



Mitt liv, min helse, min plan

Digital hjemmeoppfølging i Larvik kommune

Evalueringsrapport pr september 2020

Karen Kaasa
Linda Nilsen Augland



Innholdsfortegnelse

1	Sammendrag	3
2	Det nasjonale prosjektet digital hjemmeoppfølging	6
3	Larvikprosjektet: Mitt liv, min helse, min plan	7
3.1	Målet for prosjektet	7
3.2	Prosjektorganisering	8
3.3	Helsehjelpen, oppfølging av avstandsoppfølging	10
3.4	Oversikt over pasienter som ble inkludert i prosjektet	11
3.5	Hvem rekrutterte?	11
3.6	Digital egenbehandlingsplan	12
3.7	Spesielt om Covid-19 oppfølging	12
4	Resultater	15
4.1	Tre pasienthistorier	15
4.1.1.1	«Berit»	15
4.1.1.2	«Markus»	15
4.1.1.3	«Hilde»	16
4.2	Hva opplever deltagerne?	16
4.2.1	Brukerpanel	16
4.2.2	Spørreundersøkelse	17
4.3	Erfaringer fra fastleger	18
4.4	Gevinstrealisering	21
4.5	Digital egenbehandlingsplan	21
5	Videre drift	25
5.1	Erfaringer fra de andre pilotkommunene	25
5.2	Videre drift i Larvik på kort og lang sikt	25
6	Vurderinger og anbefalinger	26
6.1	Anbefaling	28

1 Sammendrag

Hensikten med denne rapporten er å gi styringsgruppen i Larvik et kunnskapsgrunnlag for vurdering av videre drift i Larvik kommune. Rapporten vil sees i sammenheng med evalueringen av Helsehjelpen.

Larvik er en av seks pilotkommuner i Norge som prøver ut digital hjemmeoppfølging (medisinsk avstandsoppfølging). Prosjektnavnet *Mitt liv, min helse, min plan* er valgt for å understreke overgangen til en mer personsentrert helsetjeneste der pasienten får mer kunnskap og flere verktøy til å håndtere sin kroniske sykdom.

Målet er at deltagerne skal få bedre fysisk og psykisk helse og en bedre samfunnsmessig ressursutnyttelse. Som pilot skal Larvik innhente erfaringer og kunnskap til Helsedirektoratet i utarbeidelsen av nasjonale anbefalinger.

Larvik har i tillegg fått i oppdrag å utarbeide en digital egenbehandlingsplan.

Det er rekruttert 80 pasienter til prosjektet, 38 i kontrollgruppen og 42 i tiltaksgruppen. Det ble inngått avtale med 18 fastleger, i tillegg er det en rekke fastleger uten avtale som har pasienter som er med i prosjektet.

Tilbakemeldingene fra pasientene og pårørende er svært positive. Kort oppsummering av en anonym spørreundersøkelse blant brukerne i tiltaksgruppen, vi fikk 24 svar:

- 94 % (52 % svært fornøyd og 43 % godt fornøyd) var fornøyd i det det store og hele med digital hjemmeoppfølging.
- 37 % mener det har medført forbedret fysisk helse og 63 % mente den ikke hadde påvirket den fysiske helsen
- 52 % mener digital hjemmeoppfølging har medført bedre livsglede, 48 mente den ikke hadde påvirket livsgleden, ingen mente den var blitt verre
- 100 % mener at digital hjemmeoppfølging har gjort de tryggere
- 58 % mener det har redusert besøk til fastlegen.
- 32 % mener det har redusert sykehusopphold, 59 % mener det ikke har påvirket sykehusopphold og 9 % mener det har økt sykehusinnleggelse
- 30 % mente den reduserte behovet for hjemmetjeneste og 10 % at den økte behovet for hjemmetjeneste
- 92 % mente det økte deres forståelse for og/eller kunnskap om egen sykdom

- 96 % var svært godt fornøyd eller fornøyd med oppfølgingen fra Helsehjelpen (67 % svært godt fornøyd, 29 %, hverken fornøyd eller misfornøyd 4 %), ingen var misfornøyd
- 64 % opplevde at digital hjemmeoppfølging gjorde de tryggere under pandemien

Noen sitater fra fastleger:

«Jeg erfarer et de pasienter som har vært med i tiltaksgruppen er veldig fornøyd. De føler seg godt ivaretatt, og kjenner på bedre oversikt/kontroll over sin egen situasjon. Det har eliminert en del usikkerhet. Mange situasjoner der man kunne forvente en forverring i tilstanden, har kunnet blitt avklart tidlig i forløpet. Jeg ser ikke bort ifra at det ved flere anledninger har ført til at man har unngått innleggelse på sykehus pga at man tidlig har fanget opp små tegn på forverring.»

«Både pasienter og jeg som deres fastlege ser en gevinst på mange plan.

«Pasienter og pårørende blir tryggere og får mere og bedre kjennskap til sin sykdom og svingninger i aktuelle målbare kliniske tilstand og parametre. (O2-metning, vekt, BT, puls, blodsukker, osv)»

«Pasienter og pårørende forstår via egenbehandlingsplan hvordan de selv kan innsette tidlig og økt behandling for å slippe ytterligere forverringer som medfører økt behov for helsehjelp via kommunal primærhelse (fastlege kons, legevakts konsultasjoner, innlagt på sykehjem, mere hjemmesykepleie, oppfølging osv.) eller akutt hjelp fra spesialisthelsetjeneste (sykehus behandling eller akutt sykehus innlagt.)»

Under pandemien ble det utviklet og tatt i bruk egne spørreskjemaer for oppfølging av covid-19 smittede. Dette har vært nyttig både for å fange opp signaler på forverring og behov for sykehusinnleggelse og for å redusere smitte.

Det er gjennomført enkle spørreundersøkelser til 13 pasienter som var smittet av covid-19 rundt påsketider. Resultatene viser at pasientene var godt fornøyd med oppfølgingen og at det ga trygghet.

Det anbefales en kombinert løsning der Helsehjelpen er spydspissen i forhold til kompetanse, opplæring og veiledning. Det anbefales at Helsehjelpen har ansvaret for oppfølging av pasientene som ikke har andre tjenester. Oppfølging av deltagerne som har andre tjenester i kommunen bør følges av den tjenesten (for eksempel

hjemmesykepleie, kreftkoordinator, psykisk helse og avhengighet), det vil kunne gi direkte gevinst i tjenesten og pasientene følges opp av personell som kjenner de best.

