



REGIONAL
KOORDINERINGSGRUPPE
E-HELSE OG VELFERDSTEKNOLOGI
AGDER

SLUTTRAPPORT DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING AGDER



Kristiansand

Arendal Farsund

Birkenes

Bygland

Bykle

Evje og Hornes

Flekkefjord

Froland

Gjerstad

Grimstad

Hægebostad

Iveland

Kvinesdal



SØRLANDET
SYKEHUS

Lillesand

Lindesnes Lyngdal

Risør

Sirdal

Tvedestrand

Valle

Vegårshei

Vennesla

Åmli

Åseral

1 INNHOLDSFORTEGNELSE

2	Kort oppsummering om prosjektet	3
3	Innledning.....	4
4	Bakgrunn	6
5	Mål med tiltaket	7
6	Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt	10
7	Måloppnåelse/Gevinster	24
8	Læringspunkter/ Erfaringer	31
9	Tilrettelegging for/ plan for videre drift.....	34
	Vedlegg.....	36
	Vedlegg A Regional Koordineringsgruppe.....	36
	Vedlegg B Gevinstrapport	36
	Vedlegg C Tjenesteforløp med oppfølging fra Regional Telemedisinsk sentral.....	36
	Vedlegg D Tjenesteforløp sykehus-kommune.....	36
	Vedlegg E Tjenesteforløp psykisk helse og «ute i tjenesten»	36
	Vedlegg F Tjenesteforløp PHT	36
	Vedlegg G Samarbeidsavtale fastleger.....	36
	Vedlegg H Algoritmer	36
	Vedlegg I Vurdering av logistikkansvarlig.....	36
	Vedlegg J Digital hjemmeoppfølging til andre regioner.....	36
	Vedlegg K Medieoppslag	36

2 KORT OPPSUMMERING OM PROSJEKTET

Siden 2012 har kommunene i Agder, Sørlandets sykehus helseforetak (SSHF), fastleger, Universitet i Agder (UIA) og ulike bedriftspartnere samarbeidet om prosjekter innen trygghetsteknologi og digital hjemmeoppfølging. Begrepene på denne type oppfølging har endret seg gjennom tidene, fra telemedisin og medisinsk avstandsoppfølging, til det vi dag kaller digital hjemmeoppfølging (DHO).

Agder har gjennom årene gjort mange erfaringen innenfor feltet. Som et av seks prosjekt i helsedirektorats satsning nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) ble erfaringer fra tidligere bygget videre på. Målet med deltakelsen var **bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse, lavere kostnad samt tjenesteutvikling som sikrer overgang til drift i 2022.**

Forskningen ble gjennomført som en randomisert kontrollert studie (RCT).

Digital hjemmeoppfølging **Agder inkluderte 147 pasienter** innen fristen for inklusjon 1/7-2020. Med 103 pasienter i tiltaksgruppen og 44 pasienter i kontrollgruppen. NVP DHO Agder har god erfaring med at **DHO gir opplevelse av mestring, økt trygghet og større innsikt i egen helse.**



Seks måneder etter inklusjonen ser vi en **svak tendens til økning i bruk av kommunale tjenester hos kontrollgruppen** med økning på 24 minutter i gjennomsnitt fra nullpunkt. Hos tiltaksgruppen og tiltak uten randomisering, ser vi en svingende kurve på bruk av tjenester i hjemmet fra nullpunkt med gjennomsnitt på 93 minutter til gjennomsnitt på 80 minutter ved 6 måling. Hos samme gruppe ser vi **tendens til nedgang på bruk av praktisk bistand** med gjennomsnitt på 33 min ved nullpunkt til 27 minutter ved 6 måling.

Pasientene er fornøyd med tjenesten. Brukerundersøkelsen viser **en bedring på 8 av 8 spørsmål om egen helse.** I tillegg sendes det fra sjettemåned ut 3 spørsmål i tillegg til i samme undersøkelse med spørsmål om oppfølgingen og trygghet i forbindelse med oppfølgingen. Ved første undersøkelse er det et snitt på 4,1 (5 er høyeste mulige score) og denne øker til 4,3 ved undersøkelsen etter 1 år.

Våren 2020 kom pandemien som preget verden. Nye måter å jobbe på ble nødvendig og prosjektene møtte på utfordringer, men også nye muligheter og økt fokus. Løsning for **DHO til covid-19** ble utarbeidet av prosjektet for kommunene på Agder og Sørlandets sykehus som **de første i Norge.** Kommunen fikk mulighet til å ta i bruk **app for oppfølging.** Det gode samarbeidet og prosjektets erfaring gjorde også at sykehuset raskt fikk på plass hjemmesykehus for covid-19 pasienter.

Smidig arbeidsform, godt samarbeid mellom aktørene og organisasjoner som aktivt tok i bruk tjenesten var suksessfaktorer. Erfaringene i prosjektet viser at det er en nødvendighet å tenke nytt og tar i bruk nye metoder for å ivareta syke mennesker – både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. **Det fordrer både kultur- og holdningsendring i tillegg til tydelige føringer fra både nasjonale instanser, i helseforetakene, for fastlegetjenesten og kommunene.**

3 INNLEDNING

3.1 OPPDRAGET

Helsedirektoratet fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i perioden 2018-2021. Agder v/Kristiansand kommune er et av de 6 prosjektene som deltar i utprøvingen. Prosjektet har hatt fokus på samarbeid mellom pasient, fastlege, helse- og omsorgstjenesten i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Tilskuddet som ble mottatt skulle dekke utgifter til aktiviteter som rettet seg mot målene:

Formål: få tilstrekkelig kunnskap om digital hjemmeoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket

Hovedmål: kunne gi nasjonale råd eller anbefalinger om hvordan fastlegen som medisinsk faglig behandlingsansvarlig kan initiere digital hjemmeoppfølging som del av behandlingen og hvordan andre kan følge opp medisinske målinger i samarbeid med fastlegen i et helhetlig pasientforløp.

3.2 MOTIVASJON FOR DELTAKELSE

Agder har siden 2012 jobbet med digital hjemmeoppfølging i ulike prosjekter. Det er et uttalt mål at velferdsteknologi skal bli en integrert del av tjenestetilbudet i helse- og omsorgstjenestene innen 2020¹. På Agder har kommunene etablert Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi (RKG)² som er forankret hos Rådmannsgruppen i Regionalplan Agder, hvor et av målene er at kommunene i regionen skal være ledende innen bruk/implementering av velferdsteknologi i Norge. Kommunene i Agder har gått sammen om satsingen «E-helse Agder 2030» som et samlebegrep for felles prosjekter og satsingsområder mellom Agder kommunene. Det var ved prosjektstart behov for å fortsette utprøving av DHO og øke kunnskapsgrunnet for videre organisering og satsning. Prosjektet har samarbeidet med, og delt erfaringer med flere andre prosjekt, bl.a. Pilotprosjektet primærhelseteam³, Innovasjonspartnerskap Agder⁴, DIPAR (Digital Infrastructure for Robust and Scalable Patient Monitoring in Pandemic Response Situations)⁵ ved Universitetet i Agder og "Felles forvaltning av avstandsoppfølging – en samhandlingsmodell i helsefelleskap på Agder" i Kvalitet og moderniserings- programmet (KOM) ved SSHF. Prosjektet har også fått prosessveiledning gjennom InnoMed⁶.

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/moderne-lokaler-og-boformer/velferdsteknologi>

² <https://www.ehelseagder.no/rkg-e-helse/>

³ <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>

⁴ <https://www.ehelseagder.no/innovasjonspartnerskap-velferdsteknologi/>

⁵ <https://www.uia.no/forskning/prioriterte-forskningsentre-ved-uia/senter-for-e-helse/innhold/prosjekter>

⁶ <https://innomed.no/prosjekt/prosjekterfaring-digital-hjemmeoppfolging-i-agder>

3.3 BEGREPSAVKLARING

AO: Avstandsoppfølging

BYOD: «Bring your own device»

DHO: digital hjemmeoppfølging «Digital hjemmeoppfølging ble tidligere omtalt som medisinsk avstandsoppfølging. Helsedirektoratet har brukt følgende definisjon fra Skottland for å beskrive digital hjemmeoppfølging: «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).»⁷

HSØ: Helse Sør-Øst

NVP: nasjonalt velferdsteknologiprogram. Nasjonalt velferdsteknologiprogram er et samarbeid mellom KS, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet som skal bidra til at flere kommuner tar i bruk velferdsteknologi

Oppfølger: med oppfølger menes her den eller de som har ansvar for oppfølging av pasienter. Dette kan være sykepleiere, hjelpepleiere og/eller psykisk helsearbeidere.

Pasient: I rapporten har vi valgt å bruke begrepet pasient som et samlebegrep for alle personer som mottar digital hjemmeoppfølging. Noen tjenester i kommunehelsetjenesten bruker vanligvis «bruker», «borger», «innbygger» o.l.

SSHF: Sørlandet sykehus helseforetak

TELMA: Prosjekt felles telemedisinsk løsning på Agder

TMS: Telemedisinsk sentral. En sentral hvor sykepleiere mottar innsendte målinger, selvrapporteringer og følger opp pasienter digitalt.

⁷ https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/evaluering-av-utproving-av-digital-hjemmeoppfolging-delrapprt-II.pdf/_attachment/inline/7bb48460-9afa-4330-b512-14b4176c082f:dfec44b2e5479013a3bd2c662cdaf24388bda410/Evaluering%20av%20utpr%C3%B8ving%20av%20digital%20hjemmeoppf%C3%B8lging%20Delrapprt%20II.pdf

4 BAKGRUNN

Kristiansand kommune var prosjekteier, på vegne av kommunene på Agder. Både Farsund og Arendal og Grimstad kommune var søkerkommuner, sammen med Sørlandet sykehus. Prosjektet var organisert under program eHelse Agder 2030 i regional koordineringsgruppe (vedlegg A). For å styre fellessatsingen E-helse Agder 2030 er det etablert en felles regional styringsgruppe bestående av representanter på ledernivå fra Agderkommuner og Sørlandets sykehus, samt observatører fra Fylkesmannen i Agder, KS Agder, Agder Fylkeskommune og representant fra daglig leder nivå IKT i Agder.

AGDER

Agder grenser mot Telemark i øst og mot Vestfold og Rogaland i nord og vest. Aust- og Vest- Agder ble slått sammen til Agder 01.01.2020.

Agder består av 25 kommuner inndelt i fire regioner. Det er både store, mellomstore og små kommuner. Enkelte kommuner er langstrakte med fjeld og daler. Andre kommuner er kystkommuner med noe tettere befolkning. Det bor ca 300 000 innbyggere på Agder

Ca 300 fastleger jobber fordelt ut i kommunene på Agder, det finnes flere allmennlegeutvalg og også samarbeid på tvers av kommunene igjennom f.eks legeföreningen Agder. I Kristiansand er tre legekantor med i pilot for primærhelseteam.

Sørlandet sykehus (SSHF) er en del av Helse Sør-Øst (HSØ). Sykehuset har avdelinger lokalisert i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, i tillegg til distriktspyskiatriske sentre og poliklinikker flere steder i Agder.



Antall kommuner i fylket	25
Befolkning i Agder	308843
Sørlandet sykehus	Lokalisert i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord
Antall fastleger	300
Pilot Primærhelseteam	Tre legekantor i Kristiansand kommune



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune

Norge står overfor demografiske utfordringer med et økende antall eldre samtidig med problemstillingen at det blir for få yngre⁸. Flere eldre betyr at helsevesenet vil få flere pasienter med kroniske sykdommer og en utfordring med hvordan gi alle behandling og oppfølging når det ikke er nok hender til å hjelpe.

For dem som kjenner på kroppen belastningen ved å være kronisk syk, er det viktig å kjenne seg trygg og vite at man mestrer egen sykdom. Erfaringer og forskning fra blant annet prosjektene U4H og TELMA, viser at DHO kan føre til økt mestring og trygghet. DHO kan også være et middel for å sette i verk nødvendige tiltak som ernæring, fysisk trening, medisiner og egenbehandling. Som videre fører til at man kan bo lenger hjemme og utsette behov for helsehjelp. Forskning fra Danmark understøtter også dette i tillegg til å vise til samfunnsøkonomiske gevinster⁹. Agder satser på velferdsteknologi for å møte noen av de demografiske samfunnsutfordringene.

⁸ https://www.helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan_endelig%20og%20godkjent%20versjon.pdf

⁹ 2018. Fasterholdt, I., Gerstrøm, M., Rasmussen, B. S. B

5 MÅL MED TILTAKET

Målet for utprøvingen er bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse og lavere kostnad for helsetjenesten. Prosjektet i Agders overordnet mål var en helhetlig satsning på digital hjemmeoppfølging på Agder, med bakgrunn i flere pågående initiativ og prosjekter, som sikrer overgang til drift i 2022.

5.1 MÅLGRUPPE

Målgruppen er pasienter med risiko for forverring av sin tilstand, risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse og omsorgstjenester. Pasientene har et relativt høyt forbruk av helsetjenester, kan ha flere diagnoser, sammensatte behov eller behov for oppfølging.

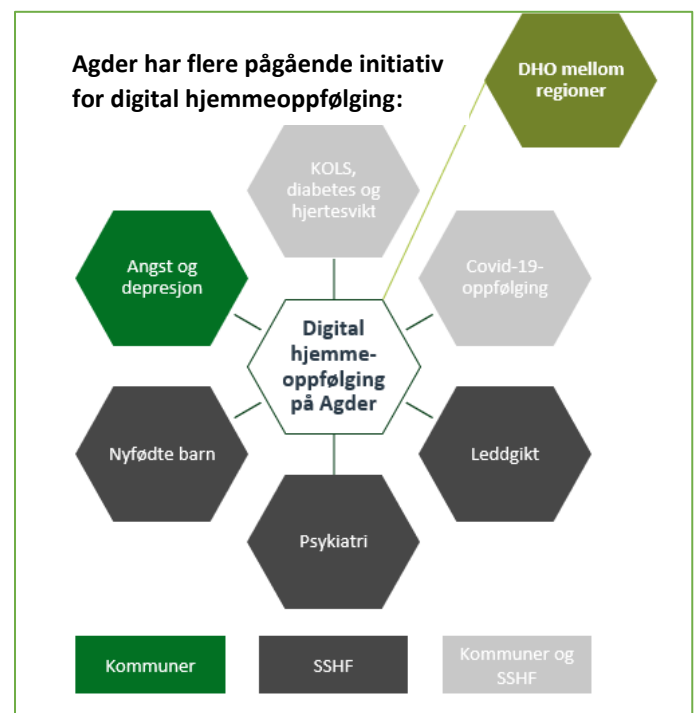
Personer som har blitt inkludert til RCT-studien har hatt en eller flere av følgende diagnoser:

- Kols
- Hjertesvikt
- Diabetes
- Psykisk helse
- Kombinasjon av disse

Under koronapandemien ble det også utarbeidet DHO til andre pasientgrupper.

- COVID -19 (kommune)
- (Nyfødt tidlig hjem (SSHF))
- (Hjemmesykehus COVID 19 (SSHF))

Prosjektet har etter inklusjonsstopp til forskningsstudiene åpnet opp for inklusjon av flere pasientgrupper, basert på behov, og bruksområdet til DHO er utvidet.



Digital hjemmeoppfølging COVID 19

Våren 2020 ble preget av pandemi. Store deler av verden ble stengt ned, og helsetjenesten måtte forberede seg på unntakstilstander. I samarbeid med leverandør, fastleger og sykehus, utarbeidet prosjektet i rekordfart- oppfølgingsverktøy for å kunne ivareta pasienter med covid-19 via app. Dette muliggjorde at pasienter kunne laste ned app på egen enhet (mobil, nettbrett eller pc) (BYOD).

⁹ 2020. Vestergaard, A.S., Hansen, L., Sørensen, S.S., Jensen, M.B., Ehlers, L.H.

⁹ 2017. Udsen, F. W., Lilholt, P. H., Hejlesen, O. K., Ehlers, L. H.

⁹ 2015. Minet, L. R., Hansen, L. W., Pedersen, C. L., Titlestad, I. L., Christensen, J. K., Kidholm, K., Rayce, K., Bowes, A., Møllegård, L.

“

«Med TMS (telemedisinsk sentral) blir vitale data kostnadseffektivt samlet inn og skåret, slik at tiltak kan settes inn der det er nødvendig. Jeg tror at flere kommuner vil profitere på å etablere tilbudet, da det gir en større mulighet til å gi forsvarlig oppfølging til personer som sitter i isolasjon.»

Kommuneoverlege Farsund kommune Ann- Margret Haaland

Farsund kommune er den kommunen som har hatt størst erfaring med bruk av løsningen, da over 60 pasienter fikk oppfølging ved smitteutbrudd i november -2020. Egen erfaringsrapport kan leses på ehelseagder.no¹⁰

“

«En nøkkel har vært løsningsorienterte ansatte, godt samarbeid mellom smittesporingsteam, fastleger, TMS og kommuneoverlege»
Anne Margrethe Tjøtta Johnsen, kommunalsjef Helse og omsorg Farsund kommune

Tidligere erfaringer, teknologi og godt samarbeid mellom sykehus og kommune gjennom tidligere og pågående prosjekter, resulterte at sykehuset også kunne ta i bruk DHO. Dette i samarbeid med, men på siden av dette prosjektet¹¹.

Nyfødt tidlig hjem

Sørlandet sykehus Kristiansand har tilbud om tidlig hjemreise til foreldre med tidligfødte barn som trenger oppfølging i forbindelse med utvikling og ernæring. Tidligere har sykepleiere reist hjem til disse barna og deres foreldre. Foreldrene fikk med seg nettbrett og aktuelt måleutstyr. Gjennom nettbrettet svarte de på spørsmål. Sykepleiere fra sykehuset bruket innsendte skjema og målinger som grunnlag i samtale med foreldrene, gjennom telefon eller videosamtale.

Hjemmesykehus Covid-19

Sørlandet sykehus Kristiansand har brukt samme tekniske løsning fra Siemens Healthineers til DHO av pasienter som skrives ut etter å ha vært innlagt for covid-19¹¹. Algoritmen for sykehusoppfølging er utviklet i samarbeid med prosjektmedarbeidere, sykepleiere og leger på sykehuset og innebærer flere målinger med utgangspunkt i NEWS2¹².

5.2 FORVENTEDE EFFEKTER FOR PASIENTER OG TJENESTEN (PRIMÆR/SPECIALIST)

Prosjektet utarbeidet en gevinstplan i starten av utprøvingen som har blitt vurdert og revidert ved behov. Gevinstplanen ligger som vedlegg i Gevinstrapporten (vedlegg B). Prosjektet har identifisert forventede gevinster/effekter hos pasienter, ulike kommunale tjenester, fastlegen og endring i bruk av spesialisthelsetjenesten. Forventede effekter hos pasienter kan være økt opplevelse av trygghet, økt kunnskap om egen helse/sykdom, bedre helse og kontroll over egen sykdom.

Forventede effekter for primærhelsetjenesten kan være endring i forbruk av helsetjenester i hjemmet (hjemmesykepleie og psykisk helsearbeid), praktisk bistand (daglige gjøremål,

¹⁰ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2020/12/Erfaringsrapport-DHO-covid-19_Agder.pdf

¹¹ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2020/12/Erfaringsrapport-DHO-covid-19_Agder.pdf

¹² <https://sshf.no/om-oss/nyheter/pandemien-framskyndet-digital-oppfolging>

hjemmehjelp, BPA), redusere behov for opphold ved kommunal korttidsavdeling (utredning/behandling, habilitering/rehabilitering, annet) og KAD (kommunal akutt døgnerhet)

Forventede effekter for legevakt, spesialisthelsetjenesten og fastlege kan være endring i antall konsultasjoner ved legevakt, fastlege, forbruk av akutte innleggelser ved sykehus og endring i antall overliggerdøgn ved sykehus (somatisk sykehusavdeling). Effekten/gevinsten kan omsettes i unngåtte kostnader og spart tid som kan brukes på andre områder. I prosjektet har vi vurdert at gevinsten kan bli omsatt i helseeffekt, brukeropplevelse og økonomisk effekt.

- Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen, bedre forståelse av egen sykdom og raskere tiltak ved sykdomsforverring.
- Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet, mestring og økt kunnskap om egen helse som kan bidra til et mer stabilt sykdomsforløp.
- Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelser i både spesialist og primærhelsetjenesten, redusert behov for besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale hjemmetjenester.

5.3 HVORDAN MÅLE GEVINSTER OG EFFEKTER, PLAN FOR OPPFØLGING

Målemetodene for gevinster og effekter er i prosjektet målt i form av uttrekk av data fra EPJ i pasientens hjemkommune og ved brukerundersøkelse som sendes til pasientens nettbrett.

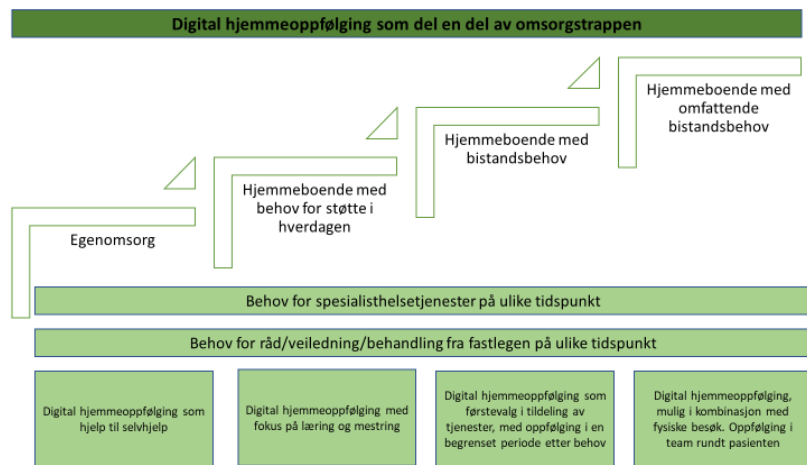
Datauttrekk fra kommunal journal ble målt ved nullpunkt for tjenester i hjemmet og fra 1 år før intervensjonen på innleggelser ved kommunal korttidsavdeling eller øyeblikkelig-hjelp avdeling. Alle målinger på bruk av kommunale tjenester var planlagt målt ved nullpunkt og hver måned.

Brukerundersøkelsen ble sendt ut i den teknologiske løsningen ved nullpunkt og hver 6 måned.

Brukerundersøkelsen som ble sendt ut hadde 8 spørsmål om håndtering og opplevelse av egen helse ved nullpunkt. Fra 6 måned ble disse spørsmålene i tillegg til 3 spørsmål om selve oppfølgingen sendt ut via løsningen. Oppfølgerne bidro til å minne pasientene på å svare på skjemaene og gevinstansvarlig hadde ansvar for å hente ut data og analysere disse. For å registrere og analysere data er det brukt et gevinstrealiseringsverktøy som er utviklet av PA Consulting for at prosjektet enklere kan se på endringene lokalt.

6 MODELL FOR DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING I VÅRT PROSJEKT

Det finnes flere tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging på Agder. Det er oppfølging fra ulike oppfølgere til ulike brukergrupper. I starten av prosjektet hadde Agder tre telemedisinske sentraler, bemannet med sykepleiere, lokalisert i Farsund, Kristiansand og Arendal. Disse fulgte opp pasienter fra omkringliggende kommuner. Fra tidligere prosjekt så man tegn på at denne modellen å organisere tjenesten på var kostbar og lite bærekraftig med det antall pasienter man hadde rekruttert¹³. NVP DHO Agder har hatt stort fokus på tjenesteutvikling. Det ble i 2020 fattet vedtak i styringsgruppen om å gå over til en regional telemedisinsk sentral på Agder. I tillegg skulle man prøve ut DHO ute i ordinær tjeneste, hjemmetjeneste/oppfølgingsjeneste. Videre piloterte prosjektet DHO initiert av spesialisthelsetjenesten med overgang til kommunal oppfølging. Målet med dette var å bygge en helsetjeneste der pasienten er i sentrum, styrke samarbeidet mellom forvaltningsnivåene og jobbe mot sømløse forløp på tvers. I modellen til høyre er det forsøkt skissert hvordan DHO kan være en del av omsorgstrappen for hjemmeboende.



6.1 UTFORMING AV TJENESTEN, INVOLVERING AV BRUKERREPRESENTANTER

Brukerrepresentanter har vært med i utforming av tjenesten fra starten av helt tilbake til første DHO prosjekt i 2012, og gjennom utviklingen til den dag i dag. Gjennom prosjektet har brukerrepresentanter vært med i møtevirksomhet, samt i praktisk bistand som ved testing av utstyr og digital egenbehandlingsplan. Brukerrepresentanter har gitt innspill om behov i prosessen, flere mener tilbudet er godt og etterlyser fortgang i implementering til drift og større skalering fra spesialist- og primærhelsetjenesten. Både i 2018 og 2019 ble det gjennomført brukersamling hvert halvår. Det var planlagt samlinger med brukerrepresentanter i prosjektet også i 2020/21, men på grunn av pandemien lot ikke brukersamlingene seg gjennomføre. Oppfølgerne viderefremmet tilbakemeldinger fra enkelte pasienter som bidro til justeringer og forbedringer i tjenesteutviklingen. I tillegg ble det sendt ut spørreundersøkelse til pasienter som mottok oppfølging for covid-19 gjennom prosjektet DIPAR.

Som ledd i utforming av tjenesten har prosjektet, sammen med leverandør utviklet digital egenbehandlingsplan. Det ble gjennomført testing av digital egenbehandlingsplan, fasilitet i lokalene til innovasjonsarenaen I4Helse i Grimstad¹⁴. Her var brukerrepresentanter, helsepersonell/ oppfølgere, leverandør, fasilitatorer og ansatte fra kommunen til stede.

¹³ <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/telma/>

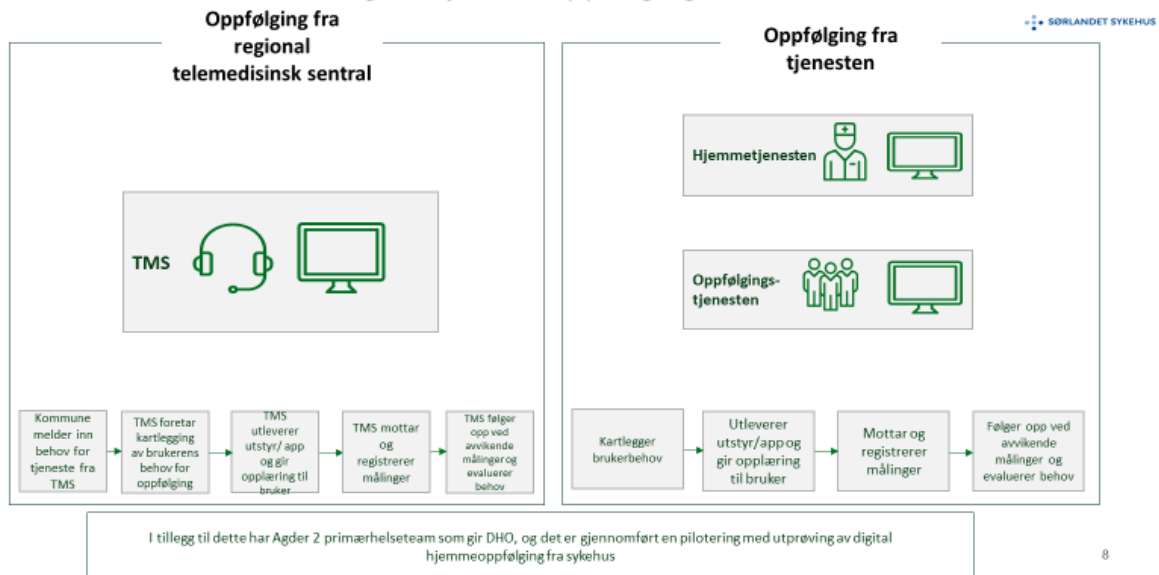
¹⁴ <https://www.i4helse.no/>

6.2 TJENESTEFORLØP FRA REKRUTTERING TIL AVSLUTNING

Under skisseres to hovedmodeller for DHO på Agder.

I tillegg har Agder to primærhelseteam som gir DHO, og det er gjennomført pilotering med utprøving av DHO fra sykehus, DHO ute i tjenesten, DHO psykisk helse, samt DHO til covid19 smittede.

To hovedmodeller for digital hjemmeoppfølging



Alle tjenesteforløp er beskrevet i detaljer i modeller delt inn i følgende faser og aktiviteter.



Under beskrives de ulike fasene. Vedlagt rapporten ligger detaljert beskrivelse av tjenesteforløp (vedlegg C-F).

6.2.1 Rekruttering: Henvisning/Inkludering

Inklusjon av pasienter pågikk på Agder fra august 2019 frem til inklusjonsstopp 1/7-2020.

Inklusjonsprosessen av pasienter i Agder var begrenset til 5 prosjektmedarbeidere for en mest mulig lik informasjon- og inklusjonsrutine av etiske forhold rundt forskningsmetodikken. Når samarbeidsaktører som sykehus, fastlege, forvaltning o.l. identifiserte en pasient, ble prosjektmedarbeider kontaktet for videre kontakt med aktuell pasient og et informasjonsmøte ble avtalt. I dette møtet ble det nøye vurdert om pasienten ville ha nytte av oppfølgingen og om vi kunne forvente en effekt av oppfølgingen. Pasienten fikk grundig informasjon om hvilke typer data som skulle hentes ut i prosjektperioden og hvorfor disse skulle hentes ut. I informasjonsmøte ble det trukket frem forventinger om nytte og gevinst hos den enkelte som en del av inklusjonsprosessen, slik at pasienten selv var med på å vurdere egen nytteverdi og effekt. Fastlegens vurdering og beslutning om pasienten var aktuell for inklusjon var sentral i inkluderingen, men initiativet til inklusjon kom både fra fastlegen, pasienten selv, kommunale helse- og omsorgstjenester eller spesialisthelsetjenesten. På grunn av pandemien ble det inkludert til en tredje gruppe, tiltak uten

randomisering. Dette førte til en noe endret inklusjonsrutine og i tillegg inklusjon av pasienter innen psykisk helse.

Det har hele veien i prosjektet vært stort fokus på å få opprettet et godt samarbeid med fastlegene. Likevel ble det tidlig klart at incentiver til fastlegene var nødvendig for å kunne få satt i gang samarbeidet (se samarbeidsavtale vedlegg G). I tillegg til incentiver bestemte prosjektledelsen seg for at enkelte medarbeidere skulle sitte på noen få legekontor i starten av inklusjonen, slik at vi kunne være tilgjengelige for fastlegene ved spørsmål. Denne måten å opprette et samarbeid på viste seg å være svært effektiv og der vi hadde muligheten, ble en prosjektmedarbeider sittende flere ganger i måneden på legekantoret. Dette bidro til effektiv inklusjon fra disse fastlegene. Samarbeidet med fastlegene har vært bra med de fastlegene som har inkludert til forskningen (28 fastleger), men vi ser likevel behov for videre fokus på økt samhandling mot fastlegene som ikke har vært aktivt involvert i prosjektet. Prosjektet har fått tilbakemeldinger fra fastlegene om behov for tydeligere retningslinjer og taksting i forbindelse med denne type oppfølging. Fastlegenes behov innen DHO må sees videre på og er tatt med som et satsingsområde i NVP DHO 2.0.

Videre over i drift skal behovet for oppfølgingen bl.a. vurderes av forvaltningen i kommunehelsetjenesten. Derfor jobbes det med tydelige forvaltningsrutiner for å sikre gode kriterier for tildeling. I tillegg er prosjektet opptatt av hvordan pasientene som har fått oppfølgingen i forskning, blir ivarettatt når midlene til pasientenes utstyr må finansieres av egen kommune og hvordan tjenesten da skal evalueres.

6.2.2 Inklusjonskriterier/eksklusjonskriterier

Hovedmålgruppen som skulle inkluderes i studien var pasienter med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsnivå, med medium/høy risiko for forverrelse av sykdommen, reinnleggelse på sykehus, økt behov for helse- og omsorgstjenester. Bakgrunnen for valg av målgruppene var høyere kostnader forbundet med helsetjenester og oppfølging til pasienter med stort behov for tjenester. Antakelsen var at DHO kunne føre til bedre oppfølging på en mer kostnadseffektiv måte. Det som var viktig for inkluderingen var derfor den enkeltes sykdomsbyrde og et samlet behov for helsetjenester. Det kunne være både sykehustjenester, fastlegetjenester og hjemmetjenester, samlet eller hver for seg.

Inklusjonskriterier

- Pasienten kan nyttiggjøre seg denne type behandling og er motivert
- Mulig å observere/måle/følge opp på avstand
- Være i stand til å følge en plan/samtykkekompetent
- Initiativet til inklusjon kan komme fra flere, Fastlegens helhetsvurdering avgjørende for hvem som inkluderes

Vi inkluderte pasientgrupper basert på inklusjonskriteriene (se figur over) og med bakgrunn i algoritmer og tjenesteforløp som allerede var i utprøving på Agder. Henvisnings- og inklusjonsrutine ble utarbeidet for er enklere og mer strukturert inklusjon, denne ligger vedlagt i gevinstrapporten. Eksklusjonskriterier var det motsatte av overnevnte.

6.2.3 Oppstart: Utlevering og opplæring

Ved oppstart av tjenesten har man i dag valget om å låne en koffert med nettbrett og teknisk måleutstyr, eller laste ned app på egen mobil enhet, bruke eget eller låne teknisk måleutstyr. Sistnevnte har vært en del av utvikling av tjenesten.

I prosjektperioden har både prosjektmedarbeidere og oppfølgere bidratt i utlevering og opplæring i teknisk utstyr. Muligheten til å nå laste ned app på egen mobil enhet har medført fortgang i rekruttering, effektivitet og vært et tidsbesparende tiltak i tjenesteforløpet.

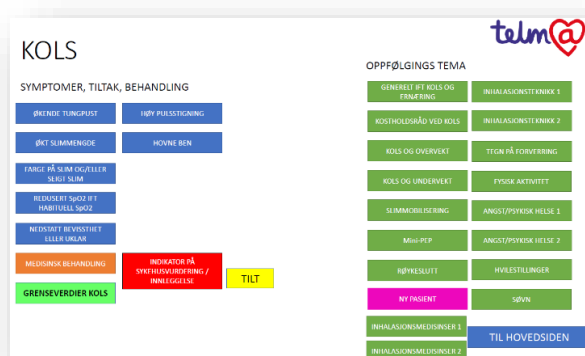
6.2.4 Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging

Pasientene har blitt fulgt opp basert på deres behov. I starten av oppfølgingen har det blitt utført en kartleggingsamtale. I kartlegging av pasient har oppfølger fokus på «hva er viktig for deg»¹⁵. Etter kartleggingsamtalen har oppfølgerne laget en plan for oppfølging. I planen definerer man mål med oppfølgingen og hvilke tema man skal utdype sammen med pasienten, samt hvor ofte man skal ha fast kontakt med pasienten. I det daglige følger man opp basert på trafikklysmodellen hvor oppfølgere agerer på alarmer i gul og rød sone. I tillegg har blå alarm, hvis ikke pasienten har sendt inn målinger. Algoritmene (vedlegg H) for spørreskjema og målinger, med responsbeskrivelse ble utviklet i forrige prosjekt, og har blitt korrigert og endret underveis i samarbeid med spesialister ved SSHF.

De ulike pasientgruppene har hatt ulik oppfølging. Pasientene med somatiske lidelser (KOLS, diabetes, hjertesvikt og en kombinasjon av disse) har fått oppfølging basert på spørreskjema utviklet for deres diagnosegruppe og multimorbiditet.

Pasientene med psykiske helseutfordringer har oppfølgingen basert seg på individuelle behov der oppfølger og pasienten sammen har lagt en plan på hva oppfølgingen skal inneholde og hvilke digitale verktøy som skal tas i bruk. Aktuelle digitale verktøy har vært nettbaserte selvhjelpsprogram (fra AssistertSelvhjelp.no, iFightDepression.no og selvhjelpsmoduler fra nhi.no), bruk av tilbakemeldingsverktøy Feedback-Informed Treatment (FIT)¹⁶, videosamtaler og bruk av kliniske måleverktøy (PHQ-9 for depresjonssymptomer og GAD-7 for angstsymptomer). Bruk av DHO ute i oppfølgingstjenesten har også i noen tilfeller vært i kombinasjon med fysiske møter med pasientene.

Oppfølgerne har brukt et oppfølgingsverktøy utviklet i et samarbeid mellom prosjektmedarbeidere og leger i spesialisthelsetjenesten (bildet til høyre viser eksempel for siden som omhandler KOLS). Oppfølgingsverktøyet gir oppfølgerne råd og veiledning i oppfølgingen av pasientene basert på symptomer og diagnose. Verktøyet er “trykkbart” og lett for oppfølgeren å bruke. Eksempel på siden for diagnosen KOLS på bildet.



¹⁵ <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsending/>

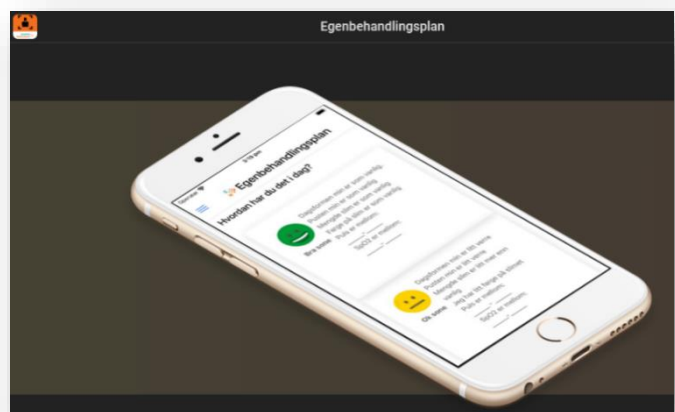
¹⁶ <https://www.napha.no/content/20897/fit-manual-1:-hva-virker-i-terapi>

Oppfølgerne var sykepleiere som har fått opplæring fra tidligere prosjekt. Det ble gjennomført 2 dagers opplæring på KOLS, diabetes og hjertesvikt hvor legespesialister underviste første dag og sykepleierne hadde case gjennomgang med prosjektet på dag 2. Nye oppfølgere har fått opplæring av oppfølgere med erfaring i tillegg til å sette seg inn i oppfølgingsverktøyet, opplæringsmateriell fra undervisning og gjennomgått e-læringskurs¹⁷.

6.2.4.1 Egenbehandlingsplan som grunnlag for egenmestring

Egenbehandlingsplan er et verktøy som brukes i digital hjemmeoppfølging til pasienter som egner seg for dette. En egenbehandlingsplan sikrer pasientens involvering, medbestemmelse, og bidrar til hjelp til selvhjelp. Det er en forutsetning at planen utarbeides i et tverrfaglig samarbeid mellom oppfølger og ansvarlig lege (fastlege eller lege på poliklinikk), spesielt der planen inneholder medisinske tiltak. Egenbehandlingsplan er med på å legge grunnlaget for egenmestring. I løsningen for DHO som brukes på Agder i dag bruker man aktivt funksjonen «informasjon og veiledning». Her kan oppfølger legge inn informasjon til pasienten i form av linker til websider med pålitelig informasjon og opplæringsvideoer, eksempelvis filmer fra diabetesforbudet. I tillegg distribueres linker til ulike nettbaserte selvhjelpsprogrammer som brukes som en del av oppfølgingen innen psykisk helse.

Prosjektet har sammen med leverandør og «søster prosjektet» i nasjonalt velferdsteknologiprogram, Ullensaker-Gjerdrum, utviklet en digital egenbehandlingsplan. Det var viktig for alle aktører at det skulle være en funksjonell plan, noe mer enn å «sette strøm på papir». I planen kan man legge inn predefinerte tiltak, mål og aktiviteter, i tillegg til å formulere nye. Planen tilpasses den enkelte pasients behov¹⁸. (Løsningen piloteres mai 2021).



6.2.5 Evaluering, videreføring og avslutning

Evaluering av tjenesten har vært kontinuerlig, men med evalueringssamtaler hver 3. mnd, hvor oppfølger har gitt tilbakemelding om status til hjemkommunene og fastlegen. Det vurderes om mål for oppfølgingen er oppnådd, og/eller om det er behov for videre oppfølging/ annen type oppfølging.

Årsaker til avslutning av tjenesten:

I løpet av mai 2021 har 16 % av pasientene avsluttet. Av de avsluttede pasientene er det flest menn (63 %) som ville avslutte og gjennomsnitt oppfølgingstid på de som avslutter er 4 måneder. Årsakene til avslutning er i hovedsak at teknologi er for krevende, mye tidsbruk og at de ikke ønsket å motta oppfølgingen av ulike grunner.

