

ERFARINGSRAPPORT

Pilotering sykehusforløp for KOLS-
pasienter som mottar digital
hjemmeoppfølging på Agder

Februar 2021



Innhold

1. Innledning
2. Pasientforløpet for kols-pasienter i sykehuspiloten
3. Erfaringer fra sykehuspiloten
4. Fremtidig organisering av tjenesten



Innledning

Regional koordineringsgruppe e-helse og velferdsteknologi Agder (RKG) ble etablert av rådmannsgruppen i regionplan Agder i Januar 2016 med følgende formål:

- At regionen er ledende innenfor velferdsteknologi i Norge
- At arbeidet skal stimulere til forskning, utvikling og næringsutvikling i regionen
- Å få til økt regional kommunal koordinering og forankring på Agder

I samarbeid med KOM-prosjektet: «Felles forvaltning av DHO – et samhandlingsprosjekt i helsefelleskap på Agder» gjennomføres det nå et prosjekt for å få til økt koordinering mellom kommuner, fastleger og sykehus for tiltak rundt digital hjemmeoppfølging. Som et ledd i dette gjennomførte man i perioden desember 2020 til februar 2021 en pilotering hvor 6 pasienter med KOLS mottok digital hjemmeoppfølging fra sykehuset med overgang til kommunale tjenester.

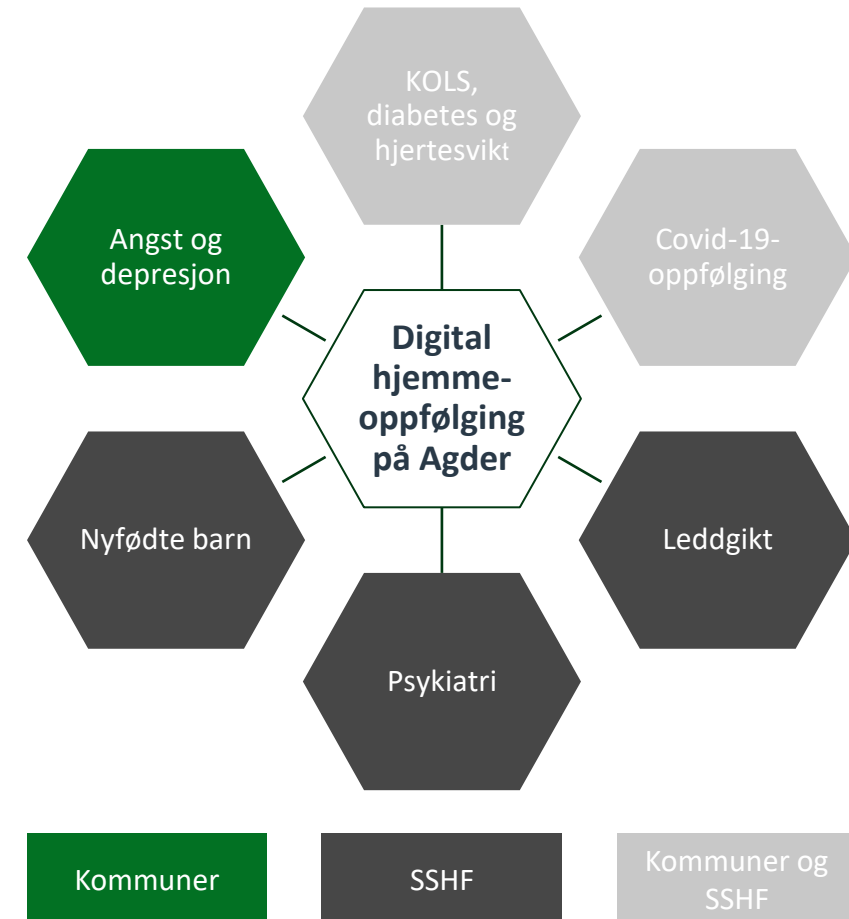
Denne rapporten beskriver hvordan piloteringen foregikk og presenterer de ulike erfaringene som pasienter, personale på sykehuset og de kommunale tjenestene opplevde ved å tilby og motta tjenesten. Intervjuer er gjennomført med pasienter, samt de involverte aktørene i forløpet. Målet med piloteringen er å høste erfaringer fra digital hjemmeoppfølging tilbudt fra sykehuset for å kunne justere på pasientforløpet og tjenesten før den skal ut i drift.



Agder har flere pågående initiativer for digital hjemmeoppfølging

Pågående initiativer

- Oppfølging fra telemedisinsk sentral og primærhelseteam for pasienter med KOLS, diabetes og hjertesvikt
- Oppfølging fra TMS, primærhelseteam og den kommunale helsetjenesten for pasienter med angst og depresjoner
- Covid-19-oppfølging fra TMS og fastlegekontorer
- Covid-19-oppfølging fra hjerteavdelingen på Sørlandet sykehus avdeling Kristiansand
- Oppfølging av nyfødte barn og mødre fra nyfødtintensiv på Sørlandet sykehus
- Oppfølging av KOLS-pasienter fra lungeavdelingen på Sørlandet sykehus
- Videokonsultasjon fra sårpoliklinikken på Sørlandet sykehus
- Selvrappoterering for pasienter med leddgikt fra revmatologisk poliklinikk på Sørlandet sykehus
- Selvrappoterering for psykiatrispasienter på Sørlandet sykehus



1

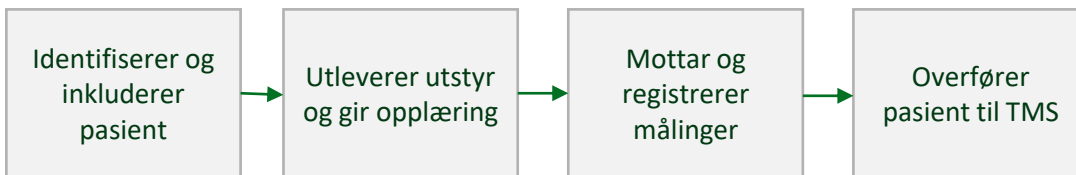
PASIENTFORLØPET FOR KOLS- PASIENTER I SYKEHUSPILOTEN