2 Det nasjonale prosjektet digital hjemmeoppfølging

Larvik er en av seks pilotkommuner i Norge som prøver ut digital hjemmeoppfølging (medisinsk avstandsoppfølging).

Helsedirektoratet har i oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet å lede et nasjonale prosjekt for å skaffe kunnskapsgrunnlag og komme med nasjonale anbefalinger for digital hjemmeoppfølging i kommunene.

Med støtte fra Helsedirektoratet prøver seks lokale prosjekter ut digital hjemmeoppfølging av personer med kroniske sykdommer. Utprøvingen gjennomføres i perioden 2018-2021 som en del av Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Formålet med utprøvingen er å få tilstrekkelig kunnskap om medisinsk avstandsoppfølging til å gi nasjonale anbefalinger om implementering av tiltaket. Utprøvingen evalueres av forskere fra Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonal senter for distriktsmedisin.

Tabellen nedenfor er hentet fra første delrapport fra Oslo Economics. Den viser en oversikt over pilotene og deres leverandører av digital hjemmeoppfølging.

Kommune	Prosjektnavn	Leverandør
Bodø	Helsehjelpa	Telenor
Stadt	mestrarhels@miheime	Dignio
Kristiansand (i samarbeid med flere kommuner i Agder)	TELMA NVP	Siemens Healthineers
Larvik	Mitt liv, min helse, min plan	Dignio
Oslo (bydelene Sagene, Grünerløkka, Gamle Oslo, St. Hanshaugen)	VIS 2.0	Dignio
Ullensaker og Gjerdrum	Mitt liv, mitt ansvar	Siemens Healthineers

3 Larvikprosjektet: Mitt liv, min helse, min plan

3.1 Målet for prosjektet

Prosjektnavnet er valgt for å understreke overgangen til en mer personsentrert helsetjeneste. Pasienten skal få mer kunnskap og flere verktøy til å håndtere sin kroniske sykdom. Fra å spørre «hva feiler det deg» er vi mer opptatt av «hva er viktig for deg». Helsepersonell og teknologien skal sammen støtte pasienten i å nå sine mål og får mer kontroll over egen helse.

Larvik er inspirert av professor Gro Rosvold Berntsen ved Nasjonalt senter for e-helse i Tromsø og hennes arbeid for Personsentrert og tverrfaglige team som metode for skrøpelige, (multisyke). Denne måten å arbeide på viste en 30 % reduksjon i øyeblikkelig hjelp innleggelser og at dødeligheten ble redusert med 14,3 %. (2017)

Denne endringen illustreres slik (Phanareth mfl. 2017) (Oversatt fra engelsk)

Gjennomgripende endring av helsetjenesten

<i>Fra profesjonalisert sykdoms paradigme</i>	<i>Til personsentrert helsetjeneste paradigme</i>
Pasient	Person
Diagnose	Forløp
Sykdom	tilstand
Konsultasjon og behandling	Monitorering og forebygging
Innlagt	Behandles hjemme
Resignere eller gi fra seg ansvar	Empowerment- selvbestemmelse
Planlagt/kontrollert	Tilgjengelig ved behov
Reaktiv	proaktiv
Systemeid helsedata	Innbyggereid helsedata
Patriarkalsk/belærende	Konsulterende/veiledende
aktivitet gir refusjon	verdi gir refusjon
Sektor segmentert	Sektor nøytralt
Sentralisert og profesjonssentrert	Personsentrert
Ansvar for behandling	Ansvar for tjeneste

Målet er at deltagerne skal få bedre fysisk og psykisk helse, og at prosjektet skal være med på å skaffe til veie fakta som kan bidra til at Helsedirektoratets oppdrag om å gi nasjonale anbefalinger for avstandsoppfølging.

Delmålene er å:

- prøve ut avstandsoppfølging som metode
- oppnå økt egenmestring og trygghet for pasienten
- avdekke forverring raskt slik så tiltak kan iverksettes tidlig
- på lang sikt utsette/minske behov for mer ressurskrevende tjenester, f.eks. minske legevakt, akuttinnleggelse og færre akutt-timer hos fastlegen
- sømløse tjenester og god samhandling mellom sykehus, fastleger og kommunens helsetjenester
- utvikle og teste en digital egenbehandlingsplan

Prosess og gevinstrealisering

Konsulentselskapet PA consulting ble engasjert av Helsedirektoratet for å biståprosjektet både sentralt og i pilotkommunene. De har deltatt og i starten også planlagt workshopene som kommunen arrangerte i forkant for oppstart med pasienter. I denne prosessen var det bered deltagelse fra kommunens ansatte og ledere, fastleger, brukerrepresentanter og fra Sykehuset i Vestfold. Det ble utarbeidet et gevinstrealiseringsverktøy som er benyttet for registrering av resultater.

Det er gjennomført brukerpanel tre ganger der de brukerne som ønsket det deltok med pårørende, og ga viktige innspill. Brukerne har vært med å utforme både den tekniske løsningen og oppfølgingstjenesten.

3.2 Prosjektorganisering

Økonomi:

Prosjektperioden er 1. juli 2018-1.7.2021. Prosjektet er delfinansiert av Helsedirektoratet. Totalt har Larvik kommune mottatt kr 9,67 millioner kroner i tilskudd til prosjektet. Av dette var 450.000 kroner øremerket utvikling av digital egenbehandlingsplan.

Det er hvert år overført ubrukte midler til året etter. Dette fordi pilotene fikk fullt tilskudd i 2018, men startet ikke opp før 1. juli. Det innebærer at i 2021 er det lite

sannsynlig at kommunen for tilskudd, men ubrukt tilskudd skal sikre drift i 1. halvår 2021.

	2018	2019	2020	Sum tilskudd
Tilskudd fra Helsedirektoratet	3 090 000	3 090 000	2 650 000	8 830 000
Tilskudd til egenbehandlingsplan	450 000	390 000		840 000
Sum tilskudd	3 540 000	3 480 000	2 650 000	9 670 000

I tillegg er det gitt et tilskudd fra Fylkesmannen på kr 800.000 i 2019 som er benyttet til tre 20 % sykepleierstillinger. De er benyttet til implementering av digital hjemmeoppfølging i hjemmetjenesten.

Kostnadene er lønn til ansatte, kompensasjon til fastleger, utstyr og programvare for avstandsoppfølging. I tillegg er det driftsutgifter; kontorhold, møter, reise og telefoni.

