



Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging

Delrapport 1, 25.02.2020

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Oslo Economics

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Om Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn (HELSAM) er et flerfaglig institutt ved det medisinske fakultet. HELSAM består av seks avdelinger; Allmenntmedisin, Helsefag, Helseledelse og helseøkonomi, Medisinsk etikk, Samfunnsmedisin og Sykepleievitenskap. Avdelingsstrukturen reflekterer hvordan kultur, miljø, økonomi, samfunn og biologi påvirker sykdom, helse og helsesystemer. HELSAM har mer enn 800 studenter og 450 vitenskapelige ansatte. Forskere ved HELSAM har vært og er involvert i evaluering av alle de store helsereformer på 2000-tallet.

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter, helseforetak og organisasjoner. Vi er et samfunnsvitenskapelig miljø med 50 medarbeidere, hvorav 12 med PhD. Vi har bred erfaring med evalueringer innen arbeidsliv, helse og velferd, samt samfunnsøkonomiske analyser i henhold til veiledere.

Om Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er et tverrfaglig kompetansesenter som fremmer forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning. Vi har særlig innsikt i primærhelsetjenesten utenfor de store byene.

Evaluering av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging/2020_34

Faglig ansvarlig: Tor Iversen, UiO

tor.iversen@medisin.uio.no, Tel. 481 27 432

Foto/illustrasjon: Getty Images (iStockphoto.com)

Innhold

Forord	5
Ordliste	6
Sammendrag	7
1. Innledning – utprøving av medisinsk avstandsoppfølging	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Hva er medisinsk avstandsoppfølging?	11
1.3 Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging	11
1.4 Målgruppe for utprøvingen	13
1.5 Forventede virkninger av medisinsk avstandsoppfølging	13
2. Evaluering av utprøvingen	14
2.1 Evalueringsoppdraget	14
2.2 Metodisk tilnærming	15
2.3 Datagrunnlag	19
2.4 Rapportering	21
3. Målgruppe for medisinsk avstandsoppfølging	22
3.1 Helsedirektoratets beskrivelse av målgruppe	22
3.2 Målgruppe i praksis	23
4. Studiepopulasjon	25
4.1 Personlige kjennetegn ved deltakerne	25
4.2 Sykdomsbilde	27
4.3 Egenvurdert helse, livskvalitet og mestring	28
4.4 Oppfølging av helsetilstand	31
4.5 Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester	31
5. Oppstart og forankring av de seks lokale prosjektene	35
5.1 Kommunenes motivasjon for deltakelse i utprøvingen	35
5.2 Planlegging og oppstart	35
5.3 Samlede erfaringer fra oppstartfasen	38
6. Organisering av medisinsk avstandsoppfølging	40
6.1 Oppfølgingstjenesten	43
6.2 Tjenesteforløp	44
6.3 Oppfølgingsplan	48
6.4 Egenbehandlingsplan	48
6.5 Komponenter i oppfølgingen	49
6.6 Samhandling	51
6.7 Medisinsk avstandsoppfølging i primærhelseteam	55
7. Tidlige pasienterfaringer med medisinsk avstandsoppfølging	57

7.1 Brukeropplevelse	57
7.2 Helse og livskvalitet	59
7.3 Bruk av helsetjenester	60
8. Oppsummering og veien videre	62
8.1 Medisinsk avstandsoppfølging under utvikling	62
8.2 Forutsetninger for å lykkes med medisinsk avstandsoppfølging	62
8.3 utfordringer knyttet til driften av medisinsk avstandsoppfølging	63
8.4 Videre utvikling i 2020	64
8.5 Videre evaluering av utprøvingen	65
Referanser	66

Forord

Utpøving av medisinsk avstandsoppfølging gjennomføres i seks lokale prosjekter innenfor rammene til Nasjonalt Velferdsteknologiprogram, som er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og KS. Helsedirektoratet er prosjektleder for utpøvingen. Utpøvingen evalueres av forskere ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo (UiO), Oslo Economics (OE) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet (NSDM).

Denne første evalueringsrapporten beskriver utpøvingen av medisinsk avstandsoppfølging i oppstartfasen. Når datainnsamlingen til denne evalueringsrapporten ble gjort i oktober 2019 hadde prosjektene inkludert pasienter til utpøvingen mellom en og åtte måneder. Rapporten beskriver hvordan medisinsk avstandsoppfølging er organisert i de lokale prosjektene, kjennetegn ved deltakerne i utpøvingen ved oppstart, samt tidlige brukererfaringer. I neste evalueringsrapport, som overleveres i mars 2021, vil en foreløpig effektanalyse av medisinsk avstandsoppfølging inngå.

Fra UiO har Tor Iversen, Geir Godager, Øyvind Snilsberg og Erik Lønmark Werner deltatt i arbeidet med rapporten. Fra OE har Susanna Sten-Gahmberg, Kine Pedersen, Hanna Isabel Løyland, Ingrid Gaarder Harsheim og Erik Magnus Sæther deltatt. Fra UiT har Birgit Abelsen deltatt. Tor Iversen er faglig ansvarlig for evalueringen, og Susanna Sten-Gahmberg er prosjektleder. Vi ønsker også å takke for nyttige innspill og bidrag fra Ivar Sønbo Kristiansen, Johannes Bjørnstad Tyrihjel og Christoffer Bugge i OE.

Vi vil takke alle informantene som har brukt av sin tid til å la seg intervju og svare på spørreundersøkelse. En særlig takk går til prosjektlederne og andre medlemmer i de lokale prosjektorganisasjonene, som med stor velvilje har hjulpet oss med praktisk gjennomføring av forskningsstudiet, med å gjøre intervjuavtaler, koordinere spørreundersøkelser og svare på spørsmål.

Oslo og Tromsø, februar 2020

Ordliste

Begrep	Forklaring
Medisinsk avstandsoppfølging	<p>«Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell.» (Scottish Centre for Telehealth & Telecare, 2017)</p> <p>Teknologiske løsninger gjør at pasienten kan følges opp på avstand av helse- og omsorgstjenesten. Brukere av medisinsk avstandsoppfølging kan svare på enkle spørsmål om sin helsetilstand og/eller utføre avtalte målinger relatert til sin helsetilstand (eks. blodtrykk, blodsukker, oksygenmetning, vekt) via et nettbrett e.l. Resultatene overføres fra måleapparatene til nettbrettet slik at pasienten enkelt kan se dem og følge med på egne resultater over tid. Resultatene overføres videre digitalt til en oppfølgingstjeneste. Oppfølgingstjenesten tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring eller når målinger ligger utenfor det som ansees å være normalverdier for den enkelte. Oppfølgingstjenesten gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og plan for oppfølging, og vil i samråd med pasient vurdere om denne bør ta kontakt med sin fastlege/legevakt.</p>
Oppfølgingstjeneste	<p>Oppfølgingstjenesten er den enhet som mottar og følger med på målingene fra pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging. Kommunene står relativt fritt i organiseringen av oppfølgingstjenesten, men det kreves at de ansatte har sykepleierkompetanse. Oppfølgingstjenesten kan være samlokalisert eller integrert med andre kommunale tjenestetilbud, som f.eks. hjemmesykepleien eller legevakten. I kommuner som har primærhelseteam, kan sykepleieren i primærhelseteamet være den som følger opp pasienter som mottar medisinsk avstandsoppfølging. I denne utprøvingen har oppfølgingstjenesten ulike navn, herunder Oppfølgingstjenesten, Helsehjelpa og Telemedisinsk sentral (TMS).</p>
Bruker	Med bruker menes en pasient som mottar medisinsk avstandsoppfølging.
Deltaker	Med deltaker menes en pasient som inngår i utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging – enten i tiltaks- eller kontrollgruppen.
Utprøvingen	Med «utprøvingen» menes den nasjonale utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging initiert av Helsedirektoratet i 2018. Utprøvingen gjennomføres i seks lokale prosjekter.
Prosjekt	Med «prosjekt» menes de seks lokale prosjektene som prøver ut medisinsk avstandsoppfølging. Prosjektene mottar delfinansiering fra Helsedirektoratet for å gjennomføre utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging i tråd med Helsedirektoratets føringer. Et prosjekt kan omfatte en eller flere kommuner.
Evalueringen	Med «evalueringen» menes den forskningsbaserte evalueringen av utprøvingen. Formålet med evalueringen er å estimere effektene av medisinsk avstandsoppfølging på pasientenes helsetilstand, pasientopplevelse og forbruk av helsetjenester for å kunne gi nasjonale anbefalingen om implementering av medisinsk avstandsoppfølging. Utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging gjennomføres som en randomisert kontrollert studie. Helsedirektoratet har gitt oppdrag om evaluering av utprøvingen til en samarbeidskonstellasjon bestående av Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved UiT Norges Arktiske Universitet.

Sammendrag

Med støtte fra Helsedirektoratet prøver seks lokale prosjekter ut medisinsk avstandsoppfølging av personer med kronisk sykdom. Utprøvingen gjennomføres i perioden 2018-2021 som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Formålet med utprøvingen er å få tilstrekkelig kunnskap om medisinsk avstandsoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Utprøvingen evalueres av forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonal senter for distriktsmedisin. I denne rapporten beskriver vi status i utprøvingen høsten 2019.

Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging

Medisinsk avstandsoppfølging er bruk av velferdsteknologi som gjør at pasienten kan følges opp på avstand av helse- og omsorgstjenesten. Brukere av medisinsk avstandsoppfølging utfører avtalte målinger (f.eks. blodtrykk, vekt, O2-metning), og svarer på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett e.l. Resultatene overføres automatisk fra målesensorene til nettbrettet slik at pasienten enkelt kan se dem og følge med på egne resultater over tid. Resultatene overføres også digitalt til en oppfølgingstjeneste. Oppfølgingstjenesten tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring og ved målinger utenfor det som er normalverdier for den enkelte. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og egenbehandlingsplan, og vurderer i samråd med pasient om vedkommende bør ta kontakt med sin fastlege eller legevakt.

Utprøvingen bygger videre på erfaringene fra en tidligere utprøving av medisinsk avstandsoppfølging som ble gjennomført i perioden 2016-2018. I den nye utprøvingen er fastlegens rolle styrket, hvilket innebærer at fastlegen skal vurdere hvorvidt pasienten er egnet for medisinsk avstandsoppfølging. Fastlegen er også involvert i arbeidet med å utarbeide en egenbehandlingsplan for pasienten.

Målgruppen for utprøvingen er pasienter med kroniske sykdommer, med middels til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter med høyt forbruk av helsetjenester, og gruppen består i stor grad av pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Pasientene i målgruppen har ofte flere diagnoser, og store, sammensatte behov for oppfølging av sin sykdom. Inklusjonskriteriene for deltakelse er derfor ikke direkte knyttet til spesifikke diagnoser. Samtidig retter den nye utprøvingen seg mot pasienter som er sykere enn pasientene i den tidligere utprøvingen.

Utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging omfatter seks lokale prosjekter. Disse eies av følgende kommuner: Eid (fra 1.1.2020 slått sammen med Selje til Stad kommune), Bodø, Larvik, Oslo (med bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo, St. Hanshaugen og Lovisenberg Diakonale Sykehus), Ullensaker (i samarbeid med Gjerdrum) og Kristiansand. Kristiansand kommune leder et lokalt prosjekt som foreløpig rekrutterer pasienter fra fem kommuner i Agder fylke. Eid kommune, samt et fastlegekontor i Kristiansand og et i Sagene bydel deltar også i utprøvingen av primærhelseteam.

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

Helsedirektoratet har satt som mål at minst 600 pasienter skal rekrutteres til utprøvingen, men samlet måltall satt av de deltakende kommunene er til sammen 900. I oktober 2019, når datauttrekket til denne evalueringsrapporten ble gjort, var 242 deltakere inkludert i studien. Ved overlevering av evalueringsrapporten til Helsedirektoratet i februar 2020, var 497 deltakere inkludert.

Evaluering av utprøvingen

På oppdrag for Helsedirektoratet evaluerer Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging. Hoveddelene i oppdraget er en effektevaluering (effekter for pasientenes fysiske og psykiske helse, pasientopplevelse og helsetjenesteforbruk), en prosessevaluering (herunder organisering av tjenesten og teknologiske løsninger), samt en samfunnsøkonomisk analyse av helhetlige effekter, gevinster og kostnader.

Evalueringen bygger på et omfattende datagrunnlag bestående av registerdata, spørreundersøkelser, intervjuer, opplysninger og nøkkeltall fra prosjektene, samt relevante dokumenter og vitenskapelige publikasjoner.

Studiepopulasjon

Per oktober 2019 var det inkludert 242 pasienter til utprøvingen. Pasientene har en gjennomsnittsalder på 71 år, og det er få deltakere under 40 år (2 prosent). De fleste deltakerne er pensjonister (71 prosent). De fleste deltakerne bor alene (59 prosent), men det er også mange som bor sammen med ektefelle/samboer/registrert partner (34 prosent). De vanligste hoveddiagnosene til de inkluderte pasientene er kols, diabetes, hjertesvikt og kreft, og mange av deltakerne er registrert med mer enn én diagnose (35 prosent).

En del pasienter svarte at de alt i alt vurderer at helsen deres er god eller svært god (19 prosent), mens dobbelt så mange svarte at de alt i alt vurderer at helsen deres er dårlig eller svært dårlig (38 prosent). Til tross for at relativt få deltakere vurderer at de har god eller svært god helse, oppga nesten halvparten at de er fornøyde med livet for tiden (42 prosent). Pasientenes helserelaterte livskvalitet målt ved EQ-5D-5L ved inklusjon i utprøvingen var 0,592 for pasientene samlet sett (på en skala fra 0 til 1, hvor 1 tilsvarer perfekt helse).

De fleste pasientene var i stor grad fornøyde med oppfølgingen av deres helse (61 prosent), men det var også noen som kun i noen eller liten grad var fornøyde (henholdsvis 28 prosent og 9 prosent). Mange av deltakerne i utprøvingen har et stort forbruk av helsetjenester. Nesten halvparten av pasientene hadde helsetjenester i hjemmet ved inklusjon (42 prosent), og en av fem mottok praktisk bistand.

Oppstart og forankring av de lokale prosjektene

Helsedirektoratet og Nasjonalt velferdsteknologiprogram la enkelte føringer på hvordan medisinsk avstandsoppfølging skulle utformes i utprøvingen, men de lokale prosjektene har hatt stort handlingsrom til å utforme og tilpasse tjenesten til lokale forhold. Prosjektene brukte mellom åtte måneder og drøyt ett år på utforming av tjenesten og lokal forankring før inklusjonen av pasienter begynte. Forankring av prosjektet i kommunen, på sykehus og hos fastlegene har vært ressurskrevende, og prosjektlederne opplever at de må jobbe kontinuerlig med å få tjenesten under huden på ansatte i andre deler av helsetjenesten. Prosjektene har også brukt mye tid på anskaffelse av teknologisk løsning og utstyr for tjenesten, personvern og informasjonssikkerhet. Helsedirektoratet har bistått med støtte til utvikling av tjenesteforløp, og på andre områder etter behov. Helsedirektoratet har arrangert samlinger hvor prosjektene har kunnet dele erfaringer, og enkelte prosjekter har samarbeidet på ulike områder, som anskaffelse, egenbehandlingsplan og personvern. Likevel melder enkelte prosjektledere om at man kunne hatt nytte av enda mer støtte og erfaringsdeling, samt at det er behov for nasjonale retningslinjer for eksempel knyttet til anskaffelser, informasjonssikkerhet og personvern.

Organisering av medisinsk avstandsoppfølging

Kjernen i medisinsk avstandsoppfølging er oppfølgingstjenesten. Oppfølgingstjenesten er den enhet som følger opp pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging. Det daglige arbeidet består av å inkludere og starte opp nylig inkluderte pasienter, samt å følge opp målinger og henvendelser fra pasienter som har tjenesten.

Overordnet består tjenesteforløpet for medisinsk avstandsoppfølging av fire faser; inklusjonsfasen, oppstartsfasen, oppfølgingsfasen og en siste fase bestående av evaluering, videreføring og eventuell avslutning av medisinsk avstandsoppfølging for pasienten. I oppstartsfasen utarbeider oppfølgningstjenesten et utkast til oppfølgingsplan og egenbehandlingsplan. Oppfølgingsplanen slår fast hvilke målinger pasienten skal gjøre, og hvor ofte, mens egenbehandlingsplanen er et viktig verktøy for å øke brukermedvirkning. Egenbehandlingsplanen skal ta utgangspunkt i pasientens egne behov og målsetninger og skal beskrive ulike tiltak pasienten selv har ansvar for å gjennomføre for å unngå forverring og i tilfelle forverring. Planene ferdigstilles på et tverrfaglig møte med pasient, fastlege og oftest en ansatt fra oppfølgningstjenesten. I oppfølgingsfasen svarer pasienten på spørsmål og gjennomfører målinger til faste tider, som avtalt med oppfølgningstjenesten og nedfelt i oppfølgingsplanen. Oppfølgningstjenesten følger opp og vurderer målingene, og iverksetter tiltak sammen med pasient ved behov.

Alle pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging, bruker et nettbrett. I tillegg kan pasientene, avhengig av sykdomsbilde, ha en eller flere sensorer, herunder pulsoksymeter, blodtrykksmåler, vekt, termometer, spirometer, forstøvingsapparat, blodsuktermåler og pulsmåler. Pasientene som så langt er inkludert, har i gjennomsnitt 1,3 sensorer, i tillegg til nettbrett. Hvor ofte pasientene måler, avhenger av sykdomsbilde, og varierer også mellom prosjektene. Frekvensen for de fleste pasientene ligger mellom en gang per uke og to ganger om dagen.

I tillegg til oppfølgningstjenesten er pasientens fastlege også involvert i tjenesten. Fastlegen er medisinsk faglig ansvarlig for pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging, og skal vurdere egnethet for pasienter som foreslås til tjenesten. I tillegg inkluderer fastlegenes oppgaver identifikasjon av pasienter til tjenesten, deltakelse i tverrfaglig møte om egenbehandlingsplan og oppfølging av pasienter som får medisinsk avstandsoppfølging. Det er store variasjoner i fastlegenes innstilling til og engasjement i tjenesten. Flere ser at det kan være et potensial for bedre oppfølging av enkelte pasientgrupper, men det er mange som uttrykker en viss nysgjerrig skepsis til om man i utprøvingens slutfase vil kunne påvise endringer i bruken av helsetjenester. Ansatte i oppfølgningstjenesten i enkelte prosjekter melder om at de møter mye skepsis og lite samarbeidsvillighet blant fastlegene, og at dette kan smitte over på pasientene.

Hvor nært samarbeidet er med andre deler av helsetjenesten, blant annet sykehus og hjemmetjenesten, varierer mellom prosjektene. I Oslo, hvor det er etablert et tett samarbeid med Lovisenberg sykehus, melder både ansatte ved sykehuset og kommunalt ansatte om at samarbeidet knyttet til medisinsk avstandsoppfølging fungerer godt. I andre prosjekter er tilbakemeldingene mer varierende. Det er også stor variasjon mellom prosjektene i hvor nært samarbeidet med hjemmetjenesten er, og samarbeidet virker til en viss grad å avhenge av hvor nært oppfølgningstjenesten ligger hjemmetjenesten i det kommunale organisasjonskartet. Dette påvirker også hvor tett oppfølgningstjenesten og hjemmetjenesten samarbeider om enkeltpasienter.

Tidlige brukererfaringer

Høsten 2019 intervjuet vi et utvalg pasienter som mottok medisinsk avstandsoppfølging, og i noen tilfeller deres pårørende. Ved intervjutidspunktet hadde pasientene hatt medisinsk avstandsoppfølging mellom noen uker og rundt seks måneder.

Så godt som alle pasientene hadde kommet godt i gang med tjenesten, og de fleste opplevde teknologien som enkel å bruke. Mange av pasientene var svært fornøyde med den personlige relasjonen de har med oppfølgningstjenesten, og opplever trygghet ved at noen de vet hvem er, følger med på deres helsetilstand. Pasientene var også svært fornøyde med informasjonen målingene gir dem om egen helsetilstand.

Så langt virker de viktigste gevinstene for pasientene å være økt trygghet som følge av at de vet at noen følger med på helsetilstanden deres, samt økt kunnskap om egen sykdom og økt mestring av egen sykdom. Oppfølgningstjenesten opplever også at det er en god læringsdialog mellom oppfølgningstjenesten og pasientene. Kun et fåtall pasienter opplevde foreløpig noen endring i bruken av helsetjenester. Flere oppga likevel at de opplever et redusert behov for enkle avklaringer i hverdagen, som ellers ville ha krevd telefonkontakt med fastlegen. Selv om helsepersonell opplevde at det enda var for tidlig i forløpet til å si noe sikkert om endring i bruk av helsetjenester, var oppfatningen at medisinsk avstandsoppfølging har potensiale til å redusere bruk av helsetjenester.

1. Innledning – utprøving av medisinsk avstandsoppfølging

Helsedirektoratet har iverksatt en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Medisinsk avstandsoppfølging forventes kunne øke pasientens egeninnsats, og derigjennom innsikt i og mestring av egen sykdom. For helsepersonell forventes medisinsk avstandsoppfølging å kunne bidra til bedre treffsikkerhet i og koordinering av behandling. Samlet forventes disse virkningene å kunne bidra til stabilitet i helsetilstanden, trygghet og økt tidliginnsats, som f.eks. kan forebygge reinnleggelser. Formålet med utprøvingen er å få mer kunnskap om effektene av medisinsk avstandsoppfølging for pasienten og for helse- og omsorgstjenesten, samt å gi nasjonale anbefalinger for utforming av tjenesteforløp og for innretning og organisering av medisinsk avstandsoppfølging.

1.1 Bakgrunn

I primærhelsemeldingen (Meld. St. 26, 2014–2015) kommer det frem at den kommunale helse- og omsorgstjenesten står overfor flere utfordringer de kommende årene. Endringer i demografi, og i selve sykdomsbildet til befolkningen, stiller krav til helse- og omsorgstjenesten. Med en aldrende befolkning øker behovet for helse- og omsorgstjenester. Samtidig har kompleksiteten og bredden i oppgavene som kommunene skal ivareta økt over tid. I dag utgjør ikke-smittsomme sykdommer som kols, diabetes, kreft, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager, psykiske helseplager, rusproblemer og demens de største utfordringene for kommunene. Samtidig har et økende antall pasienter flere sykdommer samtidig (komorbiditet). Oppfølgingen av disse sykdommene krever i større grad en tverrfaglig og helhetlig oppfølging over tid, enn det som tidligere har vært vanlig. Dette fører til økte krav til både kapasitet og kompetanse i helse- og omsorgstjenesten. Utviklingen stiller også større krav til samarbeid mellom ulike tjenesteytere, og for utvikling av nye tjenesteforløp og løsninger hvor ulike aktører samarbeider for å skape helhet og kontinuitet i oppfølgingen av den enkelte pasient.

Befolkningsutviklingen og det tilhørende behovet for nye tjenester fører til bærekraftutfordringer i flere kommuner; det er utfordrende å rekruttere nok kvalifisert personell, samtidig som økt bemanning legger press på en begrenset kommuneøkonomi. Dermed oppstår et behov for å utnytte kommunenes ressurser bedre, ved å prioritere annerledes og ved å tilby nye tjenester.

Utvikling av nye tjenester i helse- og omsorgssektoren har tradisjonelt blitt utformet

som separate og uavhengige tjenester. Dette har ført til en fragmentering av helse- og omsorgstjenesten. Fragmenteringen forsterkes av at tjenestene har ulike journalsystemer og finansieringsordninger. En fragmentert helsetjeneste rammer pasientene, og særlig pasienter med store og sammensatte behov som krever oppfølging fra flere steder og over tid. Mange pasienter blir sittende med ansvaret for å koordinere oppfølgingen av egen helse.

Å involvere pasienten i oppfølgingen av egen helse er i seg selv positivt, men mye tyder på at det er rom for forbedring når det gjelder brukerinvolvering (Meld. St. 10, 2012-2013; Meld. St. 26, 2014–2015). Det gjelder både innhenting av pasientenes synspunkter på utvikling av nye tjenester, og til beslutninger som handler om den enkeltes behandling. Dersom pasienten skal kunne innta en ny og mer aktiv brukerrolle, stilles det større krav til opplæring av pasientene, og at pasienter i større grad forstår sin egen sykdom.

Eksisterende IKT- og journalsystemer, samt gjeldende lovverk knyttet til personvern og informasjonssikkerhet, medfører også utfordringer for utviklingen av fremtidige helse- og omsorgstjenester. Dagens fagsystemer støtter i liten grad integrasjon av nye løsninger, og det er begrensede muligheter for deling av informasjon mellom ulike deler av helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2014; Direktoratet for e-helse, 2018). Dette bremser utviklingen av nye digitale tjenester.

Samtidig som det er store utfordringer knyttet til å ta i bruk nye digitale løsninger, løftes velferdsteknologi frem som et viktig element i utviklingen av helse- og omsorgssektoren (Meld. St. 29, 2012-2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Bruk av velferdsteknologi kan bidra til økte muligheter

for mestring av eget liv og helse, samt til at flere kan bo hjemme lenger. Velferdsteknologi kan aldri erstatte menneskelig kontakt, men kan bidra til å dreie innretningen av helsetjenestene mot en større grad av selvhjelp og selvstendighet gjennom involvering av pasienten. Større grad av involvering kan også bidra til økt trygghet for både pasient og pårørende. Velferdsteknologi forventes å kunne frigjøre ressurser i helse- og omsorgstjenesten, og forebygge eller utsette institusjonsinnleggelse. Velferdsteknologi forventes således å kunne bidra til å løse flere av utfordringene som skisseres i primærhelse-meldingen (Meld. St. 26, 2014–2015).

Med dette som bakgrunn ble Nasjonalt velferdsteknologi-program opprettet i 2013 som et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet. Målsettingen med programmet er at velferdsteknologi skal være en integrert del av tjenestetilbudet i omsorgstjenestene innen 2020. Innenfor rammene av programmet har over 300 kommuner vært med og jobbet for å ta i bruk ulike velferdsteknologiske løsninger. Uprøving av medisinsk avstandsoppfølging er et av prosjektene som inngår i programmet. Helsedirektoratet er programeier og har også prosjektledelsen for utprøvingen, og i denne rapporten omtales Helsedirektoratet som pådriver, selv om prosjektet altså er et samarbeid med KS og Direktoratet for e-helse.

1.2 Hva er medisinsk avstandsoppfølging?

Det finnes ingen entydig vedtatt definisjon av hva medisinsk avstandsoppfølging er. I forskningslitteraturen brukes ofte begrepene *telehealth*, *telemedicine* og *remote patient monitoring* om hverandre, og for å beskrive lignende tiltak. Helsedirektoratet bruker følgende definisjon av medisinsk avstandsoppfølging:

«Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle arenaer hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell.»

¹ Fastlegen fastsetter basert på målinger i en testperiode grenseverdier for pasienten i henhold til en trafikklysmode. Det lages grenseverdier for grønn, gul og rød sone.

Fritt oversatt av Helsedirektoratet (2017) fra Scottish Centre for Telehealth & Telecare (2017).

I *Ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging – Rammer for forsøket* (Helsedirektoratet, 2018) beskriver Helsedirektoratet tiltaket medisinsk avstandsoppfølging, slik det ønskes prøvd ut:

Avstandsoppfølging er bruk av velferdsteknologi som kan gi en bedre helsetilstand og bedre opplevelse for pasienter gjennom målrettet bruk av helsefaglige ressurser.

Initiativet til avstandsoppfølging kan komme fra fastlege, sykehus, pasienten selv eller annet helsepersonell. Det er fastlegen som, i samråd med pasient, vurderer om avstandsoppfølging kan være hensiktsmessig og faglig forsvarlig for den enkelte. Fastlegen skal, sammen med pasient, sykepleier og ev. annet relevant helsepersonell, utarbeide en plan for oppfølging ut fra pasientens mål, symptombilde og risiko for forverring. Denne planen danner grunnlag for oppfølgingens innhold, frekvens og kontaktpunkt for den enkelte.

Teknologiske løsninger gjør at pasienten kan følges opp på avstand av helse- og omsorgstjenesten. Brukere av avstandsoppfølging kan svare på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett e.l., og utfører avtalte målinger relatert til sin helsetilstand (f.eks. blodtrykk, vekt, O₂-metning). Resultatene overføres fra måleapparatene til nettbrettet via Bluetooth-teknologi slik at bruker enkelt kan se dem og følge med på egne resultater over tid. Resultatene overføres også digitalt til en oppfølgingstjeneste. Oppfølgingstjenesten tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring og målinger utenfor det som er normalverdier¹ for den enkelte. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og plan for oppfølging, og vil i samråd med pasient vurdere om vedkommende bør ta kontakt med sin fastlege/legevakt.

1.3 Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging

Første utprøving i 2016-2018

Helsedirektoratet gjennomførte i 2016-2018 en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i fire kommuner. Totalt 822 personer fordelt på syv prosjekter i fire kommuner deltok i utprøvingen. Målgruppen var personer med kroniske lidelser, først og fremst personer med kols, diabetes og hjertesvikt.

Utprøvingen ga mye nyttig erfaring, men ikke tilstrekkelig kunnskap om effekter til å gi nasjonale anbefalinger om mulige gevinster når tjenesten tilbys i større skala. Evalueringen av utprøvingen viste at pasientene var fornøyde med tjenestetilbudet, men fordi det ikke ble etablert en kontrollgruppe for utprøvingen, var det vanskelig å trekke konklusjoner om helseeffekter og kostnader (Intro International, 2018). Det var derfor behov for mer kunnskap om effekter og konsekvenser for alle de involverte aktørene, det vil si både pasienter og tjenesteytere.

Ny utprøving 2018-2021

Helsedirektoratet fikk i desember 2017 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) å gjennomføre en ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av personer med kronisk sykdom. Utprøvingen gjennomføres i perioden 2018-2021 som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Formålet med utprøvingen er å få tilstrekkelig kunnskap om medisinsk avstandsoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Helsedirektoratet har formulert følgende resultatmål for utprøvingen:

- Mer kunnskap om effekter; for pasient, fastlege, helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten
- Anbefalte tjenesteforløp for medisinsk avstandsoppfølging
- Nasjonale anbefalinger om innretning og organisering

Forskjeller mellom første og andre utprøving

Innholdsmessig skiller den nye utprøvingen seg fra den tidligere på flere punkter. For det første er fastlegens rolle i den medisinske avstandsoppfølgingen styrket. Dette innebærer at fastlegen må vurdere hvorvidt pasienten er egnet for medisinsk avstandsoppfølging, men også at fastlegen er involvert i arbeidet med å utarbeide en egenbehandlingsplan for pasienten. For det andre er inklusjonskriteriene for deltakelse endret. I den nye utprøvingen har Helsedirektoratet ønsket å unngå å basere inklusjonskriteriene på diagnoser. Samtidig retter den nye utprøvingen seg mot pasienter som er sykere enn pasientene i den tidligere utprøvingen. Målgruppen og inklusjonskriteriene er nærmere beskrevet i kapittel 3.