En beskrivelse av tjenesten, pasientforløpet, eksklusjonskriterier, inklusjonskriterier, inkluderte pasienter og tidsbruk i piloten

Ved samarbeid mellom sykehus og TMS får pasienter raskere tilgang til digital hjemmeoppfølging

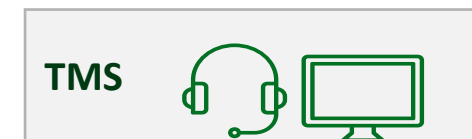
Oppfølging starter fra sykehuset

- Ved oppfølging fra sykehuset står sykehuset ansvarlig for å identifisere og inkludere pasienter som har behov for digital hjemmeoppfølging
- I samarbeid med pasient utarbeides det en egenbehandlingsplan av sykepleier ved sykehuset i samråd med lege på sykehuset eller pasientens fastlege
- Pasient mottar digital oppfølging fra sykehuset i 2-4 uker, og blir deretter overført til TMS for videre oppfølging










Videre blir pasient overført til TMS

- Telemedisinsk sentral (TMS) er regional sentral for oppfølging. Sentralen er bemannet av sykepleiere som har i hovedoppgave å følge opp brukere av digital hjemmeoppfølging
- TMS overtar oppfølgingen av pasienten fra sykehuset og får ved dette tilsendt informasjon om pasienten samt starter utarbeidelse av pasienten sin egenbehandlingsplan dersom denne ikke foreligger fra før
- Sykepleierne på sentralen har tett dialog med både kommunen, sykehuset og fastlegen

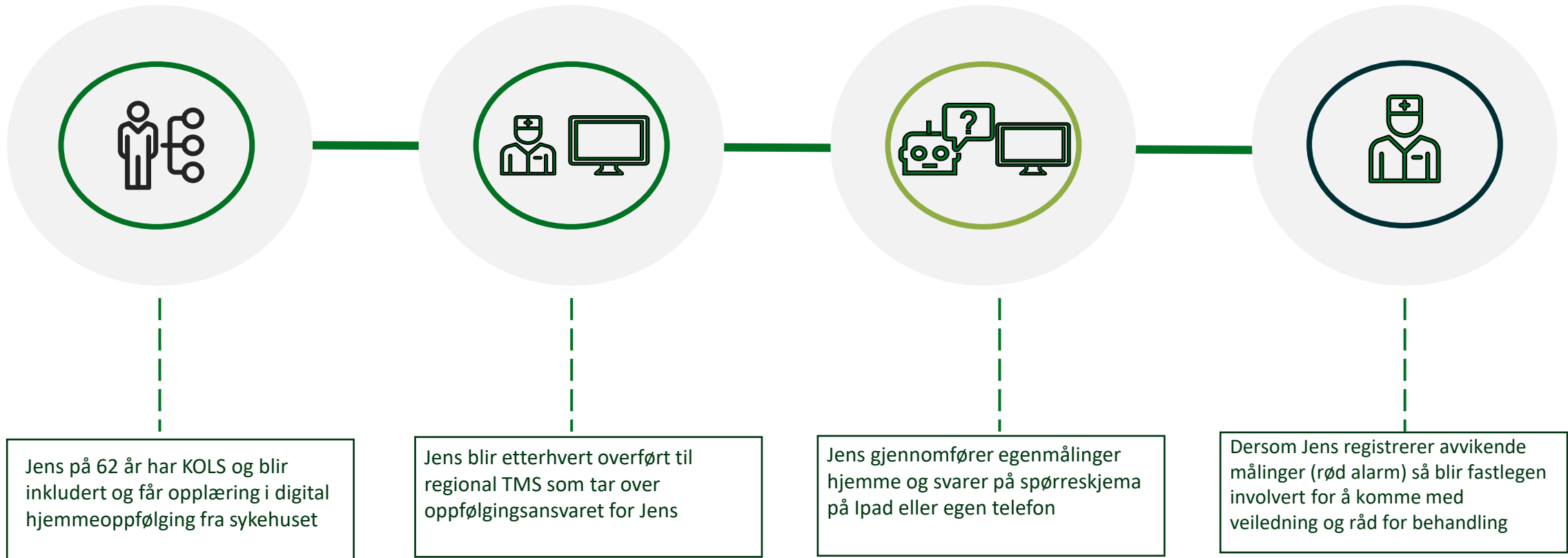


Det er skissert en fordeling av ansvar for aktiviteter tilknyttet digital oppfølging fra sykehus med overgang til kommune

Aktivitet	Bruker / pårørende 	Fastlege 	Sykehus-oppfølger 	Sykehus-lege 	Kommunal Oppfølger 	Forvaltning TMS 	Forvaltning Hjem 
Identifisering/henvisning			A				
Inkludering			A U	R			R
Tildeling av utstyr			A U				
Opplæring	U		A U R				
Kartlegging (EBP)	U R	R A	U R	A R			
Rapportering	A		U				
Vurdering	U	R	A			R	
Evaluering	R	A	U R		U R	R	
Avslutning	R	A	U R		U R	R	

A = Ansvarlig **U** = Utførende **R** = Rådgivende

Både spesialisthelsetjenesten, regional TMS og fastlege er involvert i tjenesten

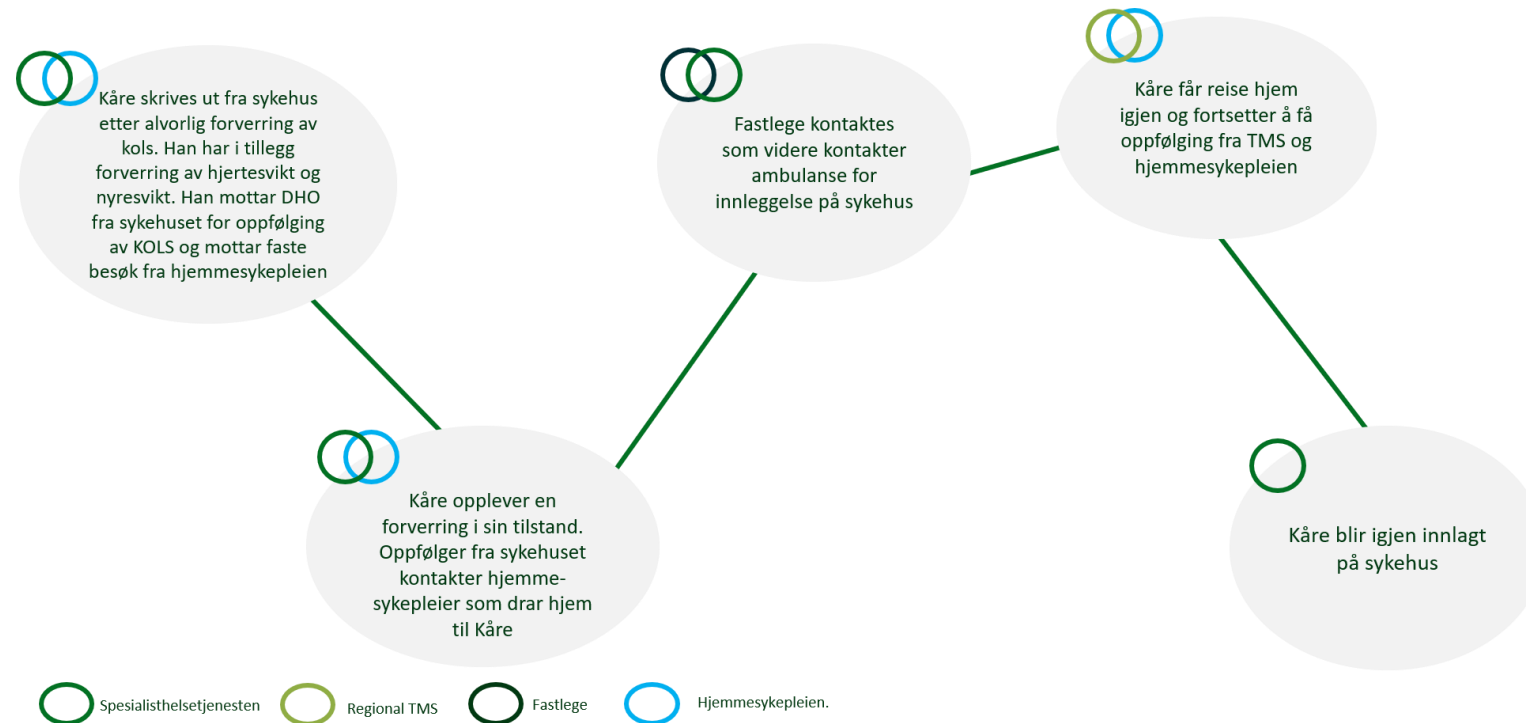


 Spesialisthelsetjenesten  Regional TMS  Fastlege

I noen tilfeller trengs det mer samarbeid rundt pasientforløpet

Samarbeid

- I pasientforløpet skissert i figuren ser man et eksempel på en pasient som ikke har et like «rett-frem» pasientforløp.
- I slike tilfeller har man et større behov for et sykehus-kommunalt teamsamarbeid.
- I dette samarbeidet blir digital hjemmeoppfølging et bindeledd som kan fungere som et verktøy for å fange opp forverrelser hos pasienten tidligere.



Pasientene som inkluderes i piloten har oppfylt følgende inklusjonskriterer

Inklusjonskriterier

- Pasienten er klar og orientert
- Pasienten kan betjene enkel teknologi (eksempelvis mobiltelefon- ikke nødvendigvis smarttelefon)
- Pasienten har behov for opplæring/rehabilitering, behandling, eller vurderes å ha behov for/nytte av forebyggende tiltak
- Pasienten har bank ID
- Pasienten har en KOLS-diagnose
- Pasienten er innlagt med KOLS-forverring eller har fått behandling for KOLS ved spesialisthelsetjenesten

Pasienter har ikke blitt inkludert i piloten dersom de oppfyller følgende eksklusjonskriterier

Ekklusjonskriterier

- Pasienten har ikke bankID
- Pasienten ønsker ikke/klarer ikke å bruke telemedisinsk utstyr etter opplæring
- Pasienten ønsker ikke å skrive under på skriftlig samtykke
- Pasienten har en ustabil personlighet, utfordrende sosiale forhold, medikament- eller alkoholmisbruk
- Pasienten har en form for kognitiv svikt som gir utfordringer for oppfølgingen

En kort beskrivelse av pasientene som har deltatt i piloten

Pasient 1

- Alder og kjønn: Mann 78 år
- Diagnose: KOLS grad 3
- Startet på oppfølging fra sykehus: Ved utskrivelse fra sykehus og avsluttet da han ikke mestret teknologien.

Pasient 4

- Alder og kjønn: Mann 70 år
- Diagnose: KOLS grad 3
- Startet på oppfølging fra sykehus: Ved utskrivelse fra sykehus og overført til regional oppfølging etter to uker.

