

Erfaringsrapport frå Stad kommune, eit prosjekt i utprøvinga av digital heimeoppfølging 2018 – 2021.



## Samandrag

Digital heimeoppfølging (DHO) har som mål å gje personar med kroniske sjukdomar betre moglegheit til å meistre eigen sjukdom. Ved bruk av teknologi utfører pasienten målingar i eigen heim og sender resultatata til ei oppfølgingsteneste.

Ved oppstart av dette prosjektet i 2018 hadde kommunen(dåverande Eid kommune) allereie starta opp prosjektet Primærhelseteam. Ein del av oppdraget vårt var å samordne desse to prosjekta og å sjå kva positive synergjar dette kunne gje.

Etter første samling i Oslo i 2018 vart omfanget av prosjektet og det arbeidet som låg framfor oss meir tydeleg. For ein kommune med knappe 6000 innbyggjarar og eitt legekantor hadde vi kanskje sett oss litt "hårete" mål for kva vi kunne oppnå.

Vi kjende oss klare då vi starta opp. Vi meinte vi hadde dei føresetnadane vi trong for å gjennomføre. I ettertid er erkjenninga at vi kanskje ikkje var heilt klare likevel. Læringskurva har vore bratt til tider og vi har slite i desse bratte motbakkane. Uansett kor utfordrande det til tider har vore så har Helsedirektoratet vore ein stødig og god støttespelar gjennom heile prosjektperioden. Med god metodikk, gode råd og kjærkomne prosjektmidlar har dei losa oss gjennom prosjektet.

Vi har ikkje nådd alle måla vi sette oss, men det skal ikkje få overskygge det faktum at dette har vore ei fantastisk lærerik reise i lag med dei andre kommunane i det nasjonale prosjektet, Helsedirektoratet, institusjonane for følgeforskning, PA Consulting, våre samarbeidspartar i det lokale prosjektet-prosjektgruppa, fastlegane, Helse Førde, involverte einingar i kommunen og PHT prosjektet. Alle har de bidrege til at vi er komne dit vi er i dag. Vi er ikkje ferdige- på langt nær, men vi er på god veg. Meir erfarne - og litt meir rusta for resten av oppgåva det er å skulle bygge den framtidige helsetenesta i Stad kommune.

*"Begynn! Bare på den måten kan det umulige bli mulig" (Thomas Carlyle).*

### Ordliste<sup>1</sup>

Omgrep	Forklaring
Digital heimeoppfølging	Digital heimeoppfølging blei tidlegare omtala som medisinsk avstandsoppfølging. Helsedirektoratet har brukt følgjande definisjon frå Skottland for å skildre digital heimeoppfølging: <i>«Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell.» (Scottish Centre for Telehealth &amp; Telecare, 2017).</i> Teknologiske løysingar gjer at pasienten kan følgjast opp på avstand av helse- og omsorgstenesta. Brukarar av digital heimeoppfølging kan svare

<sup>1</sup> Henta frå: [https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/evaluering-av-utproving-av-digital-hjemmeoppfolging-delrapport-ii.pdf/\\_attachment/inline/7bb48460-9afa-4330-b512-14b4176c082f:dfec44b2e5479013a3bd2c662cdf24388bda410/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20digital%20hjemmeoppf%C3%B8lging%20Delrapprt%20II.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/evaluering-av-utproving-av-digital-hjemmeoppfolging-delrapport-ii.pdf/_attachment/inline/7bb48460-9afa-4330-b512-14b4176c082f:dfec44b2e5479013a3bd2c662cdf24388bda410/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20digital%20hjemmeoppf%C3%B8lging%20Delrapprt%20II.pdf)

	<p>på enkle spørsmål om helsetilstand og/eller utføre avtalte målingar relatert til helsetilstanden sin (t.d. blodtrykk, blodsukker, oksygenmetting, vekt) via eit nettbrett eller ein mobiltelefon o.l. Resultata blir overført frå måleapparata til nettbrettet slik at pasienten enkelt kan sjå dei og følge med på egne måleresultat over tid. Resultata blir vidare overført digitalt til ei oppfølgingsteneste. Oppfølgingstenesta tek kontakt med pasienten ved teikn til forverring eller når målingane ligg utanfor det som fastlege har definert som normalverdiar for den enkelte. Oppfølgingstenesta gir medisinsk fagleg støtte og rettleiing ut frå pasienten sine behov og avtalt plan for oppfølging, og vil i samråd med pasienten vurdere om vedkomande bør ta kontakt med fastlege/legevakt.</p>
<b>Oppfølgingsteneste</b>	<p>Oppfølgingstenesta er den eininga som tek i mot og følgjer med på målingane frå pasientane som har deltek i prosjektet digital heimeoppfølging. Kommunane står relativt fritt i organiseringa av oppfølgingstenesta, men det er eit krav at dei tilsette har sjukepleiarkompetanse. Oppfølgingstenesta kan vere samlokalisert eller integrert med andre kommunale tenestetilbod, som til dømes heimesjukepleietenesta eller legevakta. I kommunar som har primærhelseteam, kan sjukepleiaren i primærhelseteamet vere den som følgjer opp pasientar som får digital heimeoppfølging. I denne utprøvinga har oppfølgingstenesta ulike namn som til dømes Oppfølgingsteneste, Helsehjelpa og Telemedisinsk sentral (TMS).</p>
<b>Brukar</b>	Med brukar meiner ein pasienten som får digital heimeoppfølging.
<b>Deltakar</b>	Med deltakar meiner ein den pasienten som er ein del utprøvinga av digital heimeoppfølging – enten i tiltaks- eller kontrollgruppa.
<b>Utprøvinga</b>	Med «utprøvinga» meiner ein den nasjonale utprøvinga av digital heimeoppfølging initiert av Helsedirektoratet i 2018. Utprøvinga vert gjennomført i seks lokale prosjekter.
<b>Prosjekt</b>	Med «prosjekt» meina vi dei seks lokale prosjekta som prøver ut digital heimeoppfølging. Prosjekta har fått tildelt delfinansiering frå Helsedirektoratet for å gjennomføre utprøvinga av digital heimeoppfølging i tråd med Helsedirektoratet sine føringar. Eit prosjekt kan omfatte ein eller fleire kommunar.
<b>Evalueringa</b>	Med «evalueringa» meiner ein den forskingsbaserte evalueringa av utprøvinga. Formålet med evalueringa er å estimere effektane av digital heimeoppfølging på pasientane sin helsetilstand, pasientoppleving og bruk av helsetenester for å kunne gi nasjonale anbefalingar om implementering av digital heimeoppfølging. Utprøvinga av digital heimeoppfølging blir gjennomført som ein randomisert kontrollert studie. Helsedirektoratet har gitt oppdrag om evaluering av utprøvinga til ein samarbeidskonstellasjon sett saman av Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved UiT Norges Arktiske Universitet.
<b>PHT</b>	Primærhelseteam
<b>DHO</b>	Digital heimeoppfølging

## Innhold

1	Innleiing .....	1
1.1	Oppdraget .....	1
1.1.1	Erfaringane frå kommunane i det første prosjektet i Medisinsk avstandsoppfølging .....	1
1.2	Formål med deltaking i utprøvinga .....	1
2	Bakgrunn og organisering .....	1
2.1	Bakgrunn .....	1
2.2	Relevant informasjon om Stad Kommune .....	2
2.3	Demografi .....	3
2.4	Geografi .....	4
2.5	Rekruttering av helsepersonell .....	4
2.6	Organisering og styring av prosjektet .....	4
2.7	Organisering av helsetenestene i Eid kommune .....	5
2.8	Fastlegetenesta i Stad kommune .....	6
2.9	Primærhelseteam .....	6
2.10	Nordfjord sjukehus og Nordfjord psykiatri senter (NPS) .....	7
2.11	Teknologi i prosjektet .....	7
2.12	ROS/DPIA .....	8
3	Mål .....	8
3.1	Mål med digital heimeoppfølging i Stad (Eid) kommune .....	8
3.2	Målgruppe .....	9
3.3	Forventa effekt .....	9
3.4	Korleis måle gevinstar og effekt .....	11
4	Modell for digital heimeoppfølging i prosjektet .....	12
4.1	Tenesteforløp frå rekruttering til avslutning .....	12
4.2	Endringar i tenesteforløpa i løpet av prosjektperioden .....	14
4.3	Inklusjonskriterium / eksklusjonskriterium .....	14
4.4	Involvering av pasientane i utforming og utvikling av tenesta .....	15
4.5	Eigenbehandlingsplan som grunnlag for eigenmestring .....	15
4.5.1	Kva skal verktøyet innehalde? .....	16
4.5.2	Primærbehov (det generelle) .....	17
4.5.3	Symptombildet; kan svare med ja/nei eller skalering VAS .....	17
4.5.4	Meistringstrategiar/eigenbehandling .....	17
4.5.5	Kriseplan .....	17
4.5.6	Når du ikkje rapporterer som avtalt - korleis skal vi reagere ovafor deg? .....	17
4.6	Oppfølging av pasientar i digital heimeoppfølging - organisering og kompetanse .....	17
4.7	Erfaring med fastlegen sin rolle og ansvar i tenesteforløp med PHT .....	19
4.8	Samarbeid mellom aktørane med særleg vekt på helseføretaket sin rolle .....	20

4.8.1	Samarbeid med sjukehuset.....	20
4.8.2	Samarbeidet mellom prosjekta DHO og PHT og fastlegane i Stad kommune. ....	20
4.9	Vurdering av kostnader og berekraft i tenesta.....	21
4.10	Fordelar og ulemper med vår måte å organisere på.....	23
5	Måloppnåing / gevinstar .....	23
5.1	Resultatmål for prosjektet i Stad kommune etter tre år .....	23
5.2	Delmål.....	23
5.3	Kva har vi lukkast med- i kva grad er måla for prosjektet nådde? .....	24
5.3.1	For 2019 ser oppsummeringa av gjennomføringa knytt til fokusområda slik ut:.....	25
5.3.2	Oppsummering av møte med Helsedirektoratet i september 2020 og status på dei tiltaka som skal følgjast opp og jobbast med i slutføringa av prosjektet : .....	26
5.4	Kva nytteverdi har prosjektet gitt? .....	28
5.4.1	For pasientane .....	28
5.4.2	Nytteverdi for kommunen .....	28
5.4.3	Nytteverdi for fastlegane .....	28
5.4.4	Nytteverdi for helseføretaket .....	29
6	Læringspunkt / erfaringar .....	29
6.1	Kommunen .....	29
6.1.1	Suksesskriteriar .....	29
6.1.2	Utfordringar og barrierar .....	29
6.2	Forankring og barrierar knytt til samhandling med helseføretaket .....	30
6.3	Forankring og samhandling med fastlegane.....	30
6.4	Opplevinga av sjølve teknologien og samarbeid med leverandøren .....	30
6.5	Kva erfaringar og råd vil vi gi til ein kommune/eit helsefellesskap som ønsker å starte med digital heimeoppfølging?.....	30
7	Tilrettelegging for vidare drift i Stad kommune .....	31
7.1	Kva potensiale ser vi for gevinstar? .....	31
7.2	Overgang til drift .....	32
	Vedlegg 1- Skildring av modell for helsetenester i Stad kommune.....	i
	Vedlegg 2- Tidleg utkast pasientforløp .....	i
	Vedlegg 3- Kriterie til inklusjon og eksklusjon av pasientar med psykisk sjukdom .....	i
	Vedlegg 4- Eigenbehandlingsplan psykisk helse .....	i
	Vedlegg 5 - Gevinstrapport 3 .....	i
1	Status og erfaringar så langt .....	1
1.1	Gevinstplan.....	1
1.2	Vurdering av nytteverdi hos den enkelte brukar ved oppstart av tenesta .....	2
1.3	Oppfølging av effektar for helsetilstand/brukartilfredsheit/bruk av tenester .....	2
1.4	Økonomisk effekt og berekraft .....	7

2	Overgang til drift og plan for vidare arbeid .....	9
2.1	Planar og vedtak prosjektet har gjort for overgang frå prosjekt til drift.....	9
	Vedlegg a – Gevinstoversikt og gevinstplan.....	i
	Vedlegg b – Oppdaterte tenesteforløp .....	i
	Vedlegg c- organisering av tenesta i Stad kommune.....	i
	Vedlegg d – Brukarundersøking 27. mai, 2020 .....	i
	Vedlegg e - Brukarundersøking veke 39, 2020 .....	i
	Vedlegg f - Brukarundersøking veke 20, 2021 .....	i
	Vedlegg g – Pasientcase .....	i
	Vedlegg h- Plan for overgang til drift .....	i
	Vedlegg 6 – Intervju i Sinn og Samfunn-april 2019.....	i
	Vedlegg 7- intervju StadMag- juli 2020 .....	i
	Vedlegg 8- Høie på besøk ved Stad Legekontor- 30.06.2020.....	i
	Figur 1 Skisse av prosjektorganisasjonen .....	4
	Figur 2 Modell samordna aktivitet, tilbod og tenester i helse og omsorg .....	5
	Figur 3 Gevinstar/nytteverdi for ulike aktørar, PA Consulting.....	10
	Figur 4 Mål for arbeidet med gevinstrealisering, PA Consulting .....	10
	Figur 5 Ulike målemetodar .....	11
	Figur 6 Workshop skapar engasjement og eigarskap! .....	12
	Figur 7 Ulike planar i helsetenestene, J.Urnes .....	16
	Figur 8 Oppdrag i Workshop med tema egenbehandlingsplan, Nordfjordeid 05.05.19.....	16
	Figur 9 Utkast av pasientcase med fokus på kostnader før og etter oppstart av DHO .....	22

# 1 Innleiing

## 1.1 Oppdraget

*“Helseministeren gir klarsignal (august 2017): Eg ønskjer at Eid skal bli ein nasjonal pilotkommune for å utvikle framtidens helseteneste i kommunane. Eg har sjølv vore i Eid og sett kor offensivt kommunen satsar på omsorgsteknologi, og kor sterkt det samla helsefaglege miljøet er med mellom anna eit framtidretta lokalsjukehus, eitt av landets fremste distriktpsikiatriske senter, og nært samarbeid mellom kommunar og spesialisthelseteneste, seier helseminister Bent Høie (H)».*

Kommunestyret i Eid kommune gjorde 05.10.2017 vedtak i sak 143/17 vedtak om:

- Eid kommune godkjenner at det vert søkt om å få delta i den treårige ordninga med primærhelseteam. Søknadsfrist 15.10.18
- Eid kommune legg også inn i søknaden eit ønske om å delta i prosjekt om avstandsoppfølging av pasientar.
- Eit vilkår for at Eid kommune skal delta i den treårige piloten er ein statleg garanti for at kostnadene fullt ut vert dekkja.

1.1.1 Erfaringane frå kommunane i det første prosjektet i Medisinsk avstandsoppfølging  
Fire kommunar har i regi av velferdsteknologiprogrammet prøvd ut medisinsk avstandsoppfølging i 3 år frå 2015-2018. Deira viktigaste råd til andre kommunar som skal eller er i gang med avstandsoppfølging er:

- *«Å jobbe godt med prosjektledelse og endringsledelse*
- *Ikke undervurdere behovet for å forankre arbeidet oppover og utover kontinuerlig.*
- *Inkluder brukere, fastleger og sykehus i arbeidet fra start, i utvikling av tjenesten.*
- *Gjør grundig innsiktsarbeid.*
- *Sett mål for inkludering av pasienter, og visualiser; Tegn opp et tydelig forløp med klare roller og ansvar.*
- *Sørg for gode avtaler med leverandører om teknologisk utstyr, opplæring av ansatte og pasienter.*
- *Ha fokus på og konkretiser gevinster fra start, men ikke forvent gevinster med en gang. Det tar tid å endre arbeidsmåter».*

Denne opplistinga har følgt prosjektleiar gjennom heile prosjektet og har vore ei viktig rettesnor for prosjektet.

## 1.2 Formål med deltaking i utprøvinga

Målet med å teste ut avstandsoppfølging har mellom anna vore at innbyggjaren skal oppleve auka trygghet og meistring gjennom auka kunnskap om eiga helse og sjukdom. Det har og vore eit mål å redusere behov for heimetenester og redusere tal innleggingar på sjukehus.

# 2 Bakgrunn og organisering

## 2.1 Bakgrunn

Stad kommune vil møte ei aukande grad av komplekse utfordringar utan kjende løysingar i nær framtid. Samstundes er innbyggjarane sine behov og forventningar i endring.

Vi må bruke ressursane i samfunnet betre, på tvers av tradisjonelle skilje for å kunne yte gode og forsvarlege helsetenester til trass for utfordrande geografi, demografi og økonomi.

Vi må tenke nytt – både om korleis oppgåvene skal løysast, kven som skal vere med å løyse dei, og korleis tenestene skal organiserast gjennom samspel mellom ulike yrkesgruppe og omgjevnadane.

Vi vil skape ein enklare kvardag for folk flest gjennom å forenkle, fornye og forbetre offentleg sektor; – først og fremst gjennom å ta i bruk nye løysingar, ny teknologi og nye metodar.

Vi må skaffe oss innsikt i dei tenestene vi yt i dag - og innsikt i korleis vi kan arbeide smartare i framtida.

Vi skal sette innbyggaren i sentrum- gje moglegheit for større grad av eigenmeistring og vi skal skape pasienten si helseteneste – saman med pasienten.

Helse og omsorgstenestelova sin føremålsparagraf uttrykkjer at føremålet med lova særleg er å førebyggje, behandle og legge til rette for meistring av sjukdom, skade, liding og nedsett funksjonsevne. Kommunane sitt samfunnsoppdrag på omsorgsområdet ligg nedfelt i denne paragrafen. Kommunane skal legge til rette for mellom anna førebygging av sjukdom og meistring av sjukdom. Kommunane skal ikkje først og fremst behandle sjukdom- like viktig er god førebygging for å motverke sjukdomsframbrot. Dette fordrar ei styrking av kommunane si opplæring av innbyggjarane gjennom innbyggjardialog og opplæring av pasientar og pårørande. I samarbeid med innbyggjarane skal kommunen i større grad legge til rette for at kvar einskild får bu og leve heime lengst mogeleg. Her vil informasjon, rettleiing og opplæring vere sentrale verkemiddel for å lukkast. Digital heimeoppfølging kan gje auka kunnskap og forståing for eigen sjukdom for den einskilde pasient og slik kunne gje eit grunnlag for individuelt tilpassa oppfølging og rettleiing frå helse- og omsorgstenesta.

## 2.2 Relevant informasjon om Stad Kommune <sup>2</sup>

Stad er ein kommune i Nordfjord i Vestland fylke som blei etablert 1. januar 2020 ved samanslåing av kommunane Selje og Eid.

Stad kommune har pr 1. april 2021 9.520 folkeregistrerte innbyggjarar.

Stad grensar til Sande, Vanylven og Volda i nord, til Stryn i aust, til Kinn i vest, og til Bremanger og Gloppen i sør.

Stad har ein bustad-, arbeids- og serviceregion med omlag 50-60.000 innbyggjarar i pendleavstand frå kommunesenteret Nordfjordeid

---

<sup>2</sup> <https://www.ssb.no/kommunefakta/stad>



# Befolkning



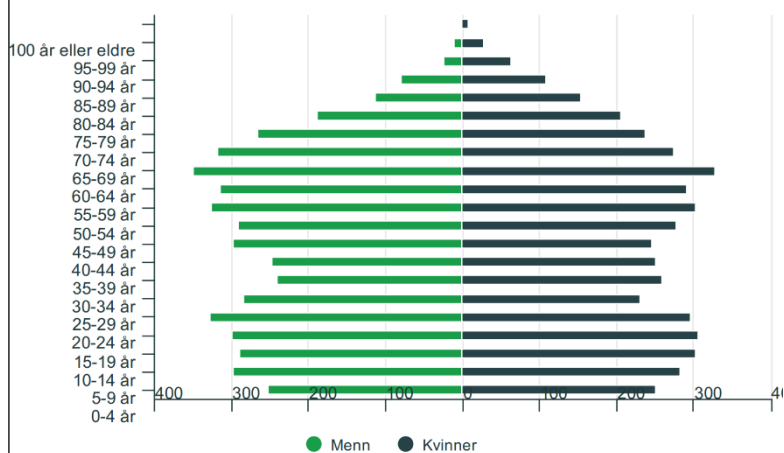
Folketallet  
1. kvartal 2021

**9 520** innbyggere

Kilde

[Befolkning, Statistisk sentralbyrå](#)

## Aldersfordeling for innbyggerne i kommunen



Kilde: Befolkning, Statistisk sentralbyrå

## 2.3 Demografi <sup>3</sup>

Vi blir fleire eldre og færre yrkesaktive i kommunen. Talet innbyggjarar 80 år og eldre vil om lag doble seg fram til 2040, særleg vil talet på 90+ stige. I same tidsrom vil nedgangen halde seg i talet på kvinner i alderen 20 til 39 år, noko som er urovekkjande med tanke på rekruttering til omsorgsyрка.

## Forventet utvikling



Befolkning i 2030  
2030

**9 329** innbyggere



Befolkning i 2050  
2050

**9 135** innbyggere

Kilde

[Regionale befolkningsframskrivinger, Statistisk sentralbyrå](#)

<sup>3</sup> <https://www.ssb.no/kommunefakta/stad>

## 2.4 Geografi

Frå 2020 er det 10 mil frå det eine ytterpunktet til det andre i Stad kommune. Her vil ein ha lange avstandar til helsetenester for dei som bur lengst vekk frå lege, sjukehus og andre helsetenester. Kvaliteten på vegane vil, særleg om vinteren, vere utfordrande. Eit av måla for nye Stad kommune er at tenester skal vere tilgjengelege frå alle deler av kommunen. Kommunen skal: «Sørgje for ein effektiv tenesteproduksjon der tenester folk treng i kvardagen blir gitt nær der folk bur, medan forvaltningstenester og administrasjon blir effektivisert og digitalisert i så stor grad som råd er».

## 2.5 Rekruttering av helsepersonell

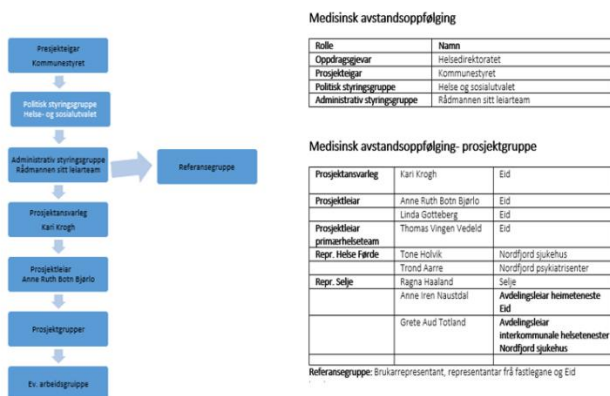
Det har vore - og er - vanskeleg å rekruttere tilsette med fagutdanning, særleg leiarstillingar har vore vanskeleg å få besett, men dette gjeld også for sjukepleiarar. Ein har stadig utvida radius for annonsar på ledige stillingar. Kommunen har dei siste åra vore nøydde til å leige inn vikarar gjennom vikarbyrå for å demme opp for manglande arbeidskraft for faggruppene sjukepleiarar/vernepleiarar-noko som har vore -og er- svært dyr arbeidskraft å betale for. Utfordringane er omfattande, og det er behov for fleire flinke og profesjonelle fagpersonar i tenestene.

Kommunen må difor tenkje annleis enn før for å kunne møte denne utfordringa. Når fagressursane er knappe må organisasjonen tenkje på nye måtar- nye måtar å yte tenester på. Helsepersonell må utføre helseoppgåver, og dei som er utdanna til viktige støttetjenester, som helsepersonell utfører i dag, må få moglegheiter til å overta desse oppgåvene: t.d. forsyningstenester og reinhald. Dette er berre nokre døme på fornying og effektivisering av tenestene. Her vil innføring av velferdsteknologi, her også digital heimeoppfølging, vere viktige tiltak i den framtidige helsetenesta i kommunen.

## 2.6 Organisering og styring av prosjektet

Prosjektet er organisert med kommunestyret som oppdragsgjevar og dåverande helse- og sosialutval var politisk styringsgruppe. Rådmann sitt team er administrativ styringsgruppe. Prosjektgruppa er samansett av aktørar frå aktuelle interne einingar og dei viktigaste eksterne samarbeidsaktørane. Tanken bak denne organiseringa av prosjektgruppa var å legge til rette for at overordna føringar frå prosjektet var samordna før vi operasjonaliserte planane våre. Gjennom felles møteforum prosjektgruppemøte vår målet å gjere avstanden mellom dei viktigaste samarbeidspartane kortare. Det skal vere lett å ta kontakt om små og større spørsmål og innspel.

Prosjektet sin totalkapasitet gjennom alle fasane var eit viktig måleparameter for kva prosjektet var i stand til å utføre. Arbeidsgrupper og referansegrupper er sett saman ut frå prosjektet sine behov i dei ulike stadia i prosjektet. Grunna organisatoriske endringar og kommunereform er samansettinga frå den opphavlege prosjektgruppa noko endra knytt til personar, men grunnstammen i gruppa er som før.



Figur 1 Skisse av prosjektorganisasjonen

Prosjektet digital heimeoppfølging har frå start til slutt samarbeid tett med prosjektet Primærhelseteam i Stad kommune. Prosjektleiara for PHT er med i prosjektgruppa til DHO og det same er leiara for Helseavdelinga i Stad kommune. Leiara for Helseavdelinga har organisering av fastlege tenesta som eit av sine ansvarsområde.

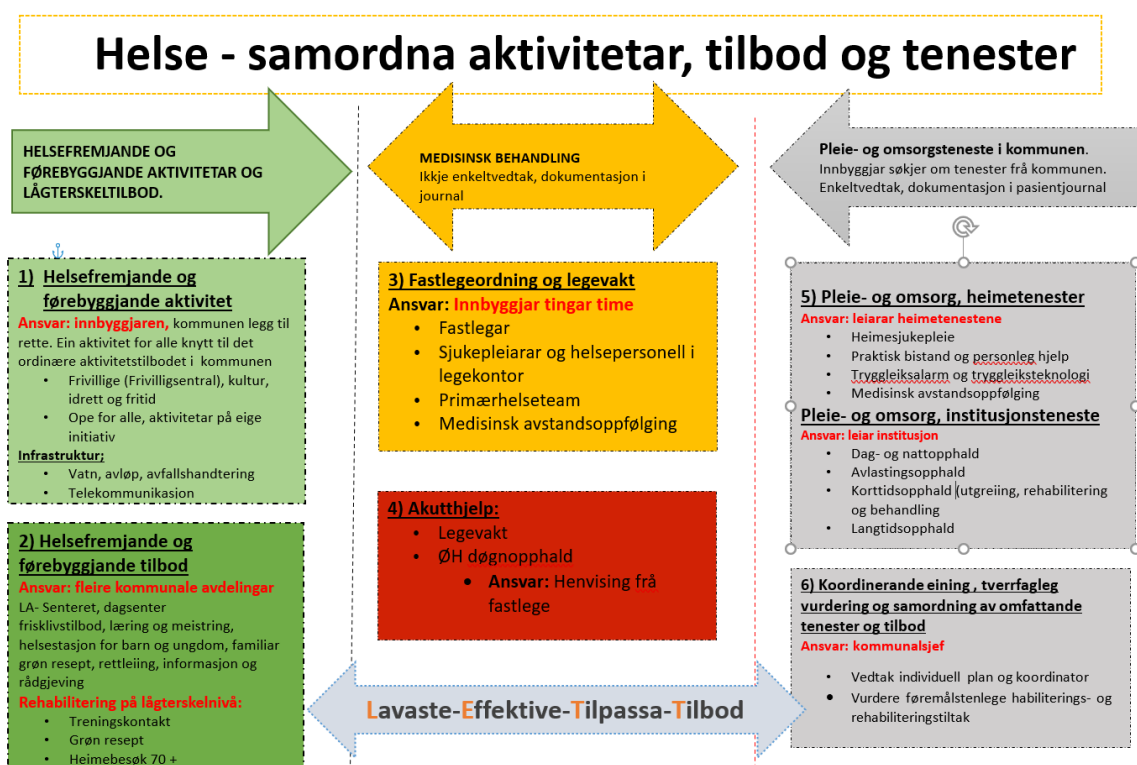
## 2.7 Organisering av helsetenestene i Eid kommune

Ved oppstart av prosjektet Digital heimeoppfølging hadde det over tid føregått eit arbeid knytt til organisering av helsetenestene i Eid kommune for å betre kunne møte framtidige krav til tenesteyting og endra føresetnader knytt til demografi, økonomi og tilgang til helsepersonell. Frå 2015/2016 hadde helse- og omsorgstenestene gjennomført fleire organisatoriske endringar. Endringane har ført til betre vilkår for å kunne implementere nye tenkemåtar i organiseringa av tilbod og tenester.

Det lokale styringsdokumentet og mandatet for forbetring og endring, var ny delplan for helse- og omsorg, 2018 (ein fagleg del og ein del/kunnskapsgrunnlag når det gjeld utbygging). Planlagde endringane er i også samsvar med nasjonale intensjonar og føringar i t.d. Primærhelsetenestereforma.

Eid kommune var tidleg ute med å trekkje opp tydelegare grenser mellom helsetilbod og pleie og omsorgstenester, t.d. å etablere ei eiga helseavdeling og å styrke legekantoret med nye yrkesgrupper.

Eid kommune var inne i ei omfattande kommunesamanslåing, og det var difor avgjerande å ha modellar og verktøy som kunne forenkle det store, komplekse helsebiletet, slik at både omskiftet kunne implementerast - og den daglege drifta av tilbod og tenester kunne gjennomførast på ein forsvarleg måte.



Figur 2 Modell samordna aktivitet, tilbod og tenester i helse og omsorg

Modellen illustrerer eit paradigmeskifte i helse og omsorg. Tradisjonelt har det i kommunane vore vanleg å leggje vekt på utøvinga av tenester (vedtak), men med dei nasjonale føringane

i Samhandlingsreforma, Folkehelsemeldinga og Primærhelsetenestemeldinga, er det innført sterke føringar og ei større bevisstgjerung når det gjeld ulike tilbod for å kunne førebyggje helseplager, oppretthalde eigenmeistering og anna frisklivsarbeid. I nasjonale dokument vert desse tilboda ofte definerte som *lågterskeltilbod*. For beskrivelse av modellen, [sjå vedlegg 1](#).

## 2.8 Fastlegetenesta i Stad kommune

Etter kommunesamanslåinga har Stad kommune eit legekontor med to einingar. Eit på Nordfjordeid og eit i Selje. Då prosjektet Medisinsk avstandsoppfølging starta låg kommunereforma framfor oss og legekantoret i Selje vart invitert inn i prosjektet. Legekantoreininga i Selje var underbemanna og hadde ein del vikarbruk av kortvarig karakter, noko som ga eit heilskapleg kapasitetsproblem. Dei ønskte på bakgrunn av dette ikkje å delta i prosjektet. Utgangspunktet var difor at det var seks fastlegar ved legekantoret på Nordfjordeid som **ønskte å vere med**. Alle fastlegane skreiv under intensjonsavtale og seinare samarbeidsavtale med prosjektet.

Alle fastlegane har delteke på Workshops- både dei innleiande og i seinare Workshops- samt Emnekurs for fastlegar. Legekantoret på Nordfjordeid var ved oppstart av prosjektet Medisinsk avstandsoppfølging allereie pilot for prosjektet Primærhelseteam og prosjektet var etablert. Legesenteret hadde utvida arealet sitt for å huse tilsette i Primærhelseteamet.

Det er Stad kommune som eig bygget og driv legekantoret på Nordfjordeid. Alt hjelpepersonell (helsesekretærar, legesekretærar, sjukepleiarar og bioingeniør) ved legekantoret er tilsette i kommunen. To av dei tilsette i dei områdeiningane på Eid og i Selje fungerer som fagleiarar. Fagleiar har eit lokalt administrativt ansvar for drifta av kantoret.

Fastlegetenesta i kommunen er ein del av Helseavdelinga, og avdelingsleiar i Helseavdelinga har det overordna leiaransvaret for dei tilsette og drifta av kantoret. Nesten alle fastlegane prosjektet er sjølvstendig næringsdrivande og har ei økonomisk samarbeidsavtale med kommunen. Kommunen står som nemnt tidlegare for drift av kantoret/fastlegepraksisen, og for dette betalar fastlegane leige til kommunen.

## 2.9 Primærhelseteam

Deltaking i Primærhelseteamprosjektet i tidlegare Eid kommune vart politisk handsama og det vart allereie i politisk sak og seinare søknad om deltaking i primærhelseteamprosjektet varsla at kommunen såg det særskilt aktuelt å søke om deltaking også i prosjektet Medisinsk avstandsoppfølging. Vurderingane i saka knytt til kommunen sitt framtidige behov handla om at dåverande Eid kommune hadde eit godt fagleg fundament for å kunne delta i piloten: Fastlegar som var interesserte, kommuneoverlege og ei veletablert helseavdeling.

