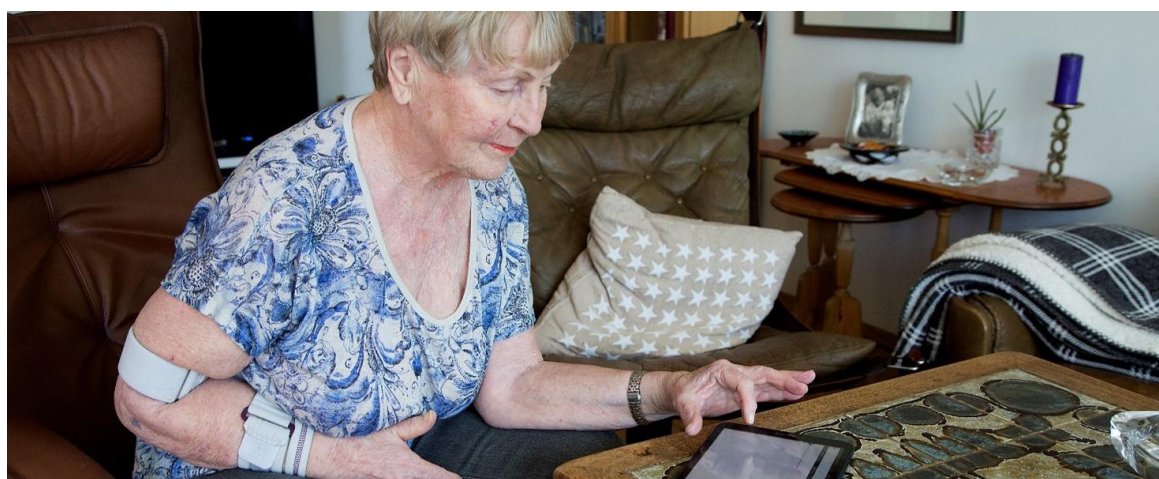
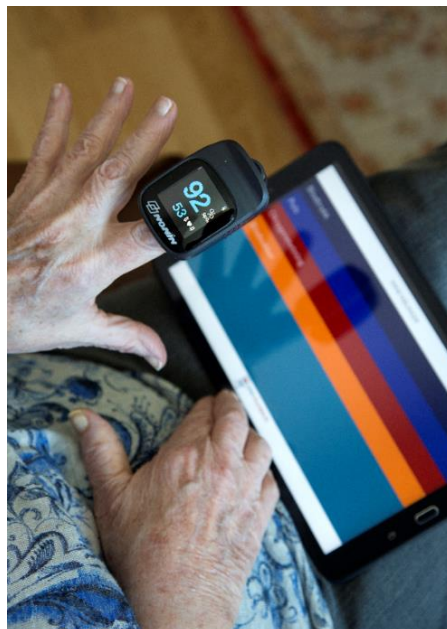


Gevinstrapporing

DIGITAL HJEMMEOPPFØLGING AGDER

CHRISTINE WIDDING KASPERSEN
DELPROSJEKTLERER FOR INKLUSJON OG
GEVNISTREALISERING

15. JUNI 2021



INNHALDSFORTEGNELSE

Sammendrag	2
1. Innledning.....	3
1.1. Studiepopulasjonen på Agder.....	3
1.2. Inklusjonen og randomiseringen	4
2. Status.....	5
2.1. Avslutning av tjeneste og status samtykke	6
2.2. Gevinstplan	7
2.3. Forankring.....	8
2.4. Vurdering av nytteverdi hos den enkelte bruker ved oppstart av tjenesten	9
3. Forbruk av helsetjenester, brukertilfredshet og effekter for helsetilstand	9
3.1. Forbruk av helsetjenester	10
3.2. Resultater fra brukerundersøkelsen	11
3.3. Effekter for helsetilstand	13
3.4. Effekter for pasientgruppen psykisk helse	14
3.5. Økonomiske effekter og bærekraft.....	15
4. Tjenesteforløp	16
5. Overgang til drift og plan for videre arbeid	18
5.1. På hvilken måte har covid-19 situasjonen påvirket planene?	19
Vedlegg	0
Vedlegg 1; Flytskjema inklusjon	0
Vedlegg 2; Gevinstplan	0
Vedlegg 3; Kvalitative og kvantitative Pasientcaser	0
Pasientcase 1; Gevinster i kommunen med og uten innsatsstyrt finansiering for «Rune».....	0
Pasientcase 2; Kvantitativ gevinst ved «sentrumsnær bruker» * i Kristiansand med innsatsstyrt finansiering (ISF).....	5
Pasientcase 3, Kvalitativ gevinst hos bruker og økonomisk gevinst hos spesialisthelsetjenesten	7
Pasientcase 4; Kvalitativ gevinst hos pasient og hos AMK, legevakt og spesialisthelsetjenesten.....	8
Pasientcase 5; Kvalitative gevinster for bruker	9
Pasientcase 6; Kvalitativ gevinst hos pasient som mottar DHO fra spesialisthelsetjenesten med overgang til kommune	10
Pasientcaser; Kvalitativ gevinst hos bruker og oppfølger ved DHO for Psykisk helse	11
Pasientcaser covid-19; Gevinster for bruker, kommune og spesialisthelsetjenesten.....	15

SAMMENDRAG

På oppdrag fra helse- og omsorgsdepartementet skulle Helsedirektoratet gjennomføre en utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i perioden 2018-2021¹. Seks prosjekt deltok i utprøvingen og Agder (v/Kristiansand kommune som prosjekteier) var et av disse. Målet for utprøvingen var bedret fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse og lavere kostnad for helsetjenesten. Utprøvingen ble gjennomført som et randomisert kontrollert studie (RCT) og inklusjonen pågikk på Agder fra august 2019 frem til inklusjonsstopp 1/7-2020. Det ble inkludert 147 pasienter fra Agder med 44 pasienter i kontrollgruppen, 49 pasienter i tiltaksgruppen og 54 pasienter i tiltak uten randomisering. I løpet av utprøvsperioden har 27 pasienter avsluttet (pr mai 2021), 3 av disse var i kontrollgruppen.

Seks måneder etter inklusjonen ser vi 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 minutter ved nullpunkt, til 27 minutter ved 6 måling. Hos pasientene som mottar oppfølgingen og som har svart på brukerundersøkelsen, viser denne en bedring på 7 av 8 spørsmål om egen helse. I tillegg sendes det fra sjette måned 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.

I rapporten vises det til flere enkelte «brukercase» hentet ut fra pasienter som mottar oppfølgingen på Agder som viser til kvalitative gevinster for pasient og økonomiske gevinster for helsetjenesten. Disse casene viser gevinster på økt trygghet, mestring av sykdom, bedre fysisk og psykisk helse, tettere oppfølging, bedret livskvalitet, reduksjon i sykdomsforverring, samt at DHO kan erstatte eller redusere bruk av 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 73år

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/pagaende-utproving-av-velferdsteknologiske-losninger>

1. INNLEDNING

Utprøvingen skal gi anbefalte tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging og økt kunnskapsgrunnlag om effekter og gevinster, og synliggjøre hvordan digital hjemmeoppfølging som tiltak kan bidra til nasjonale mål i Primærhelsemeldingen. En viktig del av kunnskapsgrunnlaget for å komme med nasjonale anbefalinger er prosjektenes egne erfaringer og opplevd nytteverdi.

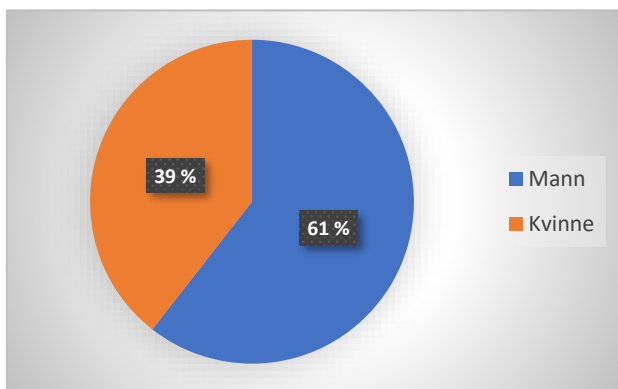
Siden siste rapportering har prosjektet jobbet videre med innhold og innretning av digital hjemmeoppfølging innen ulike satsingsområder. Nyttverdi og resultater fra gevinstkartlegging har gitt grunnlag for å tilpasse og spisse tjenesteforløp og innhold. Prosjektet på Agder sitt overordnet mål er en helhetlig satsning på digital hjemmeoppfølging på Agder, med bakgrunn i flere pågående initiativ og prosjekter, som sikrer overgang til drift i 2022.

Denne rapporten er utarbeidet for å kunne utdype forventede og realiserte effekter/gevinster ved bruk av digital hjemmeoppfølging (DHO) hos pasienter og kommune- og spesialisthelsetjenesten på Agder. Data som er analysert og brukt i denne rapporten er hentet ut fra Elektronisk pasientjournal (EPJ) i pasientens hjemkommune om bruk av kommunale helsetjenester på alle inkluderte pasienter. I tillegg er det analysert svar fra brukerundersøkelser som er sendt ut i løsnings til pasientene som mottar oppfølgingen (kontrollgruppe er ikke inkludert her). I denne rapporten er det analyserte data fra 2019 og frem til april-mai 2021 som ligger til grunn for resultatene.

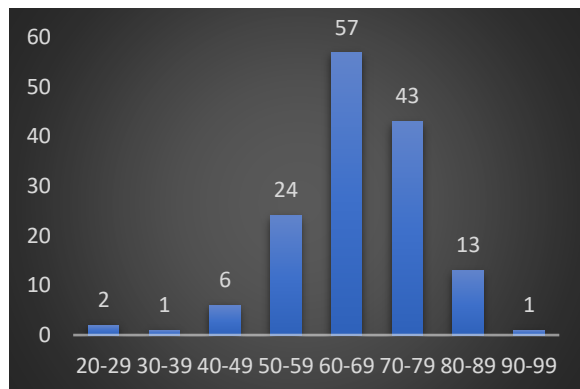
1.1. STUDIEPOPULASJONEN PÅ ÅGDER

Nasjonalt i prosjektet ble det inkludert til sammen 731 deltakere til studien. Deltakerne var i snitt 70 år gamle ved inklusjon og den vanligste rekrutteringsdiagnosen var KOLS (51 %) ². Digital hjemmeoppfølging Agder inkluderte 147 pasienter innen fristen for inklusjon 1/7-2020. På grunn av pandemien ble det besluttet at det skulle inkluderes pasienter til en tredje gruppe; tiltak uten randomisering. Det ble derfor inkludert pasienter fordelt slik i de ulike gruppene; 44 i kontroll, 49 i tiltak og 54 i tiltak uten randomisering. Av de inkluderte er det inkludert 22 % flere menn enn kvinner (se figur 1) og de fleste pasientene er i alderen 60-69 år (se figur 2).

² 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%20hjemmeopp%C3%B8lging%20Delrapprt%20II.pdf

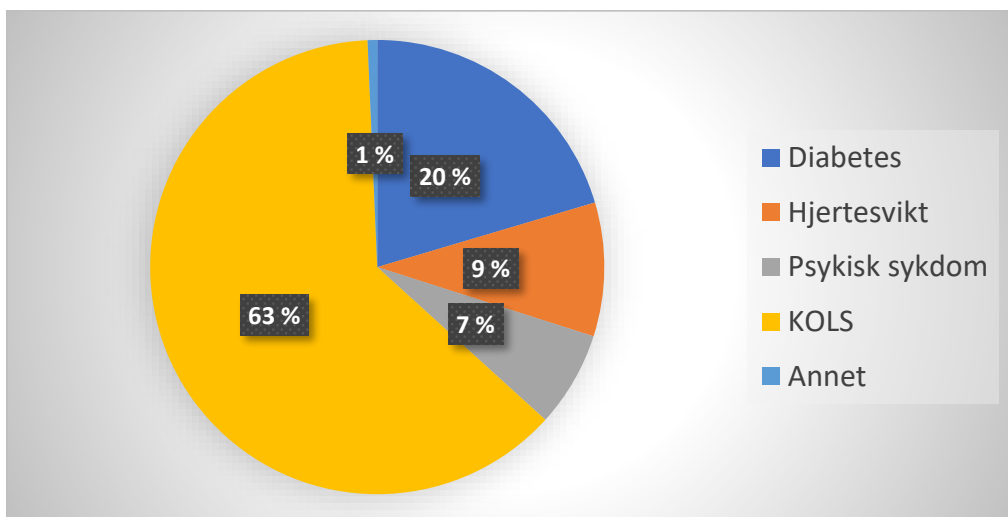


Figur 1; Inkluderte fordelt på kjønn



Figur 2; Inkluderte fordelt på alder

Rekrutteringsdiagnosene på de inkluderte var KOLS, diabetes, hjertesvikt, psykisk helse og multimorbiditet. Av disse var 21 pasientene komorbide og fikk oppfølging for flere diagnoser. 63 % av alle de inkluderte på Agder hadde Kols som rekrutteringsdiagnose (se figur 3).



Figur 3; Diagnose på alle 147 inkluderte pasienter

1.2. INKLUSJONEN OG RANDOMISERINGEN

Inklusjonsprosessen av pasienter i Agder var begrenset til 5 prosjektmedarbeidere for en mest mulig lik informasjon- og inklusjonsrutine (vedlegg 1). 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. 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.

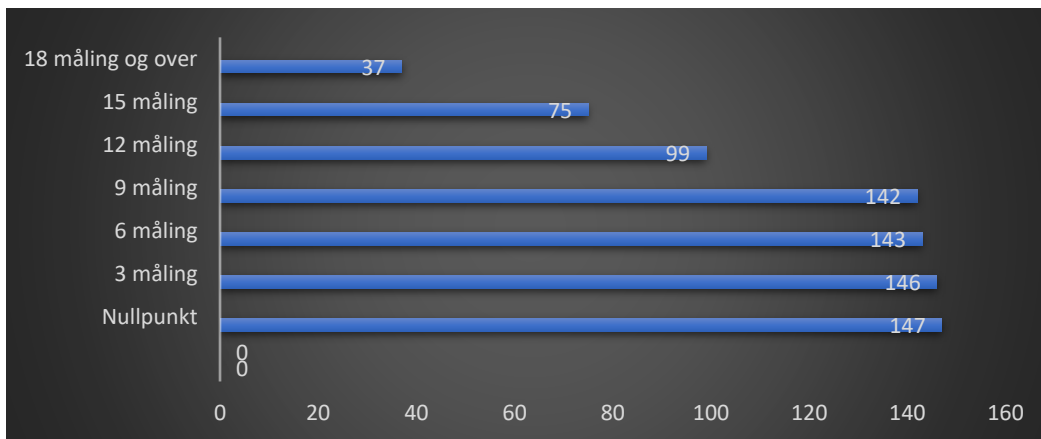
Hovedmålgruppen som skulle inkluderes i studien var pasienter med kroniske sykdommer og nedsatt funksjonsnivå, med medium/høy risiko for forverrelse av sykdommen, reinnleggelse på sykehus, økt behov for helse- og omsorgstjenester. Vi inkluderte pasientgrupper basert på inklusjonskriteriene og med bakgrunn i algoritmer og tjenesteforløp som allerede var i utprøving på Agder. Diagnosene som ble inkludert var pasienter med KOLS, Hjertesvikt, Diabetes, psykisk sykdom og multimorbiditet. Gruppen ble i hovedsak inkludert fra fastleger og primærhelseteam (80 %) som samarbeidet med prosjektet, men vi hadde også inklusjoner fra tjenestekontor, oppfølgingstjenesten og SSHF.

Inklusjonen av pasienter startet opp august 2019, med jevn inklusjon frem til mars 2020. De to siste månedene av inklusjonsperioden ble 1/3 av pasientene inkludert og det har sammenheng med pandemisituasjonen, da få pasienter ble inkludert i mars og april 2020. 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.

2. STATUS

Gevinstansvarlig har ansvar for å følge opp uttrekk av data og at gevinstverktøyet holdes oppdatert, samt har ansvar for å overholde ulike leveringsfrister til PA, Oslo Economics og Kantar. Organiseringen innad i prosjektgruppen med egen gevinstansvarlig har ført til et godt gevinstarbeid på Agder. Delprosjektleder for forankring og samarbeid har opprettet et samarbeid med forvaltning i kommuner på Agder og gevinstansvarlig har kontakt med egne ressurspersoner innen forvaltning for uttrekk av data. Uttrekk av data må gjøres fra forvaltning i pasientens hjemkommune selv om oppfølgingen skjer i en kommune med telemedisinsk sentral (TMS). Kommunene på Agder har ulike elektroniske pasientjournaler (EPJ), både Profil, CosDoc og Gericca brukes jevnt over Agder. Dette gjør uttrekk av data noe mer utfordrende og derfor er dette arbeidet gevinstansvarlig sitt ansvar. Det er opprettet en rutine i hvert journalsystem for å hente ut data vi har behov for. Disse rutinenene ligger til ressurspersonen og den enkelte kommune. Gevinstansvarlig har jevnlig kontakt med kommunene for uttrekk av data, men fordi det er 12 av 25 kommuner på Agder som har pasienter i prosjektet, har det ikke blitt uttrekk månedlig, men ca hver 3 måned.

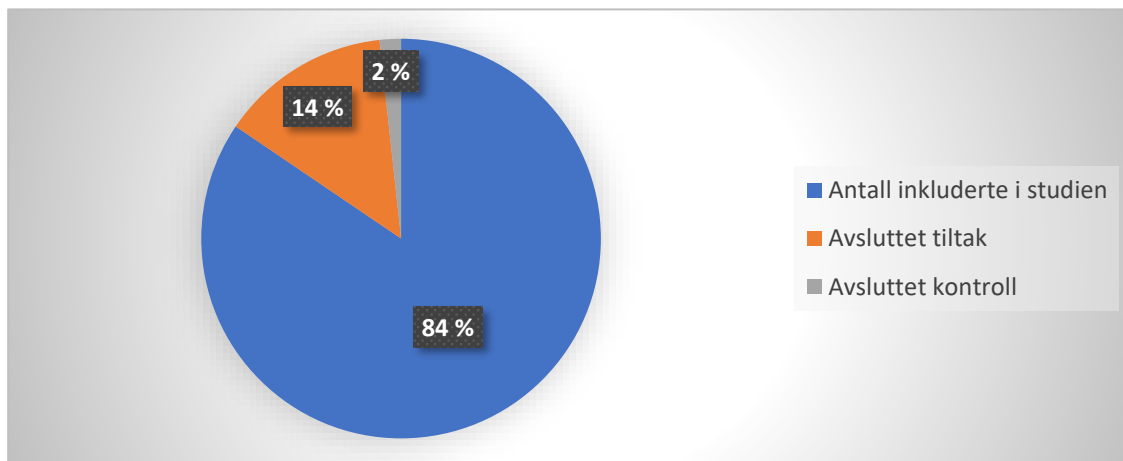
Foreløpige resultater er tatt ut 9 måneder etter inklusjon da 97 % av de inkluderte pasienter har registrerte data frem til denne målingen. Figur 4 viser fordeling av registrerte data på antall pasienter pr utvalgte måling i gevinstverktøyet.



Figur 4; Antall pasienter med registrerte data på de ulike målingene.

2.1. AVSLUTNING AV TJENESTE OG STATUS SAMTYKKE

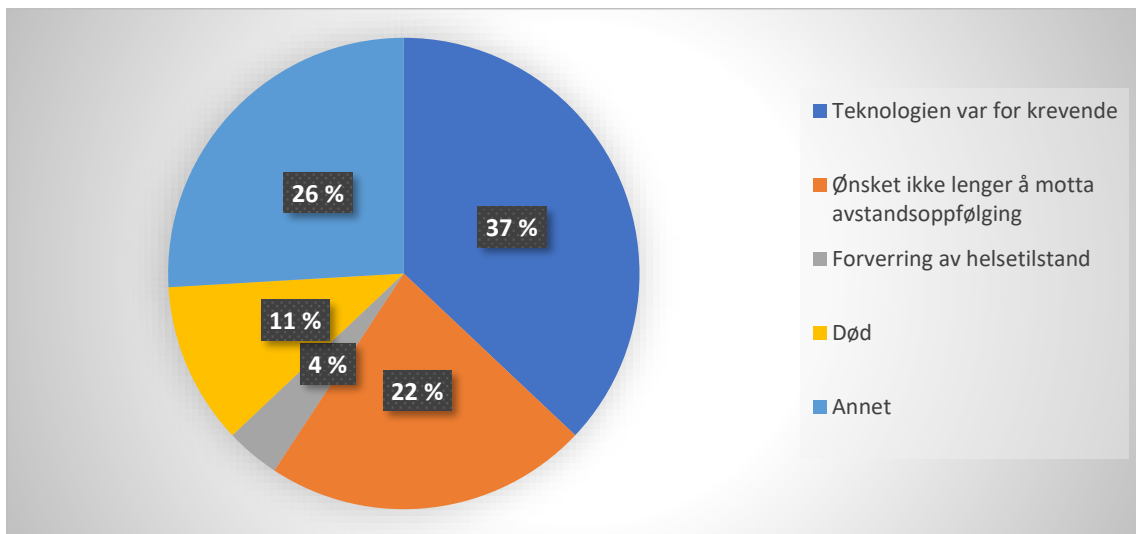
I løpet av mai 2021 har 16 % av pasientene avsluttet (se figur 5). Av de avsluttede pasientene er det flest menn (63 %) som ville avslutte og gjennomsnitt oppfølgingstid på de som avslutter er 4 måneder. Årsakene til avslutning er i hovedsak teknologi er for krevende, mye tidsbruk og at de ikke ønsket å motta oppfølgingen av flere grunner.



Figur 5; Inkluderte og avsluttede pasienter pr mai 2021.

Syv av de avsluttede pasientene har trukket samtykket med ulike begrunnelser (død, flyttet ut av Agder og usikkerhet på mengde data som tas ut). Den siste pasienten som trakk samtykket, var i kontrollgruppe og hadde et stort behov for tettere oppfølging av sin KOLS-sykdom. Pasienten selv, kommunens tjenestekontor, fastlege og TMS var enige om at det var behov for å gi tilbud om digital hjemmeoppfølging. I samarbeid med prosjektgruppen ble pasientens samtykke trukket tilbake og pasienten fikk tjenesten av kommunen. Kostnaden for utstyr tok kommunene, mens prosjektet tok kostnad for oppfølging fra TMS. Som nevnt er årsak til avslutning noe varierende, men 37 % mente at

teknologien var for krevende. (se figur 6). 26 % svarte annet for årsak til avslutning og av disse var årsaken at de var for friske eller at det var for dårlig 4G dekning der pasienten bodde.



Figur 6; Årsak til avslutning.

2.2. GEVINSTPLAN

Gevinstplan (Vedlegg 2) har blitt oppdatert og revidert ved behov, men det har ikke vært store endringer fra den ble laget i begynnelsen av prosjektet. De endringene som har blitt gjort er innen tiltak og hvor gevinsten kan omsettes, da dette ble mer tydelig i løpet av arbeidet med gevinster. Gevinstansvarlig har jobbet kontinuerlig med uttrekk av data for å se på forventede og foreløpige gevinster slik det er beskrevet i gevinstplanen. I tillegg er det fortløpende kontakt med oppfølgere for å sikre at tjenesteforløpet organiseres på mest mulig effektiv og ressursbesparende måte, men likevel kvalitets- og pasientsikkert. Siden siste rapport har prosjektet prioritert arbeidet med flere ulike tjenesteforløp for bedre organisering og effektivisering av tjenesten mot overgang til drift som kan gi både samfunnsøkonomisk gevinst og gevinst hos bruker. Tjenesteforløpene er beskrevet kort i kapittel 4.

Mulige gevinster har vært en del av presentasjonen av prosjektet siden oppstart av inklusjonen. Alle aktører har vært svært opptatt av hvilke antatte gevinster dette prosjektet kan vise til og hvordan de skal oppnås. I møter med både sykehus og fastleger har spørsmål og ønsket fokus vært på forskning og antatte gevinster for å deretter vurdere aktuelle kandidater til inklusjon. I løpet av inklusjonsprosessen merket vi at fastlegene i større grad vurderte pasientenes nytte og behov for tjenesten både ved oppstart og ved evaluering av tjenesten. Spesielt der pasientene var utrygge og oppsøkte legekantoret ofte, ble det vurdert inklusjon der det var mulig å oppnå gevinst ved reduksjon i antall besøk på legekantor og økt trygghet for pasient. Det er satt i gang ulike tiltak for å følge opp ønskede gevinster:

- Møter med oppfølgere hver 14 dag.
- Gi god faglig støtte til oppfølgere slik at de kan utføre oppfølgingen på en kvalitet sikker og effektiv måte.
- God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging.
- Evaluere tjenesten og behov underveis – endre tildelte skjema ved behov eller avslutte der tjenesten ikke gir ønsket effekt.
- Ha et godt samarbeid med forvaltning, hjemmetjenester, SSHF og fastleger.
- Tildele riktig skjema for oppfølging og skjema for brukerundersøkelse – oppfølgingstjenesten minne brukerne på å svare på undersøkelsen.
- Organisere tjenesten i ulike satsingsområder for å skape en bærekraftig tjeneste over i drift.

2.3. FORANKRING

Prosjektgruppen arbeider kontinuerlig med å forankre tjenester og de ønskede gevinstene hos alle samarbeidspartnere. Det har blitt gjennomført flere møter og presentasjoner om prosjektet, forskningen og ønskede gevinster i flere settinger. Delprosjektleder for Forankring og Samarbeid i prosjektet har sammen med prosjektleder jobbet strukturert med flere oppgaver, men disse er direkte mot forankring:

- Kontaktpunkt og videreføring fra tidligere prosjekter
- Samarbeidsavtaler med kommunene på Agder
- Arbeid med forvaltningsgruppe for å se på rutiner for inklusjon over i drift
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Det ble høsten 2020 gjennomført en ny interessentanalyse og laget kommunikasjonsplan med prosessveiledning fra InnoMed. Det har vært et stort antall interessenter og utskiftning av personell med ujevne mellomrom. Forankringsarbeidet har blitt påvirket av covid19, viktige interessenter har måtte prioritere andre oppgaver. Videre har styringsstrukturen endret seg, det er et pågående avklaringsarbeid rundt regionale strukturer på e-Helsefeltet. Enkelte kommuner har hatt egne dedikerte eHelsekoordinatorer som har påvirket forankringsarbeidet i positiv retning.

Lege ved Primærhelseteam (PHT) presenterte oppfølgingen fra legesenteret og gevinsten med å legge oppfølgingen til fastlegekontoret for ressurspersoner velferdsteknologi i Q4 2020. Slik bruk av ressursen på PHT skaper bevissthet omkring DHO og gevinster ute i tjenesten som igjen kan gi større muligheter for å bruke DHO aktivt.

2.4. VURDERING AV NYTTEVERDI HOS DEN ENKELTE BRUKER VED OPPSTART AV TJENESTEN

I inklusjonsfasen ble nytteverdi og forventet effekt hos den enkelte pasient ved oppstart vurdert. 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. Når det gjelder å følge opp gevinst for bruker har prosjektgruppen jevnlig møter med oppfølgere i de ulike oppfølgingsforløpene. Det diskuteres da nytten av oppfølgingen som gis og hvordan oppfølgingen best skal evalueres for videre nytteverdi hos bruker. Brukerne svarer også på et spørreskjema ved oppstart og hver 6. måned for å blant annet kartlegge opplevelse av egen helse og brukertilfredshet.

Prosjektet gjorde noen endringer ved inklusjonen av pasientgruppen med Diabetes, da det ville skapt utfordringer med å trekke ut antatte gevinster i løpet av prosjektperioden. Oppfølgingen og algoritmen som lå til grunn for å følge opp denne gruppen var tilpasset en forbyggende tjeneste og oppfølgerne oppdaget raskt utfordringer med å kunne hente ut nytte og gevinst fra pasienter som algoritmen var ment for. I en av TMS kommunene i Agder har de hatt gode tilbakemeldinger på den forebyggende oppfølgingen av diabetespasienter. Pasientene som var for «friske» for studien fikk i denne kommunen, tilbud om oppfølging utenfor forskningen der kommunen selv betalte for utstyr og prosjektet tok kostnad for oppfølgingen fra TMS. Diabetespasientene som allerede var inkludert i prosjektet fikk en mer individuell tilpasset oppfølging for å kunne høste erfaring og bidra til videre utarbeidelse av algoritme og oppfølgingsforløp.

3. FORBRUK AV HELSETJENESTER, BRUKERTILFREDSHET OG EFFEKTER FOR HELSETILSTAND

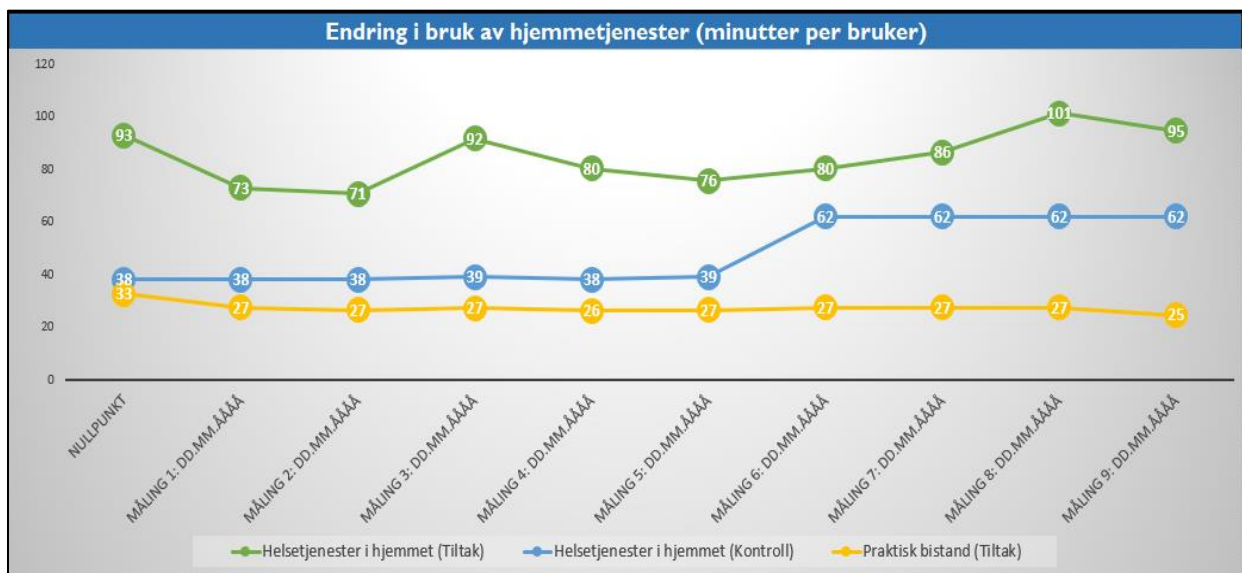
Siden siste gevinstrapportering desember 2020 har det vært et stort fokus på uttrekk av data til gevinstverktøyet og å vurdere hvilke gevinster vi kan hente ut for bruk på Agder. Data som ble hentet ut og registrert i gevinstverktøyet gav resultatet på et gjennomsnitt av alle inkluderte i studien. For 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 økonomiske gevinster for kommunene, da 78-81 % av de inkluderte hadde ingen tjenester før de fikk digital hjemmeoppfølging. Av de pasientene som hadde kommunal tjeneste ved nullpunkt hadde 53 % av disse KOLS som hoveddiagnose.

Prosjektet fikk i løpet av utprøvingen ikke mulighet til å hente ut data fra innleggelse på sykehus for de inkluderte. Lokalt fikk vi derfor kun vurdert data for bruk av kommunale tjenester og resultater på brukertilfredshet og effekt for helsetilstand ved brukerundersøkelser i den tekniske løsningen. Som en del av identifiseringen av økonomiske gevinster for helsetjenesten valgte prosjektet å lage reelle

brukercase fra utvalget i studien. Det var flere enkelteffekteffekter ved bruk av DHO med både kvalitative gevinster og økonomiske gevinster. Prosjektet fikk hjelp av PA consulting til utforming av disse brukercasene og utregningen for økonomisk gevinst. Alle brukercasene som er utarbeidet av PA eller prosjektet ligger vedlagt (vedlegg 3).

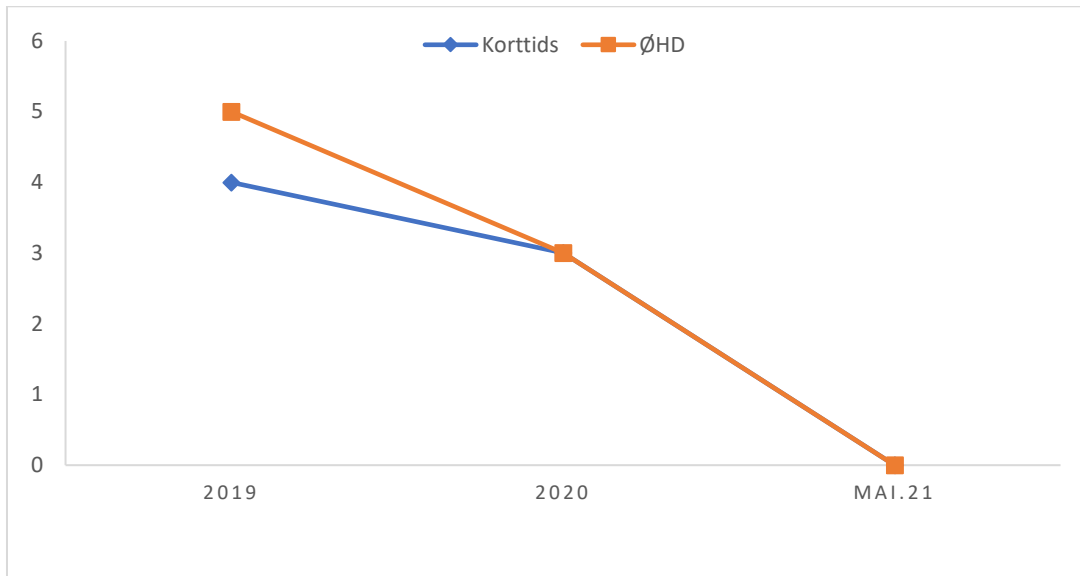
3.1. FORBRUK AV HELSETJENESTER

Data som ligger til grunn for å kunne si noe om forbruk av helsetjenester er fra nullpunkt og frem til 9 måneder etter intervensjonen. Enkelte pasienter startet ikke opp oppfølgingen før september 2020. Dette er på grunn av forsinket påkobling av utstyr og oppstart av oppfølging grunnet pandemien. Ved nullpunkt er det også hentet ut bruk av kommunal korttidsavdeling og kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) fra 1 år før inklusjonen. Ved bruk av hjemmetjenester blir data til nullpunkt hentet ut 4-6 uker før intervensjonen. 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 nullpunkt til og med 9 måneder etter intervensjonen for å få mest mulig riktig data. Figur 7 viser en svingende kurve i bruk av hjemmetjenester hos pasienter i tiltaksgruppe, mens kurven til kontrollgruppe viser en økning. 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 7; Endringer i bruk av hjemmetjenester registrert i gjennomsnitt antall minutter pr bruker.

Når det gjelder bruk av kommunal korttidsavdeling og ØHD var det totalt 9 innleggelser i 2019, mot 6 innleggelser i 2020 og ingen registrerte innleggelser pr mai 2021. Dette kan ha sammenheng med oppfølgingen, men det er utfordrende å kunne vise til en reell sannsynlighet for at DHO er grunnen for nedgangen.



Figur 8; Antall opphold på korttids 1 år før inklusjon og hvert år etter inklusjon.

3.2. RESULTATER FRA BRUKERUNDERSØKELSEN

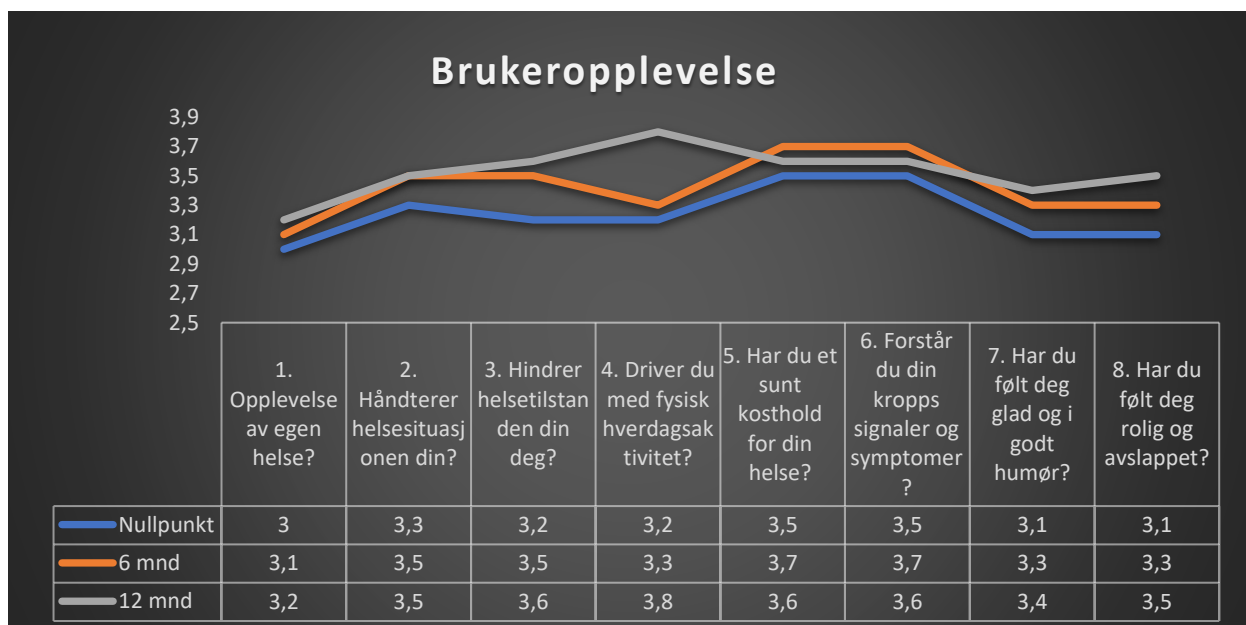
Brakerundersøkelsen har 8 spørsmål ved nullpunkt og ved undersøkelsene hver 6 måned er det lagt til 3 spørsmål om brukertilfredshet omkring oppfølgingen. Svarene scores fra 1 til 5, hvor 5 er beste score. Undersøkelsen viser til nå en høy score på alle spørsmål om oppfølgingen. Det er også lagt inn utregning av modus (typetallet) på alle spørsmål for å se om utregningen viser det de fleste har svart. Dette er gjort for å utelukke ekstreme svar både den ene eller den andre veien på scoringen.

