

Sluttrapport

Digital hjemmeoppfølging av kronisk syke pasienter – et samhandlingsprosjekt mellom Vestre Viken HF, Drammen, Lier, Asker og Bærum kommuner



Figur 1 Utsagn fra brukere hentet fra brukerundersøkelse gjennomført desember 2024

Dato: 15.01.2025

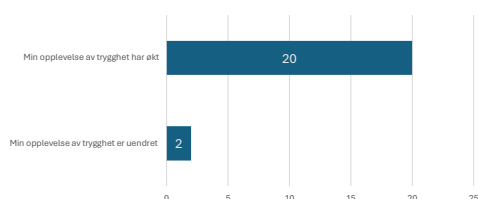
Sammendrag

Prosjektet "Digital hjemmeoppfølging i Vest-Viken" har vært et samarbeidsprosjekt mellom Vestre Viken HF og kommunene Drammen, Lier, Asker og Bærum. Formålet har vært å etablere digital hjemmeoppfølging (DHO) i primærhelsetjenesten rettet mot kronisk syke pasienter - første med fokus på pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), deretter til nye brukergrupper både i forbyggende tjenester og mot kronikere generelt. I arbeidet med tjenesteutvikling har det blitt fokusert på styrket samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten samt og utvikle bærekraftige tjenester som gir økt trygghet og mestring for pasientene.

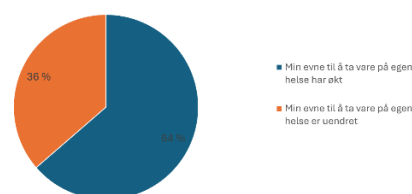
Gjennom prosjektperioden har vi etablert felles rutiner og prosedyrer, utviklet egenbehandlingsplaner, implementert teknologiske løsninger og gjennomført omfattende opplæring av helsepersonell. Vi har også jobbet med å involvere pasientene og deres pårørende i utformingen av tjenestene for å sikre at de møter faktiske behov.

Brukerundersøkelsen utført i desember 2024 ¹ viser at brukerne opplever økt trygghet og at 64% av brukerne sier at de har fått bedre mulighet til å ta vare på egen helse.

Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?

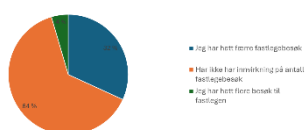


Har digital hjemmeoppfølging endret din evne til å ta vare på egen helse?

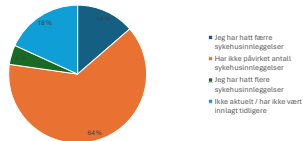


De pasientrapporterte dataene viser også at man enten har uendret eller redusert behov for behandling hos fastlege, sykehusinnleggelse og bruk av hjemmetjeneste. På grunn av manglende antall kan ikke disse tallene brukes som grunnlag for konklusjoner om redusert forbruk av helsetjeneste.

Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du går til fastlegen?



Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehus?



Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket ditt behov for hjemmesykepleie/hjemmetjenester?



Prosjektet har lagt et solid grunnlag for videre spredning av DHO-tjenester til flere pasientgrupper i kommunene. Vi anbefaler at arbeidet fortsetter med fokus på å styrke samhandlingen, utvikle teknologiske løsninger og sikre bærekraftig drift av DHO-tjenestene.

¹ Brukerundersøkelse utført i Asker, Lier og Drammen kommune – antall svar 22

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Om prosjektpartnerne	5
1.2	Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet	7
2	Mål med tiltaket	7
2.1	Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt	7
2.2	Målgruppe	8
2.3	Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten	8
2.4	Opplegg for måling av gevinster og effekter, plan for oppfølging	9
3	Måloppnåelse / gevinster	11
3.1	I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?	11
3.2	Hvilke gevinster har prosjektet gitt?	11
3.3	Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?	15
3.4	Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet	17
4	Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt	18
4.1	Tjenesteforløp	18
4.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	20
4.3	Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten	20
4.4	Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan	21
4.5	Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging	21
4.6	Erfaring med fastlegens rolle og ansvar	22
4.7	Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle	23
4.8	Anskaffelse og implementeringsprosesser	23
4.9	Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten	24
4.10	Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på	24
5	Prosessveiledning	25
5.1	Prosessveiledning ved InnoMed	25
5.2	Sentrale aktiviteter fra Helsedirektoratet	26
6	Læringspunkter / erfaringer	26
6.1	Erfaringer sett fra helsepersonell, helseforetak og kommunene	26
6.2	Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO	29
6.3	Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi	29
6.4	Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?	29
6.5	Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)	30

6.6	Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging?	30
7	Oppsummering og veien videre	31
7.1	Hva er status for overgang til drift, evt. plan for dette?	31
7.2	Hva må på plass for å sikre overgang til drift, herunder helhetlig tjenestemodell?	31
7.3	Hva er planer for videre utvikling?	31
8	Vedlegg	33
8.1	Vedlegg - Tjenesteforløp for ulike målgrupper.....	33
8.2	Vedlegg - Organisasjonskart	34
8.3	Vedlegg - Brukerevalueringer	35
8.4	Vedlegg - Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi.....	38
8.5	Vedlegg - Prosjektmandat	42

1 Innledning

Sammen med Vestre Viken HF (klinikk Drammen og Bærum) har kommunene Asker, Drammen, Lier og Bærum hatt en felles ambisjon om å implementere og etablere digital hjemmeoppfølging (DHO) som en tjeneste. Formålet med deltakelsen i det nasjonale spredningsprosjektet er å underbygge den overordnede strategien om bærekraftige helsetjenester ved å styrke regionalt samarbeid. Dette skal sikre en samordnet tjeneste for innbyggerne i hele Vestre Vikens opptaksområde. Gjennom økt bruk av avstandskompenserende teknologi har vi en klar ambisjon om å bringe helsetjenestene nærmere pasienten og styrke tjenestetilbudet til pasienter med kronisk sykdom ved å aktivt involvere dem i egen behandling og oppfølging.

Prosjektets hovedleveranse har vært å etablere en tydelig samhandlingsmodell med DHO i sentrum. Hensikten er å øke kvaliteten og ressursutnyttelsen i pasientbehandlingen ved å legge til rette for større tilgjengelighet og fleksibilitet i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Videre har prosjektets målsetting vært å redusere kostnader for helsetjenesten gjennom redusert behov for fysiske konsultasjoner og å frigjøre tid til de som har aller størst behov. Faktaboks om prosjektet

Involverte partnere/ aktører	
HelseHub	Prosjekteier
Kommuner	Drammen, Lier, Asker og Bærum
Helseforetak	Vestre Viken HF (Drammen og Bærum sykehus)
Fastlegjetjenesten	Involverte fastleger i de aktuelle prosjektene

1.1 Om prosjektpartnerne

Drammen kommune har ca. 105 000 innbyggere og er den syvende største kommunen i Norge og den største kommunen i Buskerud. Kommunen er et naturlig handelssenter i regionen og er et transportknutepunkt med havn, jernbanestasjon, endeholdeplass for flytoget etc. Nytt sykehus vil åpne på Brakerøya i oktober 2025. Ca. 30% av innbyggerne har innvandrerbakgrunn. Kommunen har større levekårsutfordringer enn landsgjennomsnittet og en høy andel barn som lever i familier med vedvarende lav inntekt. Det utfordrer alle områder i kommunens tjenesteproduksjon. Kommunen forventer en dobling i antall eldre over 80 år fram mot 2040 og har også utfordringer knyttet til “yngrebølgen”. Det har over tid vært satset på digitale og teknologiske løsninger og kommunen har begynt å høste gevinster av denne satsingen.

Program Bo godt hjemme ble etablert i Drammen i 2022 for å møte denne utfordringen og samle alle prosjekter og innsatser som handler om digitalisering og teknologi. Målsetningen er å legge best mulig til rette for at innbyggerne kan mestre hverdagen lengre i eget hjem ved hjelp av digitale og teknologiske løsninger og forenkle og automatisere arbeidsoppgavene for kommunens helsepersonell. Digital hjemmeoppfølging er en del av denne satsingen i kommunen.

Lier kommune ligger i Buskerud og har en befolkning på omtrent 28 500 innbyggere. Kommunen har en befolkningsvekst over landsgjennomsnittet, knyttet til fødselsoverskudd og netto innflytting inkludert innvandring. Aldergruppen 0-19 år tilsvarer 25% av befolkningen, aldersgruppen 20-66 år tilsvarer 61%, mens seniorer over 67 år tilsvarer 14% av befolkningsgrunnetaget i Lier. Med en aldrende befolkning og høy andel innbyggere med innvandrerbakgrunn, står Lier overfor mange av de samme utfordringene som andre

kommuner. For å møte disse utfordringene har kommunen de siste årene fokusert på å tilpasse sine tjenester og satse på digitale og teknologiske løsninger. Dette er spesielt viktig i en tid med mindre tilgang på helsepersonell og en utfordrende kommuneøkonomi.

Asker kommune ligger i Akershus fylke. Kommunen har kystlinje mot Oslofjorden i øst og Drammensfjorden i vest, med Nesbru som nordligste tettsted og Tofte som det sørligste tettstedet. I 3. kvartal 2024 var folketallet 100 136. Forventet utvikling i folketallet vil være 102 465 i 2030 og 112 954 i 2050. I følge data fra SSB, forventes det en betydelig økning i antall eldre innbyggere i kommunen. Dette er en del av den generelle demografiprofilen som vil påvirke hele Norge. I dag har Asker omtrent 3,8 personer i yrkesaktiv alder per person over 67, og innen 2050 forventes dette tallet å synke til 2,2 personer i yrkesaktiv alder per person over 67. Dette kan føre til økt press på kommunale tjenester og ressurser.

Program Velferd ble etablert i Asker kommune i 2022 med formålet å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet kostnadsprofil, samt god livskvalitet ved best mulig mestring av egne liv. Programmet tar sikte på å møte nasjonale utfordringer, spesielt demografiutfordringer som eldrebølgen, ved å dreie tjenestene mot tidlig innsats og bruk av teknologi. Programmet fokuserer blant annet på å ta i bruk velferdsteknologi og digital hjemmeoppfølging, som kan bidra til å forbedre tilgjengelighet, ressursutnyttelse og kvalitet på tjenestetilbudet

Bærum kommune ligger i Akershus fylke og har en befolkning på nær 131 000 innbyggere. Frem mot 2050 vil Bærum ha en befolkningsøkning på 84% i de eldre aldersgrupper (67+) Størst økning i aldersgruppen 80-89 år. 24,7 % av befolkningen har innvandrerbakgrunn. Kommunens folkehelseprofil for 2024 viser at kommunen scorer godt på indikatorer som forventet levealder og for gjenstående funksjonsfriske leveår ved 65 år alder. En av utfordringene er store helseforskjeller mellom enkeltpersoner og grupper. Bærum kommune må tenke nytt om hvordan ivareta større grupper eldre. Kommunen har fokus på å tilrettelegge for et aldersvennlig samfunn der eldre kan bo hjemme lengst mulig, og utsette behovet for sykehjem. Et av tiltakene er å utvikle forebyggende og helsefremmende lavterskel tilbud, med mål om å fremme innbyggernes egenmestring og selvstendighet. Det satses videre på digitale og velfredsteknologiske løsninger som understøtter eller erstatter dagens tjenesteleveranser innen helse og velferd.

Vestre Viken er et helseforetak i Norge som dekker et stort geografisk område, inkludert kommunene i Buskerud, Asker og Bærum. Foretaket tilbyr et bredt spekter av helsetjenester gjennom sine sykehus og klinikker, og har som mål å gi befolkningen trygg og effektiv behandling.

Det utadvendte sykehuset er en del av Vestre Viken og fokuserer på å bringe helsetjenester nærmere pasientene. Dette inkluderer hjemmebesøk, polikliniske tjenester og samarbeid med lokale helseaktører for å sikre at pasientene får den hjelpen de trenger uten å måtte reise langt. Dette initiativet er spesielt viktig for eldre og kronisk syke pasienter som kan ha vanskeligheter med å komme seg til sykehuset.

Gjennom det utadvente sykehuset jobber Vestre Viken for å forbedre pasientopplevelsen og redusere belastningen på sykehusene. Ved å tilby fleksible og tilpassede helsetjenester som digital hjemmeoppfølging, bidrar de til å øke tilgjengeligheten og kvaliteten på helsetilbudet i regionen.

1.2 Samarbeid, organisering, eierskap og styring i prosjektet

Rolle	Organisering	Ansvar
Styringsgruppe	Representanter fra alle partnere, inkludert kommunene, Vestre Viken HF, fastleger, Universitetet i Sørøst-Norge (USN) og brukerrepresentanter.	Hatt det overordne ansvaret for prosjektet. Tatt strategiske beslutninger og sikret forankring i de respektive organisasjonene.
Prosjektleder	Ekstern prosjektleder ansatt av HelseHub, med overordnet ansvar, i tillegg til at hver partner deltar med en hovedansvarlig.	Hatt ansvaret for å lede og koordinere prosjektets prosjektgruppe, samt arbeidsgruppe.
Prosjektgruppe	Prosjektleder, fagpersoner fra kommunene og sykehuset, representanter fra fastlegene, samt brukerrepresentant.	Hatt ansvar for den daglige gjennomføringen, koordinering av aktiviteter, utvikling av rutiner og prosedyrer, og oppfølging av leveranser.
Arbeidsgrupper	Fagpersoner med relevant kompetanse fra de ulike organisasjonene.	Fokusert på spesifikke områder som teknologi, tjenesteutvikling, kompetanseheving og gevinstrealisering.
Helsefelleskapet	Samarbeid mellom kommunene og Vestre Viken HF	Bidratt med ressurser, støttet prosjektet strategisk og sikret at erfaringer og resultater blir delt og implementert i hele regionen, med formål om å utvikle og forbedre helsetjenestene i regionen.

Øvrige fagmiljøer for å styrke prosjektet:

Behov/ kompetanse	Rolle
DigiViken	Spredning av prosjektresultater
Nasjonalt program for velferdsteknologi	Forankring mot nasjonalt program
Leverandører	Teknologipartner

2 Mål med tiltaket

2.1 Mål med digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt

Resultatmål	Beskrivelse
Etablere en samhandlingsmodell for KOLS-pasienter med DHO som verktøy	Avklare organisatoriske, medisinfaglige, juridiske og tekniske barrierer. Felles rutiner og prosedyrer som sikrer god samhandling. Opplæring av pasienter og ansatte Bærekraftig organisering. Utarbeide vurderingskriterier for å tilby DHO
Pilotere samhandlingsmodell for KOLS-pasienter	Sikre forankring og opplæring. Gjennomføre nødvendige risikoanalyser.

	<p>Først teste ut med få pasienter i en kommune som forholder seg til samme sykehus for å teste rutiner/prosedyrer og teknologi. Skalere med flere pasienter i flere kommuner og mot både Drammen og Bærum sykehus.</p> <p>Kontinuerlig evaluering og forbedring for å sikre en god tjeneste.</p>
Samhandlingsmodellen spres til andre pasientgrupper	<p>Prosjektet vil utarbeide kriterier for tildeling av DHO-tjenesten. Prosjektet skal definere måltall og analysere antall re-innleggelse, kommunalt tjenestebehov og bruk/inntektsmodell for fastlegetjenester.</p>
Digital hjemmeoppfølging integreres som varig helsetjeneste	<p>Digital hjemmeoppfølging innlemmes som en del av kommunenes omsorgstrapp.</p> <p>Pasienter i sykehus vurderes til digital hjemmeoppfølging ved utreise fra sykehus.</p>
Etablere en effektiv og sikker dialog mellom bruker og behandler, og mellom behandlere på tvers av behandlingsnivå	<p>Prosjektet vil benytte dagens rammeavtaler der det er aktuelt, og kartlegge behov for ytterligere anskaffelse for å sikre en helhetlig tjeneste.</p> <p>Det skal kartlegges og dokumenteres behov for skifte av og eller videreutvikling av teknologiske løsninger for å sikre optimal samhandling.</p>

2.2 Målgruppe

Kommune

I prosjektets pilotfase var målet å rekruttere pasienter med KOLS- diagnose gjennom tidlig diagnostisering hos fastlege og henvisning fra sykehus i forbindelse med behandling. I løpet av prosjektperioden har imidlertid målgruppen for DHO blitt justert til fordel for en mer generisk tilnærming som omfatter personer med kroniske lidelser. Dette bunner i at pasientenes sykdomsbilde og behov ofte er sammensatte, i kombinasjon med at kommunene i større grad vektlegger en helhetlig oppfølging fremfor diagnosespesifikke tilnærminger. DHO har i tillegg blitt etablert som en del av helsefremmende og forebyggende tjenester i Asker, med et særlig fokus på å styrke tidlig innsats. Drammen har etablert tjenesten i et virksomhetsovergripende sykepleierteam og har, i tillegg til det forebyggende og helsefremmende perspektivet, en målsetning om å kunne erstatte hjemmesykepleie med DHO.