Prosjekteier

Kommunalsjef for helse og mestring i Larvik kommune Guro Winsvold

Styringsgruppe

- Kommunalsjef for helse og omsorg Larvik kommune; Guro Winsvold
- Avdelingssjef Sykehuset i Vestfold-HF; Marit Dahl Mikkelsen
- Leder for helsehjelpen i Larvik kommune fra og med 2019 Aase Tømte, (i 2018-2019 Cecilie Lyngra Seierstad)
- IT-sjef Larvik kommune; Sigurd Strand
- Prosjektleder Larvik kommune; Karen Kaasa

Prosjektorganisasjon

Karen Kaasa og Linda Nilsen Augland (for digital hjemmeoppfølging Covid-19) og prosjektlege Jens Kristian Fagernæs.

Prosjektgruppe og brukerpanel møtes jevnlig.

Det er avholdt 5 workshops, fastlegene har vært aktive deltagerne på alle workshopkene. 22 fastleger har inngått avtale med prosjektet. Prosjektlege Fagernæs

har hatt jevnlig kontakt med fastlegene. Suksessfaktorer for det gode samarbeidet mellom fastlegene og prosjektet.

- Engasjert prosjektlege som fastlegekorpset i Larvik har tillitt til
- Økonomisk kompensasjon for medgått tid til prosjektarbeidet
- Opplevd nytteverdi for pasientene
- Jevnlig informasjon, oppdateringer og påminnelser

3.3 Helsehjelpen, oppfølging av avstandsoppfølging

Helsehjelpen åpnet 1. oktober 2018. Helsehjelpen, ett treårig prosjekt som skal evalueres høsten 2020. Helsehjelpen er bemannet på hverdager fra klokken 08-17 og har følgende oppgaver:

- Informasjon, råd og veiledning ved helserelevante utfordringer
- Være en informasjonskanal for tjenester innenfor helse og omsorg
- Programmering, utplassering, drift, vedlikehold og demontering av velferdsteknologisk utstyr
- Opplæring i velferdsteknologisk utstyr, både til innbyggere, pårørende og ansatte
- Medisinsk avstandsoppfølging

Pasientene intervjuet, fylte ut samtykkeskjema og ble randomisert. Det var tilfeldig hvem som kom i kontroll og i tiltaksgruppen. Pasientene i tiltaksgruppen fikk utdelt i-pad, spesialtilpasset spørreskjema og aktuelt utsyr utfra den enkeltes behov. Per august 2020 har Larvik kommune benyttet:

- blodtrykksapparat
- øretermometer
- pulsoksymeter
- spirometri
- vekt
- blodsukker og
- CRP apparat

Etter en periode med målinger og svar på spørreskjema tas det et møte hos fastlegen hvor det legges en plan og settes grenseverdier for målingene som avgjør når pasienten

kommer i grønn, gul eller rød sone. Utgangspunktet for samtalen er et utkast laget av sykepleier og pasient i fellesskap.

I fra slutten av mars har også avstandsoppfølging blitt et viktig verktøy for oppfølging av Covid smittede.

3.4 Oversikt over pasienter som ble inkludert i prosjektet

Målet for det nasjonale prosjektet var minst 600 pasienter og pr 23. juni 2020 var det rekruttert 699 pasienter. Målet for Larvik var målet opprinnelig 70 pasienter, i 2019 ble dette økt til 80 pasienter innen 1. juli 2020. Fra denne datoen stoppet inkludering av nye pasienter til forskningen.

Larvik hadde per 1. juli 2020:

- 80 pasienter inkludert i prosjektet, av disse var
- 42 pasienter i tiltaksgruppen og
- 38 pasienter i kontrollgruppen.
- Deltagerne har kroniske sykdommer som
 - Kols
 - Diabetes
 - Hjerte og karlidelserFlere har mange diagnoser.
- Det er ikke inkludert pasienter med psykiske lidelser som hoveddiagnose.

3.5 Hvem rekrutterte?

Det er i hovedsak fastleger og hjemmesykepleien som har rekruttert pasienter.

Fordeling av henvisningsinstanser:

51 % fastleger

23 % hjemmesykepleie

3 % sykehus

23 % andre (pasientene selv, fysioterapeut, tjenestekontor, lege på Helsehuset)

De fleste pasienter henvist fra fastlegene var i forholdsvis friske pasienter med kroniske lidelser som hadde lite behov for annen hjelp, mens hjemmetjenesten i hovedsak henviste svært hjelpetrengende pasienter. Dette har gitt Larvik en variert pasientgruppe.

Tjenestekontoret har rekruttert tre pasienter. Årsaken til at tjenestekontoret i liten grad har henvist pasienter i prosjektets to første år er:

- Implementering av nye rutiner krever hyppigere oppfølging, det er avholdt tre informasjonsmøter, men dette er ikke nok.
- Henvisninger fra sykehuset har noen ganger kommet som et notat i epikrisen og da har de ikke blitt fanget opp av tjenestekontoret, de forholder seg til dialogmeldingene.
- De siste årene har fokuset vært på å vurdere nedtrapping av tjenester og derfor lite fokus på å introdusere nye tiltak.

3.6 Digital egenbehandlingsplan

Fra 2019 har Larvik i tillegg utviklet og testet ut egenbehandlingsplan i samarbeid med Diginio AS. Alle pasienter får derfor en egenbehandlingsplan som gjør de mer i stand til å selv påvirke sin egen helse i alle soner. Målet er at pasientene skal være mest mulig i grønn sone.

Det ble i 2020 sendt ut et spørreskjema til de som hadde fått 17 svar. 15 (88%) var svært fornøyd eller fornøyd med egenbehandlingsplanen. De aller fleste (80 %) mente digital egenbehandlingsplan var bedre enn papirversjon, ingen mente det var dårligere. 14 (82 %) opplevde at de håndterte sykdommen bedre på grunn av egenbehandlingsplanen.

3.7 Spesielt om Covid-19 oppfølging

Da Norge ble stengt på grunn av korona-pandemien 12- mars 2020 så L prosjektgruppen i Larvik kommune og vår leverandør Diginio at avstandsoppfølging ville være nyttig i forhold til innbyggere som ble smittet og skulle følges. Det ble før påske utviklet egne spørreskjemaer og opplegg for oppfølging av covid-19 smittede i kommunen.

Larvik kommune har samarbeidet med Diginio og legespesialist i indremedisin og infeksjonssykdommer om utarbeidelse av spørreskjema. Spørreskjemaet inneholder

spørsmål om allmenntilstand, hoste, pusteproblemer, respirasjonsfrekvens, temperatur og puls. Hvert svaralternativ har ulike svaralternativer med tilhørende score, og disse legges sammen til en totalscore som triagerer pasienten i grønn, gul eller rød sone. Dette skjemaet har fokus på luftveissymptomer fordi de er de viktigste symptomene for å bedømme alvorlighetsgrad. I tillegg har vi et spørreskjema om andre symptomer, som hodepine, mageknip/diare, svekket lukt og smakssans og smerter og verking i musklene. Enkelte spørsmål vektet høyere grunnet alvorlighet. For eksempel, respirasjons- og pusteproblemer er spesielle kjennetegn med pasienter som er smittet med COVID-19. Ved at en pasient rapporterer høy score på pusteproblemer vil det gå et direkte rødt varsel, uavhengig av totalscore, som indikerer at denne pasienten har behov for rask vurdering av lege og for noen rask innleggelse på sykehus.

Det ble innledet i to nivåer, ett nivå oppfølging via spørreskjema, chat og videokonsultasjoner og neste nivå der pasienten også fikk temperaturmåler og pulsoksymeter. Det er også informasjonsside der det er i tillegg til informasjon om sonene og oppfølgingen så er det linker til hels norge, FHI og selvhjelpsprogrammer som kan være til hjelp ved psykiske utfordringer knyttet til hjemme isolering. Opplegget ble testet ut og validert og ble iverksatt fredag i løpet av påsken var det 13 smittede som ble fulgt opp. Senere er det videreutviklet, gjort tilgjengelig på mange språk (engelsk, persisk, arabisk, kinesisk, eritreisk).

Opplegget har til hensikt å:

- Redusere smitterisiko for sårbare pasienter og helsepersonell
- Nå en stor gruppe pasienter samtidig
- Fange opp de som er i faresonen og trenger legetilsyn eller innleggelse
- Trygge de som er isolert

Pasientforløpet og hvilke kriterier som skal til for oppkobling har endret seg slik at nå er det både smittede og nærstående med symptomer som kobles opp.

Fastlege og leder på legevakt 2 uttaler følgende: «Det har vært veldig hjelpsomt og lærerik å bruke avstandsoppfølging i denne situasjonen.

- Covid-19 har vært et nytt sykdom vi ikke visste mye om. Med avstandsoppfølging kunne vi samle kunnskap og lære mer om sykdommen.

- Siden det er et smittsomt sykdom er avstandsoppfølging en god hjelpemiddel for å kunne følge opp pasienten på en forsvarlig måte.
- Det gir pasientene mye trygghet både selve hjelpemidler (app og utstyr) men også kunne nå noen ved behov enten via SMS eller telefon. Det å gi psykisk støtte er nesten like viktig i en situasjon hvor pasientene lever i isolasjon til dels i flere uker.»

4 Resultater

4.1 Tre pasienthistorier

4.1.1.1 «Berit»

Berit er ei svært engasjert dame på 90 år. Hun har en lang historie med sykdom hvor KOLS og utlagt tarm er hovedproblemene. KOLSen hennes gjør at hun sliter mye med tung pust og orker svært lite, mens hennes utlagte tarm har gitt henne flere episoder med alvorlige infeksjoner og påfølgende sykehusinnleggelse. En av infeksjonene var svært alvorlig, og hennes største angst er at dette skjer på nytt og at hun ikke skal makte å kontakte noen før hun blir for syk. Alle infeksjonene har gitt henne stigende og vedvarende høy temperatur og fallende blodtrykk. Målingene hun tar går som varslere til Helsehjelpen. I tillegg går varsel til hjemmetjenesten ved avvikende målinger kveld, natt og helg. SMSen inneholder informasjon slik at tjenesten vet hva de skal gjøre. Dette gir henne trygghet for at det alltid er noen som ser målingene hennes og at det blir iverksatt tiltak.

4.1.1.2 «Markus»

Markus er en aktiv, ung mann som ble diagnostisert med benmargskreft for et år siden. Han har vært i gjennom omfattende behandling med benmargstransplantasjon og etterfølgende cellegift. Markus har kone og fire barn som alle går i barnehage, faren for å bli smittet av en infeksjon er derfor et svært aktuelt tema for han. Tidligere var han flere ganger i uken hos sin fastlege for å måle CRP. Covid 19 situasjonen gjorde han enda mer usikker og tidvis redd for å gå ut blant andre mennesker. Markus bruker også fast Prednisolon, denne medisinen kan kamuflere feber og andre tegn på infeksjon. Det ble derfor, i samarbeid med kreftkoordinator i kommunen som har fulgt han tett opp sammen med fastlege, bestemt at han kobles til temperaturmåling, smerteskalaregistrering og CRP måling. Han ble gitt friheten til å måle CRP ved behov og fikk grundig opplæring i bruk av utstyret og referanseverdier. Det var tett kontakt med Helsehjelpen den første tiden og da målte han daglig. Etter et par uker var han trygg nok på temperaturmålingen og sin egen sykdomstolkning til at CRP-målingen gikk ned til to ganger pr uke eller ved tegn til forverring. Dette sparte han for mange turer til fastlegen, han følte seg svært godt ivaretatt og trygg. Muligheten til å se en

sammenheng mellom økende smerter og stigende temperatur og CRP økte hans kunnskap om egen sykdom.

4.1.1.3 «Hilde»

Hilde er en 50 år gammel dame med alvorlig KOLS, astma og kronisk bukspyttkjertelbetennelse. Hun røyker og får derfor ikke hjemmeoksygen og dette har resultert i flere sykehusinnleggelser for å få oksygenbehandling. Hun hadde vært med på digital hjemmeoppfølging noen måneder og det ble gjennomført en grundig kartlegging av hennes ønsker og behov. Et av hennes hoved ønsker var å slippe innleggelse til sykehus. Det ble iverksatt et samarbeid med legevakt, Helsehuset og fastlege for å legge til rette for en åpen retur til kommunens øyeblikkelig hjelp-avdeling. Her ble det laget en detaljert plan for oksygenbehandling, måling av CRP, eventuell antibiotikabehandling og økning av forstøverbehandling på avdelingen. Resultatet var kun en innleggelse til sykehus (fordi CRP var for høy til at de kunne starte behandling uten å ha tatt røntgenbilde av thorax), ellers ble hun lagt rett inn på ØHD-avdelingen, de fleste gangene kun for oksygenbehandling og da klarte hun seg med dette uten videre behandling.

4.2 Hva opplever deltagerne?

4.2.1 Brukerpanel

Lavik har invitert alle brukere til brukepanel for å få tilbakemeldinger og dele erfaringer. Det har vært svært god deltagelse på disse samlingene. Selv pasienter som både sitter i rullestol og bruker surstoff har prioritert å komme på panelmøter. Det ble avholdt to møter i 2019 og ett møte i 2020.