Også her var det lagt vekt på at helse- og omsorgstenestene var inne i store omstillingsprosessar og at desse prosjekta kunne vere ei viktig draghjelp når det gjaldt eit heilt naudsynt utviklingsarbeid som alle kommunane måtte gjennom. Kommunane måtte ruste seg til ei ny tid og andre måtar å yte tenestene på, jf. Samhandlingsreforma og Stortingsmelding 26 om primærhelsetenesta.

Det overordna administrative ansvaret ligg hos kommunalsjef for helse- og omsorg.

I prosjektet er det lagt opp til ei sjukepleiarstilling i primærhelseteam per 3600 listepasientar i praksisen. I dåverande Eid kommune var det 6480 listepasientar totalt. Dette tilsa 1,8 stillingar som sjukepleiar i primærhelseteam. Kommunen tilsette to sjukepleiarar i full stilling i prosjektet. Den siste delen av stillinga til ein av sjukepleiarane (0,2) inneheld eit lokalt leiaransvar for det pasientnære utviklingsarbeidet i primærhelseteamet. I fastlegepraksisen fungerer kommuneoverlegen, som også er fastlege, i 20% stilling som dagleg leiar slik det var definert i prosjektet.

Målgruppa for forsøket med primærhelseteam er alle innbyggjarar på fastlegen si liste, men det vil vere særleg merksemd på pasientar med kroniske sjukdomar og dei med store og samansette behov. Desse gruppene pasientar er i stor grad samanfallande med målgruppa for prosjektet Digital heimeoppfølging:

- Brukarar med psykiske lidingar og rusproblematikk
- Skrøpelege eldre
- Brukarar med utviklingshemming og nedsett funksjonsevne

Dei to prosjekta har nytta samanfallande pasientgrupper heile prosjektperioden. Mange av dei inkluderte pasientane i DHO kjem nettopp frå pasientretta kontakt som våre PHT sjukepleiarar har hatt med innbyggjarane.

## 2.10 Nordfjord sjukehus og Nordfjord psykiatri senter (NPS)

Både Nordfjord sjukehus og Nordfjord psykiatrisenter signaliserte tidleg at dei ønskte å vere med i dette prosjektet. Intensjonsavtale vart underskrive i tidleg fase og seinare vart ein felles samarbeidsavtale for begge einingane i Helse Førde underskriven.

Det var medisinsk avdeling og medisinsk poliklinikk frå Nordfjord sjukehus som skilte seg ut som naturlege medaktørar i prosjektet. Vi fekk god dialog og kontaktpersonar frå begge einingane i Helse Førde vart inkludert inn i prosjektgruppa.

Fagpersonane frå NSH og NPS har delteke på både innleiande og seinare Workshops, samt prosjektgruppemøter og andre aktuelle møter.

I arbeidet med eigenbehandlingsplan for psykisk helse var tilsett på NPS ein viktig aktør i høve til å formidle planen inn i faggruppene på NPS for å få tilbakemeldingar på struktur og innhald.

Nordfjord sjukehus og NPS har også delteke på Fellessamlingane i det nasjonale prosjektet.

Samarbeidet med spesialisthelsetenestene og fastlegane er ein del av nøkkelen til å kunne yte meir saumlause, samanhengande og samordna tenester for innbyggjarane. I dette segmentet ligg ein del av verdien og gevinstane i gevinstplanen til vårt prosjekt og krev vidare arbeid og samarbeid for å kunne realiserast. Tre av definerte gevinstar i vår plan kan direkte relaterast til eit betra samarbeid og samordning til det beste for pasienten:

- Redusere tal henvendingar til fastlege og legevakt , samt andre aktørar som NAV, barnevernsteneste
- Redusere tal innleggingar sjukehus, ØHD
- Auka grad av samhandling mellom helsenivåa

## 2.11 Teknologi i prosjektet

I november 2018 tok prosjektleiinga eit val om å starte ein anbudsprosess for å skaffe eit system for oppfølging av pasientane sine målingar. Vi hadde då hatt ulike scenarior for anskaffing. Skulle vi gå saman med andre kommunar i det nasjonale prosjektet eller skulle vi gå ut på anbod åleine? Etter ein del rundar tok vi ei avgjersle om å starte prosessen åleine. Her var tidsaspekt for oppstart ein viktig og avgjerande faktor.

Prosjektleiing og ein tilsett i kommunen med lang erfaring med anbuds konkurransar tok til med arbeidet. Arbeidet med å lage ein kravspesifikasjon var krevjande - læringskurva knytt til anbudsreglement og anbudsprosess var særskilt bratt.

Vi kørte eit anbod med invitasjon til tre leverandørar og alle tre melde seg på konkurransen. Invitasjon til konkurranse vart sendt direkte til tre tilbydarar 23.01.19- frist for svar vart sett til 13.02.19.

Prosjektet fekk også bistand med PA Consulting gjennom denne prosessen. Intern bistand i tillegg til bistanden frå PA var heilt avgjerande for at vi kom i mål med anbudsprosessen og fekk valt ein leverandør. Dignio vann konkurransen og avtale vart signert 07.05.2019 og opplæring i bruk av systemet Dignio Prevent, måleutstyr og nettbrett vart gjennomført i juni 2019.

## 2.12 ROS/DPIA

Stad kommune har gjort ein ROS analyse og ei fullverdig personvernkonsekvensvurdering knytt til bruk av Dignio Prevent. Det er eit tidkrevjande og møysommeleg arbeid som det er viktig å gjennomføre når ein innfører og tek i bruk nye system og applikasjonar.

## 3 Mål

Det er eit mål for kommunen som tenesteytar at ein som innbyggjar i kommunen skal ha høg grad av eigenmestring i kvardagen. For å oppnå betre helse er det ein føresetnad at innbyggjarane har forståing for og kunnskap om at det er helse i "alt du gjer". Det vert særst viktig å tydeleggjere korleis kommunen vil arbeide for å sette folk i stand til å ta gode val. Korleis når vi folk- og korleis når dei oss?

Sentrale omgrep knytte til dette temaområdet er: *ansvar for eige liv, kommunen som rådgjevar og tilretteleggjar, undervising og informasjon*. Det kommunale tenesteapparatet sluttar opp om det verdigrunnlaget som set kvart einskild menneske i førarstolen med ansvar for eige liv.

For å kunne gjennomføre dette må innbyggjaren - både dei tilsette og pasientar-kjenne eigarskap til det kommunale planverket som legg føringar for utviklinga- og ikkje minst handlingsdelen i dei. Det er her innbyggjaren sine innspel vert lagt til grunn for dei satsingane kommunen skal legge vekt på i planperioden. I det kommunale planarbeidet blir innbyggjaren involvert gjennom deltaking i planprosessen fram til endeleg vedtak.

For prosjektet digital heimeoppfølging er det laga ein forankringsplan som skal identifisere viktige aktørar og korleis ein må legge til rette for å sikre ein omforeint og målretta innsats for prosjektet og den framtidige helsetenesta.

### 3.1 Mål med digital heimeoppfølging i Stad (Eid) kommune

Dei nasjonale måla for digital heimeoppfølging er sett opp med utgangspunkt i venta effektar for pasienten og helsetenesta. Det Helsedirektoratet ønskjer å oppnå med avstandsoppfølging er:

- Betre fysisk og psykisk helse
- Betre pasientoppleving
- Lågare kostnad for helsetenesta

#### **Målsetnadane for prosjektet i Stad (Eid) kommune - overordna mål og metodikk for prosjektet**

- Måлтаlet for rekruttering til prosjektet var 40 i pasientar fordelt på 6 fastlegar. 20 i kontrollgruppa og 20 i tiltaksgruppa.
- Forankring på alle nivå er fundamentet i prosjektet og skal bere prosjektet ut prosjektperioden og inn i drift av nye tenester.
- Brukarmedverknad i alle fasar av prosjektet, vi skal utvikle pasienten si helseteneste
- Brukarrepresentant i prosjektgruppa
- Følgje same metodikk som ligg til grunn i til dømes primærhelseteam med aktiv oppsøkande verksemd
- Fokus på tverrfaglegheit/utvikle team som omfattar andre yrkesgrupper enn berre dei helsefaglege, t.d. ikt, digitalisering i skjeringpunktet mellom teknologi, menneske og organisasjon (jf. Primærhelsemeldinga si tilrettelegging for ei meir teambasert helseteneste).
- Vi skal arbeide etter førebyggingsmetoden-"tidleg inn-metodikk", og ei styrking av legetenesta (primærhelseteamprosjektet) kan førebygge omfattande tiltak i pleie- og omsorgstenestene.
- Det er viktig at ein byggjer på eksisterande kunnskap og organisering i kommunen. Prosjektet ønskjer å utvikle det eksisterande responscenteret ved legevakta på Nordfjord sjukehus slik at kompetansen og fagkunnskapen i denne avdelinga kan nyttast i eit mottakscenter for avstandsoppfølgingsprosjektet

- Aktivt bruke primærhelseteamet sine sjukepleiarar inn i arbeidet med å gje informasjon til og randomisere og halde løpande kontakt med deltakarar til avstandsoppfølgingsprosjektet etter at det er gjeve samtykke til deltaking
- Samordning med andre fagteam, også i 2.linetenesta
- Vere aktive i det allereie etablerte nettverkssamarbeidet i helsetenestene i Nordfjord for å informere og få innspel som er viktige for det endelege prosjektrapporten som skal danne grunnlaget for vidare implementering og drift i Nordfjord.

#### Resultatmål for prosjektet i Stad etter tre år;

- ✓ at prosjektet har eit grunnlag for å kunne skildre inklusjons- og eksklusjonskriterium
- ✓ at prosjektet har ført til felles metodikk for pasientforløp for målgruppa i både 1. og 2. linetenesta
- ✓ at prosjektet har testa ut og kvalitetssikra metodikk, verktøy og konkrete pasientforløp.

#### Effekt mål (jfr kap. 2.2.3 i Hdir sine rammer for utprøvinga)

- ✓ At Stad kommune og dei andre samarbeidskommunane i Nordfjord saman med 2. linetenesta har ein metodikk for bruk av trygge og kvalitetssikra digitale verktøy i arbeidet med å yte heilskaplege og trygge tenester til innbyggjarane i alle delar av kommunen.
- ✓ At ein større del av helsetenestene vert utført gjennom den styrka fastlegeordninga for å førebygge tunge tiltak i pleie- og omsorgstenestene, jf. Helsedirektoratet sitt mål om lågare kostnader for helsetenesta<sup>4</sup>.

### 3.2 Målgruppe

Målgruppa for avstandsoppfølging i denne utprøvinga er pasientar med kroniske sjukdomar, med medium til høg risiko for forverring av tilstanden, reinnlegging på sjukehus eller auka behov for helse- og omsorgstenester. Dette er pasientar med eit høgt forbruk av helsetenester og består i stor grad av pasientar med ikkje-smittsame kroniske sjukdomar som diabetes, kols, hjarte-karsjukdomar, psykiske lidningar og kreft. Denne gruppa har ofte fleire diagnoser, samansette og store behov, og har behov for oppfølging av sjukdomen sin. For vårt prosjekt har vi sett oss eit mål om at vi skal ha eit ekstra fokus på pasientar med psykiske lidningar og gjennom prosjektførløpet legge til rette for at også denne pasientgruppa skulle inkluderas i prosjektet. Vi har også sett som mål at vi ville prøve å lage ein eigenbehandlingsplan som var tilpassa denne pasientgruppa.

### 3.3 Forventa effekt

Føremålet med utprøving av digital heimeoppfølging er å kunne kome med nasjonale tilrådingar. Ein viktig del av kunnskapsgrunnlaget for å kome med nasjonale tilrådingar er prosjekta sine egne erfaringar og opplevd nytteverdi. Nytteverdi og resultat frå gevinstkartlegging gir grunnlag for å tilpasse og spisse tenesteløyper og innhald. Effekt mål = gevinst= nytteverdi? Målet er at prosjektet utviklar ei robust teneste som kan førast vidare i ordinær drift etter at prosjektet er avslutta. Gevinstane definerte i dette prosjektet er knytt til helsetenestene i kommunen, til fastlegane, legevakt og spesialisthelsetenesta og til pasienten. I modellen under har PA Consulting definert gevinstar for ulike aktørar:

<sup>4</sup> [Regelverk for tilskuddsordning: medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke](#), punkt 6



Figur 3 Gevinstar/nytteverdi for ulike aktører, PA Consulting

Det har vore sett fokus på tema gevinst/effekt i alle ledd i den framtidige helsetenesta- og det har vore arbeid med å formidle plan og mål med prosjektet og kva positive effektar og nytteverdi vi ønskjer å hente ut av prosjektet. Kvifor gjer vi det vi gjer? Kvifor har vi prosjekt?

Eit viktig moment i denne samanheng er å seie noko om forventingar knytt til KVA tid ein haustar gevinstar. Her er tid ein viktig faktor. Nokre gevinstar tek det lengre tid å sjå effekt og nytteverdi av og dette må ein ta høgde for når ein driv gevinstplanlegging. Viss ikkje vil ein raskt kunne få ei kjensle av å ikkje lukkast med prosjektet.

I innleiande Workshop fasilitert av PA Consulting vart det arbeid med gevinstar og mål for prosjektet.



Figur 4 Mål for arbeidet med gevinstrealisering, PA Consulting

Fastlegar, kommunale tenester og spesialisthelsetenesta arbeidde saman og definerte kva effekt og nytte vi ønskte å oppnå:

- Redusere tal henvendingar til fastlege og legevakt, samt andre aktører som NAV, barnevernsteneste
- Redusere tal innleggingar sjukehus, ØHD
- Auka grad av samhandling mellom helsenivåa
- Redusere tildelte helsetenester i heimen
- Auka kunnskap om eiga helse- gir auka grad av eigenmestring og tryggleik gjennom betre symptom- og sjukdomskontroll
- Fange opp forverring i helsetilstand raskt



- Auka livskvalitet
- Lågare transportkostnadar

Nokre av gevinstane vil ein kunne hente ut effektar av på kort sikt, andre er konstruerte på ein måte som gjer at den positive effekten og nytten ikkje kan haustast med ein gong, men på lengre sikt.

Ein økonomisk gevinst ligg kanskje lenger fram i tid, medan brukarapporterte meiningar og opplevingar gjennom svar på eit spørjeskjema kan gi svar på effekt og nytte nesten med ein gong.

Her vil gjentekne brukarmålingar kunne vise endringar - både positive og negative.

Pasientane sjølve er den viktigaste rettesnora for oss i prosjektet knytt til å vurdere verdi og nytte i dei tiltaka vi set i verk i det vidare arbeidet i prosjektet. Dersom det for pasienten ikkje gir auka tryggleik, ei auka forståing av eigen sjukdom og at pasienten ikkje klarar å bruke utstyr og teknologi for å produsere målingar som kan fange opp ei forverring raskt- kan deltaking i prosjektet bli ei belastning for pasienten og pårørande. I prosjektet har vi avslutta deltaking for pasientar som ikkje har klart å bruke måleutstyret og der feilmålingar potensielt kunne gi feil indikasjonar på pasienten si faktiske helse. Her vil det vere faglege vurderingar frå fastlege og helsepersonell sett opp mot pasienten sine egne ønskjer som må vere retningsgjevande.

### 3.4 Korleis måle gevinstar og effekt

Ein gevinst seier nok om kva ein ønskjer å oppnå- på kort og lang sikt. Korleis veit vi at vi når det framtidige målet med aktiviteten?

I lista under er det skissert ulike målemetodar vi har brukt for å sjå om vi er i endring mot den ønska framtidige målet eller er på veg i feil/uønskt retning:

Nullpunkt vs aktuell tilstand	Tenesta sitt fagsystem
Statistikk	Tenesta sitt fagsystem
Spørjeskjema	
Statistikk	Tenesta sitt fagsystem
Spørjeskjema, intervju, sjølvvurdering	
Færre innleggingar i sjukehus, færre henvendingar til legevakt	Uttrekk av data, statistikk
Spørjeskjema, intervju, sjølvvurdering	
Teljing	Pasientreiser, tal køyrde kilometer, utgifter drivstoff

Figur 5 Ulike målemetodar

Tidleg i prosjektprosessen sitt gevinstarbeid definerte vi måleindikatorar for kvar gevinst – indikatorane seier noko om på kva måte vi skal måle endring eller oppnåing av eit mål:

- Tal henvendingar
- Tal innleggingar
- Pasienten si oppleving
- Tal tildelte timar kommunale helsetenester
- Pasienten si oppleving
- Måleutstyret i heimen til pasienten
- Statistikk

Gjennom heile prosjektet har målretta val og aktivitetar vore utført for at vi skal nå dei definerte måla. Gjennom noko uttrekk /analyse i fagsystem og andre statistikkar, samt gjennom brukarundersøkingar har vi følgd utviklinga i prosjektet sett opp mot måla- og justert/korrigert kurs når

ein ikkje har sett ønska effekt av aktivitetane. Tilbakemeldingar frå pasientane gjennom dialog og brukarundersøkingar har vore viktige i utviklinga av framtidig teneste.

Det er eit faktum at få av dei rekrutterte pasientane i prosjektet hadde kommunale helsetenestester. Vi kunne difor ikkje i stor grad nytte tildelte timar som indikator. For prosjektet har brukarundersøkingar vore eit viktig parameter for å få kunnskap om pasienten si oppleving og meiningar som deltakar i prosjektet.

PA Consulting har utvikla eit gevinstverktøy der kostnader knytt til investering og drift, forbruk av helsetenester/ressursbruk, brukarmålingar har vore registrert og følgt opp.

Dei har også laga ein mal for pasientcase som inneheld parameter knytt til både kvalitative og kvantitative gevinstar. Oppsettet ga eit bilete av potensielle økonomiske innsparingar samstundes som det ga innsikt i dei ikkje-økonomiske gevinstantane.

Prosjektet har levert tre gevinstrapportar. For ytterlegare detaljar knytt til gevinstarbeid sjå vedlegg 5.

## 4 Modell for digital heimeoppfølging i prosjektet

### 4.1 Tenesteforløp frå rekruttering til avslutning

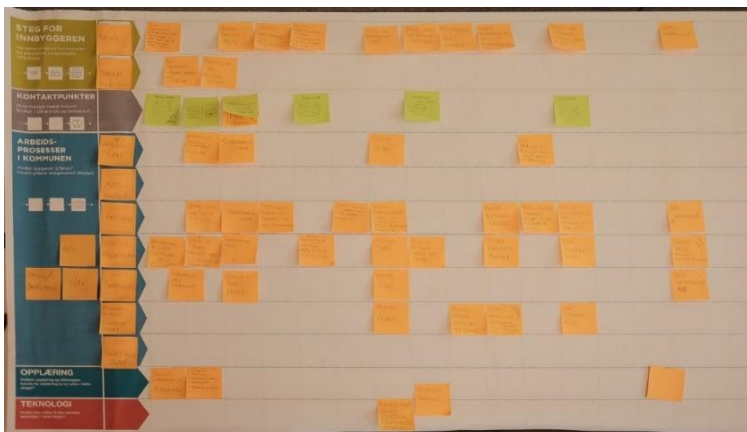
Arbeidet med tenesteforløpa og utforming av tenesta starta i oktober 2018 med Workshop 1 på Nordfjordeid der Helsedirektoratet og PA Consulting fasiliterte. Det skulle i alt gjennomførast tre Workshops før jul i 2018. Etter Workshop 1 hadde vi laga grunnmuren til dei to forløpa. Vi kartla den noverande tenesta rundt pasientane og laga scenario for den framtidige tenesta. Fastlegar, helseføretaket og interne einingar samarbeidde om å lage dei to tidlege utkasta til forløp for tenesta. Gruppearbeidet var klargjerande og produktivt og ga oss ei tidleg forståing av kva aktivitetar og prosessar ei slik teneste måtte innehalde. Når ein skulle få forløpa ned på papiret var det ikkje like lett å sjå til kva tid dei ulike aktørane skulle gjere kva aktivitetar. Det vart også tidleg klart at forløpa trong meir «knaing» og ikkje minst testing ute i den verkelege verda!



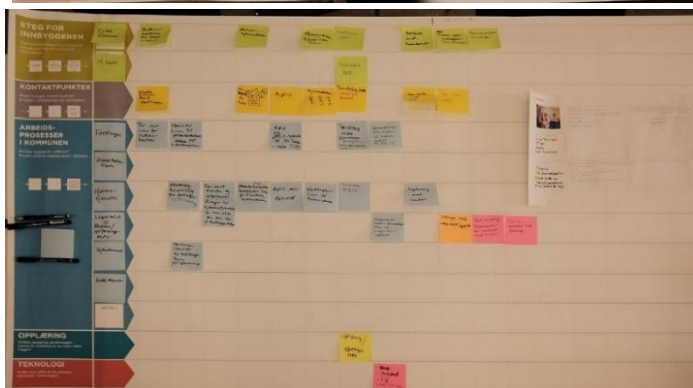
Figur 6 Workshop skapar engasjement og eigarskap!

I november 2018 hadde vi Workshop 2. Mykje dei same deltakarane frå kommunen og helseføretaket deltok. Mellom Workshop 2 og 3 fekk vi heimelekser- tre framtidige tenestereiser skulle i utgangspunktet bli til ei. I og med at aktørbiletet i forløpet til Trine og psykisk sjukdom var så detaljert og omfattande tok vi ei avgjersle om å fortsette det vidare arbeidet med to forløp- vi ville altså lage eit eige forløp for denne pasientgruppa med psykiske lidningar. Vi skulle også gjere om analoge papirscenarior til digitale tenestereiser. Gevinstoversikt, kostnadsoversikt og forankringsplan skulle også justerast etter Workshop 2.

Det vart veldig klart for prosjektet at omfanget av arbeid knytt til denne fasen av prosjektet var omfattande og detaljert. Engasjementet i Workshoppene var stort og produktivt, mellom dei tre Workshoppene var det ikkje like lett å samle aktørane og formidle ut- og få tilbakemelding. For pasientar med psykiske lidningar såg vi raskt at blueprinten av den framtidige tenesta hadde mange aktørar på ulike stadium i forløpet:



Blueprinta for KOLSen og for Line Danser hadde også mange aktørar involvert i tenesta, men dei var likevel enklare å revidere og meir oversiktlege:



Det vart gjennomført totalt 5 Workshops der alle aktuelle tenester i kommunen, fastlegar i Eid og Selje, Nordfjord sjukehus og Nordfjord psykiatrisenter var invitert og deltok i litt ulik grad. Tema for

desse arbeidsmøta var mellom anna fokus på *tenestereiser, tenesteforløp og brukarscenario- både dagens forløp og framtidig tenesteforløp*. Det var også arbeid med *interessentanalysar og forankringsarbeid, samt gevinstarbeid og rolle og ansvarsfordeling*.

## 4.2 Endringar i tenesteforløpa i løpet av prosjektperioden.

Tenesteforløpa har endra seg i prosjektperioden. Det tok ei god stund før vi fekk testa forløpa våre skikkeleg i og med at rekrutteringa av pasientar til prosjektet gjekk trått.

Vi har endra i takt med at vi har erfart at endring måtte til. Dei største endringane er knytte til tidleg fase i forløpet- det handla mest om kven som skal gjere kva- og til kva tid. Dette gjeld i stor grad samspel og fordeling av oppgåver mellom prosjektmedarbeidar, PHT-sjuepleiarar og overføring av pasient til Oppfølgingscenter etter testperioden.

Her har vi gått nokre rundar for å gjere overgang og vidare forløp så smidig som råd- for pasient og for dei involverte tenestene. Endringar og justeringar i forløpa har innverknad på rutinene knytt til oppfølginga av pasientane slik at ei endring ein stad får konsekvensar ein annan stad. Vi må ikkje misse av sikte det faktum at tenesta skal vere tilpassa pasientane sine behov- vi må syte for at pasientane får eit heilskapleg helsetilbod same kvar i forløpet dei er eller på kva helsenivå dei er.

## 4.3 Inklusjonskriterium / eksklusjonskriterium

Vi tok utgangspunkt i dei rammene som vart sett frå nasjonalt hald og i starten følgde vi dei konsekvent:

*«Målgruppen for avstandsoppfølging i denne rapporten er pasienter med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester, jfr. kapittel 2.2. Anbefalingen fra dagens utprøvningsprosjekter er å utvide inklusjonskriteriet utover enkeltdiagnoser og rette fokus mot pasienter med flere diagnoser der nedsatt funksjonsnivå er sentralt. Dette er i tråd med det valget som er gjort i den skotske nasjonale modellen»*

Rekrutteringa gjekk svært tregt, når vi endeleg fekk rekruttert den første pasienten i oktober 2019 vart dei sju første på rad rekrutterte til kontrollgruppa. Vi sat då med 7 pasientar i kontrollgruppa og ingen pasientar i tiltaksgruppa. Det var viktig for prosjektet å kome i gong og gleda var stor då første pasienten vart rekruttert inn i tiltaksgruppa. For å kompensere på lavt tal inkluderte pasientar gjorde vi rett og slett eit val om å «tøye» på rammene for inkludering av pasientar. Vi inkluderte og randomiserte dei som ønskte å delta og som fastlegane såg kunne ha nytte av digital heimeoppfølging. Noko seinare kom det ei presisering frå Helsedirektoratet knytt til kriteria for inklusjon til prosjektet. Det var framleis same målgruppene, men den enkelte si totale sjukdomsbyrd og ei presisering av fastlegen sin rolle knytt til inklusjon vart peika på:

*«Målgruppen for avstandsoppfølging er pasienter med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for valg av målgruppene er at det er høyere kostnader forbundet med helsetjenester og oppfølging til pasienter med stort behov for tjenester. Antakelsen er at avstandsoppfølging kan føre til bedre oppfølging på en mer kostnadseffektiv måte. Det som er viktig for inkludering er derfor den enkeltes sykdomsbyrde. Med det menes at sykdomsbyrden er på et visst nivå, og gir en samlet tyngde i behov for helsetjenester. Det kan være både sykehustjenester, fastlegetjenester og hjemmetjenester, samlet eller hver for seg. Det er til syvende og sist fastlegens vurdering og beslutning som gjelder for inklusjon»*

Etter at presiseringa kom, hadde fastlegane og PHT-sjuepleiarane ein ny listegjennomgang og det same hadde heimetenestene. Vi skjønte etter kvart at det ikkje var rammene som var utfordringa, men rett og slett ei lågare interesse for prosjektet enn vi hadde føresett.

I mai 2019 hadde vi ein Workshop på Nordfjordeid der tema var eigenbehandlingsplan for psykisk helse samt kva inklusjons- og eksklusjonskriterium vi skulle legge vekt på i høve til pasientar med psykiske lidingar.

Helsedirektoratet ved Jørgen Urnes, PA Consulting, Dignio AS, fastlegar, Nordfjord psykiatrisenter og medisinsk eining frå 2.linetenesta og kommunal eining for psykiatri og rus var med på

Workshoppen. Dei punkta som er lista opp nedanfor i punkt 4.5.1 var det resultatet vi sat att med etter ein dag der fagfolk drøfta kva pasientgrupper med psykisk sjukdom som kan inkludast, samt ei liste med faktorar som bør ligge til grunn for å ekskludere til deltaking prosjektet. Vi drøfta og utarbeidde også eit forslag til kva ein eigenbehandlingsplan for denne pasientgruppa bør innehalde, [sjå vedlegg 4.](#)

#### 4.4 Involvering av pasientane i utforming og utvikling av tenesta

Når ein skal utvikle nye tenester er det eit viktig prinsipp at pasientane skal involverast i alle ledd. Dette prinsippet har også vore utgangspunktet for prosjektarbeidet vårt. Vi starta arbeidet med involvering gjennom informasjonsmøte med pensjonistlaget, vi hadde også avtaler med andre lag og pasientorganisasjonar. Det første møtet med pensjonistlaget var interessant og lærerikt for oss i prosjektet. Mange av spørsmåla frå pensjonistane handla om personvern og ein grunnleggande skepsis knytt til den framtidige tenesta. Dei var usikre på kven som fekk tilgang til opplysningane om dei og kvar opplysningane vart lagra. Vi fekk også spørsmål om utforminga av utstyret og korleis det var lagt til rette for td svaksynte og menneske med leddplager og lav grad av finmotorikk i fingrar/hand.

Då pandemien kom i mars 2020- hadde vi endå ikkje fått involvert brukarrepresentant i prosjektgruppa. Dette var eit av måla med informasjonsmøte med dei ulike pasientorganisasjonane. Vi hadde også lagt planar for å kunne stå på stand og informere ved ulike arrangement i kommunen. Gjennom kontinuerleg dialog med våre pasientar og pårørande og brukarundersøkingane har likevel brukarrøysta vore sterk og retningsgjevande for utviklinga i prosjektet.

#### 4.5 Eigenbehandlingsplan som grunnlag for eigenmestring

Når det gjeld eigenbehandlingsplanar har vi for planane knytt til somatiske helseutfordringar og sjukdom "lånt" andre prosjekt (VIS) sine utarbeidde malar for eigenbehandlingsplan for ulike diagnosegrupper. Vi har endra målform til nynorsk, men elles gjorde vi i tidleg fase lite endringar. Eigenbehandlingsplan som verktøy var eit ukjent omgrep for oss i stor grad og vi hadde god nytte av dei andre prosjekta sin kunnskap og erfaring frå bruk i praksis.

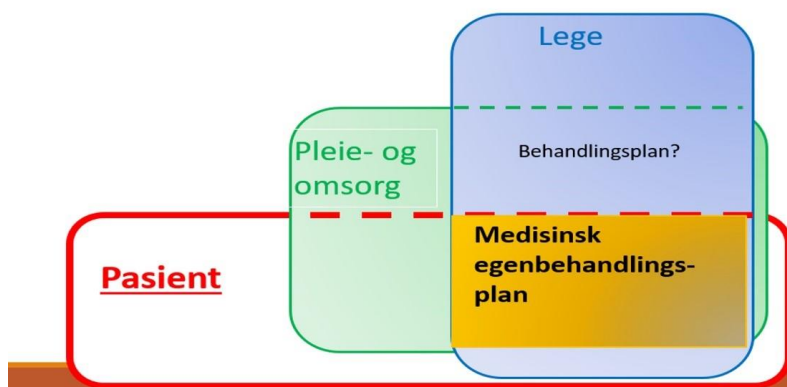
Fastlegane melde attende til oss i det lokale prosjektet at dei trong meir opplæring, særskilt i høve til terskelverdiar som skulle settast som parameter i oppfølginga av pasientane. Gjennom gode presiseringar frå prosjektet nasjonalt og ei betre omgrepsforståing vart dei første eigenbehandlingsplanane godkjende av fastlege og pasienten kunne gå frå test-periode til ordinær oppfølging frå Oppfølgingsssenteret. Det vart frå vårt prosjekt tidleg meldt attende til Helsedirektoratet eit behov for kursing av fastlegar i forståing og praktisk bruk av eigenbehandlingsplanar.

Dei første eigenbehandlingsplanane var i papirform og som var "digitalisert" på ein svært enkel måte med tekstgjengjeving i Dignio Prevent utan delingsmoglegheit.

Prosjektet leita også etter malar til eigenbehandlingsplan for psykisk helse. Vi fann ikkje noko konkret og hadde dette som tema i Workshop i mai 2019 som omtala tidlegare.

Utgangspunktet for dette arbeidet var at det skulle vere pasienten sitt verktøy, men at det måtte henge saman med andre planar knytt til oppfølging av helsa til pasientane. Jørgen Urnes hadde ein presentasjon i Workshop den 5.mai som vart viktig i det vidare arbeidet med mal for eigenbehandlingsplan for psykisk helse. Skissa ga ei forståing av omgrepet eigenbehandlingsplan og korleis vi kunne sjå den i samanheng med andre planar kring pasienten.





Figur 7 Ulike planar i helsetenestene, J.Urnes

Vi fekk nokre innleiande spørsmål som ga retning for Workshopen og som leia oss fram i arbeidet med rammene for både egenbehandlingsplanen retta mot psykisk helse og korleis vi kunne utvikle verktøyet vidare med tanke på utforming av digitale spørreskjema til pasientane i prosjektet:

## Egenbehandlingsplan –hverdagsmestring.

### Mer en metode enn produkt

- Beskriv hvilke pasientgrupper dere retter der mot?
- Utfordringer i utforming av egenbehandlingsplan?
- Pasientens målsetning?
- Spesifikke problemstillinger –hendelser å unngå
- På hvilken måte gjenspeiler planen en helhet?
- Medisinskfaglig ansvar?

Figur 8 Oppdrag i Workshop med tema egenbehandlingsplan, Nordfjordeid 05.05.19

Opplistinga nedanfor er produktet etter Workshopen på Nordfjordeid den 5.mai 2019. Vi har i ettertid brukt dette resultatet aktivt i utarbeidinga av egenbehandlingsplan og spørsmålssetta er brukt i oppfølginga av pasientane våre med psykisk sjukdom. Det er viktig å peike på at dette skal vere retningsgjevande og at det er pasienten sine ønskje i samarbeid med fastlege som skal vere målberande inn i planen.

#### 4.5.1 Kva skal verktøyet innehalde?

- Vi må spørje pasienten; «Kva er viktig for deg?»
- Viktig å starte med det generelle før ein tek det spesielle
- Viktig å avgrense mengda med spørsmål- kva er det viktigast å spørje om?
- Spørsmåla må tilpassast individuelt sjølv om ein i skjema har ein del basisspørsmål som gjeld «alle»
- Korleis ein spør /stiller spørsmåla er viktig
- Positiv vinkling
- Styrke meistringskjensla – ikkje bryte den ned
- Må kunne gjere seg nytte av informasjon og planar som er utarbeidde for gjeldande pasient av andre aktørar.
- HAD, MADRS, NORSE, PHQ9 - eksisterande verktøy må kunne nyttast, heilt eller delvis- i tilpassa form
- Viktig med avklaring av roller og ansvar
- Så få spørsmål ved sjølvrapportering som mogeleg, men tilstrekkeleg til å kunne fange eit evt. funksjonsfall

#### 4.5.2 Primærbehov (det generelle)

- Søvn- skalere
- Kosthald
- Matlyst, stor-liten
- ADL, daglege praktiske oppgåver og aktivitetar; aktiv/passiv?
- Dagleg aktivitet/å kome seg ut
- Hygiene
- Sosial kontakt, isolasjon eller overaktivitet? Snakka med nokon?
- Uro/utryggheit- skalere grad av
- Generelle spørsmål; korleis har du det i dag samanlikna med ein normalt god dag for deg? VAS 1-10

#### 4.5.3 Symptombildet; kan svare med ja/nei eller skalering VAS

- Depresjon(PHQ9)
- Angst, utrykk på seg sjølv eller omgjevnader
- Psykose
- Tankekøyr, stemmehøyring
- Medikament- inntak som ordinert?

#### 4.5.4 Meistringstrategiar/eigenbehandling

- Gå tur
- Ete regelmessig
- Seie ja til sosiale aktivitetar
- Tiltak ved 1-2-3 netter med lite/utan søvn
- Gjennomføre daglege praktiske oppgåver
- Dusje og stelle seg
- Ta medisin som ordinert og avtalt

#### 4.5.5 Kriseplan

- Behov for støtte/assistanse
- Eventuelt medikament
- Brukarstyrt plass

#### 4.5.6 Når du ikkje rapporterer som avtalt - korleis skal vi reagere ovafor deg?

- Tiltak 1
- Tiltak 2
- Tiltak 3

Vi sat også att med nokre spørsmål som vi måtte bruke litt lenger tid på å kunne svare ut:

- Kompetanse for oppfølging av denne pasientgruppa? Kan det ligge til eit oppfølgingscenter for avstandsoppfølging eller burde desse pasientane følgjast opp av psykisk helseteneste i kommunen?
- Kva skil denne brukargruppa frå dei med somatisk sjukdom knytt til oppfølging, frekvens, kva er viktig å legge vekt på?
- Er det nok med opningstider på virkedagar måndag til fredag opp mot denne brukargruppa?
- 

### 4.6 Oppfølging av pasientar i digital heimeoppfølging - organisering og kompetanse.

Oppfølgingstenesta i dette prosjektet er plassert på Nordfjord sjukehus og i eininga for Interkommunale helsetenester. Det er den Interkommunale legevakta i Nordfjord og

Øyeblikkeleg Hjelp Døgneining som har ansvar for å våke over målingar og å ha løpande dialog med pasientane i prosjektet. Målet for oppfølgingstenesta er å rettleie og følge opp pasientar på ein helsefremmande måte som bidrar til meistring.

For prosjektet har det vore viktig at vi nyttar og bygger vidare på eksisterande kunnskap og organisering i kommunen. Prosjektleiinga konkluderte med at kompetansen og fagkunnskapen hos tilsette i legevakt og ØHD kan nyttast i eit oppfølgingssenter for avstandsoppfølgingsprosjektet. Fleire av henvendingane til legevakta kom allereie frå ein del av dei pasientgruppene som kunne bli ein del av den framtidige piloten.

Eid kommune som vertskommune for legevakt og ØHD gjekk i dialog med samarbeidskommunane og ba om løyve til å bruke legevakt og ØHD i prosjektet og fekk godkjenning for dette. I starten hadde vi 24/7 teneste for pasientane i prosjektet. På dagtid måndag til fredag var det sjukepleiar på legevakt som hadde oppfølgingsansvar. På kveld, natt og helg var ansvaret lagt til sjukepleiar på ØHD. Tanken var at dei fleste målingane skulle gjerast av pasientane på dagtid måndag til fredag, men for at pasientane skulle føle seg trygge tok vi også imot målingar på kveld, natt og helg og var tilgjengelege for pasientane om dei tok kontakt via melding eller pr telefon.

Ved problem med utstyr eller utføring av målingar på kveld/natt som ikkje kan vente til dagen etter, kan ØHD/NLV ta kontakt med Heimesjukepleietenesta for hjelp til å oppsøke pasient. Instansane kan då kome til semje om den beste måten å løyse situasjonen på.

Vi arbeidde mykje med rutine knytt til oppfølginga og hadde hyppige revisjonar når vi såg at kart og terreng ikkje stemde. Rutinane regulerte kven som skulle gjere kva, til kva tid- og på kva måte dei ulike aktørane skulle samhandle om pasientane. Her var sjukepleiarane i Oppfølgingstenesta flinke å ta kontakt med prosjektet slik at vi raskt kunne tilpasse rutinar og arbeidsprosessar.

Ved evaluering av oppfølgingstenesta i november 2020 fekk vi sett ein fot i bakken og drøfta utviklinga av oppfølgingstenesta fram til då. Sjukepleiarane hadde mange konstruktive tilbakemeldingar som var viktige for å justere og «tune» inn arbeidet i det vidare. Dei hadde også med seg tilbakemeldingar som dei hadde fått frå pasientane i prosjektet.

Tilbakemeldingane handla om kommunikasjonen mellom aktørane i prosjektet, særleg etter at Covid vart ein del av kvardagen- det var til tider vanskeleg å få kontakt med PHT sjukepleiarane og prosjektmedarbeidar.

Tilbakemeldingane handla om måleverdiar og hyppigheita av målingar i grøn kontra gul og raud sone- ein del pasientar vart stressa av **å skulle gjennomføre mange målingar**. Ein del pasientar svarte ut spørjeskjema seint på kvelden. Om der var ting som måtte følgjast opp vart det i seinaste laget om andre aktørar skulle kontaktast.

Det var også klare tilbakemeldingar frå pasientane at det var så mange tilsette som følgde dei opp- det var spesielt vanskeleg for pasientar med psykisk sjukdom at det ikkje var den same som svarte «i andre enden».

Det vart meldt at dei på Oppfølgingssenteret trong meir informasjon om pasientane og at ein ved overføring måtte lage eit godt samandrag som inneheldt den viktigaste informasjonen om den enkelte pasienten, også informasjon om pårørande og livssituasjonen til pasientane- om dei bur åleine eller saman med nokon.

Dei etterlyste også hyppigare møter mellom PHT/prosjektmedarbeidar og Oppfølgingsenteret og at ein før overføring av pasient til Oppfølgingsenteret må gjennomføre ein overføringssamtale for å sikre god oppfølging. Desse møta har vore gjennomført heile tida, men dei ønskte eit større fokus enn berre diagnose og eigenbehandlingsplan. Det er viktig for dei å få eit eigarskap til både pasient og eigenbehandlingsplanen- så god gjennomgang av pasientinformasjon og planen skal vere agenda på alle overføringssamtalar.

Ved oppgradering av Dignio og ny funksjonalitet var tilbakemeldinga at dei trong meir og betre opplæring og at brukarmanualane måtte tilpassast ny funksjonalitet raskare.



Ei anna klar tilbakemelding frå Oppfølgingsenteret var opningstidene og at vi hadde 24/7 oppfølging. Dei meinte at det ikkje var naudsynt med oppfølging heile døgnet på bakgrunn av dei erfaringane dei hadde gjort seg.

Etter evalueringsmøtet vart opningstidene til Oppfølgingsenteret endra frå 24/7 til at målingar og oppfølging skal skje på dagtid kvardagar mellom 08.00 og 15.00. Alle pasientane fekk informasjon om endringane. Rutinar og arbeidsmåte vart justert og endra i samsvar med mange av tilbakemeldingane frå Oppfølgingstenesta.

Korleis oppfølgingstenesta skal organiserast i framtida er endå noko usikkert. Vi er i dialog med samarbeidskommunane i høve oppfølging av målingar på legevakt og ØHD, men har pr. tid ikkje fått klare tilbakemeldingar.

I prosjektet drøftar vi alternative løysingar som ein del av det forlenga prosjektet fram mot årsskiftet 2021-2022.

#### 4.7 Erfaring med fastlegen sin rolle og ansvar i tenesteforløp med PHT

I og med at kommunen også hadde Primærhelseteam-pilot var det viktig at DHO prosjektet vart tilpassa og tuna inn mot PHT prosjektet sine rutinar og arbeidsmåtar. PHT prosjektet hadde laga rutinar og arbeidsprosessar som regulerte mange tilhøve som DHO prosjektet skulle bli ein del av. Fastlegane si rolle inn DHO-prosjektet var presisert og framheva i rammene for prosjektet med bakgrunn i dei erfaringane det første prosjektet hadde gjort seg knytt til fastlegen sin rolle i ei framtidig teneste:

*«Fastlegen har en sentral rolle i utprøvingen som den som har det "siste ordet" i vurderingen av om avstandsoppfølging er faglig forsvarlig for pasienten. Vurderingen av behov for oppfølging og utforming av planen for hva som skal følges opp når og av hvem, skal foregå som en tverrfaglig vurdering sammen med pasienten, fastlegen og andre relevante aktører i helsetjenesten»<sup>5</sup>*

Det var viktig for DHO å treffe fastlegen i eksisterande møter og avtaler som PHT allereie hadde med fastlegane- vi skulle ikkje opprette nye møtepunkt, men samordne ut frå det som var etablert. PHT sjukepleiarane våre vart viktige nav i hjulet i samspelet med fastlegane for å legge til rette for at det vart gjort faglege og medisinske vurderingar i arbeidet med eigenbehandlingsplanane til pasientane- og til slutt godkjenne eigenbehandlingsplanen til pasienten i eit tverrfagleg møte.

I utarbeiding av dei første eigenbehandlingsplanane kom det tilbakemeldingar frå fastlegane om at dei fann det vanskeleg og utfordrande å sette grenseverdiar knytt til pasientane sine målingar og at dei ønskte meir opplæring og bistand. I og med at vi kom så seint i gong med rekrutteringa av pasientar gjekk ei tid før vi fekk godkjent den første eigenbehandlingsplanen. Vi har gjennom arbeidet med pasientforløpet tatt utgangspunkt i samarbeidet med PHT prosjektet og koordinert ut frå samspelet med fastlege og PHT sjukepleiarane.

Pandemien sette raskt det gode samspelet på vent. PHT sjukepleiarane fekk tidleg i pandemien oppdrag i luftvegsklinikk og anna Covidretta arbeid. Vi merka at det viktige bindeleddet mellom DHO og fastlegane ikkje hadde like god tid til prosjektretta arbeid. Dei faste møta mellom PHT og fastlegane vart fasa ut på grunn av pandemien. Prosjektmedarbeidar tok over ein del av oppgåvene som PHT hadde utført, men vi merka raskt at med to dagar i veka på arbeid vart det vanskeleg å klare å få innpass med fastlegane dei dagane prosjektmedarbeidar var på arbeid. Ferdigstilling av ein del eigenbehandlingsplanar vart med det utsett i lengre periodar og pasientane sine test og opplæringsperiodar før overføring til Oppfølgingsenteret vart lange.

Grunna lågt tal pasientar i prosjektet har fastlegane ikkje fått brukt nok tid til eigenbehandlingsplanar- dette er også noko dei har meldt tilbake til prosjektet. På Emnekurset for fastlegar var eigenbehandlingsplan ein del av programmet. Fastlegane fekk ein gjennomgang

---

<sup>5</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppsummering-underveis-om-utproving-av-medisinsk-avstandsoppfolging-i-primaerhelsetjenesten/Oppsummering%20underveis%20-%20om%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging%20%20prim%C3%A6rhelsetjenesten.pdf> /attachment/inline/f86687a9-a12e-477a-8afd-5acde6e6dff8-f7d8838549437a9006b8bc6178b0f4fa10a982f9/Oppsummering%20underveis%20-%20om%20utpr%C3%B8ving%20av%20medisinsk%20avstandsoppf%C3%B8lging%20%20prim%C3%A6rhelsetjenesten.pdf

av «Veilederen for Egenbehandlingsplan» og har i ettertid kome med tilbakemeldingar om at innhaldet var sær s bra og klargjerande for dei som fastlegar.

#### 4.8 Samarbeid mellom aktørane med særleg vekt på helseføretaket sin rolle

Dei fleste av dei viktigaste aktørane i dette prosjektet har som tidlegare nemnt vore ein del av den overordna prosjektgruppa slik at kommunikasjonslinene har vore etablerte og fungert godt i heile prosjektet.

##### 4.8.1 Samarbeid med sjukehuset

Helse Førde representert gjennom Medisinsk avdeling på Nordfjord sjukehus og Nordfjord psykiatrisenter har skrivne under intensjonsavtale og seinare samarbeidsavtale med prosjektet. Vi har hatt fleire informasjonsmøte med legane både på medisinsk sengepost og med legane på Nordfjord psykiatrisenter. Dei har også fått brosjyrar og anna skrifteleg informasjon om DHO. Samarbeidet og dialogen har vore god heile tida og vi har arbeidd mot det målet at det også skulle rekrutterast pasientar frå desse einingane i helseføretaket. Vi har laga felles rutinar knytt til dialog om aktuelle pasientar og kven som gjer kva- til kva tid. Vi har hatt avtaler om faste telefonsamtaler ein gong pr veke for å høyre om dei har pasientar som kan passe til å prøve ut digital heimeoppfølging. Vi har ikkje lukkast med å rekruttere frå sjukehuset eller NPS, men vi har fått innspel om pasientar som av ulike årsaker ikkje har kunne delteke.

Ein del av den forlenga planen vår fram mot 2022 er å ha tettare dialog med leiinga i helseføretaket. Dei er framleis veldig interesserte i å få dette til å fungere og ber oss om å samarbeide om dette i lag med dei denne perioden. Viktig å finne ein framgangsmåte som gjer at dei ikkje berre finn aktuelle kandidatar, men også at vi er einige om korleis vi kjem i dialog om desse pasientane. Vi må i fellesskap sjå på dei rutinane vi har og forbetre desse ut frå innspel, kommunikasjon og samarbeid. Fastlegane har kome med innspel i seinare tid om felles møtepunkt med legane i spesialisthelsetenesta- dette er noko av det vi skal arbeide meir med etter sommarferien. Fastlegane har spelt inn at dette kan vere med på å betre tenestetilbodet til innbyggjarane og målet om saumlause tenester mellom ulike helsenivå.

##### 4.8.2 Samarbeidet mellom prosjekta DHO og PHT og fastlegane i Stad kommune.

Dei to prosjekta har samarbeidd tett. Vi har hatt hyppige fellesmøte, i starten kvar veke, seinare i prosjektfasen noko sjeldnare. Primærhelseteamet sine sjukepleiarar har vore sentrale i arbeidet med å gje informasjon til -og å randomisere aktuelle deltakarar - til avstandsoppfølgingsprosjektet. Dei har rekruttert inn pasientar som dei gjennom PHT arbeidet har sett kunne passe til Digital heimeoppfølging og har i stor grad vore vårt knutepunkt inn mot fastlegane som dei har hatt faste møter med i PHT prosjektet.

PHT-sjukepleiarane føl opp ein del av pasientane i DHO prosjektet før dei vert flytta over til Oppfølgingsenteret- og dei utarbeider forslag til eigenbehandlingsplan for dei pasientane dei har hatt ansvar for:

- dei er med på tverrfagleg møte med pasienten, fastlege og andre aktørar.
- dei har også eigne møter med pasientane for å kartlegge eller på andre måtar legge til rette for god oppfølging av pasienten.

Dette har gitt ein betre kontinuitet i oppfølging av sårbare pasientar og har etablert ein betre samhandlingsarena for å kunne gje pasientar heilskaplege tenester med forankring i fastlegetenesta. Det er eit mål at ei styrka legeteneste vil kunne førebygge omfattande tiltak i pleie- og omsorgstenestene- (primærhelseteamprosjektet) gjennom ei auka felles forståing av korleis ein tenkjer tenestetildeling i kommunen i framtida.

Gjennom det tette samarbeidet har vi erfart at råd og rettleiing frå primærhelsetenesta/forsterka fastlegeteneste før søknad om tenester kan gi større grad av eigenmestring i eigen heim. Samarbeidet

mellom PHT og DHO eit godt fundament for å gi pasientane ein betre kunnskap om eiga helse og ei styrka eigenmestring gjennom bruk av digital heimeoppfølging.

Koronapandemien har vanskeleggjort den gode flyten i samarbeidet vi hadde mellom prosjekta. I tidleg fase i Koronapandemien vart PHT-sjukepleiarane fasa inn på Covidretta arbeid på mellom anna Luftvegsklinikken. Kontinuiteten i prosjektet har vore redusert, og mykje arbeid har blitt sett på vent denne perioden. Vi har likevel i noko grad klart å halde kontinuitet opp mot fastlegane og primærhelseteamsjukepleiarane i arbeidet mot våre felles pasientar gjennom pandemien.

Ved første revisjon av tenesteforløpet var ein viktig aktivitet å knyte PHT-sjukepleiarane til fleire av oppgåvene i pasientforløpa våre. Både som direkte utøvarar og som eit viktig bindeledd mot fastlegane.

Samstundes drøfta vi inngåande fastlegen sin rolle og involveringstidspunkt på Emnekurset for fastlegar som vart halde på Nordfjordeid 2. og 3. juni 2021. Den klare tilbakemeldinga er at fastlegane heilt klart vil involverast i både kartlegging og ferdigstilling av eigenbehandlingsplanane til pasientane deira. Nokre vil vere tett på heile prosessen, medan andre vil informerast om aktuell pasient i form av ei PLO-melding. Denne kan dei svare raskt på om dei meiner det ikkje er tilrådeleg at pasienten skal ha digital heimeoppfølging. Fastlegane sit på kunnskap om pasientane sine som kanskje ikkje nokon andre har. Tverrfagleg møte var alle samde om var eit viktig møtepunkt for ferdigstilling av eigenbehandlingsplan og overføring til Oppfølgingscenteret for vidare oppfølging der. Fastlegane kom også med klare tilbakemeldingar på at dei ønskjer faste statusmøter med begge prosjekta der ein kan drøfte pasientane sine målingar og evt. endring i oppfølginga med dei andre fastlegane og prosjekta.

#### 4.9 Vurdering av kostnader og berekraft i tenesta

Vi i Stad har som mål at prosjektet skal kome over i ordinær drift. Det vil her vere viktig å gjere vurderingar knytt til ulike modellar for overgangen til drift.

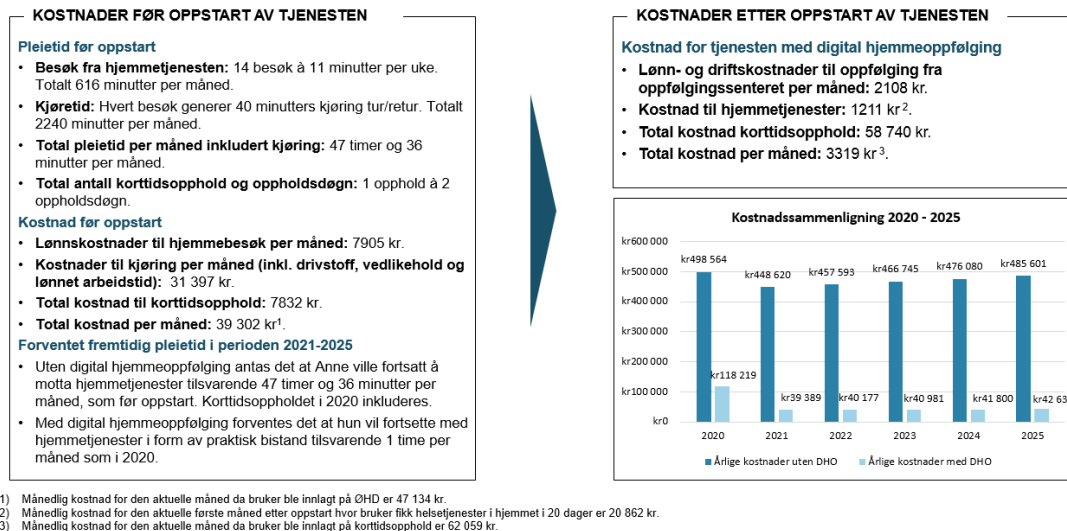
- Korleis kan vi bygge ei robust teneste som er tufta på- og heng saman med dei tenestene vi har i dag?
- Kva målgrupper skal tenesta inkludere etter driftsstart?
- Alle- eller nokre få utvalde? Oppfølgingscenter- som i dag eller i ei anna form?

For å få svara ut nokre av desse spørsmåla på ein god måte har prosjektet søkt om å få utvida perioden med bruk av prosjektmidlar fram til årsskiftet 2022. Vi har laga ein plan knytt til område vi treng bruke litt meir tid på for å sikre overgangen til drift, jf. [vedlegg 5](#).

Få av dei inkluderte pasientane har hatt heimetenester og det har difor vore utfordrande å gjere gode økonomiske vurderingar knytt til denne tenesta. Med hjelp frå PA Consulting har vi laga brukarcase der moglege økonomiske gevinstar er analysert. I arbeidet med case for pasient med KOLS klarte ein å synleggjere ei viss grad av økonomisk innsparing.

Det er særst viktig for det vidare arbeidet å kunne synleggjere ei framskriving av tenkte kostnader/innsparingar slik at det ikkje berre vert ein visjon av noko ein ikkje kan dokumentere med handfaste bevis- om enn vage.

## Kostnader før og etter oppstart av tjenesten



Figur 9 Utkast av pasientcase med fokus på kostnader før og etter oppstart av DHO

Med tanke på overgang til drift er det viktig for prosjektet å vise at DHO kan føre til ein betra og meir effektiv ressursutnytting i dei kommunale helse og omsorgstenestene som ei heilheit og ikkje berre i heimetenestene. DHO er i utgangspunktet ikkje berre ei rein erstatning for eksisterande teneste, men skal vere ei teneste som underbyggjer pasienten si mestringssevne og innsikt i eiga helse på- på alle helsenivå.

Ei innsparing må handle om unngått tid brukt til køying, utgifter til drivstoff og tidsbruk knytt faktisk tenesteyting med det mål å kunne nytte tida til dei sjukaste og mest pleietrengande av pasientane. Vi har tal som kan jobbast vidare med for å kunne vise innsparing når vi får fleire pasientar med som har kommunale tenester i større grad enn dei som deltek pr. i dag. Døme:

- Tal køyrde kilometer pr år, heimeteneste: ca. 450 000 km
- Utgifter til drivstoff pr år, heimeteneste: ca. 300 000 kr

I Stad kommune vil det vere heilt avgjerande å tenke førebygging for å utsette behov for andre helsetenester. Som nemnt tidlegare er det også viktig at ein i tildelingsteamet gjer faglege vurderingar knytt til kva type teneste søkjarane skal få tilbod om. Det førande prinsippet er at velferdsteknologi og digital heimeoppfølging skal settast inn før teneste med stor grad av fysisk oppmøte der det er tenleg.

I fortsettinga blir det viktig å halde fokus på å synleggjere gevinstar og kunne vise til døme som gjer det lettare å forsvare overgang til drift etter at prosjektet er slutt. Her må dei ulike tiltaka sjåast i samanheng med dei økonomiske investeringane og dei ulike utgiftene som ei framtidig teneste og overgang til drift vil krevje. Dei framtidige gevinstane vert kanskje overskygga av den økonomiske pukkelen og av at dei ligg så langt framme i tid at ein ikkje klarar gjere gode nok vurderingar på om tenesta er økonomisk berekraftig. Likevel er det viktig at ein ikkje misser av syne det faktum av skal ein digitalisere og utvikle nye berekraftige tenester så krev det økonomiske og ressursmessige investeringar for å kunne hente ut gevinstar og erfare nytte- både på kort og lengre sikt. Kommunen må investere både i teknologi og i dei tilsette. Teknisk utstyr har ei viss levetid, det same har kunnskap- kunnskap er ferskvare og må fornyast med jamne mellomrom.

Det berande prinsippet i den framtidige tenesta skal tuftast på dei same prinsippa som prosjektet har vore tufta på: vi skal nyttiggjere oss av den kompetansen som personalet har- vi skal heve

kompetansen når det er naudsynt. Vi har ressursjukepleiarar med kompetanse på mange felt. Å få tenesta integrert i eksisterande teneste betyr for oss å ikkje å bygge noko heilt nytt, men å bruke det vi har og supplere der vi treng for å bygge ei framtidsretta, berekraftig og kompetent teneste.

#### 4.10 Fordelar og ulemper med vår måte å organisere på.

Vi har bygd ein liten prosjektorganisasjon der dei mest sentrale aktørane i prosjektet er medlemmar i prosjektgruppa. Vi har fast møter med jamne mellomrom og kommunikasjonslinjene er tydelege. Det er lett å nå kvarandre om det er naudsynt med avklaringar utanom dei oppsette møtepunkta.

Vi har erfart at vi også er sårbare ved sjukdom og anna fråvære. Vi er få med spesifikke oppgåver og ansvar, når nokon er vekke merkar vi det raskt. Etter at Covid vart ein del av arbeidsdagen ser vi også at dette påverkar oss.

Vi må vere merksame på at kunnskap om tenesta, organisering og pasientretta arbeid må fleire ha slik at ein kan steppe inn og løyse naudsynte oppgåver ved fråvære.

Eit særskilt viktig tiltak for prosjektet var å tilsette prosjektmedarbeidaren. Dette skulle eigentleg har vore gjort tidlegare i prosjektet- ser vi i ettertid. Ho har saman med PHT sjukepleiarane hatt oversikt over pasientane og aktivitetane i tenesteforløpa, arbeidsprosessar, rutinar og opplæring av pasientane og tilsette. Ho har også hatt hovudansvar for driftsdialog med leverandør av system og måleutstyret vårt.

## 5 Måloppnåing / gevinstar

Det er forventa at prosjektet gjennom utprøvinga klarar å måle oppnåing av mål 1 «Bedre fysisk og psykisk helse» og mål 2 «Bedre pasientopplevelse». Når det gjeld mål 3, «Lavere kostnad for helsetjenesten», forventar prosjektet via ei samfunnsøkonomisk analyse å få ein indikasjon på måloppnåing, men ikkje å kunne hente statistisk signifikante svar, heiter det i rettleiaren til prosjektet.

Dette har vore den overordna rettesnora i arbeidet med mål og forventa effektar.

### 5.1 Resultatmål for prosjektet i Stad kommune etter tre år

- at prosjektet har eit grunnlag for å kunne skildre inklusjons- og eksklusjonskriterium
- at prosjektet har ført til felles metodikk for pasientforløp for målgruppa i både 1. og 2. linetenesta
- at prosjektet har testa ut og kvalitetssikra metodikk, verktøy og konkrete pasientforløp.

### 5.2 Delmål

- Prosjektet hadde eit overordna måltal for rekruttering til prosjektet var 40 i pasientar fordelt på 6 fastlegar. 20 i kontrollgruppa og 20 i tiltaksgruppa.
- Vi ønskte å redusere tal henvendingar til fastlege og legevakt, samt andre aktørar som NAV, barnevernsteneste
- Redusere tal innleggingar sjukehus, ØHD
- Auka grad av samhandling mellom helsenivåa
- Redusere tildelte helsetenester i heimen
- Auka kunnskap om eiga helse- gir auka grad av eigenmestring og tryggleik gjennom betre symptom- og sjukdomskontroll
- Fange opp forverring i helsetilstand raskt
- Auka livskvalitet
- Lågare transportkostnadar

### 5.3 Kva har vi lukkast med- i kva grad er måla for prosjektet nådde?

MÅL	GRAD AV MÅLOPPNÅING	EVT AKTIVITET
Prosjektet har eit grunnlag for å kunne skildre inklusjons- og eksklusjonskriterium	Her har det vore jobba godt og vi ser at arbeidet knytt inklusjons- og eksklusjonskriteria for psykisk sjukdom og eigenbehandlingsplan har gitt oss gode rammer og verktøy. På grunn av vanskar med rekruttering av pasientar har vi tøyra rammene for inklusjon noko.	Treng å jobbe meir mot pasientar med psykiske lidningar, treng meir erfaring med verktøyet. Ein del av planen fram mot 2022.
Prosjektet har ført til felles metodikk for pasientforløp for målgruppa i både 1. og 2. linetenesta	Det teoretiske grunnlaget er vi samde om, vi treng å operasjonalisere felles teori og få meir praktisk erfaring.	Ein del av planen fram mot 2022.
Prosjektet har testa ut og kvalitetssikra metodikk, verktøy og konkrete pasientforløp.	I den grad vi har fått praktisk erfaring har vi også evaluert og endra i samsvar med ny kunnskap.	Meir erfaring vil gi ny kunnskap og krevje endring i arbeidsmåtar og rutinar- ein kontinuerleg prosess.
Prosjektet hadde eit overordna måltal for rekruttering til prosjektet var 40 i pasientar fordelt på 6 fastlegar. 20 i kontrollgruppa og 20 i tiltaksgruppa.	Måltalet for rekruttering av pasientar til prosjektet er totalt sett ikkje nådd. Vi kom seint i gong med rekruttering av pasientar og rekrutteringa gjekk trått. Vi gjekk breidt ut og rekrutterte pasientar med ulike diagnosar og utfordringar- det positive er at vi har fått testa ulike typar måleutstyr og har fått erfaring med ulike pasientgrupper i digital heimeoppfølging.	Rekrutterte fleire pasientar til dømes frå medisinsk avdeling og medisinsk poliklinikk. Ein del av planen fram mot 2022.
Vi ønskte å redusere tal henvendingar til fastlege og legevakt, samt andre aktørar som NAV, barnevernsteneste	Vi har ikkje noko tal eller anna datagrunnlag som kan beskrive grad av måloppnåing for dette målet. I brukarundersøkingane svarar 4 av 10 av pasientane i 2020 at DHO ikkje har medført færre besøk hos fastlege. I 2021 svarar 7 av 12 at DHO ikkje har medført til å redusere tal besøk hos fastlege.	
Redusere tal innleggingar sjukehus, ØHD	Vi har ikkje noko tal eller anna datagrunnlag som kan beskrive grad av måloppnåing for dette målet. <i>Få av pasientane i DHO har andre kommunale tenester og vi har ikkje historisk informasjon om innlegging i sjukehus eller ØHD.</i> I brukarundersøkinga for 2020 svar 8 av 10 at dei ikkje trur at DHO har påverka tal innlegging i sjukehus. I 2021 svarar 7 av 12 at dei ikkje trur DHO har påverka tal innleggingar i sjukehus. 1 av 12 svara at vedkomande meiner at DHO har ført til ei auka i tal innleggingar på sjukehus.	
Auka grad av samhandling mellom helsenivåa	Prosjektet sine føringar har ført til ei auka grad av samhandling i dialog mellom kommunen og spesialisthelsetenesta. Vi har jamne møter og har faste kontaktpunkt i løpet av veka. Dialog om felles pasientar har det likevel ikkje vore mykje av i prosjektperioden. Dette er ein del av det arbeidet som fortset etter sommarferien, mellom anna ift fellesmøte mellom fastlegane og legane på Nordfjord sjukehus.	Ein del av planen fram mot 2022.
Auka kunnskap om eiga helse- gir auka grad av eigenmestring og tryggleik	Gjennom brukarundersøkingane kjem det fram at pasientane kjenner ei auka grad av trygghet etter at dei vart med i pilotprosjektet.	Ny brukarundersøking på slutten av 2021

gjennom betre symptom- og sjukdomskontroll	<p>I den første spørjeundersøking svara 4 av 10 at DHO i liten grad har gitt dei auka kunnskap om eiga helse.</p> <p>I undersøking nummer to svarar 6 av 10 at DHO har «auka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar», 4 svarar at det ikkje har auka kunnskapen og/eller forståinga deira av helseutfordringar.</p> <p>I undersøking nummer tre svara 7 av 12 at DHO ikkje har auka kunnskapen deira om eiga helse/helseutfordringar.</p>	
Fange opp forverring i helsetilstand raskt	Vi har hatt konkret erfaring med at forverring av helsetilstand er fanga opp av målingar sendt til Oppfølgingscenteret og at ein har hatt nytte av eigenbehandlingsplan som eit verktøy i behandling av pasienten.	
Auka livskvalitet	<p><b>Fysisk helse</b></p> <p>I den andre spørjeundersøkinga svarar 2 av 10 at helse deira er betra grunna DHO.</p> <p>I undersøking nummer tre svarar 8 av 12 at DHO har betra helsa deira.</p> <p><b>Livsglede</b></p> <p>I undersøking nummer to svara 4 av 10 at deira livsglede er betra grunna deltaking i DHO</p> <p>I undersøking nummer tre svarar 9 av 12 at DHO har betra livsglede deira.</p>	
Lågare transportkostnader	Få av pasientane i prosjektet har andre kommunale tenester. Gjennom arbeidet med pasientcasa klarte ein likevel å vise at det er mogleg med økonomisk innsparingar knytt til transportkostnader, sjå <a href="#">vedlegg 5</a> .	Dette må jobbast mykje meir med slik at vi kan kome med reelle tal knytt til moglege framtidige økonomiske innsparingar.