Målgruppen for DHO i prosjektet er beskrevet som **“kronisk syke pasienter som er motiverte for å mestre egne helseutfordringer, der DHO vurderes som nyttig både for pasientene og helsetjenesten”**

Sykehus

Vestre Viken har siden oppstart av sitt [virtuelle sykehus](#) lansert omtrent 30 ulike digitale forløp.

2.3 Forventede effekter for brukere/pasienter og tjenesten

2.3.1 For brukere/pasienter:

- Økt trygghet, mestring og selvstendighet i hverdagen.

- Bedre forståelse og kontroll over egen sykdom.
- Forebygging av forverring og redusert behov for konsultasjoner og innleggelser ved sykehus eller institusjon.
- Bedre livskvalitet og helsekompetanse.
- Opplevelse av en mer sammenhengende og helhetlig helsetjeneste.
- Behovsstyrt oppfølging gjennom individuelt tilpasset egenbehandlingsplan.

2.3.2 For tjenesten (primær- og spesialisthelsetjenesten):

- Redusere kostnader for helsetjenesten gjennom redusert/ utsatt behov for andre tjenester.
- Bedre ressursutnyttelse ved å kunne prioritere de mest alvorlig syke.
- Reduksjon i antall sykehusinnleggelser og reinnleggelser.
- Bedre samhandling og informasjonsflyt mellom aktørene.
- Økt kompetanse blant helsepersonell i bruk av digitale verktøy.
- Potensielle kostnadsbesparelser på sikt.

2.4 Opplegg for måling av gevinster og effekter, plan for oppfølging

Tabellen under viser prosjektets ambisjon for måling av gevinster og effekter. Ikke alle målinger er operasjonalisert. I videre drift av DHO tjenestene vil det bli økt fokus på innhenting av kost&nytte data.

	Gevinstområde	Indikatorer/ Datakilder	Status / erfaringer
Pasient/ pårørende	Økt trygghet, mestring og selvstendighet i hverdagen.	Pasientrapporterte data	Etablert rutine for utsendelse av spørreundersøkelse hver 6. måned.
	Bedre forståelse og kontroll over egen sykdom.	Pasientrapporterte data	Vurdere om pasientrapporterte data kan benyttes for å måle effekt av forebyggende og helsefremmende tjenester.
	Bedre livskvalitet og helsekompetanse	Pasientrapporterte data	
	Forebygging av forverring og redusert behov for konsultasjoner og innleggelser ved sykehus eller institusjon.	Pasientrapporterte data	

Kommune	Reduserte innleggelser på kommunale institusjonsplasser	Antall opphold og oppholdsdager på institusjon. EPJ i kommune	Etablere rutine for regelmessig sammenstilling av data og evaluering av resultater.
	Utsatt behov og/ eller reduksjon i forbruk av helsetjenester i hjemmet	Tid per hjemmebesøk, antall hjemmebesøk. EPJ i kommune. Pasientrapporterte data. Gevinstverktøy fra InnoMed.	
	Utsatt behov og/ eller reduksjon i forbruk av helsetjenester i KAD	Antall opphold og oppholdsdager på KAD. EPJ i kommune.	
	Reduserte kontakt/ henvendelser til legevakt	Antall henvendelser. Manuell rapportering, EPJ i kommune.	
Sykehus	Unngåtte/ reduserte sykehus innleggelser	Antall innleggelser/ reinnleggelser Brukerundersøkelser journalsystem	Digital hjemmeoppfølging (DHO) kan være et godt verktøy for å forbedre pasienters helseopplevelse ved å gi tilbud om : 1. Kontinuerlig overvåking: Pasienter kan bruke DHO for å overvåke helsetilstanden sin i sanntid, noe som gir dem en følelse av kontroll og trygghet. 2. Tilgang til informasjon: Digitale plattformer kan gi pasienter enkel tilgang til helseinformasjon, noe som kan øke deres kunnskap og evne til å ta informerte beslutninger. 3. Kommunikasjon med helsepersonell: Gjennom dho kan pasienter enkelt kommunisere med helsepersonell, få råd og støtte, og føle seg mer tilkoblet og ivaretatt. 4. Personlig tilpasset oppfølging: Digitale verktøy kan tilpasses individuelle behov, noe som gir en mer personlig og effektiv oppfølging.
	Reduksjon i antall liggedøgn	Antall liggedøgn Fagsystem, manuell rapportering	
	Reduksjon i antall polikliniske konsultasjoner	Antall polikliniske konsultasjoner Tall fra DIPS	
	Reduserte reisekostnader til sykehus	Antall ambulanse/ taxiturer til/ fra Fagsystem, manuell rapportering.	
Fastlege	Reduksjon i antall konsultasjoner	Antall konsultasjoner hos fastlege Journalsystem fastlege	Gjennomført egen workshop med fastleger for å diskutere aktuelle brukergrupper og kost&nytte for disse.

	Spart tid på koordinering/ administrasjon	Tid brukt på administrasjon	Flere fastleger har ytret bekymring om DHO vil medføre merarbeid særlig knyttet til oppfølging av egenbehandlingsplan. Antall brukere pr fastlege er pt begrenset og det er derfor ikke grunnlag for å gjennomføre reelle kost&nytte analyser.
	Bedre oppfølging av pasient med egenbehandlingsplan	Brukerundersøkelse, manuell rapportering Svar på undersøkelse, pasientcase Journalsystem fastlege, manuell rapportering	
	Reduksjon i hjemmebesøk fra fastlege	Antall hjemmebesøk fastlege Journalsystem fastlege	

3 Måloppnåelse / gevinster

3.1 I hvilken grad er målene for prosjektet oppnådd i vårt prosjekt?

- **Samhandlingsmodell etablert:** Vi har utviklet og implementert felles rutiner og prosedyrer for DHO mellom kommunene, fastlegene og sykehuset. Modellen er i tråd med nasjonale anbefalinger og er beskrevet i kapittel 5.
- **Pilotering gjennomført:** DHO-tjenester er etablert og testet i Asker, Drammen og Lier kommune. Bærum kommune planlegger etablering av tjeneste i Q1 2025
- **Spredning til andre pasientgrupper:** Basert på erfaringene med kols-pasienter har vi påbegynt arbeidet med å inkludere pasienter med hjertesvikt og diabetes. Følgende pasientgrupper mottar tjenester i dag; kols, kreft, ernæringsutfordringer, diabetes, hjertesvikt, psykisk helse.
- **Integrasjon i tjenesten:** Det er gjennomført en rekke forankringsaktiviteter både intern i kommunene og med fastleger for å informere og sikre rekruttering til tjenesten. Dette arbeidet må videreføres i 2025 for å sikre en bærekraftig tjeneste

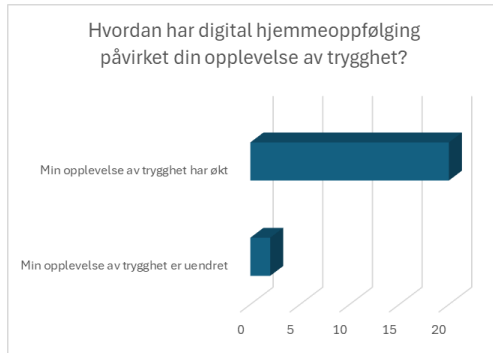


3.2 Hvilke gevinster har prosjektet gitt?

3.2.1 For brukere/pårørende:

Prosjektet sendte i desember 2024 ut felles brukerkartlegging utarbeidet fra Helsedirektoratet. Det er totalt 22 som har besvart undersøkelsen. Tallene under er hentet fra dette utvalget.

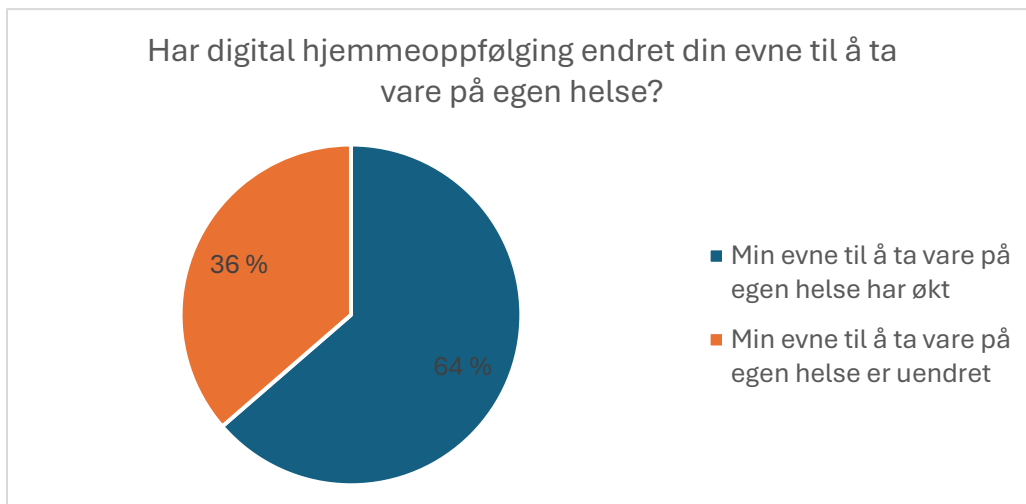
- **Økt trygghet:** Brukerne føler seg tryggere ved å ha regelmessig kontakt med helsepersonell og mulighet til å overvåke egen helsetilstand.



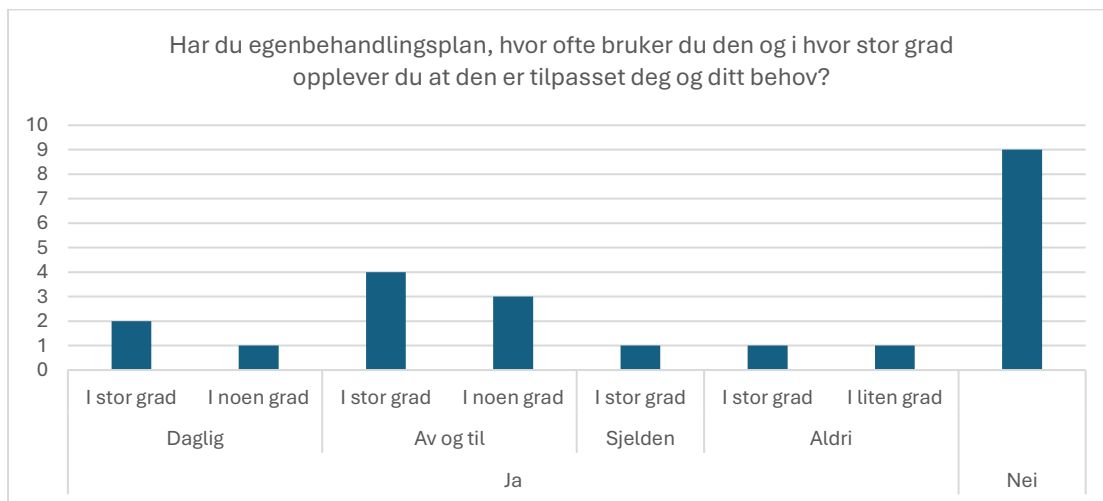
- **Bedre livskvalitet:** 45% av brukerne rapporterer økt livskvalitet, av disse har 50% rapportert at den fysiske helsen også har blitt bedre. 2 av 22 brukere rapporterer om redusert livskvalitet.



- **Bedre mestring av egen helse:** 64% av brukerne rapporterer at de har fått økte evne til å ta vare på egen helse.



- **Behovsstyrt oppfølging:** Av de 22 pasientene som har mottatt digital hjemmeoppfølging rapporterer 13 at de har benyttet egenbehandlingsplan og 12 av disse sier at den i stor eller noen grad er tilpasset eget behov. Det er større variasjon på hvor aktivt brukerne faktisk bruker egenbehandlingsplanen.



Av de 13 som har rapportert at de har en egenbehandlingsplan rapporterer 10 av disse at planen i stor eller noen grad er et nyttig hjelpemiddel når de har en forverrelse av egen sykdom.

Prosjektet har intervjuet brukere og laget en film: <https://vimeo.com/1007811810>

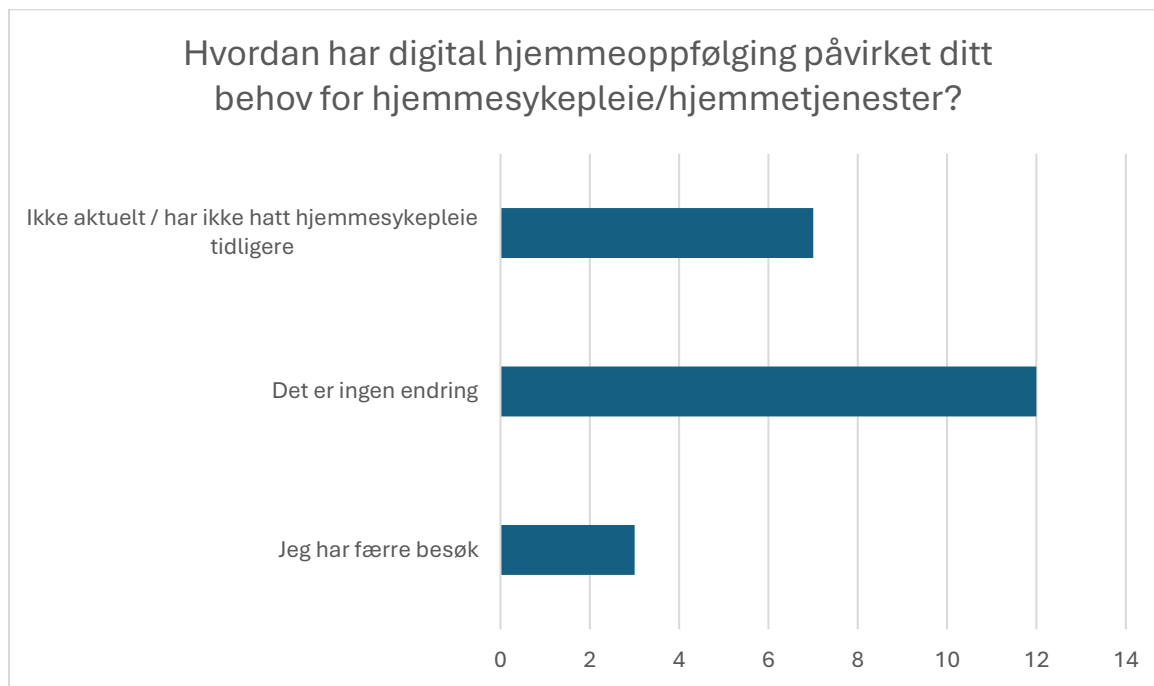
3.2.2 For helsepersonell:

Prosjektet etablerte et tjenestenettverk for erfaringsutveksling mellom de som har hatt operativt ansvar for brukere. Momentene under er basert på tilbakemelding i nettverkemøtene.

- **Bedre oversikt:** Helsepersonell får kontinuerlig tilgang til pasientdata og kan gi mer målrettet oppfølging. Helsepersonell rapporterer om at det er enklere å få oversikt og følge med på utviklingen av iverksatte tiltak.
- **Effektiv ressursbruk:** Mulighet til å prioritere pasienter med størst behov og frigjøre ressurser. Gjennom DHO kan helsepersonell følge opp flere pasienter enn tidligere, uten at ressursbruken øker proporsjonalt med omfanget av oppfølgingen.
- **Økt kompetanse:** Helsepersonell har økt sin kompetanse i bruk av digitale verktøy og nye arbeidsformer.
- **Økt fokus på helsefremmende og forebyggende tjenester:** Gjennom kontinuerlig monitorering og bedre utnyttelse av digitale verktøy, har kommunene utforsket alternative og mer målrettede tilnærminger til forebyggende og helsefremmende arbeid.
- **Bedre beslutningsgrunnlag:** Egenbehandlingsplanen i kombinasjon med pasientrapporterte data gjør det enklere å vurdere når tiltak bør iverksettes eller pasienten bør henvende seg til fastlegen.

