

Sluttrapport spredning digital hjemmeoppfølging på Agder 2022-2024

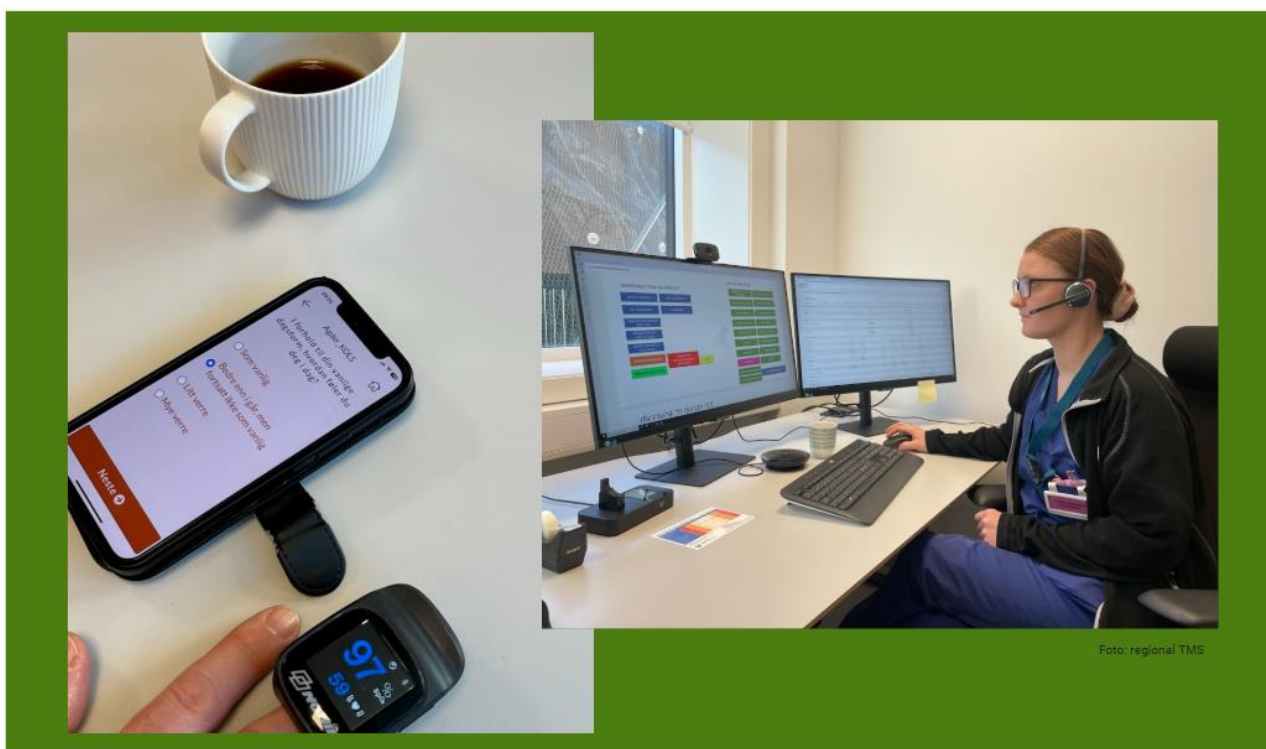


Foto: regional TMS

Utarbeidet av prosjektet spredning digital hjemmeoppfølging Agder
v/Prosjektleder Christine Widding Kaspersen, delprosjektleder Camilla Gabrielsen og delprosjektleder
Audun Solstad, med innspill fra prosjektgruppen.

14 februar 2025



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



SØRLANDET SYKEHUS

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse.....	2
Sammendrag.....	3
1 Innledning.....	4
1.1 Historikk og organisering.....	5
2 Mål med tiltaket.....	6
2.1 Mål med digital hjemmeoppfølging og målgruppe i vårt prosjekt.....	6
2.2 Forventede effekter for pasienter og helsetjenesten	8
2.3 Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging	8
3 Måloppnåelse og gevinster	10
3.1 I hvilken grad er målene oppnådd i vårt prosjekt?	10
3.2 Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?.....	10
3.3 Hvilke gevinster har prosjektet gitt?	11
3.4 Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet.....	13
4 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt.....	14
4.1 Tjenesteforløp fra regional telemedisinsk sentral	14
4.2 Tjenesteforløp brukt i eksisterende tjenester.....	15
4.3 Tjenesteforløp med samhandling mellom kommuner og sykehus.....	16
4.4 Erfaringer med bruk av egenbehandlingsplan	17
4.5 Leverandør og teknologi.....	18
4.5.1 Felles logistikk av utstyr innen digital hjemmeoppfølging	18
4.6 Samarbeid.....	18
4.6.1 Erfaring og samarbeid med fastleger.....	19
4.6.2 Samarbeid mellom sykehus og kommune	20
4.6.3 Samarbeid andre prosjekt.....	20
5 Prosessveiledning.....	23
6 Læringspunkter og erfaringer	23
7 Oppsummering og veien videre	25
7.1 Takksigelser.....	27
8 Vedlegg.....	28



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



Sammendrag

Agder har bidratt til forskning og utvikling på området digital hjemmeoppfølging (DHO), igjennom flere prosjekt. Denne rapporten er en oppsummering av det arbeidet som er gjort i prosjektet spredning av digital hjemmeoppfølging fra august 2022 til desember 2024, med grunnlag i arbeid og erfaringer fra tidligere prosjekt. Rapporten beskriver det prosjektet har bidratt til, både regionalt og nasjonalt. I tillegg gjør rapporten rede for arbeidet som er gjort for å sikre en smidig overgang til drift og for i størst mulig grad, sørge for en bærekraftig organisering av digital hjemmeoppfølging på Agder.

"De ringer og så kommer vi i fellesskap frem til en løsning når for eksempel oksygenopptak er lavt, og hører hvordan det går med meg."

Det er stort potensiale i å videreutvikle tjenestetilbud som treffer pasientens behov og som er bedre rustet til å møte økningen på etterspørsel av helse og omsorgstjenester uten økte ressurser. Mot en bærekraftig organisering av digital hjemmeoppfølging vil det være behov for å se på prioriteringer for kostnadseffektivt tjenestetilbud og hvordan ulike digitale helsetjenester kan bidra til smartere måter for helsearbeidere å jobbe på. Prosjektet har bidratt til enkelte strukturer for dette arbeidet i regionen, men det er behov for arbeid nasjonalt for å sikre gode felles løsninger og rammer for at arbeidet kan sikre utfordringene vi alle står i.

Gjennom prosjektperioden var mye arbeid knyttet til organisering av tjenesten med et spesielt fokus på «pasienten i sentrum». For å evaluere prosjektets resultatmål har brukerevalueringer blitt gjennomgått og spørreundersøkelse sendt ut. Pasientenes

"Jeg er enkemann, bor alene og har så og si ikke nettverk. Veldig bra å vite at noen 'vet om' meg og min situasjon."

selvrapporterte gevinster fra 6 måneders evalueringer viser opplevelse av økt trygghet, økt innsikt i egen helse/sykdom og raskere tiltak ved forverring. Pasientene rapporterer at det er positivt å kunne møte helsetjenesten digitalt og opplever en

tettere oppfølging, i tillegg til at de oppsøker fastlege tidligere ved symptomer.

Det ble utarbeidet en nasjonal spørreundersøkelse som ble sendt ut og samlet inn regionalt. Denne undersøkelsen støtter evalueringen pasientene rapporterer i evalueringene. Av de som svarte på undersøkelsen viste det at hos 84 % hadde DHO økt deres opplevelse av trygghet og stor andel var fornøyd (34%) eller svært fornøyd (50%) med DHO totalt sett. I tillegg viste spørreundersøkelsen at DHO hadde hatt noe påvirkning på bruk av andre helsetjenester; 48 % hadde hatt færre besøk til fastlegen, 20 % hadde hatt færre sykehusinnleggelses og 14 % hadde hatt færre besøk av hjemmetjenesten.



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



1 Innledning

Det er i overkant av 300 000 innbyggere i Agder og regionen består av 25 kommuner som samarbeider i 4 regionråd både politisk og administrativt, i tillegg har de fire kommuneregionene (region Lister, region Setesdal, region Kristiansand og region Østre Agder) etablerte helseledernetverk. I regionen er det ett helseforetak (Sørlandet sykehus HF) med 3 lokasjoner (Flekkefjord, Kristiansand og Arendal).

Regionen har et tett samarbeid om felles prosjekter, og spesielt pasientforløp som går på tvers av forvaltningsnivåene. Videre samarbeider sykehuset og kommunene i Agder i Helsefellesskap med mål om at:

«Kommunene på Agder og SSHF er pådrivere for en framtidsrettet og bærekraftig helsetjeneste på Agder. Vi utvikler i fellesskap helsetjenestene til beste for befolkningen på Agder ved å prioritere de samlede ressursene best mulig¹»

Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi (RKG)² ble etablert i 2016 av Rådmannsgruppen (nå Kommunedirektørutvalget), hvor et av målene er at kommunene i regionen skal være ledende innen bruk/implementering av velferdsteknologi i Norge. Fra 2020 ble programmet «E-helse Agder 2030» etablert med felles regional styringsgruppe. Representasjonen er RKG e-helse og sentrale representanter fra SSHF. Program E-helse Agder 2030 har vært styrende organ for flere satsninger og prosjekter i regionen, inkludert spredning DHO Agder.

Våren 2021 ble Digi Agder³ etablert som et nettverkssamarbeid mellom alle kommunene i Agder og Agder fylkeskommune, og inngår i den regionale samhandlingsstrukturen. Digi Agder skal jobbe med innføring av digitale fellesløsninger, videreutvikle digitale løsninger som allerede er i bruk, være et idemottak og samle erfaringer. Gjennom samarbeid kan kommunene ta i bruk nye digitale løsninger raskere, slik at alle som bor i Agder får lik tilgang til digitale kommunale tjenester. Målet med Digi Agder er å løfte kommunene og sammen finne gode løsninger for innbyggerne i hele Agder. Prosjektet har hatt samarbeid med Digi Agder for erfaringsdeling, kompetanseheving og koordinert arbeid knyttet til KS sentralt sine satsningsområder.

Ved utarbeidelse av denne rapporten foregår det et arbeid og restrukturering om hvordan regional struktur for samarbeid om e-helse i Agder skal se ut for best mulig koordinering og styring. Dette vil være et viktig arbeid for å sikre god støtte for driftsorganisering og videre utvikling av DHO, samt annen helseteknologi i regionen.

¹ [revidert-strategi--helsefellesskapet-agder-vedtatt-02.juni-2023--oppdatert-med-bilde-nov.-2024.pdf](#)

² [eHelse Agder – Regional koordineringsgruppe for e-helse og velferdsteknologi i Agder](#)

³ [Digi Agder](#)



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



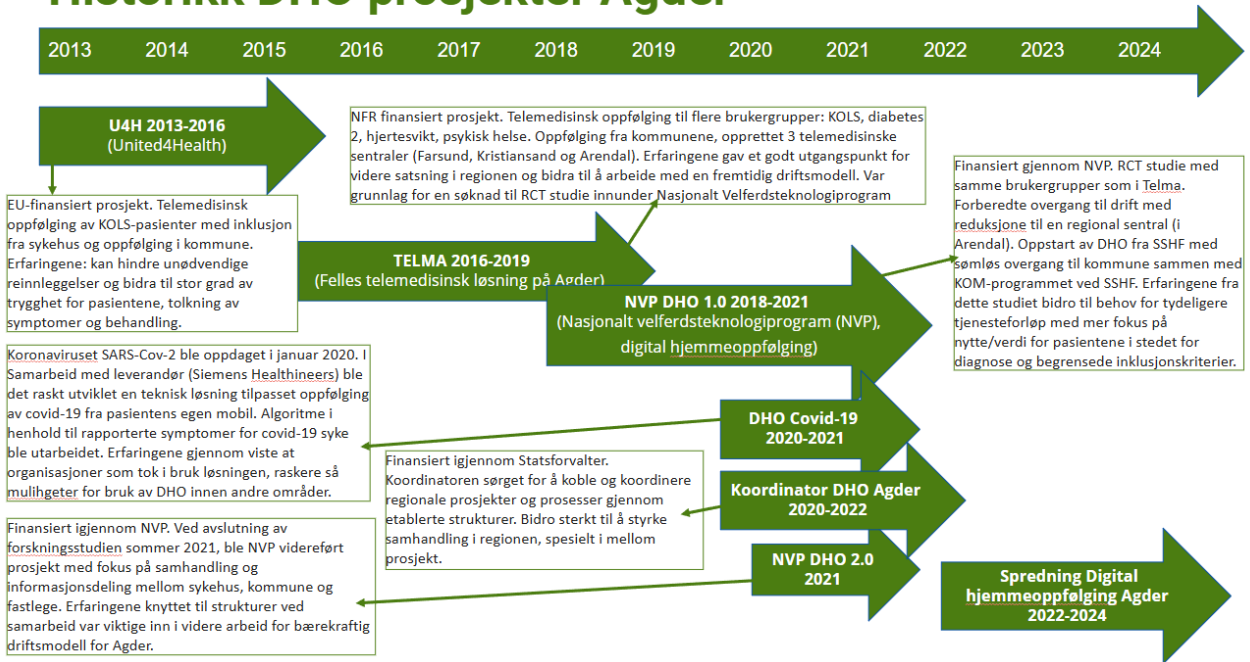
Grimstad
kommune



1.1 Historikk og organisering

Kommunene i Agder, Sørlandets sykehus helseforetak (SSHF), fastleger, Universitetet i Agder (UiA) og ulike bedriftspartnere har samarbeidet om prosjekter innen trykthetsteknologi og digital hjemmeoppfølging siden 2013. Arbeidet som er gjort i regionen innen DHO har hatt stor betydning for retning og valg i videre driftsorganisering i dette prosjektet (se figur 1 for oppsummering). Mer informasjon om flere av disse prosjektene ligger på ehelseagder.no⁴

Historikk DHO prosjekter Agder



Figur 1; Historikk

I hele prosjektperioden var programstyret e-helse 2030 styringsorganet for prosjektet og det ble igjennom denne strukturen, sikret forankring ut i regionen, samarbeid med andre regionale prosjekt og samhandling med sykehus. Sykehuset var representert i styringsgruppen på ledelsesnivå og det var i tillegg en frikjøpt ressurs nærmere tjenestene inn i prosjektet.

⁴ [Prosjekter – eHelse Agder](#)



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune





Organisering

Styringsgruppe:

Programstyret e-helse 2030, representanter fra alle 4 regioner, helseledere fra de 3 største kommunene og SSHF, med IKT miljø og KS som observatører

Prosjekteier:

Brede Skaalerud, direktør helse og mestring, Kristiansand Kommune

Prosjektleder:

Christine Widding Kaspersen, helse og mestring, Kristiansand Kommune

Samarbeidspartnere:

Kristiansand kommune, Farsund kommune, Arendal kommune, Grimstad kommune, Sørlandet Sykehus Helseforetak

Prosjektgruppe:

Delprosjektleder regional TMS og region Østre Agder: Audun Solstad, Arendal kommune

Delprosjektleder DHO ute i tjenesten og region Lister: Camilla Gabrielsen, Farsund kommune

Prosjektmedarbeider DHO psykisk helse: Torunn Helen Eidså, USHT, Kristiansand kommune

Prosjektmedarbeider Fastlege: Camilla Berg-Utby, Sør Arena Legesenter, Kristiansand

Prosjektmedarbeider SSHF: Kirsti Askedal, SSHF Kristiansand

Samarbeid andre prosjekt i prosjektperioden:

Innovasjonspartnerskapet Agder v/ Marit Svindland

EU-prosjektet CRANE v/ Ingrid Kjørstad

Innføringsprosjektet 2.0 v/ Christine W. Kaspersen og Marianne Holmesland

TransCare v/ Camilla Gabrielsen

IKT senior Agder v/Ingunn Meyer Norschau

Mål og målgruppe

Prosjektets hovedmål:

Skape en bærekraftig utvikling og organisering av digital hjemmeoppfølging som bidrar til god fysisk og psykisk helse, samt mestring av egen sykdom hos flere aktuelle pasient- og brukergrupper på Agder.

Målgruppe:

Flere aktuelle pasient- og brukergrupper som kan tenkes å ha nytte av digital hjemmeoppfølging som en forebyggende tjeneste eller som erstatning til annen tjeneste.

Figur 2; Faktaboks om prosjektet

2 Mål med tiltaket

Hovedmålet for prosjektet var å støtte opp om Helsedirektoratets målsetting:

Bedre fysisk og psykisk helse, bedre pasientopplevelse for personer som benytter digital hjemmeoppfølging, samt økt bærekraft for helse- og omsorgstjenesten.

Agder har kommet et stykke på vei innen e-helse og samhandlingen mellom kommune, sykehus og fastlege, men identifiserte ved starten av dette prosjektet, flere problemstillinger som styrket behovet for ytterligere innovative prosesser og utarbeidelse av felles løsninger. Blant annet utarbeidelse og implementering av helhetlig tjenestemodell, hvor aktørene involveres og de innovative tjenesteforløpene innføres, slik at det gir gevinster.

Agder ønsket å se videre på DHO som en del av flere digitale verktøy for å gi innbyggere i Agder en mer behovstilpasset digital helseoppfølging. Arbeidet ville ses i sammenheng ved bruk av helhetlig tjenestemodell for å arbeide strukturert mot økt bærekraft for helse- og omsorgstjenesten for å møte de demografiske endringene.

2.1 Mål med digital hjemmeoppfølging og målgruppe i vårt prosjekt

Prosjektets hovedmål:

Skape en bærekraftig utvikling og organisering av digital hjemmeoppfølging som bidrar til god fysisk og psykisk helse, samt mestring av egen sykdom hos flere aktuelle pasient- og brukergrupper på Agder.

Prosjektet har tatt utgangspunkt i erfaringene gjort i tidligere prosjekt på Agder, for å



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



styrke implementering. Agder har bidratt til erfaringsdeling på tvers av kommuner, regioner, nasjonalt og internasjonalt for å sikre at vi identifiserer det som er felles for drift av DHO.

Resultatmål

Resultatmål for spredning av DHO i utlysningen var et etablert tilbud om DHO i et samarbeid mellom kommuner, deres fastleger og helseforetak i alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024. Dette har prosjektet i Agder bidratt til å realisere med de strukturene og rammene for organisering som nå er i drift.

Resultatmål for prosjektet var i tråd med resultatmål i utlysningen og var utarbeidet i starten av prosjektet:

- Etablere et tilbud om DHO på Agder i samarbeid med kommuner, fastleger og helseforetak, som skal sees i sammenheng med annen velferdsteknologi og digital helseoppfølging.
- Spredning av tilbud og erfaringer som er gjort på Agder innen feltet, for å sørge for at alle 25 kommunene, samt sykehus etablerer et tilbud som er tilpasset deres pasientgrupper.
- Videreutvikle pasientforløp på bakgrunn av behov hos de aktuelle pasientgruppene.
- Videreutvikle nåværende betalingsmodell og driftsmodell for overgang til drift i 2025.
- Definere synergier i tjenesteforløp på tvers av de ulike forvaltningsnivåene, som er definert i helhetlig tjenestemodell
- Videreutvikle tjenesteforløp for samhandling der DHO er initiert av spesialisthelsetjenesten, samt vurdere praksisen omkring bruk av takst i forbindelse med digital oppfølging.
- Sørge for gode samhandlingsløsninger for bruk av digital oppfølging (velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), Kjernejournal og Helsenorge.no og nhn.no.).
- Evaluere organisering og gevinster knyttet til samhandling mellom samarbeidsaktører, samt pasientopplevelser.

Målgruppe

Flere aktuelle pasient- og brukergrupper som kan tenkes å ha nytte av digital hjemmeoppfølging som en forebyggende tjeneste eller som erstatning til annen tjeneste.

På bakgrunn av erfaringene fra tidligere prosjekt var det viktig at spredning av DHO ikke ble begrenset til diagnosegruppe/målgruppe. Derfor valgte prosjektet i større grad å



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



fokusere på nytte av digital oppfølging og en mer persontilpasset oppfølging. I prosjektperioden har vi hatt to modeller for oppfølging; en modell med oppfølging fra regional telemedisinsk sentral og en med oppfølging direkte fra tjenesten.

Fra telemedisinsk sentral har det vært oppfølging av kronikergrupper med KOLS, diabetes 2, hjertesvikt og kreft. Disse har fått oppfølging for en eller en kombinasjon av flere av disse diagnosene. Oppfølging direkte fra tjenesten har ikke vært like diagnose spesifikk, men i tillegg til kronikergrupper har det vært oppfølging innen psykisk helse, epilepsi og habilitering m.fl.

2.2 Forventede effekter for pasienter og helsetjenesten

Prosjektet hadde forventning om at videre arbeid med strukturelle og organisatoriske rammer for ulik digital helseoppfølging (inkludert DHO), kunne bidra til en mer behovstilpasset oppfølging. Dette igjen kunne bidra til økt mestring og selvstendighet for pasienter, tidlig oppdagelse av tegn til forverring, redusert behov for legebesøk og innleggelse i sykehus og dermed lavere samlet ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

For pasienten kunne dette føre til bedre brukeropplevelse, helse, erstatning eller utsettelse av andre tjenester, samt opplevelse av sømløs og tettere oppfølging. For pårørende kunne det bidra til økt trygghet for at deres nærmeste får en bedre oppfølging og i noen tilfeller bidra til å avlaste pårørende.

For helsepersonell kunne prosjektet føre til en effektivisering av helsetjenesten som igjen kunne dekke behovet til flere pasienter ved bruk av færre ressurser. Det var også forventet at prosjektet kunne bidra til økt kunnskapsgrunnlag for beslutninger og tiltak ved innlevering av digitale måleparametre I prosjektet var det i tillegg en forventning om at man ved å innføre en digital tjeneste som erstattet eller utsatte fysisk tjeneste, også kunne oppnå effekter knyttet til redusert tidsbruk, kjøretid og klimaavtrykk.

I Agder er vi kjent for å ha et godt interkommunalt samarbeid, samt samarbeid mellom kommuner og sykehus. Prosjektet hadde en forventning om at en felles teknisk løsning mellom forvaltningsnivå og regional organisering av tjenesten, kunne skape større implementeringskraft, samarbeid og utvikling av DHO.

2.3 Opplegg for måling gevinster og effekter, plan for oppfølging

Det var ingen forskning knyttet til det regionale prosjektet og ingen samtykker knyttet til datainnsamling. Det var derfor en forventning om at kommunene selv skulle arbeide med gevinster knyttet til egne tjenesteforløp med støtte fra prosjektet. I tillegg ble evalueringsskjema sendt til pasienter i den tekniske løsningen. Det ble planlagt for workshop knyttet til gevinster som ble gjennomført høsten 2023, med påmelding for



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune

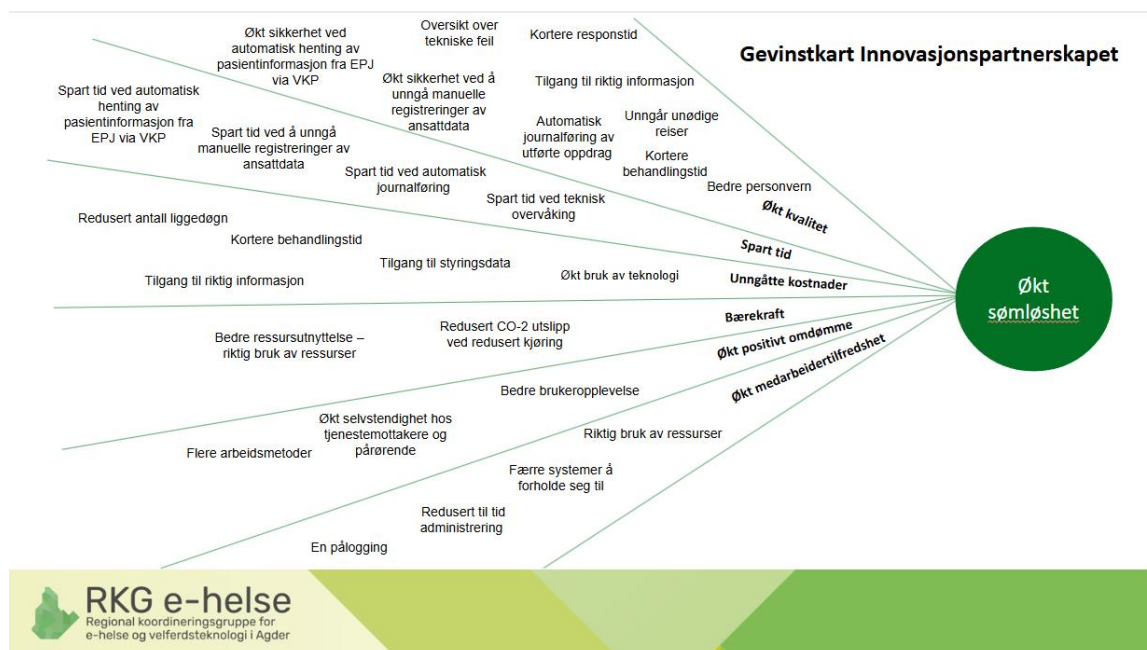


Grimstad
kommune



alle 25 kommuner. Det ble også lagt til rette for at kommunene kunne ha egne møter med prosjektet knyttet til gevinstarbeid. I workshop og møter ble det tydelig at kommunene selv hadde behov for å vurdere aktuelle gevinster knyttet til de tjenesteområdene hvor de ønsket å ta i bruk DHO. Aktuell data og resultater skulle brukes i videreutvikling og kvalitetssikring av tjenesten i egen kommune. Prosjektet delte informasjon om forslag til metode og måleparametre til samarbeidskommuner for innhenting av data i egen kommune, med mulighet for deling av resultater regionalt.

Prosjektet deltok inn i Innovasjonspartnerskapets arbeid knyttet til gevinster, med gevinstansvarlige fra alle Agderkommunene og SSHF, som bidro til utarbeidelse av en gevinstsol (figur 3). Dette har gitt kommunene et godt utgangspunkt for å kunne velge gevinster de ønsker å måle på innen innføringen av helseteknologi i egen kommune.



Figur 3; Gevinstsol Innovasjonspartnerskapet Agder

Fra helsedirektoratet ble det utarbeidet en felles undersøkelse som ble distribuert ut i eget område for mulighet for å hente ut lokale data. Agder sendte dette ut i den digitale løsningen til alle pasientene og fikk hentet inn regionale tall. Disse er beskrevet under gevinster.

3 Måloppnåelse og gevinster

I 2024 ble målene spisset noe for i større grad å kunne sikre en overgang fra prosjekt til drift i 2025. I tillegg til hovedmålet ville prosjektet:

- Etablere og forankre driftsmodell for Agder som sikrer at DHO sees i sammenheng med annen velferdsteknologi og digital oppfølging, i samarbeid med kommune, sykehus og fastleger
- Sikre plan for teknisk løsning som ivaretar behovene i Agder for både oppfølging og samhandling

3.1 I hvilken grad er målene oppnådd i vårt prosjekt?

Prosjektet har i stor grad oppnådd hovedmålet om å skape en bærekraftig utvikling og organisering av digital hjemmeoppfølging som bidrar til god fysisk og psykisk helse, samt mestring av egen sykdom hos flere aktuelle pasient- og brukergrupper på Agder. Driftsmodellen (vedlegg 1) som nå er tatt i bruk med samarbeidsavtale (vedlegg 2) mellom vertskommune Arendal og Agderkommuner, gir muligheter for videre regionalt samarbeid om DHO. Denne driftsmodellen er etablert, men det må kontinuerlig arbeides med forankring og informasjon regionalt, for å sikre at alle kommunene i regionen kan ta i bruk DHO ut ifra behov i egen kommune. Som vedlegg til samarbeidsavtalen er det rammet inn roller og ansvar i helhetlig tjenestemodell (vedlegg 3). Denne er gjennomgått med KS nettverksressurser i regionen for å sikre koordinering i forhold til nasjonale innføringsløp.

Det var også et mål om å sikre teknisk løsning som ivaretar behovet for oppfølging og samhandling. Kommunene i Agder signerte i 2024 en avtale med Tellu for helseteknologi, som også inkluderer plattform for digital hjemmeoppfølging. Prosjektet har lagt til rette for enkel oppstart og bruk av Tellu sin DHO løsning. I tillegg har prosjektet arbeidet for rammer for god overgang fra Siemens Healthineers til Tellu når eksisterende pasienter skal bytte teknisk løsning. SSHF har egen rammeavtale knyttet til teknisk løsning for DHO, men har vært med i hele prosessen for å sikre innspill og koordinering. Selv om vi ikke har samme teknisk løsning mellom forvaltningsnivå, er det viktig å sikre videre samarbeid i regionale strukturer på e-helsefeltet og Helsefellesskapet for økt fokus på datadeling og sømløse overganger.

3.2 Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?

Det har ikke vært gevinstoppfølging knyttet til driftsstruktur og organisering, denne vil gjennomgå en evaluering i driftsfasen.

Når det gjelder nytte/gevinst ved bruk av DHO regionalt, har vi gjennomgått 6 måneders evaluering som er sendt ut til pasientene. Disse har bidratt til å vurdere nytten av oppfølgingen og om det er behov for endring av tjenesten i drift.



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



Lindesnes kommune har i samarbeid med prosjektet og IKT miljø utarbeidet et godt utkast til gevinstplaner. Data uttrekk for gevinstarbeid har vist seg å være omfattende og svært ressurskrevende, men det er et samarbeid med leverandør for å se på muligheter med uttrekk av virksomhetsdata. Dette kan bidra til enklere uttrekk for å se på gevinster på å ta i bruk helseteknologi ute i tjenesten og hvordan det kan erstatte/utsette andre tjenester. Dette arbeidet var ennå pågående ved prosjektslutt.

"Føler større trygghet fordi jeg får respons på målinger og spørsmål jeg sender inn til digital helseoppfølging"

På et nasjonalt nivå ble det utarbeidet en undersøkelse som ble distribuert ut til alle prosjekt for lokal innsamling. Svarene er hentet inn for Agder og videresendt til Helsedirektoratet, men svarene fra Agder har prosjektet selv vurdert og fulgt opp.

3.3 Hvilke gevinster har prosjektet gitt?

Agder har flere tjenesteforløp i drift, det har derfor vært viktig å se på nytte/gevinst for den enkelte pasient. Det gjennomføres rutinemessig evaluering hver 6 måned og

brukerne mottar evalueringsskjema (figur 4) sendt fra TMS i den tekniske løsningen.

Resultater fra evalueringene viser at pasientene opplever god nytte av tjenesten og at de føler stor grad av trygghet med tett oppfølging av helsepersonell.

Helsepersonell opplever ukentlig at det er behov for intervensjon og iverksetter tiltak for å unngå eskalering av forverringer. Evalueringen er standardisert for alle grupper uavhengig av diagnose. Samlet sett

viser de egenrapporterte data fra pasientene disse gevinstene:

- Økt opplevelse av trygghet
- Opplevelse av å bli ivaretatt
- Økt forståelse og innsikt i egen helse/sykdom
- Raskere tiltak ved forverring
- Unngår innleggelser
- Opplever tettere oppfølging
- Møte hjemmetjenesten digitalt
- Ikke avhengig av å vente på hjemmetjenesten
- Trenger ikke fastlegen like mye til enkelte diagnoser, bruker bare digitale oppfølgere

EVALUERINGSSAMTALE VED DIGITAL HELSEOPPFØLGING
I hvilken grad behersker pasienten det tekniske utstyret:
Endringer i behov for kommunale tjenester:
Er egenbehandlingsplan utarbeidet og er det behov for endringer:
Gjennomsnitt målinger:
Har det vært forverring av din sykdom siste 3 måneder som har resultat:
Hvilke tiltak ble iverksatt ved forverring og hadde disse effekt:
Har det vært behov for innleggelse i spesialisthelsetjenesten eller KAD:
Siste kontroll hos fastlegen eller spesialisthelsetjenesten:
Endringer i frekvens for innsendinger av målinger:
Opplever pasienten nytte/hensikt av tjenesten:

Figur 4; Spørsmål ved 6 mnd evaluering



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune

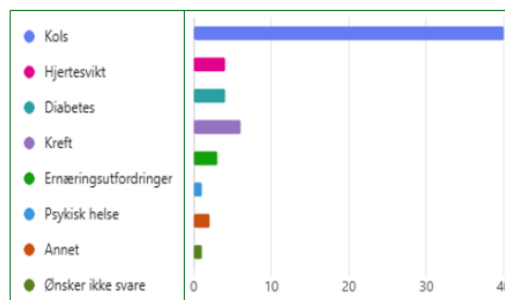


Grimstad
kommune



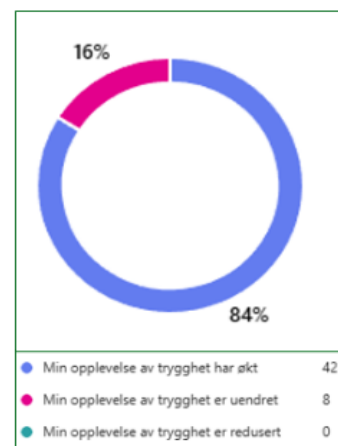
- Oppsøker fastlege tidligere ved symptomer

Undersøkelsen fra Helsedirektoratet ble sendt ut i Agder 29 november 2024 med svarfrist 18 desember 2024. I perioden kom det inn 50 svar (sendt ut til 63 pasienter) og utvalget i undersøkelsen bestod av 27 menn og 23 kvinner, alle over 50 år (36 % 50-69 år og 65 % var 70-79 år). De hadde ulike diagnoser, men det var flest pasienter med oppfølging for KOLS (figur 5). Alle i utvalget hadde hatt oppfølgingen i mer enn 6 måneder og 36 % hadde hatt oppfølgingen i mer enn 3 år.



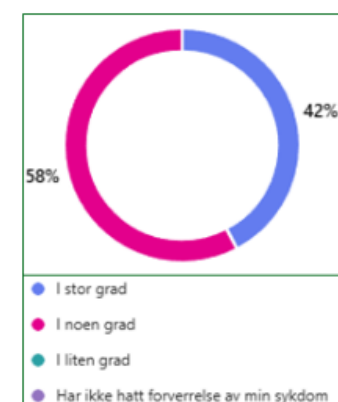
Figur 5; Oppfølgingsdiagnose

På spørsmål knyttet til oppfølgingen svarte 84 % av utvalget at DHO hadde økt deres opplevelse av trygghet (figur 6). I forhold til om DHO hadde påvirket deres fysiske helse, viste undersøkelsen at den var i stor grad uendret (68 %), men 24 % mente at den fysiske helsen var blitt bedre. Ved spørsmål om DHO hadde hatt påvirkning på livskvalitet var det 50 % som svarte at den var uendret, 48 % at den var bedret og 2 % mente den var redusert. I forhold til om DHO hadde endret evnen til å ta vare på egen helse svarte 58% at denne evnen hadde økt, mens 42 % mente den var uendret. På spørsmål om DHO sin påvirkning på deres bruk av andre helsetjenester svarte 48 % at de hadde hatt færre besøk til fastlegen, 20 % hadde hatt færre sykehusinnleggelses og 14 % hadde hatt færre besøk av hjemmetjenesten.



Figur 6; Opplevelse av trygghet

På spørsmål om bruk av egenbehandlingsplan (EBP) var det 52 % som hadde EBP og av disse var det 23 % som brukte denne daglig og alle mente at planen var nyttig hjelpemiddel (figur 7). Videre spørsmål knyttet til opplevelsen og tilfredsheten med oppfølgingen var kun 16 % verken fornøyd eller misfornøyd, 84 % var enten fornøyd eller svært fornøyd med DHO totalt sett. Utvalget var i hovedsak fornøyd med oppfølgingen fra helsepersonell (64 % svært fornøyd), men det var 6 % som var misfornøyd. Det var lagt opp til kommentarer eller forslag til forbedring og det kom inn 10 svar. De fleste var veldig fornøyde, men det kom inn ønske om døgnbemanning og at oppfølgingen følte litt fraværende når den ble på avstand. Enkelte av tilbakemeldingene er lagt inn som sitater i rapporten og for utfyllende svar fra



Figur 7; EBP, nyttig hjelpemiddel?



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



undersøkelsen, se vedlegg 4.

3.4 Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet

Prosjektet har hatt leveranser knyttet til resultatmålene som har ført til et tilbud om DHO i Agder med samarbeid som legger til rette for videre arbeid mellom forvaltningsnivå. Valg av teknisk løsning for DHO som også leverer velferdsteknologi i regionen, gir Agderkommunene muligheter for å i større grad se på synergier og sammenhenger mellom helseteknologi.

Det har vært en ambisjon i prosjektet om at alle 25 kommunene i regionen skulle etablere et tilbud, men grunnet avklaringer knyttet til leverandør, har det ikke vært like stor spredning som ønsket. Likevel har prosjektet lagt rammer og driftsstrukturer for at dette målet kan oppnås i drift, som kan sikre erfaringsdeling, kompetanseoverføring og samhandling om DHO i Agder. Med denne strukturen for samhandling, samt at Agderkommunene har samme teknisk løsning for DHO, har prosjektet bidratt til at innbyggerne i hele Agder (og helseforetakets nedslagsfelt), kan få mulighet for bruk av DHO der det er hensiktsmessig. Det har i prosjektet blitt utarbeidet, i samarbeid med sykehuset, en rutine og avtale (vedlegg 5) om felles logistikk av utstyr mellom kommune og behandlingshjelpemidler (BHM) ved SSHF, som er i drift fra 2025.

Tjenesteforløp som har vært utviklet i tidligere prosjekt, har blitt revidert og nye pasientforløp er testet ut ifra tjeneste- og brukerbehov. I prosjektperioden tok sykehuset i bruk en ny teknisk løsning for DHO (Checkware), som førte til at oppfølgingen knyttet til forløp mellom forvaltningsnivå i samme løsning ble avsluttet. Likevel har det vært samhandling omkring erfaring og synergier ved oppfølgingsforløp, samt betydningen av å ha ulike løsninger. Det er et stort behov for å arbeide videre med enkle integrasjoner (Grad 1) mellom løsninger for å kunne bidra til sømløse overganger mellom forvaltningsnivå.

Den tekniske løsningen for DHO som har vært benyttet i prosjektperioden, har hatt integrasjon via VKP til journalsystemet Geric. Grunnet flere forsinkelser nasjonalt knyttet til VKP og ingen utviklingsmidler lokalt, har det ikke vært mulig å teste ut integrasjoner til andre journalsystem. Den nye leverandøren legger til rette for datadeling via VKP, men dette er ikke på plass ved prosjektslutt.

Det er i Agder opprettet en digital delingsarena i Teams for e-helse og helseteknologi. Kontaktpersoner fra alle kommuner har tilgang til teamet og det kommer jevnlig informasjon fra regionale prosjekter, KS nettverkskoordinatorer og regional TMS. Prosjektet opprettet en egen kanal, for å sikre en struktur for ivaretagelse av kompetanse, erfaringsdeling og tjenesteutvikling i drift. I kanalen er det lagt ut



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



skrivebeskyttet informasjon om oppfølging, tjenesteforløp, gevinster og teknologi m.m, som kan lastes ned på lokale arbeidsrom for revidering og bruk i egen kommune. Dette kan bidra til at aktørene kan etablere et tilbud tilpasset deres tjenester og pasientgrupper. Prosjektet har utarbeidet et innføringsløp (vedlegg 6) for nye kommuner for enklere oppstart etter prosjektslutt.

4 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt

Gjennom samarbeid med teknologileverandør, SSHF og flere andre prosjekt/initiativ regionalt, nasjonalt og internasjonalt, har prosjektet lagt grunnlaget for en modell for DHO i regionen.

På vei mot en bærekraftig tjeneste for DHO på Agder har det vært vesentlig å arbeide med flere tjenesteforløp; DHO ute i tjenesten, fra regional telemedisinsk sentral og fra sykehus med overgang til kommune/fastlege. Prosjektet har arbeidet med disse satsningsområdene med mål om å se på videre organisering og strukturer for samhandling, sømløse tjenester og gode pasientforløp for pasienter som mottar DHO uavhengig av forvaltningsnivå. Arbeidet i regionen har bidratt til generelle kriterier for bruk av DHO (figur 8) og erfaringer ved bruk av egenbehandlingsplan.

Felles kriterier for digital hjemmeoppfølging:

- Ha en viss grad av digital kompetanse og er samtykkekompetent
- Må ha tilgang til nett (4G/5G dekning eller tilgang til WiFi)
- Ønskelig at de kan bruke egen mobil/nettbrett
- Må ha BankID
- Må være motivert for oppfølging digitalt



Basert på de erfaringene fra de ulike prosjektene i Agder, er det viktig at man ser en potensiell nytteverdi/gevinst for både pasienten og helsetjenesten ved tildeling av tjenesten!

Figur 8; Kriterier for mottak av DHO

4.1 Tjenesteforløp fra regional telemedisinsk sentral

Regional telemedisinsk sentral (TMS) er samlokalisert med kommunal øyeblikkelig hjelp (KØH) på Østre Agder Helsehus i Arendal kommune. TMS og Arendal kommune har samarbeidsavtale med øvrige kommuner på Agder. De følger per i dag opp pasienter fra 11 ulike kommuner i Agder. Dette er hovedsakelig pasienter med KOLS, hjertesvikt, diabetes 2 og kreftpasienter. De jobber kontinuerlig med å videreutvikle tjenesten (figur 9) i forhold til andre diagnoser og ser også på hvordan digital helseoppfølging kan erstatte/utsette andre tjenester.



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE

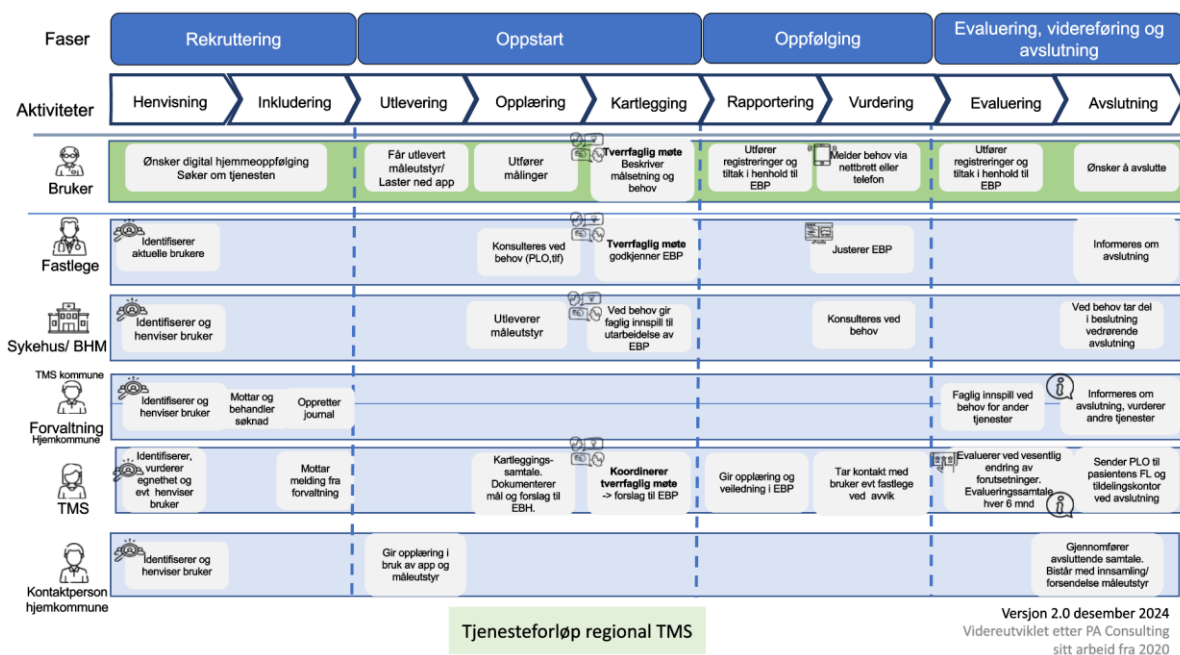


Farsund kommune



Grimstad
kommune





Figur 9; Tjenesteforløp regional TMS

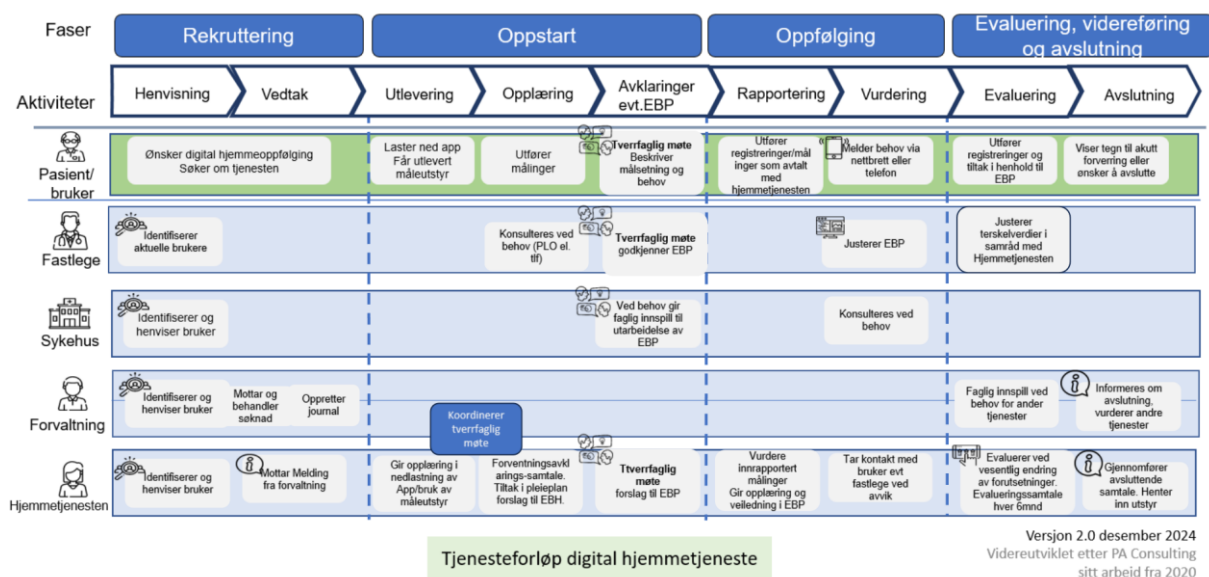
Sentralen er bemannet hverdager kl 08-15 med dedikerte og erfarne sykepleiere. Disse jobber også i klinikken på KØH, noe som gir synergier, nyttig erfaring og god kvalitet på oppfølgingen. Sykepleierne har som hovedoppgave å følge opp målinger og ta aksjon ved symptomer på forverring av tilstand. Det er tett samarbeid med forvaltning, ressurspersoner og fastleger i alle samarbeidskommuner.

Det er lagt ned et betydelig arbeid med tanke på å etablere en bærekraftig betalings- og driftsmodell for sentralen. Det er dessuten gjennomført informasjonsmøter om telemedisinsk tilbud til alle kommuner på Agder. Det er ønskelig å utvikle oppfølgingsforløp fra sentralen til flere pasientgrupper, samt sikre organisering for oppdatering av skjema og tjenesteforløp i samarbeid med spesialisthelsetjenesten og fastleger.

4.2 Tjenesteforløp brukt i eksisterende tjenester

Som en videreutvikling i organiseringen av DHO på Agder, startet vi i 2021 satsingen DHO som en del av hjemmetjenesten og/eller oppfølgingstjenesten. Dette innebærer både somatisk sykdom, psykiske helseutfordringer, innenfor feltet habilitering og fysioterapitjenesten. Dette med mål om en bærekraftig tjeneste og videreutvikling av bruksområdet til DHO til andre pasientgrupper og erstatte/kombinere allerede eksisterende tjenester med digital oppfølging. Farsund kommune med helsenettverket Lister og prosjekteier Kristiansand kommune samarbeider om dette tjenesteforløpet (figur 10) og ser dette som et hensiktsmessig og effektivt tjenesteforløp. Noen

kommuner er allerede i gang med DHO i ordinær tjeneste. Videre arbeid med dette forløpet over i drift, vil være avgjørende for spredning til andre Agderkommuner.



Figur 10; Tjenesteforløp digital hjemmetjeneste

Bruk av DHO i eksisterende tjenester innebærer at oppfølger kan ta i bruk ulike digitale verktøy og løsninger i oppfølgingen og erstatter fysisk oppfølging. Ved manglende digital kompetanse, har prosjektet erfart at det kan i enkelte tilfeller vært aktuelt å ta i bruk enklere teknologi som f.eks KOMP-skjerm. Videoløsningen til norsk helsenett (join.nhn.no) har vært brukt ved behov for samhandling mellom aktører eller der det kun er behov for videokommunikasjon mellom helsetjenesten og pasient.

Dette satsningsområdet er svært viktig i arbeidet om å utsette eller erstatte andre tjenester i kommunen som en del av en bærekraftig utvikling og vil være vesentlig å videreutvikle i drift.

4.3 Tjenesteforløp med samhandling mellom kommuner og sykehus

Det har i deler av prosjektperioden vært et aktivt tjenesteforløp (figur 11) der sykehuset i Arendal har initiert og fulgt opp pasienter med KOLS med overgang til kommune/regional TMS ved behov. Forløpet har vært sømløst grunnet samme teknisk løsning ved sykehus og kommune. Fra januar 2024 byttet sykehuset leverandør og dette tjenesteforløpet ble avsluttet, men samarbeidet om felles pasienter har pågått i hele prosjektperioden. Det har vært faste møtepunkter mellom regional TMS og KOLS koordinator for å sikre samhandling og koordinering av aktuelle pasienter.



Kristiansand kommune



ARENDALE KOMMUNE

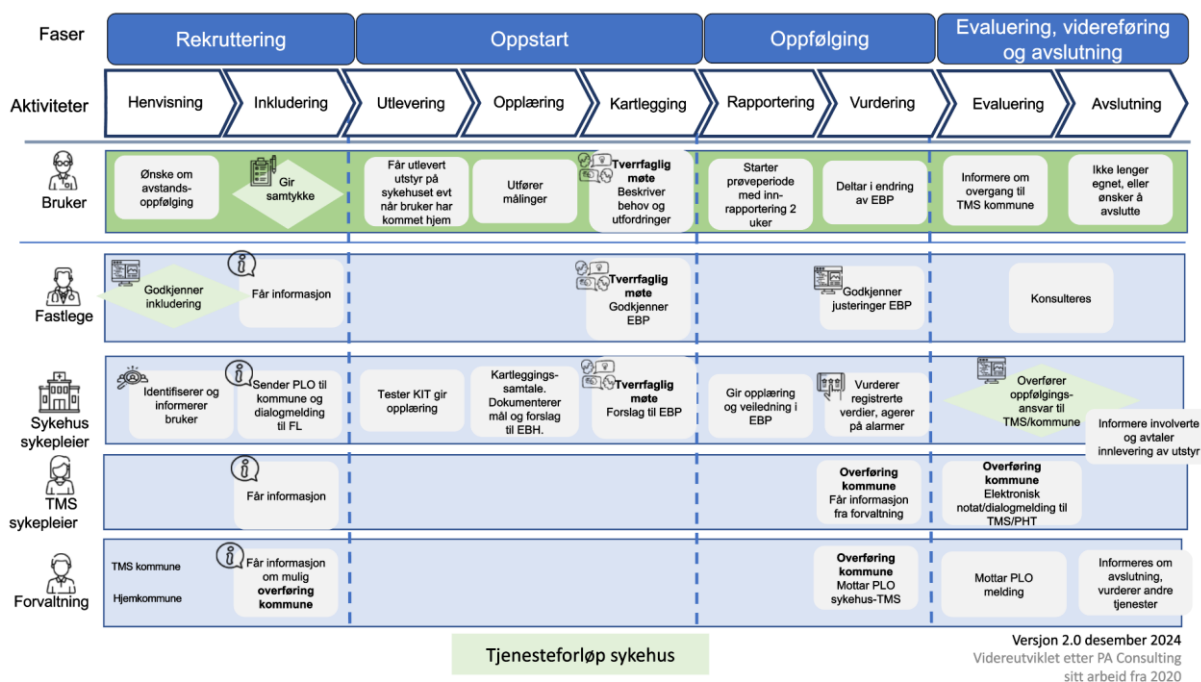


Farsund kommune



Grimstad kommune





Figur 11; Tjenesteforløp sykehus

Alle parter ser dette som et hensiktsmessig og effektivt tjenesteforløp for denne målgruppen. Det er dannet et godt samarbeid mellom aktørene som det er viktig at det jobbes videre med. Det er derfor vesentlig at det i driftsfase fortsetter samhandling om enkle integrasjoner for å sikre datadeling mellom forvaltningsnivå.

4.4 Erfaringer med bruk av egenbehandlingsplan

Prosjektets erfaring viser at det tar tid å utarbeide egenbehandlingsplaner. I løpet av de siste 5-6 årene har mange pasienter fått slike planer, ofte i forbindelse med rekonvalesentopphold eller kontroller/innleggelse hos spesialisthelsetjenesten. Mange fastleger vegrer seg imidlertid for å utarbeide slike planer av ulike årsaker. Prosjektet har erfart at det er enklere å få fastlegene til å bidra inn i arbeidet med egenbehandlingsplan når de mottar et utkast fra helsepersonell som kan arbeides videre med eller godkjennes.

Når en plan først er laget, er det viktig at den følges opp, og at man sikrer at pasienten har nødvendige medisiner hjemme. Planen må også evalueres og revideres i samarbeid med fastlege eller spesialist. Når planen fungerer, enten i papirform eller digitalt, har den stor betydning for pasienten. Vi har høstet mange positive erfaringer med slike planer og ser at de er avgjørende for tidlig intervensjon ved forverring av pasientens tilstand. Mange pasienter er usikre på når de kan ta i bruk egenbehandlingsplanen (for eksempel hvor dårlige de må være) og trenger støtte fra helsepersonell (DHO-oppfølger) for å føle seg trygge på oppstart.



Kristiansand kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad kommune



4.5 Leverandør og teknologi

Prosjekteier Kristiansand kommune har hatt avtale med Siemens i hele prosjektperioden. Innovasjonspartnerskapet Agder arbeidet fra 2021, om en felles løsning for velferdsteknologi og DHO på Agder. November 2024 ble det klart at Agderkommunene skulle ta i bruk DHO løsningen til Tellu. Ved prosjektslutt hadde Farsund kommune tatt i bruk DHO løsningen og prosjektet har bidratt til å tilrettelegge for oppstart av dette arbeidet i Agderkommunene.

4.5.1 Felles logistikk av utstyr innen digital hjemmeoppfølging

I 2021 ble det identifisert et behov for logistikk av enkelt medisinsk utstyr i de tilfellene pasientene ville bruke egen mobile flate til oppfølging. Leverandør kunne ikke tilby utlevering av kun medisinsk utstyr, det kunne kun bestilles komplett utstyrs- KIT med nettbrett og aktuelt måleapparat.

I desember 2021 og videre i 2022 ble det påbegynt arbeid med avtale om felles logistikk av medisinsk utstyr

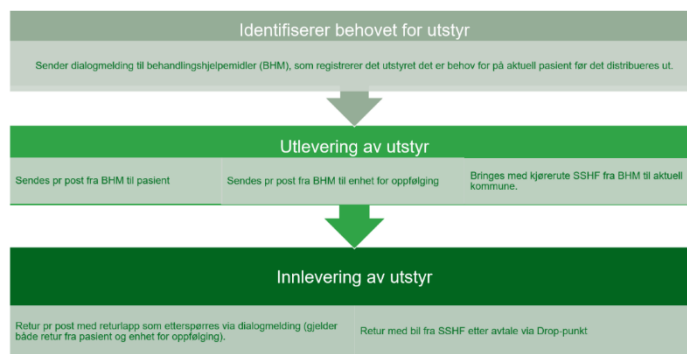
(pulsoksymeter og blodtrykksapparat) på Agder mellom kommuner og behandlingshjelpemidler (BHM) SSHF. I 2024 var det gjennomgang av rutinen med en revidering og fra 2025 er det lagt til rette for at alle kommunene i Agder kan benytte denne rutinen/avtalen med SSHF.

Kommunene kontakter BHM for signering av avtale og gjennomgang av rutine. Når kommunen har behov for utstyr, sendes bestilling via dialogmelding til SSHF og sendes ut med allerede eksisterende ruter/drop-punkt i kommunene på Agder eller andre steder etter avtale (figur 12).

Hvis kommunene ønsker å kjøpe eget utstyr er det lagt til rette for dette med leverandør av DHO løsningen med egen bestillingsside for utstyr.

4.6 Samarbeid

Agderkommunene har samarbeidet om e-helsefeltet mellom forvaltningsnivå i mange år både gjennom Helsefelleskapet og RKG e-helse strukturene. I regionen har det i tillegg til regionalt samarbeid med mange aktører om utvikling og organisering av DHO, vært et stort samarbeid med andre kommune, regioner og prosjekt både nasjonalt og internasjonalt.



Figur 12; Forløp rutine medisinsk utstyr BHM



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



4.6.1 Erfaring og samarbeid med fastleger

Når vi i Agder først startet opp med DHO var mange fastleger skeptiske, men over tid har vi sett en økende involvering fra deres side. Det har vært en modningsprosess hvor tillit har blitt bygget opp gradvis. Etter hvert som fastlegene har sett de positive effektene av DHO og bruk av egenbehandlingsplaner, har de blitt mer engasjerte og villige til å delta aktivt i prosessen. Dette økte samarbeidet har ført til bedre oppfølging og støtte for pasientene, noe som igjen har forbedret deres helse og trygghet.

I dag rådfører digitale oppfølgere seg med pasientens fastlege ved behov for medisinskfaglige avklaringer og justering av medisiner, egenbehandlingsplaner og alarmgrenser for respons. Meldingsutveksling foregår ved bruk av PLO-meldinger og de blir orientert om endringer, målinger og evalueringer. Erfaringsmessig bidrar fastlegene lite ift rekruttering av pasienter til DHO, men er hovedsakelig positive til oppfølgingen.

I prosjektperioden har vi frikjøpt en fastlege i 20 % for arbeid med synergier mellom digital hjemmeoppfølging og fastlegens oppfølginger digitalt. Fastlegen i prosjektet har selv hatt flere digitale oppfølginger av sine pasienter for både sårbehandling, medisinske målinger og livsstilsendringer (se figur 13).

Fastlegens digitale oppfølging

- Bruker Webmed som journalsystem og bruker e-konsultasjon til flere kontaktpunkter:
 - Sender inn målinger: vekt, bl.sukker, BT, SaO2 (bruker har kjøpt inn eget utstyr)
 - Bilder av sår for veiledning
 - Videosamtaler
 - Takst Zae for e-konsultasjon (Zaef ved kveidstid) + 2dd (spesialisttakst) og 101 ved oppfølging ift overvekt, røyking eller diabetes
- E-konsultasjon blir vurdert og svart ut raskt – som regel samme dag (i ukedager).
- Har nylig tatt i bruk ECG 24/7 med utstyr levert fra legesenteret
- Har sett behov for bruk og evt kjøp av nhn.no slik at fastleger kan initiere møter med helsetjenesten for økt tverrfaglig samarbeid – vurderes i samarbeid med Kristiansand kommune
- Har kronikerpasient i annen kommune som fastlege ønsket oppfølging fra TMS, fikk vedtak på dette i egen kommune. Nytte: Tettere oppfølging av pasient og mindre behov for fastlegen.

For mer informasjon, kontakt:
Camilla Berg-Ulby v/ Ser Arena Legesenter
camillbe@hotmail.com

	Digital veiledning - fastlege 2024				Totalt
	Overvekt - digitale målinger hjemme	Røykeslutt - digitale målinger hjemme	e-konsultasjon av sår inkl. bilder	Video samtale, pasient & pårørende	
Fastlege i DHO prosjektet	25	9	14	6	74

Figur 13; Digital oppfølging fra fastlege

I tillegg arbeidet fastlege store deler av 2024 med å sette opp et emnekurs som en del av en hel kursuke (figur 14), i samarbeid med legeföreningen i øst og vest Agder. Dessverre var det store utfordringer knyttet til få påmeldinger og det kunne derfor ikke gjennomføres. Utfordringer knyttet til deltakelse viste seg i denne tiden å være en nasjonal utfordring. Det planlegges for å sette opp samme kurs våren 2025.



Figur 14; kursuken 2024

En av de største utfordringene for å kunne øke samarbeidet med fastlegene har vært at

kommuner og sykehus har ulike DHO løsninger og det er ingen integrasjon med fastlegens EPJ. Dette hemmer videre arbeid og bruk av tjenesten fra fastlegekontoret. Videre arbeid må se på mulighet for enklere integrasjon for å kunne dele data som kan bidra til økt beslutnings- og/eller vurderingsgrunnlag når pasienten er hos fastlegen.

4.6.2 Samarbeid mellom sykehus og kommune

I prosjektperioden har vi hatt samarbeid på flere nivåer mellom sykehus og kommune. Det har vært ledelse fra SSHF inn i styringsgruppen, i tillegg til frikjøpt ressurs i 20 % inn i prosjektgruppen. Det ble brukt mye tid i samarbeidet knyttet til Innovasjonspartnerskapet og det har vært nyttig og hatt sykehuset tett på prosessene knyttet til teknisk løsning. Det har vært et godt samarbeid mellom KOLS koordinator ved sykehuset i Arendal, både i forhold til sømløse overganger mellom forvaltningsnivå og ved koordinering av aktuelle pasienter. Selv om sykehus og kommune i løpet av prosjektperioden fikk ulik teknisk løsning og måtte avslutte tjenesteforløpet med sømløs overgang, har det likevel vært jevnlig møter for koordinering og samhandling.

Sykehuset har arbeidet videre med flere satsningsområder knyttet til DHO og hjemmesykehus som prosjektet har vært orientert om for erfaringsdeling. I figur 15 viser et utklipp av tall fra en periode i 2024. Vi har jevnlig gjennomgått antall digitale oppfølginger SSHF har hatt, for å kunne sikre samhandling knyttet til synergier og erfaringer mellom tjenesteforløp.

Antall DHO v/SSHF august-november	
SSHF - ortopedi	355
SSHF - ØNH	363
SSHF - telesår	55
SSHF - HIV	0
SSHF - prematur	7
SSHF - epilepsi	102
SSHF- pakkeforløp hjem kreft	19
SSHF- Vaginalt fremfall	19
Totalt antall SSHF	920

Figur 15; DHO/hjemmesykehus fra SSHF (aug-nov 2024)

4.6.3 Samarbeid andre prosjekt

MILA – mitt liv, mitt ansvar

Prosjektet har samarbeidet og hatt erfaringsdeling med MILA prosjektet⁵ igjennom flere år om både tjenesteforløp, tjenestepriismodell, helhetlig tjenestemodell, leverandørutvikling, driftsstrukturer m.m. Dette samarbeidet har bidratt til større utvikling og organiseringen av DHO, både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Innovasjonspartnerskapet

Innovasjonspartnerskap⁶ velferdsteknologi Agder⁷ hadde som mål å anskaffe og utvikle en sømløs løsning for velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, som kunne benyttes av både kommuner, sykehus og fastleger. Etter markedsdialog og konkurranse skulle leverandøren (Tellu AS) i samarbeid med Agder, utvikle integrerte løsninger som

⁵ [Digital hjemmeoppfølging](#)

⁶ [Kristiansand Kommune og Tellu løser floke i velferdsteknologien - Innovative anskaffelser](#)

⁷ [Prosjektside – eHelse Agder](#)



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



ville ivareta pasientens behov, samt forenklet arbeidshverdagen for helsepersonell. I prosjektperioden har vi i DHO prosjektet deltatt i samarbeid om pasientforløp, utvikling av løsning, pilotering og testing av løsning for telesår, diabetes, psykisk helse og KOLS.

CRANE

CRANE⁸ står for Comprehensive Treatment of Chronic Patients in Rural Areas og er en førkommersiell anskaffelse med støtte fra EUs Horizon 2020. Prosjektet er et samarbeid mellom Norge, Sverige og Spania, hvor Agder representerer Norge. Crane vil skape nye løsninger for behandling og oppfølging av hjemmeboende pasienter i distriktene. Ambisjonen er å tilrettelegge for at 80% av pasienter med kronisk sykdom i stor grad kan håndtere egen helse selv.

CRANE ser etter en teknologidrevet alt-i-ett tjeneste med et grensesnitt som kan snakke med europeisk helsevesen. Man ønsker å bygge bro mellom ulike datakilder og tilgjengeliggjøre dem på en slik måte at innbyggeren myndiggjøres og får kontroll over egen helse.

Regional TMS har vært invitert inn i prosjektgruppemøter og det er planlagt en pilotering fra sentrale der aktuelle DHO-kandidater blir rekruttert for testing av løsninger fra tilbydere i Crane prosjektet. Det har vist seg at prosjektet har hatt en vridning mot å teste ut datadeling og ikke direkte pasientoppfølging som sådan. Man har likevel tenkt å teste ut funksjonaliteten i appen som tilbyderne kommer med, på et par brukere som vi følger med DHO. Arbeidet er ikke startet opp ved utarbeidelse av denne rapporten.

IKT seniorer Agder

Spredningsprosjektet DHO har hatt et nært og godt samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester⁹ (USHT) Agder, KS nettverk Agder, fylkesbiblioteket i Agder og seniornett under hele prosjektperioden. USHT og IKT seniorer Agder¹⁰ har arrangert visningsdager for velferdsteknologi i bibliotekene i Agder, der målet har vært å spre informasjon om velferdsteknologi og informasjon om hvordan bo trygt hjemme for seniorer. Arrangementene har vært arrangert i samarbeid med den enkelte kommune hvor det har vært tilrettelagt for at kultursektor, frivillighet og helse- og omsorgssektor har kunnet samarbeide om arrangementet. Regional TMS har bidratt med innlegg og stand på inspirasjonsdager for kommunenes innbyggere over 60 år, om velferdsteknologi for seniorer.

iHAC – integrated healthcare and care

⁸ [CRANE - Innovative anskaffelser](#)

⁹ [Startside](#)

¹⁰ [IKT Seniorer Agder](#)



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



Agder har gjennom flere prosjekt samarbeidet med Nordens velferdssenter¹¹. I dette prosjektet har vi samarbeidet med iHAC¹² og i samarbeidet fikk vi mulighet til å dra på inspirasjonstur til valgt destinasjon og dro i oktober 2023 til Eksote/South Karelia i Finland med stort utbytte av erfaringen. Samarbeidet bidro med prosessledelse knyttet til gevinstarbeid og fikk bistand til å gjennomføre to workshops om gevinstrealisering knyttet til DHO for Agder kommunene som ble gjennomført høsten 2023. I tillegg har prosjektet bidratt til flere inspirasjonsbesøk til Agder fra flere Nordiske land og Baltikum.

Digital KOLS rehabilitering/trening

Regional TMS har, høsten 2024, i samarbeid med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Agder, Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus deltatt i prosjektet "digitale lærings- og mestringskurs for KOLS/ lunge pasienter". Bakgrunn for prosjektet er at både rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten og kommunale lærings- og mestringskurs for personer med kols, i hovedsak benyttes av pasienter fra sentrale strøk. Lang reisevei til behandlingstilbud kan være krevende for personer med kols- og lungesykdommer, og det er vanskelig for distriktskommuner å tilby diagnosespesifikke lærings- og mestringsstilbud.

Prosjektet har bidratt inn i piloteringen og TMS rekruttert inn brukere for å teste ut et digitalt opptreningskurs for små kommuner i distriktene på Agder. Deretter ønsket man å høste erfaringer om digitale treningsopplegg kunne erstatte fysiske samlinger. Appen som brukes i DHO-oppfølgingen ble brukt for å sende ut treningsopplegg, samt refleksjonsspørsmål om utbytte. Deltakerne kvitterte ut trening og refleksjonsspørsmål/pasientopplæring etter hver gjennomføring. Erfaringer fra prosjektet viser at deltakerne trengte betydelig støtte fra DHO-oppfølgere for å finne frem til filmsnuttene og treningsopplegg, til tross for at de kjente den tekniske løsningen fra tidligere. Videre viste erfaringer i prosjektet at det er stor variasjon mtp motivasjon for å gjennomføre slik trening på egen hånd.

TransCare

Farsund kommune ønsker å etablere en digital korttidsavdeling med forsterket utskrivelse og har fått midler gjennom EU-Horizon Research and Innovation Programme. Prosjektets hovedmål er å digitalisere helseomsorg, og fremme regionale samarbeidsstrukturer. Vi har samarbeidet om pasientforløp i overgangen mellom sykehus og kommune, samt overgang til ny DHO løsning. TransCare¹³ prosjektet vil benytte blant annet skjema og oppfølgingsplaner utviklet i vårt prosjekt. Arbeidet i

¹¹ [Nordisk samarbeid på velferdsområdet | NVC](#)

¹² [Integrated health and care – Integrated healthcare and care through distance spanning solutions](#)

¹³ [TransCare | Transitional care](#)



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



regionen innen DHO har så langt vist seg å ha stor overføringsverdi til prosjekt som TransCare.

5 Prosessveiledning

Innomed v/PWC har bistått prosjektet med utarbeidelse av tjenestepriismodell knyttet til driftsstruktur fra regional TMS. Dette arbeidet har bidratt til en dynamisk prismodell for å sikre oppfølging, kompetanseheving, erfaringsdeling og samhandling mellom kommunene som bruker DHO. Samarbeidsavtalen som er utarbeidet med prismodell etter arbeidet i samarbeid med Innomed, gir rom for samhandling uavhengig om kommunene bruker DHO fra regional TMS eller fra tjeneste i egen kommune.

Prosjektet har i tillegg samarbeidet med Innomed i videre utvikling og arbeid knyttet til oppfølging av gevinster. Excelskjemaet som er utarbeidet har vi fått revidert til mer spisset bruk for Agder, men det ble ferdig i desember. Prosjektet har derfor ikke fått testet det ut i stor grad før prosjektet ble avsluttet. Det vurderes videre arbeid i Farsund kommune og ved regional TMS med gevinstarket som er utarbeidet.

Prosjektet har hatt stor nytte av veiledningen fra Innomed knyttet til tjenestepriismodellen. I forhold til gevinstarket, kom dette litt for sent i gang til å kunne dra nytte av dette arbeidet. Det var likevel fint at Innomed arbeidet med lokale behov inn i skjemaet og satte av noe tid til våre forespørsler.

I forhold til aktiviteter fra Helsedirektoratet har kvartalsvis rapportering gitt en god ramme for fremdrift mot mål. Det har vært fint med både prosjektledersamlinger og fellessamlinger for erfaringsdeling og diskusjoner. Likevel har ikke Agderprosjektet hatt like stor nytte av disse samlingene, da mange av de andre prosjektene har vært i ulike milepæler. Dette har ført til at Agderprosjektet i større grad har bidratt til erfaringsdeling på samlingene og derfor opplevd at vi ikke har fått like mye bistand inn i de prosessene/milepælene vi har vært i under samlingene.

6 Læringspunkter og erfaringer

Agderkommunene har hatt mange pasienter (ca 800) innom digital hjemmeoppfølging siden 2013 med ulikt behov for oppfølging og SSHF har i tillegg fulgt opp flere pasientgrupper på samme løsning. Agderkommunene har fått gjennom de ulike prosjektene har ført til endringer i algoritmer, tjenesteforløp, organisering og pasientgrupper, i tillegg til kompetanseheving innen oppfølging på avstand.

En suksessfaktor er at alle aktører, på tvers av forvaltningsnivå i regionen, anvender samme teknologiske leverandør. Slik sikrer man sømløse overganger for brukerne som



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



blir rekruttert eksempelvis hos spesialisthelsetjenesten og videreføres til kommunehelsetjenesten. Prosjektet har erfart at dette ikke er like enkelt når det er ulike behov hos brukergruppene og helsetjenestene. Det er derfor viktig at det arbeides videre nasjonalt med standarder og pasientens måldata, samt at det stilles krav til leverandørene om muligheter for enkle integrasjoner mellom løsninger uten for store kostnader.

Vi har igjennom flere prosjekt hatt forsknings- og utviklingsavtaler som har sikret god fremdrift innen teknologiutvikling. Prosjektene har hatt et svært godt samarbeid med leverandør og har over flere år bidratt til utvikling av teknisk løsning og utarbeidelse av applikasjon for bruk for egen mobile flate. Det er avgjørende at teknisk løsning er brukervennlig. Videre er det viktig at brukergrensesnitt er optimalt, eksempelvis at bokstaver er store nok og kontraster er tydelige nok. Det bør også nevnes at det er viktig med mulighet for teknisk support fra leverandør er lett tilgjengelig.

I nåværende prosjekt har det vært hyppige digitale møter med leverandøren for å sikre at dialog og samarbeid ble gjennomført på en god måte mot overgang til drift. Prosjektet har vært åpne i dialogen knyttet til mulig bytte av teknisk løsning som har bidratt til en god plan for overgang til ny løsning i 2025.

Prosjektet har vært påkoblet flere nasjonale satsninger; digital egenbehandlingsplan, helhetlig tjenestemodell og tjenestepriismodell. Vi hadde også kontakt med arbeidsgruppen knyttet til pasientens måldata for DHO og utarbeidet en oversikt over behov/erfaringer (figur 16) med måldata mellom forvaltningsnivå. Det nasjonale arbeidet har blitt utsatt flere ganger og prosjektet har derfor ikke fått bistått inn i dette arbeidet som ønsket.

DHO ressurspersoner i samarbeidskommuner har vist seg i prosjektet å være svært viktige for å sikre en sømløs og helhetlig tjeneste ut i regionen. Disse er også viktige ressurser med hensyn til stedlig bistand ved tekniske utfordringer knyttet til teknologi og utstyr.

Arbeidet vi har gjort på Agder over flere år har blitt brukt til erfaringsdeling og hatt god overføringsverdi til andre regioner som har hatt ønske om å ta i bruk ulike løsninger for digital helseoppfølging. Igjennom årene har prosjektet fremmet arbeidet fra Agder-regionen i regionale, nasjonale og internasjonale samlings- og erfaringsarenaer.

Utarbeidet juni 2024

Erfaringer knyttet til samhandling mellom forvaltningsnivå

	TeleSAR	KOLS	Covid-19	Psykisk helse	Fastlege
Aktuelle mlleparametre	TIMES Spørreskjema Målinger av sår Bilder	Vitalia Daglig spørreskjema EJGD NEWS 2	Vitalia Daglig spørreskjema NEWS 2	Daglige spørreskjema PHQ 9 GAD 7 FIT	Vitalia NEWS 2 CPAP HLR status Bilder
System	Nlin.no	OTH – kun kommune (SSHF følger ikke opp i sgrce)	OTH – ble brukt av SSHF og kommune – ikke aktivt nå	OTH – kommune Checkware- SSHF	Eget system
Hvordan deles det i dag?	PLOIdialog meldinger	PLOIdialog meldinger	PLOIdialog meldinger og historisk data i OTH	PLOIdialog meldinger	PLOIdialog meldinger
Gevinster ved pasientens måldata	<ul style="list-style-type: none"> Serries overgang med tilgjengelig historiske data Tettere oppfølging av pasient Pasienten unngår repetisjon av sin helsesituasjon Gevinst for ulike nivåer (helsepersonell, pasienter, leger mfl) Kompetanseoverføring 				
Initiativ i oppstart eller som kan være aktuelt å se nærmere på:	<ul style="list-style-type: none"> Innløpende møter med hjertepoliklinikk og medisinsk poliklinikk (Årendal) i samarbeid med seksjon for innovasjon og utvikling SSHF – Vitalia (DHO, ECG 24/7), daglig spørreskjema Informerte onkologisk avdeling SSA – samarbeid om eksisterende og nye pasienter (Vitalia, ESAS, daglig spørreskjema) Samarbeid om langvarig antibiotikabehandling – KAD pumper (Tjenestesykehusforløp SSHF-kommune) - mulig behov for å dele blodprovesvar? I oppstart av nytt Helsehusakuttbrygg SSR – store behov for dele mlleparametre - aktuelt å koble innstapgruppen på her 				

Figur 16; Erfaringer data mellom forvaltningsnivå


 Kristiansand
kommune


ARENDAL KOMMUNE



Farsund kommune


 Grimstad
kommune


Prosjektet har presentert erfaringer på blant annet Arendalsuka, EHIN, Helseteknologikonferansen, SOVA, fagdag Helse- og omsorgsdepartementet og Nordens velferdssenter m.fl, samt mindre arenaer. Tidligere prosjekt og spredningsprosjektet har utarbeidet ulike medier for kommunikasjon til bruk for erfarings- og informasjonsdeling (se vedlegg 7).

Den største utfordringen vi har hatt i dette prosjektet er at det parallelt har vært en prosess i Agder knyttet til felles anskaffelse av teknisk løsning. Denne prosessen har skapt usikkerhet hos kommuner knyttet til bruk av teknisk løsning og pris. Samlet sett har dette ført til stans i rekruttering av pasienter, kommuner som har vært avventende i forhold til oppstart, forsinket prosess i forhold til driftsstruktur og redusert samhandling mellom forvaltningsnivå grunnet ulike tekniske løsninger.

Prosjektet har også erfart utfordringer ved oppstart i nye kommuner når kommunene står i andre organisatoriske endringer (eks nedbemanning, ny organisering m.m). Slike større endringer har prosjektet sett kan føre til redusert mulighet for å lykkes med implementering av tjenesten i egen kommune. I tillegg ser prosjektet det er vesentlig for å lykkes at det jobbes med gevinstarbeid i hele implementeringsprosessen i egen kommune.

7 Oppsummering og veien videre

I løpet av høsten 2024 fikk prosjektet god hjelp av Innomed, PWC og økonomisk rådgiver i Østre Agder for å se på ny drift- og prismodell. Her har man utarbeidet et estimat for kostnader forbundet med videre drift og funnet en modell som er akseptabel for samarbeidskommunene. Som vedlegg til samarbeidsavtalen er ansvar og oppgaver lagt inn i helhetlig tjenestemodell, slik at samarbeidende kommuner forstår både lokalt og regionalt ansvar. For å bidra til en smidig overgang til drift, har det vært nyttig med jevnlig møter med DHO-kontakter i Agderkommunene for å sikre god informasjon og forankring.

I starten av 2025 ble det opprettet et Helseteknologisekretariat som skal sikre regional avtaleforvaltning og leverandørdialog, samt samhandling regionalt om helseteknologi. Prosjektet har opprettet rammer for samarbeid mellom regional TMS og sekretariatet for å sikre samhandling og koordinering i drift. Videre arbeid ift samarbeid, erfaringsdeling og oppfølging er lagt over i driftsoppgaver fra regional TMS.



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



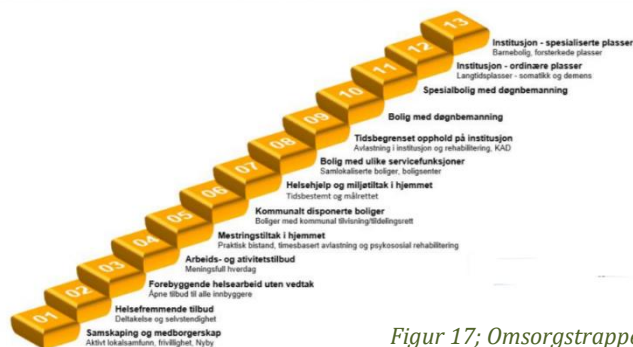
Farsund kommune



Grimstad
kommune



I prosjektet var det ønske om å synliggjøre kostnader ved å integrere digitale tjenester på laveste nivå av omsorgstrappen (figur 17). Ved å vurdere digitale helsetjenester for å dekke behov i tidlig fase, kunne det bidra til økt mestring, samt øke sannsynligheten for å utsette/erstatte andre kostbare tjenester. Østre Agder har samarbeidet med Agenda Kaupang¹⁴ og andre kommuner om en ressurskalkulator som tar utgangspunkt i omsorgstrappen. Den viser hvor mye ressurser man trenger i de ulike stegene knyttet til tjenester som blir gitt. Prosjektet hadde møter med sekretariat i Østre Agder samarbeidet¹⁵ for å vurdere DHO inn som en del av tjenesten tidlig i omsorgstrappen og hvordan dette kan påvirke ressursbruk. Dette arbeidet startet opp sent i prosjektperioden og kun testet skjemaet ved bruk av en reell brukercase. Likevel viste foreløpige beregninger at innføring av DHO tidlig i omsorgstrappen kan bidra til personellbesparelser, men det var ikke tid i prosjektet til å arbeide videre med analyse og testing. Prosjektet anbefaler kommuner og andre prosjekt å vurdere videre arbeid med gevinstoppfølging ved bruk av ressurskalkulator når helseteknologi skal innføres.



Figur 17; Omsorgstrappen

I Agder har det vist seg å være et behov for å organisere tjenesten på ulike måter. Enkelte kommuner ser fordelen med å rigge tjenesten sentralt, spesielt for forebyggende tjenester. Andre kommuner opplever det mest hensiktsmessig å følge opp egne pasienter i drift, for å i større grad erstatte/supplere behov for andre tjenester. Driftsmodellen for DHO i Agder vil være i stadig endring grunnet teknologiutvikling og endret behov i tjenestene, samt utvikling av nasjonale løsninger og føringer.

"Det er trygt å vite at helsetjenesten er bare et tastetrykk unna(telefonkontakt)"

Selv om Agder har lang erfaring med samarbeid om DHO prosjekter på tvers av forvaltningsnivåer, er det identifisert flere utfordringer som må arbeides videre med. Det er utfordringer knyttet til ulike finansieringsmodeller, strukturer og forvaltningsrutiner, samt ulike krav til løsninger og tjenester. Etter prosjektslutt vil det fortsatt være behov for et arbeid knyttet til å vurdere hensiktsmessige modeller på tvers av forvaltningsnivå for å skape en sømløs tjeneste for pasientene. Dette er spesielt viktig når aktørene bruker ulike tekniske løsninger. Agder har igjennom flere prosjekt sett viktigheten av å enten ha samme løsning eller gode integrasjoner mellom løsninger, for å

¹⁴ [Agenda Kaupang | Rådgiver ledelse, organisasjon, styring, digitalisering |](#)

¹⁵ [Østre Agder-samarbeidet](#)



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



kunne sikre samarbeidet på tvers av forvaltningsnivåer på en sikker og effektiv måte.

7.1 Takksigelser

Prosjektet ønsker å takke alle samarbeidspartnere gjennom et tiår. Dette inkluderer flere ressurser i ulike prosjekt, fastleger, sykehus og tjenesteområdene, samt flere brukerrepresentanter og organisasjoner. Takk til Kristiansand kommune for prosjekteierskap og til Helsedirektoratet som gjennom flere år har bidratt til et godt samarbeid, koordinering og ledelse. Prosjektet vil også takke Farsund kommune, Arendal kommune, Grimstad kommune, Sørlandet sykehus HF og Siemens Healthineers for et mangeårig samarbeid om utvikling og organisering av DHO. Tusen takk til Agderkommunene for samarbeid gjennom RKG e-helse, styringsgruppen som har bidratt til forankring og støtte fra øverste ledelsesnivå og helt ut i tjenesteområdene. Det er på grunn av et samlet Agder på tvers av forvaltningsnivå, vi nå kan sikre overgang til drift!



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



SØRLANDET SYKEHUS

8 Vedlegg

Vedlegg 1; Driftsmodell

Rammer for drift og årsverk lagt til grunn for samarbeidsavtalen

0,2 årsverk til::

- Samarbeidsavtaler
 - Inkluderer avtaler mellom vertskommune og samarbeidskommuner (ikke leverandøravtale)
- Erfaringsdeling
 - Informasjonsmøter DHO nettverk
 - Oppfølging av pasienter
 - I bruk av teknisk løsning
 - Orientering via Samarbeidsutvalget Agder
 - Webinar
- Samhandling mellom andre regionale aktører
 - Helseteknologisekretariat
 - Responssenter
 - KS nettverksressurser
 - Sykehus

0,5 årsverk:

Beregnet ut ifra tidsbruk knyttet til oppfølging av pasienter fra sentralen og innebærer:

- Kommunikasjon med forvaltning/hjemkommunen
- Tilgangsstyring for hjemkommunen ved behov for lesetilgang
- Til pasient:
 - Opplæring
 - Påkobling
 - Oppfølging
 - Evaluering

Utarbeidet på bakgrunn av tidsbruk og avtaler pr 1. desember 2024

Alle mulighetsrom gjennomgikk en SWOT-analyse. Under er analysen for den valgte driftsmodellen.

Hvorfor signere avtalen og betale årspris + innbyggerpris når ikke man bruker oppfølgingen fra sentralen?

- Erfaringsdeling
- Støtte til oppfølgingsforløp
- Støtte i bruk av teknisk løsning
- Samhandling regionalt perspektiv
- DHO nettverk

SWOT mulighetsrom driftsmodell 2	
<p>STYRKER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sikrer god fremdrift og kontinuitet DHO Agder • Bevarer kompetanse • God fordeling av utgifter basert på erfaringer fra modell fra responscenter • Mindre kommuner har mindre risiko • Agder=Eierskap 	<p>SVAKHETER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Store kommuner har noe større risiko grunnet høyere innbyggertall – svakhet om DHO ikke blir unyttet på en god måte
<p>MULIGHETER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Skalering og videreutvikling av DHO • Påvirke nasjonale "føringer og anbefalinger" • Muligheter for bruk i egen tjeneste • Mengdetrening på skjema og tilgangsstyring • Beholder Agder mentalitet/mindre sårbar hvis flere kommuner deltar • Bygge egen kommunal kompetanse DHO • Ved samme løsning som VFT - økt mulighet for samarbeid med Responssenteret ift synergier mellom DHO og VFT 	<p>TRUSLER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommuner vil ikke betale • Liten ressurs i forhold til potensielle arbeidsoppgaver
<p>AVKLARINGSBEHOV:</p>	
<p>Forslag driftsmodell 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle kommuner i Agder som bruker DHO betaler årspris (60%) og innbyggerpris (40%) for support, erfaringsdeling m.m.(0,2 årsverk) • Kommunene som benytter TMS betaler i tillegg til det ovenfor, også for faktisk bruk oppfølgingskost (0,5 årsverk) 	



Kristiansand kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad kommune





Vedlegg 2; Samarbeidsavtale

Det ligger fullstendig samarbeidsavtale under dokumenter på ehelseagder.no



Avtale om interkommunalt samarbeid om digital hjemmeoppfølging ved regional telemedisinsk sentral (TMS)

✓ Avtalen er mellom

Arendal kommune (vertskommune) ogkommune (samarbeidskommune)

Avtalen omfatter (huk av for det som passer, kan velge begge deler)

- bruk av digital hjemmeoppfølging i kommunal helsetjeneste hvor kommunen selv følger opp pasienter, men benytter regional TMS til support og erfaringsdeling.
- digital hjemmeoppfølging av pasienter fra regional TMS som er lokalisert i Arendal. Pasienter kan overføres fra digital hjemmeoppfølging i regi av sykehuset til TMS. Hjemkommunen vurderer og tilbyr/tildeler tjenesten.

Hva er digital hjemmoppfølging (DHO)

Pasientene følges opp med selvrapportering av medisinske målinger og/eller spørreskjema. I tillegg tilbys det verktøy for læring og mestring og video- eller telefonkonsultasjon med helsepersonell for å gi bedre sykdomsmestring. Dette kan medvirke til å avdekke og behandle en forverring av sykdommen. Dette kan skape en bedre og tryggere livssituasjon for pasienten og redusere behov for personellintensive tjenester fra kommuner og sykehus.

Det kan være behov for samarbeid i regionen for erfaringsdeling knyttet til gevinstkartlegging m.m og det anbefales at gevinstansvarlig for velferdsteknologi i kommunen kobles på arbeidet. For erfarings- og informasjonsdeling er det lagt ut eksempler/ maler (tjenesteforløp, DPIA m.m) i teamet Nettverksdeling på Agder i kanalen digital hjemmeoppfølging. DHO kontakt i hver kommune har tilgang til teamet (ved behov for tilgang kontakt: silje.skeie.stray@grimstad.kommune.no).

Formål

- Etablere en helhetlig og bærekraftig tjeneste for DHO på Agder som innebærer felles teknisk løsning og samhandling mellom aktører, samt kostnadseffektiv drift og bruk av helsetjenester.
- Bidra til videreutvikling av bruksområder for DHO.
- Sørge for kompetanse – og erfaringsdeling gjennom nettverk og strukturer i regionen (DHO-kontakter, samarbeid med Helseteknologisekretariat m.fi)

Praktisk gjennomføring

Det er utarbeidet DPIA knyttet til løsningen fra andre kommuner, det må gjøres vurdering i den enkelte kommune om behovet for arbeid knyttet til dette (se eksempler i Nettverksdeling Agder) før teknisk løsning skal benyttes. Det anbefales at kommunene vurderer ROS analyser knyttet til de lokale forløp som tas i bruk.

Teknisk løsning og utstyr

Hjemkommunen står selv for avtaler med leverandør eller BHM for innkjøp og utlån av teknisk utstyr og måleutstyr, der det er behov.

Teknisk løsning som brukes, leveres av Tellu og kommunene selv må ta avrop på bruk av DHO i SSA-L avtalen. Bestilling gjøres i dette skjemaet; <https://info.tellu.no/bestillingskjema-dho>



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



Vedlegg 3; Ansvar og oppgaver til samarbeidsavtale i helhetlig tjenestemodell

Det ligger fullstendig helhetlig tjenestemodell under dokumenter på ehelseagder.no (vedlegg 1 til samarbeidsavtale; Oppgaver og ansvar, Helhetlig tjenestemodell DHO Agder)

Til modellen

Tjenesteeier

Skriv inn ansvarlig her:

- Kommunen og sykehus har selv ansvar for de lokale oppgavene
- Helseteknologisekretariat vil ha ansvar avtaleforvaltning
- Regional telemedisinsk sentral (TMS) vil ha oversikt over kontaktpersoner i samarbeidskommunene, samt ha ansvar knyttet til oppfølging, support m.m (se samarbeidsavtale for utfyllende informasjon)

Viktige avklaringer og spørsmål
Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- Kommunen/sykehus må utarbeide sin egen helhetlig tjenestemodell (eller supplere i en kopi av denne) for **identifisere hvem som er ansvarlige lokalt.**
- Identifisere kontaktperson i hver kommune/sykehus** for å sikre samarbeid mellom regionale aktører
- Samarbeidskommunene må opprette og sikre kommunal kontaktperson for digital hjemmeoppfølging, samt formidle evt. endringer til TMS kommune.
- TMS skal kunne henvende seg til kontaktpersonene ved behov

Tilbake til modellen

Se sjekkliste for oppgaven Se eksempel

Henvisse, kartlegge og tildele

Ansvarlig for oppgave
Skriv inn ansvarlig for oppgave lokalt her:

Flere helseaktører kan henvisse til tjenesten, men det er hjemkommunen som tilbyr/tildeler tjenesten!

- Viktig med samarbeid med kontaktpersoner/ tjenesteutvender/ saksbehandlere om identifisering av aktuelle brukere

Ved oppfølging fra regional TMS:

- Brukers hjemkommune kartlegger og tildeler tjenesten.
- Om sykehuset, fastlege eller andre aktører skal henvisse, beskrives behov og kommunen tildeler passende tjeneste (Vedtak ved rettighetspasient).
- Regional TMS konsulteres ved behov.
- Hjemkommune har samarbeidsavtale med reg TMS og pasienten får oppfølging i eget hjem (ikke innlagt).
- Brukers hjemkommune sender PLO melding til TMS og oppretter dialog med TMS
- TMS mottar E-melding fra samarbeidskommune og oppretter bruker i fagsystemet.
- Det foretas utveksling av relevant og nødvendig informasjon og avtaler med hjemkommune

Ved oppfølging ute i tjenesten:

- Brukers hjemkommune kartlegger og tildeler tjenesten.
- Om sykehuset, fastlege eller andre aktører skal henvisse, beskrives behov og kommunen tildeler passende tjeneste (Vedtak ved rettighetspasient).
- Hjemkommune har samarbeidsavtale og databehandleravtale om oppfølging ute i tjenesten.
- Bruker har et behov som kommunen kan dekke helt eller delvis ved å tilby DHO.

Ved oppfølging fra sykehus:

- Tildeles når det er behov for oppfølging fra sykehus for å mestre egen sykdom og forhindre forverring og innleggelse.
- Oppfølgingsansvarlig ved sykehuset kartlegger, tildeler tjenester, samt gir oppfølging
- Sykehuset oppretter dialog/samarbeid med den aktuelle kommunen om pasienten skal overføres mellom forvaltningsnivå.

Viktige avklaringer og spørsmål
Skriv eventuelle avklaringer og spørsmål som må tas stilling til her:

- Avklare roller, ansvar og informasjon er viktig å gjøre lokalt!
- Sikre gode tildelingsrutiner i hver kommune
- Tildeling skjer fra hjemkommunen**, også ved delt oppfølgingsansvar mellom sykehus og kommune
- Fastlege er medisinsk faglig ansvarlig** og ved behov skal det opprettes dialog for å orientere om tilbudet til bruker

For kommuner som fatter vedtak på digital hjemmeoppfølging:

- Forvaltning tildeler tjenesten, fatter vedtak og oppretter nødvendige tjenester i kommunen og informerer hjemmetjenesten i egen kommune om evt. forandringer i brukers tjenester.
- Tar en IPLOS vurdering i forkant av vedtak.
- Ved behov sendes PLO-melding til fastlege for å informere om tilbudet/tjenesten som er vedtatt
- Brukers hjemkommune sørger for faglig og juridisk forsvarlig dokumentasjon i kommunenes journalsystem.
- PLO- melding skal inneholde informasjon om andre tjenester og navn på fastlege

Vedlegg 4; Resultater brukerundersøkelse Agder

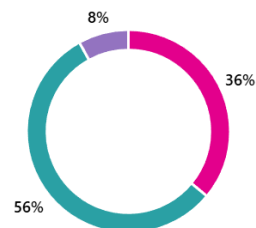
1. Kjønn

● Mann	27
● Kvinne	23
● Annet	0
● Ønsker ikke oppgi	0



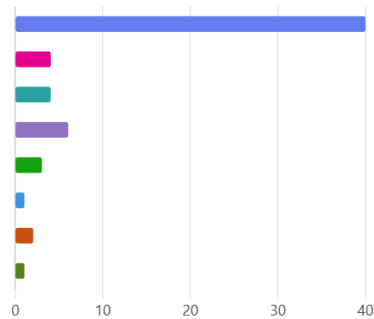
2. Hva er din alder

● Under 50 år	0
● 50-69 år	18
● 70-79 år	28
● Over 80 år	4



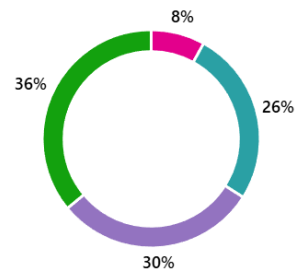
3. Hvorfor har du digital hjemmeoppfølging (oppgi én eller flere svar)?

● Kols	40
● Hjertesvikt	4
● Diabetes	4
● Kreft	6
● Ernæringsutfordringer	3
● Psykisk helse	1
● Annet	2
● Ønsker ikke svare	1



4. Hvor lenge har du hatt digital hjemmeoppfølging?

● Mindre enn 6 måneder	0
● 6-12 måneder	4
● 1-2 år	13
● 2-3 år	15
● Over 3 år	18



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune

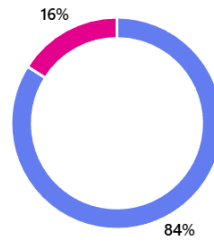


SØRLANDET SYKEHUS



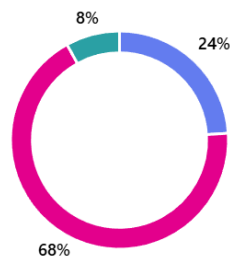
5. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?

- Min opplevelse av trygghet har økt 42
- Min opplevelse av trygghet er uendret 8
- Min opplevelse av trygghet er redusert 0



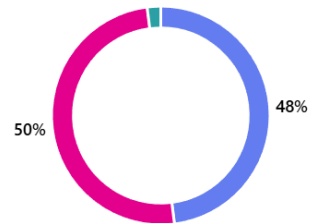
6. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din fysiske helse?

- Min fysiske helse er bedre 12
- Min fysiske helse er uendret 34
- Min fysiske helse er redusert 4



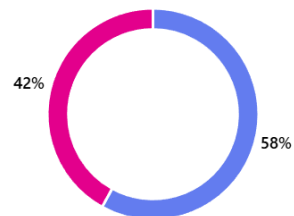
7. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din livskvalitet?

- Min livskvalitet er bedre 24
- Min livskvalitet er uendret 25
- Min livskvalitet er redusert 1



8. Har digital hjemmeoppfølging endret din evne til å ta vare på egen helse?

- Min evne til å ta vare på egen helse har økt 29
- Min evne til å ta vare på egen helse er uendret 21
- Min evne til å ta vare på egen helse er redusert 0



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



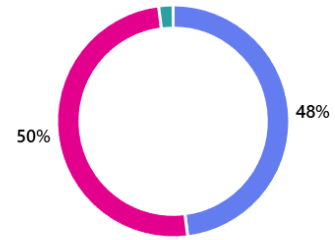
Grimstad
kommune



SØRLANDET SYKEHUS

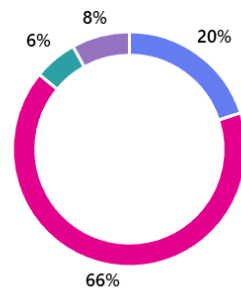
9. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du går til fastlegen?

● Jeg har hatt færre besøk til fastlegen	24
● Har ikke hatt innvirkning på antall fastlegebesøk	25
● Jeg har hatt flere besøk til fastlegen	1



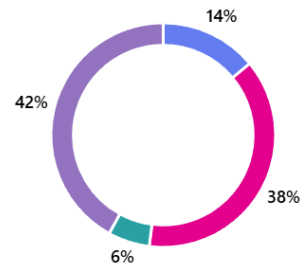
10. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehus?

● Jeg har hatt færre sykehusinnleggelseser	10
● Har ikke påvirket antall sykehusinnleggelseser	33
● Jeg har hatt flere sykehusinnleggelseser	3
● Ikke aktuelt / har ikke vært innlagt tidligere	4



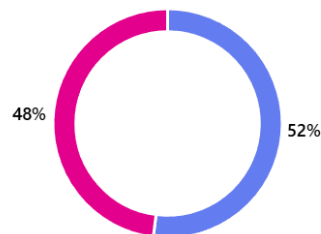
11. Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket ditt behov for hjemmesykepleie/hjemmetjenester?

● Jeg har færre besøk	7
● Det er ingen endring	19
● Jeg har flere besøk	3
● Ikke aktuelt / har ikke hatt hjemmesykepleie tidligere	21



12. Har du egenbehandlingsplan?

● Ja	26
● Nei	24



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune

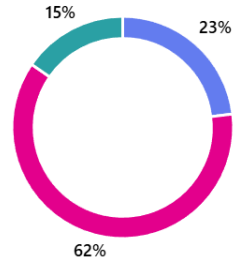


Grimstad
kommune



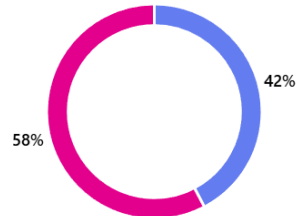
13. Hvor ofte benytter du egenbehandlingsplanen din?

- Daglig 6
- Av og til 16
- Sjelden 4
- Aldri 0



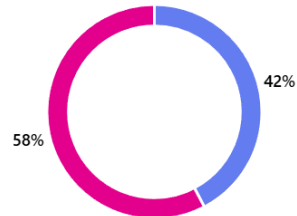
14. Opplever du at innholdet i egenbehandlingsplanen er tilpasset dine behov?

- I stor grad 11
- I noen grad 15
- I liten grad 0



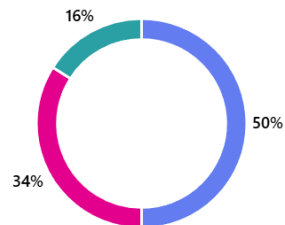
15. Opplever du at egenbehandlingsplan er et nyttig hjelpemiddel når du har en forverrelse av din sykdom?

- I stor grad 11
- I noen grad 15
- I liten grad 0
- Har ikke hatt forverrelse av min sykdom 0



16. Hvordan har du totalt sett opplevd digital hjemmeoppfølging?

- Svært fornøyd 25
- Fornøyd 17
- Verken fornøyd eller misfornøyd 8
- Misfornøyd 0
- Svært misfornøyd 0



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



17. Hvor fornøyd er du med oppfølgingen du får (fra helsepersonellet i digital hjemmeoppfølging)?



Andre kommentarer eller forslag til forbedring?

1. *Føler større trygghet fordi jeg får respons på målinger og spørsmål jeg sender inn til digital helseoppfølging*
2. *De ringer og så kommer vi i fellesskap frem til en løsning når for eksempel oksygenopptak er lavt, og hører hvordan det går med meg.*
3. *Det er trygt å vite at helsetjenesten er bare et tastetrykk unna (telefonkontakt)*
4. *Kan alltid ta kontakt, og de ringer tilbake*
5. *Det er bra å kunne følge med på blodtrykk og puls. Det har vært spesielt nyttig å kunne diskutere med kontoret hvordan vi skal tolke målingene. Kontakten med kontoret er ivaretatt av undertegnede som også har svart på disse spørsmålene.*
6. *Dårlig oppfølging og sjeldent jeg har blitt kontaktet.*
7. *Jeg er enkemann, bor alene og har så og si ikke nettverk. Veldig bra å vite at noen 'vet om' meg og min situasjon.*
8. *Føler det er ingen personlig kontakt i det hele tatt, og synes mer kontakt hadde vært bedre*
9. *Oppfølging søn og helligdager mangler for dårlig*
10. *I fond the service very impersonal.*



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune



SØRLANDET SYKEHUS

Vedlegg 5; Rutine og avtale for logistikk av medisinsk utstyr fra BHM

Det ligger fullstendig rutine under dokumenter på ehelseagder.no



Rutine om forvaltning og logistikk av medisinsk utstyr mellom SSHF og kommuner i Agder

1 Bakgrunn

Rutine for logistikk av utstyr fra behandlingshjelpemidler (BHM) for bruk innen digital hjemmeoppfølging (DHO).

1.1 Forkortelser/begrep

- Enhet for behandlingshjelpemidler SSHF (BHM) er en enhet under medisinsk teknologisk seksjon. Primær oppgave er drift, forvaltning og logistikk av medisinsk utstyr og forbruksmateriell til pasienter i Agder. Forutsetning er at behandling er startet opp i spesialisthelsetjeneste og at det foregår i hjemmet. Ca. 18 000 pasienter
- Medisinsk utstyr: Utstyr som brukes til behandling av pasienter og dermed må håndteres iht. myndighetskrav. I gjeldende avtale er det blodtrykksapparat med mansjett og pulsoksymeter
- SSHF: Sørlandet sykehus helseforetak
- Enhet for oppfølging: Et samlebegrep for personell som følger opp pasient/utstyr i kommunene
- FVD-system. FVD står for forvaltning, vedlikehold og drift. FVD-systemet som brukes av BHM er Medusa.
- DHO: Digital hjemmeoppfølging

1.2 Avgrensninger

- Avtalen omfatter utstyr som eies av SSHF og leies ut til kommuner i Agder
- Lisenser fra teknologileverandør omfattes ikke av avtalen

2 Anskaffelse

2.1 Innkjøp

Enhet for behandlingshjelpemidler SSHF (BHM) anskaffer aktuelt medisinsk utstyr.

3 Myndighetskrav iht. medisinsk utstyr

Det stilles særegne krav til medisinsk utstyr, og dermed også medisinsk utstyr som benyttes i hjemmebehandling. Utstyret må tilfredsstillere kravene som følger av lov om medisinsk utstyr, herunder [håndteringsforskriften](#). Håndtering omfatter anskaffelse, opplæring, plassering/tilkobling, bruk, vedlikehold/repasjoner, oppbevaring/lagring, kassasjon av medisinsk utstyr og meldeplikt.



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune

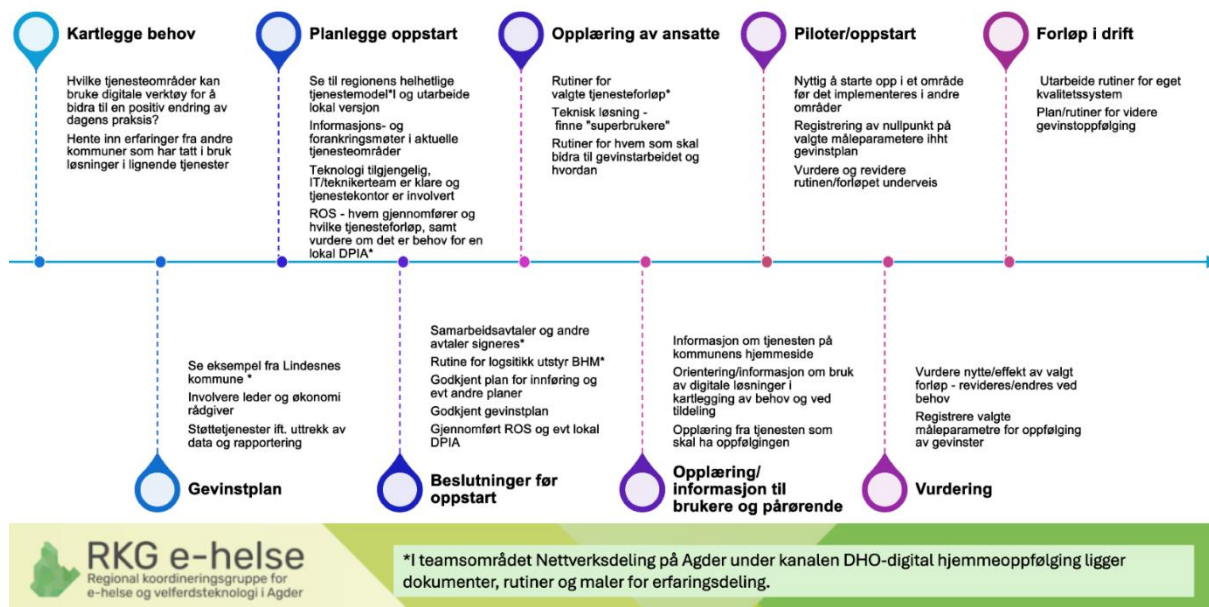


Grimstad
kommune



Vedlegg 6; Innføringsløp nye kommuner

Innføringsløp DHO



Vedlegg 7; Kommunikasjon og medier

United4Health – [prosjektinfo](#), oppdatert 2021

[Telma](#) - film 2019

[PA consulting](#) - film – EHIN 2020

[NRK Distriktsnyheter østlandet](#): Kongsvinger m oppfølging fra Farsund kommune – 2020

[VOPD/iHAC](#) - film- 2021

[Presentasjon Norwegian centre for e-health](#) - film, 2021

[Covid 19 Farsund](#) - film – SOVA 2021

[NRK Dagsrevyen](#) - film 2024

[Informasjon](#) om tjenesten i Arendal kommune

[Brosjyre](#) regional TMS

Sluttrapporter og dokumenter fra tidligere prosjekter på [ehelseagder.no](#)



Kristiansand
kommune



ARENDALE KOMMUNE



Farsund kommune



Grimstad
kommune