### 5.3.1 For 2019 ser oppsummeringa av gjennomføringa knytt til fokusområda slik ut:

Månad	Milepælar/aktivitetar	Kommentar	Måloppnåing ved overgang til 2020
Januar - desember	Forankring	Det har vore arbeid godt med dette gjennom heile året. Status pr 31.12.19: forankring på leiarnivå er god, forankringa er nok ikkje like god ute i tenestene. Må arbeidast meir med.	God- må jobbast meir med
Januar - desember	Ressurssituasjon	Det har vore ei utfordring for prosjektet heile året å få bruke tida godt nok i prosjektet. Vi har vore i kommunereform og sentrale personar i prosjektet har vore tett knytt til reformarbeidet. Vi tilsette prosjektmedarbeidar- eit godt tiltak som har gitt god utteljing.	God

Januar - desember	Tenesteforløp	Vi har laga tenesteforløp for både KOLS og for personar med psykisk lidningar. Første del av året var dette i stor grad ein teoretisk øving då det gjekk lang tid(okt) før vi fekk rekruttert pasientar. Erfaring frå praksis er ei rettesnor og vi endrar forløpa ut frå behovet i tenestene- då særskilt oppfølgingstenesta.	God
Januar - desember	Anskaffing av utstyr	Anskaffing av utstyr var ein særskilt krevjande prosess for prosjektet. All tilgjengeleg til for prosjektleiar gjekk med til dette arbeidet. Avtale med Dignio vart signert 07.05.2019. Opplæring gjennomført i juni 2019	God
Januar - desember	Eigebehandlingsplan psykisk helse	Workshop i mai 2019 Utforma utkast til eigenbehandlingsplan ut frå Workshop. EBP har vore på høyring hos pasientar i psykisk helseteam i kommunen	God
Januar - desember	Rekruttering av brukarar	Vi kom seint i gong med rekruttering av pasientar. Den første i oktober 2019. Vi nådde likevel målet vårt om å ha rekruttert 10 pasientar til jul/årsskiftet 2019.	God

For året 2020 vart mange av planane våre endra eller stogga på grunn av Koronapandemien. Vi har ikkje kunne gjennomføre informasjonsmøte mot pasientorganisasjonane og andre planlagde informasjonstiltak grunna restriksjonane.

Som nemnt tidlegare har vi merka godt at pandemien har medført endra arbeidsoppgåver for nøkkelpersonar i prosjektet noko som har sett ned tempoet og gjennomføringsevna i prosjektet.

I september 2020 hadde vi eit oppsummeringsmøte med Helsedirektoratet for å kartlegge og synleggjere gevinstar og døme som gjer det lettare å forsvare overgang til drift etter prosjektets slutt. Det vart peika på at dei ulike tiltaka må sjåast i samanheng i ei framtidig helseteneste.

### 5.3.2 Oppsummering av møte med Helsedirektoratet i september 2020 og status på dei tiltaka som skal følgjast opp og jobbast med i slutføringa av prosjektet :

Oppsummering frå møtet september 2020	Status og aktivitet
«Erfaringene i Stad tilsier at tjenesten oppleves nyttig for flere av brukerne, og oppslaget i StadMag i sommer viste dette tydelig. Kommunen snakket mye om DHO og opplever at de har en tjenlig løsning i dag. De ønsker å få flere pasienter. Spørsmålet er volumet fremover».	Vi må fortsette å rekruttere inn pasientar til prosjektet. Fleire av aktivitetane som ligg i planen fram mot 2022 handlar om å samhandle betre med våre samhandlingspartar, lære opp og betre kommunikasjonslinene slik at også helseføretaket kan rekruttere inn pasientar. I planane mot 2022 har vi konkrete planar om å skape møtearenaer mellom fastlegar og legar i helseføretak, lvi skal lage ein konkret arbeidsprosess som koplar prosjektet på når helseføretaket varslar om aktuelle kandidatar til DHO. Vi må arbeide tett saman for å sikre at vi har felles teknologi gjennom heile pasientforløpet og sikre at pasientane opplever saumlause tenester på alle nivå.



<p>Prosjektet i Stad <i>ønsker å tenke forebygging for å utsette behov for andre helsetjenester.</i> Med tanke på pasientene som pr i dag har hjemmesykepleie opplever sykepleierne i hjemmetjenesten at pasientene er for dårlige til å være kandidater til DHO.</p>	<p>For prosjektet vårt har det vore ei uventa positiv erfaring å ta inn pasientar med til dømes vektproblematikk og å sette oppfølginga i system. Tilbakemeldingane frå denne pasientgruppa er positive og dei meiner at det er lettare å følge planlagde aktivitetar når dei skal kvittere for at dei har utført aktivitetane sine som ligg i eigenbehandlingsplan og i avtalte oppfølgingsspørsmål.</p>
<p>Stad har et formål med at prosjektet skal komme over i drift. <i>Med tanke på overgang til drift er det viktig for prosjektene å vise at DHO også fører til effektiv ressursutnyttelse i de kommunale helse og omsorgstjenestene.</i> Helseledelse har avtalt med de øvrige prosjektene at PA skal bidra til å utarbeide konkrete pasientcase som viser problemstilling og effekter av DHO. Her kan PA bidra med hjelp til å utarbeide egne case, i tillegg til å dele eksempler fra de andre til inspirasjon. Stad ønsker gjerne pasientcase rekruttert fra leger og fra sykehuset. Pasientcase fra hjemmetjenesten kan også bidra til å se nye muligheter.»</p>	<p>Arbeidet med pasientcasa var lærerikt og spennande. Dei ferdige casa gir ein god oversikt over dei ulike pasientgruppene. For andre som les casa kan det vere mykje læring i andre sine erfaringar. I arbeidet med pasientcasa såg vi også at vi gjennom det arbeidet vi har gjort har klart å nå mål og ser vi kan har ein moglegheit til økonomiske innsparing- om enn på sikt. Når det gjeld den kvalitative nytten- gir brukarundersøkingane oss pasientane sine opplevingar og meiningar.</p>
<p>«Stad ønsker at fastlegene skal være sentrale også videre, og opplever at legene er på. De ønsker gjerne innspill til hvordan dette er håndtert hos andre fastleger, og hvordan andre prosjekt har fått dette til. Helseledelse anbefaler erfaringsdeling med andre fastleger i prosjektet, og kobler på medisinsk ansvarlig Jørgen Urnes. <i>Det kan også være aktuelt med emnekurs».</i></p>	<p>Emnekurs for fastlegar vart gjennomført på Nordfjordeid den 2. og 3. juni 2021. Alle fastlegane som har avtale med prosjektet deltok. Dag 1 var ein webinar dag der vi sat samla og såg filmene som var førebudde til emnekursa av fagfolk på ulike område. Vi drøfta i plenum etter kvar av filmene. Engasjementet var stort og diskusjonane var gode. Tema for dag 2 var fokus på psykisk helse og eigenbehandlingsplanar. Også denne dagen var innhaldet tilpassa deltakarane på ein god måte og diskusjonane var fruktbare og ga meining og retning.</p>

Nytt møte mellom direktoratet og prosjekteigar i Stad vart avtalt og tidsett til januar 2021 og etter oppsummering av møtet hadde vi arbeidd ut tre spørsmål:

<p><b>Spørsmål etter møtet i januar 2021</b></p>
<p>Kva er behovet for DHO i ei mindre kommune?</p>
<p>Kva pasientgrupper, volum, innretning?</p>
<p>Kva tid er DHO eit viktig og riktig verktøy?</p>

Vi såg raskt at vi med attverande tid i prosjektet ikkje ville klare å svare ut desse viktige spørsmåla. Etter avtale med Helseledelse søkte prosjektet i Stad kommune om å få bruke prosjektmidlar også etter prosjektet formelt sett er over.

Vi laga ein [plan](#) over område vi ser det som viktig å arbeide meir med for å sikre ein god overgang til drift og for å kunne klare å finne svar på dei tre vesentlege spørsmåla vi sat igjen med etter statusmøtet mellom prosjekteigar og Helseledelse i januar 2021.

## 5.4 Kva nytteverdi har prosjektet gitt?

### 5.4.1 For pasientane

Vi har gjennomført tre spørjeundersøkingar retta mot pasientane i prosjektet. Spørsmåla skal gi oss ei forståing av pasientane sine subjektive opplevingar med digital heimeoppfølging knytt til ulike område. Den siste vart gjennomført i mai 2021, jf. oppdatert Gevinstrapport, [sjå vedlegg 5](#).

Vi har få pasientar i prosjektet og det er vanskeleg å generalisere på bakgrunn av dei tilbakemeldingane vi har fått frå pasientane som har svara på undersøkingane.

Trygghet og kunnskap om eiga helse og opplevd betring av helsa og livsglede er parameter som dei har svara på.

I siste undersøkinga svarar over halvparten at deira fysiske helse *har blitt betra på grunn av DHO*.

Halvparten svarar at *DHO har påverka livsglede deira i positiv retning* og det same har 60 % svara knytt til oppleving av tryggleik. Gevinstrapport 3 samanfattar alle dei tre brukarundersøkingane, jf [vedlegg 5](#).

### 5.4.2 Nytteverdi for kommunen

For kommunen har prosjektet vore ein viktig arena for læring. Dette har vore det største prosjektet knytt til helse som har vore gjennomført i kommunen, omfanget har strekt seg også inn i Primærhelseteamprosjektet. Læringskurva har vore bratt på fleire område- både når det gjeld kommunen som organisasjon og som ein samhandlingsaktør mot aktørane utanfor eigen organisasjon. Samhandling og samarbeid med aktørane rundt den enkelte pasient har vore jobba mykje med og krev omforente mål og tolmod. Ting tek tid når ulike aktørar skal samarbeide og samhandle om felles pasientar.

Prosjektet har gitt oss kunnskap om og innsikt i egne kapabilitetar og kapasitetar- på godt og vondt! Vi har erfart at vi er sårbare ved sjukdom og anna fråvære- dette på bakgrunn av at vi er få, men også at vi må passe på at fleire sit med same kunnskap. Då kan ein halde drifta oppe sjølv om nokon er vekke- for kortare eller lengre periodar.

Arbeidet med gevinstar har tilført ny kunnskap og ny innsikt i viktigeita av å prioritere å gjere dette arbeidet kontinuerleg i staden for i skippertak. Det er viktig å gi dette ansvaret til ein eller to tilsette som skal følgje opp og rapportere ved behov.

Dette prosjektet sine krav har strekt grensene våre, både ressursmessig og tidsmessig. Prosjektet har kravd ein kontinuitet og eit fokus på dagleg basis som har vore utfordrande og svært gjevande på same tid.

Ein fot i bakken med jamne mellomrom, evaluering og omforening og litt endring av kurs er det viktig å ta seg tid til- det er vel anvendt tid som gir auka verdi rundt neste sving.

### 5.4.3 Nytteverdi for fastlegane

For fastlegane har både prosjektet Primærhelseteam og Digital heimeoppfølging stilt krav om endring av arbeidsmåte. Tilnærminga for begge desse prosjekta handlar om å arbeide i team og der kvar aktør i teamet kjem med kompetanse og kunnskap som skal passe saman med dei andre aktørane sin kunnskap og kompetanse – og ikkje minst pasientane sine meiningar og ønskjer. Å skape pasienten si helseteneste stiller krav om samarbeid på ein annan måte enn det fastlegane har vore vande med tidlegare. Alle innbyggjarar skal ha ein fastlege som er medisinsk ansvarleg, dette betyr ikkje lenger at fastlegen skal gjere alle aktivitetar sjølv. Ved oppstart av DHO prosjektet var PHT prosjektet allereie starta opp . Dette var ein fordel for oss i og med at nye arbeidsmåtar var etablerte i form av delegering av oppdrag frå fastlege til primærhelseteamsjukepleiarane i det forsterka legekantoret.

Emnekurs for fastlegar var gjennomført på Nordfjordeid den 2. og 3. juni. Etter lang tid med restriksjonar kunne vi invitere inn til Emnekurs for fastlegane våre. Jørgen Urnes frå Helsedirektoratet deltok og vi hadde kurs over to dagar. Emnekurset var ein suksess og gav oss i prosjektet mykje verdi i form av gode diskusjonar og viktige tilbakemeldingar frå fastlegane i kommunen. Fastlegane var

tydlege på at dei treng meir opplæring i bruk av Dignio Prevent slik at dei meir aktivt kan bruke målingane i systemet til å planlegge tiltak, dei treng meir øving i å jobbe med eigenbehandlingsplanar og uttrykkjer at rettleiaren for eigenbehandlingsplanar vil vere eit godt verktøy i prosessen. Det har vore viktig å ikkje lage nye møtepunkt med krav om deltaking frå fastlege, men heller koordinere slik at PHT sjukepleiarane har kommunisert felles og samordna i den dialogen dei har hatt med fastlegane. Dei hadde før pandemien faste møter der PHT tok opp med fastlegen det vi i fellesskap mellom prosjekta hadde blitt samde om.

Fastlegetenesta slik den er forma i dag gir ikkje rom for felles planlegging, utvikling og kvalitetsarbeid. I prosjektet framover blir det viktig for å skape desse moglegheitene saman med fastlegane gjennom å frikjøpe tid til jamne møter med mål om både tenesteutvikling og opplæring i bruk av system og teknologi for fastlegane. Innspela frå fastlegane blir særskilt viktige i det vidare arbeidet med å få prosjektet over i drift på ein tenleg måte.

#### 5.4.4 Nytteverdi for helseføretaket

Tilbakemeldingane frå helseføretaket er at dei ønskjer å fortsette samarbeidet. Vi må jobbe meir med å skape felles møtepunkt og arenaer der ein saman planlegg og legg føringar for korleis vi kan lage pasientløyper som innfrir kravet om samanhengande og koordinerte tenester til det beste for pasientane. Vi må skape eit felles utgangspunkt der teknologien i pasientbehandlinga er den same om pasienten er på poliklinikk, er innlagt på sjukehus eller skal utskrivast til kommunen.

## 6 Læringspunkt / erfaringar

### 6.1 Kommunen

#### 6.1.1 Suksesskriteriar

Vi har erfart at vi kan gjennomføre det vi har bestemt oss for- det viktigaste er at vi er samde om retning og målet vi ønskjer å nå. Den viktigaste lærdomen er kanskje at vi må dra i lag og vi må gå i same takt- men nokon må styre retning og takta sjølv om vi på førehand er samde om kvar vi skal. Gjennom tilsettinga av prosjektmedarbeidar som prosjektleiar sin forlengte arm vart vi raskt meir operative og prosjektleiar fekk bruke tid på å styre retning og takt ut frå omforente planar. Samarbeidet mellom PHT og DHO er også eit viktig tiltak som har vore ein faktor til suksess for oss. PHT-sjukepleiarane har ei god plassering og ein god «synsvinkel» for å identifisere pasientar som kan ha nytte av både PHT-oppfølging og DHO og dei har hatt ein del forkunnskap om desse pasientane som har gitt verdi inn i DHO-prosjektet. Plasseringa deira i det forsterka legekantoret har vore viktig for å utvikle gode kommunikasjonsskanalar inn mot fastlegane.

#### 6.1.2 Utfordringar og barrierar

Det har vore utfordrande å klare å kople på Heimetenestene til DHO prosjektet og grunnane til dette er mange og famnar ulike årsaker som kan forklarast. Ei av forklaringane er at pasientane i Heimetenestene pr i dag i stor grad er for gamle og sjuke til å kunne gjere seg nytte av teknologien- det har vore gjort fleire listegjennomgangar og nye vurderingar etter kvart. Ei anna forklaring er at pasientane ikkje ønskte å bytte ut ei kjend teneste med ei ny og ukjend teneste. Det har også vore ei barriere å overtale tilsette om at DHO på sikt kan gjere arbeidsdagen deira betre og pasienten sin kvardag kanskje meir føreseieleg og strukturert. Alt helsepersonell treng nok ei god erfaring med DHO før dei skjønar omfanget av DHO og kva nytte det kan ha for tenesta. Heimetenestene har også vore gjennom ein lang kartleggings- og endringsperiode som famnar alt frå leiarstruktur, roller og ansvar og til dagleg drift.

Koronapandemien er nok den største utfordringa og barrieren for prosjektet som heilheit

Grunna Koronapandemien har det vore vanskeleg å nå ut med informasjon om DHO til innbyggjarar, pasientorganisasjonar og andre grupperingar. Den har også vore ein effektiv brems for samarbeidet med våre samarbeidsaktørar i prosjektet som td helseføretaket. Når ein ikkje kan møtast fysisk vert det vanskeleg å vere så tett på i utviklinga av gode arbeidsprosessar og felles rutinar som ein ønskjer i eit så stort og viktig prosjekt.

## 6.2 Forankring og barrierar knytt til samhandling med helseføretaket

Forankringa til helseføretaket har vore god og har nådd heilt til administrerande direktør. Vi har fått utpeika samarbeidskontakter både på medisin, poliklinikk og psykiatrisenter. Det er likevel viktig å vere ærlege på at det ikkje er lett å samarbeide på tvers av helsenivåa. Vi ha ulik kultur, ulike reglar, ulike oppgåver og føringar. Det vi har til felles er pasientane og dette har vore det felles fokusområdet som har sikra driv og framsteg- til trass for ein forstyrrande pandemi.

## 6.3 Forankring og samhandling med fastlegane

Fastlegane har vore med på alle dei innleiande arbeidsmøtene der grunnlaget for den nye tenesta vart etablert. Ei utfordring har vore lågt tal inkluderte pasientar slik at fastlegane i for liten grad har fått øve seg og erfart nok knytt til tenesteforløpa og pasientløypene våre. Det vi har sett er at fastlegane treng ein eller to gode erfaringar med pasientar som bruker DHO, før dei innser potensialet og korleis DHO kan vere til nytte- både for pasient og for fastlegen.

Det er viktig at det vert sett av midlar til praksiskompensasjon og ta det vert laga gode møtepunkt og felles læringsarenaer. Dette gir rom for at fastlegane kan delta i tenesteutvikling og opplæring- både i fellesskap med mange og skulder til skulder med ein annan fastlege.

## 6.4 Opplevinga av sjølve teknologien og samarbeid med leverandøren

Teknologien i dette prosjektet har fungert godt og vi har vore veldig nøgde med leverandøren vår Dignio. Der har sjølvstøtt vore periodar der uventa feil og utfordringar for leverandøren har påverka oss. Kontinuerleg dialog og kommunikasjon- også i utfordrande periodar har vore viktig.

Vi har fått god opplæring i bruk av system og systemet sin funksjonalitet. Ved oppgradering og ny funksjonalitet får ein god informasjon og nytt av året er at dei inviterer inn til webinar der dei viser og fortel om det som er nytt.

Leverandøren er veldig open for tilbakemeldingar frå oss om forslag til vidareutvikling av datasystemet og teknologien generelt. Supportsystemet fungerer godt og vi opplever at vi får svar og hjelp raskt.

Det er få pasientar som har takka nei til å delta i prosjektet på bakgrunn av teknologien. Nokre har vore litt skeptiske i begynnelsen, men dei aller fleste har raskt blitt fortrulege med bruk av måleutstyr og nettbretta sine.

## 6.5 Kva erfaringar og råd vil vi gi til ein kommune/eit helsefellesskap som ønsker å starte med digital heimeoppfølging?

Læringspunkta frå det første prosjektet 2015-2018 er like viktige no som då og står seg framleis som viktige råd å ta med seg heilt frå dei tidlege førebuingane til eit framtidig prosjekt.

- «Å jobbe godt med prosjektledelse og endringsledelse
- Ikke undervurdere behovet for å forankre arbeidet oppover og utover- kontinuerlig
- Inkluder brukere, fastleger og sykehus i arbeidet fra start, i utvikling av tjenesten

- *Gjør grundig innsiktsarbeid*
- *Sett mål for inkludering av pasienter, og visualiser; Tegn opp et tydelig forløp med klare roller og ansvar*
- *Sørg for gode avtaler med leverandører om teknologisk utstyr, opplæring av ansatte og pasienter*
- *Ha fokus på og konkretiser gevinster fra start, men ikke forvent gevinster med en gang. Det tar tid å endre arbeidsmåter»*

Våre råd på vegen:

- Les erfaringsrapportane frå dei tidlegare prosjekta- her er mykje gode råd og erfaringar de kan ha nytte av.
- Bruk dei verktøya og malane som finnast- ikkje prøv å finne opp «krutet» på ny- gjer heller små justeringar etter kvart som de får meir praktisk erfaring
- Ver sikker på at einingar og organisasjonen har kapasitet og ressursar nok til å delta i eit stort prosjekt- kartlegg! Sjukmeldingar og anna fråvere kan velte dei beste planar.
- Gjer godt grunnarbeid mot aktuelle samarbeidsaktørar tidleg og forankre godt- heilt til topps og ikkje minst heilt ut i det ytste ledd i den operative tenesta.
- Sett av nok tid til å jobbe kontinuerleg med gevinstar- skal de få midlar til å drifte må de ha tal og brukaropplevingar som viser opplevd nytte og moglege økonomiske innsparingar.
- Planlegg godt for brukarinnvolvering
- Legg til rette for at prosjektorganisasjonen har nok tid til prosjektarbeidet. Store nok stillingsprosentar og tal tilsette med frikjøpt tid til å fokusere på prosjektet er særskilt viktig.

## 7 Tilrettelegging for vidare drift i Stad kommune

### 7.1 Kva potensiale ser vi for gevinstar?

Ein del av nytten med prosjektet ser vi gjennom dei tilbakemeldingane vi har fått frå pasientane og frå pårørande. Ein økonomisk gevinst er vanskeleg å sjå på kort sikt. Det har vore vanskeleg å framskrive potensiale for økonomisk innsparingar i dette prosjektet. Dette grunna lågt tal rekrutterte pasientar med kommunale tenester. Rigginga av gevinstarbeidet var knytt til å skulle erstatte eller supplere ein del av dei kommunale heimetenestene med digital heimeoppfølging. DHO er i utgangspunktet ikkje berre ei rein erstatning for eksisterande teneste, men skal vere ei teneste som underbyggjer pasienten si mestringsevne og innsikt i eiga helse- dette må også sjåast på som ein gevinst. Ei innsparing må handle om unngått tid brukt til køyring, utgifter til drivstoff og tidsbruk knytt faktisk tenesteyting med det mål å kunne nytte tida til dei sjukaste og mest pleietrengande av pasientane. Pasientar i distale delar av kommunen kan sleppe transport/forflytting over lange avstandar for enkle undersøkingar som kan gjennomførast med måleutstyr i eigen heim (BT, O2-metning, vekt, temp, CRP med meir).

I arbeidet med case for pasientar med psykiske og somatiske utfordringar vart det tydeleg at det for enkeltpersonar har vore eit positivt tiltak, både med tanke på trygghet og likeins knytt til kjennskap og kunnskap om eigen helsetilstand. Pasientcasa kan gi ein peikepinn på kva grupper pasientar den framtidige tenesta er egna for.

Dei ulike tiltaka må sjåast i samanheng med dei økonomiske investeringane og dei ulike utgiftene som ei framtidig teneste og overgang til drift vil kreve. Dei framtidige gevinstantane vert kanskje overskygga av den økonomiske pukkelen og av at dei ligg så langt framme i tid at ein ikkje klarar gjere gode nok vurderingar på om tenesta er økonomisk berekraftig. *Likevel er det viktig at ein ikkje misser av syne det faktum at skal ein digitalisere og utvikle nye berekraftige tenester så krev det økonomiske og ressursmessige investeringar for å kunne hente ut gevinstar og erfare nytte- både på kort og lengre sikt.*

Dei kvalitative gevinstantane er lettare å identifisere og må vere ei motvekt mot eit einseitig fokus på teljing og tal. Ein gevinst kan også *forteljast* og kan vere med på å gi eit meir nyansert og balansert bilde av kva ein kan forvente av ei robust teneste for framtida og kva som krevst for å lukkast i arbeidet med å bygge tenesta. Gjennom dialog med pasientane og gjennom dei tre

brukarundersøkingane ser vi konturane av ei positiv dreining knytt til pasientane si oppleving av digital heimeoppfølging som ei teneste for framtida. Dette gjev ein ekstra driv til å jobbe vidare med overgang til drift. Dei aktørane som har vore ein del av prosjektet frå oppstart ønskjer å vere med i det vidare arbeidet. For å nå dei felles måla våre og for å kunne sjå nytte og verdi, er det avgjerande at det tette og målretta samarbeidet held fram.

## 7.2 Overgang til drift

Planen for overgang til drift skal operasjonaliserast og vil gi oss moglegheit til å sikre ein god overgang frå prosjekt til drift.

Vi har gjort oss erfaringar i prosjektet som blir viktige når vi skal over i drift. Prosjektmedarbeidaren sin rolle og funksjon må vere ein del av driftsorganisasjonen. Ein koordinator som har ansvar for å sette i verk dei ulike aktivitetane i samsvar med pasientforløpet er heilt avgjerande for å lukkast. Koordinator vil ha ansvar for drift og vedlikehald av fagsystemet Dignio Prevent og å lære opp nye tilsette, fastlegar og pasientar i bruk av måleutstyr og dagleg bruk av systemet. Arbeidsoppgåver vil også famne ansvar for at ein har nok måleutstyr og at det fungerer som det skal. Feilsøking og dialog med leverandør og vedlikehald vil vere ei viktig oppgåve. I innleiande fase vil koordinator ha ansvar for informasjon og kartlegging av nye pasientar og utarbeiding av forslag til eigenbehandlingsplan flr tverrfagleg møte med fastlege. Her kan også PHT sjukepleiarane vere involverte og ta del i det innleiande arbeidet dersom det er tenleg. Ein kan også prøve ein modell der sjukepleiarar i heimetenestene kartlegg pasientar som har vanlege heimetenester frå før og der ein ser at delar av tenesta kan utførast med digital heimeoppfølging.

Korleis oppfølgingstenesta skal riggast i det vidare er noko uklart og ulike tilnærmingar blir vurdert. For pasientar med psykiske lidingar kan det vere ein fordel å bli følgt opp av kommunal psykiatriteneste, pasientar som ikkje har kommunale helsetenester, men som treng oppfølging av sin diabetes, kols sjukdom eller forhøga blodtrykk kan sjukepleiarane i Primærhelseteamet følgje opp som eit ledd i det forsterka legekantoret. For pasientar med vektproblematikk kan det vere tenleg å legge ansvaret for oppfølging til frisklivskoordinator og for pasientar med kreft kan oppfølging av kreftkoordinatoren vere tenleg. Ei slik fordeling av ansvaret kan vere med på å gjere digital heimeoppfølging til ein meir naturleg del av eksisterande tenester. Det kan også vere ein faktor som gjer det meir attraktivt og spennande å arbeide i dei kommunale helsetenestene med tanke på rekrutteringsutfordringane vi opplever i dag. Digital heimeoppfølging vil gi tenestene eit verktøy der ein ikkje treng reise heim til pasienten for å få informasjon om helsetilstand og gjennom meldingar kan ein ha dialog og kontakt- på avstand. Det vil også legge til rette for ei strukturering og fordeling av arbeidsoppgåver der ein i større grad kan fordele ut frå kompetanse og ansvar. Historisk sett har kanskje oppgåver vore fordelte på bakgrunn av praktisk tilrettelegging knytt til avstand og køyretid slik at den som har reist heim til ein pasient har utført alle oppgåver sjølv om andre yrkesgrupper like godt kunne ha utført delar av oppdraget.

Som i prosjektperioden vil det vere avgjerande å bygge vidare på og utvikle dei tenestene vi har i dag. Den nye tenesta må vere ein del av den heilskaplege og samordna tenesta slik modellen for helsetenester i Stad kommune tilseier. Teneste skal ytast frå rett nivå og tildeling av tenester skal følgje prinsippet om at velferdsteknologi skal tildelast før andre heimetenester der det er tenleg.

Vi har sett i verk viktige tiltak knytt til saksbehandling og tildeling av tenester som på litt sikt vil redusere presset på heimetenestene slik at dei får frigjort tid som kan brukast til dei pasientane som treng det mest. Det same gjeld fastlegane sin tidsbruk og generelt arbeidspress. Gjennom meir målretta tiltak som eigenmålingar dokumentert i kurver som er lett tilgjengelege ved pasienten sitt legebesøk vil ein kunne effektivisere og sjå nytteverdi både for pasient, fastlege og spesialisthelsetenesta.

Færre sjukehusinnleggingar vil spare samfunnet for store kostnader og pasienten den belastinga det er å bli innlagt i sjukehus ved ei forverring av ein kronisk sjukdom.

## Vedlegg 1- Skildring av modell for helsetenester i Stad kommune

- **Boks 1:** Aktivitetar på eige initiativ, med kommunal tilrettelegging: til dømes idrettsanlegg, turløyper. Førespurnader og dialog, ikkje individuell dokumentasjon, søknad eller vedtak
- **Boks 2:** Helsetilbod: Statleg styring og krav til kommunane: frisklivssentral, lærings- og meistringstilbod, organiserte aktivitetar, med enten gruppevis eller individuell rettleiing frå fastlegar og anna helsepersonell. Det vert gjort individuelle avtalar som forpliktar begge partar, og opplegga vert dokumenterte i fagprogram for legar og helsepersonell. Førespurnad, råd og rettleiing. Individuell dokumentasjonsplikt /journal, ikkje søknad og vedtak.
- **Boks 3:** Fastlege- og sjukepleieordning: Fastlege- og sjukepleieordning ved legekantoret. Timebestilling. Behandling, råd og rettleiing, dokumentasjon i journal. Ikkje søknad og vedtak
- **Boks 4:** Legevakt og øyeblikkeleg hjelp døgnoophald. Dokumentasjon i journal. Ikkje vedtak
- **Boks 5:** Heimeteneste og sjukeheimsteneste: Tenesteyting, «tradisjonelle» pleie- og omsorgstenester, heimeteneneste og sjukeheimsteneste. Søknad og vedtak. Kartlegging, dialog, evt. råd og rettleiing før det vert gjort vedtak.
- **Boks 6:** Koordinerande eining og vurderingsteam: Tverrfagleg vurdering, råd og rettleiing både til søkjarar og hjelpeinstansar/sakshandsamarar, ofte i samband med behov for habilitering, rehabilitering og behov for omfattande hjelp frå fleire instansar. Det vert oppnemnt koordinator (vedtak) og utarbeidd individuell plan (vedtak) i koordinerande eining.

