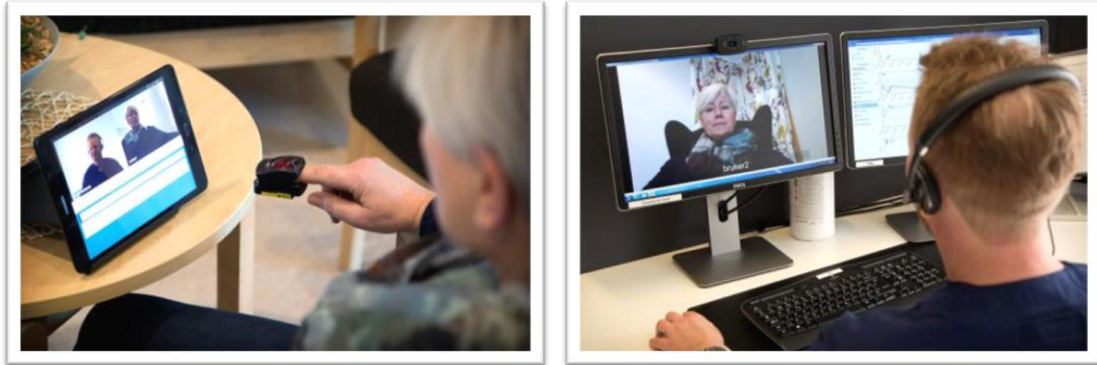


Delrapport 2 - Gevinstrealisering



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

Universitetet i Agder

Desember 2018

Sammendrag

Dette er en foreløpig rapport fra arbeidspakke 2 i Telma til styringsgruppens møte 12.12.2018. Den er et resultat av arbeidet fra mai til desember 2018, og må sees i sammenheng med delrapport 1, som ble behandlet av styringsgruppen 23.05.2018. Rapporten består av to hoveddeler.

Første del er en oppfølging av vedtakene i styringsgruppas møte 23. mai med enkelte anbefalinger om videre arbeid. Vi vurderer det slik at prosjektgruppen er mer samkjørte på målsettingene (tiltak 1), og at det er gjort noe arbeid med «begrunnelse for hvordan tjenestene i TELMA bidrar til å realisere prosjektets mål om tjenester av god kvalitet og redusert behov for helsepersonellressurser». Vi anbefaler at **tjenestene i TELMA (eller et utvalg av disse) revideres slik at man på en enda bedre måte kan teste ut potensialet mindre bruk av helsepersonellressurser** som følge av telemedisinsk oppfølging. Det anbefales at **ansvar og eierskap for plan og måloppnåelse må ligge hos prosjektledelse og styringsgruppe**. Interessentanalysen er oppdatert (tiltak 3), og vi viderefører anbefalingen om at denne brukes aktivt. Rekruttering er utfordrende i TELMA. **Vi anbefaler at man kontakter pasientene direkte med sikte på rekruttering**, slik det er gjort med gode resultater i Danmark. Vi anbefaler også at én person får ansvar og ressurser til å etablere nødvendige tiltak for å sikre rekruttering.

Prosjektledelsen har arbeidet med en gevinstrealiseringsplan (tiltak 4). Data fra prosjektsamlingen i oktober tyder på at kostnadseffektivitet og økt samhandling mellom aktørene ikke oppnås før lenge etter at prosjektet er avsluttet. Dette kan danne grunnlag for å sette inn konkrete tiltak for å realisere alle gevinstene. Tiltak 5 anbefalte å «planlegge arbeidet med organisasjons- og finansieringsmodell for drift etter prosjektets slutt». I mellomtiden er Kristiansand og Agder blitt en del av NVP, og slik sett gjøres dette arbeidet av en annen prosjektgruppe. Imidlertid **ser det ut som at det ikke tas hensyn til at avstandsoppfølging på tvers av organisasjons- og finansieringsmodell gir gode tjenester, men ikke nødvendigvis er økonomisk bærekraftig**. Tiltak 6 anbefalte en gjennomgang av ambisjonsnivå i forhold til ressurser og aktivitetsnivå. Arbeidsgruppen har ikke registrert at ambisjonsnivå er redusert i revidert prosjektdirektiv eller at prosjektet er tilført flere ressurser, og mener derfor at **ambisjonsnivået er høyere enn ressursene i prosjektet tillater**.

Andre del består av en vurdering av status i forhold til de tre hovedmålene, felles telemedisinsk løsning, god tjenestekvalitet og mindre bruk av helsepersonellressurser. Her vurderer vi det slik at det oppnås til en viss grad en felles løsning mellom kommunene som deltar i form av felles teknologi, men med 3 ulike sentraler med noe ulik organisering, men med felles pasientforløp og tilsynelatende relativt uniform praksis. Der er imidlertid ikke noen felles løsning med sykehus eller fastleger, og der er **store utfordringer med integrasjon mot ulike pasientjournalssystemer**. **Vi anbefaler at styringsgruppen vurderer antall telemedisinske sentraler**.

Videre vurderer vi det slik at tjenestene er av god kvalitet, muligens kan den bli enda bedre dersom pasientene kan følges opp 6 og 12 måneder etter at den rutinemessige oppfølgingen avsluttes. Tidsbruken per pasient er for høy, og **vi anbefaler at arbeidsprosessene effektiviseres**. Til sist følger en foreløpig analyse av den mulige samfunnsøkonomiske nytten av tjenesten. Denne analysen viser at redusert bruk av helsepersonell først oppnås dersom:

- a) eksisterende tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten mottar færre besøk av hjemmesykepleie sammenlignet med hva de ville hatt uten å delta i TELMA, eller
- b) avstandsoppfølging i dag bidrar til redusert bruk av ressurser i fremtiden, eller
- c) redusert behov for sykehusinnleggelser og oppfølging i poliklinikk, eller

- d) redusert behov for legebesøk, på legevakt og/eller hos fastlege.

Vurdering av tiltakene etter iterasjon 1

Våren 2018 utarbeidet deltakerne i arbeidspakke 2 «*Delrapport 1- Gevinstrealisering*» som på bakgrunn av systematisk datainnsamling og analyse inneholdt anbefalinger for å sikre fremdrift og måloppnåelse i TELMA. Anbefalingene ble lagt frem for styringsgruppen 21. mars og 23. mai. Følgende to vedtak ble fattet av styringsgruppen 23. mai, 2018:

1. Styringsgruppen tar saken til orientering.
2. Styringsgruppen ber prosjektgruppen komme med forslag til en plan for å følge opp de ulike tiltakene

Deltakerne i arbeidspakke 2 står fortsatt inne for anbefalingene som ble gitt våren 2018.

Tiden fra levering av innspill frem til nå har vært for kort til å gjøre en systematisk analyse av hvilken påvirkning dette har gitt for fremdrift og måloppnåelse i TELMA. Samtidig mener vi det er hensiktsmessig å knytte kommentarer til endringer i prosjektet de siste månedene for å synliggjøre tendenser i positiv eller negativ retning. Under kommenterer vi de enkelte anbefalingene som ble lagt frem for styringsgruppen 23. mai, 2018:

Anbefalt tiltak 1:

Prosjektets mål bør kommuniseres mer entydig fra prosjektledelse og styringsgruppe.

I løpet av høsten har vi observert at prosjektledelsen jevnlig har kommunisert prosjektets formål i ulike forum- både mål om kvalitet og mindre bruk av helsepersonellressurser. Det snakkes mye på TMS-møtene om hvordan tjenesteforløpet som er utviklet i TELMA kan bli samfunnsøkonomisk nyttig, og ikke bare fokus på tjenestekvalitet. Det har også vært diskutert i prosjektgruppen hvorvidt «felles telemedisinsk løsning i Agder» var et middel for å oppnå kvalitet og effektivitet, eller om det var et mål i seg selv.

Prosjektmandatet har også vært revidert i løpet av høsten, hvor delmål og forventede gevinster er konkretisert og henger bedre sammen med prosjektets overordnede mål. Dette anser vi som positivt for økt eierskap og ansvar i prosessen. Oppsummert oppleves det som prosjektgruppen er mer samkjørte på felles mål i TELMA nå.

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).

Dette innspillet har bakgrunn i bekymringen for at tjenestene ikke er designet for å utnytte potensialet teknologien gir for å redusere ressursbehov. Bekymringen er kommunisert muntlig og skriftlig ved gjentatte anledninger.

Tjenestene i TELMA bør undergå en revisjon i siste del av prosjektet basert på læring fra de innledende fasene. Ved en slik revisjon bør muligheter for automatisering og reduksjon av behov for personell tillegges vekt og det bør beskrives hvordan tjenestene bidrar til måloppnåelse.

Anbefalt tiltak 3:

Oppdater interessentanalysen. Analysen må benyttes aktivt fremover for å sikre at sentrale interessenter er involvert.

Interessentanalysen inngår i arbeidet med gevinstrealiseringsplan, og brukes som grunnlag for kommunikasjonsplanen. Vi er ukjent med hvor aktivt den blir brukt i daglig prosjektoppfølgning, men det blir uttalt i prosjektgruppen at hvis en skal gjøre et grundig arbeid med å involvere interessenter, vil dette være svært ressurskrevende. Det er lagt ned mye arbeid i å informere om TELMA i ulike kanaler, men det har ikke resultert i tilstrekkelig rekruttering.

I prosjektgruppen er det stilt spørsmål om inklusjon av pasienter i TELMA via mellomledd som eks. fastlegen, har vært riktig strategi. Man kan vurdere å i større grad kan gå rett på de viktigste interessentene og kontakte de direkte. **Pasientene** (spesielt de som får hjemmetjenester) er den viktigste interessentgruppen. Man bør vurdere om de kan kontaktes direkte, slik det er gjort med suksess i Danmark. Det kan også vurderes å opprette en rekrutteringsansvarlig med mandat og ansvar for å sikre rekruttering. Denne personen må aktivt og løpende følge opp tiltak knyttet til rekruttering og justere tiltak ved behov.

Anbefalt tiltak 4:

Det må utarbeides en gevinstrealiseringsplan på bakgrunn av den samfunnsøkonomiske analysen og prosjektets målsettinger.

Prosjektledelsen har i høst arbeidet med å konkretisere delmål og utarbeide en gevinstrealiseringsplan. Arbeidsgruppe 2 har kommet med innspill til indikatorer, og vil gjerne samarbeide med prosjektledelsen om utarbeidelse av gevinstrealiseringsplan. Ansvar og eierskap for plan og måloppnåelse må ligge hos prosjektledelse og styringsgruppe.

Det har så langt ikke vært tilstrekkelig driftsgrunnlag for å utvikle en samfunnsøkonomisk analyse i TELMA. Dette arbeidet må få prioritet fremover.

På workshop 25. oktober ble deltakerne delt inn i grupper på tvers av organisasjon og profesjon for å komme med innspill til tiltak for økt gevinstrealisering. Gruppene jobbet med hver sin forventede gevinst, vedtatt i styringsgruppen, og svarte på når de trodde gevinsten ble realisert:

Forventede gevinster (jfr. prosjektmandat v.4)	Når tror dere at gevinsten blir realisert?
1. Kostnadseffektiv bruk av helse- og omsorgstjenester (sykehus, legevakt, fastlege og hjemmetjenester)	Vanskelig å måle. Antagelig ikke i løpet av prosjektperioden. For diabetes >5 år.
2. Trygghet og mestring slik at pasienten opplever bedre livskvalitet	I løpet av prosjektperioden

3. Økt samhandling mellom aktørene ved oppfølging av pasienter med kronisk helsesvikt	Innen 5 år
4. Kostnadseffektiv drift, innkjøp og support av valgt teknisk løsning ((OTH)	Innen 5 år
5. Erfaringer og modeller i form av beste praksis som har stor overføringsverdi nasjonalt og internasjonalt	I løpet av prosjektperioden (håper det!)
6. Økt kompetanse i regionen ved oppfølging av pasienter med kronisk helsesvikt	I løpet av prosjektperioden

Tabellen gir en indikasjon på hva deltakerne på workshopen antar vil være realistisk å oppnå i løpet av prosjektperioden: tjenestekvalitet, økt kompetanse og kunnskapsspredning. Kostnadseffektivitet for både tjeneste og teknologi, antas å ikke realiseres i løpet av prosjektperioden. Dette sammenfaller med tidligere innspill fra arbeidspakke 2. Det ble også svart at økt samhandling mellom aktørene ikke kan oppnås før om 5 år. Svarene kan danne grunnlag for å sette inn konkrete tiltak for å realisere alle gevinstene i prosjektperioden.

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.

Avstandsoppfølging gjennom dagens tjeneste- og pasientforløp i TELMA er neppe bærekraftig etter at prosjektet er slutt. Denne utfordringen ble det anbefalt å gjøre noe med før prosjektperioden var over. I løpet av sommeren 2018 ble Kristiansand på vegne av Agder med i Nasjonalt velferdsteknologiprogram (NVP) for å teste ut avstandsoppfølging, pasientene skal først rekrutteres når TELMA avsluttes. Vi opplever at aktører i TELMA anser dette prosjektet som sikkerhet for å videreføre tilbud om avstandsoppfølging. Vi vil likevel utfordre dette, da foreløpige indikasjoner i TELMA tyder på at avstandsoppfølging på tvers av organisasjons- og finansieringsmodell gir gode tjenester, men ikke nødvendigvis er økonomisk bærekraftig. TELMA bør videreutvikle tjenestene med tanke på samfunnsøkonomisk lønnsomhet slik at prosjektet skaper et godt utgangspunkt for NVP.

Deltakelse i NVP vil uansett gi Agder mer tid og økt kunnskap om problemstillingen og vi håper at aktører i det nasjonale programmet har tyngde til å påvirke incentivordninger på tvers av budsjettsiloer som hittil har vært vanskelige å påvirke.

Anbefalt tiltak 6:

Gjennomgå ambisjonsnivå i forhold til ressurser og aktivitetsnivå.

Anbefalingen ble gitt ut fra indikasjoner på at prosjektet har ambisjoner som ikke harmonerer med ressursene i prosjektet og at dette dermed innebærer betydelig risiko for at prosjekt ikke har en realistisk mulighet til å nå sine mål. Vi har ikke registrert at ambisjonsnivå er redusert i revidert prosjektdirektiv eller at prosjektet er tilført flere ressurser. Vi mener derfor at ambisjonsnivået er høyere enn ressursene i prosjektet og at dette fortsatt innebærer risiko.

Del 2 – Status i forhold til hovedmålene

Hovedmålet med prosjektet 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.

Status i forhold til mål om felles telemedisinsk løsning på Agder

Det er etablert 3 fysiske telemedisinske sentraler i TELMA, én i Farsund, én i Kristiansand og én i Arendal. Det er utarbeidet felles rutiner i TELMA i form av tjeneste- og pasientforløp, samt samarbeidskontrakter med kommuner som ønsker å benytte tjenester i TELMA. Vårt inntrykk er at de 3 sentralene i hovedsak benytter de samme tjeneste- og pasientforløpene. Samtidig gjøres det også enkelte lokale tilpasninger. De 3 sentralene er ulikt organisert ved at Kristiansand har hatt kontinuerlig bemanning, Farsund har vært bemannet fast en dag i uka, og utenom dette ved behov, og Arendal har hatt en annen modell. I Farsund har TMS vært organisert under hjemmetjenestene, og det kan gjøre det lettere å rekruttere pasienter og å ta ut eventuelle gevinster i form av færre hjemmebesøk. Sentralene har ingen oppgavespesialisering eller arbeidsdeling og fremstår i dag som at de skal håndtere identiske oppgaver.

De 3 sentralene benytter alle løsningen Open Tele Health mellom sentral og pasient. Samtidig har de 3 kommunene i TELMA ulike journalsystem og disse er ikke integrert med OTH. Det er også mangelfull integrasjon mellom TMS, fastlege og sykehus. Aktørene kommuniserer via eksisterende journalsystem og ikke nye løsninger. Integrasjon av systemer er et behov, dagens arbeidsprosesser er tungvinte og tidkrevende.

Dagens situasjon i forhold til organisering og drift er forståelig siden TELMA har hatt en ambisjon om raskt å kunne gi tilbud til kommunene på Agder. Etablering av 3 sentraler har gjort dette mulig på relativt kort tid. Samtidig anbefaler vi fremover at det arbeides med organisering og drift slik at dette blir i tråd med prosjektets målsetninger.

Anbefaling:

Prosjektledelsen forbereder diskusjon i styringsgruppen i forhold til følgende alternativ:

- 1) Fortsette med 3 TMS, men med tydelig oppgavedeling
- 2) Samle oppgaver i én TMS på Agder for å oppnå stordriftsfordeler
- 3) TM oppfølging i tjenestene men med felles tjeneste- og pasientforløp og teknologi på Agder
- 4) Hybridløsning, kanskje etter modell fra Responssenter (ulike konsepter utvikles og kommunene i Agder velger selv hvilken løsning de ønsker å benytte: fullverdig TM tjeneste, TMS som backup, kun teknisk løsning).

-
1. «Gode helsetjenester». Forventet gevinst på dette området er «Økt trygghet og mestring slik at pasienten opplever bedre livskvalitet».

Status i forhold til mål om tjenester av god kvalitet

Vi har samlet inn data via intervjuer, hovedsakelig over telefon. De fleste er intervjuet 2 ganger, ved starten av inkluderingen og et par måneder senere. Vi har Kols-pasienter fra både Farsund, Kristiansand og Arendal (8 i alt), samt 2 diabetespasienter – men disse er foreløpig kun intervjuet en gang. Vi har foreløpig ikke analysert data fra pasienter fra Arendal. Alder er fra 53-79, det er 6 menn og 4 kvinner i utvalget. De fleste av disse har ikke hatt annen medisinsk oppfølging enn fastlege, men noen av dem har hatt hjemmesykepleie. Vi har ikke kunnskap om bruk av denne tjenesten er redusert for enkeltpasienter. Vi har data om rekruttering fra de fleste, og de forteller ulike historier, en er rekruttert etter å ha lest om prosjektet i avisen, en via Frisklivssentralen, en via en lokal ildsjel, et par via ansatte i hjemmetjenesten (i Farsund) og TMS, og en via Sørlandsparken legesenter.

Begge diabetespasienter finner oppfølgingen meget bra, det er arbeidskrevende men oppleves som trygt. De får konkret oppfølging og det er motiverende, med få faste sykepleiere som kjenner dem. Det gir stort læringsutbytte, det har ført til redusert vekt og bedre blodsukkerverdier, men det er vanskelig å holde motivasjonen etter prosjektslutt. Begge foreslår jevnlig oppfølgingsperioder. Kols-pasientene rapporterer om meget god oppfølging, det gir trygghet, og det er av betydning at det er få personer å forholde seg til, som kjenner dem. De slipper hyppige legebesøk. De lærer mye, blir bevisstgjorte og får konkrete råd, som for en av personene har gitt forbedret helsetilstand. For enkelte fører det også til endret livsstil, som vektreduksjon.

Forslag:

- i. Fortsette ut over prosjektperioden med jevnlig (men ikke hyppige) oppfølginger for diabetespasientene. Både diabetes- og Kols-pasientene bør kunne få beholde måleutstyr og nettbrett.
- ii. Spørreskjemaet som de besvarer daglig (Kols-pasientene) bør endres slik at pasientene kan rapportere at de er «bedre». Og de bør kunne rapportere «Hvordan de har det» (mental helsetilstand).
- iii. De bør kunne registrere fysisk aktivitet.
- iv. Tidsbruken per pasient er høy. Vi har ikke evaluert den direkte tidsbruken (samtaletiden), men finner at de ansatte bruker mye tid pga. tungvinte informasjonssystemer og mye dokumentasjonskrav. Arbeidsprosessene bør kunne effektiviseres kraftig. Videre bør en tidlig vurdere om en kan redusere hyppighet av oppfølging, men slik at det samtidig ivaretar en tilfredsstillende kvalitet.

Status i forhold til mål om mindre bruk av helsepersonellressurser.

Det er et uttrykt mål at en gjennom bruk av avstandsoppfølging skal yte (like) gode tjenester men med mindre bruk av ressurser. Av dette følger det at man gjennom endret tjenestetilbud skal frigjøre økonomiske ressurser og ikke minst: helsepersonell ressurser. Konkret innebærer dette at man:

a) for **eksisterende tjenestemottakere i kommunehelsetjenesten endrer utforming av tilbudet** slik at disse mottar færre besøk av hjemmesykepleie sammenlignet med hva de ville hatt uten å delta i Telma. Brukerne skal få avstandsoppfølging som helt eller delvis erstatter eksisterende tilbud. Slik kan kommunene frigjøre helsepersonellressurser som alternativt kan (i) yte tjenester til andre brukere eller (ii) frigjøres til andre oppgaver. På sikt kan denne omleggingen dempe framtidig behov for rekruttering av helsepersonell.

b) gir innbyggerne i kommunen **et nytt tilbud, eventuelt supplerer eksisterende tilbud** (Frisklivsentral / lærings- og mestringskurs osv.). I Telma er det et uttalt mål om å yte avstandsoppfølging også som et middel for å forebygge sykdom. Med andre ord anvendes det ressurser på avstandsoppfølging for å redusere bruk av ressurser i framtiden. På kort sikt innebærer dette økte utgifter for kommunen. For kommunehelsetjenesten så vel som spesialisthelsetjenesten kan det innebære en besparelse ved at behov for opplæring og oppfølging¹ reduseres og ved at behovet for tjenester i fremtiden reduseres eller utsettes. Hvorvidt forebygging lønner seg samfunnsøkonomisk avhenger av om neddiskontert kroneverdi på besparelser er større enn neddiskontert kroneverdi på kostnadene ved å drive avstandsoppfølging (dvs. netto nåverdi av avstandsoppfølging er positiv).

c) potensielt **redusere behov for sykehusinnleggelser og oppfølging i poliklinikk**. Samfunnsøkonomisk kan dette innebære en betydelig økonomisk besparelse. For **spesialisthelsetjenesten** innebærer dette et bortfall av inntekter for behandling, men muliggjør omprioritering av personell og sengekapasitet.

d) potensielt **reduisert behov for legebek, på legevakt og/eller hos fastlege**. Ved forverring av helsetilstand i åpningstiden for TMS, vil dette kunne redusere behov for å oppsøke fastlege og legevakt. Dersom en gjennom avstandsoppfølging kan styrke brukernes egenmestring, kan det bidra til redusert forverring og behov for å oppsøke lege (legevakt, fastlege). Samfunnsøkonomisk vil redusert bruk av legevakt og fastlege innebære besparelse. For kommunene vil redusert bruk av legevakt innebære besparelse ved redusert bruk av helsepersonell. For fastlegene imidlertid vil en reduksjon i antall pasientkontakter innebære færre konsultasjoner og lavere inntekter (refusjon fra Helfo).

Avstandsoppfølging legger beslag på ressurser. Det koster å drifte sentral og bemanne denne. Eksempelvis vil helsepersonell som er ansatt for å yte avstandsoppfølging har en alternativ kostnad i det disse alternativt kunne jobbet i hjemmetjenestene eller bekledd andre oppgaver i kommunen. Et sykepleierdagsverk på en TMS kan alternativt yte 4-15 hjemmebesøk. For at avstandsoppfølging skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt **må ressursbruken knyttet til drift av sentraler tilsvare besparelsene i ressursbruk i andre deler av tjenesteapparatet**. I tillegg til besparelser, er selvsagt også kvalitative forhold knyttet til brukere viktig.

Kvalitative konsekvenser som skal inngå i en samfunnsøkonomisk analyse.

Fra **bruker/pasients** ståsted er det viktig at man gjennom omlegging av tjenestetilbudet ikke forringer helsetilstand og utbytte av de tjenestene som mottas.

For brukere av kommunehelsetjenester kan avstandsoppfølging som erstatning for ansikts-tid redusere «bundet tid» knyttet til disse hjemmebesøkene og øke brukernes opplevelse av å selv bestemme når og hvilke tjenester som skal ytes. Imidlertid kan en slik omlegging også oppfattes som en reduksjon i kvalitet da noen kan oppleve hjemmebesøk som kvalitativt bedre og annerledes enn avstandsoppfølging.

¹ Slik oppfølging er i stor grad overtatt av kommunene for KOLS og diabetes. For hjertesvikt er det fortsatt spesialisthelsetjenesten som håndterer oppfølging.

For brukere av spesialisthelsetjenestene vil en reduksjon i antall innleggelses og polikliniske besøk være ønskelig, under forutsetning av at de får ivaretatt sine behov for helsetjenester gjennom avstandsoppfølging. I forlengelsen av dette kan en anføre at avstandsoppfølging muliggjør en bedre sykdomsmestring og dermed også redusert behov for (akutt)innleggelses og oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

Talleksempler med utgangspunkt i status for Telma per 2018.

Med utgangspunkt i informasjon om kostnadene knyttet til drift av telemedisinsk sentral i Kristiansand og avstandsoppfølging kan det anslåse hvor stor kostnadsreduksjon som må realiseres i tjenestene for at prosjektet i det minste skal være regningsvarende (dvs. dekke direkte utgifter knyttet til drift av sentral).

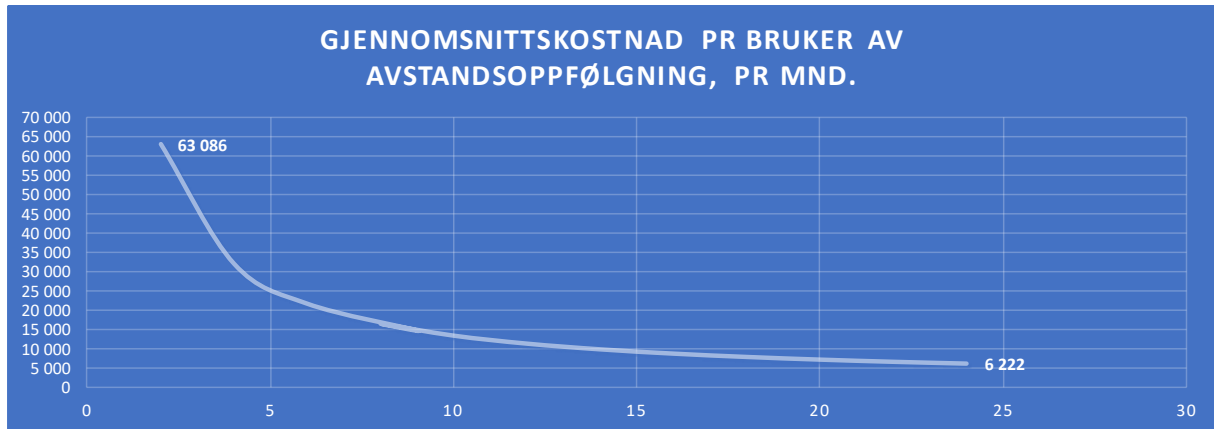
Kostnader knyttet til lønn er det største utgiftsposten. Det er anslagsvis 1,3 årsverk knyttet til sentralen som er operativ på dagtid, hvilket utgjør anslagsvis 120.000 kr i måneden. I tillegg påløper det utgifter knyttet til diverse lisenser (vpn, video, etc), areal, oppvarming og strøm. Dette utgjør minst 5.100 kr per mnd. **Uavhengig av antall brukere av TMS, påløp det utgifter tilsvarende 125.000 kroner i måneden, dvs. 1.5 millioner kroner i året per august. Per desember er åpningstiden redusert til 3 dager i uken, slik at dette tallet er lavere.**

Utgifter knyttet til lisenser og leie av såkalte utstyrs-kit, utgjør en kostnad **per bruker på kr 12.630 per år, eller 1.050 per måned.**

ANSLAG	kroner (inkl. mva)
Årlige kapitalkostnader PC utstyr TMS (3 maskiner)	11 250
Utgifter lisenser til Siemens pr sentral	11 250
Husleie, strøm ,etc (guestimate)	39 000
Antall sykepleier årsverk som bemanner TMS	1
Årslønn pr sykepleier, inkl. trygder og avgifter	753 082
Overhead kostnader, etc. pr ansatt	353 502
Totale lønnsutgifter pr år	1 438 559
Video per bruker og pr lokasjon (totalt 5)	3 375
Volumpris SaaS pr pasient. Uavhengig av TMS.	
Opptil 200 brukere	2 055
Utstyrs-kit, abonnement per bruker	7 200
Sum IKT per bruker	12 630
Totale kostnader drift TMS Kristiansand, pr år.	
Uavhengig av antall brukere	1 500 059
Totale kostnader drift TMS Kristiansand, pr mnd.	
Uavhengig av antall brukere	125 005

Det følger av ovenstående at kostnad per bruker av TMS Kristiansand vil avta jo flere brukere som får avstandsoppfølging. Per august 2018 var det **9 brukere** innrullert i Telma. Dette impliserer **en utgift per bruker på mer enn 23.000 kroner i måneden**.

Grafisk kan en illustrere kostnad per bruker i Telma slik:



Dersom en i TMS i Kristiansand har 1.500 brukere i måneden vil gjennomsnittskostnad per bruker utgjøre ca 1.100 kr pr. måned (dvs. nær enhetskostnad IKT-utstyr og abonnement).

I Telma er det per i dag ikke systematisert informasjon om hvem som er mottakere av avstandsoppfølging. Per i dag er det heller ikke kjent om brukerne har hatt sykehusinnleggelser i løpet av perioden de har vært innrullert i Telma.