Den nye utprøvingen gjennomføres som en randomisert kontrollert studie, som innebærer at halvparten av de inkluderte pasientene mottar medisinsk avstandsoppfølging, mens halvparten

inngår i en kontrollgruppe som mottar vanlig oppfølging fra helsetjenesten. Studiedesign beskrives mer inngående i kapittel 2.2 og i Vedlegg B.

Deltakende prosjekter

Helsedirektoratet inviterte samtlige kommuner i Norge til å søke om tilskudd for deltakelse i utprøvingen i februar 2018 (Helsedirektoratet, 2018). Den nye utprøvingen skulle omfatte til sammen:

- Fire-åtte kommuner som representerer ulike regioner, størrelse og avstand til sykehus. Minst én kommune skulle også delta i pilotprosjekt for primærhelseteam
- Ca. 600 pasienter
- Ca. 100 rekrutterende fastleger

Tildelingskriterierene var forankring i kommunen, blant fastleger og i lokalt sykehus, tidligere erfaring med velferdsteknologi samt plan for gjennomføring av utprøvingen.

Deltakende kommuner ble valgt ut basert på en skjønnsmessig vurdering med utgangspunkt i forventet måloppnåelse. Av 13 søkere ble seks prosjekter valgt ut til å delta i utprøvingen. Før oppstart valgte en kommune å trekke seg, men ble erstattet av en annen søker før oppstart av utprøvingen. De deltakende kommunene er Eid (som sammen med Selje ble Stad kommune 1. januar 2020), Bodø, Larvik, Oslo (med bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo, St. Hanshaugen), Ullensaker (i samarbeid med Gjerdrum) og Kristiansand. Kristiansand kommune leder et lokalt prosjekt som inkluderer pasienter fra alle kommuner i Agder fylke.

Prosjektene startet med planlegging og innretning av tjenesten i juni 2018, og planen var at pasienter skulle inkluderes i utprøvingen fra 1. januar 2019. Planleggingsfasen viste seg for flere kommuner å være mer omfattende enn antatt, og oppstart, med inklusjon av pasienter, ble derfor skjøvet på i flere kommuner. To prosjekter startet opp i februar 2019, mens de resterende prosjektene rekrutterte sine første deltakere høsten 2019.

Omfang av utprøvingen

Helsedirektoratet har satt som mål at minst 600 pasienter skal rekrutteres til utprøvingen, men samlet måltall for de deltakende kommunene er 825. Per 11. oktober 2019, da datauttrekket til denne statusrapporten ble gjort, hadde 242 deltakere blitt inkludert i studien, og 223 av disse var fortsatt med i utprøvingen. Ved overlevering av denne statusrapporten til

Helsedirektoratet i februar 2020, var 497 deltakere inkludert.

1.4 Målgruppe for utprøvingen

Målgruppen for utprøvingen er pasienter med kroniske sykdommer, med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter med høyt forbruk av helsetjenester, og gruppen består i stor grad av pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Pasientene i målgruppen har ofte flere diagnoser, samt store og sammensatte behov for oppfølging av sin sykdom. Målgruppen beskrives nærmere i kapittel 3.

1.5 Forventede virkninger av medisinsk avstandsoppfølging

Medisinsk avstandsoppfølging forventes å mobilisere pasientenes egeninnsats, som kan

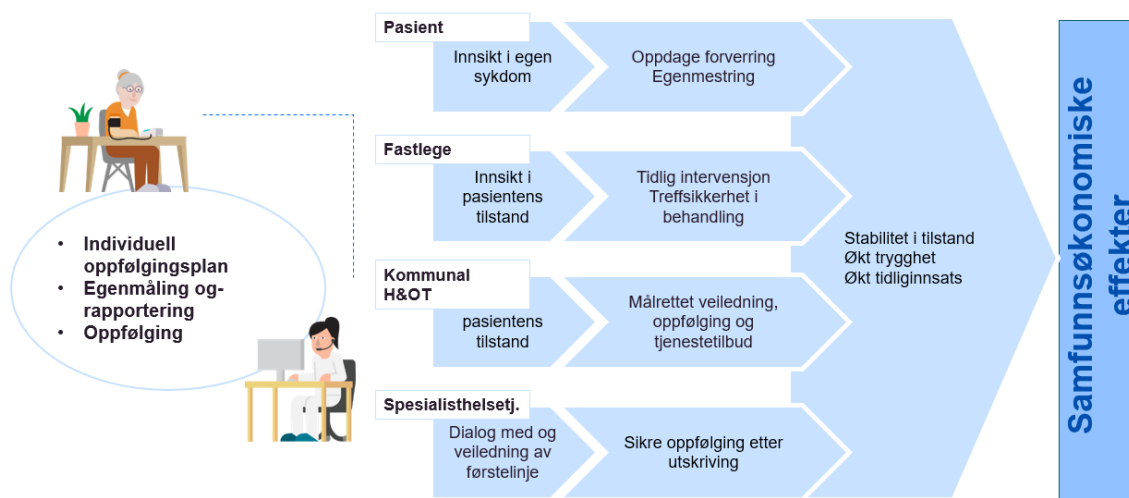
bidra til økt innsikt i pasientens helsetilstand, ikke bare for pasienten selv, men også for pasientens pårørende, fastlege og øvrig helsepersonell med behandlingsansvar for pasienten. For pasienten forventes økt innsikt i egen sykdom å bidra til mestring, mens det for fastlegen og øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste kan bidra til økt treffsikkerhet i behandlingen (riktigere tiltak), bedre koordinering av tjenester, samt avdekking av nye behov. Samlet forventer man at disse virkningene vil bidra til stabilitet i helsetilstanden (og dermed bedre fysisk og psykisk helse), trygghet og økt tidliginnsats (som f.eks. kan forebygge reinnleggelser) (se Figur 1-1).

Basert på ovennevnte virkningsmekanismer har Helsedirektoratet definert følgende tre områder for effektmål i forsøket:

- Bedre fysisk og psykisk helse
- Bedre pasientopplevelse
- Redusert bruk av helsetjenester

Disse effektene beskrives nærmere i kapittel 2.

Figur 1-1: Virkningsmekanismer for medisinsk avstandsoppfølging



Kilde: Helsedirektoratet

2. Evaluering av utprøvingen

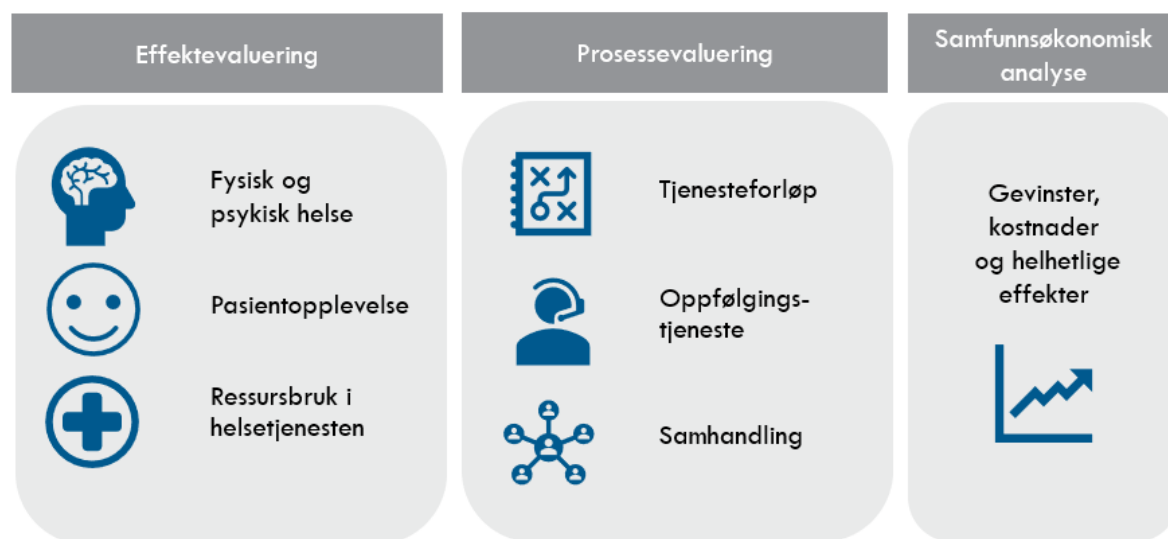
På oppdrag for Helsedirektoratet evaluerer Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging. Hoveddelene i oppdraget er en effektevaluering (effekter for pasientenes fysiske og psykiske helse, pasientopplevelse og helsetjenesteforbruk), en prosessevaluering (herunder organisering av tjenesten og ansvars- og rollefordeling), samt en samfunnsøkonomisk analyse av helhetlige effekter, gevinster og kostnader. Evalueringen bygger på et omfattende datagrunnlag bestående av registerdata, spørreundersøkelser, intervjuer, opplysninger og nøkkeltall fra prosjektene, samt dokumenter og vitenskapelige publikasjoner.

2.1 Evalueringsoppdraget

Helsedirektoratet har i rapporten Videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging (2017) skissert innretningen av utprøvingen av

medisinsk avstandsoppfølging, og tilhørende evaluering. Oppsummert består evalueringsoppdraget av tre hoveddeler; en effektevaluering, en prosessevaluering, og en samfunnsøkonomisk analyse (Figur 2-1). De ulike delene beskrives nærmere i det følgende.

Figur 2-1: Hoveddeler i evalueringen av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging



Illustrasjon: Oslo Economics

Helsedirektoratet har fastslått følgende effektmål for utprøvingen:

1. Bedre fysisk og psykisk helse
2. Bedre pasientopplevelse
3. Lavere kostnad for helsetjenesten

Med bedre fysisk helse menes helse som et funksjonsbegrep, i form av gangfunksjon, personlig stell og evne til å gjennomføre dagligdagse gjøremål og lignende. Med bedre psykisk helse menes velbefinnende, mestring, og realisering av evner og mål. Konkretiseringen bygger, ifølge Helsedirektoratet, på en

forståelse av at helse handler om flere dimensjoner, og ikke bare fravær av sykdom.

Med bedre pasientopplevelse menes pasientens medvirkning til eget behandlingsopplegg og opplevelse av måloppnåelse, helhet og sammenheng.

Med lavere kostnad menes her dempet vekst i samlede offentlige utgifter til helsehjelp, ved redusert eller mindre kostnadskrevende forbruk av kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller dempet vekst i folketrygden og statlige overføringer til sykehus. Kostnadsbesparelser defineres her som relative kostnadsbesparelser

(til nullalternativet), ikke nødvendigvis absolutte kostnadsbesparelser.

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

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

Helsedirektoratet forventer gjennom utprøvingen å kunne måle oppnåelsen av mål 1 – bedre fysisk og psykisk helse og mål 2 – bedre pasientopplevelse. Når det gjelder mål 3 – lavere kostnad for helsetjenesten forventer Helsedirektoratet gjennom utprøvingen å få en indikasjon på måloppnåelsen, men ikke statistisk signifikante svar (Helsedirektoratet, 2018). Dette har sammenheng med størrelsen og lengden på utprøvingen.

Effektevalueringen tar utgangspunkt i effektmålene og minimumskravene som nevnt over. Effektevalueringen gjennomføres derfor som en randomisert kontrollert utprøving, hvor deltakerne randomiseres slik at halvparten inngår i en tiltaksgruppe, som mottar medisinsk avstandsoppfølging, og halvparten inngår i en kontrollgruppe, som mottar vanlig oppfølging fra helsetjenesten.

Et viktig utgangspunkt for utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging er behovet for å utvikle praksis i retning av pasientens helsetjeneste, og oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats. Evalueringsoppdraget omfatter derfor også en prosessevaluering, som skal kartlegge hvordan innsatsfaktorene i medisinsk avstandsoppfølging – utstyr, oppfølging av helsepersonell, behandlingsplan, og organisering av roller og ansvar – bidrar til måloppnåelse.

For å belyse den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved medisinsk avstandsoppfølging omfatter evalueringsoppdraget også en samfunnsøkonomisk analyse.

2.2 Metodisk tilnærming

2.2.1 Effektevaluering

Effektmål

Effekter på fysisk og psykisk helse

Medisinsk avstandsoppfølging skal legge til rette for å gi pasientene individuelt tilpasset oppfølging og rådgiving, og dette skal bidra til å gi pasientene bedre kunnskap og forståelse for egen helsetilstand og sykdom. Pasienter med god innsikt i egen sykdom vil trolig i større grad motta helsehjelp som er godt tilpasset deres behov, noe som videre gir et godt grunnlag for større grad av mestring av egen sykdom. Det virker rimelig at både fysisk og psykisk helse kan påvirkes positivt av økt mestring av egen sykdom, særlig ved at mestring bidrar til en mer stabil helsetilstand.

I evalueringen vil vi særlig undersøke følgende utfallsmål:

- Fysisk helse, reflektert ved dimensjonene «gange», «personlig stell», «vanlige gjøremål», «smerter/ubehag» og «angst/depresjon» i EQ-5D-5L skjema
- Helserelatert livskvalitet, angitt som en verdi mellom 0 og 1 (der «0» angir «den dårligste helsen du kan tenke deg» og «1» angir «den beste helsen du kan tenke deg»), basert på helsetilstand generert fra de fem dimensjonene i EQ-5D-5L skjema
- Grad av mestring og realisering av evner og mål
- Søvnkvalitet
- Fysisk hverdagsaktivitet
- Trening/mosjon
- Målinger og registreringer fra oppfølgingstjenesten etter tilgjengelighet (bl.a. blodtrykk, blodsukker, oksygenmetning og vekt)
- Medikamentbruk
- Ensomhet
- Følelse av trygghet

Evalueringen av fysisk og psykisk helse vil basere seg på ulike informasjonskilder, herunder spørreundersøkelser med pasienter, fastleger og representanter for oppfølgingstjenesten, intervjuer med pasienter (som mottar medisinsk avstandsoppfølging), pårørende, fastleger og

andre aktører (representanter fra oppfølgingstjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste) målinger fra oppfølgingstjenesten, registerdata, samt oppsummering av forskningslitteratur. Målingene fra oppfølgingstjenesten eksisterer naturlig nok kun for tiltaksgruppen, og det vil derfor ikke være mulig å sammenligne utviklingen i målingene mellom tiltak- og kontrollgruppen. Målingene vil likevel gi verdifull og presis informasjon om utviklingen av helsetilstand for pasienter med medisinsk avstandsoppfølging, og ved å bruke denne informasjonen i kombinasjon med informasjon innhentet på andre måter, vil evalueringen gi et helhetsbilde av hvordan pasientenes fysiske og psykiske helse påvirkes av medisinsk avstandsoppfølging.

Effekter på pasientopplevelse

Med *pasientopplevelse* menes pasientens medvirkning i eget behandlingsopplegg, grad av opplevd kvalitet, tilfredshet og trygghet, samt opplevd måloppnåelse, helhet og sammenheng i tjenestene. Helhet og sammenheng er viktig for mestring i alle situasjoner, og mestring av egen sykdom og hverdag er viktig for helsen. Den nære sammenhengen mellom pasientopplevelse og helse ligger til grunn for behovet om å etablere kunnskap om effekten av medisinsk avstandsoppfølging på pasientopplevelse. Funnene i den første utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging viste at pasientene stort sett var fornøyd med tjenesten. En ny og oppdatert analyse av effekter på pasientopplevelse vil likevel være hensiktsmessig av flere årsaker:

- Evaluering av pasientopplevelse er en naturlig del av enhver utprøving av nye tiltak, og utgjør også et viktig verktøy for kommunene for å sjekke at tjenesten de leverer fungerer
- Det er mulig at evalueringen som deltakerne tar del i gjør at pasientopplevelsen påvirkes positivt uavhengig av hva pasientene synes om medisinsk avstandsoppfølging. Normalt føler pasienter seg bedre ivaretatt når de får oppfølging, og det er viktig å isolere denne effekten fra effekten som skyldes medisinsk avstandsoppfølging. Ved å sammenligne pasientopplevelse i tiltaks- og kontrollgruppen kan vi isolere effekten av medisinsk avstandsoppfølging på pasientopplevelsen.

Mer spesifikt vil vi undersøke effekten på pasientopplevelse reflektert ved følgende utfallsmål:

- Opplevd grad av medvirkning, trygghet og måloppnåelse i eget behandlingsopplegg
- Opplevd grad av kvalitet, helhet og sammenheng på helsetjenesten
- Opplevd mestring og forståelse av eget sykdomsbilde (sykdom og symptomer)
- Opplevd kvalitet på teknologi og oppfølging fra helsepersonell
- Opplevd kontroll over egen helsesituasjon og hverdagsplanlegging
- Opplevd relevans og nytte av tjenesten
- Utfordringer knyttet til bruk av medisinsk avstandsoppfølging (for tiltaksgruppen)

Pasientopplevelse kartlegges ved hjelp av egenutviklet spørreskjema og intervjuer.

Effekter på ressursbruk i helsetjenesten

Et tredje hovedmål med evalueringen er å undersøke effekter på ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten. Et av formålene med å tilby medisinsk avstandsoppfølging er å redusere ressursbruk i helsetjenesten, og vi vil derfor undersøke om, hvor og hvordan eventuelle besparelser oppstår. Det kan være flere årsaker til at ressursbruk i helsetjenesten endrer seg, for eksempel redusert behov for helsehjelp eller dempet kostnadsvekst. Samtidig kan det tenkes at medisinsk avstandsoppfølgingen oppdager behov som ellers ikke ville vært oppdaget eller oppdaget på et senere stadium, slik at den samlede effekten av medisinsk avstandsoppfølging er økt ressursbruk i helsetjenesten. Det kan for eksempel dreie seg om fastlege tjenester som blir tilbudt på bakgrunn av informasjon fastlegen får fra oppfølgingstjenesten, eller behov for hjemmebaserte omsorgstjenester som ellers ikke ville ha blitt kartlagt.

Mer spesifikt vil vi undersøke effekten på ressursbruk i helsetjenesten ved følgende utfallsmål:

- Totale kostnader til helsetjenester totalt, og fordelt på ulike deler av helsetjenesten (primær- og spesialisthelsetjenesten) og sammensetning av tjenester (f.eks. vridning fra spesialisthelsetjenester til primærhelsetjenester)
- Antall fastlegebesøk og innholdet i konsultasjonene
- Kontakt med oppfølgingstjenesten
- Antall, omfang og sammensetning av sykehusinnleggelses og liggedøgn
- Antall og sammensetning av polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger

- Antall konsultasjoner med private spesialister og kommunal akutt døgnenhet (KAD)-opphold
- Antall akutte innleggelser som skyldes komplikasjon av kronisk sykdom
- Antall besøk av hjemmetjenesten
- Omfang og sammensetning av hjemmebaserte omsorgstjenester
- Antall kontakter/konsultasjoner på legevakt
- Omfang og sammensetning av medikamentbruk

Evalueringen av effekter på ressursbruk i helsetjenesten baserer seg på registerdata, slik at vi kan undersøke ressursbruk før, under og etter medisinsk avstandsoppfølging, og i ulike deler av helsetjenesten (både primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten). Ved å bruke registerdata er det mulig å analysere og evaluere hva som driver en eventuell kostnadsbesparelse eller kostnadsøkning.

Praktisk gjennomføring – randomisert kontrollert utprøving

Pasientene i målgruppen opplever som regel forverret helsetilstand og økt forbruk av helsetjenester over tid, og det er derfor viktig at effektene måles relativt til en kontrollgruppe med lignende helsetilstand og som mottar vanlig oppfølging av sin helse. En god kontrollgruppe ligner deltakerne i sykdomsbilde, bosted og sosioøkonomiske variabler, og mottar ikke andre tiltak fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten som gjør at kontrollgruppen avviker fra «standardisert oppfølging».

Evaluator har, sammen med Helsedirektoratet og andre interessenter, vurdert alternative

studiedesign for effektevalueringen innenfor utprøvingens praktiske og økonomiske rammer.

For å evaluere effektmålene som er satt av Helsedirektoratet, gjennomføres utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging som en randomisert kontrollert utprøving. Studiedesign og praktisk gjennomføring beskrives kort nedenfor. Utfyllende informasjon finnes i Vedlegg B. Studieprotokollen for utprøvingen er også registrert på ClinicalTrials.gov (NCT04142710).

Utprøvingen gjennomføres ved at mulige deltakere foreslås av helsepersonell ved sykehus eller i kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastlege, kommunalt tildelingskontor², pasient eller pårørende til prosjektadministrasjonen (steg 1 i Figur 2-2). Forespørsler som vurderes som aktuelle av prosjektadministrasjonen videresendes til fastlegen. Deretter foretar fastlegen, som medisinsk faglig ansvarlig for pasientene på sin liste, en endelig vurdering av pasientens egnethet for medisinsk avstandsoppfølging (steg 2). Dersom en pasient vurderes som egnet, inviteres denne til et informasjonsmøte med en kommunalt ansatt prosjektmedarbeider og får tilbud om å delta i utprøvingen (steg 3). Dersom pasienten samtykker til å delta i utprøvingen, vil pasienten randomiseres inn i enten tiltaks- eller kontrollgruppen av en prosjektmedarbeider i forbindelse med informasjonsmøtet (steg 4). Randomiseringen skjer ved at deltakeren trekker en konvolutt, og det er like stor sannsynlighet for å ende opp i tiltaks- og kontrollgruppen. Deretter mottar pasienten videre oppfølging avhengig av hvilken gruppe de randomiseres til (steg 5).

Figur 2-2: Inklusjon av deltakere til randomisert kontrollert utprøving av medisinsk avstandsoppfølging



Illustrasjon: Oslo Economics

Pasienter i kontrollgruppen mottar standardoppfølging fra helse- og omsorgstjenesten. Pasienter i tiltaksgruppen mottar medisinsk avstandsoppfølging. Utformingen av oppfølgingen for deltakere i tiltaksgruppen avhenger av sykdomsbildet og i hvilken kommune

deltakeren er bosatt. Oppfølgingen beskrives nærmere i kapittel 6.

Oppfølgingsperioden er 12-18 måneder, avhengig av inklusjonstidspunkt. Pasienter som inkluderes innen 31.12 2019 følges opp i 18 måneder, og pasienter som inkluderes etter 1.1

² Den enhet i kommunen som tar beslutninger om hvilke kommunale tjenester som skal innvilges som tildelingskontor.

Andre navn som brukes på denne enheten er f.eks. forvaltningskontor, bestillerkontor eller vedtakskontor.

2020, følges opp til 30.6 2021. Dersom kommunen viderefører tilbudet, kan pasienter fortsette å motta medisinsk avstandsoppfølging etter prosjektperioden.

2.2.2 Prosessevaluering

Formålet med prosessevalueringen er i første omgang å undersøke og forstå hvordan tjenesten medisinsk avstandsoppfølging organiseres i de lokale prosjektene, og hvordan de ulike innsatsfaktorene kan bidra til måloppnåelse.

Prosessevalueringen bygger i hovedsak på dybdeintervjuer med sentrale aktører i de lokale prosjektene, supplert med data fra spørreundersøkelser til ansatte i oppfølgingstjenesten og fastleger. Eksempler på temaer som drøftes er:

- Hvordan er arbeidet med medisinsk avstandsoppfølging organisert i kommunen?
- Hvordan fungerer inklusjonskriteriene for medisinsk avstandsoppfølging? I hvilken grad treffer inklusjonskriteriene en egnet pasientgruppe? Hvilke tilpasninger er gjort/bør gjøres med inklusjonskriteriene?
- Hvordan jobber oppfølgingstjenesten med medisinsk avstandsoppfølging?
- Hva fungerer godt/mindre godt med oppfølgingstjenesten, og hvilke utfordringer møter de ansatte i sin arbeidshverdag?
- Er kompetansen hos de ansatte i oppfølgingstjenesten tilstrekkelig, eller er det behov for å styrke den tverrfaglige kompetansen?
- Hvordan samhandler de ulike aktørene i helsetjenesten om oppfølgingen av pasienter som mottar medisinsk avstandsoppfølging?
- Er roller og ansvar riktig definert? Bli fastlegen involvert i medisinsk avstandsoppfølging på en hensiktsmessig måte?
- Hvordan er medisinsk avstandsoppfølging organisert i kommuner som også prøver ut ordningen med primærhelseteam? Er det noen synergier mellom medisinsk avstandsoppfølging og primærhelseteam?
- Bidrar dagens organisering av medisinsk avstandsoppfølging til måloppnåelse? Hvis ikke, hva bør gjøres annerledes?

Den innsamlede informasjonen vil sammenstilles og danne grunnlag for å vurdere resultatmålene for utprøvingen.

2.2.3 Samfunnsøkonomisk analyse

Formålet med den samfunnsøkonomiske analysen er å belyse forventede nytte-, kostnads- og fordelings effekter ved implementering av

medisinsk avstandsoppfølging, samt å vurdere den samfunnsøkonomiske lønnsomheten av tjenesten (herunder å vurdere hvilke faktorer som er avgjørende for å sikre lønnsomhet).

For å belyse disse faktorene vil vi gjennomføre en samfunnsøkonomisk analyse der vi analyserer og sammenstiller virkninger for alle aktører som berøres av medisinsk avstandsoppfølging. Analysen vil i hovedsak benytte data som er innhentet innenfor effekt- og prosessevalueringen, men vil også bli supplert med egen innhenting av nasjonal statistikk, intervjuer med nøkkelinteressenter og funn fra forskningslitteraturen.

I analysen vil vi legge til grunn en effektiv nasjonal bredding av tiltaket, det vil si at enhetskostnaden ved tjenesten forventes å være lavere enn hva som er mulig å få til i en begrenset utprøving. I henhold til rammeverket omfatter analysen alle typer virkninger, både de som kan prissettes og de som ikke kan prissettes, samt tiltenkte og ikke tiltenkte effekter. Analysene gjennomføres i henhold til trinnene i veileder for samfunnsøkonomiske analyser fra Direktoratet for økonomistyring (Direktoratet for økonomistyring, 2018) og de særlige retningslinjene for analyser fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2012).

I henhold til gjeldende veileder vil konsekvensene av tiltaket måles opp mot nullalternativet, som innebærer en videreføring av dagens tilbud til pasientgruppen, inkludert de ulike utviklingstiltak som alle pasienter vil ha nytte av i årene som kommer. Vi vil støtte oss til forskningslitteraturen i den grad vi vurderer konsekvenser av tiltaket utover utprøvsperioden.

For målgruppen for medisinsk avstandsoppfølging er det også iverksatt andre utviklingstiltak som kan være delvis overlappende (for eksempel primærhelseteam (Helsedirektoratet, 2018) og strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam (Helsedirektoratet, 2018)). Det bør vurderes om de ulike tiltakene "kannaliserer" eller "akselererer" nytteeffektene når de virker sammen (avtakende vs. tiltakende grensenytte).

Vi vil vurdere samfunnsøkonomisk lønnsomhet basert på de prissette virkningene, og vil deretter vurdere i hvilken grad ikke-prissette virkninger bidrar til å gjøre tiltaket mer eller mindre lønnsomt. Etter en vurdering av sentrale usikkerhetsmomenter og fordelingsvirkninger, kan den samlede lønnsomheten ved innføring av medisinsk avstandsoppfølging sammenlignes med

andre relevante tiltak. Analysen av fordelingsvirkninger vil belyse hvordan nytte og kostnader fordeles mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, samt i befolkningen generelt og for fastleger, kommuner og helseforetak.

2.3 Datagrunnlag

Evalueringsoppdraget bygger på et omfattende datagrunnlag, som består av opplysninger som er innhentet gjennom kommunal registrering, fra administrative registre, spørreundersøkelser og intervjuer. Datagrunnlaget omtales kort nedenfor, mens utfyllende informasjon finnes i Vedlegg C.

2.3.1 Opplysninger som innhentes av prosjektene

I forbindelse med at deltakere inkluderes i utprøvingen innhentes det opplysninger om deltakelsen, herunder rekrutteringsdato, rekrutteringskanal, diagnoser, samt bruk av måleutstyr.

Det registreres også anonyme opplysninger om pasienter som takker nei til deltakelse, trekker sitt samtykke eller blir vurdert uegnet for deltakelse, for å kunne gjøre frafallsanalyser.

Prosjektene registrerer også deltakernes bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester minst hver 3. måned i hele oppfølgingsperioden.

2.3.2 Registerdata

Det innhentes registeropplysninger om alle deltakere fra Kommunalt Pasientregister (KPR), Register for helse- og omsorgsstatistikk (IPLOS), Fastlegeregisteret, Registeret for Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHR), Norsk pasientregister (NPR), og Reseptregisteret. Datagrunnlaget vil dermed omfatte opplysninger om deltakernes kontakter med både primær- og spesialisthelsetjenesten, samt foreskrevne medikamenter.

Opplysninger hentes for årene 2017-2022. Første uttrekk gjøres høsten 2020.

2.3.3 Spørreundersøkelser

Det gjennomføres tre ulike spørreundersøkelser i forbindelse med evalueringen. En undersøkelse rettes mot pasienter, en mot sykepleiere i oppfølgningstjenesten og en mot fastleger som har pasienter som deltar i utprøvingen.

Pasientspørreundersøkelse

Det gjennomføres en spørreundersøkelse blant pasientene i utprøvingen. I spørreundersøkelsen undersøker vi følgende temaer:

- Fysisk og psykisk helse
- Helserelatert livskvalitet (EQ-5D)
- Oppfølging av helse
- Erfaringer med medisinsk avstandsoppfølging
- Bakgrunnsinformasjon

Ved inklusjon i forsøket svarer alle deltakere på et spørreskjema, som er likt utformet for deltakere i tiltaks- og kontrollgruppen. Deltakere i kontrollgruppen mottar også senere i oppfølgingsperioden det samme spørreskjemaet. For deltakere i tiltaksgruppen kompletteres spørreskjemaet i senere utsendinger med spørsmål som er direkte knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Begge spørreskjemaene finnes i Vedlegg F.

Spørreskjemaet distribueres inntil fire ganger i løpet av oppfølgingsperioden: ved inklusjon, samt etter 6, 12 og 18 måneder. Siste spørreskjema distribueres i juni/juli 2021. Pasienter som inkluderes våren 2020, vil dermed motta maksimalt tre spørreskjemaer. Første spørreskjema fylles ut på papir i forbindelse med inklusjon i utprøvingen, mens etterfølgende spørreskjemaer distribueres postalt av Norsk Gallup. Pasienter som ikke returnerer spørreskjemaet, mottar to påminnelser fra Norsk Gallup; en i posten og en per telefon.

Pasienter som avslutter deltakelse i utprøvingen, får spørsmål om de kan tenke seg å fortsatt motta spørreskjemaer som opprinnelig planlagt. Dersom de samtykker til dette, mottar de samme spørreskjema som deltakere i kontrollgruppen inntil endt oppfølgingsperiode.

Spørreundersøkelse til sykepleiere i oppfølgningstjenesten

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant sykepleiere i oppfølgningstjenesten i november 2019. Temaer i spørreundersøkelsen var:

- Inklusjons- og eksklusjonskriterier
- Fastlegens vurdering av pasientens egnethet for deltakelse i utprøvingen
- Tidsbruk
- Samarbeid og samhandling i helsetjenesten
- Fornøydhet med og gevinster av medisinsk avstandsoppfølging for pasienter
- Bakgrunn og erfaring

Spørreundersøkelsen finnes i vedleggsrapporten, Vedlegg F, og samlede resultater finnes i Vedlegg K.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført elektronisk i Questback. Totalt ble undersøkelsen sendt ut til 39 ansatte i oppfølgingstjenesten. Vi mottok 31 svar, og dermed var svarprosenten på undersøkelsen 79 prosent.

