

# Gevinsteksempler

# Innhold

InnoMed har samlet beskrivelser av fem ulike prosjekter som viser gevinster disse prosjektene har oppnådd. I tillegg til å presentere disse gevinstene, gir beskrivelsene også innsikt i formålet med hvert prosjekt, hvilke pasientgrupper de har betjent, samt prosjektenes tjenestemodell.

## Gevinsteksempler

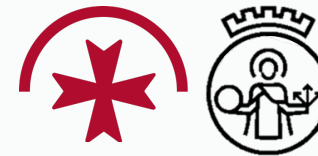
① Digital hjemmeoppfølging for lungesyke i Oslo kommune

② Digital hjemmeoppfølging for KOLS pasienter i Agder

③ Pasientsentrert helsetjenesteteteam ved Ålesund sykehus og i Ålesund kommune

④ Digital hjemmeoppfølging til kronisk syke pasienter i Bodø kommune og ved Nordlandssykehuset

⑤ Bedre og sammenhengende tjenester til barn og unge i Helse Fonna-regionen



# Digital hjemmeoppfølging for lungesyke i Oslo kommune

Pasientene opplever bedre fysisk og psykisk helse og økt egenmestring. Kommunene har spart kostnader fordi tradisjonelle tjenester erstattes med digital hjemmeoppfølging.

## Beskrivelse av tjenesten

**Prosjektet** er en del av prosjektet «integreerte helsetjenester», som er et samarbeidsprosjekt med Diakonhjemmet sykehus og Bydel Ullern. I prosjektet har det blitt utviklet et pasientforløp som inkluderer digital hjemmeoppfølging, med implementering av en web-app for oppfølgingscenteret og en pasientapp for selvrapportering. I prosjektperioden hospiterte også sykepleiere fra oppfølgingscenteret i Bydel Frogner hos lungepoliklinikken, samt vært med pasient/deltager på poliklinisk time.

**Formålet** med prosjektet har vært å få kunnskap og erfaring med å teste ut digital hjemmeoppfølging som et forebyggende tiltak for pasienter med lungesykdom. Innsikt og erfaring fra dette prosjektet dannet grunnlag for videre eskalering av digital hjemmeoppfølging til nye pasientgrupper.


**Pasientgruppen** ble utvalgt på grunnlag av den økende andelen reinnleggelser blant personer med lungesykdom som er bosatt i Bydel Frogner. Over en periode på fire år økte reinnleggesraten for personer med lungesykdom med 23 %.


**Prosjektets tjenestemodell** innebærer at pasienter med kols eller annen type lungesykdom følger opp egen sykdom med regelmessige egenmålinger av oksygenmetning, i tillegg til spørsmål om egen helsetilstand. Helsepersonell fra oppfølgingscenteret bistår med råd og veiledning.

**Leverandør** av teknologien er Dignio. Leverandøren har bidratt med produktopplæring og veiledning under oppstart og det har vært en tett dialog med kundeutvikler i prosjektet.

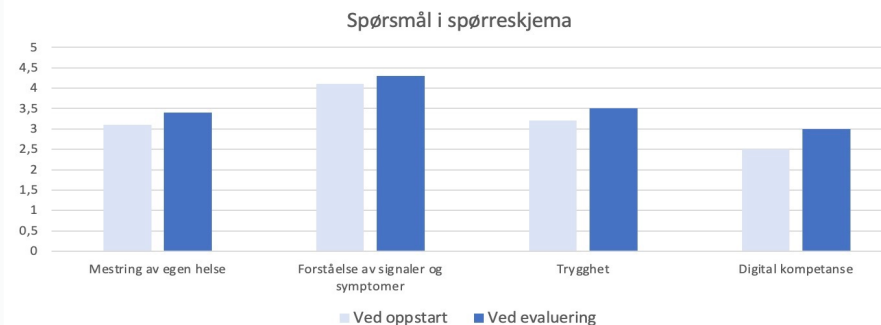
## Reduksjon i antall sykehusinnleggelser har stor påvirkning på kostnader.

 Antall sykehusinnleggelser er redusert med 50 %

 Gjennomsnittlig tid innlagt på sykehus er redusert med 50 %

 Kostnader er redusert med 102.000 NOK per pasient

## Innføring av digital hjemmeoppfølging har gitt pasienter økt trygghet, digital kompetanse og mestring av egen helse.





# Digital hjemmeoppfølging for KOLS pasienter i Agder

Spesialisthelsetjenesten har redusert behovet for akutte innleggelser i sykehus hos noen pasientgrupper etter oppstart av digital hjemmeoppfølging. Kommunene oppnår redusert behov for hjemmebesøk, og mer ressurskrevende tjenester kan utsettes.

## Beskrivelse av tjenesten

**Prosjektet** er et samarbeid mellom Sørlandet Sykehus HF og alle 25 kommuner i regionen, inkludert fastleger. Det er innført tre forløp:

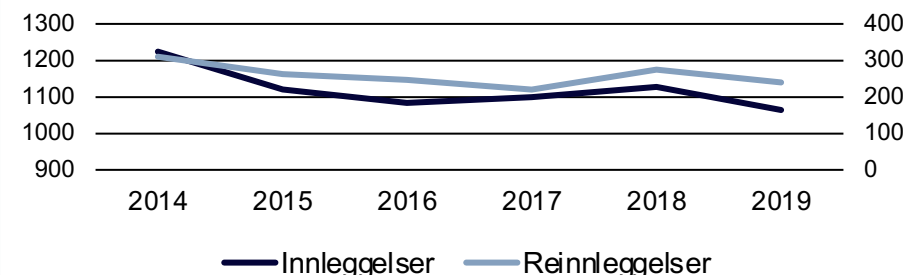
- Pasienter med KOLS følges opp digitalt fra sykehuset med egenbehandlingsplan etter hjemreise for å forhindre reinnleggelse
- Regional Telemedisinsk sentral (TMS) i Arendal følger opp pasienter med kroniske lidelser som KOLS, diabetes og hjertesvikt på tvers av 12 kommuner i samarbeid med SSHF i Arendal
- Helse- og omsorgstjenesten i flere kommuner følger opp kronisk syke pasienter direkte i tjenesten uten bruk av telemedisinsk sentral.

**Formålet** med prosjektet har vært at sykehus, kommuner og fastleger i Agder jobbet sammen med utprøving av digital hjemmeoppfølging for pasienter med kroniske sykdommer. Målet var at pasientene opplevde sømløse forløp på tvers av forvaltningsnivå.

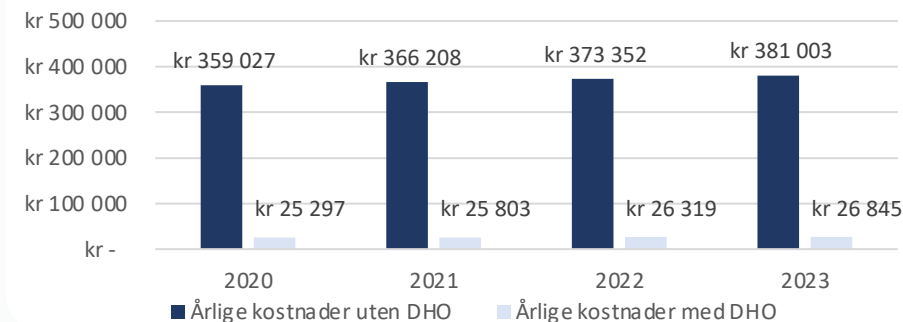
**Pasientgruppen** SSHF og kommunene på Agder gir digital hjemmeoppfølging til 150 kronisk syke pasienter.

**Prosjektets tjenestemodell** innebærer at alle pasienter har en digital egenbehandlingsplan som er utarbeidet i samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten. De fleste pasientene bruker egen enhet med installert app. En del pasienter har fått utdelt medisinteknisk utstyr til egenmålinger i kombinasjon med skjemaregistrering, andre benytter kun skjemaregistrering. Behandlere har tilgang til pasientregistrerte data.

## Utvikling i innleggelser og reinnleggelser etter oppstart av digital hjemmeoppfølging ved Sørlandet Sykehus.



## Pasientcase: Kostnadsutvikling ved reduksjon av besøk fra hjemmesykepleiere fra 5 t/uke til 1t/uke.





# Pasientsentrert helsetjenesteteteam ved Ålesund sykehus og i Ålesund kommune

Bedre og mer samordnet oppfølging av skrøpelige eldre gjennom pasientsentrert helsetjenesteteteam.

## Beskrivelse av tjenesten

**Prosjektet** har i samarbeid mellom Ålesund sykehus og Ålesund kommune etablert pasientsentrert helsetjenesteteteam (PSHT).

**Formålet** med prosjektet er å etablere en tverrfaglig tjeneste som skal:

- Styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrøpelige eldre og pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer
- Styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune for raskere å kunne iverksette utredning, behandling og tiltak

**Pasientgruppen** er pasienter med hjerneslag eller geriatrike problemstillinger. Pasienten følges opp etter utskrivning, samt etter henvisning fra fastlege for vurdering i hjemmet. Dette for å hindre forverring i helsetilstand og kunne forebygge senere behov for sykehusinnleggelse.

**Prosjektets tjenestemodell** innebærer at teamet arbeider forebyggende gjennom tidlig utredning og diagnostikk, tett oppfølging ved utskrivning og godt planlagte og koordinerte pasientforløp med aktiv involvering av pasient og pårørende.

**Gevinstene** som prosjektet oppnår inkluderer muligheten for tett samarbeid med kommunen, noe som muliggjør tidlig vurdering av pasienter for å unngå eller utsette sykehusinnleggelse. I tillegg bistår prosjektet med organisering av nødvendig opplæring for helsepersonell og sikrer oppfølging i pasientens hjem etter et sykehusopphold.

Erfaringer fra tilsvarende prosjekt i Tromsø og UNN viser at tjenesten gir bedre ressursutnyttelse<sup>1</sup>.



10%

reduksjon av  
Ø-hjelpsinnleggelse



32%

reduksjon i liggedøgn



2,3

ganger mer planlagt  
poliklinisk aktivitet



# Digital hjemmeoppfølging til kronisk syke pasienter i Bodø kommune og ved Nordlandssykehuset

Forbruket av hjemmetjenester, øyeblikkelig hjelp og korttidsplasser går ned etter oppstart av digital hjemmeoppfølging. Brukerne opplever økt trygget og mestring av egen sykdom.

## Beskrivelse av tjenesten

**Prosjektet** handler om at pasienter med kroniske lidelser og andre som har behov for sammensatte tjenester og tett dialog med helsetjenesten følges opp digitalt av kommunens oppfølgingscenter Helsehjelpa. Digital hjemmeoppfølging er en integrert del av tjenesteporteføljen til Bodø kommune og skjer i samarbeid med Nordlandssykehuset.

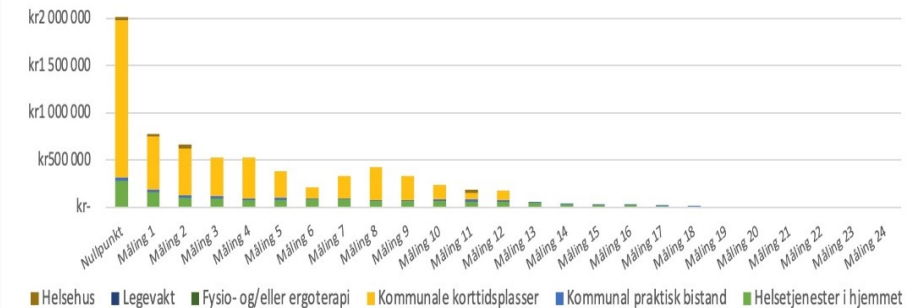
**Formålet** med prosjektet er å etablere trygge rammer for tidlig oppdagelse av endringer i helsesituasjonen. Dette skal oppnås gjennom samarbeid mellom kommuner, fastleger, og helseforetak i Salten, Vesterålen og Lofoten, med målet om å tilby digital hjemmeoppfølging innen utgangen av 2024.

**Pasientgruppen** er pasienter som har medium til høy risiko for forverring av sin helsetilstand og økt risiko for hyppig innleggelse i sykehus. Dette kan blant annet være oppfølging rundt KOLS, hjertesvikt, diabetes, kreftsykdom, ernæringsproblematikk og psykisk helse.

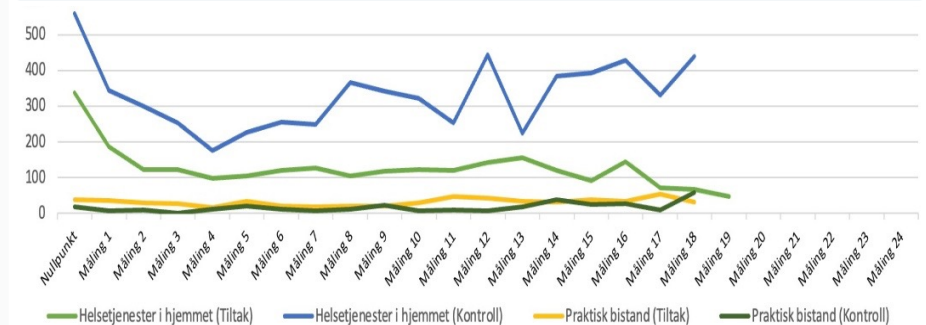
**Prosjektets tjenestemodell** er at Helsehjelpa følger med på målinger og symptomregistreringene brukerne gjør hjemme, og lager egenbehandlingsplan tilpasset den enkelte bruker. Egenbehandlingsplanen utarbeides i samarbeid med brukeren selv, fastlege og spesialister ved Nordlandssykehuset.

**Gevinster** tjenesten har oppnådd inkluderer at forbruket av hjemmetjenester, øyeblikkelig hjelp og korttidsplasser går ned etter oppstart av digital hjemmeoppfølging. Brukerne som får digital hjemmeoppfølging opplever økt trygghet og kunnskap om egen sykdom, samt bedre opplevelse av egen helse, helsekompetanse og mestring av egen sykdom.

## Reduksjon i kostnader i kommunale tjenester over tid.



## Endring i bruk av hjemmetjenester (minutter per bruker).



# Bedre og sammenhengende tjenester til barn og unge i Helse Fonna-regionen

Økt enighet om roller og ansvar mellom tjenestene reduserer avslagsprosenten og gir flere barn og unge rett hjelp på rett nivå til rett tid.

## Beskrivelse av tjenesten

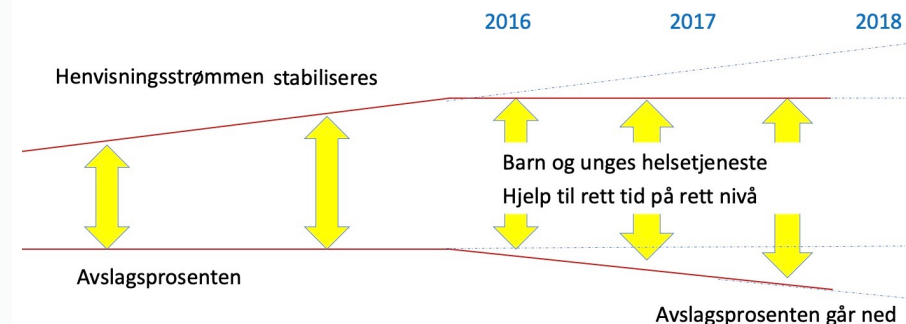
**Prosjektet** har utviklet syv samhandlingsforløp som beskriver et helhetlig tilbud til barn og unge på tvers av kommunene og spesialisthelsetjenesten. Utgangspunktet for prosjektet er at både barn, ungdom, pårørende og fagfolk opplever systemet av hjelpeinstanser som uoversiktlig. For at barn og unge skal få et bedre hjelpetilbud, trenger både brukere og fagfolk å forstå de ulike tjenestene og deres roller og ansvarsområder. Forløpene som prosjektet har utviklet skal derfor fungere som et kart over tjenestene, og beskrive de ulike tjenestenes roller, ansvar og oppgavefordeling.

**Formålet** med prosjektet er at de som trenger hjelp og de som skal hjelpe barn og unge skal forstå de ulike tjenestene og deres rolle og ansvar. Slik skal det skapes et bedre hjelpetilbud.

**Pasientgruppen** er barn og unge med psykiske plager. Psykisk helsearbeid for barn og unge strekker seg fra helsefremmende og forebyggende arbeid, til oppfølging av lettere psykiske helseplager og til spesialisert behandling for mer alvorlige psykiske lidelser.

**Prosjektets tjenestemodell** i «Barn og unges helsetjeneste» går ut på at brukere av tjenestene, fastleger, fagfolk i kommunale tjenester og i spesialisthelsetjenesten samarbeider om å skape mer helhetlige og sammenhengende hjelpetjenester for barn og unge. Målet er at barn og ungdom skal få rett hjelp hos riktig tjeneste og at tiltakene fra ulike tjenester henger sammen slik at det oppleves som et helhetlig tilbud for barnet/ungdommen det gjelder og familien.

Henvisningsstrømmen er stabilisert og avslagsprosenten har gått ned.



Over tid har tjenestene fått bedre kjennskap til samhandlingsforløpene og økt bruken av forløpene i oppfølging av barn og unge.

Kjenner du til Barn og unges helsetjeneste i Helse Fonna? Brukes samhandlingsforløpene i oppfølgingen av barn og unge i din tjeneste/ kommune?

