltaksgruppen med diabetes skulle etter planen måle langtidsblodsukker hvert kvartal. På grunn av pandemien har dette vært vanskelig å gjennomføre. Vi har ikke fått så mange målinger som vi hadde ønsket, men har resultater for et lite utvalg.

Prosjektmedarbeiderne har hver måned tatt ut tall for brukt tid til hjemmesykepleie og praktisk bistand for kontroll- og tiltaksgruppene. Prosjektet har fått bistand fra en analytiker i Bydel Gamle Oslo, og analysesjefen og en rådgiver ved Lovisenberg Diakonale sykehus til å analysere dataene. Dette har blitt gjort for å ha et godt grunnlag for fortløpende informasjons- og beslutningsgrunnlag i prosjektet og for videre drift, og kunne levere gode gevinstrapporter.

Som nevnt i en tidligere rapport planla vi å ta ut tall for korttidsplasser ved helsehus og kommunal akutt døgnenhet (KAD). Etter de første målingene så vi at det var et svært lite antall deltakere som benyttet disse tjenestene. I tillegg oppdaget vi at ansatte ikke har registrert bruk av KAD korrekt i vårt journalsystem (Geric), noe som resulterte i at uttrekkene ikke var pålitelige. På bakgrunn av dette besluttet vi å stoppe uttrekk av data om korttidsopphold og KAD.

3 Oppfølging av effekter

3.1. Resultat fra egenrapportering

Som tidligere nevnt har brukerne hver 6. måned i inklusjons perioden svart på et digitalt spørreskjema om deres oppfattelse av egen helse og tjenesten. 152 brukere i tiltaksgruppen har rapportert på dette spørreskjemaet.

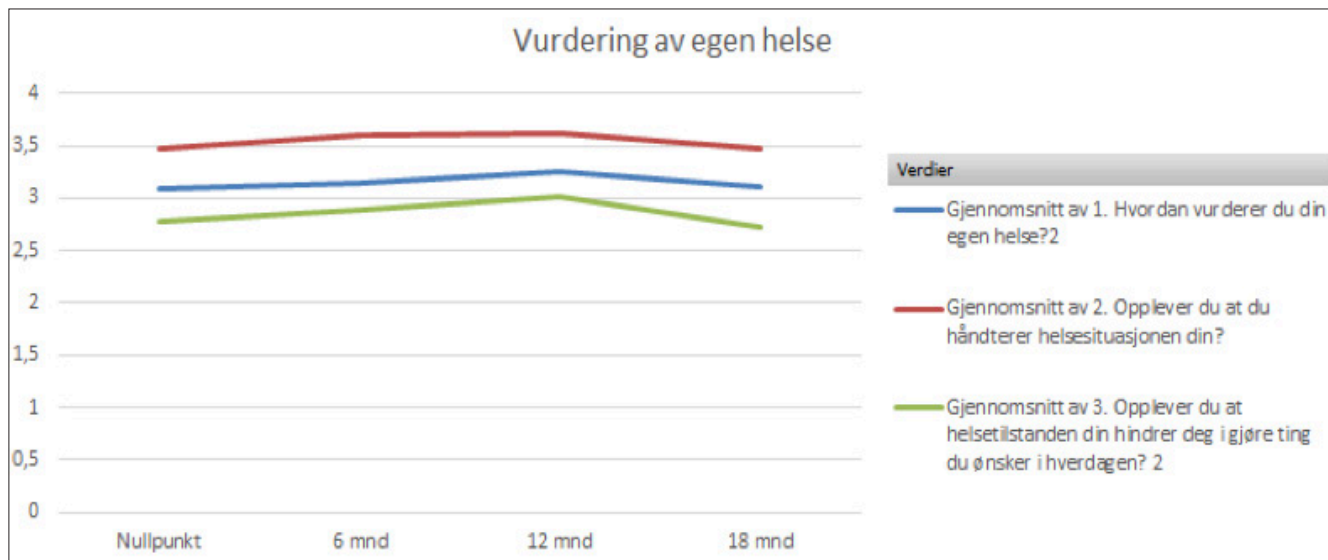
Datagrunnlag	Nullpunkt	6 mnd	12 mnd	18 mnd
BGA	47	38	28	10
BSA	34	25	18	8
BSH	39	34	19	3
BGO	32	25	14	8
Totalt	152	122	79	29

Grunnet løpende inkludering i prosjektet er det flere brukere på nullpunkt enn ved 6 måneder og fremover. Flere brukere har blitt fulgt opp i mindre enn 18 måneder, og det har også vært et frafall av brukere grunnet død, annen sykdom eller lignende.

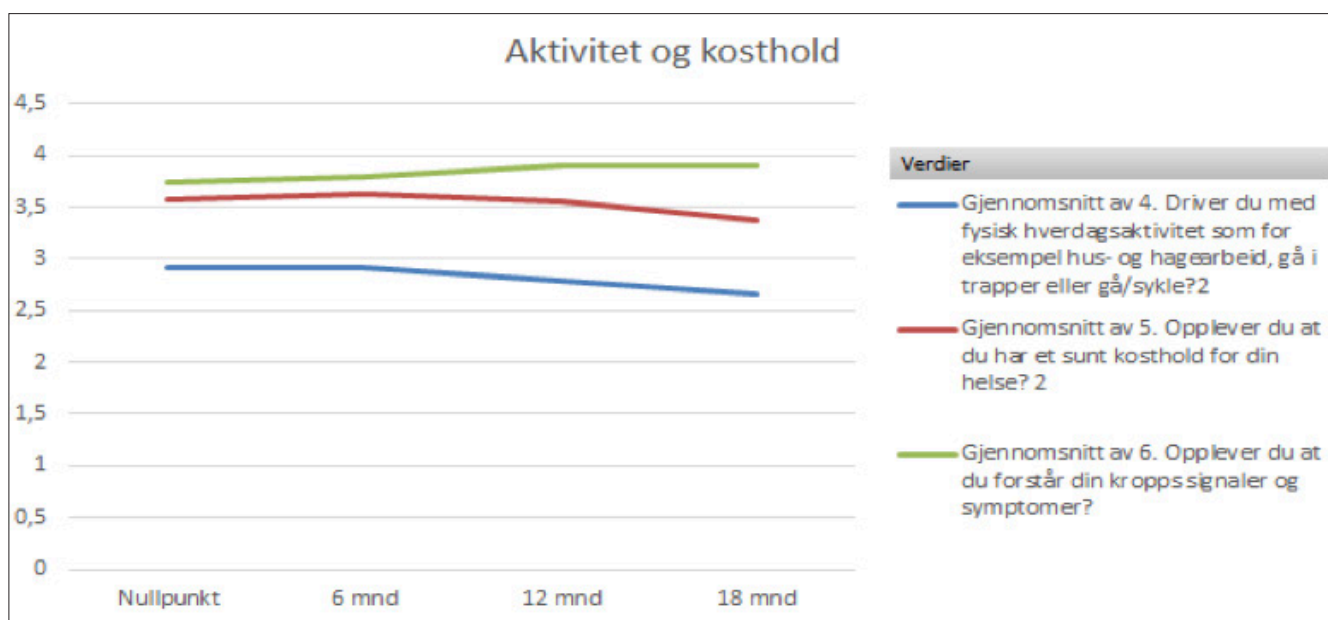
I tabellene som blir presentert under står verdien 0 for "i liten grad" mens verdien 5 står for "i svært høy grad".