Spørreundersøkelse til fastleger som har pasienter som deltar i utprøvingen

Det skal også gjennomføres en spørreundersøkelse blant fastleger som har pasienter som deltar i utprøvingen. Denne gjennomføres to ganger; i 2020 og i 2021. Temaer som tas opp i undersøkelsen er:

- Inklusjons- og eksklusjonskriterier
- Fastlegens vurdering av pasientens egnethet for deltakelse i utprøvingen
- Rekruttering til utprøvingen
- Oppfølging av pasienter som mottar medisinsk avstandsoppfølging
- Samarbeid og samhandling i helsetjenesten
- Fornøydhet med og gevinster av medisinsk avstandsoppfølging for pasienter
- Bakgrunn og erfaring

Spørreundersøkelsen gjennomføres elektronisk i Questback.

2.3.4 Intervjuer

Høsten 2019 ble det gjennomført intervjuer med representanter for følgende grupper: Pasienter (23), pårørende (11), fastleger (10), ansatte i oppfølgingstjenesten (11), lokale prosjektledere og i noen tilfeller andre prosjektmedarbeidere (13), samt representanter for lokale sykehus og helse- og omsorgstjeneste (4).

Ansvaret for å velge ut intervjuobjekter ble av praktiske årsaker delegert til lokal prosjektleder, som også organiserte arbeidet med å sette opp en timeplan for intervjuene. Prosjektleder ble bedt om å sørge for at pasientene som ble rekruttert til intervju hadde ulik sykdomsbakgrunn. I flere kommuner var pasientgrunnlaget fortsatt begrenset ved gjennomføring av intervjuene, og dermed var også utvalget av pasienter som stilte til intervju begrenset.

Temaene for intervjuene var naturlig nok avhengig av type informant, men for helsepersonell lå fokus på organisering av tjenesten, oppfølging av pasienter samt forventninger til gevinster. I intervjuene med deltakere var temaer bruk og virkninger av medisinsk avstandsoppfølging. Intervjuguider og nærmere beskrivelser av gjennomføringen av intervjuene finnes i Vedlegg G.

Det er begrenset hvilken innsikt man kan få ut av enkeltstående intervju. Det at vi har gjort flere intervjuer med hver type respondent innenfor hvert prosjekt gir oss en bredere innsikt enn om vi bare hadde intervjuet én informant. Det er også krevende å få god innsikt i organisering og sammenheng i helse- og omsorgstjenesten i en kommune eller bydel ved å intervju et fåtall informanter én gang. Det er trolig mye vi ikke har fått med oss, som vil være relevant for gjennomføring og utfall av utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging. Gjentatte intervju, slik vi planlegger, med de samme informantene gjennom utprøvsperioden vil gi større innsikt i de lokale prosessene og den lokale organiseringen.

Det kvalitative datamaterialet fra intervjuene er analysert ved gjennomgang av lydopptak og notater fra intervjuene. Meningsinnholdet fra intervjuene er systematisert i et Excel-ark der vi har oppsummert funn for de ulike hovedtemaene i intervjuene. Basert på denne systematiseringen har vi i presentasjonen av funn oppsummert meningsinnholdet, både når det gjelder bredden i innspill og hvor ofte lignende innspillene har forekommet fra flere informanter.

2.3.5 Opplysninger fra oppfølgingstjenesten

Alle registreringer som pasientene gjør innenfor rammene for tjenesten registreres hos kommunens teknologileverandør. Dette omfatter både sensormålinger (f.eks. blodtrykk, puls, O2-metning, blodsukker, vekt, temperatur) og svar på spørsmål om dagsform og symptomer.

Det planlegges uttrekk fra teknologileverandørene for å analysere disse dataene i 2020. Hos enkelte teknologileverandører registreres i tillegg til de faktiske måleverdiene, også grenseverdier som utløser alarmer hos oppfølgingstjenesten.

2.3.6 Dokumentstudier

I tillegg til ovennevnte datakilder, vil evaluator gjennomgå et stort antall dokumenter og rapporter.

Forskningslitteratur

I forbindelse med evalueringen gjennomgår evaluator relevant forskningslitteratur på feltet. Vi vil særlig bygge på litteratur som er innhentet i forbindelse med tidligere utprøvinger av medisinsk avstandsoppfølging, både i Norge, Danmark og andre land.

Rapporter og utredninger

Evalueringen vil også bygge på rapporter og utredninger av andre lignende tiltak:

- Avstandsoppfølging – Sluttrapport (Intro International, 2018)
- TeleCare Nord (TeleCare Nord, 2015)
- The Whole System Demonstrator Programme (Newman, et al., 2011)

Evalueringen bygger også på relevante grunnlagsdokumenter fra Helsedirektoratet, herunder:

- Videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging - Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. (Helsedirektoratet, 2017)
- Ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke - Rammer for utprøvingen (Helsedirektoratet, 2018)
- Tilskudd: Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke. (Helsedirektoratet, 2018)
- Oppsummering underveis om utprøving av medisinsk avstandsoppfølging (Helsedirektoratet, 2019)

Stortingsmeldinger og lignende:

- God kvalitet - trygge tjenester (Meld. St. 10, 2012-2013)
- Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet (Meld. St. 26, 2014–2015)
- Morgendagens omsorg (Meld. St. 29, 2012-2013)
- Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015)
- Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023

2.3.7 Andre datakilder

Andre datakilder som benyttes er blant annet:

- Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA) som inneholder data om ressursbruk på kommunenivå
- Statistikk over bruk av og kostnader ved oppfølgingstjenesten på kommunenivå

2.3.8 Kobling av data

Opplysninger som innhentes direkte gjennom prosjektene, fra de nasjonale administrative helseregistrene, spørreundersøkelse og teknologileverandørene kan kobles på pasientnivå. Kobling med registerdata gjennomføres ved hjelp av et unikt løpenummer, som erstatter fødselsnummer.

2.4 Rapportering

Dette er den første av tre evalueringsrapporter knyttet til evalueringen av medisinsk avstandsoppfølging. I denne første rapporten ligger fokus på å beskrive hvordan medisinsk avstandsoppfølging er organisert i de lokale prosjektene. Vi beskriver alle prosjektene hver for seg og viser til likhetstrekk og forskjeller.

Deltakerne hadde per oktober 2019 vært inkludert i utprøvingen inntil åtte måneder, mens gjennomsnittlig tid i utprøvingen var 100 dager. Datagrunnlaget er foreløpig for begrenset til at det er hensiktsmessig å gjøre analyser av effekter av medisinsk avstandsoppfølging. Vi beskriver derimot deltakerne ut fra informasjon som var tilgjengelig ved inklusjonstidspunktet. Vi beskriver også tidligere brukererfaringer basert på intervju med brukere av medisinsk avstandsoppfølging høsten 2019.

I mars 2021 vil vi levere neste evalueringsrapport. Den vil inneholde en foreløpig evaluering av effekter på helsetilstand, pasientopplevelse og ressursbruk i helsetjenesten. Videre vil vi belyse erfaringer med medisinsk avstandsoppfølging, både for pasienter og helsepersonell.

Sluttrapport for evalueringen leveres innen utgangen av 2021. Denne rapporten vil inneholde både effektevaluering, prosessevaluering og en samfunnsøkonomisk analyse.

3. Målgruppe for medisinsk avstandsoppfølging

Målgruppen for utprøvingen er pasienter med kroniske sykdommer, med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Disse pasientene kjennetegnes av et høyt forbruk av helsetjenester, og har ofte sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Pasientene har et sammensatt sykdomsbilde og omfattende behov for oppfølging av sin sykdom.

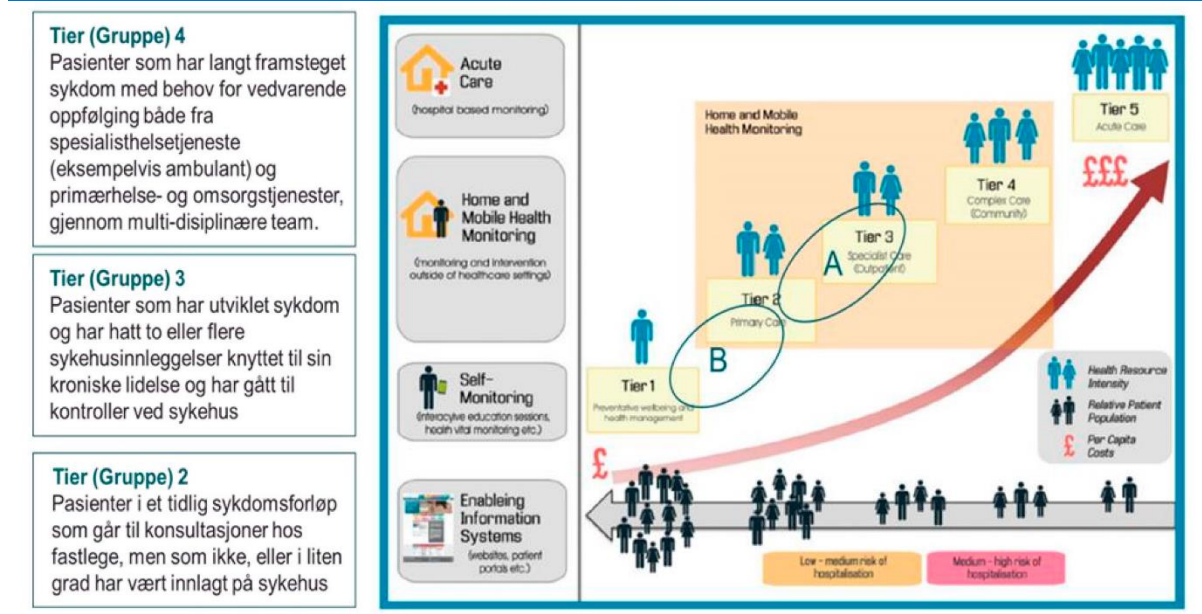
3.1 Helsedirektoratets beskrivelse av målgruppe

Målgruppen for utprøvingen er pasienter med kroniske sykdommer, med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter med høyt forbruk av helsetjenester, og gruppen består i stor grad av pasienter med sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Disse pasientene har ofte flere diagnoser, og store og sammensatte behov for oppfølging av sin sykdom.

For å avgrense målgruppen med hensyn til sykkelighetsgrad, har Helsedirektoratet tatt utgangspunkt i den skotske modellen for medisinsk avstandsoppfølging (Figur 3-1). Modellen deler inn befolkningen i fire grupper

basert på deres sykdomsbilde og forbruk av helsetjenester. Helsedirektoratet har vurdert at medisinsk avstandsoppfølging skal rettes mot pasienter med utviklet sykdom og medium til høy risiko for forverring av egen helsetilstand (gruppe 3 i Figur 3-1). Det vurderes også at enkelte pasienter med langt framsteget sykdom med behov for vedvarende oppfølging både fra primær- og spesialisthelsetjenesten (gruppe 4 i Figur 3-1) kan dra nytte av tiltaket. For disse pasientene kan medisinsk avstandsoppfølging gi bedre kontroll over egen sykdom, forhindre forverring og redusere behovet for helsetjenester (Helsedirektoratet, 2017). En medvirkende årsak til å innrette utprøvingen på noe sykere pasienter enn i den tidligere utprøvingen, er erfaringene fra TeleCare Nord i Danmark, som viste at medisinsk avstandsoppfølging førte til lavere forbruk av helsetjenester særlig for pasienter med alvorlig kols (grad 3) (Udsen, et al., 2017; Udsen, et al., 2017).

Figur 3-1: Nasjonal modell for medisinsk avstandsoppfølging i Skottland



Kilde: Helsedirektoratet (2017, p. 10)

3.1.1 Inklusjonskriterier

Helsedirektoratet har utarbeidet følgende inklusjonskriterier for deltakelse i forsøket:

- **Kronisk sykdom:** Målgruppen er avgrenset til pasienter med kronisk sykdom. Utprøvingen er likevel ikke avgrenset til spesifikke diagnoser; det er det samlede behovet for oppfølging som er avgjørende for inklusjon. Deltakere kan ha flere diagnoser, og sammensatte behov for oppfølging av sin sykdom. Det er likevel forventet at de fleste deltakerne vil ha en eller flere av følgende diagnoser: Diabetes, kols, hjerte- og karsykdommer, psykiske lidelser og kreft.
- **Samlet sykdomsbyrde:** Målgruppen har en sykdomsbyrde tilsvarende gruppe 3 eller gruppe 4 ifølge den skotske modellen (Figur 3-1), der den samlede sykdomsbyrden gir et nedsatt funksjonsnivå og et relativt stort behov for helsetjenester.
- **Risiko for forverring av helsetilstand:** Pasienten skal ha medium til høy risiko for forverring av egen helsetilstand, som kan føre til reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester.
- **Motivasjon:** Pasienten skal være motivert for medisinsk avstandsoppfølging.
- **Forventet nytte:** Pasienten skal ha forventet nytte av medisinsk avstandsoppfølging. Til grunn for dette kriteriet ligger en skjønnsmessig vurdering av forventede virkninger på helsetilstand, brukeropplevelse og ressursbruk i helsetjenesten.

Vurderingen av om kriteriene er oppfylt gjøres av helsepersonell som følger opp pasienten. Pasientens fastlege foretar den endelige vurderingen av om pasienten oppfyller kriteriene.

3.1.2 Eksklusjonskriterier

Helsedirektoratet har utarbeidet følgende eksklusjonskriterier for deltakelse i forsøket:

- **Samtykkekompetanse:** Pasienter som ikke er samtykkekompetente ekskluderes fra utprøvingen. I dette ligger det at pasienter som deltar i utprøvingen må kunne ta egne avgjørelser og forstå konsekvensene av egne valg. En person som er samtykkekompetent har evne til å resonnerer og vurdere alternativer, kan uttrykke troverdige valg som er holdbare over tid

og forstår konsekvensene av egne valg. I forbindelse med utprøvingen samles det inn en betydelig mengde sensitive personopplysninger, og pasienter som ikke selv kan gi sitt samtykke til datainnhenting ekskluderes fra utprøvingen. Pårørende kan ikke samtykke på vegne av pasienten.

- **Håndtering av utstyr:** Pasienter som ikke er i stand til å håndtere nettbrettet og måleutstyret som skal benyttes, ekskluderes fra utprøvingen.
- **Ruslidelser:** Pasienter med ruslidelser ekskluderes. Denne pasientgruppen er ofte ustabil, og medisinsk avstandsoppfølging vil trolig være bedre egnet for pasienter som med større sannsynlighet vil klare å bruke nettbrettet og eventuelle måleapparater jevnlig og slik det er tenkt.
- **Deltakere i tidligere utprøvningsprosjekter:** Pasienter som ved oppstart av den nye utprøvingen allerede mottar medisinsk avstandsoppfølging innenfor rammene av tidligere utprøvningsprosjekter, vil fortsette å motta medisinsk avstandsoppfølging, men vil ikke kunne inngå som deltakere i utprøvingen. Dette gjelder særlig VIS-prosjektet i Oslo og TELMA i Kristiansand/Agder. Pasienter som tidligere har deltatt i disse utprøvingene kan heller ikke inkluderes i denne utprøvingen.

3.2 Målgruppe i praksis

I hvert prosjekt har det blitt gjort vurderinger av hvilke pasientgrupper (innenfor inklusjons- og eksklusjonskriteriene) man mener vil være best egnet for inklusjon i det enkelte prosjekt. Disse vurderingene er gjort med bakgrunn i diskusjoner i prosjektene og med lokale interessenter, samt erfaringer fra tidligere prosjekter. I flere av prosjektene har man begynt med en eller noen få pasientgrupper, og utvidet til flere etter hvert som man har fått erfaring og kunnskap om hva som fungerer. De fleste prosjektene inkluderer pasienter med kols, diabetes og hjertesvikt. Noen prosjekter har også inkludert pasienter med kreft, hypertensjon, ernæringsproblematikk og psykiske lidelser.³ Noen prosjekter har valgt å fokusere på noen hoveddiagnoser for å få mest mulig erfaring med en avgrenset pasientgruppe, mens andre prosjekter har valgt en tilnærming, hvor man inkluderer pasienter som kan ha nytte av

³ I avsnitt 4.2 viser vi hvordan deltakerne fordeler seg på ulike hoveddiagnoser.

medisinsk avstandsoppfølging, mer uavhengig av diagnose.

I intervjuer med de kommunale prosjektlederne og med sykepleierne i oppfølgingstjenesten har flere trukket frem at pasienter med diagnoser for hvilke man kan gjøre tydelige målinger egner seg særlig godt for medisinsk avstandsoppfølging. Dette gjør det mulig å sette klare grenseverdier, og på denne måten følge med på helsetilstanden via målinger. Flere informanter påpeker likevel at muligheten for å kunne gjøre målinger og sette tydelige grenseverdier ikke er en forutsetning for å kunne følges opp gjennom medisinsk avstandsoppfølging. Det krever imidlertid litt ekstra arbeidsinnsats av de som utvikler egenbehandlingsplan og oppfølgingsplan for pasienten.

Kreft har av flere blitt trukket frem som en diagnose som kan være utfordrende å følge opp fordi det er vanskelig å kartlegge og sette målbare grenseverdier, og det er heller ikke alle prosjekter som jobber for å inkludere pasienter med kreft. I Oslo har de valgt å innrette tilbudet slik at pasienter som har en kreftdiagnose i utgangspunktet kun svarer på spørsmål, utarbeidet med utgangspunkt i ESAS-skjema⁴, og i mindre grad benytter seg av måleutstyr.

I flere av prosjektene har det blitt vurdert å inkludere pasienter med psykisk sykdom, da mange tror at dette er en pasientgruppe som kunne ha nytte av medisinsk avstandsoppfølging. Foreløpig er det kun Eid som har konkrete planer om å følge opp pasienter med denne typen helseutfordringer. Årsaken til at ikke flere prosjekter ønsker å følge opp pasienter med psykiske helseproblemer er hovedsakelig at sykepleierne i oppfølgingstjenesten opplever at de ikke har den nødvendige kompetansen for å følge opp pasienter med psykiske helseutfordringer. Samarbeid med psykisk helseteam om oppfølging av pasienter med psykisk helseutfordringer har blitt vurdert av Oslo, men man

besluttet å ikke utvikle et tjenesteforløp for denne pasientgruppen innenfor denne utprøvingen.

Det er ulik oppfatning i prosjektene av om det burde være mulig å inkludere pasienter med mild kognitiv svikt. Noen mener at man ved å utelukke disse pasientene går glipp av en stor pasientgruppe som kunne hatt nytte av medisinsk avstandsoppfølging, mens andre mener at dette er en gruppe som er lite egnet for medisinsk avstandsoppfølging. De som er åpne for å inkludere pasienter med mild kognitiv svikt poengterer at disse pasientene ofte har en pårørende som kan hjelpe til med målingene, og at det allerede nå er tilfeller hvor en pårørende i hovedsak er den som utfører målinger og holder kontakten med oppfølgingstjenesten, selv om dette ikke skyldes kognitiv svikt.

I flere prosjekter har man erfart at det har tatt tid å finne ut hvilke pasienter som egner seg best for medisinsk avstandsoppfølging. Eksempelvis har man i noen prosjekter innledningsvis inkludert pasienter med veldig dårlig helsetilstand, og erfart at disse har vært dårlig egnet for medisinsk avstandsoppfølging fordi det i liten grad er mulig å påvirke helsetilstanden deres og bruken av andre helsetjenester gjennom medisinsk avstandsoppfølging. Andre prosjekter har erfart at enkelte pasienter har vært for friske. Enkelte fastleger som vi har intervjuet har oppgitt at det var vanskelig å finne «de riktige pasientene» som kunne egne seg for medisinsk avstandsoppfølging på sin liste, selv om de kjente til inklusjonskriteriene. I noen tilfeller hang dette sammen med at fastlegen hadde en «ung og frisk» liste, men det er også indikasjoner på at det ikke alltid er så lett å identifisere pasienter i målgruppen. Flere av prosjektlederne signaliserer i intervjuene at det noen ganger er utfordrende å kommunisere til ansatte i andre deler av helsetjenesten eksakt hvilke typer av pasienter man ønsker å inkludere, og enkelte har gitt uttrykk for at man tror at dette vil gå seg til over tid, når man får mer praktisk erfaring og flere konkrete eksempler at vise til.

⁴ ESAS-skjema er et kartleggings skjema egnet til å registrere symptomer hos palliative pasienter

4. Studiepopulasjon

Per 11. oktober 2019 var det inkludert til sammen 244 pasienter i utprøvingen. I dette kapittelet beskriver vi pasientene som deltar i utprøvingen: Hva er bakgrunnen for at de ble foreslått til medisinsk avstandsoppfølging, hva er deres helsetilstand og hvilke demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn har de? Sammenligning av tiltaks- og kontrollgruppen viser at randomiseringen har vært vellykket så langt.

Per 11.10 2019 hadde 244 pasientene blitt inkludert i utprøvingen. To av disse hadde trukket sitt samtykke til å delta i utprøvingen og inngår ikke i datagrunnlaget. 19 av de inkluderte hadde avsluttet oppfølgingen, men gitt samtykke til at deres opplysninger fortsatt kunne brukes i forskningen. I Vedlegg D analyserer vi forskjeller mellom de som hadde avsluttet deltakelse og de som fortsetter deltakelsen. Det er ikke statistisk signifikante forskjeller i observerbare kjennetegn ved inklusjon mellom de to gruppene. I analysene under inngår de 242 deltakerne som per 11.10 hadde blitt inkludert, og for hvilke det forelå samtykke til å delta i evalueringen, uavhengig av om de fortsatt var aktive i utprøvingen eller ikke.

Når en pasient inkluderes i utprøvingen, registrerer oppfølgingstjenesten en rekke opplysninger om pasienten. Registreringen omfatter blant annet om pasienten er i tiltaks- eller kontrollgruppen, kjønn, fødselsår, dato for forespørsel om deltakelse, dato for samtykke, dato for utdeling av utstyr, rekrutteringskanal, hoveddiagnose og øvrige diagnoser, samt tildelt teknologi.

Beskrivelsene i dette kapittelet bygger i hovedsak på informasjon fra ovennevnte registrering, samt informasjon fra spørreundersøkelsen som pasientene svarer på ved inklusjon i utprøvingen. Vi hadde ikke mottatt alle spørreskjemaene på tidspunktet for informasjonsinnhenting til rapporten, og antall observasjoner fra spørreundersøkelsene er derfor noe lavere enn antall inkluderte pasienter.

4.1 Personlige kjennetegn ved deltakerne

Av Tabell 4-1 fremgår fordelingen av ulike kjennetegn i studiepopulasjonen som helhet, samt i tiltaks- og kontrollgruppen. I kolonne 4 er p-verdien for differansen mellom de to gruppene

oppgitt.⁵ Det kommer frem at det ikke er statistisk signifikante forskjeller mellom tiltaks- og kontrollgruppen. Det eneste unntaket er bosituasjon, hvor fordelingen i de to gruppene ser ut til å være forskjellig. Deltakere i kontrollgruppen bor i større grad sammen med ektefelle/samboer/registrert partner enn deltakere i tiltaksgruppen. Gitt at analysen kun omfatter et mindretall av den forventede studiepopulasjonen, legges dette ikke stor vekt på forskjeller mellom gruppene ved inklusjon i denne evalueringsrapporten, men basert på kjennetegnene i tabellen ser det ut til at randomiseringen foreløpig har vært vellykket. Gjennomsnittsalderen for deltakerne i utprøvingen er 71 år (Tabell 4-1). De fleste deltakerne er over 60 år (87 prosent), mens bare to prosent av deltakerne er under 40 år (se Figur 4-1). Som forventet gitt gjennomsnittsalderen er de fleste deltakerne pensjonister (71 prosent), men det er også en del deltakere som er uføretrygdede (17 prosent).

De fleste deltakerne bor alene (59 prosent), men en av tre bor sammen med ektefelle/samboer/registrert partner. Den høye andelen av deltakerne som bor alene speiles i den årlige husholdningsinntekten. I drøyt 40 prosent av deltakerne har en årlig husholdningsinntekt under 400 000 kroner, og det er i hovedsak enslige deltakere i denne kategorien (80 prosent).

For om lag halvparten av deltakerne er folkeskole, grunnskole eller videregående det høyeste fullførte utdanningsnivået (53 prosent), mens i overkant av en tredjedel har høyere utdanning (35 prosent).

Per oktober 2019 var det flest rekrutterte deltakere fra Grünerløkka, tett etterfulgt av de andre bydelene i Oslo, Larvik og Agder.

⁵ P-verdien angir sannsynligheten for at differansen mellom fordelingen i tiltaks- og kontrollgruppen er statistisk signifikant. En p-verdi på 0,05 tilsier for eksempel at det er

95 prosent sannsynlighet for at fordelingen av et gitt kjennetegn i de to gruppene er forskjellig.

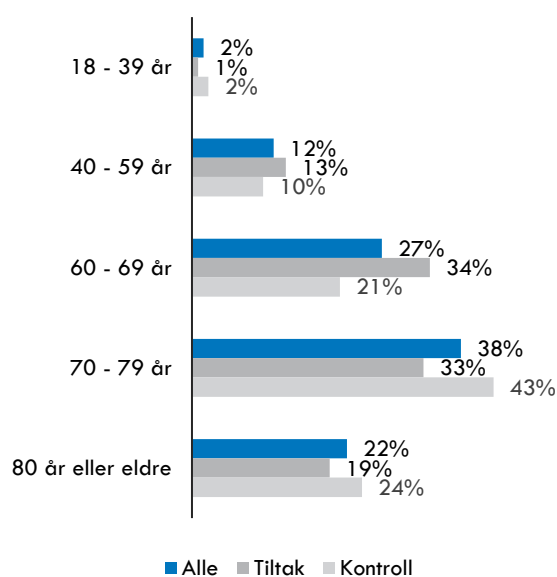
Tabell 4-1: Kjennetegn ved deltakerne i utprøvingen ved inklusjon, prosentandeler. Totalt og fordelt på tiltak- og kontrollgruppe.

	Total	Tiltak	Kontroll	P-verdi	N
Alder (gjennomsnitt)	71,3	70,2	72,1	0,1893	242
Kjønn				1,0	242
Kvinne	50,0	50,4	49,6		
Mann	50,0	49,6	50,4		
Hovedkilde til livsopphold				0,887	194
Yrkesaktiv (også sykemeldt)	7,7	7,9	7,6		
Arbeidsledig/arbeidssøkende	2,1	2,3	1,9		
Uføretrygdet	16,5	16,9	16,2		
Pensjonist	70,6	68,5	72,4		
Annet	3,1	4,5	1,9		
Husholdningens årlige inntekt				0,801	196
0 - 199 999 kr	8,7	8,9	8,5		
200 000 - 399 999 kr	33,7	36,7	31,1		
400 000 - 599 999 kr	21,4	21,1	21,7		
600 000 - 799 999 kr	8,2	8,9	7,5		
800 000 kr eller mer	5,6	2,2	8,5		
Ønsker ikke svare	22,4	22,2	22,6		
Bosituasjon				0,027	192
Bor alene	58,9	61,8	56,3		
Bor sammen med barn	3,1	6,7	0,0		
Bor sammen med ektefelle/samboer/registrert partner	32,8	27,0	37,9		
Bor sammen med foreldre/søsken/andre	0,5	0,0	1,0		
Bor i omsorgsbolig, sykehjem, bofellesskap o.l.	4,2	4,5	3,9		
Ønsker ikke svare	0,5	0,0	1,0		
Utdanningsnivå				0,177	172
Folkeskole	16,3	16,5	16,1		
Grunnskole	13,4	17,7	9,7		
Videregående	23,3	24,1	22,6		
Fagskole	11,0	12,7	9,7		
Høyere utdanning	34,9	26,6	41,9		
Ønsker ikke svare	1,2	2,5	0,0		
Prosjekt				0,328	242
Bodø	2,9	3,5	2,3		
Eid	0,8	0,0	1,6		
Agder	14,9	13,3	16,3		
Larvik	16,1	15,0	17,1		
Oslo (samlet)	63,2	64,6	62,0		
Gamle Oslo	15,7	14,2	17,1		
Grünerløkka	22,7	22,1	23,3		
Sagene	16,5	15,9	17,1		
St. Hanshaugen	8,3	12,4	4,7		
Ullensaker/Gjerdrum	2,1	3,5	0,8		

Kilde: Spørreskjema ved inklusjon i utprøvingen og registreringskjema utfyllt av prosjektmedarbeider/oppfølgingsstjenesten i forbindelse med inklusjon.

Merknad: Fisher's exact er brukt for å beregne p-verdiene.

Figur 4-1: Aldersfordeling for deltakerne i utprøvingen, prosentandeler



Kilde: Registreringsskjema utfyllt av prosjektmedarbeider/oppfølgingstjenesten i forbindelse med inklusjon.

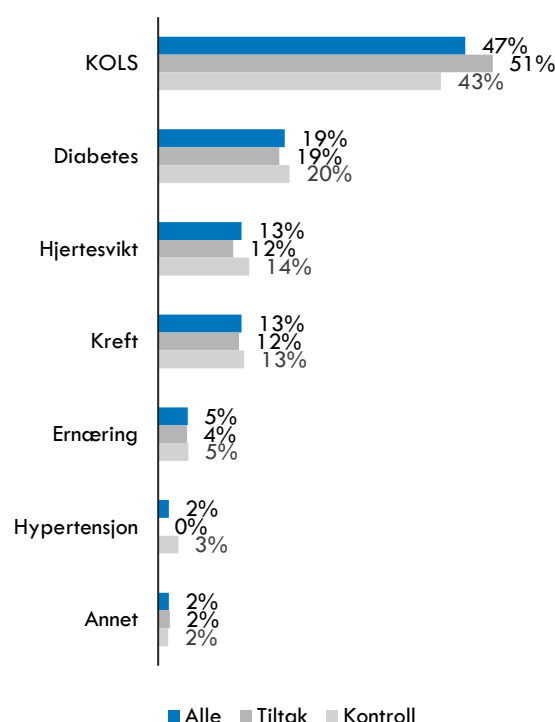
Merknad: N alle = 242, N tiltak = 113, N kontroll = 129, p-verdi = 0,149 (Fisher's exact)

4.2 Sykdomsbilde

Ved inklusjon i utprøvingen registreres det hvilken diagnose som er hovedårsaken til at pasienten ble foreslått for medisinsk avstandsoppfølging. Dette er ikke nødvendigvis pasientens medisinske hoveddiagnose, og det er også mulig å få medisinsk avstandsoppfølging for flere diagnoser. I de påfølgende avsnittene beskriver vi pasientenes fordeling etter diagnosen som var hovedårsaken til at de ble foreslått, og denne diagnosen er omtalt som pasientens hoveddiagnose.

De vanligste hoveddiagnosene i utprøvingen er kols, diabetes, hjertesvikt, kreft, ernæring og hypertensjon. Kols er den mest utbredte hoveddiagnosen (47 prosent), etterfulgt av diabetes (19 prosent) og hjertesvikt (13 prosent) (Figur 4-2). Flere av prosjektene har fokusert på kolspasienter i oppstartfasen, men har planer om eller har begynt å inkludere pasienter med andre diagnoser etter hvert som de har fått mer erfaring med tjenesten.

Figur 4-2: Deltakere i utprøvingen etter hoveddiagnose ved inklusjon, prosentandeler



Kilde: Registreringsskjema utfyllt av prosjektmedarbeider/oppfølgingstjenesten i forbindelse med inklusjon.

Merknad: Det er ikke signifikant forskjell i fordelingen på hoveddiagnose mellom intervensjon og kontroll (Fisher's exact = 0,612). N = 242

Ved inklusjon var det mulig å registrere to diagnoser i tillegg til hoveddiagnosen. Registreringen av diagnoser ved inklusjon baserer seg på det som er kommet opp i samtale mellom prosjektmedarbeider og pasient i forbindelse med inklusjon. Når evalueringen får tilgang til administrative registerdata, vil diagnosebildet kunne utdypes og nyanseres. 35 prosent av deltakerne i utprøvingen står registrert med to eller flere diagnoser (Tabell 4-2).

Blant pasientene i utprøvingen med flere diagnoser er de vanligste kombinasjonene kols og diabetes, kols og hjertesvikt og diabetes og hypertensjon. Det er også en del pasienter som har kombinasjonene kols og ernæringsproblematikk, samt kols og kreft.

Tabell 4-2: Registrerte diagnoser ved inklusjon

	Totalt	Tiltak	Kontroll
Antall diagnoser (gjennomsnitt)	1,4	1,5	1,4
Antall diagnoser (median)	1	1	1
Andel med en diagnose	65,3	60,2	69,8
Andel med to diagnoser	26,0	29,2	23,3
Andel med tre eller flere diagnoser	8,7	10,6	7,0

Kilde: Registreringsskjema utfyllt av prosjektmedarbeider/oppfølgingsjeneren i forbindelse med inklusjon. N = 242

4.3 Egenvurdert helse, livskvalitet og mestring

Et av utfallsmålene i utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging er helsetilstand. For å vurdere helsetilstand og tilhørende helserelevanter livskvalitet benytter vi det validerte spørreskjemaet EuroQol 5 Dimensions 5 Levels (EQ-5D-5L). Skjemaet omfatter fem dimensjoner av helse, herunder gange, personlig stell, evne til å gjennomføre vanlige gjøremål, smerter/ubehag og angst/depresjon. For hver av disse dimensjonene angir pasientene et nivå fra 1-5, som beskriver grad av helseproblemer innenfor hver dimensjon (ingen problemer, litt problemer, moderate problemer, alvorlige problemer, ekstreme problemer). Svarkombinasjonen av fem nivåer innenfor hver dimensjon muliggjør til sammen 3 125 (5⁵) kombinasjoner. Disse representerer ulike helsetilstander, og det er utviklet forskningsbaserte metoder for å tilordne en livskvalitetsverdi mellom null og 1,0 til hver av kombinasjonene. Flere land har utarbeidet såkalte tariffen som angir en livskvalitetsvekt for hver av helsetilstandene, men det finnes ingen slik tariff utviklet for Norge. Norske helsemyndigheter anbefaler bruk av den britiske tariffen (Statens legemiddelverk, 2018).

Den helserelevanter livskvaliteten målt ved EQ-5D-5L ved inklusjon i utprøvingen var 0,592 for deltakerne samlet sett. Sammenlignet med andre studier av telemedisinsk oppfølging ved kroniske sykdommer fremstår dette som lavt. I en britisk studie av pasienter med diabetes som fikk telemedisinsk oppfølging var den helserelevanter livskvaliteten målt ved EQ-5D 0,8 (Wild, et al., 2016), og i en nederlandsk studie av pasienter med kols som fikk telemedisinsk oppfølging var den helserelevanter livskvaliteten målt ved EQ-5D 0,75 (Tabak, et al., 2014).

Helserelevanter livskvalitet blant deltakerne var signifikant lavere for kvinner (0,561) enn for menn (0,622) (Tabell 4-3). På tvers av de fem dimensjonene i spørreskjemaet (gange, personlig stell, vanlige gjøremål, smerter/ubehag, angst/depresjon) var det 5,4 prosent av deltakerne som ikke opplevde noen problemer med noen av dimensjonene (EQ-5D-5L helsetilstand «11111»).

Den helserelevanter livskvaliteten varierte noe mellom prosjektene. Larvik hadde den laveste egenrapporterte livskvaliteten (0,452), mens Bodø hadde den høyeste (0,716) (Tabell 4-3). Prosjektadministrasjonen i Larvik har i intervjuer fortalt at de første pasientene som ble inkludert i utprøvingen var sykere enn det de senere har erfart er det mest hensiktsmessige sykkelighetsnivået. Dette gjenspeiles i den lave egenvurderte livskvaliteten til pasientene i Larvik.

Det er også noe variasjon i helserelevanter livskvalitet mellom de ulike diagnosene. Pasientene med hjertesvikt som hoveddiagnose hadde høyest egenvurdert livskvalitet (0,669), mens pasientene med hypertensjon som hoveddiagnose hadde lavest egenvurdert livskvalitet (0,523) når vi ser bort fra pasientene med «Annet» som hoveddiagnose. Det er viktig å huske på at diagnosen som her er angitt som hoveddiagnose ikke nødvendigvis er pasientens hoveddiagnose, men at diagnosen var hovedårsaken til at pasienten ble foreslått som deltaker i utprøvingen.

Tabell 4-3: Helserelatert livskvalitet målt ved EQ-5D-5L spørreskjema

	Antall	Gjennomsnittlig verdi	Standardavvik	Median	Min	Max
Alle	186	0,592	0,249	0,654	-0,229	1
Gruppe						
Tiltak	86	0,591	0,260	0,657	-0,229	1
Kontroll	100	0,594	0,240	0,651	-0,188	1
Kjønn						
Kvinner	91	0,561	0,267	0,652	-0,188	1
Menn	95	0,622	0,228	0,679	-0,229	1
Aldersgruppe						
18 – 59 år	26	0,596	0,269	0,653	-0,188	1
60 – 69 år	43	0,541	0,248	0,569	-0,229	1
70-79 år	72	0,629	0,254	0,716	-0,042	1
80 år eller eldre	44	0,577	0,228	0,644	0,066	1
Prosjekt*						
Bodø	7	0,716	0,243	0,768	0,400	1
Agder	18	0,653	0,159	0,733	0,336	0,837
Larvik	15	0,452	0,340	0,529	-0,229	0,836
Oslo (samlet)	140	0,590	0,245	0,654	-0,188	1
Gamle Oslo	36	0,561	0,246	0,653	-0,188	0,85
Grünerløkka	53	0,618	0,244	0,661	0,062	1
Sagene	37	0,598	0,234	0,654	0,076	1
St. Hanshaugen	14	0,532	0,282	0,568	-0,062	0,877
Diagnose**						
KOLS	80	0,591	0,234	0,657	-0,042	1
Diabetes	37	0,607	0,287	0,739	-0,229	1
Kreft	27	0,552	0,26	0,647	-0,188	0,877
Hjertesvikt	26	0,669	0,202	0,696	0,119	1
Hypertensjon	10	0,523	0,253	0,563	0,181	1
Annet	6	0,483	0,301	0,567	0,066	0,796

Kilde: Spørreskjema fylt ut av pasientene ved inklusjon

Merknad: Verdi for helsereelatert livskvalitet er beregnet basert på britisk tariff. Antallet respondenter er lavere enn antallet inkluderte pasienter fordi ikke alle spørreskjemaene var mottatt på tidspunktet for datainnsamlingen.

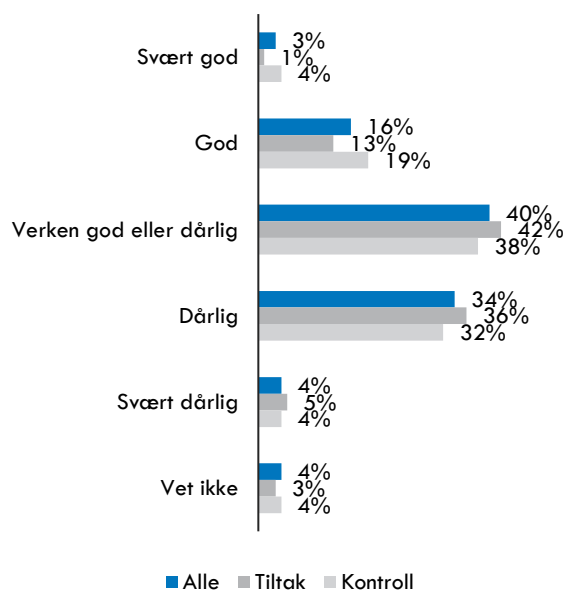
* Eid og Ullensaker/Gjerdrum er tatt ut av oversikten på grunn av personvern hensyn

** «(Ernæring)» er slått sammen med «(Annet)» av personvern hensyn

I tillegg til å svare på EQ-5D-5L, svarer deltakerne på andre spørsmål knyttet til egen helsetilstand.

På spørsmål om hvordan de alt i alt vurderer egen helse, svarte i underkant av halvparten av deltakerne at helsen deres er verken god eller dårlig (40 prosent) (Figur 4-3). En av tre deltakere svarte at de vurderer at helsen deres er dårlig (34 prosent), mens om lag halvparten så mange svarte at de vurderer at helsen deres er god (16 prosent). Få deltakere svarte at helsen deres er svært dårlig (4 prosent) eller svært god (3 prosent).

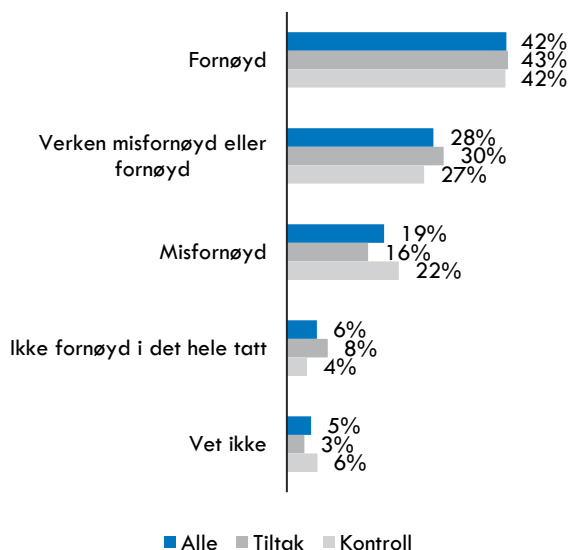
Figur 4-3: Deltakernes vurdering av egen helse. Prosentandeler



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført ved rekruttering av deltakere til utprøvingen. N = 192

Til tross for at relativt få deltakere vurderer at de har god eller svært god helse, oppga nesten halvparten at de er fornøyd med livet for tiden (42 prosent). I overkant av en fjerdedel av deltakerne oppga at de er verken misfornøyd eller fornøyd (28 prosent) med livet, mens noe færre oppga at de er misfornøyd eller ikke fornøyd i det hele tatt (25 prosent).

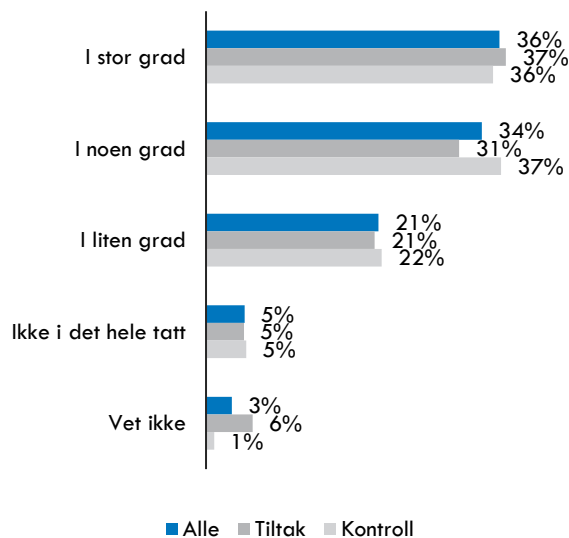
Figur 4-4: Deltakernes vurdering av fornøydhetsgrad med livet. Prosentandeler



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført ved rekruttering av deltakere til utprøvingen. N = 191

Et annet utfallsmål i utprøvingen er deltakernes opplevelse av kontroll over egen helsesituasjon og hverdagsplanlegging. På spørsmål om i hvilken grad deltakerne opplever at de har kontroll over helsesituasjonen sin, svarte i overkant av en tredjedel at de i stor grad opplever at de har kontroll (36 prosent) (Figur 4-5). Om lag like mange svarte at de i noen grad har kontroll (34 prosent), mens rundt en av fem svarte at de i liten grad opplever at de har kontroll over helsesituasjonen sin (21 prosent). Få svarte at de opplever at de ikke i det hele tatt har kontroll over helsesituasjonen sin (5 prosent).

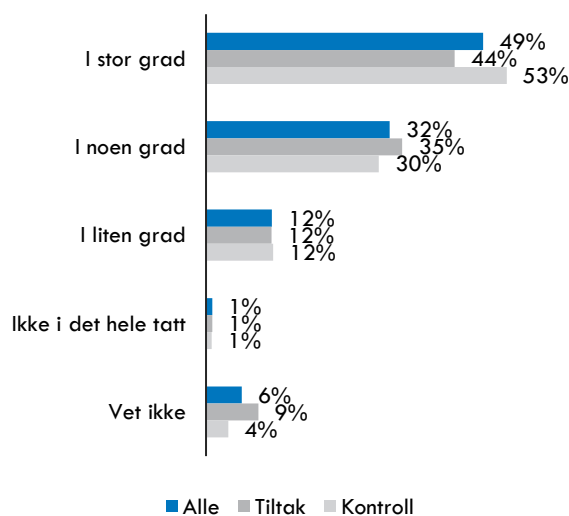
Figur 4-5: Deltakernes vurdering av i hvilken grad de opplever at de har kontroll over helsesituasjonen sin. Prosentandeler



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført ved rekruttering av deltakere til utprøvingen. N = 187

Forståelse av eget sykdomsbilde er også et utfallsmål i utprøvingen, og på spørsmål om i hvilken grad deltakerne opplever at de forstår sin kropps signaler og symptomer, svarte halvparten «i stor grad» (49 prosent), en tredjedel «i noen grad» (32 prosent) (Figur 4-6). Om lag en av åtte svarte at de i liten grad opplever at de forstår sin kropps signaler og symptomer.

Figur 4-6: Deltakernes vurdering av i hvilken grad de opplever at de forstår sin kropps signaler og symptomer. Prosentandeler

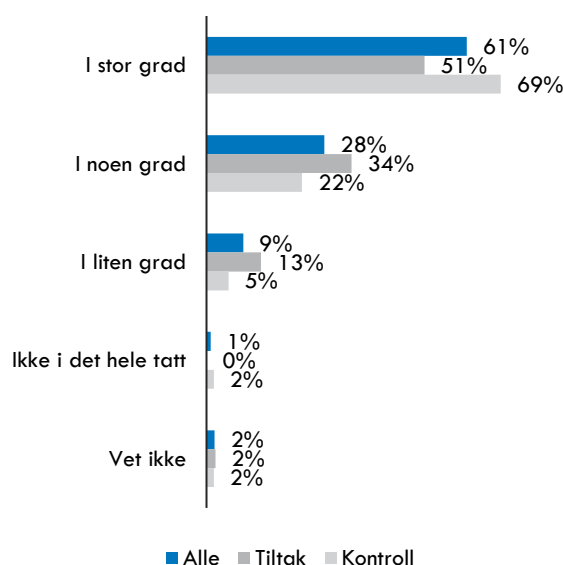


Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført ved rekruttering av deltakere til utprøvingen. N = 189

4.4 Oppfølging av helsetilstand

Mange av deltakerne i utprøvingen har et stort forbruk av helsetjenester, og deres opplevelse av kvalitet, helhet og sammenheng i helsetjenesten er et viktig utfallsmål i evalueringen. På spørsmål om i hvilken grad de er fornøyd med oppfølgingen av helsen deres, svarte de fleste «i stor grad» (61 prosent) (Figur 4-7). 28 prosent svarte «i noen grad» og ni prosent svarte «i liten grad».

Figur 4-7: Deltakernes vurdering av i hvilken grad de er fornøyd med oppfølgingen av helsen deres. Prosentandeler

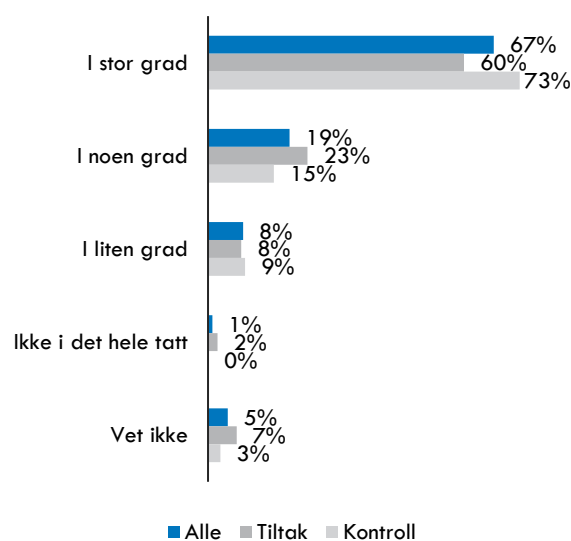


Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført ved rekruttering av deltakere til utprøvingen. N = 105. Merknad: Dette spørsmålet ble lagt til i versjon 2 av spørreundersøkelsen.

To av tre deltakerne oppga at de i stor grad opplever at fastlegen deres er tilstrekkelig involvert i oppfølgingen av helsen deres (Figur 4-8). Få deltakere opplever at fastlegen deres i liten grad er tilstrekkelig involvert i oppfølgingen av helsen deres (8 prosent), men en av fem mener at fastlegen kun i noen grad er tilstrekkelig involvert i oppfølgingen av helsen deres (19 prosent).

⁶ Eid og Agder har ikke levert opplysninger til denne statusrapporten, men skal levere opplysninger til senere rapporter.

Figur 4-8: Deltakernes vurdering av i hvilken grad de opplever at fastlegen deres er tilstrekkelig involvert i oppfølgingen av helsen deres. Prosentandeler



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført ved inklusjon av deltakere til utprøvingen. N = 194

4.5 Bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester

Å analysere endringer i bruken av helsetjenester som følge av medisinsk avstandsoppfølging er en sentral oppgave i evalueringen. I denne evalueringsrapporten er pasientgrunnlaget ikke tilstrekkelig stort for å analysere effekter på ressursbruk, og vi har ikke innhentet data fra administrative helseregister. Derimot har vi mottatt opplysninger om bruk av kommunale helse- og omsorgstjenester for alle deltakere i tiltaks- og kontrollgruppen, som de lokale prosjektene samler inn for evalueringen.⁶ Registreringen gjøres over fire ukerperioder. Den første registreringen gjøres fire til åtte uker før inklusjon i utprøvingen, og deretter minst hver tredje måned etter inklusjon.

Nedenfor presenterer vi bruken av helse- og omsorgstjenester ved nullpunkt, som defineres som fire til åtte uker før inklusjon. Årsaken til at nullpunkt måles noen uker før inklusjon, er at man i den tidligere utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging erfarte at bruken av helsetjenesten ofte gikk kraftig opp i ukene før inklusjon, og at en sammenligning av ressursbruk ved inklusjon og senere ressursbruk ikke ga et

realistisk bilde av endringer i ressursbruk som følge av medisinsk avstandsoppfølging.

Ved inklusjon hadde 42 prosent av deltakerne helsetjenester i hjemmet, og 21 prosent hadde praktisk bistand. 54 prosent av deltakerne

hadde hverken hjemmetjeneste eller praktisk bistand. Videre hadde knapt fire prosent hatt et korttidsopphold og en prosent av pasientene hadde hatt opphold på kommunal akutt døgnerhet (KAD) i den aktuelle fireukersperioden (Tabell 4-4).

Tabell 4-4: Prosentandel av deltakerne som hadde kommunale helse- og omsorgstjenester 30 til 60 dager før inklusjon

Variabel	Totalt	Tiltak	Kontroll	Differanse (p-verdi)
Har helsetjenester i hjemmet	42,3	46,8	38,2	-8,573 (0,227)
Har praktisk bistand	20,9	25,5	16,7	-8,865 (0,129)
Har opphold korttid	3,6	3,2	3,9	0,730 (0,785)
Har opphold KAD	1,0	2,1	0,0	-2,128 (0,140)

Kilde: Kommunal registrering av helse- og omsorgstjenester
Merknad: Mangler data for prosjektene i Eid og Agder. N=196

I Tabell 4-5 ser vi nærmere på omfanget av helse- og omsorgstjenestebruken blant de deltakerne som hadde helse- og omsorgstjenester. Deltakerne hadde i snitt 31 helsetjenester i hjemmet-besøk i løpet av de fire til åtte ukene før inklusjon. Samlet varte disse besøkene i snitt i 523 minutter, eller nærmere ni timer. De som mottok praktisk bistand hadde i snitt 3,5 besøk i løpet av perioden, med en samlet varighet på i snitt 135 minutter, altså to timer og et kvarter. Bare syv deltakere hadde opphold på korttids plass og to deltakere hadde opphold på kommunal akutt døgnerhet. Gjennomsnittlig opphold på korttids plass var 15 døgn, mens tilsvarende på kommunal akutt døgnerhet var et døgn.

Det var stor spredning i bruken av helse- og omsorgstjenester (Figur 4-9). Drøyt 40 prosent av deltakerne hadde ti eller færre helsetjenester i hjemmet-besøk, og for omtrent like mange var den samlede varigheten av disse under fem timer. Samtidig var det flere deltakere som hadde inntil 90 besøk i perioden (og noen få hadde enda flere besøk), som tilsvarer tre besøk per dag, med en samlet varighet på opptil 40 timer.

Inntil 90 prosent av pasientene hadde fem eller færre praktisk bistand-besøk, og ytterst få hadde flere enn ti besøk. Majoriteten av pasientene hadde praktisk bistand i mindre enn fem timer.

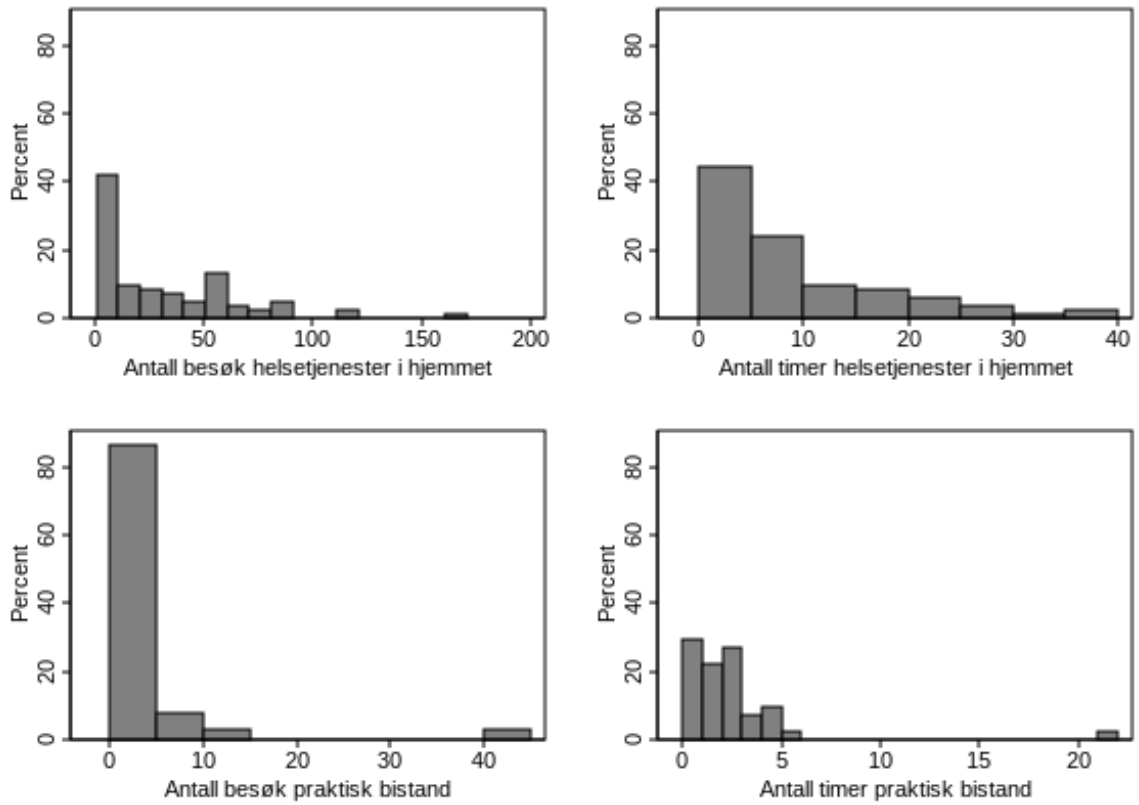
Tabell 4-5: Gjennomsnittlig bruk av kommunale hjemme- og omsorgstjenester 30 til 60 dager før inklusjon, forutsatt at deltakeren hadde slike tjenester

Variabel	Totalt	Tiltak	Kontroll	Differanse (p-verdi)	N
Antall besøk helsetjenester i hjemmet	30,8 [17] (32,7)	28,5 [16] (29,2)	33,3 [24] (36,5)	4,785 (0,510)	83
Antall minutter helsetjenester i hjemmet	523,1 [384] (547,9)	483,5 [402] (491,9)	567,8 [375] (608,4)	84,27 (0,488)	
Antall besøk praktisk bistand	3,5 [2] (6,7)	4,1 [2] (8,8)	2,7 [2] (2,5)	-1,405 (0,528)	41
Antall minutter praktisk bistand	135,0 [80] (206,5)	168,5 [122] (259,4)	87,8 [72] (76,6)	-80,78 (0,222)	
Antall opphold korttid	1,3 [1] (0,5)	1,3 [1] (0,6)	1,2 [1] (0,5)	-0,0833 (0,846)	7
Antall døgn korttid	15,6 [14] (7,4)	11,3 [14] (4,6)	18,8 [19] (7,9)	7,417 (0,213)	
Antall opphold KAD	1,0 [1] (0,0)	1,0 [1] (0,0)	0,0 [-] (0,0)	-1	2
Antall døgn KAD	1,0 [1] (0,0)	1,0 [1] (0,0)	0,0 [-] (0,0)	-1	

Kilde: Kommunal registrering av helse- og omsorgstjenester

Merknad: Mangler data for Eid og Agder. For hver variabel er det oppgitt gjennomsnitt på øverste rad, median i firkantparentes og standardavvik i vanlig parentes.

Figur 4-9: Fordeling av bruk av helsetjenester i hjemmet og praktisk bistand 30 til 60 dager før inklusjon, forutsatt at deltakeren hadde slike tjenester



Kilde: Kommunal registrering av helse- og omsorgstjenester
Merknad: Mangler data for Eid og Agder.

5. Oppstart og forankring av de seks lokale prosjektene

I 2018 arbeidet de seks prosjektene med tjenesteutviklingen lokalt. Prosjektene brukte i oppstartfasen mye ressurser på utvikling av tjenesteforløp, anskaffelser og ivaretagelse av personvern. Ikke minst har prosjektene jobbet mye med forankring av medisinsk avstandsoppfølging i kommunen og i andre deler av helsetjenesten. Generelt opplever prosjektlederne at mange har en positiv innstilling til medisinsk avstandsoppfølging, men at de må jobbe kontinuerlig med forankring for å sikre at relevante aktører til enhver tid kjenner til medisinsk avstandsoppfølging og tilhørende utprøving.

I dette kapittelet beskriver vi arbeidet med å starte opp utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Beskrivelsen bygger på intervjuer som ble gjennomført med medlemmer i prosjektadministrasjonen i alle de seks lokale prosjektene: Agder (Kristiansand kommune), Bodø, Eid, Larvik, Oslo (med fire prosjektledere), og Ullensaker/Gjerdrum. Høsten 2018 ble det gjennomført et innledende intervju med prosjektadministrasjonen i hvert prosjekt. Formålet var å kartlegge bakgrunnen for deltakelse fra kommunens side, samt erfaringer i planleggingsfasen. Høsten 2019 ble det gjennomført ett intervju med prosjektleder i hvert prosjekt. På enkelte av disse intervjuene var også andre prosjektmedlemmer til stede. Formålet med intervjuene var å lære om den lokale organiseringen av medisinsk avstandsoppfølging, og om erfaringer i prosjektet så langt. Analysen bygger i hovedsak på notater fra og utskrifter av disse intervjuene. Vi har gjennomgått notatene og utskriftene og hentet ut meningsinnholdet, som har blitt kondensert til en beskrivende tekst. Medlemmer i forskergruppen har også deltatt på prosjektsamlinger i regi av Helsedirektoratet, og observasjoner som er gjort i forbindelse med disse samlingene inngår også i datagrunnlaget for analysen.

5.1 Kommunenes motivasjon for deltakelse i utprøvingen

For de fleste kommunene var bakgrunnen for deltakelse et ønske om å videreføre, videreutvikle eller supplere et pågående prosjekt med velferdsteknologi eller nye arbeidsmåter i primærhelsetjenesten (f.eks. primærhelseteam). For eksempel deltok Oslo kommune (med bydelene St. Hanshaugen, Grünerløkka, Gamle Oslo og Sagene) i første utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i regi av Helsedirektoratet, mens Kristiansand og Larvik hadde egne prosjekter med utprøving av velferdsteknologi (TELMA i Kristiansand og Helsehjelpen i Larvik). Oslo, Eid og Kristiansand kommune deltar også i

Helsedirektoratets forsøk med primærhelseteam, og var allerede godt i gang med utprøving av nye metoder i primærhelsetjenesten. For Bodø kommune var bakgrunnen for deltakelse i prosjektet at de lenge hadde lett etter et utviklingsprosjekt der man kunne jobbe mot kommunehelsetjenesten og fastlegetjenesten.

Prosjektlederne pekte i de innledende intervjuene på at motivasjonen for deltakelse var å skaffe erfaring om hvordan man kan ta i bruk ny teknologi og være med på å forme fremtidens helsetjeneste. Flere pekte på at medisinsk avstandsoppfølging vil være nødvendig for å sikre en bærekraftig helsetjeneste fremover, og at det viktige nå er å fremskaffe kunnskap om hvordan medisinsk avstandsoppfølging kan tas i bruk på en best mulig måte. Enkelte prosjektledere fortalte at det var en viktig motivasjon å jobbe for å opprettholde helsetjenester av god kvalitet i områder med større avstand til helsehjelp som følge av sentralisering.

5.2 Planlegging og oppstart

Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging startet i juni 2018, og 2018 ble viet til planlegging. Kommunene la mye tid og ressurser i forankring og tjenesteutvikling. Opprinnelig var planen at alle prosjekter skulle begynne med inklusjon av pasienter 1. januar 2019, men av ulike grunner ble oppstart forsinket i flere prosjekter. Under beskriver vi noen av temaene som prosjektene jobbet med i planleggingsfasen.

5.2.1 Utvikling av tjenesteforløp

Høsten 2018 jobbet prosjektene med utvikling av tjenesten. I *Ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke* (Helsedirektoratet, 2018) beskriver Helsedirektoratet anbefalt innretning og innhold i tjenesten. The Chronic Care Model (CCM) ble foreslått som en rettesnor for utviklingen av et godt tjenesteforløp for medisinsk avstandsoppfølging. CMM er en modell

som skal bidra til bedre helse- og omsorgstilbud til kronisk syke. Modellen tar utgangspunkt i fastlegen som koordinator for et proaktivt tverrfaglig team rundt kronisk syke. Modellen åpner for at deler av den systematiske oppfølgingen kan utføres av annet personell enn leger. I CMM er det et krav at pasienten som involveres i behandlingen, har god tilgjengelighet til tjenestene og en konkret oppfølgingsplan (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Helsedirektoratet stilte noen krav til utformingen av tjenesten, herunder

- at fastlegen må vurdere om pasienten egner seg for medisinsk avstandsoppfølging
- at oppfølgingen av pasienter måtte utføres av en sykepleier
- at kommunen skal ha ansvar for utstyr og teknologiske løsninger, samt programvare

Utover disse spesifikke kravene la Helsedirektoratet til grunn at de deltakende kommunene måtte gjennomgå egen organisasjon og bli enig om hvordan oppgavene knyttet til medisinsk avstandsoppfølging kunne ivaretas, og av hvem.

Helsedirektoratet har arrangert en rekke workshops og webinarer for å hjelpe prosjektene i tjenesteutviklingsarbeidet, og har leid inn PA Consulting som prosess-støtte. I arbeidet har både pasienter og representanter for hjemmetjenesten, fastlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten deltatt. Prosjektene har også delt erfaringer med hverandre.

Utviklingen av tjenesteforløpene er en pågående prosess, og Helsedirektoratet har planlagt at tjenesteforløpene skal videreutvikles og oppdateres jevnlig i prosjektperioden etter hvert som prosjektene får mer erfaring. Tjenesteforløpet beskrives overordnet i kapittel 6.

5.2.2 Forankring i andre deler av helsetjenesten⁷

Medisinsk avstandsoppfølging er en tjeneste som involverer flere deler av helsetjenesten, og på ulike plan:

- Alle deler av helsetjenesten skal kunne foreslå pasienter til tjenesten, noe som forutsetter at aktørene kjenner til prosjektet, samt inklusjon- og eksklusjonskriteriene

- Pasientene i målgruppen får ofte oppfølging fra flere deler av helsetjenesten, og det er derfor viktig at de ulike aktørene har kjennskap til disse tjenestene og samarbeider om pasienten
- Dersom medisinsk avstandsoppfølging skal kunne føre til redusert ressursbruk, forutsetter det at de andre tjenestene er villige til å endre sine egne arbeidsmåter (f.eks. gjennom redusert oppfølging)
- Andre deler av helsetjenesten kan ta i bruk medisinsk avstandsoppfølging som en del av sin egen oppfølging av pasienten

Derfor var en helt sentral del av arbeidet i oppstartfasen å jobbe med forankring av tjenesten både i kommunen og i andre deler av helsetjenesten.

Prosjektene har jobbet kontinuerlig med forankring helt siden oppstart, og prosjektlederne har fortalt at det har vært mange utfordringer underveis. Vårt inntrykk, basert på intervjuer med prosjektlederne, er at kommuneledelsen stort sett har vært positiv til medisinsk avstandsoppfølging. Dette gjelder stort sett også ledelsen på de lokale sykehusene. Selv om forankringen i ledelsen i kommunen og på sykehus i de fleste prosjektene av prosjektlederne oppleves som god, har forankring av tjenesten på lavere tjenestenivåer i en del prosjekter vært krevende (dette beskrives nærmere i avsnitt 6.6).

Flere prosjektledere har opplevd at det har tatt veldig lang tid å få medisinsk avstandsoppfølging «(inn under huden)» på ledelse og helsepersonell i andre deler av helsetjenesten. Selv om mange er positive til tjenesten, har det til tider vært utfordrende å få disse til å forstå hva tjenesten går ut på og hvordan de kan ta den inn i sitt eget arbeid, for eksempel i forbindelse med inklusjon av nye pasienter. Dette ser ut til å henge sammen med mange faktorer, som at helsepersonell er svært travle i sin arbeidshverdag, og at det da kan være vanskelig å endre sine rutiner eller å tenke nytt, samt at utprøvingen gjennomføres som en randomisert studie.

Prosjektlederne har derfor opplevd at de må ha fortløpende kontakt med de andre delene av tjenesten. Flere beskriver at de andre tjenestene glemmer medisinsk avstandsoppfølging så fort prosjektadministrasjonen snur ryggen til, og at man har utarbeidet ulike strategier for å holde

⁷ I dette avsnittet beskriver vi hvordan prosjektene har jobbet med forankring av tjenesten i andre deler av helsetjenesten. I kapittel 6.6 beskriver vi samhandling mellom

oppfølgingstjenesten og andre deler av helsetjenesten om den enkelte pasient.

kontakten med de andre aktørene. Å skape og opprettholde forankringen tar tid, men de fleste beskriver at de ved å ta tiden til hjelp oppnår bedre forankring.

Prosjektet i Agder har møtt på ekstra utfordringer knyttet til at flere kommuner er involvert. Prosjektadministrasjonen har brukt mye ressurser på å etablere samarbeidsavtaler med flere kommuner, samt med fastleger i de samme kommunene. At prosjektet er en videreføring av et tidligere utprøvningsprosjekt med noe ulik utforming har også medført utfordringer, for eksempel ved at den nye utprøvingen gjennomføres som en randomisert studie.

Forankring i fastlegetjenesten

Fastlegene spiller en viktig rolle i utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging, og for at tjenesten skal kunne tilbys som skissert av Helsedirektoratet, er det helt sentralt å få med fastlegene i prosjektet. Samtidig er fastlegene svært presset i sin arbeidshverdag, og mange er redde for at de skal få flere oppgaver som tar enda mer tid. Flere av prosjektlederne forteller om at det har vært utfordrende å få med fastlegene.

Allerede når prosjektene søkte om deltakelse i utprøvingen skrev de intensjonsavtaler med en rekke fastleger. I etterkant har de fleste blitt omgjort til samarbeidsavtaler, og nye samarbeidsavtaler er inngått. En samarbeidsavtale forplikter fastlegen til å bidra til å inkludere pasienter i utprøvingen. At fastlegen har samarbeidsavtale er imidlertid ingen forutsetning for at en pasient skal kunne inkluderes i studien, og ikke alle prosjekter har lagt fokus på å inngå samarbeidsavtaler.

Prosjektene gikk inn for å involvere fastlegene allerede tidlig i planleggingsfasen. Flere av prosjektene har ansatt en fastlege i prosjektgruppen, og det fremstår som at dette har vært en suksessfaktor for å få innpass hos fastlegene. En fordel med å ha en fastlege med i prosjektet er at denne har tilgang til arenaer hvor fastleger samles. Flere av prosjektlederne beskriver at prosjektfastlegen når frem til fastlegene på en annen måte enn de andre i prosjektadministrasjonen, ved at de «snakker samme språk»). Prosjektadministrasjonen i de lokale prosjektene har møtt legene på ALU-møter⁸ og tilsvarende møter hvor fastlegene samles. Man

har også invitert fastlegene til workshops, eller møtt opp direkte på fastlegekontorene.

Vårt inntrykk er at det er stor variasjon i hvordan fastlegene forholder seg til medisinsk avstandsoppfølging, både mellom og innenfor prosjektene. Vi erfarer, basert på intervjuer med prosjektledere, sykepleiere i oppfølgingstjenesten og med fastleger, at fastlegene i enkelte kommuner fremstår som mer positive til medisinsk avstandsoppfølging enn i andre kommuner. I andre kommuner gir prosjektlederne uttrykk for at fastlegene har en mer passiv tilnærming. Fastlegene rekrutterer ikke nødvendigvis pasienter selv, men følger opp når pasienter på deres liste blir foreslått til utprøvingen. Det er også eksempler på fastleger som er uttalt skeptiske til tjenesten, og som ikke ønsker å ta del i utprøvingen. Noen ansatte i prosjektadministrasjonen mener dog at det ofte er de som vet minst om tjenesten som er mest skeptiske, og at de kan endre mening når de lærer mer om medisinsk avstandsoppfølging. Flere prosjektledere har trukket frem at de tror at det vil bli enklere å engasjere fastlegene når man har flere positive erfaringer og eksempler å vise til.

Forankring på sykehus

Alle de seks prosjektene har samarbeidsavtaler med sitt lokale sykehus. Denne forplikter sykehuset til å delta i utprøvingen, blant annet ved å foreslå pasienter til utprøvingen. Samarbeidet er altså forankret på et overordnet nivå, men det varierer hvordan samarbeidet foregår i praksis.

I Oslo er for eksempel samarbeidet med Lovisenberg sykehus lagt opp slik at Lovisenberg har en egen prosjektleder, på lik linje med prosjektlederne i de fire deltakende bydelene, samt en dedikert prosjektmedarbeider. Prosjektlederen på sykehuset er ansvarlig for forankring av medisinsk avstandsoppfølging på sykehuset. I tillegg har Lovisenberg en ressursperson på hver sengepost og på medisinsk poliklinikk. Man har ukentlige møter der representanter fra både kommunen og sykehuset deltar.

I øvrige prosjekter har man en kontaktperson på sykehuset som har ansvar for å følge opp rekrutteringen til medisinsk avstandsoppfølging på sykehuset. I alle prosjekter unntatt Ullensaker/Gjerdrum er denne personen en sykepleier på poliklinikk eller sengepost. I Ullensaker/Gjerdrum

⁸ Allmennlegeutvalget (ALU) skal bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunene for å ivareta legenes oppgaver i fastlegeordningen. Kommunen skal ta

initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennleger er deltakere. Det er møteplikt med mindre legen har gyldig forfall.

har man representanter fra Ahus og på LHL-sykehuset Gardermoen i prosjektgruppen, og i tillegg kontaktpersoner på sykehusene som er leger på lungemedisinsk og hjertemedisinsk avdeling.

Forankring i hjemmetjenesten

Det er stor variasjon i hjemmetjenestens rolle mellom prosjektene. I Oslo, Ullensaker/Gjerdrum, samt delvis i Agder er oppfølgingstjenesten plassert i hjemmetjenesten, noe som fører til at tjenestene har et nært forhold. I kommuner hvor oppfølgingstjenesten ikke er plassert sammen med hjemmetjenesten, oppgir prosjektlederene at det er mindre kontakt og mer blandede erfaringer med forankring og samarbeid.

Enkelte prosjektledere har opplevd at det er litt vanskelig å samarbeide med hjemmetjenesten om medisinsk avstandsoppfølging. I et par prosjekter har prosjektlederne rapportert om at selv om forankringen er på plass på ledernivå, er det utfordrende å få til forankring på lavere nivåer. Noe av det oppgis å skyldes at hjemmetjenesten har for lite ressurser og er veldig travle. Men enkelte prosjektledere gir også uttrykk for at noen sykepleiere i hjemmetjenesten er redde for hva som skjer når man mister den menneskelige kontakten med pasientene, og at det oppleves som vanskelig å slippe taket og ikke møte pasientene fysisk.

5.2.3 Anskaffelse av teknologi

For å kunne tilby tjenesten medisinsk avstandsoppfølging var kommunene avhengige av å tilknytte seg en teknologileverandør, som kunne levere den digitale plattformen for tjenesten. Prosjektene har valgt ulike løsninger. Noen prosjekter (kommuner) hadde allerede en avtale med en leverandør fra tidligere eller tilgrensende prosjekter og valgte å forlenge disse avtalene. Andre prosjekter inngikk en FoU-avtale med en teknologileverandør, mens de resterende gikk for en ordinær anskaffelse.

Prosjektlederne erfarte at anskaffelsesprosessene var tidkrevende og utfordrende. For å gjøre en god anskaffelse måtte prosjektadministrasjonen skrive en detaljert kravspesifikasjon, hvilket innebar å sette seg inn i de tekniske aspektene ved løsningene. Samtidig oppleves teknologien som umoden, og i stadig utvikling, og det kan være vanskelig å vite hvilke krav man kan stille til løsningene. For mange var det dessuten ukjent terreng å gjennomføre en anskaffelse.

5.2.4 Personvern og informasjonssikkerhet

Personvern og informasjonssikkerhet var et stort tema i oppstartfasen av prosjektet. Innenfor

tjenesten medisinsk avstandsoppfølging håndteres store mengder sensitive helseopplysninger. Helseopplysningene skal i tillegg sendes fra pasient til oppfølgingstjenesten, og eventuelt også deles med annet helsepersonell. Dette har stilt strenge krav til teknologiske løsninger og rutiner for prosjektene. Ved oppstarten av prosjektet var det nye regelverket for personvern (GDPR) nytt, og helt ukjent for de fleste. Mange prosjektledere opplevde at det var vanskelig å finne ut av hva som måtte gjøres for å oppfylle kravene som forordningen stiller. Det var også stor variasjon mellom prosjektene i hvilke lokale ressurser man kunne trekke på for å finne gode løsninger. Prosjektene har prøvd å hjelpe hverandre, og Helsedirektoratet har også bistått i arbeidet.

5.3 Samlede erfaringer fra oppstartfasen

Vårt inntrykk er at oppstartfasen har vært svært krevende for de lokale prosjektene, i noen tilfeller kanskje mer krevende enn man hadde forutsett.

Medisinsk avstandsoppfølging er en kompleks tjeneste, og til tross for Helsedirektoratets sine retningslinjer var det lite som var forhåndsbestemt. For å komme i gang med prosjektet har det vært behov for både helsefaglig, juridisk og teknisk kompetanse, samt samarbeid mellom flere ulike typer av aktører.

I tillegg har prosjektene opplevd en rekke større og mindre utfordringer av praktisk karakter. I Oslo har man erfart at pasienter som blir foreslått til medisinsk avstandsoppfølging bor i en bydel som ikke omfattes av utprøvingen og at alle innbyggere på en fastlegeliste ikke kommer fra samme bydel. I Agder er det svært mange aktører som skal involveres siden prosjektet kan inkludere pasienter fra alle kommuner i Agderfylkene. I Eid er det små forhold og ikke så mange ressurser å trekke på, samtidig som man har gjennomgått en kommunesammenslåing. I flere prosjekter er det store geografiske avstander, noe som stiller krav til planlegging av hjemmebesøk og lignende. I Bodø har man opplevd at pasienter ikke kan inkluderes i utprøvingen grunnet dårlig dekning og manglende BankID, for å nevne noen eksempler.

De som hadde vært med i tidligere utprøvinger hadde på mange måter en fordel av at de kunne trekke på sine erfaringer, med de ble også utfordret til å tenke nytt – ikke bare fortsette i samme spor som tidligere.

Å starte opp tjenesten har vært veldig ressurskrevende, og enkelte prosjektledere har oppgitt at det ville vært veldig utfordrende å starte opp tjenesten uten tilskuddet fra Helsedirektoratet. Fremdriftsplanen for utprøvingen var stram, og arbeidet i oppstartfasen gikk ikke alltid så fort som planlagt. Flere har oppgitt at de heller utvikler en god og bærekraftig tjeneste med forsinket oppstart, enn lanserer en tjeneste som ikke er bærekraftig.

Prosjektene har samarbeidet og delt erfaringer underveis i oppstartfasen. Helsedirektoratet har arrangert samlinger, men det har også vært kontakt mellom enkelte prosjektledere utenom disse samlingene. Det fremstår som at prosjektene har hatt god hjelp av hverandre, men flere gir inntrykk av at de gjerne kunne ha samarbeidet mer på tvers av prosjektene.

6. Organisering av medisinsk avstandsoppfølging

Høsten 2019 ble det gjennomført intervjuer med de kommunale prosjektlederne, ansatte i oppfølgingstjenesten og annet helsepersonell tilhørende de ulike prosjektene. De aller fleste prosjektene hadde kommet godt i gang med inklusjon og oppfølging av pasienter. Hvert prosjekt har utviklet egne tjenesteforløp, som er tilpasset den lokale konteksten. I alle prosjektene jobber oppfølgingstjenesten og andre deler av helsetjenesten sammen rundt oppfølgingen av pasientene.

I dette kapitlet beskriver vi hvordan tjenesten er utformet i de deltakende kommunene. Vi framhever sentrale trekk ved organisering og samhandling. Beskrivelsen baserer seg på intervjuer med kommunale prosjektledere og annet helsepersonell, kommunenes registrering av deltakere, samt en spørreundersøkelse som rettet seg til ansatte i oppfølgingstjenesten. Både intervjuene og spørreundersøkelsen ble gjennomført høsten 2019.

Vi har i arbeidet med dette kapitlet gjennomgått notatene og utskriftene fra disse intervjuene for å hente ut meningsinnholdet. Dette har senere blitt kondensert til en beskrivende tekst.

Kompletterende beskrivelser av organiseringen av medisinsk avstandsoppfølging i de ulike prosjektene finnes i Vedlegg A. Tabell 6-1 viser sentrale trekk ved organiseringen av medisinsk avstandsoppfølging i de enkelte prosjektene.

Tabell 6-1: Organisering av medisinsk avstandsoppfølging i prosjektene

	Oslo	Larvik	Bodø	Agder	Ullensaker/ Gjerdrum	Eid
Målgruppe	Kols, diabetes, hjertesvikt, hypertensjon, kreft og ernæringsproblematikk	Vurderer helhetlig behov og nytte sett i forhold til mulig gevinst, kols, hjerte- og karsykdommer og diabetes	Vurderer helhetlig behov og nytte. MS, hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og angstlidelser.	Kols, diabetes, hjertesvikt	Kols, hjertesvikt	Har ikke klare definisjoner for hvem de skal inkludere, men ønsker å ha et ekstra fokus på pasienter med psykiske lidelser
Organisering av oppfølgningstjenesten						
Navn	Oppfølgingssenteret	Helsehjelpen	Helsehjelpa	Telemedisinsk sentral (TMS) eller oppfølging hos PHT-sykepleier	Oppfølgningstjenesten	Oppfølgningstjenesten
Åpningstider	Hverdager 08-15	Hverdager 08-17	Hverdager 08-15:30	Hverdager 08-15	En dag i uken 13-15	Åpen døgnet rundt på årets alle dager
Bemanning	Hovedsakelig to sykepleiere som deler på en stilling på mellom 100 og 150 prosent.	En sykepleier i 100-prosent stilling, tre sykepleiere som bruker ca. 25 prosent på avstandsoppfølging og en ergoterapeut i 40 prosentstilling. Bruker drøyt et dagsverk per dag på avstandsoppfølging.	En 100 prosent-stilling og to 50 prosent-stillinger.	En PHT-sykepleier i primærhelseteam. En sykepleier på hver TMS. Ansatte på TMS jobber også i KØH/ØHD/hjemmetjenesten	Det er ikke satt av en gitt stillingsprosent til avstandsoppfølging, men de bruker foreløpig ca. en halv dag på avstandsoppfølging i hver av kommunene i uken.	Alle ansatte på legevakten er tilknyttet avstandsoppfølging. I tillegg er PHT-sykepleiere og prosjektmedarbeider involvert.
Registreringer						
Målesensorer og spørsmål	Blodsuktermåler, blodtryksmåler, pulsoksymeter, PEF-måler, vekt, termometer og individuelle spørsmålslistor med tilpassede spørsmål	Vekt, blodtryksmåler, pulsoksymeter, blodsuktermåler, temperatur, spirometer, og individuelle spørsmålslistor med tilpassede spørsmål	Vekt, blodtryksmåler, pulsoksymeter, blodsukker, temperatur og individuelle spørsmålslistor med tilpassede spørsmål	Vekt, blodtryksmåler, blodsuktermåler, pulsoksymeter, termometer og individuelle spørsmålslistor med standardspørsmål	Blodtryksmåler, saturasjonsmåler, vekt, temperatur og individuelle spørsmålslistor med standardspørsmål	Blodtryksapparat, pulsoksymeter, PEF-måler, blodsuktermåler og vekt og individuelle spørsmålslistor med tilpassede spørsmål
Hypighet	Noe variasjon mellom bydelene. I en bydel måler de fleste pasientene morgen og kveld, mens i en annen bydel måler de fleste rundt tre ganger i uken.	De fleste registrerer daglig, noen registrerer også to ganger om dagen. Ved forverring vil Helsehjelpen be pasienten om å måle oftere	De fleste registrerer daglig, noen registrerer også to ganger om dagen.	De fleste registrerer målinger en gang per dag, men enkelte registrerer tre ganger daglig og noen sjeldnere eller ved behov.	Pasientene kan registrere målinger flere ganger per uke, men de sjekkes bare en gang i uken.	Variere fra pasient til pasient. Det er ikke lagt begrensinger for hvor sjeldent eller hvor ofte en pasient kan måle.

	Oslo	Larvik	Bodø	Agder	Ullensaker/ Gjerdrum	Eid
Aktiviteter i oppfølgingen						
Overordnet rutine for oppfølging	Sjekker målinger alle hverdager. Alle målinger registreres manuelt i fagsystemet	Sjekker målinger hver hverdag. For noen pasienter går varselet ved røde målinger til hjemmetjenesten når Helsehjelpen er stengt	Sjekker målinger hver dag, flere ganger i løpet av vekten. Alle målinger registreres manuelt i fagsystemet.	Sjekker målinger hver dag. Gule og røde alarmer dokumenteres manuelt i fagsystemet. Ved behov for endring av grenseverdier og ved evaluering sendes målinger til fastlege på e-melding.	Sjekker målinger en gang i uken.	Legevakten følger opp røde og gule målinger løpende. Prosjektmedarbeider håndterer grønne målinger og andre henvendelser to ganger per uke.
Oppfølging ved avvikende målinger	Ringer alle pasienter med røde varsler	Ringer alle pasienter med røde varsler.	Alle pasienter spørres om de ønsker at Helsehjelpa skal ta kontakt. Ellers ringer man de med røde målinger og de med gule ved behov.	Ringer først pasienter med røde alarmer, deretter gule alarmer. Ved røde alarmer setter en i gang tiltak iht. EBP, om ikke EBP tar kontakt med lege, ved gule alarmer setter en i gang tiltak, tar kontakt med lege ved behov	Oppfølgingstjenesten ringer til alle pasienter som i løpet av den siste uken har hatt røde eller gule målinger.	Sender melding til pasient og journalfører målingen. Ringer pasient ved røde målinger.
Faste oppfølgingssamtaler	I noen bydeler har alle pasienten fast ringetilsyn, mens det i andre avtales individuelt om pasienter ønsker dette.	Noen pasienter ringes en gang i uka, noen annenhver, noen hver måned. Dette bestemmes ut ifra behov.	Dette utføres individuelt etter behov. Ved manglende varslings ringes pasient.	Hypigere kontakt i starten, deretter samtaler etter behov. Følger opp pasientens individuelle mål. Evalueringssamtaler hver 3. måned.	Alle pasienter blir kontaktet hver sjettede til åttende uke uavhengig av om de har hatt avvikende målinger i perioden eller ikke.	Etter avtale med pasient

6.1 Oppfølgingstjenesten

Oppfølgingstjenesten er den enhet som mottar og vurderer målingene fra pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging. Oppfølgings-tjenesten har ulike navn i ulike prosjekter, herunder Oppfølgingstjenesten, Helsehjelpen, Helsehjelpa og Telemedisinsk sentral (TMS).

Lokalisering

I Oslo og i Ullensaker/Gjerdrum sitter oppfølgingstjenesten sammen med, eller i nærhet av, hjemmesykepleien. I Agder er TMSene samlokalisert med enten hjemmetjenesten eller Kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH). I Bodø og Eid sitter oppfølgingstjenesten på legevakten. I Larvik er oppfølgingstjenesten per høsten 2019 lokalisert uavhengig av andre helsetjenester, men skal i 2020 flytte inn på Larvik helsehus.

Pasienter i Kristiansand som har en fastlege som inngår i primærhelseteam, følges opp av en PHT-sykepleier på legekantoret.

Bemanning

I de fleste prosjektene holder oppfølgings-tjenesten åpent på hverdager i vanlig kontortid (mellom 08:00 og 15:30). I Ullensaker/Gjerdrum holder oppfølgingstjenesten åpent en dag i uken mellom 13:00 og 15:00. I Eid er oppfølgingstjenesten en døgnåpen tjeneste.

Det er som regel mellom to og fem ansatte som jobber i oppfølgingstjenesten per kommune/bydel. Unntaket fra dette er Eid, der alle 16 ansatte på legevakten er involvert i medisinsk avstandsoppfølging.

Fleire av de ansatte har deltidsstillinger innen medisinsk avstandsoppfølging, og jobber den resterende delen av sin stilling i hjemmetjenesten eller på legevakten. I spørreundersøkelsen som ble gjennomført blant ansatte i oppfølgings-tjenesten, ble de spurt om å oppgi hvor stor stillingsprosent som er tilknyttet medisinsk avstandsoppfølging. Av svarene fremgikk at det er stor spredning: 36 prosent av respondentene oppga at de brukte 0-20 prosent av stillingen sin på medisinsk avstandsoppfølging, mens 16 prosent oppga at de brukte 100 prosent av

stillingen på medisinsk avstandsoppfølging. De resterende var spredt jevnt over hele skalaen (Tabell 6-2).

Tabell 6-2: Hvor stor er din samlede stillingsprosent knyttet til medisinsk avstandsoppfølging?

Stillingsprosent	Prosentandel
0 - 20	35,5
21 - 40	9,7
41 - 60	6,5
61 - 80	9,7
81 - 99	6,5
100	16,1
Vet ikke	16,1
N	31

Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført blant ansatte i oppfølgingstjenesten.

Majoriteten av de ansatte i oppfølgingstjenesten har sykepleierutdanning, enten på bachelornivå (87 prosent) eller masternivå (10 prosent).

Daglige aktiviteter

Eksakt hvordan man organiserer det daglige arbeidet med medisinsk avstandsoppfølging varierer mellom prosjektene. De fleste steder har de en vaktordning, hvor det i åpningstidene er en ansatt som følger med på målinger og besvarer henvendelser fra pasientene. Dersom det er flere ansatte på jobb samtidig, fordeler de det gjerne slik at de andre utfører andre oppgaver, for eksempel inklusjonssamtaler.

I spørreundersøkelsen ble de ansatte bedt om å oppgi hvor stor andel av sin arbeidstid knyttet til medisinsk avstandsoppfølging som de bruker på ulike aktiviteter. Sykepleierne i oppfølgingstjenesten brukte mesteparten av tiden sin på tre aktiviteter: Inklusjon av nye pasienter, vurdering av målinger og direkte kontakt med pasienter (Tabell 6-3).

I de fleste prosjektene sjekker oppfølgings-tjenesten målinger hver hverdag og ringer alle pasienter med røde eller gule alarmer (se kapittel 6.4). Behandlingstid for henvendelser fra pasienter varierer fra 15 min etter henvendelse til inntil en uke etter henvendelse.

Tabell 6-3: Omtrent hvor stor prosentandel av din totale arbeidstid knyttet til medisinsk avstandsoppfølging bruker du på...

Prosentandel av arbeidstid tilknyttet medisinsk avstandsoppfølging	Rekruttering av nye pasienter (inkl. informasjonsmøter, opplæring og tverrfaglig arbeid med egenbehandling splan)?	Telefon-samtaler med pasienter?	Vurdering av målinger /resultater?	Kontakt med fastlege (ikke tverrfaglige møter i forbindelse med oppstart), øvrig primærhelsetjeneste eller spesialisthelsetjenesten?	Annet arbeid?
0-10	17,6	11,2	5,6	55,5	87,5
11-20	17,6	22,3	33,4	38,9	12,5
21-30	23,5	27,8	33,4	0,0	0,0
31-40	23,6	27,8	22,3	0,0	0,0
41-50	11,8	5,6	0,0	0,0	0,0
51-60	5,9	5,6	5,6	0,0	0,0
61-70	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
71-80	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0
81-90	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
91-100	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N	17	18	18	18	8

Merknad: Svar fra Eid er ekskludert, siden de ansatte i Eid hadde svært begrenset praktisk erfaring med medisinsk avstandsoppfølging på tidspunktet da spørreundersøkelsen ble gjennomført. Tabellen viser andel av de ansatte som bruker 0-10, 11-20, ... prosent av sin arbeidstid på ulike oppgaver knyttet til medisinsk avstandsoppfølging.

Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført blant ansatte i oppfølgings-tjenesten.

6.2 Tjenesteforløp

Som beskrevet i kapittel 5, har de deltagende prosjektene utviklet egne tjenesteforløp, som er tilpasset den lokale konteksten. I dette avsnittet beskriver vi et generisk tjenesteforløp, som dekker hovedtrekkene i de lokale tjenesteforløpene. I Vedlegg A gir vi nærmere beskrivelser av tjenesteforløpene i de enkelte prosjektene.

6.2.1 Generisk tjenesteforløp

Overordnet består tjenesteforløpet for medisinsk avstandsoppfølging av fire faser; inklusjonsfasen, oppstartsfasen, oppfølgingsfasen og en fase bestående av evaluering, videreføring og eventuell avslutning (Figur 6-2).

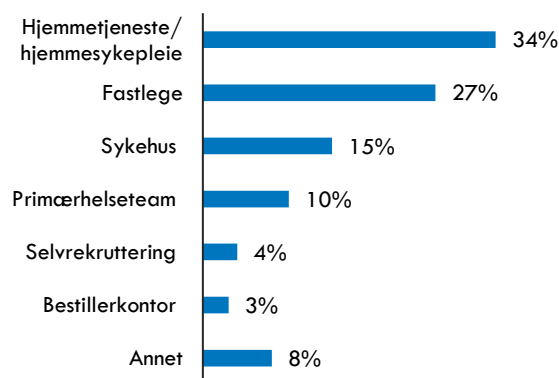
Inklusjonsfasen

Pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging identifiseres og foreslås til oppfølgings-tjenesten på flere ulike måter, enten ved at pasienten sender en forespørsel om deltakelse selv eller ved at pasienten blir foreslått av for eksempel fastlege, hjemmetjenesten, sykehus eller tildelingskontor.

I praksis har prosjektene hatt noe ulik tilnærming til inklusjon. Noen prosjekter har rekruttert

pasienter via en eller et fåtall rekrutteringskanaler, som oftest enten via hjemmetjenesten eller fastleger. Andre prosjekter har heller valgt å ha det de kaller en «åpen dør», og rekruttert fra flere ulike hold. Dette kan være både via hjemmetjeneste, fastleger, sykehus eller ved at pasienten rekrutterer seg selv. De mest brukte rekrutteringskanalene til medisinsk avstandsoppfølging er per oktober 2019 fastleger og hjemmetjenesten (Figur 6-1).

Figur 6-1: Rekrutteringskanal for deltakere i utprøvingen. Prosentandeler



Kilde: Prosjektens registrering av deltakere i utprøvingen

Etter mottatt forespørsel om deltakelse gjør oppfølgingstjenesten en vurdering av om pasienten oppfyller inklusjonskriteriene for medisinsk avstandsoppfølging. I de tilfellene hvor oppfølgingstjenesten vurderer at en person oppfyller inklusjonskriteriene, informeres både pasienten og pasientens fastlege. Fastlegen vurderer deretter om tjenesten er egnet for pasienten. Dersom fastlegen godkjenner deltakelse, inviteres pasienten til å delta i utprøvingen. Det gjennomføres et informasjonsmøte, hvor pasienten får informasjon om tjenesten, og så foretas en randomisering der det avgjøres om pasienten havner i tiltaks- eller kontrollgruppen. De pasientene som randomiseres til tiltaksgruppen tildeles tjenesten. Pasientene som havner i kontrollgruppen, fortsetter å motta vanlig oppfølging fra helsetjenesten.

Oppstartsfasen

Etter at pasienten er randomisert til medisinsk avstandsoppfølging gjennomfører oppfølgings-tjenesten et oppstartsmøte der pasienten får utlevert utstyr. Pasienten gis på dette møtet også opplæring i hvordan utstyret fungerer. Deretter gjennomføres det en testperiode på to til fire uker hvor pasienten gjennomfører målinger og hvor oppfølgingstjenesten følger opp målingene. Ofte gjennomfører pasienten målinger med en hyppigere frekvens i testperioden enn i den påfølgende oppfølgingsfasen. Dette for å gi oppfølgingstjenesten et godt grunnlag for å utarbeide utkast til både oppfølgingsplan og egenbehandlingsplan (EBP).

Etter testperioden gjennomføres et tverrfaglig møte med pasient, fastlege og oftest en sykepleier fra oppfølgingstjenesten, hvor både oppfølgingsplan og egenbehandlingsplan ferdigstilles. Planene utarbeides med utgangspunkt i målingene fra oppstartsperioden og pasientens målsetninger og behov. For en grundigere beskrivelse av de to planene se avsnitt 6.3 og 6.4.

Oppfølgingsfasen

I oppfølgingsfasen gjennomfører pasienten målinger til faste tider etter avtale med oppfølgingstjenesten og nedfelt i oppfølgingsplanen. Oppfølgingstjenesten følger opp og vurderer målingene.

Oppfølgingen fra oppfølgingstjenesten bygger på en trafikkllysmoell. For hver pasient, og for hver sensor pasienten har, er det definert tre ulike soner – grønn, gul og rød sone. Hver sone er definert ut ifra målingene pasienten gjennomfører i testfasen. Mer spesifikt betyr grønn sone at pasientens helsetilstand er stabil, mens rød

sone er forbundet med en alvorlig forverring av helsetilstanden.

Ved avvikende målinger (målinger som har verdier i gul eller rød sone) følger oppfølgings-tjenesten opp som avtalt i oppfølgingsplanen. Dette kan innebære å ringe pasienten, kommunikasjon med pasient over meldings-tjenesten på nettbrettet eller kontakt med pasientens fastlege for å rådføre seg om anbefalt tiltak.

Evaluering, videreføring og eventuell avslutning

Oppfølgingstjenesten har i de fleste prosjektene faste ringeavtaler med pasientene. Disse samtalenes brukes til å følge med på helsen til pasientene, men kan også brukes til å kartlegge om oppfølgingen pasienten mottar er hensiktsmessig. Ved tegn på at medisinsk avstandsoppfølging ikke virker som ønsket, vurderer oppfølgingstjenesten, eventuelt i samråd med fastlegen, om tjenesten skal avsluttes.

Det kan være ulike årsaker til at en pasient avslutter avstandsoppfølgingen. I Vedlegg D analyserer vi årsaker til avsluttet deltakelse for de som ikke lenger mottar medisinsk avstandsoppfølging. Av de 13 som har avsluttet deltakelse av andre årsaker enn at pasienten døde, var årsaken i fire tilfeller at pasienten ikke lenger ønsket å motta medisinsk avstandsoppfølging og i fire tilfeller forverring av helsetilstand. For en pasient førte medisinsk avstandsoppfølging til økt stress og angst, en flyttet, en var redd for å ødelegge utstyret og en ønsket ikke å delta i forskning.

Ved avslutning gjennomføres en avsluttende samtale mellom oppfølgingstjenesten og pasienten, og utstyret samles inn.

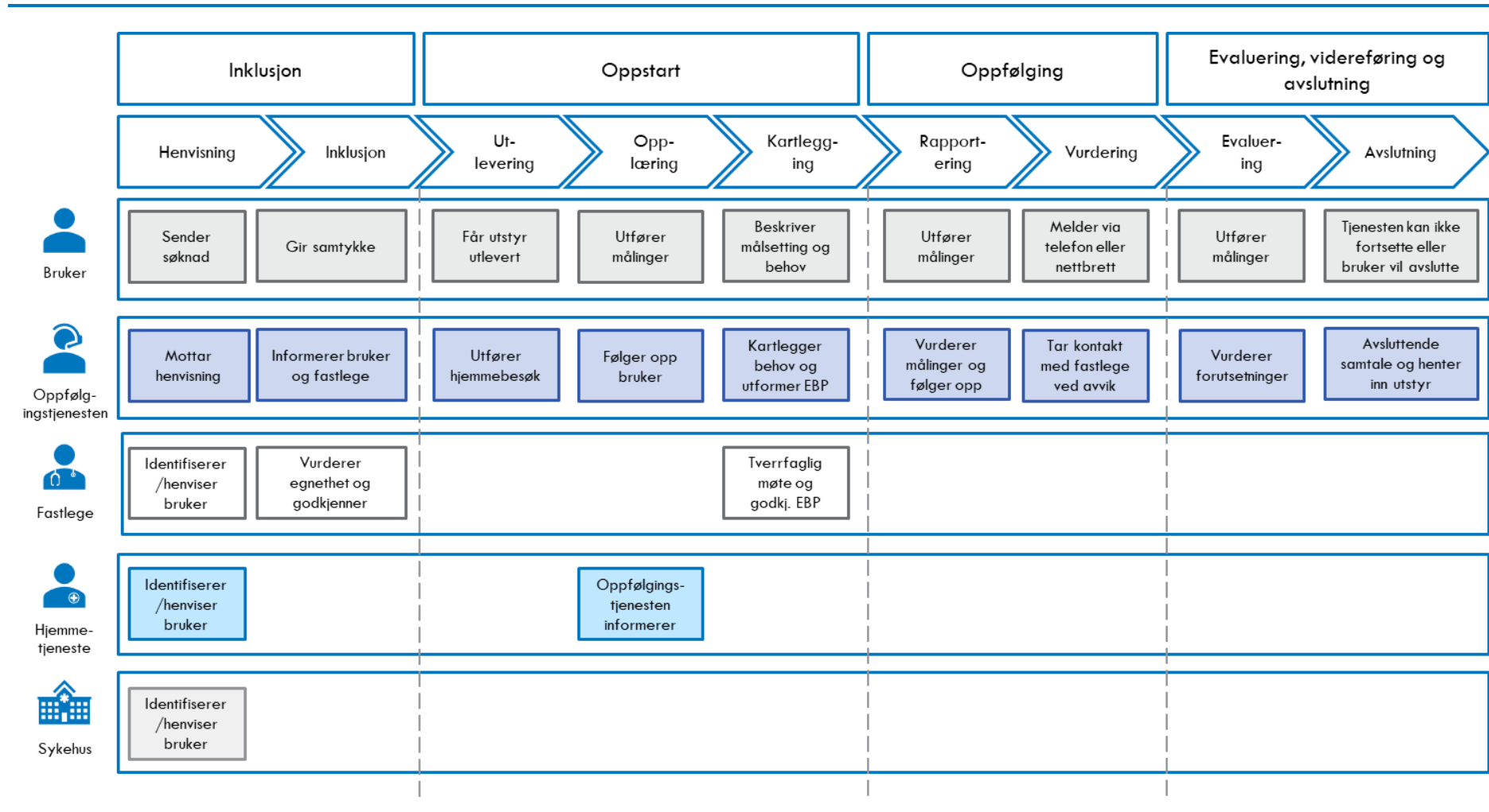
6.2.2 Diagnosespesifikke tjenesteforløp

Tjenesteforløpet kan variere avhengig av diagnose. For kreftpasienter er kreftkoordinator ofte involvert både som en rådgivende part i oppstartsfasen og ved utarbeidelsen av egenbehandlingsplan på det tverrfaglige møtet med pasienten og fastlege. På lik linje med pasientens fastlege er kreftkoordinator også delaktig i oppfølgingsfasen som en rådgivende part. Kreftkoordinator er også delaktig i avgjørelsen om en eventuell avslutning, for eksempel ved overføring til hospice.

I Eid har man utarbeidet et eget tjenesteforløp for oppfølging av pasienter med psykiske lidelser, der psykisk helseteam er involvert i tjenesteforløpet. Helseteamet deltar blant annet

på det tverrfaglige møtet med fastlegen og gjennomfører avsluttende samtale dersom pasienten av ulike grunner må avslutte tjenesten.

Figur 6-2: Generisk tjenesteforløp for medisinsk avstandsoppfølging



Illustrasjon: Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin

6.3 Oppfølgingsplan

Hver pasient som mottar medisinsk avstandsoppfølging, skal ha en individuell oppfølgingsplan. Oppfølgingsplanen slår fast hvilke målinger pasienten skal gjøre og hvor ofte. Oppfølgingsplanen avtales mellom pasient, fastlege og sykepleier i oppfølgingstjenesten.

Oppfølgingsplanen tilpasses pasientenes behov og ønsker. I stabile perioder kan det for eksempel avtales at pasienten måler mindre hyppig enn i perioder hvor helsetilstanden er mer ustabil. Oppfølgingsplanen kan tilpasses også etter at pasienten har hatt tjenesten en stund, eksempelvis dersom pasienten opplever det som for omfattende å måle så ofte som først avtalt.

6.4 Egenbehandlingsplan

I tillegg til oppfølgingsplanen, skal hver pasient ha en egenbehandlingsplan. Egenbehandlingsplanen er et viktig verktøy for å gjøre pasienten mer delaktig i oppfølgingen av sin egen helse. Egenbehandlingsplanen skal ta utgangspunkt i pasientens egne behov og målsetninger, og skal beskrive ulike tiltak pasienten selv har ansvar for å gjennomføre for å unngå forverring, og i tilfelle forverring. I tillegg til å øke brukermedvirkning, trygghet og mestring, er formålet med egenbehandlingsplanen å forebygge forverring, oppdage forverring tidlig, redusere utvikling av forverring og hindre sykehusinnleggelse. Egenbehandlingsplanen gir pasienten retningslinjer for hva han/hun kan gjøre på egenhånd for å holde seg i best mulig form (i grønn sone) og hva han/hun kan eller bør gjøre ved en forverring av sykdommen. Egenbehandlingsplanen er individuell og kan være delt inn i områder som knytter tilstand og grad av forverring sammen med aktuelle tiltak knyttet til de ulike områdene (Helsedirektoratet, 2019).

Alle de lokale prosjektene i utprøving av medisinsk avstandsoppfølging har tatt i bruk en eller annen form for egenbehandlingsplan. Noen har tatt i bruk og tilpasset egenbehandlingsplaner fra sitt lokale sykehus, og malene bygger som regel på nasjonale retningslinjer. Utfordringen er at eksisterende maler ofte er diagnosespesifikke, og det er dermed lite å lene seg på når det gjelder å utforme en egenbehandlingsplan for pasienter med flere sykdommer.

Innhold

Egenbehandlingsplanene bygger på en trafikklysmoell, hvor man har definert tre soner

– grønn, gul og rød sone – hvor grønn sone er stabil, og rød sone er forbundet med alvorlig forverring av helsetilstanden. I egenbehandlingsplanen defineres og beskrives tiltak som pasienten kan gjøre for hver sone. For de fleste sykdomstilstandene fastsettes det terskelverdier som definerer hvilken sone pasienten er i (f.eks. blodsukker, blodtrykk, eller oksygenmetning). For noen helsetilstander, som kreft og psykiske lidelser, er det imidlertid mer utfordrende å sette grenser for de ulike sonene. I disse tilfellene tas det heller utgangspunkt i symptomene som pasienten opplever. Eksempler på egenbehandlingsplaner i Vedlegg I.

Det er noe variasjon mellom prosjektene i hvilke typer tiltak som legges inn i egenbehandlingsplanen. I noen prosjekter skriver de inn bruk av medisiner og doser for hver sone, eksempelvis at pasienten kan øke doseringen hvis han/hun føler seg dårlig. I andre prosjekter prøver man å unngå dette siden doseringen kan endres uten at det fanges opp i egenbehandlingsplanen.

Sykepleierne som jobber i oppfølgingstjenesten, oppgir at de fokuserer på ikke-medikamentelle tiltak når de utarbeider egenbehandlingsplanene. Målet med medisinsk avstandsoppfølging er at pasientene skal holde seg mer stabile, og sykepleierne legger derfor inn tiltak som pasientene skal gjøre for å holde seg i grønn sone. Hvilken type tiltak det dreier seg om avhenger av pasientens egne ønsker, målsetninger og forutsetninger, men det dreier seg ofte om fysisk aktivitet og ernæringsråd. Mange oppgir at de tar utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?» når de utarbeider egenbehandlingsplanen sammen med pasienten.

Egenbehandlingsplanen må også tilpasses pasientens funksjonsnivå og kapasitet til å ta inn informasjon. For eksempel opplever informantene i intervjuer at veldig gamle, eller veldig syke pasienter kan oppleve det som vanskelig å forholde seg til egenbehandlingsplanen dersom den er for detaljert og omfattende. Da må planen utformes så enkelt som mulig, for å legge til rette for at planen faktisk blir brukt. Andre pasienter kan ønske at planen inneholder detaljert informasjon om både medisiner og andre tiltak. En sykepleier bemerker at det paradoksalt nok ofte er de meste oppegående pasientene, som har best kontroll på egen helse og medisiner, som ønsker mest detaljer i egenbehandlingsplanen, mens de som egentlig har størst behov for å få en detaljert egenbehandlingsplan ofte ikke ønsker så mange detaljer.

Utforming av egenbehandlingsplan

Egenbehandlingsplanen utarbeides av fastlegen, pasienten og sykepleier i oppfølgingstjenesten på et tverrfaglig møte, men det er fastlegen som er ansvarlig og skal godkjenne egenbehandlingsplanen. Når intervjuene ble gjennomført høsten 2019, var noen av prosjektene fortsatt i en veldig tidlig fase, hvor formatet på dette møtet ikke var helt formalisert.

I praksis er det ofte sykepleier som utarbeider et forslag til egenbehandlingsplan i forkant av møtet med fastlege og pasient. Arbeidet med planen tar utgangspunkt i eksisterende maler, diskusjoner med pasient, samt målinger og registreringer på nettbrettet i oppstartfasen. I noen prosjekter legger sykepleier inn forslag til grenseverdier i planen allerede før møtet med fastlegen, mens det i andre prosjekter er opp til fastlegen å finne frem til grenseverdiene basert på målingene.

Det tverrfaglige møtet med fastlegen holdes som regel to til seks uker etter at pasienten har fått tildelt utstyr. I møtet deltar som regel fastlegen, pasienten og sykepleier fra oppfølgingstjenesten. Unntak er tverrfaglig møte med kreftpasienter i Oslo, hvor kreftkoordinator deltar istedenfor fastlege, og Eid, hvor kun fastlege og pasient har deltatt i møtet. I møtet går man igjennom sykdomshistorikken til pasienten, målingene fra de første ukene og forslaget til egenbehandlingsplan. De fleste informantene oppgir at man etterstreber å gjennomføre møtet som en samtale hvor alle parter skal kunne komme med innspill. Det er viktig at planen utformes slik at den er til mulig nytte for pasienten. Fastlegene har ansvar for å fastslå grenseverdier og medisinskfaglige tiltak, mens sykepleierne sørger for at også ikke-medikamentelle tiltak blir tatt med.

Per høsten 2019 var det ikke ofte sykehuset involveres i arbeidet med egenbehandlingsplanen, selv om det ifølge flere informanter kunne være hensiktsmessig. For eksempel følges pasienter med kols ofte tettere opp av sykehuslege enn av fastlegen. Flere sykehusrepresentanter har også uttrykket et ønske om dette. Involveringen står og faller på at det ikke finnes noen god fysisk eller digital samarbeidsarena hvor alle parter kan ta del i utformingen av egenbehandlingsplanen. Utkast til egenbehandlingsplaner må i dag sendes som vedlegg

⁹ Det er per oktober 2019 tre teknologileverandører i utprøvingen. Leverandørene samarbeider tett med prosjektene for å kontinuerlig videreutvikle løsningene. Nedenfor beskriver vi sentrale trekk ved teknologien som

i e-link eller tilsvarende, og det er stor risiko for at ikke alle parter får med seg siste versjon av egenbehandlingsplanen.

Videre utvikling av egenbehandlingsplan

Ansatte i alle prosjektene gir uttrykk for at det er rom for forbedring av dagens egenbehandlingsplaner. Dette gjelder innhold, og særlig format.

Per høsten 2019 bruker man innenfor utprøvingen flere ulike maler for egenbehandlingsplan. De fleste av disse er Word-dokument som fylles ut av oppfølgingstjenesten, og lagres som pdf-filer før de deles med pasient, fastlege og ev. sykehus. Dette oppleves som tungvint og usikkert. Egenbehandlingsplanen er lite dynamisk, og ved endringer er det vanskelig å sørge for at alle parter har siste versjon av planen.

Alle teknologileverandørene jobber sammen med kommunene de er engasjert av for å integrere egenbehandlingsplanen i applikasjonen på nettbrettet. Det er forventet at det i løpet av vinteren/våren 2020 vil foreligge en prototype for digital egenbehandlingsplan hos noen av teknologileverandørene.

6.5 Komponenter i oppfølgingen

6.5.1 Nettbrett

Alle brukere av medisinsk avstandsoppfølging bruker et nettbrett. To leverandører⁹ tilbyr en løsning hvor nettbrettene er låst til applikasjonen for medisinsk avstandsoppfølging, hvilket betyr at nettbrettet ikke kan brukes til andre formål enn medisinsk avstandsoppfølging. En leverandør tilbyr en løsning som støtter at man bruker sin egen smarttelefon eller nettbrett, og man laster da selv ned applikasjonen for medisinsk avstandsoppfølging.

Den eksakte utformingen av de ulike grensesnittene varierer, men alle gjør det mulig å sende målinger, svare på spørsmål, se historisk utvikling i egne registreringer og skrive meldinger til oppfølgingstjenesten. I tillegg kan man i de fleste prosjekter se sin egenbehandlingsplan, men kun som pdf-fil.

Alle pasientene vi har intervjuet oppgir at det er fornøyd med brukergrensesnittet på nettbrettet. De opplever at det er veldig enkelt å forstå og bruke. De færreste har opplevd tekniske problemer, og dersom de har hatt problemer,

brukes i utprøvingen, slik den ble beskrevet for oss høsten 2019. Vi fokuserer på trekk som er knyttet til bruken av tjenesten, og vurderer ikke rent tekniske løsninger.

har de fått hjelp raskt. Noen pasienter har fått tildelt en penn som gjør det enklere å manøvrere på nettbrettet, siden det for noen kan være vanskelig å treffe rett med fingeren.

Innlogging

Målingene som pasientene registrerer ved hjelp av nettbrettet er helseopplysninger som faller inn under såkalte *særlige kategorier av personopplysninger*, og som stiller ekstra strenge krav til personvern og informasjonssikkerhet. Det er derfor viktig at det er begrenset adgang til applikasjonen som brukes til å registrere målinger og svare på spørsmål. Hvordan innlogging skjer, varierer mellom kommunene.

En leverandør tilbyr en løsning hvor pasientene ved oppstart får tildelt brukernavn og passord. Etter innlogging på nettbrettet forblir pasienten innlogget på ubegrenset tid. Nettbrettet er låst til applikasjonen for medisinsk avstandsoppfølging, hvilket reduserer risikoen for misbruk av opplysningene. Våre informanter opplyser at det ikke har vært store problemer med innlogging for pasienter, men at det tidvis har vært noen problemer med at pasienten har blitt logget av løsningen i forbindelse med oppdateringer, og at det da har vært vanskelig å logge inn igjen (f.eks. ved at man ikke husket passordet). Helsepersonell logger inn med to-faktorautorisering.

En annen leverandør tilbyr en løsning hvor pasientene logger inn med brukernavn og passord hver gang de skal bruke applikasjonen. Prosjektmedarbeidere i de tilknyttede prosjektene oppga at de hadde en del henvendelser knyttet til problemer med innlogging. For noen pasienter var det vanskelig å huske og skrive inn passordet på nettbrettet. Det jobbes med å innføre innlogging med BankID på mobil for pasientene, men det er uklart når dette tas i bruk, og hvor lenge pasienten forblir innlogget. Helsepersonell logger inn med BankID.

Hos en tredje leverandør brukes BankID til å logge inn på appen. Etter innlogging forblir pasienten innlogget i to timer. Prosjektmedarbeiderne oppgir at innloggingen med BankID fungerer bra. De blir sjeldent kontaktet på grunn av problemer med innlogging. De fleste forespurte har BankID, men leverandøren jobber med en løsning for pasienter som ikke har, eller ønsker å skaffe, BankID. Helsepersonell bruker også BankID for å logge inn på sitt grensesnitt.

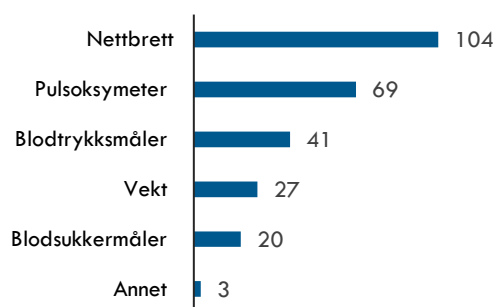
6.5.2 Målesensorer

I tillegg til nettbrett kan pasientene ha en eller flere sensorer, herunder pulsoksymeter,

blodtrykksmåler, vekt, termometer, spirometer, forstøvningsapparat, blodsuktermåler og pulsmåler avhengig av sykdomsbilde.

Pasienter har i gjennomsnitt 1,3 sensorer, i tillegg til nettbrettet (median 1). I tillegg til nettbrett er pulsoksymeter og blodtrykksmåler de to vanligste sensorene (se Figur 6-3).

Figur 6-3: Tildelt teknologi. Antall personer med de ulike sensorene



Merknad: Mange av pasientene har flere ulike sensorer.

Hvor ofte pasientene registrerer målinger varierer mellom prosjektene, og er også avhengig av pasientens sykdomsbilde. Frekvensen for de fleste pasientene ligger mellom en gang per uke og to ganger om dagen. De fleste måler en gang om dagen. Et fåtall pasienter måler kun ved behov eller ved en forverring av helsetilstanden.

6.5.3 Spørsmålslister

De aller fleste pasientene mottar også spørsmål om egen dagsform og symptomer på nettbrettet. Det er stor variasjon i bruken av spørsmål i oppfølgingen, både mellom prosjektene og mellom enkeltpasienter. I en del prosjekter legger man mer vekt på oppfølging av målinger, mens pasientene svarer mer sporadisk på spørsmål. I andre prosjekter er innstillingen nesten omvendt – at man kommer langt på vei med å stille spørsmål om symptomer og prøver å unngå å legge for mye vekt på sensorer og målinger.

Noen pasienter svarer på spørsmål en gang om dagen, andre mellom en og tre ganger i uken. Noen pasienter svarer kun ved behov. I Oslo er eksempelvis alltid siste spørsmål «Ønsker du at vi skal ta kontakt med deg i dag?», og flere pasienter svarer kun på dette spørsmålet. Det virker som at spørsmålslistene er tilgjengelige for pasientene til å svare på hver dag, selv om det ikke er avtalt at spørsmålene skal besvares hver dag.

Bruken av spørsmålslister avhenger til en viss grad av den teknologiske løsningen som prosjektet bruker. To av tre leverandører som deltar i utprøvingen tilbyr en løsning som gjør det mulig å tilpasse spørsmålene til den enkelte pasient, mens det i den tredje løsningen kun er mulig å bruke forhåndsdefinerte spørsmål. Sykepleiere i prosjekt som har mulighet til å lage egne spørsmål til pasientene gjør dette i stor grad, og løfter frem dette som en fordel, og at dette er motiverende for pasientene. Et eksempel er en pasient som ønsket å få spørsmål om hvor mange steg han hadde gått hver dag for å motivere han til å være aktiv. Andre pasienter blir lei av å svare på de samme spørsmålene hver dag over lenger tid, og ønsker litt variasjon for å holde motivasjonen til å svare oppe. Sykepleierne i prosjekter der man bruker forhåndsdefinerte spørsmålslister var imidlertid fornøyde med de standardiserte spørsmålene som ligger inne i løsningen, og så ikke behov for å tilpasse spørsmål til den enkelte pasienten.

6.5.4 Meldingsfunksjon

I alle prosjektene inneholder applikasjonen for medisinsk avstandsoppfølging også en meldingsfunksjon, som pasient og sykepleier bruker som kommunikasjonskanal. Vårt inntrykk er at meldingsfunksjonen er populær blant både pasienter og sykepleiere. Meldingsfunksjonen brukes ofte av sykepleier for å følge opp avvikende målinger, men kan også brukes dersom pasienten har spørsmål til oppfølgningstjenesten. Sykepleierne oppgir at selv pasienter som ikke har brukt nettbrett før, tar i bruk meldingsfunksjonen etter hvert, og at de aller fleste mestrer det. Flere sykepleiere sier at mange pasienter foretrekker kommunikasjon via nettbrettet. Noen pasienter mener at hyppige telefonsamtaler fra oppfølgningstjenesten kan bli for invaderende, og at det da er bedre å sende en melding. Dette stemmer overens med hva pasientene beskriver i intervjuer.

I tillegg til at oppfølgningstjenesten kontakter pasientene ved avvikende målinger, gjennomfører de faste ringetilsyn med pasientene etter avtale. I starten hadde de fleste prosjektene faste avtaler om å ringe opp alle pasientene hver uke, men med tiden har man justert hyppigheten, og flere har nå faste avtaler om å bli ringt opp hver 2. eller hver 4. uke, eller ved behov.

6.5.5 Mulighet for å gi tilgang til annet helsepersonell

To av tre leverandører tilbyr en mulighet for annet helsepersonell å få tilgang til målingene til

sine pasienter. For å få tilgang, registrerer vedkommende seg med fødselsnummer og kontaktopplysninger, og laster ned en applikasjon som er tilpasset helsepersonell som ikke sitter i oppfølgningstjenesten. Både fastleger, kreftkoordinator og sykehusleger kan få tilgang, men per høsten 2019 er det ikke mange som har ønsket direkte tilgang.

I alle prosjekter er den vanligste måten å få tilgang til målingene for annet helsepersonell gjennom pasientens nettbrett, ved at pasienten tar med nettbrettet til konsultasjon. En del fastleger får også oppdateringer direkte fra oppfølgningstjenesten ved avvikende målinger. Basert på informasjonen som har kommet frem gjennom intervjuene er oppfattelsen at de fleste fastlegene synes dette er tilstrekkelig.

6.6 Samhandling

Pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging, får ofte oppfølging av flere ulike aktører innen primær- og spesialisthelsetjenesten. I dette avsnittet beskriver vi hvordan prosjektene/oppfølgningstjenesten og andre deler av helsetjenesten jobber sammen rundt tjenesten medisinsk avstandsoppfølging, og da både knyttet til inklusjon av nye pasienter, og fremfor alt, oppfølging av pasienter som mottar medisinsk avstandsoppfølging.

Av sykepleierne i oppfølgningstjenesten som svarte på spørreundersøkelsen opplevde 45 prosent at medisinsk avstandsoppfølging har ført til at graden av koordinering og sammenheng i tjenestetilbudet til den enkelte pasient øker. 20 prosent oppgir at de ikke merker noen endring i graden av koordinering og sammenheng. 5 prosent svarte at de opplevde at graden av koordinering og sammenheng ble redusert, mens 30 prosent svarte at de ikke visste (Spørsmål 13 i Vedlegg K).

Fastlegetjenesten

En av de tydeligste tilbakemeldingene fra den tidligere utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging i regi av Helsedirektoratet, var at fastlegen ikke var tilstrekkelig involvert i tjenesten. Fastlegen har medisinsk faglig ansvar for pasientene på sin liste, men var likevel ikke tydelig involvert i tjenesten. Fastlegen godkjente ikke medisinsk avstandsoppfølging som behandlingsform, og var heller ikke delaktig i å utarbeide en behandlingsplan for pasienten.

I denne utprøvingen er fastlegens involvering i tjenesten styrket. Fastlegenes oppgaver knyttet til medisinsk avstandsoppfølging kan deles inn i fire

hovedområder: Identifikasjon av pasienter til tjenesten, vurdering av pasienter som er foreslått til tjenesten, deltakelse i tverrfaglig møte om egenbehandlingsplan og oppfølging av pasienter som får medisinsk avstandsoppfølging.

Som beskrevet i kapittel 5, er det store variasjoner i fastlegenes innstilling til og engasjement i tjenesten. Spennet går fra fastleger som stiller opp for å lage informasjonsfilmer hvor de promoterer medisinsk avstandsoppfølging til fastleger som ikke vil involveres i tjenesten, og som ikke ønsker at deres pasient skal motta medisinsk avstandsoppfølging selv om pasienten selv ønsker det og oppfølgingstjenesten mener at pasienten ville egne seg veldig godt. De aller fleste fastleger befinner seg et sted mellom disse ytterpunktene.

Tilbakemeldingene fra fastleger vi har intervjuet og som har kommet til oss gjennom prosjektadministrasjonen tilsier at fastlegene er delt i sin innstilling til medisinsk avstandsoppfølging. Flere ser at det kan være et potensiale for bedre oppfølging av enkelte pasientgrupper, men det er mange som uttrykker en viss nysgjerrig skepsis til om man i utprøvingens slutfase vil kunne påvise reduksjon i samlet bruk av helsetjenester. Dessuten er utprøvingen fortsatt i en tidlig fase, og fastlegene som har pasienter i utprøvingen har foreløpig begrensede praktiske erfaringer med tjenesten. Ansatte i oppfølgingstjenesten i enkelte prosjekter melder om at de møter mye skepsis og lite samarbeidsvilje blant fastlegene, og at dette kan smitte over på pasientene. Enkelte ansatte mener at skepsisen kan skyldes at fastlegen er redd for å få flere arbeidsoppgaver.

Fastleger kan identifisere pasienter som kan ha nytte av medisinsk avstandsoppfølging og foreslå disse for deltakelse i utprøvingen. Erfaringer viser at det kan være vanskelig å spontant huske på at en pasient kunne være en god kandidat for tjenesten i forbindelse med konsultasjon. Derfor har fastlegene som regel identifisert pasienter ved å gjøre systematiske søk i sin pasientliste. Det er langt ifra alle fastleger i deltakerkommunene som deltar i utprøvingen som har gjort systematiske søk, og kommunene har valgt ulike strategier for å aktivere fastlegene. I enkelte prosjekter har en prosjektmedarbeider avtalt et (betalt) møte med fastlegen for å gå gjennom pasientlisten sammen. Dette har vært en fruktbar fremgangsmåte på mange måter. Prosjektet har identifisert mulige brukere av tjenesten, mens fastlegen har fått hjelp til å vurdere pasientene ut fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Dessuten har prosjektmedarbeideren fått en

mulighet til å gi informasjon om tjenesten til fastlegen. I et prosjekt får fastlegene betalt for hver pasient de foreslår, og for hver pasient som blir inkludert i utprøvingen. De fastlegene som på eget initiativ har gjennomgått sin pasientliste er som regel ansatt i prosjektet, og over gjennomsnittet informert om prosjektet. De fastlegene som har gått gjennom sin liste melder om at de har brukt rundt en time på dette, og det oppleves som rimelig tidsbruk.

