

# Sluttrapport



## MITT LIV, MITT ANSVAR

Utprøving av digital hjemmeoppfølging

2018 – 2021



ULLENSAKER  
KOMMUNE



GJERDRUM  
KOMMUNE



Fastleger



Digitale Gardermoen

**SIEMENS**  
**Healthineers**



**LHL-sykehuset**  
Gardermoen



**AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS**

## Innhold

1.	Innledning.....	4
1.1.	Oppdraget .....	4
1.2.	Formål med deltakelse i utprøvingen.....	4
2.	Bakgrunn .....	5
2.1.	Samarbeidspartnere i MILA.....	5
2.2.	Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet .....	7
2.3.	Gjennomføring .....	8
3.	Mål med tiltaket .....	9
3.1.	Hovedmål for digital hjemmeoppfølging .....	9
3.2.	Resultat- og prosessmål .....	9
3.3.	Målgruppe .....	9
3.4.	Forventede effekter for pasienter og tjenesten.....	9
3.5.	Hvordan måle gevinster og effekter, plan for oppfølging .....	10
4.	Modell for digital hjemmeoppfølging I MILA .....	11
4.1.	Tjenesteforløp fra rekruttering til avslutning.....	11
4.2.	Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier.....	12
4.3.	Inklusjon .....	13
4.4.	Involvering av pasienter i utforming og utvikling av tjenesten .....	14
4.5.	Egenbehandlingsplan .....	15
4.6.	Oppfølging av pasienter med digital hjemmeoppfølging; Organisering, kompetanse, etiske vurderinger.....	16
4.7.	Erfaring med fastlegens rolle og ansvar .....	17
4.8.	Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle .....	18
4.9.	Teknologi og anskaffelse .....	18
4.10.	Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten .....	19
4.11.	Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på.....	19
5.	Måloppnåelse og gevinster .....	21
5.1.	Hvordan har målene/gevinstene vært fulgt opp?.....	21
5.2.	Pasient.....	21
5.3.	Kommune .....	22
5.4.	Fastlege.....	23
5.5.	Helseforetak .....	23
5.6.	Generelle gevinster .....	24
6.	Erfaringer og læringspunkter .....	25
6.1.	Fastleger .....	25

6.2. Kommune .....	25
6.3. Helseforetak .....	26
6.4. Andre erfaringer og lærepunkter .....	27
7. planer om videre drift .....	30

**Vedlegg:**

Vedlegg 1 – Tjenesteforløp for MILA.....	31
Vedlegg 2 – Gevinstplan.....	31
Vedlegg 3 – Gevinstrappport juni 2021.....	31
Vedlegg 4 – Brukerundersøkelse desember 2020.....	31
Vedlegg 5 – Brukerundersøkelse juni 2021.....	31

## Sammendrag

*Mitt liv, mitt ansvar* (MILA) er 1 av 6 delprosjekt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som har prøvd ut digital hjemmeoppfølging (DHO) i perioden august 2018 – juni 2021. Helsedirektoratet er oppdragsgiver og har ledet den nasjonale utprøvingen på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Hovedmål for MILA har vært å bidra til nasjonale råd og anbefalinger om hvordan digital hjemmeoppfølging kan organiseres og driftes for innbyggere med kronisk sykdom.

MILA er et samhandlingsprosjekt mellom Ullensaker kommune (prosjekteier), Gjerdrum kommune, fastleger, Akershus universitetssykehus HF, Digitale Gardermoen IS, Landsforening for hjerte-lungesyke og LHL- sykehuset Gardermoen. Målgruppen for prosjektet har vært pasienter med kols og hjertesvikt.

Prosjektets tjenestemodell innebærer at pasienter med kols og hjertesvikt følger opp egen sykdom med regelmessige egenmålinger og at helsepersonell bistår med råd og veiledning. Egenmålinger gjøres av vitale data, som f.eks. blodtrykk, vekt og oksygenmetning, i tillegg til spørsmål om egen helsetilstand. Resultatene blir tilgjengelige på pasientens nettbrett slik at de kan følge med på egne målinger. Målingene blir også overført til oppfølgingstjenesten, som tar kontakt med pasienten ved målinger utenfor referanseområde. Oppfølgingstjenesten gir sykepleiefaglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og egenbehandlingsplan. Egenbehandlingsplanen er pasientens verktøy for å håndtere egen sykdom, og utarbeides i fellesskap mellom pasient, oppfølgingstjeneste og fastlege.

### Tjenesteforløp og modeller for drift

Første versjon av tjenesteforløpet ble utarbeidet basert på innsiktsarbeidet i planleggingsfasen. Ettersom prosjektet opparbeidet seg erfaring med DHO, har tjenesteforløpet vært gjenstand for flere justeringer og tre revideringer. Blant annet har oppfølgingstjenesten blitt omorganisert fra hjemmesykepleien i to kommuner til en felles oppfølgingstjeneste.

### Målsetning

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

### Effekter og gevinster

Effekter og gevinster er systematisk fulgt opp i prosjektperioden ved å hente ut data på forbruk av helsetjenester, gjennomføring av spørreundersøkelser, fokusgruppeintervju og evalueringssamtaler.

Resultater fra spørreundersøkelsene viser at inkluderte pasienter er svært tilfreds med tjenesten og at DHO bidrar til økt trygghet og kunnskap om egen sykdom. Uttrekk av data viser en nedgang i forbruk av hjemmesykepleie for tiltaksgruppen. Uttrekk fra sykehuset viser også en nedgang i akuttinnleggelser, men disse funne sees også i kontrollgruppen. Det er rimelig å anta at Covid-19 pandemien har påvirket forbruk av helsetjenester for mange. I løpet av prosjektperioden er det ikke vist at DHO gir lavere kostnader for kommunehelsetjenesten. Pasientgrunnet i prosjektet er lite, så funnene må tolkes med varsomhet.

MILA avsluttes juni 2021, og erfaringene tas med videre i nytt DHO prosjekt, MILA 2.

# 1. INNLEDNING

Denne sluttrapporten er et styringsinstrument som er utarbeidet ved avslutningen av prosjekt «Mitt liv, mitt ansvar» (MILA). Sluttrapporten dokumenterer hvordan prosjektet er gjennomført i forhold til prosjektmandat og prosjektplanen som ble utarbeidet i planleggingsfasen.

## 1.1. Oppdraget

MILA er 1 av 6 delprosjekt i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som har prøvd ut digital hjemmeoppfølging i perioden august 2018 – juni 2021. Helsedirektoratet er prosjekteier og har ledet den nasjonale utprøvingen på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

I tillegg til delprosjektene evaluering er den nasjonale utprøvingen evaluert ved følgeforskning fra Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitet i Tromsø.

## 1.2. Formål med deltakelse i utprøvingen

*Formålet med den nasjonale utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging er å få tilstrekkelig kunnskap om avstandsoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Hovedmål er å kunne gi nasjonale råd og anbefalinger om hvordan fastlegen som medisinskfaglig behandlingsansvarlig kan initiere avstandsoppfølging som del av behandlingen og hvordan andre kan følge opp medisinske målinger i samarbeid med fastlegen. (Tildelingsbrev, 2018)*

Det prosjektet ønsker å oppnå med DHO er:

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

Formålet med MILA har vært å få kunnskap og erfaring med digital hjemmeoppfølging for pasienter med kols og hjertesvikt.

## **2. BAKGRUNN**

Framskrivning viser at kommunene må forberede seg på økt befolkningsvekst og en økning i antall eldre over 75 år i årene som kommer. Med denne endringen er det også forventet en økning i antallet som lever med kronisk sykdom, slik som kreft, kols, diabetes og hjertesvikt. For å sikre bærekraft og gode helsetjenester også i fremtiden, må helsevesenet utvikle nye måter å levere tjenestene på. Tidligere prosjekter i regi av Helsedirektoratet og andre har vist at DHO kan bidra til økt egenmestring, mer arenafleksibel oppfølging og bedre bruk av helsevesenets ressurser.

### **2.1. Samarbeidspartnere i MILA**

MILA er et samhandlingsprosjekt med Ullensaker kommune (prosjekteier), Gjerdrum kommune, fastleger, Akershus universitetssykehus HF, Digitale Gardermoen IS, Landsforening for hjerte- lungesyke og LHL- sykehuset Gardermoen.

#### **Ullensaker kommune**

Ullensaker kommune er en kommune i sterk vekst. Kommunen har 40.684 innbyggere per 1. kvartal 2021. Sammenlignet med de andre kommunene på Øvre Romerike er Ullensaker kommune den største kommunen, og den årlige befolkningsveksten er ca. 3 %. Hovedutfordringer i Ullensaker knytter seg til håndteringen av den store befolkningsveksten, levekårsforkjeller, høy mobiliteten i kommunen og økt behov for oppskalering av kommunale tjenester. Selv om Ullensaker kommune har en relativt ung befolkning, viser prognosene for kommune at andelen og antallet eldre øker.

Prosjektet er forankret hos rådmann og hos kommunaldirektør for helse- og sosialomsorg. Ullensaker er prosjekteier og har deltatt med prosjektleder og leder av styringsgruppen.

#### **Gjerdrum kommune**

Gjerdrum kommune er også en kommune i sterk vekst. Kommunen 7000 innbyggere per 1. kvartal 2021. Sammenlignet med nabokommunene har kommunen et relativt lite folketall, og årlig befolkningsvekst er i overkant av 2,5 %. Som følge av tilflytting fra barnefamilier har kommunen en relativt ung befolkning. Kommunen har allikevel en sterk vekst i antall og andel eldre over 67 år. Kommunen må derfor legge til rette for utvikling av tjenestetilbudet til barn og unge, samtidig med å legge til rette for den eldre delen av befolkningen.

Kommunens deltakelse er forankret hos virksomhetsleder for helse, mestring og omsorg og hos kommuneoverlegen. Gjerdrum har hatt en representant i prosjektgruppen og to i styringsgruppen.

#### **Fastlegetjenesten i Ullensaker og Gjerdrum kommune**

Fastlegetjenesten i Ullensaker og Gjerdrum kommune består av 44 fastleger, fordelt på 7 fastlegekontor. Av disse holder 37 av fastlegene til i Ullensaker kommune og 7 fastleger i Gjerdrum kommune. Ved oppstart i prosjektet ble det inngått intensjonavtaler med 13 av fastlegene, fordelt på 4 legekontorer. I tillegg har prosjektet vært forankret hos kommuneoverlegene i begge kommuner. Fastlegetjenesten har vært representert i prosjektet med frikjøpt fastlege i en 20 % stilling i prosjektgruppen og kommuneoverlege i styringsgruppen.

### **Akershus Universitetssykehus HF**

Ahus er lokal- og områdesykehus for cirka 570 000 innbyggere i Follo, på Romerike og i Kongsvingerregionen, i tillegg til de nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner. I 2020 hadde helseforetaket 10.541 ansatte. De største utfordringene for pasientbehandlingen de neste årene vil være å ha tilstrekkelig kapasitet til en økende pasienttilstrømming, i større grad være i stand til å tilpasse pasientforløpene til den enkeltes behov, samt å sørge for helhetlige forløp på tvers av omsorgsnivåene. Dette innebærer både god kommunikasjon og integrert samarbeid om den enkelte pasient, deling av kunnskap, felles mål for kompetanseutvikling og fellesskap om bruk av teknologiske verktøy.

Sykehusets deltakelse i prosjektet er forankret i sykehusets satsing på «den eldre pasient» (Utviklingsplan 2035) og mot hjerte- og lungemedisinsk avdeling. Ahus har deltatt med ett medlem i prosjektgruppen og ett i styringsgruppen.

### **Landsforeningen for hjerte- og lungesyke og LHL – sykehuset Gardermoen**

LHL-sykehus Gardermoen er privat sykehus som er eid av Landsforeningen for hjerte og lungesyke. Sykehuset er lokalisert i Ullensaker kommune. LHL-sykehuset Gardermoen har avtale med Helse Sør-Øst innen rehabilitering av hjerte-, lunge-, kreftpasienter og søvnutredning.

LHL- sykehuset Gardermoen har lang erfaring fra pasientinvolvering og har tilgang på erfarne brukerrepresentanter som har bidratt inn i prosjektet. LHL-sykehuset Gardermoen har deltatt med ett medlem i prosjektgruppen og ett medlem i styringsgruppen.

### **Digitale Gardermoen IS**

Ullensaker og Gjerdrum kommune er 2 av 6 eierkommuner av Digitale Gardermoen IS (DGI). DGI leverer informasjons- og kommunikasjonsteknologi til sine eierkommuner og bidrar med kompetanse og ressurser slik at kommunene gis økt styringskraft og gjennomføringsevne for realisering av gevinster. DGI ivaretar kommunenes oppgaver knyttet til IKT-drift, service og informasjonssikkerhet.

DGI har deltatt med ett medlem i prosjektgruppen og ett i styringsgruppen.

### **Siemens Healthineers**

Siemens Healthineers er leverandør av produkter og løsninger til offentlige og private sykehus og laboratorier. Etter å ha gjennomført markedsdialog med ulike leverandører av teknologi og tjenester innen DHO, inngikk prosjektet våren 2019 en Forsknings- og utviklingskontrakt (FoU-kontrakt) med Siemens Healthineers. Avtalen med Siemens Healthineers inkluderte:

- applikasjoner for DHO for pasient og helsepersonell
- utstyrslogistikk for håndtering av nettbrett og medisinsk måleutstyr
- løsninger for lagring av data, sikkerhet og samhandling
- utvikling og testing av en digital egenbehandlingsplan

Siemens Healthineers har vært en viktig samarbeidspartner i prosjektet, og de har deltatt med flere medarbeidere. Prosjektet har også hatt et tett samarbeid med delprosjektet i Agder, som har benyttet samme leverandør. Samarbeidet har i hovedsak rettet seg mot utvikling og testing av digitale egenbehandlingsplan.

## 2.2. Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet

Gjennomføring av prosjektet har forutsatt et tett samarbeid mellom de ulike virksomhetene, og internt i egne organisasjoner. Prosjektet er organisert med en styringsgruppe og en prosjektgruppe. I tillegg har det vært regelmessige møter med oppdragsgiver og teknologileverandør gjennom hele prosjektperioden. Ullensaker kommune er prosjekteier og leder av prosjektet.

### Styringsgruppe

Navn	Tittel	Organisasjon
<b>Gunnhild Grimstad-Kirkeby</b>	Kommunaldirektør, prosjekteier og leder av styringsgruppen	Ullensaker kommune
<b>Jørn Arthur Limi</b>	Viseadministrerende direktør	Akershus universitetssykehus
<b>May Granly</b>	Virksomhetsleder	Gjerdrum kommune
<b>Jorunn Karterud Arnø</b>	Kommuneoverlege	Gjerdrum kommune
<b>Siw Hege Gundersen*</b>	Administrerende direktør	Digital Gardermoen IS
<b>Siri Skumlien**</b>	Direktør	LHL-sykehuset Gardermoen
<b>Ranveig Lie</b>	Hovedtillitsvalgt, NSF	Ullensaker kommune

\* - deltaker i styringsgruppen ut 2020

\*\* - deltaker i styringsgruppen ut 2018

### Prosjektgruppe

Navn	Tittel	Organisasjon
<b>Anne Gunvor Nystrøm</b>	Prosjektleder MILA	Ullensaker kommune
<b>Bendik W. Hegna</b>	Programleder for satsingen på den eldre pasient	Akershus universitetssykehus
<b>Anne Edvardsen*</b>	Avdelingsleder, lungemedisinsk avdeling	Akershus universitetssykehus
<b>Ellen Sikveland Monsen</b>	Konsulent og systemansvarlig	Gjerdrum kommune
<b>Inger Lise Bråthen</b>	Brukerrepresentant	LHL Rælingen og Akershus
<b>Rune Dahl</b>	Fastlege	Gjerdrum kommune
<b>Iver Sunnset</b>	Forretningsrådgiver	Digital Gardermoen IS

\* for LHL-sykehuset fra 2018 til august 2020, for Ahus fra august 2020

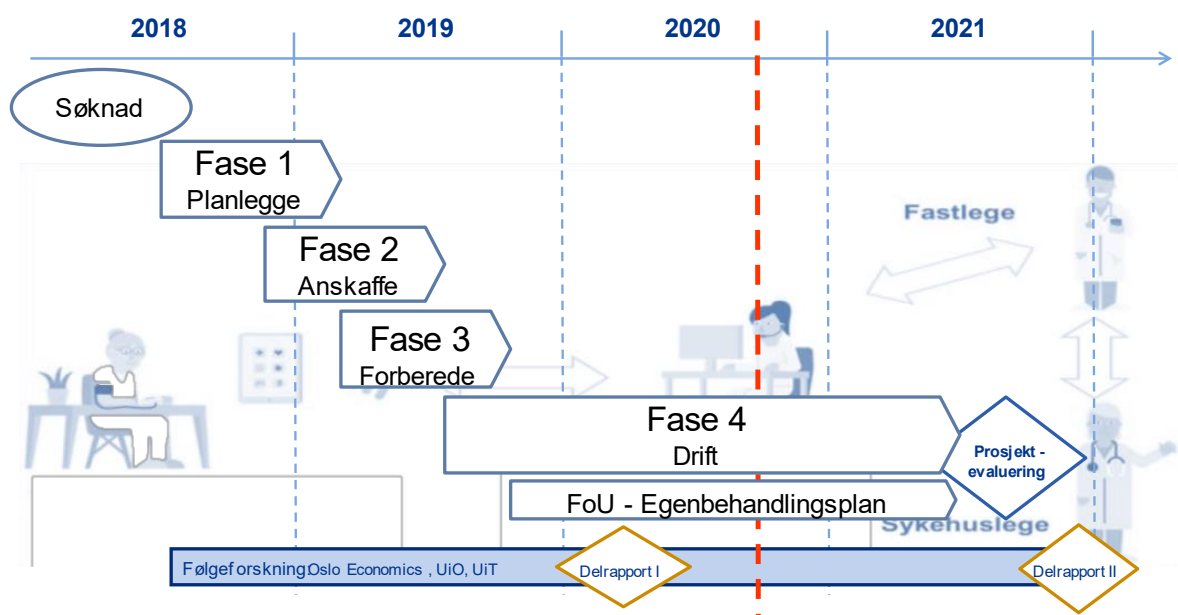


## 2.3. Gjennomføring

Ved oppstart av prosjektet ble det utarbeidet en fremdriftsplan. Fremdriftsplanen ble inndelt i ulike faser for; planlegging, anskaffelse, forberedelser, drift og prosjektavslutning.

I de første fasene var målet å forberede oppstart med inklusjon av pasienter og oppfølgingen av disse ved bruk av DHO. Parallelt med driftsfasen ble det jobbet med oppfølgingen av FoU- kontrakt med leverandør for utvikling av digital egenbehandlingsplan.

I løpet av prosjektet ble det besluttet å gjennomføre en pilot for *forsterket utskrivelse fra sykehus*. Hensikten med utprøvingen var å få kunnskap om oppfølging av DHO fra sykehus. Piloten ble gjennomført våren 2021 og erfaringene er tatt med videre inn i nytt prosjekt, MILA 2.



## 3. MÅL MED TILTAKET

### 3.1. Hovedmål for digital hjemmeoppfølging

Hovedmålene for ordningen er bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse for personer som benytter digital hjemmeoppfølging, samt lavere kostnad for helsetjenesten

Hovedmål for MILA har vært å bidra til nasjonale råd og anbefalinger om hvordan DHO kan organiseres og driftes for innbyggere med kronisk sykdom.

### 3.2. Resultat- og prosessmål

Følgende resultater skulle oppnås i løpet av prosjektperioden:

- Utvikle og teste tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging
- Utvikle og testing digital egenbehandlingsplan

Prosjektet hadde følgende prosessmål:

- Etablerte inklusjons- og eksklusjonskriterier innen 1. februar 2019.
- Utarbeide tjenesteforløp, inklusjons- og eksklusjonskriterier innen 1. februar 2019
- Organisere og utarbeide rutiner for oppfølgingstjenesten(e) innen 1. mars 2019
- Utarbeide datasett med styringsinformasjon (registerdata, EPJ-data) for oppfølging av pasienter som er inkludert i prosjektet (både oppfølgings- og kontrollgruppen) innen 01. mars 2019.
- Inkludere 96 pasienter i oppfølgings- og kontrollgruppe innen 30. juni 2020\*
- Utvikle og tilpasse tjenesten og tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging for innbyggere i Ullensaker og Gjerdrum i samarbeid med alle partnerne i prosjektet, innen 1. mars 2021

\* Opprinnelig måltall var 78 pasienter, tallet ble økt fordi antallet intensjonsavtaler med fastlegene i prosjektet økte. Tallet ble senere nedjustert grunnet Covid-19 og avslutning av randomisering. Justert måltall for prosjektet endte derfor på 75 pasienter.

### 3.3. Målgruppe

Målgruppen for den nasjonale utprøvingen av DHO har vært pasienter med kroniske sykdommer, med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter med et høyt forbruk av helsetjenester og består i stor grad av pasienter med ikke-smittsomme kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjertekarsykdommer, psykiske lidelser og kreft. I MILA har målgruppen vært pasienter med kols og hjertesvikt.

### 3.4. Forventede effekter for pasienter og tjenesten

I prosjektets styringsdokument ble det utarbeidet effektmål for DHO. Effektmålene beskriver hvilke virkninger prosjektet søker oppnådd.

For pasientene:

- Bedre funksjonsnivå og økt trygghet og uavhengighet

- Økt livskvalitet
- Bedre tilgjengelighet til medisinsk personale

For kommunen:

- Dempet vekst i de samlede utgiftene til helse- og omsorgstjenester
- Reduksjon av samlet behov for tjenester
- Økt kvalitet på tjenester som tilbys

For sykehusene:

- Redusere omfanget av akutte innleggelser/reinnleggelser grunnet kronisk sykdommer
- Redusere bruk av polikliniske konsultasjoner
- Utvikling av nye tjenester/ endrede former for oppfølging av kronisk syke

For fastlegen/ legevakt:

- Redusere akutt-timer og antall besøk hos fastlege/ legevakt

For prosjektet:

- Økt samarbeid og bedre pasientflyt mellom kommune, fastlege og sykehus
- Mer fleksible tjenester for innbyggerne i Ullensaker og Gjerdrum kommuner
- Identifisering av områder som må fokuseres på for å forebygge fremtidige forverrelser av sykdom

### **3.5. Hvordan måle gevinster og effekter, plan for oppfølging**

I tillegg til den nasjonale følgeforskningen har prosjektet målt gevinster og erfaringer i lokal regi. Det er utarbeidet et gevinstverktøy for oppfølging av forbruk på helsetjenester i kommunen.

Gevinstverktøyet har vært benyttet gjennom hele prosjektperioden og det er gjort uttrekk på forbruk av kommunale helsetjenester hver 3 måned.

Kvalitative effekter er innhentet ved evalueringssamtaler gjennomført av oppfølgingstjenesten, og det er avholdt ett fokusgruppeintervju. Det er også sendt ut spørreundersøkelser sendt til aktive pasienter i tiltaksgruppen i desember 2020 og mai 2021.

For å supplere målingene som beskrevet over har prosjektet også gjort uttrekk på forbruk av spesialisthelsetjenester. I desember 2020 ble det hentet innhentet data fra aktive pasienter i tiltaksgruppen og i juni 2021 ble det innhentet data fra aktive pasienter i tiltaksgruppen samt fra pasienter som samtykket i kontrollgruppen.

## 4. MODELL FOR DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING I MILA

I prosjektets planleggingsfase ble det jobbet for å få innsikt i ulike modeller og tjenesteforløp for DHO. Prosjektet hentet inspirasjon til tjenesteforløp fra de andre delprosjektene i den nasjonale utprøvingen og fra prosjektet TeleCare Nord (<https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/telecare-nord>) i Region Nord-Jylland i Danmark. I tillegg til å lese rapportene fra prosjektet reiste prosjektgruppen, sammen med Siemens Healthineers, til Danmark for å lære av prosjektet og besøke ulike tjenestesteder.

Første versjon av tjenesteforløpet var basert på innsiktsarbeidet i planleggingsfasen. Ettersom prosjektet opparbeidet seg erfaring har tjenesteforløpet vært gjenstand for flere justeringer og tre revideringer. For eksempel har oppfølgingstjenesten blitt omorganisert fra hjemmesykepleien i to kommuner til én felles oppfølgingstjeneste fra en kommune.

### 4.1. Tjenesteforløp fra rekruttering til avslutning

Tjenesteforløpet består av ulike faser og aktiviteter. Ved oppstart ble det laget utkast til ulike tjenesteforløp basert på diagnose, men det ble raskt klart at forløpene ble relativt like. Forskjellen besto av ulike målinger, og ulik respons på målinger fra oppfølgingstjenesten. Prosjektet valgte derfor å utarbeide kun et tjenesteforløp som passer for pasienter med både kols og hjertesvikt.

#### Rekruttering

Rekrutteringsfasen består av to aktiviteter; henvisning og inklusjon.

Identifisering av aktuelle pasienter og henvisning kan gjøres fra flere, også fra pasient og pårørende. Ved oppstart av inklusjon ble pasientene i hovedsak inkludert fra fastleger og hjemmesykepleien i kommunene. Sykehuset ønsket å gjøre uttrekk i strukturerte data etter pasienter som matchet inklusjonskriteriene i prosjektet. Det å få tillatelse til å gjennomføre inklusjon etter registersøk viste seg å være en omfattende prosess. De nødvendige godkjenninger kom først på plass relativt sent i inklusjonsfasen. Når tillatelsene var gitt, bidro sykehusene vesentlig med henvisninger av aktuelle pasienter. Når oppfølgingstjenesten fikk henvist en aktuell pasient, ble det sendt forespørsel til pasienten sin fastlege for godkjenning.

#### Oppstart

Oppstartsfasen består av tre aktiviteter; kartlegging, opplæring og utlevering av utstyr for DHO og utarbeidelse av egenbehandlingsplan.

Pasienter som fastlegen godkjente for inklusjon, ble kontaktet av oppfølgingstjenesten for gjennomføring av oppstartsmøte. På oppstartsmøtet fikk pasientene informasjon om prosjektet, både muntlig og skriftlig. For pasienter som ønsket deltakelse ble det signert samtykke, deretter fylte pasientene ut et kartleggingsskjema fra forskerne før de åpnet en konvolutt som knyttet pasientene til en kontroll- eller tiltaksgruppe (randomisering). Pasientene i kontrollgruppen fikk ikke et tilbud om DHO, men mottok spørreundersøkelser fra den nasjonale forskningen. For pasienter i tiltaksgruppen ble det gjennomført opplæring i bruk av utstyr og applikasjon. Videre ble det avtalt møte med fastlegen for å utarbeide egenbehandlingsplan og justere terskelverdier for grønne, gule og røde

målinger. Frem til mars 2020 ble disse møtene avholdt fysisk hos fastlegen, men etter Covid-19 ble møtene med fastlegen i stor grad gjennomført ved at pasient og oppfølgingstjenesten laget utkast til egenbehandlingsplan som ble referert elektronisk i pleie og omsorgsmelding (PLO-melding) til fastlege. Fastlege kom deretter med skriftlige innspill, i hovedsak på bruk av legemidler.

### **Oppfølging**

Oppfølgingsfasen består av ukentlig målinger fra pasient og vurderinger fra oppfølgingstjenesten i kommunen(e).

For pasientene innebærer oppfølgingsfasen at det gjennomføres ukentlige målinger av subjektive og objektive data. Ut ifra terskelverdiene i løsningen vil målingene kategoriseres som grønne, gule eller røde. Pasientene vurderer og utfører deretter tiltak i henhold til hva som er beskrevet i egenbehandlingsplan. Mange pasienter har gjennomført målinger hyppigere enn en gang per uke.

Oppfølgingstjenesten har avsatt tid til å følge opp pasientens målinger en dag per uke. Denne arbeidsdagen har oppfølgingstjenesten fulgt opp alle pasientene i prosjektet, med særlig vekt på gule og røde varsler. I tråd med rutinene for gule og røde varsler er pasientene kontaktet. Rutinen for hvordan pasientene skal kontaktes har blitt endret i løpet av prosjektperioden. Røde varsler er alltid håndtert ved at pasientene blir kontaktet per telefon, mens gule varsler har blitt håndtert via melding eller telefon ut fra en skjønnsmessig vurdering av den enkelte pasient og tidligere samtaler med pasienten. I tillegg til kontakt ved varsler har oppfølgingstjenesten brukt tid på å utarbeide egenbehandlingsplaner i samarbeid med pasientene og fastlege, samt at det har vært dialog med fastleger ved behov for endring av legemiddel eller terskelverdier.

### **Evaluering, videreføring og avslutning**

Alle pasienter som følges opp med DHO får tilbud om faste evalueringssamtaler. I første versjon av tjenesteforløpet var det planlagt for faste evalueringssamtaler med alle i tiltaksgruppen hver 4-6 uke. Dette viste seg å være for resurskrevende å gjennomføre, og intervallet ble derfor blitt justert i flere omganger. Pasientene har i dag et fastsatt tidspunkt for evaluering hver 6 måned. I tillegg til faste evalueringer skal tjenesten og egenbehandlingsplan evalueres ved vesentlige endring av pasientens helsetilstand eller etter akuttinnleggelse i sykehus. I evalueringssamtalene blir pasientens subjektive opplevelse av DHO og egenbehandlingsplan med mål og tiltak evaluert, og eventuelt endringer i oppfølgingsregime, terskelverdier og egenbehandlingsplan utført.

Som en del av evalueringen blir videre deltakelse og eventuell avslutning vurdert. Avslutning av tjenesten blir gjennomført dersom det vurderes at tjenesten ikke lenger er hensiktsmessig eller at pasienten ikke lenger ønsker å delta. Ved avslutning blir pasientens fastlege informert om dette ved PLO-melding.

## **4.2. Inklusjonskriterier / eksklusjonskriterier**

Ved oppstart av prosjektet ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier for deltakelse i samarbeid med fastleger, lungemedisinsk- og hjertemedisinsk avdeling på Ahus samt rehabiliteringsavdelingen ved LHL-sykehuset Gardermoen.

## Generelle kriterier (alle kriterier må være oppfylt)

### INKLUSJON

- Har mobildekning (4G-dekning) i hjemmet
- Motivert for deltakelse i prosjektet
- Bostedsadresse i Ullensaker eller Gjerdrum kommune
- Fastlege i Ullensaker eller Gjerdrum som sier ja til deltakelse
- Over 18 år og samtykkekompetent

## Sykdomsspesifikke kriterier (minimum et av kriteriene må være oppfylt)

Kriterier for inklusjon av pasienter med kols

### INKLUSJONSKRITERIER FOR PASIENTER MED KOLS

- risikogruppe D eller
- risikogruppe B og C med betydelig angstkomponent forbundet med sin KOLS

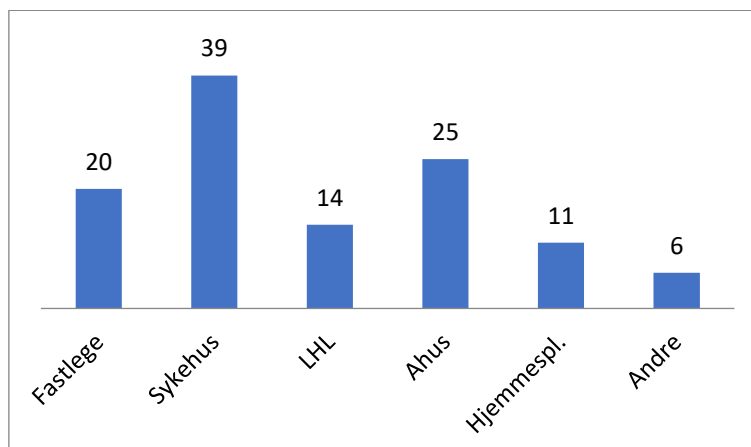
Kriterier for inklusjon av pasienter med hjertesvikt

### INKLUSJONSKRITERIER FOR PASIENTER MED HJERTESVIKT

- NYHA klasse 2-4
- Pasienter i fast oppfølging fra hjertemedisinspoliklinikk (3 kontakter eller mer per år)
- 1-2 forverrelser av hjertesvikt med påfølgende sykehusinnleggelse siste 12 mnd.

## 4.3. Inklusjon

Inklusjon av pasienter til den nasjonale forskningen ble avsluttet 30 juni 2020. Ved inklusjonsavslutning var det rekruttert 58 pasienter fra Ullensaker og 18 pasienter fra Gjerdrum, totalt 76 pasienter. Av de inkluderte var det 51 pasienter i tiltaksgruppen og 25 i kontrollgruppen. 65 pasienter var rekruttert med hoveddiagnose kols og 11 pasienter med hoveddiagnose hjertesvikt. De inkluderte var i aldersgruppen 51-96 år, gjennomsnitt 76 år.



### **Ullensaker og Gjerdrum kommune**

Det var planlagt rekruttering via hjemmetjenesten, fysioterapitjenesten, kommens KAD, korttidsavdeling i sykehjem og tjenestekontor. I hovedsak er pasientene rekruttert fra hjemmesykepleien og fysioterapitjenesten i kommunen.

### **Fastleger**

Alle fastlegen i Gjerdrum gikk i 2019 igjennom sine lister og inkludert aktuelle pasienter. Det er i ikke gjennomgått lister i Ullensaker. Det er utarbeidet en mal med informasjon som sendes alle nye fastleger via PLO-melding når de mottar forespørsel om deltakelse for ny pasient som de har på sin lise. De fleste fastleger har godkjent foreslåtte pasienter for inklusjon.

### **LHL- Sykehuset Gardermoen**

Det er gjennomført registersøk for pasienter bosatt i Ullensaker og Gjerdrum som har vært innlagt på rehabiliteringsavdelingen på LHL-sykehuset Gardermoen i 2018 og 2019. Disse er kontaktet og pasientene som ønsket har fått tilbud om deltakelse i prosjektet. Noen pasienter ble også rekruttert fortløpende etter endt rehabiliteringsopphold i 2020.

### **Akershus universitetssykehus HF**

Prosjektet fikk i desember 2019 tillatelse til å gjøre registersøk i sykehusets datavarehus. Dette ble gjennomført for pasienter som hadde vært innlagt med hoveddiagnose kols i 2019. Det ble identifisert 24 aktuelle pasienter. Pasientene ble kontaktet fra lungeteamet på sykehuset med informasjon om prosjektet. Søket for pasienter med kols ble utvidet til å gjelde innleggelse med aktuell diagnose kols (bi-diagnose) i januar 2020. Overordnet søk viste da 74 aktuelle pasienter, og ved gjennomgang var 25 av disse aktuelle å kontakte med forespørsel om inklusjon. Dette ble også gjort tilsvarende søk i februar 2020 og i mars 2020 for pasienter med hjertesvikt. Antall aktuelle pasienter med hjertesvikt var lavere enn for kols, og mange takket nei til deltakelse.

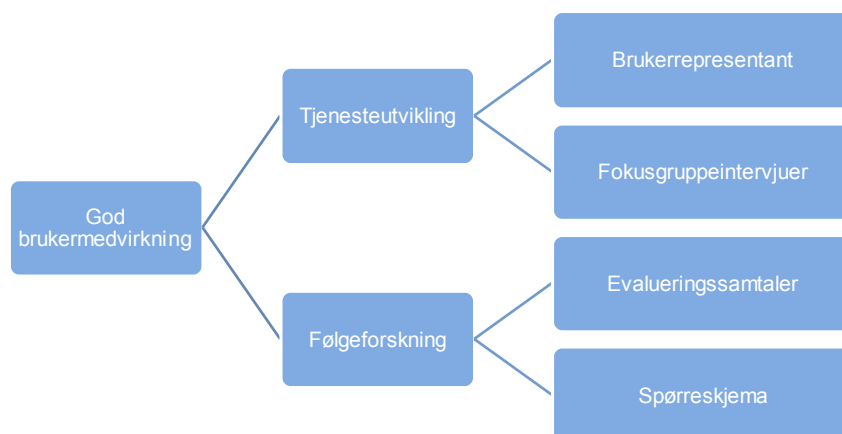
## **4.4. Involvering av pasienter i utforming og utvikling av tjenesten**

Det har vært viktig for prosjektet å involvere pasienter i alle stadier av prosjektet og i utarbeidelsen av tjenesteforløp. Det har vært benyttet flere metoder for å ivareta dette. På systemnivå har prosjektet:

- engasjert en brukerrepresentant som har deltatt i prosjektgruppa
- innhentet pasienterfaringer gjennom deltakelse på; workshops, møter i lokallag, utsendelse av spørreundersøkelser, gjennomføring av fokusgruppeintervjuer og småskalatesting av nye løsninger

På individnivå er pasientmedvirkning ivaretatt gjennom:

- Oppstartssamtale; kartlegging av pasientens mål, ressurser og risiko for forverring
- Utarbeidelse av individuelt tilpasset egenbehandlingsplan
- Evalueringssamtaler hver 6. måned



Driverdiagram for god pasientmedvirkning

## 4.5. Egenbehandlingsplan

Egenbehandlingsplanen er pasientens hjelpemiddel for å behandle egen sykdom. Formålet med egenbehandlingsplanen er å oppdage forverring tidlig, forebygge og redusere utvikling av en forverring, hindre sykehusinnleggelse og gi økt trygghet og mestringsopplevelse. Planen gir pasienten retningslinjer for hva de kan gjøre selv for å holde seg i best mulig form og hva som kan/bør gjøres ved en forverring av sykdom. Egenbehandlingsplanen er også et hjelpemiddel for oppfølgingstjenesten for å kunne gi råd og veiledning til pasientene. Planen er individuell og er inndelt i tre soner som angir tilstand og grad av forverring med tiltak knyttet til de ulike sonene.

Av prosjektdeltakerne var det LHL- sykehuset Gardermoen, ved rehabiliteringsavdelingen, som hadde den fremste erfaringen med bruk egenbehandlingsplaner. Rehabiliteringsavdelingen har utarbeidet egenbehandlingsplaner for sine pasienter gjennom mange år. Prosjektet tok derfor utgangspunkt i LHL-malen, ved utarbeidelsen av lokale maler for prosjektet.

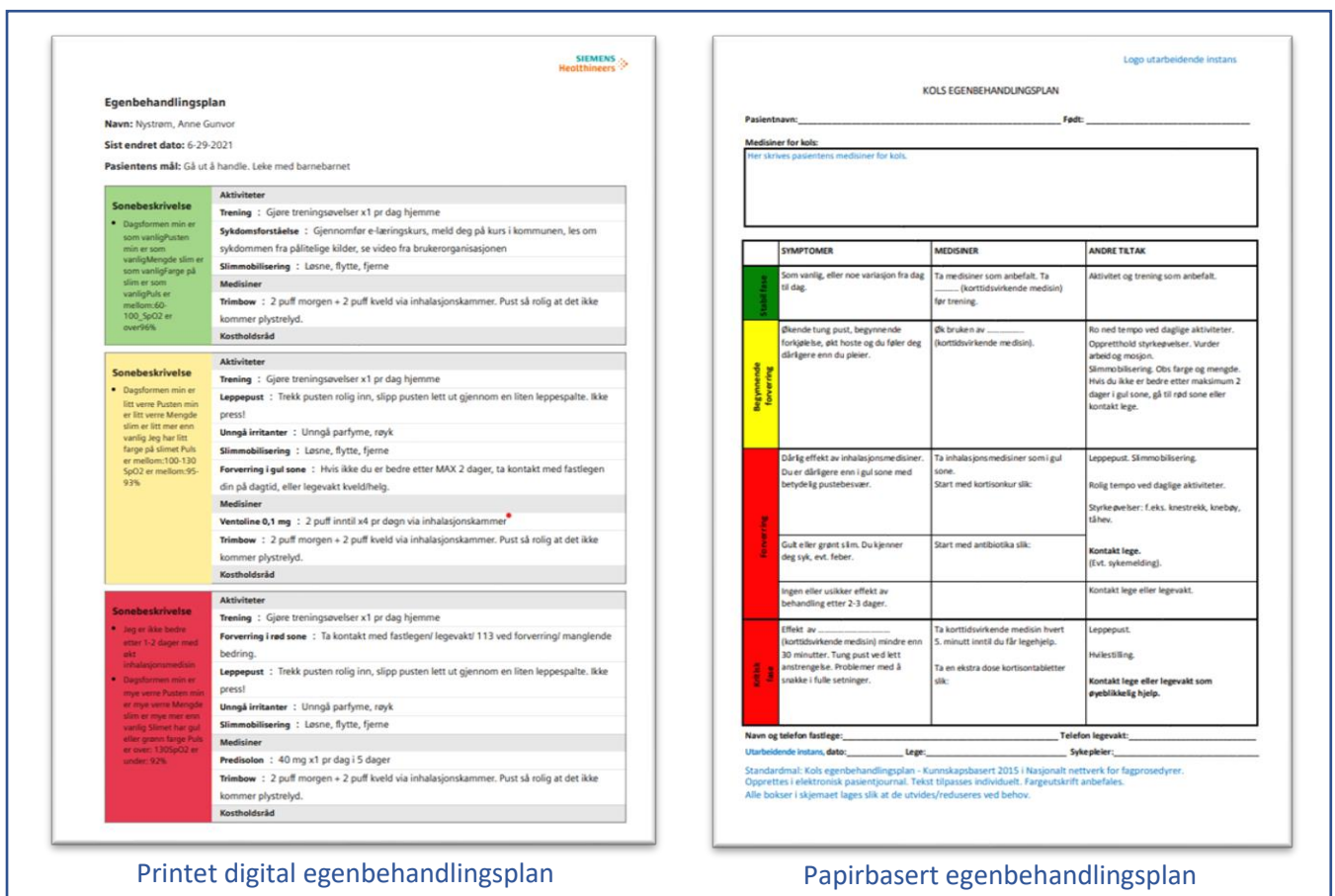
### Fra papirbaserte til digitale egenbehandlingsplaner

Det er et kjent problem med papirbaserte planer at de kan forsvinne, eller av andre grunner være utilgjengelige når pasientene måtte ha behov for denne. I dialog med leverandørene var prosjektet derfor opptatt av å kartlegge om noen av disse kunne tilby en dekkende løsning for digital egenbehandlingsplan. Ingen av leverandørene hadde klare løsninger for dette. I FoU-kontrakten med Siemens Healthineers var ett av utviklingspunktene i prosjektet å utvikle og ta i bruk en digital versjon av egenbehandlingsplan. Den digitale egenbehandlingsplan som nå benyttes i prosjektet er et resultat av samarbeidet mellom Siemens Healthineers, delprosjektet i Agder og MILA.

Utviklingen av den digitale egenbehandlingsplanen er et resultat av målrettet arbeid. Initialt startet med behovskartlegging og skisser av hva innholdet og funksjonalitet i en digital egenbehandlingsplan bør være. Denne prosessen innebar flere workshops og arbeidsmøter med tett involvering fra pasienter, leverandør, DHO-prosjektene og bistand fra eksterne konsulenter med ekspertise innen tjenestedesign, UX-design og virksomhetsarkitektur.



Etter innsiktsarbeidet engasjerte Siemens Healthineers utviklere som utviklet en prototype av den digitale egenbehandlingsplanen. Prototypen ble testet ut i flere omganger mot helsepersonell og pasienter som deltok i prosjektet. I dette arbeidet inngikk det også tester i «Usability labben» ved Universitetet i Agder (<https://www.uia.no/en/research/priority-research-centres/centre-for-ehealth/laboratory-and-test-facilities/usability-lab>). Tilbakemeldinger fra testerne var viktig for å tilpasse løsningen, videreutvikle planens innhold, funksjonalitet og design. Første versjon av den digitale egenbehandlingsplanen ble tatt i bruk for pasienter i prosjektet i desember 2020. Oppfølgingstjenesten jobber nå for å konvertere alle papirbaserte egenbehandlingsplaner til digitale egenbehandlingsplaner. Alle pasienter med en digital egenbehandlingsplan får også en utskrevet versjon av planen. Utskriftsversjonen av den digitale egenbehandlingsplanen er tilpasset slik at den er like lesbar som en papirbasert egenbehandlingsplan.



#### 4.6. Oppfølging av pasienter med digital hjemmeoppfølging; Organisering, kompetanse, etiske vurderinger

Ved oppstart i prosjektet var oppfølgingstjenesten organisert og driftet av den enkelte kommune. I begge kommuner var DHO lagt til hjemmetjenesten. Bemanningen besto av sykepleiere, som arbeidet med DHO i deler av sin stilling. Ullensaker og Gjerdrum kommune fulgte opp på ulike dager; på mandager i Gjerdrum og på onsdager i Ullensaker i tidsrommet kl. 13-15. Valget av ulike oppfølgingsdager ble gjort for å redusere sårbarhet ved fravær og ferieperioder. I dette inngikk det at oppfølgingstjenesten i kommunene hadde tilgang på hverandres journal og det var utarbeidet en avtale om delt behandlingsansvar for DHO-pasientene i prosjektet. I løpet av prosjektperioden har

det vært gjort endringen i organiseringen av oppfølgingstjenesten. Ved årsskiftet 2020/21 overtok oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommune ansvaret for DHO av pasienter bosatt i Gjerdrum kommune. Utløsende årsak var skredulykken i Ask i Gjerdrum. Fordi sykepleierne i oppfølgings-tjenesten i Gjerdrum og Ullensaker hadde hatt tett og regelmessig kontakt gjennom prosjektperioden var overgangen til én oppfølgingstjeneste en smidig prosess. Oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommune holder fremdeles på én oppfølgingsdag i uka, men med åpningstider fra kl. 9-15.

De ansatte som jobber i oppfølgingstjenesten må ha evne til å jobbe selvstendig og støtte pasienter i bruk av egenbehandlingsplan. Alle som jobber i oppfølgingstjenesten er utdannet sykepleiere og flere har videreutdanning i lungesykepleie, kreftsykepleie eller velferdsteknologi. Våren 2021 gjennomført alle som jobber i oppfølgingstjenesten kurs i motiverende intervju.

Ved oppstart av digital hjemmeoppfølging har pasientene gjennomført daglige målinger frem til oppsatt tverrfaglig møte hos fastlegen. Denne introduksjonsfasen på ca. 14 dager er til for at pasientene skal bli kjent med bruk av utstyret, samt for å få et datagrunnlag for utarbeidelse av egenbehandlingsplan og terskelverdier. Etter introduksjonsfasen går pasienten over til å sende inn målinger en gang i uka, eventuelt hyppigere ved forverring av helsetilstand. Pasienten får tydelig beskjed ved oppstart at DHO ikke er en akutt-tjeneste og pasienten må selv vurdere om det er behov for å kontakte fastlege/legevakt/ 113 ved avvikende målinger eller redusert allmentilstand utenom «åpningstid». Pasienten har tilgang til support på utstyr/hjelp til pålogging etc. alle hverdager fra kl. 9-15.

Begrunnelsen for å følge opp en dag i uken var i hovedsak inspirasjon fra Danmark og at tjenesten skulle jobbe forebyggende og ikke være til erstatning for akutte tjenester som legevakt og 113. En av oppfølgingstjenestens viktigste oppgaver er å gi råd og veiledning til pasientene slik at de får mer kunnskap om egen sykdom, lærer å gjenkjenne tegn på forverring av sykdom og dernest benytter egenbehandlingsplanen som verktøy for å håndtere egen sykdom. Prosjektet har flere ganger vurdert om hyppigheten av oppfølgingen er tilstrekkelig, blant annet er det diskutert om det er forsvarlig å følge opp «dårlige pasienter kun én dag i uken». Erfaringer fra prosjektet er at dette har fungert tilfredsstillende, også for de med alvorlig sykdom, så lenge pasientene er informert om hva de kan forvente av tjenesten og hvilket ansvar de selv har ved forverring av sykdom. Pasientenes opplevelse av trygghet i MILA er sammenfallende med funn i den nasjonale følgeforskningen. ([Evaluering av utprøving av digital hjemmeoppfølging Delrapprt II.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#))

#### **4.7. Erfaring med fastlegens rolle og ansvar**

Fastlegen har en sentral rolle i tjenestemodellen for DHO. Fastlegen har ansvar for den medisinske behandlingen, dette innebærer godkjenning for inklusjon av pasienter anbefalt fra oppfølgingstjenesten, utarbeidelse av legemiddelavsnittet i egenbehandlingsplanen og godkjenning av terskelverdier for grønn, gul og rød sone i egenbehandlingsplanen. For å sikre medvirkning og involvering av fastlegene i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet har prosjektet engasjert fastleger i både styringsgruppen, prosjektgruppen og i tjenesteutviklingen.

Prosjektet har engasjert en fastlege i 20 prosent stilling i hele prosjektperioden. Fastlegen har vært representant i prosjektgruppa og har bidratt i utforming av tjenestemodellen og i forankringen mot fastlegene i kommunene.

Fastleger er generelt vant til å ta direkte ansvar for sine pasienter når det gjelder medisinske spørsmål. Det er i underkant av 40 fastleger som har pasienter inne i prosjektet og de aller fleste har bidratt til å utarbeide egenbehandlingsplan og har svart raskt på spørsmål angående egne pasienter ved behov.

Som med alle nye oppgaver for en hardt presset tjeneste, har det vært utfordrende å vekke entusiasmen og deltakelsen hos fastlegene, spesielt i siste del av prosjektperioden. Prosjektet har allikevel erfart fastlegers deltakelse som nyttig i utforming av tjenesteforløp, og det har muligvis gitt økt eierskap hos de som deltok. Klare rammer for fastlegers deltakelse har vært avgjørende, og det er nok en erfaring å ta med seg videre.

#### **4.8. Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle**

Prosjektet har samarbeidet med to helseforetak; Ahus og LHL-sykehuset Gardermoen. Ansatte fra begge virksomheter har vært representert i styrings- og prosjektgruppen, og deltatt i alle prosjektets faser; fra søknad til sluttrapport. For Ahus var prosjektet forankret hos viseadministrerende direktør, programleder for sykehusets satsing på den eldre pasient og mot hjerte- og lungeavdelingen. Lungeavdelingen har i løpet av prosjektperioden gjennomført en pilot for forsterket utskrivelse, tjenesteforløpet for forsterket utskrivelse inngår som en del av tjenesteforløpet i MILA 2.

Det ble tidlig i prosjektet tydelig at spesialisthelsetjenesten var en viktig samarbeidspartner i pasientens digitale oppfølging. Prosjektet våger å påstå at det tette samarbeidet med Ahus og LHL-sykehuset har gitt prosjektet merverdi i forhold til innovative løsningsforslag og tidlig avdekking av samhandlingsområder.

Ahus og LHL-sykehuset har vært viktige for inklusjon av pasienter til digital hjemmeoppfølging. Henvisning av aktuelle pasienter fra LHL-sykehuset vært gjort ved uttrekk i pasientlister og ved inkludering av pasienter som var innlagt til rehabilitering. Fra Ahus ble pasientene henvist på bakgrunn av strukturerte uttrekk i et lokalt register. Det ble på forhånd utført et grundig arbeid med søknad og godkjenning av personvernombud på begge sykehusene.

Utvikling av digital egenbehandlingsplan (se kap 4.4) var en stor og viktig del av prosjektet. Her har leger og sykepleiere fra Ahus og LHL bidratt med solid kompetanse og erfaring under hele prosessen.

#### **4.9. Teknologi og anskaffelse**

For å gjennomføre prosjektet var det nødvendig å inngå en avtale med en leverandør av løsninger og produkter for DHO. Det ble først vurdert å gjennomføre en ordinær anskaffelse, men prosjektet opplevde at løsningene for DHO fortsatt er umodne og at det var behov for videreutvikling av både innhold i tjenesten DHO, samt løsningene som var tilgjengelig på markedet. Prosjektet valgt derfor å inngå en Forsknings- og utviklingskontrakt med Siemens Healthineers. Kontrakten som ble inngått besto av 2 hoveddeler.

**Fase 1:** Oppstart av avstandsoppfølging for innbyggere med kronisk sykdom i Ullensaker og Gjerdrum kommune

**Fase 2:** Tjenesteutvikling; utvikling og testing av digital behandlingsplan og integrasjon

I fase 1 inngikk avtale om utstyr og logistikk. Prosjektet har bestilt utstyrspakker fra leverandør som har bestått at nettbrett, oksygenmåler og blodtrykksapparat til pasienter med kols. For pasienter rekruttert med hjertesvikt fulgte det også med vekt i utstyrspakken. Funksjonelt har nettbrett og måleutstyr fungert bra og det har vært en fordel at måleutstyret har vært koblet til nettbrettene via Bluetooth. På denne måten har målingene lagt seg automatisk over på nettbrettet via Bluetooth. De eldste av pasientene i prosjektet rapportert at dette har vært nyttig.

I fase 2 har utvikling og testing av digital egenbehandlingsplan hatt hovedfokus. Prosjektet har sammen med Siemens Healthineers og delprosjektet i Agder utviklet en applikasjon for digital egenbehandlingsplan som er tatt i bruk i prosjektet. Prosjektet har ikke utviklet integrasjoner mot andre systemer, men dette er vurdert og vil inngå som et videre arbeid i nytt prosjekt, MILA 2.

#### **4.10. Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten**

Det har vært viktig for prosjektet å utvikle en tjenestemodell for DHO som kan overføres til drift. DHO-modellen skal gi pasienten bedre innsikt i egen sykdom, hjelpe pasientene i å gjøre helsefremmende og proaktive valg ved bruk av egenbehandlingsplan. Oppfølgingstjenestens hovedoppgave er å utarbeide egenbehandlingsplaner, i samarbeid med pasient og fastlege, motivere og veilede pasienter i oppfølging av egen sykdom. Oppfølgingstjenesten holder åpent en dag i uken, fra kl. 09-15. Sammenlignet med de øvrige delprosjektene i den nasjonale utprøvingen er dette lavt. I prosjektsammenheng har frikjøpet av sykepleiere til oppfølgingstjenesten vært på 20 % stilling i hver av kommunene i prosjektperioden.

Med nåværende pasientpopulasjon anslår prosjektet at en sykepleier i oppfølgingstjenesten kan følge opp rundt 50 pasienter per dag. I MILA 2 der alle kommuner på Øvre Romerike deltar, er det estimert at antall aktuelle pasienter i målgruppen vil være omtrent 300 pasienter. For å følge dette pasientvolumet vil det være behov for ca. 200 % stilling. Volumet er da så høyt at det er behov for å sette av noe tid til administrasjon og ledelse. Særlig informasjonsarbeidet har vist seg å være tidkrevende. Prosjektet har også erfart at oppfølgingstjenesten bør være lokalisert sammen med annet fagpersonell, dette for å ivareta behovet for faglige diskusjoner.

Den største kostnadsdriveren i prosjektet har vært nettbrett og måleutstyr, samt teknisk plattform.

Prosjektets beregninger av kostnader for dagens tjenestemodell er ca. 1700 kr per pasient/per måned. I dette er det ikke iberegnet prosjektkostnader for prosjektleder, fastlege, sykehus osv. Ved prosjektets avslutning er det åpnet for at pasientene kan bruke eget utstyr (BYOD). Dette vil kunne redusere prisen for tjenesten.

#### **4.11. Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på**

Oppfølgingen av pasientene i MILA skiller seg ut fra de andre delprosjektene ved at oppfølgingen kun har vært gjort én dag i uken. Tanken var å begynne lavt, og ved behov øke oppfølgingsfrekvensen ved behov. Oppfølgingsfrekvensen har vært lik gjennom hele prosjektperioden. Dette har vært med på å holde kostnadene ved oppfølging nede.

Et argument mot oppfølgingen én dag i uken har vært at det ikke er tilstrekkelig ved oppfølging av svært syke pasienter. Pasienten oppgir i spørreundersøkelse som er sendt ut at de opplever hyppighet på oppfølgingen som tilstrekkelig og på spørsmål om opplevelse av trygghet samsvarer dette med funn i de andre prosjektene og i den nasjonale følgeforskningen.

Oppfølgingstjenesten ble ved prosjektets oppstart organisert med drift i hver kommune. Dette for å sikre lokalt eierskap og en tett kobling til hjemmetjenesten. I løpet av prosjektperioden har prosjektet erfart at det i Gjerdrum ble så få pasienter at det var vanskelig å sette oppfølgingen i system. Oppfølgingstjenesten fikk for lite erfaring med måten å følge opp pasientene på og tjenesten ble veldig sårbar. Sammenslåingen var gunstig både faglig og økonomisk. Ullensaker kommune tok over oppfølgingsansvaret for Gjerdrum sine pasienter uten at ressurser for oppfølging ble økt.

Pasientene som deltar forplikter seg til å gjennomføre målinger og svare på spørreskjema minst én dag i uken. Frekvens på egenmålinger er diskutert med flere fastleger, og de har gitt tilbakemeldinger på at daglig måling av for eksempel blodtrykk og vekt der dette ikke er en utfordring, ikke er hensiktsmessig verken for pasient eller for involvert helsepersonell. Det er trend over tid som er interessant og for mange målinger ble karakterisert som «spam» av enkelte fastleger. Ved måling én gang per uke (oftere ved forverring, dvs. målinger i gul og rød sone) mener prosjektet at det bidrar til at pasientene får mulighet til å ta ansvar og blir mer bevisst egen helsetilstand, uten å skape et unødvendig høyt behov for målinger.

## 5. MÅLOPPNÅELSE OG GEVINSTER

I dette kapittelet følger en beskrivelse av måloppnåelse og gevinster i prosjektet. For videre lesning vises det til vedlegg 2 og 3; gevinstplan og gevinstrapport.

### 5.1. Hvordan har målene/gevinstene vært fulgt opp?

I tillegg til følgeforskningen har prosjektet gjort egne målinger for å følge opp resultater og effekter. Det lokale målarbeidet har bestått av uttrekk av data på forbruk av helsetjenester, gjennomføring av fokusgruppeintervjuer, bruk av spørreskjema og faste evalueringssamtaler.

#### Forbruk av helsetjenester

For å måle forbruk av helsetjenester fra kommunen ble det utarbeidet et Excel-skjema, også omtalt som gevinstskjema. I dette ble det ført oversikt på forbruk av; praktisk bistand, hjemmesykepleie, korttidsopphold, avlastningsopphold og opphold på KAD. Skjemaet ble oppdatert hver 3. måned. For spesialisthelsetjenesten ble det gjort uttrekk av data to ganger i løpet av prosjektperioden. For fastlegetjenesten ble det gjort ett uttrekk på antall konsultasjoner på ett fastlegekontor for å se om bruken fastlege har endret seg underveis i prosjektet. Denne tilnærmingen var for arbeidskrevende til at prosjektet kunne gjenta denne for alle involverte fastleger.

#### Fokusgruppeintervju

Det var planlagt for 2 fokusgruppeintervjuer i prosjektperioden, men grunnet Covid-19 ble det kun gjennomført ett intervju i juni 2020. Målet med intervjuet var å få tilbakemelding på hvordan tjenesten oppleves og hva som kunne gjøres annerledes.

#### Spørreundersøkelse

For å få tilbakemelding på hvordan tjenesten oppleves, hvordan teknologien fungerte og hvordan egenbehandlingsplanen ble benyttet ble det sendt spørreundersøkelse til pasientene i tiltaksgruppen. Spørreundersøkelsen ble distribuert 2 ganger i løpet av prosjektperioden.

#### Evalueringssamtaler

Oppfølgingstjenesten har gjennomført faste evalueringssamtaler med alle pasientene i tiltaksgruppen. Planen var å gjennomføre samtalene hver 8 uke, men det viste seg for hyppig både for pasient og oppfølgingstjenesten. Oppfølgingstjenesten har gjennomført faste evalueringssamtaler ca. hver 6 måned med alle pasientene.

### 5.2. Pasient

Funnene fra spørreundersøkelsene som er gjennomført viser at pasientene opplever økt trygghet og mestring (63%) og at de er fornøyde med oppfølgingen de får (85%). En stor andel (50 %) angir også at de ar fått mer kunnskap om egen sykdom og at de er blitt mer bevist egen sykdom, blant annet ved at de enkelt kan se egne målinger i løsningen. På spørsmål om de tro de har behov for mindre helsetjenester etter at de ble med i prosjektet svarer flere at de tror de er mindre på sykehus (25 %) og har behov for mindre tjenester fra kommunen (15 %). Mange av pasientene (39 %) svarer at de opplever at livskvaliteten er blitt bedre etter oppstart med DHO.

Sykepleierne som har fulgt opp pasientene over tid forteller at en stor andel av pasientene har fått gjort legemiddelendringer i samarbeid med fastlegen underveis i prosjektet. Spesielt gjelder dette legemiddel for regulering av blodtrykk. Dette kan være med på å bedre pasientens helse.

I den siste spørreundersøkelsen fra i mai 2021 er pasientene spurt om hyppigheten på oppfølgingen. I MILA har oppfølgingen som nevnt tidligere kun vært gjort en dag i uken. Tilbakemeldingen er at at 93 % mener at dagens hyppighet på oppfølgingen er tilstrekkelig, kun 7 % ønsker hyppigere oppfølging, mens ingen svarer at de ønsker sjeldnere.

I spørreundersøkelsen fra mai 2021 rapporterer 79 % av pasientene at de har fått opprettet en egenbehandlingsplan. Ved spørsmål om bruk rapporterer 14 % at de benytter egenbehandlingsplanen daglig og 43 % at de benytter den av og til. Dette er en økning sammenlignet med spørreundersøkelsen fra desember 2020 hvor 11 % rapporterer at de bruker planen daglig og 33 % bruker planen av og til. Vinteren 2021 gikk flere av pasientene over fra papirbasert egenbehandlingsplan til digital egenbehandlingsplan. Dette kan forklare hvorfor flere rapporterer at de benytter egenbehandlingsplanen i mai 2021.

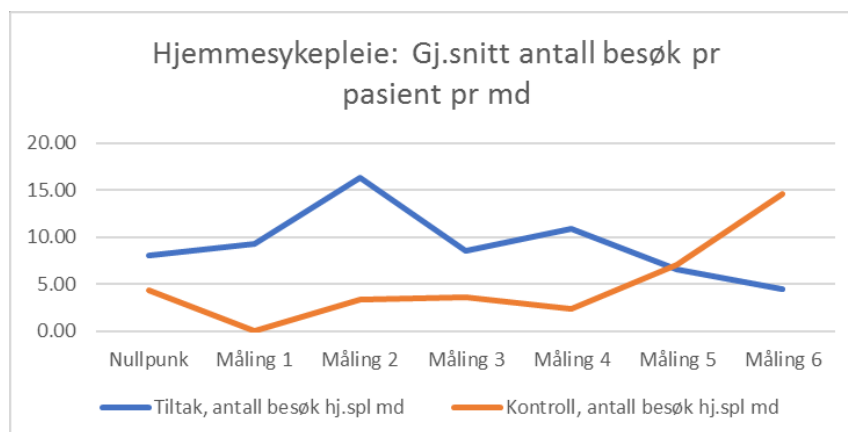
Fokusgruppeintervjuene underbygger funnene som fremkom fra spørreundersøkelsene. Pasientene fortalte at tjenesten oppleves som nyttig og at det var trygt at noen fulgte med på deres sykdom. De fortalte også at det var fint at de kunne ta kontakt med oppfølgingstjeneste om det var noe de lurte på.

### 5.3. Kommune

Sykepleieren i oppfølgingstjenesten erfarer at DHO er en systematisk og effektiv måte for oppfølging av pasienter med kols og hjertesvikt. Med tilgang til pasients målinger er det lettere å fanges opp tegn på forverring, og iverksette tiltak med støtte i pasients egenbehandlingsplan.

Mange av pasientene trenger veiledning i bruk av egenbehandlingsplan ved forverrelse av sykdom. Flere vegrer seg for å starte med forordnede legemiddel på egenhånd, og i løpet av prosjektperioden har oppfølgingstjenesten erfart at en større andel av pasientene er tryggere i å ta disse avgjørelsene selv.

I prosjektet er det sett en nedgang i forbruk av hjemmesykepleie for tiltaksgruppen.



## 5.4. Fastlege

Fastlegene forteller at pasientene har blitt mer bevist egen sykdom og behandling av denne enn tidligere. Dette bidrar til at helsesamtalene kan gjøres på en annen måte og at dialogen blir bedre og mer produktiv for både fastlege og pasient. Et eksempel på dette er i samtaler hvor det skal utarbeides egenbehandlingsplan. I disse samtalene oppleves det nå at flere pasienter kan ta et større ansvar for egen helse og behandling av egen sykdom enn tidligere. Pasientene som er inkludert i MILA har allerede kommet langt i sine sykdomsforløp. Det antas at potensialet for mestringsadferd vil være enda større hos pasienter som har kommet noe kortere i sitt sykdomsforløp sett i et forebyggende perspektiv. De vil potensielt kunne nyttiggjøre seg av egenbehandlingsplan i enda større grad enn pasientene som er inkludert i prosjektet i dag.

Ved ett fastlegekontor ble det gjort uttrekk på bruk av fastlegekonsultasjoner før og etter inklusjon i DHO. Gjennomgangen viste ingen endring i antall kontakter hos fastlegen. I spørreundersøkelsen (mai 2021) forteller 21 % av pasientene at de selv mener de er sjeldnere hos fastlegen etter inklusjon i prosjektet. Prosjektet har ikke hatt mulighet til å undersøke hvordan forbruket av helsetjenester er påvirket hos øvrige fastleger. For å gjøre dette måtte prosjektet hatt tilgang til HELFO-data.

De viktigste gevinstene som berører fastlegene, er kanskje ikke enkelt målbare i størrelser som liggedøgn eller antall besøk hos fastlegen, men snarere helsemestring hos den enkelte pasient. Dersom digital hjemmeoppfølging bidrar til økt mestring kan dette også påvirke bevisstheten og ansvarsfølelsen hos den enkelte pasient.

## 5.5. Helseforetak

Ahus og LHL-sykehuset Gardermoen sin rolle var i starten av prosjektet å bistå med registersøk for å identifisere aktuelle kandidater for rekruttering, bistå med faglige råd knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier og bidra med faglig innspill på terskelverdiene som er benyttet som et utgangspunkt ved inklusjon.

Prosessen for å kunne gjøre registersøk for rekruttering var krevende og tok lang tid. Det var knyttet usikkerhet til lovgrunnlaget for å gjøre søk på denne måten hos personvernombudet på Ahus. For å gjøre søket ble det derfor søkt om *unntak fra taushetsplikt* hos Helsedirektoratet. Prosjektet fikk innvilget unntak og gjennomførte uttrekk. Inklusjonsarbeidet innebar at helsepersonell fra henholdsvis lungeavdelingen og hjerteavdelingen på Ahus og rehabiliteringsavdelingen på LHL-sykehuset Gardermoen ringte pasientene og informerte om prosjektet. Dersom pasienten ønsket deltakelse samtykket de til deling av kontaktopplysninger med prosjektet. Ved samtykke ble kontaktinformasjonen delt videre med prosjektet. Det var en relativt høy andel som takket nei, og begrunnelsen var i stor grad at de var i dårlig form og ikke orket å lære seg teknologien som ble benyttet i prosjektet. Mange sa de var slitene og ikke hadde krefter til noe mer. Søkekriteriet for uttrekk var:

- Periode: Innleggelser siste 12 mnd.
- Diagnosekoder:
  - o I50.0 - Kongestiv hjertesvikt
  - o I50.1 - Venstresidig ventrikkelsvikt
  - o I50.9 - Uspesifisert hjertesvikt



- J44.0 – Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt infeksjon i nedre luftveier
- J44.1 – Kronisk obstruktiv lungesykdom med akutt uspesifisert forverring
- J44.8 – Annen spesifisert obstruktiv lungesykdom
- J44.9 – Uspesifisert kronisk obstruktiv lungesykdom
- Kommune:
  - Gjerdrum og Ullensaker kommune

Modenheten for bruk av DHO i sykehus har endret seg i løpet prosjektperioden. LHL-sykehuset Gardermoen har benyttet DHO i et doktorgradsprosjekt og ved Ahus gjennomføres det 3 piloter for digitalt hjemmesykehus. I MILA ble det fra april til juni gjennomført en pilot for; *Forsterket utskrivelse av pasienter med kols* fra lungemedisinsk avdeling. I piloten har Ahus fulgt opp pasienter i inntil 4 uker etter utskrivelse fra akuttinnleggelse grunnet kols. Pasientene fikk utarbeidet en digital egenbehandlingsplan mens de var innlagt og ambulerende lungeteam fulgte de opp med DHO etter utskrivelse. Erfaringene fra piloten tas med inn i nytt prosjekt, MILA 2 (for videre beskrivelse se kapittel 6).

Prosjektet har innhentet samtykke for å kunne gjøre egne uttrekk på forbruk av spesialisthelsetjenester fra Ahus. Første uttrekk ble gjort i desember 2020 og inkluderte kun de som var aktive i tiltaksgruppen. Uttrekket viste at 19 av 37 pasienter hadde hatt akuttinnleggelser i perioden. Av disse hadde 12 av 19 pasienter en nedgang i antall innleggelser i sykehus etter inklusjon, sammenlignet med en tilsvarende periode i forkant av inklusjon. Disse funnene var så interessante at prosjektet også ønsket opplysninger fra kontrollgruppa. Ett nytt uttrekk ble derfor gjennomført i juni 2021. Dette uttrekket baseres på 31 pasienter fra tiltaksgruppen og 13 pasienter fra kontrollgruppen. Uttrekket viste at 31 av 44 pasienter hadde hatt akuttinnleggelse i sykehus i perioden. Perioden det ble gjort uttrekk for var som ved første uttrekk, like mange dager før og etter inklusjon. Det vil si at dersom pasienten hadde vært inkludert i 400 dager, var uttrekket basert på 400 dager tilbake i tid før og etter inklusjon. Dataene viste en betydelig (65% tiltak og 53% kontroll) nedgang i forbruk av spesialisthelsetjenester for både tiltaks- og kontrollgruppen. Det er nærliggende å anta at funnene har sammenheng med Covid-19 pandemien, hvor det generelt har vært færre innleggelser i sykehus.

## 5.6. Generelle gevinster

En av målsetningene for prosjektet var *økt samarbeid og bedre pasientflyt mellom kommune, fastleger og sykehus*. Det har vært et godt samarbeid mellom partene igjennom hele prosjektperioden, og mange har vært involvert i gjennomføringen.

Oppfølgingstjenesten i kommunen forteller at de har fått et bedre samarbeid og at det har vært nyttig å utarbeide egenbehandlingsplaner i samarbeid med fastlegene. Tilbakemelding fra pasientene er at de opplever tjenesten som fleksibel og at de får hjelp av helsepersonell når de har behov.

MILA har opplevd at det er en stor interesse for prosjektet i vår region. Prosjektet har ved flere anledninger holdt innlegg i kommunenes og sykehusets samhandlingsorgan.

## 6. ERFARINGER OG LÆRINGS-PUNKTER

I dette kapittelet følger en beskrivelse av hvilke erfaringer og en oppstilling av læringspunkter.

### 6.1. Fastleger

Prosjektet har brukt mye ressurser på forankringsarbeid ut mot fastlegetjenesten. Det har vært ansatt fastlege i prosjektgruppen som har bistått med informasjonsarbeid ut mot alle fastlegekontorene i de 2 kommunene. Prosjektet har holdt informasjonsmøter på legekontorene og brukt mye tid og ressurser på å sende ut informasjon via e-post. E-post som informasjonskanal ut i fastlegene har vist seg å være lite hensiktsmessig. Svært få fastleger har besvart e-postene som er sendt fra prosjektet. Til tross for at få fastleger har deltatt på møter eller i workshops om digitale hjemmeoppfølging har det allikevel vært lett å komme i kontakt med fastlegene og informere om prosjektet via PLO-meldinger. Det ble tidlig i prosjektet utarbeidet et kort notat om prosjektet som ble sendt ut via PLO-melding når forespørsel om deltakelse ble sendt. Prosjektet har fått tilbakemeldinger på at denne kommunikasjonskanalen og informasjonsformen opplevdes nyttig.

Prosjektet har erfart at de fleste fastlegene er positive til å bidra i arbeidet med å lage egenbehandlingsplan for pasienten. Ved utarbeidelse av egenbehandlingsplan har fastlegene gitt tilbakemelding om at møtene hvor oppfølgingstjenesten stiller med et ferdig utkast er å foretrekke. I de tilfellene hvor dette var gjort, hadde oppfølgingstjenesten hatt dialog med pasienten i forkant. Pasienten var da bedre forberedt til møtet, og hadde hatt mulighet til å tenke over «hva er viktig for deg?» og mål for planen.

#### **Hvordan bør fastlegens rolle og ansvar være i DHO?**

Fastlegen har god oversikt over pasientenes helseutfordringer og bør derfor ha en sentral rolle i DHO. Fastlegenes viktigste bidrag i DHO er å delta i utarbeidelsen egenbehandlingsplans legemiddelavsnitt. I prosjektet har fastlegen godkjent pasientene for inklusjon, dette mener prosjektet ikke er hensiktsmessig fremover. Godkjennelse for inklusjon bør treffes av virksomheten som er ansvarlig for tjenesten, i dette tilfellet av forvaltningen i kommunen.

#### **Læringspunkter:**

- Fastleges deltakelse i prosjektgruppen har vært nyttig med tanke på forankring, samspill med fastlegetjenesten og utforming av tjenesteforløpet
- De aller fleste fastlegene samtykket til inklusjon og deltakelse for pasienter egen liste underveis. Prosjektet er usikker på om det tidkrevende arbeidet med å inngå intensjons- og samarbeidsavtaler med den enkelte fastlege i forkant av prosjektet var hensiktsmessig bruk av tid
- I prosjektet har fastlegen godkjent pasientene for inklusjon, prosjektet mener at denne oppgaven burde ligge til den kommunale forvaltningen som har ansvaret for tjenesten DHO

### 6.2. Kommune

Prosjektet har endret organiseringen av oppfølgingstjenesten en gang i løpet av prosjektperioden. Erfaringen er at oppfølgingstjenesten trenger tid og et tilstrekkelig volum av pasienter for å opparbeide seg erfaring. Ved å legge oppfølgingen av DHO til ett tjenestested blir tilbudet mer robust

ved at pasientvolumet økes, at sykepleierne opparbeider seg erfaring og at man får samlet små miljø. Prosjektet har vurdert at oppfølgingstjenesten bør bemannes av ansatte med sykepleierkompetanse, god innsikt i kommunens helsetjenestetilbud og gjerne med videreutdanning innen aktuelle sykdomsområder og teknologi. I prosjektet hadde en av sykepleiere videreutdanning i lunge-sykdommer, noe som har vært relevant både med tanke på utforming av egenbehandlingsplaner og rådgivning per telefon. I tillegg har alle sykepleierne i oppfølgingstjenesten gjennomført kurs i motiverende intervju. Gode kommunikasjonsferdigheter er viktig når oppfølgingen skjer via meldinger og per telefon.

Ved oppstart av prosjektet ble det utarbeidet en rutinehåndbok for DHO. Rutinehåndboken har bidratt til forutsigbarhet både for ansatte og pasienter. Innholdet i rutinehåndboken er oppdatert etter hvert som prosjektet har fått mer erfaring. Den har vært mye i bruk, spesielt ved inklusjon.

Inklusjon av pasienter begynte høsten 2019 og ble avsluttet i juni 2020. Prosjektet har data for minst 12 måneder for alle inkluderte pasienter. Det hadde vært ønskelig å følge effektene av DHO over en lenger tidsperiode. Bedre innsikt i egen sykdom og kompetanse i bruk av egenbehandlingsplan kan komme gradvis. Prosjektet syntes det vært spennende om et senere prosjektet gjorde en mer langvarig effektstudie ved bruk av DHO.

I MILA har pasientene vært rekruttert på bakgrunn av kols eller hjertesvikterelatert sykdom. Prosjektet mener at denne tjenesteformen kan være nyttig ved flere sykdomstilstander, for eksempel for pasienter med utfordringer knyttet til psykisk helse, diabetes, sykkelig overvekt, med flere.

På nåværende tidspunkt mener prosjektet at det er viktig at kommunene bygger oppfølgingskompetansen gradvis. For å gjøre dette anbefaler prosjektet at oppfølgingstjenesten samlokaliseres og driftes som en enhet, altså i et fellesskap mellom kommuner.

#### **Læringspunkter:**

- I MILA har prosjektet valgt å følge opp pasientene en dag per uke. I oppstarten var vi usikre på om dette var underdimensjonert i forhold til pasientenes oppfølgingsbehov. I løpet av prosjektperioden har prosjektet vist at dette er i samsvarer med pasientens forventninger og behov
- Prosjektet mener at kommunene bør innarbeide digital hjemmeoppfølging som et satsningsområde i kommunens planverk. Prosjektet mener at dette også bør gjøres i helsefellesskapene
- Prosjektet antar at langt flere pasientgrupper kan ha nytte av DHO
- Det er nødvendig å sikre forankring og god informasjon på alle nivåer i kommunen fra kommunaldirektør og ut i tjenestene når DHO skal etableres

### **6.3. Helseforetak**

Sykehusenes rolle var begrenset i det nasjonale utprøvingens mandat. Sykehusene skulle bistå med inklusjon av pasienter, delta i arbeidet med utarbeidelse av tjenesteforløp og faglige råd ved utarbeidelse av rutiner og mal for egenbehandlingsplaner. I MILA har sykehusene ønsket å være aktive samarbeidspartnere, noe som ble ytterligere styrket etter studiebesøket til Region Nord-Jylland. Her fikk vi se hvordan sykehus og kommune samarbeidet om oppfølgingen av DHO-pasientene. Pasientene benyttet samme løsning for DHO, men behandlingsansvaret var delt. For

eksempel fikk pasienter med nyoppdaget hjertesvikt oppfølging fra «hjertesviktsambulatoriet» i en tidlig fase av sykdomsperioden. Etter dette ble ansvaret for DHO overført til pasientens hjemkommune. Ved behov kunne pasientene henvises tilbake til DHO sykehus. På denne måten fikk pasientene en mer sammenhengende tjeneste hvor oppfølgingsansvaret var delt. Resultater fra DHO for kols- og hjertesviktpasienter i denne regionen viste at det var samfunnsøkonomisk nyttig å følge opp pasientene med bruk av DHO. Det lot seg ikke gjøre å gjenskape dette tjenesteforløpet i MILA, men i MILA 2 er det utarbeidet et tjenesteforløp med delt behandlingsansvar mellom sykehus og kommune. Prosjektet tror denne måten å følge opp pasientene på vil engasjere fagmiljøene i sykehuset i større grad og gjøre tjenesten mer virkningsfull.

#### **Læringspunkter:**

- Det er lettere å skape engasjement i sykehusets fagavdelinger når oppgavene er relatert til deres daglige virke. Arbeid med egenbehandlingsplan og pilotering av forsterket utskrivelse er eksempler på dette
- Samhandlingspotensialet ved bruk av DHO bør utforskes videre. Prosjektet er bekymret for at anskaffelse av løsninger for DHO ikke gjøres på rett nivå, og sykehus og kommuner ender opp med løsninger som ikke er kompatible mot hverandre. Prosjektet ser med interesse til den innovative anskaffelsen som skal gjøres i Agder

## **6.4. Andre erfaringer og lærepointer**

I tillegg til erfaringer som kan knyttes til kommune, fastleger og sykehus, har prosjektet gjort seg noen tanker om områder som bør tas med videre ved planlegging av lignende prosjekter, og overgang til drift.

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

Ved inngåelse av FoU-kontrakt opplevde prosjektet å få innsiktsbegjæring og klager på kontraktinngåelsen fra flere leverandører. Behandlingen av disse skapte forsinkelser og prosjektet hadde behov for ekstern juridisk bistand for å svare ut klagen. Som følge av dette ble det forsinkelser i oppstart med rekruttering. Prosjektet mener at inngåelse av FoU-kontrakt var rett kontraktsform og at dette har bidratt til videreutvikling både av DHO som tjeneste og leverandørens løsninger. For fremtidige prosjekter vil det være viktig å sette av tilstrekkelig tid og ressurser for anskaffelsesprosessen.

En annen utfordring ved oppstart av prosjektet var å få på plass nødvendige godkjenninger fra personvernombudet for å inkludere pasienter via registersøk i sykehusene. Prosjektet endte med å søke om dispensasjon fra taushetsplikt fra Helsedirektoratet. Prosessen tok nesten 12 måneder, skape mye usikkerhet om valg av løsning og krevde mye ressurser fra prosjektet. Registersøkene har bidratt til at prosjektet har lyktes med å inkludere pasienter som har minst ett sykehusopphold i løpet av årets siste 12 måneder. I ettertid mener prosjektet at inklusjon ved registersøk har vært riktig tilnærming og denne tilnærmingen bør benyttes ved fremtidige prosjekter.

En annen utfordring kan knyttes til bruk av BankID. Inklusjonen av pasienter startet høsten 2019 og sommeren 2020 ble det bestemt at systemet skulle oppdateres og at alle pasienter måtte bruke BankID for innlogging. To av de inkluderte pasientene skaffet seg ikke BankID, og som følge av

omleggingen ble DHO avsluttet. Dette var ikke ønskelig, men det var ikke mulig å logge seg inn på annen måte. En stor andel av pasientene hadde behov for bistand til å logge seg inn med BankID første gang. Dette var en krevende periode for oppfølgingstjenesten, men i etterkant ser vi at svært få har hatt behov for bistand etter at dette var gjennomført første gang. For de fleste pasienter virket det lettere å håndtere pin-kode som settes etter bruk av BankID enn ved brukernavn og passord. For ansatte som har jobbet med support har nedgangen i telefoner for bistand til innlogging gått betraktelig ned etter at BankID kom på plass. Bruk av BankID som sikker innlogging er en fordel, men erfaring fra piloten om forsterket utskrivelse ser vi at mange av pasientene ikke har BankID tilgjengelig ved innleggelse i sykehus. I fremtidige løsninger bør det utvikle alternative påloggingsmuligheter som sikrer at også pasienter uten BankID kan benytte løsningen.

### **Hvordan er opplevelsen av selve løsningen og samarbeid med leverandørene?**

Løsningene som er benyttet i prosjektet har fungert tilfredsstillende og samarbeidet med leverandøren har vært bra. Ved oppdateringer og lignende har leverandør alltid hatt dialog med kommunene i forkant for å avtale dato for oppgradering. Det har også vært levert oversikt over hvilke endringer som er gjort og hva dette betyr for både ansatte og pasientene. Dette har gjort at oppfølgingstjenesten har kunnet informere pasientene om endringer i systemet.

Innholdet i plattformen som er benyttet har fungert uten feil og uten nedetid. Prosjektet har meldt inn endringsønsker. For eksempel har det vært ønskelig med flere funksjoner i spørreskjemaene, og triagering av pasientenes målinger. Mange av endringsønskene er blitt håndtert underveis og noen er sendt videre til underleverandør for videre arbeid. Brukergrensesnittet for pasientene har vært enkelt, men også her har det vært et ønske om at innholdet kunne tilpasses den enkelte i noe større grad.

Prosjektet har i samarbeid delprosjektet i Agder og leverandør utviklet og tatt i bruk digital egenbehandlingsplan. Dette har vært en kreativ og spennende prosess med kartlegging av behov, konseptarbeid og småskalatesting før driftsettelse. Den digitale egenbehandlingsplanen er ved prosjektslutt tatt i bruk hos mange av de inkluderte pasientene, og det er et viktig verktøy ved overgang til MILA 2.

Det er brukt mye tid på å manuelt hente ut styringsdata fra kommunal EPJ. Forskerne har hatt tilgang til registerdata som ikke har vært tilgjengelig for delprosjektene. En mer fornuftig tilnærming ville vært om delprosjektene også kunne hente ut denne typen styringsdata underveis i prosjektet. Ved et fremtidig prosjekt ville det vært hensiktsmessig at dette inngikk i prosjektet planleggingsfase.

### **Hvilke suksesskriterier ville dere peke på?**

Et av suksesskriteriene i prosjektet har vært modellen for oppfølging. Prosjektet mener at denne måten å følge opp på er bærekraftig og effektiv og allikevel sikrer at pasienten får nødvendig bistand for å kunne håndtere egen sykdom.

Ved oppstart av prosjektet reiste hele prosjektgruppen på studietur til Danmark. Denne turen bidro til at prosjektgruppen ble godt kjent og at vi fikk se gode eksempler på hvordan DHO kan organiseres. Dette skapte engasjement i prosjektgruppa og la et grunnlag for gode diskusjoner ved utforming av tjenesteforløpet i MILA. Prosjektet har hatt stabil deltakelse, uten vesentlig utskiftning, i prosjekt og

styringsgruppen. Dette har bidratt til at alle parter har hatt god innsikt i prosjektet noe som igjen har bidratt til å opprettholde prosjektets fremdrift.

Erfaringsdeling på tvers av de 6 delprosjektene i nasjonalt velfersteknologiprogram har bidratt til refleksjon og gode diskusjoner. Denne læringsarenaen har vært viktig for å motivere, inspirere og opprettholde fremdrift og sikre prosjektets leveranser.

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

Følgende råd MILA ønsker å gi til andre kommuner:

- Sørg for nok tid til planlegging og gjennomføring, for kommuner som ikke har erfaring med tilsvarende prosjekter må dette skje over flere år
- Prosjektet må være stort nok omfang, med tanke på antall pasienter og organisering. Det er også viktig å bygge kompetansen gradvis og dimensjonere opp ved behov.
- Anskaffelser bør gjøres i fellesskap, gjerne i gjennom helsefellesskapene. Dette for å sikre at informasjon kan overføres mellom sykehus og kommune. I dette må det inngå personell fagekspertise på innkjøp/anskaffelse, informasjonssikkerhet og personvern vurdering
- For å sikre bærekraft i tjenesten bør det stilles krav om «bring your own device».

## 7. PLANER OM VIDERE DRIFT

MILA videreføres for innbyggere i Ullensaker og Gjerdrum kommune. Målet er at DHO skal over i ordinær drift og være en tjeneste på lik linje med andre kommunale tjenester i løpet av 2022. I dette arbeidet vil det være riktig og vurdere DHO også for andre sykdommer enn hjertesvikt og kols.

Deltakerne i MILA har søkt og fått bevilget midler til nytt prosjekt, MILA 2. I MILA 2 starter oppfølgingen av kolspasientene på sykehuset før oppfølgingen videreføres i kommunen. Alle kommunene på Øvre Romerike deltar i prosjektet. Antall innbyggere øker fra ca. 50.000 til 110.000. Oppfølgingen skal gjøres fra Ullensaker kommune på vegne av de 6 kommunene. Som en del av dette arbeidet vil det utarbeides anbefalinger for videre drift, spredning og implementering av DHO.

### **Hvilke potensiale ser dere for gevinster?**

I prosjektperioden er det de kvalitative gevinstene som har vært mest fremtredende. Prosjektet mener at DHO har et stort potensialt for å bidra til økt samhandling mellom tjenestenivåene og redusere forbruk av tjenester både for kommune, fastlege og sykehus. Fokuset bør være på forebygging, bruk av egenbehandlingsplan og egenmestring for de som mottar tjenesten.

For at DHO skal kunne bli en tjeneste som sikrer samhandling mellom kommune, sykehus og fastleger er det behov for nasjonale føringer og løsninger som muliggjør «bring your own device», deling av data og digital egenbehandlingsplan. Det må jobbes nasjonalt med en finansieringsmodell som understøtter fordelene ved å samarbeide og jobbe forebyggende.

**VEDLEGG 1 – TJENESTEFORLØP FOR MILA**

**VEDLEGG 2 – GEVINSTPLAN**

**VEDLEGG 3 – GEVINSTRAPPORT JUNI 2021**

**VEDLEGG 4 – BRUKERUNDERSØKELSE DESEMBER 2020**

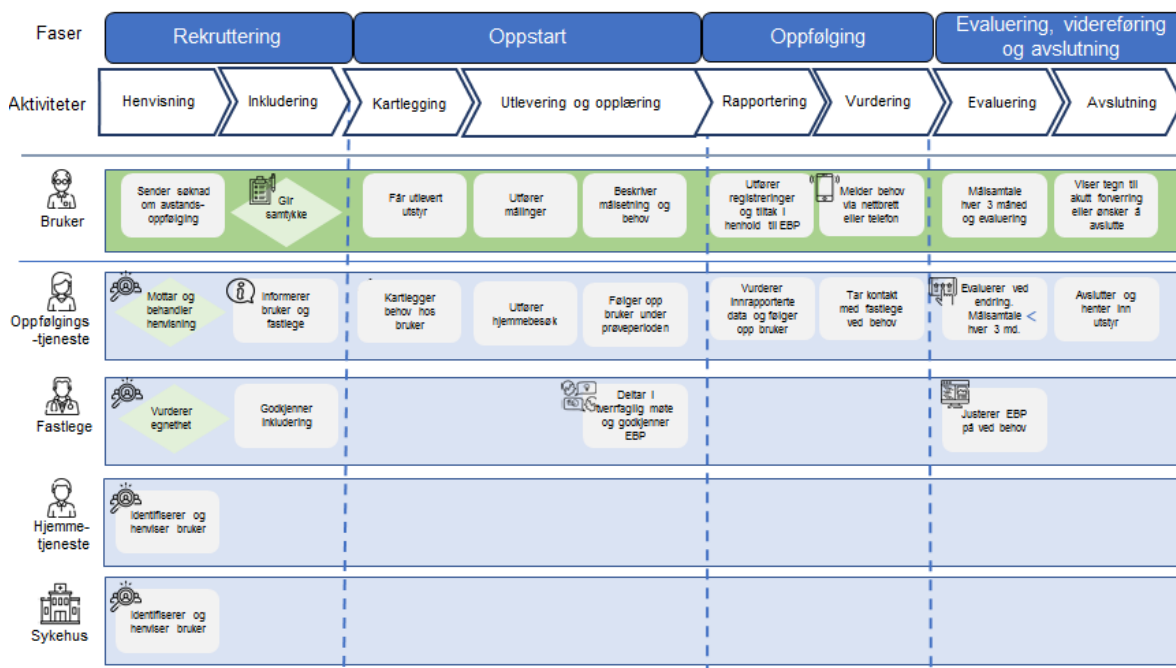
**VEDLEGG 5 – BRUKERUNDERSØKELSE JUNI 2021**



## Vedlegg 1, Tjenesteforløp

### Tjenesteforløp MILA

Tjenesteforløpet har vært oppdatert jevnlig i hele prosjektperioden, sist oppdatert juni 2021.



**Rekruttering:** «Alle» kan henvise til prosjektet. Rekrutteringen i prosjektet er i stor grad gjort via registersøk hos fastleger og i sykehus. Denne rekrutteringsformen har vært nyttig, men det er usikkert hvordan dette kan videreføres over i drift, disse strukturene må jobbes videre med. De kommunale tjenestene har i liten grad henvist pasienter og ingen pasienter har «henvis seg selv». Det må jobbes videre med å sikre rekruttering fra ulike kanaler med tanke på overgang til drift.

**Oppstart:** Denne fasen har i stor grad fungert som planlagt. Avvik fra planen har vært relatert til Covid-19, som har gjort at tverrfaglige møter hos fastlegen ikke har blitt gjennomført. Som «erstatning» for tverrfaglig møte har dialogen først vært på telefonen mellom pasient og oppfølgningstjenesten, videre har oppfølgningstjenesten hatt dialog med fastlegen via PLO-meldinger.

**Oppfølging:** Tilbakemelding fra brukerne er at oppfølging en dag i uken er tilstrekkelig. Brukerne gjør i stor grad målinger som avtalt og tar kontakt med oppfølgningstjenesten eller prosjektleder ved spørsmål. Dialog med fastlege via PLO ved behov har fungert bra.

#### Evaluering, videreføring og avslutning:

Her er det gjort endring på hyppighet av evalueringen. Evalueringssamtaler er redusert fra hver 6-8 uke til 2 ganger i året.

## Vedlegg 2, Gevinstplan

Gevinst	Gevinstansvarlig	Resultatindikator	Hvordan måle og rapportere	Måleintervall	Forutsetninger og tiltak for å realisere gevinsten	Frist for tiltak	Ansvarlige for spesifikke tiltak
Oversikt over hvilke gevinster prosjektet ønsker å oppnå. Inkluder unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet.	Hvem er ansvarlig for at denne gevinsten måles og følges opp?	Resultatindikatoren er det som skal måles for å dokumentere gevinsten. Velg noe som er enkelt å måle.	Beskriv hvordan gevinstene skal måles og rapporteres. Bestem hvordan data samles inn.	Definer hvor ofte målinger skal gjøres	Beskriv forutsetninger for at gevinster oppnås. Hva må være på plass for at den aktuelle gevinsten skal inntreffe og hvilke tiltak må vi sette i gang for å sikre at denne gevinsten oppnås? Det kan være flere tiltak og gevinstansvarlige per gevinst.		
[Oppgi gevinst]	[Oppgi gevinstansvarlig]	[Oppgi resultatindikator fra gevinstvurderingen]	[Beskriv kort hvordan resultatindikatoren skal måles og rapporteres]	[Beskriv kort hvordan ofte målingene skal gjøres]	[Oppgi tiltak]	[DD.MM.ÅÅ]	[Oppgi ansvarlige]
Bruker opplever økt trygghet	MILA, LHL	Brukernes opplevelse av trygghet	Evalueringsamtale og fokusgruppeintervju	Juni og nov 2020, april 2021	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne
Bruker opplever økt kunnskap	MILA, LHL	Brukernes opplevelse av kunnskap	Evalueringsamtale og fokusgruppeintervju	Juni og nov 2020, april 2022	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne
Bruker opplever bedre helse	MILA, LHL	Brukernes opplevelse av egen helse	Evalueringsamtale og fokusgruppeintervju	Juni og nov 2020, april 2023	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne
Bruker opplever bedre kontroll over egen sykdom.	MILA, LHL	Brukernes opplevelse av kontroll over egen sykdom	Evalueringsamtale og fokusgruppeintervju	Juni og nov 2020, april 2024	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne
Bruker opplever at oppfølgingen er nyttig	MILA, oppfølgingstjenesten	Brukernes opplevelse av oppfølgingen	Evalueringsamtale og fokusgruppeintervju	Juni og nov 2020, april 2025	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne Gunvor
Bruker opplever at bruk av EBH er nyttig	MILA, oppfølgingstjenesten	Brukernes opplevelse av egenbehandlingsplan	Evalueringsamtale og fokusgruppeintervju	Juni og nov 2020, april 2026	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne Gunvor

Bruker opplever at DH er nyttig	MILA, oppfølgingstjenesten	Brukers generelle opplevelse av DH	Evalueringssamtale og fokusgruppeintervju	Juni og nov 2020, april 2027	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne Gunvor
Endring i forbruk av helsetjenester i hjemmet <i>Dette inkluderer:</i> - Hjemmesykepleie - ( Psykisk helsearbeid) - ( Hverdagsrehabilitering.)	MILA, Anne Gunvor og Ellen	Antall besøk og antall forbrukte minutter helsetjenester i hjemmet per måned	CosDoc	Hver 3 måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne Gunvor og Ellen
Endring i forbruk av kommunale tjenester: praktisk bistand <i>Dette inkluderer:</i> - daglige gjøremål (- brukerstyrt personlig assistanse)	MILA, Anne Gunvor og Ellen	Antall forbrukte kommunal praktisk bistand per måned	CosDoc	Hver 3 måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne Gunvor og Ellen
Endring i forbruk av tidsbegrenset opphold ved kommunale institusjoner (utredning/behandling, habilitering/rehabilitering, annet)	MILA, Anne Gunvor og Ellen	Antall opphold og antall oppholdsøgn på kommunale korttidsplasser.	CosDoc	Hver 3 måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne Gunvor og Ellen
Endring i forbruk av KAD (Kommunal akutt døgnenhet)	MILA, Anne Gunvor og Ellen	Antall opphold og antall oppholdsøgn på KAD	CosDoc	Hver 3 måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne Gunvor og Ellen
Bruker utløser trykksalarm sjeldnere enn før	MILA, Anne Gunvor og Ellen	Antall utløste alarmer	SmartVakt	Hver 6 md	Veiledning og råd fra oppfølgingstjenesten	30.06.2020	Anne Gunvor og Ellen
Endring i forbruk av øvrige kommunale helsetjenester (fysio og ergoterapi, psykisk helse)	MÅLES IKKE, TALLENE ER FOR USIKREK (fysio)	Antall besøk fysio og/eller ergoterapi Fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ/ressursstyringsssystem/skyggeføring				
Endring i antall konsultasjoner ved legevakt	Forskning	Antall konsultasjoner ved legevakt	Data hentes fra KPR (forskningen)	Hver 6. måned			
Endring i antall fastlegekonsultasjoner	Forskning	Antall fastlegekonsultasjoner fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til	Hente fra EPJ hos hver fastlege				

		prosjektperiodens slutt					
Endring i forbruk av polikliniske konsultasjoner ved DPS (distriktpsykiatrisk senter)	Forskning	Antall polikliniske konsultasjoner ved DPS fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ/ressursstyringssystem/skyggeføring (her må det innhentes samtykke fra bruker)	Hver 6. måned			
Endring i forbruk av behandling i døgnet ved DPS (distriktpsykiatrisk senter)	Forskning	Antall oppholdsdøgn ved døgnavdeling, DPS	Hente fra EPJ ved DPS (her må det innhentes samtykke fra bruker)				
Endring i forbruk av dagbehandling (dagbehandling, innlagte og dagbehandling, polikliniske konsultasjoner) ved sykehus	Forskning	Antall dagbehandlinger ved sykehus fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ/ressursstyringssystem/skyggeføring (her må det innhentes samtykke fra bruker)	Hver 6. måned			
Endring i forbruk av akutte innleggelser ved sykehus	Forskning	Antall akutte innleggelser og antall liggedøgn per akutte innleggelse		Hver 6. måned			
Endring i antall overliggerdøgn ved sykehus (somatisk sykehusavdeling)	Forskning	Antall overliggerdøgn på sykehus (somatisk sykehusavdeling)	Statistikk fra tjenestekontoret.	Hver 6. måned			



# Gevinstrappering

*MILA, MITT LIV, MITT ANSVAR – utprøving av digital  
hjemmeoppfølging for pasienter med kronisk sykdom*

JUNI 2021

## Innholdsfortegnelse

<b>Innledning .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Status og erfaringer.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1 Gevinstplan.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2 Vurdering av nytteverdi hos den enkelte bruker ved oppstart av tjenesten.....</b>	<b>2</b>
<b>1.3 Oppfølging av effekter for helsetilstand/brukertilfredshet/forbruk av tjenester ..</b>	<b>3</b>
<b>1.4 Økonomiske effekter og bærekraft.....</b>	<b>5</b>
<b>2. Overgang til drift og plan for videre arbeid .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Planer og vedtak prosjektet har gjort for overgang fra prosjekt til drift .....</b>	<b>6</b>

## Innledning

Formålet med utprøving av digital hjemmeoppfølging er å komme med nasjonale anbefalinger. En viktig del av kunnskapsgrunnlaget for å komme med nasjonale anbefalinger er prosjektenes egne erfaringer og opplevd nytteverdi.

I 2021 har prosjektet derfor jobbet videre med innhold og innretning av digital hjemmeoppfølging. Nyttverdi og resultater fra gevinstkartlegging gir grunnlag for å tilpasse og spisse tjenesteforløp og innhold. Målet er at prosjektet utvikler en tjeneste de ønsker å videreføre i drift ved prosjektslutt.

## 1. Status og erfaringer

### 1.1 Gevinstplan

Arbeidet med identifisering av gevinster ble startet i workshops med bred deltakelse fra både kommuner, sykehus og fastleger i starten av prosjektperioden. Dette dannet grunnlaget for gevinstplanen som er utarbeidet. Gevinstplanen er forankret i prosjekt- og styringsgruppen, og har vært fast på agendaen i møter gjennom hele prosjektperioden. Gevinster fra prosjektet er jevnlig presentert i forum for alle kommunaldirektører for helse og omsorg på Øvre Romerike samt i faste ledermøter i Ullensaker.

Det er utarbeidet et gevinstverktøy for registrering av forbruk av helsetjenester i kommunene. Ved inklusjon er det gjort nullpunktsanalyse av alle, hvor forbruk av hjemmesykepleie, praktisk bistand, korttidsopphold og KAD er registrert. Målingene er gjort ca. hver 3 måned. Det er gjort målinger ved oppstart, i oktober 2019, januar 2020, mai 2020, september 2020, desember 2020, april 2021 og juni 2021. I tillegg er det gjort uttrekk på forbruk av spesialisthelsetjenester fra Ahus i desember 2020 og juni 2021.

For å sikre innspill fra de inkluderte i tiltaksgruppen har det vært gjennomført et fokusgruppeintervju samt at det er gjennomført evalueringssamtaler med alle inkluderte hver 6 måned. Det var også planlagt for et fokusgruppeintervju våren 2021, men grunnet Covid-19 ble ikke dette gjennomført. Det er sendt ut spørreundersøkelse i 2 runder til de som har hatt aktiv tjeneste i desember 2020 og mai 2021. Målet med denne undersøkelsen var å få tilbakemelding på hva som fungerte bra med tjenesten og hva som eventuelt kunne gjøres annerledes.

### 1.2 Vurdering av nytteverdi hos den enkelte bruker ved oppstart av tjenesten

Det er utarbeidet et sett med inklusjons- og eksklusjonskriterier for tjenesten. Disse er utarbeidet med tanke på hvem som kan ha nytte av digital hjemmeoppfølging (DHO). Ved oppstart av tjenesten gjennomføres det en kartleggingsamtale. Motivasjon for deltakelse, pasientene sitt mål for DHO og egenresurser er tema for samtalen. Målene inkluderes i egenbehandlingsplanen. 2 ganger i året gjennomføres det evalueringssamtaler mellom pasient og oppfølgingstjenesten hvor tjenesten evalueres og motivasjon og nytteverdi er tema. Ved behov endres målsetting. Det har vært fokus på å utarbeide mål som er realistiske og hvor måloppnåelse ikke ligger for langt frem i tid. Tjenesten revurderes også



ved vesentlig endring av helsetilstand eller manglende målinger uten kjent årsak over en periode.

### 1.3 Oppfølging av effekter for helsetilstand/brukertilfredshet/forbruk av tjenester

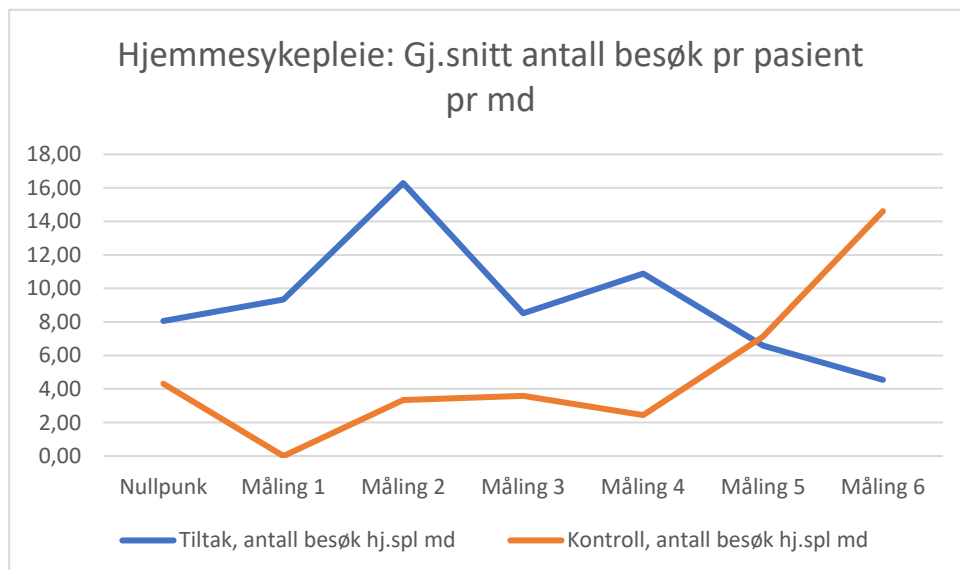
#### Helsetilstand og brukertilfredshet:

Gjennom evalueringssamtaler og svar på spørreundersøkelsen som er gjort i 2021 fremkommer det at 85% av de inkluderte er svært fornøyde eller fornøyd med digital hjemmeoppfølging. 64% angir at de opplever økt trygghet i hverdagen og 36% oppgir at de har fått økt livsglede etter inklusjon. 50% av de spurte oppgir at de har fått økt kunnskap om egen sykdom. Svarene fra undersøkelsen i 2020 er relativt sammenfallende med svarene fra undersøkelsen i 2021.

Fokus på brukervennlige systemer og god opplæring er viktige faktorer for å lykkes med inklusjon av nye brukere. Noen av pasientene har opplevd at bruk av teknologi har blitt for krevende. De som har avsluttet sin deltakelse med begrunnelse «teknologien ble for krevende» er i hovedsak eldre deltakere over 80 år som i tillegg mottok hjemmesykepleie ved oppstart. Dette er erfaringer å ta med i de videre vurderingene av nytteverdi ved inklusjon.

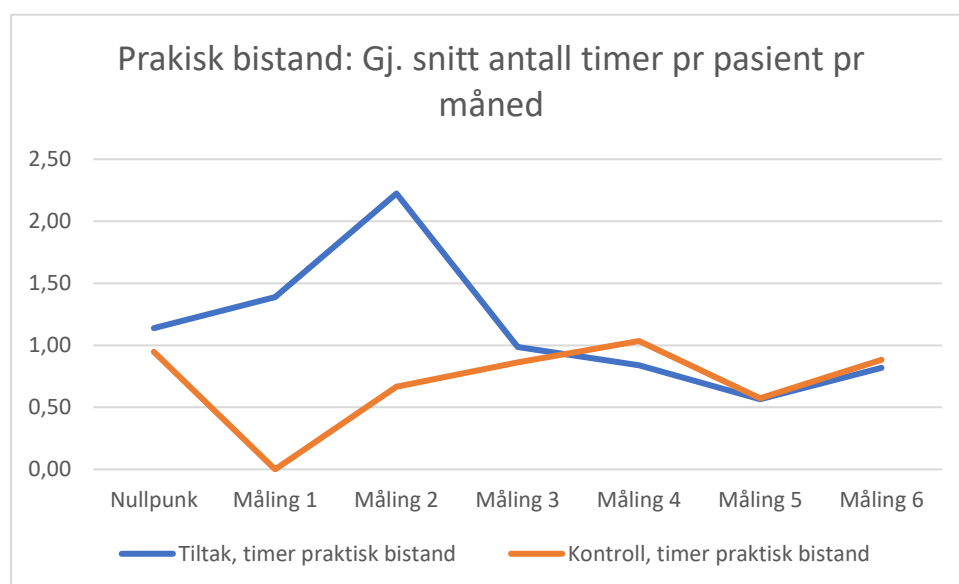
#### Forbruk av tjenester i kommunen:

Hjemmesykepleie: 22 av 76 inkluderte mottok hjemmesykepleie ved oppstart. Tallene som innhentes for denne tjenesten hentes fra arbeidslistene til hjemmesykepleien og det vurderes at disse tallene er oppdaterte og korrekte. Analysene som er gjort viser relativt store variasjoner i forbruk ved de ulike målingen. Forbruket har gått ned i tiltaksgruppen og opp i kontrollgruppen. Utvalget er relativt lite, så enkelt pasienter kan gjøre store utslag på tallene.



Praktisk bistand (PB): 22 av 76 pasienter mottok PB ved oppstart. Tallene innhentes fra arbeidslistene til hjemmetjenesten og anses som oppdaterte og korrekte. Gjennomsnittlig

forbruk av praktisk bistand har variert i prosjektperioden. Forbruket har ved siste måling gått betraktelig ned for tiltaksgruppen. Dette sees i sammenheng med at flere av de eldste deltakerne er avsluttet og de ofte er en gruppe som mottar PB. For kontrollgruppen har forbruket av PB variert ved de ulike målingene.



Korttidsopphold og KAD: De inkluderte har til sammen hatt i overkant av 20 opphold på korttidsavdeling i sykehjem og 14 opphold på KAD i perioden. Det er i stor grad de samme pasientene som går igjen, og mange av de har hatt flere opphold både på korttidsavdeling og KAD. Endel av pasientene som har hatt behov for disse tjenestene er avsluttet fra prosjektet.

Fysioterapi og ergoterapi: Dette ble registrert i oppstart av prosjektet, men erfaringene er at disse tallene ikke oppdateres og at tjenesten sjeldent avsluttes i fagsystemet. Disse tallene er derfor ikke hentet ut, da de anses for upålitelige.

Fastlege: Lege i prosjektet har gått igjennom konsultasjoner før og etter inklusjon i den ene kommunen. Disse tallene er svært små, og konsultasjonene er i liten grad knyttet til problemstillinger som pasientene er inkludert for. Prosjektet har ikke hatt tilgang til HELFO data.

Legevakt: Det er ikke gjort uttrekk på data fra legevakt.

Akershus universitetssykehus: Det er gjort uttrekk på forbruk av døgn, dag og polikliniske tjenester på Ahus i desember 2020 og i juni 2021. I uttrekket fra desember 2020 er det kun innhentet tillatelse til å gjøre hente ut dataene fra deltakere i tiltaksgruppen som mottok digital hjemmeoppfølging pr november 2020, totalt 37 pasienter. På uttrekket gjort i juni 2021 er det også innhentet tillatelse til å gjøre uttrekk på 13 av pasientene i kontrollgruppen.

#### Oppsummering av uttrekk gjort i juni 2021:

Perioden det er gjort uttrekk på er like mange dager før og etter inklusjon. Det vil si at dersom pasienten har vært inkludert i 400 dager, er uttrekket basert på 400 dager tilbake i tid for perioden før inklusjon og 400 dager etter inklusjon.

Uttrekket er gjort på 31 pasienter i tiltaksgruppen og 13 pasienter i kontrollgruppen.

#### Tiltaksgruppen:

- 21 av 31 pasienter har hatt akuttinnleggelser i sykehus i perioden
- Antall akuttinnleggelser er redusert fra 34 før inklusjon til 22 etter inklusjon
- Antall reinnleggelser er gått ned fra 14 før inklusjon til 7 etter inklusjon

#### Kontroll gruppen:

- 10 av 13 pasienter har hatt akuttinnleggelser i sykehus i perioden
- Antall akuttinnleggelser er redusert fra 19 før inklusjon til 10 etter inklusjon
- Antall reinnleggelser er gått ned fra 5 før inklusjon til 2 etter inklusjon

Det sees en nedgang i antall akuttinnleggelser i sykehus, men nedgangen gjelder både i tiltaks- og kontrollgruppen. Det vanskelig å si om nedgangen skyldes Covid-19, digital hjemmeoppfølging eller andre forhold. Tallene små, slik at individuelle forskjeller vil gjøre store utslag på tallene.

### 1.4 Økonomiske effekter og bærekraft

#### Dagens organisering i Ullensaker:

Oppfølgingstjenesten var frem til desember 2020 bemannet en dag i uken med 1-2 sykepleiere i Ullensaker og en ½ dag i Gjerdrum med 1 sykepleier. Fra januar 2021 har Ullensaker fulgt opp alle inkluderte pasienter på vegne av begge kommuner. Oppfølgingen har vært bemannet 1 dag i uken, med 2 sykepleiere.

Det er estimert at en person kan følge opp inntil 50 pasienter per dag. Etter sammenslåing av oppfølgingstjenestene er det estimert at oppfølgingen koster ca. 1700 kr pr pasient per måned. Den største utgiftsposten er kostnader knyttet til teknologi. Ved overgang til «bring your own device» antas det at månedskostnaden per pasient kan redusere.

Uttrekkene på forbruk av helsetjenester viser en tendens til reduksjon av forbruk av hjemmesykepleie og akuttinnleggelser i sykehus, men det er vanskelig å si om dette skyldes digital hjemmeoppfølging eller andre forhold, ettersom det også er nedgang i kontrollgruppen. Det er nærliggende å anta at Covid-19 pandemien påvirker tallene. Nedgang i forbruk av helsetjenester vil kunne gi økonomiske gevinster ved DHO. Det er forsøkt å regne på utsatte gevinster, men dette har vist seg vanskelig. Allikevel antas det at flere av de inkluderte har fått utsatt behov for ulike tjenester og at det er besparelser knyttet til dette.

## 2. Overgang til drift og plan for videre arbeid

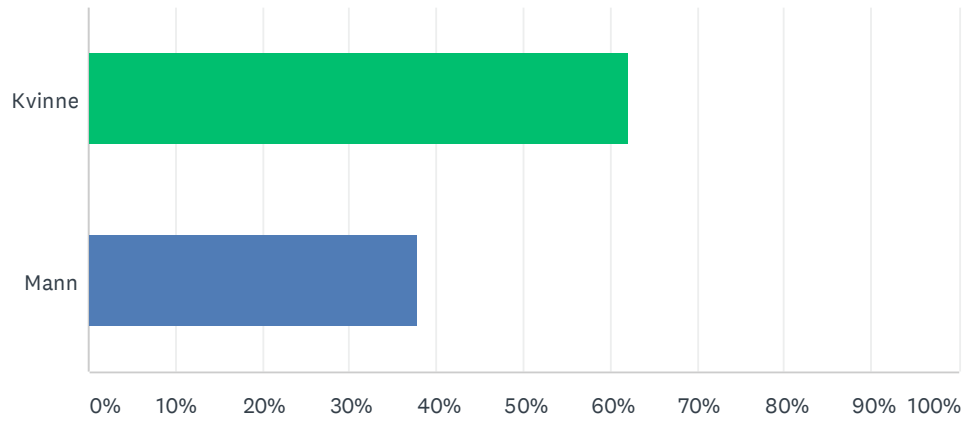
### 2.1 Planer og vedtak prosjektet har gjort for overgang fra prosjekt til drift

Det er ikke fattet vedtak på å videreføre tjenesten i drift, men det er startet opp et nytt prosjekt, MILA2 hvor alle de 6 kommunene på Øvre Romerike deltar i tillegg til Ahus. I det nye prosjektet skal oppfølgingen starte på sykehus som *Forsterket utskrivelse av pasienter med kols*. Pasientene rekrutteres fra lungeavdelingen på Ahus og tilbys digital hjemmeoppfølging ved utskrivelse. Ambulerende lungeteam følger opp fra sykehuset i en periode på 2-4 uker etter utskrivelse, før Ullensaker kommune tar over oppfølgingen i kommunal regi på vegne av alle kommunene på Øvre Romerike.

Målet er at tjenesten skal over i drift i 2022 og at denne måten å følge opp pasienter på skal skaleres opp til å gjelde flere fagavdelinger i sykehuset, blant annet hjertemedisinsk avdeling. Det er ønskelig å se tjenesten i et større perspektiv, hvor helsefellesskapet har en viktig rolle.

## SP1 Kjønn

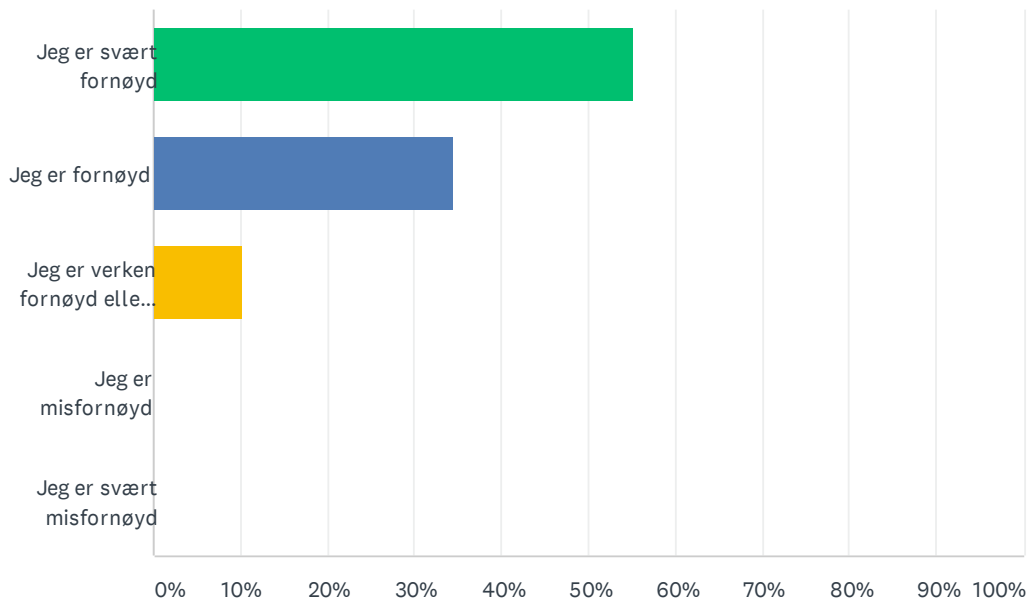
Besvart: 29 Hoppet over: 0



SVARVALG	SVAR	
Kvinne	62.07%	18
Mann	37.93%	11
TOTALT		29

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

Besvart: 29 Hoppet over: 0

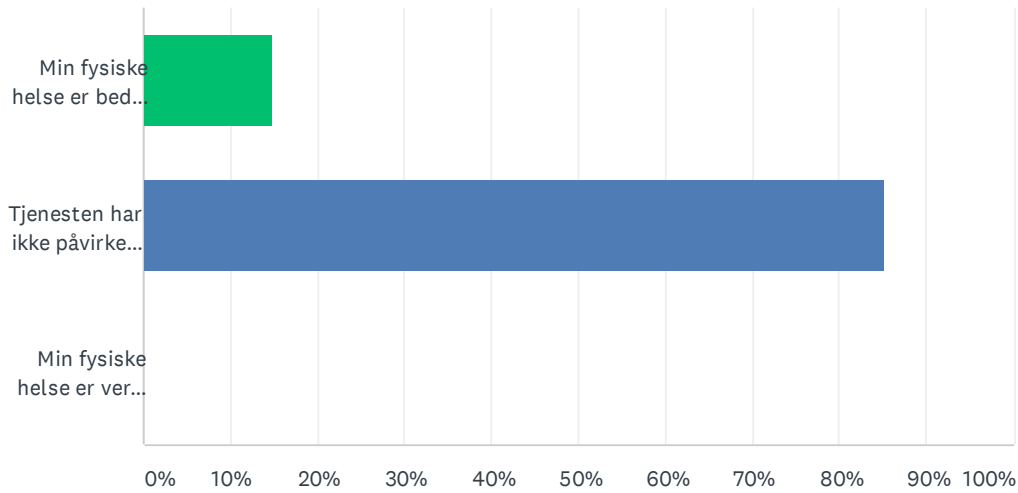


SVARVALG	SVAR	
Jeg er svært fornøyd	55.17%	16
Jeg er fornøyd	34.48%	10
Jeg er verken fornøyd eller misfornøyd	10.34%	3
Jeg er misfornøyd	0.00%	0
Jeg er svært misfornøyd	0.00%	0
<b>TOTALT</b>		<b>29</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Skulle vært flere ganger i uken	12/21/2020 10:26 PM
2	Setter stor pris på oppfølgingen 😊	12/16/2020 2:16 PM
3	Føler trygghet	12/16/2020 1:23 PM
4	Veldig trygt ifht oppfølging av egen helse, spesielt med BT mitt, og at jeg ble satt på medisiner ganske kjapt	12/14/2020 3:51 PM

## SP3 Har digital hjemmeoppfølging påvirket din fysiske helse?

Besvart: 27 Hoppet over: 2

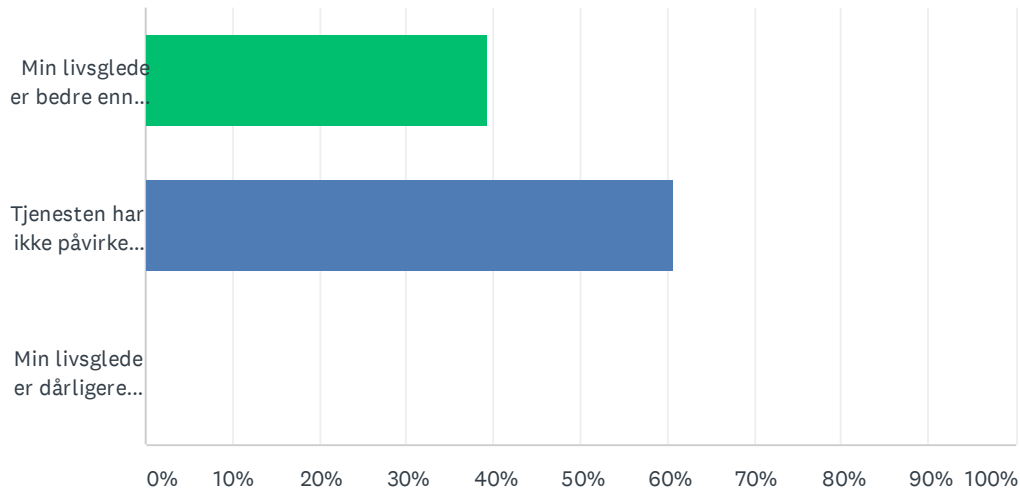


SVARVALG	SVAR
Min fysiske helse er bedre enn før	14.81% 4
Tjenesten har ikke påvirket min fysiske helse	85.19% 23
Min fysiske helse er verre enn før	0.00% 0
TOTALT	27

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Oppfølgingen, inkl målingene, gir meg trygghet.	12/16/2020 10:20 AM
2	Er mer oppmerksom nå enn jeg var før, spesielt ifht vekt og røykeslutt. Ble mer oppmerksom på spiseforstyrrelse jeg har hatt i mange år, og hvorfor jeg bruker mat som følelsesregulator	12/14/2020 3:51 PM

## SP4 Har digital hjemmeoppfølging påvirket din livsglede?

Besvart: 28 Hoppet over: 1



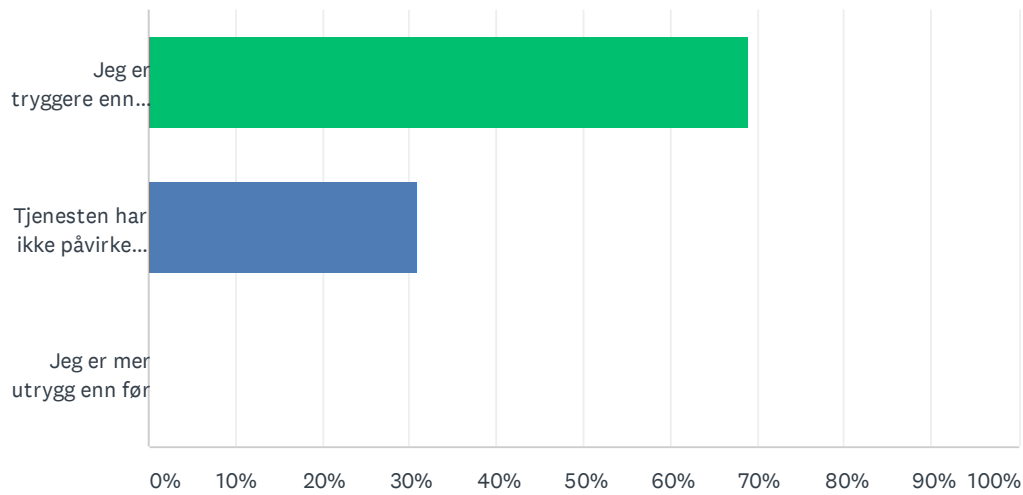
SVARVALG	SVAR
Min livsglede er bedre enn før	39.29% 11
Tjenesten har ikke påvirket min livsglede	60.71% 17
Min livsglede er dårligere enn før	0.00% 0
TOTALT	28

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Nei, endringer i livsglede er ikke registrert.	12/16/2020 10:20 AM
2	Røykfriii	12/14/2020 3:51 PM



## SP5 Har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?

Besvart: 29 Hoppet over: 0

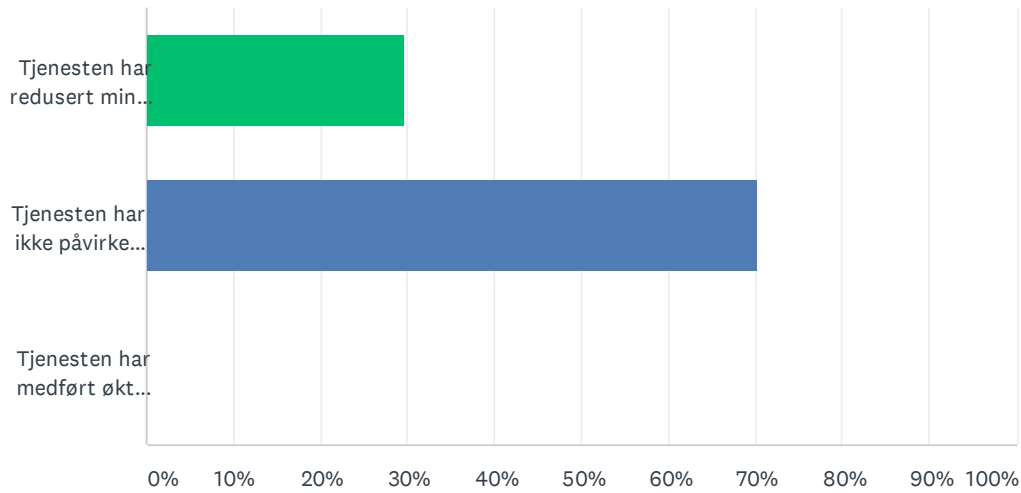


SVARVALG	SVAR	
Jeg er tryggere enn før	68.97%	20
Tjenesten har ikke påvirket min opplevelse av trygghet	31.03%	9
Jeg er mer utrygg enn før	0.00%	0
TOTALT		29

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	

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

Besvart: 27 Hoppet over: 2

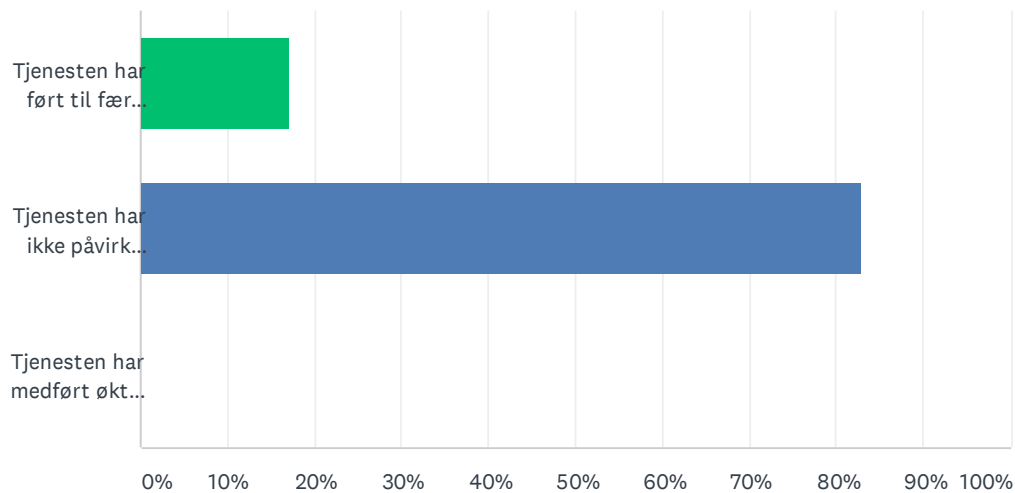


SVARVALG	SVAR
Tjenesten har redusert mine besøk til fastlegen	29.63% 8
Tjenesten har ikke påvirket hvor ofte jeg går til fastlegen	70.37% 19
Tjenesten har medført økt besøk til fastlegen	0.00% 0
TOTALT	27

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Vanskelig å svare, vil si både og	12/16/2020 2:16 PM
2	Dette fordi Ahus på en måte er de som bestemmer veien videre, på godt og vondt.	12/16/2020 10:20 AM

## SP7 Har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehus?

Besvart: 29 Hoppet over: 0

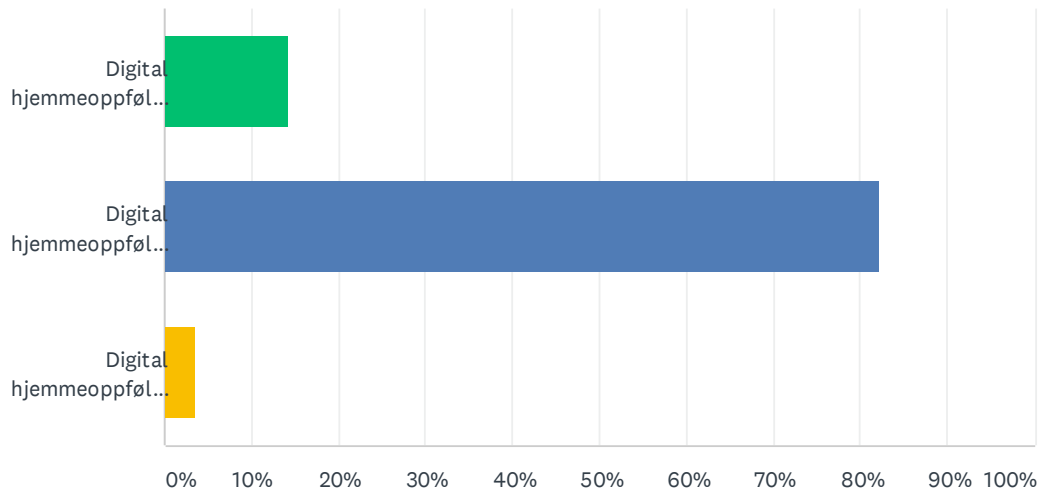


SVARVALG	SVAR	
Tjenesten har ført til færre sykehusinnleggelser	17.24%	5
Tjenesten har ikke påvirket antall sykehusinnleggelser	82.76%	24
Tjenesten har medført økt antall sykehusinnleggelser	0.00%	0
<b>TOTALT</b>		<b>29</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Fastlege og Ahus har bestemt innleggelser.	12/16/2020 10:20 AM
2	Det eneste som har hendt ifht sykehusopphold var at jeg gikk for lenge med væske lenger enn nødvendig. Derfor hadde jeg en periode fra 10. Mars som jeg lå på Ahus og glemte å ta med måleutstyret i 2 til 3 uker	12/14/2020 3:51 PM

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

Besvart: 28 Hoppet over: 1

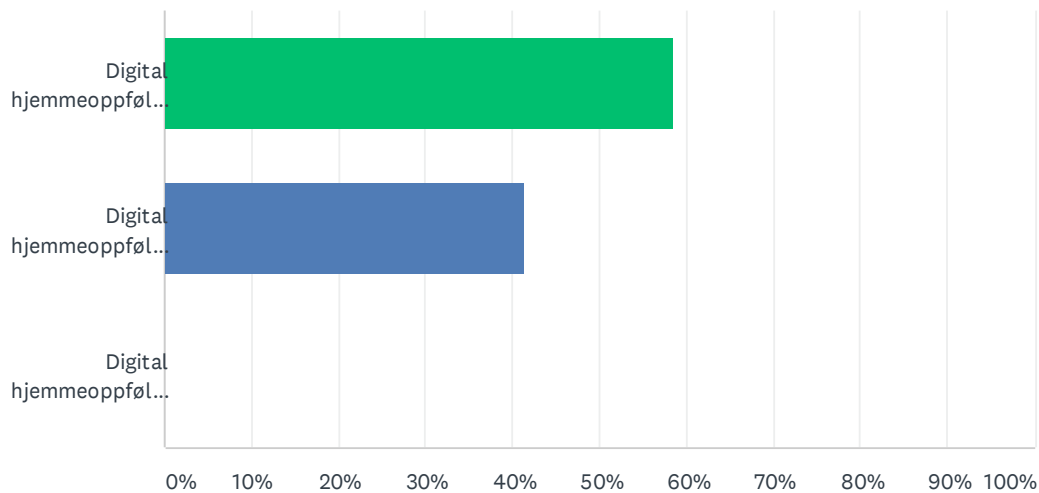


SVARVALG	SVAR
Digital hjemmeoppfølging har redusert mitt behov for tjenester	14.29% 4
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket mitt behov for tjenester	82.14% 23
Digital hjemmeoppfølging har økt mitt behov for tjenester	3.57% 1
<b>TOTALT</b>	<b>28</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Har fått oppfølging med rulling	12/21/2020 10:26 PM
2	Alt avhenger nå tiltak fra Ahus. Legene ved Ahus kjenner ikke til prosjekt Digital oppfølging.	12/16/2020 10:20 AM
3	Jeg har ikke behov for tjenester	12/14/2020 12:34 PM

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

Besvart: 29 Hoppet over: 0

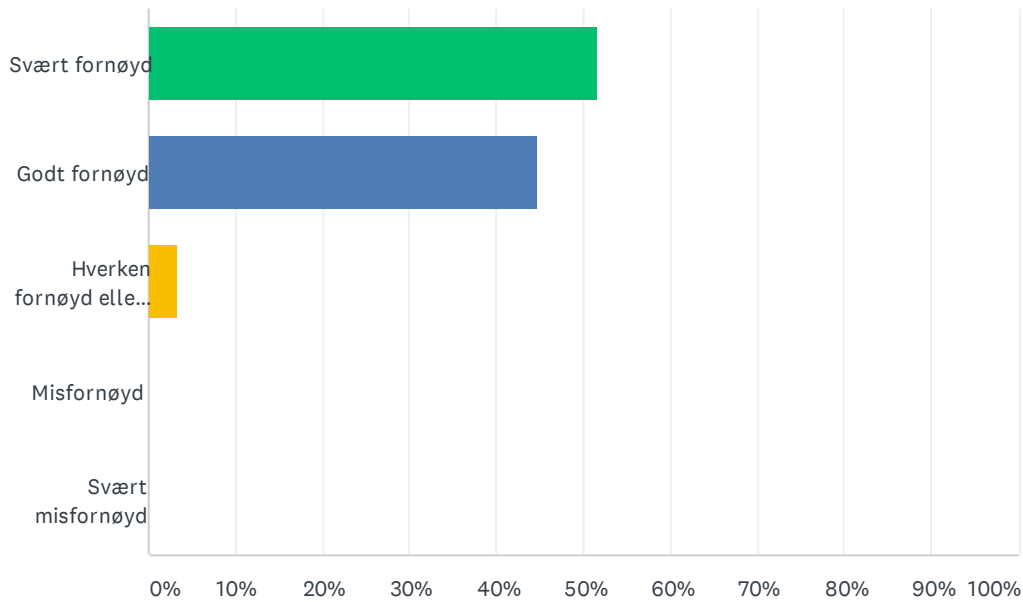


SVARVALG	SVAR
Digital hjemmeoppfølging har økt min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer	58.62% 17
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer	41.38% 12
Digital hjemmeoppfølging har redusert min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer	0.00% 0
<b>TOTALT</b>	<b>29</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Gjennom målinger.	12/16/2020 10:20 AM

## SP10 Hvor fornøyd er du med oppfølgingen du får fra oppfølgingstjenesten?

Besvart: 29 Hoppet over: 0

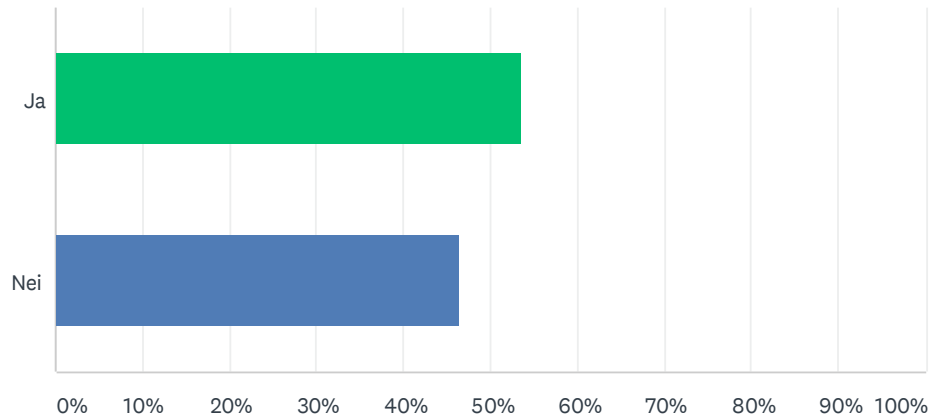


SVARVALG	SVAR	
Svært fornøyd	51.72%	15
Godt fornøyd	44.83%	13
Hverken fornøyd eller misfornøyd	3.45%	1
Misfornøyd	0.00%	0
Svært misfornøyd	0.00%	0
<b>TOTALT</b>		<b>29</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Betryggende å vite at det er noen som følger med.	12/16/2020 10:20 AM

## SP11 Har du en egenbehandlingsplan?

Besvart: 28 Hoppet over: 1

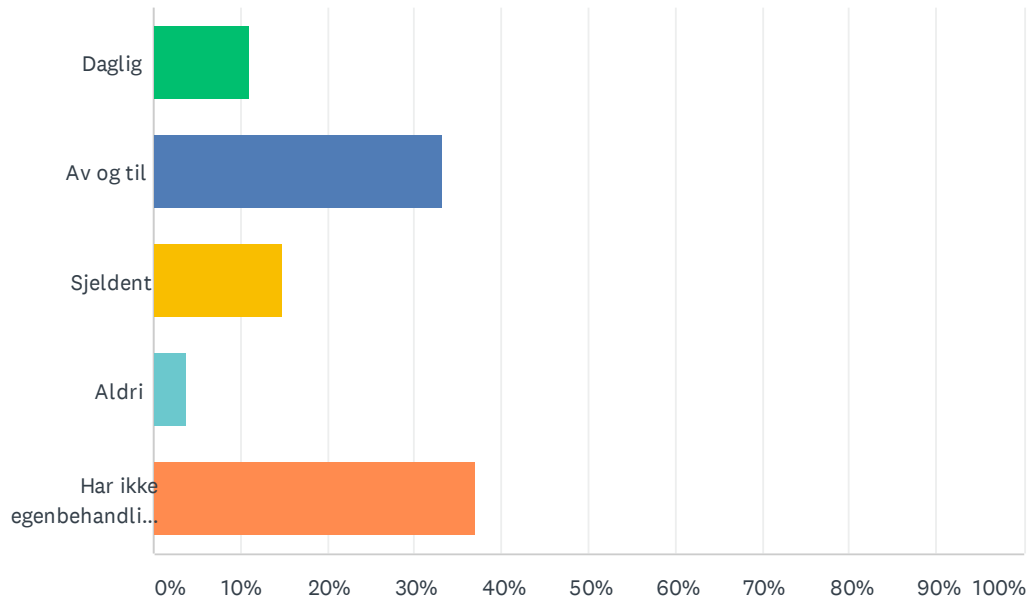


SVARVALG	SVAR	
Ja	53.57%	15
Nei	46.43%	13
TOTALT		28

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Måler litt oftere enn det jeg sender inn	1/6/2021 12:46 PM
2	Går jo på medisiner hver dag, hvis det kan kalles egenbehandling da?	12/15/2020 7:08 PM

## SP12 Hvor ofte benytter du egenbehandlingsplanen?

Besvart: 27 Hoppet over: 2



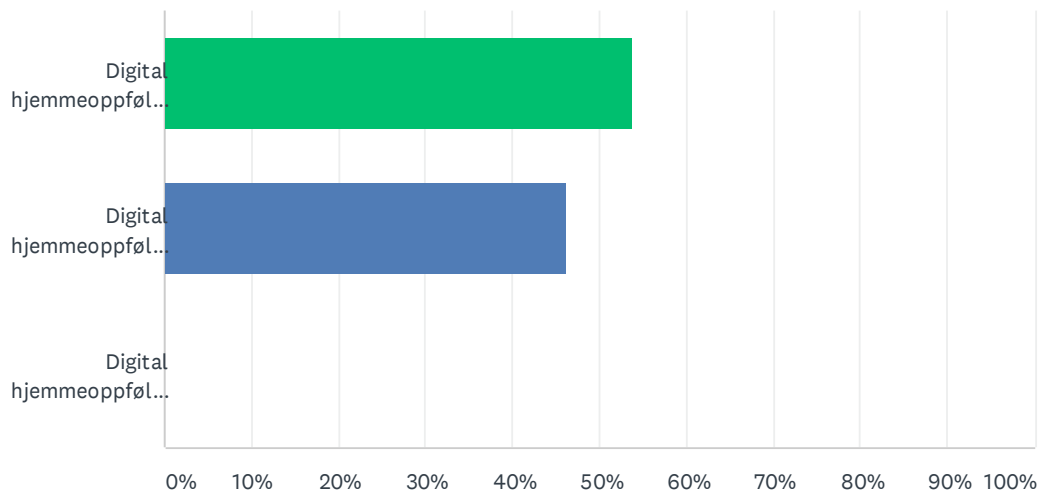
SVARVALG	SVAR	
Daglig	11.11%	3
Av og til	33.33%	9
Sjeldent	14.81%	4
Aldri	3.70%	1
Har ikke egenbehandlingsplan	37.04%	10
<b>TOTALT</b>		<b>27</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	2 til 3 ganger i uken	1/7/2021 10:51 PM
2	Se spørsmål 11.	12/15/2020 7:08 PM
3	3 dager i uka	12/14/2020 12:34 PM



## SP13 Har digital hjemmeoppfølging hatt betydning for deg under koronapandemien?

Besvart: 26 Hoppet over: 3



SVARVALG	SVAR
Digital hjemmeoppfølging har ikke hatt betydning for meg under pandemien	53.85% 14
Digital hjemmeoppfølging har gjort meg tryggere under pandemien	46.15% 12
Digital hjemmeoppfølging har gjort meg mer utrygg under pandemien	0.00% 0
<b>TOTALT</b>	<b>26</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Pandemien har ikke vært tema i mitt tilfelle.Kanskje febermålingene?	12/16/2020 10:20 AM

## SP14 Hva har vært det beste med digital hjemmeoppfølging? (fritekst)

Besvart: 22 Hoppet over: 7

#	SVAR	DATE
1	At jeg kan måle selv og være fornøyd.	1/8/2021 3:48 PM
2	Blir oppringt og sjekket når det er forandret i testene mine	1/7/2021 6:54 PM
3	Jeg følger mere med	1/6/2021 1:26 PM
4	At jeg kan måle når jeg føler for det	1/6/2021 12:46 PM
5	Følger litt mer på helsen	1/6/2021 11:42 AM
6	Tr5ygggher	12/29/2020 1:49 PM
7	Oppfølging av blodtrykket og oksygenopptak	12/21/2020 10:26 PM
8	Kontroll av blodtrykk og oksygenopptak	12/21/2020 7:45 PM
9	Trygghet og vissheten om at mulig forandringer blir oppdaget av helsepersonell før meg	12/21/2020 8:17 AM
10	Føler meg ivaretatt, setter også pris på hyggelig telefon samtaler og	12/16/2020 2:16 PM
11	Har blitt kontaktet når blodtrykket ikke er bra, tatt ny måling og da er det innafor. Og når pusten er dårlig har jeg blitt fulgt opp	12/16/2020 1:40 PM
12	At jeg blir fullt opp på dårlige målinger.	12/16/2020 1:23 PM
13	Føler meg trygg	12/16/2020 12:43 PM
14	Kontinuerlig oppfølging	12/16/2020 11:39 AM
15	Kan selv følge med på mitt blodtrykk	12/16/2020 11:22 AM
16	Målingene og noen å snakke med.	12/16/2020 10:20 AM
17	Det må jo være de ukentlige målingene, uten at jeg kan si betydningen av disse.	12/15/2020 7:08 PM
18	Trygghet noen og prate med	12/15/2020 5:47 PM
19	At jeg har vunnet i Lotto ved å være født i Norge og bosatt i Gjerdrum kommune	12/14/2020 3:51 PM
20	Bra egenkontroll	12/14/2020 3:25 PM
21	Og se om det er stabile målinger, eller om det er forandringer	12/14/2020 1:56 PM
22	At jeg har målinger av oksygenopptak og blodtrykk	12/14/2020 12:34 PM

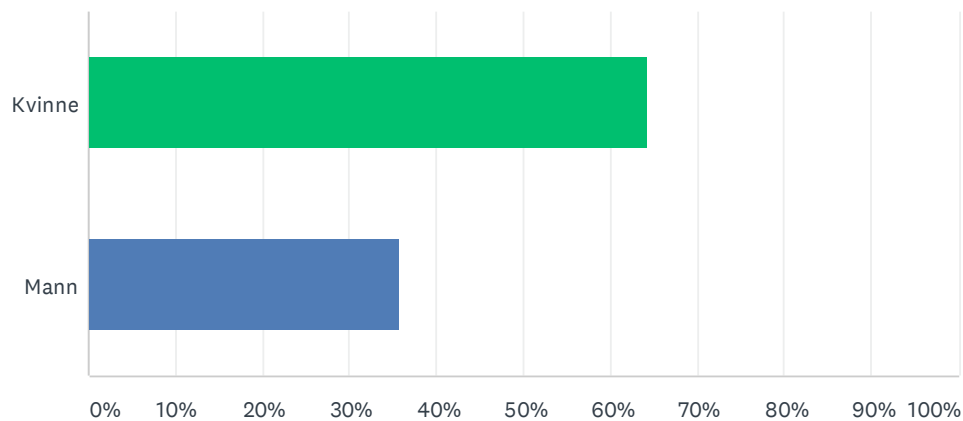
## SP15 Hvilke forslag har du til forbedringer? (fritekst)

Besvart: 17 Hoppet over: 12

#	SVAR	DATE
1	Nei	1/8/2021 3:48 PM
2	Ikke noe	1/6/2021 1:26 PM
3	Da jeg har diabetes kan den også måles	1/6/2021 12:46 PM
4	Ingen	12/29/2020 1:49 PM
5	Når det gjelder intensjonen med dette verktøyet, savner jeg lite pr. I dag. Utformen er ok, men rett kosmetisk viker den kjedelig. MEN jeg er veldig glad for at dette hjelpemiddelet fins!!!!!!	12/21/2020 8:17 AM
6	Er fornøyd☺	12/16/2020 2:16 PM
7	Ingen	12/16/2020 1:40 PM
8	Spørsmålene er enten eller, vanskelig å svare på når en hele tiden har tung pust.	12/16/2020 1:23 PM
9	Ingen fungerer bra	12/16/2020 12:43 PM
10	Fortsett sm før	12/16/2020 11:39 AM
11	Ingen	12/16/2020 11:22 AM
12	Litt mer handlekraft,fullmakter. For eks jeg trenger oksygenstøtte morgen og kveld.	12/16/2020 10:20 AM
13	Vet ikke om jeg har noen forslag, det må i så fall være litt mer kontakt.	12/15/2020 7:08 PM
14	Hvert ikke.	12/15/2020 5:47 PM
15	Det har til tider vært problemer med nettilgang og måleutstyr, men dette ble raskt ryddet opp i	12/14/2020 3:51 PM
16	Vet ikke	12/14/2020 3:25 PM
17	Ingen,må eventuelt gjøre forandringer selv,jeg er vist litt dårlig til det	12/14/2020 1:56 PM

## SP1 Kjønn

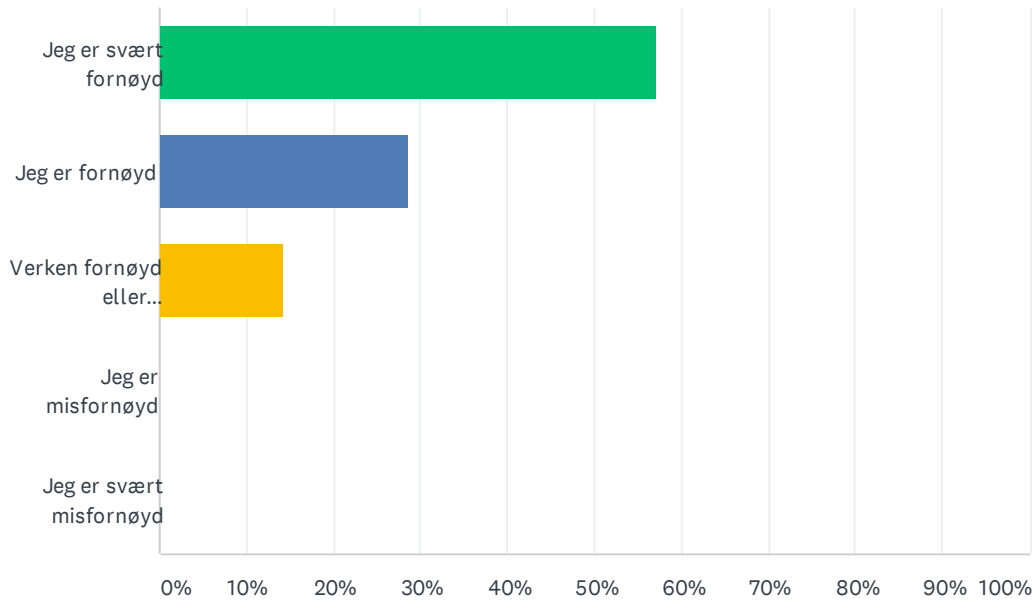
Besvart: 14 Hoppet over: 0



SVARVALG	SVAR	
Kvinne	64.29%	9
Mann	35.71%	5
TOTALT		14

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

Besvart: 14 Hoppet over: 0

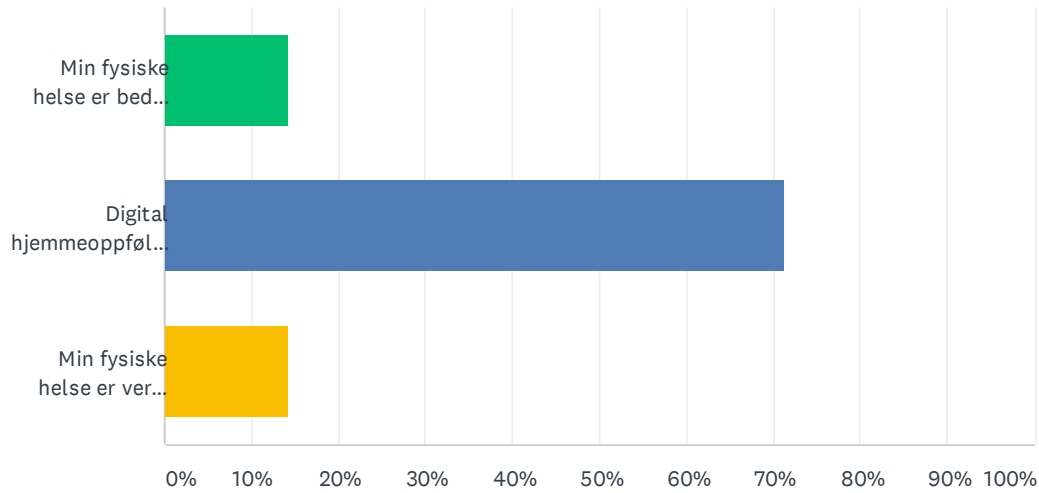


SVARVALG	SVAR	
Jeg er svært fornøyd	57.14%	8
Jeg er fornøyd	28.57%	4
Verken fornøyd eller misfornøyd	14.29%	2
Jeg er misfornøyd	0.00%	0
Jeg er svært misfornøyd	0.00%	0
<b>TOTALT</b>		<b>14</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	

## SP3 Har digital hjemmeoppfølging påvirket din fysiske helse?

Besvart: 14 Hoppet over: 0

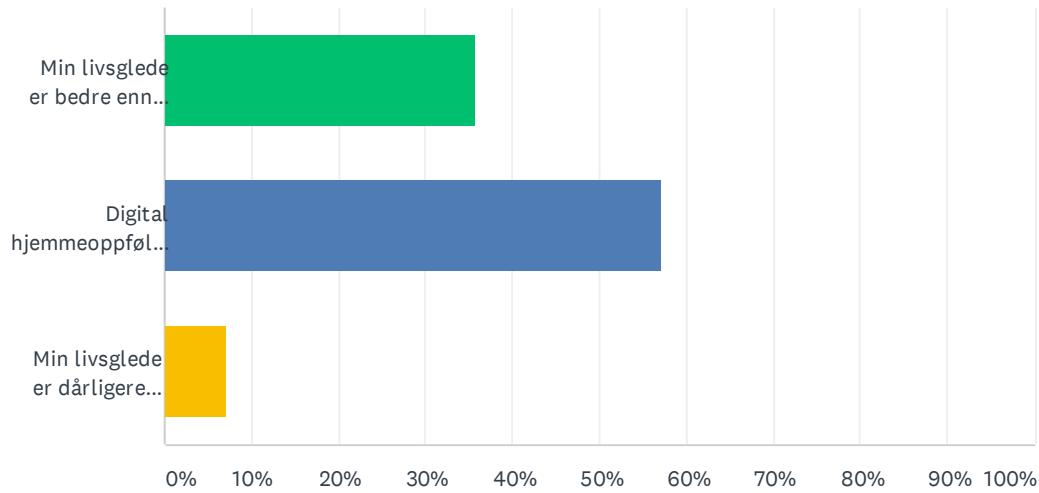


SVARVALG	SVAR
Min fysiske helse er bedre enn før	14.29% 2
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min fysiske helse	71.43% 10
Min fysiske helse er verre enn før	14.29% 2
<b>TOTALT</b>	<b>14</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Resultat av de diagnosene jeg har.	5/26/2021 12:47 PM

## SP4 Har digital hjemmeoppfølging påvirket din livsglede?

Besvart: 14 Hoppet over: 0

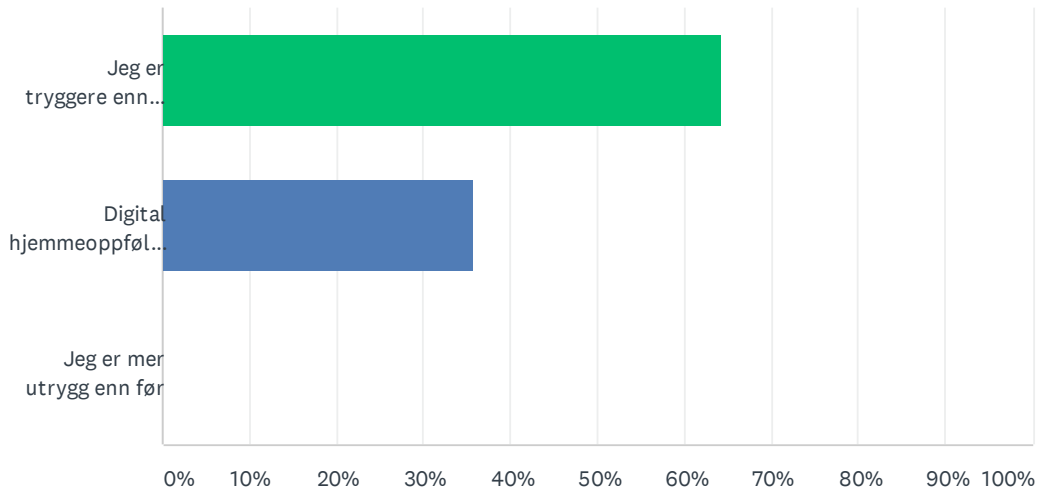


SVARVALG	SVAR
Min livsglede er bedre enn før	35.71% 5
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min livsglede	57.14% 8
Min livsglede er dårligere enn før	7.14% 1
TOTALT	14

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Resultat av diagnosene.	5/26/2021 12:47 PM

## SP5 Har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?

Besvart: 14 Hoppet over: 0



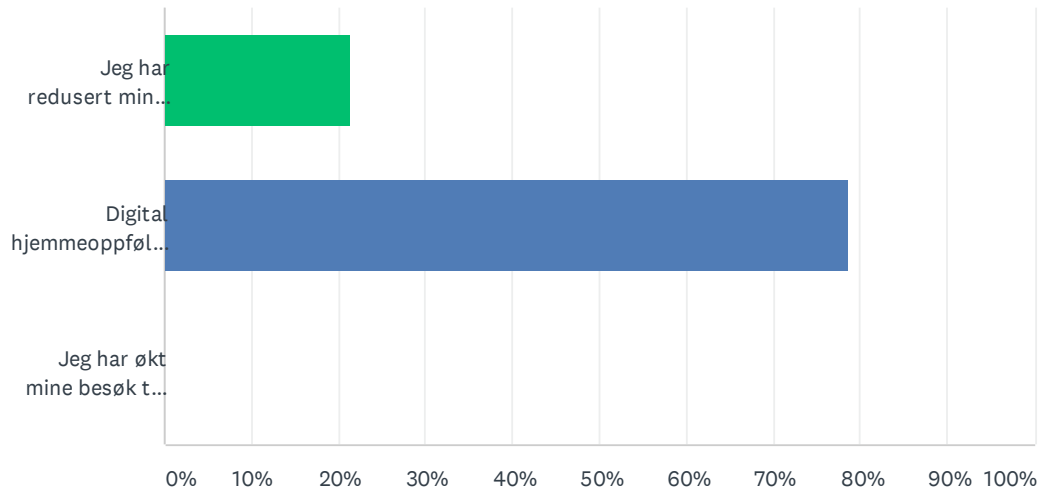
SVARVALG	SVAR	Antall
Jeg er tryggere enn før	64.29%	9
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min opplevelse av trygghet	35.71%	5
Jeg er mer utrygg enn før	0.00%	0
<b>TOTALT</b>		<b>14</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	



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

Besvart: 14 Hoppet over: 0

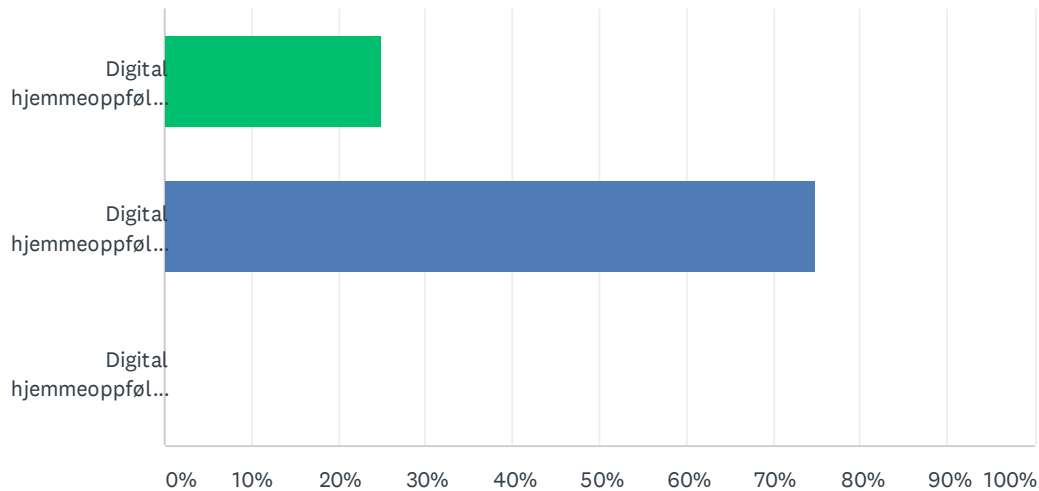


SVARVALG	SVAR
Jeg har redusert mine besøk til fastlegen	21.43% 3
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket hvor ofte jeg går til fastlegen	78.57% 11
Jeg har økt mine besøk til fastlegen	0.00% 0
TOTALT	14

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	

## SP7 Har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehus?

Besvart: 12 Hoppet over: 2

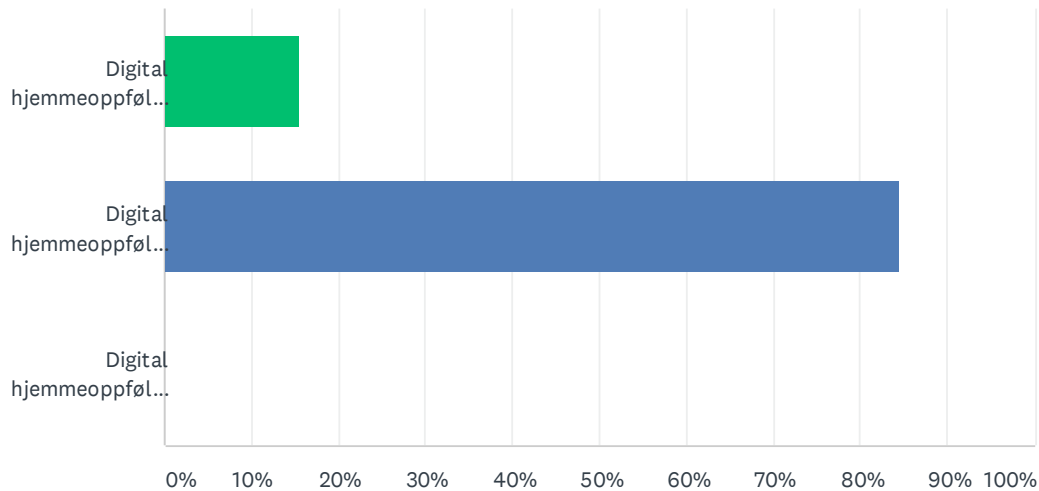


SVARVALG	SVAR
Digital hjemmeoppfølging har ført til færre sykehusinnleggelser	25.00% 3
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket antall sykehusinnleggelser	75.00% 9
Digital hjemmeoppfølging har medført økt antall sykehusinnleggelser	0.00% 0
<b>TOTALT</b>	<b>12</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Jeg har ikke hatt sykehusinnleggelser	5/27/2021 1:39 PM
2	Har ikke vært på sykehus.	5/25/2021 9:34 AM

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

Besvart: 13 Hoppet over: 1

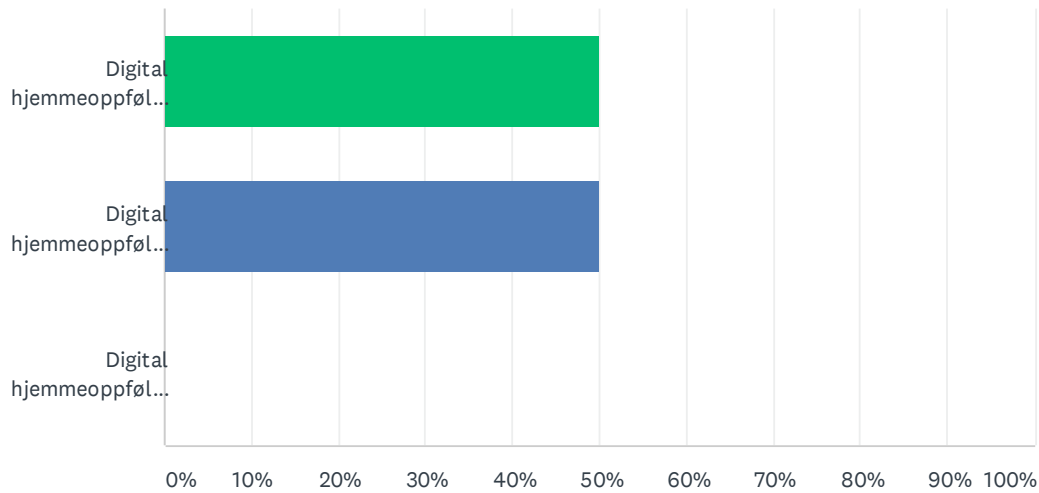


SVARVALG	SVAR
Digital hjemmeoppfølging har redusert mitt behov for tjenester	15.38% 2
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket mitt behov for tjenester	84.62% 11
Digital hjemmeoppfølging har økt mitt behov for tjenester	0.00% 0
<b>TOTALT</b>	<b>13</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
1	Jeg har ikke behov for hjemmetjenester	5/27/2021 1:39 PM
2	Har ikke noen gang trengt hjelp.	5/25/2021 9:34 AM

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

Besvart: 14 Hoppet over: 0

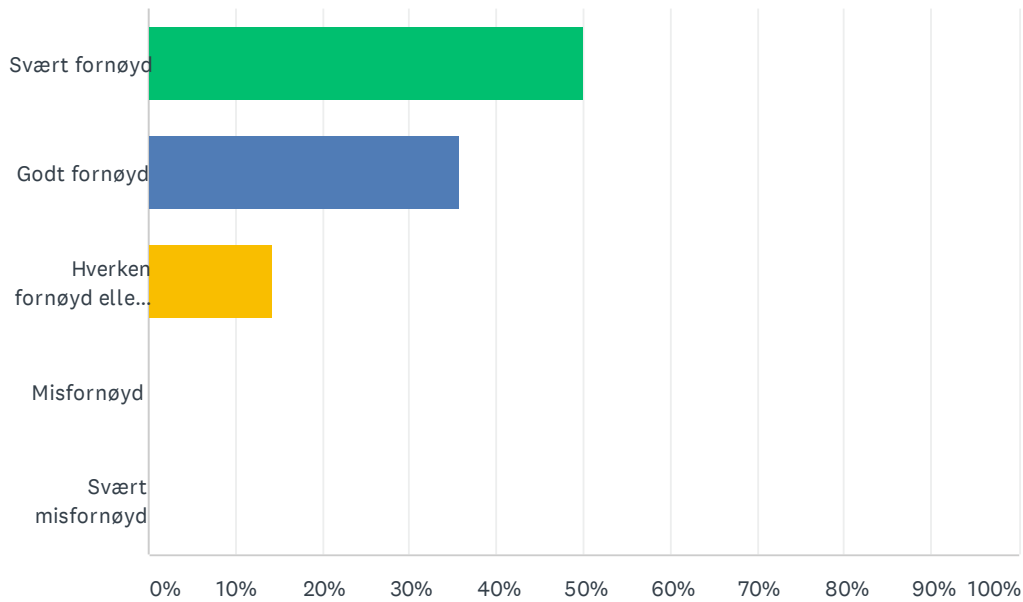


SVARVALG	SVAR
Digital hjemmeoppfølging har økt min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer	50.00% 7
Digital hjemmeoppfølging har ikke påvirket min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer	50.00% 7
Digital hjemmeoppfølging har redusert min kunnskap og/eller forståelse av mine helseutfordringer	0.00% 0
<b>TOTALT</b>	<b>14</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	

## SP10 Hvor fornøyd er du med oppfølgingen du får fra oppfølgingstjenesten?

Besvart: 14 Hoppet over: 0

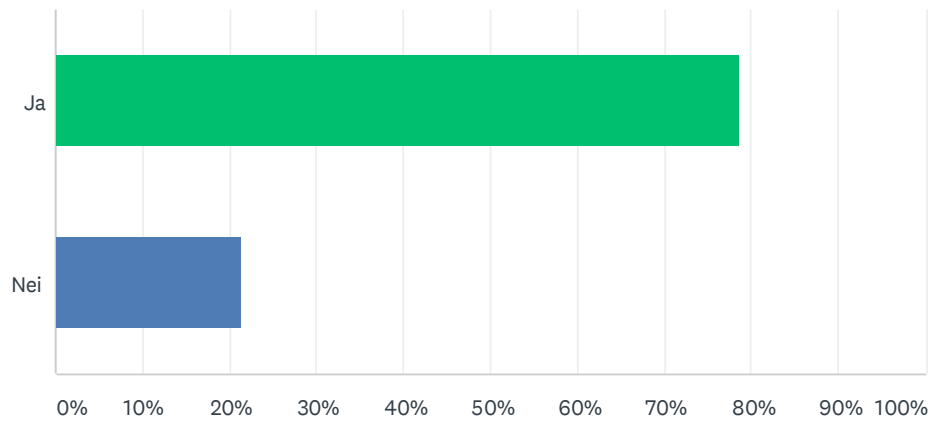


SVARVALG	SVAR
Svært fornøyd	50.00% 7
Godt fornøyd	35.71% 5
Hverken fornøyd eller misfornøyd	14.29% 2
Misfornøyd	0.00% 0
Svært misfornøyd	0.00% 0
<b>TOTALT</b>	<b>14</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	

## SP11 Har du en egenbehandlingsplan?

Besvart: 14 Hoppet over: 0

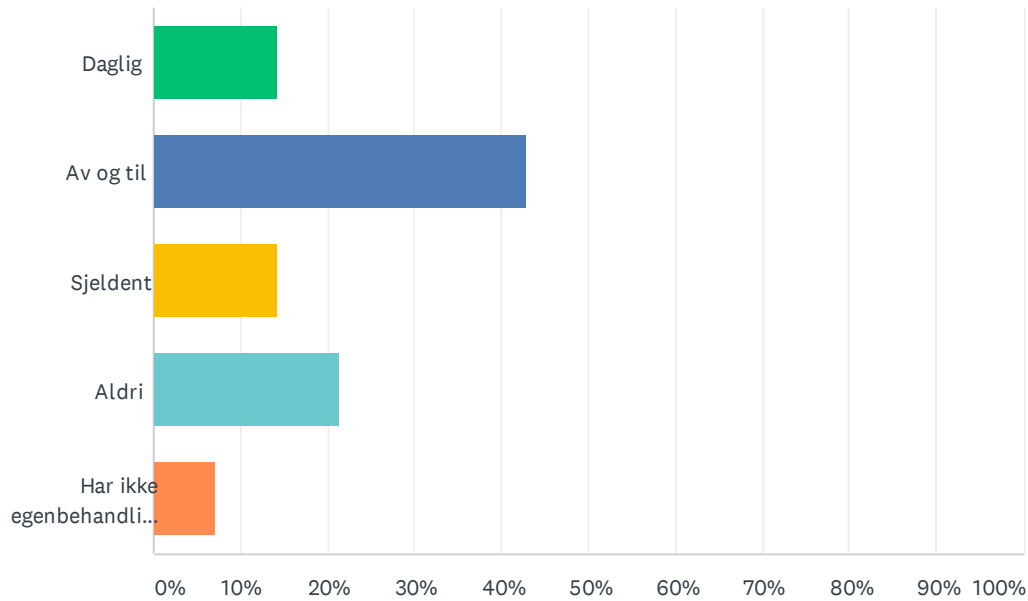


SVARVALG	SVAR	
Ja	78.57%	11
Nei	21.43%	3
TOTALT		14

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	

## SP12 Hvor ofte benytter du egenbehandlingsplanen?

Besvart: 14 Hoppet over: 0

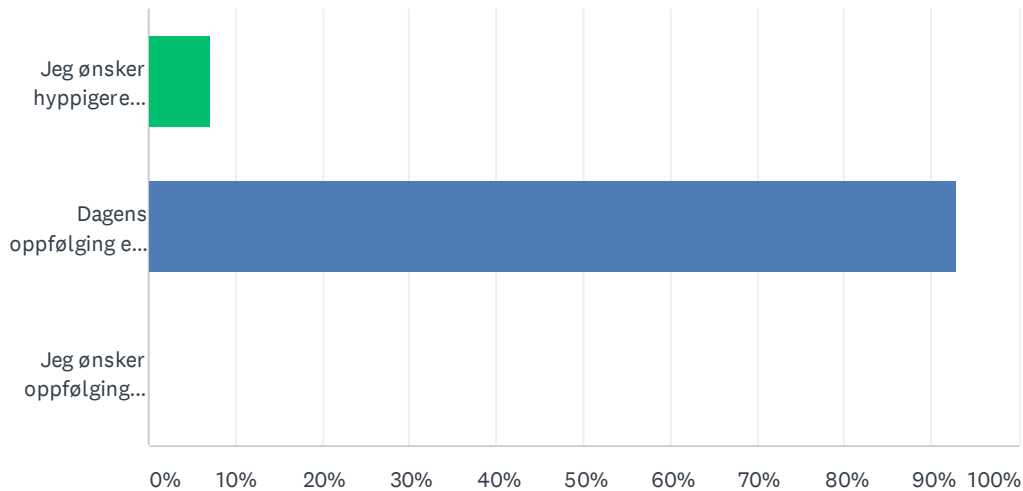


SVARVALG	SVAR	
Daglig	14.29%	2
Av og til	42.86%	6
Sjeldent	14.29%	2
Aldri	21.43%	3
Har ikke egenbehandlingsplan	7.14%	1
<b>TOTALT</b>		<b>14</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	

## SP13 Oppfølgingstjenesten er bemannet en dag i uken. Ivaretar dette ditt behov for oppfølging?

Besvart: 14 Hoppet over: 0



SVARVALG	SVAR	
Jeg ønsker hyppigere oppfølging enn i dag	7.14%	1
Dagens oppfølging er tilstrekkelig	92.86%	13
Jeg ønsker oppfølging sjeldnere enn i dag	0.00%	0
<b>TOTALT</b>		<b>14</b>

#	ANNET (VENNLIGST SPESIFISER)	DATE
	There are no responses.	



## SP14 Hva har vært det beste med digital hjemmeoppfølging? (fritekst)

Besvart: 13 Hoppet over: 1

#	SVAR	DATE
1	At jeg sjekker helsa mi oftere	6/2/2021 8:30 PM
2	Jeg føler meg trygg.	6/1/2021 1:41 PM
3	Trygghet	5/30/2021 12:56 PM
4	Føler meg i varetatt	5/27/2021 2:34 PM
5	Jeg føler meg tryggere når jeg har måle apperater hjemme	5/27/2021 1:39 PM
6	1. Alle målingene jeg kan gjøre på egenhånd. 2. Ukentlige samtaler med de som driver tjenesten.	5/26/2021 12:47 PM
7	Jeg kan ikke si at noe har vært det «beste».	5/25/2021 3:13 PM
8	Følge med på blodtrykk og oksygen i blodet	5/25/2021 9:53 AM
9	Blir kontaktet ved dårlige målinger	5/25/2021 9:48 AM
10	Større trygghet.	5/25/2021 9:34 AM
11	Sende inn mine målinger hver dag å se ha mere kontroll over det	5/25/2021 9:23 AM
12	alt er ok	5/25/2021 9:20 AM
13	Økt trygghet og færre legebesøk. Helt topp med slikt tiltak. Skulle ønske "alle" hadde et slikt tilbud	5/25/2021 9:12 AM

## SP15 Hvilke forslag har du til forbedringer? (fritekst)

Besvart: 11 Hoppet over: 3

#	SVAR	DATE
1	Ingenting	6/2/2021 8:30 PM
2	Ingen	6/1/2021 1:41 PM
3	Ingen	5/30/2021 12:56 PM
4	Er fornøyd	5/27/2021 2:34 PM
5	Ingen i øyeblikket.	5/26/2021 12:47 PM
6	For min del savner jeg kontakten med behandlerne som har med meg å gjøre. Ansikt til ansikt, et nettbrett kan aldri erstatte den menneskelige kontakten.	5/25/2021 3:13 PM
7	Ingen	5/25/2021 9:53 AM
8	Ingen	5/25/2021 9:48 AM
9	?	5/25/2021 9:34 AM
10	Spørsmålene kunne ha vært litt annerledes	5/25/2021 9:23 AM
11	Ingen. Helt grei tekst og godt forståelig	5/25/2021 9:12 AM