Innen pasientgruppen med psykiske plager har DHO blitt prøvd ut som en del av oppfølgingstjenesten i ulike kommuner, samt av psykisk helsearbeider i prosjektet. Når man ser på årsakene til pasienter valgte å avslutte DHO, er dette sammensatt. Basert på tilbakemeldinger fra

¹⁷ https://kurs.helse-sorost.no/ScormServices/ScormStart.aspx?load=preview&scorm_version=1.2&starting_url=/elps40/Content/964bb592-1488-4f59-9164-f9e40250c882/index.html

¹⁸ <https://appadvice.com/game/app/egenbehandlingsplan/1553527800>

både pasienter og oppfølgere har hovedårsaken til avsluttet tjeneste vært at pasientene opplever at DHO ikke er riktig tilbud for dem. Begrunnelsen har vært bl.a. behov for tettere oppfølging, DHO oppleves uvant og fremmed, ønske om ordinær oppfølging med fysiske møter fremfor digitale møter og noen har utfordringer knyttet til teknologien (sette seg inn i oppfølgingsapp digital hands, nettbaserte selvhjelpsprogram etc.). Enkelte pasienter har avsluttet på grunn av redusert behov for ytterligere oppfølging, da den psykiske helsen har bedret seg eller at de har mottatt tilbud om oppfølging fra andre steder.

Årsaker til at oppfølging ble avsluttet for pasienter som fikk oppfølging for somatisk sykdom, har f.eks vært at pasienten ikke var motivert nok, pasienten hadde behov for høyere omsorgsnivå, opplevelsen av stress i kombinasjon med full jobb, tekniske problemer, pasienten hadde ikke BankID for innlogging eller at enkelte pasienter gikk bort.

I tillegg må årsak der pasienter velger å avslutte DHO også sees i sammenheng med ressursituasjonen i tjenestene. DHO er en annerledes og ny måte for oppfølgere å følge opp på som gjerne medfører behov for økte ressurser i en oppstartsfasen i form av tid til å sette seg inn i ulike programmer og systemer samt tid til opplæring og motivasjon inn mot aktuelle pasienter for DHO. Oppfølgingstjenesten har vært motivert for å prøve ut DHO i tjenesten, gjerne i kombinasjon med ordinær oppfølging, men tjenestene har begrenset med ressurser til å prøve ut og utvikle nye måter å følge opp på. Tilbakemelding fra oppfølgere går også på selve oppfølgingsverktøyet, det er behov for videreutvikling av verktøyet både i.f.t. brukervennlighet (oppfølger og pasient) og innhold. Verktøyet må være enkelt å ta i bruk, intuitivt og kreve minst mulig av oppfølger. Et godt og effektivt opplæringsopplegg har vært viktig for å kunne ta i bruk verktøyet.

6.3 SAMARBEID MELLOM AKTØRENE MED SÆRLIG VEKT PÅ HELSEFORETAKETS ROLLE

Samarbeid mellom kommuner og sykehus

Kommunene og Sørlandet sykehus helseforetaket har lang erfaring med samarbeidet om digital hjemmeoppfølging. Særlig i utvikling av algoritmer har spesialisthelsetjenesten hatt en viktig rolle. Samt opplæring og vedlikehold av kompetanse for oppfølgerne.

Som en del av utprøvingen ble det gjennomført en pilotering av DHO startet fra spesialisthelsetjenesten med overgang til DHO i kommunen. Seks pasienter deltok i piloten.

Brukercase: «Lisa» føler seg tryggere etter tilbud om digital hjemmeoppfølging



Pasienthistorikk



- «Lisa» er 73 år og har KOLS grad 4.
- «Lisa» startet opp med digital hjemmeoppfølging fra sykehuset i januar 2020. Hun skal etter hvert overføres til regional TMS.

«Jeg føler meg tryggere og mer sikker på egen sykdom etter at jeg ble koblet opp på digital hjemmeoppfølging»
- Lisa

«Nå klarer jeg enda bedre å styre min egen sykdom, ved at jeg sjekker målingene og vet når jeg må ta det med ro»
- Lisa

Oppfølging ble gitt av sykepleiere på sykehuset og startet ved utskrivelse eller like etter utskrivelse fra sykehuset. Tre av disse ble overført til videre oppfølging fra regional telemedisinsk sentral.

Målet med piloteringen var å se nærmere på forløp for sømløse tjenester og høste erfaringer fra DHO der man jobbet på tvers av forvaltningsnivå. Flere pasienter

opplevde oppfølgingen som positiv. Overgangen mellom sykehus og kommune ble testet, her var det en stor fordel at begge aktører brukte samme system for oppfølging. Mer om hvordan piloteringen

foregikk, erfaringer fra pasienter, personale på sykehuset og kommunale tjenester skisseres i en egen rapport.¹⁹

Vi har erfart gjennom flere års arbeid innen digital hjemmeoppfølging at alvorlig kronisk syke pasienter ofte skrives ut uten kommunale tjenester. Samtidig ser vi fra statistikk at 25 % av innleggelse for astma/KOLS blir re-innlagt i løpet av 30 dager etter utskrivelse.²⁰²¹ Noen pasienter har ved utskrivelse ikke behov for ordinære kommunale tjenester, men et tydelig behov for oppfølging for å ta vare på egen helse, bremse utvikling av sykdom og unngå ny innleggelse. Erfaringene i prosjektet viser at det er en nødvendighet å tenke nytt og tar i bruk nye metoder for å ivareta denne pasientgruppen – både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Digital hjemmeoppfølging et godt alternativ til tradisjonelle hjemmetjenester.

Stortingsmelding 47, samhandlingsreformen, peker på at tjenestene preges av for lite innsats for å begrense og forebygge sykdom

«Strukturen i helsetjenesten er i for liten grad tilpasset kroniske sykdommer og også framveksten av de kroniske sykdommene. Helsetjenesten har sterkt fokus på behandling av sykdom og senkomplikasjoner, og lite på å fremme helse og forebygge helseproblemer. Som en konsekvens av dette skjer behandlingen i spesialisthelsetjenesten når de kroniske sykdommene har kommet langt, i stedet for at disse forebygges og begrenses gjennom primærforebygging og tidlig intervensjon.»²²

Ved å tilrettelegge tjenestetilbudet, sette inn tiltak og ressurser så tidlig som mulig vil det i mange tilfeller medføre at man bremser utvikling av sykdom tidlig i forløpet. Dette gir innbyggerne helsegevinst og samfunnet gevinst i form av redusert behov for mer kostbare helsetjenester senere i forløpet. Hensikten er at sykdom kan unngås, utsettes eller reduseres.

Innbyggerne har rett på riktige og nødvendige helsetjenester som må tilpasses den enkeltes behov. Her har kommunene et ansvar lovfestet i Helse- og omsorgstjenesteloven §3-3.

«§ 3-3.Helsefremmende og forebyggende arbeid.

Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.²³»

I praksis har vi erfart at det er størst fokus på nødvendig helsehjelp. Dette bidrar i noen tilfeller til at pasienter, som f.eks alvorlig kronisk syke, faller mellom to stoler. Det er behov for klarhet og enighet i strukturen i behandlingkjeden mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Der terskelen mellom det kommunale tilbudet og sykehuset oppleves for høy.

¹⁹ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2021/05/2021_04-Vedlegg-Erfaringsrapport-DHO-sykehuspilot-.pdf

²⁰ <https://www.fhi.no/nyheter/2020/astma-og-kols-drar-opp-reinnleggelse-i-sykehus/>

²¹ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinnleggelse-for-astma-kols>

²² <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

²³ https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

Samarbeid mellom kommune, sykehus og fastlege

Tverrfaglig samarbeid er en forutsetning ved DHO. Dette spesielt mtp inklusjon, plan for oppfølgingen, setting av referanseverdier og utarbeidelse av egenbehandlingsplan med medisinsk tiltak. Her har fastlegene spilt en stor rolle, som medisinsk ansvarlig for pasienter som bor hjemme. Samarbeidet har foregått via dialogmeldinger, PLO-melding, e-meldinger, treveis videosamtaler og telefonkontakt. I enkelte tilfeller har det vært vanskelig å etablere samarbeidet, særlig erfaringen med og holdningen til egenbehandlingsplan til pasienter har vært av varierende grad hos enkelte fastleger.



«Jeg opplevde et godt samarbeid mellom TMS og fastlege. Pasient kontaktet fastlegen på et tidligere tidspunkt enn hun hadde gjort uten å ha digital hjemmeoppfølging» TMS sykepleier

6.3.1 Primærhelseteam

I pilotprosjektet primærhelseteam²⁴ (PHT) har to av tre legekantor i Kristiansand kommune også deltatt i utprøving DHO. Sørlandsparken legesenter og Sandens medisinske senter har begge pasienter med i forskningsstudiene. PHT sykepleier har gitt oppfølging til pasienter tilhørende legekantoret. PHT sykepleier har fulgt pasientenes utvikling og konsultert med fastlegene ved avvikende målinger. Tilbakemeldingen fra PHT er at denne måten å følge opp pasientene på gir et større beslutningsgrunnlag for igangsetting av behandling/vurdering av pasienten. Det er opplevd tilfeller hvor man f.eks har fanget opp atrieflimmer ved at pasienten har gjennomført målinger i eget hjem og sendt til legekantoret. I konteksten fastlegekontor er det ganske enkelt å forstå pasientens behov og pasienten vet bedre hva legekantoret kan levere av tjenester og hvilken kvalitet som kan forventes. Det går veldig fort å opprette ordningen hos den enkelte med godt samarbeid rundt egenbehandlingsplaner. Det er behov for at DHO innlemmes som en del av takstsystemet, da spesielt mtp oppsøkende kontakt med pasienten. I tillegg må det vurderes hvordan måleutstyret skal distribueres da dette tradisjonelt ikke er noe pasienten får resept på, med unntak av blodsukkerapparat ved diabetes.

6.4 TEKNOLOGI, LEVERANDØR, TYPE TEKNOLOGI, OMFANG

6.4.1 Leverandøren

Basert på erfaring fra tidligere prosjekt, fortsatte dette prosjektet med å benytte produkter og tjenester fra Siemens Healthineers AS²⁵. Leverandøren har lang erfaring innenfor applikasjoner og utstyr bla for sykehus, over hele verden. Innenfor segmentet DHO, startet leverandøren opp i 2017 i samarbeid med Agder-region i prosjektet TELMA²⁶. Leverandøren har deretter opparbeidet seg solid kunnskap og erfaring innen området ift teknologi og fag.

6.4.2 Teknologi

Løsningen er to-delt, en nettleser-basert løsning for oppfølgere, og en app-basert løsning for pasienter som blir fulgt opp på avstand. Løsningene er levert av et dansk firma som startet opp i tidlig fase ift piloteringer i diverse forskningssamarbeid i Danmark²⁷. Løsningen som leveres til norske

²⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/primaerhelseteam-pilotprosjekt>

²⁵ <https://www.siemens-healthineers.com/no>

²⁶ <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/telma/>

²⁷ <https://www.oth.io/>

kunder er installert og driftes av underleverandør til Siemens Healthineers AS. Underleverandøren holder til i Norge og vil dermed oppfylle nødvendige forskrifter og krav innen personvern ift lagring av helserelatert opplysninger.

Løsningene, enten via nettlelere eller app, har sikker kommunikasjon via kryptering. Pålogging og autentisering er sikret med Bank-ID på nivå 4. Dermed vil løsningene tilfredsstille krav om informasjonssikkerhet ift personsensitive opplysninger. Appen ble først kun laget på Android plattform, da tanken var at nettbrettene skulle utleveres og fjernstyres/oppdateres av leverandøren. Etter hvert kom også app-løsningen på Apple IOS plattform, da det viste seg stort behov for at brukere kunne bruke egne enheter. Dette var også påpekt ganske tidlig i forrige prosjektet TELMA samt andre tilsvarende prøveprosjekter nasjonalt.

Løsningen bruker en tredjepart videokommunikasjonsløsning for videosamtale mellom oppfølger og brukere/pasienter. Videokommunikasjonen er også kryptert og kan kun initieres av oppfølgere mot dedikerte brukere/pasienter. Dette betyr at brukere/pasienter ikke på egenhånd kan starte en videosamtale mot oppfølgeren.

Både leverandøren og prosjektet, har gjennomført DPIA og ROS analyse, samt utført revisjoner ihht retningslinjer innen personvern og informasjonssikkerhet. Sist revisjon var utført våren 2021.

6.4.3 Omfang

Til sammen i prosjektperioden har leverandøren fått 341 ordre på nettbrett, mens det var ca. 215 nettbrett som var i omløp på det meste. Per skrivende stund var det 159 kit/kofferter med utstyr i omløp i Agder-fylket. Tilhørende var det også ca 350 blåtann enheter som var tilordnet de kitene nevnt ovenfor.

6.4.4 Erfaringer

Løsningen er basert på eksisterende teknologi både på oppfølgerens og pasients side. Det var lagt opp til at det skulle koste minst mulig for å delta. Det var stilt moderate krav til utstyretskapasitet, likevel nok til at personvern og informasjonssikkerhet ble ivaretatt.

Nettbrett som var levert fra leverandøren ble administrert og fjernstyrt så langt det var mulig, for å kunne hjelpe pasientene med å bli minst mulig brydd ved oppgradering samt evt. at pasientene utilsiktet justerte innstillingene feilaktig.

En god stund var det en del ustabile tilkoblinger av måleutstyr. Utstyr var parett med nettbrett via blåtann. På enkelte nettbrett har det vært tendens til utfall, som har medført frustrasjon for oppfølgere og pasienter. Unødvendig tid har gått tapt. Enkelte pasienter har blitt frustrert og gitt opp deltakelse i oppfølgingen. Ved overgang til bruk av app, spesielt på egen mobil enhet, avtok hyppigheten av denne problemstillingen. Det ble også brukt mulighet for å manuelt registrering av målinger som en mellomløsning til problemet ble løst.

«Det som er genialt med appen er at den er veldig enkel i bruk. Lett å forstå og å bruke»

Covid-19 Pasient, Farsund kommune

Det har tidligere også vært en del utfordringer knyttet til videosamtale med pasienter. En stund var det vanskelig for oppfølgere å starte opp videosamtalen, spesielt dersom deres pc var til felles bruk, der tidligere pålogginger ikke var logget helt av, eller pc/nettverk policy hos kommunen sin IT-drift

hindret bruken av ukjent årsak. I tillegg møtte vi en problemstilling ved oppdateringene av nettbrettene, der pasientene fysisk måtte slå av og på nettbrett, eller at oppfølger måtte fysisk dra hjem til pasienten, gå ut av «kioskmodus» for å oppdatere nettbrettet. Her ble det iverksatt tiltak som bedret problemet.

Med slike mindre oppdateringer, bortfall av måleutstyr eller bortfall av videosamtale, ble oppfølgerens rolle ufrivillig endret til også å kunne takle “brukerstøtte” på utstyret som pasienten benyttet.

På erfaringer fra tidligere prosjekt, fortsatte dette prosjektet også med å la en leverandør håndtere alt utstyr som pasienter trengte. Utstyret bestiltes av oppfølgere via bestillingsskjemaet til leverandøren. I og med at dette også var en ny erfaring for leverandøren, har bestillingsløsningen falt ut flere ganger, og medførte at bestillingen måtte skje via epost. Det er en stor fordel å ha en leverandør til å håndtere utstyr og logistikken, med tanke på oppbygging av kompetanse, kvalitet og stordriftsfordelen. Visse type utstyr som faller inn under kategori “medisinsk utstyr”, måtte bli håndtert ihht smittevernsprosedyren ift desinfisering og re-kalibrering ved retur før gjenbruk. Alternativt kunne et samarbeid med Behandlingshjelpemidler være formålstjenlig da de allerede had en etablert arena for kompetanse og prosedyre for å håndtere utstyret på en forsvarlig og forskriftsmessig måte. Det er ikke tvil om at stordrift vil være positivt i slikt samarbeid. I vedlegg I er det satt opp en forenklet oversikt over ulike måter å organisere logistikk av utstyr, samt vedlagt beskrivelse av teknologiske behov.

All den tide det var stadige oppdateringer, ustabile tilkoblinger av måleutstyr og ustabile videosamtaler, var det nødvendig med tilgjengelig brukerstøtte. Prosjektet hadde egen deltidsressurs for å håndtere dette underveis. Problemer som dukket opp ute hos pasientene, spesielt de som holdt til langt unna TMS, medførte ekstra utfordring for oppfølgere dersom teknisk ressurs ikke var tilgjengelig, eller at tekniske ressursen ikke burde være i direkte kontakt med pasient pga personvern.

6.5 VURDERING AV KOSTNADER OG BÆREKRAFT I TJENESTEN

Dette prosjektet «arvet» tjenestemodell og organisering av foregående prosjekt, TELMA²⁸. Som en del av TELMA prosjektet evaluerte man måten tjenesten var organisert på, som indikerte at det ikke ville være bærekraftig med tre telemedisinske sentraler på Agder med det omfanget pasienter som var rekruttert. TMSene har de siste årene gjort et meget godt arbeid med å utvikle tjenesten. Det ligger mye kompetanse og erfaringer i TMSene som er viktig å foredle og bygge videre på.

²⁸ <https://www.ehelseagder.no/prosjekter/telma/>

Det var behov for å evaluere ytterligere hvordan tjenesten burde organiseres videre. Gjennom utredningen i prosjektet VOPD (Vård och omsorg på Distans)²⁹ ba man om en anbefaling til videre organisering av DHO på Agder. Oppdraget ble utført på vegne av Regional koordineringsgruppe E-helse og velferdsteknologi Agder (RKG) og det lokale utprøvningsprosjektet for DHO på Agder; NVP DHO. Utredningen ble finansiert av Nordisk ministerråds satsing på velferdsteknologi i Norden, og utført av PA Consulting Group AS. Rapporten kan leses her <https://www.ehelseagder.no/vopd-prosjektet/>.

PA gjorde kartlegging av erfaringer fra TMS³⁰ både fra tjenesten og fra ledernivå. Videre så man til erfaring og rapporter fra TELMA og U4H³⁰. I tillegg til å se til andre regioner og land. Brukerundersøkelsene viser at pasientene er fornøyde med oppfølgingen og opplever trygghet. Rapporten konkludere bl.a. med «PA anbefaler derfor at det foreløpig videreføres én TMS av hensyn til å bevare kompetansen som er bygd opp, og samtidig effektivisere driftsutgiftene».

I styringsgruppen ble det fattet vedtak om at prosjektet i 2020 skulle ha tre satsningsområder. «DHO ute i tjenesten», «DHO fra regional TMS» og «DHO initiert av spesialisthelsetjenesten». Frem mot prosjektslutt så man et mulighetsrom for å pilotere andre måter å organisere tjenesten på. I tillegg har det vært en del av oppdraget fra Helsedirektoratet å utarbeide en bærekraftig tjeneste som kan videreføres i drift fra 2022.

I evalueringer av tjenesten har prosjektet sett på kostnadsreducerende tiltak, samt effektiviseringstiltak. Det ble gjort en kartlegging av tidsbruk for oppfølgerne. Her viste det seg at mye av tiden ble brukt til administrative oppgaver og teknisk support/brukerstøtte. Tjenesteforløp ble revidert, hvor man markerte flaskehalsen hvor man kunne sette inn tiltak for å forbedre arbeidsprosessen. Det ble videre gjort en kartlegging av hvilke oppgaver som gikk under kategorien «teknisk support». I samarbeid med leverandør har man identifisert problemstillinger og gjort forbedringstiltak slik at oppfølger kan bruke mesteparten av tiden sin på oppfølging av pasienter. Videre så man på tjenestens organisering.

Betalingsmodell

I tidligere prosjekt ble det foreslått bruk av en modell for kostnadsfordeling, basert på innbyggertall, men de fleste kommunene ønsket en stykkpris per pasient som fikk oppfølging, slik at de kunne tildele tjenesten etter behov. En pris per pasient ble utviklet, men det var vanskelig å komme frem til reell pris per pasient og det viste seg å være uforutsigbart for vertskommunen som stilte med ressurs

Kostnadsreducerende tiltak



- Effektivisere arbeidsprosesser (fra manuelt arbeid til automatiserte prosesser)
- Riktig bruk av kompetanse
- Fra store KIT til BYOD
- Revidert prismodell
- Samorganisert tjenesten med eksisterende tjenester
- Bruke verktøyet som en del

²⁹ <https://www.ehelseagder.no/vopd-prosjektet/>

³⁰ <https://www.ehelseagder.no/united4health-2013-2016/>

Vinteren 2020 hadde prosjektet prosessveiledning gjennom InnoMed³¹. Det ble her gjort et grundig arbeid for å utarbeide betalingsmodell. En regional modell for digital oppfølging innebærer kommunesamarbeid som fordrer deling av kostnader. Gjennom prosessveiledningen hentet man inn og beregnet faste og variable kostnader, følgende betalingsmodell utviklet.

OVERSIKT OVER FASTE OG VARIABLE KOSTNADER

Faste kostnader	Enhetskostnad	Antall	Per mnd	Per år
Regional TMS				
Husleie				
Lønnskostnad				
Arbeidsstasjon				
Administrasjon og ledelse				
Sum faste kostnader TMS				
Regionale lisenser				
Regionale lisens				
Sum lisenser				
Sum faste kostnader				

Variable kostnader	Antall	Per mnd	Per år
Kostnad til lisens per pasient som ikke inngår i NVP-utprøvingen			
Lisens hovedløsning inkl tilgang til covid-19-løsning og support			
Administrasjonsgebyr for fakturering * per kommune			
Kostnader per pasient med BYOD			
Tilgang til BYOD app			
Kostnader per pasient med kit			
Kit m/måleutstyr for KOLS			
Kit m/måleutstyr for hjertesvikt			
Kit m/måleutstyr for diabetes			
Kit m/måleutstyr for KOLS og diabetes			
Kit m/måleutstyr for psykisk lidelse			
Komplett Kit			
Kostnad til oppfølging per pasient som ikke inngår i NVP-utprøvingen			
Oppstartskostnad per pasient (engangskostnad) *gjelder for nye pasienter			
Kostnad for oppfølging fra regional TMS			

6.6 FORDELER OG ULEMPER MED VÅR MÅTE Å ORGANISERE PÅ

I utprøvingen har det at kommunene, sykehuset og involvert fastlegekontor benyttet samme teknisk løsning vært en stor fordel! Dette har vært med å bidra til målet om sømløse tjenester med pasienten i sentrum. En effekt av dette er at pasienten i overganger mellom forvaltningsnivå kan forholde seg til en teknisk løsning. Pasienten trenger heller ikke forholde seg til ulike løsninger ihht hvilken type oppfølging vedkommende skal ha. Pasientens måldata følger pasienten i løsningen uavhengig av hvem som er oppfølger.

“

«Felles telemedisinsk løsning på Agder - en månelanding!» Frode Gallefoss,
forskningsjef SSHF

I Agder har vi flere modeller for DHO, målet er å knytte disse tett sammen med pasienten i sentrum. Tjenesten skal oppleves sømløs for pasienten, og pasienten skal få den oppfølgingen vedkommende har behov for av «den rette aktør». Som beskrevet i kap seks har Agder to hovedmodeller for DHO, en regional modell og en lokal modell med oppfølging ute i tjenesten.



³¹ <https://innomed.no/>

Regional TMS:

En av fordelene med denne modellen er bl.a stordriftsfordeler, kommunesamarbeidet, utnyttelse av ressurser og kompetanse. Regional TMS følger opp pasienter fra kommuner over hele Agder. Ved at vi er flere kommuner som samarbeider vil og kunne det være lettere å skalere tjenesten gjennom det regional nettverket. En annen fordel er at vi kan spre "belastningen" på flere kommuner og også få testet ut flere ting. På den negative siden er det en risiko for at det blir for fragmentert og at prosjektarbeidet har blitt for mye på siden av ordinær drift. Gjennom samarbeidet mellom kommunene kan enkelte oppgaver løses regionalt, i fellesskap og andre lokalt. Her har vi sett til helhetlig tjenestemodell³² og paralleller til trygghet og mestrings teknologi.

Pasienter gir tilbakemelding om at oppfølgingen oppleves som nær selv om den fysiske avstanden er stor. Det rapporteres fra pasientene at det ved denne oppfølgingen oppleves forbedring av egen helse, mindre engstelse enn før, samt økt frihet og trygghet i hverdagen. Videre; økt mestringsfølelse, selvinnstikk, motivasjon og mindre kontakt med andre helsetjenester.

“*«Den tryggheten dere gir meg i hverdagen med digital hjemmeoppfølging har gitt meg en mulighet for å føle meg trygg hjemme» Pasient 75 år*

«Jeg har den tryggheten i bakhånd hele veien. Det at noen følger med på den daglige formen min og tar kontakt hvis det er noe, er gull verd" Pasient 73 år

”

Erfaringer tilsier at brukergrupper med spesifikke diagnoser, multimorbiditet og behov for oppfølgere med tyngde i sin kompetanse er en brukergruppe som egner seg godt for oppfølging av en regional TMS. Oppfølgerne blir eksperter i denne måten å jobbe på, som er med på kvalitetssikring av pasientoppfølgingen. Denne modellen er avhengig av et visst grunnvolum av pasienter påkoblet for å være bærekraftig, men er i dag rigget for å kunne skaleres dynamisk etter behov.

Oppfølging ute i tjenesten:

Erfaringene tilsier at pasientgrupper innenfor psykisk helse, med oppfølging fra hjemkommunen, er en brukergruppe som egner seg godt for oppfølging ute i tjenesten der relasjonen til oppfølgeren spiller en viktig rolle i oppfølgingen. DHO brukes da som et verktøy i allerede eksisterende oppfølging.

“*«Jeg føler jeg får en bedre kontakt med oppfølgeren. Det hadde vært vanskelig å fått tid til å møte opp på et kontor i en hektisk hverdag» Pasient 32år, psykisk helse*

”

Man ser indikasjoner på at stabile kronisk syke pasienter også kan være en brukergruppe som egner seg godt for oppfølging ute i tjenesten. Her er det behov for å se på dynamikken mellom hjemkommune og regional TMS.

Det er identifisert enkelte oppdrag i hjemmetjenesten som kan erstattes med DHO. F.eks tilsyn, besøk for å måle blodtrykk og veiledning i behandling av diabetes. Enkelte besøk er erstattet som resultat av pandemien og frykten for å få smitte «inn i huset».

Oppfølging initiert av spesialisthelsetjenesten med overgang til kommunen

³² <https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/helhetlig-tjenestemodell-for-velferdsteknologi/>

I tillegg til disse to hovedmodellene har det som nevnt tidligere, vært pilotert tjenesteforløp med DHO initiert av spesialisthelsetjenesten med overgang til kommunen.

Fokuset på sømløse tjenester har vært viktig. Gjennom tidligere prosjekter erfarte vi at mange av pasienter som mottok oppfølging var uten offentlig hjelp, men hadde flere innleggelser med forverringer. Som skrevet tidligere i rapporten får 25 % av innleggelser for astma/KOLS, en ny innleggelse i løpet av de neste 30 dagene (reinnleggelse)³³³⁴. Intensjonen med å gjennomføre pilotering av DHO fra sykehuset handlet bl.a. om å forebygge reinnleggelser, og å få erfaring med samarbeid og overgang av ansvaret over til kommunehelsetjenesten³⁵.

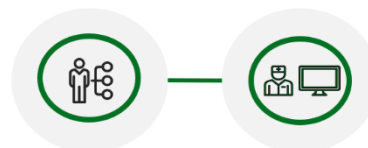
Det var få pasienter med i piloten, i tillegg ble piloten gjennomført under pandemien i en tid der antall innleggelser for denne diagnosegruppen endret seg, noe som gjør det vanskelig å se på tall før og etter piloten. Men enkelte subjektive tilbakemeldinger fra pasienter viser opplevelse av unngått innleggelse:

“ «Jeg er helt overbevist om at jeg ville blitt innlagt på sykehuset i sommer hvis ikke jeg hadde hatt denne oppfølgingen» Pasient 68 år

Etter en innleggelse på sykehus, ble mange sendt hjem uten offentlige tjenester fordi de ikke hadde behov for ordinær hjemmetjeneste, på tross av alvorlig sykdom, ofte multimorbiditet. De havnet mellom to stoler. Tilbakemeldinger fra pasienter og brukerrepresentanter er at oppfølgingen gir dem mestring og trygghet til å håndtere hverdagen med kronisk sykdom bedre. Det at de vet at de har helsepersonell som følger med på dem gjør også at de følger opp rådene de får i større grad enn når de skal gjøre det på uten oppfølging. Helsevesenet vårt er rigget med primær- og spesialisthelsetjeneste, hvor vi har ulike måter og jobbe på og vi bruker ulike systemer noe som kan gjøre det utfordrende å samhandle og dele informasjon. Dette forløpet har vært viktig for å vise hvordan vi gjennom denne måten å samhandle om pasienten kan «lukke sirkelen» og støtte opp om helhetlig pasientforløp.³⁶

Bruk av samme teknologiske plattform i oppfølgingen til pasientene fra sykehus eller kommune opplevdes sømløst for alle. Samtidig fikk vi tilbakemeldinger om at pasientene opplevde overgangen fra sykehus til kommune stor, fordi innholdet i selve oppfølgingen opplevdes ulik. Forventningsavklaring og rollefordeling mellom aktørene er derfor viktig når man sammen skal gi sømløse tjenester på tvers av forvaltningsnivå.

Tilbakemeldinger fra pasienter og brukerrepresentanter er at oppfølgingen gir dem mestring og trygghet til å håndtere hverdagen med kronisk sykdom bedre



³³ <https://www.fhi.no/nyheter/2020/astma-og-kols-drar-opp-reinnleggelser-i-sykehus/>

³⁴ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse/reinnleggelse-innen-30-dager-for-eldre-pasienter-etter-sykehusinleggelse-for-astma-kols>

³⁵ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2021/05/2021_04-Vedlegg-Erfaringsrapport-DHO-sykehuspilot-.pdf

³⁶ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop>

Oppfølging til flere regioner

Agder har også fulgt opp pasienter fra andre regioner, dette startet i foregående prosjekt TELMA og ble videreført etter prosjektslutt. Evaluering av dette arbeidet vedlagt (vedlegg J). En fremtidig helhetlig tjenestemodell for DHO kan, etter erfaring på Agder, innfatte større samarbeid enn kun regionalt. Dette med forutsetning av tydelige ansvars og rollebeskrivelser. En slik modell vil, etter vår erfaring, medføre «spesialist kompetanse» for oppfølgingstjenesten. En slik tjeneste kan være gunstig der hjemkommunen ikke har kapasitet til å følge opp selv, eller ikke har tilgjengelig kompetanse

Det er behov for å i det videre arbeidet ses på hvordan DHO kan organiseres i en helhetlig tjenestemodell i drift. Dette fordrer samhandling med felles mål og strategi i helsefellesskapet.

7 MÅLOPPNÅELSE/GEVINSTER

For å kunne se på måloppnåelse i prosjektet er det viktig å trekke frem mål og effektmål fra det nasjonale prosjektet og de mål som var satt lokalt for prosjektet i Agder. I delkapitlene under evalueres de tre hovedmålene i tillegg til lokale målsettinger.

7.1 BEDRE FYSISK OG PSYKISK HELSE

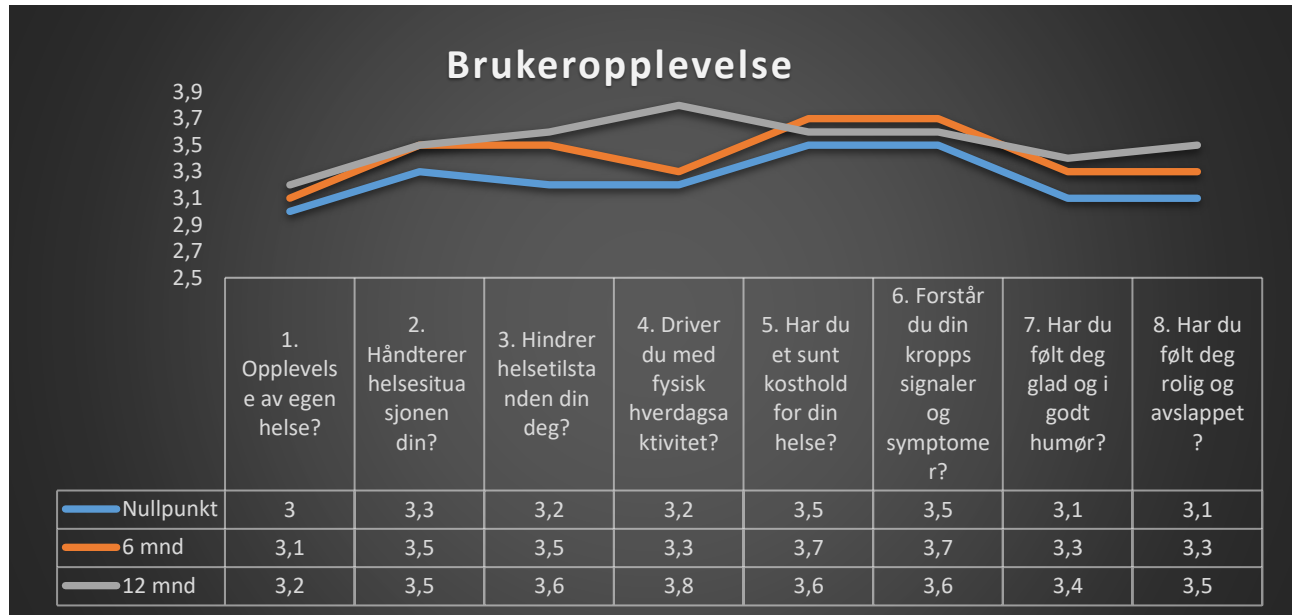
Målet om bedre fysisk og psykisk helse skal oppnås ved å unngå forverring i helsetilstand i form av sykkelighet og dødelighet og uten forverring i sosial helse. Med sosial helse mener vi her fravær av ensomhet og opplevelse av verdighet.

Utprøvingen i Agder har vist bedret fysisk og psykisk helse hos pasientene som mottar oppfølgingen. I de fleste evalueringssamtaler mellom oppfølger og pasient blir det fra pasienten gitt uttrykk for et fortsatt ønske og behov for tjenesten. Behovet identifiseres i at oppfølgingen gir pasientene mer kontroll på egen sykdom, gir økt trygghet, bidrar til forståelse av egen helse og reduserer antall alvorlige forverringer av sykdom ved å sette i gang tiltak på et tidligere tidspunkt.

“
«Jeg er sikker på at jeg ikke hadde overlevd min siste kraftige forverring hadde jeg ikke hatt DHO»
KOLS- pasient, 55 år

Prosjektet sendte ut brukerundersøkelse i løsningen ved nullpunkt og hver 6 måned med 8 spørsmål om opplevelse av egen helse. Denne viser en bedring på alle spørsmål knyttet til helse, aktivitet og psykisk helse. Undersøkelsen scores fra 1-5 med 5 som høyeste score.

I figur 1 vises det målinger for nullpunkt (92 % svardeltakelse), 6 måneder (76 % svardeltakelse) og 12 måneder (24 % svardeltakelse). Det er en betydelig seleksjonsbias ved 12 måneders undersøkelsen, da det kun er 24 % som har svart på denne. Dette må tas i betraktning når man ser på resultatene, likevel tas denne med for å kunne vise at det kan viser til en tendens til økning på flere punkter ved denne målingen.



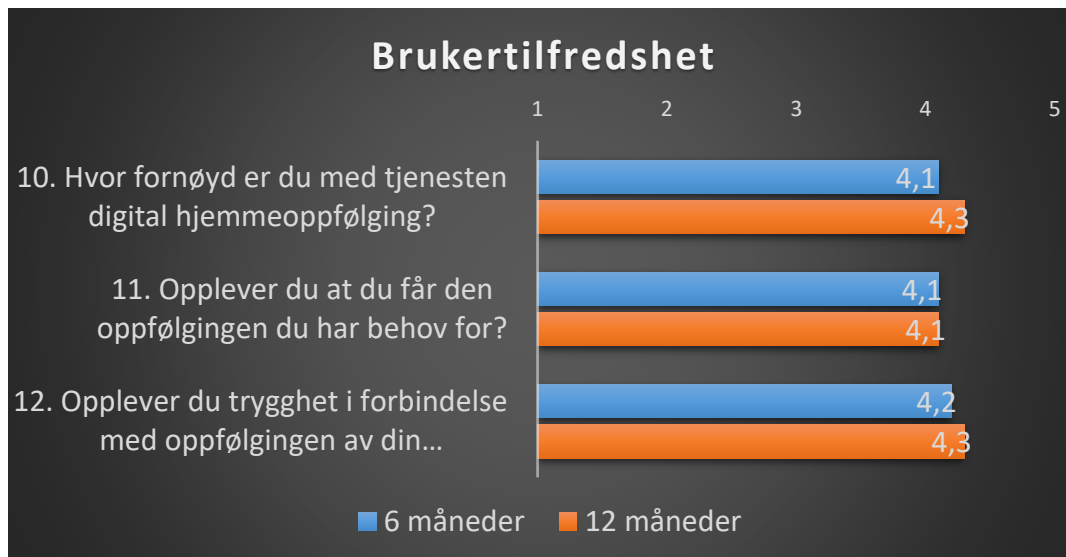
Figur 1; Resultater brukeropplevelse av egen helse

7.2 BEDRE PASIENTOPPLEVELSE

Målet om bedre pasientopplevelse for personer med digital hjemmeoppfølging skal oppnås uten at velferdsteknologi skal oppleves som ulempe for helsepersonell.

I Agder har det kommet tydelig frem i brukersamtaler at pasientene opplever at de blir godt ivaretatt av oppfølgerne. De uttrykker gevinster som at det er trygt å ha noen å kontakte, blir tatt på alvor, får rask respons ved avvik på målinger og at de får en god oppfølging. De opplever å bli fulgt opp med tydelige mål og plan som kan ha en effekt på reduksjon i behovet for andre tjenester. Oppfølgere sier at de opplever digital hjemmeoppfølging som en god måte å følge opp enkelte pasientgrupper på. Flere pasienter hadde ikke tjenester fra før av i kommunen, men etter å ha fulgt disse opp en periode, er det tydelig at det er behov for tjenesten. Flere pasienter ville antagelig hatt behov for en kommunal tjeneste i løpet av prosjektperioden, hvis de ikke hadde hatt digital hjemmeoppfølging. Oppfølgingen oppleves som fordelaktig måte å følge opp pasienter på, da enkelte pasienter har lettere for å få god relasjon på avstand.

Prosjektet sendte ut tre spørsmål om oppfølgingen sammen med brukerundersøkelsen fra 6 måned. Disse spørsmålene viser en tydelig positiv opplevelse av digital hjemmeoppfølging. Figur 2 viser en høy opplevelse av tilfredshet fra 6 måned.



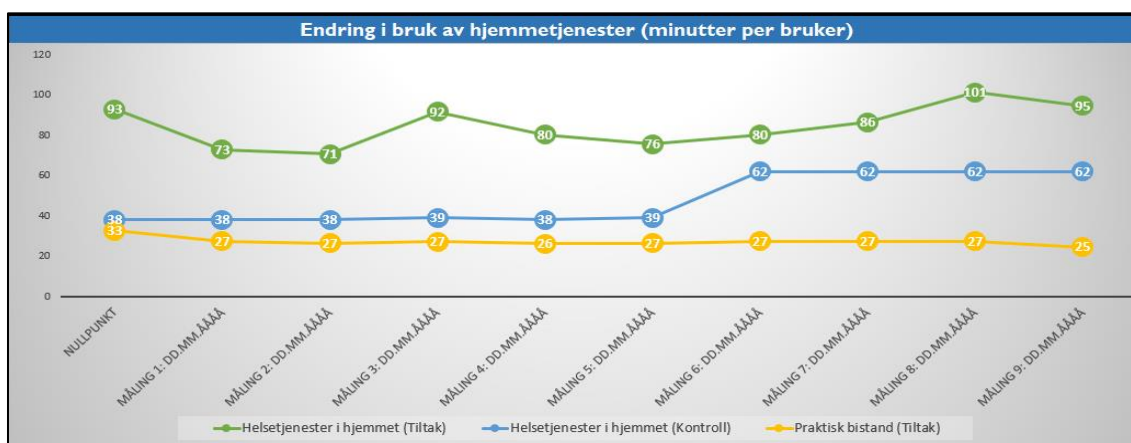
Figur 2; Brukertilfredshet i forhold til oppfølgingen.

7.3 LAVERE KOSTNAD

Målet om lavere kostnader for helsetjenesten skal oppnås uten å påføre næringsliv, andre deler av offentlig forvaltning eller pårørende vesentlige kostnader. For pasientene som ble inkludert på Agder var det kun 22 % som hadde kommunale tjenester ved nullpunkt og 9 måneder etter intervensjonen var det 19 % som brukte kommunale tjenester. På bakgrunn av dette, ble det utfordrende å se umiddelbare økonomiske gevinster for kommunene, da 78-81 % av de inkluderte hadde ingen tjenester før de fikk digital hjemmeoppfølging. Dette gav kommunene en opplevelse av økt kostnad ved denne oppfølging der det ikke var mulig å erstatte en annen helsetjeneste med DHO.

Uttrekkene for alle kommunale tjenester er registrert hver måned etter nullpunkt. Av de pasientene som fortsatt er med i studien er korteste oppfølgingstid på 9 måneder og lengste på 21 måneder. Uttrekk av tendens til endring i bruk av kommunale tjenester etter inklusjon er derfor hentet ut fra første måling til og med 9 måling for å få mest mulig riktig data.

Figur 3 viser en svingende kurve i bruk av hjemmetjenester hos pasienter i tiltaksgruppe, mens kurven til kontrollgruppe viser en økning i bruk av hjemmetjenester. Når det gjelder bruk av praktisk bistand i hjemmet sees en tendens til nedgang 33 minutter ved nullpunkt til 25 minutter 9 måneder etter intervensjonen.



Figur 3; Endringer i bruk av hjemmetjenester registrert i gjennomsnitt antall minutter pr bruker.

7.4 LOKAL MÅLOPPNÅELSE

Lokalt i prosjektet var det satt et overordnet mål;

«*Helhetlig satsning på digital hjemmeoppfølging, med bakgrunn i flere pågående initiativ og prosjekter, som sikrer overgang til drift fra 2022*».

I tillegg var det satt effektmål og resultatmål i styringsdokumentet (fra 2019) i Agder som er nærmere beskrevet i tabell 1. Det er satt inn kolonne for å tydeliggjøre måloppnåelse innen de ulike målene som var satt i starten av prosjektet, men dette er tilført tabellen for denne rapporten.

Tabell 1; Prosjektets mål, datert 22.05.19 (Kolonne 4 er tilført for å tydeliggjøre måloppnåelse):

Nivå	Beskrivelse	Suksesskriterier	Måloppnåelse
Virksomhetsmål Dette er ønsket fremtidig situasjon for Agder etter at gevinstene er realisert	<ul style="list-style-type: none"> Etablere en helhetlig og bærekraftig tjeneste for medisinsk avstandsoppfølging på Agder som innebærer felles teknisk løsning og pasientforløp med mindre bruk av helsepersonell 	<ul style="list-style-type: none"> Felles anskaffelse av teknisk løsning Bærekraftig tjeneste En etablert samhandlingsmodell mellom kommune, sykehus og fastlege Gode pasientforløp Nasjonale føringer for tjenesten medisinsk avstandsoppfølging 	<ul style="list-style-type: none"> Felles anskaffelsesprosess er etablert som et eget prosjekt Innovasjonspartnerskap velferdsteknologi ³⁷ Det er redusert fra tre TMS til en regional TMS på vei mot en bærekraftig tjeneste. I tillegg har man flyttet tjenesten ut i allerede etablert tjenesteyting. Det er etablert gode samhandlingsarenaer mellom aktørene. Styringsgruppe etablert igjennom RKG ³⁸ med representanter fra kommuner og sykehus. Gode pasientforløp og tjenesteforløp er utarbeidet i prosjektperioden Agder har bidratt med innspill til nasjonale føringer med lokale erfaringer på flere oppfølgingsforløp inne DHO
Effektmål Dette er hvilke konkrete endringer skal prosjektet føre til for Agder	<ul style="list-style-type: none"> Kostnadseffektiv bruk av helse- og omsorgstjenester (oppfølgingstjeneste, sykehus, legevakt, fastlege og hjemmetjenester) Økt trygghet og mestring slik at pasienten opplever bedre livskvalitet 		<ul style="list-style-type: none"> Ved å organisere en helhetlig tjenestemodell for regionen vil en på tvers av alle helseaktørene kunne bruke helse – og omsorgstjenester kostnadseffektivt. Dette er fremdeles i prosess og åpner opp for en modell for helsefelleskap på Agder på sikt. Pasientene som får oppfølging, opplever trygghet og mestring. Kartlagt i brukerundersøkelse. Den tekniske løsningen har blitt kontinuerlig utbedret under prosjektperioden. Det er nå mulighet for nedlastning av en applikasjon og bruk av egen mobile enhet.

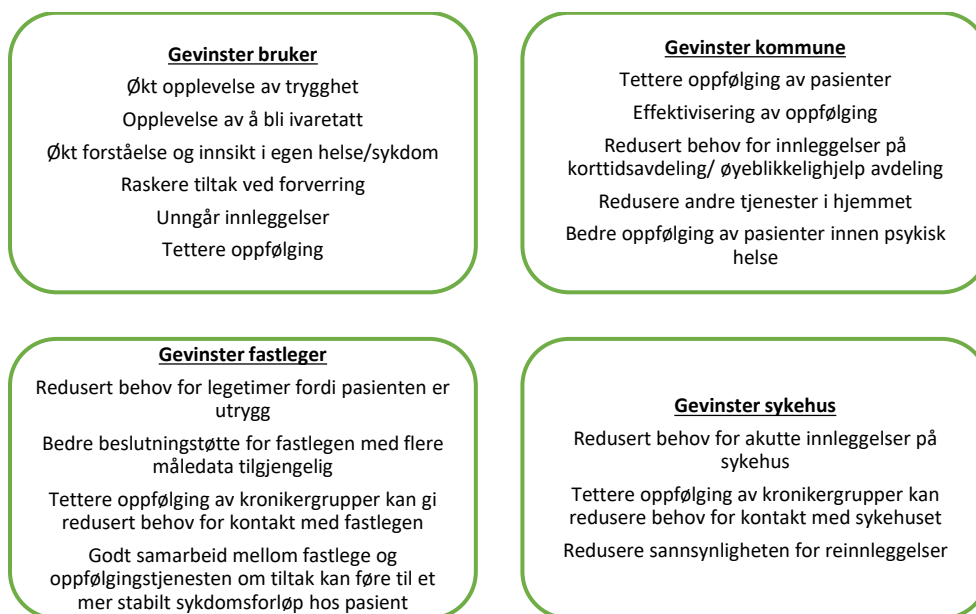
³⁷ <https://www.ehelseagder.no/innovasjonspartnerskap-velferdsteknologi/>

³⁸ <https://www.ehelseagder.no/rkg-e-helse/>

	<ul style="list-style-type: none"> • En teknisk løsning som dekker prosjektets behov for integrasjon og samhandling mellom aktørene • Kostnadseffektiv drift, innkjøp og support av valgt teknisk løsning • Erfaringer og modeller i form av beste praksis som har stor overføringsverdi nasjonalt og internasjonalt • Økt kompetanse i regionen ved oppfølging av pasienter med kronisk helsesvikt 		<ul style="list-style-type: none"> • Logistikk, drift og teknisk løsning er fremdeles i prosess, det er beskrevet ulike modeller og satt i sammenheng med andre lokale prosjekter/initiativ. • Agder har jobbet strukturert med å utarbeide erfaringsrapporter og ulike modeller for oppfølging som kan ha stor overføringsverdi nasjonalt og internasjonalt. • Agder har deltatt i twinning prosjekt (Digital twin) med Andalusia og Skottland for å dele erfaringer og lære av hverandre
<p>Resultatmål / Prosjektprodukt</p> <p>Resultatmålene er knyttet til de produkter prosjektet skal levere, disse er delvis definert av Helsedirektoratet, med tillegg for Agder</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 200 pasienter til RCT-studie som bidrar til forskningsresultater og nasjonale anbefalinger (100 tiltak/100kontroll) • Dokumenterte resultater tilknyttet Tjenesteforløpene * Primærhelseteam og fastlege • Oppfølging TMS • Bidra til et forslag til en <i>Fremtidsrettet samhandlingsmodell mellom primær- og spesialisthelsetjeneste på Agder</i> som inngår i kunnskapsgrunnlaget for nasjonale anbefalinger • Anskaffelse av teknologi til prosjektet 	<ul style="list-style-type: none"> • Samarbeidsavtaler med fastleger og sykehus • Godt gjennomførte iterasjoner på tjenesteforløp basert på erfaringer underveis i prosjektet • Godt samarbeid med SSHF om mulig, fremtidig samhandlingsmodell for nasjonale anbefalinger • Gjennomført FoU-avtale som anskaffer rett teknologi til rett tid 	<ul style="list-style-type: none"> • Prosjektet nådde deler av måltallet for inklusjon med 103 pasienter i tiltak og 44 pasienter i kontroll. Grunnen til dette var pandemiens påvirkning av inklusjon til prosjektet. • Gevinster er kartlagt og brukercaser beskrevet tilknyttet tjenesteforløpene. I tillegg har man videreutviklet forløpene og gjort organisatoriske endringer. • Det er pilotert forløp på tvers av primær og spesialisthelsetjenesten for å kunne bidra inn i nasjonale anbefalinger om videre samhandling på feltet. Dette var et av bidragene inn mot videre pilotering ut 2021 med fokus på samhandling og informasjonsdeling. • Prosjektet deltar i prosjektgruppen Innovasjonspartnerskap Agder og gitt innspill til behov rettet mot DHO for anskaffelse.

7.5 GRAD AV MÅLOPPNÅELSE OG IDENTIFISERTE GEVINSTER

Som beskrivelse av målene og måloppnåelse i kapitlene over viser, har prosjektet i stor grad har gjennomført målene som er satt nasjonalt og lokalt. De mål som ikke er nådd, har en tilhørende prosess for videre arbeid. Gevinstarbeidet har vært omfattende og til tider utfordrende på grunn av mange kommuner med pasienter inkludert i forskningen, i tillegg til oppfølging av pasienter som ikke er inkludert i forskningen. Hovedfunnene i gevinstarbeidet basert på nasjonale mål har vært effekter for helsetilstand og tydelige økonomiske gevinster i både kommuner og sykehus i enkeltcaser som vi ser at DHO erstatter andre tjenester. Flere effekter er identifisert og vedlagt i gevinstrapporten (Vedlegg B).



7.5.1 Effekter for helsetilstand

Vi ser flere effekter for helsetilstanden hos mange pasienter og pasientene selv ytrer at de blir tatt på alvor, føler trygghet og opplever rask respons ved avvik på målingene.

I forhold til oppfølging fra sykehus med overgang til kommune, viser erfaringsrapporten³⁹ at pasientene opplever trygghet, større innsikt i hvordan de forholder seg ved tegn til forverring og hvilke tiltak de kan sette i gang. Ifølge en av pasientene i piloteringen hadde tjenesten hatt betydelig kvalitativ effekt på helse og sykdomsforløp og pasienten var helt sikker på at det har vært unngåtte kostnader på grunn av mottak av digital hjemmeoppfølging etter innleggelse. Pasienten mener at oppfølgingen har bidratt til å unngå reinnleggelse og minst 2 ytterligere innleggelse på grunn av tegn til forverring i løpet av 3 måneders perioden pasienten ble fulgt opp fra sykehuset.

Pasient med oppfølging fra TMS ble ikke tatt på alvor fra fastlegene når pasienten tok kontakt på grunn av forverring og fikk, før digital hjemmeoppfølging, forverringer flere ganger i året med lang varighet på grunn av tiltak som ble satt i gang sent i sykdomsforløpet. Etter oppstart av oppfølging fra TMS har pasienten ikke følt seg syk, da tegn på forverring ble identifisert tidlig og tiltak satt i gang med godkjenning fra fastlegen.

³⁹ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2021/05/2021_04-Vedlegg-Erfaringsrapport-DHO-sykehuspilot-.pdf

7.5.2 Effekter pasientgruppen psykisk helse

I digital hjemmeoppfølging for pasienter med psykiske helseplager har ulike digitale verktøy blitt benyttet, blant annet Feedback-Informed Treatment (FIT)⁴⁰. FIT-skår basert på 6 ulike pasienter, viser en hovedvekt av positive tilbakemeldinger fra pasienten på opplevd effekt av oppfølgingen og tilfredshet med allianse til oppfølger og innhold i oppfølgingen. ORS-skår viser for de fleste en stigende kurve sammenlignet med ved oppstart. Flere har en del svingninger i sin kurve, noe som er naturlig da det gjenspeiles belastninger og utfordringer i livssituasjonen. Samtlige av pasientene gir tilbakemelding om at de er godt fornøyde med innholdet i oppfølgingen og relasjonen til oppfølgeren, noe som gjenspeiles i gjennomgående høye skår i SRS-skjema.

Pasienter som mottar DHO innen psykisk helse melder tilbake om flere positive kvalitative gevinster. Samtalene gjennomføres via video og de opplever å få god kontakt med oppfølger i samtalene. De sparer tid og energi på å slippe fysisk oppmøte på et kontor og kan gjennomføre samtalene der det passer dem best; om det er hjemme, i bilen eller på arbeidsstedet etc. Flere av pasientene gir tilbakemelding om at de slapper mer av og får bedre utbytte av samtalen ved videosamtale og kan bruke energien som de tidligere har brukt på å møte «fysisk» opp på et kontor til aktivitet som er positiv for deres psykiske helse. Noen få av pasientene er i jobb, og da opplever de det som nyttig å kunne gjennomføre videosamtalen på arbeidstedet uten å måtte ta unødig fri fra jobb. Gjennom bruk av nettbaserte selvhjelpsprogram blir de mer bevisst på hva som bidrar til bedre psykisk helse og blir kjent med verktøy som kan benyttes for å forebygge sykdom. Dette bidrar til unngåtte kostnader for transport, redusert CO₂ – utslipp, bedre mottak av tjeneste på grunn av trygge omgivelser og kan føre til å unngå innleggelse i distriktspsykiatrien (DPS).

«Jeg var skeptisk i begynnelsen, men nå ønsker jeg digital oppfølging fremfor oppfølging på kontor» Pasient psykisk

7.5.3 Økonomiske effekter

Mange får oppfølging som forebyggende tjeneste og det er ennå vanskelig å se den umiddelbare samfunnsøkonomiske gevinsten på de inkluderte pasientene. Likevel ser vi enkelte kvalitative og kvantitative gevinster som er samlet i brukercase som vedlegg til gevinstrapporten. Den ene brukercasen viser en gevinst i form av årlig besparelse på over 300 000 kr ved å bytte ut hjemmesykepleie to ganger daglig med digital hjemmeoppfølging hos en pasient som bor lang fra hjemmetjenesten.

I forhold til innleggelse på kommunal korttidsavdeling eller kommunal øyeblikkelig hjelp ser vi at de pasientene i tiltak som har hatt innleggelse før intervensjonen, ikke har hatt innleggelse året etter. Dette kan ha flere årsakssammenhenger, men vi kan bekrefte at de pasientene i forskningen som har hatt behov for innleggelse før DHO ikke har registrert innleggelse etter intervensjonen. Dette kan henge sammen med tidligere tiltak i forbindelse med sykdomsforverring, men kan også være andre årsaker til endringen som ikke har sammenheng med intervensjonen.

I forhold til sykehus ser vi gevinster lokalt på enkelte brukere der forverringene blir håndtert på et tidligere tidspunkt. En pasient hadde 3 innleggelse i 2019, men ingen i 2020 og pasienten var tydelig på at h(n) hadde hatt flere innleggelse i 2020 hvis h(n) ikke hadde hatt DHO. Det er flere slike enkelte brukercaser fra Agder som kan indikere et redusert behov for innleggelse etter

⁴⁰ <https://www.napha.no/content/20897/fit-manual-1:-hva-virker-i-terapi>

intervensjonen. Likevel kan vi ikke konkludere med at intervensjonen er hovedårsaken til dette, men vi antar at den er en del av flere årsaker til redusert behov for innleggelser.

8 LÆRINGSPUNKTER/ERFARINGER

Erfaringer som er viktige for å oppnå effekt	
Pasient	<ul style="list-style-type: none"> ○ Må kunne nyttiggjøre seg teknologien ○ Ha motivasjon for livsstilsendring der det er nødvendig ○ Individuelt tilpasset opplæring og oppfølging
Fastlege	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evidensbasert kunnskap ○ Takstsystem som understøtter tjenesten/oppgaver
Kommune	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rekrutterer «riktig» pasientgruppe ○ Rekruttere ift behov ikke diagnose ○ Belyse gevinster ○ Unngå dobbel dokumentasjon
Spesialist-helsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> ○ Involvering av alle ledd av tjenestene ○ Evidensbasert kunnskap ○ Unngå dobbel dokumentasjon ○ Fokus på sykehusets kjernevirksomhet
Felles for helsetjenestene	<ul style="list-style-type: none"> ○ Forankring ○ Lederforankring, både toppleder og mellomledere ○ Strategi og mål for DHO/velferdsteknologi ○ Ressurser i form av tid til å sette i gang med DHO, investere tid i oppstarten ○ Gevinstarbeid, evalueringer og justeringer underveis ○ Integrasjon mellom systemer ○ Motiverte, interesserte og endringsorienterte ansatte ○ Helsefaglig kompetanse, endringsledelse og endringskultur ○ Kompetanse innen ehelse/velferdsteknologi, digitalisering og innovasjon ○ Spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastleger har kjennskap til hverandres organisasjoner, her både utfordringer og muligheter ○ Partnere i stedet for parter i et helsefellesskap og en felles strategi ○ Finansieringssystemet av helsetjenestene er en potensiell show-stopper for DHO. Både kommuner og helseforetak kan stå igjen som «tapere» med dagens system. ○ Å enes om forvaltning av tjenesten er en av problemstillingene som må løses mellom primær- og spesialisthelsetjenesten ○ Det er behov for nasjonale føringer for DHO og tydeliggjøring av ansvaret for og viktigheten av forebyggende tjenester

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

Samarbeidet mellom alle aktørene ble formalisert i samarbeidsavtaler. Det har vært en utfordring når disse skulle fornyes i å endre avtaler og får signatur fra riktige personer i de ulike kommunen. Personell endres, og digital signatur har ikke alltid fungert på optimal måte.

Siden vi har jobbet fra et regionalt perspektiv i Agder, var det i forbindelse med inklusjon/rekrutering til RCT-studien krevende for ansatte på sykehus å ha oversikt over hvilke kommuner som avtaler med prosjektet. Dette ble løst i at resurspersoner på sykehuset hadde oversikt over kommuner med samarbeidsavtale. Videre man ønske seg at kommuner tilbyr like tjenester til pasientene.

Vi har hele veien hatt fokus på forankring, det er viktig å hele tiden holde interessenter informert, informasjonen må også gjentas. Samlingsarena for å få denne informasjonen ut har vært nyttig, da spesielt strukturen vi har hatt gjennom RKG. I 2021 opprettet prosjektet sammen med regional TMS et nettverk blant kontaktpersoner i kommunene på Agder, med jevnlig status og samarbeidsmøter. I tillegg har det hele veien gjennom prosjektet vært møter mellom oppfølgerne i både kommunen, primærhelseteam og fra sykehuset. Dette har styrket samarbeidet, vært en arena for faglige diskusjoner og felles problemstillinger. De to sistnevnte møtene fortsetter i regi av regional telemedisinsk sentral.

Hvordan er opplevelsen av selve teknologien og samarbeid med leverandørene?

Som en fortsettelse fra tidligere prosjekt innen DHO, fikk vi også med oss en fortsettelse av teknologisk plattform fra den gangen. Teknologien ba preg av nyvinninger i området, med større fokus på funksjonalitet enn brukergrensesnitt på både oppfølgerens applikasjon og pasientens applikasjon. Mange innspill om forbedringer ble gitt, og med Siemens Healthineers AS som en ressurssterk leverandør, klarte de å forbedre applikasjonene betraktelig, spesielt på pasientens side. Brukergrensesnitt ble forbedret med fokus på brukervennlighet.



Applikasjonen på oppfølgerens side ble også til dels omstrukturert til å være mer logisk og funksjonelt. Samarbeidet med Siemens Healthineers AS har vært veldig positivt. I oppstarten var det selvfølgelig en del for leverandøren å ta tak i, og den har fått løpende tilbakemeldinger fra prosjektet. Leverandøren har bygd opp en liten organisasjon, men effektivt, for å forvalte og løfte løsningen videre, i tett samarbeid med sine underleverandøren på utvikling samt drift. Siemens Healthineers hadde tidlig satt inn viktige og strategisk ressurser innen planlegging og teknologisk utvikling.

Vi hadde opplevelse av at leverandøren var oppdatert og hadde god kompetanse på teknologisk løsninger. De hadde gode strategiske ressurser som fulgte med på behov, utvikling og trender. Leverandøren var også seg bevisst på personvern og informasjonssikkerhet, og hadde dette temaet på agendaen sin hele veien.

Hvilke suksesskriterier ville dere peke på?

Det finnes mye forskning om hva som gir suksess i innovasjonsprosjekter. Dette prosjektet har bl.a. sett til modellen «Service Innovation Triangle» med fokus på verdidrevet tjenesteinnovasjon der tjenesteinnovasjonen må gi verdi til alle tre sider. pasient, tjenesteyter (som kommune, sykehus etc) og leverandør. Modellen bidrar til å øke bevisstheten rundt både innovasjonskapasitet og innovasjonsevne og kan gjøre det lettere å løfte hvilke faktorer som øker innovasjonsevnen⁴¹. Rammebetingelsene fra ledelsen, motivasjonen og timing (her både i prosjekt og hos de ulike aktørene), har påvirket prosjektets suksess.

Suksesskriterier

- Godt samarbeid
- God Forankring i alle ledd
- Informasjonsarbeid
- Nettverksbygging
- Kontaktpersoner i hver kommune
- Tilstrekkelig ressurser
- Interesserte ansatte
- Endringsvillighet
- Felles mål og strategi med pasienten i sentrum
- Bevissthet og vilje til samarbeid og fokus på tvers av siloer
- Individuell oppfølging av pasienter
- Samarbeide i team rundt pasienten
- Kunnskap og kompetanse hos oppfølger
- Samarbeid med leverandør
- God support, åpen/ærlig dialog med leverandør
- Tydelig oppgave og ansvarsfordeling i tjenesten

⁴¹

https://www.researchgate.net/publication/264439154_The_service_innovation_triangle_a_tool_for_exploring_value_creation_through_service_innovation

9 TILRETTELEGGING FOR/ PLAN FOR VIDERE DRIFT

Erfaringer og råd til en kommune/Helsefelleskap som ønsker å /planlegger å starte med digital hjemmeoppfølging

Mål og strategi

- Klare mål og strategi fra toppledelse
- Tydelig ledelse og retning

Forankring forankring forankring

- Strukturer forankringsarbeidet
- Bygg relasjoner på tvers av siloer
- Opprett tverrfaglige team med mangfold av egenskaper
- Involver alle aktører i planlegging av tjenesten
- Sett av tilstrekkelig ressurser

Jobb smidig

- Gå raskt frem i liten skala. Test og juster og test igjen i stedet for å vente til man har alle svar
- Evaluer og gjør justeringer underveis

Aksepter at en trækker feil

- Sørg for en psykologisk trygghet for å feile
- Anerkjenn læringsverdien av feil
- Lag gode mekanismer for å sortere ideer og avslutte prosjekter som ikke er fruktbare

Gevinstrealisering

- Krever investering/innsats
- Tar tid, start med en gang!
- Evne til å se gevinster i perspektiv, vi ser kanskje ikke gevinster nå, men evne til å se at de kan komme på sikt

Innovasjon

- Innovasjon og forbedring er ikke det samme
- Innovasjon: Nytt, nyttig og nyttiggjort

Informasjonssikkerhet, Personvern-konsekvensutredning

- Vurder informasjonssikkerheten jevnlig
- Vurder og gjennomfør DPIA og ROS

Kompetanse

- I overnevnte punkter
- Spesielt mellomledernivå

For å lykkes med å skape verdi for alle involverte aktører må vi jobbe med utvikling innen en rekke felt f.eks teknologi, brukeropplevelse, kultur, tjenesteforløp og forretningsmodeller.

- Morten Lauknes, Prosjektleder digitalisering, samhandling og innovasjon i Kristiansand kommune

Agder fortsetter arbeidet med DHO, blant annet gjennom Helsedirektoratets videre utprøving med fokus på samhandling og informasjonsdeling. Her piloteres forløp fra ordinært fastlegekontor, digital egenbehandlingsplan samt videre utprøving av DHO initiert av spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har dialog med sykehuset om videre samarbeid om andre pasientgrupper, muligens som en del av

pilotering i DHO HSØ. Regional telemedisinsk sentral fortsette tilbudet om oppfølging og kommunene tilbys opplæring i å ta DHO ut i tjenesten.

Etter forskningsstudienes inklusjons- og eksklusjonskriterier står man nå fritt til å prøve ut tjenesten på andre måter til flere pasientgrupper, som et verktøy i allerede eksisterende tjenester. Oppgaver og ansvar som tidligere har vært tillagt prosjektarbeid må overføres til linja. Dette fordrer at både kommunene og sykehus konkretiserer sin strategi for DHO på tross at resultatene ikke er entydige og signifikante.

En av hovedutfordringene ved bruk av velferdsteknologi i kommunene er at dagens teknologier og tjenester er fragmenterte og det mangler integrasjon mellom de ulike løsningene, noe som fører til betydelig merarbeid i kommunene. Gjennom innovasjonsprosjektet «Innovasjonspartnerskap Agder» jobber vi med følgende mål

«Målet med innovasjonspartnerskapet er å utvikle integrerte løsninger, som ivaretar pasientens behov, samt forenkler arbeidshverdagen for helsepersonell.»⁴²

I tillegg vil koordinator for DHO fortsette arbeidet med å ha oversikt over pågående prosjekter mellom kommuner, sykehus og fastleger i Agder. Koble og koordinere regionale prosjekter og prosesser gjennom etablerte strukturer. Og være en pådriver for koordinering, informasjonsdeling mellom aktørene og bidra til å styrke samhandling om DHO. DHO er en tjeneste som fortsatt er i utvikling, det er behov for nasjonale føringer og totalvurdering av hvordan dagens helsetjenester er organisert for å kunne skalere og skape en bærekraftig tjeneste og ta ut større potensialet i innovasjonsarbeidet.⁴³

Hva skal til for å realisere og skalere digital hjemmeoppfølging

- Behov for nasjonale føringer
- Behov for spredningsfase for digital hjemmeoppfølging på lik linje som trygghet- og mestringsteknologi
- Behov for større fokus på operative Helsefelleskap med aktørene som partnere ikke parter
- Behov for økt fokus på pasientreisen på tvers av siloer
- Bruk av teknologi, innovasjonsprosesser og endringsledelse bør i større grad inkluderes i helsefaglige studier
- Løsning for deling av data på en standardisert måte
- Juridiske forutsetninger for samhandling må være på plass
- Behov for vurdering av takstsystem for både sykehus og fastleger. Samt kommunenes tre ulike finansieringssystem
- Behov for vurdering av bruk av egenandel ved tildeling av utstyr, opp mot lovgivning, med mål om å unngå sosiale forskjeller ift økonomi
- Gunstige betalingsmodeller mellom helsetjenesten og leverandør
- Legge til rette for kultur- og holdningsendringer i helsetjenestene
- Retningslinjer ift forebyggende tjenester med fremtidige gevinster

⁴² <https://www.ehelseagder.no/innovasjonspartnerskap-velferdsteknologi/>

⁴³ <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2021/05/20/bent-hoie-kan-na-sine-digitale-mal/>

VEDLEGG

Vedlegg er lagt ved rapporten som egne PDF-filer

VEDLEGG A REGIONAL KOORDINERINGSGRUPPE

VEDLEGG B GEVINSTRAPPORT

VEDLEGG C TJENESTEFORLØP MED OPPFØLGING FRA REGIONAL TELEMEDISINSK SENTRAL

VEDLEGG D TJENESTEFORLØP SYKEHUS-KOMMUNE

VEDLEGG E TJENESTEFORLØP PSYKISK HELSE OG «UTE I TJENESTEN»

VEDLEGG F TJENESTEFORLØP PHT

VEDLEGG G SAMARBEIDSAVTALE FASTLEGER

VEDLEGG H ALGORITMER

VEDLEGG I VURDERING AV LOGISTIKKANSVARLIG

VEDLEGG J DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING TIL ANDRE REGIONER

VEDLEGG K MEDIEOPPSLAG