



## Digital hjemmeoppfølging – erfaringer med samhandling og informasjonsdeling

*Evalueringsrapport utarbeidet for Helsedirektoratet, 07.03.2022*

## Om Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

*Institutt for helse og samfunn (HELSAM) er et flerfaglig institutt ved det medisinske fakultet. HELSAM består av seks avdelinger; Allmenntmedisin, Helsefag, Helseledelse og helseøkonomi, Medisinsk etikk, Samfunnsmedisin og Sykepleievitenskap. Avdelingsstrukturen reflekterer hvordan kultur, miljø, økonomi, samfunn og biologi påvirker sykdom, helse og helsesystemer. HELSAM har mer enn 800 studenter og 450 vitenskapelige ansatte. Forskere ved HELSAM har vært og er involvert i evaluering av alle de store helsereformer på 2000-tallet.*

## Om Oslo Economics

*Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter, helseforetak og organisasjoner. Vi er et samfunnsvitenskapelig miljø med rundt 70 medarbeidere, hvorav 14 med PhD. Vi har bred erfaring med evalueringer innen arbeidsliv, helse og velferd, samt samfunnsøkonomiske analyser i henhold til veiledere. Vi har forskningserfaring fra analyser av legers og sykepleieres arbeidstid og kjenner relevante datakilder.*

## Om Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

*Nasjonalt senter for distriktsmedisin er et tverrfaglig kompetansesenter som fremmer forskning, fagutvikling, utdanning og nettverk blant leger og helsepersonell i distriktene ved å bygge bro mellom praksis, akademi og forvaltning. Vi har bred erfaring med evaluering og helsetjenesteforskning, og har særlig innsikt i primærhelsetjenesten utenfor de store byene.*

*Digital hjemmeoppfølging – erfaringer med samhandling og informasjonsdeling/2022-21*

*Kontaktperson:*

*Erik Magnus Sæther / Partner*

*ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192*

*Foto/illustrasjon: iStock/Halfpoint*

# Innhold

<b>Sammendrag</b>	<b>5</b>
<b>1. Utvidelse av utprøving av digital hjemmeoppfølging</b>	<b>8</b>
1.1 Bakgrunn for utprøvingen	8
1.2 Nasjonal kontekst	8
1.3 Evalueringsoppdraget	9
1.4 Datagrunnlag og metode	9
1.5 Rapportering	9
<b>2. Agder</b>	<b>10</b>
2.1 Bakgrunn	10
2.2 Tiltak	11
2.3 Implementering	14
2.4 Resultater og måloppnåelse	15
2.5 Bærekraft	17
2.6 Læringspunkter	17
<b>3. Bodø</b>	<b>19</b>
3.1 Bakgrunn	19
3.2 Tiltak	20
3.3 Implementering	22
3.4 Resultater og måloppnåelse	23
3.5 Bærekraft	25
3.6 Læringspunkter	26
<b>4. Larvik</b>	<b>27</b>
4.1 Bakgrunn	27
4.2 Tiltak	27
4.3 Implementering	30
4.4 Resultater og måloppnåelse	32
4.5 Bærekraft	33
4.6 Læringspunkter	34
<b>5. Oslo</b>	<b>35</b>
5.1 Bakgrunn	35
5.2 Tiltak	36
5.3 Implementering	38
5.4 Resultater og måloppnåelse	40
5.5 Bærekraft	42
5.6 Læringspunkter	42
<b>6. Ullensaker</b>	<b>44</b>

6.1 Bakgrunn	44
6.2 Tiltak	45
6.3 Implementering	47
6.4 Resultater og måloppnåelse	49
6.5 Bærekraft	50
6.6 Læringspunkter	50
<b>7. Samlet vurdering og læringspunkter</b>	<b>51</b>
<b>Referanser</b>	<b>56</b>

# Sammendrag

Helsedirektoratet har de siste årene hatt prosjektledelsen for flere utprøvinger av digital hjemmeoppfølging for pasienter med kronisk sykdom. Utprøvingene har vært del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram og har bidratt med viktig kunnskap om tjenesten. Samtidig har utprøvingene avdekket et behov for mer kunnskap om samhandling om pasienter som mottar tjenester og oppfølging fra flere deler av helsetjenesten. For å høste flere erfaringer knyttet til samhandling og informasjonsdeling om pasienter som får digital hjemmeoppfølging, utvidet derfor Helsedirektoratet i 2021 den siste utprøvingen. Utvidelsen har gitt viktig kunnskap om tjenesteforløp der digital hjemmeoppfølging initieres på sykehuset, hvilken informasjon fastleger og de ansatte på sykehuset ønsker tilgang til, samt erfaringer knyttet til involvering av sykehuset i utarbeidelsen av egenbehandlingsplaner.

## Bakgrunn for utprøvingen

Helse- og omsorgstjenesten kommer i årene fremover til å få ansvar for flere pasienter med kroniske lidelser som krever oppfølging over lang tid. [Primærhelsetjenestemeldingen](#) peker på teknologi som en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, og utprøvingen av digital hjemmeoppfølging er et av flere prosjekter som skal bidra til å styrke bruken av digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

I [Nasjonal helse- og sykehusplan](#) er styrket samhandling og bedre informasjonsdeling innad i helsetjenesten løftet frem som et viktig element i utviklingen av helse- og omsorgstjenesten i årene som kommer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Gjennom utprøving av digital hjemmeoppfølging har prosjektene gjort seg erfaringer knyttet til å utvikle gode pasientforløp som innebærer samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten om felles pasienter. Denne kunnskapen vil være viktig i den videre utviklingen av tjenesten, slik at kommunen og spesialisthelsetjenesten fremstår som en helhet, og at pasientenes helseutfordringer blir sett i sammenheng.

Helsedirektoratet har tidligere organisert to utprøvinger av digital hjemmeoppfølging i perioden 2016-2018 ([sluttrapport](#)) og fra juni 2018 til juni 2021 ([delrapport I](#), [delrapport II](#), [sluttrapport for evalueringen](#) og [Helsedirektoratets sluttrapport](#)). Disse utprøvingene har gitt nyttige erfaringer som vil ligge til grunn for nasjonale anbefalinger for utforming av tjenesteforløp, samt innretning og organisering av digital hjemmeoppfølging (Helsedirektoratet, 2022). I utprøvingen fra 2018-2021 erfarte man imidlertid at det var behov for økt kunnskap om samhandling mellom kommune, fastlege og helseforetak om felles pasienter som følges opp med digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet utlyste derfor tilskuddsmidler for videre utprøving i 2021, og har senere besluttet å forlenge prosjektperioden til første halvår 2022 fordi flere av prosjektene ikke hadde kommet i mål med prosjektplanene ved årsskiftet 2021.

Fem lokale prosjekter ble i utvidelsen tildelt tilskudd til prosjekter knyttet til samhandling og informasjonsdeling om digital hjemmeoppfølging. Disse prosjektene eies av og gjennomføres i Agder, Bodø, Larvik, Oslo og Ullensaker. Alle prosjektene deltok også i utprøvingen i 2018-2021.

I utprøvingen i 2018-2021 identifiserte prosjektene mange av de samme samhandlingsutfordringene. En sentral utfordring som flere ønsket å jobbe videre med, var mangel på integrasjon mellom systemene som brukes i helsetjenesten. Den manglende integrasjonen skaper dobbeltarbeid og gjør det vanskelig å dele informasjon. Prosjektene identifiserte også et behov for å forbedre den kliniske samhandlingen om pasienter som følges opp både fra sykehuset og kommunen. I arbeidet i 2021 og 2022 har prosjektene valgt ulike innfallsvinkler for å løse disse utfordringene. Et eksempel på forskjeller i tjenesteforløpene som testes ut, er at sykehuset i noen prosjekter kan bestemme at en pasient skal få digital hjemmeoppfølging, mens det i andre prosjekter er lagt opp til at sykehuset kan henvise pasienter til digital hjemmeoppfølging og at kommunen så tar beslutningen om tildeling av tjenesten. En oppsummering av prosjektene og resultatene fra prosjektene finnes i Tabell 1.

## Erfaringer og læringspunkter

Helsedirektoratet har definert at et av målene for utprøvingen var «å få mer erfaring med digital hjemmeoppfølging i samhandling mellom kommune, fastleger og helseforetak om en felles pasientgruppe». Vår vurdering er

at tiltakene som prosjektene jobber med er relevante for dette målet. Prosjektene har hatt ulik tilnærming til utfordringene de har jobbet med, og fra et nasjonalt ståsted har dette trolig vært en fordel. Forskjellig innretning av prosjektene har bidratt til at prosjektene har testet ulike løsninger og dermed høstet ulike erfaringer, og disse kompletterer hverandre og gir viktig kunnskap i et nasjonalt perspektiv.

Prosjektene hadde ambisiøse planer for hva de skulle rekke i løpet av 2021, og alle prosjektene har valgt å overføre midler til 2022 for å høste flere erfaringer. På tidspunktet for informasjonsinnhentingen til denne rapporten var arbeidet med prosjektene fortsatt pågående. Mye av arbeidet som gjenstår er knyttet til integrasjon mellom ulike løsninger, men det jobbes også videre med å forbedre tjenesteforløp der spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samhandler om felles pasienter.

Utprøvingen har vist at det fortsatt er utfordringer knyttet til samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen, men aktørene i prosjektene opplever at det er tegn til et skifte i innstilling hos helsepersonell. **Flere er mer positive nå enn tidligere, både når det gjelder digital hjemmeoppfølging og samhandling mellom tjenestenivåer.**

En sentral erfaring fra utprøvingen er at **det kan være utfordrende å inkludere pasienter på sykehuset**. De prosjektene som har testet ut rekruttering på sykehus, har testet ut rekruttering fra sengepost og poliklinikk. Pasientene har ofte opplevd en akutt forverring av helsetilstand, og de ønsker ikke å starte noe nytt i en situasjon som oppleves som uoversiktlig og alvorlig. Basert på disse erfaringene, mener vi det bør vurderes i hvilken grad det fremover skal jobbes videre med inklusjon av pasienter på sykehus, eller om man heller skal avvente inklusjon til pasientene er hjemme. Dersom man ønsker å videreføre arbeidet med å tildele digital hjemmeoppfølging på sykehuset, bør man grundig kartlegge årsakene til at dette har vært vanskelig, og prøve å identifisere tjenesteforløp som kan overkomme disse utfordringene.

**Både fastleger og ansatte på sykehus ser verdien av å ha tilgang til et utvalg av de pasientrapporterte dataene, og de ønsker i hovedsak mulighet til å se de siste måleverdiene og utvikling i disse over tid.** Flere har understreket at det er viktig at det som er relevant informasjon for dem ikke må drukne i annen informasjon, og at de derfor ikke ønsker tilgang til alt som samles inn, for eksempel meldinger, enkeltstående registreringer og svar på spørreskjema. Fastleger og ansatte på sykehus ønsker heller ikke å få varsler om målinger utenfor en pasients normalområde, men vil heller ha mulighet til å sjekke måleverdiene ved behov. Videre har de uttrykt at de ønsker mulighet til å se og redigere egenbehandlingsplanen, men at dette også medfører et behov for en endringslogg, slik at det er enkelt å få oversikt over endringer i planen, tidspunkt for endring og hvem som har gjort endringen. I alle prosjektene har det blitt understreket at informasjonen må være tilgjengelig i systemene som allerede brukes på sykehus og av fastleger, og at tilgang til målingene ikke bør kreve innlogging i et annet system.

**Når det gjelder egenbehandlingsplan, har flere prosjekter hatt positive erfaringer med å involvere spesialister på sykehuset i utarbeidelse av disse.** En erfaring er at spesialistene kan være «modigere» når de setter grenseverdier, og at dette gjør at man unngår unødvendige gule og røde målinger før man klarer å sette de rette grenseverdiene. Samtidig har det blitt understreket at **langt fra alle har behov for en egenbehandlingsplan som er utarbeidet av spesialister på sykehuset**, og at det for mange er tilstrekkelig å ha en plan som er utarbeidet i samarbeid mellom pasienten, fastlegen og de ansatte i oppfølgingstjenesten.

Flere av prosjektene har møtt på **utfordringer som skyldes at sykehusets opptaksområde omfatter flere kommuner som ikke tilbyr digital hjemmeoppfølging**. Dette reduserer antallet aktuelle pasienter, og de ansatte på sykehuset får mindre mengdetrening med å foreslå pasienter til tjenesten. Med få aktuelle pasienter er det en risiko for at tjenesten blir glemt. Dersom digital hjemmeoppfølging i fremtiden blir mer utbredt, vil dette problemet reduseres, og de ansatte på sykehuset kan foreslå tjenesten til pasienter uten å sjekke at de er bosatt i «riktig» kommune.

Fremover vil det være behov for videre vurdering av om sykehuset selv skal følge opp pasienter ved hjelp av digital hjemmeoppfølging, eller om tjenesten kun skal være noe sykehuset kan anbefale at kommunen tilbyr pasienten etter utskrivelse. Det må også vurderes om oppfølgingen skal starte umiddelbart etter utskrivning eller om pasienten bør ha noen dager hjemme til å finne roen før oppfølgingen starter, hva som bør kartlegges på sykehuset og hvem som utarbeider egenbehandlingsplanen, samt om sykehuset skal følge opp en periode etter utskrivning eller om all oppfølging skjer fra kommunene. Den lokale konteksten vil ha betydning for hva som er riktig innretning av tjenesten, men det er samtidig viktig med nasjonale føringer og råd for å unngå en fragmentering av tjenestetilbudet og unødvendige forskjeller mellom kommunene.

**Tabell 1: Oppsummering av prosjektene i utprøvingen**

	Prosjektbeskrivelse	Formål	Resultater fra prosjektet
<b>Agder</b>	<p>Prosjektet består av fem arbeidspakker: (1) pilotering av oppfølging av kols-pasienter fra sykehuset etter utskrivelse, (2) teknisk tilrettelegging for samhandling, (3) pilotering av digital hjemmeoppfølging fra fastlegekontor, (4) digital hjemmeoppfølging ute i helsetjenesten i kommunen og (5) videreutvikling av regional telemedisinsk sentral (TMS).</p>	<p>Innhente kunnskap om samhandling, samt hva som gir gode helhetlige pasientforløp og bærekraft, til videre arbeid med digital hjemmeoppfølging</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotert tjenesteforløp der sykehuset inkluderer kolspasienter.</li> <li>• Utviklet en digital egenbehandlingsplan som er tilgjengelig via en egen app, og påbegynt arbeid med påkobling til VKP.</li> <li>• Pilotert digital hjemmeoppfølging gjennom to fastleger.</li> <li>• Har implementert DHO i hjemmetjenesten i flere kommuner, samt koblet på flere kommuner med oppfølging fra TMS.</li> </ul>
<b>Bodø</b>	<p>Prosjektet består av to hoveddeler: (1) utprøving av nye kartleggingsrutiner for innlagte pasienter slik at de kan vurderes for digital hjemmeoppfølging mens de er innlagt på sykehuset og (2) tilrettelegging for deling av journalinnhold mellom løsningen for digital hjemmeoppfølging og kommunens EPJ-system.</p>	<p>Videreutvikle arbeidsprosesser og datadeling som sikrer bedre samhandling om pasienter med kroniske sykdommer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotert nye rutiner for kartlegging av pasienter innlagt på sykehus.</li> <li>• Utarbeidet løsning for automatisk overføring av journalnotater og måleverdier til lab-modulen i EPJ.</li> </ul>
<b>Larvik</b>	<p>Prosjektet er en utprøving av forsterket utskrivning med digital hjemmeoppfølging. Prosjektet var planlagt å omfatte rehabiliteringspasienter og pasienter som skrives ut fra enten lunge- eller hjerte-avdelingen på sykehuset. Sykehuset foreslår pasienter, og ansatte i den kommunale oppfølgningstjenesten gjør en vurdering kort tid etter utskrivning.</p>	<p>Identifisere hindringene for god samhandling og legge grunnlaget for integrasjon og bruk av digital hjemmeoppfølging. Digital egenbehandlingsplan skal gi pasientene bedre kunnskap og bedre fysisk og psykisk helse.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotert tjenesteforløp der sykehuset foreslår pasienter fra hjerte- og lungeavdeling til digital hjemmeoppfølging.</li> <li>• Pilotert gjennomføring behandlingsmøte for utarbeidelse av egenbehandlingsplan der pasienten, en ansatt i oppfølgningstjenesten, fastlegen og en representant fra sykehuset deltar.</li> </ul>
<b>Oslo</b>	<p>Prosjektet er et digitaliseringsprosjekt med åtte leveransepakker. Prosjektet jobber med tjenesteutvikling gjennom bedre samhandlingsmuligheter, herunder overføring av data fra Dignio Prevent til kommunens EPJ-system og informasjonsdeling med andre behandlere.</p>	<p>Utforske og teste ut nye teknologiske løsninger for samhandling mellom pasient, kommune, fastlege og sykehus i tjenesten digital hjemmeoppfølging av kronisk syke.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartlagt behovene hos helsepersonell i andre deler av tjenesten.</li> <li>• Pilotert tilgang for lege og sykepleier på sykehus til informasjon innhentet gjennom digital hjemmeoppfølging.</li> <li>• Pilotert digitale konsultasjoner fra sykehus der pasienten er hjemme.</li> <li>• Påbegynt arbeid med digitale løsninger for informasjonsdeling med helsepersonell i andre deler av helsetjenesten.</li> </ul>
<b>Ullensaker</b>	<p>Prosjektet er en utprøving av forsterket utskrivning med digital hjemmeoppfølging for pasienter innlagt på lungemedisinsk avdeling. Sykehuset følger opp pasientene i inntil fire uker etter utskrivelse og pasienten blir så vurdert for eventuell oppfølging i kommunen. Oppfølgningstjenesten i Ullensaker følger opp pasienter i de seks kommunene på Øvre Romerike.</p>	<p>Få kunnskap og erfaring om bruk av ett helhetlig tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging for pasienter med kols, samt prøve ut hvordan man best kan tilrettelegge for klinisk samhandling i praksis ved bruk av digital hjemmeoppfølging.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pilotert tjenesteforløp for pasienter innlagt på lungemedisinsk avdeling.</li> <li>• Gjennomført emnekurs for fastleger og annet helsepersonell om digital hjemmoppfølging og samhandling.</li> <li>• Utviklet en digital egenbehandlingsplan som er tilgjengelig via en egen app.</li> </ul>

# 1. Utvidelse av utprøving av digital hjemmeoppfølging

Helsedirektoratet hadde prosjektledelsen for utprøving av digital hjemmeoppfølging som ble gjennomført i perioden 2018 til juni 2021. I 2021-2022 gjennomfører direktoratet en videre utprøving av digital hjemmeoppfølging med fokus på samhandling og informasjonsdeling mellom kommune, fastleger og helseforetak. Utprøvingen evalueres av forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Denne rapporten beskriver de lokale prosjektene, hvilke resultater de har oppnådd og sentrale erfaringer og læringspunkter.

## 1.1 Bakgrunn for utprøvingen

Digital hjemmeoppfølging er bruk av teknologiske løsninger som gjør at pasienter kan følges opp av helse- og omsorgstjenesten hjemme (Helsedirektoratet, 2020). I perioden juni 2018 til juni 2021 gjennomførte Helsedirektoratet en utprøving av digital hjemmeoppfølging av personer med kronisk sykdom. Seks lokale prosjekter deltok i utprøvingen. Formålet med utprøvingen var å få tilstrekkelig kunnskap om digital hjemmeoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Utprøvingen ga mange nyttige erfaringer, men Helsedirektoratet ønsket likevel mer kunnskap om samhandling og hva som gir gode pasientforløp.

I januar 2021 lyste Helsedirektoratet ut tilskuddsmidler for videre utprøving av digital hjemmeoppfølging i 2021. Formålet var å få kunnskap om hvordan man best kan tilrettelegge for klinisk samhandling og informasjonsdeling ved bruk av digitale verktøy. Utprøvingen skulle gi kunnskap om hvordan man kan få til bedre samhandling og informasjonsdeling mellom kommune, fastleger og helseforetak.

Utprøvingen skulle også gi anbefalte tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging i samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Samhandlingen mellom aktørene skal sikre pasientmedvirkning og kvalitet i behandlingen i hele pasientforløpet.

Ti kommuner søkte om tilskudd til utprøvingen. Med unntak av Stad søkte samtlige prosjekter som deltok i utprøvingen 2018-2021 om tilskuddsmidler. Helsedirektoratet vurderte søknadene og tildelte tilskudds-

midler til de fem prosjektene som deltok i utprøvingen 2018-2021 (Tabell 1-1).

**Tabell 1-1: Omsøkt beløp, opprinnelig tilskudd og ekstratilskudd fra Helsedirektoratet til kommunene, tusen kroner**

	Omsøkt	Opprinnelig tilskudd	Ekstratilskudd
Agder	6 060	3 800	300
Bodø	6 243	3 000	900
Larvik	4 240	3 000	600
Oslo	5 775	3 700	950
Ullensaker	4 000	3 000	750

Kilde: Oppgitt av Helsedirektoratet

Opprinnelig var det planlagt at utprøvingen skulle avsluttes ved årsskiftet 2021/2022. Flere av prosjektene var ikke i mål med det de hadde planlagt å gjøre da 2021 nærmet seg slutten, og Helsedirektoratet valgte derfor å godkjenne at prosjektene overførte en del av tilskuddsmidlene til 2022. For at prosjektene i større grad skulle nå sine målsettinger, ga Helsedirektoratet også ekstratilskudd til alle prosjektene (Tabell 1-1). Ekstratilskuddet innebar at prosjektene forplikter seg til å bidra med erfaringsdeling i 2023, slik at kunnskapen kan de har opparbeidet kan brukes i spredningsprosjekter, samt forenkle oppstarten for nye prosjekter. Selve prosjektarbeidet avsluttes i løpet av første halvår 2022.

Helsedirektoratet har prosjektledelsen for utprøvingen, men har samarbeidet tett med Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett (NHN) gjennom prosjektperioden.

## 1.2 Nasjonal kontekst

Helse- og omsorgstjenesten kommer i årene fremover til å få ansvar for flere pasienter med kroniske lidelser som krever oppfølging over lang tid. Primærhelsetjenestemeldingen peker på teknologi som en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste, og utprøvingen av digital hjemmeoppfølging er et av flere prosjekter som skal bidra til å styrke bruken av digitale verktøy i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

Et av målene i primærhelsetjenestemeldingen er at personer med kronisk sykdom skal få tjenester som hjelper dem til et best mulig liv, der de opplever å mestre livet i tråd med egne mål, unngår forverring, komplikasjoner og innleggelse i sykehus og er selvhjulpne i størst mulig grad lengst mulig. Digital



hjemmeoppfølging og bruk av egenbehandlingsplan kan bidra til at flere personer med kronisk sykdom når disse målene. Ved å gjøre målinger selv, og følge opp med tiltak fra egenbehandlingsplanen ved målinger utenfor normalområdet, kan brukerne bli bedre kjent med egen helsetilstand og lære å mestre helsen sin.

For at nye tjenester skal utvikles og bli tatt i bruk, er det viktig at myndighetene støtter den ønskede utviklingen. I [Nasjonal helse- og sykehusplan](#) er det beskrevet fire akser som må tilpasses dersom teknologi skal benyttes for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene. De fire aksene er (1) tydeligere mål for bruk av teknologi, (2) tilpasning av finansieringsordninger, (3) bedre veiledning om regelverk knyttet til behandleransvar og (4) realisere en digital infrastruktur som støtter utveksling og deling av informasjon mellom systemer.

Alle de fire aksene er problemstillinger som har blitt drøftet av prosjektene i den utvidede utprøvingen av digital hjemmeoppfølging. Erfaringene fra prosjektene kan brukes for å jobbe videre med målene om at pasienter kan følges opp hjemme, både av primær- og spesialisthelsetjenesten.

### 1.3 Evalueringsoppdraget

Utprøvingen evalueres av forskere ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo (UiO), Oslo Economics (OE) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet (NSDM). Evalueringsgruppen er den samme som evalueringsgruppen for utprøvingen av digital hjemmeoppfølging 2018 til juni 2021.

Evalueringen har fulgt arbeidet i de lokale prosjektene, og formålet med evalueringen har vært å belyse prosessene og aktivitetene som har blitt gjennomført i prosjektperioden. Evalueringen gir informasjon om hvilke utfordringer prosjektene har

jobbet med og hvilke tiltak de har iverksatt, samt hvordan de har jobbet med implementering og gjennomføring. Evalueringen vurderer måloppnåelse for Helsedirektoratets mål for utprøvingen, samt relevans og bærekraft for tiltakene som har blitt iverksatt i de lokale prosjektene.

### 1.4 Datagrunnlag og metode

Rapporten bygger på informasjon innhentet gjennom intervjuer, deltakelse i møter og workshops og gjennomgang av prosjektsøknader, årsrapporter og annen dokumentasjon utarbeidet av prosjektene. Vi har også deltatt på prosjektenes rapporteringsmøter med Helsedirektoratet. Vi har gjennomført intervjuer med prosjektledere og andre prosjektmedlemmer, ansatte i oppfølgingstjenestene, ansatte på sykehus, saksbehandler og fastleger. Videre har vi deltatt på workshops hvor et stort antall aktører har deltatt.

Intervjuene ble gjennomført i to runder: første runde i september og oktober 2021, og andre runde i januar 2022. Beskrivelsene og vurderingene av prosjektene reflekterer status rundt årsskiftet, og i alle prosjektene skal det jobbes videre frem mot sommeren 2022.

### 1.5 Rapportering

Funnene fra evalueringen har blitt dokumentert i et notat som ble levert til Helsedirektoratet i november 2021, samt denne rapporten. Rapporten er en utvidet og oppdatert versjon av notatet. Rapporten beskriver bakgrunn for deltakelse i prosjektet for hvert enkelt prosjekt, hvilke tiltak prosjektene har jobbet med og hvordan implementeringen har gått. Vi beskriver også hvilke resultater prosjektene har oppnådd i løpet av prosjektperioden, vurdering av bærekraft i prosjektene og sentrale læringspunkter fra prosjektene. Avslutningsvis oppsummerer vi erfaringene fra prosjektene og vurderer måloppnåelse for utprøvingen.

## 2. Agder

*Prosjektet i Agder er et samarbeid med alle kommunene i Agder-regionen, Sørlandet sykehus HF og Siemens Healthineers. Formålet med prosjektet er å innhente kunnskap til videre arbeid med digital hjemmeoppfølging, både om samhandling, samt hva som gir gode, helhetlige pasientforløp og bærekraft i tjenesten.*

### 2.1 Bakgrunn

Siden 2012 har kommunene i Agder, Sørlandets sykehus helseforetak (SSHF), Universitet i Agder (UiA) og ulike bedriftspartnere samarbeidet om prosjekter innen trygghetsteknologi og digital hjemmeoppfølging (DHO). Kommunene i Agder har som mål å være ledende innen bruk og implementering av velferdsteknologi i Norge. Kommunene har derfor gått sammen om satsingen «E-helse Agder 2030» som et samlebegrep for felles prosjekter og satsingsområder mellom Agder-kommunene. E-helse Agder 2030 består av følgende satsninger:

- Innovasjonspartnerskap Agder (Én felles innovativ anskaffelse)
- Nasjonalt velferdsteknologiprogram, herunder prosjektene
  - Digital hjemmeoppfølging Agder
  - Velferdsteknologi til Barn og unge med funksjonsnedsettelser
- Crane (EU-prosjekt)
- Tekniske alarmer
- Felles kommunal journal

Agder deltok i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i 2018 til juni 2021, og søkte om tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet i starten av 2021 for å fortsette utviklingen. Formålet var å jobbe videre med digital hjemmeoppfølging i Agder, samt å få mer kunnskap om hvilke utfordringer som må løses for å sikre bedre samhandling om brukere som får digital hjemmeoppfølging. Prosjektet har tittelen «NVP DHO Agder 2.0, samhandling og informasjonsdeling».

#### Hvilke utfordringer skal prosjektet løse?

Bakgrunnen for at Agder søkte om tilskuddsmidler var at de i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging **identifiserte et behov for mer kunnskap om hvordan tjenesten bør rigges for å legge til rette for et bærekraftig tjenestetilbud** for innbyggerne i Agder. Det ble også identifisert et behov for å utrede hvordan det på best mulig måte kan legges til rette for teknologisk samhandling mellom ulike aktører som er involvert i tjenesten.

Flere av kommunene i Agder har etterspurt muligheten for at brukere kan følges opp med digital hjemmeoppfølging som del av kommunal helse- og omsorgstjeneste, for eksempel i hjemmetjenesten eller habiliteringstjenesten. For å etablere et hensiktsmessig tjenesteforløp er det behov for å øke kunnskapsgrunnlaget om hvilke utfordringer som må løses for å sikre gode overganger og samhandling mellom ulike aktører. Agder ønsker også å kartlegge hvilke andre tjenester som kan erstattes av digital hjemmeoppfølging.

Prosjektet skal også undersøke hvordan samhandlingen mellom ulike aktører som er involvert i tjenesten foregår. Det er behov for å sikre bedre informasjonsdeling mellom de ulike aktørene, utarbeide en tydeligere ansvars- og oppgavefordeling, samt gode forvaltningsrutiner og kriterier for tildeling av tjenesten.

Samlet ønsker Agder gjennom prosjektet å etablere et kunnskapsgrunnlag for nasjonale anbefalinger om digital hjemmeoppfølging. Kunnskapsgrunnlaget skal beskrive aktørens samhandling, hva som kan regnes som gode og helhetlige pasientforløp, samt hvordan man kan sikre en bærekraftig tjeneste.

#### Aktørens utgangspunkt

**Prosjektet er et samarbeid mellom alle kommunene i Agder-regionen (med Kristiansand, Arendal, Farsund, og Grimstad som søkerkommuner), Helsedirektoratet, Sørlandet sykehus HF (SSHF) og Siemens Healthineers. Kristiansand kommune er prosjekteier.**

Agder-regionen består av 25 kommuner som samarbeider i fire regionråd, både politisk og administrativt. I tillegg har de fire kommuneregionene etablerte helsenettverk, bestående av lederne innenfor helse- og omsorgstjenestene fra kommunene i den enkelte regionen. De fire regionene har også fagutvalg for e-helse og velferdsteknologi, hvor representanter fra kommunene på fagnivå møtes. Farsund kommune har jobbet med digital hjemmeoppfølging siden 2014. Som en del av arbeidet ble det blant annet etablert en telemedisinsk sentral. Denne ble senere nedlagt ved årsskiftet 2020/2021. På samme tid startet Farsund arbeidet med å flytte digital hjemmeoppfølging ut i helsetjenesten, og videre veilede andre kommuner som ønsket å prøve ut dette tjenesteforløpet. Arendal kommune har også tatt ansvar for en regional telemedisinsk sentral, og fulgt opp brukere fra store deler i av Agder. Kristiansand og Grimstad var, sammen med Farsund og Arendal, partnere i prosjektet om utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i 2018-2022.

Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF) består av sykehusene i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord som tilbyr spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. I tillegg til sykehusene er det distriktpspsykiatriske sentre, avtalespesialister og poliklinikker flere andre steder i Agder. Sørlandet sykehus har en lang historie innenfor digital hjemmeoppfølging, og har gjennomført flere piloter de siste årene. Parallelt med NVP DHO Agder 2.0 har sykehuset etablert tilbud med digital hjemmeoppfølging til både covid-19 pasienter og nyfødte barn og mødre ved nyfødintensivavdelingen. Sykehuset har arrangert flere samarbeidsmøter, hvor spesialisthelsetjenesten har hatt en viktig rolle i utvikling av retningslinjer for oppfølging og å definere referanseverdier for målinger. Arbeidet har vært et samarbeid med kommunehelsetjenesten og fastleger. Sykehuset har også bidratt med kompetansedeling til kommunene innenfor oppfølging av kronikergrupper og bruk av egenbehandlingsplan.

Det er om lag 300 fastleger i Agder. Som en del av den tidligere utprøvingen ble det opprettet samarbeid med 49 fastleger. Disse fastlegene var involvert i oppfølging av pasienten i ulik grad. Det er i dette prosjektet inngått en intensjonsavtale, om involvering til en utprøving av digital oppfølging fra ordinært fastlegekontor, med to fastleger. Siemens Healthineers var teknologileverandør i NVP DHO, og vil også være teknologileverandør i NVP DHO 2.0.


## 2.2 Tiltak

**Prosjektet består av fem arbeidspakker som gjennomføres parallelt:**

1. Samhandling mellom kommuner og sykehus
2. Teknisk tilrettelegging for samhandling
3. Samhandling med fastlege og fastlegeinvolvering
4. Digital hjemmeoppfølging ute i helsetjenesten i kommunen
5. Utvikling av regional telemedisinsk sentral (TMS)

**Det overordnede formålet med prosjektet** er å innhente kunnskap om samhandling, samt hva som gir gode helhetlige pasientforløp og bærekraft, til videre arbeid med tjenesten.

**Figur 2-1: Prosjektets formål, Agder**



**Formålet** er å innhente kunnskap om samhandling, samt hva som gir gode helhetlige pasientforløp og bærekraft, til videre arbeid med digital hjemmeoppfølging

### Resultatmål

I sin prosjektsøknad til Helsedirektoratet har prosjektet definert åtte resultatmål (Figur 2-2).

**Figur 2-2: Prosjektets resultatmål, Agder**

- Videreutvikle tjenesteforløp for samhandling der digital hjemmeoppfølging er initiert av spesialisthelsetjenesten
- Beskrive roller og ansvar i alle tjenesteforløp med spesielt fokus på samhandling i helsefelleskapet.
- Definere synergier i tjenesteforløp på tvers av de ulike forvaltningsnivåene, som er definert i helhetlig tjenestemodell.
- Beskrive samhandlingsløsninger for digital hjemmeoppfølging.
- Beskrive bruk av felles nasjonal komponent som skal deles med alle aktører i et helsefelleskap.
- Beskrive gevinster i forløp sett opp mot de ulike finansieringsmodellene i kommunene og mellom ulike aktører.
- Videreutvikle og pilotere digital egenbehandlingsplan på tvers av forvaltningsnivå, blant annet fra poliklinikk.
- Pilotere digital hjemmeoppfølging fra ordinært fastlegekontor.

### Arbeidspakke 1: Samhandling mellom kommuner og sykehus

**Arbeidspakke 1 innebærer å pilotere oppfølging av kolspasienter fra sykehuset etter utskrivelse.**

Sørlandet sykehus helseforetak (SSHF), regional telemedisinsk sentral og kommunene på Agder har samarbeidet om å utvikle dette tjenesteforløpet. Sykehuset i Arendal har i løpet av 2021 pilotert og etablert en egen rolle som kolskoordinator. Kolskoordinator skal benytte digital hjemmeoppfølging som et verktøy i oppfølging av pasienter etter utskrivning, eller for oppfølging av pasienter som har hatt mange innleggelse i løpet av et år. Formålet med arbeidspakken er å øke kunnskapen om hvordan man kan sikre at pasienten er i sentrum, gjennom smidige overganger mellom oppfølging på sykehuset og i kommunen, tilstrekkelig informasjonsdeling, hensiktsmessig fastlegeinvolvering, samt felles nytteverdi og samarbeid mellom forvaltningsnivåene.

Det er kolskoordinator ved sykehuset som er ansvarlig for å identifisere og inkludere pasienter som har behov for digital hjemmeoppfølging, og det er også kolskoordinator som er ansvarlig for å utlevere og gi opplæring i bruk av det teknologiske utstyret. I piloteringen har prosjektet bidratt med utstyr, enten i form av utstyr bestilt fra Siemens eller i form av Bring Your Own Device (BYOD) og SaO<sub>2</sub>-måler som er kjøpt inn lokalt.

I de første to til fire ukene etter utskrivning følges pasienten opp av kolskoordinator ved sykehuset. Ved

behov for videre oppfølging etter denne perioden sender sykehuset melding til hjemkommunen med beskrevet behov. Det er opp til hjemkommunen å tildele/tilby tjenesten og pasienten blir i disse tilfellene overført til regional TMS eller til oppfølging av hjemmetjenesten i egen kommune (avhengig av hvilken modell de ulike kommunene har prøvd ut). TMS overtar i disse tilfellene oppfølgingen av pasienten og får tilsendt all nødvendig informasjon for videre oppfølging. I forbindelse med overføringen gjør TMS en kartlegging av pasientens videre behov og utarbeider en egenbehandlingsplan dersom dette ikke foreligger.

Som en del av prosjektet har Agder tett kontakt med prosjektet i Ullensaker, spesielt om deres utprøving av tjenesteforløp med forsterket utskrivning fra lunge-medisinsk avdeling på Ahus. Arbeidet med denne arbeidspakken vurderes det også om kjernejournal og/eller velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) kan brukes ved samhandling om f.eks. egenbehandlingsplan.

#### **Arbeidspakke 2: Teknologisk tilrettelegging for samhandling**

**Arbeidspakke 2 omhandler teknisk tilrettelegging, og griper delvis inn i de andre arbeidspakkene.** Prosjektet undersøker hvordan ulike teknologiske løsninger best kan tilrettelegges for samhandling mellom ulike aktører, samt hvordan den teknologiske løsningen kan gjøres mer fleksibel. Prosjektet ser blant annet på ulike samhandlingsløsninger, som VKP, Kjernejournal og Helsenorge.no.

**En viktig del av prosjektet innebærer samarbeid med Siemens Healthineers for å finne en løsning for deling av data,** samt se på mulighetene for integrasjon mellom den teknologiske løsningen og de tre ulike journalsystemene som benyttes i de ulike kommunene i Agder. Videre jobbes det med å få på plass en integrasjon mellom den teknologiske løsningen og digital egenbehandlingsplan, samt integrasjon opp mot folkeregisteret.

Fra tidligere prosjekt har det blant annet blitt avdekket at mangel på integrasjon mot fastlegens journal er et hinder for skalering av tjenesten og bruk på fastlegekontorene. Denne arbeidspakken vurderer derfor også behov og mulighet for å utvikle/pilotere en løsning for API mot fastlegens journalsystem.

Også i denne arbeidspakken har Agder et tett samarbeid med Ullensaker-Gjerdrum, som også benytter Siemens Healthineers som teknologi-leverandør.

#### **Arbeidspakke 3: Samhandling med fastlege og fastlegeinvolvering**

**Arbeidspakke 3 har som formål å øke kunnskapsgrunnlaget om fastlegens behov innenfor digital hjemmeoppfølging.** Agder opplevde, i likhet med andre prosjekter, utfordringer med å involvere fastlegene i utprøvingen 2018 til juni 2021. Det er også identifisert et behov for avklaringer knyttet til ansvarsfordeling mellom ulike forvaltningsnivåer med tanke på hvilke pasienter som skal følges opp hvor. Agder vurderer derfor at videre satsning på fastlegeinvolveringen er viktig for utvikling av digital hjemmeoppfølging og for å kunne gi gode sømløse tjenester til pasienter på tvers av alle helsetjenester. Hensikten med piloteringen var å se om tjenesten kan bidra til økt samhandling mellom kommune, sykehus og fastlege, samt se på mulighet for å bruke digital hjemmeoppfølging som et verktøy for bedret beslutningsstøtte. Det var også et mål å se på hvilke pasientgrupper som fastlegen selv kan følge opp digitalt uten involvering av kommunehelsetjenesten.

Det er som en del av dette prosjektet opprettet et **samarbeid med to ulike fastleger** som ikke kjenner til digital hjemmeoppfølging fra tidligere utprøvinger. Målgruppen defineres i samarbeid med hver enkelt fastlege. Fastlegene har foreslått et utvalg pasienter på sin liste som de tenker seg at kan ha nytte av tjenesten, og digital hjemmeoppfølging prøves ut for disse pasientene. I tjenesteforløpet er det ikke satt opp direkte oppfølging som i de andre forløpene, men heller en avtale om innsending av ulike måledata. Disse dataene blir kun avlest etter avtale eller der fastlegen ser behov for målingene som beslutningsstøtte i videre oppfølging av pasienten.

Ved prosjektslutt skal fastlegene bidra med innspill til erfaringsrapporten. Videre skal pasientenes erfaringer kartlegges gjennom både dybdeintervju og en spørreundersøkelse.

#### **Arbeidspakke 4: Digital hjemmeoppfølging ute i helsetjenesten i kommunen**

**Arbeidspakke 4 innebærer å videreutvikle organiseringen av digital hjemmeoppfølging i Agder, samt å spre digital hjemmeoppfølging til andre kommuner i Agder.** Formålet med prosjektet er å kartlegge hvilke rutiner som må på plass i hver enkelt kommune, for eksempel i hjemmetjenesten og i forvaltningen, for å spre digital hjemmeoppfølging. Målgruppen er pasienter med kroniske lidelser, samt pasienter hvor digital hjemmeoppfølging kan bidra til å erstatte eller utsette andre helsetjenester eller hvor tjenesten kan benyttes i påvente av andre helsetjenester. En del av satsningen innebærer også å skalere og teste ut digital hjemmeoppfølging for nye pasientgrupper, som personer med utfordringer knyttet til rusproblematikk og psykisk helse. Flere

kommuner i Agder har allerede startet opp med digital hjemmeoppfølging av disse pasientgruppene og begynner å tilegne seg erfaringer. En viktig del av prosjektet er derfor også å beskrive gevinster med denne måten å jobbe på.

I arbeidspakke 4 er det laget et eget opplæringsmaterieell for å «onboard» nye kommuner. Dette innebærer blant annet at Regional telemedisinsk sentral og prosjektmedarbeidere i Farsund kommune sammen med ansatte i prosjektet besøker kommuner i Agder for å informere om tjenesten og at digital hjemmeoppfølging nå vil gå over i ordinær drift. Formålet med besøkene er å oppfordre kommuner til å ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Kommunene som ønsker å ta digital hjemmeoppfølging inn som en del av sin helsetjeneste kan velge å gjøre dette på to ulike måter – enten ved at hjemmetjenesten eller en annen relevant instans i kommunen følger opp pasienten eller ved at pasienten følges opp fra telemedisinsk sentral i Arendal.

Uavhengig av valgt «modell» for digital hjemmeoppfølging, må hver kommune som velger å ta digital hjemmeoppfølging inn som en del av sin helsetjeneste, ha en kontaktperson i kommunen. Denne kontaktpersonen vil blant annet ha ansvar for å forankre og spre informasjon om digital hjemmeoppfølging i kommunen, være et kontaktpunkt for regional TMS og samarbeidskommune. Videre har kontaktpersonen ansvar for å sikre en ressurs som kan bidra med å levere/returnere utstyr til pasientene, samt gi enkel support på utstyr (ved bruk av leid nettbrett og måleutstyr og ikke bruk av egen device). Kontaktpersonen skal også sikre gevinstoppfølging i egen kommune. Det har ikke blitt lagt noen føringer for hvor denne ressurspersonen skal være plassert i organisasjonskartet i kommunen, men det oppfordres til at personen enten bør være e-helse-koordinator eller plassert på tildelingskontoret, i hjemmetjenesten eller i nærheten av den instansen som følger opp pasientene.

I de tilfellene der en kommune velger å starte opp med oppfølging av brukere fra en eller flere instanser i kommunen, for eksempel i hjemmetjenesten, er mye av tjenesteforløpet det samme som hvis kommunen hadde valgt oppfølging fra telemedisinsk sentral (Figur 2-3). I dette tilfellet er det imidlertid for eksempel hjemmetjenesten i kommunen som gjennomfører kartlegging og følger opp pasientene.

## Arbeidspakke 5: Oppfølging fra telemedisinsk sentral

**Arbeidspakke 5 innebærer utvikling av regional telemedisinsk sentral.** Kommuner i Agder som ønsker å tilby digital hjemmeoppfølging til sine innbyggere, men som ikke ønsker å ha selve oppfølgingen selv, kan betale for at pasienter fra deres kommune får oppfølging fra den regionale sentralen. Kommunene som har brukere som følges opp fra den regionale sentralen skal ha en kontaktperson som de ansatte på sentralen kan kontakte ved behov. Den regionale sentralen er bemannet med to sykepleiere som følger opp brukere alle ukedager.

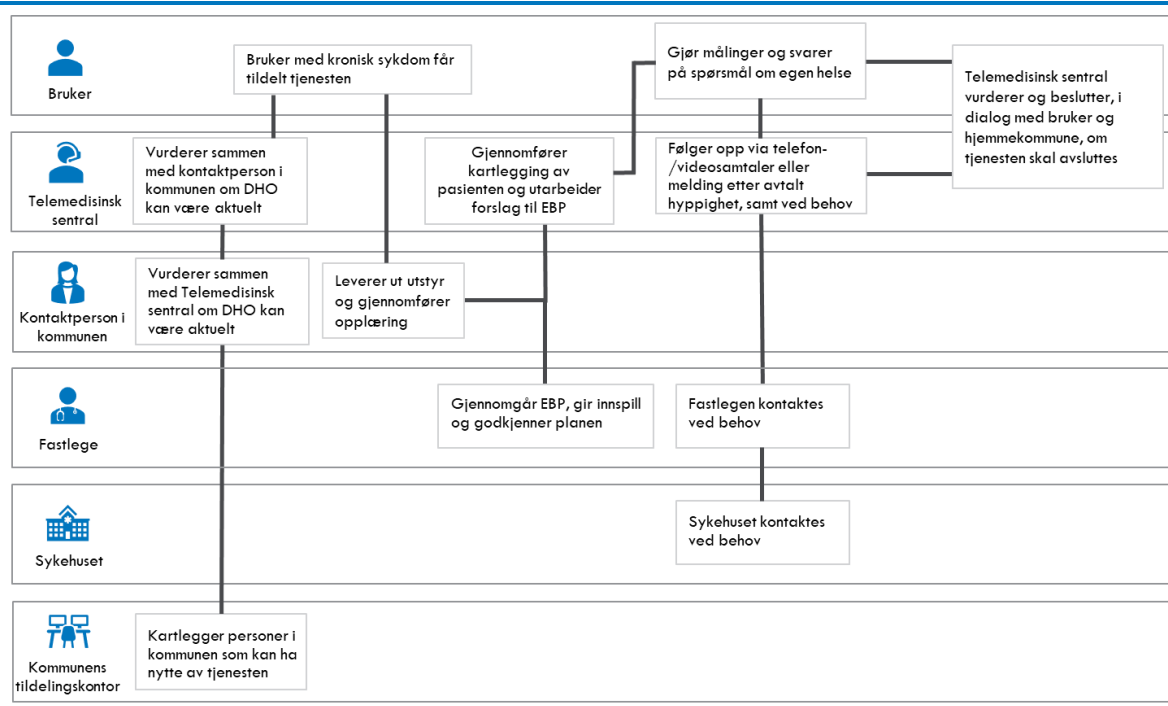
Dersom en kommune velger å benytte seg av oppfølging via telemedisinsk sentral, vil tildelingskontoret i kommunen, etter å ha identifisert en relevant pasient, ha muligheten til å diskutere denne pasienten med ansatte på telemedisinsk sentral. Det gjøres deretter en vurdering av pasientens behov for tjenesten.

I tilfeller der pasienten skal tildeles digital hjemmeoppfølging, bestiller telemedisinsk sentral det nødvendige utstyret til kommunen. Alternativt kan pasienten også benytte app på egen device og/eller eget måleutstyr (privat eller utlevert lokalt). Kontaktperson i kommunen overleverer utstyret til pasienten og gjennomfører opplæring i bruk av utstyret.

Etter at pasienten har mottatt utstyret gjennomfører TMS en kartlegging av pasienten, enten på telefon eller over videosamtale. Videre er det telemedisinsk sentral som har ansvar for oppfølgingen av pasientens målinger, mens ressurspersonen i kommunen har ansvar for å bistå pasienten dersom det skulle oppstå teknologiske utfordringer med utstyret. Pasientens fastlege kontaktes for å opprette et samarbeid, utarbeidelse av egenbehandlingsplan og for å igangsette tiltak ved endringer eller forverringer.

Figur 2-3 illustrerer tjenesteforløpet slik det vil se ut for de kommunene som velger å ta i bruk digital hjemmeoppfølging gjennom oppfølging fra telemedisinsk sentral (TMS). Figuren illustrerer også oppgavefordelingen mellom kommunene og telemedisinsk sentral.

Figur 2-3: Illustrasjon av tjenesteforløp med oppfølging fra telemedisinsk sentral (TMS)



Illustrasjon: Oslo Economics basert på informasjon fra prosjektmedlemmene.

## 2.3 Implementering

### Prosjektorganisering og arbeidsform

NVP DHO 2.0 Agder er organisert under programmet e-Helse Agder 2030 i RKG e-helse, og Kristiansand kommune er prosjekteier.

**Arbeidet er organisert i en prosjektgruppe bestående av prosjektleder for prosjektet, samt ansvarlige for de ulike arbeidspakkene.** Denne gruppen gjennomfører møter annenhver uke for å diskutere status for de ulike arbeidspakkene. I tillegg gjennomfører prosjektgruppen kortere møter på 20 minutter tre ganger i uken. Formålet med disse kortere møtene er å få til hurtige oppdateringer på milepæler, fremdrift og utfordringer i de ulike arbeidspakkene. Prosjektgruppen består av følgende medlemmer:

- Prosjektleder for NVP DHO 2.0 Agder (ansatt i Kristiansand kommune)
- Prosjektleder for arbeidspakke 1 (ansatt i en 25-prosentstilling ved Sørlandet Sykehus HF og 75 prosent i prosjektet)
- Prosjektleder for arbeidspakke 3 (ansatt i Kristiansand kommune)
- Prosjektleder for arbeidspakke 4 (ansatt i Farsund kommune)
- Prosjektmedarbeider regional telemedisinsk sentral (30 prosent ansatt i Arendal kommune)
- Ressurs fra forvaltning (ansatt i Farsund kommune)

Videre gjennomfører prosjektet møter med de personene som jobber med å følge opp brukere, både på telemedisinsk sentral og ute i kommunene, annenhver uke. Siemens Healthineers pleier å delta på de første 10-15 minuttene av disse møtene. Formålet med dette er å skape en direkte informasjonskanal mellom oppfølgerne som faktisk bruker den teknologiske løsningen i sin arbeidshverdag og leverandøren av denne løsningen. Prosjektet samarbeider på tvers av forvaltningsnivå gjennom en styringsgruppe med representanter fra både sykehus og kommune med representanter fra de fire regionen i fylket.

Prosjektet har også samarbeid med andre prosjekt på feltet, koordinert via en egen koordinatrorolle for digital hjemmeoppfølging i Agder med støtte fra stasforvalter.

### Forankring

Prosjektet har jobbet med mål om at digital hjemmeoppfølging skal etableres som en tjeneste i drift i kommunene i Agder, og det har i løpet av prosjektet blitt jobbet med å få alle kommuner med. **Som en del av dette arbeidet har det blitt gjennomført digitale møter med de fleste kommunene, og prosjektet har ved ønske fra kommunene tilbudt fysiske møter for «onboarding».** Så langt har 20 av 25 kommuner i Agder signert på samarbeidsavtale om digital hjemmeoppfølging, hvorav åtte av disse kommunene har samarbeidsavtale om oppfølging ute i helse-tjenesten i kommunen.

Prosjektgruppen har i tillegg **utarbeidet opplæringsmateriell**, og gjort dette tilgjengelig digitalt (via Teams) for alle kontaktpersoner i kommuner med samarbeidsavtale, i tillegg til alle digitale oppfølgere (de i direkte pasientkontakt). I Teams-gruppen kan kommunene også dele erfaringer sporadisk for å videreutvikle tjenesten i fellesskap.

### Økonomi

Prosjektet søkte om 6,06 millioner kroner i tilskuddsmidler og fikk tildelt 3,8 millioner kroner. Det omsøkte beløpet skulle i hovedsak gå til å dekke lønnsutgifter (inkludert sosiale utgifter) til de ansatte i prosjektet og teknologisk tilrettelegging for samhandling. Videre var det også satt av midler til innkjøp av konsulent-tjenester, samt ressurser til å kompensere fastleger og brukerrepresentanter.

Prosjektet ble tildelt ekstramidler fra Helsedirektoratet da det ble besluttet at prosjektperioden ble utvidet til 2022.

### Oppsummering av implementering

**Tilbakemeldingene fra aktørene i prosjektet tyder på at de hadde et godt utgangspunkt før oppstart av prosjektet.** Arbeidet med rammene for de ulike arbeidspakkene har i det store og det hele gått som planlagt, og de planlagte aktivitetene har blitt gjennomført i henhold til fremdriftsplanen.

Aktørene trekker imidlertid frem at arbeidet med involvering av fastleger har tatt lenger tid enn planlagt, delvis grunnet ferieavvikling, og dette har gjort det utfordrende å høste de erfaringene man hadde sett for seg ved starten av prosjektet. I tillegg har prosjektledelsen uttrykket at de hadde ønsket et større omfang i piloteringen av forløp på tvers av sykehus og kommune. Prosjektet har så langt høstet flere nyttige erfaringer, blant annet knyttet til arbeidet med forvaltning av tjenesten og arbeidet med takstbruk.

## 2.4 Resultater og måloppnåelse

### Samhandling mellom kommuner og sykehus

**Arbeidet med Arbeidspakke 1 – samhandling mellom kommuner og sykehus – har stort sett forløpt uten store problemer.** I løpet av prosjektperioden har Agder fått pilotert et tjenesteforløp for kolspasienter, der sykehuset i Arendal starter opp digital hjemmeoppfølging og følger opp pasientene 14 dager etter utskrivelse, før pasienten overføres til oppfølging i kommunen eller fra TMS. De har i prosjektet lyktes med å inkludere flere brukere via kolskoordinator ved sykehuset, og jobbet med å få til gode overføringer til oppfølging i kommunene.

Prosjektet har også gjennom samarbeid med InnoMed gjennomført et arbeid med å kartlegge mulige takster

for digital hjemmeoppfølging. Dette har vært viktig for å kartlegge hvordan man kan sikre videre finansiering av tjenesten. Det finnes flere ulike takster som kan benyttes, men disse er ikke tilpasset digital hjemmeoppfølging spesifikt. Enkelte steder mangler også takster for aktiviteter i forløpet.

En utfordring i arbeidet med Arbeidspakke 1 har vært å få med seg flere av de ulike sykehusene i Agder-regionen. Da prosjektet ble startet opp var ambisjonen at utprøvingen skulle omfatte flere sykehus enn sykehuset i Arendal. Det har imidlertid vært krevende å få med de andre sykehusene, til tross for at prosjektet viet mye ressurser til dette ved oppstart. Det ble derfor besluttet at arbeidspakken skulle dreie seg om samhandling med sykehuset i Arendal. En annen utfordring har vært inkludering av pasienter på lungeavdelingen. Disse problemene kan delvis forklares av lav grad av forankring av tjenesten blant de ansatte på avdelingen, samt en mangel på beskrivelse av digital hjemmeoppfølging i sykehusets strategiplan. Aktørene vi har snakket med peker på at utfordringene knyttet til inklusjon også kan skyldes at innlagte pasienter ofte er utsatt for stress og mange inntrykk når de er innlagt, noe som ofte gjør dem mindre mottakelige for digital hjemmeoppfølging.

Per januar 2022 var arbeidet med Arbeidspakke 1 avsluttet. Det vil imidlertid arbeides videre med å få digital hjemmeoppfølging over i drift på sykehuset i Arendal. Det som tidligere har vært en prosjektgruppe har gått over til å bli et team for samhandling. Teamet vil jobbe videre med å utvikle digital hjemmeoppfølging på andre områder enn kols, for eksempel knyttet til sårpleie (telesår), oppfølging av pasienter med HIV og oppfølging av pasienter med koronavirus. Agder vurderer at erfaringene som er gjort gjennom prosjektet vil ha nytteverdi for vurdering og oppstart av nye forløp initiert av spesialisthelsetjenesten.

Agder har selv evaluert denne arbeidspakken ved hjelp av en spørreundersøkelse blant aktører i spesialist- og primærhelsetjenesten. Undersøkelsen fikk totalt 9 svar. På spørsmål om samarbeidet mellom spesialist- og primærhelsetjenesten gir sømløse tjenester for pasientene, svarer 4 av 9 at de i stor grad opplever dette. På spørsmål om hvilken grad digital hjemmeoppfølging bidrar til sømløse tjenester for pasientene svarer 7 av 9 «(I stor grad)». På rangering av potensiale for bruk av digital hjemmeoppfølging mener aktørene at hjemmetjenesten og forebygging har størst potensiale.

### Teknisk tilrettelegging for samhandling

I arbeidet med **Arbeidspakke 2** – teknisk tilrettelegging for samhandling – har prosjektet jobbet tett med Siemens Healthineers for å få til de ønskede integrasjonene og for gjøre den teknologiske løsningen mer fleksibel for oppfølgerne i de ulike kommunene.

**Arbeidet med denne arbeidspakken er ikke helt i mål og prosjektet gir uttrykk for at ambisjonen var at de skulle ha kommet lenger i dette arbeidet ved slutten av årsskiftet 2021/2022.** I 2021 har det blitt gjennomført kartlegging av mulige løsningsalternativ, i tillegg til møter med både NHN og VKP, samt andre prosjekt i NVP med tilsvarende mål.

Sammen med leverandør og søsterprosjektet MILA i Nasjonalt velferdsteknologiprogram har det som en del av arbeidspakken blitt utarbeidet en digital egenbehandlingsplan. Brukerne har mulighet til å få lagt inn denne planen digitalt i en egen app, mens klinkere kan få tilgang til planen med egen innlogging på nivå 4. En digital egenbehandlingsplan, som en del av den eksisterende teknologiske løsningen, er ikke på plass, men i prosjektet har det blitt avdekket at det er behov for å få til en bedre integrasjon mellom digital egenbehandlingsplan og den teknologiske løsningen for digital hjemmeoppfølging. Dette vil senke terskelen for at fastlegen engasjerer seg i planen.

Forsinkelsen av Arbeidspakke 2 knyttes hovedsakelig til forsinkelser hos leverandør, og dernest at Agder ikke ble prioritert hos VKP da Agder var klare for å sette i gang prosessen med oppkobling. Planen per januar 2022 er fortsatt at Agder skal koble seg på VKP, og at dette skal prøves ut i Arendal. En gjenstående utfordring er integrasjon mellom den teknologiske løsningen og de tre ulike journal-systemene som brukes i kommunene. Det er ikke utarbeidet noen konkret plan for dette arbeidet per januar 2022.

#### Samhandling med fastlege og fastlegeinvolvering

**Arbeidet med Arbeidspakke 3 – samhandling med fastlege og fastlegeinvolvering – har delvis vært utfordrende.** Og, i kontrast til hva som var målet, har det kun blitt gjennomført en pilotering i svært liten skala.

Erfaringene fra prosjektet er at det fortsatt er utfordrende å få med fastlegene, og prosjektet har kun lyktes med å få to fastleger til å pilotere digital hjemmeoppfølging. Målet for prosjektet var at hver fastlege skulle inkludere fem brukere hver, men av ulike grunner har hver av fastlegene kun inkludert to brukere. Dette kom blant annet av at mange av pasientene fastlegene foreslo enten ikke ønsket å delta, at det ikke var mulig for prosjektet å komme i kontakt med disse eller at pasientene opplevde tjenesten som «(litt for voldsom)». Dette var blant annet knyttet til hyppighet for målinger og kontakt med oppfølgingstjenesten. Videre tok det lenger tid å komme i gang med piloteringen enn planlagt, blant annet på grunn av ferieavvikling, og dette bidro også til å hindre en bredere utprøving.

Agder har selv evaluert denne arbeidspakken ved å gjennomføre intervjuer med de involverte fastlegene og pasientene, samt ved hjelp av en spørreundersøkelse sendt ut til de involverte pasientene.

Fastlegene har gitt tilbakemelding om at de opplever ideen om et journalsystem som er integrert med digital hjemmeoppfølging som en spennende mulighet, særlig dersom legene enkelt kan velge hvilke parametere de ønsker tilgang til. Samtidig understrekes det av fastlegene at det er viktig at det arbeides videre med hvordan pasientenes måleparametere kan integreres i dagens journalsystemer, slik at digital hjemmeoppfølging ikke blir «nok et system» som fastlegene må forholde seg til.

Målet for arbeidspakken var å kartlegge behovet for digital hjemmeoppfølging hos fastlege, samt å sette i gang en pilotering som kunne gi fastlegene måledata for bredere beslutningsgrunnlag i videre oppfølging og behandling av pasienter. **Gitt det lave volumet av fastleger og pasienter har det imidlertid vært utfordrende å høste de erfaringene man hadde sett for seg ved starten av prosjektet.**

#### Digital hjemmeoppfølging ute i helsetjenesten i kommunen eller via regional telemedisinsk sentral (TMS)

I løpet av høsten 2021 har ansatte fra prosjektet reist ut til flere kommuner i Agder for å informere om digital hjemmeoppfølging og hvordan kommunene kan ta dette inn som en del av sin helsetjeneste, enten i form av oppfølging ute i helsetjenesten i kommunen eller via TMS. Per januar 2022 har prosjektet lyktes med å etablere samarbeidsavtaler med 20 av 25 kommuner i Agder. Det er imidlertid fortsatt en del av disse kommunene som ikke er i gang med pasientoppfølging. Det bemerkes at flere kommuner, som følge av pandemihåndtering, er relativt presset og at de derfor ikke er helt klare for å etablere en ny tjeneste i kommunen. Samtidig presiseres det at arbeidspakkene i stor grad har bidratt til å gjøre kommunene i Agder klare for et nasjonalt spredningsprosjekt.

#### I Arbeidspakke 4 – digital hjemmeoppfølging ute i helsetjenesten i kommunen – har prosjektet lyktes med å implementere digital hjemmeoppfølging som en del av helsetjenesten i de fleste kommunene i Agder.

Som en del av arbeidet har prosjektet utarbeidet opplæringspakker for ulike måter å inkludere digital hjemmeoppfølging i drift. Farsund kommune har hjulpet flere av kommunene med samarbeidsavtaler med å komme i gang med tjenesten. Flere av kommunene har begynt å bruke tjenesten, og i enkelte kommuner jobbes det også med å oppskalere tjenesten på andre områder, for eksempel knyttet til psykisk helse og rus.



**I Arbeidspakke 5 – oppfølging fra telemedisinsk sentral – har det blitt jobbet aktivt med å koble på kommuner som ønsker at pasienter skal følges opp fra TMS.** Opplevelsen er at de aller fleste kommuner er positive til digital hjemmeoppfølging. Per januar 2022 følges det opp pasienter fra 10 kommuner (inklusive Kongsvinger).

Prosjektet har arbeidet med å etablere et godt samarbeid mellom sykehus og TMS. Prosjektgruppen beskriver dette samarbeidet som veldig godt og per januar 2022 har syv pasienter (alle med kols) fått oppfølging av TMS etter overføring fra Arendal sykehus. Det påpekes at det har vært en fordel at sykehuset og TMS har benyttet samme teknologiske løsning for digital hjemmeoppfølging, ettersom det har gjort det mulig at måldata følger pasienten.

Agder har selv evaluert de to arbeidspakkene ved hjelp av spørreundersøkelser sendt ut til aktuelle aktører, beslutningstakere og kontaktpersoner i kommunene, samt gjennom intervjuer med oppfølgere og pasienter. Omfanget av denne evalueringen er ikke stor nok til å si noe om effekter på ressursbruk i ulike deler av helsetjenesten, for eksempel hjemmetjenesten. Intervjuer med ti pasienter med oppfølging fra hjemmetjenesten i Farsund kommune har imidlertid avdekket at pasienter og pårørende opplever økt trygghet og økt forståelse av egen helsetilstand. Videre oppgir pasientene at de opplever det settes i gang raskere tiltak ved forverring, samt at de ikke trenger å konsultere fastlegen like mye om enkelte diagnoser, fordi dette heller kan diskuteres med digitale oppfølgere.

## 2.5 Bærekraft

Prosjektet i Agder har i stor grad hatt som mål å utvikle digital hjemmeoppfølging i en driftssituasjon, og prosjektet har særlig arbeidet med å etablere tjenesteforløp med varige løsninger som kan overføres til drift. Særlig arbeidspakke 4 og 5 har vært rettet mot å videreutvikle digital hjemmeoppfølging i en driftssituasjon, mens arbeidspakke 1 har bidratt til å etablere et forløp ved Arendal sykehus som planlegges inkludert i vanlig drift. Videre har prosjektet også gjennomført et arbeid med å kartlegge relevante takster relatert til digital hjemmeoppfølging. Formålet med dette arbeidet har vært å sikre at det finnes en plan for hvordan digital hjemmeoppfølging kan finansieres i en driftssituasjon.

Prosjektet har imidlertid også bidratt til å avdekke avhengighetsforhold som det vil være avgjørende at man håndterer på en god måte, om digital hjemmeoppfølging sømløst skal kunne tas i bruk på tvers av helsetjenesten. En konkret utfordring i prosjektet har for eksempel vært at gode overganger mellom sykehus og kommune i stor grad er avhengig av at

man får på plass samarbeidsavtaler mellom kommunene. I de tilfellene hvor brukere som inkluderes på sykehusene skal overføres til kommuner som det ikke har blitt opprettet en samarbeidsavtale med, kan det føre til at den digitale hjemmeoppfølgingen må avsluttes, dersom prosjektet ikke lykkes med å opprette en samarbeidsavtale med kommunen. Dette har synliggjort hvor viktig det er å sikre at alle kommunene i Agder tar digital hjemmeoppfølging inn som en del av sitt helsetjenestetilbud. Videre har det blitt avdekket at forvaltning av tjenesten kan være en utfordring i forløpet. Kun hjemkommunen til pasienten kan beslutte å tildele pasienten tjenester gitt fra kommunen. Derfor er det viktig med en tett dialog mellom kommuner og sykehus ved overgang mellom forvaltningsnivåene, for å sikre en smidig overgang og en opplevelse av et sømløst forløp for pasienten.

En annen utfordring i arbeidet med å videreutvikle telemedisinsk sentral har vært at de ansatte på den regionale sentralen ikke har tilgang til de kommunale journalsystemene, og de må derfor selv innhente informasjon fra pasienten om hvilke kommunale tjenester de har. Dette er særlig en utfordring fordi tjenestesammensetningen kan variere over tid, slik at det for eksempel varierer om en bruker har hjemmetjenester eller ikke. Dersom en bruker har målinger utenfor normalområdet og de ansatte på den regionale sentralen vurderer at hjemmetjenesten burde komme innom for et tilsyn, kan det altså være en utfordring at de ikke vet sikkert om brukeren uansett får besøk fra hjemmetjenesten den dagen, eller om det må settes inn et ekstra besøk. Prosjektet har også opplevd at det er en utfordring å sikre at de ansatte i de kommunale tjenestene kjenner til digital hjemmeoppfølging. I noen tilfeller har de ansatte ringt hjemmetjenesten i en kommune for å få et ekstra tilsyn hos en bruker, og opplevd at hjemmetjenesten ikke kjenner til digital hjemmeoppfølging og lurer på hvem som ringer.

## 2.6 Læringspunkter

**En sentral erfaring fra prosjektet er at det kreves tid og ressurser å få på plass et forløp med overføring fra sykehus og til oppfølging i regi av kommunen.** Prosjektressursene påpeker at det har vært avgjørende å ha dedikerte personer på sykehuset, samt å sikre åpne kommunikasjonskanaler mellom ressursene på sykehuset og ansatte som jobber med digital hjemmeoppfølging i kommunen eller ved TMS. Det påpekes at det i prosessen har vært viktig med faste møtepunkter mellom oppfølger på sykehus og regional TMS. Dette har sikret at alle holder seg oppdatert og at man kan tilpasse arbeidet sitt ved behov.

En annen erfaring fra prosjektet er at egenbehandlingsplanen bør utformes før pasienten skrives

ut fra sykehuset. Lærdommen er at spesialist-helsetjenesten har god erfaring og kunnskap om egenbehandlingsplaner, som det er gunstig å bruke i utarbeidelsen. I tillegg bidrar dette til at TMS og pasienten unngår å bruke tid og ressurser på kontakt med fastlegen for å utforme planen.

Erfaringene fra fastlegepilotingen er at pasientene opplever det som nyttig å dele målinger med fastlegen, som en støtte i samtale ved konsultasjon. **En annen lærdom er at enkelte fastlegekontor allerede har løsninger som helt eller delvis dekker deler av behovet for informasjonsdeling og integrasjoner mellom fastlegene og ulike helseaktører, samt mellom fastlege og pasient.** Det finnes for eksempel allerede gode kommunikasjonsmuligheter i dagens moderne journalsystemer, herunder blant annet e-konsultasjon, videokonsultasjon, 7-14 dagers EKG, 14 dagers blodsukkermålingsapper, BT apparat til pasienter, metningsmåler, med videre. Et av legesentrene i pilotingen hadde allerede flere ulike løsninger med integrasjoner mellom skyløsning og journal på plass. Dette ga legesenteret mulighet til å kommunisere med pasientene digitalt, hvor kommunikasjon og innsending av ulike måleparametere blir registrert i pasientens journal. Legen ved legesenteret opplevde derfor digital hjemmeoppfølging som mindre nyttig.

**Knyttet til spredning av digital hjemmeoppfølging, har prosjektet erfart at det har vært svært nyttig å utarbeide «onboardingspakker», som kan veilede kommunene i oppstart av tjenesten.** Erfaringen fra prosjektet er at dersom det legges en del tid og ressurser i å utarbeide disse, kan dette gjøre onboardingsprosessen svært effektiv. Flere kommuner har takket nei til veiledningsmøte med prosjektadministrasjonen, for å få hjelp til å sette i gang arbeid med digital hjemmeoppfølging, fordi opplevelsen har vært at innholdet i onboardingspakken

har inneholdt tilstrekkelig med informasjon og veiledning.

**En annen erfaring knyttet til spredning er at det er viktig at det raskt etableres en kontaktperson i de kommunene som velger å ta inn digital hjemmeoppfølging som en del av sin helsetjeneste.** Dette gjelder særlig for de kommunene som eventuelt måtte velge å slå seg sammen for å tilby oppfølging fra en sentral, lignende TMS. Denne kontaktpersonen bør ha ansvar for å forankre og spre informasjon om digital hjemmeoppfølging i kommunen, samt være et kontaktpunkt for oppfølgingsentralen og samarbeidskommune. Videre bør kontaktpersonen ha ansvar for å sikre en ressurs som kan bidra med å levere/returnere utstyr til pasientene, samt gi enkel support på utstyr (ved bruk av leid nettbrett og måleutstyr og ikke bruk av egen device).

Avslutningsvis påpekes det også at det er behov for nasjonale føringer for tildeling av tjenesten, slik at kommunene kan forvalte tjenesten på en mest mulig lik måte. Dette synes å være særlig viktig i samhandling med sykehus, for å sikre at pasientene får samme tilbud uavhengig av bostedskommune.

De viktigste læringspunktene fra Agder er:

- Dedikert personell på sykehuset kan forenkle forankringen og bidra til mer helhetlige tjenesteforløp.
- Det er en fordel at egenbehandlingsplanen utformes før pasienten skrives ut fra sykehuset.
- Å utarbeide godt informasjonsmaterieell kan være effektivt grep for å forenkle implementeringen av tjenesten i nye kommuner.
- Med en regional oppfølgingsentral er det viktig at hver kommune har en kontaktperson som de ansatte i oppfølgingsentralen kan kontakte ved behov.

## 3. Bodø

*Prosjektet i Bodø er et samarbeid mellom Bodø kommune, Nordlandssykehuset, Tellu og fastleger i kommunen, og bygger videre på erfaringer fra prosjektet «Smart Helse – digital hjemme-oppfølgning av kronisk syke». Formålet med prosjektet er å bedre samhandlingen mellom ulike deler av helsetjenesten på to områder: forsterket utskriving og bedre informasjonsflyt.*

### 3.1 Bakgrunn

#### Deltakelse i utprøvingen 2018 til juni 2021

Bodø kommune med samarbeidspartnere deltok i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i 2018 til juni 2021. Erfaringer fra denne utprøvingen viste at digital hjemmeoppfølging er et nyttig verktøy for oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, men man erfarte også at man i prosjektperioden ikke klarte å utløse potensialet for bedre samhandling med spesialisthelsetjenesten som ligger i tjenesten. Tidlig i 2021 søkte derfor Bodø kommune, sammen med sine samarbeidspartnere, om tilskuddsmidler for å jobbe videre med å utforske muligheter for bedre samhandling knyttet til digital hjemmeoppfølging.

#### Hvilke utfordringer skal prosjektet løse?

Prosjektet skal jobbe med styrket samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten. Nordlandssykehuset var en samarbeidspartner allerede i utprøvingen i 2018 til juni 2021; likevel var erfaringen at man ikke kom så langt i samarbeidet mellom kommunen og sykehuset som planlagt og ønsket, og aktørene ønsket derfor å arbeide videre med dette.

Brukere med kroniske sykdommer har ofte behov for oppfølging fra ulike deler av helsetjenesten.

**Erfaringene fra Bodø var at det også finnes et potensiale for forbedring i pasientoverganger mellom spesialist- og primærhelsetjenesten.** I forbindelse med utskriving av pasienter fra sykehus foregår en dialog mellom sykehuset og tildelingskontoret i kommunen om hvilke tjenester pasienten vil ha behov for etter utskriving. Sykepleierne gjør en kartlegging av pasienten på sykehuset, og sender opplysninger om pasienten til tildelingskontoret. Det har imidlertid vist seg at det er mangler i informasjonen som sendes til kommunen, noe som fører til at kommunen må etterspørre og innhente den manglende informasjonen. Dette er tidskrevende både for tildelingskontoret og for sykepleierne på syke-

huset. Ved manglende informasjon må kommunen gjøre egne kartlegginger av pasienten etter utskriving.

Erfaringene ved prosjektets oppstart var at man ikke fikk forberedt de kommunale tjenestene godt nok ved utskriving. Hvis det i kommunen fattes vedtak om digital hjemmeoppfølging for pasienten kan det ta noe tid etter utskriving før pasienten får tildelt digital hjemmeoppfølging, hvilket videre kan føre til at forverringer som oppstår like etter utskriving ikke oppdages. Det er derfor et mål for prosjektet å fremskynde kartleggingen slik at en pasient kan vurderes for digital hjemmeoppfølging allerede mens vedkommende er innlagt på sykehuset.

Behov for bedre dataflyt mellom digital hjemmeoppfølging og kommunal EPJ utpeker seg som en annen sentral motivasjon for prosjektet. Digital hjemmeoppfølging genererer mye informasjon, særlig når bruker registrerer målinger og svarer på spørreskjemaer. Ved prosjektets oppstart må opplysninger fra digital hjemmeoppfølging journalføres manuelt i kommunens EPJ-system, noe som er meget tidkrevende og ineffektivt, og som dessuten øker risiko for feilregistrering i journalen. Det er behov for å få på plass en integrasjon mellom DHO-systemet og EPJ-systemet, for å kunne automatisere overføring av journalverdig innhold.

#### Aktørenes utgangspunkt

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Bodø kommune, Nordlandssykehuset, fastleger i kommunen, representert ved en fastlege med stilling i prosjektet, Helseledningskontoret, Helse Nord RHF og Direktoratet for e-helse.

**Bodø kommune har gjennom flere år jobbet med ulike digitale utviklingsprosjekter, og har tatt i bruk digital hjemmeoppfølging.** Tjenesten gikk over i ordinær drift i kommunen ved årsskiftet 2021/2022. Prosjektleder for dette prosjektet er samme prosjektleder som for digital hjemmeoppfølging.

**Nordlandssykehuset har tidligere erfaring med digital hjemmeoppfølging av dialysepasienter, hvilket også var et viktig utgangspunkt for Bodø kommunes deltakelse i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging.** Den teknologiske løsningen som kommunen bruker til digital hjemmeoppfølging er den samme som sykehuset bruker i sin oppfølging av dialysepasienter. Dette er et viktig utgangspunkt for videre samarbeid og felles tjenesteutvikling. Nordlandssykehuset var også med i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i 2018 til juni 2021.

Det er om lag 51 fastleger i Bodø kommune og nesten alle har erfaring med digital hjemmeoppfølging fra den første utprøvingen, eller gjennom oppfølging av pasienter med covid-19. Det generelle inntrykket er at fastlegene har blitt mer positivt innstilte til digital hjemmeoppfølging over tid, i takt med at de har fått egen erfaring med tjenesten og gode eksempler på hvordan tjenesten kan hjelpe både brukere og fastleger. **En fastlege er ansatt i en deltidstilling i prosjektet. Han har samarbeidet tett med prosjektet siden 2018 og sikrer at fastlegenes behov blir ivare tatt i nye løsninger.** Også andre fastleger har bidratt inn i prosjektet. For eksempel ble det våren 2021 arrangert en workshop for flere fastleger i Bodø kommune. Formålet med workshopen var å identifisere behov for bedret samhandling og informasjonsdeling, sett fra fastlegens perspektiv.

**Tellu er leverandør av den teknologiske løsningen for digital hjemmeoppfølging i kommunen, og av tilsvarende løsning for dialysepasienter på sykehuset.** Bodø kommune og Tellu har inngått en FoU-avtale, hvilket innebærer at partene jobber sammen med videreutvikling av tjenesten over tid.

**Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenet (NHN) er involvert i prosjektet gjennom arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP).** VKP håndterer dataflyt mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, som elektroniske pasientjournaler (EPJ). Bodø kommune har fra før etablert VKP til flere velferdsteknologiske komponenter og samarbeider med VKP-teamet om videreutvikling av tjenesten. Gjennom dette samarbeidet samarbeider Bodø kommune også med Oslo kommune om løsninger knyttet til dataflyt og datadeling.

**Helse Nord RHF er involvert i prosjektet gjennom arbeidet med digital egenbehandlingsplan** i regi av Helse Nord RHF og i samarbeid med Direktoratet for e-helse, NHN ved kjernejournal og helsenorge.no. Helse Nord RHF er pilotområde og Bodø kommune skal være pilotkommune i utprøvingen.

## 3.2 Tiltak

Prosjektet består av to hoveddeler – samhandling gjennom forsterket utskrivning og samhandling gjennom bedre dataflyt. Formålet er å bygge videre på erfaringene fra utprøving av digital hjemmeoppfølging og videreutvikle arbeidsprosesser og datadeling som sikrer bedre samhandling om pasienter med kroniske sykdommer.

Figur 3-1: Prosjektets formål, Bodø



**Formålet** er å videreutvikle arbeidsprosesser og datadeling som sikrer bedre samhandling om pasienter med kroniske sykdommer.

### Resultatmål

I sin prosjektsøknad til Helse Nord RHF har prosjektet identifisert fire resultatmål, som vist i Figur 3-2. Resultatmål 1 og 2 skal oppnås innenfor rammene for delprosjekt om samhandling gjennom forsterket utskrivning, mens resultatmål 3 og 4 skal oppnås gjennom delprosjekt om samhandling gjennom bedre dataflyt.

Figur 3-2: Prosjektets resultatmål, Bodø

- Bedre pasientoverganger gjennom forsterket utskrivning
- Etablere strukturer for saksbehandling rundt digital hjemmeoppfølging
- Utrede behov og teste måter for deling av journalinformasjon
- Utrede behov og teste måter for deling av egenbehandlingsplan

### Samhandling gjennom forsterket utskrivning

I sin søknad til Helse Nord RHF har Bodø beskrevet at de ønsker å styrke **informasjonsflyten mellom sykehuset og tildelingskontoret i kommunen i forbindelse med pasientoverganger.** I forbindelse med en pasientovergang (særlig fra sykehus til kommune) foregår en omfattende dialog mellom sykehus og kommune. Det har kommet frem at det gjøres mye dobbeltarbeid i denne prosessen og at informasjonsflyten ikke fungerer som ønsket. Når en pasient som vil ha behov for kommunale tjenester etter utskrivelse skal skrives ut, gjennomfører sykepleier på sykehuset en forholdsvis omfattende kartlegging av pasientens funksjonsnivå og behov for tjenester. Informasjon om pasienten sendes via PLO-melding til kommunens tildelingskontor. En saksbehandler ved tildelingskontoret tar så stilling til hvilke tjenester brukeren vil ha behov for etter utskrivelsen. For at tildelingskontoret skal kunne tildele pasienten nødvendige tjenester, gjøres en det også en kartlegging av pasientens funksjonsnivå i kommunen.

Dersom saksbehandleren ved tildelingskontoret vurderer at digital hjemmeoppfølging er en passende tjeneste, vil ansatte i Helsehjelpa (som følger opp brukere av digital hjemmeoppfølging i Bodø kommune) basert på de kartleggingene som er gjort tidligere skissere hvordan Digital hjemmeoppfølging kan gis, for å tilpasse oppfølgingen til brukerens behov. I praksis kan det ta flere uker fra utskrivning før en pasient er ferdig opplært i systemet og mottar

digital hjemmeoppfølging. Dette kan føre til at pasienter må få tildelt andre tjenester i mellomtiden, hvilket ikke er ønskelig hverken for pasient eller kommunen. Videre kan det også medføre risiko for pasientsikkerheten, hvis eventuelle forverringer i perioden hvor pasienten venter på digital hjemmeoppfølging ikke avdekkes.

**I dette prosjektet har man derfor jobbet med å forbedre utskrivningsprosessen gjennom å kartlegge arbeidsprosesser og etablere nye rutiner som skal bedre informasjonsflyten og skape bedre og raskere pasientoverganger.** Arbeidet skal resultere i at pasienter kan vurderes for digital hjemmeoppfølging allerede mens de er innlagt på sykehuset. Et mål er å videreutvikle kartleggingsrutinene på sykehuset og å sørge for at all relevant informasjon som saksbehandler i kommunen trenger innhentes som en del av denne kartleggingen. Dette arbeidet omfatter både tidspunkt for kartleggingsprosesser, arbeidsprosesser rundt kartleggingen og søknadsskjema som sendes til tildelingskontoret. Kartleggingen skal gi grunnlag for å vurdere bruk av digital hjemmeoppfølging, men også andre kommunale tjenester etter utskriving.

En annen del av denne arbeidspakken går ut på å kartlegge hvilken informasjon som deles mellom sykehus og kommune, og ikke minst hvilken informasjon som mottas fra den andre parten. Det har blitt avdekket at en del av informasjon som sendes via PLO-melding blir uforståelig for mottaker på grunn av at ulike deler av helsetjenesten bruker ulike datasystemer.<sup>1</sup> I dette prosjektet skal man derfor jobbe med å etablere rutiner som skal sørge for at informasjon som sendes fra sykehuset og kommunen kan forstås av mottakeren.

**Prosjektet skal også undersøke fastlegens rolle og informasjonsbehov vi forbindelse med utskriving fra sykehus.** Dette innebærer blant annet å undersøke hvilken informasjon fastlegene får i dag, hvilken informasjon de mangler, og hvilken informasjon de ikke har behov for. Ved å kartlegge informasjonsflyten, identifisere utfordringer og iverksette løsninger ønsker man å oppnå mer effektiv kommunikasjon mellom tjenestene, og derigjennom skape bedre overganger for pasientene.

Bodø beskriver også i søknaden at de ønsker å **teste ut et forløp hvor digital hjemmeoppfølging initieres på sykehuset mens pasienten er innlagt, og hvor ansvaret for oppfølgingen overføres til kommunen etter utskriving.** Ved prosjektets oppstart kan oppfølging med digital hjemmeoppfølging initieres både på sykehuset og i kommunen, men man kan ikke

<sup>1</sup> Den kan for eksempel være at informasjon som sykehuset skriver inn under en fane i PLO-meldingen dukker opp en annen plass når rapporten er ferdig, eller at overskrifter

dele eller flytte data, og dermed ikke brukere, mellom de to løsningene. I arbeidspakken samarbeider kommunen, sykehuset og Tellu om å utvikle forløpet. Som en del av dette arbeidet må det klargjøres hvem som har ansvar for pasienten til ethvert tidspunkt. Når ansvaret for en pasient flyttes fra sykehus til kommune, bør også skriver- og leserrettigheter til pasientens opplysninger endres. En teknisk løsning for dette vil, ifølge prosjektmedarbeiderne, ikke være vanskelig å få til, men det finnes i dag juridiske utfordringer som hindrer deling av data mellom aktørene, og som er vanskeligere å håndtere.

### Samhandling gjennom bedre dataflyt

Kommunen har også identifisert et behov for deling av journalinnhold mellom DHO-løsningen og kommunal EPJ. Prosjektet har identifisert tre områder knyttet til deling av journalinformasjon som skal utredes:

- Muligheter for å journalføre journalverdige notater fra Tellu-systemet og automatisk inn i tiltak i EPJ
- Muligheter for automatisk journalføring av måleverdier inn i lab-modulen i EPJ
- Muligheter for å hente ut pasientinfo fra EPJ og inn i DHO-løsning

Digital hjemmeoppfølging genererer store mengder informasjon om brukeren i form av målinger, svar på spørreskjemaer og notater etter kontakt med sykepleier. Noe av denne informasjonen er journalverdig og vil kunne være nyttig for andre behandlere. Det er imidlertid ikke slik at all informasjon vil gi merverdi i brukerens pasientjournal. For å effektivisere kommunikasjon og for å sikre at viktig informasjon faktisk blir lest av andre behandlere, ønsker kommunen at en fritestoppsummering av resultater fra digital hjemmeoppfølging skal kunne journalføres automatisk i EPJ-systemet.

Som steg to i denne pakken, skal Bodø også **jobbe for å få til en integrasjon mot EPJ-systemet, som muliggjør automatisk overføring av måleverdier fra Tellu-systemet til lab-modulen i EPJ-systemet.**

Et tredje punkt, herunder muligheter for å hente ut pasientinfo fra EPJ og inn i Tellu-systemet, er også nevnt i Bodø sin prosjektsøknad til Helsedirektoratet.

Bodø kommune har allerede flere av integrasjonene til VKP. Som en del av dette prosjektet skal man se nærmere på om konseptet også kan brukes for digital hjemmeoppfølging.

mangler. Videre bruker sykehuset og kommunen til viss grad ulik terminologi, hvilket ytterligere bidrar til å gjøre kommunikasjonen mer utfordrende.

I prosjektsøknaden fremgår det at det er et mål for prosjektet å **utrede muligheten for mer effektiv deling av egenbehandlingsplan.**

### 3.3 Implementering

#### Prosjektorganisering og arbeidsform

Prosjektet ledes av samme prosjektleder i kommunen som har ledet arbeidet med utprøving av digital hjemmeoppfølging. **Arbeidet i dette prosjektet gjennomføres av to separate arbeidsgrupper, en for hver arbeidspakke. Begge ledes av den samme prosjektlederen.**

Arbeidsgruppen som jobber med samhandling består av representanter for kommune, sykehus, kvalitetskontoret, EPJ-systemansvarlig og en fastlege. Fra Bodø kommune deltar den kommunale prosjektlederen, en saksbehandler på, en saksbehandler på inntakskontoret (den avdelingen på tiltakskontoret som behandler søknader som kommer fra sykehuset), og en representant for kvalitetskontoret, som jobber med kommunal tjenesteutvikling. Fra sykehuset deltar prosjektleder, en ressurs på lunge- og hematologiavdelingen som tidligere har jobbet i Helsehjelpa i kommunen og en EPJ-spesialist.

I arbeidsgruppen som jobber med dataflyt inngår representanter fra kommunen, Tellu, og VKP-teamet. Kommunen er representert ved prosjektleder, EPJ-systemansvarlig og teknisk personell, og var i konseptfasen også representert ved en saksbehandlerressurs og ansatte i Helsehjelpa. Tellu er representert ved prosjektleder og tekniker.

Begge arbeidsgruppene har faste møter annenhver uke, men i praksis er møteaktiviteten hyppigere.

Styringsgruppen for prosjektet er den samme som for utprøving av digital hjemmeoppfølging. Prosjekteier er kommunaldirektør for Helse og omsorg i kommunen. Andre medlemmer er leder for helsekontoret, leder for digitalisering og IKT samt leder for eHelse, og fra sykehuset deltar medisinsk direktør.

Det er inngått en FoU-avtale mellom Bodø kommune og Tellu. Tellu bidrar i prosjektet innenfor rammene for denne avtalen og får ikke finansiering fra Helse-direktoratet for sin deltakelse.

#### Forankring

**Prosjektet vurderer selv at det er godt forankret både i kommunen og på sykehuset** ved at kommunaldirektør for Helse og omsorg (HO) er prosjekteier, og ved at medisinsk direktør ved sykehuset sitter i styringsgruppen. Prosjektet samarbeider tett med lederteamet i Helse og Omsorg, blant annet om arbeidet med gevinstrealisering. Det er en omforent forståelse i kommunen og sykehuset at

begge parter vil kunne høste gevinster gjennom digital hjemmeoppfølging og bedret samhandling i forbindelse med tjenesten.

Selv om kommunen og sykehuset har samarbeidet om digital hjemmeoppfølging, har det blitt brukt mye tid i 2021 på å drøfte utfordringer og for å komme frem til en felles forståelse for hva man ønsker å oppnå i prosjektet. Dette gjelder særlig samhandling knyttet til datadeling, hvor man har gjort grundig forarbeid for å være klare når leverandørene er klare for å utvikle APler (grensesnitt for journalsystemene).

#### Økonomi

Prosjektet søkte om 6,2 millioner i tilskuddsmidler og fikk tildelt 3,0 millioner kroner. Det omsøkte beløpet skulle i hovedsak gå til lønnsutgifter til ansatte i prosjektet, samt noe kjøp av konsulenttjenester og frikjøp av fastleger. Planlagt egenfinansiering var 4,4 millioner kroner, som skulle dekke lønnsutgifter til prosjektmedarbeidere, egeninnsatsen ble også nedskalert ettersom man ikke fikk mindre tilskuddsmidler.

Prosjektet ble tildelt ekstramidler fra Helse-direktoratet da det ble besluttet at prosjektperioden ble utvidet til 2022.

#### Oppsummering av implementering

Som mange av de andre kommunene som søkte om tilskudd til å jobbe videre med samhandling knyttet til digital hjemmeoppfølging, fikk ikke Bodø tildelt hele det omsøkte beløpet fra Helse-direktoratet. Dette, i kombinasjon med at gjennomføringstiden for prosjektet er kort, har ført til at **Bodø har gjort noen omprioriteringer i arbeidet**, sammenlignet med hva som kommer frem av prosjektsøknaden. Begge arbeidspakkene har blitt endret eller nedskalert etter tildeling av tilskuddsmidler.

Sett i lys av rammene for prosjektet, erfaringene i Ullensaker, og gevinstene som prosjektet forespeiler, fremstår innretningen av arbeidet som fornuftig. Prosjektet har fokusert på konkrete utfordringer i samhandlingen knyttet til digital hjemmeoppfølging som de vurderer at vil kunne løses innenfor rammene for prosjektet. Dette fremstår hensiktsmessig, i kontrast til mer omfattende utprøving av nye tjenesteforløp som ville ha krevd mer tid og vært forbundet med mer utfordrende rammebetingelser (f.eks. rolle- og ansvarsfordeling mellom ulike deler av helsetjenesten, og juridiske utfordringer knyttet til dette).

**Prosjektet brukte innledningsvis mye tid på å avklare forventninger til innretning av prosjektet. Dette førte til at oppstarten ble noe forsinket, men det har vært god fremdrift i prosjektet, både når det gjelder forsterket utskrivning og datadeling.** Fremdriften i begge arbeidspakkene har imidlertid

blitt påvirket av eksterne forhold, som ny koronabølge og begrenset kapasitet hos utviklere til å utvikle APIer. Dette belyser igjen verdien av å ikke sette seg for ambisiøse mål for prosjektet ved å prøve å utvikle altfor mange nye løsninger i løpet av kort tid.

#### *Særlig om arbeid med forsterket utskrivning*

Når det gjelder samhandling gjennom forsterket utskrivning, har prosjektet skiftet fokus fra å få til et DHO-forløp som initieres på sykehuset og overføres til kommunen, til å jobbe med kartleggingsrutiner på sykehus og i kommunen, samt informasjonsflyt i forbindelse med pasientoverganger. En viktig grunn til at Bodø har justert fokus bort fra forløp som initieres på sykehus, er erfaringene med utprøving av forløp med digital hjemmeoppfølging som initieres på Ahus i prosjektet i Ullensaker. Resultatene fra denne utprøvingen tyder på at pasienter som er innlagt på sykehus ikke har overskudd til å starte opp tjenesten før etter utskrivning (se kapittel 6 for nærmere beskrivelse av dette prosjektet).

I arbeidet med forsterket utskrivning jobber kommunen sammen med avdeling for lunge og hematologi ved sykehuset. Det tok noe tid å komme i gang med prosjektarbeidet, blant annet siden det innledningsvis ble viet mye tid til å avklare målsetninger og forventinger til prosjektet, men dette opplevdes som fornuftig tidsbruk i prosjektet. Selv om det fortsatt er en ambisjon om å prøve ut forløp for digital hjemmeoppfølging som initieres på sykehuset, er det ikke lenger et hovedmål for dette prosjektet. Isteden har fokus ligget på å styrke samhandling mellom sykehus og tildelingskontor om vurdering av digital hjemmeoppfølging i forbindelse med utskrivning av pasienter gjennom bedre dataflyt og samkjøring av kartleggingsprosesser.

I dette arbeidet har en sykepleier ved avdelingen og en saksbehandler fra tildelingskontoret samarbeidet tett. Sammen har disse brukt tid på å kartlegge samhandlingen og informasjonsflyten mellom tildelingskontoret og sykehuset. Man har blant annet undersøkt hvilken informasjon ansatte på sykehuset har om digital hjemmeoppfølging, hvilken informasjon som samles inn på sykehuset og hvordan denne samsvarer med informasjonen som tildelingskontoret trenger, samt prosessen med kartlegging på sykehuset.

Det er avdekket flere konkrete forbedringspunkter, som man har jobbet med å løse i løpet av prosjektperioden; både knyttet til innholdet og timingen i kartleggingsprosessen, samt til kommunikasjon via PLO-melding. Man har testet ut de foreslåtte løsningene på fiktive testpasienter og på pasienter som har vært innlagt på sykehuset.

#### *Særlig om arbeid med dataflyt*

Arbeidet med dataflyt handler som nevnt om å få til automatisk overføring av opplysninger fra Tellu til EPJ i kommunen. Bodø kommune har fra før etablert VKP, og samarbeider med VKP-teamet om utvikling av nye løsninger. Man har i prosjektet også samarbeidet med prosjektteamet i Oslo, som jobber med å løse de samme spørsmålene, men på en litt annen måte.

Arbeidet med dataflyt er delt inn i to faser. Målsetningen med fase 1 er å få til overføring av journaltekst fra Tellu til EPJ-systemet. Fase 2 går ut på å overføre alle målinger fra Tellu til EPJ-systemets sin lab-modul.

Som en tredje fase, ble det også nevnt i Bodø kommunes prosjektsøknad til Helsedirektoratet at man ville utrede muligheter for å hente ut pasientinfo fra EPJ og inn i Tellu-systemet. Dette punktet har imidlertid blitt nedprioritert for å sikre at leverandørene har nok ressurser til å jobbe med de to første punktene.

Planen ved prosjektstart var at begge fasene skulle ferdigstilles innen utgangen av 2021, men fremdriften avhenger av kapasitet hos utviklerne hos EPJ-leverandør, i VKP-teamet og hos Tellu. Fase 1 ble satt i drift i desember 2021, mens man per februar 2022 venter på at APIen i EPJ-systemet skal ferdigstilles og testes i Oslo, før løsningen kan tas i bruk i Bodø.

I prosjektsøknaden var det satt et mål om å **utrede muligheten for mer effektiv deling av egenbehandlingsplan**. I etterkant av at søknaden ble innvilget har det blitt avklart at Helse Nord inngår i det nasjonale arbeidet med digital egenbehandlingsplan, og at Bodø kommune skal være pilotkommune. Det ble derfor avklart med Helsedirektoratet at arbeid med digital egenbehandlingsplan ikke vil prioriteres innenfor rammene for dette prosjektet.

## 3.4 Resultater og måloppnåelse

### **Forsterket utskrivning**

Da man innledningsvis i prosjektet kartla samhandlingen mellom kommunen og sykehus med formål om å kunne vurdere pasienter på sykehuset for digital hjemmeoppfølging, oppdaget man at det var flere utfordringer knyttet til kartleggingen på sykehuset. Kartleggingen startet ofte for sent for at man skulle kunne avklare om digital hjemmeoppfølging var relevant for en pasient før utskrivning. Det ble også avdekket at det ville være viktig å innhente mer og annen informasjon enn hva som ble innhentet på sykehuset, og at noe av informasjonen som ble samlet inn på sykehuset aldri ble sendt til tildelingskontoret.

Derfor har det blitt **innført en innskrivingsamtale, som blir gjennomført kort tid etter innleggelse, hvor man kartlegger pasientens familie- og bosituasjon, funksjonsnivå, digitale kompetanse, hva pasienten**

**klarer selv hjemme og lignende.** Saksbehandler ved tildelingskontoret har vært med i utformingen av denne samtalen for å sikre at man følger opp temaer som er relevante for å kunne vurdere digital hjemmeoppfølging. **Etter at resultatene er sendt til tildelingskontoret, får sykepleier på sykehuset raskt tilbakemelding på om digital hjemmeoppfølging kan være en relevant tjeneste for pasienten.** Hvis tilbakemeldingen er positiv, kan dialogen med pasienten om digital hjemmeoppfølging starte allerede på sykehuset, og man kan legge en plan om hjemmebesøk om digital hjemmeoppfølging etter hjemkomst.

Sykepleierne på avdelingen har fått opplæring i hvorfor og hvordan de nye kartleggingsrutinene er implementert, og våre informanternes inntrykk er at rutinen oppleves som meningsfull av sykepleierne. Kartleggingsspørsmålene oppleves som nyttige og får i gang en god dialog med pasienten.

**Den største gevinsten for sykepleierne virker å være at utskrivningsdagen blir mindre hektisk.** Denne dagen er pasientens situasjon allerede langt på vei kartlagt, hvilket fører til mindre stress og usikkerhet for både helsepersonell og for pasienten. Dette fører også ofte til at pasienten kan skrives ut tidligere på dagen. Tidligere har det vært hyppig kontakt mellom sykepleier og tildelingskontoret på utskrivningsdagen («over ti meldinger frem og tilbake»), men nå skjer kontakten tidligere under innleggelsen og det er ofte færre meldinger som sendes, blant annet fordi man har større forståelse for den andre partens informasjonsbehov og større bevissthet om «hverandres språk»<sup>2</sup>.

**Saksbehandlerne på tildelingskontoret opplever at informasjonen de får fra sykehuset er bedre med de nye rutinene, og at det gjør jobben deres enklere.** De opplever også at de nå får flere henvendelser fra sykehuset om pasienter som kan være relevante for digital hjemmeoppfølging, hvilket også er et resultat av at prosjektmedarbeidere har gjort informasjons tiltak på sykehuset, i form av fagdager, og ved å lage en film om digital hjemmeoppfølging som har blitt vist på sykehuset.

En annen viktig erfaring i arbeidet med å kartlegge samhandlingen mellom sykehus og tildelingskontor, er at informasjon som sendes fra sykehuset til kommunen i PLO-melding ikke alltid gir mening for kommunen på grunn av at ulike deler av helsetjenesten bruker ulike datasystemer, hvilket igjen påvirker hvordan dataene leses inn hos kommunen. Det har blitt avdekket flere problemer i sykehusets EPJ-system, som har blitt sendt videre oppover i systemet for å få rettet. For å bedre informasjonsflyten har det også blitt utviklet sjekklister

<sup>2</sup> Det ble i prosjektets innledende fase oppdaget at sykehuset og kommunen ikke alltid «snakker samme språk». Man bruker ulik terminologi og legger iblant ulik betydning i

på både sykehuset og i kommunen, som skal hjelpe de ansatte å fylle ut informasjonen i PLO-meldinger slik at den også er meningsfull for mottakeren.

Prosjektet har hatt som mål at den styrkede kartleggingsprosessen skulle føre til at pasienter på sykehuset raskere kan komme i gang med digital hjemmeoppfølging etter utskriving. I løpet av prosjektperioden har man gjennomført kartleggingsprosessen for flere pasienter som har blitt vurdert som mulige kandidater for digital hjemmeoppfølging. Ingen av disse hadde imidlertid fått tildelt digital hjemmeoppfølging etter utskriving per januar 2022. Det man oppdaget var **at brukerne ikke ønsket å avtale kontakt med digital hjemmeoppfølging rett etter utskrivelsen, da de ønsket å bruke noe tid hjemme før de startet opp tjenesten**, hvilket førte til at pasientene måtte få tildelt andre tjenester i mellomtiden.

Minst to pasienter har også vært såpass syke ved utskriving at de har hatt behov for opphold på korttids plass etter utskriving. Etter dette har pasientene takket nei til digital hjemmeoppfølging. Informantene beskriver dette som at det er et «kort vindu» etter utskrivelse, hvor pasientene kan være mottakelige for å motta digital hjemmeoppfølging, men at interessen kan avta dersom det går for lang tid etter utskriving. Prosjektet har ved ferdigstilling av denne rapporten som mål å avtale tidspunkt for hjemmebesøk om digital hjemmeoppfølging før pasienten skrives ut fra sykehuset, og at dette helst skal skje innen to uker etter utskriving.

En utfordring for prosjektet har vært at man valgte å samarbeide med avdeling for lunge- og hematologi. Dette er samme avdeling som følger opp pasienter med covid-19, og avdelingen har hatt mye arbeid knyttet til dette i løpet av prosjektperioden. Dette har ført til at pasienter som kunne blitt vurdert for digital hjemmeoppfølging i noen tilfeller har blitt flyttet til andre avdelinger med bedre kapasitet. Dette har gjort kartleggingsarbeidet vanskelig fordi sykepleierne på andre avdelinger ikke har kjennskap til digital hjemmeoppfølging, og heller ikke til de nye rutinene for kartleggingsarbeid. Vår informant på sykehuset oppgir at sykehuset ønsker å øke bevisstheten rundt digital hjemmeoppfølging og ta i bruk de nye kartleggingsrutinene også på andre avdelinger på sykehuset, men at dette ikke er gjort foreløpig.

Når denne rapporten skrives, er prosjektet fortsatt pågående, og planen er å fortsette å prøve å tildele digital hjemmeoppfølging til pasienter som skrives ut fra sykehuset. Prosjektmedarbeiderne tror at man over tid vil kunne tildele digital hjemmeoppfølging til

enkelt begreper. En del av arbeidet har gått ut på å skape forståelse for dette i kommunikasjonen.



pasienter som skrives ut fra sykehus, og derigjennom undersøke om de nye rutinene for kartlegging fører til at digital hjemmeoppfølging kan tildeles raskere enn før.

Selv om det for prosjektet er beklagelig at de ikke har kunnet tildele digital hjemmeoppfølging til pasienter som er skrevet ut fra sykehuset i løpet av prosjektperioden, ligger det mye læring i arbeidet som er lagt ned. **De nye kartleggingsrutinene gir gevinster i form av spart tid, mindre stress og bedre kvalitet i dialogen mellom kommunen og sykehus.** Selv om dette prosjektet har handlet om å kartlegge pasienter for digital hjemmeoppfølging, vil rutinene trolig kunne brukes for å kartlegge pasienter også for andre kommunale tjenester, og erfaringene vil trolig komme både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehuset til gode.

Selv om det ikke er undersøkt som en del av denne evalueringen, vil de nye kartleggingsrutinene også kunne ha gevinster for pasientene, ved at de føler seg bedre ivaretatt gjennom en grundigere og mer strukturert kartlegging. At kartleggingsprosessene på sykehuset og kommunen er bedre samkjørte kan også føre til at helsetjenesten fremstår som mer samlet og profesjonell overfor pasientene, sammenlignet med den tidligere når pasienten kunne måtte svare på samme kartleggingsspørsmål flere ganger. **At kartleggingsprosessen er bedre strukturert og ikke presses inn på utskrivningsdagen kan også føre til at pasienten føler seg mindre stresset og dermed tryggere.**

Prosjektet skulle også undersøke fastlegens rolle og informasjonsbehov i forbindelse med utskrivning fra sykehus. Dette innebar blant annet å undersøke hvilken informasjon fastlegene får i dag, hvilken informasjon de mangler, og hvilken informasjon de ikke har behov for. Prosjektet avholdt våren 2021 en workshop med flere fastleger i kommunen hvor man drøftet fastlegenes situasjon. Prosjektfastlegen har også vært involvert igjennom hele prosjektet. Man har imidlertid kommet frem til at det ikke er pressende behov for mer informasjon til fastlegene i forbindelse med utskrivning, og har derfor valgt å rette oppmerksomheten mot de delene av prosjektet hvor utviklingsbehovet har vært større. Prosjektfastlegen oppgir at han har en oppfatning av at **fastleger som har pasienter som har blitt skrevet ut fra sykehus har merket at PLO-meldingene inneholder mer informasjon enn tidligere.**

### Datadeling

Første fase av Bodø kommunes arbeid med datadeling, gikk ut på å overføre journalnotater fra Tellu til kommunens EPJ. Denne løsningen kom på plass i desember 2021, og har ifølge prosjektleder fungert bra. Prosjektleder oppgir at de ansatte er fornøyde

med løsningen, og at det hver dag overføres 40-50 meldinger til fagsystemet.

Fase 2 i dette arbeidet var å få på plass automatisk overføring av måleverdier til EPJ. Tellu og Bodø er klare med sin del av arbeidet og per januar 2022 venter man på at EPJ-leverandøren skal ferdigstille APlen som kreves for dette, og at løsningen først skal testes i Oslo. Prosjektleder mener at det vil være viktig å få på plass fase 2, og at det også vil øke verdien av journalnotatene som overføres til EPJ-systemet.

Man har ikke jobbet videre med overføring av informasjon fra EPJ-til Tellu, slik det var beskrevet i prosjektsøknaden. Begrunnelsen for dette er at behovet for dette var mindre sammenlignet med behovet for å få på plass deling av journalnotat og måleverdier fra Tellu til fagsystemet, og at man valgte å prioritere knappe ressurser, særlig hos programmererne hos leverandørene.

## 3.5 Bærekraft

Bodø har gjennom prosjektperioden hatt fokus på at løsningene som utvikles skal kunne videreføres i drift etter prosjektperiodens utløp.

De nye kartleggingsrutinene på sykehuset fremstår som godt forankret i avdeling for lunge og hematologi. **At sykepleierne opplever rutinen som tidsbesparende og meningsfull indikerer også at det er sannsynlig at den vil opprettholdes etter prosjektperiodens utløp.**

Ifølge vår informant på sykehuset, ligger det en plan om å **innføre kartleggingsrutinene også på andre avdelinger på sykehuset**, men planen er foreløpig ikke konkretisert. For å innarbeide de nye rutinene, vil det kreves at det settes av ressurser til opplæring av sykepleierne, og det vil trolig være fornuftig å innføre dette på en avdeling av gangen.

Et viktig spørsmål i denne sammenheng er om sykehuset vil prioritere å bruke ressurser på å lære opp sykepleierne i de nye rutinene. Erfaringene fra denne utprøvingen er **at det tar tid å lære opp helsepersonell i hva digital hjemmeoppfølging er, samt at det tar tid å etablere nye rutiner.** Vi har ikke drøftet dette spørsmålet med sykehusets ledelse som en del av denne evalueringen, men våre informanter gir inntrykk av at dette er noe sykehuset vil prioritere i tiden fremover. At rutinene oppleves som meningsfulle og tidsbesparende for sykepleierne taler også for å prioritere dette arbeidet.

Det har vært en utfordring knyttet til digital hjemmeoppfølging at oppfølgingstjenesten har brukt mye tid på manuell overføring av informasjon fra DHO-løsning til kommunal EPJ. Oppfølgingstjenesten har brukt en

betydelig del av arbeidsdagen på dette, hvilket også bidrar til økte kostnader for tjenesten. **Å få på plass automatisk informasjonsdeling mellom DHO-løsning og EPJ fremstår derfor som helt sentralt for å øke bærekraften i tjenesten.** APlene som er utviklet for datadeling mellom DHO-system, VKP og EPJ som en del av dette prosjektet vil også komme andre kommuner som skal ta i bruk digital hjemmeoppfølging til gode, og har stor verdi for utviklingen av tjenesten også på et nasjonalt plan.

### 3.6 Læringspunkter

Bodø kommune har i sitt prosjekt tatt en annen tilnærming til forsterket utskriving enn de andre prosjektene som jobber med forsterket utskriving. Istedenfor å starte opp forløpet på sykehus og fokusere på klinisk samhandling, har man jobbet med rutiner for kartlegging og informasjonsdeling mellom sykehus og tildelingskontor som en del av prosessen for å vurdere om en pasient er egnet for digital hjemmeoppfølging.

Selv om prosjektet så langt ikke har tildelt digital hjemmeoppfølging til noen pasienter etter utskriving, har det blitt høstet flere nyttige erfaringer. **Saksbehandler ved tildelingskontoret og en ressurs på sykehuset har sammen utarbeidet konkrete rutiner som vil komme både kommunen og sykehuset, og ikke minst pasientene, til gode i fremtiden.**

Innledningsvis i prosjektet brukte prosjektet mye tid på å kartlegge de eksisterende samarbeids- og informasjonsstrukturene mellom tildelingskontor og

sykepleier på sykehus. Det økte bevisstheten rundt at tildelingskontoret og sykehuset har ulike kommunikasjonsformer og informasjonsbehov, og i prosjektet har man derfor laget rutiner som ivaretar begge partenes behov.

Arbeidet som er gjort i Bodø, kan også **gagne andre kommuner og sykehus i deres arbeid med samhandling og informasjonsdeling.** Vi har ikke innhentet informasjon om hvordan utskrivningsprosesser foregår ved andre sykehus og med andre kommuner, men det er trolig et potensial for bedre kartleggings- og samhandlingsrutiner også andre steder. En suksessfaktor i arbeidet med rutinene er at man har brukt god tid på å avklare felles mål med arbeidet, og på å identifisere mangler og utfordringer i dialogen mellom kommune og sykehus.

De viktigste læringspunktene fra Bodø er:

- Bruk god tid på å kartlegge eksisterende strukturer for samhandling og informasjonsdeling
- Jobbe videre på de strukturene og løsningene man allerede har – ikke lage helt nye
- Sett av god tid til å jobbe med konkrete mål for arbeidet – både for sykehuset og kommunen
- Forstå at sykehus og kommune har ulike måter å kommunisere på, og lær å snakke hverandres språk
- Ting tar tid; det gjelder alt fra kartlegging av nåsituasjon og identifisering av mål, opplæring og forankring på nye avdelinger på sykehus og i kommunen, inklusjon av pasienter etc.

## 4. Larvik

*Prosjektet i Larvik er et samarbeid mellom Larvik kommune, Sykehuset i Vestfold (SiV), rehabiliteringssykehuset Kysthospitalet, Dignio og fastleger i kommunen. Prosjektet skal teste ut helhetlige tjenesteforløp med digital hjemmeoppfølging for rehabiliteringspasienter og pasienter som skrives ut fra enten lunge- eller hjerteavdelingen på sykehuset.*

### 4.1 Bakgrunn

Larvik kommune deltok i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i 2018 til juni 2021 med prosjektet «Mitt liv, min helse, min plan». I prosjektet ble det etablert et samarbeid med Sykehuset i Vestfold, og basert på erfaringene fra prosjektet ønsket de å videreutvikle arbeidet som ble startet opp knyttet til rekruttering på sykehus og helhetlige tjenesteforløp.

#### Hvilke utfordringer skal prosjektet løse?

Erfaringene fra den første utprøvingen av digital hjemmeoppfølging var at det fantes et potensial for å inkludere pasienter på sykehuset, men at dette var vanskelig å få til i praksis. I dette prosjektet skal Larvik derfor sammen med samarbeidspartnerne i prosjektet jobbe med å **utvikle sømløse tjenester ved bruk av digital egenbehandlingsplan for pasienter som følges opp i både spesialist- og primærhelsetjenesten**. Digital egenbehandlingsplan skal ha en sentral rolle i tjenesteforløpene som utvikles i prosjektet.

Larvik kommune og Sykehuset i Vestfold skal utforske hvordan kommuner og sykehus kan samhandle om brukere med digital hjemmeoppfølging og digital egenbehandlingsplan. Gjennom prosjektet skal det være gjensidig utbytte av erfaringer.

#### Aktørenes utgangspunkt

**Prosjektet er et samarbeid mellom Larvik kommune, Sykehuset i Vestfold, Kysthospitalet, Helsedirektoratet, Dignio og en fastlege ansatt i en deltidsstilling i prosjektet.**

Larvik kommune deltok i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021, og den samme prosjektlederen leder den utvidede utprøvingen. Kommunen har et politisk vedtak om å videreføre Helsehjelpen (oppfølgingstjenesten) og digital hjemmeoppfølging i ordinær drift. I forbindelse med søknaden om tilskudd til dette prosjektet, har Larvik hatt et møte med Oslo kommune om samarbeid om integrering av digital hjemmeoppfølging og digital

egenbehandlingsplan mot velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). Av de to kommunene er det kun Oslo som er koblet opp mot VKP, men begge kommunene har Dignio som teknologileverandør og planlegger å samkjøre integrasjonsprosesser mot VKP.

Sykehuset i Vestfold har kontakt med Helse Sør-Øst RHF i forbindelse med et regionalt prosjekt kalt «Digital hjemmeoppfølging og prosessplattform», og Larvik kommune har også blitt koblet på denne dialogen. Både kommunen, sykehuset og det regionale prosjektet ser nytten av å samarbeide om å utvikle gode tjenesteforløp i overgangen mellom sykehus og kommune og under oppfølgingen av pasientene.


**Dignio var teknologileverandør i Larvik i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021, og samarbeidet skal videreføres i den utvidede utprøvingen.** Erfaringene fra tidligere er at samarbeidet har fungert godt, og en representant fra Dignio deltar i prosjektgruppen for å kunne bidra i diskusjoner rundt arbeidsprosesser og informasjonsflyt. Ettersom Dignio kjenner den teknologiske løsningen best, er tanken at det vil være nyttig at de involveres på ide- og utviklingsstadiet. Dignio og Larvik har jobbet sammen om å utvikle digital egenbehandlingsplan, og i dette prosjektet skal den digitale egenbehandlingsplanen videreutvikles for å tilpasses samhandlingen med sykehuset.

I utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021 hadde Larvik kommune god erfaring med å innhente innspill og erfaringer fra pasientene som følges opp med digital hjemmeoppfølging. Flere av pasientene er derfor vant til å gi innspill for å bidra til utvikling av tjenesten og forskning, og i det nye prosjektet skal pasientene involveres for å få frem hvilke behov de har og hvordan det kan legges til rette for samvalg.

### 4.2 Tiltak

Prosjektet skal bidra til å videreutvikle og forbedre den kliniske samhandlingen ved digital hjemmeoppfølging. Som del av prosjektet testes det ut **helhetlige tjenesteforløp for rehabiliteringspasienter, pasienter fra lungeavdelingen (kols) og hjerteavdelingen (hjertesvikt)** som følges opp av både spesialist- og primærhelsetjenesten. Formålet med prosjektet er å identifisere hindringer for god samhandling, samt legge grunnlaget for integrasjon og bruk av digital hjemmeoppfølging.

**Figur 4-1: Prosjektets formål, Larvik**



**Formålet** er å identifisere hindringene for god samhandling og legge grunnlaget for integrasjon og bruk av digital hjemmeoppfølging. Digital egenbehandlingsplan skal gi pasientene bedre kunnskap og bedre fysisk og psykisk helse.

#### Resultatmål

I prosjektsøknaden til Helsedirektoratet er det identifisert fem mål for prosjektet. Det første målet er et overordnet mål som handler om gode tjenester til pasienter med kroniske lidelser, mens de tre neste målene er knyttet til utviklingen av helhetlige tjenesteforløp for pasienter i målgruppen. Det femte målet er knyttet til arbeidet som skal gjøres med teknologiutvikling og integrasjon av digital egenbehandlingsplan (Figur 4-2).

**Figur 4-2: Resultatmål, Larvik**

- Gi pasienter med kroniske lidelser samkjørte tjenester slik at de får bedre helse, kunnskap og livsmestring
- Utvikle sømløse tjenesteforløp for overgang og samhandling mellom sykehus og kommune ved bruk av digital hjemmeoppfølging og digital egenbehandlingsplan
- Utvikle tjenesteforløp for de enkelte målgruppene som beskriver overgangene og samhandlingen rundt digital hjemmeoppfølging og digital egenbehandlingsplan
- Avklare ansvarsforhold og oppgavefordeling mellom sykehus og kommune ved bruk av digital hjemmeoppfølging og digital egenbehandlingsplan
- Planlegge integrerte løsninger for digital hjemmeoppfølging og digital egenbehandlingsplan i pasientjournalssystemene DIPS og Profil

#### Organisering av tiltaket

**Det er frikjøpt ressurser både på Sykehuset i Vestfold og Kysthospitalet til å jobbe med prosjektet.** På Sykehuset i Vestfold er det frikjøpt en sykepleier og en lege på lungemedisinsk avdeling, og tilsvarende på hjertemedisinsk avdeling. Sykepleierne er frikjøpt med 20 prosent hver, mens legene er frikjøpt 10 prosent hver. På Kysthospitalet er det frikjøpt en fysioterapeut med 20 prosent. Opprinnelig var det planlagt å frikjøpe en lege med 10 prosent, men det har i stedet blitt frikjøpt en fysioterapeut på Sykehuset i Vestfold som jobber med inklusjon av pasienter fra rehabiliteringsavdelingene der. I tillegg er det en fastlege tilknyttet prosjektet som er frikjøpt 20 prosent.

De frikjøpte ressursene fra sykehusene skal delta på behandlingsmøter der egenbehandlingsplanen blir utarbeidet, men også sette seg inn i systemet til Dignio for å kunne bidra med innspill om hva slags informasjon som kan være nyttig for sykehuset. Det er for eksempel behov for å avklare om sykehuset ønsker redigeringstilgang til egenbehandlingsplanen, eller om de tenker at lesetilgang er tilstrekkelig for å dekke deres behov.

**Oppfølgingen av pasienter skal skje fra Helsehjelpen i Larvik,** som er oppfølgingstjenesten som ble etablert i forbindelse med den utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021. Tjenesten er nå i ordinær drift.

#### Målgruppe og inklusjonskriterier

**Målgruppen er pasienter som trenger helsetjenester både fra sykehus og kommune, og som enten har kols, hjertesykdommer eller som overføres til kommunen etter rehabilitering.**

På Kysthospitalet var det i begynnelsen fokus på pasienter som er akutt syke, men på grunn av lite pasientgrunnlag har man gått over til å vurdere alle som ønsker oppfølging med digital hjemmeoppfølging. Dette kan være plager de har gått med i mange år uten at det har vært akutt, for eksempel MS. Pasientene på lungemedisinsk og hjertemedisinsk avdeling inkluderes både fra sengepost og poliklinikk, mens rehabiliteringspasientene inkluderes i forbindelse med at de har vært innlagt.

#### Tjenesteforløp med forsterket utskrivning

Tjenesteforløpet som testes ut i prosjektet innebærer at **pasienter inkluderes i forbindelse med behandling på sykehuset, enten ved innleggelse eller poliklinisk konsultasjon.** Pasientene som inkluderes fra Sykehuset i Vestfold følges opp på enten hjerte- eller lungeavdelingen, mens pasientene som inkluderes fra Kysthospitalet er rehabiliteringspasienter.

På Sykehuset i Vestfold er det frikjøpt to sykepleiere på henholdsvis hjerte- og lungeavdelingen. De har et hovedansvar for å inkludere pasienter til prosjektet, men også andre sykepleiere på avdelingene kan inkludere. At det er flere som jobber med rekruttering, gjør prosjektet mindre sårbart for fravær eller at noen slutter. Når en pasient identifiseres som aktuell på en av disse avdelingene, følger tjenesten ordinær henvisningsvei. Det innebærer at det er kommunen som beslutter om pasienten skal få digital hjemmeoppfølging, og det sendes en PLO-melding fra sykehuset til tildelingskontoret i kommunen. I meldingen bruker sykehuset maler til å beskrive helsetilstand og funksjonsnivå, og det er litt variasjon i hva meldingene inneholder. For pasienter som har hjemmetjenester eller som vil trenge det, er informasjonen gjerne

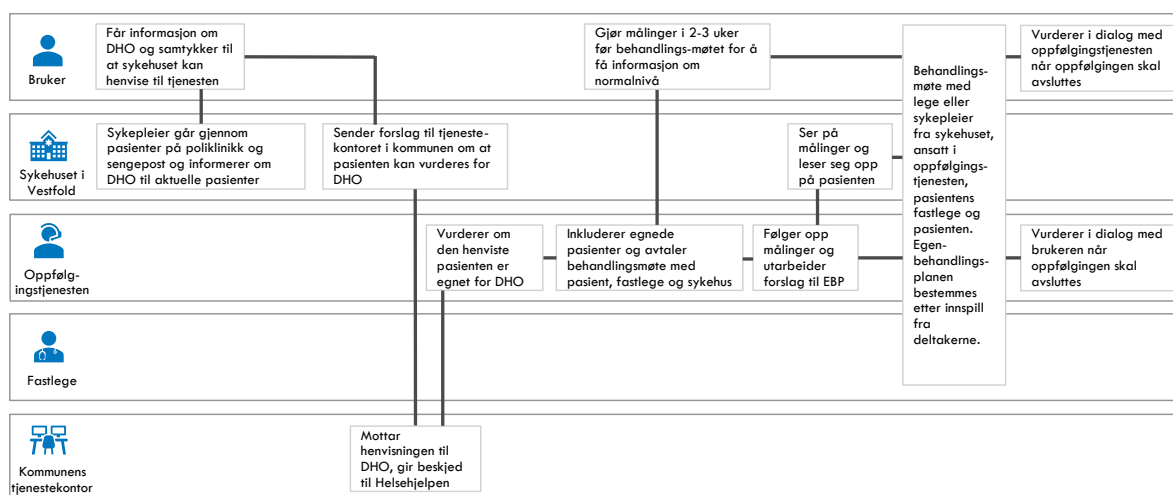
ganske omfattende. Dersom det usikkert hva som er behovet, sendes det en kortere henvendelse med informasjon om at digital hjemmeoppfølging kan være et alternativ. Sykehuset er nøye på å ikke love pasientene at de vil få digital hjemmeoppfølging, og at det er kommunens beslutning.

**Beslutningen om en pasient får digital hjemmeoppfølging skjer ikke mens pasienten er på sykehuset.** Etter at kommunen har fått beskjed om at sykehuset vurderer en pasient som aktuell for digital hjemmeoppfølging, tar en ansatt fra Helsehjelpen kontakt med pasienten når den er hjemme, og gjør en egen vurdering. Tildelingskontoret snakker ikke med pasienten som er henvist fra sykehuset, men sender henvisningen rett til Helsehjelpen. Helsehjelpen får da tilgang til pasientens EPJ, og kontakter og vurderer den henviste pasienten. Dersom pasienten vurderes som egnet, blir pasienten inkludert og får tildelt utstyr. Pasienten får opplæring i bruk av utstyret og avtaler med Helsehjelpen hvor ofte det skal gjøres målinger i testperioden. Testperioden er tiden frem til

behandlingsmøtet der egenbehandlingsplanen blir utarbeidet, og perioden er normalt på 2-3 uker. Tidspunkt for behandlingsmøtet avtales med en gang pasienten blir inkludert.

Sykehuset får beskjed om at en pasient er tildelt digital hjemmeoppfølging gjennom en eventuell innkalling til behandlingsmøte. På behandlingsmøtet deltar fastlegen, pasienten, en ansatt fra Helsehjelpen og en ansatt fra sykehuset. Det er behovsstyrt om det er en legespesialist eller en sykepleier som deltar fra sykehusets side. Den sykehusansatte deltar vanligvis digitalt. Formålet med møtet er å bli enige om en egenbehandlingsplan for pasienten. I forkant av møtet utarbeider den ansatte på Helsehjelpen et forslag til en egenbehandlingsplan, og de ansatte på sykehuset forbereder seg til møtet ved å lese seg opp på pasienten og logge inn i Dignio Prevent<sup>3</sup> og se på forslaget til plan. Legen på sykehuset gir gjerne innspill til medisinerer, mens sykepleier gir mer generelle innspill.

Figur 4-3: Illustrasjon av tjenesteforløpet i Larvik



Illustrasjon: Oslo Economics basert på informasjon fra prosjektmedlemmene.

På Kysthospitalet er en fysioterapeut frikjøpt 20 prosent for å jobbe med rehabiliteringsforløpet i prosjektet. Fysioterapeuten har ansvar for å gå gjennom pasientlistene og identifisere pasienter fra Larvik kommune, gi informasjon til disse pasientene og forsøke å inkludere dem i forsøket. Tanken med å inkludere rehabiliteringspasienter til digital hjemmeoppfølging, er at tjenesten skal kunne være et alternativ til Hverdagsrehabilitering i kommunen, eller overta når oppfølgingen fra Hverdagsrehabilitering er ferdig. Digital hjemmeoppfølging kommer på

denne måten inn som et nytt kommunalt tilbud, på linje med andre tjenester som kommunen tilbyr.

Når en pasient inkluderes på Kysthospitalet, sender teamet som følger opp pasienten på sykehuset en PLO-melding til kommunen om hvilken oppfølging de anbefaler at pasienten skal få etter utskrivning. Dette omfatter da både digital hjemmeoppfølging og eventuelt andre kommunale tjenester. Kysthospitalet har ikke mulighet til å sende PLO-melding direkte til Helsehjelpen, og den frikjøpte fysioterapeuten ringer

<sup>3</sup> Dignio Prevent er helsepersonellens verktøy for å følge med på resultatene som brukerne sender inn.

derfor til Helsehjelpen og informerer om at pasienten er foreslått for digital hjemmeoppfølging.

Ved utskrivelse lager Kysthospitalet en rehabiliteringsplan som sendes hjem med pasientene. Rehabiliteringsplanen er en tverrfaglig plan som skal danne grunnlaget for videre fysio- eller ergoterapi i kommunen eller digital hjemmeoppfølging. Planen dokumenterer pasientens status ved innkomst, hva pasienten har jobbet med og videre plan.

De fleste pasientene som skrives ut fra Kysthospitalet blir i en periode fulgt opp av Hverdagsrehabilitering. Dersom kommunen vurderer at pasienten er egnet for digital hjemmeoppfølging, overtar Helsehjelpen oppfølgingen når Hverdagsrehabilitering avslutter sin oppfølging. Det videre forløpet er langt på vei det samme som for pasientene som inkluderes fra hjerte- eller lungeavdelingen. Unntaket er utarbeidelsen av egenbehandlingsplanen, som for disse pasientene bygger på en rehabiliteringsplan som utarbeides på sykehuset. Når Helsehjelpen skal overta oppfølgingen etter at Hverdagsrehabilitering er ferdig, kommer Kysthospitalet med innspill til planen. Hverdagsrehabilitering lager også en omfattende oppfølgingsplan som inneholder en vurdering av videre forløp som egenbehandlingsplanen skal bygge videre på. Planen kan for eksempel inneholde videoer med treningsprogram og øvelser.

Etter at egenbehandlingsplanen er utarbeidet, følges pasienten opp av Helsehjelpen slik som i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021.

## 4.3 Implementering

### Prosjektorganisering og arbeidsform

**Prosjektet er organisert med en prosjektleder fra Larvik kommune og en prosjektkoordinator på Sykehuset i Vestfold.** Prosjektlederen i Larvik er sykepleier med master i klinisk allmennsykepleie og var også prosjektleder for utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021 i kommunen. Prosjektlederen på Sykehuset i Vestfold er lungesykepleier og også prosjektleder for et eKols-prosjekt på sykehuset. Hun fungerer som prosjektkoordinator på sykehuset og har kontakt med de ansatte på avdelingene hvor de jobber med rekruttering. Hun er også ansvarlig for å informere oppover i lederlinjen på sykehuset, og hun er kommunens faste kontaktperson når de har behov for å kommunisere med sykehuset. I tillegg til de to prosjektlederne er det etablert en styringsgruppe og en prosjektgruppe.

Dignio skal bistå prosjektet med design og teknisk utvikling av integrasjoner mot DIPS og Visma Profil,

som er pasientjournalssystemene på henholdsvis sykehuset og i kommunen.

**Styringsgruppen** består av følgende medlemmer:

- Prosjektleder Larvik kommune
- Kommunalsjef helse og mestring i Larvik kommune
- Avdelingssjef medisinsk sykepleieavdeling på Sykehuset i Vestfold
- Klinikkssjef for fysikalsk medisin og rehabilitering på Kysthospitalet
- IT-sjef i Larvik kommune
- Leder Helsehjelpen (oppfølgingstjenesten)

**Prosjektgruppen** har jobbet med å konkretisere prosjektmålene og hva som må gjøres for å nå disse målene. Dette kan være spørsmål knyttet til organisering, rekruttering av pasienter, utforming av tjenesteforløpet, optimering av sykehusressursene og kompetanseheving blant sykepleiere i hjemme-tjenesten. Gruppen møtes hver tredje uke og består av følgende deltakere:

- Prosjektleder Larvik kommune
- Prosjektkoordinator Sykehuset i Vestfold
- Fysioterapeut Kysthospitalet
- Fysioterapeut Sykehuset i Vestfold
- To representanter fra Helsehjelpen
- Leder for fysio-/ergotjenesten i Larvik
- Representant fra Dignio (teknisk avdeling)

Utenom møtene i prosjektgruppen er det også hyppigere kontakt mellom de sykehusansatte på Kysthospitalet og Sykehuset i Vestfold. Dette handler for eksempel om utvikling av interne prosedyrer, og mange av disse er like for begge sykehusene.

### Forankring

**Prosjektet vurderer at de gjennom utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021 har opparbeidet god forankring hos kommunens fastleger.** En av kommunens fastleger var ansatt i en deltidsstilling i det forrige prosjektet, og dette har bidratt til god kommunikasjon og forankring hos fastlegene. Fastlegen fortsetter i det nye prosjektet for å sikre god informasjon og god forankring hos fastlegene.

**Prosjektet vurderer at hjemmetjenesten er godt kjent med digital hjemmeoppfølging** fra utprøvingen i perioden 2018 til juni 2021, og noen av de ansatte i oppfølgingstjenesten har også vært ansatt i hjemmetjenesten. Det gjennomføres en egen pilot der hjemmetjenesten følger opp brukere med digital hjemmeoppfølging, og dette bidrar til god kjennskap til digital hjemmeoppfølging blant de ansatte i hjemmetjenesten. Prosjektet vurderer at tjenesten er godt forankret i hjemmetjenesten.

**Sykehuset i Vestfold har en egen prosjekt-kordinator internt på sykehuset som har god kjennskap til digital hjemmeoppfølging fra utprøvingen i perioden 2018 til juni 2021.** Hun jobber aktivt med å forankre prosjektet hos lederne på sykehuset, og også prosjektlederen fra Larvik har vært på sykehuset og presentert prosjektet. I tillegg er prosjektet forankret i sykehusledelsen ved at avdelingsleder for medisinsk sykepleieavdeling deltar i styringsgruppen.

Fra Kysthospitalet deltar klinikkjef for fysikalsk medisin og rehabilitering i styringsgruppen.

### Rekruttering av brukere

**Ved begge sykehusene er det en utfordring at sykehusene har et stort nedslagsområde og at ikke alle kommuner tilbyr digital hjemmeoppfølging.** I tillegg til Larvik hadde også Tønsberg og Færder tilbud om digital hjemmeoppfølging høsten 2021. Fordi tilbudet kun er aktuelt for en relativt liten andel av pasientene, er det vanskelig for de ansatte å huske på tilbudet. Dette har kanskje særlig vært en utfordring på Kysthospitalet, hvor det har vært vanskelig å inkludere pasienter. Fysioterapeuten vi intervjuet anslo at det normalt er mellom null og to pasienter fra Larvik på de 45 plassene de har på sykehuset.

En annen utfordring på Kysthospitalet har vært å få informasjon om tjenesten ut til de ansatte på sykehuset. Normalt ville dette vært noe man informerte om på personalmøter, men på grunn av pandemien har dette ikke vært mulig. Fysioterapeuten som er frikjøpt til prosjektet har derfor sendt ut e-post til helsepersonellet på sykehuset, men erfaringen var at mange likevel ikke fikk med seg informasjonen. Det har også blitt laget et infoskriv som er sendt til alle på sykehuset, samt laget en reportasje i infokanalen ut til sykehusansatte («Praksisnytt»).

Ettersom inklusjonen fra Kysthospitalet gikk tregt i starten, ble det besluttet å senke listen for å inkludere pasienter. Ved prosjektstart var tanken at pasientene måtte passe perfekt inn i opplegget, men uten at det var helt tydelig hva opplegget var. Ettersom det viste seg å være vanskelig å inkludere pasienter innenfor de opprinnelige inklusjonskriteriene, ble det besluttet at det skal gjøres en vurdering av alle som har lyst til å prøve tjenesten.

Fysioterapeuten på Sykehuset i Vestfold har koblet på «Pusterommet» som er en avdeling for pasienter i kreftbehandling, samt covidkoordinator på sykehuset. Rehabiliteringspasienter fra begge disse gruppene vurderes for inklusjon.

På både lungeavdelingen og hjerteavdelingen har de også valgt å legge listen lavt for henvisning.

Avdelingen har mange nye sykepleiere som har vært usikre på hvilke pasienter som skal henvises, og vurderingen så langt er at de ansatte i frykt for å ekskludere aktuelle pasienter har foreslått litt for mange pasienter. Om lag halvparten av de som har blitt spurt om de ønsker å delta, ender opp med å bli inkludert.

### Økonomi

Prosjektet søkte om tilskudd på 4,24 millioner kroner og ble tildelt 3,0 millioner kroner. Den største budsjett-posten var lønnsutgifter, men det var også satt av relativt mye penger til konsulenttjenester. De øvrige budsjettpostene var reiseutgifter (inkludert arrangementer, møter og konferanser), forbruksmateriell (inkludert kontortjenester, lokaler og energi) og praksiskompensasjon til fastlege. Det var også oppført at prosjektet ville ha 300 000 kroner i egenfinansiering.

Prosjektet ble tildelt ekstramidler fra Helsedirektoratet da det ble besluttet at prosjektperioden ble utvidet til 2022.

### Oppsummering av implementering

**Vi vurderer at deltakerne i prosjektet hadde et godt utgangspunkt for utprøving av digital hjemmeoppfølging i samarbeid med sykehuset.** Mye har gått som planlagt i prosjektet, men prosjektet kom ikke så langt med rekruttering av brukere før sommeren som det som var planlagt. Et hinder for dette var at legespesialistene på sykehuset først kunne frikjøpes etter sommeren, og at det derfor ikke var mulig til å gjennomføre behandlingsmøter like tidlig som planlagt.

Tidlig i prosjektperioden brukte de ansatte i Helsehjelpen lang tid på å vurdere pasientene som ble foreslått for inklusjon fra sykehuset. Det kunne gå mellom en og en og en halv måned fra forslaget kom fra sykehuset til Helsehjelpen hadde vurdert pasienten, og sykehuset ga tilbakemelding på at vurderingen tok for lang tid. For noen pasienter kan lang ventetid bety at de blir innlagt på sykehuset innen kommunen har gjort sin vurdering. Helsehjelpen har tatt tak i dette, og alle pasienter som blir foreslått blir nå vurdert innen en uke etter at de er foreslått av sykehuset. Som følge av disse tilbakemeldingene har man også etablert rutiner for at behandlingsmøtet blir avtalt samtidig med at en pasient blir inkludert. Erfaringene så langt er at inklusjonsprosessen nå glir lettere, og at man har fått på plass en bedre struktur og system.

## 4.4 Resultater og måloppnåelse

### Tjenesteforløp fra hjerte- og lungeavdeling

I løpet av prosjektperioden har Larvik kommune og Sykehuset i Vestfold fått på plass et tjenesteforløp der sykehuset henviser pasienter til digital hjemmeoppfølging når de er innlagt på sykehuset, og der kommunen gjør en vurdering av pasientene som henvises etter at de er utskrevet. Tjenesteforløpet er beskrevet i avsnitt 4.2.

Erfaringene fra utprøvingen i perioden 2018 til juni 2021 var at det var mange gode intensjoner og vilje til samarbeid fra sykehuset sin side, men at det var vanskelig å få ting til å skje i praksis. I dette prosjektet har dette løst for samarbeidet med Sykehuset i Vestfold. Det er trolig flere årsaker til dette, men det ble nevnt som viktig at **Helse Sør-Øst har begynt å satse på digital hjemmeoppfølging, og at det har blitt et strategisk virkemiddel i sykehusets planer.** Dette har bidratt til bedre forankring i den øverste ledelsen, og etter hvert som tjenesten har bitt mer moden, har også kommunen og sykehuset i større grad sett nytten av hverandre.

**Frikjøpet av ressurser ble også trukket frem som et viktig bidrag til å få sykehuset til å henvise pasienter til digital hjemmeoppfølging.** Dette har bidratt til å gjøre tjenesten kjent på sykehuset, og også vært nyttig for pasientene. Samtidig har det blitt påpekt at frikjøp av ressurser er dyrt, og at det for kommunen kan være tungvint at det kun er mulig å avtale møter med sykehuset en dag i uken. Det er heller ikke slik at behandlende lege er den samme som den frikjøpte legen, og den frikjøpte legen måtte derfor ha tilstrekkelig kompetanse til å klare å hoppe inn i saker uten å ha behandlet pasienten under innleggelsen. Det var kun mulig å gjøre frikjøp hele eller halve dager, mens det for kommunen ville vært bedre å kunne frikjøpe spesialistene på sykehuset kun ved behov og i kortere tidsrom. Det ble påpekt at en ordning der kommunen må frikjøpe leger på sykehuset ikke er bærekraftig i en driftsituasjon, og at fremstår som lite rettferdig kostnadsfordeling når pasientene må betale egenandel fordi en spesialist fra sykehuset deltar i behandlingsmøtet i tiden som kommunen har frikjøpt. Frikjøpet av ressurser på sykehuset varte ut 2021, og etter dette planlegger kommunen at de vil fortsette å komme på besøk på sykehuset og informere om tjenesten i lunsjmøter, på fagdager og lignende arrangementer, slik at de forblir en del av digitaliseringsarbeidet på sykehuset.

Fra sykehuset ble nevnt at det er en fordel at man ikke involverer for mange i tjenesten i oppstartfasen, slik at man sikrer at det er noen som føler eierskap til tjenesten og kjenner den godt.

Når pasientene henvises fra sykehuset, som er inndelt i spesialiteter og ulike fagområder, er det **naturlig at henvisningen skjer med et større diganosefokus enn når en pasient blir henvist fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten.** Prosjektet har ikke rukket å få erfaring med tjenesteforløp for pasienter som følges opp med digital hjemmeoppfølging for ulike diagnoser, for eksempel kols og diabetes. En ansatt på sykehuset påpekte at det er naturlig å anta at det for pasienter med flere diagnoser må settes opp flere behandlingsmøter dersom ulike spesialister på sykehuset skal være involvert.

Fastlegene har etterlyst å ha en **kontaktansvarlig lege på sykehuset.** Pasienter med en alvorlig sykdom, skade eller lidelse som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktlege i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2016). Dette har i liten eller ingen grad vært implementert på sykehuset, og det gjør at fastlegene ikke vet hvem som leser informasjonen de sender til sykehuset.

Behandlingsmøtene der både fastlege og spesialist fra sykehuset deltar har i prosjektet blitt gjennomført som videomøter. Det har vist seg at ikke alle fastleger har en videoløsning, men dette har blitt løst ved at pasienten tar med seg nettbrettet til konsultasjon hos fastlegen, og at nettbrettet brukes til å delta i videomøtet med spesialisten fra sykehuset.

Mangel på gode kommunikasjonskanaler har vært en utfordring i prosjektet. De ansatte på sykehuset har for eksempel ikke mulighet til å sende PLO-melding direkte til Helsehjelpen. Prosjektmedlemmene beskriver at det er behov for bedre integrasjon i journalsystemene og enklere kommunikasjon mellom sykehus og kommune.

**Det har også vært utfordrende å få på plass løsninger for å gi de ansatte på sykehuset tilgang til Dignio Prevent slik at de kan få tilgang til egenbehandlingsplanen.** Som en midlertidig løsning har de sykehusansatte fått en 0-prosentstilling i kommunen slik at de kan få tilgang som om de var ansatt i kommunen. Sykehuset er samtidig tydelige på at selv om de ønsker tilgang til Dignio Prevent, ønsker de ikke at all informasjon fra Dignio Prevent skal legges inn sykehusets journalsystem.

### Tjenesteforløp fra rehabilitering

Som del av prosjektet ble det forsøkt å etablere et tjenesteforløp fra rehabiliteringssykehuset Kysthospitalet. I løpet av prosjektperioden viste det seg at dette var svært utfordrende. Kysthospitalet tar opp pasienter fra hele landet, og det er derfor relativt få pasienter fra Larvik kommune. Muligheten til å henvise pasienter ble derfor utvidet til å omfatte rehabiliteringsavdelingen ved Sykehuset i Vestfold,



som dekker alle somatiske avdelinger, inkludert covid-19-pasienter og kreftpasienter. Denne utvidelsen bidro heller ikke med mange henvisninger, og mot slutten av prosjektperioden ble det derfor besluttet å etablere et samarbeid med det kommunale rehabiliteringstilbudet. Digital hjemmeoppfølging skal vurderes som et alternativ til eller i etterkant av kommunens hverdagsrehabilitering. Lederen for det kommunale ergo- og fysioterapitilbudet har blitt rekruttert til prosjektgruppen og laget et treningsopplegg for en testbruker. Tjenesteforløpet for rehabiliteringspasienter i kommunen har foreløpig ikke blitt testet ut i praksis. Ettersom det viste seg å være utfordrende å få erfaring med tjenesteforløp fra Kysthospitalet og rehabiliteringsavdelingen på Sykehuset i Vestfold, har fokus i prosjektet blitt på tjenesteforløpene for hjerte- og lungepasienter, og tjenesteforløpet for rehabiliteringspasienter har blitt nedprioritert av tidshensyn.

### Informasjonsbehov

Legene ved sykehuset har blitt bedt om å gjøre seg opp en mening om hvilken informasjon fra digital hjemmeoppfølging de ønsker tilgang til. Basert på erfaringene fra prosjektperioden, har legene uttrykt at de ønsker å kunne **se trenden for målingene over tid og pasientens egenbehandlingsplan, samt mulighet til å se pasientens siste målinger dersom det har skjedd en forverring**. Legene som har vært involvert i prosjektet har også understreket viktigheten av at informasjonen blir tilgjengelig i de programmene de allerede bruker, og at det ikke kan være et sidesystem som de må bruke i tillegg.

Fastlegene har vist ulik interesse for tilgang på informasjonen som hentes inn gjennom digital hjemmeoppfølging. Mange har gitt uttrykk for at de ønsker å kunne sende en forespørsel om informasjon til oppfølgningstjenesten ved behov, og at de da ofte ønsker å kunne se trenden i målingene, for eksempel for de tre siste månedene. Fastlegene ønsker også å informeres dersom en pasient starter med behandling som følge av endringer i målingene, og noen fastleger ønsker at oppfølgningstjenesten uavhengig av eventuell igangsetting av behandling skal gi dem beskjed dersom en av deres pasienter har store endringer i målingene.

### Egenbehandlingsplan

Behandlingsmøtene som har blitt gjennomført med spesialist fra sykehuset, fastlege, en representant fra oppfølgningstjenesten og pasienten, har vært nyttige for å utarbeide gode egenbehandlingsplaner. Samtidig har representanter fra både kommunen og Sykehuset i Vestfold påpekt at **ikke alle som blir henvist fra sykehuset har behov for at en spesialist fra sykehuset deltar i behandlingsmøtet der egenbehandlingsplanen utarbeides**. For pasienter med et

komplekst sykdomsbilde er det nyttig at en spesialist fra sykehuset deltar, men prosjektet har også god erfaring med å gjennomføre behandlingsmøter uten representanter fra sykehuset, eller med en sykepleier fra sykehuset.

I prosjektet er det Larvik kommune som oppretter og eier egenbehandlingsplanen. Sykehuset ønsker at de også kunne gjøre endringer. Et annet savn er muligheten for å se siste versjonsendringer og hvem som har gjort hvilke endringer og til hvilket tidspunkt. Prosjektet har meldt dette som en sak til Dignio, og det lages nå en logg i Dignio Prevent der man kan se hva som er endret og hvem som har utført endringene.

### Integrasjon

Arbeidet med å få på plass integrasjon mot VKP har tatt lengre tid enn forventet. Larvik kommune hadde planer om å bli koblet opp mot VKP, men denne prosessen startet ikke før mot slutten av 2021. Fra 1. januar 2022 har prosjektet fått en kontaktperson som de kan samarbeide med i arbeidet med integrasjon av digital hjemmeoppfølging og VKP, og arbeidet med dette har vært på vent frem til kontaktpersonen var på plass. Etter planen skal de første løsningene med integrasjon mot VKP være på plass innen utgangen av mars 2022.

## 4.5 Bærekraft

Å finne måter å jobbe på som gir varige endringer har vært viktig i prosjektet. **Hvordan digital hjemmeoppfølging med henvisning fra sykehuset kan bli en bærekraftig tjeneste har vært et viktig spørsmål i prosjektet, og erfaringene fra prosjektet er at digital hjemmeoppfølging er en tjeneste som krever betydelig ressursbruk både fra kommunen og sykehuset.**

I prosjektet har det vært frikjøpt en lungespesialist på sykehuset en bestemt dag i uken, og denne dagen har de ansatte i oppfølgningstjenesten kunnet avtale behandlingsmøter med fastlege, pasient og sykehuslege. Etter prosjektslutt vil det ikke være slik at det er en lege med en fast avsatt tid til å delta på behandlingsmøter, og sykehuset vurderer at det trolig vil være vanskelig å få til behandlingsmøtene slik de har vært gjennomført i prosjektet. Det vil kunne være vanskelig å finne et tidspunkt som passer for alle som skal delta, og det vil særlig kunne være utfordrende for spesialisten på sykehuset som har ulike arbeidstider og vaktlister. Det vil også være en risiko for at fastlegen eller spesialisten er forsinket. En mulighet som har blitt drøftet, er at det gjennomføres to behandlingsmøter, ett der oppfølgningstjenesten og pasienten møter fastlegen, og ett der de møter spesialisten fra sykehuset. Ulempen med en slik organisering er at de to legene ikke får snakket sammen slik de får mulighet til i et møte der begge

deltar. Pasientene i prosjektet har fortalt at de har satt pris på muligheten til et møte der både fastlege og en representant fra sykehuset deltar, men vurderingene ved årsskiftet er at det trolig vil være vanskelig å få når det ikke er en frikjøpt lege på sykehuset.

**Aktørene i prosjektet har også trukket frem at de mener at gjennomføring av behandlingsmøtene som digitale møter er viktig for at tilbudet skal være bærekraftig.** I prosjektet har pasienten og en ansatt fra oppfølgingstjenesten reist til pasientens fastlege, og så har lungespesialisten fra sykehuset deltatt i møtet via en digital løsning. Dette har bidratt til å spare betydelig reisetid både for fastlegen og lungespesialisten.

Arbeidet med henvisning fra sykehuset og det påfølgende behandlingsmøtet er relativt ressurskrevende, men **den foreløpige vurderingen fra sykehuset er at de tror at denne ressursbruken vil kunne spares inn ved at pasientene i større grad klarer å ivareta egen helse.**

**Det har også blitt drøftet at ikke alle pasientene trenger et behandlingsmøte der spesialist fra sykehuset deltar.** I prosjektet er det kronisk syke pasienter som følges opp, og en mulighet er at kommunen kunne ha mulighet til å henvise til et behandlingsmøte ved behov. Mange av de aktuelle pasientene følges opp over flere år, og det kan være mer hensiktsmessig at behandlingsmøtet med sykehuset gjennomføres på et senere tidspunkt.

**Finansiering har også blitt trukket frem i prosjektet som et viktig punkt for å sikre bærekraft.** Både fastlegen og spesialisten på sykehuset som deltar i behandlingsmøtet må kunne skrive en takst for møtet. I utgangspunktet har digital hjemmeoppfølging vært en gratis tjeneste for pasientene, og fastlegen kan skrive takst for samarbeidsmøter som ikke innebærer egenandel for pasienten. Sykehuset har derimot ikke den samme muligheten, og dermed må pasienten betale egenandel for behandlingsmøtet når det deltar en spesialist fra sykehuset.

Prosjektmedlemmene vi har intervjuet har fremhevet at det fremdeles er mange uavklarte spørsmål, herunder når det er ideelt å overføre ansvaret fra sykehuset til

kommunen, hvordan overføringen skal skje, hvem som skal ha ansvar for hva og hvilke varslinger som skal gå hvor.

## 4.6 Læringspunkter

En sentral erfaring fra prosjektet, er at **digital hjemmeoppfølging kan fylle et tomrom mellom pasient, fastlege og sykehus.** Samtidig har prosjektet også erfart at dette innebærer at **kommunen må ha en kontaktperson på sykehuset for hver enkelt pasient**, og at kontaktinformasjonen til denne personen står i pasientens egenbehandlingsplan. **Kommunen får da et koordinatoransvar og kan bidra til å skape helhet i oppfølgingen fra ulike avdelinger på sykehuset og fra fastlegen.**

Prosjektets råd til andre som ønsker å ta i bruk digital hjemmeoppfølging i tjenesteforløp som starter på sykehuset, er at **det er viktig å klare å synliggjøre behovet for mer koordinerte tjenester.** Det er viktig at de ansatte på sykehuset blir godt kjent med tjenesten, og forankringsarbeidet er tidkrevende. I dette prosjektet opplevde de at frikjøpet av ressurser bidro til at det løsnet, men kommunen hadde også i lang tid jobbet med å informere om tjenesten på sykehuset.

**En utfordring som har blitt trukket frem av prosjektet, er at kommunen ikke har mulighet til å kommunisere digitalt med sykehuset når en pasient er utskrevet.** Kommunikasjonsmulighetene er begrenset til telefon og faks, og dette er i mange tilfeller lite hensiktsmessige kommunikasjonsformer. Når en pasient er innlagt på sykehuset, kan kommunen sende PLO-melding til sykehuset, men denne muligheten forsvinner når pasienten skrives ut.

De viktigste læringspunktene fra Larvik er:

- For at samhandlingen mellom kommunen og sykehuset om pasienter som får digital hjemmeoppfølging skal fungere, må kommunen ha en kontaktperson på sykehuset for hver enkelt pasient.
- Det er viktig å forankre tjenesten på sykehuset.
- Det er behov for bedre muligheter for digital kommunikasjon mellom kommunen og sykehuset etter at en pasient er skrevet ut.

## 5. Oslo

*Prosjektet i Oslo er et samarbeid mellom Helseetaten i Oslo, bydelene Grünerløkka og Sagene og Lovisenberg diakonale sykehus. Prosjektleder er tilknyttet Helseetaten, i tillegg til at hver av bydelene og sykehuset har egne prosjektledere. Norsk Helsnett (NHN) er involvert i prosjektet gjennom arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), og Direktoratet for e-helse er også med som samarbeidspartner. Dignio er teknologi-leverandør i prosjektet. Prosjektet er et digitaliseringsprosjekt med vekt på tjenesteutvikling.*

### 5.1 Bakgrunn

Oslo kommune deltok i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i 2018 til juni 2021 med bydelene Grünerløkka, Sagene, St. Hanshaugen og Gamle Oslo og Lovisenberg sykehus. I den utvidede delen av utprøvingen er det Helseetaten i Oslo som deltar i samarbeid med bydelene Grünerløkka og Sagene, samt Lovisenberg sykehus.

#### Hvilke utfordringer skal prosjektet løse?

**I den første utprøvingen av digital hjemmeoppfølging ble det identifisert et behov for å forbedre informasjons- og dataflyten mellom den teknologiske løsningen for digital hjemmeoppfølging (Dignio) og kommunens journalsystem (Geric). Mangelen på integrasjon mellom systemene innebærer at de ansatte i oppfølgingstjenesten manuelt må overføre informasjon mellom systemene. Denne dobbeltføringene innebærer unødvendig ekstraarbeid, samt en risiko for feil. Utfordringene knyttet til denne informasjonsdelingen er i prosjektet definert som intern samhandling.**

**Erfaringene fra den første utprøvingen var også at det var behov for å forbedre mulighetene for informasjons- og datadeling med aktører utenfor oppfølgingstjenesten.** Det er særlig identifisert et behov for å kunne dele informasjon med fastlege og sykehus, men prosjektet er ikke avgrenset til disse aktørene. Utfordringene knyttet til denne informasjonsdelingen er i prosjektet definert som ekstern samhandling.

Gjennom å jobbe med både intern og ekstern samhandling, skal prosjektet bidra til å dekke behovet for

informasjon ved oppstart av tjenesten, samt underveis i oppfølgingen.

#### Aktørenes utgangspunkt

De involverte aktørene i prosjektet i Oslo er Helseetaten i kommunen, bydel Grünerløkka og bydel Sagene, primærhelseteamet i bydel Sagene, fastlegene i bydelene, Lovisenberg sykehus, NHN, Helseledningskontoret og Direktoratet for e-helse.

**Prosjektet ledes av en prosjektleder fra Helseetaten i Oslo.** Helseetaten har en egen seksjon for velferdsteknologi som jobber med anskaffelser, kvalitetssikring av teknologiske løsninger, forvaltning og innføring av velferdsteknologi. Seksjonen har omfattende kompetanse knyttet til anskaffelse, oppfølging av, og innføring av teknologi. I samarbeid med bydelene i Oslo har det blitt innført trygghetsalarmer, GPS, elektroniske medisindispensere, og det er igangsatt et innføringsløp på digitalt tilsyn. Fra Helseetaten er det også med en tjenstedesigner som skal jobbe med pasientreisen i prosjektet.

**Bydel Grünerløkka og bydel Sagene** har lang erfaring med å tilby digital hjemmeoppfølging til sine innbyggere. Begge bydelene var med i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021, og sammen med bydel Gamle Oslo, bydel St. Hanshaugen og Lovisenberg sykehus har de hatt et samarbeid kalt «Velferdsteknologi i sentrum» siden 2015. Hver av bydelene og sykehuset deltar i prosjektet med egne interne prosjektledere. Oslo kommune har planlagt å implementere digital hjemmoppfølging som en ordinær tjeneste, og bydelene som deltok i den utprøvingen i perioden 2018 til juni 2021 har en mentorrolle i spredningsprosjektet og veileder og deler erfaringer med de andre bydelene i Oslo.

På grunn av deltakelsen i forrige prosjekt med digital hjemmeoppfølging, hadde bydelene fra begynnelsen en struktur for å starte opp en ny utprøving. Bydelene hadde også omfattende erfaring med hva som har fungert godt og mindre godt, og planen er at de skal bygge videre på disse erfaringene i det nye prosjektet.

Bydelene har erfaring fra samarbeid med Helseetaten for å sørge for kunnskaps- og erfaringsdeling i forbindelse med tidligere prosjekter og utprøvinger.

**Prosjektet har også inngått et samarbeid med primærhelseteam i bydel Sagene.** Primærhelseteam er et pilotprosjekt som gjennomføres i regi av Helseledningskontoret der man prøver ut teamorganisering på fastlegekontor. I primærhelseteam jobber fastlege,

sykepleier og helsesekretær sammen i team. Målgruppen for primærhelseteam er alle innbyggere på fastlegenes lister, men skal særlig rettes mot brukere med kronisk sykdom, brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet, «skrøpelige eldre» og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse. Fokuset på brukere med kronisk sykdom er sammenfallende for primærhelseteam og digital hjemmeoppfølging.

Sagene og Grünerløkka har samarbeidet med **Lovisenberg sykehus** i flere år. Samarbeidet har blitt styrket gjennom VIS-prosjektet, hvor Lovisenberg har hatt en prosjektleder som har deltatt på møter med prosjektlederne fra bydelene som deltok i utprøvingen. I tidligere prosjekt har Lovisenberg jobbet mest med henvisning og inklusjon, mens de i nåværende prosjekt har en mer aktiv rolle og der de jobber med hele tjenesteforløpet. Lovisenberg deltar med to prosjektledere som jobber som sykepleiere på sykehuset, samt en lege som er frikjøpt noen timer til prosjektarbeid. I forbindelse med søknaden om tilskuddsmidler ble det inngått en intensjonsavtale mellom Lovisenberg og Oslo kommune.

I utprøvingen av digital hjemmeoppfølging var det fokus på involvering av fastlegene i tjenesten, og gjennom prosjektet har bydelene etablert god kontakt med flere fastlegekontor. Mange av **fastlegene i bydelene** har pasienter som får digital hjemmeoppfølging, og prosjektet vurderer at de vil kunne bruke det etablerte samarbeidet til å inkludere flere fastleger ved behov. I forbindelse med søknaden til Helsedirektoratet om tilskuddsmidler ble det inngått en intensjonsavtale med fastlegekontoret Legene på Sinsen, i tillegg til at prosjektet samarbeidet med Sagene lokalmedisinske senter som også deltar i utprøvingen av primærhelseteam.

I Oslo er det inngått en samkjøpsavtale med **Dignio som leverandør av den teknologiske løsningen for digital hjemmeoppfølging**. Avtalen forvaltes av Helseetaten og gir alle bydeler i Oslo mulighet til å foreta avrop på avtalen. Fra utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021 er det etablert et samarbeid knyttet til utvikling av både programvare og produkt som er tilpasset både pasientenes og oppfølgningstjenestens behov. Underveis i det forrige prosjektet har Helseetaten overtatt ansvaret for programvaren.

Oslo kommune er koblet opp på **VKP**. Gjennom VKP har kommunen samarbeidet med andre kommuner med lignende behov, og har hatt god erfaring med dette. Kommunen vil bygge videre på disse samarbeidene i prosjektet. **NHN** er involvert i prosjektet gjennom arbeidet med VKP. NHN deltar i

prosjektet med tre virksomhetsarkitekter, og disse har en sentral rolle i prosjektet. Det er ikke avtalt hvor stor stillingsprosent de skal bidra med i prosjektet, og de deltar og bidrar etter behov.

**Direktoratet for e-helse** er også involvert i prosjektet. Det var opprinnelig planlagt å inngå en intensjonsavtale mellom Oslo kommune og Direktoratet for e-helse, men denne ble ikke inngått på grunn av ressursmangel hos direktoratet. Representantene fra Direktoratet for e-helse bidrar likevel ved behov med ressurser inn i møter og andre aktiviteter. De har en rådgivende rolle når det kommer til valg av arkitektur og er et kontaktpunkt mot nasjonale satsingsområder.

## 5.2 Tiltak

**Prosjektet er et digitaliseringsprosjekt med fokus på tjenesteutvikling gjennom bedre samhandlingsmuligheter.** I prosjektet er det identifisert åtte leveransepakker (LP) som er tilknyttet prosjektet og som det i ulik grad arbeides aktivt med. I prosjektsøknaden var disse sortert i tre hovedtiltak med litt ulike navn i ulike deler av søknaden: uthenting, automatisering/journalføring og bedre behandlingsforløp/datadeling. I løpet av prosjektperioden har man gått bort fra denne inndelingen, og at man i stedet har delt leveransepakkene inn etter om de handler om intern eller ekstern samhandling. Leveransepakkene i den nye inndelingen er de samme som i den opprinnelige, men noen er delvis omformulert:

### Intern samhandling

1. Henting av personalia fra Gerica til Dignio Prevent<sup>4</sup>
2. Journalføring av oppfølgingsnotater innen digital hjemmeoppfølging i Dignio Prevent går automatisk over til Gerica (EPJ)
3. Journalføring av elektronisk dialog med bruker i DHO-løsning kan velges utsnitt i Dignio Prevent og automatisk sendes til journalføring i Gerica (EPJ)
4. Måleverdier i kommunal EPJ. Automatisk journalføring av måleverdier i Gerica.<sup>5</sup>

### Ekstern samhandling

5. Måleverdier er tilgjengelige for innsyn for alle typer behandlere i oppfølging av bruker.
6. Svar på spørreskjema er tilgjengelig for innsyn for alle typer behandlere i oppfølging av bruker.
7. Sykehus og fastleger får digital tilgang til egenbehandlingsplan (EBP), både for å lese og for å kunne redigere og komme med innspill.
8. Behovskartlegging: Måleverdier/kurver i fastlege- og sykehuslege-journal. Mulighet for

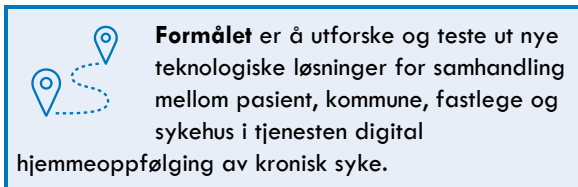
<sup>4</sup> Dignio Prevent er helsepersonellens verktøy for å følge med på resultatene som brukerne sender inn.

<sup>5</sup> Oslo kommune har bestilt og finansiert API-utvikling fra Tieto (Gerica) for å få journalført måledata i labmodul.

fastleger og sykehusleger til å «laste inn» måleverdier i kurveformat, for journalføring/dokumentasjon i eget journalsystem, som beslutningsgrunnlag.

Formålet med prosjektet er å utforske og teste ut nye teknologiske løsninger for samhandling i digital hjemmeoppfølging av kronisk syke.

**Figur 5-1: Prosjektets formål, Oslo**



#### Resultatmål

Prosjektet skal bidra til å løse noen av utfordringene som ble identifisert i den tidligere utprøvingen av digital hjemmeoppfølging. Prosjektets resultatmål slik de er definert i tilskuddssøknaden er oppsummert i boksen under (Figur 5-2).

**Figur 5-2: Prosjektets resultatmål, Oslo**

- **Spart tid ved automatisering.** Spart tid for tjenesteytere ved å automatisere dokumentasjon i journal fra DHO-verktøy.
- **Bedre behandlingsforløp.** Pasientens behandlere utenfor den kommunale tjenesten skal få bedre innsikt i pasientens helse og utvikling ved at data kan deles på tvers.
- **Tilrettelegge for innovasjon og næringsutvikling ved å definere bruk av standarder.** Tilpasse og definere bruk av etablerte standarder for relevante data innen digital hjemmeoppfølging.

#### Intern samhandling

**Kommunen har identifisert et behov for bedre intern samhandling**, og kjernen i dette handler om at data fra Dignio Prevent skal kunne overføres til kommunens EPJ-system. Før prosjektstart var det ikke mulig å automatisk overføre måleresultater fra Dignio Prevent til kommunens EPJ-system, og dette medførte dobbeltarbeid for de ansatte i oppfølgingstjenesten. Når en bruker hadde en dårlig måling, måtte de registrere dette manuelt i EPJ-systemet, noe som både medførte unødvendig tidsbruk og risiko for feil.

I prosjektet har man jobbet parallelt med flere av de fire leveransepakkene knyttet til intern samhandling. Den første arbeidspakken innebar mulighet for henting av personalia fra EPJ-systemet til Dignio. Dette betyr at når en pasient inkluderes, kan den ansatte i oppfølgingstjenesten legge inn pasientens personnummer og få overført informasjon som navn, bostedsadresse, kjønn, telefonnummer og eventuelt epost-

adresse fra EPJ-systemet og til Dignio Prevent. Dette kom på plass litt før prosjektet startet opp og har derfor ikke blitt arbeidet med i prosjektperioden.

Leveransepakke 2 handler om at oppfølgingsnotater som tas i Dignio Prevent automatisk overføres til EPJ-systemet. Når en ansatt i oppfølgingstjenesten lukker et varsel i Dignio Prevent skal det føres et oppfølgingsnotat på dette i systemet, og prosjektet jobber med å få på plass løsninger som gjør at dette notatet automatisk overføres til EPJ-systemet. Ettersom dette ikke har vært på plass, har oppfølgingstjenesten tidligere kun ført et veldig kort notat i Dignio Prevent, mens den formelle journalføringen skjer i EPJ-systemet. De ansatte kan legge inn måleverdiene i journalnotatet, men det kommer da bare inn som tekst, og ikke som tallverdier som kan brukes til å se utvikling over tid. Oslo kommune har Gerica som journalsystem, og de er derfor lovpålagt å journalføre informasjon der. Samtidig er det praktisk at en del informasjon dokumenteres i Dignio Prevent, slik at det er enkelt for de ansatte i oppfølgingstjenesten å se oppdatert informasjon om pasientene de følger opp.

Den tredje leveransepakken knytter seg også til journalføring av informasjon fra Dignio Prevent. Denne leveransepakken skal gi mulighet til å journalføre meldingsutvekslinger mellom oppfølgingstjenesten og pasientene som skjer i Dignio Prevent. De ansatte i oppfølgingstjenesten skal kunne gjøre et utvalg av meldinger som er relevante for journalføring, og sende dette til automatisk journalføring i EPJ-systemet.

Dignio har vært en sentral samarbeidsaktør i arbeidet med leveransepakke 2 og 3.

Arbeidspakke 4 handler om automatisk overføring av måleverdier fra Dignio Prevent til EPJ-systemet. Målingene skal overføres som datapunkter, slik at det i EPJ-systemet er mulig å se på trender og utvikling over tid. Dette vil være nyttig for andre ansatte i kommunen, som følger opp brukere med digital hjemmeoppfølging, men som ikke har tilgang til Dignio Prevent. Dette kan for eksempel være ansatte i hjemmetjenesten som følger opp pasientene i helger. Tieto (leverandør av Gerica) har arbeidet med å utvikle en API for å muliggjøre dette.

#### Ekstern samhandling

**Den andre delen av prosjektet handler om informasjonsdeling med andre behandlere som følger opp pasientene som har digital hjemmeoppfølging.** Denne delen av prosjektet består også av fire leveransepakker. Leveransepakke 5 og 6 jobbes med sammen og handler om deling av data for innsyn fra fastlege og ansatte på sykehus. Leveransepakke 5 handler om deling av måleverdier, mens leveransepakke 6 handler om deling av svar på spørreskjema.

Leveransepakke 7 handler om at sykehus og fastlege skal få digital tilgang til egenbehandlingsplanen gjennom kjernejournal. Ønsket i prosjektet er at både fastleger og sykehus skal få både lese- og redigeringstilgang til egenbehandlingsplanen, samt mulighet til å komme med innspill.

I leveransepakke 8 skal man gjennomføre en behovskartlegging av om det er behov for at fastlege og sykehus automatisk skal kunne journalføre måledataene fra digital hjemmeoppfølging inn i eget journalsystem. Dette omfatter også mulighet til å laste inne måleverdier i kurveformat i eget journalføringsystem som beslutningsgrunnlag. Hypotesen i prosjektet er at den største verdien for helsepersonell utenfor oppfølgingstjenesten er muligheten til å se måledataene, og at det er sekundært å kunne journalføre det.

### Målgruppe og inklusjonskriterier

Som det fremgår av tiltakene i prosjektet, er fokus i prosjektet på teknologisk utvikling. Prosjektet har som mål å inkludere brukere for å teste ut løsningene som utvikles, men antallet inkluderte brukere vil være begrenset. Antallet aktuelle brukere begrenses blant annet av at de både må være bosatt i en av bydelene i prosjektet, og få oppfølging fra Lovisenberg.

**Pasientene som inkluderes i utprøvingen har hovedsakelig diabetes- eller kolsdiagnoser.** Det er først og fremst hvilke ansatte på sykehuset som deltar i prosjektet som er førende for dette. Det jobbes med å få med flere ulike avdelinger på sykehuset, blant annet hjertesykepleiere og lindrende enhet (kreftpasienter). Prosjektet ønsker samtidig å holde hvilke pasienter som inkluderes litt åpent, slik at inklusjonen kan tilpasses aktuelle pasienter som identifiseres hos fastlegene. Fra tidligere følges det opp brukere med kols, diabetes, hjertesvikt, ernæringsproblemer og kreft, samt brukere med behov for livsstilsendring. Mange av pasientene har flere av disse diagnosene.

## 5.3 Implementering

### Prosjektorganisering og arbeidsform

**Arbeidet med prosjektet er organisert i en prosjektgruppe, eiergruppe og styringsgruppe.**

Prosjektgruppen har ukentlige møter der de diskuterer tema som status, identifiserte utfordringer og annet som dukker opp underveis. Det er deltakerne i denne gruppen som er de utøvende prosjektmedlemmene som jobber med prosjektet i praksis. På prosjektgruppemøtene rapporterer prosjektlederne fra bydelene og Lovisenberg til prosjektlederen fra Helseetaten, som rapporterer videre til styrings-

gruppen. Prosjektgruppen består av følgende medlemmer:

- Prosjektleder og prosjektstøtte fra Helseetaten
- Tjenestedesigner fra Helseetaten
- Prosjektleder fra bydel Sagene
- Prosjektleder fra bydel Grünerløkka
- To prosjektledere fra Lovisenberg
- Tre virksomhetsarkitekter fra NHN

Annenhver uke er det møter med en utvidet prosjektgruppe der også representanter fra Direktoratet for e-helse, Dignio, DIPS og flere ressurser fra sykehuset deltar. Deltakerne i denne gruppen har behov for innsikt i status, og møtene brukes også til å sikre at prosjektet ser det store bildet.

Styringsgruppen har ønsket å være relativt tett på i prosjektet. Møtene i gruppen brukes blant annet til oppdateringer på status, diskusjon av budsjett og økonomien etter prosjektslutt, avklaringer rundt kontakt med interessenter, hvilke personer det er viktig å kommunisere med på ledernivå og hva det er viktig at prosjektet kommuniserer ut. Gruppen har månedlige møter og består av følgende medlemmer:

- Prosjektleder fra Helseetaten
- Prosjektleder fra bydel Sagene
- Prosjektleder fra bydel Grünerløkka
- Prosjektledere fra Lovisenberg
- Bydelsoverlege fra bydel Sagene
- Bydelsoverlege fra bydel Grünerløkka
- Seksjonssjef Velferdsteknologi Helseetaten
- Avdelingsdirektør Fagsystemavdelingen Helseetaten
- Avdelingsdirektør Lovisenberg
- Avdelingsdirektør Grünerløkka
- Avdelingsdirektør Sagene
- Spesialrådgiver digital transformasjon og IKT, Byrådsavdelingen

Eiergruppen informeres om status på møter et par ganger i året, og på disse møtene går man også gjennom budsjett for prosjektet. Gruppen består av følgende medlemmer:

- Bydelsdirektøren fra bydel Sagene
- Bydelsdirektøren fra bydel Grünerløkka
- Sykehusdirektøren fra Lovisenberg
- Direktøren fra Helseetaten

I tillegg til de jevnlige møtene som arrangeres med deltakerne i prosjektgruppen, styringsgruppen og eiergruppen, har det blitt gjennomført workshops med ulike tema i løpet av prosjektet. I begynnelsen av prosjektperioden ble det gjennomført to workshops med Lovisenberg og to med fastleger. Formålet med disse var å identifisere tjenestenes behov og innhente

innspill på et tidlig tidspunkt, samt å sikre forankring ut til ulike deler av tjenesten.

I september gjennomførte prosjektet et interessent-møte. Formålet med møtet var å informere om prosjektet og hva det jobbes med. Deltakerne på møtet var representanter fra bydelene i Oslo, NHN, Helseetaten, Helse Sør-Øst, leverandører av løsninger for digital hjemmeoppfølging, leverandører av journalsystemer, andre kommuner som har deltatt i den utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021, lokalsykehus og andre sykehus med tilknytning til digital hjemmeoppfølging.

### Forankring

**Digital hjemmeoppfølging skal etableres som en tjeneste i drift i Oslo kommune, og prosjektet vurderer at tjenesten er godt forankret i bydelene gjennom tidligere prosjekter med velferdsteknologi.** Dette gjelder på alle nivåer, fra ansatte i tjenesten til bydelsdirektørene.

I forbindelse med søknaden om tilskuddsmidler ble det inngått intensjonsavtale med Lovisenberg diakonale sykehus og legekantoret Legene på Sinsen. Erfaringene fra utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021 var at det hadde begrenset effekt å inngå intensjonsavtaler med fastlegekontor, og at det ble rekruttert like mange brukere fra fastlegekontor med avtale som de uten. Det ble derfor ikke lagt mye tid på å få flere fastlegekontor til å inngå intensjonsavtale i dette prosjektet.

For prosjektlederen på Lovisenberg er forankring en viktig del av arbeidet. Erfaringene fra det forrige prosjektet med digital hjemmeoppfølging var at det må være noen på sykehuset som holder i prosjektet, og at det ellers blir glemt og forsvinner i andre ting. Oppgavene til prosjektlederen er derfor å snakke med leger og andre ressurser på sykehuset slik at de holdes oppdatert på prosjektet og tjenesten. Prosjektlederen har blant annet gjennomført informasjonsmøter med avdelingssykepleierne og ledelsen på sykehuset, og laget informasjonsbrosjyrer som ligger på sengepostene. Prosjektlederen på sykehuset fortalte at det er mye utskifting av de ansatte på sykehuset, og at det derfor er viktig å jobbe jevnlig med informasjonsarbeid for å holde kunnskapen om prosjektet ved like.

Generelt er erfaringene fra arbeidet med prosjektet så langt at prosjektet møter stort engasjement, og at mange tror det vil være nyttig å ha tilgang på dataene fra digital hjemmeoppfølging. Prosjektet har hatt flere faste møtepunkter med både større og mindre grupper av involverte aktører.

### Rekruttering av brukere

Ettersom fokus i prosjektet i Oslo ikke er på å teste ut tjenesteforløp, men heller å utvikle løsninger for informasjonsdeling og integrasjon, har det heller ikke vært prioritert å jobbe med å inkludere brukere. I bydelene inkluderes brukere til digital hjemmeoppfølging som en ordinær tjeneste med oppfølging fra oppfølgingstjenestene i Sagene og på Grünerløkka. Som del av prosjektet er det utarbeidet rutiner for hvordan lege og sykepleier i primærhelseteam kan henvise pasienter til digital hjemmeoppfølging.

I løpet av prosjektet har det blitt gjennomført en pilot for å kartlegge sykehusets behov for informasjon. Til piloten innhentet man samtykke til informasjonsdeling med sykehuset fra fem brukere som allerede hadde tjenesten.

### Økonomi

I tilskuddssøknaden til Helsedirektoratet søkte prosjektet om et tilskudd på i underkant av 5,8 millioner kroner, og prosjektet fikk tildelt 3,7 millioner kroner. Hoveddelen av det omsøkte beløpet skulle gå til lønnsutgifter, men det var også satt av penger til kjøp av konsulenttjenester og teknisk tilrettelegging for samhandling. Prosjektet skulle stå for en egenfinansiering på drøyt 2,2 millioner kroner, som skulle dekke prosjektleder i Helseetaten, tilgang til fagressurser fra Helseetaten, utstyr og utgifter til abonnementer og lisenser. Prosjektet ble tildelt ekstramidler fra Helsedirektoratet da det ble besluttet at prosjektperioden ble utvidet til 2022.

Fordi prosjektet fikk tildelt mindre midler enn de søkte om, har de gått inn med mer egenfinansiering enn planlagt. Det har også blitt overført midler fra tidligere VIS-prosjekter.

### Oppsummering av implementering

**Prosjektet i Oslo skiller seg fra de andre prosjektene ved å være et digitaliseringsprosjekt,** og prosjektet har for eksempel ikke satt mål om at et bestemt antall brukere skal teste ut løsningene i løpet av prosjektperioden. Prosjektet i Oslo innebærer involvering av en lang rekke aktører, men samtaler med aktørene tyder på at de hadde et godt utgangspunkt før oppstart av prosjektet. Dette linkes blant annet til at alle de involverte aktørene i varierende grad hadde kjennskap til digital hjemmeoppfølging fra tidligere arbeid eller prosjekter.

I tilskuddssøknaden er primærhelseteamet ved Sagene lokalmedisinske senter nevnt som en samarbeidspartner, men dette samarbeidet fremstår å være lite sentralt i prosjektet. Det samme gjelder samarbeidet med andre fastleger i kommunen. Prosjektet forteller at det har vært planlagt en utprøving hos fastleger, men grunnet krevende ressursituasjon hos fastlegene

har denne blitt forskjøvet flere ganger. Prosjektet håper at dette lar seg gjøre i løpet av våren slik at fastlegene blir tettere involvert fremover.

Ettersom digital hjemmeoppfølging er en tjeneste i drift på Sagene og Grünerløkka, kan fastlegene være involvert i tjenesten ved å foreslå og følge opp brukere til tjenesten, men dette skjer uavhengig av prosjektet. Fra utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021 hadde Oslo god kjennskap til fastlegenes ønsker og behov for informasjonsdeling, og fastleger fra bydelene har også deltatt i workshops i prosjektet for å dele sine erfaringer og behov. Fastlegene som har deltatt har hatt pasienter med digital hjemmeoppfølging, og flere har vært involvert i det forrige prosjektet. På denne måten har prosjektet sikret tilstrekkelig involvering av fastlegene for arbeidet som gjøres, og det fremstår derfor ikke som et problem at fastlegene ikke er koblet tettere på.

**For fremdriften til arbeidet med noen av leveranse-pakkene har det vært en utfordring at leverandørene av de teknologiske løsningene har hatt begrenset med kapasitet til å prioritere prosjektet.** Dette har forsinket prosjektet, men de jobber videre med leveransepakke 2 og 3 og regner med at flere vil bli levert i løpet av relativt kort tid.

## 5.4 Resultater og måloppnåelse

### Arbeid med intern samhandling

For leveransepakke 2 og 3 har Dignio fått en spesifisering på hvordan løsningene skal fungere, men **det har vært en utfordring i prosjektet at Dignio har hatt begrenset med kapasitet** til dette arbeidet. Fra høsten ble to nye utviklere fra Dignio dedikert til prosjektet, og det var estimert at det ville gå med 350 utviklingstimer for å utvikle de to leveranse-pakkene. Håpet i prosjektet var at løsningene skulle være klare til testing i løpet av november. Målet med leveransepakke 2 og 3 er å effektivisere oppfølgings-tjenestens arbeid, og det har blitt gjort nullpunkts-målinger av tidsbruken i tjenesten for å kunne måle om endringene faktisk gir tidsbesparelser.

**Arbeidet med leveransepakke 4 har gått parallelt med arbeidet med leveransepakke 2 og 3.** Oslo kommune har bestilt og finansierer API-utvikling fra Gerica for å få journalført måledata i labmodul. Dette betyr at det skal være strukturerte data som kommer inn i journalsystemet, slik at det for eksempel er tydelig definert at en måling er en pulsmåling.

Høsten 2021 møtte prosjektet på en del utfordringer som gjorde at de kom kortere enn planlagt i prosjekt-arbeidet. Forsinkelsene skyldtes delvis forsinkelser hos Dignio knyttet til utvikling av løsningen for automatisk journalføring fra Dignio til Gerica, men også at

prosjektmedarbeiderne på Lovisenberg ble tatt ut av prosjektet og omplassert til å jobbe på sengepost på sykehuset som følge av utviklingen i koronapandemien. Mot slutten av året ble fremdriften i prosjektet bedre, og det er planlagt tre leveranser fra Dignio i løpet av januar og februar 2022. Leveransene er knyttet til automatisk journalføring fra Dignio til Gerica, som skal redusere risikoen for feilføring og øke kvaliteten i journalføringen. Både varselet og hva som skjer i forbindelse med varselet (oppfølgingsnotat) vil bli journalført. De ansatte i prosjektet har i 2021 blant annet jobbet med å spesifisere hvordan det skal se ut når et varsel blir lukket og informasjonen blir journalført i Gerica. Det er planlagt at kun gule og røde varsler skal journalføres. Det er også planlagt at gule og røde varslinger i forbindelse med svar på spørreskjema skal bli journalført. Det skal også være mulig å journalføre grønne varsler, varsler for ikke gjennomført oppgave eller frittstående notater. For journalføring av måleverdier i Gerica labmodul (leveransepakke 4) skal alle målinger journalføres – også grønne.

### Arbeid med ekstern samhandling

**Som del av arbeidspakke 5 og 6 har det blitt gjennomført et arbeid for å kartlegge behovene hos helsepersonell i andre deler av tjenesten.** Det har blitt gjennomført workshops der dette har vært tema, i tillegg til at en lege og sykepleier på Lovisenberg har fått tilgang til fem brukere i Dignio Prevent slik at de kan se på pasientens data i forbindelse med polikliniske konsultasjoner. Bakgrunnen for å gjøre det på denne måten, er at det kan være lettere å se hva man har behov for og hva som gir verdi når man får teste i praksis. For å kartlegge legenes erfaringer, har det så blitt gjennomført et intervju med de involverte legene for å få informasjon om nytten av datatilgangen og hva de ønsker å ha tilgang til på sykehuset. Det har også blitt gjennomført intervjuer med flere av pasientene for å kartlegge hvordan de opplever tjenesten, hva de tenker om å dele data med sykehuset og hvilke behov de ser for informasjonsdeling. De foreløpige erfaringene har vært at pasientene har bekreftet at de synes det er slitsomt å hele tiden måtte ta med nettbrettet og oppdatere ulike behandlere på helsetilstanden sin. Pasientene ønsker også at helsepersonell har bedre innsikt i helsetilstanden deres når de kommer til konsultasjon.

I utprøvingen som er gjennomført i forbindelse med leveransepakke 5 og 6 har legen og sykepleier fått tilgang inn i Dignio, men det er ikke dette som er ønsket som varig løsning. Planen er å lage en ekstern løsning som er direkte tilgjengelig i legenes EPJ-system, både på sykehuset og for fastleger. Fastlegene ønsker å ha tilgangen som en integrert del av journalsystemet, og de ønsker å kun se informasjon



som er relevant for dem. Å tilgjengeliggjøre dataene i legenes arbeidsflate på en god måte er også en del av disse arbeidspakkene.

I utprøvingen på Lovisenberg gjennomførte leger og sykepleiere digitale konsultasjoner med fem pasienter. Pasientene ble identifisert blant pasienter som allerede mottok digital hjemmeoppfølging fra bydelen. De ansatte i oppfølgingstjenesten kjenner pasientene godt, og har kunnet plukke ut pasienter de vet får oppfølging fra Lovisenberg. Klinikerne på sykehuset var fornøyde med å kunne se på målingene for å få informasjon om utviklingen i pasientenes helsetilstand. En av pasientene i utprøvingen hadde språkutfordringer, og for denne pasienten var det særlig nyttig for legen å få tilgang til målingene for å få et mer presist bilde av pasientens helse.

**Som del av leveransepakke 5 og 6 jobbes det også med å få til en løsning som har tilstrekkelig sikkerhetsnivå.** Dersom løsningen blir integrert i andre flater, for eksempel fastlegenes og sykehusets journalsystem, vil det ikke være behov for en egen innlogging. Dersom det derimot blir en ekstern app, vil det kreve egen innlogging som må ha tilsvarende sikkerhetsnivå som BankID.

**Prosjektet har ikke egne aktiviteter tilknyttet leveransepakke 7** om å gi sykehus og fastleger digital tilgang til egenbehandlingsplan. Det pågår et nasjonalt prosjekt for digitale behandlings- og egenbehandlingsplaner i regi av Direktoratet for e-helse, og prosjektet har derfor besluttet å avvente egne aktiviteter knyttet til egenbehandlingsplan for å unngå unødvendig dobbeltarbeid. Prosjektet følger med på det nasjonale prosjektet. Dette innebærer at prosjektet holder seg oppdatert på utviklingen i dette arbeidet, og deltakere fra prosjektet har for eksempel deltatt i noen møter som Helsedirektoratet har arrangert om prosjektet. Formålet med dette er å få informasjon om det er noe Oslo kan lære av eller koble seg på.

For leveransepakkene knyttet til ekstern samhandling har virksomhetsarkitektene fra NHN laget et grov-utkast til en prototype for en løsning der informasjon deles mellom Dignio, VKP og legenes journalsystem. Prototypen er en visningsmodul i en ekstern app. Visningsmodulen er foreløpig en ekstern løsning som krever innlogging, men målet er å lage en visningsapp som skal tilgjengeliggjøres direkte i legenes journalsystem. DIPS har nå overtatt denne utviklingen og skal lage en visningsmodul direkte i DIPS Arena (sykehusets journalsystem). Denne løsningen skal erstatte løsningen fra NHN, og NHN jobber nå ikke videre med prototypen for visningsmodul. NHNs arbeid kan likevel bli relevant for arbeidet med integrasjon mot fastlegenes journalsystemer. Prosjektet har også dialog med Kjernejournal for å se om løsningen kan

integreres der. For at løsningen skal bli klar for bruk, må Dignio tilgjengeliggjøre en API for å få data inn til SMART-appen.

Den teknologiske utviklingen av en løsning for ekstern samhandling har blitt flyttet til starten av 2022. Som del av prosjektet har det blitt utviklet en prototype, men det er behov for mer utvikling fra Dignio for å kunne prøve ut løsningen i større grad. Det er gjennomført en utprøving direkte i Dignio Prevent som har gitt prosjektet innsikt i legenes behov, og denne utprøvingen videreføres og skal utvides for å kunne gi videre anbefalinger på løsning.

Det er planlagt å jobbe med leveransepakke 8 mot slutten av prosjektperioden.

Overordnet har det ikke skjedd store endringer i arbeidet med ekstern samhandling underveis. For noen av leveransepakkene har det vært noen mindre endringer. Det har for eksempel vist seg at DIPS, som leverer sykehusets journalsystem, har ønsket å koble seg på prosjektet og utvikle et brukergrensesnitt direkte i DIPS. Opprinnelig var det tenkt at NHN og VKP skulle utvikle en løsning for visning av data for sykehuset, men interessen fra DIPS har gjort at disse planene ble endret.

### Veien videre

Prosjektet skal fremover også jobbe med å få på plass automatisk overføring av måleverdier til Gericas labmodul. Alle måleverdier skal overføres, slik at de som har tilgang til måleverdiene enkelt kan se hva som er pasientens normalverdier. Det skal også bli mulig å journalføre utklipp av chatloggen. I utgangspunktet var tanken at hele chatloggen skulle journalføres, men etter innspill om at det er mye av informasjonen i chaten som ikke er relevant, har det blitt bestemt at journalføringen skal gjøres ved bruk av en «klipp og lim»-funksjon.

Det er planlagt å gjennomføre en større utprøving med flere pasienter i 2022. Mens formålet med den lille utprøvingen som ble gjennomført i 2021 var å teste det tekniske utstyret og få en indikasjon på om dette var noe klinikerne mente det var verdt å utvikle videre, vil formålet i utprøvingen i 2022 være å få kunnskap om hvilke data og hvilken informasjon de ønsker tilgang til. Kunnskapen fra utprøvingen skal brukes til å utvikle en visning av data for de ansatte på sykehuset. Det vil også være mer oppmerksomhet rundt hvordan samhandlingen skal fungere i praksis.

### Informasjonsbehov

Erfaringene fra prosjektet er at **fastlegene og de ansatte på sykehuset har ganske like ønsker for hvilken informasjon de vil ha tilgang til.** Begge ønsker tilgang til å kunne se måleverdier i kurveformat, i tillegg til pasientens grenseverdier.

Noen har også vist interesse for å kunne se pasientenes svar på spørreskjema, samt oppfølgingsnotatet fra oppfølgingstjenesten ved gule eller røde målinger. En refleksjon som ble gjort av en av de ansatte i prosjektet, er at en del av behandlerne som har testet digital hjemmeoppfølging har ønsket mer informasjon etter hvert som de ble bedre kjent med tjenesten. Samtidig har alle behandlerne som har vært involvert i prosjektet vært tydelige på at de ikke ønsker at informasjonen fra digital hjemmeoppfølging skal dukke opp automatisk, men at det skal være informasjon som de kan hente frem ved behov.

## 5.5 Bærekraft

Prosjektet i Oslo har prioritert å jobbe med integrasjon mellom de ulike systemene som brukes av oppfølgningstjenesten, fastlege og på sykehuset. Deres vurdering er at **uten at denne integrasjonen er på plass, vil ikke digital hjemmeoppfølging være en bærekraftig tjeneste**. Integrasjonen bidrar til effektivisering gjennom effektivisering av journalføring, men også informasjonsdeling på tvers av ulike nivåer av helsetjenesten, som kan gi bedre beslutningsgrunnlag og bedre oppfølging og behandling.

Noe av motivasjonen for å jobbe med å få til bedre samhandling mellom sykehuset og kommunen for pasienter som følges opp med digital hjemmeoppfølging, er at det tidligere har vært tidkrevende for de ansatte i oppfølgningstjenesten å få informasjon fra sykehuset i etterkant av at en pasient har vært innlagt. Det har også tatt tid å sende denne informasjonen videre til pasientens fastlege. Løsningene som utvikles i prosjektet vil kunne tas i bruk av andre kommuner som ønsker å tilby digital hjemmeoppfølging, og på denne måten kan andre kommuner unngå unødvendig ressursbruk.

**De ansatte i prosjektet understreket at de mener at det er viktig å få på plass integrasjon i systemene som brukes i både primær- og spesialisthelsetjenesten** dersom digital hjemmeoppfølging skal bli et tilbud som benyttes i flere deler av helsetjenesten. De understreket at det for eksempel er lite bærekraftig dersom en pasient ender opp med dobbelt sett med måleutstyr – et som tilhører sykehuset og et som tilhører kommunen.

## 5.6 Læringspunkter

Prosjektet i Oslo har i større grad enn de andre prosjektene vært et **digitaliseringsprosjekt**. NHN har vært tett koblet på i prosjektet, og de trakk frem at det har vært en fordel å ha med noen som har god kjennskap til VKP. Samarbeidet med NHN har gitt større **tverrfaglighet i prosjektet**, og deres

kompetanse har særlig vært nyttig for å kunne spesifisere behov og oversette dem til et teknisk språk.

Det ble av prosjektet også nevnt at de gjerne skulle hatt bedre oversikt over arbeidet som gjøres andre steder i landet og på nasjonalt nivå. Det er mange ulike aktører som jobber med å utvikle løsninger og tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging, men det er vanskelig å finne ut hva som har testet ut andre steder, og særlig hva som har blitt testet ut, men feilet.

En lærdom i prosjektet, er at det er **viktig å inngå en forpliktende avtale med teknologileverandøren**. I 2021 har Dignio jobbet med å utvikle løsninger knyttet til dette prosjektet, men de har samtidig arbeidet med å utvikle en ny medisindispenser som blant annet skal benyttes i Oslo kommune. Ettersom begge prosjektene tilhører samme kommune, har prosjektet vist forståelse for at utviklingen av medisindispensere har blitt prioritert fordi dette var et ønske fra kommunen samlet. Det har likevel vært negativt for prosjektet at deres leveranser ikke har blitt levert til avtalt tid.

Til tross for at prosjektet opplever at de har hatt god forankring på sykehuset, har de likevel møtt noen utfordringer i samarbeidet. Dette har særlig vært i dialogen med klinikerne, som har trodd utprøvingen har handlet om den kliniske verdien av digital hjemmeoppfølging, og derfor vært skeptiske til at prosjektet ikke har vært et forskningsprosjekt. Erfaringen er at dette langt på vei har handlet om misforståelser, og at det burde vært tydeligere kommunisert at prosjektet ikke skal foreslå endringer i hvordan pasienter bør følges opp fra sykehuset, men heller bidra med erfaringer om hvordan man kan få til god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Noen av disse misforståelsene kunne trolig vært unngått med tydeligere kommunikasjon med sykehuset, der planene for utprøvingen ble tydeligere spesifisert.

Gjennom prosjektarbeidet har det også blitt tydelig at det **for noen pasienter kan være en fordel å involvere spesialistene på sykehuset i utformingen av egenbehandlingsplaner**. Samtidig er erfaringen at dette ikke er nødvendig for alle, og at det i en del tilfeller holder at fastlegen er den eneste legen som involveres.

De viktigste læringspunktene fra Oslo er:

- Det er viktig å ha god dialog og skrive gode kontrakter med teknologileverandører for å unngå forsinkelser utenfor prosjektets kontroll.
- Det er viktig med tydelig kommunikasjon og forankring av digital hjemmeoppfølging hos de ansatte på sykehuset.

- For enkelte pasienter er det verdifullt å involvere spesialist på sykehuset i utforming av egenbehandlingsplan, men dette er ikke nødvendig for alle.

## 6. Ullensaker

*Prosjektet i Ullensaker er et samarbeid mellom de seks kommunene på Øvre Romerike, Akershus universitetssykehus (Ahus), Siemens Healthineers og fastleger i kommunene. Prosjektet retter seg mot pasienter med kols og består av utprøving av tjenesteforløp med forsterket utskriving fra sykehus og kartlegging og utvikling av digital egenbehandlingsplan og integrasjon mot VKP.*

### 6.1 Bakgrunn

#### Deltakelse i utprøvingen 2018 til juni 2021

Ullensaker kommune deltok i den første utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i samarbeid med Gjerdrum kommune. Prosjektet ble kalt «Mitt liv, mitt ansvar (MILA)», og erfaringene tilsa at digital hjemmeoppfølging var et nyttig verktøy, både for pasientene og for helsepersonell. For å videreutvikle tjenesten søkte Ullensaker i starten av 2021 om tilskuddsmidler til et nytt prosjekt, «MILA2», med formål om å innhente erfaringer knyttet til forsterket utskriving fra sykehus ved bruk av digital hjemmeoppfølging.

#### Hvilke utfordringer skal dette prosjektet løse?

Bakgrunnen for MILA2 var at man i den opprinnelige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging (MILA) hadde identifisert et behov for utvikling av helhetlige tjenesteforløp, samt videre arbeid med organisering av tjenesten.

**I årene som kommer vil Ahus stå overfor kapasitetsutfordringer som følge av økt tilstrømning av pasienter.** Sykehuset ønsker å tilpasse pasientforløpene til den enkelte pasients behov, samt legge til rette for helhetlige forløp på tvers av omsorgsnivåer. Sykehuset ser også et behov for tett samarbeid med kommuner og fastleger for å skape helhet i pasientforløpene. Sentrale forutsetninger for godt samarbeid er god kommunikasjon, kunnskapsdeling og felles mål for kompetanseutvikling. I tillegg er det viktig å ha kommunikasjonsverktøy som fungerer godt på tvers av omsorgsnivåene, og teknologiske verktøy som fungerer godt.

En utfordring som ble trukket frem i intervjuene med oppfølgningstjenesten og sykehuset, var at mange **kolspasienter opplever at det er en stor overgang å gå fra oppfølging døgnet rundt på sykehuset, til å reise hjem etter utskriving uten oppfølging.** Om lag en tredjedel av kolspasientene som legges inn på

sykehuset har en reinnleggelse i løpet av 30 dager etter utskriving, og dette er en stor belastning både for pasientene og for sykehuset. Ved forsterket utskriving, er målet å sikre en bedre overgang fra innleggelse på sykehus til oppfølging i kommunen.

#### Aktørenes utgangspunkt

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom seks kommuner på Øvre Romerike (Ullensaker, Gjerdrum, Nes, Eidsvoll, Hurdal og Nannestad), Ahus, Helseledningsdirektoratet, Siemens Healthineers og to fastleger ansatt i prosjektet.

**Kommunene i prosjektet har lang tradisjon for regionalt samarbeid.** Ullensaker kommune deltok i MILA i samarbeid med Gjerdrum kommune, og det jobbes for et videre prosjekt med digital hjemmeoppfølging i 2022. Alle kommunene på Øvre Romerike deltar i Nasjonalt velferdsteknologiprogram, og Eidsvoll kommune er pilot for utprøving av tilgang til kjernejournal for pleie- og omsorgstjenesten.

**Ahus har vært prosjektpartner i MILA og har dermed god kjennskap til digital hjemmeoppfølging.** I sykehusets utviklingsplan er det bestemt at eldremedisin er et satsingsområde frem mot 2035, og prosjekt-deltakelsen er forankret i denne satsingen (Akershus universitetssykehus, 2018). Sammenlignet med MILA, er det i MILA2 lagt opp til et tettere samarbeid med sykehuset ved at lungemedisinsk avdeling er ansvarlig for inklusjon av brukere og oppfølgingen av disse i inntil fire uker etter utskriving. Prosjektet har også dialog med hjertemedisinsk avdeling for å se på muligheten for digital hjemmeoppfølging for deres pasienter i 2022.


**Det er om lag 100 fastleger i de seks kommunene som deltar, og mer enn 40 av dem har erfaring med digital hjemmeoppfølging og utarbeidelse av egenbehandlingsplan fra MILA.** Det generelle inntrykket fra MILA var at mange av legene var positive til digital hjemmeoppfølging. De to fastlegene i prosjektet er ansatt i deltidsstillinger, og skal bidra til forankring blant fastlegene i kommunene, herunder kjennskap til og motivasjon for å ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Disse fastlegene deltar på prosjektmøter og skal være fastlegenes stemme inn i utformingen av tjenesten.

**Siemens Healthineers var teknologileverandør i MILA,** og har etablert et godt samarbeid både med kommunene og Ahus. Samarbeidet videreføres i MILA2.

## 6.2 Tiltak

Prosjektet består av utprøving av **tjenesteforløp med forsterket utskrivning** fra lungemedisinsk avdeling på Ahus og **kartlegging og utvikling av digital egenbehandlingsplan og integrasjon mot VKP**. Formålet med piloten er å finne ut hvordan man best kan tilrettelegge for klinisk samhandling i praksis gjennom bruk av digital hjemmeoppfølging. Digital hjemmeoppfølging skal styrke utskrivelsesprosessen fra lungemedisinsk avdeling ved at pasientene får et verktøy til å håndtere sykdom og redusere antall akutte innleggelse eller reinleggelse.

**Figur 6-1: Prosjektets formål, Ullensaker**



**Formålet** er å få kunnskap og erfaring om bruk av ett helhetlig tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging for pasienter med kols, samt prøve ut hvordan man best kan tilrettelegge for klinisk samhandling i praksis ved bruk av digital hjemmeoppfølging.

### Resultatmål

Prosjektet skal gi kunnskap og erfaring om et helhetlig tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging for pasienter med kols. Resultatmålene for forsøket slik de er formulert i tilskuddssøknaden er vist i Figur 6-2.

**Figur 6-2: Prosjektets resultatmål, Ullensaker**

**Resultatmål**

- Beskrive og ta i bruk ett helhetlig tjenesteforløp som ivaretar overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten for pasienter med kols
- Innhente data for primære og sekundære effektmål som gir tilstrekkelig kunnskap og erfaring om digital hjemmeoppfølging
- Utarbeide anbefalinger for skalering av tjenesten til andre kommuner og andre fagområder i sykehuset, herunder:
  - Prosjektrapporter basert på krav til prosjektet
  - Forskningsartikkel basert på prosjektets effektmål
- Utrede og beskrive samhandlingsløsninger for digital hjemmeoppfølging, herunder:
  - Videreutvikle digital egenbehandlingsplan
  - Kartlegge og ta i bruk integrasjon der dette er mulig

### Målgruppe og inklusjonskriterier

Målgruppen for prosjektet er pasienter som er akutt innlagt på sykehus med kols. Involvert helsepersonell i primær- og spesialisthelsetjenesten kan anses som en sekundær målgruppe i prosjektet fra et tjenesteutviklingsperspektiv.

Basert på historiske data for innlagte kolspasienter på Ahus ble det anslått at prosjektet skulle ha som mål å inkludere 80 brukere. Det ble også anslått at dette ville være tilstrekkelig for å sammenligne denne gruppen med en kontrollgruppe med pasienter fra andre kommuner.

Følgende inklusjonskriterier ble bestemt for deltakelse i pilot for forsterket utskrivning fra lungemedisinsk avdeling:

- Samtykkekompetent og over 18 år
- Diagnosen kols er relatert til innleggelsen
- Har BankID
- Bosatt i en av de seks kommunene på Øvre Romerike
- Utskrives til egen bolig

### Effektmål

For å vurdere effektene av prosjektet er det utarbeidet primære og sekundære effektmål (Figur 6-3).

Underveis i prosjektet innhentes det data som skal brukes til å belyse utviklingen på områdene som er beskrevet i effektmålene. I tillegg til registerdata, blir deltakerne i prosjektet bedt om å fylle ut to validerte spørreskjemaer for måling av livskvalitet, henholdsvis EuroQol 5-dimensions (EQ-5D), som er et generisk skjema, og KOLS-vurderingstest (COPD Assessment Test, CAT), som er tilpasset personer med kols. Pasientene fyller ut disse skjemaene ved utskrivelse fra sykehus, samt ved avslutning av oppfølgingen fra sykehuset. Formålet er å vurdere om prosjektet gir effekt på de identifiserte områdene.

**Figur 6-3: Prosjektets effektmål, Ullensaker**

**Primære effektmål**

- Andel som gjennomfører hele prosjektperioden med normal bruk
- Pasientrapportert lungespesifikk livskvalitet
- Antall akutte kontakter med helsevesenet
- Tid til reinnleggelse
- Liggetid i sykehus

**Sekundære effektmål**

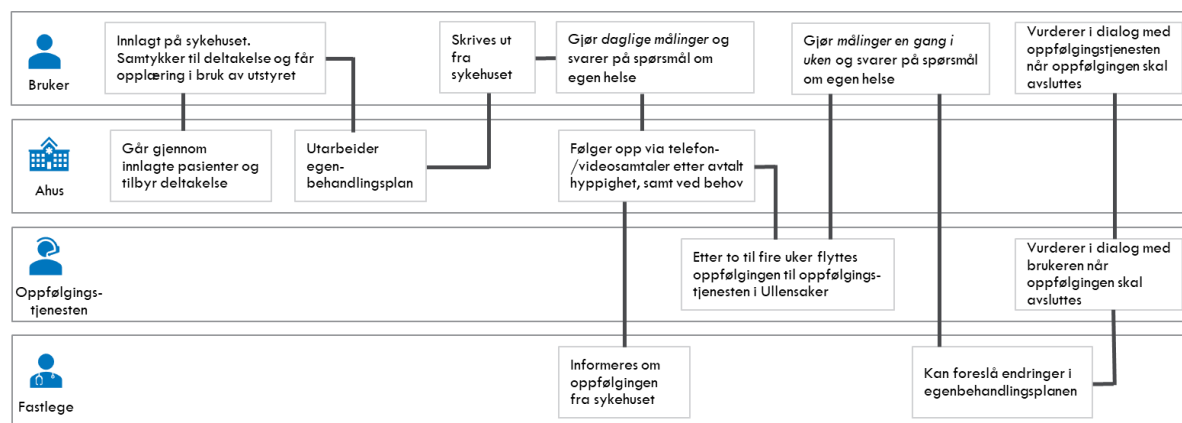
- Pasientrapportert brukertilfredshet og trygghet av forsterket utskrivelse med digital hjemmeoppfølging
- Helsepersonellrapportert brukertilfredshet med digital hjemmeoppfølging
- Helsepersonellrapportert tilfredshet i et samhandlingsperspektiv
- Forbruk av hjemmesykepleie, opphold på KAD og korttidsopphold i kommunene

## Organisering av tiltaket

I pasientforløpet som testes ut, er oppfølgingstjenesten organisert i to enheter – på lungemedisinsk avdeling og i kommunen.

**På Ahus har ambulerende lungeteam ansvar for å inkludere pasienter i tjenesten og følge dem opp i inntil fire uker etter utskrivning.** Ambulerende lungeteam består av tre sykepleiere med videreutdanning innen lungesykepleie og to fysioterapeuter, og det er også en lungelege knyttet til teamet. Ved behov kan teamet samarbeide med ergoterapeuter og sosionomer. Teamet arbeider på dagtid på hverdager og er en del av lungepoliklinikken på lungemedisinsk avdeling. To av sykepleierne i det ambulerende lungeteamet har hovedansvaret for digital hjemmeoppfølging, mens de andre i teamet skal ha tilstrekkelig kompetanse om tjenesten til å kunne bistå ved behov, for eksempel i forbindelse med sykdom eller ferier.

**Som del av MILA har Ullensaker kommune etablert en oppfølgingstjeneste som følger opp pasienter i**  
**Figur 6-4: Illustrasjon av tjenesteforløpet på Øvre Romerike**



Illustrasjon: Oslo Economics basert på informasjon fra prosjektmedlemmene

### Fase 1: Innleggelse og fire uker etter utskrivning

En av sykepleierne ved ambulerende lungeteam går daglig gjennom listen over innlagte pasienter for å identifisere pasienter som er i målgruppen for tjenesten. Pasienter som oppfyller inklusjonskriteriene får tilbud om tjenesten, og deltakelse er basert på skriftlig samtykke. Pasienter som takker ja får opplæring i bruk av utstyr og teknologi på sykehuset før de skrives ut. Pasientene får låne saturasjonsmåler og blodtryksapparat, men de må selv ha nettbrett eller smarttelefon som kan brukes i oppfølgingen. Alt måleutstyret tilhører Ullensaker kommune.

I samarbeid mellom pasienten, ambulerende lungeteam og en lungelege på sengepost utarbeides en digital egenbehandlingsplan mens pasienten er på sykehuset. Egenbehandlingsplanen har tre deler:

**Ullensaker og Gjerdrum.** Denne oppfølgingstjenesten er videreført og følger opp brukere fra alle kommunene som deltar i MILA2. Det er ansatt tre sykepleiere i oppfølgingstjenesten, der samtlige jobbet med oppfølgingen av brukere i MILA. Sykepleierne har relevant videreutdanning innen blant annet lungesykepleie og velferdsteknologi. For å gjøre tjenesten mindre sårbar ved ferieavvikling og annet fravær har flere sykepleiere i kommunen fått opplæring i tjenesten og kan bistå ved behov.

### Tjenesteforløp med forsterket utskrivning

Figur 6-4 illustrerer tjenesteforløpet som prøves ut på Øvre Romerike. **Tjenesteforløpet er delt inn i to faser. Den første fasen er mens pasienten er på sykehuset og inntil fire uker etter utskrivning.** I denne fasen er det ambulerende lungeteamet på sykehuset som følger opp pasienten. **I den andre fasen følges pasienten opp av oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommune.** Denne fasen varer så lenge pasienten har nytte av oppfølgingen.

legemidler, aktivitet og kosthold. Legemidler kan for eksempel inneholde informasjon om når pasienten bør starte en antibiotikakur. Aktivitetsdelen kan inneholde forslag til øvelser og fysisk aktivitet, mens kostholdsdelen kan inneholde anbefalinger om for eksempel energidrikk eller eventuelle matrestriksjoner. Ambulerende lungeteam avtaler med pasienten hvor ofte pasienten skal følges opp den første perioden etter utskrivelse.

Etter utskrivelse, gjennomfører pasienten målinger og svarer på spørsmål om egen helse på nettbrett eller smarttelefon. Ambulerende lungeteam følger opp pasienten etter avtalt hyppighet, samt ved behov. Oppfølgingen er i hovedsak samtaler på telefon eller video, eller meldingsfunksjonen i den teknologiske løsningen.

Sykehuset følger opp pasientene i inntil fire uker etter utskrivning. Ansvaret for oppfølgingen kan overføres til kommunen på et tidligere tidspunkt dersom man vurderer at det er hensiktsmessig. I forbindelse med at oppfølgingen overføres til kommunen blir det sendt en PLO-melding fra ambulerende lungeteam til fastlegen med informasjon om hva slags oppfølging pasienten har fått, samt hvilke planer det er for videre oppfølging. Før oppfølgingen overføres, gjennomgår sykepleier på sykehuset egenbehandlingsplanen sammen med pasienten og oppdaterer ved behov.

### Fase 2: Etter fire uker etter utskrivning

Når oppfølgingen er overført til oppfølgingstjenesten i Ullensaker, tar oppfølgingstjenesten kontakt med pasienten og informerer om hvordan tjenesten fungerer. De fleste pasientene går over til å gjøre målinger og svare på spørsmål en gang i uka, men overgangen fra oppfølging fra sykehuset til oppfølgingstjenesten i Ullensaker skal ellers i liten grad være merkbar for pasientene. Det blir innhentet samtykke fra pasienten til at oppfølgingstjenesten kan kontakte koordinator i pasientens hjemkommune, og pasientens fastlege involveres ved behov. Fastlegen holdes løpende orientert, og når oppfølgingen overføres til kommunen får fastlegen epikrise og et notat om innholdet i egenbehandlingsplanen. Fastlegen har ikke tilgang inn i systemet som brukes i digital hjemmeoppfølging, og all dialog mellom fastlegen og oppfølgingstjenesten går via PLO-melding. Det er foreløpig ikke mulig å sende PLO-melding med egenbehandlingsplanen som et vedlegg. Dette jobbes det med å få til, men leveransen er forsinket fra EPJ-leverandør. Dersom det skal gjøres endringer i egenbehandlingsplanen, er det de ansatte i oppfølgingstjenesten som gjør dette i dialog med pasienten og fastlegen.

En utfordring i prosjektet er at **samhandlingsplattformene som brukes i kommunen og på sykehuset ikke fungerer tilstrekkelig godt**. Dette fører til ekstraarbeid fordi data manuelt må dokumenteres i flere systemer for at alle skal ha tilgang til den samme informasjonen.

### Teknologiutvikling

Den andre delen av prosjektet knytter seg til å utrede og beskrive samhandlingsløsninger for digital hjemmeoppfølging. Arbeidet består av tre hovedområder:

- Videreutvikle løsningen for digital egenbehandlingsplan
- Kartlegge og ta i bruk integrasjon mot nasjonale komponenter som VKP, kjernejournal og helsenorge.no.
- Videreutvikle plattformen for digital hjemmeoppfølging

I MILA ble det inngått en Forsknings- og utviklingsavtale (FoU-avtale) med Siemens Healthineers. Denne benyttes også i MILA2.

## 6.3 Implementering

### Prosjektorganisering og arbeidsform

**Arbeidet med prosjektet er organisert i fire grupper: Prosjektgruppe, koordinatorgruppe, styringsgruppe og referansegruppe.**

**Prosjektgruppen** har hovedansvaret for utforming av tjenesten, og det er denne gruppen som sørger for fremdrift i prosjektarbeidet. Gruppen har møter hver 14. dag og består av følgende medlemmer:

- Prosjektleder MILA2
- Avdelingsleder lungemedisinsk avdeling Ahus
- Programleder foretaksutvikling Ahus
- Overlege lungemedisinsk avdeling Ahus
- Brukerrepresentant LHL
- Leder for oppfølgingstjenesten i Ullensaker
- Representant fra ambulerende lungeteam
- Fastlege, Gjerdrum
- Fastlege, Ullensaker

**Koordinatorgruppen** består av koordinatører fra alle kommunene, en representant fra oppfølgingstjenesten på Ahus og en representant fra oppfølgingstjenesten i Ullensaker, samt prosjektleder. Koordinatorgruppen skal jobbe med å videreutvikle tjenesteforløpet og utarbeide en håndbok for digital hjemmeoppfølging. Håndboken skal inneholde beskrivelser av rutiner og funksjoner/roller. Koordinatorgruppen skal også være en arena for deling av kunnskap og erfaringer. Det var opprinnelig tenkt at gruppen skulle ha månedlige møter, men i praksis har møtene vært mindre hyppige. I starten av prosjektperioden var det også relativt mye utskiftning av de kommunale koordinatorene.

Da søknaden om deltakelse i utprøvingen ble sendt inn, var ikke alle medlemmene i **styringsgruppen** bekreftet, men tanken var at gruppen skulle bestå av følgende medlemmer:

- Viseadministrerende direktør Ahus HF
- Hovedtillitsvalgt Norsk sykepleierforbund Ullensaker kommune
- Avdelingsleder samhandlingsavdelingen Ahus HF
- Kommuneoverlege fra deltakerkommunene
- Kommunaldirektør fra deltakerkommunene
- Representant for innovasjonsnettverket i Helse Sør-Øst RHF

I arbeidet med å etablere styringsgruppen ble det tydelig at det var lite realistisk å involvere kommuneoverlegene på grunn av den pågående pandemien. Det er derfor ingen kommuneoverleger i styringsgruppen, men disse holdes informert gjennom faste

møter med helseledernetverket på Øvre Romerike. Det har også blitt noen andre endringer, og den etablerte styringsgruppen består av følgende medlemmer:

- Kommunaldirektør for helsevern og sosialomsorg i Ullensaker
- Viseadministrerende direktør Ahus HF
- Representant fra samhandlingsavdelingen på Ahus HF
- Assisterende rådmann i Eidsvoll

Ved prosjektoppstart var det opprinnelig planlagt å involvere relevante aktører i en **referansegruppe**. I forbindelse med søknaden om tilskuddsmidler ble det utarbeidet en liste over aktuelle aktører til en slik gruppe, men gruppen har ikke blitt etablert. Det var planlagt at referansegruppen skulle gi innspill til prosjektet fra aktører utenfor prosjektets organisasjon, samt bidra til forankring hos disse aktørene. Innspill fra referansegruppen skulle brukes til å legge til rette for en vellykket gjennomføring og hensiktsmessig videreutvikling av prosjektet.

### Forankring

Prosjektriggen for MILA2 skal legge til rette for forankring gjennom tett involvering av representanter fra deltakerkommunene og representanter for ulike deler av helsetjenesten. Den tette involveringen av sykehuset i tjenesteforløpet skal bidra til forankring på sykehuset, og fastlegene som er ansatt i deltidsstillinger i prosjektet er sentrale for forankringen mot fastlegene i deltakerkommunene. For å sørge for at informasjonssikkerheten og personvern til deltakerne er ivaretatt, er prosjektet også forankret mot forskningsadministrasjonen på sykehuset. I tillegg er prosjektet forankret på ledelsesnivå både i prosjektgruppen og i styringsgruppen.

Alle deltakerkommune har en kommunal koordinator, og **prosjektledelsen har deltatt på et forankringsmøte i hver kommune**. Den kommunale koordinatoren jobber med forankring i egen kommune, og prosjektet vurderer at dette har fungert godt.

I samarbeid med Helsedirektoratet fikk prosjektgruppen gjennomført et emnekurs om digital hjemmeoppfølging og samhandling. Emnekurset ble gjennomført i desember 2021, og det deltok både fastleger og annet helsepersonell fra kommunen og sykehuset. Formålet med å holde kurset var å få kunnskap om prosjektet ut til fastlegene i deltakerkommunene. Kurset gikk over to dager, der den første dagen besto av videoforelesninger etterfulgt av gruppediskusjon, og den andre dagen handlet om det lokale prosjektet. Kurset hadde rundt 40 deltakere.

I starten av september 2021 søkte prosjektgruppen om støtte fra InnoMed, og prosjektet fikk innvilget støtte til 320 timer prosessveiledning. Støtten skal ha blitt brukt til veiledning knyttet til forankring ved spredning av tjenesten, og prosjektet har laget en **informasjonsbrosjyre** som skal brukes i det videre forankringsarbeidet.

**Prosjektets vurdering er at forankringsarbeidet har vært vellykket. Prosjektet er forankret helt opp i sykehusledelsen, og de vurderer at prosjektet er godt forankret på lungemedisinsk avdeling.**

### Rekruttering av brukere

Arbeidet med å knytte til seg ressurser og utvikle prosjektplan og tjenesteforløp har gått som planlagt, men prosjektet har ikke nådd måltallet om 80 inkluderte brukere. Per januar 2022 hadde 11 personer blitt inkludert i forløpet for forsterket utskrivning, og 5 av disse var overført for videre oppfølging i kommunen. Totalt hadde om lag 80 akuttinnlagte pasienter med kols blitt vurdert for inklusjon. Utfordringen med inklusjon skyldes delvis at det har vært færre innlagte kolspasienter enn tidligere år, og delvis at pasientene som blir identifisert ikke blir inkludert. Flesteparten av disse ønsker ikke selv å delta, ofte fordi de er for slitne og ikke orker å ta stilling til deltakelse under sykehusinnleggelsen.

Reduksjonen i antall innlagte kolspasienter kan delvis skyldes at pandemien har påvirket bruken av spesialisthelsetjenester. For mange kolspasienter som får en forverring, er angst en viktig prediktor for innleggelse på sykehus. Hvis sykehuset ikke oppleves som et trygt sted å være på grunn av pandemien, velger en del pasienter kanskje heller å bli hjemme. Reduksjonen i antall pasienter skyldes trolig også at flere pasienter med kols enn tidligere år er innlagt på Ahus avdeling Kongsvinger. I utgangspunktet hadde ikke Kongsvinger inklusjon av pasienter til prosjektet, og de første månedene ble det derfor ikke inkludert pasienter derfra. Høsten 2021 begynte prosjektet å se på mulighetene for et samarbeid med Ahus avdeling Kongsvinger for å få på plass en rigg for inklusjon av pasienter derfra i løpet av prosjektperioden, og dette kom på plass i november 2021. Prosjektet vurderte også å inkludere andre pasientgrupper, men landet på at de ønsket å holde fast på kolspasienter som pasientgruppen som tjenesten piloterer på.

Ambulerende lungeteam, som har vært ansvarlig for å inkludere pasienter til prosjektet, har arbeidstid på dagtid alle hverdager. For å øke mulighetene for å inkludere pasienter, ble det mot slutten av 2021 gjennomført et møte med de ansatte på sengepostene på lungemedisinsk avdeling, for å utvide til rekruttering derfra. Kort tid etter dette møtet kom det



en ny nedstenging som følge av pandemien, og inklusjonen av pasienter ble derfor ikke utvidet til sengepostene.

### Økonomi

Prosjektet søkte om 4 millioner i tilskuddsmidler og ble tildelt 3 millioner kroner. Det omsøkte beløpet skulle i hovedsak gå til å dekke lønnsutgifter (inkludert sosiale utgifter) til de ansatte i prosjektet. Det var også satt av noe til innkjøp av konsulenttenester og til praksiskompensasjon og kompensasjon til brukerrepresentant. Det var planlagt at egenfinansieringen skulle utgjøre om lag 1,6 millioner kroner. Prosjektet ble også tildelt ekstramidler fra Helsedirektoratet da det ble besluttet at prosjektperioden ble utvidet til 2022.

### Oppsummering av implementering

Aktørene i prosjektet opplever at de hadde et godt utgangspunkt for prosjektet, og at de i hovedsak har gjennomført prosjektet som planlagt i løpet av 2021. Arbeidet med rammene for prosjektet har i det store og det hele gått som planlagt, og de planlagte aktivitetene har blitt gjennomført i henhold til fremdriftsplanen. Til tross for dette har prosjektet møtt en betydelig utfordring i inklusjonen av pasienter. Måltallet for antall inkluderte brukere var basert på historiske tall, men på grunn av den pågående pandemien har det vært færre innlagte pasienter enn tidligere. Dette var en uforutsett endring som ikke ble hensyntatt i prosjektplanleggingen. Prosjektgruppen vurderte i 2021 to ulike tiltak for å løse inklusjonsproblemet: (1) utvide til andre pasientgrupper eller (2) inkludere pasienter fra Ahus avdeling Kongsvinger. Prosjektet valgte å gå videre med det sistnevnte alternativet, og prosjektet har hatt mulighet til å inkludere pasienter fra Kongsvinger siden november 2021.

Det lave antallet inkluderte pasienter har gjort at prosjektet har fått mindre erfaring med helhetlige forløp for kolspasienter enn planlagt. Det er også vanskelig å undersøke hvordan prosjektet har påvirket effektmålene, med kun 11 inkluderte pasienter.

## 6.4 Resultater og måloppnåelse

Prosjektet har etablert et fungerende tjenesteforløp med forsterket utskrivelse fra sykehuset. Tjenesteforløpet innebærer at pasientene inkluderes i forbindelse med sykehusinnleggelse, mottar digital hjemmeoppfølging fra sykehuset en kort periode etter utskrivelse, og deretter overføres for oppfølging i kommunen.

Det gjenstår fortsatt arbeid med tekniske løsninger før tjenesteforløpet med inklusjon på sykehuset kan fungere i stor skala. Når en pasient skal flyttes over fra oppfølging fra sykehuset til oppfølging i kommunen, er dette en manuell prosess som gjøres av

prosjektadministrasjonen. Prosjektets erfaringer er at det trolig hadde vært enklere om kommunen hadde ansvaret for oppfølgingen med en gang en pasient ble skrevet ut, slik at det ikke blir en ekstra overgang der man må passe på at riktig informasjon blir gitt til de riktige personene.

Ettersom et begrenset antall pasienter er rekruttert til utprøvingen, har vi ikke grunnlag for å vurdere om samhandlingen mellom klinikerne rundt disse pasientene har blitt bedre. Erfaringene i prosjektet har vært gode, og prosjektet har bidratt til at klinikerne har blitt kjent med hverandre, men det er usikkert om disse erfaringene er overførbare til en driftssituasjon.

Prosjektet opplevde å bli betydelig påvirket av koronapandemien. Pandemien har særlig hatt betydning for antallet rekrutterte pasienter, men det har også gjort samarbeidet med sykehuset mer utfordrende enn det ellers ville vært. Dette gjelder i hovedsak problemer knyttet til å utvide inklusjonsrigger, som har blitt forsinket som følge av at planlagte endringer har sammenfalt med nedstenginger av samfunnet, og endringene har derfor blitt utsatt.

Da det ble klart at det kom til å bli vanskelig å nå måltallet for antall inkluderte pasienter, etablerte prosjektet raskt en inklusjonsrigg med inklusjon fra Ahus Kongsvinger. Til tross for at prosjektet klarte å snu seg rundt og utvide muligheten for inklusjon, hadde det per januar 2022 kun blitt inkludert fire-fem pasienter derfra. Pasientene som inkluderes på Ahus Kongsvinger følges opp av Ahus Nordbyhagen den første tiden etter utskrivelse.

I januar 2022 ble det gjennomført en brukerundersøkelse blant pasientene som ble rekruttert som del av utprøvingen i perioden 2018 til juni 2021 og blant pasientene som ble rekruttert i forbindelse med denne utprøvingen. Svarene på undersøkelsen var i hovedsak positive, og 73 prosent av respondentene oppga at de var fornøyde eller svært fornøyde med digital hjemmeoppfølging. Pasientene som har blitt rekruttert på sykehuset har i tillegg svart på spørsmål om helse og helserelevanter livskvalitet i EQ-5D-5L-skjemaet, samt når oppfølgingen fra lungeteamet avsluttes (2-4 uker etter utskrivelse). Planen er at resultatene fra disse spørreskjemaene skal analyseres når datagrunnlaget blir større.

### Mye av arbeidet i prosjektet har gått som planlagt.

Prosjektet har lyktes med å knytte til seg de nødvendige ressursene, og i starten av prosjektet ble det utarbeidet en prosjektplan og en beskrivelse av tjenesteforløpet for pasientene. Det var planlagt at det skulle gjennomføres en interessentanalyse ved oppstart av prosjektet, men denne ble ikke

gjennomført. Prosjektet fikk innvilget prosessveiledning fra InnoMed og har brukt denne støtten til blant annet utarbeide nytt informasjonsmateriell om digital hjemmeoppfølging som deles ut til pasientene.

## 6.5 Bærekraft

I prosjektet har de gått over til at pasientene selv må ha nettbrett eller smarttelefon. Prosjektet har også lagt vekt på å velge utstyr som er godt nok, men ikke har ekstra funksjoner ut over det som er strengt nødvendig. Dette bidrar til å redusere kostnaden ved tjenesten. Prosjektet understreket at det også er **viktig å vurdere hvem som skal få tilbud om tjenesten, hvor lenge og hvor hyppig oppfølgingen skal skje**. I prosjektet har oppfølgingen de første ukene etter utskrivelse, når oppfølgingen skjer fra sykehus, vært hyppigere enn når kommunen overtar oppfølgingen. Å finne hensiktsmessig nivå på dette, vil være viktig for å skape en bærekraftig tjeneste. Prosjektets erfaring er at det i de fleste tilfeller er tilstrekkelig med oppfølging en dag i uken.

Prosjektet understreket at det fortsatt er behov for at tjenesten profesjonaliseres og at antallet brukere som følges opp må være stort nok. Dette vil være viktig for å kunne utnytte mulige stordriftsfordeler og for å gjøre tjenesten bærekraftig.

Ettersom inklusjonen av pasienter har vært mer krevende enn forutsett, har prosjektet stilt spørsmålsteget ved om de har funnet den rette måten å drive med inklusjon fra sykehuset. Inklusjonen har vært tidkrevende, og det må trolig jobbes videre for å finne en bærekraftig prosess som kan fungere uten at det er en prosjektrigg rundt. Prosjektet mente at det kan være **mer hensiktsmessig å inkludere pasienter når de ikke er i en akutt fase**, for eksempel som del av et lærings- og mestringskurs, eller i tilknytning til time på poliklinikk. Da vil pasientene være i en situasjon med mindre usikkerhet, og trolig mer mottakelige for nye tjenester.

## 6.6 Læringspunkter

**En viktig erfaring fra sykehuset er at selv om de finner en del pasienter som er i målgruppen, er det en stor andel av disse som ikke blir inkludert.** I perioden august 2021 til januar 2022 ble 80 pasienter vurdert for inklusjon. Halvparten av disse ble vurdert som inkluderbare, men kun 11 ble inkludert. Hovedårsaken til at pasienter ikke blir inkludert er at de ikke orker fordi de er i dårlig form. I tillegg er det en del pasienter som ikke blir inkludert fordi de skrives ut til korttidsopphold, eller er innlagt så kort tid at det ikke er tid til inklusjon. Dette er typisk pasienter som legges inn fredag kveld og skrives ut i løpet av helgen. Det er også noen som ikke har eller ikke bruker smarttelefon eller nettbrett. I løpet av

prosjektperioden har man åpnet for å inkludere pasienter som blir innlagt på grunn av andre problemer, men som har alvorlig kols.

En annen viktig lærdom fra prosjektet, er at **inkludering til digital hjemmeoppfølging er tidkrevende**, og at det er mange ting som skal «klaffe» for at inklusjonen skjer på riktig tidspunkt. Inklusjonsprosessen innebærer at det brukes tid på å finne pasienter som kan inkluderes, og deretter at det brukes tid på å informere om tjenesten, samt gi opplæring i bruk av måleutstyr, utfylling av spørreskjema og bruk av egenbehandlingsplan. Mange av pasientene som er innlagt på sykehuset har betydelig redusert helsetilstand, og de orker ikke lange samtaler med opplæring. I videre utprøving blir det derfor viktig å få mer erfaring med å inkludere pasienter fra poliklinikk, samt inklusjon fra sengepost.

Prosjektet understreket også viktigheten av at **inkluderingprosessen må settes i system**, og at det må være dedikert personale som har ansvar for å jobbe med inklusjon. Åhus jobber nå med ansettelse av en kolskoordinator som skal være del av de ambulerende lungeteamet og ha et særlig ansvar for digital hjemmeoppfølging.

I prosjektet har de også erfart at det er behov for mer effektiv innhenting, og **bedre tilgang til styringsdata** som kan vise i hvilken grad tjenestemodellen etterleves. Styringsdata vil også være viktig for å følge med på resultatene av tjenesten.

Prosjektet hadde også **god erfaring med å tilby emnekurs**. En erfaring fra gjennomføringen av kurset, var at det må varsles om kurset i god tid. Informasjonen om kurset ble gitt to måneder i forkant av kurset, og prosjektet fikk tilbakemelding om at det var for kort varsel.

Til tross for utfordringer med rekruttering, har prosjektet høstet mange verdifulle erfaringer. Det har vært et godt samarbeidsklima i prosjektet, og pasienterfaringene har vært gode. Prosjektet vurderer flere mulige videreføring av prosjektet, og de ønsker å fortsette arbeidet med å utvikle digital hjemmeoppfølging som et tilbud til kronisk syke med behov for oppfølgende behandling.

De viktigste læringspunktene fra prosjektet er:

- Mange akuttinnlagte pasienter er for dårlige til å starte opp eller ta stilling til en ny tjeneste.
- Inkludering til tjenesten er tidkrevende, og det er viktig å ha et bevisst forhold til dette.
- Det er behov for informasjon som kan vise i hvilken grad tjenestemodellen etterleves.
- Emnekurs kan være et godt virkemiddel for å få forankret tjenesten blant fastleger.

## 7. Samlet vurdering og læringspunkter

*Alle de lokale prosjektene som deltar i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging med fokus på samhandling og informasjonsdeling, hadde erfaring med digital hjemmeoppfølging fra utprøvingen i perioden 2018 til juni 2021. Prosjektene hadde møtt mange av de samme samhandlingsutfordringene, men de har valgt ulike tilnærming for å løse dem. De fleste prosjektene jobber med ulike varianter av tjenesteforløp der oppfølgingen er initiert av spesialisthelsetjenesten. Flere av prosjektene jobber også med å utvikle integrasjoner for datadeling mellom ulike systemer.*

### **Prosjektene har hatt ulike innretning, men har jobbet med å løse mange av de samme utfordringene**

Pasientene som følges opp med digital hjemmeoppfølging mottar ofte oppfølging fra flere aktører innen primær- og spesialisthelsetjenesten, og erfaringene fra utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021 var at det var utfordrende å få til god forankring og samhandling med øvrige deler av helsetjenesten. Dette gjaldt både fastleger, hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I denne utprøvingen har prosjektene testet ut tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging i samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale helse- og omsorgstjenestene, samt jobbet med å legge til rette for bedre informasjonsdeling gjennom bruk av digitale verktøy.

Prosjektene som deltar i den utvidede utprøvingen, deltok også i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i perioden 2018 til juni 2021. Mange av utfordringene som ble identifisert i utprøvingen fra 2018 til 2021 var felles på tvers av prosjektene. I utvidelsen har prosjektene valgt å jobbe med ulike utfordringer, og de har til dels også ulike tilnærming til hvordan de har jobbet med disse. Prosjektene har identifisert ulike formål, ulike arbeidspakker og jobber på ulike måter. Et eksempel på forskjeller i tjenesteforløpene som testes ut, er at sykehuset i noen prosjekter selv følger opp pasienten i en periode etter utskrivelse og at pasientene deretter vurderes for overføring til oppfølging i regi av kommunen, mens det i andre prosjekter er lagt opp til at sykehuset kan anbefale pasienter til digital hjemmeoppfølging. I det sistnevnte tilfellet er det kommunen som tar beslutningen om tildeling av tjenesten. Arbeidet med de teknologiske løsningene varierer også, og

prosjektene har jobbet med deling av ulike typer informasjon.

### **Prosjektene skal i 2022 jobbe videre med å høste erfaringer med digital hjemmeoppfølging i samhandling med spesialisthelsetjenesten**

Prosjektene startet opp våren 2021. Prosjektperioden skulle opprinnelig gå ut året, men alle prosjektene fikk overført prosjektmidler til 2022. I tillegg fikk prosjektene ekstra midler fra Helsedirektoratet. Fra utprøvingen i perioden 2018 til 2021 hadde prosjektene mye erfaring med digital hjemmeoppfølging som de har bygget videre på, og dette har trolig vært avgjørende for at prosjektene har fått til mye på kort tid.

På tidspunktet for informasjonsinnhentingen til denne rapporten var arbeidet med prosjektene fortsatt pågående. Mye av arbeidet som gjenstår er knyttet til integrasjon mellom ulike løsninger, men det jobbes også videre med å forbedre tjenesteforløp der spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samhandler om felles pasienter.

### **Prosjektene har gitt erfaring om hvordan samarbeidet kan foregå mellom sykehus og kommune**

Helsedirektoratet har definert at et av målene for 2021 er «å få mer erfaring med digital hjemmeoppfølging i samhandling mellom kommune, fastleger og helseforetak om en felles pasientgruppe». Vår vurdering er at tiltakene som prosjektene jobber med er relevante for dette målet. Som beskrevet har prosjektene ulike tilnærming, og fra et nasjonalt ståsted er dette trolig en fordel. Denne innretningen har lagt til rette for at man kan høste ulike erfaringer på tvers av prosjektene, og ved å kombinere erfaringene kan man få et kunnskapsgrunnlag der lærdommer fra prosjektene kompletterer hverandre og gir kunnskap som kan brukes i et nasjonalt perspektiv.

Vi vurderer at prosjektet har bidratt med verdifull kunnskap og erfaring knyttet til samhandling om digital hjemmeoppfølging. Som del av utprøvingen har det blant annet blitt prøvd ut ulike varianter av forsterket utskrivning, det har blitt utarbeidet beskrivelser av tjenesteforløp, det har blitt identifisert et behov for bedre kartleggingsrutiner for pasienter som er innlagt på sykehuset og laget en ny rutine for dette, og det har blitt jobbet med automatisk journalføring og deling av egenbehandlingsplan.

Det er fortsatt behov for å få mer erfaring med hvordan digital hjemmeoppfølging kan skje i samhandling mellom ulike deler av helsetjenesten, men prosjektet har bidratt med kunnskap om hva som har

fungert godt og mindre godt. Vår vurdering er derfor at måloppnåelsen for prosjektet samlet sett er god. I det videre oppsummerer vi erfaringene fra prosjektene.

### **Prosjektene har høstet erfaringer knyttet til problemstillinger løftet frem i Nasjonal helse- og sykehusplan**

Som beskrevet i avsnitt 1.2, er det i Nasjonal helse- og sykehusplan beskrevet fire akser som må tilpasses dersom teknologi skal benyttes for å flytte spesialisthelsetjenester hjem til pasientene. De fire aksene er (1) tydeligere mål for bruk av teknologi, (2) tilpasning av finansieringsordninger, (3) bedre veiledning om regelverk knyttet til behandleransvar og (4) realisere en digital infrastruktur som støtter utveksling og deling av informasjon mellom systemer.

Alle de fire aksene er problemstillinger som har blitt drøftet av prosjektene i den utvidede utprøvingen av digital hjemmeoppfølging. Når det gjelder den første aksene, har prosjektene erfart at det har skjedd en utvikling i innstilling blant de ansatte på sykehuset når det kommer til bruk av digital hjemmeoppfølging, og at dette blant annet skyldes at sykehusene har fått egne strategier og mål om å ta i bruk ny teknologi.

I tilknytning til den andre aksene, som handler om tilpasning av finansieringsordninger, har det blitt løftet at det er viktig å unngå at digital hjemmeoppfølging blir en tjeneste der kostnadene oppstår i kommunen, mens gevinstene kommer i spesialisthelsetjenesten uten at kommunene får noe igjen for dette. Det har også blitt løftet at dersom både fastlegen og en representant fra sykehuset skal delta i behandlingsmøter for å utarbeide egenbehandlingsplan, må det etableres en finansieringsordning som gjør at begge blir kompensert for arbeidet, men uten at pasienten belastes for tjenesten.

Når det gjelder den tredje aksene om veiledning og regelverk knytte til behandleransvar, har det blitt påpekt at det er behov for tydelige avklaringer knyttet til hvilket ansvar det medfører dersom helsepersonell går inn og sjekker en pasients målinger og ser at de er utenfor normalområdet.

Den siste aksene, som handler om å realisere en digital infrastruktur som støtter informasjonsdeling, har stått sentralt i flere av prosjektene. De delene av integrasjonsløsningene som har kommet lengst er knyttet til deling mellom systemene som brukes til digital hjemmeoppfølging og kommunens EPJ-systemer, men det jobbes også med integrasjon mot sykehusenes systemer, slik at de får tilgang til relevant informasjon fra digital hjemmeoppfølging.

### **Involveringen av nasjonale aktører i prosjektene har vært vellykket**

Integrasjon mellom systemer er viktig for å løse utfordringene knyttet til informasjonsdeling og samhandling, og alle prosjektene følger med på utviklingen på nasjonalt nivå på dette området. Prosjektene har på ulike måter koblet på nasjonale aktører og løsninger som Direktoratet for e-helse, NHN, VKP og kjernejournal, og på denne måten bidrar de også til den nasjonale utviklingen. Å samarbeide med disse aktørene har også bidratt til større grad av tverrfaglighet i prosjektgruppene, og det har særlig blitt trukket frem at den teknologiske kompetansen har vært verdifull.

For utprøvingen samlet sett har det vært et viktig utgangspunkt at det har vært et tett samarbeid mellom Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og NHN. Alle aktørene har vært involvert i utarbeidelsen av tilskuddsutlysningen, utvelgelsen av prosjekter og oppfølgingen av prosjektene.

Samarbeidet med nasjonale aktører fremstår også som fornuftig med tanke på ressursbruk, både fordi kommunene sikrer at deres behov blir ivaretatt i løsningene som utvikles, og fordi man unngår å bruke nødvendige ressurser på parallelle løp. Noen av prosjektene hadde i utgangspunktet planlagt å jobbe med utvikling og deling av digital egenbehandlingsplan, men har valgt å prioritere bort dette fordi det foregår et nasjonalt prosjekt om digital egenbehandlingsplan.

Involveringen av nasjonale aktører som NHN og Direktoratet for e-helse har bidratt til at disse og andre aktører som jobber med nasjonale samhandlingsløsninger innen helse har fått informasjon om kommunenes behov for informasjons- og datadeling. Dette er viktig for at de nasjonale aktørene skal kunne hensynta disse behovene i utviklingen av nasjonale løsninger.

### **Samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er fortsatt krevende, men det er tegn til at flere er mer positive til samarbeid**

Pasienter som får oppfølging fra flere tjenester, er tjent med at samhandlingen mellom disse fungerer godt. God samhandling skal bidra til koordinerte og trygge pasientforløp og hensiktsmessig og tydelig arbeids- og ansvarsdeling mellom ulike deler av helsetjenesten (NFA Faggruppe for samhandling, 2018).

Forsterket utskrivning gjennom digital hjemmeoppfølging er et viktig fokusområde i utprøvingen, og flere av prosjektene tester varianter av dette. Pilotering av tjenesteforløp som ser på overgangen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten er viktig for å sikre helhetlige pasientforløp og -overganger

mellom ulike deler av helsetjenesten. Håpet er at bedre og mer sømløse overganger kan redusere antall innleggelses for ulike pasientgrupper med gjentatte innleggelses på sykehus.

Samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen er utfordrende, og vårt inntrykk er at det fortsatt gjenstår et stykke arbeid før man har identifisert gode tjenesteforløp for digital hjemmeoppfølging som starter opp på sykehus. Samtidig fremstår det som at mange av prosjektene opplever at en del ting har løsnet i løpet av prosjektperioden, og sykehuset har vist et større engasjement i samarbeidet enn tidligere. Gjennom at ansatte på sykehusene har fått en dedikert rolle i prosjektet, har det blitt en tettere involvering og en bedre forståelse for hverandres oppgaver. Prosjektet har også gjort at ansatte på sykehuset og i kommunen har jobbet sammen og blitt kjent, og på denne måten har det blitt bygget tillit mellom ansatte i ulike deler av tjenesten. Å bygge denne typen tillitsforhold er trolig viktig for å få til varige endringer for samhandling.

Fremover vil det være behov for videre vurdering av om sykehuset selv skal følge opp pasienter ved hjelp av digital hjemmeoppfølging, eller om tjenesten kun skal være noe sykehuset kan anbefale at kommunen tilbyr pasienten etter utskrivelse. Det må også vurderes om oppfølgingen skal starte umiddelbart etter utskrivning, hva som bør kartlegges på sykehuset og hvem som utarbeider egenbehandlingsplanen, samt om sykehuset skal følge opp en periode etter utskrivning eller om all oppfølging skjer fra kommunene. Det er trolig ikke slik at det finnes én løsning som passer for alle, og hva som er riktig modell vil avhenge av de lokale forutsetningene og mulighetene, samt tilgjengelige ressurser. Det vil likevel være verdifullt å få frem fordeler og ulemper med ulike tilnærminger.

#### **Mange av pasientene på sykehuset er for dårlige til å starte opp eller ta stilling til en ny tjeneste**

En sentral erfaring fra utprøvingen, er at det kan være utfordrende å inkludere pasienter på sykehuset. I utprøvingen har det blitt testet både rekruttering fra sengepost og poliklinikk. Særlig de innlagte pasientene har ofte opplevd en akutt forverring av helsetilstand og ønsker ikke å starte noe nytt i en situasjon som oppleves som uoversiktlig og alvorlig. I prosjektene hvor rekruttering og oppstart av tjenesten i all hovedsak skjer på sykehuset, har de også vurdert muligheter for å ikke starte tjenesten på sykehuset, men vente noen dager etter utskrivelse til pasienten er tilbake hjemme og har falt til ro etter forverringen. Et mulig forløp er da at sykehuset kartlegger relevante pasienter, gir informasjon om digital hjemmeoppfølging og avklarer når kommunen eventuelt kan ta kontakt med pasienten for å starte opp tjenesten.

Oppstart av tjenesten og oppfølging kan imidlertid skje i regi av kommunen etter at pasienten har kommet hjem.

Ettersom erfaringene fra flere av prosjektene er at pasientene ikke er klare for å starte opp eller ta stilling til en ny tjeneste i forbindelse med innleggelse, mener vi det bør vurderes i hvilken grad det fremover skal jobbes videre med inklusjon av pasienter på sykehus, eller om man skal avvente inklusjon til pasientene er hjemme. Dersom man ønsker å videreføre arbeidet med å tildele digital hjemmeoppfølging på sykehuset bør man grundig kartlegge årsakene til at dette har vært vanskelig, og prøve å identifisere tjenesteforløp som kan overkomme disse utfordringene.

En annen mulighet er at tjenesten forblir kommunal, og at samarbeidet med sykehuset om tjenesten innrettes mot at innlagte pasienter kan kartlegges og foreslås til kommunen, men at tjenesten starter opp etter at pasienten har kommet hjem. Det kan tenkes at inklusjon på sykehuset vil fungere bedre blant pasienter som er inne til poliklinisk konsultasjon, men dette må undersøkes videre.

#### **Ny rutine for kartlegging av innlagte pasienter har bedret kommunikasjonen mellom sykehus og kommune**

Bodø har hatt en litt annen tilnærming til forsterket utskrivning enn den som er beskrevet over. I Bodø har man jobbet med samhandling og informasjonsdeling i forbindelse med kartlegging av pasienter på sykehus, for at tildelingskontoret i kommunen raskere skal kunne vurdere om pasienten er en kandidat for digital hjemmeoppfølging. Målsetningen har vært å raskere starte opp digital hjemmeoppfølging etter utskrivning. Som en del av dette arbeidet har man utarbeidet en ny rutine for kartlegging av pasienter som blir innlagt på sykehuset og «ryddet» i kommunikasjonen mellom sykehuset og tildelingskontoret. Dette arbeidet har ført til en bedre dialog om pasienter, og også til at flere pasienter foreslås fra sykehuset som mulige kandidater for digital hjemmeoppfølging. Vår vurdering er at dette er en prosess som vil ha verdi også for andre kommunale tjenester, for sykehuset og pasientene, og som trolig også vil ha overføringsverdi til andre kommuner og sykehus.

#### **Spesialistene på sykehus kan gi verdifulle innspill til egenbehandlingsplanen**

Når det gjelder egenbehandlingsplan, har flere prosjekter hatt positive erfaringer med å involvere spesialister på sykehuset i utarbeidelse av disse. En erfaring er at spesialistene kan være «modigere» når de setter grenseverdier, og at dette gjør at man unngår unødvendige gule og røde målinger før man klarer å sette de rette grenseverdiene. Samtidig har det blitt understreket at langt fra alle pasienter har behov for at en spesialist fra sykehuset er involvert i

utarbeidelsen av egenbehandlingsplanen, for eksempel som deltaker i et behandlingsmøte. For mange er tilstrekkelig å ha en plan som er utarbeidet i samarbeid mellom pasienten, fastlegen og de ansatte i oppfølgingstjenesten. For å sikre en bærekraftig utvikling, er det viktig at det ikke legges opp til at alle skal ha en egenbehandlingsplan utarbeidet i samarbeid med en representant fra spesialisthelsetjenesten. Involvering av ressurser fra spesialisthelsetjenesten bør skje ved behov, for eksempel for pasienter med komplekst sykdomsbilde og mange og sammensatte lidelser.

#### **Fastleger og ansatte på sykehus ønsker mulighet til å se og redigere egenbehandlingsplanen**

Noen av prosjektene har arbeidet med digitalisering og nye løsninger for deling av egenbehandlingsplanen. Eksempelvis har både Agder og Ullensaker utviklet en digital egenbehandlingsplan og testet at personell på ulike nivå kan få tilgang til samme programvare. Arbeidet har vist at det er viktig at en digital plan er godt integrert i den teknologiske løsningen for digital hjemmeoppfølging. Dette vil senke terskelen for at ulike deler av helsetjenesten engasjerer og gir innspill til planen.

Ettersom det pågår et arbeid nasjonalt med å utarbeide en løsning for digital egenbehandlingsplan, har imidlertid flere av prosjektene valgt å prioritere arbeid på andre områder. Egenbehandlingsplanen er likevel en sentral del av tjenestetilbudet i alle prosjektene, og prosjektene har høstet erfaringer knyttet til behov for datadeling gjennom egenbehandlingsplanen. Både ansatte på sykehus og fastlegene ønsker tilgang til å se og redigere egenbehandlingsplanen. Med flere som har mulighet til å redigere, har det også blitt påpekt at det vil være et behov for en endringslogg, slik at det er enkelt å se hvilke oppdateringer som har blitt gjort når, og hvem som har gjort endringene. Dignio har startet arbeidet med å utvikle en slik logg.

#### **Fastleger og ansatte på sykehus ønsker tilgang til informasjonen fra digital hjemmeoppfølging**

Både fastleger og ansatte på sykehus ser verdien av å ha tilgang til et utvalg av de pasientrapporterte dataene, og de ønsker i hovedsak mulighet til å se de siste måleverdiene og utvikling i disse over tid. Det er eksempler på at legene har plukket opp relevant informasjon i chatdialogen mellom pasienten og oppfølgingstjenesten, men det er vanskelig å se for seg hvordan denne typen informasjon kan systematisere slik at ikke den viktige informasjonen drukner i all annen informasjon. Flere har understreket at det er viktig at det som er relevant informasjon for dem ikke må drukne i annen informasjon, og at de derfor ikke ønsker tilgang til alt som samles inn, for

eksempel meldinger og enkeltstående registreringer og svar på spørreskjema.

Fastleger og ansatte på sykehus har også understreket viktigheten av at tilgangen til data fra digital hjemmeoppfølging må være integrert i systemene de allerede bruker. De ønsker å ha mulighet til å gå inn og sjekke dataene ved behov, og ikke at dataene kommer gjennom varsler eller meldinger.

#### **Det er en utfordring at ikke alle kommunene i sykehusenes opptaksområde tilbyr digital hjemmeoppfølging**

Flere av prosjektene har møtt på utfordringer som skyldes at sykehusets opptaksområde omfatter flere kommuner som ikke tilbyr digital hjemmeoppfølging. Dette gjør det vanskelig for de ansatte på sykehuset å foreslå pasienter til tjenesten. Fordi dette reduserer antallet aktuelle pasienter, får de ansatte mindre mengdetrening med å foreslå pasienter til tjenesten. Med få aktuelle pasienter er det en risiko for at tjenesten blir glemt. Det at kun noen kommuner tilbyr digital hjemmeoppfølging, gjør det også mer tidkrevende å foreslå pasienter til tjenester, fordi de ansatte på sykehuset må sjekke at pasientens hjemkommune er en kommune som tilbyr digital hjemmeoppfølging. Dersom digital hjemmeoppfølging i fremtiden blir mer utbredt, vil dette problemet reduseres, og de ansatte på sykehuset kan foreslå tjenesten til pasienter uten å sjekke at de er bosatt i «riktig» kommune.

#### **Implementering av digital hjemmeoppfølging i nye kommuner bør bygge på interesse for tjenesten i kommunen**

Agder har gjennom sitt arbeid med spredning til nye kommuner i regionen avdekket at det ulik interesse for digital hjemmeoppfølging. Inntrykket er at kommunene i varierende grad er klare for å ta inn digital hjemmeoppfølging som en del av sitt tjenestetilbud. Dette tyder på digitalisering av helsetjenesten og implementering av nye tjenester er en modningsprosess. Vår vurdering er derfor at et spredningsprosjekt for digital hjemmeoppfølging i nye kommuner bør bygge på interesse for tjenesten i kommunen. Dersom ikke tjenesten er forankret i ledelsen i kommunen og andre deler av kommunehelsetjenesten er det utfordrende å etablere et godt tilbud. En risiko ved at etablering av tjenesten er basert på interesse i kommunene, er at det kan gi en økt fragmentering av tjenestetilbudet, skape forskjeller mellom kommunene og hindre at kostnads-effektivisering skjer på samme måte som i de mer regionalt orienterte prosjektene.

### Organisering av oppfølgingstjenesten i regionale sentraler vil kunne være relevant for mange kommuner

I prosjektet i Agder har de høstet erfaringer knyttet organisering av digital hjemmeoppfølging med oppfølging fra en regional sentral. Ved at flere kommuner går sammen om å opprette et tjenestetilbud, blir pasientgrunnlaget for oppfølgingstjenesten større, og dette kan gjøre at også små kommuner ønsker å tilby tjenesten. Flere kommuner kan da dele på kostnadene, og det er enklere å holde kostnaden per pasient nede.

Gjennom prosjektet i Agder har det blitt identifisert at det er en utfordring at de ansatte på den regionale oppfølgingstjenesten ikke har tilgang til de kommunale journalsystemene. For at regionale oppfølgings-tjenester skal fungere best mulig, vil det være behov for bedre informasjonsdeling mellom kommunenes journalsystemer og den regionale oppfølgings-tjenesten.

### Innovasjon i helsetjenesten fungerer godt i lokale prosjekter

Digitalisering og utvikling av integrasjonsløsninger er tidkrevende arbeid, og i flere av prosjektene har disse prosessene tatt mer tid enn forventet. Det har samtidig sannsynligvis vært en fordel at prosjektene er relativt små, og større og mer omfattende prosjekter ville trolig ikke gitt løsninger som hadde vært klare for testing raskere. Med få aktører har prosjektene fått til smidige prosesser med kort vei til beslutning.

Samtidig som små prosjekter kan være smidige, synes det også å være betydelige fordeler ved å søke samarbeid med tiliggende kommuner i sykehusets opptaksområde – både med tanke på kompetanse, å etablere et enhetlig tjenestetilbud og å holde kostnadene nede. Det er utfordrende for spesialisthelsetjenesten å forholde seg til flere varianter av teknologi og samarbeidsmodeller.

### Det eksisterer et omfattende kunnskapsgrunnlag om digital hjemmeoppfølging som nye prosjekter kan bygge videre

Som vist i denne rapporten har prosjektene gjort seg mange nyttige erfaringer knyttet til digital hjemmeoppfølging, samhandling og informasjonsdeling, og det eksisterer et omfattende dokumentasjonsgrunnlag som nye prosjekter kan bygge videre. For kommuner som vurderer å tilby digital hjemmeoppfølging vil det derfor være viktig å se hen til arbeidet som har blitt gjennomført de siste årene, samt å aktivt innhente og dra nytte av kunnskapen som finnes i prosjektene som de siste årene har testet ut digital hjemmeoppfølging.

Det er samtidig langt i fra alt som er på plass når denne rapporten skrives, og det vil skje mye knyttet til utviklingen av tjenesten i årene fremover.

Kompleksiteten i tjenesten, alle uavklarte spørsmål og usikkerhet til hvordan for eksempel de teknologiske løsningene eller finansieringsordningene vil utvikle seg de kommende årene, kan virke overveldende for enkelte kommuner som står foran beslutningen om å ta i bruk tjenesten.

For kommuner som vurderer å tilby digital hjemmeoppfølging, mener vi det er viktig å huske at erfaringene har vært at det er lurt å komme i gang med å prøve ut tjenesten, men at man kan begynne nøkternt og med å teste tjenesten i liten skala. Det er vanskelig å på forhånd si hvilken organisering som vil passe i hver kommune, og det er derfor viktig å være forberedt på at ting vil ta tid og at man vil måtte prøve seg fram før man finner tjenestens form. Helsedirektoratet forventes å publisere nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging i løpet av 2022 (Helsedirektoratet, 2021). Kommuner som vurderer å tilby digital hjemmeoppfølging kan bruke disse i sin vurdering av hvordan de skal innrette tjenesten.

## Referanser

Akershus universitetssykehus, 2018. *Utviklingsplan 2035. Akershus universitetssykehus HF. Menneskelig nær - faglig sterk*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2014. *Meld. St. 26. (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. *Norsk Helsenett SF*. [Internett]  
Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/etater-og-virksomheter-under-helse--og-omsorgsdepartementet/tilknyttede-virksomheter/norsk-helsenett-sf/id570925/>  
[Funnet 2021].

Helsedirektoratet, 2016. *Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2020. *Pågående utprøving av velferdsteknologiske løsninger*. [Internett]  
Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/pagaende-utproving-av-velferdsteknologiske-losninger>  
[Funnet februar 2022].

Helsedirektoratet, 2021. *Digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling*, s.l.: s.n.

Helsedirektoratet, 2022. *Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021*, s.l.: s.n.

NFA Faggruppe for samhandling, 2018. *Anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus*, s.l.: s.n.