Illustrasjonen nedenfor er fra det første brukerpanelet. Det er satt inn sitater fra deltagerne. (Illustrasjonen er laget og brukt av Helsedirektoratet).

Brukerpanel i Larvik 19.6.2019: 12 brukere deltok

«Jeg føler meg noen ganger litt overvåket, både på en positiv og negativ måte..»



«Det er fint å se på målingene, da slipper jeg å plage fastlegen så mye som før. Da slipper jeg å lure...»

«Jeg tror jeg merker endringene i helsetilstanden tidligere enn før»

«Dette gjør meg tryggere på egen sykdom»

Direktoratet for e-helse

Helsedirektoratet

KS

Side 7

4.2.2 Spørreundersøkelse

Tilbakemeldingene fra pasientene og pårørende er positive. Kort oppsummering av en anonym spørreundersøkelse blant brukerne i tiltaksgruppen, vi fikk 24 svar, av disse svarte. Svarene vedlegges rapporten. Et utdrag av resultatene:

Tilbakemeldingene fra pasientene og pårørende er svært positive. Kort oppsummering av en anonym spørreundersøkelse blant brukerne i tiltaksgruppen, vi fikk 24 svar:

- 94 % (52 % svært fornøyd og 43 % godt fornøyd) var fornøyd i det det store og hele med digital hjemmeoppfølging.
- 37 % mener det har medført forbedret fysisk helse og 63 % mente den ikke hadde påvirket den fysiske helsen
- 52 % mener digital hjemmeoppfølging har medført bedre livsglede, 48 mente den ikke hadde påvirket livsgleden, ingen mente den var blitt verre
- 100 % mener at digital hjemmeoppfølging har gjort de tryggere
- 58 % mener det har redusert besøk til fastlegen.
- 32 % mener det har redusert sykehusopphold, 59 % mener det ikke har påvirket sykehusopphold og 9 % mener det har økt sykehusinnleggelse
- 30 % mente den reduserte behovet for hjemmetjeneste og 10 % at den økte behovet for hjemmetjeneste
- 92 % mente det økte deres forståelse for og/eller kunnskap om egen sykdom

- 96 % var svært godt fornøyd eller fornøyd med oppfølgingen fra Helsehjelpen (67 % svært godt fornøyd, 29 %, hverken fornøyd eller misfornøyd 4 %), ingen var misfornøyd
- 64 % opplevde at digital hjemmeoppfølging gjorde de tryggere under pandemien

4.3 Erfaringer fra fastleger

Erfaringer med Digital Hjemmeoppfølging fra fastlege og prosjektlege Jens Kristian Fagernæs:

«Jeg har drevet som fastlege i 37 år i Larvik med en stabil og stor fastlegepraksis også med mange eldre og kronisk syke pasienter. Flere av pas. har vært heldig å få delta i Prosjektets tiltaksgruppe. Mange av pasienten som ikke har blitt utvalgt til tiltaksgruppen har blitt skuffet og ønsker seg inn i slik oppfølging når det blir mulig. Både pasienter og jeg som deres fastlege ser en gevinst på mange plan. Pasienter og pårørende blir tryggere og får mere og bedre kjennskap til sin sykdom og svingninger i aktuelle målbare kliniske tilstand og parametre. (O2-metning, vekt, BT, puls, blodsukker, osv.) Pasienter og pårørende forstår via egenbehandlingsplan hvordan de selv kan innsette tidlig og økt behandling for å slippe ytterlige forverringer som medfører økt behov for helsehjelp via kommunal primærhelse (fastlege kons, legevakts kons, innleggelser sykehjem, mere hjemmesykepleie, oppfølging osv.) eller akutt hjelp fra spesialisthelsetjeneste (sykehus behandling eller akutt sykehus innleggelse.)

Pasient og pårørende føler seg trygge og ivaretatt når de kan ha en enkel eDialog omkring helsemessige symptomer og plager via nettbrett med kjente fagpersoner via Helsehjelpen! Fokus på og oppmuntring til egenhjelp og egentrening gir økt mestringfølelse i forhold til egen sykdom og motvirker sykdomsisolasjon. Fastlege og annet helsepersonell kan bruke og se pasientens sykdomsutvikling enkelt via MyDignio eller pas medbrakte Nettbrett med kliniske parametre. Det er spennende å se at tiltaksgruppe pasienter også får erfaring med og utbytte av samt et aktivt forhold til digital egenbehandlingsplan. Digital Hjemmeoppfølging passer ikke for alle kronisk syke pasienter. Det kan synes som om kronisk syke pasienter med svingende komplekse sykdomsforløp og stort behov for helsehjelp kan ha størst nytte og utbytte av Digital Helseoppfølging.

I stabil sykdomsfase kan kanskje rapporteringer reduseres til x 1-2 pr uke. Håp om at enkelt digital grensesnitt og enkel intuitiv elektronikk medfører at alle helsefag grupper klarer å nyttiggjøre seg og ta til seg at pasienten nå får et ekstra og nyttig hjelpemiddel for å bli kjent med egen helse/sykdom som lett kan viderefremmes til helsepersonell i et sammensatt og komplekst helsesamarbeid omkring Pasientens Helsevesen.»

Prosjektlege Fagernæs sendte ut spørsmål til fastlegene som deltar i prosjektet om deres erfaringer. Nedenfor er de innspillene som er kommet per 26.8 fra fire fastleger i Larvik.

FL 1: «Jeg har god erfaring både fra mine pasienter som har vært med og min egen erfaring. har ikke fått noen negative tilbakemeldinger, og pasienter har vært svært positive til inkludering i studien.

Jeg erfarer at de pasienter som har vært med i tiltaksgruppen er veldig fornøyd. De føler seg godt ivaretatt, og kjenner på bedre oversikt/kontroll over sin egen situasjon. Det har eliminert en del usikkerhet. Mange situasjoner der man kunne forvente en forverring i tilstanden, har kunnet blitt avklart tidlig i forløpet. Jeg ser ikke bort ifra at det ved flere anledninger har ført til at man har unngått innleggelse på sykehus pga at man tidlig har fanget opp små tegn på forverring.

Jeg synes det har vært en fin måte å følge opp pasienter i tiltaksgruppen på. Tilgang til pasientens målinger gir en god oversikt, og gir også mulighet for å etablere en slags forståelse av hva som er pasientens habituelle situasjon. Jeg har ikke hatt noen negative erfaringer med tiltaksgruppen.

Fint med helsehjelpen som har fulgt opp målinger for den enkelte, og tatt kontakt med meg ved behov for avklaring av evt tiltak. Pasientene er fornøyd med at de kan medbringe I-pad til konsultasjoner for gjennomgang av den siste tids målinger. Jeg opplever tiltaket som positivt og skaper økt trygghet for pasienten. Legens rolle er som en monitor/overvåker, men tar først tak etter at helsehjelpen har vært inne og gjort en selvstendig vurdering. Det synes jeg er fornuftig.»

Fl 2: «Jeg har kun 2 pasienter i tiltaksgruppen og har ikke rukket å få tilbakemeldinger eller inntrykk av hvordan det fungerer inntil videre. Umiddelbart har oppstartmøte og

planlegging av tiltak gitt et solid og godt inntrykk, men altså ingen tilbakemeldinger å bibringe enn så lenge utover det.»

FL 3: «Jeg har dessverre ikke fått inkludert noen pas i MAO. Jeg har et par på lista med KOLS som er med fra tidligere. Erfaringene med disse er stort sett gode. De er fanget opp tidlig med forverring av tungpust og kommet på time eller fått medisin ut ifra mistanke om forverring av grunnsykdom. Tiltak har både vært behandling akutt og med én også forskriving av ab til oppstart ved purulent eksaserbasjon. Pasientene har følt trygghet med opplegget. De har ikke hatt med iPaden på time, men vitale er da kommunisert på forhånd av som følger opp. Jeg har også erfaring med pasient av kollega på kontoret som er med i MAO med KOLS, der sykepleier spurte om å øke Prednisolon. Jeg kjente ikke pas godt, tok hen inn til undersøkelse og det viste seg å være forverring av hjertesvikt. Jeg tenker det kan være en fallgrube med MAO at de blir fulgt for én diagnose/sykdom og at man kan se seg litt blind på dette ved forverring.»

FL 4: «Pasienten syntes det var bra, veldig ryddig skissert og interessant for henne uten at det sparte inn mer enn kanskje en konsultasjon for meg. Jeg reagerte på at hun hele tiden skulle kontrollere blodtrykket (ikke hypertensiv)- for en nevrotiker ville det tatt av ... (men ikke for henne- "de sa de ville ha mest mulig målinger", tross avtale ved oppstart hos meg.)»

Spesielt i forhold til Covid-oppfølging:

Hannelore Neumann, fastlege og fra 1.9.2020 virksomhetsleder på legevakten:

«Det har vært veldig hjelpsomt og lærerik å bruke avstandsoppfølging i denne situasjonen.

- Covid-19 har vært en ny sykdom vi ikke visste mye om. Med avstandsoppfølging kunne vi samle kunnskap og lære mer om sykdommen.
- Siden det er en smittsomt sykdom er avstandsoppfølging et god hjelpemiddel for å kunne følge opp pasienten på en forsvarlig måte.
- Det gir pasientene mye trygghet både selve hjelpemidler (app og utstyr) men også kunne nå noen ved behov enten via SMS eller telefon. Det å gi psykisk støtte er nesten like viktig i en situasjon hvor pasientene lever i isolasjon til dels i flere uker.»

4.4 Gevinstrealisering

I samarbeid med PA consulting group er det gjennomført fem workshoper i forkant av oppstart med pasienter og underveis i prosjektet. Det har vært bred deltagelse på workshoppene fra kommunens ansatte og ledere, fastleger, brukerrepresentanter og fra Sykehuset i Vestfold. Det ga en god forankring i utarbeidelsen av pasientforløp og valg av hvilke resultater som skulle prioriteres ved måling av gevinster.

I gevinstrealiseringsskjemaet som sendes ut hver 3. måned blir brukerne og pårørende spurt om opplevelse av trygghet, brukerne blir også spurt om mestring. De måles med et nullpunkt fra oppstart, og med utgangspunkt i dette så viser siste måling som ble gjort i slutten av juli;

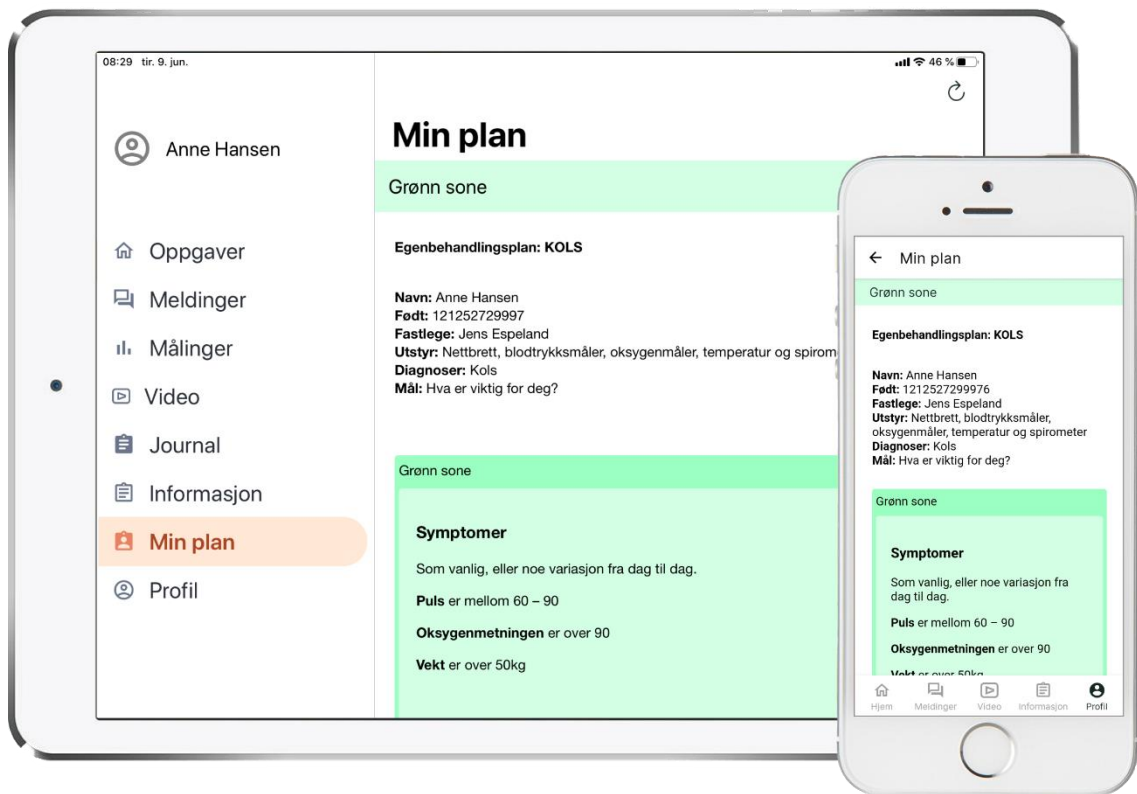
- Opplevelse av trygghet har økt med 0,12 (fra 7,48 - 7,60)
- Opplevelse av kunnskap har økt med 1 (fra 6,53 - 7,53)
- Opplevelse av egen helse har økt med 0,93 (fra 4,70 - 5,63)
- Opplevelse av mestring har økt med 0,23 (fra 6,70 - 6,93)
- Pårørendes opplevelse har økt med 1,37 (fra 5,70 - 7,07)

Tidligere målinger har både vært lavere og høyere enn hva siste måling viser. Det er uvisst om dette påvirkes av nye brukere som ikke har vært med i prosjektet, om disse scorer lavere på sine første målinger, eller om de som har vært med lenge i prosjektet opplever store endringer.

4.5 Digital egenbehandlingsplan

Larvik kommune mottok tilskudd til utvikling av digital egenbehandlingsplan fra Helsedirektoratet i 2018 og 2019, totalt 800.000 kr. I samarbeid med Dignio har dette utviklingsarbeidet kommet et godt stykke på vei.

Erfaringene med å etablere egenbehandlingsplan på pasientens nettbrett er gode, det har medført at pasientene er mer involvert i egen helse og tar et større ansvar for å behandle seg selv og gjennomføre endringer i livsstil som kan medføre bedre helse og redusert behov for omfattende tjenester fra helsevesenet. De som har brukt egenbehandlingsplan tidligere vil også kjenne seg igjen i den digitale løsningen som nå er en integrert del av Dignio Prevent.



For hjemmetjenesten er egenbehandlingsplanen en god støtte når pasienten får en forverring. Egenbehandlingsplanen inneholder ofte medikamentell behandling pasienten kan ta i bruk ved en forverring, og hjemmetjenesten har derfor mulighet til å sette i gang behandling hos pasienten tidligere enn før.

Dignio har utviklet en rekke funksjoner som er benyttet for at egenbehandlingsplan skal bli enda mer nyttig og enkel å bruke for pasientene. Ved å koble planen til daglig oppgaver på pasientens nettbrett eller i appen, sikres det at egenbehandlingsplanen ikke blir liggende og samle støv.

Egenbehandlingsplan bygger på pasientens normale eller forventede mønster for forverring. I et forsøk på å standardisere begrepsbruken har Dignio valgt å beskrive pasientens tilstand til å være i grønn, gul, oransje eller rød sone, på lik linje med papirutgaven noen av pasientene kjenner fra før. Dette gjør verktøyet fleksibelt på tvers av diagnoser, kommunal primærhelsetjeneste og sykehus.

For hver sone (grønn, gul eller rød) beskriver man hvilke symptomer som definerer tilstanden, og hvilke aktiviteter som pasienten skal utføre i den aktuelle sonen.

I tillegg har Dignio integrert egenbehandlingsplanen med eksisterende funksjonalitet, ved å gjøre det mulig med oppgaver knyttet til bestemte tilstander. En oppgave - som

f.eks. å ta en behovsmedisin - vil ikke fremkomme i pasientens oppgaveliste på nettbrettet før tilstanden endres til f.eks. rød sone.

I august 2020 ble det sendt ut et anonymt spørreskjema til de 21 brukerne som har fått egenbehandlingsplan for å få tilbakemelding. (utskrift av resultatene følger som vedlegg 2)

17 har svart, 60 % var kvinner, 40 % menn, 41 % hadde hatt papirutgave enten fra LH sykehuset eller Glitreklubben eller sykehuset i Vestfold.

Resultater ved bruk av egenbehandlingsplan:

80 % syntes digital egenbehandlingsplan var bedre enn papir, 20 % mente det ikke var noen forskjell og ingen mente det var dårligere. På spørsmålet hvordan de syntes det var å ha egenbehandlingsplan på nettbrettet svarte 47 % veldig bra, 41 % bra, 11 % hverken bra eller dårlig, ingen syntes det var dårlig.

I hvilke situasjoner de brukte egenbehandlingsplan (fritekst):

- Når jeg er dårlig
- Hvis jeg blir syk med hoste og dårlig form ang pusten
- Når jeg føler meg litt dårligere
- Hjemme, på sykehus eller andre behandlingssteder
- Ved større avvik ved daglige målinger
- Ved behov
- Ved forverring av sykdommen
- Oksygen og blodtrykk
- Når jeg får feber da ser jeg på den
- Sjekker ofte, spesielt ved forverring
- Når jeg lurer på noe, for å få tips og når jeg er dårligere

På spørsmålet «Hvordan har egenbehandlingsplanen påvirket din evne til å håndtere egen sykdom?» er svarene:

6 % mye bedre

76 % bedre

12 % uendret

6 % Mye dårligere

Hva er bra med egenbehandlingsplanen på nettbrettet? (fritekst)

- Kan bare slå opp på siden min her så har man planen klar.
- Alt på ett sted er bedre enn både papir og brett.

- Enkel tilgang.
- Kommer tidlig i gang med medisiner
- Lett å finne
- Følger med utviklingen. Kan bli urolig noen ganger
- Bedre kontroll egen sykdom. Reduserer kontakt m fastlegen.
- Tilgjengelighet, oppdateringer raskt.

Hva er dårlig med egenbehandlingsplanen på nettbrettet? (fritekst)

- Jeg ser ingen negativitet med det, bra tiltak.
- ?
- Ikke noe
- Kan bli urolig noen ganger når prøvene er dårlige
- Fornøyd slik det er
- Noen skjønner kanskje ikke hvordan det brukes

Hva kunne vært bedre?

- Nei, bra med de fargede kodene lettere å se hvor en er selv, nei
- Vet ikke
- Ser ingen grunn til forandring
- Bra som det er nå
- Litt liten tekst

5 Videre drift

5.1 Erfaringer fra de andre pilotkommunene

- Oslo kommune har egne oppfølgingsentre i bydelene. Det er styringsgruppevedtak at alle bydeler fortsetter videre og går over i drift. Oslo har vedtatt digital hjemmeoppfølging for hele kommunen. Oslo har hatt gjennomført en anskaffelse som har resultert i avtale med Dignio.
- Stad benytter legevakten som oppfølgingstjeneste. Videre drift er under avklaring.
- Agder, skal ha videre drift etter pilotperioden og har satt i gang en felles innovativ anskaffelse, de har tre oppfølgingscenteret
- Bodø, oppfølgingstjenesten er lagt til Helsehjelpen som er en egen enhet i legevakt fortsetter inklusjon også etter 1.7., jobber med overgang til drift.
- Ullensaker/Gjerdrum

5.2 Videre drift i Larvik på kort og lang sikt

Styringsgruppen har støttet følgende strategi ut resten av pilotperioden:

- Rekruttere nye pasienter med fokus på mulighet for gevinstrealisering
- Rekruttere pasienter med mulighet for betydelig bedring i livskvalitet og/eller helsegevinst
- Inkludere pasienter i kontrollgruppen som har nytte og ønske om avstandsoppfølging
- Inkludere kreftpasienter i samarbeid med kreftsykepleier og fastlege
- Informasjon til fastleger om videre drift og målgruppe
- Gevinstrealisering fortsetter også for nye pasienter som ikke er med i forskningsprosjektet
- Pasienter som inkluderes etter 1. juli skal ikke kreve godkjenning av fastlegen, men fokuserer heller på samhandling rundt egenbehandlingsplan.

6 Vurderinger og anbefalinger

Det er vurdert fem løsninger: Helsehjelpen, Kombinasjon, Tjenestene, Legevakten og nedleggelse. Tabellen viser fordeler, ulemper, styrker og svakheter med løsningene.

	Styrker	Svakheter	Trusler	Muligheter
Helsehjelpen Videreføre dagens drift i samarbeid med aktuelle tjenester	Rutinerte ansatte. Deltagerne er fornøyd med denne tjenesten Tjenestene er blitt godt med prosjektet og uttrykker at de er fornøyde	Det er en tilleggstjeneste til de øvrige tjenestene. Ikke godt nok integrert i tjenestene	Kan bli et kapasitetsproblem	Kan styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet og mulighet for å hindre smitte og trygge sårbare pasienter ved pandemier.
Kombinasjon Det gjøres en kombinasjon, tjenestene følger opp sine pasienter, mens de som ikke har andre tjenester følges opp av Helsehjelpen Det opprettes et tettere samarbeid med ambulant team	Rutinerte ansatte i Helsehjelpen som kan veilede ute i tjenestene Spre kompetanse på digital hjemmeoppfølging ut i tjenestene,	Mange kokker, uavklarte roller	Pulverisert ansvar Særlig sårbart ved tekniske problemer Klare ansvarsgrenser ikke minst ved tekniske og kapasitetsmessige problemer upålitelig målestyr	Større fleksibilitet og flere som kan ta steppen inn. Styrke det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Hindre smitte og trygge sårbare pasienter ved pandemier.

Tjenestene Oppfølgingen overføres til de ulike tjenestene Psykisk helse og avhengighet Hjemmetjenesten Kreftsykepleier Demensteam	Kan bruke digital hjemmeoppfølging mer som erstatning for hjemmebesøk. Godt kjennskap til brukerne Muligens færre å forholde seg til	Får ansvar for brukere som ellers ikke ville hatt tjenester.	Avhengig av at det prioriteres	
Legevakten Legge oppfølgingen til legevakten	Døgnbasert oppfølging 24/7 Trygghet for svært dårlige pasienter ved tilgang på lege	Kapasitet ved legevakten		Legevakten kan følge opp akutt syke som trenger kortvarig oppfølging som for eksempel kovid-19 pasienter
Nedlegging Legge ned digital hjemmeoppfølging	Usikkerhet om de økonomiske konsekvensene. Slipper omstillingsprosesser.	Faller etter ift utvikling i helsetjenesten.	Mister mulighet for digital hjemmeoppfølging av pasienter.	

Kombinert løsning anbefales fordi det vil gi best mulig gevinstrealisering i tjenesten og samtidig bidra til spisskompetansen på digital hjemmeoppfølging, opplæringsansvar og oppfølging som forebyggende og helsefremmende tiltak ivaretas i Helsehjelpen. Det anbefales at dette gjøres sammen i fellesskap med ambulant team. med

Helsehjelpen vil da starte opp og følge opp pasienter som ikke har andre tjenester fra før, pasienter som har vedtak om andre tjenester følges opp i de avdelingene de hører hjemme. På den måten vil hjemmetjenesten og psykisk helse mer direkte ta ut gevinsten ved den digitale oppfølging. Man vil samtidig ha et knutepunkt med spisskompetanse i forhold til digital hjemmeoppfølging som vil kunne støtte opp tjenestene som tar ansvaret for digital hjemmeoppfølging.

Det ble inngått en rammeavtale med Dignio for hele prosjektperioden. Det bør planlegges og gjennomføres en ny anskaffelse i 2021 eventuelt knytte opp til anskaffelse i det felles anskaffelsessamarbeidet i Vestfold.

6.1 Anbefaling

Prosjektgruppens anbefaling er at vurdere drift blir en kombinert løsning der Helsehjelpen er spydspissen i forhold til kompetanse, opplæring og veiledning. Det anbefales at Helsehjelpen har ansvaret for oppfølging av pasientene som ikke har andre tjenester. Oppfølging av deltagerne som har andre tjenester i kommunen bør følges av den tjenesten (for eksempel hjemmesykepleie, kreftkoordinator, psykisk helse og avhengighet), det vil kunne gi direkte gevinst i tjenesten og pasientene følges opp av personell som kjenner de best. Det er samtidig nødvendig at tjenestene har tilgang på spisskompetansen på digital hjemmeoppfølging og veiledning og støtte. Helsehjelpen vil da starte opp og følge opp pasienter som ikke har andre tjenester fra før, pasienter som har vedtak om andre tjenester følges opp i de avdelingene de hører hjemme. På den måten vil hjemmetjenesten og psykisk helse mer direkte ta ut gevinsten ved den digitale oppfølging. Man vil samtidig ha et knutepunkt med spisskompetanse i forhold til digital hjemmeoppfølging som vil støtte opp, veilede og avlaste tjenestene i den digitale hjemmeoppfølging. Det anbefales at Helsehjelpen inngår en tettere tilknytning til ambulant team.

Det ble inngått en rammeavtale med Dignio for den treårige prosjektperioden. Det bør planlegges og gjennomføres en ny anskaffelse i 2021 eventuelt knytte opp til anskaffelse i det felles anskaffelsessamarbeidet i Vestfold.

Styringsgruppen stiller seg bak rapporten. Når det gjelder valg av modell skal dette vurderes videre.