Pasient 2

- Alder og kjønn: Kvinne 83 år
- Diagnose: KOLS grad 3 og hjertesvikt
- Startet på oppfølging fra sykehus: Ved utskrivelse fra sykehus. Oppfølgingen ble avsluttet etter 6 uker.

Pasient 5

- Alder og kjønn: Kvinne 73 år
- Diagnose: KOLS grad 4
- Startet på oppfølging fra sykehus: Ved utskrivelse fra sykehus

Pasient 3

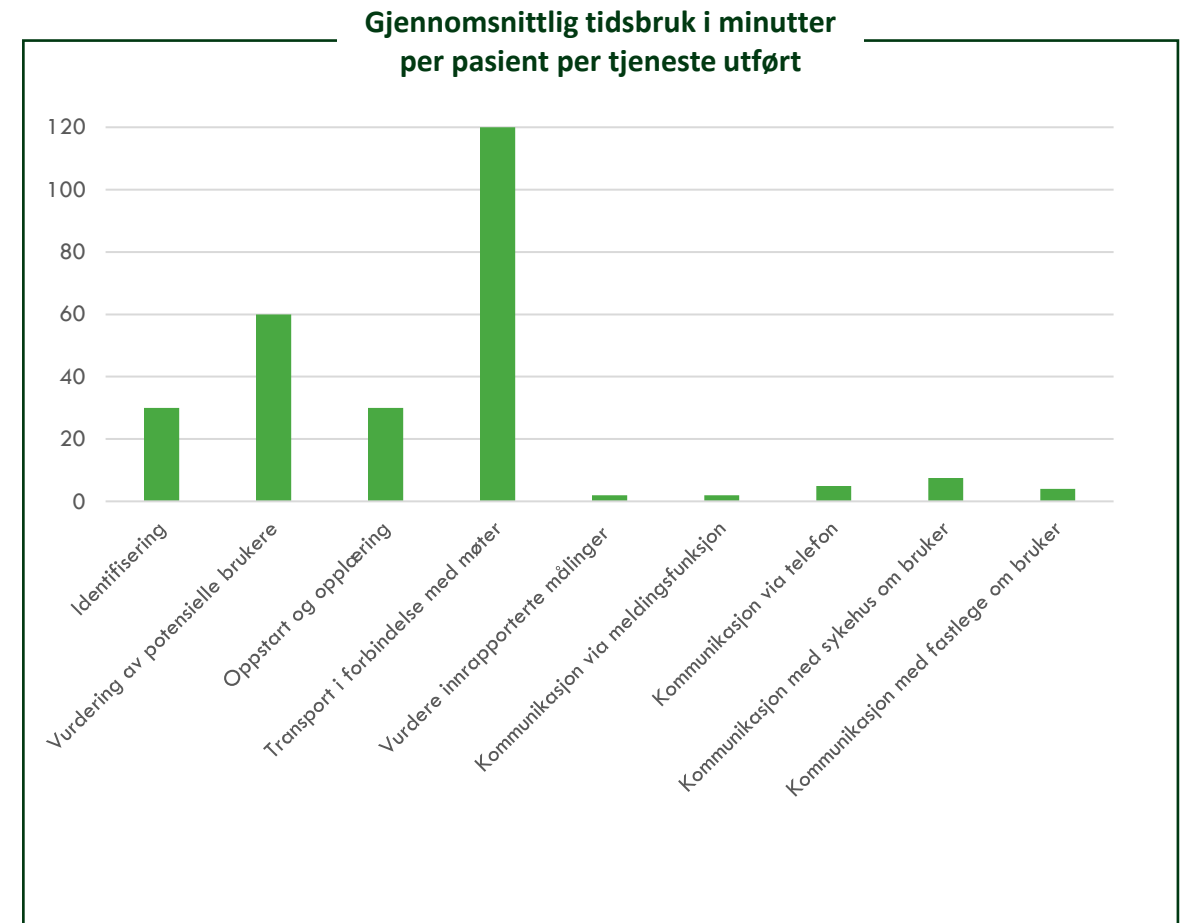
- Alder og kjønn: Kvinne 79 år
- Diagnose: KOLS grad 4
- Startet på oppfølging fra sykehus: Ved utskrivelse fra sykehus og får fremdeles oppfølging fra TMS.

Pasient 6

- Alder og kjønn: Mann 67 år
- Diagnose: KOLS grad 4
- Startet på oppfølging fra sykehus: Fulgt opp fra sykehuset, overført til oppfølging i kommune deretter til regional oppfølging

Oppfølger har registrert tidsbruk på de ulike fasene i pasientforløpet

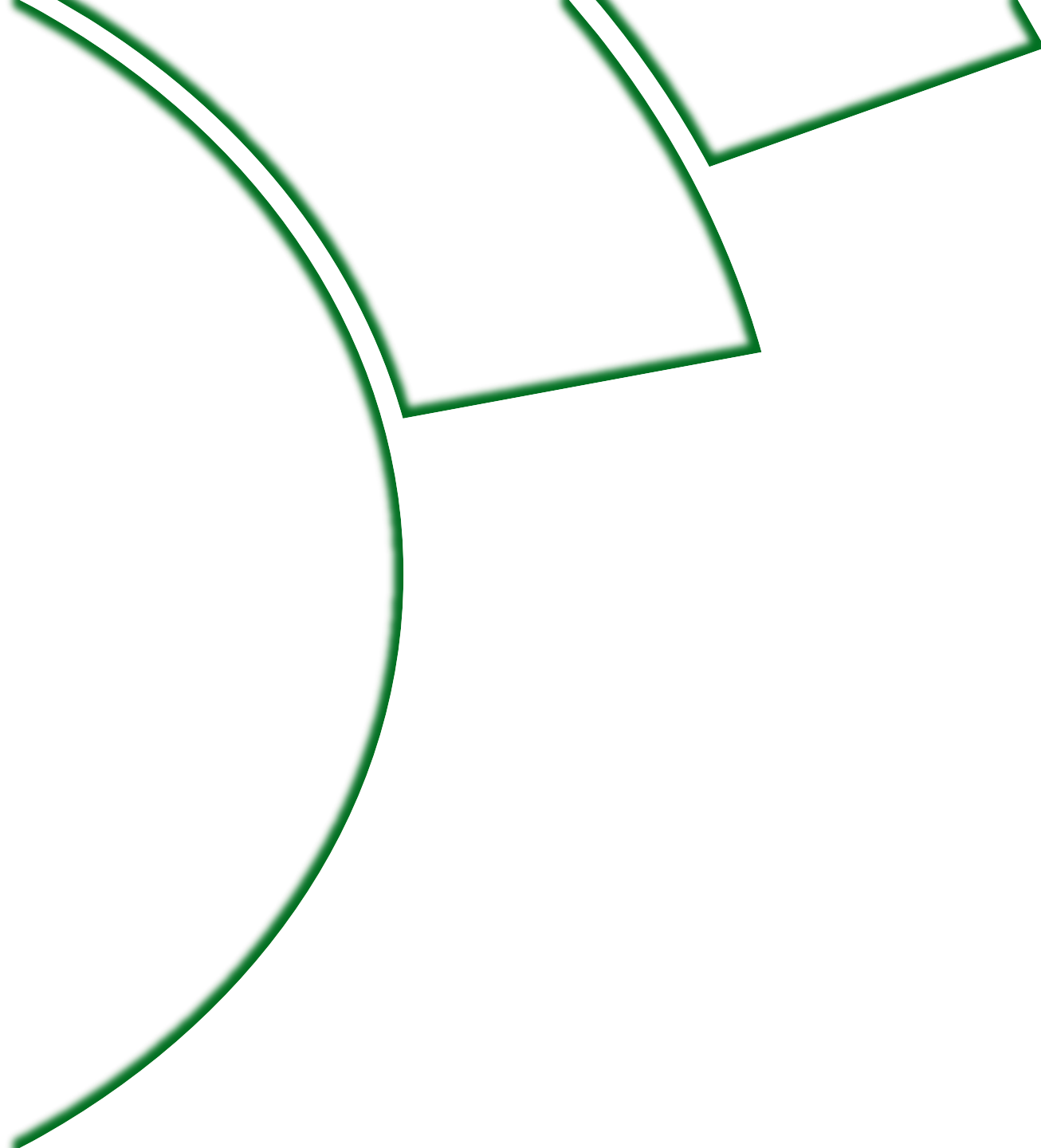
- Det går lite tid til den **faktiske** oppfølgingen hvor sykepleier svarer på meldinger eller gjennomfører telefonsamtaler med bruker
- Størstedelen av tiden på oppfølgingen går til transport i forbindelse med møter med brukere og utlevering av utstyr der dette er nødvendig.
- Det er også blitt brukt mye tid på å identifisere og vurdere potensielle brukere av tjenesten – dette synliggjør vanskeligheten med å inkludere nok pasienter.
- Det er forventet at tidsbruk på transport og identifisering og vurdering av potensielle brukere vil reduseres betydelig i en driftssituasjon.



2

ERFARINGER FRA SYKEHUSPILOTEN

En beskrivelse av erfaringene til pasienter og involverte aktører i pasientforløpet innhentet gjennom innsiktsintervjuer



Brukercase: «Lisa» føler seg tryggere etter tilbud om digital hjemmeoppfølging

Pasienthistorikk



- «Lisa» er 73 år og har KOLS grad 4.
- «Lisa» startet opp med digital hjemmeoppfølging fra sykehuset i januar 2020. Hun skal etterhvert overføres til TMS.

“

«Jeg føler meg tryggere og mer sikker på egen sykdom etter at jeg ble koblet opp på digital hjemmeoppfølging»

- Lisa

“

«Nå klarer jeg enda bedre å styre min egen sykdom, ved at jeg sjekker målingene og vet når jeg må ta det med ro»

- Lisa

Brukercase: «Knut» har fått det bedre etter at han ble fulgt opp av sykehuset

Pasienthistorikk



- «Knut» er 67 år og har KOLS grad 4.
- Han har mottatt digital hjemmeoppfølging fra sykehuset fra mai 2020 til oktober 2020.
- Han hadde 3 innleggelser på sykehus i 2019, men ingen i 2020.
- I oktober 2020 ble han overført til TMS i Farsund, før han i desember 2020 ble flyttet over til regional TMS i Arendal.

Gevinster

- Opplever bedre kontroll, økt trygghet og mindre uro tilknyttet egen sykdom
- Er overbevist om at han har sluppet innleggelser på sykehus i 2020 pga oppfølgingen
- Har raskere oppdaget forverrelser i egen tilstand

“

«Jeg synes at det var en stor overgang å få oppfølging fra TMS. De følger opp på en annen måte enn jeg er vant til fra sykehuset og jeg skulle ønske at jeg ble bedre informert om at oppfølgingen var annerledes»

- «Knut»

Oppfølgere fra sykehuset er positive til digital hjemmeoppfølging, men mener at det kreves økt forankring av tjenesten på sykehuset

Sentrale funn

- Pasienter som mottar oppfølging gir uttrykk for opplevelse av trygghet og større innsikt i hvordan de forholder seg ved tegn til forverring og hvilke tiltak de kan sette igang.
- Mange pasienter kvier seg for det teknologiske og mange pasienter ble ikke inkludert grunnet mangel på bankID.
- Det har vært krevende å inkludere nok pasienter i piloten – pasientforløpet er ikke godt nok forankret på sykehuset i tillegg har Covid-19 pandemien ført til at færre pasienter er innlagt på sykehuset
- I Agder jobbes det i et regions perspektiv – det er en utfordring når kommunene har ulike involvering og ulike avtaler for digital hjemmeoppfølging.
- Noen pasienter er ikke klar for DHO før de har fått «roet» seg hjemme etter en sykehusinnleggelse.
- Når man har en god dialog med pasient og kommune i forkant av overføring av pasient, sitter alle parter igjen med en bedre opplevelse av denne prosessen.
- Egenbehandling som en del av oppfølgingen er viktig, og det er viktig at egenbehandlingsplanen utarbeides i samarbeid med sykehus og TMS.
- Fastlegen er vanskelig å komme i kontakt med og få i tale.

«Når pasientene opplever økt trygghet og mestring gjennom digital hjemmeoppfølging, føles det meningsfylt å gi oppfølging»

- Sykepleier ved SSHF Kristiansand

«Den detaljerte oppskriften på hva pasientene skal gjøre ved ny forverring får de ikke rutinemessig ved utskrivelse»

- Sykepleier ved SSHF Kristiansand

Behov

- Tjenesten må forankres i større grad på sykehusets lungeavdeling – det er behov for å i større grad involvere og informere om tjenesten for å sikre at flere pasienter mottar tilbud om digital oppfølging.
- Det må på plass en bedre dialog mellom TMS, sykehus og bruker i forhold til tidspunkt for overflytting mellom tjenestene.
- Det er behov for at alle kommuner og sykehus har et avtalt samarbeid – en felles forvaltning rundt DHO og team for sårbare grupper i forverring av sykdom.
- En kulturendring må på plass for at flere skal tenke «mer oppfølging fra sykehus hjemme i samarbeid med kommune».

Lungeavdelingen ser nytteverdien av digital hjemmeoppfølging, men er usikker på hvordan det best kan integreres som en naturlig del av tjenesten

Sentrale funn

- Ansatte ved sykehusets lungeavdeling er positive til digital hjemmeoppfølging, og ser nytteverdien av å tilby pasienter denne behandlingen.
- Sykehuset har møtt på flere hindringer ved implementeringen av digital hjemmeoppfølging. Blant disse er:
 - pasienter uten bank ID
 - det skjer mye med pasienten under en innleggelse og ikke minst før utskriving, noe som fører til at prioriteringen for å inkludere og lære opp pasienter nedprioriteres
 - mangel på forankring hos alle ansatte på avdelingen.
- Avdelingen har et stort ønske om å få inkludert og tilbudt digital hjemmeoppfølging til enda flere pasienter enn i dag, men er usikre på om veien gjennom lungeavdelingen er den riktige veien å gå.

«Det er en positiv tilnærming til DHO på avdelingen, og vi skulle ønske vi fikk inkludert enda flere pasienter»

- Enhetsleder lungeavdelingen, SSHF Kristiansand

«Vi har dessverre møtt på en del hindringer. Det er mye som skjer under innleggelsen, noe som gjør at DHO kan gå i glemmeboken»

- Enhetsleder lungeavdelingen, SSHF Kristiansand

Behov

- Det er behov for mer arbeid rundt forankring på sykehuset sin avdeling. Dette kan gjøres ved å fortsette å ha digital hjemmeoppfølging på agendaen ved avdelingsmøter samt få nok erfaring med utprøvelsen for å vise enda tydeligere gevinster av oppfølgingen.
- Mulighet for å frikjøpe ressurser som kan fokusere fullt på digital hjemmeoppfølging. Det er behov for dette på avdelingen for å sikre å inkludere nok pasienter.
- Det er behov for å se på muligheten for at organiseringen av oppfølgingen kan skje i regi av poliklinikken.

Oppfølgere på TMS er særlig positive til at pasienter har en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan når oppfølgingen starter opp

Sentrale funn

- Overføringen av pasienter fra sykehus til TMS har gått sømløst for seg ved at TMS har mottatt relevant informasjon og data om pasienten sitt sykdomsbilde.
- Det er spesielt nyttig at sykehuset og TMS bruker samme system for oppfølging (OTH).
- TMS oppgir at det er en stor fordel at pasientene de får overført har en utarbeidet egenbehandlingsplan fra sykehuset. Utarbeidelse av egenbehandlingsplan i samarbeid med fastlegen har tidligere krevd mye tid og ressurser fra TMS.
- Møtet med oppfølger fra sykehus har vært viktig for TMS for å danne et bilde av pasienten sin tilstand og behov.
- Ved et tilfelle fikk ikke TMS god nok informasjon om hvilken type oppfølging pasienten tidligere hadde mottatt fra sykehuset. Dette skapte uro for pasienten som opplevde at oppfølgingen fra sykehuset var avvikende fra oppfølgingen fra TMS.

«Jeg opplevde overgangen av pasienten fra sykehuset til TMS som svært god. Vi fikk god informasjon og teknisk gikk det helt knirkefritt»

- Oppfølger på TMS i Farsund

«TMS sparer mye tid og ressurser på at pasient kommer med en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan»

- Oppfølger på TMS i Arendal

Behov

- Det er behov for at man i første møte mellom oppfølger fra TMS, oppfølger fra sykehus og pasient går gjennom hvilken type oppfølging pasient har mottatt fra sykehuset og informerer om hvordan TMS skal gjennomføre oppfølgingen.
- Det er viktig å fortsette med å ha god dialog mellom oppfølger på sykehus og oppfølger på TMS ved overgangen til pasienten.
- Det er behov for at pasient kommer med en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan.

Forvaltning vil måtte se flere brukercaser for å enklere kunne tildele tjenesten til brukere

Sentrale funn

- Kommunene i Agder er forskjellig med tanke på hvilke tjenester som krever vedtak eller ikke. I Arendal kreves det ikke vedtak fra forvaltning på at pasienter skal få tilbud om digital hjemmeoppfølging. Forvaltning holdes orientert og samarbeider med sentralen i de sakene det vurderes hensiktsmessig.
- Tjenestekontoret ser positivt på at sykehuset og TMS tar ansvar for å tildele digital hjemmeoppfølging til brukere. Det sparer tid og ressurser, og pasienten får rask tilgang til tjenesten.
- Det faktum at pasienten er ferdig kartlagt fra sykehuset gir grunnlag for forvaltning /TMS å vurdere videre tjenesteløp.
- Det er viktig at sykehuset ikke holder pasienten for lenge, men at de kanskje etter bare 2 uker blir overført til TMS. TMS har større kapasitet til å håndtere mange pasienter sammenlignet med sykehuset, og man ønsker en effektiv drift.

«Det er positivt at sykehuset og TMS tar mer ansvar for tildeling av tjenesten»

- Forvaltning

«I Arendal kreves det ikke vedtak for tildeling av denne tjenesten, derfor fatter ikke forvaltning vedtak, men holdes orientert»

- Forvaltning

Behov

- Det er nødvendig å fremskaffe enda flere brukercaser og synliggjøring av gevinster. Dette må til for å få til økt forankring og forståelse av tjenesten hos forvaltning.
- Det er behov for at flere av tjenestekontorene går bort fra at man trenger vedtak for å tildele digital hjemmeoppfølging fra TMS.

Oppsummeringen av funnene trekker frem positive erfaringer samt utfordringer tilknyttet piloten

Positive erfaringer

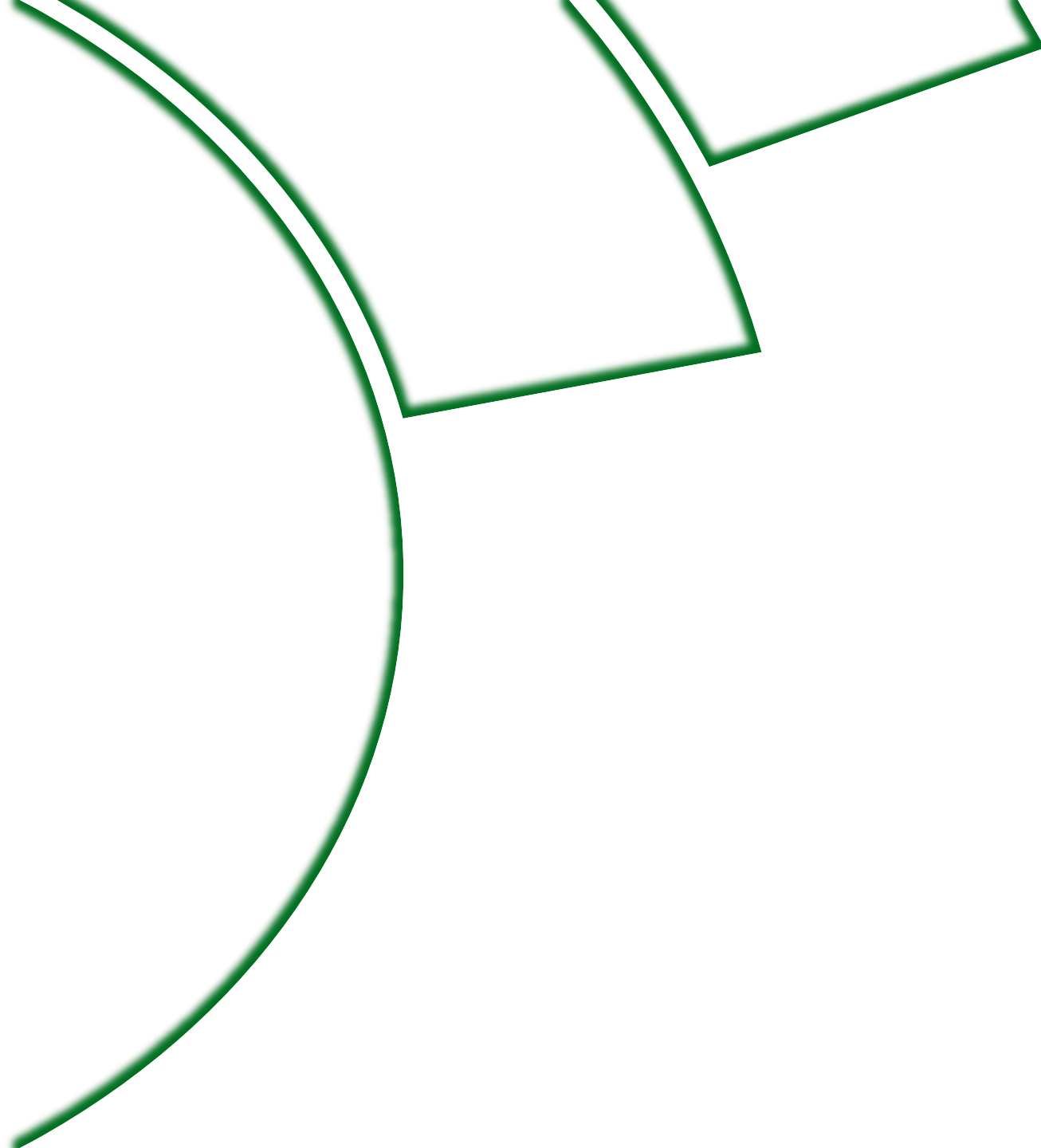
- Ansatte ved sykehusets lungeavdeling, forvaltning, TMS og brukere er generelt positive til digital hjemmeoppfølging fra sykehus med overgang til TMS. Ved å tilby denne tjenesten direkte fra sykehuset kan man raskere tilby pasienter oppfølging.
- Pasienter som får tilbud om oppfølgingen er positive til tjenesten og føler økt trygghet og mestring av egen sykdom.
- Informasjonsutveksling mellom sykehus, kommune, fastlege og TMS er essensielt for å få til et smidig pasientforløp og har i piloten fungert godt.
- Det er særlig positivt at pasienter blir overført til TMS med en ferdig utarbeidet egenbehandlingsplan. Dette effektiviserer tjenesten og gjør at pasient raskere blir koblet opp på digital hjemmeoppfølging.
- Det er særlig positivt at oppfølgere fra sykehus bruker samme teknologisk verktøy (OTH) som oppfølgere på TMS. Dette bryter ned siloer.

Utfordringer

- Piloten har ikke en lang nok varighet eller nok inkluderte pasienter til å synliggjøre gevinster som f.eks reduksjon i sykehusinnleggelser.
- Det er tilknyttet utfordringer til inkludering av pasienter på lungeavdelingen, både pga lav forankring av tjenesten blant de ansatte på avdelingen, men også fordi innlagte pasienter kan være utsatt for mye påvirkning og stress på avdelingen som ikke gjør dem egnet til å inkluderes når de er innlagt.
- Det er behov for å prøve ut tjenesten i enda større grad og over lenger tid for å kunne samle inn nok data som bedre kan kartlegge gevinster.
- Utdeling av utstyr og transport i forbindelse med møter med pasienter er ikke driftet på en effektiv måte i piloten.

3

**Fremtidig organisering av digital
hjemmeoppfølging for KOLS-
pasienter fra sykehus med
overgang til TMS**



Sykehuset må enes om felles mål og strategi for digital hjemmeoppfølging

- Sykehuset ser nytten og potensialet av digital hjemmeoppfølging - men tjenesten må forankres i større grad på relevante avdelinger på sykehuset for å få inkludert flere pasienter.
- Det er behov for å jobbe med gevinstkartlegging hvor man synliggjør de opplevde gevinstene for pasienter samt samfunnsøkonomiske gevinster som oppstår av oppfølgingen.
- Ved å fremvise gevinster samt holde frem med informasjonsdeling på avdelingsmøter på sykehusene vil man klare å skape økt forankring til tjenesten. Ved å involvere de ansatte på sykehuset i større grad rundt utprøvingen av digital hjemmeoppfølging skaper man økt involvering og engasjement for tjenesten.
- Involvering av fastleger og sykehusleger rundt arbeidet med egenbehandlingsplanen må være tydeligere og mer forankret. Erfaringer fra piloten viser at ansvarfordelingen ikke fremkommer tydelig nok, og at det er en variasjon i hvem som utarbeider EBP.

Man må redusere antall kontaktpunkter for å gi en bedre opplevelse for pasienten

- Man må prioritere å lage egenbehandlingsplanen på sykehuset før utskrivelse. På denne måten unngår både TMS og pasient å bruke tid og ressurser på kontakt med fastlege.
- I den fremtidige driftstjenesten burde ikke pasient få oppfølging fra sykehuset lenger enn 2-4 uker. Dette for å sikre at pasient ikke blir vant til *en type* oppfølging fra sykehuset og en *annen* fra TMS. Dette er også viktig for å utnytte den regionale TMSen som har kapasitet og ressurser til å følge opp flere pasienter enn det sykehuset har.
- Det er forbedringspotensiale for informasjonsutveksling med pasient ved overføring fra sykehus til TMS. Det er viktig å avklare hvordan pasient har blitt fulgt opp slik at man kan informere om at oppfølging fra TMS forløper seg annerledes, dersom dette er tilfellet.
- Ved å redusere forvaltning sin rolle i tildelingen av tjenesten vil man klare å koble pasienten raskere opp på digital hjemmeoppfølging. Det anbefales derfor at forvaltningskontorene har samme modell for tildeling av tjenester som i Arendal kommune.
- Man må også få på plass en driftsmodell for hvordan det skal gjennomføres møter med pasienter og utlevering av utstyr. Dersom pasienten allerede er en mottager av hjemmetjenester så må utlevering av utstyr tillegges denne aktøren for å spare tid for oppfølger på sykehuset.

Fremtidig mål er å få på plass en helhetlig tjenestemodell for digital hjemmeoppfølging

Oppgaver knyttet til å henvise, inkludere, utplassere utstyr, sørge for respons og evaluering

Henvise, kartlegge og inkludere pasienter i tjenesten



Gjøre tilpasninger av utstyr og plassere det ut



Sørge for respons og utrykning ved behov



Evaluere og avslutte tjenesten

Løpende oppgaver

Vedlikehold av tjenesten

Gjennomføre kommunikasjons-tiltak

Gjennomføre opplæring av pasienter og klinikere

Vedlikeholde kriterier for inklusjon av pasienter

Forvalte rutiner for behandling av person-opplysninger

Avklare tjenestens behov og implementere nye løsninger

Endre på pasientforløp og prosedyrer

Vurdere risiko og planlegge beredskap

Dokumentere effekter

Budsjettere for drift av tjenesten

Administrere system- og utstys-porteføljen

Support, lager og utstyr

Håndtere support på systemer og utstyr

Drifte utstyslager og logistikk

IT-drift

Drifte systemer, plattformer og infrastruktur

Drifte rolle- og tilgangsstyring

Oppgraderinger og vedlikehold på løsninger

Planlegge tekniske endringer og vedlikehold

Styre oppgraderinger og konfigurasjoner

Teste nye løsninger

Oppdatere teknisk dokumentasjon

Anskaffelser og avtaleforvaltning

Gjennomføre anskaffelser og avrop på avtaler

Forvalte avtaler