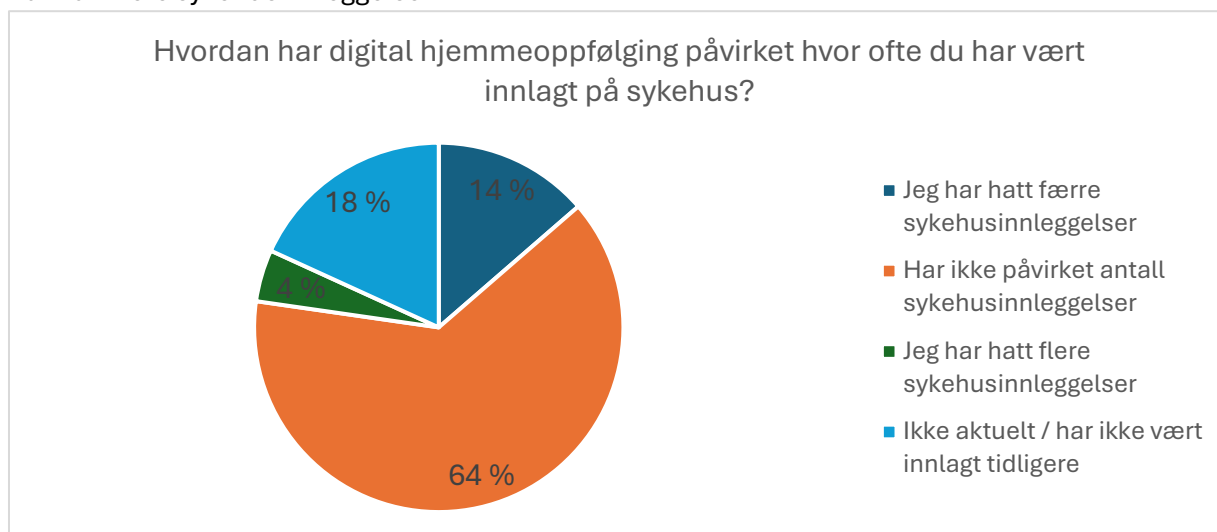
3.2.3 For kommunen:

Tabellen under viser brukernes rapporterte data om eget forbruk av kommunale helsetjenester. Det viser at prosjektet ikke har lyktes i stor grad med å redusere bruk av hjemmesykepleie. Dette skyldes delvis at tjenesten i Asker som har hatt flest brukere har rettet seg mot forbyggende helsetjenester og at tjenesten har hatt kort drift i Lier og Drammen.



3.2.4 For helseforetaket:

Det har ikke vært gjort egne målinger av forbruk av helsetjenester i sykehuset for brukerne som har fått digital hjemmeoppfølging i kommunal regi. I brukerkartleggingen fra 22 brukere desember 2024 rapporterte 14 av brukerne at de har hatt færre sykehusinnleggelser og 4% at de har hatt flere sykehusinnleggelser.



3.3 Hvordan har gevinstene vært hentet inn og fulgt opp?

I 2024 ble det nedsatt en egen arbeidsgruppe for å lage forslag til aktuelle brukergrupper og antall tjenestemottakere for digital hjemmeoppfølging. Arbeidsgruppen kom med tre hovedanbefalinger;

1. Digital først

Et stort flertall av brukerne som får tilbud om digital hjemmeoppfølging er fornøyd eller svært fornøyd med tjenesten og ville valgt digital oppfølging på nytt dersom de fikk valget. Å introdusere digital hjemmeoppfølging gir brukeren større trygghet og innsikt i egen helse. En kontrollert introduksjonsperiode og løpende oppfølging av alle brukere sikrer at man raskt avdekker brukere som ikke har kompetanse eller forutsetninger til å benytte digital hjemmeoppfølging.

Vi anbefaler derfor et prinsipp om digital først når alle nye tjenestemottakere skal motta tjenester.

For å lykkes med en bærekraftig digital først strategi bør det vurderes nye organisasjonsformer og flere teknologier og løsninger som er tilpasset ulike brukergrupper.

2. Satsning for å inkludere flere brukere og brukergruppe i kommunene

Nasjonalt program for digital hjemmeoppfølging har anbefalt å tilby digital hjemmeoppfølging til personer med kroniske lidelser. I dokumentet har vi avdekket at dette er svært store brukergrupper som i dag hovedsakelig følges opp av sykehus og fastleger. En diagnosefokuset tilnærming har vært krevende å analysere i et kommunalt perspektiv der tjenestemottakerne i større grad vurderes ut fra funksjonsnivå og pleiebehov.

Gjennom workshops med tildelingstjenesten, fastleger og prosjektgruppen har man identifisert relevante brukergrupper for digital hjemmeoppfølging. Basert på etablerte digitale pasientforløp på sykehus og de gjennomgående behovene innen ulike tjenesteområder, anbefales det å fokusere på pasienter med lungesykdommer, diabetes, hjertesvikt, ernæringsproblemer og kreft. Disse brukergruppene benytter helsetjenester på tvers av flere nivåer, og der både spesialisthelsetjenesten, fastleger og kommuner anser digital hjemmeoppfølging som et nyttig verktøy for å forbedre kvaliteten på tjenestene og optimalisere ressursutnyttelsen.

En av de overordnede ambisjonene i kommunene har vært å tilby digital hjemmeoppfølging til brukere der målet er å redusere eller forebygge behovet for fremtidige kommunale tjenester. Dette er en brukergruppe det er krevende å lage presise kost- nytte vurderinger for uten at man har fulgt tjenestemottakerne over en lengre tidsperiode. Det er enklest å oppnå direkte realiserbare gevinster når tjeneste tilbys til en bruker som før oppstart av tjenesten mottar oppfølging flere ganger per uke og der disse kan erstattes helt eller delvis med digital hjemmeoppfølging. Samtidig har digital hjemmeoppfølging som en forebyggende og helsefremmende tjeneste gjort det utfordrende å fastslå et konkret volum av egnede tjenestemottakere. Erfaringer underveis har vist at enkelte brukere, som opprinnelig ble ekskludert grunnet manglende digital kompetanse, høyt tjenestebehov eller språkbarrierer, likevel har vist seg å være egnede tjenestemottakere. Dette understreker behovet for en kontinuerlig innsats på tvers av ulike tjenesteytere for å utvide tjenesten, samt viktigheten av en pragmatisk tilnærming til inklusjon.

For å identifisere og tilby digital hjemmeoppfølging til de aktuelle brukergruppene anbefales det å lage faste rutiner for gjennomgang og evaluering av samtlige mottakere av hjemmetjenester. Andre prosjekter fremhever særlig tildelingstjenesten som et viktig ledd i arbeidet med å identifisere aktuelle brukere. Det er viktig å etablere og opprettholde god informasjonsflyt og kommunikasjon internt, samtidig som det arbeides bredt ut mot tildelingstjenesten, fastleger og sykehus for å sikre forankring.

I notatet har er følgende brukergrupper evaluert:

- Lungesykdommer
- Hjerte- og karsykdommer
- Kreft
- Ernæring
- Diabetes
- Psykisk helse (angst/ depresjon)

Til slutt er det listet en rekke andre brukergrupper som er diskutert, men ikke utredet.

3. Økt satsning på samhandling og digital infrastruktur

Digital hjemmeoppfølging åpner opp for nye samhandlingsformer mellom sykehus, fastlege og kommunehelsetjenesten. Første fase av prosjektet har handlet om å få etablert tjenestene og sikret at systemene er sikre.

I videre arbeid vil det være behov for å se på dataflyt mellom tjenestene for å sikre en bedre utnyttelse av informasjonen som samles. Integrasjon mellom systemene for digital hjemmeoppfølging og journal og mulighet for å dele egenbehandlingsplan og måledata vil være noen av utfordringene som må løses bedre. En mulig videre satsning er å se på samordning regionalt for anskaffelser av teknologier og utstyr for digital hjemmeoppfølging. Drammen, Lier og Asker kommune er også sammen med Vestre Viken i oppstarten av et prosjekt for å pilotere deling av måledata mellom kommuner og sykehus.

Prosjektet har også sett at en tettere dialog mellom fagavdelingene på sykehuset og oppfølgingstjenesten i kommunene kan gi store gevinster (ref erfaringene fra Ahus og Ullensaker for oppfølging av KOLS og hjertesviktpasienter). I videre arbeid bør det sees på nye samhandlingsformer både mellom sykehus og kommune og mellom fastlege og sykehus/kommune for å sikre en bedre samordnet tjeneste for brukeren.

Arbeidet med et felles oppfølgingstjeneste i kommunen kan være første trinn for å sikre bedre samhandling.

3.4 Viktige aktiviteter og leveranser i prosjektet

Aktiviteter og leveranser	2022			2023											
	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember
Milepæler				Asker lansert tjeneste											
Tjenesteutvikling og felleskomponenter	Behovskartlegging og løpende evaluering av tjenesteforløp (Iterativ prosess)														
	Tjenesteutvikling - rutiner, prosedyrer, ansvarsfordeling, samhandling mm. (Iterativ prosess)														
	Utvikle og teste ut egebehandlingsplan på papir og digital i Tellu														
Tekniske løsninger og sikkerhet - felles komponenter	Oppsett og drift av Tellu														
	Oppsett og drift av Checkware for DHO														
	Ros analyse														

Tabellen over viser hovedaktivitetene som ble utført i 2022 og 2023. Hovedfokus handlet om;

1. tjenesteutvikling, herunder utarbeidelse av malverk for egenbehandlingsplan og rutiner/prosedyrer for drift av tjenesten. Asker kommune lanserte sin tjeneste.
2. oppsett og sårbarhetsvurdering av tekniske løsninger.

Aktiviteter og leveranser	2024											
	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	September	Oktober	November	Desember	
Milepæler	Drammen lansert tjeneste						Lier lansert tjeneste					
Tjenesteutvikling og felleskomponenter	Pilot 1: Drammen piloterer egenbehandlingsplan i Tellu		Pilot 2: Integrasjon til VKP (datafyt mellom Tellu og journal)				Pilot 3: Pasientens måledata. Datafyt mellom sykehus og kommune.					
Prosess for overføring av pasienter mellom sykehus, fastlege og kommune	Overføring av pasient fra Drammen sykehus til Drammen/ Asker	Oppdatert rutiner for overføring mellom kommune, sykehus og fastlege										
Bredding og skalering av tjenesten	Oppstart arbeidsgruppe											
	Arbeid med kost/ nytte og plan for bredding og skalering									Plan for bredding og skalering ferdigstilt og distribuert i styringsgruppa		
	Workshop med fastlegjetjenesten - vurdere aktuelle brukergrupper						Workshop med tildelingstjenesten - samhandling, informasjon om DHO og identifisering av brukergrupper			Workshop - IPLOS som målebarmeter for helsefremmende og forebyggende tjenester		
Kommunikasjon og forankring		Ferdigstilt masterdokument med prosjektets rutiner - distribuert til DigIviken		Innspeiling og ferdigstillelse av informasjonsfilmer rettet mot innbyggerne, tjenesten og fastlegen							Prosjektavslutning: Erfaringskonferanse	
Felles responscenter							Utredet mulighet for felles responscenter					
									Ferdigstilt skisse til plan for felles responscenter og distribuert i styringsgruppa			

I 2024 har arbeidet videre med tjenesteutvikling og oppstart av tjenesten – første med Drammen og deretter med Lier kommune. For å sikre en bærekraftig tjeneste har hovedfokus vært på kartlegging og kommunikasjon til aktuelle brukergrupper. Det er også jobbet med et konseptnotat for etablering av felles oppfølgingstjeneste i kommunen (også brukt begrepet responscenter).

For å kommunisere med ansatte i helsetjenesten og fastleger ble det utviklet to filmer:

Helsetjenestefilm: <https://vimeo.com/1018434427>

Film for fastleger: <https://vimeo.com/1018434499>

Det ble også organisert en erfaringskonferanse 19.november der målgruppen var øvrige kommuner i helsefellesskapet – opptak fra dagen er tilgjengelig her: <https://vimeo.com/1032861271>

4 Modell for digital hjemmeoppfølging i vårt prosjekt

Fra prosjektoppstart har det blitt arbeidet kontinuerlig med behovskartlegging og tjenesteutvikling. Erfaringer fra andre prosjekter knyttet til organisering og utforming av tjenesten har vært en sentral ressurs i utarbeidelsen av prosjektets egne rutiner. Tidlig i prosjektperioden ble det etablert et tjenestenettverk bestående av ansatte ute i de ulike kommunene, samt en representant fra Vestre Viken. Tjenestenettverkets faste møtepunkter har vært en verdifull arena for å erfaringsutveksling og samarbeid om utviklingen av felles rutiner.

4.1 Tjenesteforløp

Tjenesteforløpet består av flere faser og bygger på en generell utforming, uavhengig av diagnose. Forløpene har en tilnærmet lik struktur mellom kommunene, men detaljer som responstid og åpningstider kan variere. Gjennom prosjektperioden har tjenesteforløpet vært stabilt og har ikke gjennomgått store endringer.

4.1.1 Henvisning og inklusjon

På sykehuset rekrutteres pasienter som mottar behandling innenfor områder der DHO tilbyr og som imøtekommer kriteriene til inklusjon. I kommunen kan pasienten selv, eller deres pårørende, ta kontakt for å melde interesse. Pasienter kan også henvises av fastlege, sykehuset, hjemmetjenesten, tildelingskontoret eller forebyggende tjenester. Ansatte i oppfølgingstjenesten (DHO-ansvarlig) vurderer henvisningene i henhold til fastsatte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Dersom pasienten vurderes som egnet for tjenesten, vil DHO-ansvarlig ta kontakt for å avtale en prøveperiode.

4.1.2 Oppstart og etablering av tjenesten

Før oppstart gjennomføres en samtale der DHO-ansvarlig informerer pasienten om hva tjenesten innebærer, og avklarer praktiske forhold som tilgang til smarttelefon eller nettbrett, BankID og behov for måleutstyr. Pasienten oppfordres til å laste ned DHO-appen før oppstart. Ved hjemmebesøk etableres tjenesten gjennom installasjon av nødvendig utstyr, opplæring i bruk av app og sensorer, samt utarbeidelse av en midlertidig oppfølgingsplan.

Pasienten gjennomgår en 14-dagers prøveperiode hvor oppfølgingstjenesten vurderer motivasjon, evne til å gjennomføre målinger og rapportering, samt pasientens opplevelse av tjenesten. Etter prøveperioden avgjøres det om pasienten skal fortsette i DHO. Dersom pasienten mestrer teknologien og finner tjenesten nyttig, fortsetter oppfølgingen med et samarbeidsmøte mellom fastlege, pasient og oppfølgingstjenesten for å utarbeide en individuell egenbehandlingsplan. Dersom pasienten ikke mestrer teknologien eller oppfyller kriteriene, avsluttes tjenesten.

Pasientene som fortsetter i DHO, følges opp daglig i testperioden, deretter etter avtalt hyppighet. Sykehuset kan bidra med kompetanseoverføring i inntil fire uker etter overføring til kommunen for å sikre en smidig overgang. Denne strukturerte prosessen legger til rette for tydelig kommunikasjon, godt samarbeid og individuell tilpasning, samtidig som den ivaretar pasientens behov og mestringsevne.

4.1.3 Oppfølging

Oppfølging i DHO baseres på en kombinasjon av objektive målinger av vitale parametere og egenrapportering av subjektive opplevelser via standardiserte og brukertilpassede skjemaer. Hvilke parametere og spørsmål som brukes tilpasses den enkelte pasients sykdomsbilde. For nye brukere måles vitale parametere daglig de første 14 dagene for å stadfeste brukerens habituelle verdier. I løpet av disse 14 dagene får vi også testet om brukeren mestrer å gjennomføre målingene og bruke appen. Pasienter som overføres fra sykehus følger i utgangspunktet sykehusets rutine for målefrekvens, med mindre annet avtales med fastlege og kommunens oppfølgingstjeneste.

Rapporteringen kategoriseres i tre fargekoder: grønn, gul og rød, basert på pasientens normalverdier og tidligere målinger. Grønn indikerer at alt er normalt, gul varslers om en mulig begynnende forverring, og rød indikerer akutt/alvorlig forverring. Oppfølgingstjenesten mottar varslers via DHO-plattformen, og tiltak iverksettes basert på fargekoden:

Responstider for varslers varierer avhengig av alvorlighetsgrad. Røde varslers krever respons innen én time innenfor oppfølgingscenterets åpningstider, gule varslers innen arbeidsdagens slutt, og grønne varslers følges opp i tråd med avtalt oppfølgingsplan. Ved gjentakende forverringer eller hyppige røde varslers tas dialog med fastlege for vurdering av medisinsjusteringer eller justering av grenseverdier i egenbehandlingsplan. Dersom pasienten unnlater å sende inn egenrapportering, kontaktes vedkommende for å undersøke årsaken. Ved gjentatt manglende rapportering vurderes det om pasienten fortsatt egner seg for DHO.

Egenbehandlingsplan

Oppfølgingstjenesten utarbeider et utkast til egenbehandlingsplan basert på pasientens sykdomsbilde, målinger fra oppstartsperioden, og behov avdekket i kartleggingsbesøket. Egenbehandlingsplanen er basert på en standardmal utviklet av prosjektet og inneholder pasientens normalverdier, grenseverdier, og oppfølgingsrutiner. Planen revideres etter behov, for eksempel ved hyppige forverringer, endret medisinerings eller nye helseutfordringer.

Dokumentasjon og evaluering

Alle målinger og svar på spørsmål relatert til egenbehandlingsplan loggføres i den digitale plattformen for DHO. Evaluering av pasientens egenbehandlingsplan skjer i samarbeid med fastlege og pasienten, og justeringer gjøres basert på pasientens behov og endringer i helsetilstanden.

Denne strukturerte tilnærmingen sikrer en helhetlig og målrettet oppfølging som balanserer brukers autonomi med behovet for faglig støtte.