«Det gjør at jeg følger mere med på min helsesituasjon, og vet hva jeg skal gjøre ved endringer/forverring.»

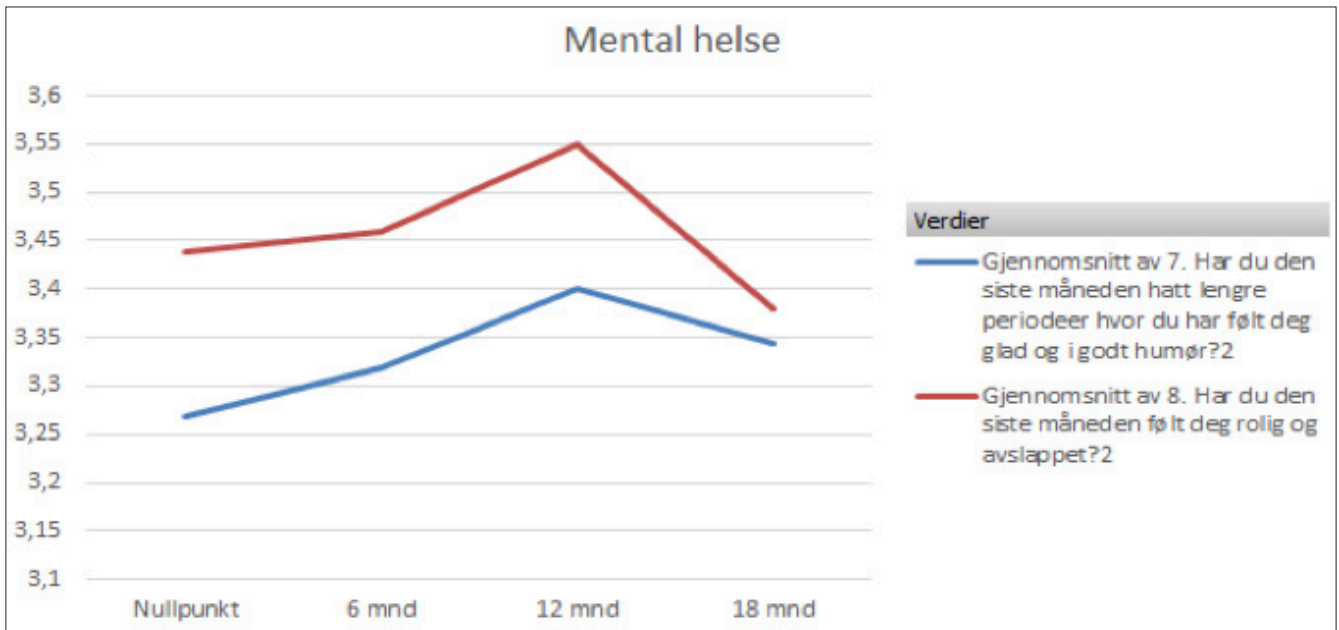
Bruker DHO



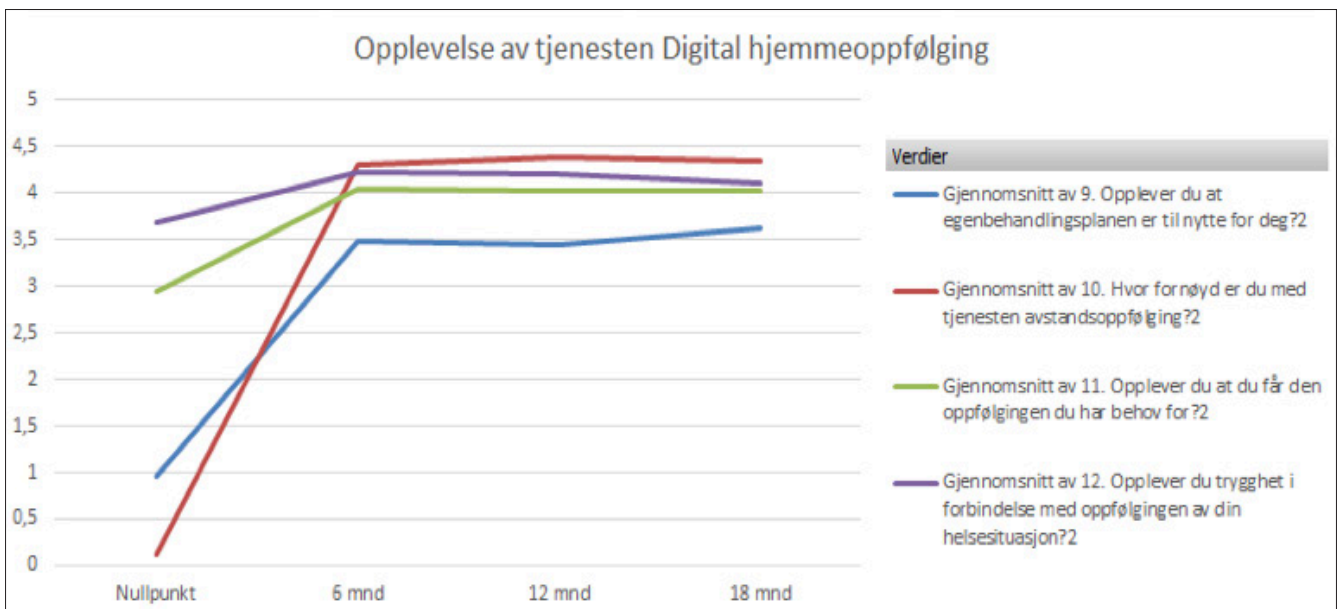
De fleste brukerne vurderer sin helse til å bli litt dårligere fra 12 til 18 måneder. Det samme vises på hvordan helsetilstanden hindrer dem i å gjøre ting de ønsker i hverdagen. Evnen til å håndtere sin helsesituasjon ligger ganske stabilt fra nullpunkt til 18 måneder



Brukerne rapporterer at fysisk hverdagsaktivitet avtar noe fra 6 til 18 måneder. Her kan pandemien være en grunn til at brukerne ikke har vært så mye ute/aktive som før. Opplevelsen av å forstå sin kropps signaler og symptomer øker litt fra nullpunkt til 18 måneder.



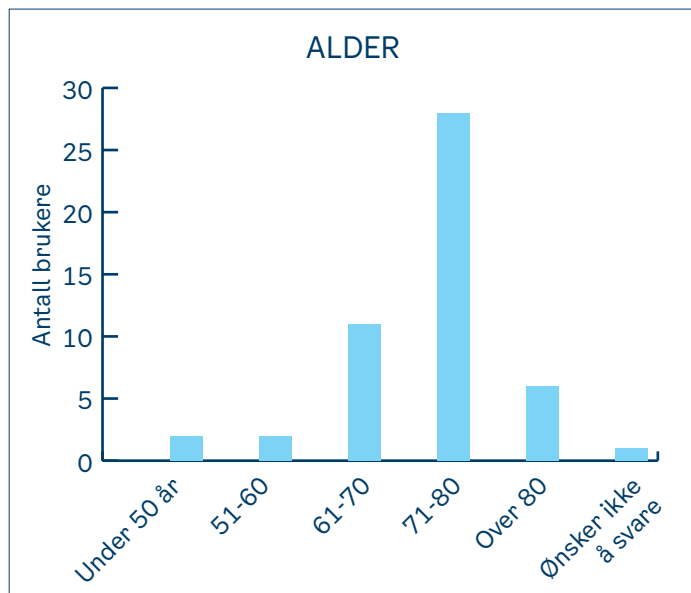
På spørsmål om brukerne føler seg glade og i godt humør, er det en økning fra nullpunkt til 12 måneder for deretter å falle litt ved 18 måneder. Det samme gjelder for om de har følt seg rolig og avslappet.



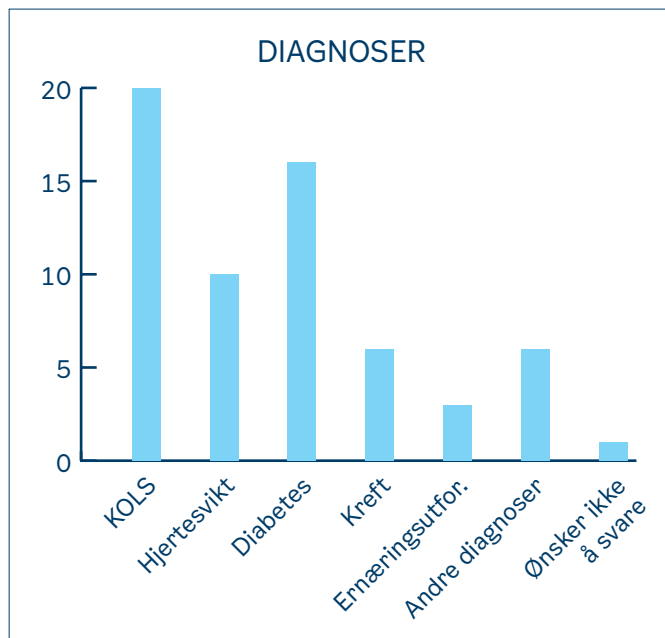
På spørsmål om egenbehandlingsplan virker det som om brukerne opplever at den er nyttig. Når det gjelder om brukerne er fornøyd med tjenesten digital hjemmeoppfølging (tidligere avstandsoppfølging) og om de opplever å få den oppfølgingen de har behov for, ligger snittet høyt fra 6 til 18 måneder. Dette er vi svært fornøyd med. Det samme gjelder trygghet, der svarer de også i stor grad at de er fornøyd.

3.2 Brukerundersøkelse våren 2021

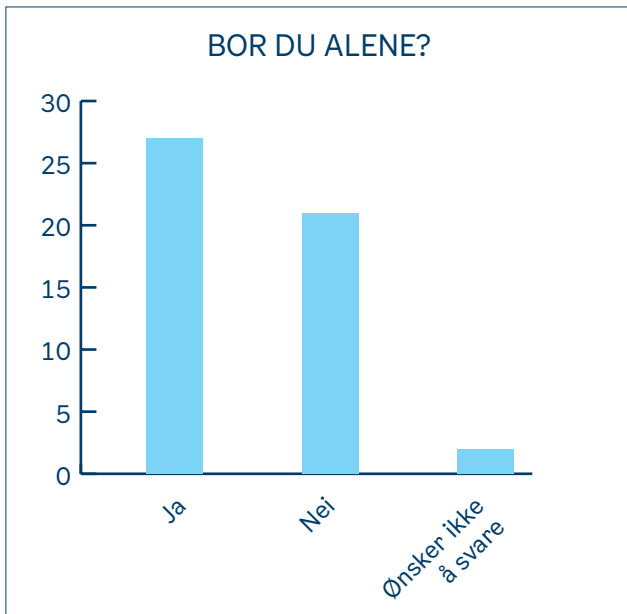
Spørreundersøkelsen nevnt under 3.1 er ikke anonym. Vi ønsket å få tilbakemeldinger der brukerne kunne snakke mer fritt, og planla derfor en brukersamling. På grunn av koronapandemien lot dette seg ikke gjennomføre, og vi valgte i stedet å gjennomføre en anonym brukerundersøkelse i starten av 2021. Brukere som var i tiltaksgruppen og fortsatt hadde DHO fikk brev i posten med frankert svarkonvolutt. Det ble sendt ut brev til 100 brukere, og 50 av dem har svart.



