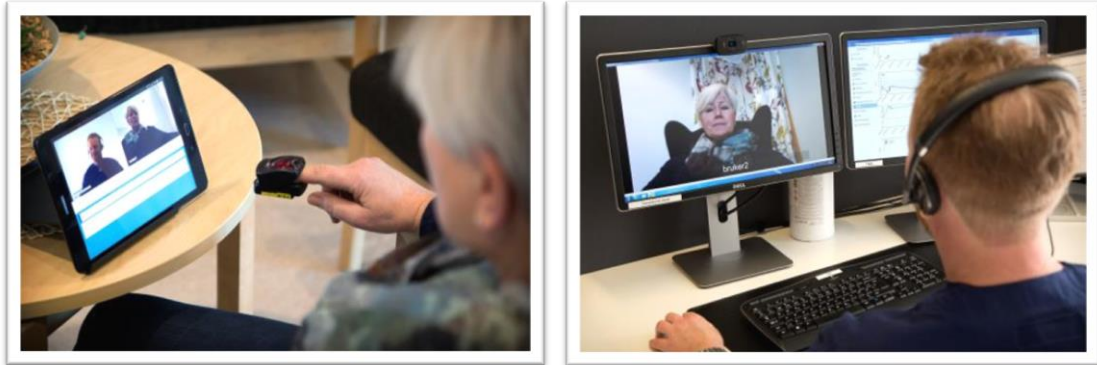


Delrapport 1 - Gevinstrealisering



Utarbeidet av: Eirik Abildsnes, Anne Wenche Emblem, Leif Skiftenes Flak, Carl Erik Moe og Kirsti Askedal

Universitetet i Agder

Mars 2018, revidert i mai 2018

Innhold

Sammendrag	3
1. Kort om prosjekt TELMA og gevinstrealisering	4
2. Arbeidet med gevinstrealisering	4
3. Foreløpige resultater	6
3.1 Funn fra evaluering av pasientforløpet i U4H	6
3.2 Studentrapport om TELMA – Prosjektorganisering og ledelse	7
3.3 Fremmere for gevinstrealisering i TELMA	7
3.4 Problemområder i TELMA	8
3.5Hemmere for gevinstrealisering i TELMA.....	9
4. Forslag til endringer etter iterasjon 1 og veien videre	11
4.1. Etabler målklarhet i prosjektet.....	11
4.2 Bli bedre på håndtering av interessenter.....	12
4.3 Planlegg arbeidet med forvaltningsmodell	13
4.4 Kalibrer ambisjonsnivå og aktiviteter med tilgjengelige ressurser	13
4.5 Videre arbeid i arbeidspakke 2.....	13
Referanser	15
Vedlegg 1: Skisse til samfunnsøkonomisk analyse.....	16

Sammendrag

TELMA har til hensikt å prøve ut og evaluere en felles telemedisinsk løsning for avstandsoppfølging av pasienter med kroniske lidelser og komorbiditet på Agder, som leverer gode helsetjenester med mindre bruk av helsepersonellressurser.

Arbeidsgruppen for gevinstrealisering jobber systematisk med datainnsamling og har som mål å «Avklare hvilke pasientgrupper som har størst nytte av avstandsoppfølging», og «Etablere sikker kunnskap om gevinstpotensiale og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å oppnå gevinster ved ordinær drift».

Viktige interessenter gir uttrykk for entusiasme og eierskap, mye basert på muligheten for å være med å utforme moderne og gode helsetjenester. Denne entusiasmen vil være viktig å videreføre. Samtidig har TELMA hatt en rekke utfordringer som bør adresseres for å sikre fremdrift og måloppnåelse. Basert på funn fra evalueringen av pasientforløpet i U4H (kap. 3.1), hovedkonklusjonene i studentrapporten om TELMA (kap. 3.2) og identifiserte problemområder (kap. 3.4) samt hemmere (kap. 3.5) anbefaler arbeidsgruppen seks hovedtiltak for å økt måloppnåelse i TELMA:

- **Anbefalt tiltak 1:** Prosjektets mål bør kommuniseres mer entydig fra prosjektledelse og styringsgruppe.
- **Anbefalt tiltak 2:** Det bør utarbeides en kort begrunnelse for hvordan tjenestene i TELMA bidrar til å realisere prosjektets mål om tjenester av god kvalitet og redusert behov for helsepersonellressurser. Her bør det framgå hvilke indikatorer som skal påvirkes av tjenesten og i hvilket omfang (jfr. skisse til samfunnsøkonomisk analyse).
- **Anbefalt tiltak 3:** Oppdater interessentanalysen. **Analysen må benyttes aktivt fremover for å sikre at sentrale interessenter er involvert.**
- **Anbefalt tiltak 4:** Det må utarbeides en gevinstrealiseringsplan på bakgrunn av den samfunnsøkonomiske analysen og prosjektets målsettinger.
- **Anbefalt tiltak 5:** Planlegg arbeidet med organisasjons- og finansieringsmodell for drift etter prosjektperioden. Dette planleggingsarbeidet må gjøres såpass tidlig at man rekker å gjøre nødvendige beslutninger i forhold til varig drift.
- **Anbefalt tiltak 6:** Gjennomgå ambisjonsnivå i forhold til ressurser og aktivitetsnivå.

1. Kort om prosjekt TELMA og gevinstrealisering

Helse- og omsorgstjenesten står overfor store oppgaver i tiden fremover. Befolkningens alderssammensetning endres og kroniske sykdommer og sykdommer relatert til livsstil øker i omfang (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Utviklingstrekk og framskrivninger tyder på flere brukere, i alle aldersgrupper med et mer sammensatt behov for helsetjenester. De nærmeste årene er det forventet at brukere i aldersgruppen 67-79 år vil vokse, mens den sterke veksten i aldersgruppen over 80 år kommer om 10-15 år (Holmøy et al. 2014). Med økende antall eldre vil langt flere ha to eller flere sykdommer samtidig og kompleksiteten i sykdomsbildet og kompetansebehovet i tjenestene øker (Barnett et al. 2012).

Behovet og potensialet for å finne nye løsninger og ta innovative grep for å møte morgendagens omsorg er derfor stort. Teknologi kan understøtte en ny utvikling og være ett av flere tiltak for å endre tjenestene- da med større vekt på blant annet selvstendighet, selvhjelp og sosial deltakelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Erfaringer fra EU-prosjektet United4Health Agder (U4H) tilsier at telemedisinsk oppfølging har potensiale til å hindre unødvendige reinnleggelser og bidrar til stor grad av trygghet og tolkning av symptomer. Spørsmålet blir hvordan teknologiske løsninger som telemedisin best kan brukes for å levere fremtidens helse- og omsorgstjenester?

Hovedmålet med prosjektet (slik det er definert i prosjektdirektivet per 2. august 2017) er å prøve ut og evaluere en felles telemedisinsk løsning for avstandsoppfølging av pasienter med kroniske lidelser og komorbiditet på Agder, som leverer gode helsetjenester med mindre bruk av helsepersonellressurser. Fokus for arbeidspakke 2 er gevinstrealisering. I dette ligger det et mål om å sikre at gevinster realiseres i størst mulig grad i prosjektet, og at en ved prosjektets slutt vet hva som skal til for å realisere gevinster i en driftssituasjon. Det ligger også innenfor denne arbeidspakken å komme med anbefalinger for fast etablering basert på en samfunnsøkonomisk analyse.

Rapporten beskriver hvordan vi har organisert vårt arbeid. Kapittel 3 viser resultater så langt, inkludert identifiserte problemområder og vår oppfatning av årsakene til problemene. Kapittel 4 inneholder anbefalinger til tiltak for å sikre måloppnåelse og gevinstrealisering.

2. Arbeidet med gevinstrealisering

Forskningsarbeidet med gevinstrealisering har som mål å: «Avklare hvilke pasientgrupper som har størst nytte av avstandsoppfølging», og «Etablere sikker kunnskap om gevinstpotensiale og hvilke forutsetninger som må ligge til grunn for å oppnå gevinster ved ordinær drift», slik prosjektdirektivet har definert som delmål. I prosjektdirektivet står dette videre konkretisert som ulike aktiviteter:

1. Evaluering av pasientforløp KOLS i U4H
2. Utarbeide plan og sikre tillatelse til datainnsamling
3. Datainnsamling ved ulike teknikker og fra ulike kilder, i flere iterasjoner (runder)
4. Analyse og anbefalinger om tiltak basert på innsamlede data, samt tidligere forskning
5. Ny datainnsamling
6. Evaluering av tiltak og analyse av innsamlede data – anbefalinger om nye tiltak
7. Anbefalinger om eventuell varig drift, basert på samfunnsøkonomisk analyse og endringer i livskvalitet, depresjon/ angst og mestring.
8. Vurdere potensiale for effektiv bruk av ressurser ved samorganisering med andre tjenester.

Aktivitetslisten over viser at arbeidet gjennomføres i flere iterasjoner (runder) med datainnsamling, analyse av resultatene sammenliknet med tidligere forskning, og utarbeidelse av forslag til tiltak og

endringer underveis. Dette er basert på Action Design Research (ADR) (Sein et al. 2011) som forskningsmetodikk. Denne tilnærmingen innebærer at forskere og praktikere arbeider tett sammen om å identifisere og løse problemer. Basert på felles forståelse av problemområder spesifiserer tiltak (aksjoner). Disse tiltakene innføres, og forskerne samler inn nye data, og evaluerer tiltakene for så å designe nye tiltak.

Forskningsarbeidet utføres av en gruppe ved UiA bestående av Kirsti Askedal (PhD. stipendiat), Anne Wenche Emblem (førsteamanuensis i økonomi) Leif S. Flak (professor i informasjonssystemer), Carl Erik Moe (dosent i informasjonssystemer) og Elin Thygesen (førsteamanuensis, helsevitenskap), i tillegg til Eirik Abildsnes, fra Kristiansand kommune (PhD i medisin, forskningsrådgiver). Moe har fungert som delprosjektleder, og arbeidsgruppen har både arbeidet i fellesskap og delt ansvar for ulike arbeidsoppgaver. Askedal har mesteparten av sin arbeidstid knyttet til dette prosjektet. Hennes forskning er en del av hennes avhandlingsarbeid, og det innebærer at hun har avhandlingen som hovedfokus. De andre har fra 5-15% av sin arbeidstid knyttet til prosjektet.

Anbefalingene i denne rapporten baserer seg på følgende underlag:

- Evaluering av pasientforløp i U4H
- Studentrapport om TELMA - Semesteroppgave i ORG 959 Prosjektorganisering og ledelse
- Kirsti Askedal sitt PhD-prosjekt «Gevinstrealisering i komplekse eHelse-prosjekt»

Data knyttet til pasienterfaringer og medisinske målinger hos brukere vil bli sentralt men på grunn av forsinket rekruttering av pasienter det for tidlig å inkludere dette nå. Den samfunnsøkonomiske analysen vil være tilsvarende sentral, men foreløpig ikke gjennomført og dermed heller ikke en del av grunnlaget for våre anbefalinger.

Arbeidsgruppen har tidligere evaluert pasientforløpet i U4H, og dette ble brukt som input til design av pasientforløpet i TELMA. Det kan være verd å undersøke om disse anbefalingene er fulgt opp, og om disse har gitt ønsket effekt. Videre er det sikret tillatelse til datainnsamling fra NSD. I korthet innebærer denne tillatelsen til at det kan samles kvalitative data via intervjuer av pasienter og pårørende, og via intervjuer av ansatte i ulike funksjoner. Videre kan det samles kvantitative data i form av medisinske data, og data om livskvalitet, psykisk helse og mestring fra pasienter via spørreskjema, og det er gitt tillatelse til uthenging av data fra kommunale EPJ system i tillegg til helseregistrene IPLOS, KUHR og NPR (se vedlegg 1).

Det området vi har mest funn på foreløpig knytter seg til arbeidet til Kirsti Askedal. Tema for hennes doktorgradsarbeid er: Gevinstrealisering i komplekse eHelse-prosjekt.

Følgende mål er definert for arbeidet hennes:

- Utforske og forstå gevinstrealisering i komplekse offentlige eHelse-prosjekter
- Foreslå forbedringer til gevinstrealiseringsprosessen i komplekse offentlige eHelse-prosjekter
- Utvikle prinsipper for gevinstrealisering i komplekse offentlige eHelse-prosjekter

Fra september 2017 til februar 2018 ble det gjennomført 50 intervjuer av ulike interessenter i TELMA for å opparbeide en grundig forståelse for dynamikken i TELMA og faktorer som kan påvirke måloppnåelse og gevinstrealisering. Det ble utarbeidet en interessentanalyse som viste at 22 av de 50 informantene hadde stor påvirkning på måloppnåelse i prosjektet. Disse intervjuene er brukt i det videre arbeid med denne rapporten. Arbeidet med interessentanalysen ble presentert og diskutert med prosjektgruppen og styringsgruppen for TELMA i desember 2017. Selv om fastlege og pasient er definert som nøkkelinteressenter, er ikke deres perspektiv inkludert i resultatene pr. nå. Fastleger

er intervjuet, men disse intervjuene er enda ikke analysert da intervjuene ble nylig gjennomført. Pasienter ble ikke invitert til å delta, da det var for tidlig i forløpet.

3. Foreløpige resultater

Våre foreløpige resultater baserer seg på evalueringen av pasientforløpet i U4H, studentrapport om TELMA og på intervjuer av 22 sentrale interessenter for TELMA, samt arbeidsgruppens forståelse for TELMA basert på deltakelse i prosjektaktiviteter og tilgang til prosjektdokumenter. Dette danner grunnlag for de foreløpige resultatene som presenteres i kapittel 3. Resultatene er organisering i 5 bolker: 1) Funn fra evalueringen av pasientforløpet i U4H, 2) Studentrapport om TELMA – Prosjektorganisering og ledelse 3) Fremmere for gevinstrealisering i TELMA, 4) Problemområder i TELMA og 5) Hemmere i TELMA. Problemområdene anses for å være elementer hvor det absolutt er rom for forbedringer.

3.1 Funn fra evaluering av pasientforløpet i U4H

U4H lykkes ikke med å innfri målet om kostnadsbesparelser. Den norske prosjektgruppen i U4H mente at tjenesten ikke førte til reduksjon i antall re-innleggelses på sykehus. På den annen side: de fleste pasientene var fornøyde med oppfølgingen, og mente at den bidro til økt tilgjengelighet, økt trygghet og bedre klinisk innsikt. God tilgjengelighet til helsepersonell var viktig i de periodene pasientene opplevde forverring, dette gjaldt særlig pasienter med angst.

I U4H ble pasienter i hovedsak rekruttert ved utskrivning fra sykehus. De som ble utskrevet til korttidsopphold til sykehjem ble ekskludert fra studien. I TELMA var det ønskelig å inkludere denne gruppen og la kommunene og fastlegene få mulighet til å rekruttere. Behandlingsforløpet var ikke fleksibelt nok. Ikke alle pasienter hadde behov for oppfølging hver dag og med samme intensitet. Man tok videre ikke ut potensiale til ressursinnsparing i hjemmetjenestene i U4H, og det kan ha ført til at noen pasienter fikk «for mye» oppfølging. Det innebærer både at tjenester ble dublet og at pasientene opplevde at det ble mange å forholde seg til.

Teknologien i U4H var stort sett enkel å håndtere for pasientene, men i mange tilfeller var det behov for opplæring og oppfølging for at de skulle mestre den. Tekniske problemer var en betydelig utfordring i prosjektet.

Det var i U4H utgangspunktet lagt opp til gode rutiner for informasjonsutveksling mellom TMS, fastleger og forvaltningen/hjemmetjenestene, men de ble praktisert i ulik grad. Evalueringsrapporten pekte også på at en kombinasjon av PLO-meldinger og videokonsultasjon kan være et foreløpig grunnlag for samhandling mellom en telemedisinsk sentral og fastleger.

I U4H opplevde enkelte at det var en mangel på synlig prosjektledelse, det tok tid fra informasjon fra prosjektgruppen nådde sykepleierne på de telemedisinske sentralene. Det ble også pekt på at det var viktig å etablere møteplasser for erfaringsutveksling.

Evalueringen fra U4H viste at kontinuitet i oppfølgingen, ved at pasientene møter den samme sykepleieren regelmessig er viktig for opplevelsen av trygghet. Sentralen bør derfor betjenes av få, faste sykepleiere. For å redusere sårbarhet i tjenesten, og sikre at rutinene følges, bør likevel et tilstrekkelig antall sykepleiere læres opp både faglig og teknisk og bør betjene sentralen så ofte at kompetansen vedlikeholdes.

Videre pekte rapporten at det anses som kritisk at det etableres styringsmekanismer som håndterer fordelingseffekter, dvs. hvordan man bevisst håndterer at kostnader og nytte oppstår i ulike deler av prosjektet.

3.2 Studentrapport om TELMA – Prosjektorganisering og ledelse

En prosjektleder ved UiA gjennomførte i 2017 kurset ORG 959 Prosjektorganisering og ledelse ved NTNU som et ledd i sin masterutdanning. Prosjektlederen undersøkte forhold i TELMA og skrev en meget grundig og velfundert rapport basert på arbeidet. Rapporten presenterer sentrale utfordringer i TELMA og forslår tiltak for å adressere disse (Figur 1).

Utfordringer	Mulige forbedringstiltak
Motstridende interesser (styringsgruppe/prosjekteier)	✓ Etablering og enighet om felles suksesskriterier med klare prioriteringer
Høyrisiko og ambisiøst prosjekt	✓ Etablering av kritiske suksessfaktorer ✓ Strukturert risikostyring
Dårlig samarbeidsklima	✓ Åpenhet om utfordringene
Kulturforskjeller i et tverrdisiplinært samarbeid	✓ (Re)etablering av gjensidig respekt og kjøreregler for samarbeidet ✓ Flere møtearenaer - uformelle treff ✓ Enighet om prosjektmetodikk og kultur for vårt prosjekt
Skiftende prosjektlederskap - manglende oppfølging av prosjektdeltagere	✓ Identifisere årsaken til skiftende prosjektlederskap, og adressere denne ✓ Dedikert (100%) prosjektleder – større fokus på lederskap –tettere oppfølging og støtte
Dårlig fremdrift	✓ Nærmere analyse av arbeidsomfang per leveranse ✓ Tilskudd av flere ressurser (arbeidspakke 3) ✓ Vurdere ambisjonsnivået for prosjektet ✓ Struktureerte evalueringer av prosjektet
Manglende kommunikasjon internt og eksternt	✓ Interessentanalyse ✓ En gjennomgående og <i>levende</i> kommunikasjonsplan ✓ Ressurser og kompetanse til kommunikasjon

Figur 1. Resultater studentrapport

Det er kjent at rapporten er blitt gjennomgått av prosjektledelse og styringsgruppe i TELMA, men hvorvidt systematiske forbedringstiltak er iverksatt for å håndtere utfordringene som er identifisert er ukjent.

3.3 Fremmere for gevinstrealisering i TELMA

I løpet av de to første årene prosjektet har pågått har det blitt lagt ned stor innsats i å utvikle tjenesteforløp for de ulike sykdomsgruppene, samt tilpasse valgt teknologi. Følgende tre fremmere (identifisert gjennom intervju) kan ha vært med på å sikre fremdrift og føre til gevinstrealisering i TELMA:

Fremmere	Aspekter som beskriver fremmere
Entusiasme og eierskap	<ul style="list-style-type: none"> • Tro på prosjektet • Større bilde av helsetjenesten enn egen organisasjon • Tanker om fremtidige utfordringer i helsetjenesten • Ser mulighet som teknologien kan gi • Lære av tidligere erfaringer, andre bransjer og ser overførbarhet fra TELMA til andre prosjekter

	<ul style="list-style-type: none"> • Dedikerte personer med eierskap • Fleksibilitet
Tjenestekvalitet	<ul style="list-style-type: none"> • Pasienttilfredshet • TMS-helsepersonell tilfredshet • Tilfredsstillende teknologisk løsning • Medisinskfaglig pasientoppfølging
Digitalisering	<ul style="list-style-type: none"> • Teknologisk utvikling i samfunnet • Telemedisin attraktivt for helsepersonell

Tabell 1. Fremmere for gevinstrealisering i TELMA

Entusiasme og eierskap

Interessentene har stor tro på TELMA, og mener at innføring av teknologi (herunder telemedisin) er helt nødvendig for å lykkes med fremtidens utfordringer i helse- og omsorgstjenestene. Da TELMA er et interorganisatorisk samarbeidsprosjekt, tolkes det som positivt at flere av respondentene ser seg selv eller egen organisasjon som en del av en tjenestekjede for leveranse av helsetjenester. Entusiasme og eierskap blant interessenter er en viktig drivkraft og helt essensielt for å lykkes med prosjektgjennomføring, hvilket er svært gledelig å oppleve i TELMA.

Tjenestekvalitet

Høyt kvalifisert helsepersonell har utarbeidet og sikret innholdet i tjenestetilbudet og vektlegger individuell pasientoppfølging samt utøvelse av klinisk skjønn for å ivareta hver enkelt pasient. Pasienter opplever telemedisinsk oppfølging gjennom TELMA som positiv og bedre enn dagens tradisjonelle tjenester for kronikere. Nettbrett og teknologisk løsning er brukervennlig hvilket påvirker pasientens og helsepersonells opplevelse av tjenesten I tillegg er opplæring til både pasienter og helsepersonell på TMS i fokus. Summen av disse aspektene peker på at tjenesten er designet i et kvalitetsperspektiv noe som fremmer en del av hensikten med prosjektet; *levere gode helsetjenester*.

Digitalisering

Som følge av økende digitalisering i samfunnet vil innbyggere nå være mer vant til å bruke teknologi enn før. Dette kan «hjelp» TELMA i økt måloppnåelse på flere områder: 1) Innbyggere har økt forståelse for teknologi og etterspør endringer i helsetjenesten med bruk av teknologi- hvilket fører til mindre skepsis og økt mulighet for å rekruttere pasienter til prosjektet. 2) Et teknologisk arbeidsmiljø, som eks. telemedisinsk sentral, oppleves som moderne og attraktivt blant dagens arbeidstakere, og vil være et viktig element for å tiltrekke helsefaglig kompetanse i et stadig mer krevende arbeidsmarked i offentlige helsetjenester.

Da de identifiserte fremmerne er dynamiske er det viktig å håndtere disse på en strategisk måte for å unngå at de endrer seg til hemmere for gevinstrealisering i TELMA. For eksempel at personlig entusiasme og eierskap endrer seg til endringsmotstand og manglende eierskap.

3.4 Problemområder i TELMA

Arbeidet i TELMA har gitt viktige resultater, men det har også oppstått betydelig utfordringer. Uavhengig av resultater fra studentrapporten om TELMA (kap. 3.2) har arbeidsgruppen identifisert 6 problemområder som anbefales adressert for å sikre måloppnåelse. Problemområde 1-5 ble presentert og bekreftet av prosjektgruppen på prosjektsamlingen i Lyngør (februar 2018). Tabell 2 gir en oversikt over problemområdene.

	Problemområder	Forklaring
1	Forsinkelse	Prosjektet ligger etter oppsatt tidsplan og det er ikke tatt stilling til om og hvordan forsinkelsen skal innarbeides
2	Rekruttering av pasienter	Det har vist seg å ta lang tid å rekruttere pasienter og per dags dato (07.03) er det kun 12-15 pasienter i Farsund og 1-2 i Kristiansand. Flere av pasientene i Farsund ble rekruttert før prosjektet startet, mens U4H enda var i drift i Farsund
3	Samfunnsøkonomisk lønnsomhet	Det er uklart om tjenesten er samfunnsøkonomisk lønnsom og vil frigjøre helsepersonellressurser (del av hensikten med prosjektet), behov for storskala utprøving
4	Mangel på ressurser	Aktivitetene som er planlagt i prosjektet er større enn tilgjengelige ressurser
5	Bærekraftig forvaltningsmodell	Slik som tjenesten er definert per dags dato vil nasjonal forvaltningsmodell hindre en bærekraftig tjeneste etter prosjektslutt
6	Manglende forståelse for storforbrukere av kommunale helsetjenester	Dette er en grunnleggende forutsetning for å kunne si noe om hvilke grupper som kan ha størst nytte av telemedisin, og videre svare ut deler av prosjektets oppdrag

Tabell 2. Problemområder i TELMA

Problemområdene henger delvis sammen. Forsinkelsen har gjort det vanskeligere å rekruttere pasienter, og sviktende rekruttering vil kan gjøre det vanskelig å si noe om potensialet for samfunnsøkonomisk lønnsomhet. Dersom det ikke lykkes å rekruttere et tilstrekkelig antall pasienter i prosjektperioden kan det indikere at det heller ikke vil lykkes i en driftsfase. Dette prosjektet strekker seg over en relativt lang periode, og det er fremdeles 21 måneder igjen av prosjektet. Det må derfor være kritisk for å kunne besvare hovedmålet innen prosjektslutt å rekruttere et tilstrekkelig antall pasienter. Mangel på ressurser har også hatt betydning for framdriften i prosjektet. Disse funnene er kommet fram gjennom intervjuer av ulike interessenter, og funnene tyder på at der er flere årsaker.

3.5 Hemmere for gevinstrealisering i TELMA

Gjennom intervjuer er fire hemmere identifisert (Tabell 3). Disse kan bidra til å forklare problemområdene i Tabell 2 og dermed være viktige for å kunne legge grunnlag for gevinstrealisering i TELMA.

Hemmere	Aspekter som beskriver hemmere
Nasjonal forvaltningsmodell	<ul style="list-style-type: none"> • Semi-desentralisert helsesystem med ulike finansieringsordninger for kommuner, fastleger og sykehus
Digitalisering	<ul style="list-style-type: none"> • Konkurrerende teknologi og tjenester • Håndtering av store mengder data fra pasienter
Kompleks institusjonell kontekst	<ul style="list-style-type: none"> • Ulik forvaltningspraksis • Ulike samarbeidsaktører med ulike interesser • Ulik oppfatning av suksess • Ulike perspektiver på sentrale konsepter (telemedisin, gevinstrealisering, forskning, inklusjonskriterier, brukergrupper, organisering TMS, innhold i TM oppfølging) • Mangel på forståelse for kompleksitet og samarbeidsaktørers situasjon

	<ul style="list-style-type: none"> • Teknologiske problemstillinger (mangel på integrasjoner mellom systemer, uklarhet og sårbarhet rundt teknologiansvar og utstyrslogistikk)
Organisering og ledelse	<ul style="list-style-type: none"> • Manglende identifisering og involvering av nøkkelinteressenter • Uklar prosjektstruktur og utydelig ledelse • Mangel på kommunikasjon • Manglede støtte og forståelse fra toppledelse/prosjektledelse • Oppstart av TELMA (forankring, strategi) • Samarbeidsklima (mistillit og konflikter) • Usikkerhet om telemedisin som effektiv tjeneste • Kommunal forvaltningspraksis kombinert med innovasjonsprosjekt • Endringsmotstand

Tabell 3. Hemmere for gevinstrealisering i TELMA

Nasjonal forvaltningsmodell

Med utgangspunkt i hvordan tjenesteforløpet er designet i TELMA pr. nå vil den nasjonale forvaltningsmodellen være til hinder for en bærekraftig drift av telemedisinsk oppfølging i Norge. Erfaringer fra U4H blir nevnt som eksempel, hvor det var utfordrende at gevinster og utgifter kom på forskjellig sted i helsetjenesten. I og med at U4H har vært brukt som utgangspunkt for tjenesteforløpet i TELMA, forventes det at man vil møte på samme utfordringer nå som da.

Digitalisering

Selv om digitalisering kan være med på å fremme gevinstrealisering i TELMA (kap. 3.2), kan det også være til hinder for gevinstrealisering. Ulike typer teknologier og tjenester utvikles parallelt med prosjektet og kan utfordre aktualitet, fremdrift, og involvering. Eksempler på dette er Kommunalt responscenter som har hatt stort fokus og «konkurrert» med TELMA både i form av ressurser og prioritet. I tillegg utvikles ulike typer helseapplikasjoner og løsninger som både fastleger, kommuner og sykehus kan benytte. Å få en oversikt over hvilket marked TELMA opererer i kan være hensiktsmessig for målrettet kommunikasjon både internt og eksternt. I tillegg vil økt mulighet for å måle og rapportere pasientdata på tvers av tjenestenivå utfordre hvem som skal eie og håndtere denne type data. Økt mulighet for pasientrapportering og opplysning om egen sykdom kan også potensielt føre til økt etterspørsel etter tjenester, hvilket er motsatt av intensjonen om redusert bruk av helsepersonellressurser.

Kompleks institusjonell kontekst

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom mange ulike aktører og funn fra intervjuene demonstrerer kompleksitet på mange områder (eks. ulik forvaltningspraksis, ulike interesser, ulike tanker om suksess, ulike perspektiver på sentrale konsepter, samt teknologiske problemstillinger). Kompleksiteten som et interorganisatorisk samarbeid medfører legger organisering og ledelse av prosjektet en ekstra dimensjon, og krever forståelse og kompetanse til å håndtere.

Organisasjon og ledelse

På bakgrunn av kompleksiteten som prosjektet demonstrerer, er prosjektledelse og prosjektorganisering mer krevende i TELMA enn i prosjekter som drives i én organisasjon. Intervjuene peker på noe uklare prosjektstruktur, ansvarsfordeling og ledelse (både i prosjektet og internt i de ulike organisasjonene). Å få til et godt samarbeidsklima kan også være utfordrende, spesielt når mange ulike aktører samarbeider. Konflikter og mistillit blant aktørene har oppstått, spesielt i tidlig fase av prosjektet. Det er ulik oppfatning blant informantene om samarbeidsklimaet fortsatt er utfordrende eller oppleves som bra.

Da tjenesteforløpet i TELMA utvikles på tvers av forvaltningsnivå og organisasjoner har det vært helt nødvendig å enes om en felles prosess blant aktørene. Dette har imidlertid vært svært tidkrevende på grunn av mange avhengigheter og uklare ansvarsforhold, hvilket igjen har ført til stor arbeidsbelastning på enkeltpersoner samt utfordret prosjektfinansieringen.

Det er mange interessenter å håndtere i TELMA for at prosjektet skal fungere og levere optimalt. Funn fra intervjuene peker på at sentrale aktører som fastlege og pasienter/brukerrepresentanter har i liten grad vært involvert, samt at forvaltningsenheten ble koblet på for sent. Det kan imidlertid være både en styrke og utfordring for TELMA at kommunal forvaltningspraksis har stor påvirkning på prosjektet. På den ene siden kan dette være med på å sikre en bedre overgang fra prosjekt til drift. På den andre side uttrykkes det bekymring for at stort driftsfokus er til hinder for prosjektets fleksibilitet.

4. Forslag til endringer etter iterasjon 1 og veien videre

Evaluering av pasientforløpet i U4H, studentrapporten om TELMA, samt identifisering av problemområder og hemmere/fremmere er gjort uavhengig av hverandre. Likevel er mange av funnene overlappende, hvilket kan tyde på manglende fokus og iverksettelse av tiltak over tid. Arbeidsgruppen for gevinstrealisering anbefaler derfor sterkt at styringsgruppe og prosjektledelse gjør opp status og arbeider systematisk med å håndtere utfordringene som eksisterer for å oppnå suksess. Med utgangspunkt i funn fra evalueringen av pasientforløpet i U4H, hovedkonklusjonene i studentrapporten og i identifiserte problemområder (Tabell 2) og hemmere (Tabell 3) foreslås seks hovedtiltak for å økt måloppnåelse i TELMA:

4.1. Etabler målklarhet i prosjektet

Det er viktig for prosjektstyringen at det er felles oppfatning av hva målsettingene innebærer og hvilke føringer det gir for hva tjenesten skal inneholde, og hvilken kvalitet tjenesten skal ha. I den grad målsettingene endres underveis må det nedfelles skriftlig, og kommuniseres. For øyeblikket er det ulike oppfatninger i prosjektgruppen om viktigheten av målsettingen om redusert bruk av helsepersonellressurser. Konsekvensen av dette er at hovedmålene i prosjektet ikke gjenspeiles i tilstrekkelig grad i prosjektets aktiviteter.

Anbefalt tiltak 1: Prosjektets mål må kommuniseres mer entydig fra prosjektledelse og styringsgruppe.

Anbefalt tiltak 2: Det bør utarbeides en kort begrunnelse for hvordan tjenestene i TELMA bidrar til å realisere prosjektets mål om tjenester av god kvalitet og redusert behov for helsepersonellressurser. Her bør det framgå hvilke indikatorer som skal påvirkes av tjenesten og i hvilket omfang (jfr. skisse til samfunnsøkonomisk analyse).

Tiltakene vil sette fokus på prosjektets mål og bidra til å danne grunnlag for en senere evaluering. Tiltaket vil bidra til å adressere problemområde 1 Forsinkelse, 3 Samfunnsøkonomisk lønnsomhet og bidra til 4 Mangel på ressurser.

4.2 Bli bedre på håndtering av interessenter

TELMA er et komplekst prosjekt med en rekke interessenter som kontinuerlig balanserer egne interesser mot prosjektets målsetninger og aktiviteter. Kompleksiteten legger på mange måter grunnlag for innovasjon men utgjør også en risiko i forhold til måloppnåelse og gevinstrealisering. Interessenthåndtering danner grunnlag for fremdrift, rekruttering av pasienter, kommunikasjon i prosjektet og målrettet allokering av ressurser til enhver tid – elementer som har vist seg å være utfordrende i TELMA så langt (jfr. kap. 3.4). Eksempelvis:

- har det vært klarhet knyttet til ansvar og avhengigheter mellom leveranser,
- fastleger er ansett som nøkkelinteressent for å rekruttere pasienter, men denne gruppen har likevel ikke blitt tilstrekkelig involvert,
- er interesseorganisasjonene ikke blitt aktivt involvert,
- er kompetansesammensetningen i arbeidsgruppene hensiktsmessig for måloppnåelse i TELMA (balanseres ulike interesser i TELMAs aktiviteter på en tilstrekkelig måte)?
- hvor målrettet er involveringen av kommunene på Agder er i forhold til fremtidig bruk av tjenestene i TELMA?

I tillegg

- er det underveis fremkommet at tjenestene i TELMA overlapper med eksisterende tjenester (f.eks. fra Frisklivssentralen) uten at prosjektet forholder seg aktivt til dette
- er kommunikasjon fra prosjektet (f.eks. tekst på TELMA.no) ikke tilpasset viktige målgrupper og bidrar derfor heller ikke til rekruttering av pasienter.
- teknologiske problemstillinger, for eksempel mangel på integrasjoner mellom systemer, klarhet og sårbarhet rundt teknologiansvar og utstyrslogistikk blir ikke kommunisert i prosjektet.

Basert på elementene over, anbefaler vi en mer strukturert interessenthåndtering i TELMA.

Anbefalt tiltak 3: Oppdater interessentanalysen. **Analysen må benyttes aktivt fremover for å sikre at sentrale interessenter er involvert.**

Den oppdaterte analysen må inneholde oversikt over sentrale interessenter internt og eksternt, og danne grunnlag for ansvarsfordeling og involvering samt rekruttering av pasienter. Den synliggjør risiko i prosjektet, som prosjektledelsen bør være bevisst på. Den bør danne grunnlag for kommunikasjon underveis i prosjektet, slik at ulike interessenter ser at prosjektets resultater er samfunnstjenlige.

Anbefalt tiltak 4: Det må utarbeides en gevinstrealiseringsplan på bakgrunn av den samfunnsøkonomiske analysen og prosjektets målsettinger.

Gevinstrealiseringsplanen må utarbeides av prosjektledelsen i samarbeid med arbeidspakke 2, og med innspill fra de andre arbeidspakkene. Gevinstrealiseringsplanen vil tydeliggjøre hvem som er ansvarlig for hva i prosjektet. Denne må godkjennes av styringsgruppa.

Tiltakene vil bidra til å adressere problemområde 1. Forsinkelse, 2. Rekruttering av pasienter, 3. Samfunnsøkonomisk lønnsomhet og 5. Bærekraftig forvaltningsmodell. Tiltaket vil også bidra til å adressere 4. Mangel på ressurser ved å danne grunnlag for målrettet ressursallokering.

4.3 Planlegg arbeidet med forvaltningsmodell

Evalueringsrapporten (jfr. 3.1) pekte på at det er kritisk at det etableres styringsmekanismer som håndterer fordelingseffekter, dvs. hvordan man bevisst håndterer at kostnader og nytte oppstår i ulike deler av prosjektet og senere i blant aktørene. Dette er foreløpig ikke gjort, og det vil være svært viktig for å kunne ta beslutning om videreføring i fast drift.

Anbefalt tiltak 5: Planlegg arbeidet med organisasjons- og finansieringsmodell for drift etter prosjektperioden. Dette planleggingsarbeidet må gjøres såpass tidlig at man rekker å gjøre nødvendige beslutninger i forhold til varig drift.

Både nasjonale og regionale interessenter bør involveres i dette arbeidet. RKG-strukturen kan være hensiktsmessig for å sikre regional forankring. En oppdatert interessentanalyse vil danne et godt grunnlag for dette tiltaket. Tiltaket adresserer problemområde: 5. Bærekraftig forvaltningsmodell direkte men vil også være kritisk for å oppnå 3. samfunnsøkonomisk lønnsomhet på sikt.

4.4 Kalibrer ambisjonsnivå og aktiviteter med tilgjengelige ressurser

Våre data tyder på at det er usikkerhet blant interessentene om det er tilstrekkelig ressurser i TELMA til å gjennomføre alle planlagte aktiviteter med tilstrekkelig kvalitet. Usikkerheten ble bekreftet på prosjektsamling i Tvedestrand i februar 2018. I verste fall kan gap mellom ambisjonsnivå og ressurser resultere i svak måloppnåelse. Usikkerheten knytter seg særlig til følgende elementer

- Om antall tjenester / pasientgrupper er realistisk
- Om det er rom for å gjøre endringer i tjenestene basert på læring i prosjektet
- Om tjenestene lar seg skalere til ønsket omfang slik de er designet nå, og med ressursene i TELMA

Usikkerheten må ses i lys av at en rekke av aktivitetene (f. eks. design av tjenestene, samfunnsøkonomisk analyse, identifisering av storforbrukere av tjenester, rekruttering av pasienter, interessenthåndtering) har vist seg å være mer omfattende og ressurskrevende enn først antatt.

Anbefalt tiltak 6: Gjennomgå ambisjonsnivå i forhold til ressurser og aktivitetsnivå.

Tiltaket adresserer på mange møter summen av problemområdene og forventes å være sentralt for måloppnåelse i TELMA.

4.5 Videre arbeid i arbeidspakke 2

Arbeidsgruppa for gevinstrealisering arbeider videre med

- Samfunnsøkonomisk analyse
- Datainnsamling i form av intervjuer
- Analyse av spørreskjemaer til pasienter
- Forberede innhenting av data fra kommunale EPJ-system, IPLOS, KUHR og NPR
- Evaluering av ulike problemstillinger som ikke er gjort i denne rapporten
 - Kompetanse og kontinuitet ved høyere volum (jfr. 3.1)

Videre vil arbeidsgruppa arbeide med evaluering av de tiltak som bestemmes av styringsgruppa. Basert på dette arbeidet vil arbeidsgruppa legge fram delrapport 2 til behandling ved slutten av iterasjon 1 (styringsgruppa må på et tidspunkt ta stilling til når dette er hensiktsmessig)

Referanser

- Clarke, N, *Semesteroppgave: ORG959 Prosjektorganisering og ledelse*. 2017.
- Flak, L., Moe, C.E., Thygesen, E., *Evaluering av behandlingsforløp for pasienter med KOLS i prosjektet United4Health i Agder*. 2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet, *Meld. St. 29. Morgendagens omsorg*, Helse- og omsorgsdepartementet. 2013: Oslo.
- Holmøy, E., J. Kjelvik, and B. Strøm, *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*, Statistisk sentralbyrå. 2014.
- Barnett, K., et al., *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study*. *Lancet*, 2012. **380**(9836): p. 37-43.
- Sein, M., Henfridsson, O., Purao, S., Rossi, M., and Lindgren, R. 2011. "Action Design Research," *MIS Quarterly*. (35:1), pp. 37-56.

Vedlegg 1: Skisse til samfunnsøkonomisk analyse

I henhold til referat fra styringsgruppens møte 22.03 d.å. ble det uttrykt at det er: «Ønskelig med indikatorer, gevinster, ansvarlige (gevinstrealiseringsplan som kan brukes i markedsføring mot andre kommuner, ref. gevinstrealiseringsplan utarbeidet for responscenteret).» Det er som tidligere angitt i notat ikke mulig på nåværende tidspunkt å gi gode tallestimat på gevinstpotensialet ved deltakelse i Telma. Vi vurderer det som lite gunstig å gjøre beregninger basert på dårlig funderte anslag av sentrale økonomiske størrelser. Vi avventer derfor informasjon fra bl.a. Kristiansand kommune og Sørlandet sykehus som kan sikre en viss kvalitet på anslaget. For tiden kjenner vi eksempelvis ikke til hva en vedtakstime om hjemmesykepleie koster, hvor mange vedtakstimer som i gjennomsnitt tildeles brukere i de ulike pasientgruppene, antall sykehusinnleggelser og varighet på disse, antall polikliniske konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, eller bruk av fastlegetjenester.

I tabellen under er et forslag til indikatorer som kan belyse potensiale for endringer i kostnader for (i) en kommune, (ii) en bruker, (iii) et sykehus og (iv) øvrig statlig virksomhet. Det er helt sentralt at en får kartlagt brukernes ressursbruk (og helsetilstand/funksjonsnivå) når de blir inkludert i Telma, fordi dette vil danne referansen for alle seinere rapporterte endringer i ressursbruk. Hvis en ikke kjenner utgangspunktet har en heller ikke mulighet for å si noe om effekt av Telma for brukerne. En ønsker jo å avdekke om bruk av telemedisin medfører *mer* eller *mindre* kostnader *enn dagens praksis*, videre om telemedisin medfører bedre eller lik helsetilstand/ livskvalitet hos brukerne. I tabellen er hovedfokus på synliggjøring av kvantitative størrelser (helseeffekter er selvsagt minst like viktig som økonomiske effekter, men er bare i begrenset grad belyst her). Innføring av telemedisin vil kunne medføre endring i både *omfang* og *innhold* på tjenestene som ytes til den enkelte bruker/pasient. Tidspunkt for måling kan gjøres mer finmasket enn forslaget her.

Forslag til indikatorer for synliggjøring av (netto) gevinster (prikker angir at tekst er identisk med venstre kolonne)

OM TJENESTEMOTTAKER/ bruker inkludert i Telma	Datakilde	Status ved inklusjon i Telma	Status 1 mnd. etter inklusjon	Status 3 mnd./ 6 mnd. etter inklusjon	12 mnd. etter avslutning	Gevinst	Ansvar gevinstrealisering
Karakteristika ved bruker: <ul style="list-style-type: none"> • funksjonsnivå • antall år med diagnosen • medikamentbruk • selvrapportert helsetilstand og livskvalitet • alder • sivilstatus • bosituasjon etc. 	Kommunehelsetjenesten gjennom bla. inntaksvurdering og sykepleierkartlegging KUHR, IPLOS Bruker gjennom rapportering i SurveyXact Medikamentbruk: usikre data og av ukjent kvalitet	Funksjonsnivå Medikamentbruk Selvrapportert helsetilstand og livskvalitet	Funksjonsnivå Medikamentbruk Selvrapportert helsetilstand og livskvalitet	Endring i funksjonsnivå Endring i medikamentbruk Endret selvrapportert helsetilstand og livskvalitet	Helsetjenestene Bruker

KOMMUNEFOKUS	Datakilde	Status ved inklusjon i Telma	Status 1 mnd. etter inklusjon	Status 3 mnd./6mnd. etter inklusjon	12 mnd. etter avslutning deltakelse	Gevinst	Ansvarlig gevinstrealisering
Tildelt hjemmebaserte tjenester: 1. hjemmesykepleie utført av sykepleie 2. hjemmesykepleie utført av helsefagarbeider 3. hjemmesykepleie utført av assistent 4. praktisk bistand	Kommunehelsetjenesten ved Enhet for tjenestetildeling. Informasjon innhentes bla. gjennom inntaksvurdering og sykepleierkartlegging (WP3?) Bruker gjennom rapportering i SurveyExact	Vedtak antall besøk per uke Vedtak tildelt timeressurs per uke. Anslag/beregning av andel timeressurs som er: 1. «ansikt til ansikt» tid 2. reise/transport tid 3. administrasjonstid	Vedtak antall besøk per uke Vedtak tildelt timeressurs per uke. Anslag/beregning av andel timeressurs som er: 1. «ansikt til ansikt» tid 2. reise/transport tid 3. administrasjonstid	.	.	Endring i antall besøk Endring i tildelt timeressurser Endring i tidsbruk: 1. som følge av endret tjenesteinnhold: <ul style="list-style-type: none"> • type helsepersonell som yter tjenesten 2. som følge av endret tjenesteinnhold: <ul style="list-style-type: none"> • endret ansikt til ansikt tid • endret reisetid • adm.tid 	Kommunehelsetjenesten
Gevinster			Endring volum og innhold i tjenester etter 1 mnd.	Endring volum og innhold i tjenester etter x. mnd.	Endring volum og innhold i tjenester tiden etter Telma	Endret volum og endret tidsressurs knyttet til: *Ansikt til ansikt *Reisetid *Adm. Frigjøring av/beslag på personellressurser	Kommunehelsetjenesten ved enhet for tjenestetildeling
Kommunens kostnader ved hjemmebaserte tjenester	Kommunehelsetjenesten, økonomi	Pris per time (inkl. sosiale kostnader): <ul style="list-style-type: none"> • sykepleier (ansiennitet 0) • helsefagarbeider (ansiennitet 0) • assistent (ansiennitet 0) 	Kommunehelsetjenesten
Gevinster			Endring utgifter til hjemmesykepleie	.	.	Endring utgifter til hjemmesykepleie. Frigjøring av budsjettmidler for omdisponering og/ eller økt kvalitet til andre brukergrupper.	Kommunehelsetjenesten

Innleggelse på kommunal institusjon – korttidsopphold	Kommunehelsetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • antall opphold siste år • varighet hvert opphold siste år Alternativt: <ul style="list-style-type: none"> • gjennomsnittlig antall døgn i tidsperioden knyttet til aktuelle brukergrupper 	.	.	<ul style="list-style-type: none"> • antall opphold siste år • varighet hvert opphold siste år 	Endret bruk av kommunale institusjonsplasser Endret kostnader knyttet til institusjonsopphold. Endret behov for investeringer i bygg og personell.	Kommunehelsetjenesten
Fysioterapi v/ avtalefysioterapeut og legevakt	KUHR	Bruk av fysioterapi, mm.					
Bruk av legevakt	KUHR	Antall legevakskonsultasjoner siste 6 mnd.				Endret bruk av legevaktstjenester.	Bruker
	Datakilde	Status ved inklusjon i Telma	Status 1 mnd. etter inklusjon	Status 3 mnd./ 6mnd. etter inklusjon	12 mnd etter avslutning deltakelse i Telma	Gevinst	Ansvarlige
Drift telemedisinsk sentral	Kommunens øk. kontor	0 kr	Utgifter til drift av telemedisinsk sentral: Ansatte: 1. antall årsverk 2. kompetanse årsverk 3. Driftstid 4. Antall henvendelser 5. Tidsbruk per henvendelse 6. tidsbruk samhandling andre aktører 7. Lønnsutgifter pr ansattgruppe	.	.	Økte utgifter	Helse & sosialtjenesten i aktuell kommune.

			Drift sentral: 1. utgifter areal/kontor/etc. 2. utgifter drift teknisk utstyr 3. investeringer osv.				
Aktiviteter telemedisinsk sentral	Rapportering fra Telemedisinsk sentral / eier sentral		Antall henvendelser fra ulike brukergrupper: 1. kols 2. diabetes 2 3. hjerte/kar 4. andre Henvendelser fra ulike kommuner: 1. antall henvendelser fordelt på ulike brukergrupper (=F) 2. størrelsen på F i lys av antall brukere i hver av gruppene (R) 3. F og R på ulike kommuner. 4. Frekvens henvendelser til sentral	.	.	Endring i forbruksmønster. 1. utvikling over tid i forbruk per bruker i hver av de ulike pasientgruppene, i ulike kommuner. 2. utvikling over tid i forbruk totalt fra de ulike kommunene 3. utvikling i type henvendelser over tid (innhold, varighet og hyppighet samt ukedag og tidspkt) 4. Avdekking av event. skalafordeler i drift av telemedisinsk sentral 5. Identifisere gode betalingsordninger/finansieringsmodeller	Helse & sosialtjenesten i aktuell kommune.
Ressursbruk Telma	Kommunen		Utgifter innkjøp og vedlikehold av teknisk utstyr, samt «nullstilling utstyr». 1. Siemens 2. Kommunens ansatte	.	.	Økte utgifter	?

		0 kr	Utgifter innkjøp og vedlikehold av medisinteknisk utstyr (oksymeter, etc) Utgifter opplæring og brukerstøtte	.	.		
Gvinster			Endring utgifter til kommunale helse og omsorgstjenester tjenester etter 1 mnd.	Endring utgifter til kommunale helse og omsorgstjenester etter 3. mnd.	Endring utgifter til kommunale helse og omsorgstjenester etter Telma.	Endring utgifter. Endring i utgifter pr bruker fordelt på type tidsbruk: *Ansikt til ansikt *Reisetid *Adm. Frigjøring av/beslag på av økonomiske ressurser knyttet til personellressurser	Enhet for tjenestetildeling

BRUKERFOKUS	Datakilde	Status ved inklusjon i Telma	Status 1 mnd. etter inklusjon	Status 3 mnd./ 6mnd. etter inklusjon	12 mnd. etter avslutning deltakelse	Gevinst	Ansvarlig gevinstrealisering
Medikamenter							Fastlege/spesialist
Kostnader hjemmebaserte tjenester: 1. for bruker (egenbetaling)	Kommunen	Antall besøk Sum egenbetaling per uke	Antall besøk Sum egenbetaling per uke	.	.	Endring i utgifter til hjemmetjenester	
Fastlege *antall besøk *egenbetaling *frikort *reisetid * transportmiddel (off., privat, stat) * følge av pårørende	Helfo surveyExact	Antall besøk siste 6 mnd Snitt egenbetaling per besøk Frikort: ja/nei	.	.	.	Endring i konsultasjoner hos fastlege (volum og type om mulig)	Fastlege/ bruker?
Sykemeldingsperioder	NAV	Antall dager sykemelding i snitt pr år	na	na	Antall dager sykemelding i snitt siste 12 mnd.	Tapt arbeidsfortjeneste	fastlegen
Helsegevinster	SurveyExact som bruker rapporterer i	Status selvrapportert helsetilstand og livskvalitet				Endring i selvrapportert helsetilstand Endring i selvrapportert livskvalitet	

SYKEHUSFOKUS	Datakilde	Status ved inklusjon i Telma	Status 1 mnd. etter inklusjon	Status 3 mnd./ 6mnd. etter inklusjon	12 mnd etter avslutning	Gevinst	Ansvarlige gevinstrealisering
Antall innleggelser *elektive *akutt Antall liggedøgn Antall reinnleggelser Antall dagopphold (psykiatri) Ambulante tjenester (psykiatri) Antall polikliniske konsultasjoner 1. somatikk 2. psykisk helsevern	SSHF, NPR, Må avtale systematisk innhenting av data – rapportuttrekk. AWE er i prosess vedr.dette					Endring i forbruk sykehustjenester.	Innleggelser: Fastlege Kommunehelsetjenesten SSHF
Pasientreiser	Pasientreiser					Reduserte utgifter knyttet til transport.	Samfunnet/sykehus
Gvinster						Frigjør kapasitet sengeposter Frigjør kapasitet helsepersonell Reduserer aktivitetsbaserte inntekter Bedre helsetjenester	
ØVRIG STATSKASSE FOKUS							
Utgifter medikamenter	Helfo					Endring i forbruk medikamenter (volum), og type medikamenter.	Fastlege Kommunehelsetjenesten
Fastlege *antall besøk * refusjon HELFO	Helfo					Reduksjon i refusjoner	Fastlege Kommunehelsetjenesten

Gvinster					Innsparing i utgifter til medikamenter (stat, sykehus og bruker (egenandel)	Økonomisk besparelse som følge av endret forbruk av medikamenter: typer og volum, varighet.	Fastlege Kommunehelsetjenesten
----------	--	--	--	--	---	---	-----------------------------------

Avstandsoppfølging av personer med KOLS – eksempel på økonomiske konsekvenser for en kommune.

Forutsetninger:

Antar en kommune som selv ikke drifter telemedisinsk sentral, men abonnerer på dette.

Antar en bruker som ved inkludering allerede mottar tjenester fra kommunen. Antar videre at eventuell bruk av praktisk bistand *ikke* blir påvirket av om vedkommende mottar tjenester via Telma.

Talleksempel.

- Anta at en kols pasient som blir inkludert i Telma allerede får hjemmesykepleie
- Denne brukeren mottar tjenester av en sykepleier med minstelønn (ingen ansiennitet). Tarifflønn pr 1.7.2017: kr 376.200.
- Forutsetter at sykepleier ikke har sykefravær, mottar ingen kurs/opplæring, og det påløper ingen kontorutgifter, etc.

Dette gir en timelønn inkludert arbeidsgiveravgift på 316 kr.

En kommune som abonnerer på Telma til kr 2500 pr mnd. i totalt 3 måneder, må redusere tilbudet til den aktuelle kols pasienten med 8 timer i måneden, dvs. 2 timer i uken for at utgifter på Telma skal dekkes inn ved innsparing timeressurs sykepleie i den aktuelle tidsperioden. Kutt i tilbudet må skje fra dag en.

For at dette skal være økonomisk gunstig på kort sikt, må altså tilbudet gis til brukere som allerede mottar minst 2 timer hjemmesykepleie i uken, aller helst mer. Det er urealistisk at en ved inklusjon i Telma kan fjerne helt tilbudet av hjemmetjenester fra dag en (fra 8 timer til 0). Derfor må ideelt sett treffe brukere som minst har 16 timer hjemmesykepleie i mnd. (en halvering vil nok oppleves som dramatisk nok).

Dersom en antar at effekt i form av redusert bruk av hjemmebaserte tjenester vil være også utover forsøksperioden (for eksempel i 6 mnd.) vil «krav» til reduksjon i volum reduseres.

Siden vi jo pt ikke vet om brukerne faktisk mottar hjemmesykepleie, og heller ikke hvor mange vedtakstimer, så er dette regnestykket bare en lek med tall. Om tjenestene ytes av personell som har lavere kompetanse (eks helsefagarbeider) blir timekostnaden enda lavere, og kutt i timer må bli enda større for at sum innspart skal bli minst 2.500 pr mnd.

Eksempel dersom både *omfang* og *innhold* i hjemmesykepleietjenestene som ytes endres som følge av inklusjon i Telma.

Tall vil avhenge av hvilken kommune som rapporterer.

Per bruker av Telma	Pr mnd.	Totalt 3 mnd.
Abonnement Telma	2.500	7.500
Redusert bruk av hjemmesykepleietjeneste		
Ett mindre besøk i uken av sykepleie	X kr	= X*3

(Antar 0 års ansiennitet)		
<ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk ansikt til ansikt • Tidsbruk reise • Tidsbruk administrasjon 	Y kr	= Y*3
Ett mindre besøk i uken av helsefagarbeider (Antar 0 års ansiennitet)	Z kr	= Z*3
<ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk ansikt til ansikt • Tidsbruk reise • Tidsbruk administrasjon 	Minutter Minutter Minutter	3* Minutter
Ett mindre besøk i uken av assistent . (Antar 0 års ansiennitet)		
<ul style="list-style-type: none"> • Tidsbruk ansikt til ansikt • Tidsbruk reise • Tidsbruk administrasjon 		
	Per bruker i løpet av 3 mnd. periode. Sannsynlighet: S	
Unngått innleggelse på kommunal institusjon for rehabilitering.	Ssh.	
Kostnad pr pr døgn Herav egenandel Herav kommune (kr i) Antall døgn i snitt:		
Kostnader brukerstøtte	?	?

Utfordringer

Kvaliteten på en samfunnsøkonomisk analyse er aldri bedre enn kvalitet på den informasjonen som den baseres på. Datagrunnlaget må ha et visst omfang og kvalitet for at en skal kunne feste lit til de anslag som gjøres i en økonomisk analyse.

For å avdekke gevinster av å innføre avstandsoppfølging, må en ta utgangspunkt i dagens tjenestetilbud og forbruk av disse tjenestene. Dette kan vi referer til som null-alternativet. Vi står ovenfor følgende utfordringer knyttet til angivelse av null-alternativet:

- Kartlegging av bruker/pasientgruppen: hvor mange er de, hva er deres karakteristika (alder, kjønn, yrkesdeltakelse, bosted), hvilke andre diagnoser har de. Hvor langt i sykdomsforløpet er de. Dersom det er underrapportering av forekomst (eks kols) vil en støte på utfordringer i estimering av effekt av at en i TELMA også har et forebyggende mål.
- Kartlegging av faktisk tjenestetilbud i kommunehelsetjenesten rettet mot pasient/brukergruppen som studeres, og beregning av kostnadene knyttet til disse. Herunder omfang på forbruk av hjemmebaserte tjenester (type, antall, tidsbruk og tjenesteinnhold), samt bruk av fastlegetjenester. Typisk vil forbruket av helsetjenester variere i både innhold og omfang avhengig av hvor i sykdomsforløpet pasienten er. Hvilke brukere blant den aktuelle pasientgruppen som er i målgruppen for avstandsoppfølging vil derfor påvirke hva som skal være «null-alternativet». Til tross for at enhetskostnader er betydelig lavere sammenlignet med et sykehusopphold, vil potensielt volum og varighet trolig være mye større og i sum utgjøre en betydelig kostnad.

- Kvaliteten på tjenestene, hva er de helsemessige effektene av tjenestene, og hva er pasientenes opplevelse av disse, herunder selvrapportert livskvalitet.
- Det er pt ikke identifisert en kontrollgruppe i Telma, dvs. inkludering av pasienter er ikke randomisert. Det er derfor viktig at er eksplisitt i hva som er inklusjonsgrunnlaget og at faktisk begrunnelse for inkludering er angitt. Det bør vurderes å foreta en ikke-randomisert, kontrollert design for å styrke analyse av effekter/gevinster.
- Kostnader knyttet til teknologien som anvendes i Telma. Er det en markedspris eller er den kunstig høy som følge av monopolsituasjon, alternativt kunstig lav som følge av subsidiering gjennom offentlig støtte til utvikling av teknologien? I det to siste tilfellene er det vanskelig å anslå en korrekt pris som reflekterer de sanne samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til teknologien.
- Ventelig vil det være store faste kostnader (oppstart og drift) i avstandsoppfølging. Antall pasienter /brukere som inkluderes i studien vil derfor være viktig, så også faktisk bruk ved eventuell implementering. Pasientvolum vil også være viktig for størrelsen på potensiell innsparing i form av lavere tids og reisekostnader for personell, pasienter og pårørende.
- Unngåtte kostnader: en må gjennom prosjektet høste erfaringer over tid for å kunne avdekke om avstandsoppfølging direkte medfører utsatt tjenesteinngang og utsatt behov for opptrapping av helsetjenester. Ideelt bør en da kunne ha en formening om hva som er en «typisk» forbruk av helsetjenester gjennom et sykdomsforløp for en «typisk» pasient i den aktuelle gruppen, samt en formening om omfang av personer i målgruppen.
- Hvilke preferanser har pasienter/brukere? Hvis i en situasjon med fritt valg: ønsker de å benytte avstandsoppfølging framfor nullalternativet som impliserer et personlig møte med helsepersonell? ¹

¹ Befolkningens verdsetting av tjenester vs mottakers verdsettelse av en personlig/skreddersydd tjeneste.