4.1.4 Avslutning av tjeneste

Avslutning av tjenesten kan skje av ulike årsaker, inkludert manglende oppfyllelse av inklusjonskriterier under prøveperioden, brukerens eget ønske, eller ved dødsfall. Oppfølgingstjenesten sikrer at alle avslutningsprosesser følges i henhold til etablerte rutiner og dokumenteres korrekt i journalsystemet.

Avslag i prøveperiode

Dersom tjenesten avsluttes under prøveperioden, avtales dette mellom oppfølgingstjenesten og brukeren. Alt utstyr som er lånt ut, returneres etter avtale. Saksbehandlingen i journalsystemet innebærer å sette en stoppdato, dokumentere årsaken og lukke tilhørende tiltak. Det er viktig at stoppdatoen ikke fjernes fra systemet.

Avslutning av ordinær tjeneste

Ved ordinær avslutning sendes det ut et brev til brukeren som informerer om at tjenesten opphører. Dersom avslutningen er til ugunst for brukeren, sendes det først et forhåndsvarsel for å gi mulighet til innspill. Etter 14 dager, og dersom vurderingen opprettholdes, sendes endelig vedtaksbrev. Fastlegen informeres om avslutningen via digital meldingsutveksling, og eventuelt lånt utstyr returneres til oppfølgingstjenesten.

Ved dødsfall

Avslutning av tjenesten følger prosedyren for «rutine ved dødsfall», som inkluderer nødvendig dokumentasjon og oppfølging i journalsystemet.

4.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Nettbrett eller smarttelefon som vedkommende mestrer bruk av. - Ha BankID. - Ha en kronisk sykdom/ helseutfordring. - Være over 18 år. - Kognitivt frisk (samtykkekompetent). - Være bosatt i tilhørende kommune. 	<ul style="list-style-type: none"> - Har ikke nettbrett eller smarttelefon, eller mestrer ikke bruken av disse. - Har ikke BankID - Har ikke en kronisk sykdom eller helseutfordring. - Under 18 år - Kognitive utfordringer (ikke samtykkekompetent) - Er ikke bosatt i tilhørende kommune.

4.3 Involvering av brukere i utforming og utvikling av tjenesten

Brukernes perspektiv har vært en sentral del av utformingen og utviklingen av tjenesten. En brukerrepresentant har deltatt i prosjektgruppen og bidratt med verdifull innsikt og erfaringer. Representanten har fungert som et bindeledd mellom brukerne og prosjektet, og tilført viktig informasjon som har styrket både relevansen og tilpasningen av tjenesten.

I oppstartsamtalet kartlegges pasientens individuelle mål, ressurser og risiko for forverring. Samtalet gir pasienten nødvendig informasjon om tjenesten og samtidig mulighet til å medvirke i utformingen av oppfølgingen. Egenbehandlingsplanen utvikles i samråd med pasienten for å sikre at den er individuelt tilpasset og tar hensyn til den enkeltes behov og ønsker. Både sykehuset og kommunene sender ut jevnlig brukerundersøkelser for å evaluere pasientenes opplevelse av tjenesten og identifisere mulige forbedringsområder.

Prosjektet har også hatt løpende dialog med relevante brukerorganisasjoner og deltatt på møter som har gitt innsikt i både organisasjonenes aktiviteter og innbyggernes behov. Denne dialogen har gitt verdifulle innspill til det videre arbeidet og lagt grunnlaget for hvordan tjenesten kan utvikles videre for bedre å møte brukernes behov.

4.4 Erfaring med utarbeidelse og bruk av egenbehandlingsplan

Egenbehandlingsplanen er utviklet i samarbeid mellom DHO-ansvarlig, pasienten og fastlegen for å sikre medisinsk forsvarlighet og individuell tilpasning. Det har imidlertid vært diskusjoner rundt fastlegens rolle i utarbeidelsen av egenbehandlingsplaner. I de fleste tilfeller har oppfølgingstjenesten utarbeidet forslag til egenbehandlingsplaner som deretter har blitt godkjent av fastlegen. Ved overføring av pasient fra sykehus utarbeider sykehuset egenbehandlingsplan som er diagnosespesifikk. Disse planene tas med inn i kommunens arbeid med egenbehandlingsplan for oppfølging i kommunen.

Arbeidet med utvikling av egenbehandlingsplan i prosjektet har vært ressurskrevende. TelluCare-plattformen viste seg kun å være et verktøy for oppfølging, uten ferdig innhold eller validert struktur for egenbehandlingsplaner. En ferdigutviklet og validert løsning i plattformen ville kunne sikret faglig forsvarlighet og samtidig effektivisert arbeidet med oppstart av tjenesten.

Til tross for at utfordringene med en uferdig plattform førte til en mer ressurskrevende oppstart, ga det også prosjektet muligheten til å utforme innholdet på en måte som kunne tilpasses ulike brukergrupper. Denne fleksibiliteten har gjort det mulig å etablere en helhetlig og tverrfaglig oppfølging og fjerne ikke hensiktsmessige elementer for enkelte brukere.

4.5 Oppfølging av pasienter i digital hjemmeoppfølging

I Vestre Viken HF er oppfølging av DHO knyttet til poliklinikkene. Selv om helseforetakene har etablert flere digitale behandlingsforløp, er samhandlingen med kommunene foreløpig begrenset til KOLS-pasienter som mottar oppfølging ved lungepoliklinikken.

I kommunene er oppfølgingstjenesten organisert og driftet av hver enkelt kommune, med variasjoner i hvordan tjenesten er integrert i deres strukturer. I Asker kommune er DHO en del av helsefremmende og forebyggende tjenester, der oppfølgingen ivaretas av sykepleiere og fysioterapeuter. I Lier kommune er DHO direkte tilknyttet hjemmetjenesten, der sykepleiere har ansvaret for den daglige oppfølgingen. For tiden pågår det en pilot i prosjektet hvor en av sykepleierne er dedikert til å håndtere den daglige oppfølgingen og rekrutteringen av nye brukere til tjenesten. Denne organiseringen vil bli videreført dersom den vurderes som hensiktsmessig for den videre driften.

I Drammen kommune er det et overordnet sykepleierteam i hjemmetjenesten, som også har ansvar for prøvetaking i kommunen, som bemanner kommunens oppfølgingstjeneste og håndterer responsen på DHO. Det sikrer robusthet og kommunen har kunnet etablere DHO som en tjeneste uten økt ressursbruk. Bærum kommune planlegger å etablere DHO som en del av helsefremmende og forebyggende tjenester, med en fremtidig utvidelse til hjemmebaserte tjenester.

I løpet av 2024 har prosjektet utredet muligheten for en interkommunal oppfølgingstjeneste, med en potensiell regional organisering på sikt som også kan inkludere felles responstjenester med helseforetaket. En felles organisering kan gi flere fordeler i form av en mer robust faglig oppfølging, lengre åpningstider og mer effektiv samhandling med sykehuset. I dag ivaretas oppfølgingen av sykepleiere og fysioterapeuter, men det har vært diskutert hvorvidt tjenesten kan dra nytte av å involvere flere faggrupper.

Et viktig hensyn har vært å sikre at også brukere med språkbarrierer eller manglende digital kompetanse får tilgang til et tilsvarende tilbud. Prosjektet har derfor lagt vekt på en bred anvendelse av tjenesten og forsøkt å tilpasse den til ulike brukergrupper. Samtidig har det vært viktig å balansere oppfølgingen for å unngå et overdrevent fokus på helseparametere, som potensielt kan føre til unødvendig helseangst, særlig i kombinasjon med færre fysiske besøk. Erfaringene fra prosjektet viser imidlertid at dette ikke har vært et problem blant brukerne. Individuell tilpasning av oppfølgingen til den enkeltes behov og ønsker er en forutsetning for en vellykket tjeneste.

4.6 Erfaring med fastlegens rolle og ansvar

I prosjektet har fastlegen ivaretatt en medisinskfaglig koordineringsrolle, samt bistått i utarbeidelsen av egenbehandlingsplaner. For å styrke samarbeidet med fastlegene har prosjektet etablert et medisinskfaglig nettverk med representanter fra de respektive kommunene. Nettverket har fungert som en verdifull arena for erfaringsutveksling, faglig dialog og videreutvikling av tjenesten i tråd med fastlegenes behov. Kommuneoverlegen i Drammen kommune har deltatt inn i prosjektgruppen med medisinske råd og veiledning, samt fremmet informasjonsflyt ut mot fastlegene. Det ble forsøkt å rekruttere fastlege til lokale prosjektgrupper hos alle samarbeidspartnere, uten at dette lyktes hos alle. I Asker kommune har en fastlegeressurs deltatt i arbeidsgruppen for å støtte utviklingen av tjenesten lokalt.

Prosjektet har jobbet aktivt med å involvere fastlegene og engasjere dem i rekrutteringen av nye brukere til tjenesten. Erfaringer tilsier at mange fastleger er positive til DHO, men at de sjelden tar initiativ til å starte opp tjenesten. Dette kan skyldes at DHO ikke oppleves som et naturlig alternativ, ettersom en ikke har tilstrekkelig kunnskap og informasjon om tjenesten. Mange fastleger uttrykker også bekymring vedrørende merarbeid knyttet til oppfølgingen. Begrensede erfaringer med bruk av DHO blant fastlegene gjør at nytteverdien av tjenesten foreløpig ikke oppleves som reell, samtidig som det er utfordrende å konkludere med hvilken betydning DHO vil ha for fastlegenes arbeidsbelastning. Det har også oppstått spørsmål knyttet til fastlegens juridiske ansvar når oppfølgingen foregår digitalt. Flere gir uttrykk for at det er krevende å etablere terskelverdier, samtidig som den digitale oppfølgingen innebærer mulig færre fysiske konsultasjoner.

I løpet av første kvartal 2025 arrangeres et emnekurs for fastleger og ansatte i kommunen med mål om å øke kunnskapen om DHO og synliggjøre tjenesten. Hensikten er å styrke fastlegenes engasjement og gi dem mer erfaring med DHO, noe som anses som avgjørende for videre skalering av tjenesten.

4.7 Samarbeid mellom aktørene med særlig vekt på helseforetakets rolle

Implementering av digital hjemmeoppfølging krever en godt planlagt tilnærming og samarbeid mellom ulike aktører. Etter implementering må man kontinuerlig evaluere effekten av digital hjemmeoppfølging og gjøre nødvendige justeringer for å forbedre tjenesten. Et tett samarbeid mellom sykehus, kommuner, teknologileverandører og pasienter er avgjørende for å lykkes. Regelmessig kommunikasjon og deling av erfaringer kan bidra til å løse utfordringer og forbedre tjenesten.

Viktig forhold som må ligge til grunn for utvikling av nye tjenester er:

- Behov for å sikre tilstrekkelige ressurser til oppfølging og samarbeid.
- Forankring i helsefellesskapet
- Utarbeidet felles rutiner mellom sykehus og kommune
- Jobbet med overføring mellom forvaltningsnivåene

4.8 Anskaffelse og implementeringsprosesser

Under prosjektperioden har kommunene benyttet eksisterende avtaler med hovedleverandøren for å velge leverandører av teknologi og medisinsk måleutstyr.

Lier kommune opplevde forsinkelser i implementeringen av digital hjemmeoppfølging da den eksisterende underleverandøren trakk seg på grunn av manglende tilpasning til kommunens behov. Dette medførte at en ny vurdering av underleverandører måtte gjennomføres. Til slutt ble Tellu valgt som leverandør av digital hjemmeoppfølging, en leverandør som også ble benyttet av de øvrige kommunene i prosjektet. Prosessen med å velge ny leverandør tok flere måneder og forsinket implementeringen i Lier sammenlignet med de andre kommunene. Gjennom opplæring og tilpasninger fra Tellu, samt erfarings- og prosedyredeling med de andre kommunene, kom Lier likevel i gang med implementeringen i 2024.

Tellu har levert løsning for digital hjemmeoppfølging til Asker, Drammen og Lier. Leveransen har inkludert webapplikasjonen "TelluCare" for helsearbeidere, appen "Dialogg" for tjenestemottakere, samt medisinsk teknisk måleutstyr som blodtrykksapparat, pulsoksymeter, blodsukkerapparat, vekt og termometer.

Parallelt med prosjektet har tre av fire kommuner arbeidet med anskaffelse av en ny totalleverandør av velferdsteknologi. Asker og Bærum kommuner har samarbeidet om anskaffelsen, mens Lier kommune har jobbet sammen med andre kommuner i helsefellesskapet om en annen anskaffelse.

I perioden 2023-2024 har Lier kommune, sammen med andre kommuner i helsefellesskapet, gjennomført anskaffelsen av en ny leverandør av velferdsteknologi. Prosessen ble styrt av

innkjøpskontoret og gjennomført som en konkurranse med forhandlings- og evalueringsrunder. Det ble holdt digitale forhandlingsmøter med tre leverandører, samt tre evalueringsmøter. Til slutt ble Atea valgt som ny totalleverandør av velferdsteknologi til hjemmeboende i Lier kommune. Fra mai 2025 vil Lier kommune starte opp med det nye anbudet, hvor Dignio AS vil fungere som underleverandør av digital hjemmeoppfølging med plattform og medisinsk teknisk utstyr.

4.9 Vurdering av kostnader og bærekraft i tjenesten

Erfaringen er at oppfølgingstjenesten trenger tid og et tilstrekkelig volum av pasienter for å opparbeide seg erfaring. For å oppnå volum, sikre nødvendig kompetanse og effektiv drift har prosjektgruppen etter mandat fra styringsgruppen arbeidet med å se nærmere på muligheten for å etablere et felles kommunalt oppfølgingscenter.

Målet er å tilby behovstilpassede tjenester til brukergrupper med sammensatte behov, og skalere opp tilbudet uten at behovet for ytterligere arbeidskraft øker proporsjonalt. Dette kan føre til kostnadsbesparelser gjennom bedre kontinuitet og ressursutnyttelse. Erfaringer fra regioner andre steder i landet viser at man kan betjene fra 80 til 100 brukere per 100% stilling i et oppfølgingscenter, mens et intensivt oppfølgingsløp vil redusere antallet brukere per stilling.

Prosjektgruppen i Asker kommune har sett på muligheten for å ha tjenester fra både hjemmesykepleie og DHO samtidig. Prosjektgruppen har her kommet frem til at det vil være vanskelig med en rolleavklaring ved et fellesforløp, og anbefaler at man avslutter DHO dersom behovet for hjemmesykepleie oppstår. Imidlertid vil hjemmesykepleien kunne dra nytte av DHO, og bidra til å redusere antall fysiske besøk hos bruker, samtidig som de har det fulle ansvaret for bruker. Erfaringer fra Oslo kommune indikerer at DHO som et tilbud under hjemmebaserte tjenester både er hensiktsmessig og nødvendig for å skalere opp tilbudet, sikre tilstrekkelig volum og redusere behovet for fysiske besøk.

Det anbefales at tjenesten integreres i en større sammenheng med et "digitalt først"-prinsipp. Erfaringer tilsier at det ikke er tilstrekkelig å plassere DHO kun som et ledd i forebyggende tjenester, da det vil være utfordrende å oppnå nødvendig volum. DHO bør derfor tilbys som en del av hjemmebaserte tjenester, som en parallell til forebygging og helsefremming. Ved å organisere tilbudet som en del av hjemmebaserte tjenester, blir det også enklere å vise til konkrete gevinster i form av tids- og kostnadsbesparelser, reduserte besøk og mindre arbeidsbelastning.

4.10 Fordeler og ulemper med vår måte å organisere på

Organiseringen av prosjektet for DHO innenfor rammene av HelseHub har vært nyttig, da partnerskapet har tilrettelagt for samarbeid, erfaringsdeling og tilgang til bred fagkompetanse på tvers av sektorer. Prosjektet har lagt til rette for samhandling mellom sykehuset og kommunen, noe som er avgjørende for den videre utviklingen av digitale tjenester.

Tjenesten sårbar, med få brukere og begrenset bemanning, noe som forsterker behovet for en mer robust og samordnet organisering av DHO. For å optimalisere driften og sikre en bærekraftig tjeneste, har prosjektgruppen arbeidet med å se på muligheten for å etablere en felles

kommunal oppfølgingstjeneste. I den sammenheng ble det gjort en grundig vurdering av vår organisasjonsmodell, inkludert fordeler og ulemper ved dagens kommunevise responsentre, som oppsummeres i tabellen nedenfor.

Fordelen med kommunevise oppfølgingstjenester	Ulempen med kommunevise oppfølgingstjenester
Sitter tettere med øvrige tjenester i kommunen	Dyrere drift – gitt utfordringer med å oppnå tilstrekkelig antall brukere for effektiv drift
Enklere administrasjon og tilgang til systemer	Lavere faglig bredde i bemanningen
Større fleksibilitet på tjenesteutvikling når senteret er en del av kommunens interne drift	Krevende å få til samme dynamikk i samhandlingen med sykehus
Ved å utnytte ressursene og gevinstene i den eksisterende tjenesten kan DHO respons driftes uten ekstra bemannings kostander. Og vil gi synergieffekter til den eksisterende tjenesten.	