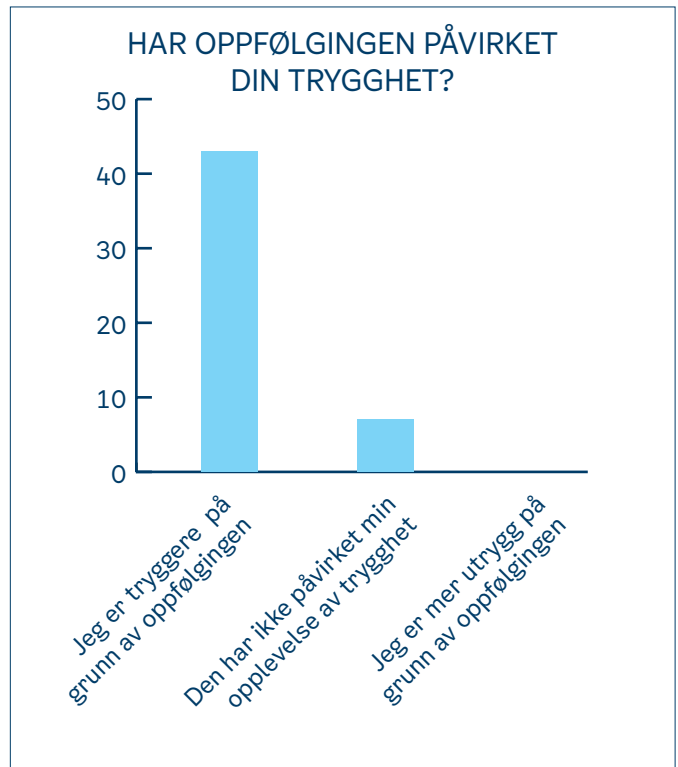
De fleste brukerne som har svart er i aldersgruppen 71-80 år.



I tillegg til diagnosene over så hadde brukerne sykdommer som hjerteflimmer, hjerneslag, hypertensjon, astma og bronkitt. Omtrent halvparten av brukerne har mer enn en diagnose.



En av folkehelseutfordringene i sentrumsbydelene er at så mange bor alene. Dette stemmer overens med brukerne i undersøkelsen.



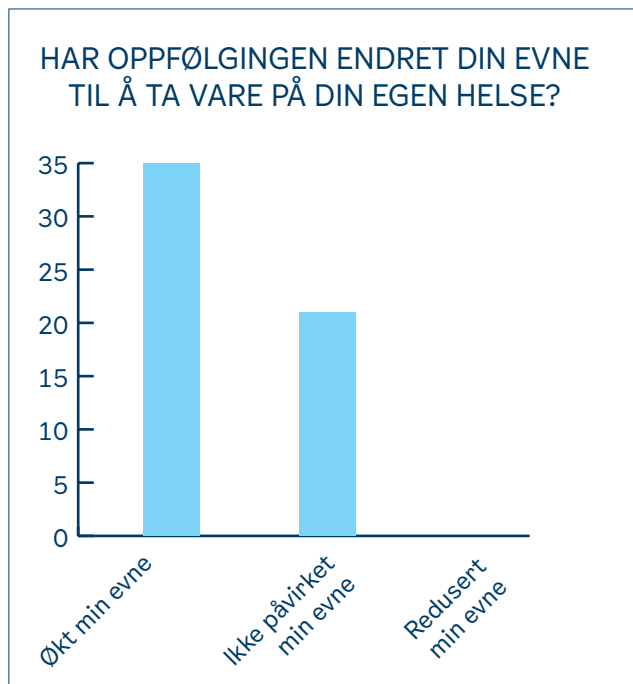
43 av 50 brukere sier at DHO gjør dem tryggere.

«Føler meg tryggere fordi jeg regner med at en helsepersonell følger daglig med min helse og kan varsle/veilede med et evt. avvik!»

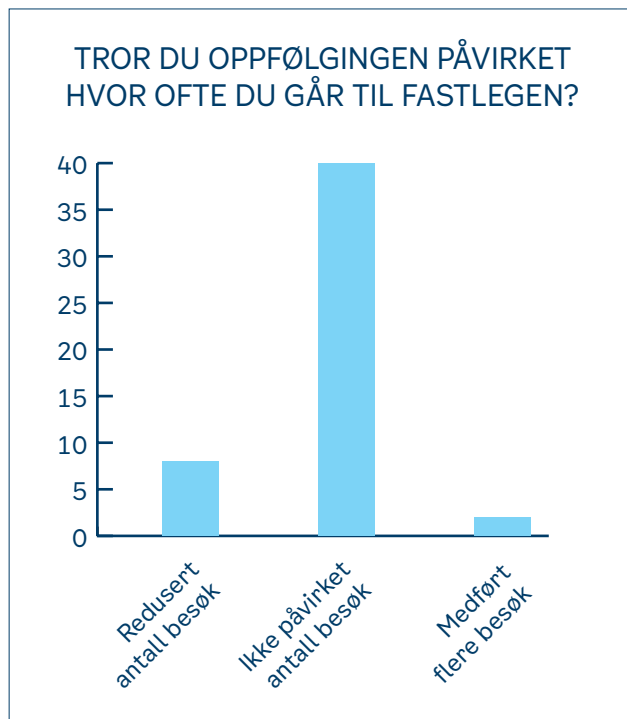
Bruker DHO

«Mye tryggere, glad for det. Vet at jeg blir fulgt opp, og har noen å kontakte hvis jeg blir engstelig»

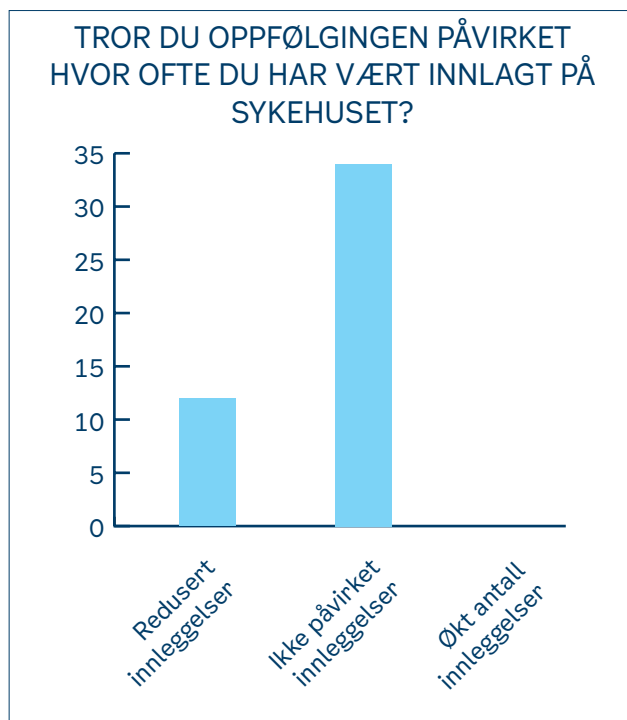
Bruker DHO



35 brukere sier de har fått økt kunnskap og/ eller forståelse om sine helseutfordringer og er bedre rustet til å ta vare på egen helse.



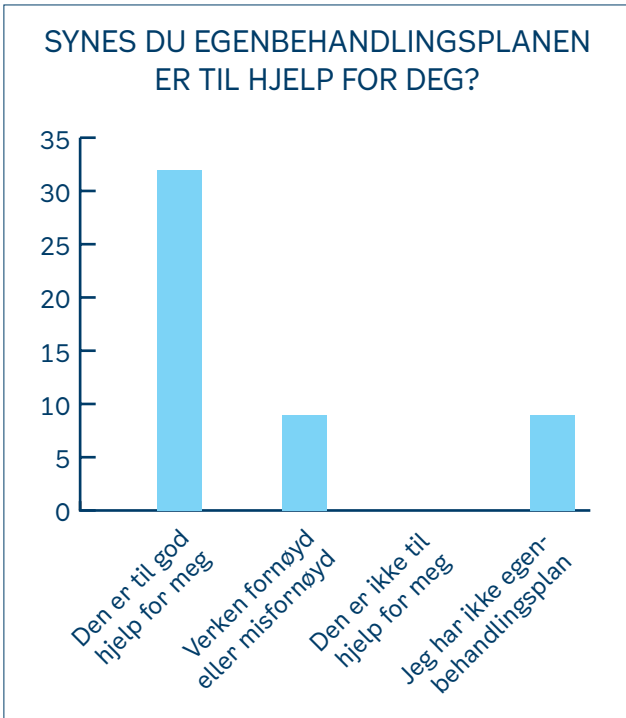
Av 49 brukere så er det sju som sier de tror at de går sjeldnere til fastlegen enn det de gjorde før de startet med DHO.



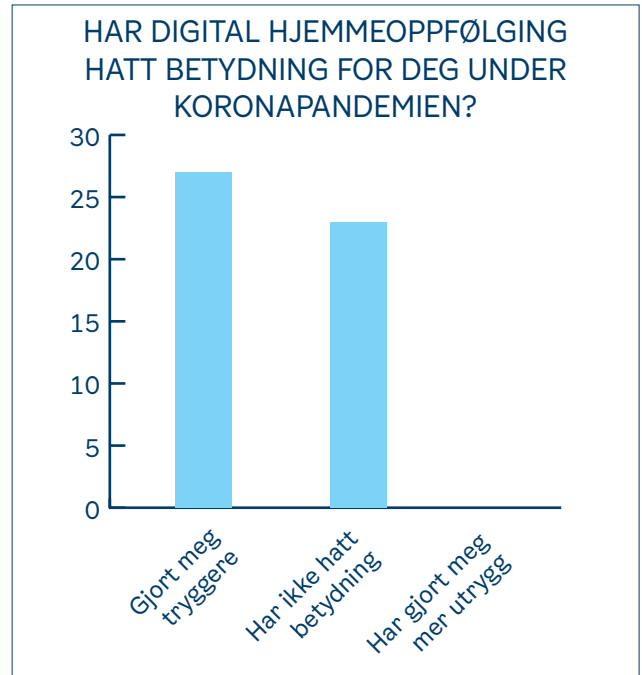
12 av 46 brukere sier at de tror de hadde vært innlagt oftere hvis det ikke var for DHO.

«Jeg forstår mye mer om medisiner og virkninger.»
Bruker DHO

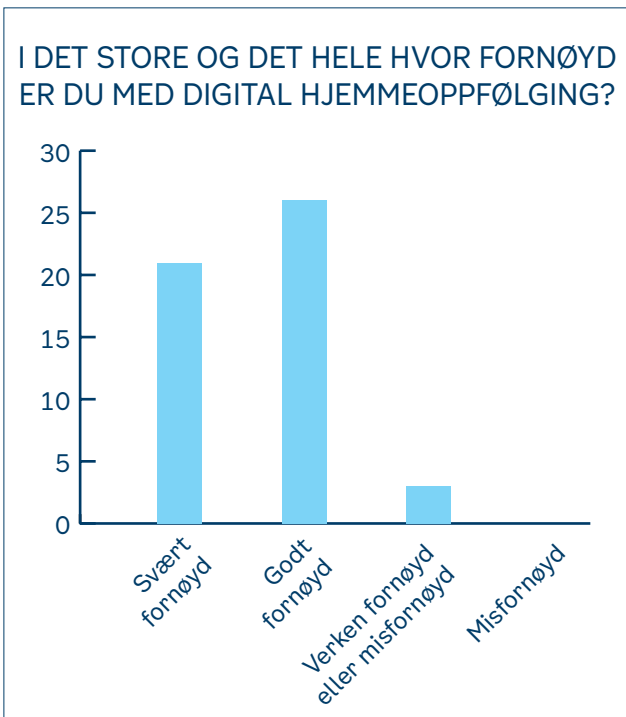
«Gjort meg mer selvstendig og trygg på valg jeg skal gjøre i framtiden.»
Bruker DHO



Ni brukere har ikke egenbehandlingsplan, av de resterende sier 32 at den er til god hjelp.



Over halvparten sier at digital hjemmeoppfølging har hatt betydning under pandemien.



47 brukere er svært godt/godt fornøyd med digital hjemmeoppfølging.

«Oppfølgingen er en veldig trygghet under koronaen. Det har vært veldig godt å vite at jeg har en "nærkontakt".»

Bruker DHO

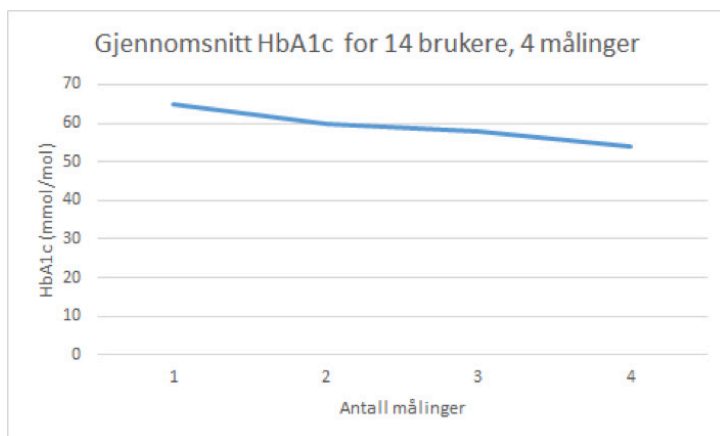
«Føler jeg har bedre kontroll.»

Bruker DHO

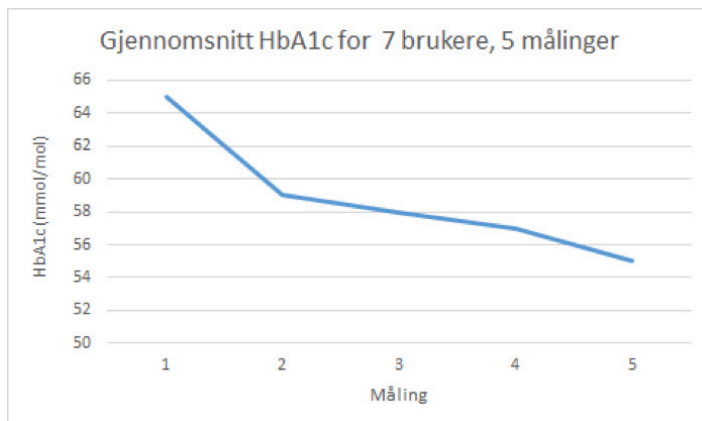
3.3 Resultater fra målinger av langtidsblodsukker

Det var et ønske fra fastlegene å se om digital hjemmeoppfølging har innvirkning på langtidsblodsukkeret (HbA1c) til brukere med diabetes i tiltaksgruppen. 14 av brukerne har tatt fire målinger. Ved oppstart (nullpunkt) var gjennomsnittet på 65 mmol/mol (8.1 %). Ved 4. måling var snittet 54 mmol/mol (7.1 %) (Se graf 1). Sju av disse brukerne har gjennomført fem målinger. Den siste målingen ga oss et snitt på 55 mmol/mol (7,2 %) (Se graf 2).

Dette er positive tall, og det kan virke som at brukerne har god effekt av DHO. De ansatte ved oppfølgingsentrene gir tilbakemelding om at brukerne tar mer ansvar, og at det virker som brukerne tar opplæring og veiledning godt. Vi har dessverre ingen målinger fra de i kontrollgruppen for en sammenligning.



graf 1



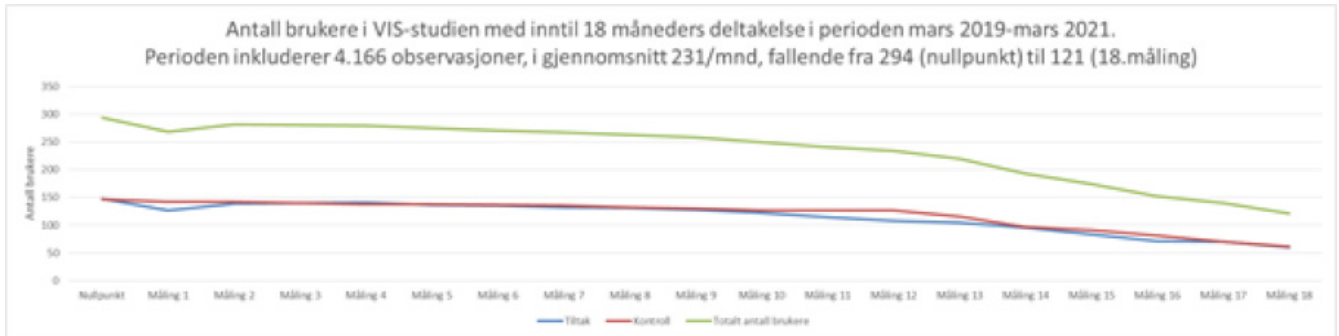
graf 2

3.4 Resultater forbruk av hjemmetjenester

Prosjektet har fått hjelp av analysesjef og rådgiver ved Lovisenberg Diakonale Sykehus til å se på forbruk av hjemmetjenester, basert på tall fra hver bydel. Under presenteres noen av funnene.

3.4.1 Antall brukere og observasjoner

Vi finner at antall brukere i prosjektet har vært ulikt i prosjektperioden. Metoden med å analysere alle målinger som om de starter på samme tidspunkt, gir dermed inntrykk av at brukerne faller ut av prosjektet etterhvert. I virkeligheten har de blitt rekruttert underveis. Noen har også falt fra underveis. Som nevnt tidligere er det noen brukere som ikke har data ved første måling. Det kan være at disse var med i prosjektet, men ikke mottok tjenester. Ved nullpunktet var 294 brukere registrert, mens 121 brukere har 18 målinger. Det skaper usikkerhet om resultatene. En alternativ resultatvurdering kan gjennomføres med færre målinger, men det svekker også analysen. Fordelingen mellom tiltak og kontroll er jevn.



3.4.2 Bruk av hjemmesykepleie i hjemmet, tiltak- og kontrollgruppe

Med en forskjell på ca. 12 timer merforbruk av hjemmesykepleie i kontrollgruppen, etter inntil 18 perioder, tilsvarende 0,6 timer per bruker i måneden, er gevinsten estimert til omtrent 800.000 kroner i prosjektperioden. Tendensen er ikke systematisk. Dersom man kun hadde benyttet målingene 5-12 ville man kommet til motsatt konklusjon. Det bør undersøkes nærmere hva som er årsaken til denne skjevheten. Kan det være input feil, eller enkeltbrukere med et sterkt avvikende bruksmønster? I så fall kan en alternativ analysemetode være å benytte et utvalg som ekskluderer brukere med 1-5 % laveste og høyeste forbruk i begge grupper. Ettersom det er et fallende antall deltakere med 18

observasjoner advares det mot å bruke gjennomsnittet for 18 måneder som et estimat for løpende drift. Investeringskostnaden er ikke hensyntatt i dette estimatet, kun tidsbruk hjemmesykepleie. I 7 av 18 perioder ligger kontrollgruppen under i tidsbruk. Det gir en indikasjon på at tidsbruken er mindre i tiltaksgruppen.



3.4.3 Bruk av praktisk bistand; tiltak- og kontrollgruppe

Med en forskjell på ca. 2 timer merforbruk av hjemmetjenester i tiltaksgruppen, etter inntil 18 perioder, tilsvarende 0,1 timer per bruker i måneden, er merutgiftene estimert til nær 165.000 kroner i prosjektperioden. Merforbruket er systematisk ved alle målinger. Ettersom det er et fallende antall deltakere med 18 observasjoner advares det mot å bruke gjennomsnittet som et estimat for løpende drift. Investeringskostnaden er ikke hensyntatt i dette estimatet, kun tidsbruk til praktisk bistand. Tiltaksgruppen har et vedvarende høyere forbruk.



3.4.4 En overordnet vurdering av gevinster i prosjektet

Med de mange forbehold som er gitt i gevinstanalysen, viser resultatene en besparelse i samlet medgått tid til tjenester, på ca. 0,5 timer (ca. 30 minutter) per bruker i måneden. Det er mindre enn 10 minutter per uke. Selv om dette er et lavt tall kan vi ikke utelukke at det kan være en verdifull investering for større grupper, dersom kostnadene ved anskaffelse og drift av teknologien holdes under ca. 400 kroner per måned. Det vil styrke konklusjonen om man kan identifisere gevinster på andre områder. Dersom målingene i periodene med negativt resultat er en konsekvens av tilfeldig og stort merforbruk hos enkeltbrukere, kan det være at

man bør se bort i fra slike observasjoner. Det kan være særskilte behov eller forhold som uansett ikke kan forebygges eller håndteres med bruk av velferdsteknologi.

Etter at første utkast av rapporten ble skrevet har vi muntlig fått et estimat på driftskostnader ved teknologisk løsning og måleutstyr. Det er knyttet til leie. Dersom vi legger til grunn at tiltaksgruppen i gjennomsnitt har hatt 100 brukere ved 18 målinger (start 146> slutt 60) og at ubrukt utstyr kan omdisponeres til andre brukere eller at man ikke betaler leie, vil 100 brukere i 18 måneder og kr. 1.100/mnd. utgjøre 1.980.000 kroner. Med en besparelse på

kr. 630.000 i reduserte lønnskostnader gir det et estimert tap for prosjektrengskapet på 1.350.000 kroner. Anbefalingene om å lete etter andre gevinster blir dermed enda viktigere.

3.5 Økonomiske effekter og bærekraft

VIS 2.0 har arbeidet med tjenesteutvikling med mål om å gjøre tjenesten mest mulig bærekraftig. Vi mener at når man skal vurdere bærekraften av digital hjemmeoppfølging, må det ses på både de kvalitative og kvantitative effektene ved bruk av tjenesten. Gevinstene vi har hatt fokus på er tall for hjemmetjenesten og ikke et samfunnsøkonomisk helhetsbilde. Det er komplisert å få en full oversikt. Vi har brukere som bare har DHO og ellers ville hatt andre kommunale tjenester, som ville kostet mer hvis de skulle ha fysiske besøk. Vi mener og at denne gruppen vil klare seg lenger uten andre tjenester fordi de har DHO, så effekten vil komme på lang sikt. Vi har brukere som er veldig syke og har DHO i tillegg til andre tjenester som hjemmesykepleie og/eller kreftkoordinator. Her er det ikke sikkert vi sparer penger men det gir flere kvalitative gevinster for brukerne, og de kan kanskje være lenger hjemme før innleggelse er nødvendig. I brukerundersøkelsen sier 12 av 49 at de tror at DHO har gjort at de har færre innleggelser enn før. For brukere som har både DHO og hjemmesykepleie kan oppfølgingssenteret følge opp trendene på en bedre måte enn hjemmesykepleien har kunnskap og kapasitet til, dette gjør at brukeren totalt får en bedre oppfølging og man kan sette inn tiltak ved en forverring.

Hvilke gevinster og effekter man ønsker å hente ut kan påvirke hvilke brukergrupper som blir tilbudt tjenesten, og følgelig vil da brukergruppene man inkluderer (som i prosjektet) påvirke hvilke gevinster og effekter man ser. Prosjektet ønsker å fortsette

gevinstarbeidet,

VIS 2.0 mener digital hjemmeoppfølging komplementerer bydelenes eksisterende tjenester på en god måte. Det er mange brukergrupper som er aktuelle for DHO, og tjenesten er særlig aktuell for innbyggere som foreløpig ikke har behov for hjemmetjenester, men som er i risiko for å trenge det innen kort tid. Vi har erfart at mange av de kronisk syke brukerne har god effekt av veiledning og oppfølging.