Totalt 79 pasienter er aktive pr mai 2021 og mottar tjeneste fra en oppfølgingstjeneste på Agder. Disse pasientene skal svare på brukerundersøkelsen ved nullpunkt og hver 6 måned frem til avslutning av tjenesten, men det har vært noe utfordrende å få alle til å svare på undersøkelse både ved nullpunkt og hver 6 måned.

At flere ikke hadde svart på nullpunktsundersøkelsen (8%) ble oppdaget etter at pasienten hadde mottatt tjenesten for en periode og det var derfor ingen hensikt å sende denne ut igjen, da det ikke ville bli riktig grunnlag for gevinst. Enkelte pasienter har derfor hatt første spørreskjema etter noen måneder og har da mottatt 6 måneders undersøkelse. Av de 79 aktive pasientene er det 92 % som

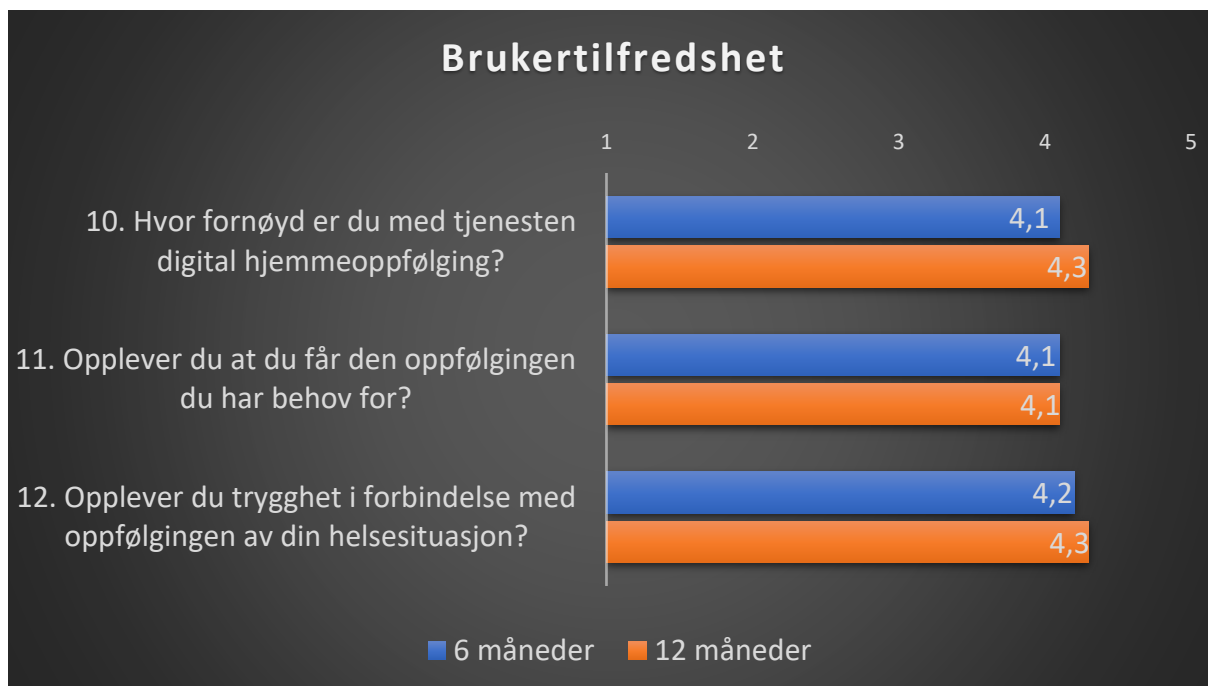
har svart på undersøkelsen ved nullpunkt, 76% har svart ved 6 måneder og 24 % har svart ved 12 måneder.

Foreløpige resultater fra undersøkelsen viser bedring i brukeropplevelsen av egen helse på alle spørsmålene. Størst forbedring ser vi på spørsmål 4. Driver du med fysisk hverdagsaktivitet? Der nullpunkt viser snitt på 3,2 og ved 12 måneder 3,8. Vi ser også at spørsmålet om du har følt deg rolig og avslappet siste måneden har steget jevnt fra 3,1 til 3,5. Figur 9 viser foreløpige resultater ved nullpunkt, 6 måneder og 12 måneder. Det er viktig å se resultatene i sammenheng med antall pasienter som har svart på undersøkelsen. 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 vise til en tendens til økning på flere punkter ved denne målingen. Modus stemmer godt med gjennomsnittet, men på spørsmål 7 «Har du den siste måneden hatt dager hvor du har følt deg glad og i godt humør?», viser et gjennomsnitt på 3,2 og modus viser at flest har svart 4 på dette spørsmålet ved 6 måneder.



Figur 9; Resultater brukeropplevelse av egen helse

Spørreskjema som sendes ut hver 6 måned inneholder 3 spørsmål om oppfølgingen pasienten mottar. Disse spørsmålene er også skalert 1 til 5, med 5 som beste score. Figur 10 viser over 4 i gjennomsnitt på de ulike spørsmål om oppfølgingen. Modus (typetallet) bekrefter at spørsmål 10 og 11 stemmer med median på 4 ved 6 måneder (76% har svart på denne). På samme måling, men på spørsmål 12 om opplevelse av trygghet i forbindelse med oppfølgingen, er modus 5 som viser at de fleste har gitt toppscore på opplevelse av trygghet i forbindelse med oppfølging av helsesituasjonen. Undersøkelsen er tatt ut for hele Agder og ikke delt opp i de ulike oppfølgingsforløpene.



Figur 10; Brukertilfredshet i forhold til oppfølgingen.

3.3. EFFEKTER FOR HELSETILSTAND

Pasientene mottar oppfølging fra ulike oppfølgingsforløp (se Kapittel 4) som kan innebære ulike effekter for helsetilstanden. Likevel ser vi mange 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.

«Det er betryggende å ha noen å kontakte, bor langt unna sykehuset»
KOLS- pasient, 75 år

I forhold til oppfølging fra sykehus med overgang til kommune, viser erfaringsrapporten³ 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 innleggelser 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

³ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2021/05/2021_04-Vedlegg-Erfaringsrapport-DHO-sykehuspilot-.pdf

med godkjenning fra fastlegen. Sykdomsforløpet før DHO var som regel på 1-2 måneder med antibiotikakur og etter DHO var sykdomsforløpet kun 3-7 dager kun på prednisolonkur. Dette gir positiv effekt på pasientens opplevelse av helse og i tillegg til kortere sykdomsforløp, blir det mindre bruk av antibiotika.

KOLS- pasient med oppfølging fra TMS forteller at oppfølgere hadde reagert på en svært høy puls over lengre tid og ba pasienten ha kontroll hos legen, viste seg å være hjerterelatert og pasienten fikk startet med nødvendige hjertemedisiner. Samme pasient forteller om en KOLS-forverring som ble alvorlig over natten. Pasienten orket ikke annet enn å sende inn målinger til oppfølger fra mobil og oppfølger reagerte med en gang og kontaktet pasient. Det endte med at TMS bestilte akutt-tur med ambulanse. Pasienten sier selv at h(n) ikke hadde overlevd den forverringen, hadde hun ikke hatt denne oppfølgingen.

«Jeg er sikker på at jeg ikke hadde overlevd min siste kraftige forverring hadde jeg ikke hatt DHO»

KOLS- pasient, 55 år

I tillegg til eksemplene ovenfor er det som nevnt tidligere, laget en del brukercase. Flere av disse viser tydelig effekt for helsetilstand.

3.4. EFFEKTER FOR PASIENTGRUPPEN PSYKISK HELSE

Per i dag prøves det ut digital hjemmeoppfølging av brukere innen psykisk helse i 4 kommuner; Farsund, Flekkefjord, Kristiansand og Grimstad (siste er i oppstartsfasen). Brukerne følges primært opp av oppfølgere ute i tjenesten (Oppfølgingstjeneste psykisk helse). Brukerne får enten låne et nettbrett eller kan laste ned en app på egen mobil eller nettbrett som brukes i oppfølgingen. Oppfølgingen består i hovedsak av videosamtaler, med mulighet for bruk av nettbaserte selvhjelpsprogram, innsending av kliniske måleskjema for angst- og depresjonssymptomer (PHQ-9 og GAD-7), meldingsfunksjon med mulighet for skriftlig dialog mellom bruker og oppfølger, samt mulighet for flerpartssamtaler med f.eks fastlege, pårørende eller andre ved bruk av videoløsning fra Norsk helsenett.

I digital hjemmeoppfølging for pasienter med psykiske helseplager har ulike digitale verktøy blitt benyttet, blant annet Feedback-Informed Treatment (FIT)⁴. FIT er et tilbakemeldingsverktøy som legger til rette for systematisk tilbakemelding fra pasient til oppfølger. Det benyttes skåringsverktøy i form av 2 korte spørreskjema; ORS-skjema og SRS-skjema⁵. ORS består av totalt fire spørsmål, hvor pasienten blir bedt om å innrapportere hvordan han/hun har hatt det etter siste samtale. SRS består

⁴ <https://www.napha.no/content/20897/fit-manual-1:-hva-virker-i-terapi>

⁵ <https://www.napha.no/content/20898/fit-manual-2:-praktisk-bruk>

også av fire spørsmål hvor pasienten vurderer sin opplevelse av oppfølgingen/samtalen. Her blir man bedt om å vurdere forholdet mellom seg selv og behandler, mål og tema, behandlingsmetoden-/teknikk og generelt.

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. Brukerne som mottar digital hjemmeoppfølging innen psykisk helse melder tilbake om flere positive kvalitative gevinster. De har fått opplevelse av å få god kontakt med oppfølger i samtale, de sparer tid på å ha samtale i eget hjem istedenfor å møte opp fysisk på et kontor, noen sier at de slapper mer av og får mer utbytte av samtalen ved videosamtale, blir bevisst på hva som bidrar til bedre psykisk helse og forebygger sykdom ved bruk av selvhjelpsprogrammene. 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 distriktpsikiatrien (DPS).

3.5. ØKONOMISKE EFFEKTER OG BÆREKRAFT

I prosjektet har vi utarbeidet en prismodell for digital hjemmeoppfølging i en regional oppfølgingsmodell. Her har vi beregnet pris på oppfølgingstjenesten og teknologi. Den regionale TMS'en er samorganisert med kommunal øyeblikkelig hjelp hvor sykepleierne jobber i turnus, flere av disse har fått opplæring i digital hjemmeoppfølging. TMSen kan skaleres organisk etter antall aktive brukere og behov.

Mange får oppfølging som forebyggende tjeneste og det er ennå vanskelig å se den samfunnsøkonomiske gevinsten på de inkluderte pasientene. Likevel ser vi enkelte kvalitative og kvantitative gevinster som er lagt ved i vedlegg 3 og den ene brukercasen viser en gevinst i form av årlig besparelse for kommunen 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. Når det gjelder gevinster i spesialisthelsetjenesten ser vi gevinster lokalt på enkelte brukere der forverringene blir håndtert på et tidligere tidspunkt. En pasient hadde 3 innleggelser i 2019, men ingen i 2020 og pasienten var tydelig på at h()n hadde hatt flere innleggelser i 2020 hvis h()n ikke hadde hatt DHO. Det er flere slike enkelte brukercaser fra Agder som kan indikere et redusert behov for innleggelser etter 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.

Vi ser også at resultatene etter brukerundersøkelsen kan føre til bedre håndtering av helsesituasjonen som kan gi gevinster som nedgang i besøk på legekontor, redusert antall innleggelser og utsette behov for kommunale tjenester. Undersøkelsen viser at pasientene er fornøyde med digital hjemmeoppfølging og opplever at de får den oppfølgingen de har behov for. Når flest har gitt toppscore på 5 (modus) på spørsmål 12 (ang trygghet i forbindelse med oppfølgingen) kan det si noe om effekten av digital hjemmeoppfølging og hvordan den kan bidra til å utsette behov for andre tjenester i kommune- og spesialisthelsetjenester. Det er i tillegg pasienthistorier som viser en antatt endring i antall innleggelser og lengde på forverring som kan vise til unngåtte kostnader til både tjenester i kommune, på sykehus, hos fastlege og i legemiddelbruk.

På Agder følges det opp pasienter fra tidligere prosjekt som ikke er med i denne forskningen. Det er innhentet samtykke fra flere av disse for å kunne hente ut data fra brukerundersøkelsen og deres bruk av kommunale tjenester. Dette har tatt lengre tid enn forventet og vil undersøkes videre lokalt.

4. TJENESTEFORLØP

I utprøvningsprosjektet på Agder er digital hjemmeoppfølging prøvd ut i ulike tjenesteforløp. Disse vil ikke bli beskrevet i detalj i denne rapporten, da det er gjort i sluttrapporten. Likevel er de ulike tjenesteforløpene kort nevnt i dette kapitlet.

Oppfølgingstjenesten gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og plan for oppfølging, og vil i samråd med pasient vurdere om det bør tas kontakt med fastlege/legevakt. I Agder er det utarbeidet tjenesteforløp for oppfølging både fra oppfølger ute i tjenesten og oppfølger ved en regional telemedisinsk sentral (TMS).

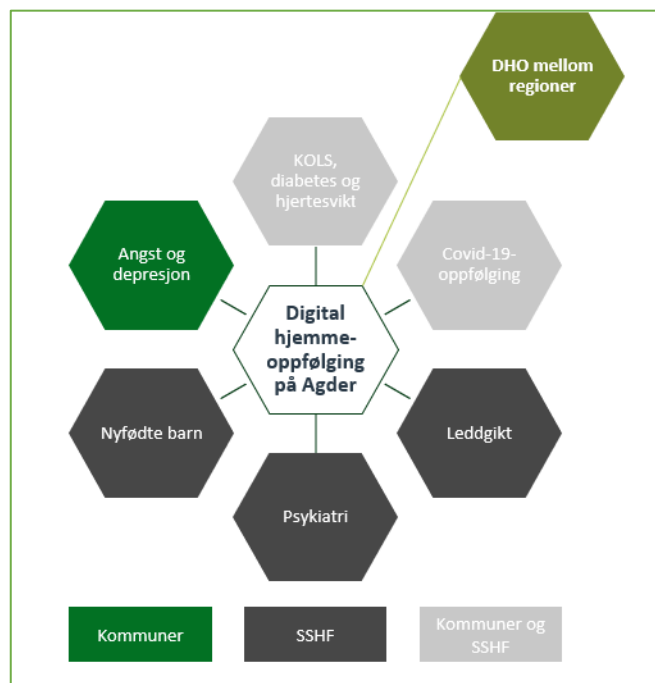
Slik oppfølgingen og tjenesteforløpene er organisert pr mai 2021, vil oppfølgingen kunne skje fra ulike oppfølgingstjenester:

- Oppfølgingen fra Regional telemedisinsk sentral (TMS) er lokalisert i Arendal kommune og bemannet mandag til fredag 8-15.

- Oppfølging fra oppfølgingstjeneste innen psykisk helse som bruker DHO mot enkelte brukere, som en del av sin verktøykasse.
- Oppfølging fra hjemmesykepleien til de som mottar tjenester i hjemmet, for å kunne redusere antall besøk.
- Oppfølging av pasienter med KOLS i Kongsvinger kommune fra en digital oppfølgersentral i Farsund kommune.
- Pilotering fra SSHF med utskrivningsklar pasient som får oppfølging fra sykepleier på sykehuset en periode etter utskrivelsen, med overgang til kommunen ved behov for DHO videre.

Det var først høsten 2020 at løsningen for digital hjemmeoppfølging ble videreutviklet som en app som brukerne selv kunne laste ned på egen mobil enhet (BYOD). Dette har forenklet en del prosesser ift. logistikk og opplæring i tillegg til at man sparer utgifter til leie/kjøp av nettbrett til utlån. Flere brukere har testet ut løsningen med BYOD og gitt positive tilbakemeldinger, bl.a. at de opplever mindre tekniske utfordringer, det er enkelt å laste ned og logge seg inn og at BYOD-løsningen gir flere muligheter enn de utlånte nettbrettene. Bl.a. kommer det opp et varsel på mobilen til bruker når oppfølger har sendt en melding i appen. Det er først og fremst brukerne under 40år som har testet ut dette, flertallet av brukerne over 55år ønsker å fortsette oppfølgingen via utlånt nettbrett som før. Muligheten med at brukeren kan laste ned app på egen mobil/nettbrett muliggjør også et større potensiale til å skalere bruken da det er enkelt å sette i gang.

Agder har flere pågående initiativer for digital hjemmeoppfølging fra både kommuner, SSHF eller i samarbeid, som fanger ulike målgrupper. Det er også oppfølging mellom regioner (figur 11).



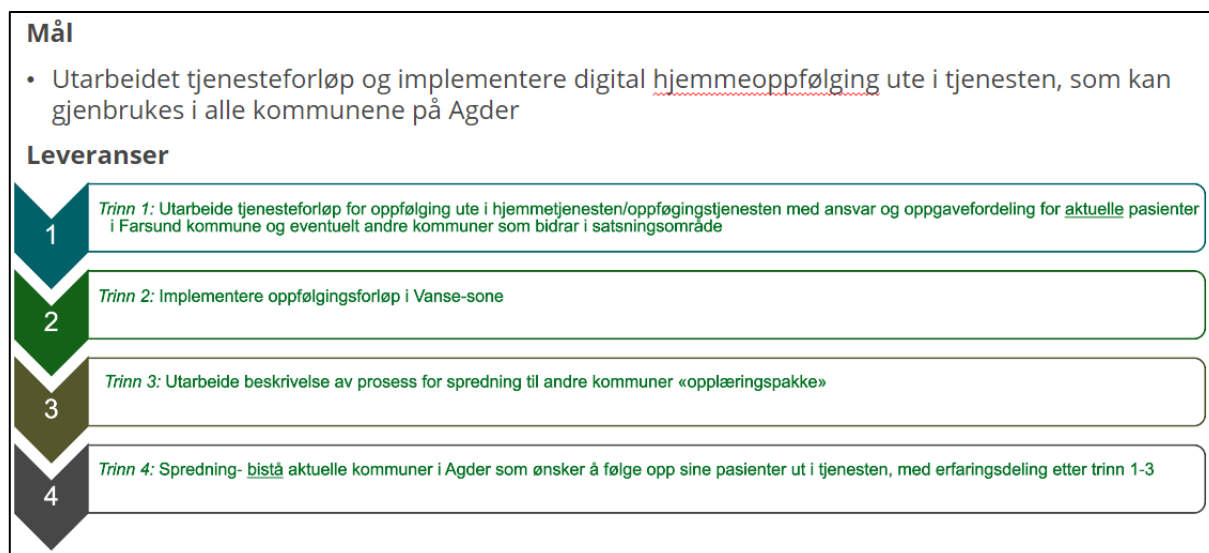
Figur 11; Oversikt over pågående initiativer innen DHO på Agder

5. OVERGANG TIL DRIFT OG PLAN FOR VIDERE ARBEID

Siden siste rapport desember 2020 har prosjektet gjennomført satsingsområdet for en regional modell for oppfølging, hvor det ble redusert fra tre telemedisinske sentraler til en regional telemedisinsk sentral. Denne ble lokalisert i Arendal kommune og følger opp pasienter fra Farsund i Vest, til Bykle i nord og til Gjerstad i Øst. Frem til nå har dette fungert godt og videre vurdering av organisering vil komme frem i sluttrapporten.

Sykehusforløp og overgangen mellom sykehus og kommune (PHT, fastlege, TMS, ute i tjenesten) ble pilotert i Q4 2020 og i Q1 2021. Erfaringsrapporten viser til nyttige erfaringer for smidige pasientforløp og overganger som ivaretar målet om en sømløs tjeneste og økt kvalitativ gevinst for pasient. Piloteringen ble gjennomført i samarbeid med lungeavdelingen på Sørlandet sykehus Kristiansand og gjennom KOLS-team på Sørlandet sykehus Arendal. Utprøvingen ble pilotert hos KOLS pasienter som var innlagt på grunn av en forverring. Dette er et satsingsområde for videre utprøving på Agder.

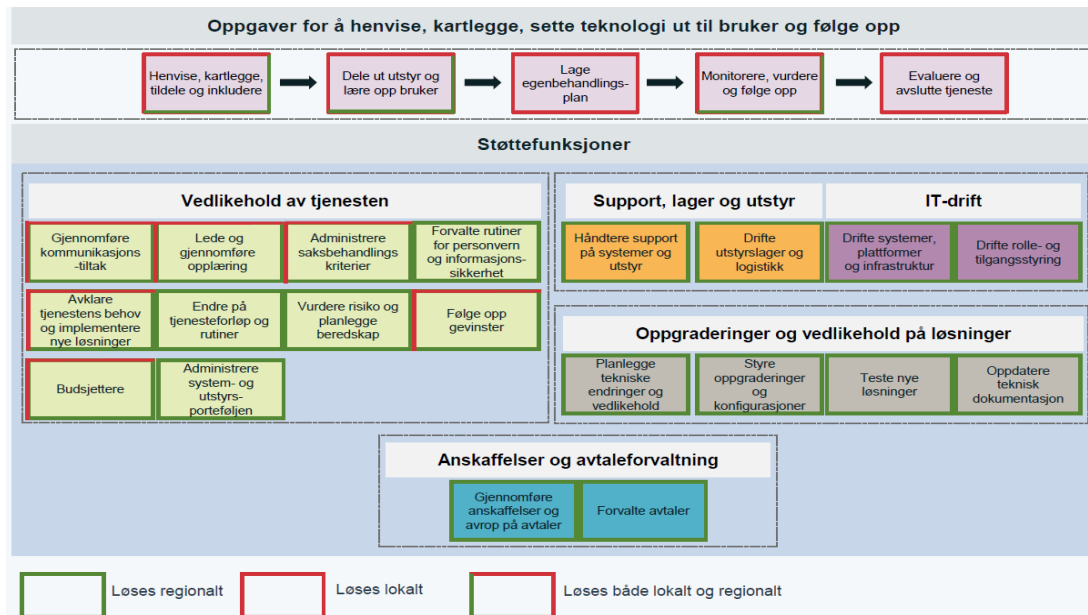
Farsund kommune er piloteringskommune for oppfølging ute i hjemmetjenesten og lager en modell med beskrivelse av hva som skal på plass for andre kommuner om de skal bruke DHO ute i tjenesten. Denne prosessen er beskrevet i ulike trinn og pr mai 2021 er dette satsingsområdet på trinn 3 se figur 12).



Figur 12; Oversikt over leveranser i satsingsområdet ute i tjenesten

Felles for forløpene er avklaringer i den helhetlige tjenestemodellen (se figur 13). Hvilke oppgaver skal løses hvor når prosjektet går over fra prosjekt til drift? Det jobbes i første omgang med

avklaringer omkring support og logistikk av teknisk løsning, samt rutiner for henvisning, kartlegging og tildeling. Det pågår et arbeid omkring rutiner for henvisning, kartlegging og tildeling sammen med ressurser fra forvaltning/saksbehandling i kommunene på Agder og i samarbeid med sykehus for å se på bl.a. inklusjonskriterier.



Figur 13: Helhetlig tjenestemodell

Prosjekteier og styringsgruppe ser positivt på å få prosjektet over i drift. Det jobbes i disse dager med mulige organiseringsalternativer samt betalingsmodeller for digital hjemmeoppfølging på Agder. Agder har en regional koordineringsgruppe (RKG) som bidrar til forankring og koordinering av prosjekter innen e-helse. Enkelte kommuner har aktivt jobbet med implementeringsrigg for velferdsteknologi i egen kommune, for andre kommuner er dette fortsatt umodent.

5.1. PÅ HVILKEN MÅTE HAR COVID-19 SITUASJONEN PÅVIRKET PLANENE?

Situasjonen rundt Covid -19 har absolutt påvirket prosjektet. Siden målgruppen for inklusjon var pasientgruppen som FHI hadde satt i høyrisikogruppen førte det til en inklusjonsstopp fra 12 mars til 15 april. I denne tiden brukte prosjektgruppen mye tid sammen med Ullensaker/Gjerdrum og Siemens for å utvikle gode algoritmer og spørreskjema for DHO av pasienter med Covid – 19 smitte⁶. Det ble i løpet av april utarbeidet smittevernrutiner ved inklusjon og opplæring av utsyr som var tidkrevende å få gjennomført. Inklusjonen kom først godt i gang etter 15 mai og vi opplevde det enklere å inkludere når ved å inkludere en tredje gruppe i studien; tiltak uten randomisering.

⁶ https://www.ehelseagder.no/wp-content/uploads/2020/12/Erfaringsrapport-DHO-covid-19_Agder.pdf

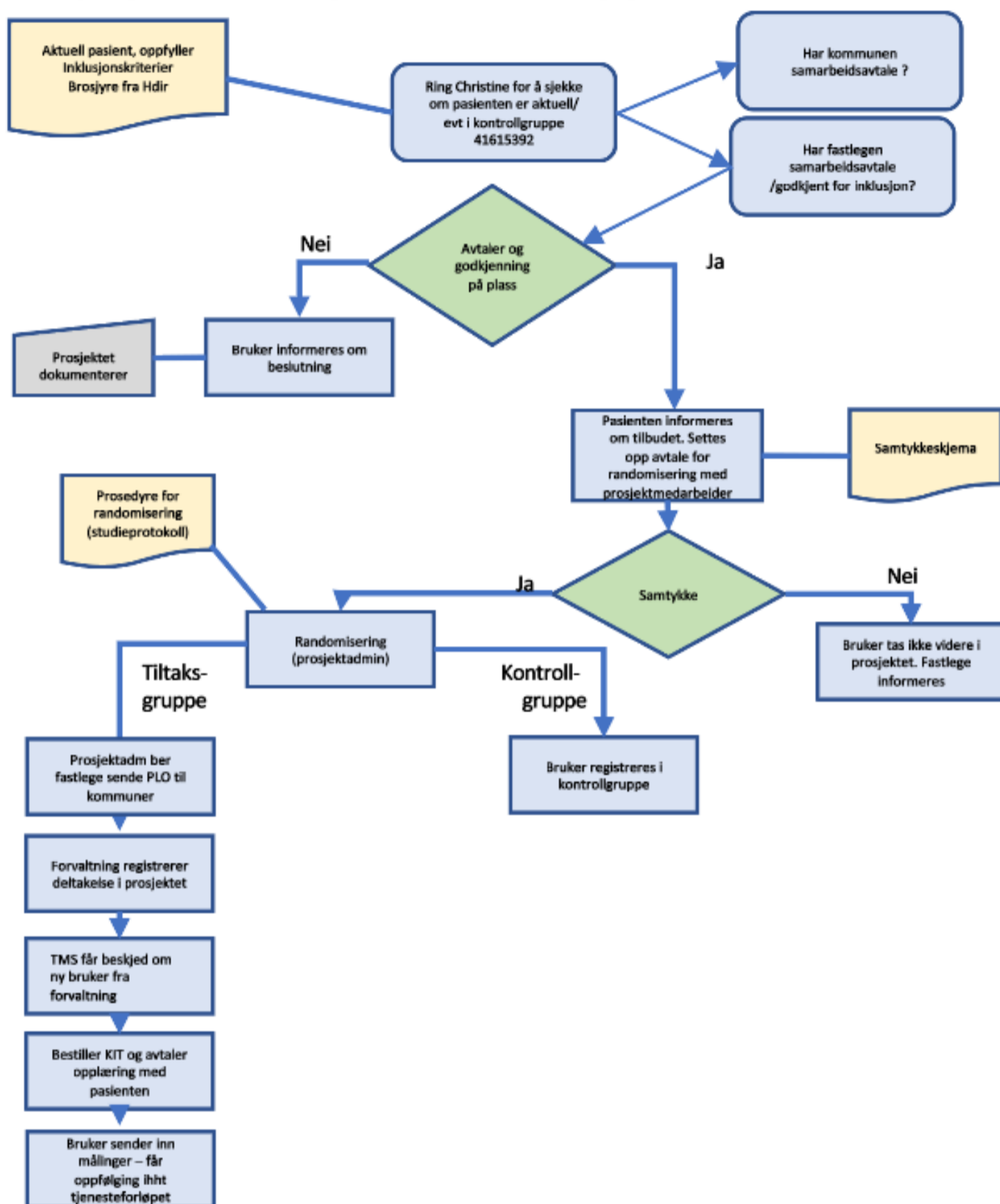
Prosjektgruppen var enig i denne avgjørelsen og at den var etisk riktig med tanke på at prosjektet inkluderer pasienter som under pandemien er identifisert som noen av de mest sårbare gruppene.

Farsund kommune fikk et større smitteutbrudd 2. november 2020. Kommunen tok i bruk digital hjemmeoppfølging og dette skulle tilbys alle pasienter med positiv covid-19 test. Pasientene ble oppringt av sykepleier på telemedisinsk sentral (TMS) og fikk tilbud om oppfølgingen. 63 pasienter (25.11.20) benyttet seg av tilbudet de fikk av kommunen. Disse fikk oppfølging fra telemedisinsk sentral i Farsund og det har vært et tett samarbeid med smitteteam, fastleger og kommuneoverlege. Pasientene har gitt tilbakemelding på at de opplevde oppfølgingen som svært god⁷.

Det har vært større utbrudd i flere kommuner på Agder, men utbrudd i Farsund, Arendal og Kristiansand har hatt større innvirkning på prosjektgruppen i Agder og for leveranser prosjektgruppen har hatt opp mot Helsedirektoratet. Flere prosjektmedarbeidere og oppfølgere har måtte i perioder bli satt inn i både smittesporing, testing, vaksinerings og teknisk support mot TMS i forbindelse med oppfølging av covid – 19 smittede.

⁷ <https://www.lister24.no/nyheter/i/OQQK4k/det-foeles-veldig-bra-at-noen-foelger-med>

Flytskjema for inklusjon fra ØHD/KØH/Hj.tj



VEDLEGG 2; GEVINSTPLAN

Gevinst	Gevinstansvarlig	Resultatindikator	Hvordan måle og rapportere	Måleintervall	Forutsetninger og tiltak for å realisere gevinsten	Frist for tiltak	Ansvarlige for spesifikke tiltak	Hvordan gevinsten "omsettes"
Oversikt over hvilke gevinster prosjektet ønsker å oppnå. Inkluder unngåtte kostnader, spart tid og økt kvalitet.	Hvem er ansvarlig for at denne gevinsten måles og følges opp?	Resultatindikatoren er det som skal måles for å dokumentere gevinsten. Velg noe som er enkelt å måle.	Beskriv hvordan gevinstene skal måles og rapporteres. Bestem hvordan data samles inn.	Definer hvor ofte målinger skal gjøres	Beskriv forutsetninger for at gevinster oppnås. Hva må være på plass for at den aktuelle gevinsten skal inntreffe og hvilke tiltak må vi sette i gang for å sikre at denne gevinsten oppnås? Det kan være flere tiltak og gevinstansvarlige per gevinst.			Beskriv hvordan gevinsten skal omsettes. Ungåtte kostnader og spart tid kan brukes på andre områder.
Bedre digital hjemmeoppfølging	Gevinstansvarlig	Pasientens bruk av digital hjemmeoppfølging	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildel skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelse, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Bruker opplever økt trygghet	Oppfølger	Brukers opplevelse av trygghet	Brukerundersøkelse på nettbrett		Tildel skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelse, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Bruker opplever økt kunnskap	Oppfølger	Brukers opplevelse av kunnskap	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildel skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og økt kunnskap gir pasient mulighet til å sette i gang tiltak selv. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape økt kunnskap om egen helse. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelse, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Bruker opplever bedre helse	Oppfølger	Brukers opplevelse av egen helse	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildel skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet og opplevelse av mer en stabil helse. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelse, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Bruker opplever bedre kontroll over egen sykdom.	Oppfølger	Brukers opplevelse av kontroll over egen sykdom	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildel skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet og opplevelse av kontroll over egen sykdom. Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelse, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.

Pårørende opplever bedre trygghet i hverdagen	Oppfølger	Pårørendes opplevelse av trygghet i hverdagen	Brukerundersøkelse på nettbrett	Ved nullpunkt og hver 6 mnd	Tildele skjema i OTH og minne pasientene om å svare. God opplæring og oppfølging av oppfølgingsansvarlig.	Faglig oppfriskning ved behov og ukentlige møter med oppfølgere av Digital hjemmeoppfølging	Delprosjekt ledere arbeidspakke 1, 2, 3, 5 og 7	Helseeffekt: Bedre oppfølging av helsen og raskere tiltak ved forverring av helsetilstand. Brukeropplevelse: Kvalitetssikret og tettere oppfølging kan skape trygghet hos pårørende og hos pasient ved at noen "passer på". Økonomisk effekt: Effektiv bruk av ressurser, færre innleggelse, besøk hos lege/legevakt og redusert behov for kommunale tjenester.
Endring i forbruk av helsetjenester i hjemmet <i>Dette inkluderer:</i> Hjemmesykepleie, psykisk helsearbeid, hverdagsrehabilitering.	Ulike tjenester i kommunen; forvaltning/oppfølge/gevinstansvarlig	Antall besøk og antall forbrukte minutter helsetjenester i hjemmet per måned	EPJ fra brukers hjemkommune	Hver måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Gi god oppfølging og ha godt samarbeid med hjemmetjeneste/fastlege/forvaltning	God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging	Oppfølger og gevinstansvarlig	Kan gi redusert bruk av andre helsetjenester
Endring i forbruk av kommunale tjenester: praktisk bistand <i>Dette inkluderer:</i> daglige gjøremål, hjemmehjelp og brukerstyrt personlig assistanse	Ulike tjenester i kommunen; forvaltning/oppfølger/gevinstansvarlig	Antall forbrukte minutter kommunal praktisk bistand per måned	EPJ fra brukers hjemkommune	Hver måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Gi god oppfølging og ha godt samarbeid med hjemmetjeneste/fastlege/forvaltning	God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging	Oppfølger og gevinstansvarlig	Kan gi redusert bruk av andre helsetjenester
Endring i forbruk av tidsbegrenset opphold ved kommunale institusjoner (utredning/behandling, habilitering/rehabilitering)	Oppfølger og gevinstansvarlig	Antall opphold og antall oppholdsøgn på kommunale korttidsplasser. Fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ fra brukers hjemkommune	Hver måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Gi god oppfølging og ha godt samarbeid med hjemmetjeneste/fastlege/forvaltning	God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging	Oppfølger og gevinstansvarlig	Kan gi redusert bruk av andre helsetjenester
Endring i forbruk av KAD (Kommunal akutt døgnhet)	Oppfølger og gevinstansvarlig	Antall opphold og antall oppholdsdøgn på KAD. Fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ fra brukers hjemkommune	Hver måned <i>Rapporteres til forskningen hver 3. måned</i>	Gi god oppfølging og ha godt samarbeid med hjemmetjeneste/fastlege/forvaltning	God kartlegging av brukers behov og gi individuell oppfølging	Oppfølger og gevinstansvarlig	Kan gi redusert bruk av andre helsetjenester
Endring i forbruk av øvrige kommunale helsetjenester (fysio- og ergoterapi, psykisk helse)	Oppfølger og gevinstansvarlig	Antall besøk fysio- og/eller ergoterapi fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	EPJ fra brukers hjemkommune	Ikke bestemt om det skal følges opp				
Endring i antall konsultasjoner ved legevakt	PA	Antall konsultasjoner ved legevakt 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	Data hentes fra KPR (forskningen)	Hver 6. måned				
Endring i antall fastlegekonsultasjoner	PA	Antall fastlegekonsultasjoner fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	KUHR og KPR (forskningen)	Hver 6. måned				
Endring i forbruk av polikliniske konsultasjoner ved DPS (distriktpsykiatrisk senter)	PA	Antall polikliniske konsultasjoner ved DPS fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	NPR	Hver 6. måned				
Endring i forbruk av behandling i døgnhet ved DPS	PA	Antall oppholdsdøgn ved døgnavdeling, DPS	NPR	Hver 6. måned				
Endring i forbruk av dagbehandling (dagbehandling, innlagte og dagbehandling, polikliniske konsultasjoner) ved sykehus	PA	Antall dagbehandlinger ved sykehus fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	NPR	Hver 6. måned				
Endring i forbruk av akutte innleggelse ved sykehus	PA	Antall akutte innleggelse og antall liggedøgn per akutte innleggelse fra 12 måneder før oppstart og underveis i prosjektet til prosjektperiodens slutt	NPR	Hver 6. måned				
Endring i antall overliggedøgn ved sykehus (somatisk sykehusavdeling)	PA	Antall overliggedøgn på sykehus (somatisk sykehusavdeling)	NPR/EPJ	Hver 6. måned				

VEDLEGG 3; KVALITATIVE OG KVANTITATIVE PASIENTCASER

Pasientcase 1; Gevinster i kommunen med og uten innsatsstyrt finansiering for «Rune»



Rune

Alder: 56 år.
Bosituasjon: Bor alene.
Jobbsituasjon: Tidligere lektor.
Interesser: Jakt og fiske.
Sykdomshistorie: Diagnostisert med KOLS.

Anonymisert case DHO
om «Rune»

Ønsker og behov

- Rune var ofte urolig og utrygg rundt egen sykdom tidligere.
- Rune satte seg mål om vektnedgang, bedre kosthold og økt fysisk aktivitet.
- Han fikk veiledning i bruk av inhalator slik at han kunne være mer i fysisk aktivitet.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Rune mottok 14 besøk fra hjemmetjenesten per uke. Han hadde behov for tilsyn 2 ganger per dag grunnet utrygghet knyttet til sin sykdom.
- Hjemmetjenesten brukte i gjennomsnitt 10 minutter per besøk og 1 time tur/retur i kjøretid.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging

- Rune startet opp med digital hjemmeoppfølging i januar 2020.
- Han mottok nettbrett og utstyr for å måle oksygenivå. Han bruker nettbrettet til å registrere verdier og symptomer.
- Han foretar målinger hjemme daglig, og følges opp av telemedisinsk sentral i Kristiansand.
- Dersom målingene gir gul eller rød verdi, mottar han ytterligere oppfølging.

Gevinster

- Rune opplever en forbedring av egen helse.
- Han opplever stor nytte av oppfølgingen han får fra telemedisinsk sentral og ønsker å fortsette, fordi det har gitt han økt frihet og trygghet i hverdagen. Dette har ført til at han er mindre engstelig enn før.
- Han er fornøyd med kostholdsveiledningen. Han blir oppfordret til økt fysisk aktivitet, og dette jobber han med.
- I perioden mars til september 2020 har oppfølgingstjenesten kun registrert fem gule og to røde målinger på oksygenivå i blodet og lungefunksjon. I disse tilfellene har telemedisinsk sentral tatt kontakt med Rune over telefon.
- Han har i dag ingen fysiske besøk fra hjemmetjenesten. Dette utgjør ca. 48 000 kroner per måned i unngåtte kostnader knyttet til besøks- og kjøretid.

Uten innsatsstyrt finansiering

Anonymisert case DHO
om «Rune»

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten

RESSURSBRUK MED OG UTEN DHO

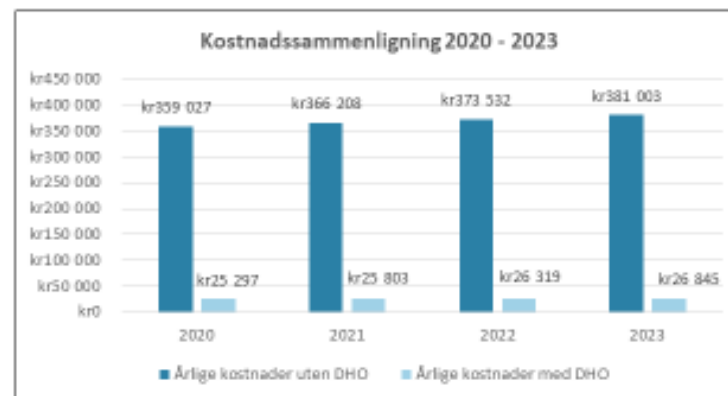
Uten digital hjemmeoppfølging	Tjenestebruk/tidsbruk per måned	
	Besøk fra hjemmetjenesten	560 min (9,33 t)
	Kjøretid	3 360 min (56 t)
	Total tidsbruk	3920 min (65,33 t)
	Kostnader per måned	
	Lønnskostnader hjemmetjenesten	3 733 kr
Kostnader til kjøring ¹	26 186 kr	
Total kostnader uten DHO per måned	29 919 kr	

Med digital hjemmeoppfølging	Kostnader for tjenesten per måned	
	Lønnskostnader oppfølgingstjenesten	1 212 kr
	Andre driftskostnader (lisenser og utstyr)	896 kr
	Totale kostnader med DHO per måned	2 108 kr

FORVENTET FREMTIDIG RESSURSBRUK

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at Rune ville fortsatt å motta hjemmetjenester i samme omfang som før oppstart, i tillegg til evt. hyppigere besøk hos fastlege.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det ikke at han vil forbruke hjemmetjenester i perioden 2021-2023²
- Gjennomsnittlig unngått kostnad til pleietid per år tilsvarer 784 timer.

Med digital hjemmeoppfølging kan det forventes årlige unngåtte kostnader på over 300 000 NOK.



1) I kostnader til kjøring inngår drivstoff, vedlikehold og lønn ved kjøring. Dette er skilt ut siden kjøring står for en så stor andel av den totale tidsbruken.

2) Rune mottok i hovedsak besøk grunnet bekymring for egen helse. Han er ikke mer enn 56 år gammel og det forventes derfor ikke en økning i antall besøk de neste årene.

Digital hjemmeoppfølging kan gi kommunen en samlet gevinst på ~1,4 mNOK over de neste årene for Rune

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Kostnader hjemmetjenesten ¹	kr 359 027	kr 366 208	kr 373 532	kr 381 003	kr 1 479 769
Totale kostnader uten DHO	kr 359 027	kr 366 208	kr 373 532	kr 381 003	kr 1 479 769

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Lønnskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 14 546	kr 14 837	kr 15 133	kr 15 436	kr 59 952
Andre driftskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 10 751	kr 10 966	kr 11 186	kr 11 409	kr 44 312
Kostnader hjemmetjenesten ³	kr 0	kr 0	kr 0	kr 0	0 kr
Totale kostnader med DHO	kr 25 297	kr 25 803	kr 26 319	kr 26 845	kr 104 264

Gevinst⁴	kr 333 730	kr 340 405	kr 347 213	kr 354 157	kr 1 375 505
----------------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------------

1) Består av lønnskostnader og kostnader til kjøring for 56 månedlige besøk, hvert på totalt 70 minutter inkludert kjøring. Kostnad per time er basert på satsen som benyttes i Agder.

2) Hentet fra rapport «Anbefaling om fremtidig organisering av digital hjemmeoppfølging i Agder», utarbeidet av PA Consulting september 2020 som en del av VOPD-prosjektet i regi Nordisk Ministerråd.

3) Kostnader til hjemmetjenester er satt til 0 kr i årene fremover. Dette baserer seg på forventningen på forrige side om at Rune ikke vil ha behov for dette.

4) Gevinst = Totale kostnader uten digital hjemmeoppfølging – Totale kostnader med digital hjemmeoppfølging

Det er lagt til en forventet årlig prisvekst på 2% basert på utvikling i KPI siste fem år (Kilde: SSB, Konsumprisindeksen)

Med innsatsstyrt finansiering

Anonymisert case DHO for «Rune»

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten ved ISF

RESSURSBRUK MED OG UTEN DHO

Uten digital hjemmeoppfølging	
Tjenestebruk per måned	
Besøk fra hjemmetjenesten	560 min (9,33 t)
Kjøretid	3 360 min (56 t)
Total tidsbruk	3920 min (65,33 t)
Kostnader per måned	
Kostnader direkte pleietid ¹	3 498 kr
Kostnader til kjøring ²	6 450 kr
Kostnader for indirekte tid ³	1 683 kr
Total kostnader uten DHO per måned	11 631 kr

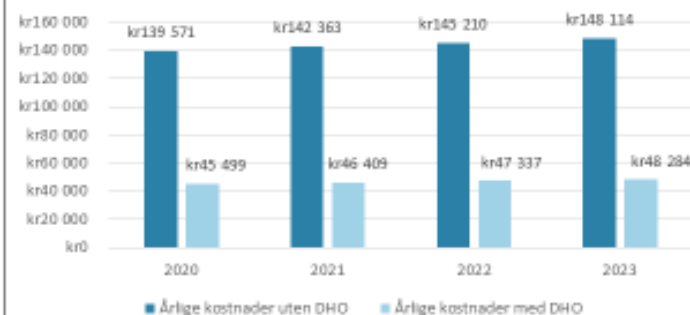
Med digital hjemmeoppfølging	
Kostnader for tjenesten per måned	
Lønnskostnader oppfølgingstjenesten	1 212 kr
Andre driftskostnader (lisenser og utstyr)	896 kr
Kostnader for indirekte tid	1 683 kr
Totale kostnader med DHO per måned	3 792 kr

FORVENTET FREMTIDIG RESSURSBRUK

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at Rune ville fortsatt å motta hjemmetjenester i samme omfang som før oppstart.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det ikke at hen vil forbruke hjemmetjenester i perioden 2021-2023⁴
- Gjennomsnittlig unngått kostnad til pleietid per år tilsvarer 784 timer.

Med digital hjemmeoppfølging kan det forventes årlige unngåtte kostnader på rundt 140 000 NOK.

Kostnadssammenligning 2020-2023



- 1) Basert på sats for direkte pleietid (tid med bruker fra pleier går inn til pleier forlater brukers hjem) benyttet for innsatsstyrt finansiering (ISF) i Kristiansand * antall besøk * forbrukte minutter per besøk.
- 2) I kostnader til kjøring inngår reisesats (gj.snittlig tid pleier bruker på å bevege seg fra bruker A til bruker B) benyttet for ISF i Kristiansand, drivstoff og vedlikeholdskostnader bil.
- 3) Basert på sats for indirekte/administrativ tidsbruk for bruker (eks. journalføring, legeoppfølging, samtale med pårørende) benyttet for ISF i Kristiansand.

7

Digital hjemmeoppfølging kan gi kommunen en samlet gevinst på ~400 000 NOK over de neste årene for Rune

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Kostnader hjemmetjenesten ¹	kr 139 571	kr 142 363	kr 145 210	kr 148 114	kr 575 259
Totale kostnader uten DHO	kr 139 571	kr 142 363	kr 145 210	kr 148 114	kr 575 259

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Lønnskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 14 546	kr 14 837	kr 15 133	kr 15 436	kr 59 952
Andre driftskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 10 751	kr 10 966	kr 11 186	kr 11 409	kr 44 312
Kostnader hjemmetjenesten ³	kr 20 202	kr 20 606	kr 21 018	kr 21 438	kr 83 264
Totale kostnader med DHO					
Gevinst⁴	kr 94 073	kr 95 954	kr 97 873	kr 99 831	kr 387 730

- 1) Består av sats for direkte pleietid, driftskostnader bil, sats for reisetid pleier og sats for administrativ/indirekte arbeid som benyttes i Kristiansand kommune. Rune har 58 månedlige besøk, hvert på totalt 70 min inkludert kjøring.
- 2) Hentet fra rapport «Anbefaling om fremtidig organisering av digital hjemmeoppfølging i Agder», utarbeidet av PA Consulting september 2020 som en del av VOPD-prosjektet i regi Nordisk Ministerråd.
- 3) Kostnader knyttet til hjemmebesøk er satt til 0 kr i årene fremover. Dette baserer seg på forventningen på forrige side om at brukeren ikke vil ha behov for dette. Det er bare kostnad for administrativ/indirekte arbeid (eks. journalføring, legeoppfølging, samtale med pårørende) som påløper.
- 4) Gevinst = Totale kostnader uten digital hjemmeoppfølging – Totale kostnader med digital hjemmeoppfølging

Det er lagt til en forventet årlig prisvekst på 2% basert på utvikling i KPI siste fem år (Kilde: SSB: Konsumprisindeksen)

Kostnader før og etter oppstart av tjenesten ved ISF

RESSURSBRUK MED OG UTEN DHO

Uten digital hjemmeoppfølging	
Tjenestebruk per måned	
Besøk fra hjemmetjenesten	560 min (9,33 t)
Kjøretid	560 min (9,33 t)
Total tidsbruk	1120 min (18,67 t)
Kostnader per måned	
Kostnader direkte pleietid ¹	3 498 kr
Kostnader til kjøring ²	3 042 kr
Kostnader for indirekte tid ³	1 683 kr
Total kostnader uten DHO per måned	8 224 kr

Med digital hjemmeoppfølging	
Kostnader for tjenesten per måned	
Lønnskostnader oppfølgingstjenesten	1 212 kr
Andre driftskostnader (lisenser og utstyr)	896 kr
Kostnader for indirekte tid ³	1 683 kr
Totale kostnader med DHO per måned	3 792 kr

FORVENTET FREMTIDIG RESSURSBRUK

- Uten digital hjemmeoppfølging antas det at brukeren ville fortsatt å motta hjemmetjenester i samme omfang som før oppstart.
- Med digital hjemmeoppfølging forventes det ikke at hen vil forbruke hjemmetjenester i perioden 2021-2023⁴
- Gjennomsnittlig unngått kostnad til pleietid per år tilsvarer 224 timer.

Med digital hjemmeoppfølging kan det forventes årlige unngåtte kostnader på ca. 100 000 NOK.



- 1) Basert på sats for direkte pleietid (tid med bruker fra pleier går inn til pleier forlater brukers hjem) benyttet for innsatsstyrt finansiering (ISF) i Kristiansand * antall besøk * forbrukte minutter per besøk.
- 2) I kostnader til kjøring inngår reisesats (gj.snittlig tid pleier bruker på å bevege seg fra bruker A til bruker B) benyttet for ISF i Kristiansand, samt drivstoff og vedlikeholdskostnader bil.
- 3) Basert på sats for indirekte/administrativ tidsbruk for bruker (eks. journalføring, legeoppfølging, samtale med pårørende) benyttet for ISF i Kristiansand.

10

*Med sentrumsnær bruker menes en bruker som bor 10 minutters kjøreavstand fra lokalene til hjemmetjenesten, og som får to besøk av hjemmetjenesten hver dag uten DHO og ingen besøk etter oppstart med DHO.

Digital hjemmeoppfølging kan gi kommunen en samlet gevinst på ~220 000 NOK over de neste årene

Uten digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Kostnader hjemmetjenesten ¹	kr 98 687	kr 100 661	kr 102 674	kr 104 727	kr 406 749
Totale kostnader uten DHO	kr 98 687	kr 100 661	kr 102 674	kr 104 727	kr 406 749

Med digital hjemmeoppfølging

	2020	2021	2022	2023	Totalt
Lønnskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 14 546	kr 14 837	kr 15 133	kr 15 436	kr 59 952
Andre driftskostnader oppfølgingstjenesten ²	kr 10 751	kr 10 966	kr 11 186	kr 11 409	kr 44 312
Kostnader hjemmetjenesten ³	kr 20 202	kr 20 606	kr 21 018	kr 21 438	kr 83 264
Totale kostnader med DHO					
Gevinst⁴	kr 53 188	kr 54 252	kr 55 337	kr 56 444	kr 219 221

- 1) Består av sats for direkte pleietid, driftskostnader bil, sats for reisetid pleier og sats for administrativ/indirekte arbeid som benyttes i Kristiansand kommune. Bruker har 56 månedlige besøk, hvert på totalt 10 min direkte pleietid, og 10 min kjøretid.
- 2) Hentet fra rapport «Anbefaling om fremtidig organisering av digital hjemmeoppfølging i Agder», utarbeidet av PA Consulting september 2020 som en del av VOPD-prosjektet i regi Nordisk Ministerråd.
- 3) Kostnader knyttet til hjemmebesøk er satt til 0 kr i årene fremover. Dette baserer seg på forventningen på forrige side om at brukeren ikke vil ha behov for dette. Det er bare kostnad for administrativ/indirekte arbeid (eks. journalføring, legeoppfølging, samtale med pårørende) som påløper.
- 4) Gevinst = Totale kostnader uten digital hjemmeoppfølging – Totale kostnader med digital hjemmeoppfølging

Det er lagt til en forventet årlig prisvekst på 2% basert på utvikling i KPI siste fem år (Kilde: [SSB: Konsumprisindeksen](#))

Brukercase: «Knut» har fått det bedre etter at han ble fulgt opp av sykehuset



Pasienthistorikk



- «Knut» er 67 år og har KOLS grad 4.
- Han har mottatt digital hjemmeoppfølging fra sykehuset fra mai 2020 til oktober 2020.
- Han hadde 3 innleggelser på sykehus i 2019, men ingen i 2020.
- I oktober 2020 ble han overført til TMS i Farsund, før han i desember 2020 ble flyttet over til regional TMS i Arendal.

Gevinster

- Opplever bedre kontroll, økt trygghet og mindre uro tilknyttet egen sykdom
- Er overbevist om at han har sluppet innleggelser på sykehus i 2020 pga oppfølgingen
- Har raskere oppdaget forverrelser i egen tilstand

“

«Jeg synes at det var en stor overgang å få oppfølging fra TMS. De følger opp på en annen måte enn jeg er vant til fra sykehuset og jeg skulle ønske at jeg ble bedre informert om at oppfølgingen var annerledes i stabil fase»

- «Knut»

Pasient opplever stor nytte av DHO

Pasienthistorikk



- Bruker med KOLS og DIA type 2
- Hyppig kontakt med sykehus og 113 grunnet Kols forverring og engstelse i forbindelse med dette
- Startet med digital hjemmeoppfølging i starten av 2020

Gvinster

- Økt trygghet
- Økt mestringsfølelse
- Økt selvinnsikt
- Økt motivasjon
- Mindre kontakt med AMK, legevakt og spesialisthelsetjenesten

“

«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

En trygghet i hverdagen med digital hjemmeoppfølging

Pasienthistorikk



- Pasient 77 år med multimorbiditet (DIA 2, hjertesvikt)
- Startet med digital hjemmeoppfølging i juni 2020
- I starten dårlig innsikt i egen helse med hyppige legebesøk/sykehusinnleggelser og en utrygg hverdag

Gvinster

- Pasienten opplever god trygghet og ivaretagelse ved oppfølgingen
- Økt kunnskap ifht egen helse
- Redusert antall besøk fra hjemmetjeneste
- Fremtidig sømløs tjeneste

“

«Dere er det tryggeste jeg noen gang har fått i hus! Dere er kremen i hverdagen min og gir meg enormt trygghet og støtte.»

- Pasient

Pasienthistorikk



- Pasient med alvorlig KOLS fikk digital hjemmeoppfølging fra våren 2020.
- Innlagt tre ganger i 2019 med kolsforverring.
- Ingen innleggelser i 2020.


“


Jeg er helt overbevist om at jeg ville blitt innlagt på sykehuset i sommer hvis ikke jeg hadde hatt denne oppfølgingen


- Pasient som bruker DHO i Kristiansand

12. juni 2020 09:26

«Hei veldig mye bedre i dag etter jeg begynte med prednisolon kuren. nesten like bra som «normalt» ha en fin dag jeg er superfornøyd med dette opplegget og er veldig takknemlig for at jeg får være med»

 Lest 12. juni 2020 09:26

 Svar

 Merk som ulest



Marie

Alder: 28 år.

Bosituasjon: Bor sammen med samboer og 4 barn i alderen 1-9 år.

Bakgrunn: Utdannet allmennlærer (er hjemme med barna, jobber ekstravakter ved barneskole).

Sykdomshistorie: Angst- og depresjonsplager, PTSD i etterkant av hendelser i oppvekst.

Ønsker og behov

- Marie ønsker støtte, råd og veiledning for å mestre sine psykiske vansker, takle egne følelser, stole på seg selv og mestre å stå i jobb.
- Hun har behov for hjelp til å sortere tanker gjennom samtaleterapi og komme i gang med aktiviteter som forbedrer/forebygger psykiske plager.
- Marie har satt seg som mål å kjenne på mindre uro, få bedre selvtillit og selvfølelse og komme i gang med fysisk aktivitet én gang i uken.

Situasjonen før digital hjemmeoppfølging startet

- Før Marie startet opp med digital hjemmeoppfølging mottok hun disse helsetjenestene:
 - Oppfølging fra psykisk helsetjeneste og psykiatrisk sykepleier i kommunen (avsluttet våren 2018).
 - Polikliniske samtaler hos behandler ved distriktpsykiatrisk senter (DPS) ved sykehuset (avsluttet våren 2019).
- Marie føler seg utmattet, depressiv og at hun ikke strekker til. Hun sliter med minner fra fortiden og opplever at hun i enkelte situasjoner overveldes av følelser og får panikkangst.

Oppstart av digital hjemmeoppfølging:

- Marie startet med digital hjemmeoppfølging i august 2020. Hun fikk utdelt et nettbrett av kommunen, men gikk etterhvert over til å bruke app på egen mobil/nettbrett.
- Oppfølgingstjenesten hadde en fysisk oppstartssamtale med Marie hvor det ble satt opp mål og plan for oppfølgingen. Deretter har oppfølgingstjenesten og Marie hatt ukentlige oppfølgingssamtaler over video.
- Hun bruker nettbaserte selvhjelpsprogrammer med fokus på mestring av stress og psykiske belastninger. Her kan hun velge mellom flere ulike program som «IFightDepression» og åtte andre selvhjelpsprogrammer.
- Etter oppstart mottar hun ikke andre helsetjenester fra kommune/sykehus knyttet til sin psykiske helse.

Digital hjemmeoppfølging gir Marie trygghet og frihet i hverdagen

Marie har svart på to brukerundersøkelser etter oppstart i august 2020.

RESULTAT FRA BRUKERUNDERSØKELSER¹

- Resultat fra brukerundersøkelsene viser at hennes oppfatning av egen helsesituasjonen har sunket fra 3 til 2. For Marie handler dette om hennes livssituasjon og eksterne faktorer som ikke er direkte knyttet opp til tjenesten hun får med digital hjemmeoppfølging.
- Marie forteller at hun føler digital hjemmeoppfølging er tilstrekkelig, og at hun får den hjelpen hun trenger.
- På spørsmål om «hvor fornøyd er du med tjenesten digital hjemmeoppfølging» og «hvor fornøyd er du med oppfølgingen» gir hun score 4 av 5.
- Digital hjemmeoppfølging gir Marie frihet i hverdagen, ved at hun slipper å møte opp på ett kontor. Hun sparer tid i en hektisk hverdag, og hun kan ta samtalene med oppfølgingstjenesten i komfortable omgivelser i eget hjem.

«Føler jeg får en bedre kontakt med oppfølgeren»

«Får hjelp til å sortere tanker, kjenner meg lettere etterpå. (...) Blir bevisst på ting jeg ikke tenkte på før»

«Hadde vært vanskelig å fått tid til å møte opp på et kontor i en hektisk hverdag»

«Kan slappe av i samtalene hjemme hos meg selv, mindre stress, sykt behagelig»

1) Brukerundersøkelsene ble utført av oppfølgingstjenesten i september og november 2020. Brukerundersøkelsen har en svaralternativ-skala fra 1 til 5, hvor 5 er beste score.

Oppsummering av gevinster fra digital hjemmeoppfølging

GEVINSTER

For Marie:

- Marie opplever at hun har god nytte av digital hjemmeoppfølging i en utfordrende og vanskelig hverdag.
- Ved å ha videosamtaler med oppfølgingstjenesten slipper hun å bruke tid på å komme seg til en fysisk samtale. Dette sparer Marie for mye tidsbruk i en travel hverdag med små barn.
- Hun opplever god kontakt med oppfølgeren via videosamtaler, hun slapper godt av i samtalene når hun kan ta disse hjemme i kjente og avslappende omgivelser.
- Marie blir mer bevisst på egne tanker, følelser og atferd gjennom nettbaserte selvhjelpsprogram.

For oppfølgingstjenesten:

- Det er tidsbesparende for oppfølgingstjenesten å unngå kjøretid brukt på hjemmebesøk.
- Oppfølgeren opplever å være mer bevisste på struktur i samtalene ved bruk av video.
- Det er enklere å få tilbakemelding på hver enkelt samtale de har med Marie, gjennom digitalt tilbakemeldingsverktøy. Dette sikrer at oppfølgingen oppleves nyttig for brukeren.



Magnus, 20 år

Pasienthistorikk



- Har brukt Cannabis i 4 år og ønsker å slutte å ruse seg fordi han vil ha stabile relasjoner, sertifikat, utdanning og jobb. Klarer ikke jobbe målrettet mot det han ønsker.
- Bruker egen smartmobil i oppfølging der han også bruker også HAP-app
- Jevnlige videosamtaler med oppfølger fra kommunen.
- I oppfølging brukes skjemaene fra tilbakemeldingsverktøyet FIT-outcomes og BCD(Behavior checklist diary)
- Magnus kan sende melding om behov for ytterlige oppfølging mellom samtalene ved å bruke meldingsfunksjonen i oppfølgingsappen.

Gevinster

- Magnus opplever at digital hjemmeoppfølging fra kommunen er mindre stress og mindre tidkrevende.
- Oppfølging kan legges opp etter brukers ønske; oppfølging kombinert med «fysiske» møter eller kun digital hjemmeoppfølging

“

«Det er lettere å huske avtaler når jeg ikke må reise til et kommunalt kontor»

- Magnus

Pasient koblet opp på digital hjemmeoppfølging føler økt trygghet under pandemien



Gevinster

Pasienthistorikk



- Pasient 75 år med KOLS og i risikogruppen for Covid-19
- Innlagt på sykehus med kraftig lungebetennelse
- Anbefalt korttidsopphold etter utskrivelse, startet med hjemmesykepleie
- Koblet opp på digital hjemmeoppfølging (DHO) og erstattet hjemmesykepleie

- Pasient opplever det som tryggere å få oppfølging digitalt fremfor hjemmebesøk i en periode hvor smitten er høy i Farsund kommune
- Pasient opplever en større trygghet knyttet til sin sykdom
- DHO erstatter i dette tilfellet hjemmesykepleien

«Den tryggheten dere gir meg i hverdagen med digital hjemmeoppfølging har gitt meg en mulighet for å føle meg trygg hjemme».

Pasient 75 år



«Hadde pasienten vært koblet opp på DHO fra før, så kunne man muligens unngått innleggelsen»

TMS sykepleier

Pasienthistorikk



- Pasient 70 år med KOLS
- Påvist covid-19 og ble koblet opp på digital hjemmeoppfølging
- Fikk utdelt SpO2 måler og blodstrykksapparat
- Pasient ble etterhvert innlagt på sykehus grunnet lav metning som ble fanget opp av oppfølgere

Gevinster

- Redusert smitteøkning ved oppfølging hjemmefra
- Pasient opplevde god oppfølging og ivaretagelse
- Oppfølgingen klarte å fange opp lav oksygenmetning fort og man kunne kontakte fastlege for videre behandling på en effektiv måte

“

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

TMS sykepleier i Farsund

16

Pasienthistorikk



- Pasient 45 år som ikke har underliggende sykdommer
- Påvist Covid-19 og ble koblet opp på digital hjemmeoppfølging under isolasjon

Gevinster

- Oppfølgingen fremstod som betryggende i en tid preget av mange spørsmål og ensomhet
- Redusert smitteøkning ved oppfølging hjemmefra
- Redusert behov for å måtte oppsøke fastlege eller ta imot besøk fra fastlege

“

Det kom tydelig frem at pasienten opplevde det som betryggende å få mulighet til å stille spørsmål når han var i isolasjon

TMS sykepleier i Farsund

Pasienthistorikk



- Pasient 62 år med høyt blodtrykk
- Påvist Covid-19 og ble etter oppfordring fra pårørende koblet opp på digital hjemmeoppfølging mot slutten av sykdomsforløpet

Gevinster

- Redusert smitteøkning ved oppfølging hjemmefra
- Økt trygghet for pasient som ble roligere
- Skapte økt trygghet for pårørende
- Fikk fanget opp at pasienten har behov for videre oppfølging etter friskmeldeles fra covid-19

“

Her var det tydelig at pasient ble roligere ved oppfølging hjemmefra. I tillegg var det en stor gevinst at pasienten sine pårørende ble betrygget

TMS sykepleier i Farsund