## Vedlegg 2- Tidleg utkast pasientforløp

STEG FOR PASIENTEN OG PÅRØRENDE (Fortsett slik det oppleves i kronologisk rekkefølge)	PASIENTFORLØP	Trine, utskrives etter opphold på NPS	Trine treng informasjon om dei ulike aktarane, kven som er koordinator. <b>Forutsigbarhet er</b>		Trine deltek i møte	Trine samtykker til medisinsk avstandsoppfølging	Deltek i kartleggingsmøte for å avdekkje behov, sjå på ulike løysingar, <b>behovne på utkast til</b>		Trine får behandlingsplanen frå fastlegen	Trine får opplæring i bruk av utstyret	Trine rapporterer dagleg i starten	Trine vert kontakta av responsenteamet via telefon vert dårlege egevurderingar		Trine får oppfølging gjennom møter frå tenesta, møter heime hos Trine					
	PÅRØRENDEFORLØP	Borna 10. 6 og 3 år	Barnevern, dialog/samtale med borna	Direktør. Til responsenter															
KONTAKTPUNKTER (mellom innbygger og kommunen)		Eyde møt	PLO møting, besem	Tverrfagleg møte	Eyde møt					Opplæring, tok møt		PLO møting, ring		Heimetele					
ARBEIDSPROSESSER I KOMMUNEN	AKTØR 1	Fastlege		Får innkalling til møte via PLO melding eller Outlook	Deltek i tverrfagleg møte	Fastlegen vurderer om Trine kan delta/er eigna for medisinsk avstandsoppfølging	Utkast/forslag til egenbehandlingsplan sendast fastlege- PLO melding?	Fastlege godkjenner egenbehandlingsplanen. Sender til Trine, responsenter, koordinator				Fastlege får rapport ved avvikande egenmålningar	Fastlegen /? Vurderer tiltak ut frå egenbehandlingsplan og grad av avvik	Fastlege gir tilbakemelding til psykiisk helsesteam og responsenter				Får innkalling	
	AKTØR 2	NPS Ambulant team		Får møteinnkalling via telefon eller Outlook	Avtalar kven som skal møte frå ambulant team			Mottek egenbehandlingsplan på papir				Ambulant team kan bli kalla ut på natt og helg når Trine vert dårlegare							
	AKTØR 3	NPS Døgnpost			Deltek på tverrfagleg møte														
	AKTØR 4	Psykiisk helsesteam i kommunen	Heimebasert kort tid etter utskrivning(hår?) informasjon om tverrfagleg møte, informasjon om kven som skal delta, kven som er koordinator	Psykiisk helsesteam i kommunen kallar inn til tverrfagleg møte. Sakliste for møtet.	Leder tverrfagleg møte- skriv referat		Kartlegging, vurdering av kva type oppfølging via avstandsoppfølging Trine treng		Mottek ferdig egenbehandlingsplan	Psykiisk helsesteam lærer Trine opp i bruken av utstyret			Mottek rapport om avvikande egevurdering	Får tilbakemelding om fastlegen sine vurderingar ift vidare oppfølging				Kallar inn til tverrfagleg møte, sakliste til møte, sender ut til aktuelle deltakarar	
	AKTØR 5	Barnevern	Får informasjon etter utskrivning		Får referat etter tverrfagleg møte				Mottek ferdig egenbehandlingsplan										Får innkalling til tverrfagleg møte
	AKTØR 6	Responsenter ved Nordfjord Legevakt							Mottek ferdig egenbehandlingsplan			Responsenter tar i mot Trine sine egevurderingar	Sende melding/varsele om avvikande egevurdering frå Trine til legevakt, fastlege, psykiisk helsesteam	Får tilbakemelding frå fastlegen om plan for vidare behandling					
	AKTØR 6	Primærhelseteam																	
	AKTØR 7	Heimesjukepleien																	
	AKTØR 8	Skule/barnehage	Får informasjon etter utskrivning		Får referat etter tverrfagleg møte				Mottek ferdig egenbehandlingsplan										Får innkalling til tverrfagleg møte
	AKTØR 9	NAV	Får informasjon etter utskrivning		Får referat etter tverrfagleg møte				Mottek ferdig egenbehandlingsplan										Får innkalling til tverrfagleg møte
	AKTØR 10																		
AKTØR 11																			
OPPLÆRING	Hvilken opplæring og informasjon kreves for etablering av ny rutine i dette steget?		Pasientsikkerhet, personvern																
TEKNOLOGI	Hvilke krav stilles til den tekniske løsningen i dette steget?								Planen bør kunne delast elektronisk mellom dei ulike aktarane	Opplæring i bruk av teknologi som er tilpassa Trine sine behov									



## Vedlegg 3- Kriterie til inklusjon og eksklusjon av pasientar med psykisk sjukdom

### INKLUSJONSKRITERIE

- Pasientar med eit stort forbruk av helsetenester
- Pasientar med langvarig sjukehistorie, hyppige innleggingar og hyppige konsultasjonar på poliklinikkar
- Pasientar som ikkje har eit tilstrekkeleg tilbod i dagens tenestetilbod
- Pasientar med stor fysisk avstand til behandlar
- Pasientar som treng mykje «feed back» for å kunne kjenne seg trygge
- Pasientar med lite sosialt nettverk
- Underbrukarar av helsetenester/dårlege etterspørjarar(låg grad av initiativ, låg grad av kunnskap, lite nettverk, låg grad av motivasjon)

### EKSKLUSJONSKRITERIE

- Fråverande samtykkjekompetanse
- Under 18 år
- Pasientar med høgt psykiatrisk symptomtrykk

## Vedlegg 4- Eigenbehandlingsplan psykisk helse

<b>Eigenbehandlingsplan for psykisk helse:</b> Namn:
Fastlege: Pårørende: Omsorgstenesta: Spesialisthelsetenesta: Andre:
Brukarstatus:
Situasjon:
Mål (overordna og langsiktig): <i>Kva er viktig for deg?</i>
Delmål (konkret og kortsiktig):
Diagnose:

Stabil fase	Korleis er dagsformen din?	Kva gjer du?
	<b>Psykisk helse</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Du kjenner deg i din normale form</li> <li>• Du søv kvar natt, og søvnen er slik den plar vere for deg</li> <li>• Du har matlyst som normalt for deg</li> <li>• Du ordnar daglege gjeremål som du plar</li> <li>• Du kan ta imot besøk og er så sosial som du plar vere</li> <li>• Du er i aktivitet slik du plar, med eigenorganisert aktivitet/arbeid/skule/fritidsaktivitet ar</li> <li>• Du kjenner deg trygg, og du meistrar å handtere dine psykiske symptom</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gode søvnrutiner</li> <li>• Et sunt og regelmessing</li> <li>• Ver i fysisk aktivitet dagleg</li> <li>• Hald på daglege gjeremål og rutinar</li> <li>• Ta medisinar som foreskrive:</li> </ul>
<b>Forverring</b>	<b>Korleis er dagsformen din?</b>	
	<b>Psykisk helse</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Du har dårlegare søvn med færre timar, fleire oppvakingar og/eller vanskar med å sovne</li> <li>• Du har meir eller mindre matlyst enn vanleg, verre å planleggje måltid/innkjøp</li> <li>• Du utset oftare daglege gjeremål som personleg hygiene (vask/dusj, tannpuss, ordne hår, klesbyte), oppvask, hente post, ta ut søppel, fjerne rot/rusk frå bord/benker/golv</li> <li>• Du går mindre ut og prøver å unngå sosial kontakt</li> <li>• Du er i mindre aktivitet enn du plar, orkar mindre enn andre rundt deg, har fråvær arbeid/skule. Eller du er i meir aktivitet enn du plar, orkar meir enn andre rundt deg.</li> <li>• Du kjenner deg oftare utrygg på deg sjølv og omgjevnadane dine. Du kjenner på uro og det er vanskelegare å handtere psykiske symptom.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrer søvnmønsteret ditt, set deg mål</li> <li>• Hald måltidsrytme, planlegg innkjøp</li> <li>• Set mål for oppretthalding av daglege rutinar</li> <li>• Oppretthald sosial kontakt, gå ut, ver med familie/vener/folk som gjer deg godt, ver raus med deg sjølv</li> <li>• Bruk teknikkar for symptommeistring</li> <li>• Vurder kontakt med dine kontaktpersonar i hjelpeapparatet</li> <li>• Vurder brukerstyrt plass,</li> </ul>

		behovsmedisin og bruk av kriseplan
<b>Alvorleg forverring</b>	<b>Korleis er dagsformen din ?</b>	<b>Kva gjer du?</b>
	<b>Psykisk helse</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Du søv så lite at det går ut over handtering av kvardagen din</li> <li>• Du er for lite eller for mykje for å takle kjensler eller handtere kaos, lite planlegging av måltid/innkjøp</li> <li>• Du får ikkje fullført mange av dei daglege gjeremåla</li> <li>• Du isolerer deg og har vanskar for å ha kontakt med nokon</li> <li>• Du er i lite aktivitet og orkar lite, har fråvær arbeid/skule over fleire dagar. Eller du er i aktivitet store delar av døgnet og andre rundt deg reagerer, overbruk av pengar.</li> <li>• Du kjenner deg utrygg, sint, andre kan bli skremt av deg. Vedvarande uro og engstelse, kjenner håpløys og at situasjonen din føles uhandterbar. Planar om å avslutte livet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ta kontakt med hjelpeapparatet</li> <li>• Bruk kriseplanen din</li> <li>• Ta imot hjelp</li> <li>• Hald ut, det er hjelp å få</li> </ul>
<b>Utstyr og hjelpemiddel</b>		
Type utstyr til medisinsk avstandsoppfølging	Kven eig utstyret	Kontaktperson
<b>Planlagde kontrollar og oppfølging</b>		
Fastlege	Spesialist	Andre

Andre viktige opplysingar:		

Planen er utarbeidd saman med pasienten(set ring):    JA        NEI

Pasient har godkjent at planen kan delast med: \_\_\_\_\_

Tidspunkt for ny gjennomgang og evt. revidering av plan: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_ Signatur fastlege: \_\_\_\_\_

# Gevinstrappport

*STAD KOMMUNE*

mestrarhels@miheime 



## Innhald

Innleiing .....	1
1. Status og erfaringar så langt.....	1
1.1 Gevinstplan .....	1
1.2 Vurdering av nytteverdi hos den enkelte brukar ved oppstart av tenesta.....	2
1.3 Oppfølging av effektar for helsetilstand/brukartilfredsheit/bruk av tenester .....	2
1.4 Økonomisk effekt og berekraft .....	7
2. Overgang til drift og plan for vidare arbeid.....	9
2.1 Planar og vedtak prosjektet har gjort for overgang frå prosjekt til drift .....	9
Vedlegg 1 – Gevinstoversikt og gevinstplan .....	i
Vedlegg 2 – Oppdaterte tenesteforløp .....	i
Vedlegg 3 – Brukarundersøking 27. mai, 2020 .....	i
Vedlegg 4- Brukarundersøking veke 39, 2020 .....	i
Vedlegg 5- Brukarundersøking veke 20, 2021 .....	i
Vedlegg 6 – Pasientcase .....	i
Vedlegg 7- Plan for overgang til drift .....	i



## Innleiing

Føremålet med utprøving av digital heimeoppfølging er å kunne kome med nasjonale tilrådingar. Ein viktig del av kunnskapsgrunnlaget for å kome med nasjonale tilrådingar er prosjekta sine erfaringar og opplevd nytteverdi.

I 2021 har prosjektet difor arbeidd vidare med innhald og å legge til rette for digital heimeoppfølging. Nytteverdi og resultat frå gevinstkartlegging gir grunnlag for å tilpasse og spisse tenesteløyper og innhald. Målet er at prosjektet utviklar ei robust teneste som kan førast vidare i ordinær drift etter at prosjektet er avslutta.

## 1 Status og erfaringar så langt

### 1.1 Gevinstplan

Gevinstplanen er utarbeidd i samarbeid med tenestene og våre samarbeidspartar i prosjektet. Fleire aktørar deltok i arbeidet med gevinstplan; fastlegar, heimetenester, representantar frå Nordfjord psykiatrisenter og Nordfjord sjukehus. Når det gjeld forankring og operasjonalisering har dette vore noko utfordrande då det har vore vanskeleg å få aktørane til å ta eigarskap til dei gevinstane dei sjølve var med på å arbeide fram. Gevinstar og gevinstplan og gevinstarbeid har vore tema i både prosjektgruppa og arbeidsgruppa sine faste møter, samt i møter med tenestene.

Gevinstane i planen er retta mot helsetenestene i kommunen, mot fastlegane, legevakt og spesialisthelsetena og mot pasienten sjølv. Leiarane i dei aktuelle tenestene skjønar målet med gevinstarbeidet, men i det ytste leddet vert dette for fjernt og framandt.

Gevinstane som ligg i planen er like aktuelle no som dei var då planen vart laga. Nokre vil ein kunne hente ut effektar av på kort sikt, andre er konstruerte på ein måte som gjer at den positive effekten og nytten ikkje kan haustast med ein gong, men på lengre sikt. Ein økonomisk gevinst ligg kanskje lengre fram i tid, medan brukar rapporterte meiningar frå spørjeskjema kan gi svar på effekt og nytte nesten med ein gong.

Her vil gjentekne brukarmålingar kunne vise endringar - både positive og negative.

Det er eit ønskje at arbeid med gevinstar ikkje skal opplevast som eit ekstra arbeid ein må gjere, men at det skal opplevast som nyttig og meningsfullt for fleire enn prosjektleiinga i det enkelte prosjektet.

Å kunne svare på kva ein ønskjer å oppnå med prosjektet, å kunne skildre kva positive effektar og nytteverdi ein vil ha ut «i andre enden», må vere noko som vert løfta opp og operasjonalisert i alle prosjektet.

Vi er ikkje i mål heilt endå og tematikken sin aktualitet går utanfor dette prosjektet og inn i anna prosjekt- og gevinstarbeid generelt i kommunen.

## 1.2 Vurdering av nytteverdi hos den enkelte brukar ved oppstart av tenesta

For prosjektet har det vore vanskeleg å rekruttere pasientar nok. Vi har brukt inklusjons- og eksklusjonskriteria som ei rettesnor ved rekruttering av pasientar. Det å nå målalet for rekruttering av pasientar har nok overskygga gevinstarbeidet i stor grad, og etter som tida har gått, har kanskje vurderinga av nytteverdien for den einskilde pasient ikkje vore optimal.

Vi har etter kvart i forløpet endra rutinar og vore strengare i vurderingane knytt til nytteverdi for den enkelte pasient. Pasientar som har blitt rekruttert inn i prosjektet og som heilt tydeleg ikkje har hatt nytte av tilbodet er blitt avslutta og anna helseteneste sett inn i staden.

Pasientane sjølve er sjølvstygge den viktigaste rettesnora for oss i prosjektet knytt til å vurdere verdi og nytte i dei tiltaka vi set i verk.

Dersom det for pasienten ikkje gir auka tryggleik, ei auka forståing av eigen sjukdom eller at pasienten ikkje klarar å bruke utstyr og teknologi for å produsere målingar som kan fange opp ei forverring raskt, kan deltaking i prosjektet bli ei belastning for pasienten og pårørande. I prosjektet har vi avslutta deltaking for pasientar som ikkje har klart å bruke måleutstyret og der feilmålingar potensielt kunne gi feil indikasjonar på pasienten si faktiske helse. Her vil det vere faglege vurderingar frå helsepersonell sett opp mot pasienten sine egne ønske som må vere retningsgjevande. På den andre sida er det viktig å fortelje om dei pasientane som vi har rekruttert inn og som kanskje i utgangspunktet ikkje passa heilt til rammene for dette prosjektet- for ein del av desse har opplevd nytte for både pasient og tenesta vore større enn vi såg føre oss.

## 1.3 Oppfølging av effektar for helsetilstand/brukartilfredsheit/bruk av tenester

Grunna lågt tal rekrutterte pasientar i prosjektet gjorde vi eit val om å ikkje sende ut spørjeundersøkingar i tidleg fase. Prosjektet vurderte dette til å vere rett då eventuelle svar ikkje ville kunne brukast i stor grad anna enn til interne drøftingar. Vi hadde planlagt å sende ut den første spørjeundersøkinga knytt til brukartilfredsheit då Covid-19 pandemien starta- første spørjeundersøkinga vart soleis sendt ut den 27.mai 2020 og vart svart på av 7 pasientar. Undersøking nummer to vart sendt ut i veke 39 i 2020 og det var 10 pasientar som svarte på denne via nettbrettet sitt. Den første spørjeundersøkinga var forma slik at pasientane svarte på spørsmåla gjennom ein seksdelt likertskala- der siste alternativet var «veit ikkje». Vi sat litt att med ei kjensle at det var svara litt vilkårleg. Denne varianten passa fint til gevinstverktøyet, men ga oss i prosjektet noko dårleg og usikker feedback. Dei to neste undersøkingane den siste frå mai 2021 var utforma annleis. Vi gav tre/fire svaralternativ på dei ulike spørsmåla i undersøkinga. Oppsettet var ikkje heilt i tråd med overordna prosjekt sine rammer, men ga oss eit betre

bilete på status. Den tredje undersøking vart sendt ut i veke 20 i 2021. Det var totalt 16 pasientar som fekk tilsendt denne undersøkinga- 4 av dei svara ikkje av ulike årsaker.

På parameter knytt til tryggleik var det i den første undersøkinga 3 av dei 7 som svarte at dei kjende seg tryggare etter oppstart av DHO.

I undersøking nummer to svara 8 av 10 at dei kjenner seg tryggare etter oppstart med DHO.

I undersøking nummer tre svarar 10 av 12 at dei kjenner seg tryggare på grunn av DHO. 2 av 12 svarar at tryggleiken ikkje er påverka av DHO.

### **Kunnskap om eiga helse**

I første spørjeundersøking svara 4 av 10 at DHO i liten grad har gitt dei auka kunnskap om eiga helse.

I undersøking nummer to svarar 6 av 10 at DHO har «auka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar», 4 svarar at det ikkje har auka kunnskapen og/eller forståinga deira av helseutfordringar.

I undersøking nummer tre svara 7 av 12 at DHO ikkje har auka kunnskapen deira om eiga helse/helseutfordringar. 5 av 12 seier at DHO har auka deira kunnskap/forståing av egne helseutfordringar.

### **Fysisk helse**

I den andre spørjeundersøkinga svarar 2 av 10 at helse deira er betra grunna DHO. I undersøking nummer tre svarar 8 av 12 at DHO har betra helsa deira.

### **Livsglede**

I undersøking nummer to svara 4 av 10 at deira livsglede er betra grunna deltaking i DHO I undersøking nummer tre svarar 9 av 12 at DHO har betra livsglede deira.

### **Fastlegebesøk/innlegging i sjukehus**

I spørjeundersøking nummer to spurde vi om deltakarane meinte at DHO har ført til ein reduksjon i tal besøk hos fastlege. Her svara 6 av 10 at dei meiner at DHO har ført til færre besøk ho fastlegen. I same undersøkinga svara imidlertid 8 av 10 at dei ikkje trur det har ført til færre innleggingar i sjukehus.

I den 3. undersøkinga svarar 7 av 12 at DHO ikkje har påverka tal besøk hos fastlege, medan 5 av 12 seier at DHO har ført til færre besøk hos fastlege.

### **Kommunale helsetenester**

Av dei pasientane vi har rekruttert til prosjektet er det få som hadde kommunale heimetenester frå før. Fastlegane deira har på bakgrunn av helsetilstand vurdert deltaking i prosjektet som ein fordel. Det er ut frå drøftingane vi har hatt internt i prosjektet heilt klart at det ikkje alltid er ein samanheng mellom grad av sjukdomsalvor og ønskje/behov for kommunale tenester.

I spørjeundersøking nummer to spurde vi om kommunale helsetenester og auke/reduksjon knytt til dette. Meir konkret gjeld spørsmåla om DHO har «påverka ditt behov for hjelp av heimesjukepleie og/eller korttidsopphald på sjukeheim?»

Her svarar 2 av 10 at DHO har redusert deltakaren sitt behov for hjelp frå heimesjukepleie og/eller korttidsopphald på sjukeheim. 8 av 10 svarar at DHO ikkje har påverka deira behov for slike kommunale tenester. Sett opp mot det faktum at dei fleste ikkje har søkt om kommunale tenester og ikkje ser at dei har behov for slike tenester er svaret på dette spørsmålet i samsvar med røynda, men kan også analyserast og tolkast feil om ein ikkje ser heile bildet.

I spørjeundersøking nummer to spurde vi deltakarane om dei kunne sei noko om kva som har vore det beste med digital heimeoppfølging. Dei svarte på dette spørsmålet i fritekst. Alle ti svarte på dette spørsmålet:

1. «..Føler meg tryggare og friare. Kan vere meir åleine til dømes på hytta..»
2. «..Meir fridom til å planlegge dagane som eg vil, uavhengig av å vente på nokon frå heimesjukepleien. Fint å kunne sende melding å få svar om det er noko eg eller pårørande lurar på..»
3. «..Heilt greit..»
4. «..At eg blir følgt opp av helsepersonell..», to stk svarte slik
6. «..Eg kan gjere målingane når det passar best for meg sjølv. Og så kan eg dag for dag følgje med på korleis det ligg an med «tingenes tilstand». Veldig beroligande (hittil i alle fall)..»
7. «..Tilgang på vekt, å kunne kontrollere kroppsvekta kvar dag. Man får eit større bevissthet om kva ein eter...»
8. «..Føler meg trygg..»
9. «At eg blir sett og forstått at det er krevjande å leve med skjulte, kroniske sjukdommar. At det blir forstått utfordringar med den fysiske helse som påverkar den psykiske helsa..»
10. «..Eg føler meg trygg..»

I den 3. spørjeundersøkinga hadde vi også med fritekstfelt som pasientane kunne svare på knytt til spørsmåla «Kva har vore det beste med digital heimeoppfølging?» og «Har du noko forslag til forbetring til digital heimeoppfølging?»

Spm. 11: Kva har vore det beste med digital heimeoppfølging?

1. «...Eg føler meg tryggare totalt sett og kan slappe av når det gjeld mi rekrutteringsdiagnose. Men eg slit med andre sjukdommar som påvirker kroppen ein del. Så det kan vere vanskeleg å svare på om det er KOLS eller dei andre sjukdommane som påverkar kroppen min. Men digital heimeoppfølging er eit stort pluss».
2. «...Tryggleik for meg og pårørande. Eg føler meg friare på ein måte. Eg kan reise på hytta åleine, besøke familie og vite at eg har nærleik til helsestatus om det skulle utvikle seg og eg treng hjelp med helseinnstans som ikkje kjenner historia.
3. «..Eg får motivasjon til å utføre trening dei dagane eg har bestemt meg for det....»
4. «..At eg har fått trent meir..»
5. «..Eg føler meg trygg..»
6. «..Eg har god oversikt..»
7. «..At eg føler meg trygg og vert passa på..»
8. «..Veit ikkje..»
9. «..Føler eg blir godt ivaretatt og at eg kan sende inn målingar/svare på spørjeskjema når det passar meg best. Det er fleksibelt, effektivt og tidssparande for alle partar..»

11. Eg føler meg trygg..» «Det er spesielt to forhold eg vil nemne her. Dette å få uttrykke meg om min situasjon, bevisstgjere meg om ståsted, og dette å kunne ta kontakt skriftleg når eg ikkje når fram til primærhelseteamet eller lege..»
12. «Digital heimeoppfølging hjelpe på helsesituasjonen..»

Spm. 12: Har du noko forslag til forbetring til digital heimeoppfølging?

1. «Det einaste eg kan komme på er at eg føler deg er mange forskjellige helsepersonell vi pasientar må forhalde oss til...»
2. «Har i det siste vore litt dårlegare over tid enn tidlegare. Er sjølv litt usikker på om dette er den nye normalen. Burde kanskje hatt ei oppfølging angående dette?..»
3. «Nei» 4. «Nei»
5. «Nei»
6. «Eg har ikkje forslag»
7. «Har ingen forslag»
8. «Nei»
9. «Ingen forslag. Men burde kanskje vore ein mulighet for å svare «ikkje aktuelt/relevant» på nokre av spørsmåla i denne undersøkinga...»
10. «Nei»
11. «Syns det er rart å skulle forhalde meg til så mange personar ved kontakt. Ikkje alltid god tilbakemelding då det er forskjellig innsikt hos den enkelte. Eg opplev at ein del av mine sjukdommar skulle blitt fulgt opp av primærhelseteamet og fastlege og at eg falt ut av denne oppfølginga når eg starta med digital heimeoppfølging. Men har tatt det opp, og det er blitt ordna slik eg forstår det. Den psykiske helse har vore påverka av fleire forhold, blant anna mine sjukdommar og nyoppståtte problem. Men no føler eg meg ivaretatt og i gode hender».
12. «Nei»

I ein kommune på Stad sin storleik og innbyggartal er avstandane små i dei ulike lokalsamfunna med tanke på at «alle kjenner alle». Difor er det gjerne slik at ein vert stoppa av både pasientar og pårørande når ein er ute i «bybildet». Desse henvendingane har vore einsidig positive og innbyggjarane dette gjeld er tydelege på at for dei så har digital heimeoppfølging hatt ein positiv effekt. Pårørande har vore tydelege på at det har vore eit særskilt viktig tiltak for deira kvardag som pårørande til ein person med kronisk sjukdom.

Med få pasientar i prosjektet er det klart ein ikkje på noko vis kan dra noko konklusjonar eller generalisere på bakgrunn av desse undersøkingane. Men sjølv om dei er få er det likevel viktig å ta med seg desse tilbakemeldingane- dei er antydingar eller signal på einskildpersonar sine opplevingar av ein ny type teneste og korleis det har påverka liva og helsa deira denne perioden.

I arbeidet med case for pasientar med psykiske og somatiske utfordringar vart det tydeleg at det for enkeltpersonar har vore eit positivt tiltak, både med tanke på trygghet og likeins knytt til kjennskap og kunnskap om eigen helsetilstand. Pasientcasa kan gi ein peikepinn på kva grupper pasientar den framtidige tenesta er egna for.

Erfaringsgrunnlaget lite og det er vanskeleg å konkludere i høve til kva pasientgrupper som vil ha størst nytte av DHO i kommunen. Vi har nett rekruttert inn tre pasientar som har kreft og har gjennom informasjon i felles temamøte og drøftingar med kreftkoordinator fått ei forståing av at dette kan vere ei gruppe pasientar som kan ha god nytte av DHO. Både med tanke på smittefare grunna Covid-19 , men også knytt til generell smittefare grunna nedsett immunforsvar. Pasientar i distale delar av kommunen kan sleppe transport/forflytting over lange avstandar for enkle undersøkingar som kan gjennomførast med måleutstyr i eigen heim (BT, O2-metning, vekt, temp, CRP med meir). Vi treng arbeide meir målretta mot denne gruppa pasientar slik at vi får meir erfaring med digital heimeoppfølging til desse pasientane.

Samarbeidet med spesialisthelsetenestene og fastlegane er ein del av nøkkelen til å kunne yte meir saumlause og samanhengande tenester for innbyggjarane. I dette segmentet ligg ein del av verdien og gevinstane i gevinstplanen til vårt prosjekt og krev vidare arbeid og samarbeid for å kunne realiserast. Tre av definerte gevinstar i vår plan kan direkte relaterast til eit betra samarbeid og samordning til det beste for pasienten:

- Redusere tal henvendingar til fastlege og legevakt , samt andre aktørar som NAV, barnevernsteneste
- Redusere tal innleggingar sjukehus, ØHD
- Auka grad av samhandling mellom helsenivåa

I fortsettinga blir det viktig å halde fokus på å synleggjere gevinstar og kunne vise til dømer som gjer det lettare å forsvare overgang til drift etter at prosjektet er slutt. Her må dei ulike tiltaka sjåast i samanheng med dei økonomiske investeringane og dei ulike utgiftene som ei framtidig teneste og overgang til drift vil krevje. Dei framtidige gevinstane vert kanskje overskygga av den økonomiske pukkelen og av at dei ligg så langt framme i tid at ein ikkje klarar gjere gode nok vurderingar på om tenesta er økonomisk berekraftig. Likevel er det viktig at ein ikkje misser av syne det faktum av skal ein digitalisere og utvikle nye berekraftige tenester så krev det økonomiske og ressursmessige investeringar for å kunne hente ut gevinstar og erfare nytte- både på kort og lengre sikt.

Dei meir kvalitative gevinstane er lettare å hente ut og må vere ei motvekt mot eit einssidig fokus på teljing og tal.

Ein gevinst kan også *forteljast* og kan vere med på å gi eit meir nyansert og balansert bilde av kva ein kan forvente av ei robust teneste for framtida og kva som krevst for å lukkast i arbeidet med å bygge tenesta. Gjennom dialog med pasientane og gjennom dei tre brukarundersøkingane ser vi konturane av ei positiv dreining knytt til pasientane si oppleving av digital heimeoppfølging som ei teneste for framtida. Dette gjev ein ekstra driv til å jobbe vidare med overgang til drift. Dei aktørane som har vore ein del av prosjektet frå oppstart er med i det vidare arbeidet. For å nå dei felles måla våre og for å kunne sjå nytte og verdi er det avgjerande at det tette og målretta samarbeidet held fram.

## 1.4 Økonomisk effekt og berekraft

Stad har som mål at prosjektet skal kome over i ordinær drift. Det vil her vere viktig å gjere vurderingar knytt til ulike modellar for overgangen til drift.

- Korleis vi bygge ei robust teneste som er tufta på og heng saman med dei tenestene vi har i dag?
- Kva målgrupper skal tenesta inkludere etter driftsstart? Alle? Nokre få utvalde?
- Oppfølgingscenter- som i dag eller i ei anna form?

Med tanke på overgang til drift er det viktig for prosjektet å vise at DHO kan føre til ein betra og meir effektiv ressursutnytting i dei kommunale helse og omsorgstenestene. Stoda i Stad kommune har vore og er til dels at pasientane i heimetenesta som er vurdert inkludert i prosjektet er for sjuke til å kunne nytte utstyret. Det er også eit viktig faktum at ein må gjere vurdering av kor mykje tid ein skal bruke for å lære opp pasientane i å nyttegjere seg av utstyr og system.

I Stad kommune vil det vere heilt avgjerande å tenke førebygging for å utsette behov for andre helsetenester. Som nemnt tidlegare er det også viktig at ein i tildelingsteamet gjer faglege vurderingar knytt til kva type teneste søkjarane skal få tilbod om. Det førande prinsippet er at velferdsteknologi og digital heimeoppfølging skal settast inn før teneste med stor grad av fysisk oppmøte. I kommunedelplanen for helse og omsorg står det:

*«Det er eit mål for Eid kommune at oppgåvene skal løysast og tilpassast den einskilde tenestemottakar. Gjennom eit tverrsektorielt teamarbeid - der blant anna teknologisk assistanse/velferdsteknologi er ein integrert del av tenesteytinga – skal kommunen jobbe smartare og meir effektivt. Sentrale omgrep knytte til dette temaområdet er: å jobbe smartare, tidleg innsats og førebygging».*

Dei tre omgrepa ovanfor er heilt i samsvar med DHO sine grunnprinsipp og er soleis klare mål for den nye tenesta kommunen skal sette i drift etter avslutta prosjekt.

I kommunedelplanen står det vidare:

*« Velferdsteknologi skal vere eit supplement til anna tenesteyting. Teknologien vil aldri kunne erstatte menneskeleg omsorg og fysisk nærleik, men den kan mellom anna bidra til å forsterke sosiale nettverk og mobilisere til auka samspel med tenestene, nærmiljøet, familie og frivillige. Med bakgrunn i ein slik tankegang kan ein frigje ressursar slik at omsorgstenesta i større grad kan bli brukt i direkte pasientretta arbeid til dei som er mest sjuke».*

Kommunen har gjennom gjeldande kommunedelplan plikta seg til å byggje framtidige tenester som er tilpassa føresetnader knytt til demografi, økonomi og innbyggjarane sine behov. Det handlar ikkje mest om sjølv teknologien, men om tenesta som ein heilskap. For å lukkast med innføring av velferdsteknologi må kommunen først og fremst lukkast i å endre måten vi leverer tenester på.

Velferdsteknologi må også setjast i samanheng med andre brukarretta tiltak som kvardagsmeistring og kvardagsrehabilitering - der det er relevant (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).



Når alle involverte er samde om kvifor ein endrar tenestene - og har eigarskap til prosessen, vil det vere lettare å drive utvikling av helse- og omsorgstenestene.

DHO er i utgangspunktet ikkje berre ei rein erstatning for eksisterande teneste, men skal vere ei teneste som underbyggjer pasienten si mestringssevne og innsikt i eiga helse. Ei innsparing må handle om unngått tid brukt til køyring, utgifter til drivstoff og tidsbruk knytt faktisk tenesteyting med det mål å kunne nytte tida til dei sjukaste og mest pleietrengande av pasientane. Vi har tal som kan jobbast vidare med for å kunne vise innsparing når vi får fleire pasientar med som har kommunale tenester i større grad enn dei som deltek pr. i dag.

Døme:

- Tal køyrde kilometer pr år, heimeteneste: ca 450 000 km
- Utgifter til drivstoff pr år, heimeteneste: ca 300 000 kr

For prosjektet i Stad kommune er det eit faktum at få av dei pasientane som er med i prosjektet hadde kommunale helse og omsorgstenester frå før. I arbeidet med case for pasient med KOLS klarte ein likevel å synleggjere ei viss grad av økonomisk innsparing. Dette er særst viktig for det vidare arbeidet å kunne synleggjere ei framskriving av tenkte kostnader/innsparingar slik at det ikkje berre vert ein visjon av noko ein ikkje kan dokumentere med handfaste bevis.

I pasientcasa som omhandlar menneske med psykisk uhelse har vi gjort eit val om å fokusere på kvalitative gevinstar og ikkje på dei kvantitative. Det er to årsaker til dette. Den eine er den reint etiske ift å skulle ha ei slags innsparingsfokus knytt til behandling og tenesteyting til denne pasientgruppa. Vi har valt å fokusere på førebyggingsaspektet der målet er at DHO skal førebyggje for å hindre forverring i sjukdomen og ikkje med mål om å erstatte ei teneste med DHO for den økonomiske innsparinga sin del. Den andre årsaka er som for casa med fokus på somatisk sjukdom- pasientane har i liten grad hatt kommunale tenester før oppstart med DHO.

Vi har gjort oss erfaringar som vil vere viktige for overgangen til drift. Vi erfarer kva tiltak som fungerer og kva endringar som må gjerast for å «tune» tenesta og arbeidsprosessar. Til dømes er tenesteførløpet endra i form av at vi ikkje lenger ventar på godkjenning frå fastlege før vi kartlegg, har opplæring og leverer utstyr til pasienten for prøveperioden starta. Fastlegen får ei PLO melding med informasjon om at pasienten ønskjer å delta. Den endelege godkjenninga tek fastlegen i tverrfagleg møte då forslag til eigenbehandlingsplan vert drøfta og fastsett saman med pasienten. Nokre av fastlegane ønskjer å vere på heilt frå start, andre ser gjerne at kartlegging og forslag til eigenbehandlingsplan er gjort før ein har møte med fastlege og pasienten.

Pasienten vert ikkje lenger overført til Oppfølgingsssenteret før *etter* tverrfagleg møte og *etter* overføringsamtale som PHT eller prosjektmedarbeidar har med Oppfølgingsssenteret.

## 2 Overgang til drift og plan for vidare arbeid

### 2.1 Planar og vedtak prosjektet har gjort for overgang frå prosjekt til drift

I heile prosjektperioden-frå planlegging til utføring-har det berande prinsippet vore at ein skal bygge vidare på det ein har frå før slik at ein får nytte kapasitet, kunnskap og dei kapabilitetane ein har frå før.

Slik har også tanken vore med å legge Oppfølgingscenteret til legevakt og ØHD og det tette samarbeidet med PHT sjukepleiarane. Dei ulike tenesteelementa som prosjektet er sett saman av har fleire særigne område med fagleg kunnskap, innsikt og arbeidsprosessar som gir verdi inn i DHO prosjektet. Kommunikasjon, samspel og samhandling gir verdi til ei robust framtidig teneste.

Ved oppstart av Oppfølgingscenteret ved Nordfjord legevakt og ØHD eininga vart det gjort avtaler med dei andre kommunane i samarbeida om at Stad kommune skal støtte og rådgje med vår kunnskap om digital heimeoppfølging.

Korleis oppfølgingstenesta skal driftast i det vidare er ein del av planen som er lagt for slutfasen av prosjektet fram mot årsskiftet 2022. Målet for overgang til drift var i utgangspunktet at Oppfølgingscenteret skulle ligge til interkommunale tenester ved Nordfjord sjukehus. Det vil vere viktig å gjere kontinuerlege vurderingar av belastninga DHO oppfølginga påfører dei eksisterande tenestene dersom pasienttalet knytt til DHO skulle eskalere mykje. Ein vil då måtte gjere vurderingar om å tilføre fleire ressursar eller eventuelt å tenkje heilt nytt. Vi har drøfta ulike måtar å løyse dette på og vi har fått tilbakemeldingar frå pasientane- særskilt dei med psykisk sjukdom- at det er vanskeleg for dei når det er så mange ulike helsepersonell som tek imot målingar og meldingar frå dei. Moglege løysingar kan vere å legge ein del av oppfølginga til ressursjukepleiarar i heimetenestene med kompetanse på ulike diagnose- og pasientgrupper.

Vi har sett i verk viktige tiltak knytt til saksbehandling og tildeling av tenester som på litt sikt vil redusere presset på heimetenestene slik at dei får frigjort tid som kan brukast til dei pasientane som treng det mest. Det same gjeld fastlegane sin tidsbruk og generelt arbeidspress. Gjennom meir målretta tiltak som eigenmålingar dokumentert i kurver som er lett tilgjengelige ved pasienten sitt legebepesøk vil ein kunne effektivisere og sjå nytteverdi både for pasient, fastlege og spesialisthelsetenesta.

Færre sjukehusinnleggingar vil spare samfunnet for store kostnader og pasienten den belastninga det er å bli innlagt i sjukehus ved ei forverring av ein kronisk sjukdom.

I det vidare vil vi måtte legge til rette for eit fortsatt godt og tett samarbeid med spesialisthelsetenesta slik at pasienten opplever at tenestene heng saman. Samarbeidet må handle om pasientløyper, teknologi til heimeoppfølging og samhandling på tvers slik at pasienten kan nytte det same utstyret uansett om vedkomande er heime eller skal skrivast ut etter sjukehusopphald eller ved poliklinisk behandling. Kommunen skal i det vidare utvikle seg på bakgrunn av nasjonale føringar slik at visjonen om Ein innbyggjar-ein journal kan bli ein realitet.

Ved overgang til drift vil det vere avgjerande for realiseringa av tenesta digital heimeoppfølging som ein del av dei kommunale tenestene at vi klarer å synleggjere den nytten/dei gevinstane ei slik teneste kan gi innbyggjarane i kommunen.

Det må synleggjerast for dei folkevalde slik at dei ser dei positive effektane ei slik teneste kan ha- sjølv om dei økonomiske gevinstane ligg noko lang framme i tid. Dei må kanskje prioritere vekk noko anna for å innvilge midlar frå ei slunken kommunekasse for å investere i realiseringa av overgangen frå prosjekt til drift for digital heimeoppfølging.

Vi har ikkje hatt mange Covid-19 tilfelle som er blitt kopla på DHO så langt, men har gjennomført den same opprustinga og flyttinga av ressursar som kommunar med meir utbreidd smitte. Dette har påverka progresjonen i prosjektet. Planlagde møter har blitt utsette eller avlyste og vi har ikkje fått gjennomført planane som var lagt- på fleire område. Det vi erfarte var at når vi fekk eit større tal smitta- vart det vanskeleg å rigge dette mot ei evt. oppfølging av Covid pasientane gjennom DHO. Prosjektet var ikkje rigga stort nok til å kunne forvalte dette når talet smitta gikk opp. Dei pasientane vi hadde inne til oppfølging knytt til Koronasmitte i tidlegare fase av pandemien var fornøgde og kjende seg trygge fordi nokon vaka over dei målingane dei gjorde og gav tilbakemelding ved forhøga verdi eller uteblitt måling.

Koronapandemien har vore eit hinder for å gjennomføre prosjektet slik det var tenkt. Prosjektet har søkt om å få bruke prosjektmidlar fram til nyttår 2022 for å sikre overgang til drift. Vi fekk innvilga dette og har laga ein plan for det siste halve året. Vi laga ein plan over område vi ser det som viktig å arbeide meir med for å sikre ein god overgang til drift, sjå vedlegg 7:

- Kreftpasientar
- Kommunal teneste for psykisk helse og rus
- Pasientar i ytre delar av kommunen
- Medisindispensarar i Dignio
- Korleis kople heimetenesta på den digital heimeoppfølginga?
- Oppfølgingsenteret
- Medisinsk sengepost og –poliklinikk

Håpet er at når vi no kjem tilbake til ein meir normal kvardag får jobbe godt med dei aktivitetane vi har planlagt for det neste halve året. Vi har fått viktige tilbakemeldingar frå både pasientar, fastlegar og andre tenester som vi må ta omsyn til i utforming og bygging av tenesta. Vi fekk mange tilbakemeldingar frå fastlegane då vi hadde emnekurs- dei vil bli sett i system og operasjonaliserte, det same gjeld tilbakemeldingar frå spesialisthelsetenesta. Desse aktørane er særskilt viktig i samspelet rundt pasientane og dei sit med kunnskap om pasientane som vi må kanalisere inn i eigenbehandlingsplanane til pasientane. Vi må kome til enigheit om korleis vi skal drive oppfølging av pasientane- på pasientane sine premisser.

Samtidig må vi fortelje våre folkevalde kva vi har erfart og kva premisser som må vere til stades for at vi skal klare å byggje ei trygg og framtidsretta teneste. Dette gjeld både økonomiske og menneskelege ressursar, samt endring av arbeidsmåtar og organisering.

For å kunne seie noko meir konkret om framtidige moglege økonomiske innsparingar må vi ha fleire pasientar som har kommunale tenester slik at vi kan hente ut tal som gir oss noko meir handfast enn det vi har å vise til pr. no.

## Vedlegg a – Gevinstoversikt og gevinstplan

Gevinst	Type gevinst			Interessenter									Måleindikator	Korleis kan gevinsten målast?	Datakjelde	Frekvens på målingar	Ansvarleg
	Helseeffekt	Brukar-oppleving	Økonomisk effekt	Brukar	Pårørande	Kommune: Heimetenest	Kommune: Tildelingskontor	Kommune: Legevakt	Kommune: ØHD	Sjukehus	Fastlege	Andre					
Redusere tal henvendingar til fastlege og legevakt, samt andre aktørar som NAV, barnevernsteneste	X	X	X	X	X			X					Tal henvendingar	Nullpunkt vs aktuell tilstand	Tenesta sitt fagsystem	Månadleg	Tenesta
Redusere tal innleggingar sjukehus, ØHD	X	X	X										Tal innleggingar	Statistikk	Tenesta sitt fagsystem	Kvar 6. mnd	Kommunen, helseføretaket
Auka grad av samhandling mellom helsenivåa	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		Pasientens oppleving	Spørjeskjema		Ved behov	Kommunen, helseføretaket, prosjektet
Redusere tildelte helsetenester i heimen		X	X			X	X						Tal tildelte timar	Statistikk	Tenesta sitt fagsystem	Kvar 6. mnd	Kommunen
Auka kunnskap om eiga helse- gir auka grad av eigenmestring og tryggleik gjennom betre symptom- og sjukdomskontroll	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Pasientens oppleving	Spørjeskjema, intervju, sjølvrating		Ved behov	Kommunen, helseføretaket, prosjektet
Fange opp forverring i helsetilstand raskt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Måleutstyret i heimen til pasienten	Færre innleggingar i sjukehus, færre henvendingar til legevakt	Uttrekk av data, statistikk	Årleg	
Auka livskvalitet	X												Pasientens oppleving	Spørjeskjema, intervju, sjølvrating		Ved behov	
Lågare transportkostnadar		X	X										Statistikk	Telling	Pasientreiser	Årleg	Prosjektet

Gevinst	Gevinstansvarlig	Resultatindikator	Howdan måle og rapportere	Måleintervall	Forutsetninger og tiltak for å realisere gevinsten	Frist for tiltak	Ansvarlige for spesifikke tiltak	Howdan gevinsten "omsettes"
<b>Oversikt over hvilke gevinster prosjektet ønsker å oppnå. Inkluder unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet.</b>	Hvem er ansvarlig for at denne gevinsten måles og	Resultatindikatoren er det som skal måles for å dokumentere gevinsten. Velg	Beskriv hvordan gevinstene skal måles og rapporteres. Bestem hvordan data samles inn.	Definer hvor ofte målinger skal	<b>Beskriv forutsetninger for at gevinster oppnås. Hva må være på plass for at den aktuelle gevinsten skal inntrøffe og hvilke tiltak må vi sette i gang for å sikre at denne gevinsten oppnås? Det kan være flere tiltak og gevinstansvarlige per gevinst.</b>			<b>Beskriv hvordan gevinsten skal omsettes. Unngåtte kostnader og spart tid kan brukes på andre områder.</b>
<b>Redusere tal henvendingar til fastlege og legevakt, samt andre aktørar som NAV, barnevernsteneste</b>	Tenesta	Tal henvendingar	Nullpunkt vs aktuell tilstand	Månadleg	Rekruttere fleire pasientar til DHO. Ved etablert teneste ha fokus på eit lågare tenestnivå. Ha jamleg dialog med pasient, fokus på trygghet og at pasienten skal stole på at DHO gir god nok oppfølging og at det er trygt.	[DD.MM.ÅÅ]	[Oppgi ansvarlige]	Færre innlegingar i sjukehus vil gi unngåtte kostnader til transport. Totalelastinga på pasienten vil vere mindre dersom ein unngår ei sjukehusinnlegging. Auke mestringskjensle for pasienten kan gi auka grad av trygghet, auka kunnskap om kva pasienten sjølv kan gjere for å stogge ei forverring
<b>Redusere tal innlegingar sjukehus, ØHD</b>	Kommunen, helseføretaket	Tal innlegingar	Statistikk	Kvar 6. mnd	Oppdage forverring på eit tidleg tidspunkt, sette i verk avtalte tiltak i samsvar med egenbehandlingsplanen for å hindre ytterlegare forverring, jamleg kontakt med pasienten i denne fasen for å trygge vedkomande.			Færre innlegingar i sjukehus vil gi unngåtte kostnader til transport. Totalelastinga på pasienten vil vere mindre dersom ein unngår ei sjukehusinnlegging. Auke mestringskjensle for pasienten kan gi auka grad av trygghet, auka kunnskap om kva pasienten sjølv kan gjere for å stogge ei forverring
<b>Auka grad av samhandling mellom helsenivåa</b>	Kommunen, helseføretaket, prosjektet	Pasienten si oppleving	Spørjeskjema	Ved behov	Avtale faste møtepunkt og felles mål for å betre kommunikasjon og samhandling. Rutiner og avtaler			Jamleg dialog mellom kommunen og sjukehus om pasientar er eit tiltak som kan gi pasienten ei betre oppleving. At helsenivåa er i dialog vil vere meir effektivt og tidsbesparande. Dei ulike aktørane har nok kunnskap og informasjon om pasienten til å gi gode og saumlause tenester. Ei betre pasientoppleving for pasienten i ein innleggings- eller utskrivingsituasjon der ein unngår unødig tidsbruk til innhenting av viktig informasjon og mindre unødig tid til venting for pasienten.
<b>Redusere tildelte helsetenester i heimen</b>	Kommunen	Tal tildelte timar	Statistikk	Kvar 6. mnd	Ved etablert DHO vurdere pasienten sine vedtak og redusere tildelte timar innanfor forsvarlege rammer. Pasienten må kjenne seg trygg på at dei reduserte tenestene er tilstrekkelig.			Reduksjon i tildelte timar innanfor forsvarlege og trygge rammer hos ein pasient vil gi dei kommunale tenestene moglegheit til å gi meir hjelp til ein annan pasient som treng det meir. Ein reduksjon i tildelte timar er også ein gevinst for pasienten. Ei auka kjensle av mestringskjensle og å ikkje vere avhengig av andre. Større grad av fridom til å ikkje bruke tid på å vente på heimetenesta.
<b>Auka kunnskap om eiga helse- gir auka grad av eigenmestrings og tryggheit gjennom betre symptom- og sjukdomskontroll</b>	Kommunen, helseføretaket, prosjektet	Pasienten si oppleving	Spørjeskjema, intervju, sjølvrating	Ved behov	God kartlegging av sjukdomsbilete til pasienten- bruke god tid til dialog og innhenting av viktig informasjon. Eigenbehandlingsplanar saman med pasienten, hyppig kontakt i samsvar med pasienten sine ønskje og behov. Oppfølgingstenesta må ha eit godt grunn			For nokre pasientar vil trygghet for å vere "våka over" kunne vere den faktoren som hjelper vedkomande til å tørre å dra til eldresenter, dra på besøk, reise på ferie. Auka grad av sosial kontakt gir auka trivsel, betre matlyst og humør. Alt dette er med på å underbygge god ernæring, hindre einsemd og gi betre psykisk helse. Forhindre underernæring og demensutvikling.
<b>Fange opp forverring i helsestilstand raskt</b>	Prosjektet	Måleutstyret i heimen til pasienten	Færre innlegingar i sjukehus, færre henvendingar til legevakt	Årleg	Gode egenbehandlingsplanar som er i samsvar med pasienten sin helsestilstand. Evaluering av EBP når pasienten har vore i forverring, innlagt på sjukehus eller på bakgrunn av anna evaluering av innhaldet i planen.			Å hindre innlegging/reinnlegging gjennom å oppdage ei forverring på eit tidleg stadi der ein pasient kan utføre avtalte aktiviteter i samsvar med egenbehandlingsplan vil koste mindre i kroner og ører- ein unngått kostnad- og vere mindre belastande for pasienten enn bli innlagt i sjukehus. Mest sannsynleg vil pasienten kome seg raskare på beina og kan gjenoppta sitt vanlege liv.
<b>Auka livskvalitet</b>	Prosjektet	Pasienten si oppleving	Spørjeskjema, intervju, sjølvrating	Ved behov	Dialog med pasientane om korleis dei faktisk har det. Når ein sender ut spørjeskjema må ein ha kontakt med pasientane og forklare kvifor det er viktig at dei svarar			
<b>Lågare transportkostnader</b>	Prosjektet	Statistikk	Telling	Årleg	Oversikt over historisk kostnader knytt til utgifter til drivstoff og kjørelengd i heimetenestene			










# Medisinsk avstandsoppfølging

## Visuell framstilling av generalisert tenesteforløp

01.12.2020

**Bringing Ingenuity to Life**  
paconsulting.com

## Fordeling av ansvar for aktiviteter

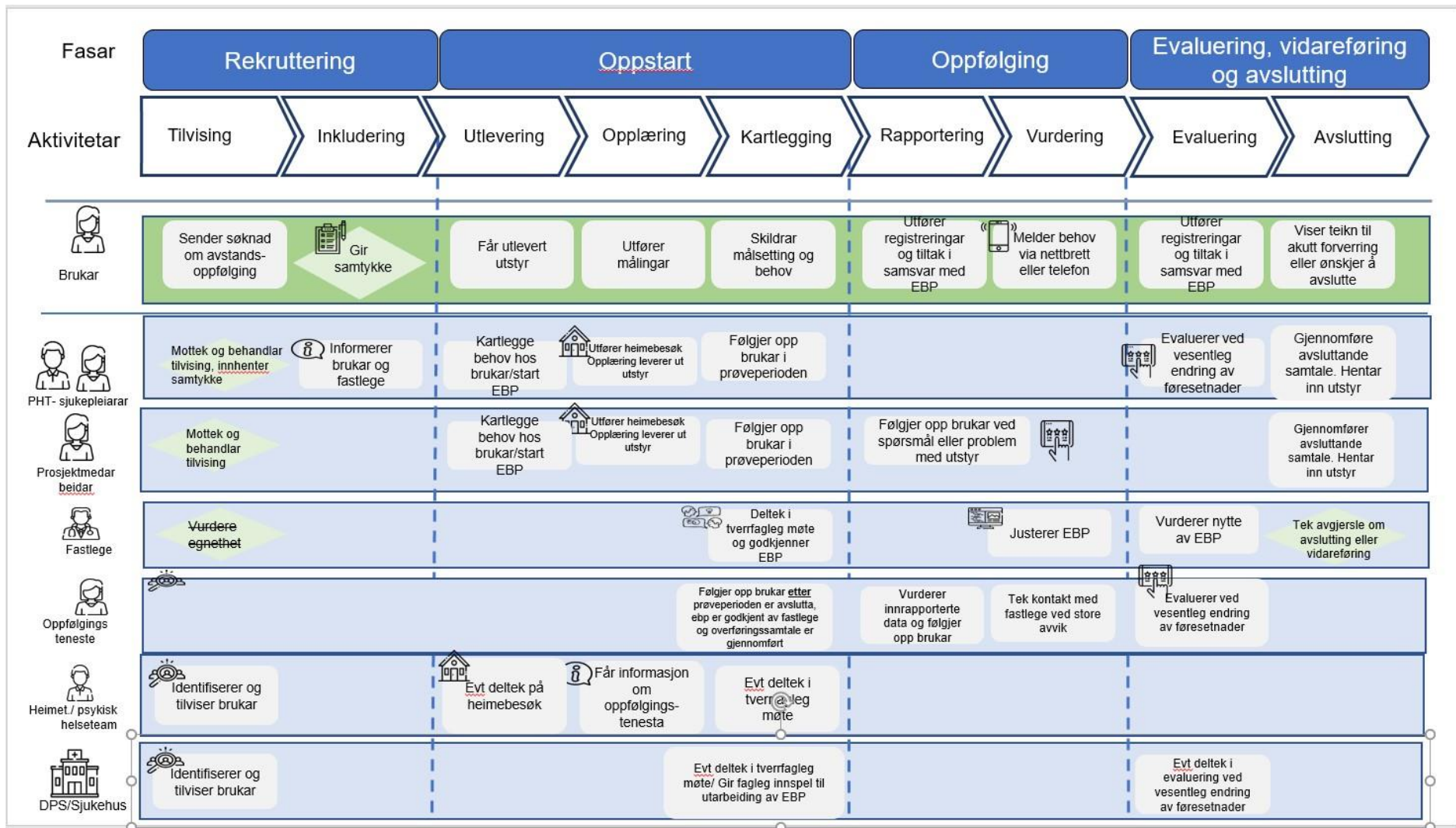
Aktivitet	Brukar 	PHT sjukepleiar 	Prosjekt-medarbeidar 	Oppfølging steneste 	Heimeteneste 	Fastlege 	DPS/sjukehus 
Identifisering/tilvising	U	U	U	U	U	A	U
Inkludering/randomisering		U				A	
Tildeling av utstyr			A U				
Opplæring		U	A				
Kartlegging (EBP)		U	U		R	A	R
Rapportering	A						
Vurdering			U			A	
Evaluering			R	R	R	A	R
Avslutting			U			A	R

**A** = Ansvarleg    **U** = Utførande    **R** = Rådgjevande



## Skildring av aktiviteter

Aktivitet	Skildring
Identifisering/tilvising	Identifisere brukarar som er aktuelle for medisinsk <u>avstandsoppfølging</u> . <u>Henvise</u> brukarar til aktuell instans.
Inkludering	Vurdere egnethet for avstandsoppfølging og ta avgjersle om <u>oppstart</u> av tenesta.
Tildeling av utstyr	Klargjere, levere ut og installere utstyr.
Opplæring	Gjennomføre opplæring og rettleiing av brukarar, personale og pårørande.
Kartlegging (EBP)	Utarbeide og godkjenne eigenbehandlingsplan/eigenbehandlingsverktøy.
Rapportering	Registrere data i samsvar med oppsett plan.
Vurdering	Ta i mot, vurdere og evaluere brukarrapporterte data. Gjennomføre tiltak i samsvar med eigenbehandlingsplan/eigenbehandlingsverktøy.
Evaluering	Vurdere eigenbehandlingsplan/eigenbehandlingsverktøy. og nytten av avstandsoppfølging.
Avslutting	Ta avgjersle om avslutting av tenesta. Avslutte oppfølging og samle inn utstyr.



## Organisering av digital heimeoppfølging i Stad kommune

Organisering av oppfølgingstenesta	Aktørar og oppgåver										
<ul style="list-style-type: none"> <li>Målgruppe:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Brukarar med psykiske lidningar, utfordringar med rus.</li> <li>Brukarar med kroniske lidningar som KOLS, diabetes og hjertesvikt.</li> </ul> </li> <li>Lokalisert på interkommunal legevakt på sjukehuset på Nordfjordeid</li> <li>Innrapporterte målingar og førespurnader frå pasientar vert følgt opp av tilsette på legevakta og ØHD.</li> <li>Oppfølgingstenesta er tilgjengeleg 24/7 og består av sjukepleiarar med lang erfaring.</li> </ul>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>Sjukepleiar i primærhelseteam og prosjektmedarbeidar</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlar søknad</li> <li>Deltak i kartlegging og evaluering</li> <li>Kartlegger behov, utarbeider EBP</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Oppfølgingstenesta</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Følgjer opp målingar</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Heimetenesta</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deltak i møte om EBP dersom pasient har kommunale tenester frå før</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Fastlege</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vurderer om pasienten eignar seg for tenesta</li> <li>Godkjenner eigenbehandlingsplan</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td>Sjukehus/DPS</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deltak i møte om eigenbehandlingsplan når dei har eit oppfølgingsansvar for pasienten</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Sjukepleiar i primærhelseteam og prosjektmedarbeidar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlar søknad</li> <li>Deltak i kartlegging og evaluering</li> <li>Kartlegger behov, utarbeider EBP</li> </ul>	Oppfølgingstenesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Følgjer opp målingar</li> </ul>	Heimetenesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deltak i møte om EBP dersom pasient har kommunale tenester frå før</li> </ul>	Fastlege	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurderer om pasienten eignar seg for tenesta</li> <li>Godkjenner eigenbehandlingsplan</li> </ul>	Sjukehus/DPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deltak i møte om eigenbehandlingsplan når dei har eit oppfølgingsansvar for pasienten</li> </ul>
Sjukepleiar i primærhelseteam og prosjektmedarbeidar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlar søknad</li> <li>Deltak i kartlegging og evaluering</li> <li>Kartlegger behov, utarbeider EBP</li> </ul>										
Oppfølgingstenesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Følgjer opp målingar</li> </ul>										
Heimetenesta	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deltak i møte om EBP dersom pasient har kommunale tenester frå før</li> </ul>										
Fastlege	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vurderer om pasienten eignar seg for tenesta</li> <li>Godkjenner eigenbehandlingsplan</li> </ul>										
Sjukehus/DPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deltak i møte om eigenbehandlingsplan når dei har eit oppfølgingsansvar for pasienten</li> </ul>										

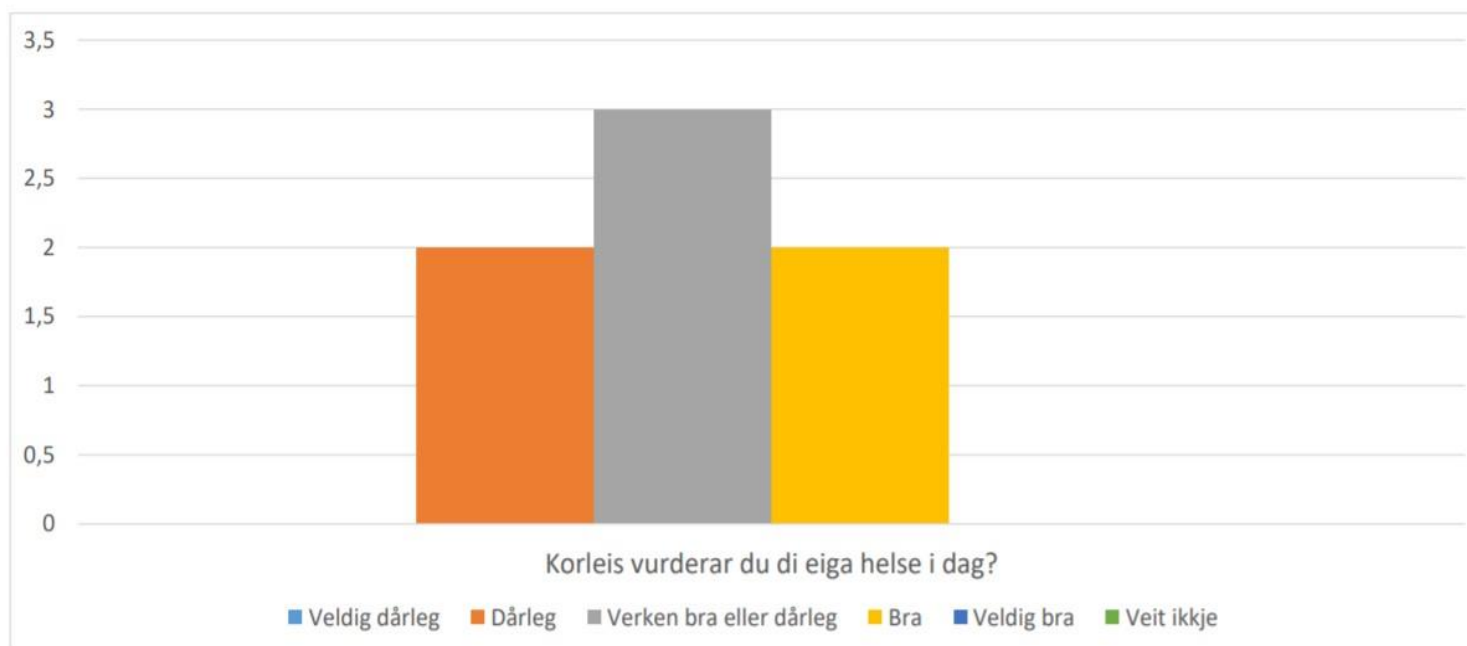
Aktivitet/område	Beskriving	Erfaringar
Handtering av søknader	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alle søknader om deltaking i prosjektet blir handtert i første omgang av sjukepleiar i primærhelseteamet(PHT) eller av prosjektmedarbeidar(PM). Fastlege godkjenner og brukar blir informert.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Måten dei har organisert seg på gjer at dei raskare kan vere på plass når det oppstår problem med utstyr hos brukaren.</li> <li>Viktig med god opplæring av brukar, og å vere tett på i prøveperioden.</li> <li>Ser at 24/7 oppfølging kanskje ikkje er nødvendig for å oppretthalde kvalitet på tenesta. Vil mest sannsynleg på sikt gå over til drift berre på dagtid på kvardagar.</li> </ul>
Kartlegging og vurdering	<ul style="list-style-type: none"> <li>PHT og/eller PM kartlegg behova til brukar. Det er PM som avtaler og reiser på heimebesøk for opplæring og utlevering av utstyr.</li> <li>Fastlege vurderer om den enkelte brukar er egna for tenesta</li> </ul>	
Eigenbehandlingsplan	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fastlege, ev. sjukehus/ØHD, ev. heimetenesta, PHT/PM og brukar deltek i tverrfagleg møte om eigenbehandlingsplan.</li> <li>Fastlege godkjenner eigenbehandlingsplanen og justerer den ved behov.</li> <li>Før planen er godkjend er det PHT og PM som følgjer opp målingar og har dialog med pasientane («prøveperioden»)</li> </ul>	
Oppfølging	<ul style="list-style-type: none"> <li>Legevakt og ØHD vurderer innrapporterte data og følgjer opp brukar sine eigenrapporterte målingar.</li> <li>Store avvik i målingane vert meldt vidare til PHT/PM som då tek kontakt med fastlege.</li> </ul>	
Evaluering	<ul style="list-style-type: none"> <li>PHT og PM i samarbeid med oppfølgingstenesta og fastlegetenesta evaluerer tenesta og justerer ved behov.</li> <li>Aktørane i spesialisthelsetenesta blir involvert når brukarane har faste avtaler på td. poliklinikk dersom det blir nødvendig med justeringar i tilbudet eller eigenbehandlingsplan til pasienten.</li> </ul>	

## Vedlegg d – Brukarundersøking 27. mai, 2020

### Medisinsk avstandsoppfølging: Brukarundersøking 27. mai 2020

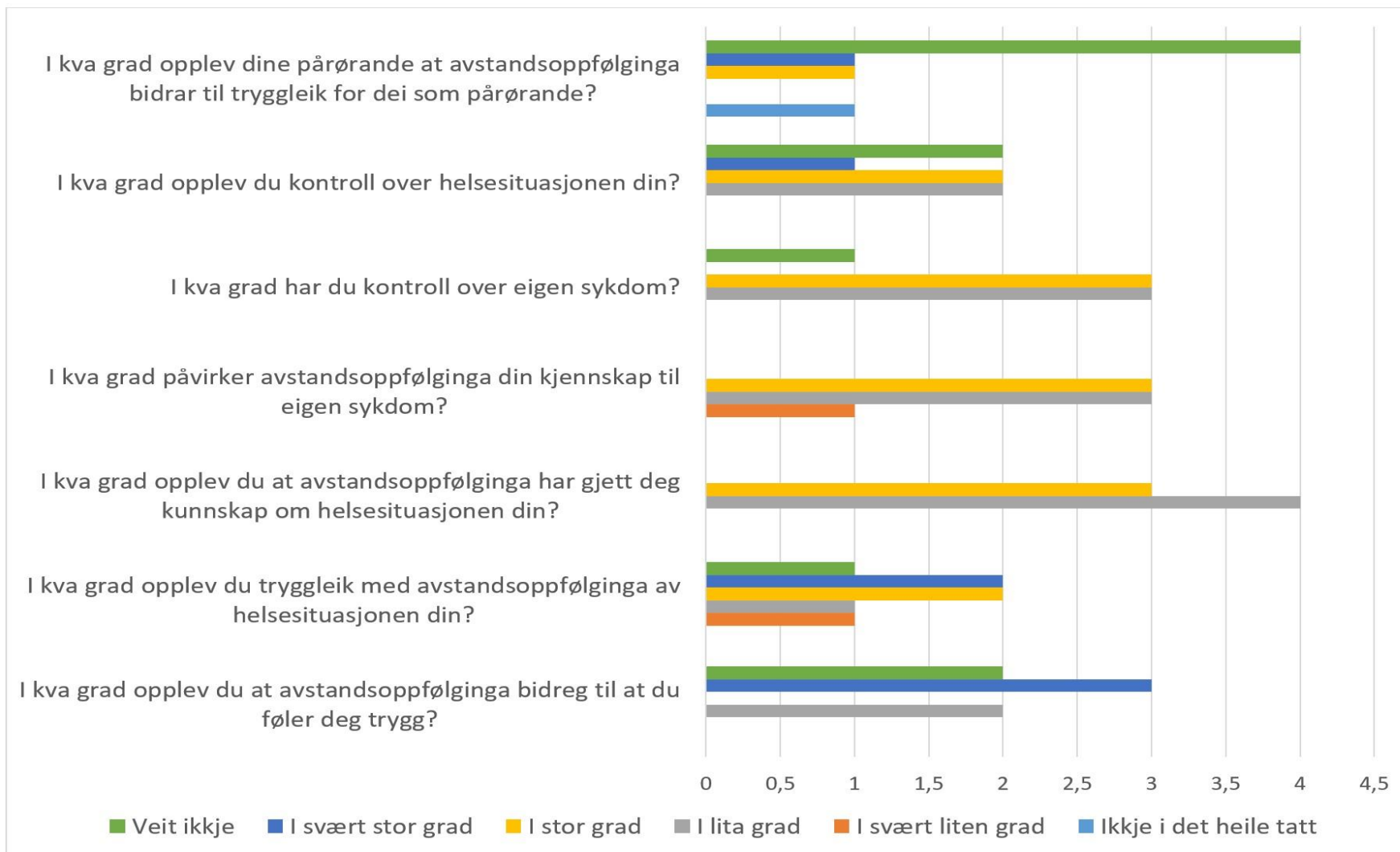
7 Pasientar har svart på brukarundersøkinga

Spørsmål	1) Veldig dårleg	2) Dårlig	3) Verken bra eller dårleg	4) Bra	5) Veldig bra	6) Veit ikkje
Korleis vurderar du di eiga helse i dag?		2	3	2		



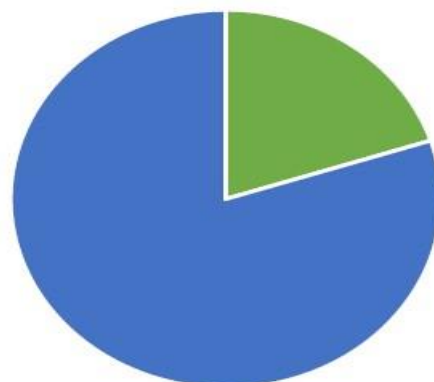
Spørsmål	1) Ikkje i det heile tatt	2) I svært liten grad	3) I lita grad	4) I stor grad	5) I svært stor grad	6) Veit ikkje
I kva grad opplev du at avstandsoppfølginga bidreg til at du føler deg trygg?			2		3	2
I kva grad opplev du tryggleik med avstandsoppfølginga av helsesituasjonen din?		1	1	2	2	1
I kva grad opplev du at avstandsoppfølginga har gjett deg kunnskap om helsesituasjonen din?			4	3		
I kva grad <u>påvirker</u> avstandsoppfølginga din kjennskap til eigen <u>sykdom</u> ?		1	3	3		
I kva grad har du kontroll over eigen <u>sykdom</u> ?			3	3		1
I kva grad opplev du kontroll over helsesituasjonen din?			2	2	1	2
I kva grad opplev dine pårørande at avstandsoppfølginga bidrar til tryggleik for dei som pårørande?	1			1	1	4





Brukarundersøking veke 39

Spm. 1: Har medisinsk avstandoppfølging påverka di fysiske helse?



- Mi fysiske helse er blitt betre på grunn av medisinsk avstandoppfølging
- Mi fysiske helse er ikkje endra på grunn av medisinsk avstandoppfølging
- Mi fysiske helse er blitt dårlegare på grunn av medisinsk avstandoppfølging

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Mi fysiske helse er blitt betre på grunn av medisinsk avstandoppfølging		2
Mi fysiske helse er ikkje endra på grunn av medisinsk avstandoppfølging		8
Mi fysiske helse er blitt dårlegare på grunn av medisinsk avstandoppfølging		0
<b>Totalt</b>		<b>10</b>

Spm. 2: Har medisinsk avstandsoppfølging påverka di livsglede?

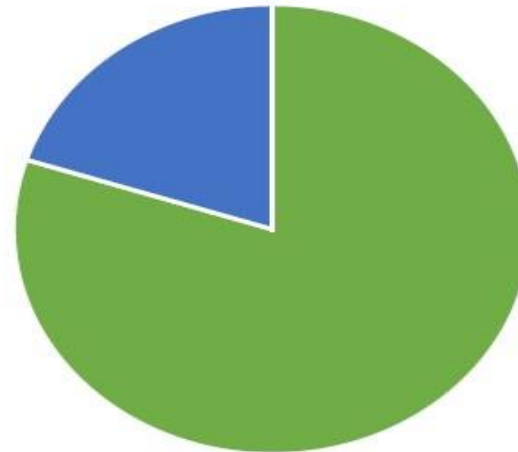


- Mi livsglede er blitt betre på grunn av medisinsk avstandsoppfølging
- Mi livsglede er ikkje endra på grunn av medisinsk avstandsoppfølging
- Mi livglede er blitt dårlegare på grunn av medisinsk avstandsoppfølging

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Mi livsglede er blitt betre på grunn av medisinsk avstandsoppfølging		4
Mi livsglede er ikkje endra på grunn av medisinsk avstandsoppfølging		6
Mi livglede er blitt dårlegare på grunn av medisinsk avstandsoppfølging		0
<b>Totalt</b>		<b>10</b>



Spm. 3: Har medisinsk avstandsoppfølging påverka di oppleving av tryggleik?



- Eg føler meg tryggare på grunn av medisinsk avstandsoppfølging
- Min tryggleik er ikkje påverka av medisinsk avstandsoppfølging
- Eg føler meg meir utrygg på grunn av medisinsk avstandsoppfølging

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Eg føler meg tryggare på grunn av medisinsk avstandsoppfølging		8
Min tryggleik er ikkje påverka av medisinsk avstandsoppfølging		2
Eg føler meg meir utrygg på grunn av medisinsk avstandsoppfølging		0
<b>Totalt</b>		<b>10</b>

Spm 4.: Har medisinsk avstandsoppfølging påverka kor ofte du går til fastlegen?



- Medisinsk avstandsoppfølging har ført til færre besøk hos fastlegen
- Medisinsk avstandsoppfølging har ikkje påverka kor ofte eg går til fastlegen
- Medisinsk avstandsoppfølging har ført til auka besøk hos fastlegen

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Medisinsk avstandsoppfølging har ført til færre besøk hos fastlegen		6
Medisinsk avstandsoppfølging har ikkje påverka kor ofte eg går til fastlegen		4
Medisinsk avstandsoppfølging har ført til auka besøk hos fastlegen		0
<b>Totalt</b>		<b>10</b>

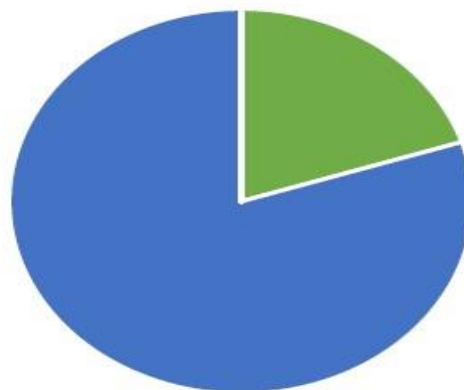
Spm 5.: Trur du at medisinsk avstandsoppfølging har påverka kor ofte du har vore innlagd på sjukehus?



- Eg trur det har bidratt til å redusert antall innleggingar på sjukehus
- Eg trur ikkje at det har påverka innleggingar på sjukehus
- Eg trur det har auka antall innleggingar på sjukehus

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Eg trur det har bidratt til å redusere antall innleggingar på sjukehus		1
Eg trur ikkje det har påverka innleggingar på sjukehus		8
Eg trur det har auka antall innleggingar på sjukehus		1
<b>Totalt</b>		<b>10</b>

**Spm. 6: Har medisinsk avstandsoppfølgin påverka ditt behov for hjelp av heimesjukepleien og/eller korttidsopphald på sjukeheim?**



- Det har redusert mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidsopphald i sjukeheim
- Det har ikkje påverka mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidsopphald i sjukeheim
- Det har auka mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidsopphald i sjukeheim

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Det har redusert mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidshopphald i sjukeheim		2
Det har ikkje påverka mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidshopphald i sjukeheim		8
Det har auka mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidshopphald i sjukeheim		0
<b>Totalt</b>		<b>10</b>

Spm. 7: Har medisinsk avstandsoppfølging påverka din kunnskap og/eller forståing av dine helseutfordringar?



- Det har auka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar
- Det har ikkje påverka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar
- Det har redusert min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Det har auka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar		6
Det har ikkje påverka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar		4
Det har redusert min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar		0
<b>Totalt</b>		<b>10</b>

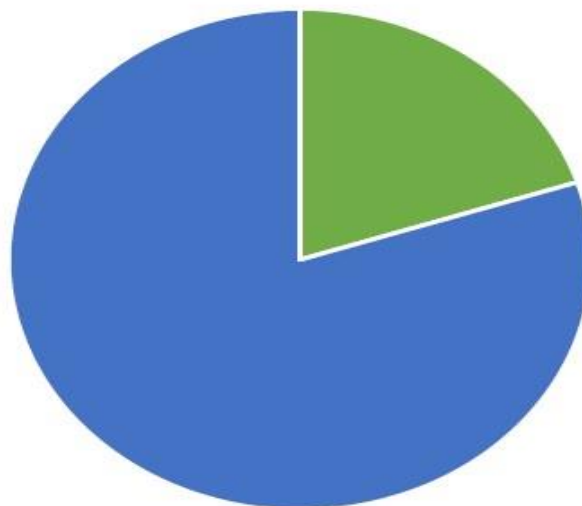
Spm. 8: Kor fornøgd er du med oppfølginga du får via medisinsk avstandsoppfølging?



- Eg er svært fornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er godt fornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er verken fornøgd eller misfornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er misfornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er svært misfornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Eg er svært fornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging		2
Eg er godt fornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging		5
Eg er verken fornøgd eller misfornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging		3
Eg er misfornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging		0
Eg er svært misfornøgd med oppfølginga via medisinsk avstandsoppfølging		0
<b>Totalt</b>		<b>10</b>

Spm. 9: Har medisinsk avstandsoppfølging hatt betydning for deg under koronapandemien?



- Det har gjort meg tryggere under pandemien
- Det har ikkje gjort meg tryggere eller meir utrygg under pandemien
- Det har gjort meg meir utrygg under pandemien

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Det har gjort meg tryggere under pandemien		2
Det har ikkje gjort meg tryggere eller meir utrygg under pandemien		8
Det har gjort meg meir utrygg under pandemien		0
<b>Totalt</b>		<b>10</b>



Spm. 10: I det store og det heile, korleis har du opplevd medisinsk avstandsoppfølging?



- Eg er svært fornøgd med medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er godt fornøgd med medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er verken fornøgd eller misfornøgd med medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er misfornøgd med medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er svært misfornøgd med medisinsk avstandsoppfølging

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Eg er svært fornøgd med medisinsk avstandsoppfølging		2
Eg er godt fornøgd med medisinsk avstandsoppfølging		5
Eg er verken fornøgd eller misfornøgd med medisinsk avstandsoppfølging		3
Eg er misfornøgd med medisinsk avstandsoppfølging		0
Eg er svært misfornøgd med medisinsk avstandsoppfølging		0
<b>Totalt</b>		9



**Spm. 11: Kva har vore det beste med medisinsk avstandsoppfølging?**

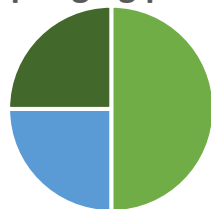
<b>Pasient:</b>	<b>Svar i fritekst (har endra litt på teksten for å anonymisere):</b>
1	Føler meg tryggare og friare. Kan vere meir åleine til dømes på hytta.
2	Meir fridom til å planlegge dagane som eg vil, uavhengig av å vente på nokon frå heimesjukepleien. Fint å kunne sende melding å få svar om det er noko eg eller pårørande lurar på.
3	Heilt greit
4	At eg blir følgt opp av helsepersonell
5	At eg blir følgt opp av helsepersonell
6	Eg kan gjere målingane når det passar best for meg sjølv. Og så kan eg dag for dag følgje med på korleis det ligg an med «tingenes tilstand». Veldig beroligande (hittil i alle fall).
7	Tilgang på vekt, å kunne kontrollere kroppsvekta kvar dag. Man får eit større bevisstheit om kva ein eter
8	Føler meg trygg
9	At eg blir sett og forstått at det er krevjande å leve med skjulte, kroniske sjukdommar. At det blir forstått utfordringar med den fysiske helse som påverkar den psykiske helsa.
10	Eg føler meg trygg

**Spm. 12: Har du noko forslag til forbetring til medisinsk avstandsoppfølging?**

<b>Pasient:</b>	<b>Svar i fritekst:</b>
1	Kjem ikkje på noko. Er fornøgd. Takk ☺
2	Kjem ikkje på noko. Kanskje det måtte vere å vite noko om kor lenge vi skal halde på med målingane.
3	Nei
4	Det er berre å fortsette som før.
5	Nei
6	Nei.
7	Forslag til alternativ til mat (ikkje enkelt)
8	Nei.
9	Ønsker fast time hos teamet i medisinsk avstandsoppfølging for eksempel 2 gongar i månaden.
10	Nei.

Brukarundersøking veke 20, 2021

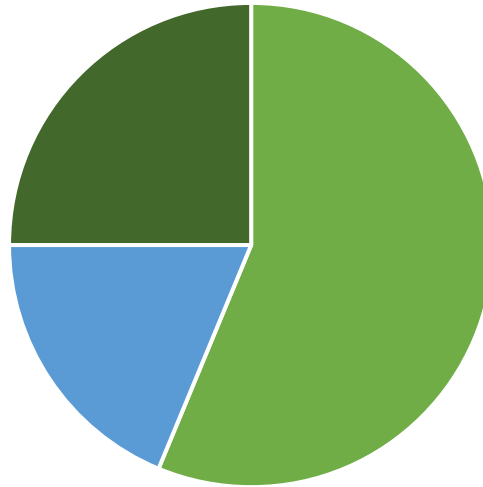
**Spm. 1: Har digital heimeoppfølging påverka di fysiske helse?**



- Mi fysiske helse er blitt betre på grunn av digital heimeoppfølging
- heimeoppfølgingMi fysiske helse er ikkje endra på grunn av digital heimeoppfølging
- Mi fysiske helse er blitt dårlegare på grunn av digital heimeoppfølging
- Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Mi fysiske helse er blitt betre på grunn av digital heimeoppfølging	50%	8
Mi fysiske helse er ikkje endra på grunn av digital heimeoppfølging	25%	4
Mi fysiske helse er blitt dårlegare på grunn av digital heimeoppfølging	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

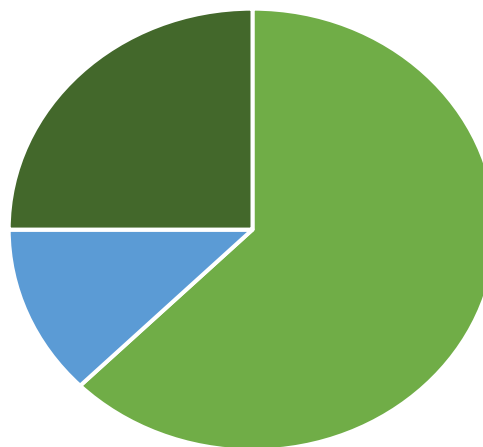
**Spm. 2: Har digital heimeoppfølging påverka di livsglede?**



- Mi livsglede er blitt betre på grunn av digital heimeoppfølging
- Mi livsglede er ikkje endra på grunn av digital heimeoppfølging
- Mi livglede er blitt dårlegare på grunn av digital heimeoppfølging
- Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Mi livsglede er blitt betre på grunn av digital heimeoppfølging	56,25%	9
Mi livsglede er ikkje endra på grunn av digital heimeoppfølging	18,75%	3
Mi livglede er blitt dårlegare på grunn av digital heimeoppfølging	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

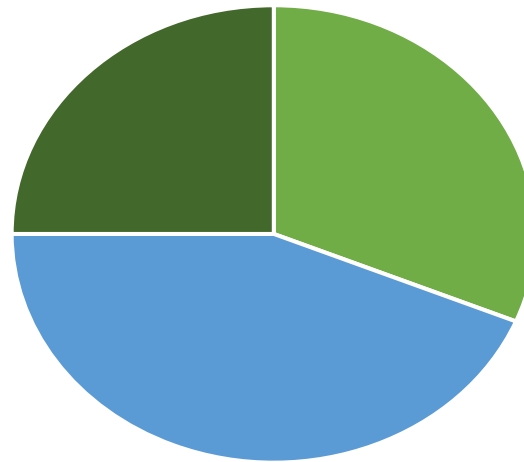
**Spm. 3: Har digital heimeoppfølging påverka di oppleving av tryggleik?**



- Eg føler meg tryggare på grunn av digital heimeoppfølging
- Min tryggleik er ikkje påverka av digital heimeoppfølging
- Eg føler meg meir utrygg på grunn av digital heimeoppfølging
- Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Eg føler meg tryggare på grunn av digital heimeoppfølging	62,5%	10
Min tryggleik er ikkje påverka av digital heimeoppfølging	12,5%	2
Eg føler meg meir utrygg på grunn av digital heimeoppfølging	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

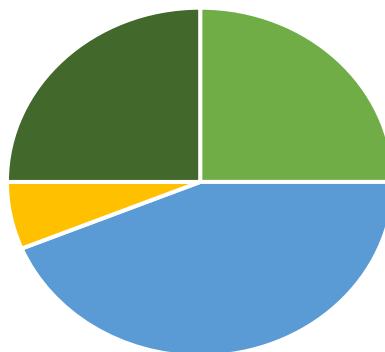
**Spm 4.: Har digital heimeoppfølging påverka kor ofte du går til fastlegen?**



- Digital heimeoppfølging har ført til færre besøk hos fastlegen
- Digital heimeoppfølging har ført til auka besøk hos fastlegen
- Digital heimeoppfølging har ikkje påverka kor ofte eg går til fastlegen
- Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Digital heimeoppfølging har ført til færre besøk hos fastlegen	31,25%	5
Digital heimeoppfølging har ikkje påverka kor ofte eg går til fastlegen	43,75%	7
Digital heimeoppfølging har ført til auka besøk hos fastlegen	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

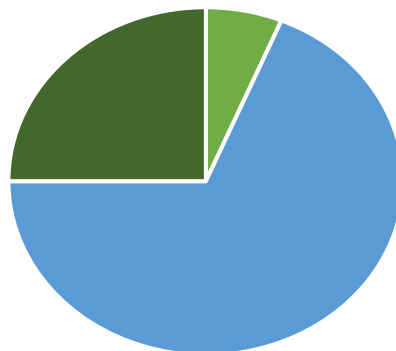
**Spm 5.: Trur du at digital heimeoppfølging har påverka kor ofte du har vore innlagd på sjukehus?**



- Eg trur det har bidratt til å redusere antall innleggingar på sjukehus
- Eg trur ikkje at det har påverka innleggingar på sjukehus
- Eg trur det har auka antall innleggingar på sjukehus
- Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Eg trur det har bidratt til å redusere antall innleggingar på sjukehus	25%	4
Eg trur ikkje det har påverka innleggingar på sjukehus	43,75%	7
Eg trur det har auka antall innleggingar på sjukehus	6,25%	1
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

**Spm. 6: Har digital heimeoppfølging påverka ditt behov for hjelp av heimesjukepleien og/eller korttidsopphald på sjukeheim?**

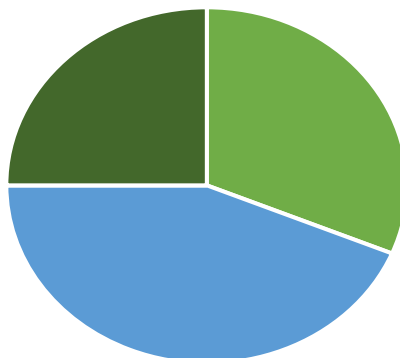


- Det har redusert mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidsopphald i sjukeheim
- Det har ikkje påverka mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidsopphald i sjukeheim
- Det har auka mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidsopphald i sjukeheim
- Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Det har redusert mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidshopphald i sjukeheim	6,25%	1
Det har ikkje påverka mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidshopphald i sjukeheim	68,75%	11
Det har auka mitt behov for heimesjukepleie og/eller korttidshopphald i sjukeheim	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>



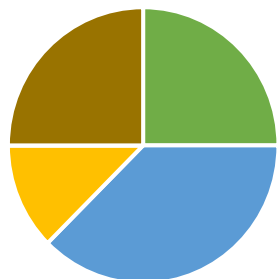
Spm. 7: Har digital heimeoppfølging påverka din kunnskap og/eller forståing av dine helseutfordringar?



- Det har auka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar
- Det har ikkje påverka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar
- Det har redusert min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar
- Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Det har auka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar	31,25%	5
Det har ikkje påverka min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar	43,75%	7
Det har redusert min kunnskap og/eller forståing av mine helseutfordringar	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

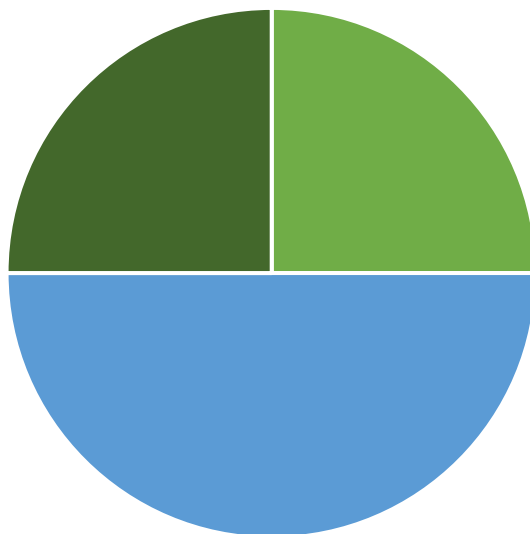
Spm. 8: Kor fornøgd er du med oppfølginga du får via digital heimeoppfølging?



Eg er svært fornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	■ med oppfølginga via digital heimeoppfølging
Eg er godt fornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	■ oppfølginga via digital heimeoppfølging
Eg er verken fornøgd eller misfornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	■ eller misfornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging
Eg er misfornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	■ oppfølginga via digital heimeoppfølging
Eg er svært misfornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	■ med oppfølginga via digital heimeoppfølging
Mangler svar	■

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Eg er svært fornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	25%	4
Eg er godt fornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	37,5%	6
Eg er verken fornøgd eller misfornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	12,5%	2
Eg er misfornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	0%	0
Eg er svært misfornøgd med oppfølginga via digital heimeoppfølging	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

Spm. 9: Har digital heimeoppfølging hatt betydning for deg under koronapandemien?



■ Det har gjort meg tryggere under pandemien

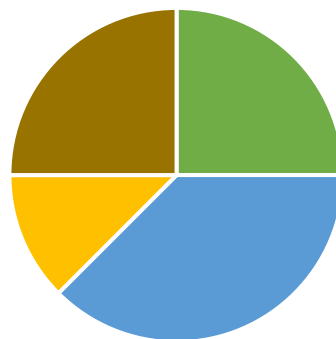
■ Det har ikkje gjort meg tryggere eller meir utrygg under pandemien

■ Det har gjort meg meir utrygg under pandemien

■ Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Det har gjort meg tryggere under pandemien	25%	4
Det har ikkje gjort meg tryggere eller meir utrygg under pandemien	50%	8
Det har gjort meg meir utrygg under pandemien	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

Spm. 10: I det store og det heile, korleis har du opplevd digital heimeoppfølging?



- Eg er svært fornøgd med digital heimeoppfølging
  - Eg er verken fornøgd eller misfornøgd med digital heimeoppfølging
  - Eg er svært misfornøgd med medisinsk avstandsoppfølging
- Eg er godt fornøgd med digital heimeoppfølging
  - Eg er misfornøgd med digital heimeoppfølging
  - Mangler svar

Svaralternativ	Svarprosent	Antall svar
Eg er svært fornøgd med digital heimeoppfølging	25%	4
Eg er godt fornøgd med digital heimeoppfølging	37,5%	6
Eg er verken fornøgd eller misfornøgd med digital heimeoppfølging	12,5%	2
Eg er misfornøgd med digital heimeoppfølging	0%	0
Eg er svært misfornøgd med digital heimeoppfølging	0%	0
Mangler svar	25%	4
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>16</b>

**Spm. 11: Kva har vore det beste med digital heimeoppfølging?**

<b>Pasient:</b>	<b>Svar i fritekst (har endra litt på teksten for å anonymisere):</b>
1	Eg føler meg tryggare totalt sett og kan slappe av når det gjeld mi rekrutteringsdiagnose. Men eg slit med andre sjukdommar som påvirker kroppen ein del. Så det kan vere vanskeleg å svare på om det er KOLS eller dei andre sjukdommane som påverker kroppen min. Men digital heimeoppfølging er eit stort pluss.
2	Tryggleik for meg og pårørande. Eg føler meg friare på ein måte. Eg kan reise på hytta åleine, besøke familie og vite at eg har nærleik til helsestatus om det skulle utvikle seg og eg treng hjelp med helseinnstans som ikkje kjenner historia.
3	Eg får motivasjon til å utføre trening dei dagane eg har bestemt meg for det.
4	At eg har fått trent meir
5	Eg føler meg trygg
6	Eg har god oversikt
7	At eg føler meg trygg og vert passa på
8	Veit ikkje
9	Føler eg blir godt ivaretatt og at eg kan sende inn målingar/svare på spørjeskjema når det passar meg best. Det er fleksibelt, effektivt og tidssparande for alle partar
10	Eg føler meg trygg
11	Det er spesielt to forhold eg vil nemne her. Dette å få uttrykke meg om min situasjon, bevisstgjere meg om ståsted, og dette å kunne ta kontakt skriftleg når eg ikkje når fram til primærhelseteamet eller lege
12	Digital heimeoppfølging hjelpe på helsesituasjonen
13	

14	
15	
16	

<b>Spm. 12: Har du noko forslag til forbetring til digital heimeoppfølging?</b>	
<b>Pasient:</b>	<b>Svar i fritekst:</b>
1	Det einaste eg kan komme på er at eg føler deg er mange forskjellige helsepersonell vi pasientar må forhalde oss til.
2	Har i det siste vore litt dårlegare over tid enn tidlegare. Er sjølv litt usikker på om dette er den nye normalen. Burde kanskje hatt ei oppfølging angående dette?
3	Nei
4	Nei
5	Nei
6	Eg har ikkje forslag
7	Har ingen forslag
8	Nei
9	Ingen forslag. Men burde kanskje vore ein muligheit for å svare «ikkje aktuelt/relevant» på nokre av spørsmåla i denne undersøkinga
10	Nei

11	Syns det er rart å skulle forhalde meg til så mange personar ved kontakt. Ikkje alltid god tilbakemelding då det er forskjellig innsikt hos den enkelte. Eg opplev at ein del av mine sjukdommar skulle blitt fulgt opp av primærhelseteamet og fastlege og at eg falt ut av denne oppfølginga når eg starta med digital heimeoppfølging. Men har tatt det opp, og det er blitt ordna slik eg forstår det. Den psykiske helse har vore påverka av fleire forhold, blant anna mine sjukdommar og nyoppståtte problem. Men no føler eg meg ivaretatt og i gode hender.
12	Nei
13	
14	
15	
16	



## Anne

Alder: 74  
Bosituasjon: Bor alene i enebolig.  
Bakgrunn:  
Interesser: Friluftsliv.  
Sykdomshistorie: Diagnostisert med KOLS.

### Ønsker og behov

- Anne ønsker en god helse til å fungere godt i hverdagen.
- Hun satte seg som mål å lære mer om egen sykdom og kunne håndtere en forverring, samt hindre sykehusinnleggelse.

### Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Anne mottok hjemmetjenester og har hatt 2 oppholdsdøgn på øyeblikkelig hjelp døgntilbud tidligere.
- Hun mottok 14 besøk fra hjemmetjenesten per uke, og hvert besøk tok i gjennomsnitt 11 minutter i tillegg til 40 min tur/retur i kjøretid.

### Oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Anne startet opp med digital hjemmeoppfølging i november 2019.
- Hun mottok nettbrett, pulsoksymeter og vekt. Med nettbrettet gjør hun målinger av puls og oksygenmetning hjemme. Vekten bruker hun til å følge med på utviklingen i egen vekt, på grunn av betydelig vektnedgang. Hun har også en trygghetsalarm.
- Anne foretar hjemmemålinger en gang per dag, og kontaktes av oppfølgingstjenesten hvis hun registrerer målinger utenfor referanseverdi. Hun har også jevnlig statusamtaler på telefon. Dersom målinger uteblir tar oppfølgingscenteret kontakt med Anne.
- Besøk av hjemmesykepleien ble først redusert fra 2 til 1 besøk per dag etter Anne sitt eget ønske, så avsluttet. Hun får nå et lenger besøk hver måned for praktisk hjelp i hjemmet.

### Gevinster

- Anne opplever økt grad av egenmestring, trygghet og selvstendighet.
- Hun forteller at hun nå kan dra på hytta alene, og har mer frihet til å planlegge dagen som hun selv ønsker.
- Hun har også fått en større bevissthet rundt egen vekt, nå som hun måler kroppsvekten oftere.
- Hun føler seg trygg og selvstendig fordi hun kan følge med på sine egne målinger, og gjøre målingene når det passer henne best.
- Pårørende var innom Anne flere ganger om dagen tidligere. De opplever nå økt trygghet og har blitt avlastet som følge av at Anne har fått digital hjemmeoppfølging.



# Kostnader før og etter oppstart av tjenesten

## KOSTNADER FØR OPPSTART AV TJENESTEN

### Pleietid før oppstart

- **Besøk fra hjemmetjenesten:** 14 besøk à 11 minutter per uke. Totalt 616 minutter per måned.
- **Kjøretid:** Hvert besøk generer 40 minutters kjøring tur/retur. Totalt 2240 minutter per måned.
- **Total pleietid per måned inkludert kjøring:** 47 timer og 36 minutter per måned.
- **Total antall korttidsopphold og oppholdsøgn:** 1 opphold à 2 oppholdsøgn.

### Kostnad før oppstart

- **Lønnskostnader til hjemmebesøk per måned:** 7905 kr.
- **Kostnader til kjøring per måned (inkl. drivstoff, vedlikehold og lønnet arbeidstid):** 31 397 kr.
- **Total kostnad til korttidsopphold:** 7832 kr.
- **Total kostnad per måned:** 39 302 kr<sup>1</sup>.

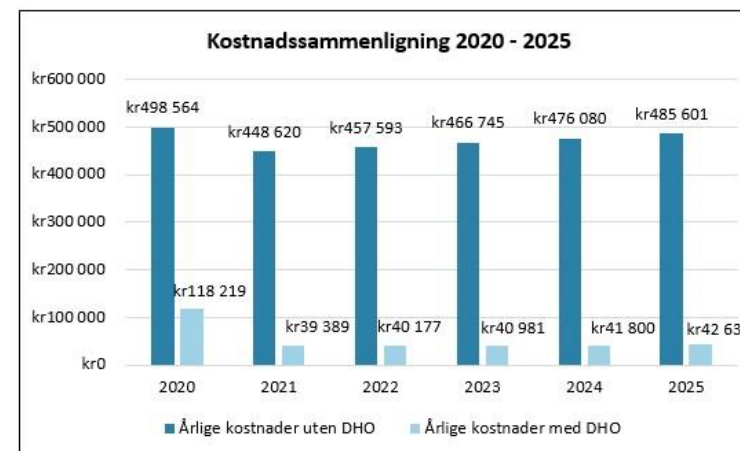
### Forventet fremtidig pleietid i perioden 2021-2025

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at Anne ville fortsatt å motta hjemmetjenester tilsvarende 47 timer og 36 minutter per måned, som før oppstart. Korttidsoppholdet i 2020 inkluderes.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det at hun vil fortsette med hjemmetjenester i form av praktisk bistand tilsvarende 1 time per måned som i 2020.

## KOSTNADER ETTER OPPSTART AV TJENESTEN

### Kostnad for tjenesten med digital hjemmeoppfølging

- **Lønn- og driftskostnader til oppfølging fra oppfølgingssenteret per måned:** 2108 kr.
- **Kostnad til hjemmetjenester:** 1211 kr<sup>2</sup>.
- **Total kostnad korttidsopphold:** 58 740 kr.
- **Total kostnad per måned:** 3319 kr<sup>3</sup>.



1) Månedlig kostnad for den aktuelle måned da bruker ble innlagt på ØHD er 47 134 kr.

2) Månedlig kostnad for den aktuelle første måned etter oppstart hvor bruker fikk helsetjenester i hjemmet i 20 dager er 20 862 kr.

3) Månedlig kostnad for den aktuelle måned da bruker ble innlagt på korttidsopphold er 62 059 kr.

# Bruk av digital hjemmeoppfølging reduserer forbruket av hjemmetjenester

Ved å ta i bruk digital hjemmeoppfølging vil det årlige forbruket av hjemmetjenester reduseres med 97% i 2021-2025.

## Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Kostnader til hjemmetjenester <sup>1</sup>	kr 439 824	kr 448 620	kr 457 593	kr 466 745	kr 476 080	kr 485 601	kr 2 774 463
Kostnader til opphold på kommunal korttids plass	kr 58 740	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 58 740
Kostnader til opphold KAD	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0
Kostnader til overliggerdøgn sykehus	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0
<b>Totale kostnader uten DHO</b>	<b>kr 498 564</b>	<b>kr 448 620</b>	<b>kr 457 593</b>	<b>kr 466 745</b>	<b>kr 476 080</b>	<b>kr 485 601</b>	<b>kr 2 833 203</b>

## Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Totalt
Kostnader oppfølgingstjenesten <sup>2</sup>	kr 25 296	kr 25 802	kr 26 318	kr 26 844	kr 27 381	kr 27 929	kr 159 570
Kostnader til hjemmetjenester	kr 34 183	kr 13 587	kr 13 859	kr 14 136	kr 14 419	kr 14 707	kr 104 892
Kostnader til opphold på kommunal korttids plass	kr 58 740	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 58 740
Kostnader til opphold KAD	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0
Kostnader til overliggerdøgn sykehus	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0
<b>Totale kostnader med DHO</b>	<b>kr 118 219</b>	<b>kr 39 389</b>	<b>kr 40 177</b>	<b>kr 40 981</b>	<b>kr 41 800</b>	<b>kr 42 636</b>	<b>kr 323 203</b>

<b>Gevinst<sup>3</sup></b>	<b>kr 380 345</b>	<b>kr 409 231</b>	<b>kr 417 416</b>	<b>kr 425 764</b>	<b>kr 434 279</b>	<b>kr 442 965</b>	<b>kr 2 510 000</b>
----------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------------

- 1) Består av lønnskostnader og kostnader til kjøring for 56 månedlige besøk, hvert på totalt 51 minutter inkludert kjøring. Kostnad per time er basert på satsen som benyttes i Stad. Det er lagt til en forventet årlig lønnsvekst på 2% basert på utvikling i KPI siste fem år (Kilde: [SSB: Konsumprisindeksen](#))
- 2) Hentet fra rapport «Anbefaling om fremtidig organisering av digital hjemmeoppfølging i Agder», utarbeidet av [PA Consulting](#) september 2020 som en del av VOPD-prosjektet. Lagt til en årlig vekst på 2%.
- 3) Gevinst = Totale kostnader uten digital hjemmeoppfølging – Totale kostnader med digital hjemmeoppfølging

# NASJONALT VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAM

## Brukarhistorie – Digital Heimeoppfølging Stad kommune

November 2020







## Brukar 1

**Alder:** Mann, mellom 40 og 45 år

**Busituasjon:** Bur åleine i eigen bustad

**Bakgrunn:** Jobbar på anlegg i 60%, sjukmeld lengre periodar

**Sjukdomshistorie:** Bipolar lidning, i hovudsak med nedstemde periodar

### Ønsker og behov:

Han har eit sterkt ønske om å klare å arbeide meir enn 60%. Han ønskjer å oppnå ei meir stabil helse.

### Situasjonen før digital heimeoppfølging starta:

Han har gått fast til polikliniske samtaler ved DPS over tid. Han har hatt maniske periodar med psykose og panikkangst. Har lett for å overtenkje og dette gjer han sliten og usikker på seg sjølv. Sist innlagt 2019.

Har hatt vekentlege samtaler med psykiatritenesta i kommunen sidan juli 2019.

Er lite sosial, har nokre få vener som han har kontakt med.

### Oppstart av digital heimeoppfølging:

Han har vore med i prosjektet sidan mai 2020. Har fått utdelt nettbrett og svarar på daglege (må-fre)spørsmål om si psykiske helse. Spørsmåla har han sjølv vore med å utarbeidd saman med prosjektmedarbeidar. Fram til no er det prosjektmedarbeidarar som har følgt opp svara hans og vore i kontakt med han ved behov. Målet er at oppfølginga skal over til Oppfølgingssenteret når eigenbehandlingsplanen er godkjend av fastlegen og pasienten sjølv kjenner seg klar til det.

### Tenestebruk før oppstart:

Han har vedtak om samtale med kommunal psykiatriteneste 30 min kvar veke.

### Tenestebruk etter oppstart:

Det har ikkje vore redusert noko i tenestene frå kommunen.

Pasienten har ikkje vore innlagt i perioden etter oppstart med digital heimeoppfølging.

## Brukarundersøking

### Resultat frå brukarundersøkingar

- Pasienten har svart på begge brukarundersøkingane .
- Han svarar stort sett på daglege spørsmål og fredagsspørsmåla som han får i MyDignio på nettbrettet sitt.



## Positive effektar

### Gevinstar

- Han har ikkje vore innlagd sidan han starta opp med digital heimeoppfølging i mai 2020
- Føl stort sett opp dei avtalene prosjektet har laga saman med han



# NASJONALT VELFERDSTEKNOLOGIPROGRAM

**Brukarhistorie – Digital Heimeoppfølging**  
Stad kommune

November 2020

 HelseDirektoratet

  
Direktoratet for  
e-helse

 KS 







## Hilde

**Alder:** 70.

**Busituasjon:** Bur åleine.

**Bakgrunn:** Ho har vore yrkesaktiv. Skild og har eit vakse barn.

**Sjukdomshistorie:** Har fleire somatiske sjukdomar som pregar henne i kvardagen. Varierende grad av depresjon.

### Ønsker og behov

- Hilde er ei glad dame som likar å skrive og å danse, men har tunge tankar og tristhet som har teke meir over livet hennar.
- Hilde ønsker å få avklaring i forhold til kroppsleg sjukdom og meiner at den psykiske helsa også vil bli betre då.
- Ho har fleire kroniske sjukdomar og står på fleire typar medikament. Ho er sjølv opptatt av å få hjelp til å titre seg fram til korrekt dose på medikament mot lavt stoffskifte.
- Ho ønsker å få tilbake tiltaksløyst og overskot og finne tilbake til den "glade personen" som er kreativ, skriv og dansar.

### Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Hilde mottek ikkje kommunale tenester før hun starta med digital heimeoppfølging, men hadde jevnlege besøk hos fastlege og spesialisthelseteneste.
- Hun kjenner på tiltaksløyse og mangel på overskot i kvardagen. Eigen somatisk sjukdom med fleire kroniske lidingar og psykiske nedturar pregar kvardagen og tankerommet hennar. Ho er likevel flink til å gå daglege turar og har kontakt med vener og familie.

### Oppstart av digital heimeoppfølging:

- Hilde blei rekruttert inn i prosjektet av PHT sjukepleiar. Ho fekk utdelt nettbrett i januar 2020 og har avtale om å svare på spørsmål knytt til si psykiske helse måndag og fredag. Fastlegen har godkjend eigenbehandlingsplanen hennar og ho vert følgt opp av Oppfølgingssenteret.
- Hilde er flink til å skrive og ordlegge seg og nyttar meldingsfunksjonen i MyDignio mykje.
- Hun har dagar der ho ikkje orkar å svare på spørsmåla. Ut frå avtale i eigenbehandlingsplanen skal oppfølgingstenesta ta kontakt neste dag om ho ikkje har svart til avtalte tidspunkt.



# Digital heimeoppfølging har bidrege til at Hilde føler seg tryggare og auka hennar kunnskap om egne helseutfordringar

Hilde har svart på to brukarundersøkingar, fire og åtte måneder etter oppstart.


## RESULTAT FRA BRUKERUNDERSØKINGA

### Etter fire månader:


- I den første brukarundersøkinga svarar Hilde mykje «veit ikkje» og at digital heimeoppfølging i lita eller inga grad har gitt ho betre kunnskap om eiga helse.
- Ho er usikker på om digital heimeoppfølging har gjort at ho kjenner seg tryggare.
- Ho uttrykker at ho ikkje trur at digital heimeoppfølging har bidrege til auka trygghet for hennar pårørande.

### Etter åtte månader:

- I den andre brukarundersøkinga svarar Hilde at digital heimeoppfølging har bidrege til å auke livsgleda hennar.
- Ho sier ho kjenner seg tryggare og at digital heimeoppfølging har auka hennar kunnskap om egne helseutfordringar.
- Hilde uttrykker at ho i større grad føler at nokon ser henne og hennar fysiske og psykiske utfordringar.
- Ho skriv at ho er godt fornøgd med tenesta.



«Livsgleda mi er blitt betre på grunn av digital heimeoppfølging »



«...det har auka min kunnskap og forståing av mine helseutfordringar»

# Oppsummering av gevinstar frå digital heimeoppfølging

## GEVINSTAR

- Hilde uttrykker at ho i større grad vert sett og forstått. Ho føler nokon «ser» henne og kor utfordrande det er å leve med kroniske sjukdomar som er skjulte for omverda.
- Ho har fått auka kunnskap om eiga helse og forstår eigne helseutfordringar betre. Ho får brukt dei gode skriveeigenskapane sine i meldingar til oppfølgingstemaet når ho kjenner seg i dårleg form.
- Når oppfølgingssenteret tek kontakt ved uteblitte målingar klarar ho å formidle eigen tilstand gjennom meldingsfunksjonen slik at tenesta får eit innblikk i hennar psykiske tilstand.
- I ei forverringsfase (gul sone) trekker ho seg unna sosial kontakt. Oppfølginga gir moglegheit til å bygge eit sikkerhetsnettverk rundt ho som fangar opp ein dårleg dag eller forverring.
- Dei faste avtalene som ligg i eigenbehandlingsplanen moglegheit til å fange opp, sjølv om Hilde ikkje svarar på spørsmåla.
- Utan digital heimeoppfølging og faste avtaler i eigenbehandlingsplanen hadde kanskje ikkje ei mogeleg forverring blitt oppdaga.



## Vedlegg h- Plan for overgang til drift

### Søknad om bruk av prosjektmidler ut 2021 for å støtte overgang til drift av digital heimeoppfølging i Stad kommune

Aktuelle tema vi ønsker å sette fokus på i denne perioden:

- **Kreftpasientar:**  
Kan vi bli kopla på tidlegare i forløpet til desse pasientane? Erfaringa vår til no er at det har blitt korte forløp for pasientane har blitt for dårlege/døydd. Her kan evt DHO også vere til støtte for pårørande. Innspel frå Hilde om at dei pasientane som nett har fått diagnose kan ha vanskar med å ta inn all denne informasjonen og at rett informasjon til rett tid er viktig å hugse på.
- **Kommunal teneste for psykisk helse og rus:**  
Korleis kople på denne tenesta? Kva tiltak kan settast i verk her. Kan ein evt ved søknad om auke av fysisk teneste gje tilbod om DHO. Kva med nye søknader?
- **Pasientar i ytre delar av kommunen:**  
Korleis kan vi få rekruttert pasientar også frå denne delen av kommunen? Får vi kopla på fastlegane? Jobbe meir målretta med dette.
- **Medisindispensarar i Dignio:**  
Vi har bestilt inn 5 Medido multidosedispensarar slik at vi også får testa ut desse i heimetenestene- både i indre og i ytre del av kommunen. Her må vi lage ein plan for opplæring og utrulling av verktøyet. Vi har nokre få andre multidosedispensarar frå annan leverandør- så tenestene har litt erfaring og praktisk kompetanse med slikt utstyr. Målet med å kjøpe inn desse er å få fokus på å bruke Dignio Prevent i heimetenesta i oppfølging av dispensarane og slik gjere dei kjende med oppfølgingsgrensesnittet og på kort sikt dei andre tenestene som vert våka over gjennom Dignio Prevent.
- **Korleis kople heimetenesta på den digital heimeoppfølginga?**  
Dei fleste av gevinstane som er definerte i prosjektet er knytte til denne tenesta og det er viktig at ein no klarer å sjå moglege tiltak også for dei eksisterande pasientane i kommunen som har heimetenester. Kva kan vi gjere av tiltak for å klare dette? Meir informasjon til dei tilsette og leiarar? Tenesta har fått ny leir. Han er særst interessert i å lære meir om korleis vi jobbar med digital heimeoppfølging. Han er ein særst viktig aktør i det vidare arbeidet med DHO i Stad kommune- spesielt ift å implementere DHO i heimetenestene i større grad.

- **Oppfølgingsenteret**

Kva skjer dersom vi ikkje kan forsette med oppfølging på legevakt og ØHD?

Korleis skal tenesta driftast då?

Kven skal følge opp målingar og ha kontinuerlig kontakt med eksisterande pasientar og drive informasjon og opplæring til nye pasientar?

Her må vi gjere nokre vurderingar og lage nokre scenario knytt til ulike måtar ein kan drifte oppfølging av målingar. Moglege løysingar kan vere å legge in del av oppfølginga til ressursjukepleiarar i heimetenestene med kompetanse på ulike diagnose og pasientgrupper.

- **Medisinsk sengepost og –poliklinikk.**

Korleis kan vi bidra til at vi får rekruttert pasientar også frå 2.linetenesta?

Dei er framleis interesserte i å få dette til å fungere og ber oss om å samarbeide om dette i lag med dei denne perioden. Viktig å finne ein framgongsmåte som gjer at dei ikkje berre finn aktuelle kandidatar men også at vi er enige om korleis vi kjem i dialog om desse pasientane. Sjå på dei rutiene vi har og forbetre desse ut frå innspel, kommunikasjon og samarbeid.

- **Lønsmidlar**

For å kunne gjennomføre planane eg har skildra ovanfor er det eit ønskje å kunne oppretthalde lønsutbetalingane til kjerneaktørar knytt til overgang til drift: Prosjektleiar i 30 % og prosjektmedarbeidar i 40%, samt til leiar i Helseavdelinga 10% og prosjektleiar PHT/kommuneoverlege i 10% ut året.



TEMA: PSYKISK HELSEARBEID I KOMMUNENE



**VELFERDSTEKNOLOGI:** Elektronisk avstandsoppfølging skal ikke erstatte annen kontakt med helsevesenet, men skal være et supplement og et verktøy for dem som trenger det mest. Fra venstre Linda Gotteberg, Anne Ruth Botn Bjørlo og Kari Krogh.

## Eid kommune pilot for ny velferdsteknologi

Et nytt verktøy for medisinsk avstandsoppfølging skal testes i Eid kommune i Sogn og Fjordane. Målet er å gi pasienter med kroniske plager større trygghet og mer kontroll over egen helse.

TEKST OG FOTO: GURU WAKSVIK

**E**lektronisk avstandsoppfølging skal ikke erstatte annen kontakt med helsevesenet, som fysiske møter og telefoner, men skal være et supplement og et verktøy for dem som trenger det mest, understreker prosjektleder Anne Ruth Botn Bjørlo i Eid kommune.

Deltakere får utdelt et nettbrett med egenvurderingsskjema og melder inn etter en individuell tilpasset avtale. Brukermedvirkning står sentralt i prosjektet, og avtalen utarbeides sammen med brukeren. Ved regelmessig deling av elektronisk informasjon skal endringer og forverringer oppdages så tidlig som mulig.

- Avstandsoppfølgingen skal fange opp trender og endringer. Vi kan lese noe ut av blant annet søvnkvalitet, matlyst og aktiviteter. Dersom det er gjort avtale om kontakt, kan en manglende melding også være et signal om noe. Når noe avviker, somatisk eller psykisk, kan vi vurdere hvordan vi kan gripe inn. Vi ønsker at deltakerne skal

## «Vi kan ikke ha et ensidig blikk på somatikk. Psykisk helse har lenge vært et satsingsområde i Eid kommune.»

Kari Krogh, kommunalsjef i Eid kommune

få opplevelsen av trygg forankring i hjelpeapparatet, sier kommuneoverlege Thomas Vingen Vedeld.

Legevakten blir resposnsenter. Der har de kompetanse, kapasitet og 24 timers tilgjengelighet. Er noe utenfor normalen vil de få et varsel, som de der og da må ta stilling til sammen med pasienten.

Målgruppen er mennesker med kroniske og sammensatte plager. De opprinnelige føringene fra Helsedirektoratet inkluderte i tillegg til somatiske lidelser også pasienter med psykiske lidelser. Eid kommune var kjapt på banen med å inkludere psykisk helse i arbeidet med sine tjenesteforløp.

- Vi kan ikke ha et ensidig blikk på somatikk. Psykisk helse har lenge vært et satsingsområde i Eid kommune. For oss er det viktig og naturlig å inkludere psykisk helse i alt planleggings- og utviklingsarbeid, også i det nye prosjektet, understreker kommunalsjef Kari Krogh.

**DE ANDRE PILOTKOMMUNENE FØLGER NÅ ETTER** - Kols og diabetes er målbart. Psykiske vansker utfordrer oss på en annen måte, sier Linda Gotteberg, avdelingsleder helsetjenester.

Helsedirektoratets formål med prosjektet er å få tilstrekkelig kunnskap om avstandsoppfølging for å gi nasjonale råd til resten av landets kommuner.

- Kommunen er også pilot for *Primærhelseteam*, et stort nasjonalt prosjekt. Målet er at disse to prosjektene skal fungere tett sammen, forteller Bjørlo.

*Primærhelseteam* gir sykepleierne en selvstendig terapeutrolle, som en forlengelse av fastlegen. Kun to kommuner i landet deltar i begge prosjektene.

**ØKT MESTRING OG LIVSKVALITET**  
Forskning på avstandsoppfølging i

andre land viser at pasientene føler større trygghet. Målet er at prosjektet også skal føre til økonomiske besparelser.

- Vi håper prosjektet kan resultere i færre innleggelsesdøgn og flere polikliniske konsultasjoner. Innleggelse er en belastning for den enkelte, sier Gotteberg.

Hver av kommunens fastleger får redusert listene sine for å klare og følge opp. Målet er minst seks deltakere for hver fastlege.

- Vi har laget en rekrutteringsbrosjyre til framtidige deltakere i prosjektet. Legen skal også rekruttere, og initiativet kan komme fra flere hold, også brukeren selv. Men behandlingsansvaret skal ligge hos fastlegen, sier Bjørlo.

Eid kommune strekker seg over 10 mil, og det er definitivt ikke autostradakvalitet på veiene.

- Vi tror prosjektet vil bidra til økt trygghet for dem som bor langt unna kommunesenteret. Men avstandsoppfølgingen er ikke løsningen på alt, sier Bjørlo.

Kommunen har intensjonsavtale med Nordfjord Psykiatrisenter (NPS), fastlegene og Nordfjord sykehus. Samarbeidet er godt og terskelen for å ta kontakt er lav.

Kommunen står foran sammenslåing med Selje i 2020. Den nye kommunen vil få navnet Stad. Det er i dag omlag 6.000 innbyggere i kommunen. Etter sammenslåingen med Selje blir det 10.000.

**FØLGEFORSKNING** - Vi er én sjel og én skjorte i en liten kommune. Det stilles og samme krav til oss som til større kommuner. Dette vet direktoratet, og de støtter oss økonomisk. Vi har andre forutsetninger

### FAKTA OM MEDISINSK AVSTANDSOPPFØLGING

- Målet er økt kunnskap og forståelse for egen sykdom, større trygghet samt forebygging og rask hjelp ved forverring.
- Målgruppa er pasienter med kroniske plager med medium til høy risiko for forverring, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester.
- Oppfølgingen skjer ved bruk av velferdsteknologi. Deltakere får utlevert nettbrett og melder jevnlig klinisk relevant informasjon om sin helse-tilstand. Det blir utarbeidet en individuell plan som beskriver hvordan oppfølgingen skal foregå.
- Legevakta tar imot meldingene og sørger for at rett instans griper inn. Initiativet til avstandsoppfølging kan komme fra fastlege, brukeren selv eller andre.
- Foreløpige funn fra forskning om avstandsoppfølging viser at brukernes følelse av økt oppfølging, trygghet og kontroll over egen helse blir markant bedre.
- Universitet i Oslo (UiO), Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) har ansvaret for følgeforskningen i prosjektet.

Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet.

April 2019 13

## «Pasienten i sentrum med bedre pasientopplevelser og sømløse tjenester er et mål for vår kommune.»

Kari Krogh, kommunalsjef i Eid kommune

enn større kommuner. Kompetansen har vi, men færre til å gjøre det større kommuner gjør.

Eid er vertskapskommune for Nordfjord Psykiatrisenter (NPS) og var tidlig ute med en plan for psykisk helse.

Prosjektet varer i tre år, og det skal resultere i en forskningsrapport. Tre forskningsinstitusjoner er involvert. Alle som er involvert i prosjektet vil få spørsmål fire ganger underveis.

- Følgeforskning er viktig, blant annet for å komme fram til det mest hensiktsmessige verktøyet, sier Krogh.

Deltakerne deles i to, og halvparten blir med i kontrollgruppa. Utfordringen er å få dem til å fortsette.

- Vi kan risikere at de mister motivasjonen. Men kontrollgruppa er like viktig, uten dem kan vi ikke se resultatene. Alle er uansett med i et prosjekt som skal bidra til å utvikle nye og bedre helsetjenester, sier Bjørlo.

Nå venter kommunen på godkjenning fra Regional etisk komité (REK). Så er det anbudsrunder på det som må kjøpes inn av utstyr, blant annet nettbrett.

- I løpet av våren er vi i gang, lover Anne Ruth Botn Bjørlo.

- Ser vi at dette fungerer fortsetter vi, med eller uten nasjonale føringer. Pasienten i sentrum med bedre pasientopplevelser og sømløse tjenester er et mål for vår kommune, slår Krogh fast. ■

### FAKTA OM PRIMÆRHELSETEAM

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet ansvar for å gjennomføre et pilotprosjekt med primærhelseteam. Atte kommuner deltar. Et tverrfaglig sammensatt team med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer skal tilby et bedre helsetilbud til pasienter som ikke får god nok oppfølging. Primærhelseteamene skal jobbe ut fra pasientenes behov, og de skal ledes av en fastlege. Prosjektet skal avsluttes i mars 2021.



**PILOTKOMMUNE:** I løpet av våren er Eid kommune i gang med medisinsk avstandsoppfølging. Målgruppen er mennesker med kroniske og sammensatte helseproblemer. Fra venstre kommuneoverlege Thomas Vingen Vedeld, kommunalsjef Kari Krogh, prosjektleder Anne Ruth Botn Bjørlo og avdelingsleder helsetjenester Linda Gotteberg.



Helse

# Kjenner seg tryggare

## med medisinsk avstandsoppfølging

**Kristen Sætre og Kari Englund er to av 11 som er med på pilotprosjektet medisinsk avstandsoppfølging i Stad kommune. Begge seier dei føler den digitale oppfølginga gjev auka tryggleik.**

– Eg har eit måleapparat med klemme som eg set fingeren inn i og måler oksygenmetting ein gong i døgnet. Målinga vert registrert automatisk på iPaden. Så svarer eg på seks spørsmål i det same programmet. Det er veldig enkelt og ikkje tidkrevjande. Sjølv er eg ikkje nokon erfaren brukar av teknologi, men dette klarer eg lett, fortel Kristen Sætre. iPaden og målestyret får han låne av kommunen.

### Nasjonalt program

Sætre vart diagnostisert med sjukdomen kols for halvanna år sidan. I september vart han med i det nasjonale pilotprogrammet for velferdsteknologi der Stad er ein av seks norske kommunar. Det var Eid kommune som vart med i programmet, etter kommunereforma er det overteke av Stad kommune. Førebels er berre folk i Eid med på prosjektet, men tanken er at også folk i målgruppa i ytre delar av kommunen kan kome med. Effekten av spart tid og tryggleik vil vere høgare til lenger bort frå legekontoret du kjem. Nettopp bruk av digitalisering var ei uttalt målsetting i førearbeidet med den nye og langstrakte kommunen, der det er eit par timar køyretrøtt frå Holmøyane i aust til Honningsvåg i vest.

### Skal fange opp endringar raskt

Sætre viser eit diagram på iPaden som har utvikla seg over tid med måleresultata. Kurva er temmeleg bein og stabil. Det er bra. Tanken er at programmet skal fange opp endringar i sjukdomen raskt, og at ein skal vere i forkant med naudsynt behandling.

– Det gjev meg tryggleik. I tillegg er det greitt at eg kan sitje heime og gjere dette, så slepp eg å springe på legekontoret støtt og stadig, seier han.

Videolink til helsepersonell har Sætre førebels ikkje fått på sin iPad, men ifølgje Kitt Rimstad som jobbar med medisinsk avstandsoppfølging i Stad kommune, er dette også tilgjengeleg i den nyaste versjonen av programmet Dignio.

### – Trygt også for familien

Også Kari Englund nyttar ordet «betryggande» når ho skal fortelje om erfaringane sine med medisinsk avstandsoppfølging. Ho fortel at ho har hatt kols i snart 30 år.



Med i pilotprosjektet: Kristen Sætre har diagnosen kols og får oppfølging i eigen heim gjennom prosjektet medisinsk avstandsoppfølging. Sjukepleiar Kitt Rimstad jobbar med prosjektet i Stad kommune.



Tryggleik: Kari Englund fortel at den digitale oppfølginga i heimen gjer at både ho sjølv og dotrene kjenner seg tryggare.

– Eit problem for meg er at eg er plagd av lungebetennelse. Då blir eg veldig dårleg. Og lungebetennelsen kjem brått. I løpet av ein dag kan eg bli veldig sjuk. I tillegg har eg vanen med at eg gjerne ventar ein dag eller to med å gå til legen. Dette er også noko som uroar dotrene mine. Det er også trygt for dei å vite at eg får denne oppfølginga, seier Englund.

– Eg har bede om å få sende inn målingar to gongar for dag, fortel ho.

– Når eigenbehandlingsplanen er sett opp og godkjent, er tenesta knytt opp mot eit alarmsystem til helsepersonell, slik at dei blir varsla om avvik hjå pasienten. Dei målingane som Sætre og Englund tek heime vert sendt til Oppfølgingsenteret som i dette prosjektet er plassert på Nordfjord legevakt. Det er med andre ord erfarne sjukepleiarar som våkar over dei målingane som pasientane gjer heime.

Tanken er at vi skal oppdage forverring tidleg, seier Rimstad. 40 prosent av stillinga hennar som sjukepleiar i kommunen er knytt til arbeidet med medisinsk avstandsoppfølging.

### Eigenbehandlingsplan

Kommunen arbeider med prosjektet på oppdrag frå Helsedirektoratet. Noverande prosjekt blir avslutta 30. juni neste år. Det overordna målet er å lage nasjonale retningslinjer for korleis medisinsk avstandsoppfølging skal utførast. Helsepersonell gjennomfører ei kartlegging og lagar ein plan for individuell oppfølging saman med pasienten. Det blir utarbeidd ein eigenbehandlingsplan saman med fastlegen. Legen har det medisinskfaglege ansvaret.

– Ved sidan av pasientar med kols har vi med folk med diabetes, psykisk sjukdom og slike som måler blodtrykk, seier Rimstad. Ho seier prosjektet så langt verkar lovande, og ho trur denne måten å jobbe på er noko ein kan utvikle vidare i arbeidet med helsetenester.



Måler oksygen: Kristen Sætre viser måleapparatet han set på fingeren ein gong kvar dag for å måle oksygenmetting. Resultatet vert lagt automatisk inn på iPaden og sendt med eit tastetrykk til Oppfølgingsenteret på Nordfjord legevakt.

## Ministerbesøk

Fredag 26. juni vitja helseminister Bent Høie Stad kommune og legekontoret for å få ei orientering om arbeidet med det nasjonale pilotprosjektet.

Stad kommune er ei av to kommunar i Norge som gjennomfører medisinsk avstandsoppfølging i kombinasjon med pilotprosjektet *Primærhelseteam*. Primærhelseteam i fastlegepraksis består av fastlegar, sjukepleiarar og helsesekretærar, der teamet blir leia av ein fastlege. Hensikta med ei slik organisering er å tilby betre fastlegetenester til pasientar som treng det mest.



Helseminister Bent Høie. Foto: Borgos Foto AS

– Medisinsk avstandsoppfølging viser gode resultat for brukarane, og personar med kroniske sjukdomar opplever auka mestring og tryggleik i kvardagen. Vi vil derfor fortsette å teste ut korleis avstandsoppfølging kan bli enda meir integrert i den ordinære helse- og omsorgstenesta, der fastlegene har ei aktiv rolle, seier helseminister Bent Høie, som har stor tru på at kombinasjonen av dei to prosjekta er ein effektiv og god modell for drift av framtidig helseteneste.

– Dette er viktige skritt mot ei meir digital helseteneste der vi gjer det lettare å gje pasientar god behandling uansett kvar behandlinga vert utført. Lange avstandar, økonomi og utfordringar knytt til rekruttering av helsepersonell gjer det naudsynt å tenkje nytt om korleis ein skal gje gode og trygge helsetenester i framtida, seier Anne Ruth Botn Bjarlo som er prosjektleiar for Medisinsk avstandsoppfølging i Stad kommune.





Bent Høie (H), helse- og omsorgsminister:

## – Det handlar om modellar for framtida

Sentralt for besøket helse- og omsorgsminister Bent Høie hadde i Førde og på Nordfjordeid fredag, var korleis har koronapandemien påverka helse- og omsorgstenestene i kommunane?



Ønskt velkommen: Fredag i førre veke besøkte helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) Eid legekontor. Det statsråden var spesielt opptatt av var erfaringane kommunen har hatt i koronatida, og erfaringane med primærhelseteam og medisinsk avstandspfølging, der Stad kommune er ein av pilotkommunane. Frå venstre: Linda Gotteberg, leiar helse, Nils Anders Sørland, sjukepleiar, Thomas Vingen Vedeld, kommuneoverlege, Barbro Longva, kommunalsjef Helse og omsorg, Harald Sivertsen kommunalsjef oppvekst og opplæring og fungerande kommunedirektør, Bent Høie (H), helse- og omsorgsminister. Alle foto: Tormod Flatebø

### NYHENDE

PUBLISERT:  
30 JUNI 2020 07:00

SIST OPPDATERT:  
30 JUNI 2020 07:00

#### Tormod Flatebø

951 74 910  
redaksjon@fjordabladet.no



Under besøket på sentralsjukehuset i Førde fekk Høie ei innføring i korleis sjukehuset førebudde og handsama koronasituasjonen både i mottaket, på intensiven og på avdelinga.

Under opphaldet i Førde fekk ministeren også ei orientering frå Utviklingssenteret for sjukeheimar og heimetenester Vestland (USHT), som har utvikla velferdsteknologiske løysingar som viste seg nyttige då koronapandemien råka, til dømes bruk av teknologi i staden for heimebesøk.



Statsrådsbesøk: Helse- og omsorgsminister Bent Høie besøkte sist fredag Eid Legekontor. i bakgrunnen: politisk rådgivar Erlend Svardal Bøe, Thomas Vingen Vedeld, kommuneoverlege, Barbro Longva, kommunalsjef Helse og omsorg i Stad, og Harald Sivertsen, fungerande kommunedirektør.



Medisinsk avstandspfølging: Anne Ruth Botn Bjørlo har ansvaret for Medisinsk avstandspfølging som ein av pilotane som statsråd Høie var opptekne av erfaringane med.



Etter å ha vore på Eid legekortor, fekk helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) ei omvisning av ordførar Alfred Bjørlo i Sagaparken, der Malakoff Rockfestival nett hadde hatt ein konsert. Her ser vi helse- og omsorgsministerne helse på festivalsjef Arnt-Ivar Naustdal som kunne fortelje korleis han opplevde avlysing av festivalen og korleis festivalen har tilpassa seg situasjonen. FOTO: ELIN PAULSEN

## To pilotar

Eid kommune vart for to år sidan peikt ut som ein av pilotane i eit prosjekt på primærhelseteam. I 2019 vart også kommunen pilot i prosjektet «Medisinsk avstandsoppfølging». Helse- og omsorgsministeren var opptatt av korleis erfaringane med desse prosjekta hadde vore, spesielt etter pandemiutbrotet.

## Positive

– Vi opplever at dei pasientane som har blitt ein del av medisinske avstandsoppfølginga er svært positive. Ein del av prosjektet går ut på at pasienten får eit nettbrett der det er lasta ned ein app, som er utvikla av Stad kommune. Her kan pasientane, ved å plassere ein finger på eit kontakt punkt måle O2 metting og temperatur, som så blir overført legevakt og strakshjelp døgnvakt og registrert der. Dei aller fleste har opplevd DHO, Digitale Heim Oppfølging, som positivt, sa Anne Ruth Botn Bjørlo, ansvarleg for den medisinske avstandsoppfølginga, til Fjordabladet.

## Utfordringar

Kommunalsjef for helse- og omsorgstenestene i Stad kommune, Barbro Longva, fortalde statsråd Høie om korleis Stad kommune har organisert helse- og omsorgstenestene.

– Tidlegare Eid og Selje har vore, og er i ein samanslåingsprosess, som har bydd på ein del utfordringar. Vi har mange prosjekt, vi har lagt vekt på å skape heilskaplege helsetenester under ei einskapleg leing. I tillegg har vi brukt god tid på å bli godt kjende med kvarandre, sa Longva.