Den fortløpende gevinstkartleggingen basert på forbruk av hjemmetjenester hos tiltaks- og kontrollgruppen, ser ikke ut til å vise at digital hjemmeoppfølging har en stor økonomisk gevinst, men det er flere forbehold å ta hensyn til. Det er ikke vurdert om det er forskjell mellom diagnosegruppene i denne rapporten på grunn av for lite datagrunnlag. For mange brukere er ikke hensikten å redusere tjenesteforbruket, men heller å forebygge og utsette forbruk av tjenester og komplementere tjenestene de allerede mottar. Et eksempel på det siste er brukere med kreft som primært følges opp av kreftkoordinator. For at dette skal være relevant for utvikling av tjenesten, mener vi det er viktig å identifisere følgende: For hvilke brukergrupper er digital hjemmeoppfølging en ren økonomisk utgift, der det er en umiddelbar besparelse, der det vil være en besparelse på kort sikt og der det er en besparelse i et lengre perspektiv. Vi håper at følgeforskningen kan gi oss svar på noe av dette. Et annet moment er at oppfølgingsentrene er en ressurs for andre velferdsteknologitjenester i bydelene, noe som er med på å øke bærekraften for DHO.

Kostnad ved drift av digital hjemmeoppfølging

Det er vanskelig å estimere nøyaktig hva tjenesten vil koste da den slik vi er organisert ikke kan sees isolert fra andre velferdsteknologitjenester. Oppfølgingsentrene i bydelene

utfører flere oppgaver i tillegg til DHO, og inkluderer blant annet opplæring ved bruk av annen velferdsteknologi i hjemmetjenesten, førstelinjesupport, klargjøring av velferdsteknologi og lagerstyring mm. Dette bidrar til å avlaste tjenesten ved at oppfølgings-senteret utfører oppgaver som andre deler av virksomheten ellers hadde utført, og bidrar dermed til at kostnadene ved å ha et oppfølgings-senter ikke ene og alene kan falle på digital hjemmeoppfølging. Vi har allikevel prøvd å gjøre et estimat på kostnader ut fra våre erfaringer.

Det bør være tre ansatte som deler oppgavene ved oppfølgings-senteret fordi det fort kan bli sårbart ved sykdom og ferier, og vi tenker at det trenges to årsverk til dette. 1.årsverk: Den som har ansvar på oppfølgings-senteret, og skal følge opp brukerne som opplever en forverring, kan følge opp 75-100 brukere. Dette avhenger av hvor syke brukerne er og hvor tett de må følges opp. Dette utgjør i snitt ca. 20 minutter per bruker per uke. Alle brukere følges ikke opp daglig.

2.årsverk: Vil håndtere oppstart av nye brukere: Kartlegging, opplæring, samarbeid rundt bruker, faglig opplæring med bruker i oppstartsperioden, kontakt med fastlege, revurderinger, oppfølgings-samtaler, tverrfaglige møter, hjemmebesøk og opplæring av ansatte.

I tillegg til dette bruker vi ca. 40 minutter per uke til kontakt med leverandør. I perioder har det vært mange tekniske problemer.

Tid i tillegg til daglig oppfølging	Tid per bruker
Oppstart av bruker: Kartlegging, opplæring, faglig oppfølging	Ca. 6 timer per bruker
Teknisk hjelp til bruker de første to månedene	30 min per bruker per måned
Teknisk hjelp til bruker fra 3. måned	10 min per bruker per måned
Revurdering/gjennomgang	30-60 minutter en gang i halvåret
Tverrfaglig møte med fastlege	1-2 timer med egenbe-handlingsplan

Utstyrs-kostnader vil avhenge av hvilken leverandør man har. Lokalkostnader etc. vil avhenge av om man må leie nytt eller utnytte allerede eksisterende lokaler, men vi kan anslå følgende: Egnet lokale, telefon, pc, kontormøbler etc., to årsverk bemanning på oppfølgings-senteret og ca. kr. 10 000 - 15 000 i årlige lisens/utstyrs-kostnader pr bruker.

Skalering

Vi ser at for å skalere DHO, enten med antall brukere eller med nye brukergrupper, så trengs det ressurser. Det er viktig med en koordinator som holder i planer og følger opp, ressurspersoner som bidrar til å inkludere brukere og teste ny teknologi, og ledere som kan ta beslutninger som ivaretar fremdriften. Vi tror det er en fordel å være flere bydeler som samarbeider. Det å ha med Helseetaten som har mye relevant kompetanse, særlig innen anskaffelser, leverandøroppfølging, juss, tjenstedesign og prosjektledelse, har hjulpet mye i den skaleringen vi allerede har gjort og vil også være helt avgjørende for videre skalering i eksisterende bydeler, men også til nye bydeler.

4 Overgang til drift og plan for videre arbeid

4.1. Planer og vedtak prosjektet har gjort for overgang fra prosjekt til drift

Selv om deltakelsen avsluttes etter 18 måneder for brukerne i tiltaks- og kontrollgruppen vil vi fortsette med gevinstarbeid. Som følge av at VIS-bydelene var med i forrige prosjekt med digital hjemmeoppfølging (avstandsoppfølging) er tjenesten allerede i drift i bydelene. Prosjektets eiergruppe har også vedtatt at tjenesten skal videreføres etter at prosjektperioden er over. Det er ikke besluttet å gjøre store endringer i tjenesten, og det er sannsynlig at den beholder tilsvarende form som i dag og justerer hvis det er nødvendig.

Prosjektet jobber sammen med PA om et nytt gevinstkartleggingsverktøy, der måleparametre og presentasjon av gevinster er tilpasset rapporterings- og kartleggingsbehov i en driftssituasjon. Det er et ønske om en enklere måte å hente ut data og følge opp gevinster på.

Et nytt prosjekt kalt «Digital samhandling i DHO» er i startfasen. Det er et samarbeid mellom Oslo kommune, LDS, Helsedirektoratet og direktoratet for e-helse. Prosjektet handler om å få til enklere samhandling og datadeling. Dette mener vi er svært positivt og vil ha stor betydning for videre utvikling av DHO.

Vedlegg

Vedlegg 1 – Gevinstplan

Vedlegg 2 – Datagrunnlag

Vedlegg 3 - Gevinstrealiseringsplan

Vedlegg 4 – Pasientcase BGA

Vedlegg 5 – Pasientcase BSA

Vedlegg 6 – Tjenesteforløp 2020

Vedlegg 7 - Analyse fra LDS

Vedlegg 8 - Presentasjon av analyse fra LDS

Trykk:

Foto:

Design/Layout:

Tekst: