

# Ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke

Rammer for utprøvingen – 29. januar 2018

# INNHold

<b>INNHold</b>	<b>2</b>
<b>1 Innledning</b>	<b>3</b>
1.1 Hva er avstandsoppfølging?	4
1.2 Strategisk forankring av avstandsoppfølging	5
1.3 Rekruttering av kommuner som deltakere i prosjektet	6
<b>2 Målgruppe og mål for avstandsoppfølging</b>	<b>8</b>
2.1 Målgruppe for avstandsoppfølging	8
2.2 Effektmål ved avstandsoppfølging	8
<b>3 Tjenesteutvikling som gjennomføringsstrategi</b>	<b>12</b>
3.1 Støtte til prosessen og veiledning til kommuner og fastleger	13
<b>4 Anbefalt innretning og innhold i utprøvingen</b>	<b>14</b>
4.1 Avstandsoppfølging i det helhetlige pasientforløpet	14
4.2 Tjenesteforløp ved avstandsoppfølging	14
4.3 Inklusjonskriterier	15
4.4 Organisering av tjenesten og krav til kompetanse	15
<b>5 IKT</b>	<b>19</b>
5.1 Velg enkle løsninger – bygge på pasientens teknologibruk	19
5.2 Digitale verktøy og elektronisk samhandling	19
<b>6 Finansiering</b>	<b>21</b>
<b>7 Evaluering</b>	<b>23</b>

# 1 INNLEDNING

Helsedirektoratet har i tildelingsbrev for 2018 fått i oppdrag å gjennomføre en ny utprøving av medisinsk avstandsoppfølging av kronisk syke, der fastlegen er sterkere involvert enn i dagens prosjekt. Utprøvingen skal gjennomføres i perioden 2018 – 2020 og er en del av Nasjonalt velferdsteknologi-program.

Det pågår i dag utprøving av velferdsteknologiske løsninger for avstandsoppfølging i sju prosjekter i fire kommuner fordelt på fire fylker (Stavanger, Trondheim, Sarpsborg og Oslo med 4 bydeler). Samlet har 822 personer deltatt i utprøving av avstandsoppfølging. Målgruppen har vært personer med kroniske lidelser, med hovedvekt av diagnosene kols, diabetes og hjertesvikt.

Utprøvingen har gitt mye nyttig erfaring, men så langt ikke nok kunnskap til å gi nasjonale anbefalinger om gevinstrealiseringspotensialet eller innretning for skalering<sup>1</sup>. Fremdeles er det usikkerhet om spørsmål knyttet til organisering, roller og ansvar. Det er først og fremst behov for mer kunnskap om effekter for alle de involverte aktørene, dvs. både pasienter og tjenesteytere.

**Helsedirektoratets formål med ny utprøving er derfor å få tilstrekkelig kunnskap om avstandsoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket.**

Utprøvingen skal gi anbefalte tjenesteforløp for avstandsoppfølging med klare inklusjons- og eksklusjonskriterier. Både sykehus, hjemmesykepleie, fastlege og pasienten selv kan foreslå avstandsoppfølging som egnet oppfølging, mens fastlegen vurderer faglig forsvarlighet av avstandsoppfølging som del av behandlingen. Annet helsepersonell følger opp medisinske målinger i samarbeid med fastlegen. Dette skal gi økt kunnskapsgrunnlag om effekter og gevinster, og synliggjøre hvordan avstandsoppfølging som tiltak kan bidra til å oppfylle nasjonale mål blant annet i Primærhelsetjenestemeldingen. Det skal gjennomføres en samfunnsøkonomisk analyse av avstandsoppfølging og prosjektet skal fremme forslag til finansieringsmodell ved en nasjonal skalering.

Den nye utprøvingen skal bidra til å utfylle de erfaringer Helsedirektoratet har fått fra dagens prosjekt og skal omfatte:

---

<sup>1</sup> Organisering og gjennomføringsplan 2017-2020. Det nasjonale velferdsteknologi-programmet. Leveranse til Helse- og omsorgsdepartementet, 1.april 2017. Rapport IS-2618

- 4-8 kommuner som representerer ulike regioner, størrelse og avstand til sykehus. Minst en kommune skal også delta i pilotprosjekt for primærhelseteam.
- Toalt rundt 100 fastleger, lagt til grunn en snitt listelengde på ca. 1200 pasienter med 6 deltagende pasienter i snitt fra hver fastlegeliste.
- Minimum 600 pasienter
- Samarbeid mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, fastlegene og spesialisthelsetjenesten for å etablere en helhetlig oppfølging av pasienter i målgruppen.

Formålet med dette dokumentet er å synliggjøre overfor kommunehelsetjenesten hva deltakelse i prosjektet innebærer. Dokumentet skal bidra til at kommunene, fastlegene og deres samarbeidspartnere er best mulig forberedt til planlegging og gjennomføring av sine lokale prosjekt.

## 1.1 Hva er avstandsoppfølging?

---

Avstandsoppfølging er bruk av velferdsteknologi som kan gi en bedre helsetilstand og bedre opplevelse for pasienter gjennom målrettet bruk av helsefaglige ressurser. Initiativet til avstandsoppfølging kan komme fra fastlege, sykehus, pasienten selv eller annet helsepersonell. Det er fastlegen som, i samråd med pasient, vurderer om avstandsoppfølging kan være hensiktsmessig og faglig forsvarlig for den enkelte. Fastlegen skal, sammen med pasient, sykepleier og evt. annet relevant helsepersonell, utarbeide en plan for oppfølging ut fra pasientens mål, symptombilde og risiko for forverring. Denne planen danner grunnlag for oppfølgingens innhold, frekvens og kontaktpunkt for den enkelte.

Teknologiske løsninger gjør at pasienten kan følges opp på avstand av helse- og omsorgstjenesten. Brukere av avstandsoppfølging kan svare på enkle spørsmål om sin helsetilstand via et nettbrett el., og utfører avtalte målinger relatert til sin helsetilstand (eks. blodtrykk, vekt, O<sub>2</sub>-metning). Resultatene overføres fra måleapparatene til nettbrettet via bluetooth-teknologi slik at bruker enkelt kan se dem og følge med på egne resultater over tid. Resultatene overføres også digitalt til en responstjeneste/oppfølgingstjeneste<sup>2</sup>. Responstjenesten/oppfølgingstjenesten tar kontakt med pasienten ved tegn til forverring og målinger utenfor det som er normalverdier for den enkelte. De gir medisinsk faglig støtte og veiledning ut fra pasientens behov og plan for oppfølging, og vil i samråd med pasient vurdere om vedkommende bør ta kontakt med sin fastlege/legevakt.

---

<sup>2</sup> Avstandsoppfølging, Rapportering av foreløpige målinger. Intro International, Oslo 15.juni 2017



Figur 1: Enkel skisse av tjenestens innretning i pågående utprøving

Avstandsoppfølging er definert som følger:

«Avstandsoppfølging omfatter de aktiviteter/handlinger som muliggjør at pasienten, utenfor de tradisjonelle stedene hvor pasienter møter helsepersonell, kan tilegne seg, registrere og dele klinisk relevant informasjon om sin helsetilstand elektronisk, med formål om å gi informasjon eller veiledning til pasientens egenmestring, og/eller gi beslutningsstøtte til diagnostisering, behandling eller oppfølging for helsepersonell<sup>3</sup>.»

## 1.2 Strategisk forankring av avstandsoppfølging

### Primærhelsemeldingen

Med Primærhelsemeldingen har myndighetene lagt frem en plan for å skape en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunene. For å sikre en fremtidsrettet og pasientorientert tjeneste må samfunnsoppdraget til kommunene i sterkere grad enn i dag legge vekt på brukermedvirkning, forebygging, proaktiv oppfølging og gode forløp. I Primærhelsemeldingen er målet<sup>4</sup> å nå personer med behov som i liten grad etterspør tjenester, og rette ressursene mot dem med de største behovene, og mot grupper der sykdomsutvikling og sykehusinnleggelses kan forhindres gjennom forebygging, tettere strukturert oppfølging, opplæring og rehabilitering.

### NCD-strategien<sup>5</sup>

Flere personer med komplekse behov bor hjemme og har behov for en annen og mer tverrfaglig oppfølging over tid<sup>6</sup>. Et av hovedgrepene i NCD-strategien var å styrke brukerne og pasientenes rolle og trekke dem mer aktivt med i behandlingen av egen sykdom. I tillegg fremhever NCD-strategien behovet for en ny tilnærming til bedret oppfølgingen av kronisk syke. På disse punktene vil avstandsoppfølging kunne være et viktig bidrag i fremtidens primærhelsetjeneste.

<sup>3</sup> Fritt oversatt definisjon, hentet fra: A National Service Model for Home and Mobile Health Monitoring, Scottish Centre for Telehealth & Telecare. Nov 2016

<sup>4</sup> Primærhelsemeldingen side 12 – ref.Meld.St.29 (2012-2013)

<sup>5</sup> <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/ncd-strategi/id735195/>

<sup>6</sup> Primærhelsemeldingen side 14 – ref.Meld.St.29 (2012-2013)

## Morgendagens omsorg - bruk av teknologi

Teknologi er en av bærebjelkene i fremtidens helse- og omsorgstjeneste slik det er fremhevet i Morgendagens omsorg.<sup>7</sup> Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) kan bidra til bedre kvalitet og pasientsikkerhet i kommunal helse- og omsorgstjeneste<sup>8</sup>. Et nytt prosjekt for avstandsoppfølging skal bidra til å avklare hvordan teknologi kan brukes som et verktøy til god oppfølging i et pasientforløp<sup>9</sup>.

### 1.3 Rekruttering av kommuner som deltakere i prosjektet

---

For å lykkes er det helt vesentlig å rekruttere kommuner som er interessert, motivert og ser nye måter å yte tjenester på som en del av sin strategi for å møte helseutfordringer og utfordringer med rekruttering av helsepersonell. Ikke minst er det viktig å rekruttere kommuner hvor fastlegene ønsker å delta og ser dette som en mulighet til bedre oppfølging av kronisk syke pasienter på sin liste, og som noe de ser nytteverdi av og ønsker å bidra til å utvikle. For å skape et driv for endring i kommunene, og få prøvd ut avstandsoppfølging som et egnet verktøy for målrettet oppfølging av målgruppen, er vi avhengig av å ha nok fastleger som ønsker å delta i den enkelte kommune. Vi må få fram gode historier fra mange nok fastleger og pasienter til at det bidrar til videre spredning. En fastlege som har brukt avstandsoppfølging i dagens prosjekt, sier han var skeptisk i starten men nå er blitt entusiastisk, fordi han har sett at dette er en vinn-vinn situasjon for både fastlege og pasient<sup>10</sup>. Vi vet at mange fastleger har en hektisk hverdag. Det er derfor vesentlig at det avsettes midler til praksiskompensasjon for frikjøp av fastleger. Det gir rom for at fastlegene kan delta i tjenesteutvikling og opplæring. Vi må også se sammenheng med andre satsinger som kan bidra til å lette arbeid for legene, som videokonsultasjoner. Muligheten for dette ligger også inne i avstandsoppfølging.

Det er en fordel om kommunen har erfaring med velferdsteknologi og ser teknologiske løsninger og avstandsoppfølging som en del av sin strategiske satsing. Prosjektet er av begrenset varighet og det er derfor ønskelig å få testet ut avstandsoppfølging i kommuner som allerede har etablert gode samarbeidsstrukturer både innen kommunen, med fastlegene og med spesialisthelsetjenesten. Kommunene som rekrutteres må sikre samspill mellom spesialisthelsetjenesten, fastleger og de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Gode helhetlige pasientforløp for personer med kroniske lidelser bør være felles referanseramme. Prosjektet bør videre forankres i de ordinære ledelses- og samarbeidsstrukturer for å tilrettelegge for implementering i drift når prosjektet avsluttes.

---

<sup>7</sup> Meld. St. 29, Morgendagens omsorg (2012-2013) kapittel 7

<sup>8</sup> Omsorg 2020, s 44

<sup>9</sup> Pasientforløp forstås som: «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

<sup>10</sup> Flere innspill, blant annet i film fra prosjektet i Oslo; [https://www.youtube.com/watch?v=VBIR\\_OOPFEY](https://www.youtube.com/watch?v=VBIR_OOPFEY)

For å komme opp i ønsket antall pasienter og samtidig få variasjon i de kommuner som deltar, ser Helsedirektoratet for seg at det bør være 3 – 4 større kommuner (> 20 000), 2-3 mellomstore kommuner (5000 – 20 000) og en mindre kommune (< 5000). Tallene er ikke absolutte. Antall pasienter i den enkelte kommune i prosjektperioden vil stå i forhold til kommunens størrelse, og forventes å variere fra ca. 50-150. Små kommuner med store avstander og utfordringer med rekruttering av helsepersonell kan ha nytte av tiltaket. Helsedirektoratet anbefaler aktuelle kommuner å søke samarbeid med andre, evt større kommuner for å se mulige «stordriftsfordeler». Deltakerkommuner skal representere ulike regioner/fylker, og bør omfatte ulike kommunestørrelser og avstand til sykehus. Antall kommuner vil avgjøres ut fra en helhetlig vurdering.

For at avstandsoppfølging skal kunne bli et godt verktøy for oppfølging av pasienter i målgruppen er fastlegene sentrale bidragsyttere i tjenesteutviklingsprosessen, sammen med kommunens øvrige helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. Kommuner som ønsker å søke må gjennomføre en prosess med sine fastleger for å avklare deltakelse og inngå en intensjonsavtale med den enkelte fastlege om dette. Det er anslått at det i snitt vil være 5-6 pasienter som er aktuelle for avstandsoppfølging på en gjennomsnittlig fastlegeliste med 1200<sup>11</sup> pasienter. For å oppnå et måltall på minimum 600 pasienter må ca 100 fastleger delta i dette arbeidet.

Avstandsoppfølging skal prøves ut både i kommuner som deltar i Helsedirektoratets pilot for Primærhelseteam og i andre kommuner. Minimum ett av prosjektene legges til kommuner som også deltar i primærhelseteam, men dette avgjøres ved endelig vurdering av alle søknader.

Prosjektet er 3-årig. Det lyses ut 9.2.18 med søknadsfrist 1. mai 2018 og oppstart 1. oktober 2018. Det er satt av god tid fra utlysning til søknadsfrist, for at kommunene skal kunne gjennomføre prosesser internt med egne tjenester og fastlegene i kommunen, samt inngå intensjonsavtaler med lokale sykehus.

---

<sup>11</sup> Anslaget bygger på diskusjon i prosjektgruppe og samråd med dagens prosjekt., i tillegg opererer oppfølgingsteam med at 5% på fastlegenes listen kan være aktuelle for oppfølgingsteam og primærhelseteam anslår at 10 % er innenfor målgruppen det skal fokuseres spesielt på

# 2 MÅLGRUPPE OG MÅL FOR AVSTANDSOPPFØLGING

## 2.1 Målgruppe for avstandsoppfølging

---

Målgruppen for avstandsoppfølging er pasienter med kroniske sykdommer, med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, risiko for reinleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Dette er pasienter med høyt forbruk av helsetjenester og består i stor grad av pasienter med ikke-smittsomme kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Denne gruppen har ofte flere diagnoser, sammensatte og store behov, og har behov for oppfølging av sin sykdom. Mange har mangelfull oppfølging i dag. Flere tiltak fra myndighetene er planlagt eller i gang for å bedre dette, som oppfølgingsteam og primærhelseteam. Målgruppen for avstandsoppfølging vil i stor grad samsvare med målgruppene som er beskrevet i piloten for Primærhelseteam<sup>12</sup>.

I samråd med pasient, den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten (ved behov), skal fastlegen vurdere behov og initiere medisinsk avstandsoppfølging der det ut fra en helhetsvurdering vil være hensiktsmessig og forsvarlig. Medisinsk avstandsoppfølging skal inngå i en helhetlig behandlingsplan<sup>13</sup>. Bakgrunn for valg av målgruppene er at avstandsoppfølging kan føre til bedre oppfølging av disse pasientene på en kostnadseffektiv måte.

## 2.2 Effektmål ved avstandsoppfølging

---

Erfaringer fra dagens utprøving, samt litteratur fra liknende tiltak, gir grunnlag for antakelser om effekter.

### 2.2.1 Effekt

Avstandsoppfølging kan gi økt kunnskap og forståelse for egen sykdom for den enkelte pasient og et grunnlag for individuelt tilpasset oppfølging og veiledning fra tjenesten. Økt innsikt gir

---

<sup>12</sup> [https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1389/Primærhelseteam%20-%20Kvalitet\\_Ledelse\\_Finansiering.pdf](https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1389/Primærhelseteam%20-%20Kvalitet_Ledelse_Finansiering.pdf)

<sup>13</sup> [www.godeforløp.no](http://www.godeforløp.no)



mulighet for riktigere tiltak, som igjen gir grunnlag for større grad av mestring av egen sykdom/funksjonsnedsettelse. Større grad av mestring antas å gi mer stabil helsetilstand både fysisk og psykisk, bedret funksjonsnivå og mer trygghet og uavhengighet. En bedret helse kan endre pasientens behov for helsetjenester. Dersom endringen kommer i form av reduksjon i samlet behov vil tiltaket over tid kunne gi dempet vekst i de samlede utgiftene til helse- og omsorgstjenester.

Avstandsoppfølging med oppfølgingsplan er et verktøy for å avtale oppfølging sammen med pasienten. Gjennom tilgang til målinger og dialog med pasient kan fastlegen få et bedre bilde av situasjonen og funksjonsnivået til pasienten. Dette gir mulighet for å fange opp endringer i helsetilstand på et tidlig tidspunkt og foreslå nødvendige medikamentelle tiltak eller andre tiltak som kan bidra til å redusere risiko for forverring.

Hjemmesykepleie/kommunens helse- og omsorgstjeneste får et verktøy til å følge opp og holde kontakt med pasienter som uten denne tjenesten ville hatt behov for hjemmebesøk. Gjennom avtalt oppfølgingsplan vil sykepleier/annet helsepersonell få et bedre bilde av pasientens situasjon og kunne gi målrettet veiledning og støtte via oppfølgingstjenesten/responstjenesten for å bidra til økt mestring, kunnskap og trygghet for bruker. Avstandsoppfølgingen kan være et grunnlag for bedre samarbeid og koordinering av tiltak med fastlege slik at en kan unngå økt behov for helsetjenester.

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sikre god informasjonsoverføring til hjemmesykepleien og fastlegen der pasienter skal følges opp etter utskriving. En kvalitetsindikator for spesialisthelsetjenesten er antall reinnleggelser. Avstandsoppfølging kan være et verktøy for å bidra til å sikre bedre oppfølging av pasient etter utskriving fra sykehus eller etter gjentatte besøk på poliklinikken. Avstandsoppfølging kan således være et verktøy for tettere samarbeid mellom spesialist og fastlege, bidra til bedre oppfølging av behandling og redusere omfanget av reinnleggelser.

Oppsummert kan vi anta at det som i størst grad bidrar til effekt av avstandsoppfølging er økt innsikt i egen helsetilstand for tidligere å kunne iverksette tiltak, og mulighet for tverrfaglig og mer koordinert oppfølging gjennom digitale løsninger.

### 2.2.2 Brukerfaringer

Pasienter som har avstandsoppfølging i dag, rapporterer om positive erfaringer, både på helse, trygghet og egenmestring. Nedenfor følger et utsagn fra en kvinne med kols, diabetes og hjertesvikt, hvor fastlegen har tilgang til programmet med hennes målinger og kommuniserer med henne via nettbrettet:

*«Daglige målinger bidrar til å mestre hverdagen, og gjør den mer trygg og forutsigbar, nå tør jeg å dra på besøk til datteren min. Jeg har ikke hatt sykehusopphold de siste årene, og har færre besøk til fastlegen.»*

Utsagn fra en fastlege i dagens prosjekt:

*«Vi har erfaring med at pasienter som har dårlig regulert diabetes har nytte av avstandsoppfølging. Når de utstyres med utstyr for glukosemåling og et nettbrett og får jevnlig tilbakemeldinger, kostholdsråd og motivasjon fra sykepleiere ved vårt oppfølgingssenter – så har flere fått bedre mestring av sykdommen sin og de opplever mer trygghet i hverdagen.»*

Oslo kommune har laget 4 korte informasjonsfilmer. Den siste filmen omtaler også en fastlege sine erfaringer med avstandsoppfølging for noen av sine pasienter:

<https://www.youtube.com/watch?v=vEqNTwOnEy0>

[https://www.youtube.com/watch?v=VBIR\\_OOPFEY](https://www.youtube.com/watch?v=VBIR_OOPFEY)

<https://www.youtube.com/watch?v=mCaCjlcHSGM>

<https://www.youtube.com/watch?v=21c-vliUZcA>

### 2.2.3 Effektmål

Mål for avstandsoppfølging er satt opp med utgangspunkt i antatte effekter for pasienten og helsetjenesten. Det Helsedirektoratet ønsker å oppnå med avstandsoppfølging er:

1. Bedre fysisk og psykisk helse
2. Bedre pasientopplevelse
3. Lavere kostnad for helsetjenesten

Med *bedre fysisk helse* menes her helse som funksjon, i form av f. eks. gangfunksjon, personlig stell og evne til å gjennomføre dagligdagse gjøremål. Med *bedre psykisk helse* menes velbefinnende, mestring, realisering av evner og mål. Konkretiseringen bygger på en forståelse av at helse handler om helhet, og ikke bare fravær av sykdom<sup>14</sup>.

Med *bedre pasientopplevelse* menes her pasientens medvirkning i eget behandlingsopplegg og opplevelse av måloppnåelse, helhet og sammenheng. Medvirkning er nært knyttet til begrepet *empowerment* som handler om makt og kontroll over eget liv, og som påvirker helse. Opplevelse av helhet og sammenheng har betydning for mestring av enhver situasjon.<sup>15</sup>

Med *lavere kostnad for helsetjenesten* menes her dempet vekst i samlede offentlige utgifter til helsehjelp, ved redusert eller mindre kostnadskrevende forbruk av kommunale helse- og

<sup>14</sup> Hva er helse. Mæland, John Gunnar. Universitetsforlaget, 2009

<sup>15</sup> Hva er helse. Mæland, John Gunnar. Universitetsforlaget, 2009, s 87

omsorgstjenester og/eller dempet vekst i folketrygden og statlige overføringer til sykehus. Kostnadsbesparelser defineres her som relative kostnadsbesparelser (til nullalternativet), ikke nødvendigvis absolutte kostnadsbesparelser.

#### *Minimumskrav til effekter*

Sammen med definisjon av effektmål for tiltaket, ønsker Helsedirektoratet å følge med på noen områder for å kontrollere for uønsket effekt av tiltaket. Disse områdene er:

- Målet om bedre fysisk og psykisk helse skal oppnås ved å unngå forverring i helsetilstand i form av sykelighet og dødelighet og uten forverring i sosial helse. Med sosial helse mener vi her fravær av ensomhet og opplevelse av verdighet.
- Bedre pasientopplevelse for personer med avstandsoppfølging skal oppnås uten at velferdsteknologi skal oppleves som ulempe for helsepersonell.
- Målet om lavere kostnader for helsetjenesten skal oppnås uten å påføre næringsliv, andre deler av offentlig forvaltning eller pårørende vesentlige kostnader.

# 3 TJENESTEUTVIKLING SOM GJENNOMFØRINGSSTRATEGI

Avstandsoppfølging kan ses på som et bidrag til å utvikle praksis i retning av pasientens helsetjeneste, og oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidlig innsats. For å ta i bruk ny teknologi i tjenesten må hele tjenesteforløpet gjennomgås og endres for å sikre en god og forsvarlig tjeneste.

Tjenesteinnovasjon handler om å finne nye, bedre og mer rasjonelle måter å levere helsetjenester på<sup>16</sup> og skjer i skjæringspunktet mellom mennesker, organisasjon og teknologi. For å lykkes med innovasjon, må alle disse tre faktorene ivaretas og balanseres<sup>17</sup>. Prosessen må forankres i ledelsen og berørte medarbeidere må involveres. Helsedirektoratet legger derfor til grunn at god tjenesteutvikling og ledelsesforankring er sentralt for å lykkes med prosjektet.

Sett i et utviklingsperspektiv er det tre behov som peker seg ut som utviklingsområder i videre utprøving av avstandsoppfølging:

- Hvordan kan avstandsoppfølging bidra til proaktiv oppfølging og aktivere pasienten til større grad av egenomsorg?
- Hvordan kan avstandsoppfølging bidra til helhet for pasienten ved å styrke gode overganger mellom forvaltningsnivåene og til strukturert tverrfaglig oppfølging?
- Hvordan kan avstandsoppfølging videreutvikles til å understøtte digital kommunikasjon (som bl.a. video)?

En viktig del av tjenesteutviklingen er å definere arbeidsprosesser, rutiner, roller og ansvar i detalj slik at tilfeldigheter unngås<sup>18</sup>. Et av resultatmålene for utprøvingen er å komme frem til:

- Anbefalte tjenesteforløp for avstandsoppfølging med klare inklusjons- og eksklusjonskriterier hvor fastlegene initierer avstandsoppfølging som del av behandlingen, og annet helsepersonell følger opp medisinske målinger i samarbeid med fastlegen.

Dette arbeidet skal gjøres sammen med kommunene som deltar og vil utgjøre en av hovedleveransene fra prosjektet som skal gjennomføre ny utprøving.

<sup>16</sup> Meld.St.11 (2015-2016) - Nasjonal helse- og sykehusplan (2016-2019), side 125

<sup>17</sup> Introduksjon til tjenesteinnovasjon [www.ks.no/veikart](http://www.ks.no/veikart)  
<http://www.samveis.no/metodikken/utvikling-utproving-og-evaluering/>  
<http://www.samveis.no/metodikken/utvikling-utproving-og-evaluering/>

### 3.1 Støtte til prosessen og veiledning til kommuner og fastleger

---

Utprøvingen er et utviklingsarbeid som krever endringer i måten å jobbe på for fastlegen, helse- og omsorgstjenesten i kommune og spesialisthelsetjenesten. Det stilles nye krav til kompetanse hos personalet som skal skape trygghet og forutsigbarhet for bruker, og sikre at dette blir en effektiv tjeneste. Tverrfaglig samarbeid for å skape helhetlige forløp for pasienten utfordrer systemet og profesjonene.

Fokus på lederforankring, tjenesteutvikling og gevinstrealisering er en forutsetning for å lykkes. Helse- og omsorgsdirektoratet vil samarbeide nært med prosjektene for å sikre deling av kunnskap og erfaring prosjektene imellom og for å bidra til at tiltaket gjennomføres i tråd med anbefalt arbeidsprosess og oppgaver i et tjenesteforløp. I tillegg til jevnlig statusmøter vil Helse- og omsorgsdirektoratet arrangere felles samlinger for prosjektene der deling av kunnskap og erfaringer i utviklingsprosessen er tema. Samlingene vil planlegges og gjennomføres i samarbeid med prosjektledere.

Helse- og omsorgsdirektoratet vil engasjere en utviklingspartner som kan bistå direktoratet og kommunene i utviklings- og endringsprosessen. De vil bistå kommunene i å finne ut hvordan avstandsoppfølging best kan tilrettelegges og organiseres lokalt, gjennom workshops, veiledning og støtte til lokale prosjekt.

# 4 ANBEFALT INNRETNING OG INNHold I UTPRØVINGEN

## 4.1 Avstandsoppfølging i det helhetlige pasientforløpet

---

For at avstandsoppfølging skal bli et verktøy for god oppfølging i et helhetlig pasientforløp<sup>19</sup>, forutsettes tverrfaglig samarbeid, og en sammenhengende plan for oppfølging. Det er iverksatt flere tiltak og prosjekt for å bedre helse og omsorgstilbudet til kronisk syke. Det er viktig at disse ses i sammenheng. Det er nylig gitt ut en veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov<sup>20</sup>, som skal bidra til å sikre strukturert oppfølging av denne målgruppen. Det er viktig at kommuner som deltar kjenner til denne, da det kan være pasienter som har rett til koordinator og individuell plan som også er aktuelle for avstandsoppfølging. Læringsnettverk for gode pasientforløp, som er et samarbeid mellom KS og folkehelseinstituttet (FHI) og som støttes av HOD, er et prosjekt som også kan være relevant å kjenne til<sup>21</sup>.

I arbeidet med utvikling av gode tjenesteforløp innen avstandsoppfølging kan «The Chronic Care Model»(CCM)<sup>22</sup> være en rettesnor. Chronic Care model er en kvalitetsmodell for bedre helse- og omsorgstilbud til kronisk syke og har tre hovedkomponenter: **Personsentrert, integrert og proaktiv omsorg**. Modellen beskriver flere elementer som må være på plass i helsetjenesten; støtte til egenomsorg, organisering av tjenesten, beslutningsstøtte og kvalitetsregistrering. Denne måten å jobbe på er et skifte til proaktiv oppfølging og til å aktivere pasienten til større grad av egenomsorg. Dette er også sentralt i avstandsoppfølging.

## 4.2 Tjenesteforløp ved avstandsoppfølging

---

Når Helsedirektoratet referer til prosjekt avstandsoppfølging som en tjensteutviklingsprosess, handler det om at deltakende kommuner må gjennomgå egen organisasjon og bli enige om

---

<sup>19</sup> Kjennetegn på helhetlige pasientforløp er kontinuitet, samarbeid og samhandling, sømløshet, at det er pasientsentrert og at framdrift er basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov. Pasientforløpet starter fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet (*Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov*).

<sup>20</sup> <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>

<sup>21</sup> <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/>

<sup>22</sup> NCD strategien

hvordan de ulike oppgaver ivaretas og av hvem, for å skape en god og helhetlig tjeneste. I denne prosessen må også spesialisthelsetjenesten inviteres inn.

En viktig del av tjenesteutviklingen er å definere arbeidsprosesser, rutiner, roller og ansvar i detalj slik at tilfeldigheter unngås. Det er vedlagt en figur som viser faser/oppgaver i tjenesteforløp med eksempel fra dagens prosjekt (vedlegg 1).

Avstandsoppfølgingen skal alltid ta utgangspunkt i pasientens behov og en vurdering av risiko for forverring av pasientens tilstand. Innholdet i oppfølgingen tilpasses det som er viktig for den enkelte pasient, og revideres jevnlig i fellesskap med pasienten. Vurdering og konkretisering av hva som bør måles og følges opp samt omfang og varighet av oppfølgingen, gjøres av pasienten og fastlegen i samarbeid. Øvrige helse- og omsorgstjenester trekkes inn der hvor det er nødvendig, slik at oppfølgingen inngår i pasientens øvrige behandlingstilbud. Pasientens mål er styrende for beslutningene i pasientforløpet.

### 4.3 Inklusjonskriterier

---

Målgruppen for avstandsoppfølging i dette prosjektet er som nevnt i kapittel 2 pasienter med risiko for forverring av sin tilstand, risiko for reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester. Pasienter som inkluderes har et relativt høyt forbruk av helsetjenester, kan ha flere diagnoser, sammensatte behov eller behov for oppfølging av sin sykdom og har blant annet kroniske sykdommer som diabetes, kols, hjerte-karsykdommer, psykiske lidelser og kreft. Nedsatt funksjonsnivå og sannsynlig nytteverdi av tiltaket er sentralt ved vurdering av om avstandsoppfølging kan være et godt alternativ.

Alle tjenester, kommunale helse- og omsorgstjenester, fastlege, spesialisthelsetjenesten eller pasienten selv, kan rekruttere pasienter de mener vil ha god nytte av avstandsoppfølging. Fastlege må vurdere hvorvidt avstandsoppfølging er en forsvarlig måte å følge opp den aktuelle pasient. Pasientene må være samtykkekompetente og i stand til å håndtere nettbrett og det måleutstyr som benyttes.

### 4.4 Organisering av tjenesten og krav til kompetanse

---

#### 4.4.1 To hovedmodeller for avstandsoppfølging

Det vil hovedsakelig være to modeller for organisering av avstandsoppfølgingstjenesten i prosjektet, enten i eller utenfor primærhelseteam. Uavhengig av organisering er det fastlegen som er ansvarlig for å vurdere forsvarlighet ved bruk av avstandsoppfølging før tiltaket iverksettes.

### **Avstandsoppfølging i kommuner med vanlig fastlegepraksis**

I en fastlegepraksis vil avstandsoppfølging foregå i et samarbeid mellom kommunenes helse- og omsorgstjeneste, fastlegen og spesialisthelsetjenesten når det er behov. Kommunen må avklare hvordan oppgavene organiseres for å ivareta disse på en faglig forsvarlig måte og i tråd med intensjonen, samt avtale samarbeidsrelasjoner med fastlegene i egen kommune.

Responstjenesten/oppfølgingstjeneste kan organiseres på ulike måter ut fra hva kommunen finner er faglig forsvarlig og god ressursbruk. Samlokalisering med responstjeneste for annen trygghets og mestringsteknologi/ helsevakt/ alarmsentral i egen kommune eller samarbeid med andre kommuner, f.eks knyttet til legevaktsentral, kan være aktuelt, som Helsevakta i Trondheim kommune. En responstjeneste/oppfølgingstjeneste kan også organiseres som dagtjeneste, i hjemmesykepleien, i hverdagsmestringsenheter eller tilsvarende, i et interkommunalt samarbeid, eller på andre måter som kommunen finner hensiktsmessig.

Responstjeneste/oppfølgingstjeneste kan også ivaretas av en privat leverandør etter anbud og avtale med kommunen.

Selve oppfølgingen bør ivaretas av sykepleier, som følger opp målinger og responderer på avvik i samarbeid med andre tverrfaglige yrkesgrupper ut fra den enkelte pasients behov. Det må også avklares hvem som ivaretar opplæring og oppstart av avstandsoppfølging hos pasient og evt. pårørende, samt hvordan teknisk support ivaretas.

### **Avstandsoppfølging i kommuner med primærhelseteam**

Lege, sykepleier og helsesekretær i et primærhelseteam må enes om hva som er hensiktsmessig arbeidsfordeling for de oppgaver som inngår i avstandsoppfølging. I primærhelseteam vil hovedmodellen være at sykepleier får delegert ansvar for ulike oppgaver i oppfølging av pasienter, i samarbeid med fastlegen og andre tjenester ved behov.

Deler av oppgavene kan også ivaretas av den øvrige helse- og omsorgstjenesten i kommunen, der kommunen i samarbeid med primærhelseteamene anser at dette er mest hensiktsmessig. Det kan dreie seg om felles responstjeneste/oppfølgingstjeneste organisert av kommunen, der sykepleier fra kommunen følger opp målinger og responderer på avvik (gule og røde målinger), og det kan dreie seg om opplæring og oppstart av avstandsoppfølging, evt oppfølging ved teknisk support.



#### 4.4.2 Kommunens ansvar

Kommunen<sup>23</sup> skal legge til rette for samarbeid mellom fastlegene/primærhelseteam og andre tjenesteytere og sikre en hensiktsmessig og god integrering av fastlegeordningen i kommunens øvrige helse- og omsorgstjenestetilbud.

Kommunen må avklare hva som er hensiktsmessig organisering lokalt for å ivareta de oppgaver og krav til kvalitet som ligger til oppfølgingstjenesten på en kostnadseffektiv måte, som beskrevet i kap. 4.4.1. Dette innebærer også hvordan samarbeidet mellom aktørene bør være når det gjelder beslutning om avstandsoppfølging når dette etableres som en fast ordning.

Uansett organisering i eller utenfor primærhelseteam bør kommunen ha ansvar for utstyr og teknologiske løsninger samt programvare i avstandsoppfølging. Begrunnelsen for dette er erfaringer fra dagens prosjekter hvor det oppleves mer hensiktsmessig å samle ressurser til forvaltning av velferdsteknologien ett sted fremfor mange steder. Dette omfatter anskaffelse, oversikt og logistikk på anskaffet utstyr og opplegg for utlevering og opplæring i bruk av utstyr. Kommunen har også ansvar for å sikre at utstyret er funksjonelt og at man har kompetanse og support ved tekniske problemer.

For de fleste kommuner som deltar i prosjektet vil det være aktuelt å gjøre en anskaffelse av programvare og utstyr. Helsedirektoratet vil bidra med råd og erfaringsdeling fra dagens prosjekt i anskaffelsesprosessen.

Helsedirektoratet har utarbeidet en anbefaling for responstjeneste for trygghets- og mestringsteknologi<sup>24</sup> som vil bli revidert i løpet av 2018. Anbefalingene omfatter ikke avstandsoppfølging, men der det er etablert en responstjeneste kan det være hensiktsmessig å samorganisere oppfølgingen også med avstandsoppfølging. Det må sikres faglig forsvarlighet i form av kompetanse.

#### 4.4.3 Avstandsoppfølging som del av oppfølging fra spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for å sikre god behandling i tråd med lov og nasjonale anbefalinger. Det er gjennomført flere studier for å sikre god oppfølging av pasienter med kroniske lidelser, f.eks. kols. Danmark har gitt ut nasjonale anbefalinger vedørende avstandsoppfølging av personer med kols<sup>25</sup>. Der er sykehuset ansvarlig for å gjennomføre avstandsoppfølging av de mest ustabile pasientene. I et helhetlig pasientforløp der noen pasientgrupper kan ha ustabile perioder er et samarbeid med sykehuset sentralt for å forebygge disse. Reinnleggelse er en viktig kvalitetsindikator for sykehusene, og kan være et godt

---

<sup>23</sup> Fastlegeforskriftens §8

<sup>24</sup> <https://helsedirektoratet.no/nyheter/anbefaling-til-kommunene-om-responstjeneste>

<sup>25</sup> Telemedisinsk understøttelse af behandlingstilbud til mennesker med KOL, Sundhedsstyrelsen 2017

utgangspunkt for samarbeid om videre utvikling av avstandsoppfølging, hvor arbeidsdeling også kan diskuteres.

Helsedirektoratet er bedt om å synliggjøre gevinster, samarbeidsformer og utfordringer også for spesialisthelsetjenesten. Hvis avstandsoppfølging bidrar til reduksjon i antall reinnleggelser, kan dette være en døråpner og skape felles interesser mellom primær- og spesialisthelsetjeneste.

Erfaringer fra dagens pilotprosjekt viser at avstandsoppfølging er nyttig for samhandling mellom tjenestenivåene. Ansvarsdeling og samarbeid mellom tjenestenivåene er anbefalt i den danske nasjonale anbefalingen, og kan være aktuelt å prøve ut i den videre utvikling av avstandsoppfølging.

#### 4.4.4 Krav til kompetanse

Alt helsepersonell som skal rekruttere, inkludere, iverksette og følge opp pasienter med avstandsoppfølging må ha opplæring og kompetanse som står i forhold til de oppgaver de har ansvar for. Dette er i tråd med helsepersonellovens krav til forsvarlighet og trygge tjenester. Oppstart må planlegges slik at helsepersonell får nødvendig trygghet for å ivareta sine ansvarsområder der bruk av teknologi inngår.

På bakgrunn av erfaring med dagens prosjekt anbefaler Helsedirektoratet at det bør være sykepleier som ivaretar responstjenesten/oppfølgingstjenesten. Dette begrunnes i at man skal kunne vurdere varslinger og situasjoner, veilede pasienter og sikre en forsvarlig tjeneste i samarbeid med øvrige aktører. Man må også ha relasjonell kompetanse, og evne å skape tillit og trygghet gjennom kommunikasjon med pasient, og kunne iverksette adekvate tiltak.

Helsepersonellet som følger opp pasienter må ha kunnskap om utstyr og teknologi som pasientene bruker, slik at de kan veilede pr telefon/chat/video dersom pasientene har spørsmål. De må også selv ha tilgang til nødvendig teknisk support for å unngå nedetid og raskt kunne løse teknologiske problemer. Personer som har avstandsoppfølging er avhengig av å ha tillit til at noen følger med på deres resultater og målinger. Dersom tjenesten ligger nede, eller er stengt i ordinær åpningstid, vil både trygghet og tillit til helsetjenesten bli skadelidende. Det må derfor sikres organisering og ressurser slik at tjenesten alltid er operativ og tilgjengelig innenfor det avtalte tidsrom.

# 5 IKT

## 5.1 Velg enkle løsninger – bygge på pasientens teknologibruk

---

Utstyr til avstandsoppfølging er en av kostnadsdriverne i prosjektene. Det vil derfor være viktig å benytte utstyr som er tilgjengelig på markedet, fornuftig priset og som tilfredsstillende kvalitetskrav til utstyr. I utviklingsøyemed er anbefalingen å ta utgangspunkt i enkle løsninger og løsninger som pasientene allerede bruker, og velge teknologi som understøtter behovene. Det er en forutsetning at det er etablert sikre løsninger som tilfredsstillende kravene til personvern.

Der pasienter skal bruke ulike måleutstyr i tillegg til å svare på spørsmål på nettbrett, stilles det krav til driftssikkerhet for utstyret. Trådløs overføring av målinger til eget nettbrett kan i større grad gi tekniske problemer og dermed økt feilmargin. Dersom det skal benyttes medisinsk måleutstyr, vil det være klare tekniske og sikkerhetsmessige krav til for eksempel nettbrett for å kunne bruke løsningen.

Helsedirektoratet vil ta høyde for at hovedgruppen også i denne utprøvingen må få tildelt både nettbrett og måleutstyr. Det er også et element at avstandsoppfølging ikke skal bidra til å øke sosial ulikhet i helse. En ny utprøving baserer seg derfor på at kommunen kjøper eller leaser utstyr til avstandsoppfølging, og gjennomfører en anskaffelse på dette. Helsedirektoratet ønsker imidlertid at det også skal legges til rette for at pasienter kan bruke eget utstyr (nettbrett/smarttelefon). Dette forutsetter at det er hensiktsmessig og forsvarlig ut fra type oppfølging og at krav til sikkerhet er ivarettatt.

## 5.2 Digitale verktøy og elektronisk samhandling

---

Teknologi muliggjør nye måter å jobbe på og nye måter å samarbeide på. Kommuner, fastleger og sykehus som samhandler om avstandsoppfølging må ha digitale verktøy som understøtter deres arbeidsoppgaver på en god måte.

Fortsatt mangler integrasjon mellom programvare for avstandsoppfølging og EPJ-system. Utstyr og tilhørende programvare for egenmålingene hos pasient, sending, mottak og presentasjon av målinger hos helsepersonell finnes tilgjengelig som produkter som kan kjøpes i markedet. Disse løsningene er imidlertid frittstående og informasjonen kan i hovedsak ikke deles mellom helsepersonellgrupper/-helsevirksomheter eller overføres til andre dokumentasjonsløsninger. Det testes ut integrasjon mellom programvaren og EPJ-systemet i to av dagens prosjekter i løpet av vinteren 2018. Det iverksettes også et prosjekt som skal bidra til at systemer/program for

velferdsteknologi og elektroniske pasientjournaler kommuniserer med hverandre slik at data overføres og man unngår manuell dobbeltføring. Prosjektet ledes av Direktoratet for E-helse og er kalt Velferdsteknologisk knutepunkt. Dersom dette er vellykket, er det en målsetting at dette også inkluderer utstyr til avstandsoppfølging på sikt. Krav til dokumentasjon må i mellomtiden overføres manuelt mellom systemer.

Det er registrert flere behov for tekniske løsninger knyttet til å oppnå gode arbeidsprosesser rundt avstandsoppfølging:

- Dele plan for oppfølging mellom helsepersonell
- Dele plan for oppfølging med pasient
- Kommunikasjon mellom helsepersonell rundt endringer i planer
- Kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell om endringer i planer
- Kommunikasjon mellom pasient og responstjeneste/oppfølgingstjeneste om bruk av utstyr (feil, brukerveiledning etc.)
- Kommunikasjon mellom pårørende og responstjeneste/oppfølgingstjeneste om hvordan tjenesten fungerer

Det finnes løsninger og tjenester som kan, eller kan utvikles til, å dekke behovene hos pasient eller helsepersonell beskrevet over. Noe funksjonalitet finnes allerede tilgjengelig i dag, mens annen funksjonalitet er under planlegging eller utvikling. Selvbetjeningsløsninger og digital dialog fastlege er relevante virkemidler i denne sammenheng. Dette arbeidet samkjøres med arbeidet i pilot for Primærhelseteam.

#### Ulike digitale løsninger som kan understøtte et digitalt pasientforløp med avstandsoppfølging er:

- Elektronisk meldingsutveksling: Alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen skal etter gjeldende regelverk dokumenteres i journalen. Det er behov for at en oppfølgingsplan skal være elektronisk og tilgjengelig for alle. Så lenge det er ulike epj-systemer, må oppfølgingsplan/egenbehandlingsplan sendes via PLO-melding. Det må legges til rette for at responstjenesten kan sende og motta meldinger til/fra sykepleier i primærhelseteam. På sikt blir det lagt opp til tjenestebasert adressering, der teamet som en gruppe kan motta elektroniske meldinger.
- Digital dialog: Prosjektet bør følge med på utvikling av digital dialog hos fastlegene, og hvordan dette eventuelt kan brukes sammen med avstandsoppfølging for bedre oppfølging av aktuelle pasienter.
- Mulighet til videokonsultasjon og videomøter: Det oppfordres til at kommunal helse- og omsorgstjeneste, fastleger og spesialisthelsetjeneste tar i bruk mulighet for videokonsultasjon og videomøter for samhandling om felles pasienter, for dialog med andre deler av helse- og omsorgstjenesten, samt med Helsedirektoratet i prosjektet.

## 6 FINANSIERING

Utprøving av avstandsoppfølging utformes som en tilskuddsordning i prosjektperioden. Den årlige summen på tilskuddet avgjøres i statsbudsjettet. Prosjektperioden er planlagt å være 3 år. Det er kommuner som står som søkere av tilskudd for utprøving av avstandsoppfølging. Finansieringsordningene i utprøvsperioden vil ikke fullt ut dekke kommunenes kostnader ved utprøvingen. Det legges til grunn at deltakende kommuner også selv bidrar med finansiering i utprøvsperioden.

Rammen som er tildelt prosjektet i 2018 er: 18,5 mill. kr.

Finansiering gjennom tilskuddsordning er ment å bidra til å dekke følgende kostnadselementer:

<b>Kostnadselementer:</b>	<b>Tilskudd</b>	<b>Egenfinansiering kommune</b>
Prosjektleder	x	
Legeressurs i prosjekt	x	
Ressurs på sykehus	x	
Responstjeneste/oppfølgingstjeneste	x	x
Teknisk støtte		x
Programvare, evt abonnement	x	x
Utstyr: nettbrett, måleutstyr	x	x
Møtetid		x
Reisetid/kostnader		x
Kontorhold		x

Helsedirektoratet er opptatt av at det skal være gjennomføringsevne og dedikerte ressurser i det enkelte prosjekt. Det legges til grunn at de gis støtte til prosjektleder. For å nå fram med informasjon og være bindeledd og pådriver for kontakt med og mellom fastlegene anbefales å engasjere en legeressurs med opp mot 20% stilling i prosjektet. For å bidra til sammenhengende tjenester, informasjon og koordinering mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og internt på sykehuset vil tilskuddet også beregne noe støtte til frikjøp av en ressurs på sykehuset. Å etablere en oppfølgingstjeneste/responstjeneste kan være ressurskrevende, og det gis noe støtte til dette. Det er imidlertid viktig å finne gode lokale løsninger, hvor man ser på hensiktsmessige arbeidsformer, mulige synergier og samarbeid lokalt.

Selv om det viktigste er å lykkes med gode modeller for bruk av avstandsoppfølging i oppfølging av kronisk syke, og få til et godt samarbeid om dette, ønsker Helsedirektoratet å oppnå et visst volum for å få gjennomført en god evaluering. For å komme opp i et ønsket pasientvolum på ca.

600 pasienter totalt sett innen for gitte budsjetterammer, regner vi med at utprøvingen bør omfatte ca. 6 prosjekt. Det er derfor vesentlig at de kommuner som velges ut samlet sett har nok antall fastleger som er positive til å delta, og vurderes til å ha mulighet til å nå ønsket antall pasienter. Samtidig skal kommunene oppfylle kravene til ulik størrelse, representerer ulike regioner/deler av landet og avstand til sykehus. For å få variasjon og volum i de kommuner som deltar, har Helsedirektoratet antydning i kap. 1 at det bør være 3 større kommuner, 2 mellomstore kommuner og en mindre kommune, og at minst en også deltar i primærhelseteam. Helsedirektoratet oppfordrer mindre kommuner til å samarbeide, evt. med en større kommune der kommunene ser at dette er hensiktsmessig.

Det gis tilskudd til praksiskompensasjon for fastlegers deltakelse i opplæring og utviklingsarbeidet, tilsvarende 2,5 hele dager høsten 2018 etter en sats på 8000 kr / dag, ut fra hvor mange fastleger som deltar i det enkelte prosjekt.

Når det gjelder kommuner som også deltar i pilot for primærhelseteam, må kommunen selv vurdere om deler av tilskuddet skal overføres til primærhelseteamet, på bakgrunn av oppgavefordeling mellom partene.

Pasienter som er aktuelle for avstandsoppfølging er personer som har behov for oppfølging fra fastlege og evt. andre helseprofesjoner. Vanlige konsultasjoner dekkes av ordinær takstbruk. Ved tverrfaglig møter i forbindelse med avstandsoppfølging (eks. oppstart/utarbeidelse av oppfølgingsplan mv.) kan fastleger bruke takst 14 forutsatt at man oppfyller kravene til bruk av taksten.

Spesialister som deltar i tverrfaglige møter forventes å inngå som en del av det oppfølgingsarbeidet som kompenseres gjennom spesialisthelsetjenestens rammetilskudd. Det legges ikke opp til særskilt kompensasjon utover dette.

Utprøving av medisinsk avstandsoppfølging er et innovasjonsprosjekt og hoveddelen av kostnadene vil dekkes av tilskuddsmidler. Samlede kostnader for det enkelte prosjekt vil blant annet avhenge av størrelse, antall deltakende leger og antatt antall pasienter, organisering og omfang av utstyr, og løsning for responstjeneste/oppfølgingstjeneste. Det legges opp til noe egenfinansiering fra kommunene. Ved planlegging må det tas høyde for at det i det tredje året forventes en gradvis overgang til ordinær drift, og noe redusert tilskudd. Kommunen skal sette opp et budsjett med overslag som vedlegges søknaden.

**Antall kommuner og endelig tilskudd vil avgjøres ut fra en samlet vurdering, ut fra kriterier angitt i tilskuddsregelverket.**

## 7 EVALUERING

Ny utprøving av avstandsoppfølging skal evalueres for å få kunnskap om effekter for ulike interessenter og måloppnåelse i henhold til oppgitte effektmål. Evalueringen må sees i sammenheng med primærhelseteam og tilhørende evalueringsoppdrag.

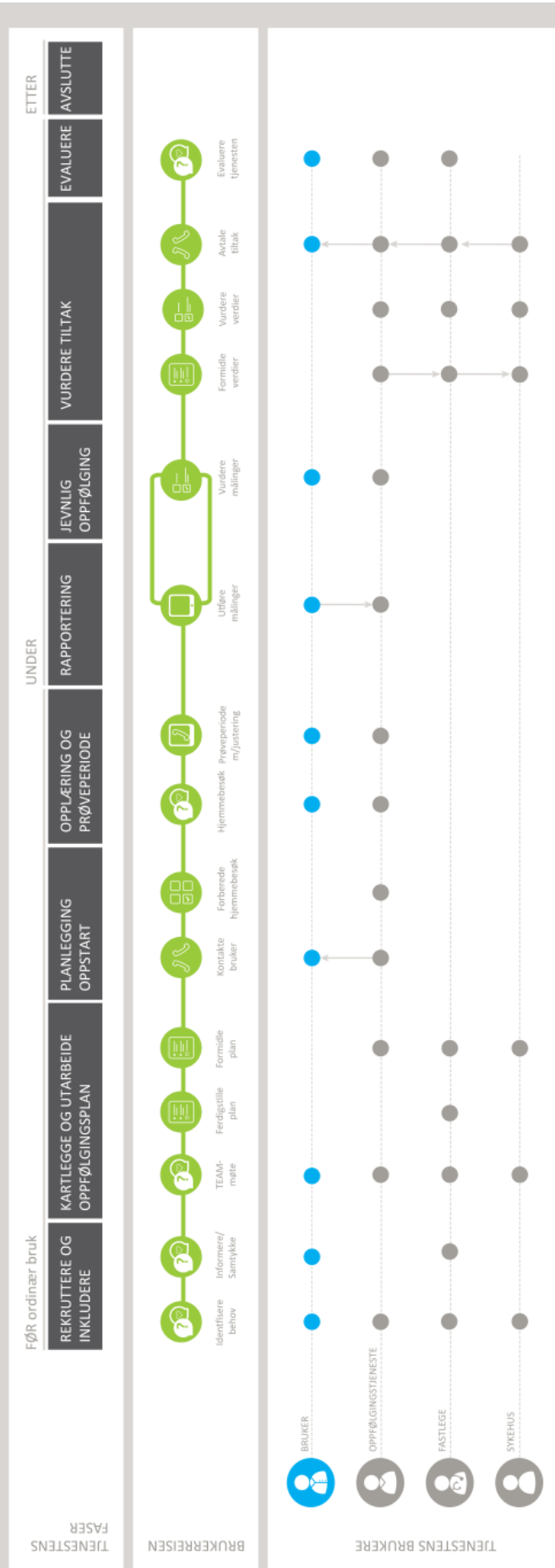
Evaluering av ny utprøving styres av effektmålene og minimumskravene som er definert for prosjektet. Prosjektet forventer gjennom utprøvingen å kunne måle oppnåelsen av mål 1 *Bedre fysisk og psykisk helse* og mål 2 *Bedre pasientopplevelse*. Når det gjelder mål 3, *Lavere kostnad for helsetjenesten*, forventer prosjektet via en samfunnsøkonomisk analyse å få en indikasjon på måloppnåelsen, men ikke statistiske signifikante svar. Dette har sammenheng med størrelsen og lengden på utprøvingsprosjektet.

Helsedirektoratet vil finansiere et evalueringsoppdrag til en ekstern evaluator. Hvordan evalueringen gjennomføres i praksis, vil være en vurdering av beste tilgjengelig metode og hva som er mulig innenfor prosjektets rammer. Denne vurderingen vil skje i samarbeid med evaluator og etter innspill fra interessenter for prosjektet.

Datainnhenting vil skje blant annet gjennom uttrekk fra journalsystem og nasjonale registre, spørreskjema og intervju. Kommunene, fastlegekontorene og andre involverte aktører i prosjektet må samarbeide med den instans som evaluerer prosjektet og levere data både før, under og frem til evalueringen er avsluttet. Det må påberegnes noe tidsbruk på dette fra deltagende aktører i prosjektet.

# Vedlegg 1:

## FASER OG OPPGAVER I AVSTANDSOPPFØLGING







**Postadresse:** Pb. 7000,  
St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Telefon:** +47 810 20 050

**Faks:** +47 24 16 30 01

**E-post:** [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no)

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)