Fastlegene spiller en sentral rolle ved at de skal vurdere om foreslåtte pasienter er egnet for medisinsk avstandsoppfølging. I de tilfellene hvor fastlegen selv identifiserer pasienter, skjer godkjenningen automatisk, men i de tilfellene hvor pasientene blir foreslått av andre aktører, må oppfølgingstjenesten eller prosjektadministrasjonen sende en forespørsel om godkjenning til fastlegen. Dette skjer som regel over PLO- eller eLink-melding til fastlegen med informasjon om pasienten, herunder begrunnelse for at pasienten vurderes for medisinsk avstandsoppfølging. Fastlegene kjenner som regel sine pasienter godt, og tar utgangspunkt i egen erfaring med pasienten, journalnotater og epikriser fra andre behandlere i sine vurderinger. Ingen fastleger vi har intervjuet har rapportert om at denne vurderingen er vanskelig. Begrunnelsen de mottar fra oppfølgingstjenesten eller den som har foreslått pasienten for deltakelse er som regel god. Det skjer ikke ofte at fastlegen avslår deltakelse i utprøvingen, men det har skjedd. I et par tilfeller har fastlegen vurdert at medisinsk avstandsoppfølging kunne føre til uheldig sykdomsfokus og/eller angst, eller at pasienten har vært for syk. Alle fastlegene vi har intervjuet mener at det er riktig at de skal vurdere pasientens egnethet for medisinsk avstandsoppfølging.

Flere fastleger har meldt fra til prosjektadministrasjonen om at de ikke selv ønsker å bruke ressurser på å identifisere pasienter som følges opp ved hjelp av medisinsk avstandsoppfølging, men at de er behjelpelige med å vurdere pasienter som foreslås av andre. I den andre enden av spekteret er det en fastlege som angivelig har avslått deltakelse for en eller flere pasienter fordi fastlegen selv ikke ønsket å delta. De ansatte i oppfølgingstjenesten/ den lokale prosjektadministrasjonen er fornøyd med samarbeidet med fastlegene rundt godkjenningen av pasienter, men de opplever at enkelte fastleger bruker lang tid på å svare på forespørsler om godkjenning. Fastlegens godkjenning kan risikere å bli en flaskehals som forhindrer eller forsinker oppstart av tjenesten for

den enkelte pasient. Dette oppleves som uheldig, da pasienten kan miste interessen hvis det går for lang tid fra inklusjonsprosessen starter til tjenesten faktisk er på plass. Likevel mener de aller fleste informantene, både fastleger og ansatte i oppfølgingstjenesten og prosjekt-administrasjonen, at det er riktig og viktig at fastlegen godkjenner pasienter for deltakelse. I spørreundersøkelsen svarte 80 prosent av sykepleierne i oppfølgingstjenesten at de mener at det er riktig at fastlegen godkjenner deltakelse (Spørsmål 5 i Vedlegg K). I fritekstsvarene ble det oppgitt at enkelte fastleger sier nei fordi de ikke ønsker mer ansvar eller flere arbeidsoppgaver. En annen respondent ser ikke poenget med at fastlegen skal godkjenne medisinsk avstandsoppfølging, men ikke andre kommunale tjenester.

Neste faste kontaktpunkt med fastlegen er i forbindelse med det tverrfaglige møtet hvor egenbehandlingsplan for pasienten utarbeides (som beskrevet i avsnitt 6.4). I dette møtet deltar som regel pasienten, fastlegen og en ansatt fra oppfølgingstjenesten.

Det er foreløpig varierende erfaringer med dette møtet, og dette skyldes nok at utprøvingen fortsatt er i en tidlig fase, og at partene har begrenset erfaring fra denne typen av møter. De aller fleste informantene mener at møtene stort sett forløper fint, men noen sykepleiere og fastleger har varierende erfaringer med de tverrfaglige møtene.

Flere sykepleiere gir uttrykk for at det er behov for å avklare rolle- og ansvarsfordeling for deltakerne i forkant av møtet. Dette innebærer å klargjøre med både pasienten og fastlegen hva som er hensikten med møtet. I de tilfellene hvor rolle- og ansvarsfordeling ikke er avklart i forkant av møtet forteller sykepleierne at de opplever tilfeller der fastlegen tar regien, som om det var en vanlig konsultasjon, og at arbeidet med egenbehandlingsplanen ikke blir fokus i møtet.

Sykepleierne beskriver også at det er stor variasjon i hvordan de blir møtt av fastlegene i disse møtene. Noen er svært engasjerte og villige til å bidra til egenbehandlingsplanen, mens andre stort sett godkjenner sykepleiers forslag uten å sette seg særlig mer inn i saken. De forteller også om tilfeller med fastleger som har vært svært lite samarbeidsvillige. Det fremstår som at noen av fastlegene er kritiske til medisinsk avstandsoppfølging, og kanskje ikke forstår formålet med egenbehandlingsplanen.

Flere sykepleiere og fastleger rapporterer også om at fastlegene synes at det kan være vanskelig å sette riktige grenseverdier i egenbehandlingsplanen, og at enkelte vegrer seg for å sette grenseverdier. Dette henger muligens sammen med at man ikke har særlig erfaring med dette fra tidligere, og er redd for å gjøre feil. Det er en forhåpning om at dette blir enklere med tiden, når man får mer erfaring.

Mange av sykepleierne fortalte at det etter hvert som de har fått mer erfaring har blitt lettere å gjennomføre møtene for å utforme egenbehandlingsplan. En strategi som fremstår som vellykket er å la pasienten ta en så aktiv rolle i møtet som mulig. Ved å la pasienten vise frem nettbrettet og målingene til fastlegen, samt ved å oppfordre pasienten til å uttrykke egne ønsker og mål, forteller sykepleierne at fastlegene fremstår som mer engasjerte.

Når egenbehandlingsplanen er utarbeidet og godkjent, går avstandsoppfølgingen over i vanlig drift. Da er det ikke noen faste kontaktpunkter mellom fastlege og pasient, utover det pasienten måtte ha behov for. Enkelte fastleger melder fra om at de har jevnlig konsultasjoner med sine pasienter, mens andre oppgir at pasientene kun tar kontrakt ved behov.

Hvordan kontakten mellom fastlegen og oppfølgingstjenesten er, avhenger til en viss grad av lokal organisering, men fremfor alt av fastlegens ønsker og behov. Flere ansatte i oppfølgingstjenesten (og fastleger) som vi har intervjuet gir inntrykk for at mange fastleger ikke ønsker å få direkte tilgang til sine pasienters målinger, men at dette ikke nødvendigvis betyr at fastlegene ikke ser noen nytte ved målingene. Flere fastleger mener at det er tilstrekkelig at pasientene har med nettbrettet når de er på konsultasjon hos fastlegen, og at dette er nyttig informasjon som kan bidra til å heve kvaliteten på oppfølgingen. Enkelte fastleger har også bedt oppfølgingstjenesten om å sende jevnlig rapporter om målingene til deres pasienter, eller om å sende meldinger til dem ved forverring. Fastlegene som vi har intervjuet mener i hovedsak at det er nyttig å ha tilgang til målinger, særlig i forbindelse med at medisineringen endres.

Oppfølgingstjenesten involverer sjeldent fastlegen i vurderingen av enkelte målinger, men kan involvere fastlegen ved forverring, i tråd med pasientens egenbehandlingsplan.

Når ansatte i oppfølgingstjenesten og fastlegene ble bedt om å vurdere samarbeidet mellom de to, fikk vi blandede tilbakemeldinger. I enkelte

prosjekter opplever oppfølgingstjenesten gjennomgående mye frustrasjon knyttet til fastlegesamarbeidet. Man opplever at man bruker mye tid på fastlegene, både på å spre informasjon og på å prøve å få kontakt angående vurderinger av pasienter. I andre prosjekter er graden av frustrasjon lavere, men mange ansatte i oppfølgingstjenesten opplever likevel at det er en del utfordringer knyttet til samarbeidet med fastlegene. I spørreundersøkelsen svarte likevel over halvparten av de ansatte i oppfølgingstjenesten at samarbeidet med fastlegetjenesten knyttet til oppfølgingen av enkeltpasienter var godt (50 prosent) eller svært godt (5 prosent). Fastlegene oppga i intervjuene at samarbeidet med oppfølgingstjenesten stort sett var godt, men enkelte etterlyste mer informasjon, både om inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og om arbeidet med egenbehandlingsplan.

Sykehus

I enkelte prosjekter opplever man at ansatte ved sykehuset, til tross for samarbeidsavtaler og gjentatte møter i liten grad foreslår pasienter til utprøvingen. Erfaringene tilsier at det kan være vanskelig for ansatte på sykehuset å forstå hva tjenesten går ut på og hvilke pasienter som egner seg. På sykehusene er det i tillegg ofte flere ulike prosjekter som er virksomme samtidig, og pasientene sogner til flere ulike kommuner. Da kan det vært vanskelig å huske på at når en pasient med diagnose X fra kommune Y kommer innom skal jeg vurdere denne for deltakelse i prosjekt Z. Per oktober 2019 var det bare to prosjekter som hadde pasienter som var foreslått av sykehuset (Larvik og Oslo).

Det fremstår som at det er noe begrenset samhandling med sykehusene om pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging. Vårt inntrykk er at pasientenes egenbehandlingsplan ikke systematisk sendes til sykehuslege for vurdering før den godkjennes. Dette skyldes ikke motvilje, men heller at det er kronglete å gjøre i praksis. Egenbehandlingsplan må deles som vedlegg i en PLO-melding eller tilsvarende, og det er utfordrende å sørge for at alle parter har siste tilgjengelige versjon. Risikoen for versjonsavvik øker da det kan ta lang tid å få tilbakemelding fra sykehuset.

Sykehusene har ikke direkte tilgang til målingene, og vårt inntrykk, basert på intervjuer med sykepleiere i oppfølgingstjenesten og prosjektledere, er at sykehusene ikke har etterspurt dette. Pasientene kan ta med

nettbrettet til spesialistkonsultasjon, men det er ikke alle som gjør det.

I Oslo, hvor det er etablert et tett samarbeid med Lovisenberg sykehus, melder både ansatte ved sykehuset og kommunalt ansatte om at samarbeidet knyttet til medisinsk avstandsoppfølging fungerer godt. I andre prosjekter er tilbakemeldingene mer varierte, og i spørreundersøkelsen til ansatte i oppfølgings-tjenesten oppga kun en av fire at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten knyttet til oppfølgingen av enkeltpasienter fungerte godt (20 prosent) eller svært godt (5 prosent) (Spørsmål 11.3 i Vedlegg K)

Hjemmetjenesten

Det er stor variasjon mellom prosjektene i hvor nært samarbeidet med hjemmetjenesten er. Hjemmetjenesten kan foreslå pasienter som kan ha nytte av medisinsk avstandsoppfølging, men har utover det ikke noen avklart rolle i tjenesteforløpet.

Det overordnede forholdet til hjemmetjenesten avhenger til en viss grad av hvor nært oppfølgingstjenesten ligger hjemmetjenesten i det kommunale organisasjonskartet, og det påvirker også hvor tett man samarbeider om enkeltpasienter.

I noen prosjekter er det lite aktivitet i hjemmetjenesten, mens hjemmetjenesten i andre prosjekter foreslår en stor del av pasientene som kommer inn i utprøvingen. Flere informanter peker på at hjemmetjenesten er en svært viktig samarbeidspartner, og at de spiller en viktig rolle i inklusjon av pasientene. Sykepleierne i hjemmetjenesten kjenner sine pasienter godt, og informantene peker på at disse derfor er godt egnet til å vurdere hvem som kan ha nytte av medisinsk avstandsoppfølging. Prosjektene har brukt ulike tilnærminger for å få hjemmetjenesten til å identifisere pasienter som er egnet for medisinsk avstandsoppfølging. I to prosjekter har man arrangert konkurranse mellom ulike avdelinger, hvor den ringen som får flest pasienter inkludert i studien vinner en pizzalunsj. Prosjektlederne opplyser om at slike ordninger har vært fruktbare for å få inn pasienter i utprøvingen.

I prosjekter hvor hjemmetjenesten og oppfølgingstjenesten er samlokalisert har sykepleierne ofte kontakt om oppfølgingen av den enkelte pasient. Dersom hjemmesykepleieren skal hjem til en pasient som mottar medisinsk avstandsoppfølging kan denne følge opp mindre spørsmål på vegne av oppfølgingstjenesten. I

kommuner der oppfølgingstjenesten ikke har slik hverdagsnærhet til hjemmetjenesten, fremstår det også som at terskelen for å inkludere hjemmetjenesten er høyere. I Larvik har man for enkelte pasienter en avtale med hjemmetjenesten om at de kan følge opp avvikende målinger i helgene, men da skal oppfølgingstjenesten alltid gi hjemmetjenesten en konkret arbeidsbeskrivelse av hva som skal gjøres.

Det fremstår også som at samarbeidet med hjemmetjenesten til en viss grad er personavhengig. I enkelte kommuner er det noen få sykepleiere som identifiserer og foreslår pasienter til tjenesten.

I de prosjektene som opplever at samarbeidet med hjemmetjenesten ikke er særlig tett, løftes hjemmetjenestens begrensede kapasitet frem som mulig årsak.

Hjemmetjenesten blir som regel informert om at en pasient har fått medisinsk avstandsoppfølging, men har ikke tilgang til målinger eller lignende.

80 prosent av respondentene i spørreundersøkelsen blant ansatte i oppfølgings-tjenesten oppga at samhandlingen med hjemmetjenesten knyttet til oppfølgingen av enkeltpasienter fungerer godt (45 prosent) eller svært godt (35 prosent) (Spørsmål 11.1 i Vedlegg K).

Kreftkoordinator

I Oslo har man valgt å inkludere kreftkoordinator i oppfølging av kreftpasienter. Dette skyldes at kreftkoordinator spiller en mer sentral rolle i oppfølgingen av kreftpasienter enn fastlegen gjør, siden pasienter med kreftdiagnoser i større grad følges opp i spesialisthelsetjenesten.

Kreftkoordinatoren er med på å utarbeide egenbehandlingsplan for pasienten. Kreftkoordinatoren har også direkte tilgang til pasientenes registreringer, men det er fortsatt oppfølgingstjenesten som har hovedansvaret for avstandsoppfølgingen. Pasienten kan sende direkte meldinger via nettbrettet som blir direkte tilgjengelige hos kreftkoordinator, og om kreftkoordinatoren ikke svarer (f.eks. på grunn av møtedeltakelse eller lignende) kan oppfølgings-tjenesten hjelpe til å få kontakt. Ved tegn til forverring i helsetilstanden tar kreftkoordinatoren kontakt med behandlende lege på sykehuset eller tilsvarende. Ifølge de ansatte i oppfølgings-tjenesten er dette en god løsning for å følge opp kreftpasienter. Det fremstår som betryggende at kreftkoordinatoren er involvert, da sykepleierne i

oppfølgingstjenesten ikke har spesialkompetanse på kreft.

6.7 Medisinsk avstandsoppfølging i primærhelseteam

Ved oppstart av den nye utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging skisserte Helsedirektoratet to hovedmodeller for organisering av medisinsk avstandsoppfølging: I og utenfor primærhelseteam (PHT). Det ble også lagt til grunn ved tildelingen av tilskuddsmidler at minst en kommune skulle prøve ut både medisinsk avstandsoppfølging og PHT. I utprøvingen deltar tre kommuner i både forsøket med PHT og utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging: Oslo (bydel Sagene), Agder (Kristiansand) og Eid. Det er kun et legekantor i hver av disse kommunene/bydelene som prøver ut PHT, mens utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging også dekker fastleger som ikke inngår i forsøket med PHT. I Eid dekker begge utprøvingsprosjektene alle fastlegene i kommunen. Alle kommunene har valgt å organisere samspillet mellom medisinsk avstandsoppfølging og PHT ulikt.

I Sagene var samarbeidet mellom PHT og medisinsk avstandsoppfølging i oppstartfasen da informasjonsinnhenting ble gjennomført høsten 2019. Det er kun ett PHT-fastlegekontor i bydelen, og andelen pasienter som mottar medisinsk avstandsoppfølging og som også følges opp av PHT er lav (4 av 40 pasienter per oktober 2019). PHT har foreløpig ikke foreslått pasienter til utprøvingen. PHT-sykepleieren har ikke direkte tilgang til pasientenes målinger, men orienteres om hvilke pasienter som mottar medisinsk avstandsoppfølging.

I Kristiansand kommune er det også kun ett legekantor som deltar i forsøket med PHT. Dette legekantoret har også en helt annen tilnærming til medisinsk avstandsoppfølging enn de andre kommunene, og en mer detaljert beskrivelse av organiseringen finnes i Vedlegg A. PHT-sykepleier er delaktig i alle faser i tjenesteforløpet, herunder identifisering av mulige deltakere, inklusjon, opplæring og oppfølging.

Det er kun listeinnbyggere hos fastlegene ved PHT-legekantoret som kan få medisinsk avstandsoppfølging i PHT. Det er i hovedsak PHT-sykepleier som følger opp målingene til deltakerne, men en helsesekretær med spesialkompetanse på diabetes følger opp diabetespasientene. Denne organiseringen fungerer ifølge PHT-sykepleier foreløpig godt,

men hun ser at det kunne være utfordrende å følge opp flere enn ca. 20 pasienter med de arbeidsoppgavene hun har i dag.

Foreløpig er alle PHT-pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging i Kristiansand rekruttert gjennom dette fastlegekontoret. Det er lite samarbeid mellom fastlegekontoret, hjemmetjenesten og sykehuset om oppfølging av pasientene, men hjemmetjenesten informeres hvis en pasient mottar medisinsk avstandsoppfølging.

Ved PHT-legekontoret i Kristiansand opplever de at det er en styrke at avstandsoppfølgingen er nært knyttet til legekontoret, og at dette gjør det enkelt for fastlegene å forholde seg til tjenesten. Ved å ha oppfølgingen på legekontoret, unngår de at pasientene mottar medisinsk avstandsoppfølging som en parallelltjeneste i tillegg til tjenestene som tilbys på legekontoret. Ved legekontoret opplever de det også som en fordel at PHT-sykepleieren kjenner pasientene godt og at det er enkelt for PHT-sykepleieren å konsultere fastlege dersom det er behov for det. Enkelte fastleger har uttrykt skepsis til at noen utenfor legekontoret skal ta beslutninger for deres pasienter, og at de er mer komfortable med organiseringen der PHT-sykepleieren følger opp pasientene. Flere på legekontoret i Kristiansand mener det er større sannsynlighet for at pasientene føler seg trygge nok til å komme mindre hyppig til legekontoret dersom de vet at avstandsoppfølgingen foregår derfra, enn dersom oppfølgingen skjer fra en ekstern oppfølgingstjeneste.

I Kristiansand deltar PHT-sykepleieren på informasjons- og randomiseringsmøtet sammen med en prosjektmedarbeider. Erfaringene med oppfølgingen av pasientene via PHT-sykepleier er at det er relativt lite arbeidskrevende, og at det passer godt inn med andre arbeidsoppgaver PHT-sykepleieren har.

I Eid kommune omfattes alle fastlegene av forsøket med PHT og av utprøving av medisinsk avstandsoppfølging. Kommunen har valgt en organisering der pasientene som mottar medisinsk avstandsoppfølging følges opp av en oppfølgingstjeneste som er lokalisert på legevakten. PHT-sykepleierne gjennomfører inklusjonsamtaler med pasientene, men de har en begrenset rolle i selve oppfølgingen.

Utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging var fortsatt i en tidlig fase i Eid på tidspunktet for informasjonsinnhentingen, og det var flere pågående prosesser knyttet til grenseoppgang og fordeling av arbeidsoppgaver mellom PHT-sykepleiere, prosjektsykepleier og oppfølgingstjenesten på legevakten. De tidligere erfaringene med medisinsk avstandsoppfølging i primærhelseteam i Eid er at det er utfordrende for PHT-sykepleierne å sette av så mye tid som ønsket til medisinsk avstandsoppfølging, men at informasjons- og randomiseringsmøtene blir prioritert og gjennomført som planlagt. Dette er også hovedoppgaven til PHT-sykepleierne i utprøvingen av medisinsk avstandsoppfølging. Mangelen på tid er med på å begrense PHT-sykepleierens involvering og rolle i oppfølgingen.

Per januar 2020 var utviklingen av samspillet mellom medisinsk avstandsoppfølging og PHT kommet lengst i Kristiansand. Her er tjenestene tett integrert, og inntrykket er at tjenestene fungerer godt sammen. Både pasienter, fastleger, PHT-sykepleier og ansatte i kommunen ga inntrykk av at de var godt fornøyde med organiseringen, og at de hadde tro på at medisinsk avstandsoppfølging i PHT kan gi gevinster, særlig for pasientene. I Eid og Sagene er medisinsk avstandsoppfølging en mindre integrert del av PHT, og dette er i tråd med hvordan man har ønsket å organisere tjenestene i disse prosjektene.

7. Tidlige pasienterfaringer med medisinsk avstandsoppfølging

Høsten 2019 intervjuet vi et utvalg brukere av medisinsk avstandsoppfølging, og i noen tilfeller deres pårørende. Ved intervjutidspunktet hadde pasientene hatt medisinsk avstandsoppfølging i alt mellom noen uker og rundt seks måneder. Så godt som alle pasientene har kommet godt i gang med tjenesten, og de fleste opplever teknologien som enkel å bruke. Mange av pasientene er svært fornøyde med den personlige relasjonen de har med oppfølgingstjenesten, og opplever trygghet ved at noen følger med på deres helsetilstand. Så langt virker dette å være en av de viktigste gevinstene for pasientene, sammen med økt kunnskap om egen sykdom og økt mestring av egen sykdom.

Høsten 2019 intervjuet vi et utvalg brukere av medisinsk avstandsoppfølging (23 stykker) og i noen tilfeller deres pårørende (11 stykker). I dette kapitlet gjengir vi deres opplevelser og erfaringer med medisinsk avstandsoppfølging. Vi kompletterer med opplysninger som er innhentet gjennom spørreundersøkelse og intervjuer med sykepleiere i oppfølgingstjenesten, samt intervjuer med fastleger som har pasienter som mottar medisinsk avstandsoppfølging.

Analysen i dette kapitlet bygger i hovedsak på notater og utskrifter av de ulike intervjuene. Vi har gjennomgått notatene og utskriftene og hentet ut meningsinnholdet, og deretter har dette blitt kondensert til en beskrivende tekst.

Ved intervjutidspunktet hadde pasientene hatt medisinsk avstandsoppfølging mellom noen uker og rundt seks måneder. Deres erfaringer må derfor tolkes som erfaringer i oppstartfasen. Likevel virket det som at de fleste pasientene var godt i gang med avstandsoppfølgingen.

Det var stor variasjon innad i gruppen av informanter, både når det gjelder diagnoser og sykdommens alvorlighetsgrad. Det er viktig å ha i bakhodet at pasientene som har stilt til intervju, ikke er et representativt utvalg av brukere av medisinsk avstandsoppfølging. De som stiller til intervju er friske nok til å planlegge for et intervju, og det er også mulig at deres erfaring med medisinsk avstandsoppfølging avviker fra gjennomsnittet.

7.1 Brukeropplevelse

Pasientene har aktivt tatt medisinsk avstandsoppfølging i bruk

Et hovedfunn er at så godt som alle pasientene har kommet godt i gang med tjenesten og med bruk av nettbrett og sensorer. De fleste pasientene synes det er greit å gjennomføre

målinger, og de opplever ikke tjenesten og det den innebærer som noen ulempe eller bryderi.

De fleste pasientene vi intervjuet opplevde teknologien som enkel å bruke. En pasient fortalte at han var litt skeptisk til å bruke nettbrett og annen teknologi fordi han ikke hadde noen erfaring med data, men at det likevel har gått veldig greit. En annen pasient fortalte at hun fra tidligere var vant til å bruke smarttelefon og annen teknologi, og hun hadde derfor ikke hatt noen problemer med å bruke nettbrettet.

Det er likevel ikke alle pasientene som forholder seg til teknologien. En pasient fortalte i intervju at han ikke brukte nettbrettet. Han oppga at han hadde fått opplæring av oppfølgingstjenesten i hvordan han skulle bruke nettbrettet, men at han ikke forholdt seg til det i hverdagen. Han gjennomførte kun målingene som avtalt og regnet med at de ble registrert på nettbrettet.

Flere pasienter fortalte at de synes det er morsomt og spennende å følge med på målingene. Et par av pasientene som oppga at de fulgte nøye med på målingene fortalte at de også tidligere hadde fulgt nøye med på målinger selv. De opplevde likevel at det var nyttig å ha oppfølgingstjenesten som en ekstra trygghet, og som kunne hjelpe med å tolke målingene.

Mange fortalte at det føltes godt å vite at noen følger med på helsetilstanden. En pasient fortalte at hun opplever en svært «positiv overvåking» fra oppfølgingstjenesten, og at hun alltid får raskt svar på spørsmål om det er noe hun lurte på. En annen fortalte at han hadde mye kontakt med oppfølgingstjenesten i starten av tjenesteforløpet, i forbindelse med gjentatte lave målinger. Han var veldig fornøyd med måten han hadde blitt fulgt opp på. Noen få fortalte at de

ikke selv tok stilling til målingene, men overlot tolkingen til oppfølgingstjenesten.

Det var ikke alle pasienter som hadde fått en egenbehandlingsplan på tidspunktet intervjuene ble gjennomført, men de pasientene som hadde fått egenbehandlingsplan syntes dette var et nyttig verktøy. En pasient fortalte at noe av det hun opplevde som mest nyttig med medisinsk avstandsoppfølging var å kunne følge med på egne målinger og å kunne sammenligne disse verdiene med verdiene oppgitt i egenbehandlingsplanen.

En ansatt i oppfølgingstjenesten oppga i intervju at pasientene opplevde egenbehandlingsplanen som veldig nyttig. Pasientene tar selv ansvar for å følge denne, og oppfølgingstjenesten fungerer som en støtte og veiledning. Pasientene har også gitt tilbakemelding på at det er en trygghet å ha oppfølgingstjenesten som en støtte/veileder ved usikkerhet i bruk og vurdering av iverksettelse av tiltak i egenbehandlingsplanen.

Oppfølgingstjenesten er bra, men noen synes det kan bli litt for mye av det gode

Mange av pasientene er svært fornøyde med den personlige relasjonen de har med oppfølgingstjenesten, og opplever trygghet ved at noen de vet hvem er, følger med på deres helsetilstand og gir rask tilbakemelding dersom de måtte ha spørsmål.

De fleste av de intervjuede pasientene fortalte at de kommuniserer med oppfølgingstjenesten via telefon eller via meldingstjenesten på nettbrettet. Flere pasienter oppga i intervjuene at de liker å bruke meldingsfunksjonen til å kommunisere med oppfølgingstjenesten. Et par sykepleiere fortalte om pasienter som hadde opplevd at det kunne bli litt for invaderende om oppfølgingstjenesten ofte ringte for å følge opp pasienten, men at pasientene syntes at det var bedre hvis oppfølgingstjenesten sendte melding på nettbrettet isteden.

I flere kommuner ringes pasientene fast av oppfølgingstjenesten, mens i andre kommuner tar oppfølgingstjenesten kun kontakt ved behov (ved avvikende målinger og forverring, eller om pasienten sier at han/hun ønsker kontakt). En pasient fortalte at han ikke har hatt behov for kontakt med oppfølgingstjenesten så langt, men at de likevel med jevne mellomrom sender meldinger med informasjon og korte hilsener.

For mange av pasientene er den personlige kontakten med oppfølgingstjenesten, og trygghet som følger av at de vet at noen følger med, en

av komponentene ved tjenesten som de er mest fornøyde med. En pasient oppga i intervju at det beste med medisinsk avstandsoppfølging er kontakten han har med oppfølgingstjenesten. Han opplevde at det er lavere terskel for å ta kontakt med oppfølgingstjenesten enn med fastlegen når han har spørsmål eller ved en forverring.

Majoriteten av pasientene er fornøyde

En stor andel av de intervjuede pasientene mener at medisinsk avstandsoppfølging har svart til forventningene (dersom de har hatt noen forventninger). Pasientene peker på at de er særlig fornøyde med oppfølgingen fra oppfølgingstjenesten, informasjonen målingene gir dem om egen helsetilstand og den økte tryggheten tjenesten gir.

Enkelte deltar for å hjelpe andre

Enkelte pasienter virket å ha en mer likegyldig innstilling til tjenesten. En pasient fortalte at hun ikke brydde seg om at noen fulgte med på målingene, og at hun ikke skjønnte vitsen med tjenesten. Hun fortalte at hun hovedsakelig deltok i utprøvingen for å bidra til å utvikle en ny tjeneste som skulle være til nytte for andre pasienter i fremtiden, men opplevde ikke at medisinsk avstandsoppfølging i seg selv var nyttig for henne. En annen pasient fortalte at hun ikke opplevde en egen verdi av tjenesten, men at hun heller ikke ble plaget av å gjennomføre målinger dersom informasjonen kunne være til nytte for helsepersonell. Enda en pasient oppga at hun var med i utprøvingen fordi fastlegen, som hun likte veldig godt, hadde bedt henne om å være med.

De færreste har negative erfaringer

I intervjuene ble pasientene også spurt om de hadde negative erfaringer knyttet til medisinsk avstandsoppfølging. Det var flere pasienter som ikke kunne komme på noe negativt i det hele tatt. Enkelte uttrykte at de skulle ønske at det var mulig å kontakte oppfølgingstjenesten på fri- og helligdager, og noen savnet å ha tilgang til grafer over utviklingen i målingene og gjennomsnitt for målingene den siste tiden. Noen deltakere oppga at det kan være nedtrykkende å få dårlige målinger, men i hovedsak var disse likevel glade for å kunne følge med på helsesituasjonen sin ved hjelp av målinger. Enkelte opplevde at det kunne bli litt tett oppfølging hvis oppfølgingstjenesten ringte for ofte, men dette gikk som regel an å løse gjennom å ha mer kontakt via melding.

En pasient med ustabil helsetilstand opplevde at det ble mye styr rundt målingene. Pasienten hadde ofte avvikende målinger, og oppfølgings-tjenesten ringte hver gang målingene var utenfor normalen. Målingene var såpass dårlige at pasienten flere ganger hadde blitt sendt til både legevakt og spesialist. Disse hadde på sin side konstatert at alt var i orden, og sendt pasienten hjem igjen. Dette førte til noe frustrasjon hos pasienten, og pasientens ektefelle opplevde situasjonen som svært stressende. Pasienten hadde i en periode registrert målinger både morgen og kveld, men etter et antall turer til legevakten på kveldstid med medfølgende stress og uro, besluttet oppfølgningstjenesten å redusere målefrekvensen. Pasientens helsetilstand hadde heller ikke stabilisert seg med tiden. Tjenesten skapte derfor en del stress og bekymring i hverdagen både for pasient og pasientens pårørende. Pasienten ønsket likevel å fortsette avstandsoppfølgingen inntil videre.

7.2 Helse og livskvalitet

Foreløpig merker de færreste endringer i egen helsetilstand

De færreste pasientene vi har intervjuet melder om at medisinsk avstandsoppfølging har hatt direkte innvirkning på deres helse, men det fremstår som at medisinsk avstandsoppfølging har hatt en betydelig innvirkning på livskvalitet, trygghet og mestring. At flere av de intervjuede pasientene opplevde liten eller ingen endring i helsetilstanden, må også sees i lys av at mange nylig hadde startet med oppfølgingen.

Kun et fåtall av de intervjuede pasientene opplevde at helsetilstanden hadde blitt mer stabil etter at de begynte å motta medisinsk avstandsoppfølging. En oppga i intervju at han da han først begynte med tjenesten, hadde hatt mange målinger utenfor normalverdiene. Som følge av dette fikk han oppfølging av hjertet, og det ble konkludert med at medisineringsen burde endres. Etter dette hadde både pulsen og blodtrykket blitt mye bedre.

En pasient fortalte at hun hadde målt blodsukker i lang tid før hun fikk tjenesten, og at hun derfor hadde god kontroll på egen sykdom fra før. Hun følte ikke at hun hadde lært noe nytt om egen helse etter at hun fikk tjenesten. Hun var fornøyd med egenbehandlingsplanen, men følte at hun allerede visste hvilke signaler hun burde være oppmerksom på og når hun burde ringe fastlegen. Det samme var også tilfelle for andre av de intervjuede pasientene.

Medisinsk avstandsoppfølging har ført til økt mestring hos enkelte pasienter

Enkelte pasientene opplevde økt mestring og bevissthet om egen helsetilstand etter at de startet med medisinsk avstandsoppfølging. En pasient fortalte for eksempel at han ikke hadde opplevd noen endring i helsetilstanden, men at tjenesten likevel gjorde det enklere å leve med sykdommen. En annen pasient fortalte at medisinsk avstandsoppfølging hadde bidratt til at han klarte å gjennomføre flere aktiviteter i hverdagen, for eksempel at han nå deltok på ukentlig gruppetrening på Frisklivssentralen. Pasienten opplevde at oppfølgningstjenesten motiverte til en sunnere livsstil, og ettersom noen faktisk fulgte med på hans helsetilstand, ble han også motivert til å gjøre en egeninnsats.

En pasient fortalte at hun var blitt mer bevisst egen helse etter at hun fikk tjenesten, og at hun brukte mer tid på å lese seg opp på egen sykdom. Hun fortalte at hun hadde lært mye om egen helsetilstand gjennom tilbakemeldingene hun hadde fått fra oppfølgningstjenesten. En tredje pasient fortalte at målingene har lært henne når hun kunne ha behov for medisiner eller andre tiltak.

Økt trygghet ser ut til å være en av de viktigste gevinstene så langt

Et stort antall av pasientene opplevde at tjenesten ga dem økt trygghet i hverdagen. En pasient fortalte at medisinsk avstandsoppfølging gjorde at hun følte seg tryggere. Kort tid før hun fikk tjenesten opplevde hun en betydelig forverring i helsetilstand, og dette var en skremmende opplevelse. Før forverringen hadde hun ikke skjønnet hvor alvorlig tilstanden hennes var. Nå opplevde hun det som en trygghet at noen fulgte med på sykdommen, og hun opplevde medisinsk avstandsoppfølging som et lavterskeltilbud. Hun satt særlig pris på meldingsfunksjonen fordi hun kunne ta kontakt og stille spørsmål uten å føle at hun plaget noen. Med meldinger visste hun at oppfølgningstjenesten kunne svare når de hadde tid, og dette var annerledes enn om hun måtte kontakte oppfølgningstjenesten på telefon.

En annen pasient oppga at han fant trygghet i målingene ved at det på dager han følte seg dårlig hendte at målingene viste seg å være bedre enn han trodde. Dette førte til at han våget å være mer aktiv på disse dagene enn han hadde vært om han ikke hadde hatt tilgang til en slik tjeneste.

Så langt virker de viktigste gevinstene for pasientene å være økt trygghet som følge av at

de vet at noen følger med på helsetilstanden, samt økt kunnskap om egen sykdom og økt mestring av egen sykdom.

Helsepersonell erfarer at medisinsk avstandsoppfølging bidrar til trygghet og læring om egen sykdom

I intervju fortalte en ansatt i oppfølgingstjenesten at hun opplever at det er en god læringsdialog mellom oppfølgingstjenesten og pasientene. Hun erfarte at mange pasienter opplevde økt selvstendighet og mestring, og at de fikk mer oversikt og kontroll over helsen. Hun fortalte at mange av pasientene sier de har lært noe nytt om egen helse etter at de fikk medisinsk avstandsoppfølging.

En annen ansatt i oppfølgingstjenesten oppga at hun opplevde at pasienter som mottar medisinsk avstandsoppfølging, kan bli så trygge at de kommer mindre hyppig til konsultasjon hos fastlegen. Hennes inntrykk var at pasientene følte at de ble tatt på alvor i sin sykdom, og at de tenkte mindre på egen sykdom fordi tjenesten bidro til å gi dem en mer stabil helsetilstand.

Majoriteten av sykepleierne mener at tjenesten bidrar positivt til pasientenes fysiske og psykiske helse

I spørreundersøkelsen blant ansatte i oppfølgingstjenesten oppgir 40 prosent av respondentene at de i «Stor grad» opplever at medisinsk avstandsoppfølging bidrar positivt til pasientenes fysiske helse, mens 35 prosent oppgir at de i «Noen grad» opplever at medisinsk avstandsoppfølging bidrar positivt til brukernes fysiske helse (Spørsmål 17.1 i Vedlegg K).

70 prosent av respondentene oppga at de i «Stor grad» eller «Svært stor grad» opplever at medisinsk avstandsoppfølging bidrar positivt til pasientenes psykiske helse, mens 15 prosent oppgir at de i noen grad opplever det samme (Spørsmål 17.2 i Vedlegg K).

7.3 Bruk av helsetjenester

Foreløpig opplever de fleste ingen endringer i bruk av helsetjenesten

Foreløpig opplever kun et fåtall pasienter noen endring i bruken av helsetjenester. Flere oppgir likevel at de opplever et redusert behov for enkle avklaringer i hverdagen, som ellers ville ha krevd telefonkontakt med fastlegen.

For de fleste pasienter var det for tidlig i forløpet til å si noe om endring i bruk av helsetjenester siden oppstart. Kun en av de intervjuede pasientene opplevde at medisinsk

avstandsoppfølging hadde bidratt til endret bruk av fastlegen. Han opplevde at medisinsk avstandsoppfølging langt på vei erstattet fastlegen, og opplevde at han oppsøkte helsetjenester mindre etter at han fikk tjenesten. Resten av de intervjuede pasientene opplevde ingen endring i bruk av fastlegetjenester. Flere av disse pasientene oppga imidlertid at de sjeldent oppsøkte fastlegen utover sine rutinemessige kontroller, og at tjenesten derfor i liten grad hadde mulighet til å redusere antall fastlegebesøk. En del av de intervjuede pasientene var også i større grad i kontakt med sykehuset enn fastlegen i forbindelse med oppfølgingen av egen helsetilstand. Noen oppga at de innimellom brukte meldingstjenesten til å sende ulike spørsmål til oppfølgingstjenesten der de ellers ville ringt fastlegen eller sykehuset, eksempelvis ved spørsmål om medisiner. De var svært fornøyde med denne tjenesten.

Ingen av de intervjuede pasientene opplevde at tjenesten har hatt noen effekt på bruken av kommunale helse- og omsorgstjenester. Mange av pasientene fortalte at de har hjemmetjeneste av en årsak som ikke direkte kan erstattes av medisinsk avstandsoppfølging, for eksempel behov for hjelp med støttestrømper, utlagt tarm eller ulike medisiner.

Helsepersonell så foreløpig ikke store endringer i ressursbruk

I likhet med pasientene, opplever også helsepersonell at det enda var for tidlig i forløpet til å si noe sikkert om endring i bruk av helsetjenester. Oppfatningen blant de fleste helsepersonell var likevel at medisinsk avstandsoppfølging har stort potensiale til å redusere bruk av helsetjenester.

Enkelte fastleger opplevde at medisinsk avstandsoppfølging hadde endret deres pasientkontakt

En fastlege opplevde at medisinsk avstandsoppfølging har endret pasientkontakten med noen pasienter. Dette gjaldt spesielt for et par pasienter som tidligere hadde hatt hyppige konsultasjoner på bakgrunn av at de var bekymret for egen helsetilstand. Medisinsk avstandsoppfølging har ført til at disse pasientene ser at de er mye friskere enn det de selv føler og tror, og dette har gjort at de tørr å leve mer aktivt.

En annen fastlege opplevde at medisinsk avstandsoppfølging har gitt pasienten en trygghet som gjør at hun ikke lenger er like avhengig av fastlegen, og at pasienten som følge

av dette kommer sjeldnere på konsultasjon enn tidligere.

En tredje fastlege opplevde at tjenesten i størst grad kom i tillegg til fastlegen, og at medisinsk avstandsoppfølging ikke kan erstatte eller endre konsultasjoner han ellers ville utført.

Medisinsk avstandsoppfølging kan heve kvaliteten på oppfølgingen i helsetjenesten

Selv om man foreløpig har sett få eksempler på at medisinsk avstandsoppfølging bidrar til å redusere bruken av helsetjenesten, finnes det eksempler på at medisinsk avstandsoppfølging har ført til bedre kvalitet på oppfølgingen fra helsetjenesten. Et par fastleger kunne fortelle at

de hadde oppdaget feilmedisinering ved hjelp av målingene på nettbrettet, og at det var nyttig å ha tilgang til målingene ved justering av medisinering.

Hele 90 prosent av respondentene på spørreundersøkelsen til sykepleierne i oppfølgingstjenesten oppga at de var «Helt enig» eller «Delvis enig» i at medisinsk avstandsoppfølging bidrar til en riktigere vurdering av brukernes behov for helsehjelp (Spørsmål 19.3 i Vedlegg K).

8. Oppsummering og veien videre

Medisinsk avstandsoppfølging var i flere av de lokale prosjektene fortsatt i en tidlig oppstartfase da datainnsamlingen til denne rapporten foregikk høsten 2019. De praktiske erfaringene var derfor fortsatt noe begrenset. Inntrykket fra intervjuer med pasienter og helsepersonell var likevel at medisinsk avstandsoppfølging bidro til økt trygghet og fornøydhets hos pasientene, samt at tjenesten i enkelte tilfeller bidro til mer stabil helsetilstand og korrigerende av medisinerings. De ansatte i prosjektene var motiverte for å jobbe videre med medisinsk avstandsoppfølging og høste flere erfaringer, både gjennom inklusjon av flere pasienter og gjennom videreutvikling av tjenesten.

8.1 Medisinsk avstandsoppfølging under utvikling

Høsten 2019 hadde alle de seks lokale prosjektene kommet i gang med inklusjon av pasienter. Oslo og Larvik hadde rekruttert pasienter siden februar 2019, mens de øvrige prosjektene startet opp tidlig høsten 2019. Det var per oktober rekruttert til sammen 242 pasienter til utprøvingen, hvorav 113 inngikk i tiltaksgruppen som mottok medisinsk avstandsoppfølging.

Da det ble gjennomført intervjuer i prosjektene høsten 2019, var det tydelig at flere av prosjektene fortsatt var i en tidlig oppstartfase. Flere av prosjektene hadde bare inkludert et fåtall pasienter og var opptatt av å få opp volumet i tjenesten for få mer praktisk erfaring med tjenesten. Flere prosjektledere og sykepleiere i oppfølgingstjenesten ønsket mer erfaring med oppfølging i praksis, og mange ga uttrykk for at det var behov for å jobbe mer med enkelte deler av tjenesteforløpet.

Flere, både sykepleiere i oppfølgingstjenesten og prosjektledere, ga uttrykk for at de etter hvert hadde begynt å få til et bedre samarbeid med hjemmetjenesten, sykehus og fastlegene, men at det likevel var nødvendig med kontinuerlig kontakt for å øke bevisstheten rundt og forståelsen for medisinsk avstandsoppfølging. Flere prosjektledere så frem til å få konkrete eksempler på når medisinsk avstandsoppfølging hadde vært til nytte for pasienter og helsepersonell, for å kunne beskrive og selge inn tjenesten enda bedre, særlig til fastlegene.

Det var høsten 2019 for tidlig å evaluere effekter av medisinsk avstandsoppfølging, men vi intervjuet både pasienter og helsepersonell om deres erfaringer med medisinsk avstandsoppfølging så langt. Pasientene fremsto som

veldig fornøyde med tjenesten. Mange trakk frem tryggheten de opplevde ved at noen følger med på målingene som noe av det viktigste med medisinsk avstandsoppfølging. Flere fortalte også at de har lært mye om egen sykdom, og at denne kunnskapen i seg selv kan ha ført til økt trygghet. Dette stemmer overens med hva de ansatte i oppfølgingstjenesten fortalte oss.

Blant pasientene vi intervjuet var det ikke mange som oppga at helsetilstanden hadde endret seg som følge av medisinsk avstandsoppfølging. Dette kan skyldes mange ting, herunder kort oppfølgingstid eller dårlig/ustabil helsetilstand i utgangspunktet. Ansatte i oppfølgingstjenesten og fastleger ga likevel eksempler på tilfeller hvor man ved hjelp av medisinsk avstandsoppfølging har avdekket feilmedisinering, samt hvordan tettere oppfølging av pasienten har ført til en mer stabil helsetilstand (uttrykket i syremetning eller blodsukker). Det var også oppfatningen til enkelte ansatte i oppfølgingstjenesten at de takket være medisinsk avstandsoppfølging hadde unngått noen sykehusinnleggelses.

8.2 Forutsetninger for å lykkes med medisinsk avstandsoppfølging

Selv om det ennå er tidlig i utprøvingen, har vi notert noen punkter som skiller seg ut som suksessfaktorer for å få til medisinsk avstandsoppfølging i praksis.

Dedikert personell og nok ressurser i prosjektorganisasjonen

Som beskrevet i kapittel 5, har det vært en omfattende jobb å starte opp de lokale prosjektene. Medisinsk avstandsoppfølging er en kompleks tjeneste som involverer flere ulike aktører innen helsetjenesten. Forankring av tjenesten hos alle aktørene har i seg selv vært ressurskrevende. I tillegg har strenge krav til informasjonssikkerhet og personvern medført

utfordringer i planleggingsfasen, både knyttet til anskaffelse av teknologisk løsning og samhandling mellom helsepersonell. I tillegg forutsetter utformingen av en ny type helse-tjeneste et høyt nivå av faglig innhold og kvalitet.

Alt dette tilsier at det stilles høye krav til prosjektadministrasjonen, både når det gjelder mellommenneskelige, juridiske, tekniske og faglige kvalifikasjoner. Flere av prosjektlederne har løftet frem at det er viktig at man i prosjektet har hatt nok ressurser å sette av til prosjektet. Vi ser også at tilstrekkelig ressurstilgang har vært en forutsetning for fremdrift i planleggingsfasen av prosjektet.

Forankring i andre deler av helsetjenesten

Flere av prosjektlederne understreker at god forankring av medisinsk avstandsoppfølging i de involverte delene av helsetjenesten er en forutsetning for å lykkes med prosjektet. Forankring på ledernivå er viktig for prosjektets legitimitet, og for at ansatte på lavere stillingsnivåer skal kunne prioritere medisinsk avstandsoppfølging. Flere av prosjektene har samtidig erfart av forankring på ledernivå ikke er tilstrekkelig for å lykkes ettersom lederne ikke jobber opp mot tjenesten i det daglige. Derfor er det også viktig at medisinsk avstandsoppfølging forankres blant sykepleiere, både i hjemmetjenesten og på sykehus.

Forankring i fastlegetjenesten er, ifølge flere av prosjektlederne, en helt sentral suksessfaktor for å lykkes med medisinsk avstandsoppfølging. Dette kommer dels som følge av fastlegens rolle som medisinsk faglig ansvarlig for pasienten, som blant annet innebærer at fastlegen skal vurdere om pasienten egner seg for medisinsk avstandsoppfølging, og dels som følge av at fastleger har et godt utgangspunkt for å identifisere pasienter som kan ha nytte av tjenesten. Prosjektene har valgt noe ulik tilnærming for å forankre medisinsk avstandsoppfølging hos fastlegene, men flere prosjektledere peker på nytten av å ansette en fastlege i prosjektgruppen. Disse har kunnet nå frem til andre fastleger, og de har bidratt til å gi prosjektet legitimitet.

Dyktige og selvstendige sykepleiere i oppfølgingstjenesten

Medisinsk avstandsoppfølging innebærer en helt ny form for oppfølging av pasienter, og en ny arbeidsmåte for sykepleierne. Når en pasient følges opp på avstand, kan sykepleier ikke lenger bruke alle verktøyene de vanligvis bruker

for å forstå hvordan pasienten har det. Sykepleieren kan ikke se eller kjenne på pasienten som ved vanlig ansikt-til-ansikt-kontakt, og blir dermed avhengig av å utvikle nye måter for å følge med på pasienten.¹⁰

Sykepleier følger i første runde opp pasienten gjennom å lese av og tolke målinger og svar på spørsmålslister som pasienten sender inn elektronisk. Sykepleier vurderer ikke bare den siste målingen fra en pasient, men ser på utviklingen i målinger over tid for å vurdere pasientens helsestilstand. Dette er i seg selv en ny tilnærming for flere av sykepleierne, og det krever litt tid og erfaring for å bli trygg i tolkningen av utviklingen på målingene.

Ved avvikende målinger tar sykepleier kontakt med pasienten, enten via melding, telefon eller video, for å avdekke hvordan pasienten har det og om tiltak må iverksettes. I denne oppfølgingen kan ikke sykepleier, som tidligere nevnt, vurdere pasienten på samme måte som ved kontakt ansikt-til-ansikt. Det er derfor viktig at sykepleieren hører på pasientens stemmeleie, ordbruk og annen ikke-verbal kommunikasjon for å avdekke hvordan pasienten har det. Flere av sykepleierne beskriver at de bruker mye tid på å bli kjent med pasientene, og at de etter hvert lærer å lese pasientene så godt at de kan høre på stemmen eller på annen måte lese mellom linjene når alt ikke er som det skal.

Å være sykepleier som jobber med medisinsk avstandsoppfølging stiller med andre ord særskilte krav til kompetanse: man må være i stand til å jobbe selvstendig og til å vurdere og tolke pasientenes målinger, samt vurdere behov for iverksettelse av nødvendige tiltak. I tillegg stiller medisinsk avstandsoppfølging også store krav til sykepleiers kommunikasjonsevner.

8.3 Utfordringer knyttet til driften av medisinsk avstandsoppfølging

Gjennom vårt arbeid med evalueringen har vi også identifisert noen utfordringer knyttet til medisinsk avstandsoppfølging, slik status var høsten 2019.

Digitalisering og deling av egenbehandlingsplan

Arbeidet med digitalisering av pasientenes egenbehandlingsplan ble høyt prioritert i alle prosjektene høsten 2019. De som jobber med medisinsk avstandsoppfølging, både i

¹⁰ | Agder har man mulighet til å bruke video i kommunikasjon med pasienten.

oppfølgingstjenesten og prosjektadministrasjonen, mener at egenbehandlingsplanen er et viktig verktøy for å øke pasientens delaktighet i oppfølgingen av egen helse. Samtidig mener mange at det er en stor utfordring at egenbehandlingsplanen foreløpig ikke enkelt kan oppdateres og deles mellom ulike aktører i helsetjenesten. Egenbehandlingsplanen utarbeides ofte i samarbeid mellom sykepleier i oppfølgingstjenesten og pasientens fastlege. Flere av pasientene følges imidlertid også opp av spesialist på sykehuset, som kan ha innspill på egenbehandlingsplanen. Per høsten 2019 finnes det ikke en enkel måte å dele egenbehandlingsplanen mellom ulike aktører. Egenbehandlingsplanen kan sendes som vedlegg til en PLO- eller eLink-melding, noe som gjør det utfordrende å sørge for at alle parter har tilgang til siste versjon av planen. Dette gjør det utfordrende for oppfølgingstjenesten å motta innspill fra ulike aktører i helsetjenesten.

Digitalisering og deling av egenbehandlingsplanen ville gjøre egenbehandlingsplanen mer dynamisk ved at den enklere kunne revideres, og kvaliteten ville kunne heves ved at det ville bli enklere for ulike behandlere å gi innspill eller revidere. I tillegg ville det være tryggere for pasienten, da man kunne være sikker på at pasienten til hver tid har nyeste versjon av egenbehandlingsplanen.

Integrasjon av fagsystemer og teknologisk løsning

Manglende integrasjon av fagsystemer og ineffektive kommunikasjonskanaler mellom ulike deler av helsetjenesten er en velkjent utfordring i Helse-Norge, og så også innen medisinsk avstandsoppfølging.

Både prosjektledere, sykepleiere i oppfølgingstjenesten og fastleger gir i intervjuer uttrykk for at fagsystemene medfører ekstraarbeid og bidrar til dårligere brukererfaringer for helsepersonell. For eksempler oppgir sykepleierne i oppfølgings-tjenesten i flere prosjekter at de bruker mye tid på å manuelt registrere målinger fra medisinsk avstandsoppfølging i kommunens fagsystem. I Oslo, som har flest pasienter, oppga sykepleierne i en bydel at de kan bruke inntil to timer per dag på å krysse ut og overføre varsler til fagsystemet. Her vil velferdsteknologisk knutepunkt bli et kjærkommet verktøy, som vil gjøre det enklere

å samkjøre velferdsteknologiske løsninger med fagsystemene.¹¹

Flere fastleger og prosjektledere indikerer også at manglende integrasjon av plattform for medisinsk avstandsoppfølging og fastlegens og sykehusenes journalsystemer fungerer som er reell hindring for at legene skal ta medisinsk avstandsoppfølging i bruk. Det oppleves som lite realistisk å i stor skala ta i bruk en løsning som krever at man må flytte mellom ulike systemer.

Innen medisinsk avstandsoppfølging er det mye kommunikasjon mellom både oppfølgings-tjenesten, fastlegetjenesten, hjemmetjenesten og sykehuset. Mesteparten av kommunikasjonen foregår over PLO-melding eller tilsvarende, noe som til tider oppleves som lite effektivt. Fastlegene mottar daglig et stort antall meldinger fra ulike aktører i helsetjenesten, og det kan være utfordrende for oppfølgings-tjenesten å nå gjennom. Ansatte i oppfølgings-tjenesten forteller at det noen ganger er nødvendig å sende flere meldinger eller ringe for å be fastlegen om å svare på meldingene de har sendt, og at dette oppleves som lite hensiktsmessig bruk av tid.

8.4 Videre utvikling i 2020

I 2020 vil prosjektene fortsette å høste erfaringer med medisinsk avstandsoppfølging, og med å videreutvikle tjenesten. Flere utviklingsområder vil være interessante å følge med på.

Som tidligere nevnt, jobber prosjektene med digitalisering av egenbehandlingsplanen, og flere prosjekter regner med at en prototyp vil foreligge i løpet av våren 2020. Det vil være interessant å følge med på dette arbeidet, og å se hvordan egenbehandlingsplanene tas i bruk av pasientene, og ikke minst av helsepersonell.

Prosjektene jobber også med videreutvikling av de lokale tjenesteforløpene. Det er stor variasjon i lokal organisering og til viss grad variasjon i tjenesteforløpene, og det vil være interessant å se om tjenesteforløpene over tid vil bli mer eller mindre like på tvers av prosjektene. I intervjuer har prosjektledere og sykepleiere vektlagt ulike utviklingsområder, men noen eksempler er:

- Lokalisering av oppfølgingstjenesten (sammen med hjemmetjenesten, legevakten eller andre)

¹¹ <https://ehelse.no/velferdsteknologi/nasjonal-arkitektur-for-velferdsteknologi>

- Tilgjengelighet (døgnåpen tjeneste eller dagtjeneste)
- Hyppighet i oppfølgingen (hvor ofte skal pasienter registrere målinger og i hvilken grad skal oppfølgningstjenesten ha faste oppfølgingsamtaler)
- Ansvar for oppfølging (kan andre enn sykepleier i en oppfølgningstjeneste, f.eks. PHT-sykepleier, poliklinikk, psykisk helseteam eller kreftkoordinator, ha ansvar for oppfølging)

En viktig del av videreutviklingen av tjenesteforløpene blir å sikre at medisinsk avstandsoppfølging blir en bærekraftig tjeneste som kan videreføres også etter prosjektperioden, og som bidrar til bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten.

Helsedirektoratet har fastsatt inklusjons- og eksklusjonskriterier for medisinsk avstandsoppfølging, men disse spenner over et bredt spekter av pasienter. Alle de lokale prosjektene har oppgitt at de skal inkludere pasienter med kols, diabetes og hjertesvikt, og utover dette inkluderer man i varierende grad også pasienter med andre diagnoser. Et inklusjonskriterium som har vist seg å være vanskelig å tolke for en del pasienter er kriteriet om «medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester». Noen prosjektledere, og også fastleger, har i intervjuer oppgitt at det kan være utfordrende å finne de pasientene som medisinsk avstandsoppfølging passer best for. Blant de som rekrutterer pasienter til utprøvingen, virker det generelt som at fastlegene rekrutterer pasienter som er i den friskere enden av skalaen, mens hjemmetjenesten og sykehusene foreslår sykere pasienter som i noen tilfeller er for syke til å ha nytte av tjenesten. Det blir interessant og viktig å følge med på hvordan inklusjonen av pasienter utvikler seg fremover, og særlig om vurderingene knyttet til inklusjon endrer seg.

8.5 Videre evaluering av utprøvingen

Neste evalueringsrapport overleveres til Helsedirektoratet i mars 2021. Evalueringsrapporten vil bygge på et mer omfattende datamateriale enn foreliggende rapport.

Inklusjonen av nye pasienter til utprøvingen avsluttes i juni 2020. Når neste datauttrekk gjøres høsten 2020, vil altså pasientgrunnlaget vært komplett. Etter planen vil datagrunnlaget omfatte minst 600 og forhåpentligvis over 800 pasienter, hvorav halvparten prøver ut medisinsk avstandsoppfølging og halvparten inngår i kontrollgruppen.

I forkant av neste statusrapport vil vi hente ut registerdata om bruk av helse- og omsorgstjenester på individnivå for alle deltakerne, og rapporten vil dermed omfatte en foreløpig analyse av effekter på ressursbruk i helsetjenesten. Vi innhenter også i fortsettelsen opplysninger fra deltakerne ved hjelp av spørreskjemaer, og vil kunne analysere endringer i egenvurdert helse og livskvalitet, samt pasienttilfredshet, som følge av medisinsk avstandsoppfølging. Medisinsk avstandsoppfølging er stadig under utvikling, og vi vil følge med på denne utviklingen ved å gjennomføre intervjuer i de lokale prosjektene.

At medisinsk avstandsoppfølging er i stadig utvikling, og at det er variasjon i utformingen mellom prosjektene, fører imidlertid også til utfordringer for evalueringen. I en randomisert utprøving er det ønskelig at tiltaket er standardisert og at det ikke endres over tid. I utprøving av medisinsk avstandsoppfølging har imidlertid myndighetene lagt føringer om at utprøvingen skal være et utviklingsprosjekt, som gir rom for justeringer i innretningen av medisinsk avstandsoppfølging underveis for å gjøre tjenesten mer treffsikker.

Innen utgangen av 2021 skal vi overlevere en sluttrapport for evalueringen. Denne vil inneholde en fullstendig analyse av effekter av medisinsk avstandsoppfølging på effektmålene psykisk og fysisk helse, brukeropplevelse og ressursbruk i helsetjenesten. Den vil også inneholde konklusjoner fra prosessevalueringen, samt en samfunnsøkonomisk analyse som belyser samlede gevinster og kostnader, samt vridningseffekter ved medisinsk avstandsoppfølging.

Referanser

- Direktoratet for e-helse, 2018. *Erfaringer og videre arbeid med velferdsteknologisk knutepunkt*, Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for økonomistyring, 2018. *Veileder i samfunnsøkonomisk analyser*, s.l.: s.n.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2013. *NCD-strategi 2013-2017*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2015. *Omsorg 2020*, s.l.: s.n.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet, 2012. *Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder*, s.l.: s.n.
- Helsedirektoratet, 2014. *Elektronisk pasientjournal i omsorgstjenesten*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2017. *Svar på oppdrag om videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging. Levert HOD 1. november 2017.*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2017. *Videre innretning av medisinsk avstandsoppfølging - Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2018. *Ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke: Rammer for forsøket*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2018. *Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam*, s.l.: s.n.
- Helsedirektoratet, 2018. *Primærhelseteam – pilotprosjekt*.
Tilgjengelig på:
<https://helsedirektoratet.no/primerhelseteam-pilotprosjekt>
- Helsedirektoratet, 2018. *Tilskudd: Medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke*.
Tilgjengelig på:
<https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/medisinsk-avstandsoppfolging-av-kronisk-syke#tildelingskriterier-og-regelverk>
- Helsedirektoratet, 2019. *Oppsummering underveis om utprøving av medisinsk avstandsoppfølging*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Intro International, 2018. *Avstandsoppfølging - Sluttrapport*, s.l.: s.n.
- Meld. St. 10, 2012-2013. *God kvalitet - trygge tjenester*, s.l.: s.n.
- Meld. St. 26, 2014–2015. *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, s.l.: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 29, 2012-2013. *Morgendagens omsorg*, s.l.: s.n.
- Newman, S. P., Bardsley, M., Barlow, J. & Beecham, J., 2011. *The whole system demonstrator programme*, s.l.: s.n.
- Scottish Centre for Telehealth & Telecare, 2017. *A National Service Model for Home and Mobile Health Monitoring*, s.l.: s.n.
- Statens legemiddelverk, 2018. *Retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurdering av legemidler*, s.l.: s.n.
- Tabak, M. et al., 2014. *A telehealth program for self-management of COPD exacerbations and promotion of an active lifestyle: a pilot randomized controlled trial*, s.l.: International journal of chronic obstructive pulmonary disease.
- TeleCare Nord, 2015. *TeleCare Nord Afslutningsrapport*, Aalborg: TeleCare Nord prosjektsekretariat.
- Udsen, F. W., Lilholt, P. H., Hejlesen, O. & Ehlers, L., 2017. *Cost-effectiveness of telehealthcare to patients with chronic obstructive pulmonary disease: results from the Danish 'TeleCare North' cluster-randomised trial*. *BMJ Open*, Volum 7.
- Udsen, F. W., Lilholt, P. H., Hejlesen, O. K. & Ehlers, L. H., 2017. *Subgroup analysis of telehealthcare for patients with chronic obstructive pulmonary disease: the cluster-randomized Danish Telecare North Trial*. *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, Volum 9, pp. 391-401.
- Wild, S. H. et al., 2016. *Supported telemonitoring and glycemic control in people with type 2 diabetes: the telescot diabetes pragmatic multicenter randomized controlled trial*, s.l.: PLoS medicine.