Kommunevise oppfølgingstjenester har fordelen av å gjøre det enklere å koordinere med eksisterende tjenester, og vil gi en mer fleksibel bruk av helsepersonell i den kommunale tjenesten. Når tjenesten er en del av den lokale strukturen, blir den bedre integrert i øvrige tjenester, og det er lettere å tilpasse oppfølgingen til lokale behov og ressurser. Dette sikrer kontinuitet og nærhet i oppfølgingen, noe som oppleves positivt både for brukerne og tjenesten.

Fra et samhandlingsperspektiv ville en mer enhetlig organisering forenklet samarbeidet mellom fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I dag organiserer kommunene DHO på ulike måter, med fokus enten på forebyggende og helsefremmende tjenester eller på oppfølging av personer med kronisk sykdom. Denne variasjonen gjør det utfordrende å standardisere rutiner, sikre et helhetlig tjenestetilbud og formidle enhetlig informasjon. Utfordringene forsterkes av et bredt nedslagsfelt, både geografisk og med hensyn til brukergrupper. Kombinasjonen av ulike strukturer og oppfølging av flere brukergrupper gjør det krevende å etablere tverrfaglige og tverrsektorielle møteplasser. Dette kan resultere i fragmenterte pasientforløp og ulik praksis etter utskrivelse.

5 Prosessveiledning

Både InnoMed og Helsedirektoratet har bidratt med veiledning og aktiviteter som har styrket prosjektets tilnærming til gevinstkartlegging, nettverksbygging og kompetanseheving. Nedenfor beskrives de viktigste aktivitetene og bidragene.

5.1 Prosessveiledning ved InnoMed

I løpet av prosjektperioden har InnoMed bistått med prosessveiledning som har styrket prosjektets arbeid med gevinstkartlegging. Gjennom innhenting av informasjon og kartlegging av andre DHO-prosjekter har de tilført verdifull innsikt i hvordan gevinster kan identifiseres og dokumenteres. Dette arbeidet har inkludert definisjon av tydelige gevinstmål og indikatorer, basert på data og erfaringer fra lignende prosjekter. Oversikten utarbeidet av InnoMed har også

omfattet metoder for å hente ut gevinster, slik som bruk av journaldata, brukerundersøkelser og andre relevante kilder.

Erfaringsdeling fra andre prosjekter har vært spesielt nyttig for å gi prosjektet konkrete eksempler på hvordan indikatorer kan benyttes i praksis for å dokumentere effektene av DHO. I kombinasjon med dette har prosjektet, i likhet med andre DHO- prosjekter, etterspurt et forenklet gevinstkartleggingsverktøy. Dette verktøyet har kommunene tatt i bruk, med håp om at det på sikt vil være et nyttig redskap for å dokumentere og måle gevinster.

I tillegg har InnoMed fasilitert en workshop i samarbeid med prosjektet, hvor hensikten har vært å utforske mulighetene for å benytte IPLOS- data som en måleparameter for DHO som en forebyggende tjeneste. I den forbindelse har InnoMed, sammen med prosjektgruppen, bistått med å utarbeide program og oppgaver, samt fungert som fasilitator under workshopen.

5.2 Sentrale aktiviteter fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har vært en viktig bidragsyter til prosjektets fremdrift gjennom veiledning, finansiering, kompetanseheving og nettverksbygging. De nasjonale faglige rådene har gitt tydelige rammer og retning for arbeidet, noe som har sikret at prosjektet er i tråd med nasjonale mål og prioriteringer innen helse og omsorg.

Tilskudd fra Helsedirektoratet har vært avgjørende for å realisere prosjektet, da det har muliggjort nødvendige investeringer i teknologi og infrastruktur. I tillegg har deltakelse i nasjonale kompetanseprogrammer styrket den faglige kompetansen i prosjektet. Disse programmene har gitt oss verdifull innsikt i gevinstrealisering, prosjektledelse og implementering av digitale løsninger, som har bidratt til en mer strukturert tilnærming i gjennomføringen.

Videre har Helsedirektoratet tilrettelagt for møter og seminarer som har fremmet nettverksbygging og erfaringsutveksling. Gjennom disse arenaene har vi fått anledning til å dele erfaringer, dokumenter, rutiner og råd med andre prosjekter. Dette nettverket har vært en viktig ressurs for å løse felles utfordringer og videreutvikle prosjektet.

6 Læringspunkter / erfaringer

I løpet av prosjektperioden har prosjektet gjort seg flere viktige erfaringer og avdekket innsikter som er avgjørende for å oppnå effekt av DHO. Disse erfaringene peker på sentrale faktorer som må være til stede for å sikre faglig kvalitet, effektiv drift og bærekraftig implementering av tjenesten.

6.1 Erfaringer sett fra helsepersonell, helseforetak og kommunene

Erfaringene fremhever behovet for skalering av tjenesten, solid forankring i organisasjonen og tett samarbeid på tvers av aktører.

6.1.1 Skalering av tjenesten

En sentral forutsetning for å oppnå ønsket effekt med DHO er skalering av tjenesten. Et tilstrekkelig antall tjenestemottakere er avgjørende for å synliggjøre tjenestens effekter, samle erfaringer og sikre forankring i organisasjonen.

Gjennomgang av eksisterende lister:

Kartlegging av brukere som allerede mottar kommunale tjenester har vært effektivt for å identifisere kandidater til DHO. Dette er imidlertid en ressurskrevende prosess uten standardiserte søkefiltre i journal.

Innsatsteam som inngangsport til DHO:

I Asker kommune har DHO vært organisert under avdeling Helsefremmende og forebyggende tjenester. Plasseringen av DHO i innsatsteamet har vist seg å være en fordelaktig løsning, ettersom dette teamet er de første brukerne møter i kommunen. Denne organiseringen gir en naturlig inngang for å tilby DHO som den første tjenesten brukerne mottar.

Helhetlig tilnærming:

For å sikre nødvendig volum og synlige gevinster, er det viktig å ha et pragmatisk forhold til inklusjon. Erfaringer underveis har vist at enkelte brukere, som opprinnelig ble ekskludert grunnet manglende digital kompetanse, høyt tjenestebehov eller språkbarrierer, likevel har vist seg å være egnede tjenestemottakere. Ved å rekruttere bredt på tvers av brukergrupper og anse DHO som et ledd i helsefremmende og forebyggende tjenester, samt oppfølging av personer med kronisk sykdom, kan man møte et bredere spekter av behov. Et digitalt først-prinsipp, der DHO er den første tjenesten brukerne mottar når de søker om hjelp, kan bidra til tidlig innsats og forebygging av behov for mer omfattende tjenester.

Integrasjon via velferdsteknologisk knutepunkt:

Integrasjon mellom DHO-plattformen og journalsystemer gjennom Velferdsteknologisk knutepunkt (VKP) er en viktig forutsetning for å redusere dobbeltarbeid og frigjøre tid for helsepersonell. Dobbeltføring av data er tidkrevende og kan skape en barriere for å inkludere nye brukere i tjenesten. Samtidig som integrasjon via VKP kan bidra til å gjøre oppfølgingen mer effektiv, trekkes det også frem som en nødvendig forutsetning for å kunne skalere tjenesten til et større volum. Når antall brukere øker, blir behovet for effektiv dataflyt avgjørende for å opprettholde en bærekraftig tjeneste. Asker og Drammen kommune deltar i prosjektet Pasientens måldata (PMD), og har så langt lyktes med å overføre måldata, journalnotat og spørreskjema fra TelluCare til Gerica. Innen 1. juni 2025 skal data kunne deles mellom sykehus og kommune.

Med VKP og en sømløs dataflyt mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan et oppfølgingscenter følge opp flere brukere uten at det medfører en tilsvarende økning i ressursbruk. Dette styrker tjenestens bærekraft og legger samtidig grunnlaget for en mer effektiv og skalerbar løsning i fremtiden.

6.1.2 Forankring i organisasjonen

Forankring av DHO må skje på alle nivåer i organisasjonen for å sikre at tjenesten blir prioritert og tilstrekkelig ressurslagt. Erfaringene understreker at ledelsesforankring er avgjørende for å oppnå langvarig støtte, men at det også kreves tett samarbeid med nøkkelaktører som

tildelingskontorer for å identifisere og inkludere brukere. Effektiv kommunikasjon er avgjørende for å bygge forståelse og eierskap til DHO, men erfaringene viser at forankringsarbeidet er en kontinuerlig prosess som krever målrettet og vedvarende innsats over tid.

Kommunikasjonsarbeid:

I løpet av 2024 har prosjektet hatt et sterkt fokus på å informere om og synliggjøre DHO for både innbyggere og ansatte i primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er utviklet brosjyrer og informasjonsfilmer som beskriver tjenesten, og prosjektet har vært til stede på møter med brukerorganisasjoner og allmennelegeutvalg for å styrke kunnskapen om tilbudet. Effektiv kommunikasjon krever kontinuerlig innsats, og det er avgjørende å etablere gode informasjonskanaler og opprettholde synlighet for å sikre bred forankring og aksept for tjenesten. Kulturendring, ikke digital transformasjon

Involvering av ledere og mellomledere:

Forankringsarbeidet krever at både ledere og ansatte ser den konkrete nytteverdien DHO tilfører deres arbeid. Involvering i utviklingen av tjenesten er viktig for å fremme eierskap og engasjement.

Involvering av helsepersonell:

Tjenestenettverket, bestående av helsepersonell fra både kommunene og sykehuset, har fungert som en verdifull arena for erfaringsutveksling, samordne og utvikle felles rutiner, samt tilpasse og videreutvikle tjenesten. Nettverket har bidratt til å sikre lokal forankring og styrke kommunikasjonsflyten mellom tjenesten og prosjektet.

Involvering av fastleger:

Et medisinskfaglig nettverk med fastlegerepresentanter fra kommunene og prosjektgruppen har blitt etablert. Nettverket har bidratt til å informere fastleger om DHO og tilrettelegge for tilpasninger som imøtekommer deres behov. Likevel er arbeidet fortsatt i en tidlig fase, og mange fastleger opplever at de mangler tilstrekkelig erfaring for å vurdere tjenestens nytteverdi. Å involvere fastleger med praktisk erfaring fra DHO kan være en effektiv måte å bygge tillit og engasjement blant kolleger.

Involvering av tildelingskontorene:

Tildelingskontorene spiller en nøkkelrolle i implementeringen av DHO, ettersom de vurderer brukernes behov og tildeler tjenester. Prosjektet har arrangert workshops for å informere om DHO og arbeide med praktiske brukercaser, noe som har styrket samarbeidet mellom tildelingskontorene og tjenesten. Erfaringene viser imidlertid at forankring i tildelingskontorene krever en langsiktig og systematisk tilnærming for å oppnå varig integrasjon.

6.1.3 Kompetanse og utvikling

Opplæring og organisering:

Erfaringene har vist at det er hensiktsmessig å begrense opplæringen til et mindre antall ansatte i oppstartsfasen. Dette sikrer at de som mottar opplæring får tilstrekkelig erfaring med tjenesten og er trygge på prosedyrene for forsvarlig oppfølging. Dersom opplæringen gis til mange ansatte samtidig, men antallet brukere fortsatt er lavt, kan det gå lang tid mellom hver gang den ansatte er ansvarlig for oppfølgingen. Dette kan føre til feil og redusere kvaliteten på tjenesten.

Utvikling og utvidelse av tjenesten:

På sikt bør DHO integreres med flere teknologier for å tilby en bredere og mer helhetlig oppfølging. Utvidelsen bør skje i takt med utviklingen av kompetanse ved oppfølgingscenteret, for å sikre kvalitet og kontinuitet i tjenesten.

6.2 Erfaring og anbefalinger vedrørende roller og ansvar i DHO

- **Klare roller og ansvar:** Det er viktig å ha tydelige ansvarsområder og forståelse av roller mellom aktørene.
- **Fastlegens rolle:** Fastlegene bør involveres tidlig og ha en aktiv rolle i oppfølgingen.
- **DHO-ansvarlig:** Dedikerte ressurser i kommunene sikrer kvalitet og kontinuitet i oppfølgingen.
- **Samarbeidsavtaler:** Formelle avtaler bidrar til klarhet og forpliktelse.

En anbefaling kan være å benytte KS sin Helhetlige tjenestemodell for å sikre at alt av roller og ansvar er beskrevet og fordelt før DHO settes i ordinær drift.

6.3 Erfaring med samarbeid med leverandør og bruk av teknologi

- **Tidlig involvering:** Leverandøren bør involveres tidlig for å sikre at teknologien møter behovene. Prosjektet har bidratt i pilotering av digital egenbehandlingsplan og har også vært pådriver for å få til integrasjon og deling av data mot gjennom VKP
- **Brukervennlighet:** Teknologien må være enkel å bruke for både pasienter og helsepersonell.
- **Support og oppfølging:** God support fra leverandøren er viktig for å håndtere tekniske problemer.
- **Standardisering:** Behov for standarder for å sikre integrasjon og samhandling mellom systemer.

6.4 Hva lærte dere av de utfordringer dere møtte på? I hvilken grad ble de løst?

- **Teknologiske utfordringer:** Integrasjonsproblemer ble delvis løst gjennom dialog med leverandøren, men krever fortsatt arbeid. Kommunene har bidratt med innspill og deltakelse i utviklingsprosjekter og ønsker å fortsette med dette for å sikre gode løsninger både for bruker og for deling og bruk av data mellom tjenestenivåene.
- **Ressursmangel:** Behov for flere ressurser ble adressert gjennom omprioriteringer og søknader om ekstra midler.
- **Variasjon i involvering:** Ulikt engasjement blant fastleger ble møtt med informasjonstiltak og dialog for å øke forankringen.

- **Læring:** Vi lærte viktigheten av kommunikasjon, fleksibilitet og å ha en løsningsorientert tilnærming.

6.5 Hvilke suksesskriterier ville dere peke på? (evt. barrierer?)

Suksesskriterier:

- **Ledelsesforankring:** Sterk støtte fra ledelsen i alle organisasjoner.
- **Brukerinvolvering:** Aktiv deltakelse fra representant for brukere i arbeidsgruppe
- **Kompetanse:** Opplæring og støtte til helsepersonell.
- **Samarbeid:** Godt samarbeid og kommunikasjon mellom aktørene.
- **Tilpasningsevne:** Evne til å justere og forbedre tjenesten basert på erfaringer.

Barrierer:

- **Teknologiske utfordringer:** Manglende standardisering og integrasjon.
- **Ressursbegrensninger:** Begrenset kapasitet og økonomi.
- **Variasjon i involvering:** Ulikt engasjement blant fastleger og helsepersonell.

6.6 Hvilke erfaringer og råd vil dere gi til andre som planlegger å etablere digital hjemmeoppfølging?

1. Kom i gang med noen få brukere for å bygge erfaring og teste ut tjenesten i praksis. Dette gir mulighet til å identifisere utfordringer og tilpasse tjenesten før den skaleres.
2. Benytt KS sitt verktøy for Helhetlig tjenestemodell for å sikre at prosess, roller og ansvar blir beskrevet og fordelt før DHO som tjeneste settes i ordinær drift
3. Involver relevante parter, som ledelse, tildelingskontorer, helsepersonell og fastleger, allerede i planleggingsfasen. Dette bidrar til eierskap og en felles forståelse av tjenestens mål og nytteverdi.
4. Prioriter opplæring av en avgrenset gruppe ansatte i starten. Dette sikrer tilstrekkelig kompetanse og kontinuerlig erfaring med tjenesten, samtidig som feil og usikkerhet reduseres. Sørg også for at pasienter får nødvendig støtte for å bruke teknologien trygt.
5. Vær fleksibel og villig til å tilpasse planen basert på erfaringer og behov som oppstår.
6. Ha en pragmatisk tilnærming til inklusjon. Utvikle tjenesten med et bredt bruksområde ved å inkludere ulike brukergrupper og utforske muligheten for å integrere flere teknologier. Dette kan bidra til å gjøre tjenesten mer relevant for flere og skape en helhetlig løsning. Samtidig er det avgjørende å planlegge for skalering, da et tilstrekkelig volum er nødvendig for å oppnå en kostnadseffektiv og bærekraftig tjeneste.

7. Ta i bruk nasjonale programmer, nettverk og erfaringsutveksling for å lære av andres erfaringer og få støtte i implementeringen. Dette kan spare tid og ressurser.
8. Etabler rutiner for jevnlig evaluering av tjenesten for å identifisere forbedringsområder og sikre kontinuerlig utvikling.

7 Oppsummering og veien videre

Partnerne i HelseHub har besluttet å fortsette samarbeidet om utvikling og skalering av digital hjemmeoppfølging. Første skritt har vært å invitere øvrige kommuner i Helsefellesskapet til å delta i søknad til Helseteknologiordningen om videre skalering. For å sikre effektivt samarbeid med sykehuset er det avgjørende at alle pasienter kan tilbys likeverdig tilbud og at rutiner og prosedyrer er samkjørt mellom tjenestenivåene.

Videre vil HelseHub også se på muligheten for etablering av en felles oppfølgingstjeneste for å sikre ytterligere kapasitet til skalering og sikre effektiv drift.

7.1 Hva er status for overgang til drift, evt. plan for dette?

- **Status:** DHO-tjenesten er i ferd med å integreres i ordinær drift i kommunene og sykehuset.
- **Plan:** Utarbeidelse av langsiktige planer for drift, inkludert finansiering, ressursbehov og organisering.

7.2 Hva må på plass for å sikre overgang til drift, herunder helhetlig tjenestemodell?

- **Finansiering:** Sikre nødvendige midler for drift gjennom kommunale budsjetter og eventuelle tilskudd.
- **Organisering:** Klare strukturer og ansvarlinjer for drift av DHO-tjenesten.
- **Teknologi:** Videreutvikling av teknologiske løsninger og integrasjon med eksisterende systemer.
- **Kompetanse:** Kontinuerlig kompetanseheving og støtte til helsepersonell.
- **Samarbeidsavtaler:** Nettverk og formelle avtaler som sikrer langsiktig samarbeid mellom aktørene.

7.3 Hva er planer for videre utvikling?

- **Utvidelse til flere pasientgrupper:** Inkludere pasienter med hjertesvikt, diabetes, kreft og psykiske helseutfordringer.
- **Etablere felles oppfølgingstjeneste:** Vurdere å opprette et felles kommunalt oppfølgingssenter for DHO for å samle kompetanse og ressurser.
- **Styrke teknologi og innovasjon:** Arbeide med leverandører for å forbedre teknologiske løsninger og sikre bedre integrasjon.

- **Forskning og utvikling:** Delta i forskningsprosjekter for å dokumentere effekter og bidra til kunnskapsutvikling.
- **Spredning til flere kommuner:** Dele erfaringer og støtte andre kommuner i å etablere

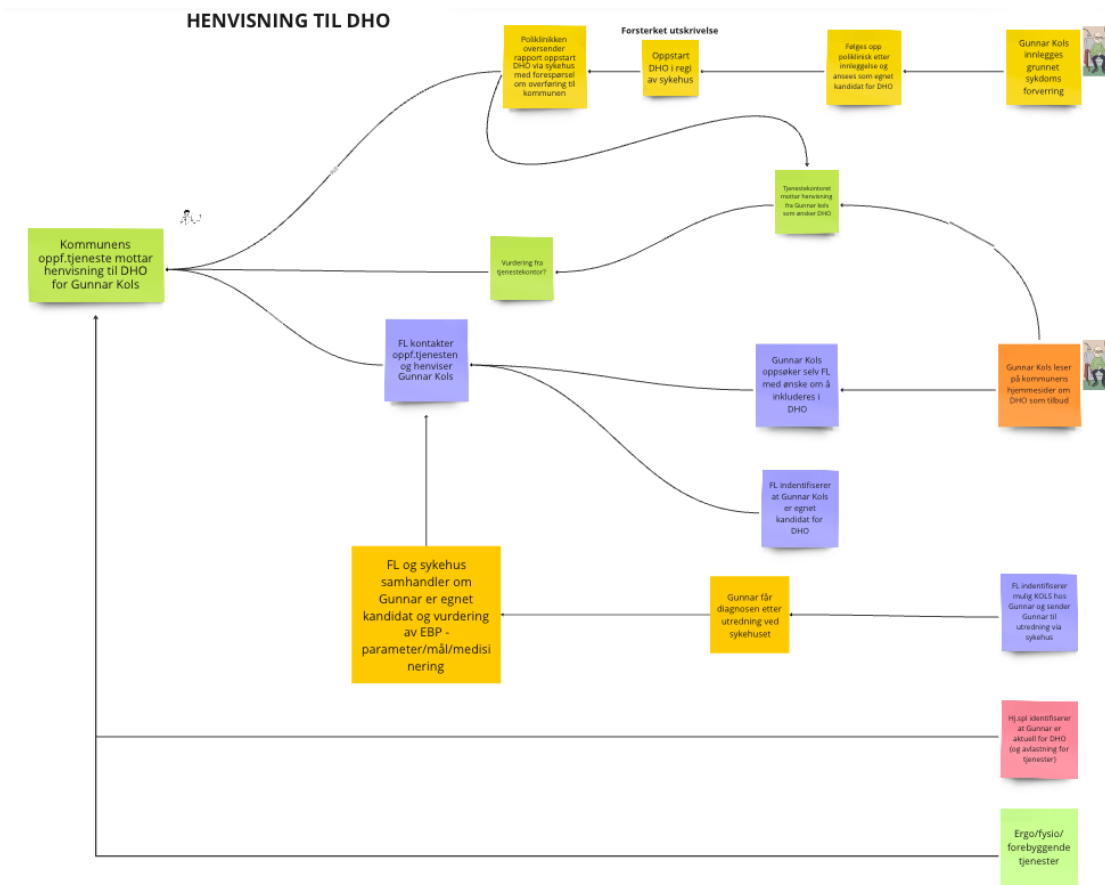
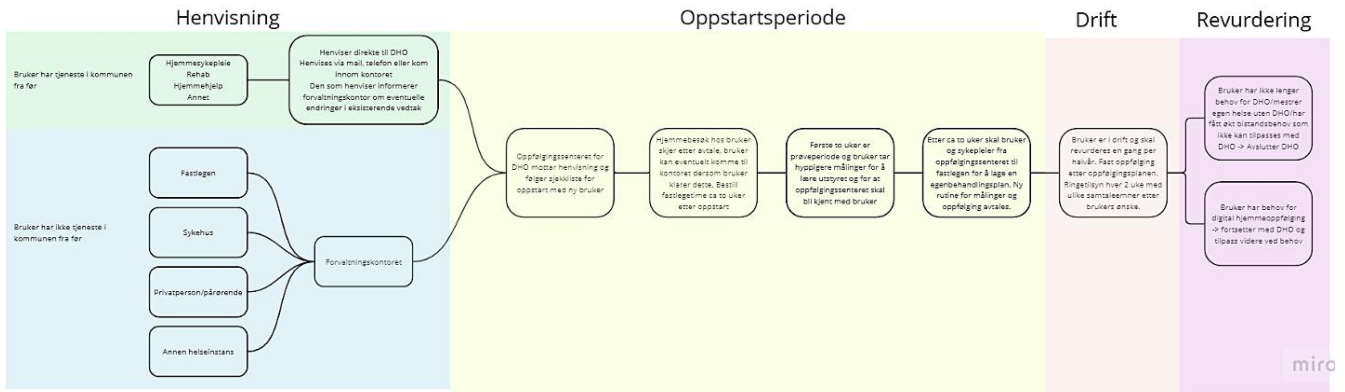
Kontaktinformasjon:

- **Prosjektleder:** Bent-Håkon Lauritzen, bhl@norwayhealthtech.com, Mobil 91844164
- **Styringsgruppeleder:** Sudhir Sharma, sudhir.sharma@drammen.kommune.no

8 Vedlegg

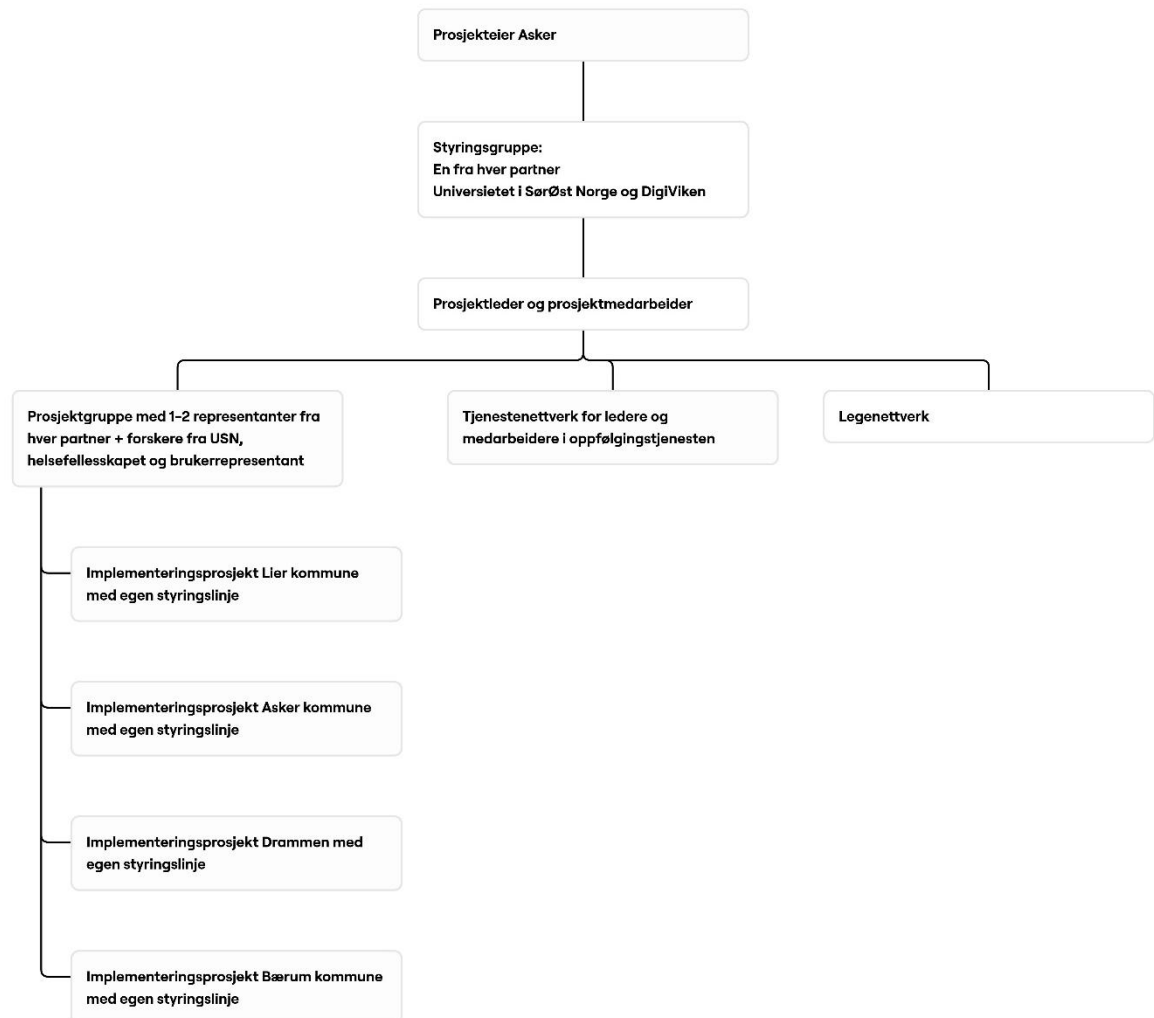
8.1 Vedlegg - Tjenesteforløp

Prosjektet har utviklet et generelt tjenesteforløp for alle brukergrupper. Vedlagt ligger eksempel på tjenesteforløp utarbeidet av Lier kommune og ulike måter å henvises til DHO.



8.2 Vedlegg - Organisasjonskart

- Visualisering av prosjektets organisering og ansvarlinjer.



8.3 Vedlegg - Brukerevalueringer

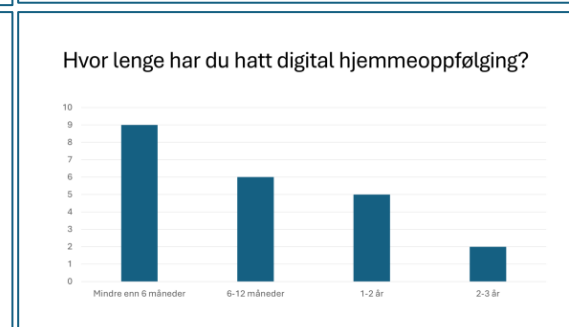
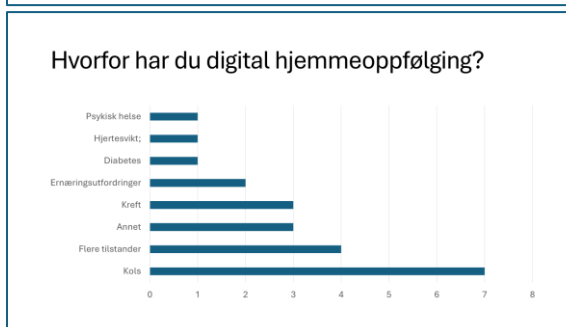
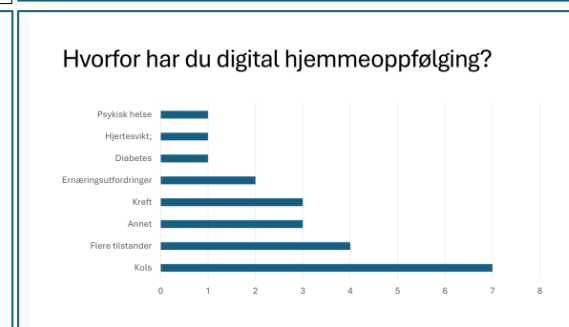
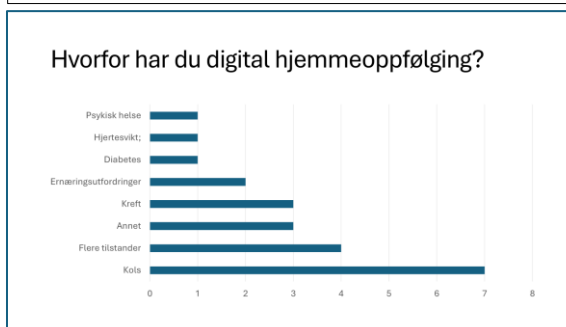
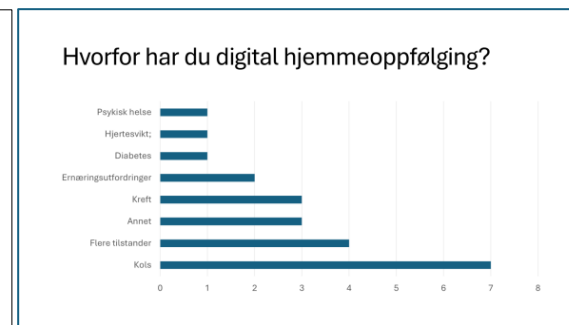
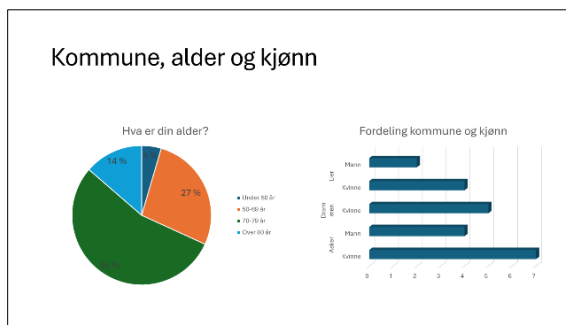
8.3.1 Brukerundersøkelse gjennomført desember 2024

Brukere fra Asker, Lier og Drammen kommune (N=24)

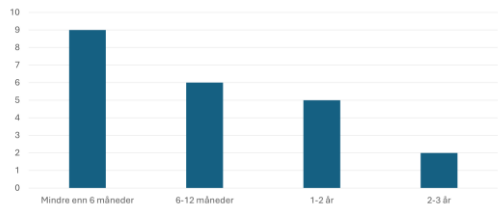
Brukerkartlegging Digital Hjemmeoppfølging

Tjenestemottakere i
Drammen, Lier og Asker kommune
desember 2024

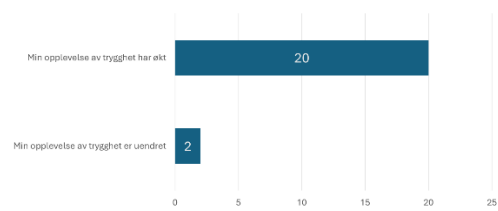
(antall svar: 24)



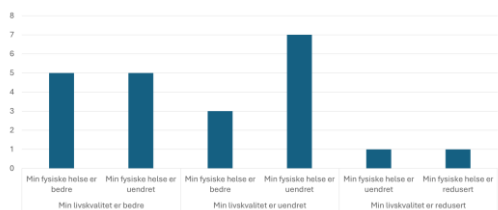
Hvor lenge har du hatt digital hjemmeoppfølging?



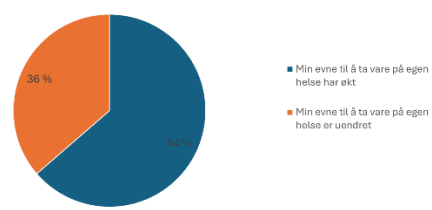
Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket din opplevelse av trygghet?



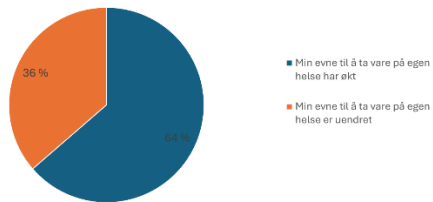
Hvordan har digital hjemmeoppfølging endret livskvalitet og fysisk helse?



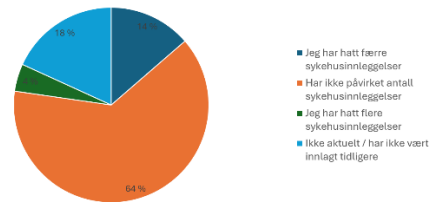
Har digital hjemmeoppfølging endret din evne til å ta vare på egen helse?



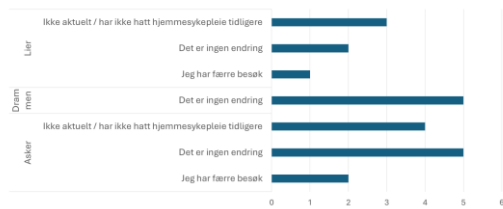
Har digital hjemmeoppfølging endret din evne til å ta vare på egen helse?



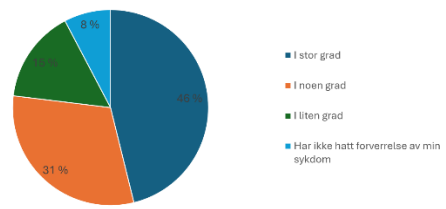
Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket hvor ofte du har vært innlagt på sykehus?



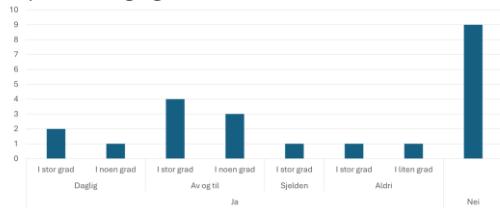
Hvordan har digital hjemmeoppfølging påvirket ditt behov for hjemmesykepleie/hjemmetjenester?



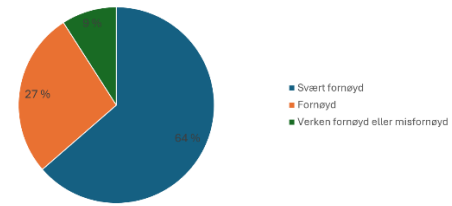
Opplever du at egenbehandlingsplan er et nyttig hjelpemiddel når du har en forverrelse av din sykdom? (N=13)



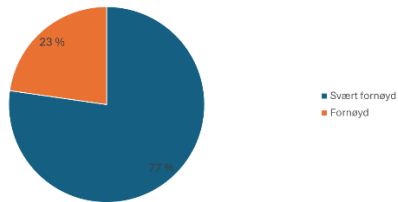
Har du egenbehandlingsplan, hvor ofte bruker du den og i hvor stor grad opplever du at den er tilpasset deg og ditt behov?



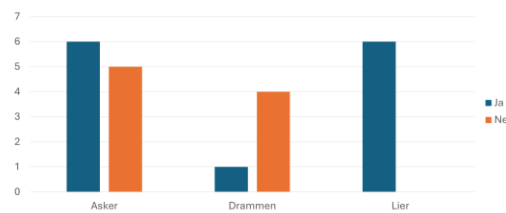
Hvordan har du totalt sett opplevd digital hjemmeoppfølging?



Hvor fornøyd er du med oppfølgingen du får (fra helsepersonellet i digital hjemmeoppfølging)?

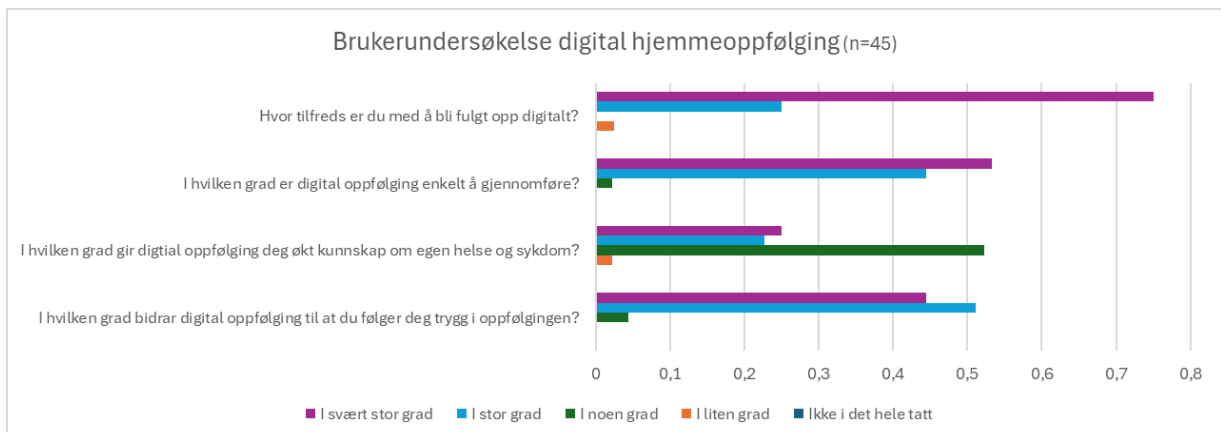


Har du egenbehandlingsplan?



8.3.2 Brukerkartlegging juni-september 2024

Brukere fra Drammen og Asker kommune (N=45)

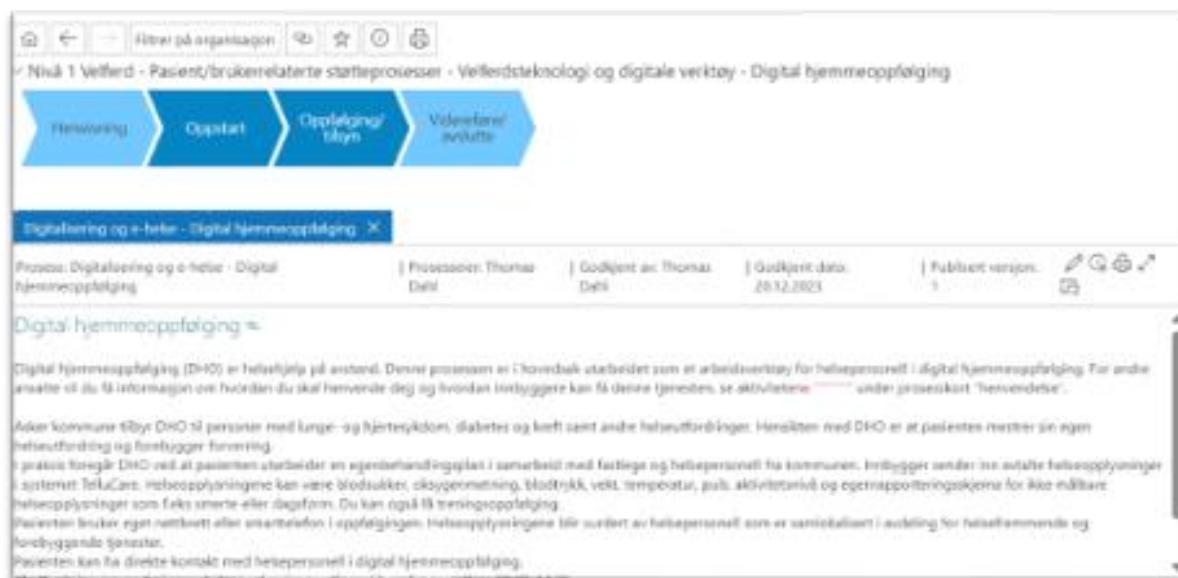


8.4 Vedlegg - Helhetlig tjenestemodell for velferdsteknologi

Asker kommune har jobbet etter helhetlig tjenestemodell. Prosess og rutine for dette er etablert, og gjort kjent og er beskrevet i kommunens [kvalitetssystem](#) (Simpli).

Tildele teknologi, ivareta respons, utrykning og evaluering

Prosess og rutine for dette er etablert, og gjort kjent og er beskrevet i kommunens [kvalitetssystem](#) (Simpli).



Figur - Prosedyrer i Kvalitetssystemet

I prosjektet har det vært diskutert og gitt innspill på hvor og hvordan denne tjenesten skal vedtaksfestes. Ved avslutning av prosjektet hjemles vedtakene i Forvaltningsloven. Det bør vurderes videre om tjenesten også skal hjemles i Helse- og omsorgstjenesteloven for enkelte tjenestemottakere. Inklusjonskriterier må fortløpende vurderes.

Ansvar for denne prosessen er lagt til rollen systemansvarlig for velferdsteknologi. Denne stillingen er pr tiden organisert i Velferdsforvaltningen, avdeling Samordning og fellestjenester. Instruks for rollen ligger i kommunens [kvalitetssystem Simpli](#)

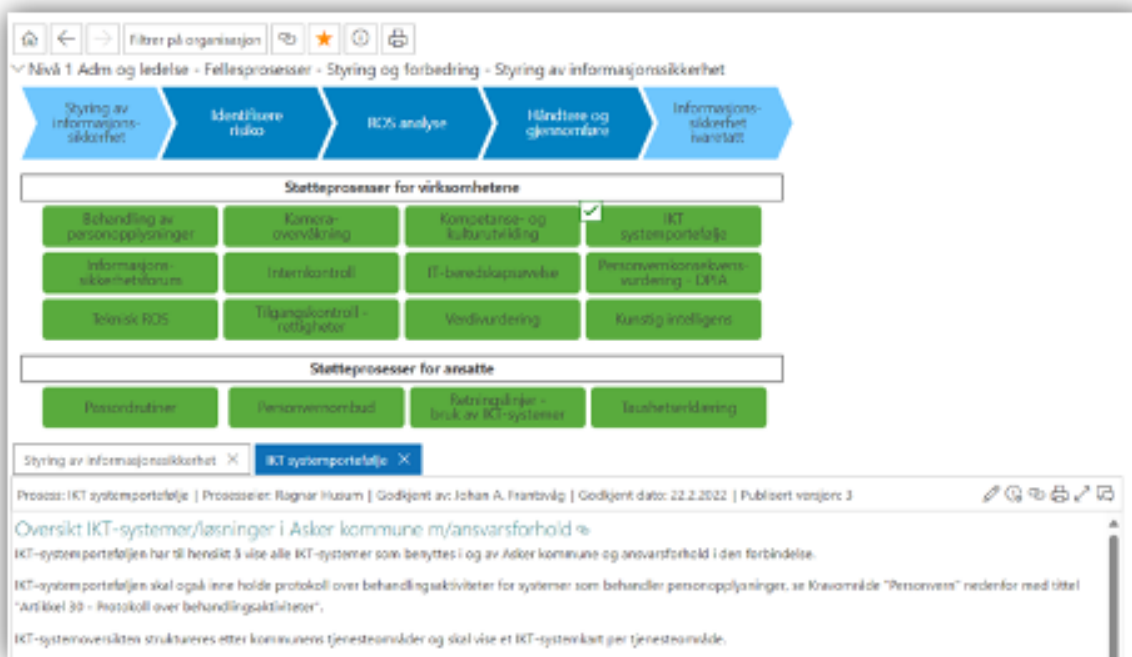
Vedlikehold og videreutvikling av tjenesten

Det er flere oppgaver som bør ivaretas for å sikre at digital hjemmeoppfølging både vedlikeholdes og videreutvikles i kommunen. De viktigste oppgavene her er:

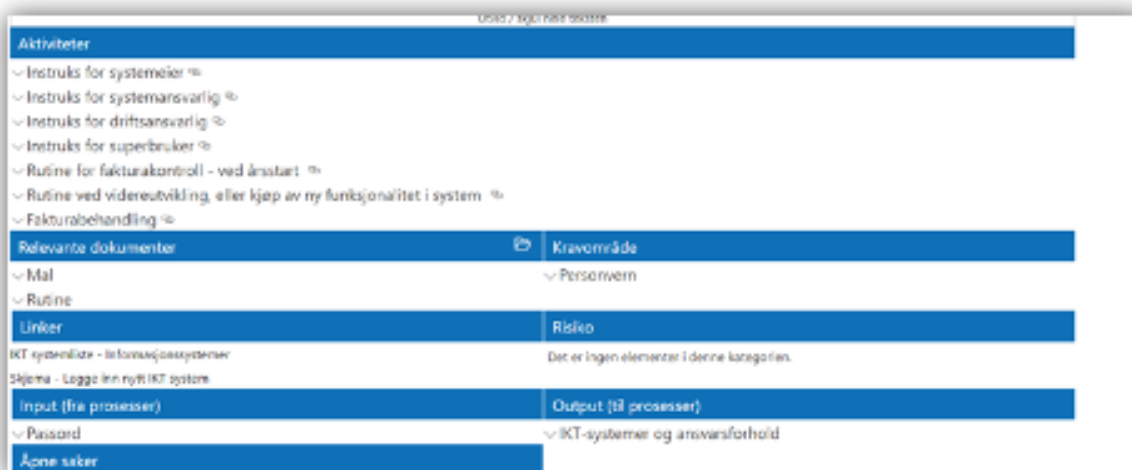
- Gjennomføre kommunikasjonstiltak
- Ledende og gjennomføre opplæring
- Vedlikeholde tildelingskriterier
- Forvalte rutiner for behandling av personopplysninger
- Avklare tjenestens behov og implementere nye løsninger
- Endre på tjenesteforløp og rutiner
- Vurdere risiko og planlegge beredskap
- Følge opp gevinster

- Budsjettere
- Administrere system- og utstyrsporfølje
- Samhandling

Ansvaret for disse oppgavene ligger først og fremst hos systemeier og systemansvarlig for velferdsteknologi og følger instruks for disse rollene. Instruks for rollene ligger i kommunens [kvalitetssystem Simpli](#) Systemeier for TelluCare plattformen er leder for Velferdsforvaltningen.



Figur - IKT systemportefølje



Figur - Instruks for systemeier og -ansvarlig

Support, lager og utstyr

Et samhandlingsprosjekt i regi av [HelseHub](#)

Det er flere oppgaver knyttet til support, lager og håndtering av utstyr som må løses. Digital hjemmeoppfølging utføres fra plattformen TelluCare og fra Appen Dialogg, som leveres av Tellu. Registrering og overføring av medisinske målinger skjer via utstyr som lånes ut av kommunen.

Dette er pr i dag

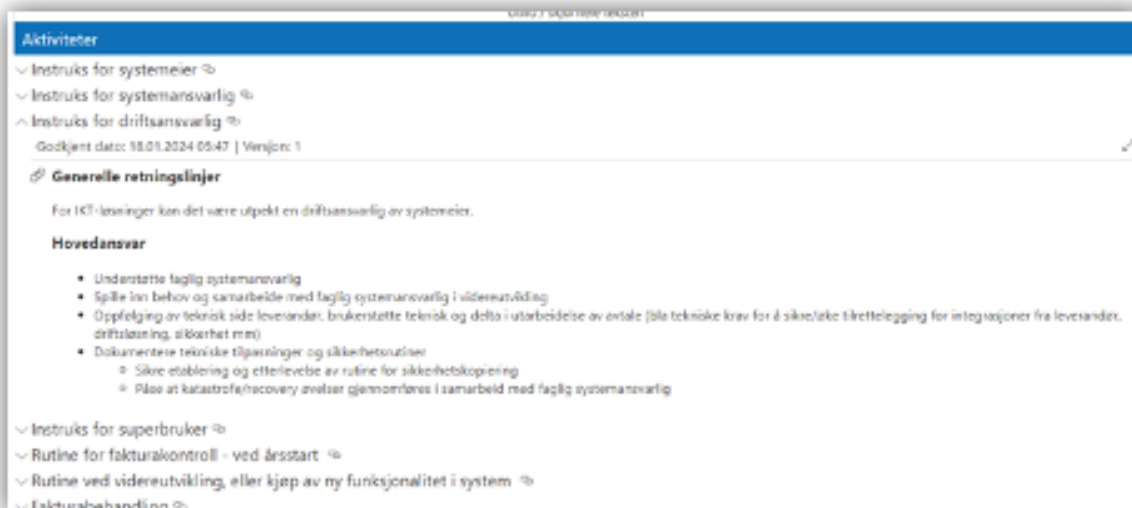
- Vekt
- Blodtrykksmåler
- Blodsuktermåler
- Pulsoksymeter
- Gateway (dersom bluetooth fra smarttelefon ikke benyttes)

Dette utstyret krever oppfølging og installasjon hos bruker. Pr i dag gjøres dette av oppfølgingstjenesten. (DHO Asker kommune)

IT-drift

TelluCare plattformen er en skybasert tjeneste levert av Tellu. Det vil si at den ikke driftes av Asker kommune sin IKT-avdeling. Samarbeid med intern IKT-avdeling er allikevel nødvendig i forhold til personvern, og integrasjoner, for eksempel med VKP (Velferdsteknologisk knutepunkt).

Dette ansvaret er lagt til rollen som IKT driftsansvarlig. Instruks for Driftsansvarlig ligger i kommunens [kvalitetssystem Simpli](#) Denne stillingen er organisert i avdeling Digitalisering i Seksjon for teknologi, digitalisering og informasjonsforvaltning under direktør for organisasjon, styring og utvikling.



Figur - Instruks driftsansvarlig

Oppgradering og vedlikehold av teknisk løsning

TelluCare plattformen vil ha behov for både oppgradering og vedlikehold av løsningen. Dette er en oppgave som må planlegges godt og være god dialog om slik at det gir minst mulig belastning for både tjenestene og brukerne. Denne oppgaven er en samarbeidsoppgave mellom leverandør, IKT-driftsansvarlig og systemansvarlig. Og følger av instruks for disse.

Anskaffelser og avtaleforvaltning

Det er to hovedoppgaver som må håndteres under denne oppgaven. Den ene er å gjennomføre anskaffelser og eventuelt avrop på avtaler man har inngått. Den andre handler om å systematisk følge opp og forvalte avtalene man har inngått.

TelluCare plattformen ligger i Trygghets og mestrings avtalen inngått med Tellu. Denne avtalen går ut etter 4+2+2 år i januar 2025. Det blir i disse dager forberedt ny anskaffelse av tilsvarende tjenester. Anskaffelsen vil bli utlyst i løpet av sommeren 2024 og anskaffelse og implementering av ny avtale vil tydeliggjøre hvem som har videre ansvar for anskaffelser og avtaleforvaltning av TelluCare. I dag ligger ansvaret for denne avtalen hos systemeier i Velferdsforvaltningen

8.5 Vedlegg - Prosjektmandat

Om dokumentet

Dokumentet vil beskrive samarbeidet mellom Vestre Viken HF (klinikk Bærum og Drammen sykehus) og kommunene Asker, Bærum, Drammen og Lier knyttet til etablering av digital hjemmeoppfølging av kronisk syke pasienter.

Prosjektet skal;

- 1: avklare organisatoriske, helsefaglige og tekniske behov for en effektiv og kvalitativ tjeneste.
- 2: i pilotfasen tilby tjenesten til personer med kols som primærdiagnose.
- 3: legge til rette for og test ut tjenesten for flere brukergrupper
- 4: invitere øvrige kommuner i opptaksområdet for Vestre Viken til å følge prosjektet samt bidra i nasjonalt program for velferdsteknologi og sikre kompetanseoverføring med andre prosjekter.

Bakgrunn og hensikt

Nasjonale føringer og planer viser at det er behov for en mer samordnet helsetjeneste som setter innbygger i sentrum. Behovet for bedre koordinering av tjenestene og involvering av pasientene i egen behandling øker. Pasientene må oppfordres til å ta større del i beslutninger og oppfølging av egen sykdom i tett dialog med helsepersonell.

For å møte forventet fremtidig utvikling i demografi og økonomi må løsninger som legger til rette for en effektivisering av helsevesenet utvikles. (Direktoratet for eHelse, 2020, «Digital hjemmeoppfølging – tilnærming til helhetlig samhandling», versjon 1.0)

Digital hjemmeoppfølging (DHO) er et viktig bidrag for å videreutvikle pasientens helsetjeneste gjennom differensiert oppfølging av den enkelte pasient slik at vi bruker mer ressurser på de mest alvorlig syke. «DHO innebærer at hele eller deler av et behandlingstilbud foregår uten fysisk kontakt, der dialog og deling av data mellom pasient/bruker og behandler(e) skjer digitalt» (Helsedirektoratet, 2021 s. 8). Ved hjelp av teknologiske løsninger overføres helseopplysning fra pasient til kommune, fastlege eller sykehus, og helsetjenesten kan følge opp helseopplysningene med veiledning og medisinfaglig støtte ut ifra pasientens behov.

Utviklingsplanen til Vestre Viken peker på betydningen av informasjonsdeling mellom tjenestenivåer og likeverdig tjenestetilbud. Kommuner i Vestre Viken sitt nedslagsfelt har på ulike måter nedfelt velferdsteknologi/DHO i strategier. Prosjektet vil underbygge overordnet strategi om bærekraftige helsetjenester. Et samarbeid i regionen vil styrke fokus på DHO og sikre en samordnet tjeneste for innbyggere i hele Vestre Viken opptaksområde. Samarbeidet har en klar ambisjon om å bringe helsetjenestene nærmere pasienten gjennom økt bruk av avstandskompenserende teknologi.

Prosjektets hovedleveranse er å etablere en tydelig samhandlingsmodell med DHO som verktøy. Hensikten med implementering av DHO er å bedre ressursutnyttelsen og øke kvaliteten i

pasientbehandlingen ved å legge til rette for en større grad av fleksibilitet og tilgjengelighet i samhandling med primær og spesialisthelsetjenesten.

Prosjektets skal i de ulike fasene avklare organisatoriske, helsefaglige, juridiske og tekniske behov for en effektiv og kvalitativ tjeneste. Videre skal prosjektet sørge for utvikling og implementering av faglig utformet skjema, prosedyrer og informasjons-/opplæringsmateriell.

Målgruppe for DHO vil følge nasjonale faglige råd. I første pilotfase skal det rekrutteres pasienter med kolsdiagnose gjennom tidlig diagnose hos fastleger og ved rekruttering ifbm diagnose og behandling på sykehus. Kols er valgt som diagnose for å sikre en god forankring inn mot spesialisthelsetjenesten. Prosjektets videre målsetting er å tilrettelegge for spredning til flere kommuner og brukergrupper og på sikt til flere kommuner i helsefellesskapet

Helsefellesskapet har besluttet at dette prosjektet skal bidra til tjenesteutvikling, erfaringsutveksling og læring i hele helsefellesskapet. Prosjektet etableres, utvikles og justeres i tråd med nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging (Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging - Helsedirektoratet - forventet ferdig behandlet medio desember 2022).

Ref: Helsedirektoratet. 2021. «Digital hjemmeoppfølging - Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018 - 2021.» Oslo.

Leveranser og langsiktige effekter

Prosjektets forventede leveranser og effekter er beskrevet under. Leveransene er beskrevet som del av resultatmålene;

Resultatmål	Beskrivelse	Leveranser / Milepæler
Etablere en samhandlingsmodell for KOLS-pasienter med DHO som verktøy	<p>Avklare organisatoriske, medisinfaglige, juridiske og tekniske barrierer.</p> <p>Felles rutiner og prosedyrer som sikrer god samhandling.</p> <p>Opplæring av pasienter og ansatte</p> <p>Bærekraftig organisering.</p> <p>Utarbeide vurderingskriterier for å tilby DHO</p>	<p>Godkjente rutiner/prosedyrer for samhandling mellom kommuner, fastleger og sykehus - i tråd med nasjonale anbefalinger</p> <p>Utvikle opplæringsplan - gjennomført opplæring</p> <p>Utviklet og godkjent vurderingskriterier for inklusjon</p>
Pilotere samhandlingsmodell for KOLS-pasienter	<p>Sikre forankring og opplæring.</p> <p>Gjennomføre nødvendige risikoanalyser.</p>	<p>Opplæring gjennomført.</p> <p>Risikoanalyse godkjent.</p>

	<p>Først teste ut med få pasienter i en kommune som forholder seg til samme sykehus for å teste rutiner/prosedyrer og teknologi.</p> <p>Skalere med flere pasienter i flere kommuner og mot både Drammen og Bærum sykehus.</p> <p>Kontinuerlig evaluering og forbedring for å sikre en god tjeneste.</p>	<p>Først test etablert i Asker kommune med pasient tilhørende Drammen sykehus.</p> <p>Pilotering i de andre kommunene i prosjektet og til Bærum sykehus.</p>
Samhandlingsmodellene spres til andre pasientgrupper	<p>Avklares senere i prosjektet.</p> <p>Prosjektet vil utarbeide kriterier for tildeling av DHO-tjenesten.</p> <p>Prosjektet skal definere måltall og analysere antall re-innleggelse, kommunalt tjenestebehov og bruk/inntektsmodell for fastlegetjenester.</p>	Avklares senere i prosjektet.
Digital hjemmeoppfølging integreres som varig helsetjeneste	<p>Digital hjemmeoppfølging innlemmes som en del av kommunenes omsorgstrapp.</p> <p>Pasienter i sykehus vurderes til digital hjemmeoppfølging ved utreise fra sykehus.</p>	<p>DHO er integrert som en del av kommunenes omsorgstrapp og politisk besluttet.</p> <p>Vestre Viken har innarbeidet DHO som fast del av pasientforløp for pasienter der det er stor grad av samhandling.</p>
Etablere en effektiv og sikker dialog mellom bruker og behandler, og mellom behandlere på tvers av behandlingsnivå	<p>Prosjektet vil benytte dagens rammeavtaler der det er aktuelt, og kartlegge behov for ytterligere anskaffelse for å sikre en helhetlig tjeneste.</p> <p>Det skal kartlegges og dokumenteres behov for skifte av og eller videreutvikling av teknologiske løsninger for å sikre optimal samhandling.</p>	DHO teknologiene skal legge til rette for brukervennlig, effektiv og sikker dialog mellom bruker og behandler og mellom behandlere på tvers av tjenestenivåene

Prosjektet har følgende effektmål:

For helsetjenesten	<p>Redusere kostnader for helsetjenesten gjennom redusert/utsatt behov for konsultasjon, hjemmetjeneste/institusjonsplass og innleggelse og reinnleggelse på sykehus</p> <p>Frigjøre tid til de aller sykeste</p> <p>Kompetanseoverføring og økt forståelse mellom behandlingsnivå</p>
For pasienten / bruker / pårørende	<p>Økt trygghet, mestring og selvstendighet for brukere</p> <p>Individuelt tilpassede grenseverdier legger grunnlag for hendelsesstyrt oppfølging av den enkelte pasient før situasjonen blir kritisk.</p> <p>Forebygging forverring av sykdom</p> <p>Forebygg/utsette behov for legekonsultasjon/institusjonsinnleggelse/sykehusinnleggelse</p> <p>Bedre brukeropplevelser med økt grad av opplevd livskvalitet og mestring</p> <p>Opplevelse av helhetlig og sammenhengende helsetjeneste</p> <p>Økt helsekompetanse</p>
For samfunnet	<p>Fristille ressurser til de aller sykeste</p> <p>Miljøhensyn - redusert behov for transport til/fra sykehus/ redusert transport i hj.tj.</p> <p>Bedre utnyttelse av samfunnskritiske ressurser</p> <p>Utnytte tilgjengelig teknologi / økt sysselsetting og verdiskapning for leverandører av helseteknologi.</p>

Organisering, roller og ansvar

Rolle	Ansvar	Navn
Formell rapportering til H-dir	Rapportering og løpende hovedkontakt med Helsedirektoratet	Lisa Kristine Hagen

Prosjekteier	Hver partner er ansvarlig for å etablere overordnet rapportering for prosjektet.	Alle partnere
Styringsgruppe	Overordnet styring og kontroll av prosjektet	<ul style="list-style-type: none"> • VV: Kristine Kleivi Sahlberg • Bærum K: Marit Kronborg • Asker K: Aud Hansen • Lier: Jill Åse Fredriksen • Drammen K: Sudhir Sharma • USN: Janne Dugstad • Digi Viken: Ola Svartberg
Prosjektleder	Lede og koordinere prosjektets prosjektgruppe samt arbeidsgruppe	Bent-Håkon Lauritzen
Deltakere i prosjektgruppen	<p>Hver deltaker i prosjektgruppa har ansvar for å koordinere og sikre beslutninger/fremdrift/leveranser for prosjektet i egen organisasjon</p> <p>Hver partner deltar med en hovedansvarlig og øvrige fagpersoner etter behov.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vestre Viken: Ingvild Andersen og Hege Berge • Bærum Kommune: Kari Engen Sørensen og Ann-Kristin Smilden • Asker Kommune: Lisa Kristine Hagen • Lier Kommune: Camilla Kjeldsberg • Drammen: Hege Rokke • USN: Vivi Lycke Christensen • Trine Lise Mørk, Kommunerepresentant i Arbeidsutvalget til Helsefellsskap Vest-Viken • Brukerutvalg: Mark J.A. Miller • Lege: Kaia Helene Frang Høivik

		(samfunnsmedisin) og Jan Robert Grøndal (allmenntmedisin)
Arbeidsgruppe for løpende planlegging og gjennomføring av prosjektaktiviteter.	<ul style="list-style-type: none"> Arbeidsgruppen planlegger og organiserer ressurser for pågående prosjektaktiviteter 	<ul style="list-style-type: none"> Hege Berge, Vestre Viken med hovedansvar for teknologi 50% stilling som prosjektmedarbeider med hovedansvar for pasientforløp Praksiskonsulent Jan Robert Grøndal fra Vestre Viken med hovedansvar for medisinske prosedyrer og forankring mot fastleger. Andre ressurser etter behov
Ressursgruppe med brukere	Forankring og avstemming av foreslåtte løsninger og tjenester med brukere	Avklares senere

Øvrige ressurspersoner / fagmiljøer for å styrke prosjektet:

Behov / kompetanse	Rolle	Navn
DigiViken	Spredning av prosjektresultater	Trine Lise Mørk /Ola Svartberg
Nasjonalt program for velferdsteknologi	Forankring mot nasjonalt program	Siw Helene Myhrer
Leverandører	Teknologipartner	

Interessentanalyse og kommunikasjonsplan

Se vedlegg [interessentanalyse](#)

Se vedlegg [kommunikasjonsplan](#)

Finansiering

Prosjektets økonomiske rammer er 1,1 million kroner pr år i 3 år (årlige tildelinger)

Inntektsbudsjett

Beskrivelse	År 1	År 2	År 3
Tilskudd	1 100 000	1 100 000	1 100 000
Egenbidrag partnere	575 000	575 000	575 000
Ekstra tildeling desember 2022	170 000		
Midler søkt overført fra tidligere år			
Ubrukt tilskudd / egenbidrag overført til neste år			
Periodisert inntektsbudsjett	1 845 000	1 675 000	1 675 000

Kostnadsbudsjett

Beskrivelse	År 1	År 2	År 3
Prosjektkostnader partnere	1 150 000	1 040 000	1 040 000
Prosjektledelse og ressurs arbeidsgruppe	620 000	560 000	560 000
Møtekostnader	45 000	45 000	45 000
Øvrige prosjektkostnader / refusjoner (buffer)	30 000	30 000	30 000
Lisenser og utstyr			
Sum kostnader	1 845 000	1 675 000	1 675 000

Rammebetingelser og usikkerhet

Kort beskrivelse av avhengighet	Håndtering av avhengighet
Regelverk / lover som hindrer effektiv samhandling / deling av informasjon	
Føringer fra nasjonalt program for velferdsteknologi	

Beskrivelse av usikkerhet/risiko

Mulig hendelse	Virkning hvis ingen tiltak iverksettes	Tiltak som vil redusere hendelsens sannsynlighet og/eller konsekvens
Risiko knyttet til teknologi	Middels/høy	Kartlegge risiko for utstyrsfeil, nettverk og integrasjon/deling av informasjon.
Risiko for uønskede hendelser/negative helsekonsekvenser	Middels/Lav	Opplæring i bruk av løsning og tydelig informasjon til pasienter om hvordan man håndterer medisinske situasjoner
Risiko knyttet til personvern	Middels	Utrede personvernkonsekvenser (DPIA)
Risiko knyttet til rekruttering av pasienter	Lav	Gode prosedyrer for identifikasjon av potensielle pasienter og utvikle informasjonsmateriell / opplæringsprogram for deltakelse
Risiko knyttet til forankring i den enkelte organisasjon (kommuner og sykehus)	Middels	Sikre ledelsesforankring og invitere til dialog / involvere beslutningstakere og utførende aktører.
Risiko knyttet til involvering av fastleger i prosjektet og forankring hos øvrige fastleger	Høy	Frikjøp av involverte fastleger og aktiv strategi for løpende informasjon om prosjektet til alle fastleger.
Risiko knyttet til samhandling og arbeidsdeling	Middels	Etablere tydelige prosedyrer og rutiner for ansvarsfordeling og avvikshåndtering
Risiko knyttet til kostnadsøkning ved kjøp av utstyr og etablering av nye tjenester	Middels	Input til budsjettprosess og fokus på kost/nytte ved etablering av tjenesten

Det vil bli gjennomført en risiko- og sårbarhetsanalyse pr organisasjon for å sikre kvaliteten i tjenesten.

Vedlegg til mandat

Følgende dokumenter skal utarbeides og revideres i det løpende prosjektarbeidet.

- Gevinstmodell
- Prosjektplan
- Interessentanalyse og kommunikasjonsplan
- Evaluering av prosjektgjennomføring