



Digital hjemmeoppfølging – erfaring med samhandling og informasjonsdeling

Notat - Utvidelse av utprøvingen av digital hjemmeoppfølging

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; Allmenntidrett, 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 – erfaring med samhandling og informasjonsdeling /nummer

© Oslo Economics, 15. desember 2021

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

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

Foto/illustrasjon: iStock.com/Halfpoint

Innhold

Begrepsliste	4
Sammendrag	5
1. Utvidelse av utprøving av digital hjemmeoppfølging	7
1.1 Bakgrunn	7
1.2 Evalueringsoppdraget	7
1.3 Datagrunnlag og metode	7
1.4 Rapportering	7
2. Agder	8
2.1 Bakgrunn	8
2.2 Tiltak	9
2.3 Implementering	12
3. Bodø	15
3.1 Bakgrunn	15
3.2 Tiltak	16
3.3 Implementering	18
4. Larvik	21
4.1 Bakgrunn	21
4.2 Tiltak	21
4.3 Implementering	24
5. Oslo	27
5.1 Bakgrunn	27
5.2 Tiltak	28
5.3 Implementering	30
6. Ullensaker	33
6.1 Bakgrunn	33
6.2 Tiltak	33
6.3 Implementering	36
7. Oppsummering	39
Referanser	41

Begrepsliste

Begrep	Forklaring
Norsk Helsenett (NHN)	<p>Norsk Helsenett SF skal innenfor rammen av nasjonal IKT-politikk ivareta nasjonale interesser knyttet til drift og utvikling av IKT-infrastruktur i helse- og omsorgssektoren, og legge til rette for og være en pådriver for sikker og kostnadseffektiv elektronisk samhandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Norsk helsenett utvikler, forvalter og drifter nasjonale e-helseløsninger. Dette omfatter løsninger som helsenorge.no, e-resept og kjernejournal (Norsk Helsenett, 2021).</p> <p>Norsk Helsenett samarbeider med prosjektene i Agder, Bodø og Oslo.</p>
Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)	<p>Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er en tjeneste som håndterer dataflyt mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, for eksempel elektroniske pasientjournaler. Målet er å tilrettelegge for utbredelse av velferdsteknologi, slik at det kan bli en naturlig og integrert del av helse- og omsorgstjenestene (Direktoratet for e-helse, 2021).</p> <p>VKP inngår som en komponent i utprøving av informasjonsdeling knyttet til digital hjemmeoppfølging i Oslo og Bodø. I tillegg har Agder også hatt dialog med VKP.</p>
Direktoratet for e-helse	<p>Direktoratet for e-helse skal sørge for nasjonal styring og koordinering i samarbeid med helseforetak, kommuner, fagmiljø og interesseorganisasjoner. Direktoratet skal styrke digitaliseringen i helse- og omsorgssektoren for å understøtte effektive og sammenhengende helse- og omsorgstjenester. Direktoratet har i oppdrag å legge til rette for nasjonal samordning og en helhetlig og forutsigbar e-helseutvikling.</p> <p>Direktoratet for e-helse samarbeider med prosjektet i Oslo.</p>
Kjernejournal	<p>Kjernejournal er en digital løsning for deling av pasientenes helseopplysninger på tvers av virksomheter og nivåer i helsevesenet. I pasientens kjernejournal kan helsepersonell se de samme opplysningene uavhengig av om de jobber som fastlege, på sykehus eller legevakt (Norsk Helsenett, 2021).</p> <p>Bodø og Oslo har tilgang til kjernejournal, og både Agder og Ullensaker vurderer muligheter for integrasjon med kjernejournal slik at digital egenbehandlingsplan kan utarbeides og deles i kjernejournal.</p>
EPJ-system	<p>Elektronisk pasientjournal. I de deltagende prosjektene brukes tre ulike EPJ-systemer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten: Cosdoc, Gerica og Visma Profil.</p>
Den forrige utprøvingen	<p>Med «den forrige utprøvingen» menes utprøvingen av digital hjemmeoppfølging initiert av Helsedirektoratet som ble gjennomført i perioden 2018-2021.</p>
BYOD	<p>Bring Your Own Device. Brukerne kan i noen prosjekter benytte sin egen smarttelefon eller nettbrett i oppfølgingen i stedet for å bruke kommunens utstyr. Brukeren laster ned en app på nettbrettet eller mobilen, og relevant måleutstyr blir koblet opp mot brukerens eget utstyr.</p>

Sammendrag

Digital hjemmeoppfølging er bruk av velferdsteknologi som gjør at pasienter kan følges opp i sine hjem av helse- og omsorgstjenesten. De siste årene har det blitt gjennomført flere utprøvinger av digital hjemmeoppfølging, og disse har bidratt med viktig kunnskap om tjenesten. Samtidig har man gjennom utprøvingene også identifisert et behov for kunnskap om samhandling rundt pasienter som mottar tjenester og oppfølging fra flere deler av helsetjenesten. Helsedirektoratet gjennomfører derfor i 2021 en utprøving som skal bidra til mer kunnskap om samhandling og informasjonsdeling rundt pasienter som får digital hjemmeoppfølging. Dette notatet belyser hvilke utfordringer de ulike prosjektene har identifisert så langt, hvilke tiltak de jobber med og status for implementering høsten 2021.

Helsedirektoratet gjennomfører i 2021 en videre utprøving av digital hjemmeoppfølging. Denne utprøvingen bygger på erfaringene innhentet gjennom to tidligere utprøvinger gjennomført i perioden 2016-2018 og 2018-2021. De tidligere utprøvingene har gitt nyttige erfaringer som vil ligge til grunn for nasjonale anbefalinger. I utprøvingen 2018-2021 erfarte man imidlertid at det var behov for mer kunnskap om hvordan ulike deler av helsetjenesten kan samhandle rundt digital hjemmeoppfølging. Helsedirektoratet besluttet derfor å utvide utprøvingen og utlyste tilskuddsmidler for videre utprøving i 2021. Denne utprøvingen skal gi kunnskap om samhandling mellom kommune, fastlege og helseforetak om felles pasienter som følges opp med digital hjemmeoppfølging.

Fem lokale prosjekter ble tildelt tilskudd til prosjekter knyttet til samhandling og informasjonsdeling i digital hjemmeoppfølging. Disse prosjektene eies av og gjennomføres i Agder, Bodø, Larvik, Oslo og Ullensaker. Alle disse deltok også i utprøvingen som ble gjennomført i 2018-2021. Utprøvingen er avsluttet, og det er nå opp til hvert enkelt prosjekt å avgjøre om og på hvilken måte digital hjemmeoppfølging skal videreføres som en tjeneste i drift. Dette notatet belyser hvilke utfordringer de ulike prosjektene identifiserte gjennom deltakelse i utprøvingen 2018-2021, hvilke tiltak de jobber med og status for implementering høsten 2021. Notatet bygger på informasjon fra prosjektenes tilskuddssøknader og informasjon innhentet gjennom deltakelse i møter og intervjuer med prosjektlederne og andre involverte aktører.

Prosjektet i Agder er et samarbeid mellom alle kommunene i Agder-regionen og Sørlandet sykehus. Prosjektet skal jobbe med tjenesteforløp der sykehuset inkluderer og følger opp pasienter i to til fire uker, før de overføres til oppfølging fra en kommunal enhet. Prosjektet skal også jobbe med teknologisk tilrettelegging for samhandling, utforske muligheter for samhandling med fastlege og videreutvikle organiseringen av digital hjemmeoppfølging i Agder.

Bodø kommune deltar i prosjektet i samarbeid med Nordlandssykehuset. Prosjektet ønsker å teste ut et konsept der sykehuset tidligere melder pasienten som utskrivningsklar til tildelingskontoret, slik at man tidligere kan identifisere pasienten som kandidat til digital hjemmeoppfølging, og derigjennom raskere kunne starte opp tjenesten etter utskrivning. Prosjektet skal også jobbe med å utvikle løsninger for deling av journalinnhold mellom DHO-løsningen og kommunal EPJ.

Larvik kommune deltar i prosjektet i samarbeid med Sykehuset i Vestfold (SiV) og Kysthospitalet. Prosjektet skal teste ut tjenesteforløp initiert av sykehuset og undersøke nytten av klinisk samhandling rundt felles pasienter. Pasientene følges ikke opp fra sykehuset, men vurderes for digital hjemmeoppfølging kort tid etter utskrivning.

Oslo deltar i prosjektet ved Helseetaten og bydel Grünerløkka og bydel Sagene. Prosjektet samarbeider også med Lovisenberg Diakonale Sykehus. Prosjektet skal utforske og teste ut nye teknologiske løsninger for samhandling mellom pasient, kommune, fastlege og sykehus i digital hjemmeoppfølging.

Ullensaker kommune deltar sammen med de øvrige kommunene på Øvre Romerike, og prosjektet samarbeider også med Akershus Universitetssykehus (Ahus). Prosjektet skal jobbe med forsterket utskrivning av pasienter fra Ahus der sykehuset følger opp i inntil fire uker før pasienten vurderes for eventuell videre oppfølging med digital hjemmeoppfølging fra kommunene. Prosjektet skal også jobbe med teknologiutvikling, herunder løsninger for digital egenbehandlingsplan og bruk og integrasjon mot nasjonale e-helse-komponenter.

Prosjektene hadde i den forrige utprøvingen identifisert mange av de samme utfordringene. Mangel på integrasjon mellom systemene som brukes i helsetjenesten skaper dobbeltarbeid og utfordringer for informasjonsdeling. Videre ble det også identifisert som en utfordring å få til helhetlige tjenesteforløp med gode overganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I det utvidede prosjektet er det litt ulikt hvilke av disse utfordringene de har valgt å jobbe med, og de har også valgt ulike innfallsvinkler for å løse utfordringene. Det er flere grunner til dette, men en viktig årsak er at prosjektet skal gjennomføres på kort tid og at det har vært nødvendig for de lokale prosjektene å prioritere hva de vil fokusere på. En annen viktig årsak er forskjeller i lokale forhold hvor prosjektene gjennomføres.

Vår foreløpige vurdering er at tiltakene prosjektene jobber med fremstår som relevante for Helsedirektoratets mål om å få mer kunnskap om samhandling og informasjonsdeling rundt brukere som får digital hjemmeoppfølging. Ulik innretning av prosjektene bidrar til at man vil kunne høste ulike erfaringer, og disse kan komplettere hverandre og gi viktig kunnskap i et nasjonalt perspektiv. Prosjektene hadde ambisiøse planer for hva de skulle rekke i løpet av prosjektperioden, og selv om prosjektene har fått til mye på kort tid, er det også begrenset hvor mye det er mulig å teste ut i løpet av mindre enn et år. Det gjenstår fortsatt et betydelig arbeid knyttet til både teknologiutvikling og å identifisere gode tjenesteforløp der oppfølging med digital hjemmeoppfølging er initiert av spesialisthelsetjenesten, men prosjektene har gjort seg viktige erfaringer med hva som har fungert godt og mindre godt.

Selv om prosjektene i denne utprøvingen har fått til mye på kort tid, er det for tidlig å vurdere måloppnåelse, hvilken relevans erfaringene vil ha for andre kommuner og bærekraft. Sluttrapport for evalueringen leveres i februar 2022, og denne vil belyse disse spørsmålene nærmere.

1. Utvidelse av utprøving av digital hjemmeoppfølging

Helsedirektoratet har prosjektledelsen for utprøving av digital hjemmeoppfølging som gjennomføres i perioden 2018-2021. I 2021 gjennomfører direktoratet en ytterligere utprøving av digital hjemmeoppfølging med fokus på samhandling og informasjonsdeling mellom kommune, fastleger og helseforetak. Begge utprøvingene evalueres av forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Dette notatet beskriver status i den utvidede utprøvingen høsten 2021.

1.1 Bakgrunn

Digital hjemmeoppfølging er bruk av velferdsteknologi som gjør at pasienter kan følges opp i sine hjem av helse- og omsorgstjenesten. Med støtte fra Helsedirektoratet har seks lokale prosjekter prøvd ut digital hjemmeoppfølging av personer med kronisk sykdom. Utprøvingen startet opp i 2018 og varte til juni 2021. 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 skal gi kunnskap om hvordan man kan få til bedre samhandling og informasjonsdeling mellom kommune, fastleger og helseforetak.

Utprøvingen skal 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 tilskuddsmidler til de fem prosjektene som deltok i utprøvingen 2018-2021.

1.2 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 2018-2021.

Evalueringen skal følge arbeidet i prosjektet og belyse prosessene og aktivitetene som gjennomføres i prosjektperioden. Evalueringen skal gi informasjon om hvilke utfordringer prosjektene skal jobbe med og hvilke tiltak de iverksetter, samt belyse implementeringen og gjennomføringen av prosjektet. Videre skal vi i evalueringen vurdere måloppnåelse, relevans og bærekraft for tiltakene som iverksettes i de lokale prosjektene.

1.3 Datagrunnlag og metode

Notatet bygger på informasjon innhentet gjennom intervjuer, deltakelse i møter og workshops og gjennomgang av prosjektsøknader og annen dokumentasjon utarbeidet av prosjektene. Vi har også deltatt på prosjektene 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.

De fleste intervjuene ble gjennomført i september og oktober 2021. Status for prosjektet som er beskrevet i dette notatet reflekterer derfor status på tidspunktet for informasjonsinnhenting. Alle prosjektlederne har fått tilsendt teksten om deres prosjekt for kvalitetssikring.

1.4 Rapportering

Funnene fra evalueringen dokumenteres i dette notatet, samt en sluttrapport som leveres i februar 2021. Dette notatet beskriver bakgrunn for deltakelse i prosjektet for hvert enkelt prosjekt, hvilke tiltak prosjektene jobber med og hvordan implementeringen har gått så langt. I sluttrapporten vil vi beskrive etablerte tjenesteforløp for samhandling, rollefordeling og ansvar, læringspunkter og anbefalinger. Vi vil også beskrive løsninger som har blitt utviklet som del av prosjektet, samt hvordan informasjonsdeling mellom aktørene rundt brukere med digital hjemmeoppfølging foregår.

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 om samhandling, samt hva som gir gode helhetlige pasientforløp og bærekraft, til videre arbeid med digital hjemmeoppfølging.

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 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 2018-2021, 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 rundt brukere som får DHO. Prosjektet har fått navnet 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 skal kunne følges opp med digital hjemmeoppfølging ute i helsetjenesten i kommunen, 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 aktørenes samhandling, hva som kan regnes som gode og helhetlige pasientforløp, samt hvordan man kan sikre en bærekraftig tjeneste.

Aktørenes utgangspunkt

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

Farsund kommune har jobbet med digital hjemmeoppfølging siden 2014, og har etablert en telemedisinsk sentral. I 2021 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. 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.

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 distriktpsikiatriske sentre, avtalespesialister og

poliklinikker flere andre steder i Agder. Sørlandet sykehus har en lang historie innenfor digital hjemmeoppfølging, og det har blitt gjennomført flere piloter ved sykehuset de siste årene. Det har blitt etablert tilbud til både covid-19 pasienter og nyfødte barn og mødre ved nyfødt intensivt parallelt med NVP DHO Agder 2.0. Det har blitt arrangert flere samarbeidsmøter, hvor spesialisthelsetjenesten har hatt en viktig rolle i utvikling av algoritmer for oppfølging og definere referanseverdier for målinger. Dette i 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.


2.2 Tiltak

Prosjektet består av fem parallelle arbeidspakker:

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 DHO 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 DHO.
- 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 DHO 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 har i løpet av 2021 pilotert og etablert en egen rolle som kolskoordinator. Kolskoordinator skal benytte DHO som et verktøy i oppfølging av pasienter etter utskrivning, eller for oppfølging av pasienter som har hatt mange innleggelses 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. Det er prosjektet som i piloteringen har bidratt med utstyr, enten i form av utsyr bestilt fra Siemens eller i form av Bring Your Own Device (BYOD) og SaO2 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 vil Agder ha tett kontakt med prosjektet i Ullensaker, spesielt om deres utprøving av tjenesteforløp med forsterket utskrivning fra lungemedisinsk avdeling på Ahus. Prosjektet vil også vurdere om kjernejournal og/eller velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) kan brukes ved samhandling om f.eks. egenbehandlingsplan.

Arbeidspakke 2: Teknologisk tilrettelegging for samhandling

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

En viktig del av prosjektet omhandler å jobbe med Siemens Healthineers om 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 skal det jobbes 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 skal derfor også vurdere behov og mulighet for å utvikle/pilotere en løsning for API mot fastlegens journalsystem.

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

Arbeidspakke 3: Samhandling med fastlege og fastlegeinvolvering

Arbeidspakke 3 skal øke kunnskapsgrunnlaget om fastlegens behov innenfor digital hjemmeoppfølging. Agder opplevde, i likhet med andre prosjekter, utfordringer med å involvere fastlegene i

utprøvingen 2018-2021. 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. Det er også et mål å se på hvilke pasientgrupper som fastlegen selv kan følge opp digitalt uten involvering av kommunehelsetjenesten. Det er også behov for avklaringer knyttet til ansvarsfordeling mellom ulike forvaltningsnivåer med tanke på hvilke pasienter som skal følges opp hvor.

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 DHO 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 hjemmemoppfølging 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.

Agder som ønsker å prøve ut digital hjemmeoppfølging. 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 skal reise ut på besøk til kommuner i Agder for å

informere om tjenesten og at digital hjemmeoppfølging nå vil gå over i ordinær drift. Formålet med besøkene vil være å oppfordre kommuner til å ta i bruk digital hjemmeoppfølging. Kommunene som ønsker å ta DHO 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 (for eksempel hjemmetjenesten) 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 få på plass 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 gevinstoppfølgning 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.

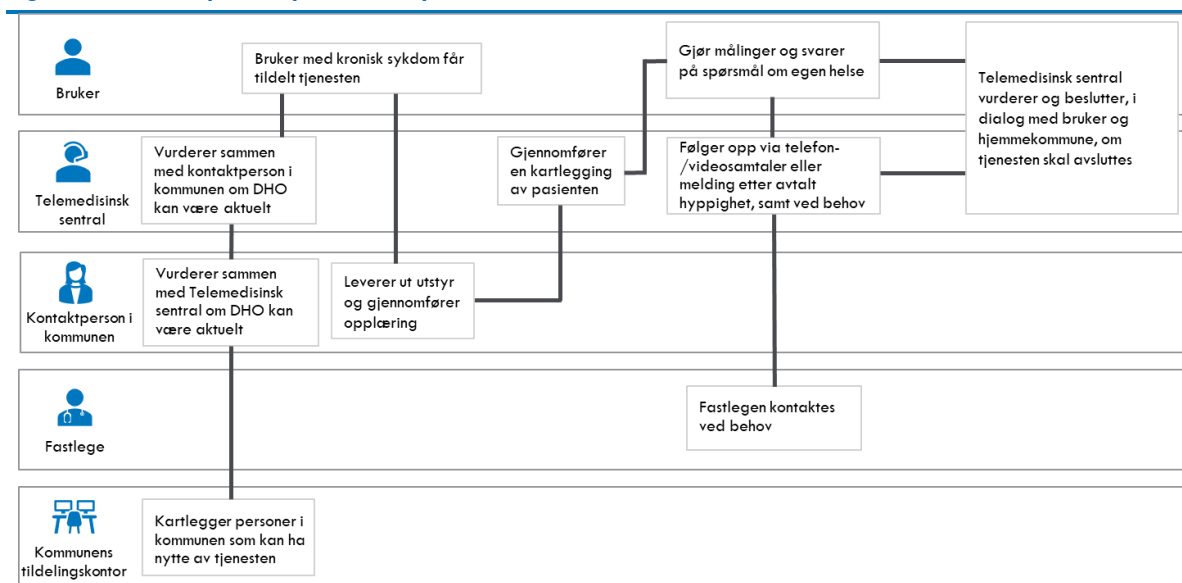
Dersom en kommune velger å benytte seg av oppfølging via telemedisinsk sentral, vil tildelingskontoret i kommunen, etter å ha identifisert en relevant pasient, ha muligheten til å diskutere denne pasienten med ansatte på telemedisinsk sentral. Det gjøres deretter en vurdering av pasientens behov i for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

I de tilfellene der det bestemmes at 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 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. Figuren illustrerer også oppgavefordelingen mellom kommunene og telemedisinsk sentral.

Figur 2-3: Illustrasjon av tjenesteforløp



Illustrasjon: Oslo Economics.

En utfordring er 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 ring 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.

2.3 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 (scrum) 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 alltid 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 «onbarding».** 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 helsetjenesten i kommunen.

Et annet tiltak som er gjennomført er å **utarbeide opplæringsmateriell**, samt å tilgjengeliggjøre dette digitalt (via Teams) for alle kontaktpersoner i kommuner med samarbeidsavtale, i tillegg til alle digitale oppfølgere (de i direkte pasientkontakt). I Teamsgruppen kan kommunene også dele erfaringer sporadisk for å samskape tjenesten i fellesskap.

Arbeid med arbeidspakke 1-5

Per november 2021 har Agder kommet godt i gang med alle arbeidspakkene. Agder fikk tildelt mindre midler enn de søkte om fra Helsedirektoratet. Dette har ført til noen mindre endringer, men prosjektet har likevel stort sett gått som planlagt.

Arbeidet med Arbeidspakke 1 – samhandling mellom kommuner og sykehus – har stort sett forløpt uten store problemer. De har i prosjektet lyktes med å rekruttere flere brukere via kolskoordinator ved Sørlandet sykehus, og jobbet med å få til gode overføringer til oppfølging i kommunene. En utfordring i arbeidet med Arbeidspakke 1 har vært at denne arbeidspakken til dels har vært avhengig av god fremdrift i arbeidet med å få på plass samarbeidsavtaler mellom kommunene. I de tilfellene hvor brukere som rekrutteres på sykehusene skal overføres til kommuner som prosjektet ikke har opprettet en samarbeidsavtale med, kan det oppstå problemer. Hvis prosjektet ikke lykkes med å opprette en samarbeidsavtale med kommunen, må disse pasientene avsluttes. 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 prosjektet hatt stort fokus på tjenesteforløp med varige løsninger som kan overføres til drift. Her har forvaltning av tjenesten vært en av utfordringene i forløpet. Kun hjemkommunen til pasienten kan beslutte å tildele pasienten tjenester gitt fra kommunen. Derfor er en tett dialog mellom kommuner og sykehus ved overgang mellom forvaltningsnivåene viktig for å sikre en smidig overgang og opplevelse av sømløst forløp for pasienten.

Prosjektet har også gjennom samarbeid med InnoMed gjennomført et arbeid med å kartlegge mulige takster for digital hjemmeoppfølging. 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.

Prosjektet har enn så lenge ikke kommet så langt i arbeidet med å etablere digital hjemmeoppfølging på andre sykehus i Agder, men det jobbes per november 2021 med å se på en mulig løsning for telesårbehandling ved Kristiansand sykehus. Agder vurderer at erfaringene som er gjort gjennom prosjektet vil ha nytteverdi for vurdering og oppstart av nye forløp initiert av spesialisthelsetjenesten.

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 har stort sett gått som planlagt, men **det gjenstår fortsatt å få til en integrasjon mellom den teknologiske løsningen og de tre ulike journal-systemene som brukes i kommunene.** Per november 2021 er det gjennomført kartlegging av mulige løsningsalternativ og gjennomført dialog med både norsk helsenett og VKP, samt andre prosjekt i NVP med tilsvarende mål.

Arbeidet med Arbeidspakke 3 – samhandling med fastlege og fastlege involvering – har delvis vært utfordrende. Prosjektet opplever at det fortsatt er utfordrende å få med fastlegene, men har likevel fått med to fastleger som har sagt seg villig til å pilotere digital hjemmeoppfølging. Målet for prosjektet var å kartlegge behovet for digital hjemmeoppfølging hos fastlegen og sette i gang en pilotering som kunne gi fastlegene måledata for bredere beslutningsgrunnlag i videre oppfølging og behandling av pasienter. Fastlegene skulle rekruttere fem brukere hver, men av ulike grunner ble det kun inkludert to brukere per fastlege. Dette kommer av at mange av pasientene fastlegene har foreslått enten ikke har ønsket å delta, at det ikke har vært mulig for prosjektet å komme i kontakt med disse eller at pasientene har opplevd tjenesten som litt for «voldsom». Det har også tatt lenger tid å komme i gang med denne piloteringen enn planlagt, noe som også har hindret en bredere utprøving. Dette gjør det utfordrende å høste de erfaringene man hadde sett for seg ved starten av prosjektet. Håper er likevel at erfaringene som innhentes fra piloteringen kan synliggjøre om og i hvilken grad det er behov for videre utprøving av DHO ved et ordinært fastlegekontor.

Arbeidet med Arbeidspakke 4 – digital hjemmeoppfølging ute i helsetjenesten i kommunen – har stort sett forløpt uten store problemer. I løpet

av høsten har ansatte fra prosjektet reist ut til og hatt møter med flere kommuner i Agder for å informere om digital hjemmeoppfølging og om hvordan kommunene kan ta dette inn som en del av sin helsetjeneste. Det har i forbindelse med dette blitt utarbeidet opplæringspakker for ulike måter å inkludere digital hjemmeoppfølging i drift. Inntrykket er at kommunene er positive og interesserte, og så langt har prosjektet lyktes med å få til samarbeidsavtaler med 20 av 25 kommuner i Agder. Per november 2021 gjenstår det fortsatt å få på plass en avtale med gjenstående kommuner.

I arbeidspakke 4 har prosjektet lyktes med å implementere DHO som en del av helsetjenesten i kommunene. Det er imidlertid også kartlagt enkelte behov som man vil jobbe med videre. Per november 2021 pågår intervju med 10 brukere som har fått oppfølging ute i helsetjenesten. Informasjonen fra disse intervjuene vil brukes som en evaluering og til justering av forløpet.

En generell utfordring i prosjektet har vært at sommerferien i større grad en planlagt har forsinket fremdriften. Prosjektet i Agder innebærer involvering av en lang rekke aktører, og ulik ferieavvikling har ført til utsettelse i mange av prosjektene. Dette har særlig påvirket arbeidet med Arbeidspakke 3. Agder ligger likevel an til å fullføre de planlagte aktivitetene i alle arbeidspakkene. Forsinkelsen vil derfor i størst grad påvirke den planlagte evalueringen av de ulike

arbeidspakkene. I tillegg har pandemien, arbeid med vaksinerings, smittesporing ved utbrudd og andre arbeidsoppgaver forsinket arbeidet noe.

Økonomi

Prosjektet søkte om 6,06 millioner kroner i tilskuddsmidler og fikk tildelt 3,8 millioner kroner. Det omsøkt 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 konsulenttjenester, samt ressurser til å kompensere fastleger og brukerrepresentanter.

Foreløpig vurdering av implementering i Agder

Vår vurdering er at aktørene i prosjektet hadde et godt utgangspunkt før oppstart av prosjektet, og at de har fått til mye arbeid på kort tid. 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. 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.

3. Bodø

Prosjektet i Bodø er et samarbeid mellom Bodø kommune, Nordlandssykehuset og fastleger i kommunen, og bygger videre på erfaringer fra prosjektet «Smart Helse – digital hjemmeoppfølging 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 2018-2021

Bodø kommune med samarbeidspartnere deltok i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging i 2018-2021. 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 de ulike delene av helsetjenesten. Nordlandssykehuset var en samarbeidspartner allerede i utprøvingen i 2018-2021; 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.

Videre er det behov for å forbedre samhandlingen om pasienter med kroniske sykdommer i forbindelse med pasientoverganger mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. 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 over, noe som fører til at kommunen må etterspørre og innhente den

manglende informasjonen. Dette er svært tidskrevende både for tildelingskontoret og for sykepleierne på sykehuset. Ved manglende informasjon må kommunen gjøre egne kartlegginger av pasienten etter utskriving.

Dialogen rundt en bruker kan gå over flere dager, hvilket fører til at man ikke får forberedt de kommunale tjenestene godt nok ved utskriving. Hvis det i kommunen fattes vedtak om digital hjemmeoppfølging for pasienten kan det ta flere dager etter utskriving før pasienten får tildelt digital hjemmeoppfølging, hvilket videre kan føre til at forverringene som oppstår like etter utskriving ikke oppdages. Denne problematikken forverres av at digital hjemmeoppfølging er en dagtjeneste som gis i ukedagene – hvis en bruker blir utskrevet fredag er det krevende å få avsatt tid til opplæring og oppstart før helgen.

Det har også kommet frem at man ikke har god oversikt over hva som skjer når man sender fra seg informasjon om en pasient til andre deler av helsetjenesten, siden ulike deler av helsetjenesten opererer med ulike datasystemer. For eksempel når sykehuset sender PLO-melding til kommunen, fjernes brukerens telefonnummer, noe som medfører merarbeid for kommunen for å komme i kontakt med brukeren.

Behov for bedre dataflyt mellom digital hjemmeoppfølging og kommunal EPJ utpeker seg som en annen sentral motivasjon for prosjektet. Digital hjemmeoppfølging genererer mye informasjon, blant annet når bruker registrerer målinger og svarer på spørreskjemaer. Per i dag 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 digital hjemmeoppfølgings-systemet og EPJ-systemet, for å kunne automatisere overføring av journalverdig innhold.

Aktørens utgangspunkt

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Bodø kommune, Nordlandssykehuset, fastleger i kommunen, representert ved en fastlege med stilling i prosjektet, 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 går 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 2018-2021.

Det er om lag 51 fastleger i Bodø kommune og nesten alle har erfaring med digital hjemmeoppfølging fra den første utprøvingen eller etter Digital hjemmeoppfølging har hatt oppfølging av brukere med Covid-19. Det generelle inntrykket er at fastlegene har blitt mer positivt innstilte til DHO 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 ivaretatt i de nye løsningene.** Også andre fastleger bidrar 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.

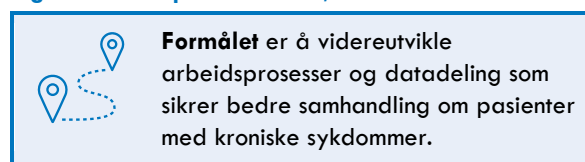
Direktoratet for e-helse er involvert i prosjektet gjennom arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP). VKP håndterer dataflyt mellom velferdsteknologiske løsninger og andre e-helsesystemer, som elektroniske pasientjournaler (EPJ). Bodø kommune har fra før etablert VKP til flere velferdsteknologiske 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, Norsk Helsenett (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



Resultatmål

I sin prosjektsøknad til HelseDirektoratet 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 HelseDirektoratet har Bodø beskrevet 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 utskrivning.** Per i dag kan oppfølging med digital hjemmeoppfølging initieres både på sykehuset og i kommunen, men man kan ikke 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.

En annen viktig del av arbeidet med forsterket utskrivning, handler om 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 hjemmetjenester 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 kommunen sitt 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 DHO i Bodø kommune) i mange tilfeller gjennomføre en tredje kartlegging av brukeren, for å tilpasse oppfølgingen til brukerens behov. Dette innebærer at det kan ta en til to uker etter utskrivning før en pasient er ferdig opplært i systemet og mottar digital hjemmeoppfølging. For å bøte på dette hender det 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 DHO ikke avdekkes.

I dette prosjektet vil man derfor jobbe med å forbedre utskrivningsprosessen gjennom å kartlegge arbeidsprosesser og etablere nye rutiner som skal bedre informasjonsflyten og skape bedre og raskere pasientoverganger. 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 utskrivning.

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

¹ 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

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.¹ 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 utskrivning 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.

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 DHO-løsning 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 fritekst-oppsummering 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 digital hjemmeoppfølgings-systemet til lab-modulen i EPJ-systemet.**

Et tredje punkt, herunder muligheter for å hente ut pasientinfo fra EPJ og inn i DHO-løsning, er nevnt i Bodø sin prosjektsøknad til Helsedirektoratet. Dette punktet har imidlertid blitt nedprioritert for å sikre at

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

leverandørene har nok ressurser til å fokusere på de to første punktene.

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

I prosjektsøknaden fremgår det at det er et mål for prosjektet 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 Bodø kommune skal være pilotkommune. Det er derfor avklart med Helsedirektoratet at arbeid med digital egenbehandlingsplan ikke vil prioriteres innenfor rammene for dette prosjektet.

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 tildelingskontoret (i 50 prosent stilling), 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 (frikjøpt i 80 prosent stilling) 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 Helsedirektoratet 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 DHO 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).

Arbeid med forsterket utskriving

I arbeidet med forsterket utskriving jobber man sammen med avdeling for lunge og hematologi ved sykehuset. En sykepleier ved avdelingen og en saksbehandler fra tildelingskontoret i kommunen samarbeider tett i prosjektet.

Det har tatt noe tid å komme i gang med prosjektarbeidet, blant annet siden det har blitt viet mye tid til å avklare målsetninger og forventinger til prosjektet. Selv om det fortsatt er en ambisjon om å prøve ut DHO-forløp som initieres på sykehuset, er det ikke lenger et hovedmål for dette prosjektet. Isteden er fokuset nå å styrke samhandling mellom sykehus og tildelingskontor, i forbindelse med utskriving gjennom bedre dataflyt og samkjøring av kartleggingsprosesser.

Man har oppdaget at mye av kartleggingsarbeidet som gjøres i kommunen også gjøres på sykehuset, men at informasjonen som samles inn på sykehuset ikke blir delt med kommunen ved utskriving, hvilket resulterer i dobbeltarbeid. Erfaringen er også 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. For å bedre informasjonsflyten har det blitt utviklet sjekklister 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.

Per oktober 2021 har det blitt identifisert noen brukere man i prosjektet vil plukke ut og jobbe med for å se om man kan komme i gang med DHO raskere enn før. Når denne rapporten skrives, er pasientene imidlertid ikke skrevet ut enda. Det er derfor for tidlig å si om prosjektet vil lykkes med dette.

Arbeid med dataflyt

Arbeidet med dataflyt handler som nevnt om å **få til automatisk overføring av opplysninger fra Tellu til EPJ-systemet i kommunen**. Bodø kommune har fra før etablert velferdsteknologisk knutepunkt (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. Prosjektet har allerede kommet langt i arbeidet med denne fasen. Bodø er ferdige med sin del av arbeidet, og venter nå på at Tellu og VKP-teamet skal gjøre ferdig sine deler av arbeidet.

Fase 2 går ut på å overføre alle målinger fra Tellu til EPJ-systemets sin lab-modul. Man venter per oktober 2021 på at EPJ-leverandøren skal gjøre API-er for denne løsningen.

Forhåpningen er at begge fasene skal ferdigstilles innen årsskiftet, men fremdriften avhenger av kapasitet hos utviklerne hos EPJ-leverandør, i VKP-teamet og hos Tellu.

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 konsulenttenester 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.

Foreløpig vurdering av implementering

Som mange av de andre kommunene som søkte om tilskudd til å jobbe videre med samhandling knyttet til DHO, fikk ikke Bodø tildelt hele det omsøkte beløpet fra Helsedirektoratet. 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.

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 kartlegging av kartleggingsrutiner på sykehus og i kommunen, samt informasjonsflyt i forbindelse med pasient-**overganger****. Formålet er å få til raskere og tryggere pasientoverganger, og at DHO forløpet i kommunen kan startes opp raskere enn hva som tidligere har vært tilfelle. Prosjektet ønsker å teste ut et konsept der sykehuset tidligere melder pasienten som utskrivningsklar til tildelingskontoret, slik at man tidligere kan identifisere brukeren som kandidat til digital hjemmeoppfølging. Man ønsker da at sykehuset informerer om tjenesten og avtaler møte med digital hjemmeoppfølging ved hjemkomst, da man ser at dette er noe som er tidskrevende i dag.

En annen 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).

Sett i lys av rammene for prosjektet, erfaringene i Ullensaker, og gevinstene som prosjektet forespeiler, fremstår innretningen av arbeidspakken som fornuftig. Det er identifisert en reell utfordring i samhandlingen knyttet til DHO, som samtidig kan la seg løses innenfor rammene for prosjektet. Dette i kontrast til mer omfattende utprøving av nye tjenesteforløp som vil kreve mer utprøving over tid og som dessuten er 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 fremstår nå som at prosjektet har kommet godt i gang. Det har blitt utviklet maler for kartlegging og utfylling av PLO-melding, som skal sikre informasjonsflyten mellom sykehus og kommune, og man skal begynne å teste ut dette på brukere siste uken i oktober. Prosjektet vil dermed rekke å få erfaringer med det nye oppsettet før prosjektperiodens slutt.

Prosjektet har også kommet godt i gang med arbeidet knyttet til samhandling gjennom datadeling. Det fremstår som at erfaringene med utprøving av DHO i

2018-2021 har ført til at kommunen har en god forståelse av sine behov for overføring av data fra DHO-løsningen til journalsystemet. Det etablerte samarbeidet med Tellu, og det at kommunen allerede har tatt i bruk VPK, gjorde at arbeidet med denne pakken kunne komme raskt i gang. Likevel ble det også her gjort noen justeringer i forhold til opprinnelig prosjektplan. Som tidligere beskrevet, valgte man ikke å fokusere på videreutvikling av digital egenbehandlingsplan i dette prosjektet, siden det er fokus i et separat prosjekt. Man har i prosjektet også valgt å nedprioritere arbeidet med å jobbe med overføring av pasientopplysninger fra EPJ til DHO-løsningen. Prosjektleder oppgir at en viktig grunn til dette var å sikre nok kapasitet hos systemleverandørene til å utvikle APler til de viktigste løsningene. Prioriteringen framstår som fornuftig da

man i utprøvingen av DHO har brukt mye tid på manuell overføring av opplysninger til EPJ, hvilket må sies å være ineffektiv ressursbruk i en sektor hvor det er knapphet om ressursene.

Per oktober 2021 er hverken modulen for overføring av journaltekst eller labresultater til EPJ tatt i bruk, men det fremstår som at arbeidet er i rute, og at løsningene skal kunne tas i bruk innen forholdsvis kort tid. Bodø kommune er klare med sin del av forarbeidet, og venter nå på at leverandørene skal gjøre klart de teknologiske løsningene. Det fremstår derfor som at den største hindringen er kapasitet hos disse. 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.

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 digital hjemmeoppfølging i 2018-2021 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 rekruttere pasienter fra 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, Dignio og en fastlege ansatt i en deltidstilling i prosjektet.

Larvik kommune deltok i den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging, og prosjektlederen i den nye utprøvingen er den samme som i forrige utprøving. 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 velferdsteknologisk knutepunkt, men begge kommunene har Dignio som teknologileverandør og planlegger å samkjøre integrasjonsprosesser mot velferdsteknologisk knutepunkt.

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 den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging, 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 den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging 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

Fokus i prosjektet er å videreutvikle og forbedre den kliniske samhandlingen ved digital hjemmeoppfølging. Som del av prosjektet skal man teste 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 forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging.

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 rekrutteres både fra sengepost og poliklinikk, mens rehabiliteringspasientene rekrutteres i forbindelse med at de har vært innlagt.

Tjenesteforløp med forsterket utskrivning

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

På Sykehuset i Vestfold er det frikjøpt to sykepleiere på henholdsvis hjerte- og lungeavdelingen. De har et hovedansvar for å rekruttere pasienter til prosjektet, men også andre sykepleiere på avdelingene kan rekruttere. 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

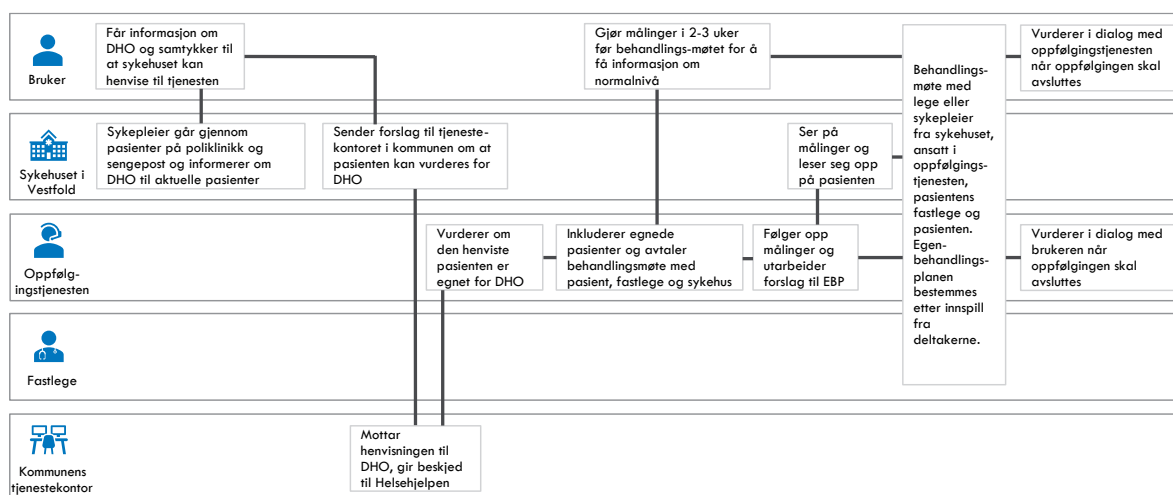
behovet, sendes det en kortere henvendelse med informasjon om at digital hjemmeoppfølging kan være et alternativ. Sykehuset er nøye på å ikke love pasientene at de vil få digital hjemmeoppfølging, og at det er kommunens beslutning.

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 Prevent² 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 rekruttere dem til forsøket. Tanken med å rekruttere 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 rekrutteres 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 derfor til Helsehjelpen og informerer om at pasienten er foreslått for digital hjemmeoppfølging.

² Dignio Prevent er helsepersonellens verktøy for å følge med på resultatene som brukerne sender inn.

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, hvor de er 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 rekrutteres 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 den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging.

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 den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging 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 skal jobbe 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 hjemmetjenesten. 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 den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging har opparbeidet god forankring hos kommunens fastleger. En av kommunens fastleger var ansatt i en deltidstilling 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 den forrige utprøvingen, og noen av de ansatte i oppfølgings-tjenesten 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 prosjektkoordinator internt på sykehuset som har god kjennskap til digital hjemmeoppfølging fra den forrige utprøvingen. 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 klinikkisjef for fysikalsk medisin og rehabilitering i styringsgruppen.

Arbeid med etablering av pasientforløp og informasjonsdeling

Mangel på gode kommunikasjonskanaler oppleves som en utfordring i prosjektet. Prosjektmedlemmene beskriver at det er behov for bedre integrasjon i journalsystemene og enklere kommunikasjon mellom sykehus og kommune.

Det har 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.

De ansatte på sykehuset har ikke mulighet til å sende PLO-melding direkte til Helsehjelpen. På Kysthospitalet har de løst dette ved at en ansatt derfra ringer til Helsehjelpen når en pasient er rekruttert til digital hjemmeoppfølging, og informasjon på PLO-meldinger går via tildelingskontoret i kommunen. Tildelingskontoret vurderer ikke pasientene, men henviser til Helsehjelpen for vurdering.

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.

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 rekruttere 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 helt perfekt inn i opplegget, men uten at det var helt tydelig hva opplegget var. Ettersom det viste seg å være vanskelig å rekruttere 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. Status i oktober 2021 var at om lag halvparten av de som blir 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), forbruksmaterieell (inkludert kontortjenester, lokaler og energi) og praksiskompensasjon til fastlege. Det var også oppført at prosjektet ville ha 300 000 kroner i egenfinansiering.

Foreløpig vurdering 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 når glir lettere, og at man har fått på plass en bedre struktur og system.

Prosjektmedlemmene vi har intervjuet har fremhevet at det fremdeles er mange uavklarte spørsmål, herunder for eksempel 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. Dette er spørsmål som prosjektet kan bidra til å svare ut.

5. Oslo

Prosjektet i Oslo er et samarbeid mellom Helseetaten i Oslo, bydelene Grünerløkka og Sagene, Lovisenberg diakonale sykehus og Dignio. Prosjektet er ledet av en prosjektleder fra Helseetaten, i tillegg til at hver av bydelene og sykehuset har egne prosjektledere. Norsk Helsenett (NHN) er involvert i prosjektet gjennom arbeidet med Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP), og Direktoratet for e-helse er også med som samarbeidspartner. Prosjektet er et digitaliseringsprosjekt med fokus på tjenesteutvikling.

5.1 Bakgrunn

Oslo kommune deltok i utprøvingen av digital hjemmoppfølging i 2018-2021 med bydelen 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 og Lovisenberg sykehus.

Hvilke utfordringer skal prosjektet løse?

I den første utprøvingen av digital hjemmoppfølging ble det identifisert et behov for å forbedre informasjons- og dataflyten mellom den teknologiske løsningen for digital hjemmoppfølging (Dignio) og kommunens journalsystem (Gerica). 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 fokus på både intern og ekstern samhandling, skal prosjektet bidra til å dekke behovet for informasjon ved oppstart av tjenesten, samt underveis i oppfølgingen.

Aktørenes utgangspunkt

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 den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging, og sammen med bydel Gamle Oslo, bydel St. Hanshaugen og Lovisenberg sykehus har de hatt et samarbeid kalt «Velferdsteknologi i sentrum». 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 forrige utprøvingen 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 Helse-direktoratet 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 dette prosjektet deltar Lovisenberg 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 rekruttere 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 bydelene i Oslo mulighet til å foreta avrop på avtalen. Fra den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging er det etablert et samarbeid knyttet til utvikling av både programvare og produkt som er tilpasset både pasientenes og oppfølgingstjenestens behov. Underveis i det forrige prosjektet har Helseetaten overtatt ansvaret for programvaren.

Oslo kommune er koblet opp på **velferdsteknologisk knutepunkt (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. **Norsk Helsenett (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 Prevent³
2. Journalføring av oppfølgingsnotater innen DHO 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.⁴

Ekstern samhandling

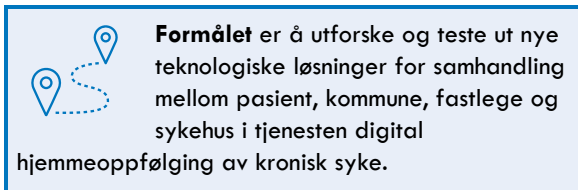
5. Måleverdier er tilgjengelige for innsyn for alle typer behandlere i oppfølging av bruker.
6. Svar på spørreskjema er tilgjengelig for innsyn for alle typer behandlere i oppfølging av bruker.
7. Sykehus og fastleger får digital tilgang til egenbehandlingsplan (EBP), både for å lese og for å kunne redigere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

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

⁴ Oslo kommune har bestilt og finansiert API-utvikling fra Tieto (Gerica) for å få journalført måledata i labmodul.

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 epostadresse 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 Gericca 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..

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. 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

journalssystem. Dette omfatter også mulighet til å laste inne måleverdier i kurveformat i eget journalføringssystem 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.

Pasientene som inkluderes i utprøvingen vil hovedsakelig ha diabetes- eller kolsdiagnoser.

Prosjektet ønsker samtidig å holde dette 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 styringsgruppen. 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 interessentmøte. 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 journalssystemer, andre kommuner som har deltatt i den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging, 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 den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging 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.

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 nullpunktsmålinger 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 Gericca 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. I tillegg vil arbeidspakken kreve noe utvikling fra

Dignio sin side, og det er planlagt at arbeidet skal starte i slutten av november.

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 ser 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 den involverte legen 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.

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 knyttet leveransepakke 7 om å gi sykehus og fastleger digital tilgang til egenbehandlingsplan. Prosjektet følger med på det nasjonale prosjektet som handler om digital egenbehandlingsplan. 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 leveransepakken knyttet til ekstern samhandling har virksomhetsarkitektene fra NHN laget et grovutkast 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. Det gjenstår med andre ord fortsatt arbeid før løsningen er klar for bruk, og prosjektet har dialog med EPJ-leverandørene om hvilke tilpasninger som er nødvendige i deres systemer. 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 vil mest sannsynlig bli flyttet til tidlig 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.

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 et stort fokus på å rekruttere brukere. I bydelene rekrutteres 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 konsulent tjenester 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.

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.

Foreløpig vurdering av implementering

Prosjektet i Oslo innebærer involvering av en lang rekke aktører, men alle de involverte aktørene hadde i varierende grad kjennskap til digital hjemmeoppfølging fra tidligere arbeid eller prosjekter. **Prosjektet 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.

I tilskuddssøknaden er primærhelseteamet ved Sagene lokalmedisinske senter nevnt som en samarbeidspartner, men det fremstår som dette samarbeidet er lite sentralt i prosjektet. Det samme gjelder samarbeidet med andre fastleger i kommunen. Ettersom digital hjemmeoppfølging er en tjeneste i drift i Sagene og på Grünerløkka, kan fastlegene være involvert i tjenesten ved å foreslå og følge opp brukere til tjenesten, men dette skjer uavhengig av dette prosjektet. Fra den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging 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 ikke som et problem at fastlegene ikke er koblet tettere på.

For fremdriften til arbeidet med noen av leveransepakken har det vært en utfordring at leverandørene av de teknologiske løsningene har hatt begrenset med kapasitet til å prioritere prosjektet. Det virker likevel ikke som prosjektet i sin helhet har blitt betydelig forsinket av dette, og at arbeidet med leveransepakken i hovedsak har gått som planlagt.

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 integrasjon av digital egenbehandlingsplan.

6.1 Bakgrunn

Deltakelse i utprøvingen 2018-2021

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.

Ahus står i årene som kommer overfor kapasitetsutfordringer som følge av økning i antall i 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.

I intervjuene med oppfølgningstjenesten og sykehuset ble det trukket frem som en utfordring 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.

Aktørenes utgangspunkt

Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom seks kommuner på Øvre Romerike (Ullensaker, Gjerdrum, Nes, Eidsvoll, Hurdal og Nannestad), Ahus, 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 prosjektdeltakelsen 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 30 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 MILA1, 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 utskriving** fra lungemedisinsk avdeling på Ahus og **kartlegging og utvikling av integrasjon av**

digital egenbehandlingsplan. Formålet med piloten er å finne ut hvordan man best kan tilrettelegge for klinisk samhandling i praksis gjennom bruk av DHO.

Figur 6-1: Prosjektets formål, Ullensaker



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

Digital hjemmeoppfølging skal styrke utskrivelsesprosessen fra lungemedisinsk avdeling ved at pasientene får et verktøy til å håndtere sykdom og redusere antall akutte innleggelser eller reinnleggelser.

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: Prosjektets resultatmål, Ullensaker

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

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 EQ-5D og CAT-skjema. EQ-5D er et validert skjema for å måle

helserelatert livskvalitet, mens CAT er et validert livskvalitetsskjema for personer med kols. Pasientene fyller ut disse skjemaene ved utskrivelse fra sykehus, samt ved avslutning av oppfølgingen fra sykehuset. Formålet er å kunne se 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 DHO
- Helsepersonellrapportert brukertilfredshet med DHO
- Helsepersonellrapportert tilfredshet i et samhandlingsperspektiv
- Forbruk av hjemmesykepleie, opphold på KAD og korttidsopphold i kommunene

Organisering i 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, men 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 Ullensaker og Gjerdrum. Denne oppfølgingstjenesten er videreført og følger opp brukere fra alle kommunene som deltar i MILA2. Det er ansatt to sykepleiere i oppfølgingstjenesten, og dette er de samme personene som har jobbet med oppfølgingen av brukere i MILA. En av sykepleierne har videreutdanning innen lungesykepleie. 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.

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 burde 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 utskriving 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

Tjenesteforløp med forsterket utskriving

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 utskriving.** I denne fasen er det ambuleringe lungeteamet på sykehuset som følger opp pasienten. **I den andre fasen følger pasienten opp av oppfølgingstjenesten i Ullensaker kommune.** Denne fasen varer så lenge pasienten har nytte av oppfølgingen.

Fase 1: Innleggelse og fire uker etter utskriving

En av sykepleierne ved ambuleringe 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.

Det blir utarbeidet en digital egenbehandlingsplan mens pasienten er på sykehuset, og denne lages i samarbeid mellom pasienten, ambuleringe lungeteam og en lungelege på sengepost. Egenbehandlings-

planen har tre dimensjoner: legemidler, aktivitet og kosthold. For legemidler kan det for eksempel være informasjon om når pasienten bør starte en antibiotikakur, for aktivitet kan det være forslag til øvelser og fysisk aktivitet, og for kosthold kan det være anbefalinger om for eksempel energidrikk eller restriksjoner på noen typer mat. Ambulerende lungeteam avtaler også med pasienten hvor ofte pasienten skal følges opp den første perioden etter utskriving.

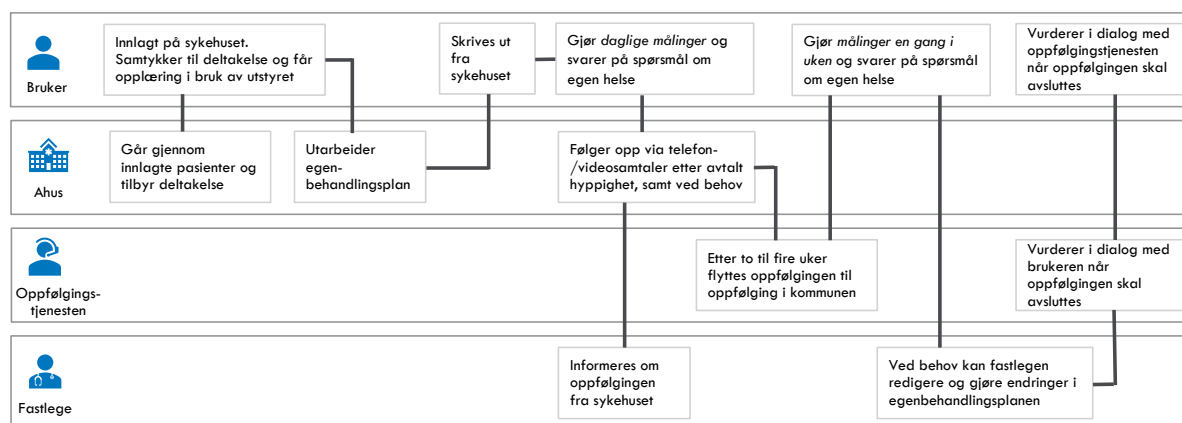
Etter at pasienten er skrevet ut, gjennomfører pasienten målinger og svarer på spørsmål om egen helse på nettbrett eller smarttelefon. Ambulerende lungeteam følger opp pasienten etter avtalt hyppighet, samt ved behov. Oppfølgingen er i hovedsak samtaler på telefon eller video, eller meldingsfunksjonen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

Sykehuset følger opp pasientene i inntil fire uker etter utskriving. Ansvar 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 ambuleringe 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 og oppdaterer ved behov.

Fase 2: Etter fire uker etter utskriving

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 går foreløpig ikke an å sende PLO-melding med egenbehandlingsplanen som et vedlegg. Dette jobbes det med å få til, men leveransen er forsinket. Dersom det skal gjøres endringer i egenbehandlingsplanen, er det de ansatte i oppfølgingstjenesten som gjør dette i dialog med fastlegen.

Figur 6-4: Illustrasjon av tjenesteforløpet på Øvre Romerike



Illustrasjon: Oslo Economics

En utfordring i prosjektet er at **samhandlings-plattformene som brukes i kommunen og på sykehuset ikke fungerer tilstrekkelig godt**. Dette fører til ekstraarbeid fordi data må legges til 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 velferdsteknologisk knutepunkt, kjernejournal og helsenorge.no.
- Videreutvikle plattformen for digital hjemmeoppfølging

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

6.3 Implementering

Prosjektorganisering og arbeidsform

Det var planlagt at 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 koordinatorene fra alle kommunene, en representant fra oppfølgingstjenesten på Ahus og en representant fra oppfølgingstjenesten i Ullensaker. Koordinatorgruppen skal jobbe med å videreutvikle tjenesteforløpet og utarbeide en håndbok for digital hjemmeoppfølging. Håndboken skal inneholde beskrivelser av rutinger 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. Per oktober 2021 var det gjennomført to møter, og det hadde også vært 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:

- Kommunaldirektøren 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.

Status for prosjekt i midten av september var at mye av arbeidet hadde gått som planlagt. Prosjektet hadde lyktes med å knytte til seg de nødvendige ressursene, og det var 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. Det er derimot lagt planer om å gjennomføre en interessentanalyse på et senere tidspunkt. Prosjektet har fått innvilget prosessveiledning fra InnoMed og planlegger å bruke denne støtten til blant annet å gjennomføre en interessentanalyse om hvordan prosjektet bør kommunisere ut til andre aktører ved overgang til drift eller et eventuelt nytt prosjekt. Interessentanalysen skal gjennomføres i november/desember 2021.

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 deltidstillinger 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 forankrings-**

møte i hver kommune. Den kommunale koordinatoren skal så jobbe med forankring i egen kommune, og prosjektet vurderer at dette foreløpig har fungert godt.

I samarbeid med Helsedirektoratet jobber prosjektgruppen med å organisere et emnekurs om digital hjemmeoppfølging. Emnekurset skal gjennomføres i desember 2021. Formålet med å holde kurset er å få kunnskap om prosjektet ut til fastlegene i deltakerkommunene.

I starten av september 2021 søkte prosjektgruppen om støtte fra InnoMed, og prosjektet fikk innvilget støtte til 320 timer prosessveiledning. Støtten skal brukes til veiledning knyttet til forankring ved spredning av tjenesten, for eksempel til andre fagavdelinger på sykehuset.

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 ligger ikke an til å nå måltallet om 80 inkluderte brukere. Utfordringen skyldes delvis at det har vært færre innlagte kolspasienter enn tidligere år, og delvis at pasientene som blir identifisert ikke blir inkludert.

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 enn tidligere år er innlagt på Ahus avdeling Kongsvinger. Kongsvinger har ikke etablert inklusjon av pasienter til prosjektet, og det blir derfor ikke inkludert pasienter derfra. Prosjektet ser 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. Prosjektet har også vurdert å inkludere andre pasientgrupper, men den foreløpige vurderingen er at de ønsker å holde fast på kolspasienter som pasientgruppen som tjenesten piloteres på.

De foreløpige erfaringene 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. Per september 2021 hadde kun 4 av 32 vurderte pasienter blitt 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. I løpet av prosjektperioden har man åpnet for å inkludere pasienter som blir innlagt på grunn av andre problemer, men som har alvorlig kols.

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.

Foreløpig vurdering av implementering i Ullensaker

Vår vurdering er at aktørene i prosjektet hadde et godt utgangspunkt, og at de har fått til mye på kort tid. 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 rekrutteringen 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 har vurdert to ulike tiltak for å løse rekrutteringsproblemet: (1) utvide til andre pasientgrupper eller (2) inkludere pasienter fra Ahus avdeling Kongsvinger. Foreløpig har prosjektet valgt å gå videre med det sistnevnte alternativet, og prosjektet regner med å kunne rekruttere pasienter fra Kongsvinger fra starten av november. I tillegg til tiltakene som kan gjøres i prosjektet, kan gjenåpningen av samfunnet tenkes å bidra til at rekrutteringen tar seg opp.

Dersom prosjektet ikke lykkes med å rekruttere flere brukere i løpet av kort tid, kan det bli utfordrende å høste erfaringene man hadde sett for seg. Formålet med prosjektet er å innhente kunnskap og erfaring med helhetlige forløp for kolspasienter, og det er en risiko for at man i liten grad får prøvd ut dette i løpet av prosjektperioden. Dette vil også gjøre det vanskelig å undersøke hvordan prosjektet har påvirket effektmålene.

7. Oppsummering

Alle de lokale prosjektene som deltar i utprøvingen av digital hjemmeoppfølging med fokus på samhandling og informasjonsdeling, hadde erfaring med digital hjemmeoppfølging fra den forrige utprøvingen. Prosjektene hadde møtt mange av de samme samhandlingsutfordringene, men de har valgt ulikt fokus og 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 teknologiutvikling for å legge til rette for informasjonsdeling.

Pasientene som følges opp med digital hjemmeoppfølging mottar ofte oppfølging fra flere aktører innen primær- og spesialisthelsetjeneste, og erfaringene fra den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging 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 den forrige utprøvingen av digital hjemmeoppfølging. Mange av utfordringene som ble identifisert i den forrige utprøvingen var felles på tvers av prosjektene. I utvidelsen har prosjektene valgt å jobbe med ulike utfordringer, og de har til dels også ulik 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 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, men at det er kommunen som tar beslutningen om tildeling av tjenesten. Arbeidet med de teknologiske løsningene varierer også – noen prosjekter har fokusert på deling av måledata, mens andre har fokusert på deling av en digital egenbehandlingsplan.

Prosjektene startet opp våren 2021, og prosjektperioden går ut året. Fra den forrige utprøvingen

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 informasjonsinnhenting til denne rapporten, hadde prosjektene likevel kommet relativt kort i mange deler av arbeidet, og det er derfor begrenset hvor mye vi kan si om resultater i denne rapporten. Vi har derfor valgt å fokusere på å beskrive hvilke utfordringer prosjektene hadde identifisert og som de ønsket å jobbe med i denne utprøvingen, hvilke tiltak de har valgt å jobbe med for å løse disse utfordringene og hvordan de har jobbet med implementering så langt.

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 foreløpig vurdering er at tiltakene som prosjektene jobber med fremstår som relevante for dette målet. Som beskrevet har prosjektene ulikt fokus og ulik tilnærming, og fra et nasjonalt ståsted er dette trolig en fordel. Denne innretningen legger 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.

Integrasjon mellom systemer er viktig for å løse utfordringene knyttet til informasjonsdeling og samhandling, og alle prosjektene er opptatt av å følge med på utviklingen som skjer på nasjonalt nivå på dette området. Prosjektene har på ulik måte koblet på nasjonale aktører og løsninger som Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenet, Velferdsteknologisk knutepunkt og kjernejournal, og på denne måten bidrar de også til den nasjonale utviklingen. 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.

Forsterket utskrivning gjennom digital hjemmeoppfølging er også et viktig fokusområde i utprøvingen, og flere av prosjektene tester varianter av dette. 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 initiert av sykehuset. Det er blant annet behov for videre vurdering av om det er sykehuset eller kommunen som bestemmer at en pasient skal få digital hjemmeoppfølging, om oppfølgingen skal starte umiddelbart etter utskriving, hva som bør kartlegges på sykehuset og hvem som utarbeider egenbehandlingsplanen, samt om sykehuset skal følge opp en periode etter utskriving eller om all oppfølging skjer fra kommunene.

Mange av prosjektene hadde ambisiøse planer for hva de skulle rekke i løpet av prosjektperioden, og det er litt ulikt hvor langt prosjektene har kommet med å teste ting i praksis. Prosjektene har likevel rukket å gjøre seg flere erfaringer, både med ting som

fungerer og ting som ikke fungerer som man hadde sett for seg. Det er fortsatt usikkert hvor langt prosjektene rekker å komme innen utgangen av året, men i flere av prosjektene jobber man med å få til videre prosjektarbeid knyttet til digital hjemmeoppfølging.

I sluttrapporten som leveres i 2022, skal vi vurdere måloppnåelse, relevans og bærekraft. Her vil vi vurdere om prosjektene har fått til ting eller gjort seg erfaringer som er nyttige for andre kommuner som ønsker å ha digital hjemmeoppfølging, om tiltakene man har jobbet med kan gi varige endringer i helsetjenesten og bidra til utviklingen av en bærekraftig helsetjeneste.

Referanser

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

Direktoratet for e-helse, 2021. *Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP)*. [Internett]
Available at:
<https://www.ehelse.no/velferdsteknologi/velferdsteknologisk-knutepunkt-vkp>
[Funnet 2021].

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].

Norsk Helsenett, 2021. *Norsk helsenett*. [Internett]
Available at: <https://www.nhn.no/>
[Funnet 2021].

Norsk Helsenett, u.d. *Hva er kjernejournal*. [Internett]
Available at: <https://www.nhn.no/nasjonale-e-helselosninger/kjernejournal/hva-er-kjernejournal>
[Funnet 2021].

www.osloeconomics.no

post@osloeconomics.no
Tel: +47 21 99 28 00
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:
Kronprinsesse Märthas plass 1
0160 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo